



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

**KADIN SAĞLIĞININ SOSYO-KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLERİ:
ZİMBABVE'DE 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ ANNE ADAYLARININ
DOĞUM VE SAĞLIK HİZMETLERİ SÜREÇLERİNİN
İNCELENMESİ
(DOKTORA TEZİ)**

Ronald MUSIZVINGOZA

Orcid: 0000-0003-0313-5907

BURSA -2020



T.C.

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KADIN SAĞLIĞININ SOSYO-KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLERİ:
ZİMBABVE'DE 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ ANNE ADAYLARININ
DOĞUM VE SAĞLIK HİZMETLERİ SÜREÇLERİNİN
İNCELENMESİ
(DOKTORA TEZİ)**

Ronald MUSIZVINGOZA

Orcid: 0000-0003-0313-5907

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Enes Battal KESKİN

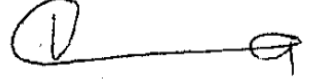
BURSA- 2020

Yemin Metni

Doktora Tezi Çalışması olarak sunduğum **Kadın Sağlığının Sosyo-Kültürel Belirleyicileri: Zimbabwe'de 15-49 Yaş Grubundaki Anne Adaylarının Doğum ve Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin İncelenmesi** başlıklı çalışmanın bilimsel araştırma, yazma ve etik kurallarına uygun olarak tarafımdan yazıldığına ve tezde yapılan bütün alıntıların kaynaklarının usulüne uygun olarak gösterildiğine, tezimde intihal ürünü cümle veya paragraflar bulunmadığına şerefim üzerine yemin ederim.

Tarih ve İmza

16.09.2020



Adı Soyadı: Ronald MUSIZVINGOZA

Öğrenci No: 711544002

Anabilim/Anasanat Dalı: Sosyoloji

Programı: Sosyoloji Doktora

Statüsü: Yüksek Lisans Doktora

: Sanatta Yeterlik



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 16/09/2020

Tez Başlığı / Konusu: Kadın Sağlığının Sosyo-Kültürel Belirleyicileri: Zimbabve'de 15-49 Yaş Grubundaki Anne Adaylarının Doğum ve Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin İncelenmesi

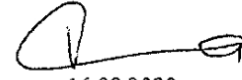
Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 292 sayfalık kısmına ilişkin, 14/07/2020 tarihinde şahsım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından (Turnitin)' aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 15'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kaynakça hariç
- 2- Alıntılar hariç/dahil
- 3- 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

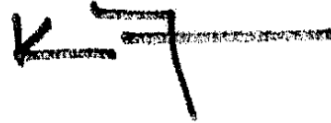
Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Özgünlük Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.


16.09.2020

Adı Soyadı: Ronald MUSIZVINGOZA
Öğrenci No: 711544002
Anabilim Dalı: Sosyoloji
Programı: Sosyoloji
Statüsü: Y.Lisans Doktora

Danışman
Dr.Öğr.Üyesi Enes Battal KESKİN
16.09.2020



ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı	: Ronald MUSIZVINGOZA
Üniversite	:Bursa Uludağ Üniversitesi
Enstitüsü	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim	: Sosyoloji
Tezin Niteliği	: Doktora Tezi
Sayfa Sayısı	: xviii + 290
Mezuniyet Tarihi	:/...../20....
Tez Danışman	: Dr. Öğr. Üyesi Enes Battal KESKİN

KADIN SAĞLIĞININ SOSYO-KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLERİ: ZİMBABVE'DE 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ ANNE ADAYLARININ DOĞUM VE SAĞLIK HİZMETLERİ SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

Anne sağlığı, çoğu gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bugün gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölüm oranının gelişmiş ülkelere göre yaklaşık 15 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Anne ölüm oranının en yüksek olduğu ülkelere biri olan Zimbabve'de de her 100.000 doğumda 650 kadın yaşamını yitirmektedir. Bu çalışma, sosyal-kültürel faktörleri ve bunların Zimbabve kırsalında ikamet eden kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimini ve kullanımını nasıl etkilediğini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu nitel araştırma, sosyal inşacılık ve eleştirel kuramsal bakış açılarına dayanmaktadır. Zimbabve'deki Makoni kırsal ilçesinde dört kırsal sağlık tesisinde kadınlarla, yirmi yedi yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşme ve beş odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşme verileri, politika dokümanlarının analizi ve gözlemler ile hemşireler, köy sağlık çalışanları ve geleneksel doğum ebeleriyle yapılan görüşmeler ile desteklenmiştir. Veriler, tematik kodlama süreçleri yoluyla analiz edilmiştir. Bulgular, dini, kültürel inanç ve uygulamaların, aile içi kültürel dinamiklerin, sosyal ve fiziksel çevrenin, kalite algılarının, yeterince örgütlenemeyen sağlık sisteminin ve zayıf politika uygulamalarının kırsal kesimde kadınlar arasında anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkilediğini ortaya koymuştur. Bu çalışma, sağlık tesislerinde sadece anne sağlığı hizmeti sunmanın önemli olmadığını vurgulamaktadır. Sosyo-kültürel belirleyicilere ve bunların sağlık hizmeti kullanımına etkilerine özellikle dikkat etmek de aynı derecede önemlidir. Politikalar ve programlar, bilginin, dini ve kültürel inşasını, yerel toplulukların inançlarını ve uygulamalarını, kadınların güçsüzlüğünü sürdüren içsel dinamikleri, bakım kalitesi algılarını ve kötü sağlık hizmetleri sistemlerini ele almalıdır. Öte yandan hükümet, elverişli bir politika ortamı sağlamalı ve yerel halkın ihtiyaçlarına cevap verebilmesi için sağlık sistemini güçlendirmelidir.

Anahtar Sözcükler: Anne Sağlığı, Sosyo-Kültürel Faktörler, Sağlık Hizmetleri, Kadınlar, Zimbabve

ABSTRACT

Name and Surname : Ronald MUSIZVINGOZA
University : Bursa Uludag University
Institution : Social Science Institution
Field : Sociology
Degree Awarded : Doctorate
Page Number : xviii + 290
Degree Date :/...../20....
Supervisor : Dr. Öğr. Üyesi, Enes Battal KESKİN

SOCIO-CULTURAL DETERMINANTS OF WOMEN'S HEALTH: AN ANALYSIS OF MATERNAL HEALTH SERVICES FOR WOMEN AGED 15–49 YEARS IN ZIMBABWE

Maternal health is an important public health problem in most developing countries. The maternal mortality rate in developing countries is approximately 15 times higher than in developed countries. In Zimbabwe, one of the countries with the highest maternal mortality rate, 650 women die for every 100,000 live births. This study aimed to examine social-cultural factors and how they affect the access and utilisation of maternal health care services among rural women in Zimbabwe. The qualitative research is based on social constructivism and critical theoretical perspectives. Twenty-seven semi-structured in-depth interviews and five focus group interviews were conducted with women at four rural health facilities in the rural district of Makoni in Zimbabwe. Interview data was supported by analysis of policy documents, observations and interviews with nurses, village health workers and traditional midwives. The data were analyzed through thematic analysis with comprehensive coding processes. Findings revealed that religious and cultural beliefs and practices, intrafamilial cultural dynamics, social and physical environment, quality perceptions, poorly organized health system and poor policy practices affect the use of maternal health services among women in rural areas. The study emphasizes the importance of paying particular attention to socio-cultural factors and their influence on healthcare utilisation. Policies and programs should address religious and cultural construction of maternal health knowledge, beliefs and practices of local communities, family dynamics that sustain women's weakness, perceptions of quality of care and poor health care systems. On the other hand, the government should provide a favourable policy environment and strengthen the health system so that it can meet the needs of the local people.

Key Words: Maternal Health, Socio-Cultural Factors, Health Services, Women, Zimbabwe

ÖNSÖZ

Dünya genelinde ve ülkem Zimbabwe’de varlığını sürdüren kronik bir probleme, anne ölümlerine ve yetersiz sağlık hizmetlerine yol açan koşulları anlamak ve bu probleme çözüm önerileri sunabilmek adına bir araştırmacı olmayı diledim. Bu doktora çalışmasıyla birlikte bu amacın eşiğindeyim. Bu minvalde çalışmada, sosyal-kültürel faktörler ve bunların Zimbabwe'deki kırsal kadınların, anne sağlığı hizmetlerine erişimini ve kullanımını nasıl etkilediği üzerinde durulmuştur. Çalışmanın ortaya koyduğu analizin anne sağlığı konusu ile ilgilenen kişi, kurum ve kuruluşlara katkıda bulunmasını dilerim.

Bu araştırma serüveni boyunca bazı kamu ve özel sektör kuruluşlarından yardım gördüğümü belirtmek isterim. Öncelikle doktora eğitiminin ve bu çalışmanın tamamlanması açısından olmazsa olmaz olan finansmanı sağlayan, Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı (Türkiye Bursları)'na teşekkür ederim. İkinci olarak, Zimbabwe'de Sağlık Bakanlığı'na, Makoni İlçesindeki kırsal kliniklerde araştırma yapmama izin verdiği için çok teşekkür ederim.

Bu çalışmada pek çok kişinin katkısı bulunmaktadır. Başta, çalışmanın ilk aşamasından bitiş sürecine kadar, akademik ve insani desteğini sürekli hissettiğim danışmanım Dr. Öğr. Üyesi, Enes Battal Keskin’e çok teşekkür ediyorum. Kendisi, birçok zorluğa karşın, cesaret ve güvenimi yitirmemem için büyük çaba gösterdi. Aynı zamanda, şimdiye kadar yetişmeme katkıda bulunan tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim. Ayrıca tezin Türkçe taslaklarını okuyan ve eksikliklerinin giderilmesine katkıda bulunan herkese teşekkür ediyorum. Çalışmanın veri toplama aşamasında benimle birlikte çalışan Zimbabwe Üniversitesi öğrencilerine, veri toplama süreci boyunca gösterdikleri sabır ve anlayış için sağlık çalışanlarına teşekkür ederim. Benimle görüşmeyi kabul eden, deneyimlerini paylaşıp yüreklerini açan tüm kadınlara sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca saha çalışmamı değerli bir deneyim haline getiren köy sağlık çalışanlarına, geleneksel doğum görevlilerine ve geleneksel liderlere teşekkür ediyorum.

Sevgili arkadaşlarım Chipo, Matora, Lameck, St Peter's Guild, çok uzun bir zaman boyunca göstermiş olduğunuz anlayış için sizlere çok teşekkür ediyorum. Son olarak, annem, babam, kardeşlerim ve sevgili eşim her şey için çok teşekkürler.

Bu tez, bu uzun yolun her adımını benimle birlikte yürüten, annem, VaBonga'ya ithaf edilmiştir.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET	ii
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar	ix
ŞEKİLLER.....	x
GRAFİKLER	xi
FOTOĞRAFLAR.....	xii
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI.....	10
2. SOSYOLOJİK BAKIŞ AÇISIYLA SAĞLIK	18
3. SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN DOĞUŞU VE GELİŞİMİ.....	20
4. SOSYOLOJİK YAKLAŞIMLAR AÇISINDAN SAĞLIK VE HASTALIK.	26
4.1 İŞLEVSELÇİ YAKLAŞIM	26
4.2 ÇATIŞMA YAKLAŞIMI	31
4.3 YORUMLAYICI YAKLAŞIM	38
4.4 SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ YAKLAŞIMI	43
4.4.1 MATERYALİST YAKLAŞIM	45
4.4.2 PSİKO-SOSYAL MODEL	47

4.4.3 EKO-SOSYAL VE YAŞAM SÜRECİ YAKLAŞIMI	48
4.4.4 SOSYAL SINIF VE SAĞLIK	49

İKİNCİ BÖLÜM

ANNE SAĞLIĞININ SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

1. KADIN SAĞLIĞI BAKIMININ TARİHSEL GELİŞİMİ	55
2. ANNE SAĞLIĞINA GENEL BAKIŞ.....	58
2.1 ANNE ÖLÜMLERİ	62
2.1.1 ANNE ÖLÜM NEDENLERİ	65
2.2 ANNE SAĞLIĞI HİZMETLERİ.....	67
2.2.1 DOĞUM ÖNCESİ BAKIM.....	68
2.2.2 DOĞUM BAKIMI	70
2.2.3 DOĞUM SONRASI BAKIM	72
3. ANNE SAĞLIĞININ SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ	74
3.1 SOSYO-EKONOMİK STATÜ.....	75
3.2 SOSYAL, KÜLTÜREL, ETNİK KÖKEN VE DİNİ FAKTÖRLER.....	77
3.3 SAĞLIK SİSTEMİ, COĞRAFYA VE MATERYAL FAKTÖRLER	79
3.4 DAVRANIŞSAL, BİYOLOJİK VE PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER.....	81

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ZİMBABVE'DE SOSYAL, KÜLTÜREL, EKONOMİK, İDARİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE KISA BİR BAKIŞ

1. COĞRAFİ ÖZELLİKLER VE İKLİM.....	85
2. TARİH	86

3. SOSYAL, KÜLTÜREL VE EKONOMİK ÖZELLİKLER	91
4. ZİMBABVE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ	103
4.1 ZİMBABVE’DE SAĞLIK SİSTEMİ	107
4.1.1 GELENEKSEL SAĞLIK SİSTEMİ	111
4.1.2 SAĞLIK POLİTİKALARI VE STRATEJİLERİ	112
4.1.3 SAĞLIK KONUSUNDAKİ ÖNCELİKLER VE PROGRAMLAR	115
4.2 ZİMBABVE’DE ANNE SAĞLIĞI	115
4.2.1 ANNE SAĞLIK HİZMETLERİ: POLİTİKALAR VE PROGRAMLAR ...	117
4.2.2 ANNE SAĞLIK HİZMETLERİNDE EŞİTSİZLİKLER, ERİŞİLEBİLİRLİK VE KALİTE	119
4.2.3 ZİMBABVE'DE ANNE SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI	124

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ZİMBABVE’DE ANNE SAĞLIĞININ SOSYO-KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLERİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, AMACI, ÖNEMİ	129
2. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ	134
2.1 NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	138
2.1.1 NİTEL YÖNTEMİN TEMEL İLKELERİ	140
2.1.2 ARAŞTIRMA EVRENİ	144
2.1.3 VERİ TOPLAMA TEKNİKLERİ	155
2.1.4 VERİ ANALİZİ	164
3. BULGULAR	174
3.1 SAHA ÇALIŞMA ALANLARI	174

3.1.1 İLÇE VE KÖY DÜZEYİNDE SAĞLIK BAKIMININ ÖRGÜTLENMESİ.....	179
3.1.2 KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ.....	182
3.1.3 ZİMBABVE'DE ANNE SAĞLIK HİZMETLERİ POLİTİKASI.....	183
3.2 ANNE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SOSYO-KÜLTÜREL BAĞLAMI	187
3.2.1 GEBELİK VE DOĞUMUN SOSYO-KÜLTÜREL BAĞLAMI.....	188
3.2.2 SOSYO-KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLER: SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM VE KULLANIMI.....	199
3.2.3 AİLE BAĞLAMININ ANNE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİNDEKİ ROLÜ.....	214
3.2.4 SOSYAL VE FİZİKSEL ÇEVRENİN ANNE SAĞLIĞI HİZMETİNE ERİŞİM ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ.....	220
3.2.5 SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUM ŞEKLİ VE ANNE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI.....	225
4. TARTIŞMA	237
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	253
KAYNAKÇA.....	261

TABLULAR

Tablo 1: Marksizmin Temel Görüşleri.....	34
Tablo 2: Dünyanın 10 en yüksek ve en düşük AÖO sahip olan ülkeleri	62
Tablo 3: Dünya’da Anne Ölüm Nedenleri	67
Tablo 4: Seçilmiş Sağlık ve Demografik Göstergeler.....	107
Tablo 5: Anne Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlikler ve Kadınların Temel Özelliklerine Göre Oranı.....	121
Tablo 6: Anne Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlikler ve Bölgelere Göre Oranlar	121
Tablo 7: Seçilmiş Katılımcıların Temel Özellikleri ve Örneklem Yöntemleri	149
Tablo 8: Seçilmiş Beldeler, Kırsal Sağlık Tesisleri, Hizmet Verilen Köy ve Kişi Sayısı	174
Tablo 9: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri(derinlemesine görüşmelere göre)	183

ŞEKİLLER

Şekil 1: Dahlgren ve Whitehead Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Modeli	51
Şekil 2: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu Çerçevesi	53
Şekil 3: Zimbabve'deki Tüm İlleri Gösteren Bir Harita	85
Şekil 4: Zimbabve'de Sağlık Sistemi	110
Şekil 5: Araştırma Felsefesi, Yaklaşım, Yöntem, Veri Toplama Araçları, Katılımcılar ve Veri Analizi Yöntemi.....	144
Şekil 6: Makoni Kırsal İlçe Haritası	145
Şekil 7: Kullanılan Verilerle İlgili Temel Özelliklere ve Araştırmada Veri Üretme Tekniklerine Genel Bir Bakış.....	156
Şekil 8: Bu Çalışmada Kullanılan Tematik Veri Analizinin Altı Aşamasını Temsil Eden Akış Şeması.....	166
Şekil 9: Makoni'de Sağlık Hizmetine Erişim Konusunda Kadınların Önündeki Engeller	200
Şekil 10: Aile ve Komşuluk Ağının Sağladığı Destekler.	223
Şekil 11: Anne Sağlığı Bakım Kalitesine İlişkin Algıların Ana Temaları	237

GRAFİKLER

Grafik 1: Dünyada Anne Ölümleri Eğilimler (1990-2015)	63
Grafik 2: Yaşam Boyu Anne Ölüm Riski	64
Grafik 3: Bir Sağlık Personeli Tarafından, Doğum Öncesi Bakım Alan Kadınların Oranı	70
Grafik 4: Ebe veya Hemşirenin Yardımcı Olduğu Doğumlar	72
Grafik 5: Zimbabve Toplam Nüfusu	97
Grafik 6: Zimbabve’de Anne Ölüm Eğilimleri ve 2020 Hedefi	116

FOTOĞRAFLAR

Fotoğraf 1: İlçe merkezinde günde sadece bir kez olan toplu taşıma	147
Fotoğraf 2: Sağlık tesisi, okul, dükkanlar ve yakınındaki köyün gösterildiği belde merkezinin havadan çekilmiş bir fotoğrafı	150
Fotoğraf 3: Saha çalışmasındaki sağlık merkezlerinden birindeki sağlık çalışanları	151
Fotoğraf 4: Köyde gebelik hakkında bir kadına sağlık eğitimi veren, köy sağlık çalışanı	152
Fotoğraf 5: Araştırmacı, saha çalışması boyunca sağlık tesisleri ve köylerde	173
Fotoğraf 6: Çalışma köylerinden birinin havadan çekilmiş fotoğrafı	176
Fotoğraf 7: Zimbabve kırsalında bir aile konut ünitesi	177
Fotoğraf 8: Geniş bir aile ortak tuvaleti	178
Fotoğraf 9: Ortak bir su kaynağı	178
Fotoğraf 10: Saha çalışması köylerinden biri	179
Fotoğraf 11: Bir Kırsal Sağlık Tesisini	180
Fotoğraf 12: Apostolik kilisesinin üyeleri	189
Fotoğraf 13: Dini ve inanç sembolleri	195
Fotoğraf 14: Kutsal bir tapınakta/Krawa Apostolik bir peygamber.	204
Fotoğraf 15: Yeni doğmuş bir bebeği tutan, geleneksel bir doğum görevlisi.....	209
Fotoğraf 16: Apostolik kadınlar geleneksel doğum yeri.	211
Fotoğraf 17: Saha çalışması köylerinde hanehalkı için, çeşitli görevleri yerine getiren kadınlar.....	218
Fotoğraf 18: Kırsal sağlık tesislerinden birine yakın bir köprü.	225
Fotoğraf 19: Sağlık tesislerinden birinin dışında bekleyen kadınlar.....	229
Fotoğraf 20: İki kadın, kırsal sağlık tesislerinden birinde bulunan sondaj kuyusundan su içiyor.	230
Fotoğraf 21: Gebe kadınlar, annelerden birinin barınağında yemek hazırlıyor(solda). Kırsal sağlık merkezlerinden birinde, barınakta bekleyen bir anne adayı(sağda).	231
Fotoğraf 22: Düşük maaşlara karşı gösteri yapan sağlık çalışanları	235
Fotoğraf 23: Çalışma saatleri sırasında kapalı kliniğin önünde duran bir kadın(solda). Aylarca ilaç sıkıntısından sonra alınan ilaç stokunu gösteren hemşireler (sağda).....	236

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
AÖÖ	Anne Ölüm Oranı
BM	Birleşmiş Milletler
CSDH	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSB	Doğum Sonrası Bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
ICPD	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
MDG	Binyıl Kalkınma Hedefleri
MTP	Orta Vadeli Program
SAA	Sahra-Altı Afrika
SDG	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SES	Sosyo-Ekonomik Statü
STERP	Kısa Süreli Kalkınma Planı
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
USAID	Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Gelişim Ofisi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
ZIMASSET	Zimbabve Sürdürülebilir Sosyo Ekonomik Dönüşüm Programı
ZNSA	Zimbabve Nüfus ve Sağlık Araştırması

GİRİŞ

Anne adaylarının sağlığı meselesi, günümüzde az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir halk sağlığı sorunudur.¹ Dünya genelinde, 2017 yılına ait istatistikler, yaklaşık 303.000 kadının, gebelik ve doğumdan kaynaklanan nedenlerle yaşamını yitirdiğini gösterir.² Bu, her gün yaklaşık 830 kadının, anne sağlığı sorunları nedeniyle dünya çapında ölmekte olduğu anlamına gelmektedir. Bu anne ölümlerinin çoğunluğu (%99) gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir. Anne lm oranlarında en yüksek yüzde Sahra altı Afrika'ya ve Güney Asya'ya aittir. Sahra altı Afrika ve Güney Asya'nın sahip olduğu bu oran dünyadaki anne ölümlerinin %95'ini oluşturmaktadır. lmlerin %4'lk kısmı Latin Amerika'da ve kalan %1'lik kısmı da dünyanın daha gelişmiş bölgelerinde gerçekleşmektedir. Anne adaylarının sağlığı, kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerindeki sağlık hizmetlerinin tamamı olarak tanımlanır.³ Anne adaylarının sağlığı, kadının statüsü ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için kullanılan önemli sağlık göstergelerinden biridir. Anne lmleri, anne adaylarının sağlığının yetersizliğinin bir göstergesidir. Dünya Sağlık rgt'ne (DSÖ) göre, anne ölümü, bir kadının gebelik döneminde veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın lmdr.⁴ Anne lm oranı (AO), 100.000 canlı doğumdaki anne ölümlerinin sayısındır.⁵

2015 yılında Dünya Sağlık rgt (WHO), BM ocuk Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Dünya Bankası Grubu ve Birleşmiş Milletler Nfus Bölümü

¹ WHO vd., *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*, World Health Organization, New York: 2015, s.1; UNDP Türkiye, *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri*, 2018, <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>. (21.04.2019); World Health Organization, "World Health Statistics Monitoring Health for SDGs", 2018, Geneva: World Health Organization; 2018.

² Leontine Alkema vd., "Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group", *The Lancet*, C. 387, S. 10017 (2016), ss. 462–74.

³ World Health Organization, *Maternal health*, 2018, <https://www.who.int/maternal-health/en/>, (11.11.2019).

⁴ World Health Organization, *World Health Statistics Monitoring Health for SDGs*. Geneva, World Health Organisation, 2018, s.1-100.

⁵ World Health Organization, a.g.e., s. 23.

tarafından yayınlanan küresel bir rapora göre, anne ölümlerinde 1990 yılından bu yana yüzde 44'lük bir azalma olmuştur.⁶ 1990 yılında küresel düzeyde 100 bin canlı doğumda 385 civarında olan anne ölüm oranı 2015 yılında 216 düşmüştür. Gelişmekte olan ülkelere 2015 yılında ise anne ölüm oranı, 100.000 canlı doğum başına 239'dur. Bu sayı gelişmiş ülkelere 100.000 canlı doğum başına 12'dir.⁷ Ülkeler ve bölgeler arasında, büyük farklılıklar vardır. Gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölüm oranının gelişmiş ülkelere göre yaklaşık 15 kat fazla olduğu bilinmektedir.⁸ Gelişmiş bölgelerde ise anne ölümleri 1990'dan 2015'e kadar %48 azalarak 100.000 canlı doğumda 23'ten 12'ye gerilemiştir.⁹ Bugün, gelişmiş ülkeler küresel anlamda anne adaylarının ölümlerinin sadece %1'ini temsil etmektedir. Bu tür ilerlemeler, ileri modern obstetrik bakımdan ve vasıflı ebeye erişebilen hamile kadınlara atfedilmiştir.¹⁰ Bu, dünya genelinde anne sağlığında büyük eşitsizlikler olduğuna işaret etmektedir. Bu eşitsizlikleri düzeltebilmek için, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin (SDG) bir parçası olarak anne sağlığı için yeni bir iyileştirme gündemi oluşturulmuştur. Yeni hedef, küresel anne ölüm oranını 2030 yılına kadar 100 000 canlı doğumda 70'in altına indirmektir. Küresel olarak, anne sağlığını iyileştirmeye yönelik tüm çabalar bu amaç ile uyum sağlamaktadır.

Gelişmiş ülkelerdeki anne sağlığı konusundaki gelişmelere rağmen, Sahra-Altı Afrika ülkeleri hala anne adayların sağlık sorunları ile karşı karşıyadır. 2015 yılında yayınlanan rapora göre, bu bölgede yaklaşık 201.000 kadının gebelik ve doğumla ilgili nedenlerden dolayı öldüğü tahmin edilmektedir.¹¹ Bu rakam, anne adayları ölümlerinin küresel tahminininin %66'sını temsil etmektedir. Dünya çapında her üç anne ölümünden ikisi bu bölgededir ve 2015 yılında 100.000 canlı doğumda 550 anne ölmüştür.¹² Dünyada anne adayları

⁶ WHO vd a.g.e. 2015, s.4.

⁷ a.g.e, 2015, s. 21

⁸ World Health Organization., "Maternal mortality, 2017, https://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/.(31.03.2020)

⁹ Alkema vd., a.g.m., s. 462.

¹⁰ Jeffrey C. King, "Strategies to reduce maternal mortality in developed countries", *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, C. 25, S. 2 (2013), ss. 117–23; Zohra S. Lassi vd., "Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: Interventions and findings", *Reproductive Health*, C. 11, S. Suppl 2 (2014), ss. 1–15; Gary L. Darmstadt vd., "A strategy for reducing maternal and newborn deaths by 2015 and beyond", *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 13, S. 1 (2013), ss. 200–216.

¹¹ WHO vd., "Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015". World Health Organization, New York, 2015, s 3

¹² WHO vd a.g.e. 2015, s.4

ölüm oranı en yüksek olan on ülke Sahra-Altı Afrika'da bulunmaktadır.¹³ Sahra-Altı Afrika'daki çalışmalar, anne sağlığındaki farklılıkları ve bölgedeki hamilelik ve doğum ile ilgili sorunları sosyo-ekonomik eşitsizliklere bağlamıştır.¹⁴ Anne sağlığı istatistiklerindeki olumsuz artışa katkıda bulunan bir diğer faktör de kadınların kurumsal olmayan anne sağlığı hizmetlerine güven duymasıdır.¹⁵ Çoğu gelişmekte olan ülkede kadınlar doktorların ve ebelerin yardımları olmadan evde doğum yapmaktadır.¹⁶

Zimbabve'de, anne adayların yüksek ölüm oranları, büyük bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Ülkedeki anne ölüm oranını 1990 ve 2015 yılları arasında Binyıl Kalkınma Hedefleri (MDG)'nin 5 numaralı maddesine ilişkin yapılan öneriye göre üçte iki oranında azaltma arayışına rağmen ölüm oranı hala yüksek bir izlenim yaratmaktadır.¹⁷ Örneğin, Zimbabve Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (ZNSA) göre, Zimbabve'de anne ölümleri 1990'da 283 iken 1999'da 695'e ve 2010'da 960'a yükselmiştir. Zimbabve'de anne ölüm oranları 2010 yılından sonra düşüş gözlemlenmeye başlamıştır: 2015 yılında 100.000 canlı doğumda 650 ölüm meydana gelmiştir.¹⁸ Zimbabve'nin anne sağlığı konusunda sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini benimsemesine rağmen, (2030'a kadar küresel anne ölüm oranının 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürülmesi), mevcut kanıtlar Zimbabve'nin küresel hedefi yakalayamayacağını göstermektedir.¹⁹ UNFPA'ya göre 2018 yılında Zimbabve'de anne ölüm oranı 100.000'de 641'dir.²⁰ Anne adaylarının ölümlerinin belki de en trajik yönü, bu ölümlerin neredeyse yarısından fazlasının çok basit önlemler alınarak engellenebilecek durumda olmasıdır. Birçok bilimsel çalışma gebelik sürecinde,

¹³ a.g.e.

¹⁴ Markos Mezmur vd., "Socioeconomic inequalities in the uptake of maternal healthcare services in Ethiopia", *BMC Health Services Research*, C. 17, S. 1 (2017), ss. 13–17; Ama Pokuaa Fenny vd., "Trends and causes of socioeconomic inequalities in maternal healthcare in Ghana, 2003–2014", *International Journal of Social Economics*, C. 46, S. 2 (2019), ss. 288–308.

¹⁵ Rahman. Mustafizur, "Determinants of maternal health care utilization in Bangladesh", *Research Journal of Applied Sciences*, C. 4, S. 3 (2009), ss. 113–19.

¹⁶ World Health Organization., "Maternal health". 2018

¹⁷ United Nations, *Zimbabwe Millenium Development Goals and Beyond 2015*, Millenium Development Goals Reports, New York, 2015.s 32.

¹⁸ ZIMSTAT, *Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report*, Rockville, Maryland USA, 2016, s.34.

¹⁹ Türkiye, "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri".

²⁰ UNFPA, "Sexual and reproductive health: Zimbabwe", 2018, <https://zimbabwe.unfpa.org/en/topics/sexual-reproductive-health-5>, (11.02.2019).

doğum sırasında ve sonrasında meydana gelen ölümlerin büyük bir bölümünün tedbir alınarak önlenebileceğini göstermektedir. Bu tedbirlerin bir kısmı genel hatlarıyla ifade edilecek olursa; doğum öncesi bakım, doğum sırasında ve doğum sonrasında bakım hizmetlerine erişilebilirlik olduğu vurgulanmaktadır.²¹

Dünya Sağlık Örgütü, anne ölümlerinin azaltılması için kadınların gebelik ve doğum nedeniyle karşılaştıkları sağlık risklerinin en aza indirilmesi gerektiğini ve bu risklerin nitelikli bir anne sağlık hizmetleri ile önlenebileceğini vurgulamaktadır.²² Gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranının yüksek olması büyük ölçüde anne sağlığı hizmetlerinin yetersiz oluşuna bağlanmaktadır. Anne sağlık hizmetlerinin asıl amacı, anne ölümlerini ve hastalıklarını azaltmaktır. Anne sağlığı hizmetlerinin bileşenleri şunlardır: doğum öncesi bakım (DÖB), doğum hizmetleri ve doğum sonrası bakım (DSB) hizmetleridir.²³ Doğum öncesi bakım (DÖB), anne adaylarının ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Doğum sonrası bakım doğumdan hemen sonra ve doğumun ilk altı haftasında anneye ve yeni doğan bebeğine sağlanan bakımdır.²⁴ Anne sağlık hizmetlerinin kullanılmamasının, hamile bir kadında olumsuz bir sonuç doğurma olasılığını arttırdığı gözlemlenmiş ve belgelenmiştir. Gelişmekte olan birçok ülkede halen nitelikli anne sağlığı bakımı alan gebe oranının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. İstatistikler, gelişmekte olan ülkelerde anne sağlığı hizmetlerine erişimin hedeflenenden daha düşük düzeylerde seyrettiğine işaret etmektedir.²⁵ Bunun yanı sıra, bölgeler arasında ve ülke bazında da sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin bir takım eşitsizlikler söz konusudur. Anne ölümlerini ve

²¹ UNFPA Turkey, Dünya Nüfusunun Durumu Raporu 2018, Ankara : 2018, s. 15; Courage Mlambo, Carlowin Chinamo, Tawanda Zingwe, “An investigation of the causes of maternal mortality in Zimbabwe”, *Mediterranean Journal of Social Sciences*, C. 4, S. 14 (2013), ss. 615–20; Stephen Munjanja, *Maternal and Perinatal Mortality Study*, Harare, 2007, s.43.

²² World Health Organization, New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience, *WHO Library*, Geneva, 2016.

²³ World Health Organization., Maternal health. 2018, <http://www.who.int/maternal health>, (23.08.2018).

²⁴ World Health Organization, New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience, Geneva: 2016.

²⁵ WHO vd., Trends in maternal mortality 2000 to 2017, *New York*: 2019.

hastalık oranlarını azaltmak için gereken sağlık hizmetlerine erişimde kırsal ve kent, en fakir ve en zengin nüfus arasında farklılıklar varlığını sürdürmeye devam etmektedir.²⁶

Anne sağlığı hususunda özellikle Zimbabwe'nin kırsal kesimlerinde büyük zorluklar baş göstermektedir.²⁷ Her yıl binlerce kadın hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemde hayatını kaybetmeye devam etmektedir. Yine de mevcut sorunu çözmek için gösterilen gayret yeterli düzeyde değildir. Hükümet tarafından yürütülen sağlık program ve politikaları, anne ölümlerini azaltmamaktadır. Bu nedenle, Zimbabwe'de yüksek anne ölümlerinin temel nedenlerini araştırmak kritik önem taşımaktadır. Tıbbi ve epidemiyolojik araştırma ve kanıtlar, mevcut anne ölüm oranında yüksekliğe yönelik politika ve programların revize edilmesi ve geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Gebelik komplikasyonlarına tıbbi tedavi sağlamaya odaklanan biyomedikal yaklaşım, anne ölümlerini önlemede baskın bir yaklaşım olmaya devam etmektedir.²⁸ Kuşkusuz, biyomedikal yaklaşım anne ölümlerinin azaltılmasına küresel ölçekte katkıda bulunmuştur. Bununla birlikte, anne ölümlerinin azaltılmasındaki ilerleme oranı ülke bazında ve ülkelere arasında eşit değildir. Anne ölümleri dünyanın diğer bölgelerinde azalıyor, ancak Zimbabwe gibi Sahra altı Afrika ülkelerinde bu azalma çok düşük oranda seyrediyor. Bu, araştırmacıların ve politika yapıcıların anne ölümlerinin sosyo-kültürel nedenlerine yakından bakmalarını gerektirir. Bu, gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım sırasında kadınların uygulamalarını etkileyen sosyokültürel belirleyicilerin anlaşılmasını içermektedir. Gebelik ve doğum sırasında anne sağlığı, sosyal ve kültürel uygulamalardan ve inançlardan büyük ölçüde etkilenmektedir.²⁹ Sosyo-kültürel uygulamalar ve inançlar hamile kadınları anne sağlığı hizmetlerinden yararlanmama riskini

²⁶ Elias Teages Adgoy, “Key social determinants of maternal health among African countries: a documentary review”, *MOJ Public Health*, C. 7, S. 3 (2018), ss. 1–14; Robert L. Ferrer, “Social determinants of health”, *Chronic Illness Care: Principles and Practice*, Sage Publications, 2018, ss. 435–49; Orielle. Irwin, Alec Solar, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, *Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, 2007; World Health Organization., “What are social determinants of health?”, *WHO Bulletin*, 2015.

²⁷ Thubelihle Mathole vd., “A qualitative study of women’s perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe”, *Midwifery*, C. 20, S. 2 (2004), ss. 122–32; Norman Z. Nyazema, “The Zimbabwe crisis and the provision of social services: Health and education”, *Journal of Developing Societies*, C. 26, S. 2 (2010), ss. 233–61.

²⁸ Lassi vd., “Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: Interventions and findings”, ss. 11.

²⁹ Mohan Paudel vd., “Religio-cultural factors contributing to perinatal mortality and morbidity in mountain villages of Nepal: Implications for future healthcare provision”, *PLoS ONE*, C. 13, S. 3 (2018), ss. 1–9.

artırmaktadır. Bu nedenle, sosyo-kültürel bakış açısı, kadınların sağlık uygulamaları, kültürleri ve sosyal kontekstlerine odaklanmaktadır.³⁰

Anne ölümlerini sona erdirme çabaları, yalnızca sağlık ve hastalıkların tıbbi yönlerine odaklanan geleneksel biyomedikal yaklaşımdan uzaklaşmalıdır.³¹ Bunun yerine, araştırma anne sağlığının sosyo-kültürel yönlerine odaklanmalıdır. Sosyal sağlık modeli, sağlığı ve hastalıkları sosyo-kültürel açıdan anlamak için uygun bir yaklaşımdır. Sağlık ve hastalığın sosyal yönleri, insanların sağlığını ve refahını sağlamak için öncelikler olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal hastalık modeli ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü anayasasına dâhil edilmiştir. 1948 yılında DSÖ sağlığın tanımını şu şekilde yapmıştır: Sağlık, sadece hastalıklı veya engelli olmamak değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir³². Dahası, DSÖ sağlık kavramı aynı zamanda manevi bir boyut da içermektedir. Sosyal model aracılığıyla, sağlığa toplum temelli yaklaşımlar, sağlık ve hayatta kalmanın sosyokültürel yönlerini ele almak için çok önemlidir³³. Anne sağlığı bağlamında, sosyal model kadınlara yerel olarak uyarlanmış sağlık hizmetleri almayı gerektirir. Ayrıca, yerel sosyo-kültürel bağlamlar sağlık programı tasarımı ve uygulaması odak noktası kadınların katılımıdır. Sosyal sağlık modeli, anne sağlığına karşı kırılganlıklar yaratan sosyo-ekonomik ve kültürel koşulların düzeltilmesinin anahtarıdır. Sağlık hizmetleri daha geniş bir kapsamda ele alınmakta, herkes için sağlık sağlanması sosyo-ekonomik kalkınma için bir araç olarak kabul edilmektedir.

Sosyal sağlık modelinin önemi, sağlık yaklaşımının sosyal belirleyicileri tarafından yansıtılmaktadır. DSÖ'nün Kanada'daki ilk Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemini vurgulamıştır.³⁴ Konferansta gıda,

³⁰ Sabrina Alaíde Amorim Alves, Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira, "Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact", *Journal of Human Growth and Development*, C. 28, S. 2 (2018), ss. 183–88.

³¹ Kim E. Dickson vd., "Scaling up quality care for mothers and newborns around the time of birth: An overview of methods and analyses of intervention-specific bottlenecks and solutions", *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 15, S. 2 (2015), ss. 1–8.

³² World Health Organization., Constitution of WHO: principles, *WHO*, 2016, <https://www.who.int/about/mission/en/>. ss.14-5. (14.09.2018)

³³ Orielle. Irwin, Alec Solar, Action on the social determinants of health: A historical perspective, *Global Public Health*, Geneva, 2007.

³⁴ Dünya Sağlık Örgütü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 1998.

eğitim, barınma, gelir, sosyal adalet ve eşitlik sağlık için temel ön koşul olarak değerlendirilmiştir. Topluluk katılımı ve karar alma sürecine katılım, bu hedefe ulaşmak için kilit bir strateji olarak kabul edilmiştir.³⁵ Dahası, stratejide sağlık sistemlerinin yerel toplumların sosyo-kültürel ihtiyaçlarına yanıt vermesini gerektirmiştir. DSÖ sağlığın tanımı, bireyleri ve toplulukları kendi sağlıkları için kilit kaynaklar olarak görmektedir. Böylece, sağlık üzerinde müzakere etme ve kontrol sahibi etme gücü uzmanlardan insanlara ve toplumlara kaydırılmıştır.³⁶ Sosyal modelin sağlığa dâhil edilmesini onaylamanın bir yolu olarak, DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nu (CSDH) kurmuştur.³⁷ Komisyonun amacı sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmaktır. Amaca ulaşmak için sosyal belirleyiciler üzerinde eylem kavramsal bir ereve geliştirilmiştir. Kavramsal ereve de bu tezi yönlendirir. ereve eşitlik, insan hakları ve temel etik değerler olarak gücün dağıtımını içermektedir. Bu değerler mevcut tezin dayandığı kavramsal fikirlerdir.³⁸ Sağlık, sosyal politikaların ve sosyo-kültürel ortamdaki faktörler tarafından belirlenen sağlık hizmetlerine erişimin bir sonucu olarak görülmektedir. Ayrıca sağlık erişimi kültür ve kültürel faktörleri ve de inançları içeren toplumsal değerler tarafından belirlenmektedir.

alışmalar, gebelik ve doğumu sosyal olaylar olarak tanımlamıştır.³⁹ Gebelik ve doğum sosyal bir sistem içinde gerçekleşir ve kültürel bir değer sistemi içinde anlaşılmaktadır.⁴⁰ Bu nedenle gebelik ve doğum sosyo-kültürel bir yapıdır. Diğer sosyal olaylar gibi, bir toplumun verdiği yorumlar ve anlamlar zaman içinde değişir ve sosyal tabakalaşma ve kültürel değişimler göstermektedir. Sosyo-kültürel yapılar, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde insanların davranışlarını, inançlarını ve algılarını etkilemektedir. Benzer şekilde, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımda sosyo-kültürel yapılardan

³⁵ Dünya Sağlık rgt a.g.e., 2018.

³⁶ Dünya Sağlık rgt, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dnm Noktaları, Ankara, 2009.

³⁷ Irwin, Solar, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, 2007.

³⁸ a.g.e., s. 43

³⁹ Sabitra Kaphle, Heather Hancock, Lareen A. Newman, “Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in nepal: Critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages”, *Midwifery*, C. 29, S. 10 (2013), ss. 1173–81 ; Mohan Paudel, *Socio-cultural and Health Care Contexts of Perinatal Survival in Rural Mountain Villages of Nepal*, Flinders University, 2018; Mellissa Withers, Nina Kharazmi, Esther Lim, “Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries”, *Midwifery*, C. 56, S. 1 (2018), ss. 158–70.

⁴⁰ Anthea Symonds, Sheila C Hunt, “Social aspects of pregnancy and childbirth”, *The Midwife and Society: Perspectives, Policies and Practice*, London: Macmillan Education UK, 1996, ss. 83–100.

etkilenmektedir. Bunlar arasında kadınların gebelik, doğum ve anne sağlığı hizmetleri ilgili bireysel algıları ve inançları yer almaktadır. Yerel gelenekler, kültür, sosyal değerler gebelik ve doğum deneyimlerini de etkilemektedir. Bu anne ve çocuğun hayatta kalmasını etkileyebilecek kadın sağlığı seçimleri üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bu nedenle, sağlık programları ve stratejileri anne ölümlerini önlemede sosyo-kültürel belirleyicileri ele almaya çalışmalıdır. Anne sağlığının sosyo-kültürel belirleyicilerine yönelik müdahalelerin önemini artırmaktadır.⁴¹ Bu, anne ölümlerinin azaltılmasında sosyo-kültürel belirleyicilerin önemini göstermektedir. Toplum temelli müdahaleler genellikle kadınların ve yeni doğanların hayatta kalmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Olumsuz yerel sosyo-kültürel yönler ve düşük toplum katılımı dâhil olmak üzere, topluluk mülkiyeti eksikliği ve özellikle kadınların katılımı gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik müdahalelerin başarısında büyük darboğazlar olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle, yerel sosyo-kültürel bağlamların derinleşmesinde anlaşılması yerel halkın sağlık programlarına katılımına ve dâhil edilmesine neden olacaktır. Bu tezdeki sosyo-kültürel bağlamlar, Zimbabwe'de anne sağlığı kullanımını etkileyen geleneksel, dini, kültürel, ailesel ve toplumsal bağlamları ifade etmiştir. Bunlar yerel toplulukların dini, geleneksel ve kültürel normları, değerleri ve inançları ile ilgilidir. Aile ve toplumla ilgili bağlamlar geleneksel ve kültürel normları, değerleri ve hatta inançları, anne sağlığı kullanımını etkileyen gebelik ve doğum üzerindeki erişime ve kontrole kadar ifade etmiştir. Sağlık bağlamı sosyo-kültürel yaklaşım içinde ele alınmıştır. Sağlık bağlamları, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde sağlık hizmetlerine erişimi şekillendiren koşulları ifade etmiştir. Kırsal köylerde kadınlara sağlık hizmeti bağlamı, yerel sağlık tesislerinde sağlık kullanımını etkilemektedir.

Bu değerler ve kavramlar üzerinde temellenen çalışmada, teorik bilgi ile uygulama sonuçları bir arada değerlendirilmeye ve konu bütünlüğü sağlamaya çalışılmıştır. Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Kavramsal ve kuramsal çerçeve olan çalışmanın birinci bölümünde; sağlık ve hastalık kavramı, sağlık ve hastalığın toplumsal yönleri, sağlık sosyolojisi ve sosyolojik yaklaşımlar açısından sağlık ve hastalık teorik olarak ele alınmıştır.

⁴¹ Anne Austin vd., "Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: An overview of the evidence", *Reproductive Health*, C. 11, S. 2 (2014), ss. 1–9.

İkinci bölümünde anne sağlığı, anne sağlığı hizmetleri ve anne sağlığına etki eden sosyal belirleyicileri ve bunun boyutları teorik olarak ele alınmıştır. Zimbabve’de sosyal, kültürel ve ekonomik duruma kısa bakış olan çalışmanın üçüncü bölümünde; Zimbabve’nin coğrafya özellikler, tarih, ekonomik durum, sosyal ve ekonomik yapısı, idari yapılanma ve politik örgütlenme ve sağlık genel bakış ele alınmıştır. Anne sağlık hizmetleri süreçlerinin incelenmesi sağlık sosyolojisi bağlamında da ele alınmıştır. Ayrıca konu ile ilgili daha önceden yapılan çalışma sonuçlarıyla araştırma sonuçları karşılaştırılmıştır. Anne sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik temel öneriler de tartışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1 SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI

Sağlık konusunda herkesin üzerinde uzlaştığı bir tanım yoktur. Sağlık teriminin kullanıldığı duruma ve onu kullanan insanlara bağlı olan, birden fazla anlamı olan dinamik bir kavramdır. Sağlık ve hastalık tanımları ayrıca farklı toplumlara ve kültürlere göre de değişebilir. Örneğin, sağlık ve hastalık kavramları, vücudun bir bölümünün durumunu tanımlamak için kullanılabilir. Bazı tanımlar sağlığın olumlu yönlerini vurgulamaktadır. Öte yandan, bazıları sağlığın olumsuz yönlerinde odaklanmaktadır. Sağlık kavramını tanımlamanın bir diğer yolu, günlük yaşamda iş yapma ve günlük rutinleri yerine getirme yeterliliğine sahip olmaktır. Bury'e (2005) göre sağlık esrarengiz/bilinmeyen bir şeydir.⁴² Bu nedenle bu kısımda daha kapsamlı bir sağlık tanımı vermeden önce farklı tanımları gözden geçireceğiz. Eski sağlık tanımları ve biyomedikal yaklaşım ve Dünya Sağlık Örgütü tanımı gibi daha yeni tanımlardan bahsedilecektir. Daha sonra sağlık kavramının sosyolojik olarak nasıl tanımlandığına odaklanacağız.

Bireylere, kültürlere ve toplumlara göre sağlık ve hastalığın tanımlanması, sağlık çalışanlarının sosyolojik sağlık önceliklerine cevap vermedeki rolünün tanımlanmasında önemlidir.⁴³ Kısacası, sağlık ve hastalık sosyolojisi, toplumun sağlığı ve hastalığı nasıl anladığıyla ilgilidir. Toplumların sağlığı ve hastalığı nasıl tanımladığına dair bir farkındalığa sahip olmak sağlık ve hastalığın ne olduğu hakkında bir anlayış oluşturarak sağlık hizmetlerinin amaçlarını çerçevelemeye yardımcı olabilir.⁴⁴ Batı toplumunda, sağlık hizmetleri, toplumun değerlerini yansıtan bir sağlık düzeyi hizmetleri sağlayacak şekilde yapılandırılmıştır. Batı sağlık hizmetleri, batı toplumunun değerleri tarafından

⁴² Johannes Türk, "Health and illness", *Franz Kafka in Context*, ed. Carolin Duttlinger, Polity, London: 2017, ss. 44–53.

⁴³ David Napier vd., "Cultural Contexts of Health and Well-being, Culture Matters: Using a Cultural Contexts of Health Approach to Enhance Policy-Making", *WHO Policy Brief*, 2017.

⁴⁴ Öncel Selma, "Kültürel Yapı İle Sağlık-Hastalık İlişkisi," *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, c. 13, s. 1–3 (1997), ss. 177–84.

şekillendirilmektedir. Bu nedenle her toplumun kendi değerleri tarafından şekillendirilmiş bir sağlık sistemi olmalıdır.⁴⁵ Bu nedenle, farklı kültürlerin sağlığı ve hastalığı farklı şekillerde tanımladığına dikkat çekmek önemlidir. Bu, toplumumuzda insanlar tarafından kabul edilecek sağlık hizmetleri, yasalar, politikalar ve programlar bulmamıza yardımcı olacaktır.

Hipokrat'tan önce (M.Ö.460), sağlık ve hastalığın toplumsal yorumları büyük ölçüde, hastalığın önlenmesini ve kontrolünü etkileyen insan faktörlerini düzenleme aracı olarak kabul edilebilir. Davranışsal dürtülerinde tanımlamak dini sistemler ve otoriteler tarafından yönlendirilirdi.⁴⁶ Hastalıklar sıklıkla ilahi kararın kanıtı olarak görülmüştür. Öte yandan, bu yüzyılda sağlık ilahi bir nimet olarak görülmüş ve bireylerin dindarlığını yansıtan bir emare olarak kabul edilmiştir. Albrecht ve diğerleri (2000) göre, bu dönemde bir insanda hastalığın erken ortaya çıkması sıklıkla dini itaatsizlikten kaynaklanıyordu.⁴⁷ Ancak, bu inançlar batı tıbbının babası olarak kabul edilen Hipokrat döneminde tamamıyla değişmiştir. Hipokrat, hastalığın neden ve çözümlerinin batıl inanç ve ilahi müdahaleyle açıklanmasını bir kenara bırakarak, hastalığın doğal etiyojisine daha fazla farkındalık sağlayan bir sağlık ve hastalık felsefesi getirdi. Hipokrat felsefesi, sağlık ve hastalıkları doğal bir bakış açısıyla keşfederek, o dönemde sağlık hizmetlerinde yeni bilgi ve becerilerin gelişmesini sağladı.⁴⁸ White'a (2009) göre, en eski sağlık tanımı M.Ö. 5. Yaşamış olan Perikles ile ilişkilidir⁴⁹. Perikles sağlığı, ahlaki ve zihinsel, fiziksel refah hali olarak tanımlamıştır.

⁴⁵ Lennart Nordenfelt, "Understanding the Concept of Health," *Homage a Wlodek*, 2007, ss. 1–17, Andrea Alberto Conti, "Historical Evolution of the Concept of Health in Western Medicine.," *Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis*, c. 89, s. 3 (2018), ss. 352–54, Margaret Stacey, Hilary Homans, "The Sociology of Health and Illness: Its Present State, Future Prospects and Potential for Health Research," *Sociology*, C. 12, S. 2 (1978), ss. 281–307, Mustafa. Tözün, Kaan Sözcü, "Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi ve Temel Kavramları," *Smyrna Tıp Dergisi*, c. 58, s. 1 (2014), ss. 58–62.

⁴⁶ Weiss. Gregory, Lonquist Lynne, *The Sociology of Health, Healing, and Illness, Social Science*, 1. b., London: Pearson Prentice Hall, 2006.

⁴⁷ Ray Fitzpatrick Gary Albrecht, and Susan C. Scrimshaw, "Handbook of Social Studies in Health and Medicine", *SAGE Publications Ltd*, C. 91, S. 3 (2000), ss. 399–404.

⁴⁸ Dona Schneider vd., "Public Health : The Development of a Discipline . Volume 1 : From the Age of Hippocrates to the Progressive Era Public Health : The Development of a Discipline . Volume 2 : Twentieth-Century Challenges", C. 176, S. 6 (2012), ss. 562–65.

⁴⁹ Le Clainche-Piel, *Sociology of Health and Illness, Sociology of Health & Illness*, London: Sage Publications, 2015.

Sağlık konusundaki tıbbi anlayışın gelişimi, bilimin ve felsefesin yükselişiyle, aydınlanma dönemi sırasında başlamıştır. Porter'ın (2002) belirttiği gibi, “on dokuzuncu yüzyıl boyunca, bakteriyoloji ve patolojik anatomi gelişimi hem düşünce hem de uygulamada büyük bir değişiklik yarattı”.⁵⁰ Biyomedikal model, Batı’da Aydınlanma Dönemi sonrası yaşanan tıbbi ve felsefi değişimlerinden ortaya çıkmıştır.⁵¹ Bu, sağlığın tanımlanmasında biyomedikal yaklaşımın doğmasına neden oldu. Biyomedikal yaklaşım, sağlık ve hastalıkları insanların tıbbi olarak tanımlanmış patolojileri açısından incelemektedir. Biyomedikal yaklaşım, sağlığı, hastalığın yokluğu olarak tanımlar.⁵² Biyomedikal bakışa göre sağlık yalnızca fiziksel varlıkla açıklanabilir; bu bakış zihin-beden bütünlüğünü ele almaz. Diğer bir ifadeyle sağlık, biyolojik anormalliklerin olmaması veya zararlı bakterilerin hastalık belirtilerine yol açmaması durumudur. Bu modele göre sağlık nesneldir ve özneliği mümkün olduğunca ortadan kaldırmayı amaçlar.⁵³ Sağlığın biyomedikal tanımı son üç yılda büyük ölçüde eleştirilmiştir.⁵⁴ İlk olarak bu model modern hastalıkları ve stres ve kronik hastalıklar gibi psikolojik sorunları anlamada yetersizdir.⁵⁵ Bu model, indirgemeci biçimi açısından eleştirilmektedir çünkü biyolojik yapılar ve süreçler açısından sadece hastalıkların fiziksel açıklamalarını aramaktadır.⁵⁶ Sosyal, kültürel ve biyografik açıklamaları göz ardı ederek batı bilimsel tıbbi görüşüne dayanmaktadır.⁵⁷

Resmi tanım açısından, DSÖ'nün sağlık tanımı en sık kullanılanıdır. 1948 yılında DSÖ sağlığın tanımını şu şekilde yapmıştır: Sağlık, sadece hastalıklı veya engelli olmamak değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.⁵⁸ Bu tanım DSÖ'nün

⁵⁰Johannes Türk, “Health and illness”, ss. 44–53.

⁵¹ David Greaves, “Reflections on a new medical cosmology”, *Journal of Medical Ethics*, C. 28, S. 2 (2002), ss. 81–85.

⁵² Deniz Şanlı, Nurgün Platin, “The effect of biomedical model on nursing Biyomedikal modelin hemşireliğe etkisi”, *International Journal of Human Sciences*, C. 12, S. 2 (2015), ss. 897–911.

⁵³ Michael Bury, Jonathan Gabe, *The Sociology of Health and Illness: A Reader*, Polity, 2013, s. 28.

⁵⁴Michael Bury, Jonathan Gabe, a.g.e., s.34.

⁵⁵ Albert Farre, Tim Rapley, “The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness”, *Healthcare*, C. 5, S. 4 (2017), s. 88.

⁵⁶ Flamenbaum Jaime, *A Critique of the Biomedical Model: The clash between physician and patient expectations*, McGill University, 1999.

⁵⁷ Hossein Adibi, “Health: Its Implications within the Biomedical and Social Models of Health – A Critical Review”, *Journal of Selected Areas in Health Informatics*, C. 4, S. 2 (2014), ss. 16–23.

⁵⁸ World Health Organization, Constitution of WHO: principles, 2015, <http://www.who.int/constitution>, s.17(27.06.2019).

anayasasına girerek kesinlik kazanmıştır. Bu tanım sağlığın sadece fiziksel boyutu ile sınırlı kalmayıp ruhsal ve sosyal boyutlarına da vurgu yapmıştır. Sağlığımız, gündelik hayat için bir kaynaktır. Toplumsal özel kaynakları ve fiziksel potansiyel gösteren olumlu bir kavramdır.⁵⁹ Bu tanım ayrıca temel insan haklarından olarak biri olan sağlık kavramına da vurgu yapmaktadır. Bu kavramın hayata geçebilmesi için gerekli ön şartlar; barış, yeterli ekonomik kaynaklar, yiyecek ve barınak, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynakların kullanılmasıdır.⁶⁰ Bu ön şartlar, sosyal-ekonomik durumlar, fiziki çevre, farklı hayatı tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantıları ortaya çıkarır. Bu tanım, sağlık sistemlerinin sosyo-kültürel çevrenin halk sağlığı üzerindeki etkisini dikkate alması gerektiği anlamına gelir. Bu nedenle, insanlar temel sağlık hizmetlerini sosyo-kültürel bağlamda anlamalıdır. Bu tanım, sağlığı hastalığın yokluğu olarak tanımlayan ve sosyal sağlık modelini tanıtan geleneksel biyomedikal anlayıştan uzak durmaktadır.

DSÖ'nün tanımı yaygın bir şekilde benimsenmiş olmasına rağmen, bilim adamları hala bu konuyla ilgili bazı problemler görmektedir. Bu tanım, birçok yazar tarafından eşitsizlik kalıplarına, dikkat eksikliğine ve idealizme yol açan “tamamlandı/*complete*” kelimesi nedeniyle eleştirilmektedir.⁶¹ Larson'a göre, bu tanım gereğinden fazla basitleştirilmiş ve özet bir tanım olmuştur. Bu sebeple idealist bir nitelik taşıması, sağlığı gereğinden fazla dar bir biçimde tanımlaması, ruhsal sağlık ve ekonomik iyilik hali gibi bireysel sağlık ile ilgili konulara yer vermemesi bu tanımın doğruluğunu tartışmalı hale getirmektedir.⁶² Sağlık sürekli gelişen bir olgu ise ve sağlığı geliştirmek hedefi sürekli varsa, tam bir iyilik haline ulaşılması imkânsızdır. Bu durumda, tam iyilik hali metafizik bir kavramdır.⁶³ Bu tanım, ideal sağlık durumunun elde edilebileceği koşullar konusunda netlik içermediği için de eleştirilir. Çünkü bireylerin fiziksel refah, sosyal refah ve zihinsel refah

⁵⁹ Dünya Sağlık Örgütü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara , 2006.

⁶⁰ World Health Organization., “The Ottawa Charter for Health Promotion”, 2016, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. (04.04.2018),

⁶¹ Harald Brüßow, “What is health?”, *Microbial Biotechnology*, C. 6, S. 4 (2013), ss. 341–48.

⁶² James S Larson, “The Conceptualization of Health”, *Medical Care Research and Review*, C. 56, S. 2 (1999), ss. 123–36.

⁶³ a.g.m., s.131

hakkındaki görüşleri farklıdır⁶⁴. İdeal sağlık durumunu tanımlamak imkânsızdır. Çünkü insanlar farklı görüşler, yaş, sosyal ve ekonomik geçmişe sahiplerdir. Bu nedenle sağlık durumu bireylere bağlı öznel bir kavram olacaktır.⁶⁵ Misselbrook (2014), bu tanımları ütopycı olarak nitelendirmiştir.⁶⁷ Bu tanım, eşitliğin bir sorun olduğu dünyada insanların yaşam mücadeleleri ile ilgili hiçbir ilişki taşımamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı insanları, kusur giderilmesi gereken kapalı ve bilinebilir sistemler olarak görüyor.⁶⁸

Sağlık ve hastalık anlayışında şu anda sosyal, ekonomik, çevresel ve kültürel boyutları ile sağlık anlayışına katkıda bulunan farklı bir değerler dizisi var. Sonuç olarak, sağlık ve hastalığın sosyal kökenleri eskisinden daha fazla dikkat çekmiştir ve bu durum sağlık tanımlarına da yansımıştır.⁶⁹ Sosyolojik bakış açısının tıp ve sağlık hizmetleri üzerindeki artan etkisi çok önemlidir. Ancak sağlığın sosyal yönleri epidemiyoloji ve halk sağlığı gibi tıp bilimleri tarafından da fark edilmeye başlanmıştır.⁷⁰ Örneğin epidemiyoloji alanında, etnik köken, yaş, kültür, sınıf ve yaşadığı bölgeler gibi bazı değişkenleri dikkate alınmaya başlanmıştır. Modern toplumda hastalığın değişen doğası ve modern tıp şüpheciliği, sağlık ve hastalığın sosyal ve davranışsal yönlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğinin altını çizmektedir. Perspektifteki bu değişim nedeniyle, DSÖ bu tanımları; insan hakları, bireysel davranışlar ve yaşam tarzı gibi koşulları eklemek için güncellemiştir.⁷¹ DSÖ, sağlığa ulaşmada ırk, politika, ekonomik ve sosyal konum ne olursa olsun sağlığın tüm bireylerin temel hakkı olduğunu vurgulamaktadır. DSÖ, barış, yeterli ekonomik kaynaklar, yiyecek ve barınak, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren sağlık için bazı önkoşulları vurgulamıştır.⁷² Bu kapsamlı tanım ayrıca sağlığın toplumsal modeli

⁶⁴ Harald Brüssow, "What is health?", ss. 341–48.

⁶⁵ The Lancet, "What is health? The ability to adapt", *The Lancet*, C. 373, S. 9666 (2009), s. 781.

⁶⁶ Matthias Flatscher, Torsten Liem, "What is Health? What is disease? Thoughts on a complex issue", *The AAO Journal*, C. 21, S. 4 (2011), ss. 0–3.

⁶⁷ David Misselbrook, "W is for Wellbeing and the WHO definition of health", *British Journal of General Practice*, C. 64, S. 618 (2014), ss. 39–50.

⁶⁸ a.g.m., s.44.

⁶⁹ Steve Taylor, "Health, Illness and Medicine", *Taylor S. (eds) Sociology*, London: Palgrave, 1999, ss. 253–54.

⁷⁰ David Mechanic, "The role of sociology in health affairs", *Health Affairs*, C. 9, S. 1 (1990), ss. 85–97.

⁷¹ World Health Organization., "The Ottawa Charter for Health Promotion".

⁷² World Health Organization, "Health is a fundamental human right", 2017, <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/>.(04.04.2018).

olarak da adlandırılabilir. Sağlığın toplumsal modeli, iyileşmenin biyomedikal modeli ile ilişkili sınırlamaların ve indirgemecilerin ötesine geçen, sağlığın kendine özgü ve bütüncül bir tanımını ve anlayışını sunmaktadır. Toplumsal modele göre, sağlık sadece tıp mesleği veya tıp biliminin bulguları ile anlaşılabilir. Aksine, bir sağlık perspektifi, insan deneyiminin tüm yönlerini benimsemeli, sağlığını sosyal yapılarını ve somutlaşmış insan ajansının dinamik etkileşimine tamamen yerleştirmelidir. Toplumsal sağlık modelleri, sağlığımızın çok çeşitli bireysel, kişilerarası, örgütsel, sosyal/toplumsal, çevresel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilendiğini kabul eder.⁷³

Ayrıca, sosyolojik sağlık ve hastalık modeli, biyomedikal model üzerinde kritik ve zıt bir konum almıştır; sağlık ve hastalıkları sosyal-kültürel bağlama yerleştirmektedir. Turner'a (1995) göre, sosyolojik model, sağlık kavramlarını kültürel değişimlerin ürünleri olarak ele almaktadır.⁷⁴ Şekillenmenin (*embodiment*) geliştirilmesiyle zihin veya beden ayrımını reddeder. Bu modele göre, sağlık, kişinin tarihsel, sosyal ve kültürel bağlamı dışında anlaşılabilir. Sosyolojik modele göre, hastalığın nedenleri yaşam deneyimleri, yaşam standartları, insanların sosyal ilişkileri, beslenme vb. açılardan farklılaştırılır. Sosyoloji, hastalığın sosyal kökenlerini, insanların hastalık deneyimlerini, hastalıkları şekillendiren süreçleri ve tıbbi bilgileri ve sağlık kurumlarının nasıl örgütlendiğini vurgulamaktadır.⁷⁵ Kullanılan sosyolojik yaklaşıma bağlı olarak sağlığın farklı sosyolojik tanımları vardır.

İşlevsel bakışa göre, sağlık normal sosyal rollere katılma yeteneğidir[48]. Bu görüş, sağlığı ve hastalığı, sosyal sistemin bir işlevsizliği olarak gören Parsons (1952) tarafından ortaya atılmıştır.⁷⁶ İşlevsel görüşe göre, sağlıklı bir devletin karşıtı olan hastalık, bireylerin sosyal rollerini yerine getirmelerini engelleyerek sosyal sistemin uyumu ve dengesi üzerinde

⁷³ Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, İNSEV Yayınları, İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı, 2006, s. 27.

⁷⁴ Bryan S. Turner, *Medical Power and Social Knowledge*, *Bulletin of Science, Technology & Society*, Newbury Park, CA: SAGE Publications Inc, 1995.

⁷⁵ Ömer Aytaç, Muzaffer Çağlar Kurtdaş, "Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi," *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 25, S. 1 (2015), ss. 231-50.

⁷⁶ Talcott Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice.*, *The Social System.*, 1. b., London: Graham Scambler, 1951.

büyük bir zararlı etkiye sahipti⁷⁷. Buna karşılık, Marksistlere göre sağlık, yalnızca fiziksel veya duygusal bir iyilik hali değil, aynı zamanda yaşamı yüksek bir memnuniyet seviyesinde sürdüren ve destekleyen temel maddi ve maddi olmayan kaynaklara erişim ve kontrolüdür.⁷⁸ Neo-Marksist bir perspektife sahip olan Kelman (1975) sağlığı bir üretim sistemi bağlamında görmüştür ve fonksiyonel sağlık ile deneyimsel sağlık arasında bir ayrım yapmıştır.⁷⁹ İşlevsel sağlığı, toplumda iş yürütmek için roller üstlenen uygun değer kapasiteye sahip bir durum olarak tanımlamıştır. Bu, sağlıklı bireylerin kapitalist bir toplumda kar elde etmek için işlevsel olduğu anlamına gelir. Öte yandan deneysel sağlık, hastalık ve yabancılaşmadan özgürlüğü ve kendini keşfetme, kendini gerçekleştirme ve yabancılaşma koşullarından deneyüstülük dâhil olmak üzere insanın kapasitesinin gelişmesi anlamına gelmektedir.⁸⁰

Yorumsal bakış, sağlığı bireylerin algısından tanımlar. İnsanlar, kültürlerine, deneyimlerine ve yaşam durumlarına göre sağlığı farklı şekillerde tanımlamaktadır⁸¹. Sağlık kişisel beklentilerle ilişkilidir. Sağlık ve hastalık birer durum değildir, çünkü gerçekte insanlar bir hastalıkla yaşadıkları halde kendilerini sağlıklı hissedebilirler⁸². Sosyal İnşatçılık sağlığının tanımı da bireysel/*lay*⁸³ perspektif olarak bilinir. Bireysel sağlık algısını anlamada bazı sosyolojik araştırmalar çok önemlidir.⁸⁴ *Lay* sağlık kavramları, sağlığı tanımlamak ve hastalık için bir açıklama sağlamak için bireyler, topluluklar veya kültürler tarafından kullanılan kavramsal modellerdir.⁸⁵ *Lay* sağlık ve hastalık kavramlarının sıklıkla daha geniş hastalık teorilerinden teorik temelleri vardır. Ayrıca, aynı zamanda, temel sağlık teorileriyle

⁷⁷ Matthias Zick Varul, “Talcott parsons, the sick role and chronic illness”, *Body and Society*, C. 16, S. 2 (2010), ss. 72–94; Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice*.

⁷⁸ Aytaç, Kurtdaş, “Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”, ss. 231–50.

⁷⁹ Sander Kelman, “The Social Nature of the Definition Problem in Health”, *International Journal of Health Services*, C. 5, S. 4 (1975), ss. 625–42.

⁸⁰ Sander Kelman, a.g.m., s. 633.

⁸¹ Sarah Nettleton, *The sociology of health and illness*, Polity, London: Oxford University Press, 2013.

⁸² Samuel William Bloom, *The Word As Scalpel: A History of Medical Sociology*, Oxford University Press, 7. b., London: Oxford University Press, 2002.

⁸³ Lay kişi, mesleği olmayan sıradan bir kişi demektir. Bu duruma doktor, hemşire, sosyolog veya sosyal bilimci vb

⁸⁴ Adrian Furnham, “Explaining health and illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery”, *Social Science and Medicine*, C. 39, S. 5 (1994), ss. 715–25.

⁸⁵ Mildred Blaxter, *Health and lifestyles, Health and Lifestyles*, 6. b., London and New York: Routledge, 2003.

⁸⁶ Blaxter, a.g.e, 2003

doğrudan ilişkili olmayabilecek, vücut, sağlık ve hastalık hakkında yerel olarak geliştirilmiş kavramları içermektedirler. *Lay* hastalık tanımları kültürel gruplar arasında ve ayrıca farklı sosyoekonomik kökenli insan grupları arasında büyük farklılıklar gösterir. *Lay* hastalık kavramları, bireyin içinden, doğal dünyadan, sosyal dünyadan veya doğaüstü dünyadan türetilmiş olarak sınıflandırılmıştır.⁸⁷

Herzlich (1973) lay kişilerin sağlık tanımlarını incelemiştir[58]. Herzlich, sağlığın üç boyutlu olduğunu keşfetmiştir.⁸⁸ Hastalığın yokluğu, kişinin yapısı ve direnişi ile bağlantılı bir sağlık rezervi ve olumlu bir iyilik veya denge halidir.⁸⁹ Benzer şekilde, d'Houtard ve Field (1984) farklı sosyal sınıflar için sağlık algılarını incelemiştir.⁹⁰ Onlar işçi sınıfının sağlığını fiziksel özellikleri açısından tanımladılar. Birleşik Krallık 'ta yapılan bir araştırmada, katılımcılar sağlığı olumsuz şeyler olarak, hastalığın varlığı olarak tanımladılar⁹¹. Bu tanım, işlevsel olarak günlük aktivitelerle başa çıkma kabiliyeti ya da olumlu olarak fiziksel uygunluk ve iyilik hali olması durumudur. Almanya'da yapılan bir araştırmada, hastalığın tanımını sıklıkla, somatik belirti ve bozukluklar, kendini kötü hissetme ve birinin başarmak istediği ancak yapamayacağı şeyler oluşturmaktadır⁹². Zahra ve diğerleri (2015), lay insanların sağlık algıları ve 29 ülkede sağlığı etkileyen faktörler üzerinde çalışmışlardır.⁹³ Çalışmaya göre, farklı gruplara ait insanların, sağlık konusunda farklı algılarının varlığı ortaya çıkmıştır. Fugelli ve Ingstad, farklı ortamlarda ve yerlerde lay insanların sağlık algılarını keşfetmek için bir etnografi çalışması yapmıştır. ⁹⁴ İnsanların sağlık kavramsallaştırmalarında altı temel unsuru tanımlamışlardır: refah, işlev, doğa, mizah duygusu, başa çıkma ve enerji. Kırsal kesimde Hindistan'da sağlık sosyal dünya ile

⁸⁷ Lothar R. Schmidt, Heike Fröhling, "Lay concepts of health and illness from a developmental perspective", *Psychology and Health*, C. 15, S. 2 (2000), ss. 229–38.

⁸⁸ Claudine Herzlich, "A journey in the field of health: From social psychology to multi-disciplinarity", *Journal of Health Psychology*, C. 23, S. 3 (2018), ss. 386–96.

⁸⁹ Schmidt, Fröhling, "Lay concepts of health and illness from a developmental perspective", ss. 229–38.

⁹⁰ a.g.m., ss. 229–38..

⁹¹ Blaxter, *Health and lifestyles*.

⁹² Anna Lydia Svalastog vd., "Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society", *Croatian Medical Journal*, C. 58, S. 6 (2017), ss. 431–35.

⁹³ Aqeela Zahra vd., "Perception of lay people regarding determinants of health and factors affecting it: An aggregated analysis from 29 countries", *Iranian Journal of Public Health*, C. 44, S. 12 (2015), ss. 1620–31.

⁹⁴ a.g.m., s. 1623.

bağlantılıdır (sosyal normlara uymama veya temel ritüelleri yerine getirmeme).⁹⁵ Lay hastalık tanımların üç nitelik ile tanımlanır: bütünlük, yararcılık ve bireysellik. Bütünlük, bütüncül bir görüngenü olarak sağlıkla ilgilidir. Sağlık, yaşamın diğer tüm yönleriyle, günlük yaşama, çalışma hayatıyla, aile hayatıyla ve topluluk hayatıyla iç içe olan bir özelliktir. Hastalığın yokluğu yeterli olmayıp bir bütün olarak yaşam durumu dikkate alınmalıdır. Pragmatizm sağlığı bir göreceli/*relative* olgu olarak yansıtır. Sağlık, yaşlarına, tıbbi durumlarına ve sosyal durumlarına göre, insanların beklentilerine göre deneyimlenir ve değerlendirilir. Bu şekilde, sağlık mutlaka hastalıktan kurtulma veya işlevsel olmayan yetenekleri kaybetme anlamına gelmez. Son olarak bireycilik, kişisel bir olgu olarak sağlıkla ilgilidir. Sağlık algısı, bir kişi olarak kim olduğunuza bağlıdır. Bir toplumun parçası olmak ve başkalarına yakın hissetmek herkes için önemli olan şeydir.⁹⁶

2 SOSYOLOJİK BAKIŞ AÇISIYLA SAĞLIK

Sağlık sosyolojisi, bazı ülkelerde tıbbi sosyolojisi olarak da bilinir. Bu tezdeki tartışma boyunca birbirinin yerine iki ana terim kullanılmamaktır. Tıbbi sosyolojik çalışmalar iki akışı izlemeye meyillidir: tıptaki sosyoloji ve tıp sosyolojisi.⁹⁷ Tıp içindeki sosyoloji, sağlık araştırmaları tasarlamayı ve yürütmeyi ve bakıma erişim, hizmetlerin kullanımı, sağlık hizmetleri memnuniyetini, hastalıkları risk faktörleri, sağlık durumu belirleyicileri ve daha pek çok konuda çeşitli konuları kapsamaktadır.⁹⁸ Tıp sosyolojisi ise aksine, sosyolojik hipotezleri test etmeye, toplumsal tabakalaşma, güç ve etki, sosyal organizasyon, sosyalleşme ve sosyal değerlerin geniş bağlamında temel konuları incelemek için tıbbi, bir arena olarak kullanmak üzerine odaklanır. Bu gelenek içinde çalışmak, sosyal statünün sağlık etkileşimlerini nasıl etkilediği ve siyasi, kültürel ve ekonomik çıkarların sağlık hizmetinin yapısını nasıl etkilediği gibi temaları araştırmaktadır. Siegrist (2005), sağlık sosyolojisinin bilim dalın yapısını beş önemli bilgi alanı bağlamında betimlemeye çalışmıştır.⁹⁹ Bu beş

⁹⁵ Roger P. Worthington, Anupriya Gogne, “Cultural aspects of primary healthcare in India: A case-based analysis”, *Asia Pacific Family Medicine*, C. 10, S. 1 (2011), ss. 1–8.

⁹⁶ a.g.m., s.4.

⁹⁷ David Mechanic, “The role of sociology in health affairs”, ss. 85–97.

⁹⁸ Raimundas Kaminskas, Eimantas Peičius, “The development of medical sociology in the post-soviet society: The case of Lithuania”, *Central European Journal of Public Health*, C. 15, S. 2 (2007), ss. 74–78.

⁹⁹ Johannes Siegrist, *Medizinische Soziologie*, 1. b., Gesundheitssicherung: Elsevier, Urban und Fischer, 2005.

alanın içerdikleri, sağlıklı yaşam sosyolojisi (önleme), hastalarının sosyolojisi (iyileştirme), hastaları-profesyonel etkileşim sosyolojisi (tanı, tedavi), sağlık & hastalık sebeplerinin sosyolojik çalışmaları (sosyal epidemiyolojik) ve sağlık bakım sistemlerinin sosyolojisidir.¹⁰⁰

Yıllar geçtikçe, sağlık ve hastalık sosyolojisi farklı sosyolojik bakış açıları, yaklaşımlar veya paradigmlar kullanılarak düzenlenmiş ve yapılandırılmıştır. Turner ve Samson(1999), kapsamlı bir sosyolojisinin, toplumda sağlık ve hastalığı üç farklı düzeyde incelemesi gerektiğini ileri sürmemektedir.¹⁰¹ Birincisi, fenomenolojik bir perspektifte, bireysel olarak sağlık ve hastalığa sahip olma seviyesidir. İkinci seviyesinde, sağlık ve hastalık sosyal inşası üzerine işlevsel bir bakış açısına sahip ve rolleri, normları ve sapmaları inceleyen topluluk seviyesidir. Ayrıca bu seviyesinde, hastalığın kültürel özellikleri, hastalık kategorilerinin ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlık ve hastalık sosyal inşası incelenir. Üçüncüsü ise sağlık sistemlerini ve sağlık politikalarını konu alan ve sağlık sistemlerini kendi politik bağlamlarında inceleyen kurumsal düzeydir. Diğerleri ise sağlık sosyolojisindeki çalışmaları sahip oldukları yaklaşımlar açısından değerlendirmektedir.¹⁰² Bunlar Marksist, Parsons'cu ve Foucault'cu yaklaşımlar şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Sağlık sosyolojisi, kendi teorisi eksik olduğu için eleştirilmektedir.¹⁰³ Ancak sağlık sosyolojisi daha geniş perspektifleri için ana sosyolojisiyle dayanmaktadır. Bu görüşe diğer bilim adamları tarafından karşı çıkılmaktadır.¹⁰⁴ Turner (1995) sağlık ve hastalık sosyolojisinin çalışmalarında teorik yararcılık için savunmaktadır.¹⁰⁵ Sağlık sosyologları, sosyal yaşam ile özel sağlık sorunları arasındaki diyalektik etkileşim ile ilgilenmektedirler.¹⁰⁶ Sosyal hayatı nasıl hastalık ve ölüm açısından önemli olup olmadığını ve tam tersini incelemeyi amaçlamaktadır. Hastalık sosyolojisi, sosyal süreçlerin hastalıkların ciddiyetini

¹⁰⁰ Johannes Siegrist a.g.m. 2005

¹⁰¹ Bryan S. Turner, Colin. Samson, *Medical power and social knowledge*, Sage Publications, 1995.

¹⁰² Le Clainche-Piel, *Sociology of Health and Illness.*, 2005

¹⁰³ Turner, Samson, *Medical power and social knowledge*.

¹⁰⁴ Gary Albrecht, Scrimshaw, "Handbook of Social Studies in Health and Medicine", ss. 399–404.

¹⁰⁵ Turner, Samson, *Medical power and social knowledge*.

¹⁰⁶ Stefan Timmermans, Steven Haas, "Towards a sociology of disease", *Sociology of Health and Illness*, C. 30, S. 5 (2008), ss. 659–76..

nasıl etkilediği ve buna bağlı olarak hastalığın özellikli aşamalarının sosyal ilişkileri, iş, mahalle veya aile yaşamını nasıl etkilediği üzerine odaklanmaktadır.¹⁰⁷

3 SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN DOĞUŞU VE GELİŞİMİ

Sağlık Sosyolojisi, Tıbbi Sosyoloji olarak da bilinen, sosyolojinin temel bir alanı haline gelmiştir. Klasik sosyologlarının zihinlerinde tıbbi sosyoloji hakkında hiçbir fikri yoktur. Ancak, çalışmaları, sağlık sosyolojisi çalışmalarında uygulanabilecek sosyolojik bakış açılarının ve yöntemlerin ortaya çıkması için temel oluşturur. Örneğin, Karl Marx ve Friedrich Engels, İngiliz işçi sınıfının kötü sağlığının ve kapitalizmin önemli bir bağlantısı olduğunu belirledi.¹⁰⁸ Emile Durkheim, 1897'de Avrupa intihar oranlarını analiz etmiştir.¹⁰⁹ Max Weber'in bürokratik rasyonellik ve sosyal eylem üzerine çalışmalarını analiz etmiştir.¹¹⁰ Auguste Comte (1896) organizma analogisi kavramını ortaya koydu. Auguste Comte'a göre toplum, bireysel parçaları ve bütün arasındaki uyumla karakterize edilen kolektif bir organizmadır.¹¹¹ Ancak, Durkheim, Marx, Weber ve diğer büyük klasik sosyolojik teorisyenler tıp içinde toplumdaki rolüyle ilgilenmemişlerdir.¹¹² Ancak onların çalışmaları ve fikirleri, tıbbi sosyoloji denilen bir sosyoloji alt alanının gelişimi için bir dönüm noktası oluşturmuştur.

¹⁰⁷ Stefan Timmermans, Steven Haas a.g.m., s. 664

¹⁰⁸ Frederick Engels, "The condition of the working class in England", *The Sociology and Politics of Health: A Reader*, C. 1, S. 4 (2005), ss. 8–13.

¹⁰⁹ Laura Desfor Edles, Robert Alun Jones, *Emile Durkheim: An Introduction To Four Major Works.*, *Contemporary Sociology*, 3. b., Chicago: University of Illinois, Carbondale, 1987; David Woodman, *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology (Book)*, *Sociology of Health & Illness*, 1990; Emile Durkheim, *Emile-Durkheim-İntihar, Pozitif Yayınları*, ed. Şeniz Baş, Pozitif Yayınları, 2013.

¹¹⁰ William C. Cockerham, "Max Weber: Bureaucracy, Formal Rationality and the Modern Hospital", *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, London: Palgrave Macmillan, 2015, ss. 1–710; Susan W. Hinze, Heidi L. Taylor, *Medical sociology, Handbook of Sociology and Human Rights*, 1. b., New York: Blackwell Publishing Ltd Blackwell, 2015; Max Weber, "The Sociology of Max Weber.", *American Sociological Review*, C. 35, S. 3 (1970), s. 549.

¹¹¹ Dursunoğlu İsmail, "Sosyal Darwinizm," *Karabük University Journal of Institute of Social Sciences*, C. 6, S. 6–1 (1999), ss. 201.

¹¹² Graham Scambler, *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, 2. b., London: Sage Publications, 2012.

19. yüzyılda Rudolf Virchow, bir Alman doktor, tıp sosyolojisinin temelini attı ve sağlık sosyolojisinin anahtar temelini kurmuştur.¹¹³ Virchow, sosyal ve ekonomik koşulları, 1847'de bir tifüs ateşi salgınının ana nedenleri olarak tanımladı ve yoksullar için birincil önleyici teknik olarak iyileştirilmiş yaşam koşulları için bir lobi yaptı. 1848'de, “Tıp sosyal bir bilimdir” diye yazdı.¹¹⁴ Biyomedikal indirgemeciğe karşı savunarak, yani her hastalığı biyolojik bir nedene indirgemeye çalışmak, Virchow, tıbbin büyük ölçüde sosyal yapının hem sağlık hem de hastalık yaratma üzerindeki etkisini göz önünde bulundurması gereken bir sosyal bilim olduğunu iddia etti. İnsan sağlığında ve hastalıkta sosyal faktörlerin değerlendirmesini savundu.¹¹⁵ Bu, sosyal bilimlerin insan sağlığı anlayışına katılımı için geniş bir yol açmıştır.

1900'lü yılların başı, tıbbin sosyolojik boyutunun araştırılmasında başlangıç serüveni olarak kabul edilir. Tıbbi sosyoloji teriminin ilk kullanımı, Charles McIntire'in sağlıktaki sosyal faktörlerin önemine ilişkin bir makalesinde 1894 gibi erken bir tarihte ortaya çıkmıştır.¹¹⁶ Diğer erken çalışma, 1902'de Amerika'da tıbbin fakültesinden mezun olan ilk kadın Elizabeth Blackwell tarafından tıp ve toplum arasındaki ilişki üzerine yazılar yazılmıştır.¹¹⁷ Ancak, bu ilk yayınlar sosyolojiden çok tıpla ilgilenen insanlar tarafından üretilmiştir. Michael Davis, 1921'de *Immigrant Health and the Community* (Göçmen Sağlığı ve Topluluğunu) yayınladı.¹¹⁸ *Social Factors in Medical Progress* (Tıbbi Gelişimde Sosyal Faktörler) başlıklı olarak sosyolojik açıdan ilk eser 1927'de Bernard Stern tarafından basılmıştır.¹¹⁹ 1930'larda birkaç yayın yapıldı, örneğin Lawrence Henderson'ın 1935'de *The Physician and Patient as a Social System* (Hekim ve Hasta olarak bir sosyal sistem) makalesi

¹¹³ Timothy H Holtz vd., “Health Is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome”, *PLoS Medicine*, C. 3, S. 10 (2006), s. e419.

¹¹⁴ Samuel .W Bloom, *The Word As Scalpel: A History of Medical Sociology*.

¹¹⁵ a.g.e.

¹¹⁶ Course Hero, *The Historical Development of Medical Sociology, 2016*, <https://www.coursehero.com/file/26252400/The-Historical-Development-of-Medical-Sociologyppt/>.(28.01.2019),

¹¹⁷ D. Porter, *The history of public health and the modern state.*, *Clio medica*, 1. b., Amsterdam: Editions Rodopi, 1994; William C. Cockerham, *Medical Sociology*, 13. b., New York: Routledge, 2016.

¹¹⁸ Samuel. W Bloom, *The Word As Scalpel: A History of Medical Sociology* Oxford University Press, 2002.

¹¹⁹ CourseHero, “The Historical Development of Medical Sociology”.

yayınlanmıştır.¹²⁰ Bu durum tıbbi sosyolojinin gelişimi için önemli sonuçlar doğurdu. Avrupa ülkelerinde, 1848'deki siyasal sosyalizmin yenilgisiyle, sosyal tıbbın ilgisi de azaldı ve genel olarak hüküm süren politik iklim ile ilgili olmadığı düşünülürdü.¹²¹ Bununla birlikte bu kitabın, sosyal tıbbın tıp alanıyla ilgili anlayışı ve kabulü Almanya'da ve birtakım ülkelerde ilerleme kastetmiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, İngiltere'de sosyal tıp için güçlü bir hareket geliştirmiştir.¹²² Bu kitabı, sosyal tıbbın, tıp alanıyla ilgili anlayışı ve kabulü, Almanya'da ve başka ülkelerde ilerlemiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, İngiltere'de sosyal tıp için güçlü bir hareket geliştirmiştir.¹²³ Sağlık eşitsizlikleri ile sosyal koşullar arasındaki ilişki soruşturma konusu olmaya başladı. Batı Avrupa'da sosyologlar, 1960'lı yıllarda, ulusal sağlık bakım sistemlerinin sosyal kontrol işlevlerini ciddi düşünmeye başlamıştır.¹²⁴ Avrupa'da, aynı zamanda, alternatif, Neo-Marksist, sağlık ve sağlık bakım sistemlerinin araştırılmasına katılan sosyologların bağlılığı için Parsons 'un işlevselliği ile rekabet eden teorik fikirlere ilham vermiştir.¹²⁵

Tıbbi sosyolojinin kendisini bilimsel bir alt disiplin olarak kurması için teorik bir temele açıkça ihtiyaç duyuldu ve bu gelişmenin katalizörü/uyarıcı 1951'de Talcott Parsons'un (*Social System*) Sosyal Sistemi'nin yayınlanmasıydı.¹²⁶ Sosyal Sistemde, Parsons, tıbbın toplumun istikrarını sağlamada merkezi bir rol üstlenmesine yer vermiştir. Parsons, tıp ve toplum arasındaki ilişkiyi kabul etti ve hastalığın sosyal kontrol mekanizması olarak ve hasta "rolü" sosyal kontrol mekanizması olarak rolüne dikkat çekti.¹²⁷ Bu, sosyolojik teorinin insan hastalığının anlaşılmasındaki ilk bilinçli uygulamasıdır.¹²⁸ Hasta rolü kavramı, hasta-hekim ilişkisi, hastalık davranışı, tıbbi sapma ve tıbbi profesyonellik gibi diğer araştırma

¹²⁰ Lawrence Joseph Henderson, "Physician and Patient as a Social System", *New England Journal of Medicine*, C. 212, S. 18 (1935), ss. 819–23.

¹²¹ Rolland. McCarrison, Charles McNeil, *Social Medicine*, *British Medical Journal*, ed. MICHAELA KOSTIČOVÁ, 1. b., Bratislava: Comenius University, 2015.

¹²² Samuel. W Bloom, a.g.e, 2002.

¹²³ Samuel. W Bloom, a.g.e, 2002.

¹²⁴ Margot Jeffreys, "The development of medical sociology in theory and practice in Western Europe 1950-1990", *European Journal of Public Health*, C. 6, S. 2 (1996), ss. 94–98.

¹²⁵ Talcott Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice*. 1951

¹²⁶ Talcott Parsons, a.g.e.

¹²⁷ Matthias Zick Varul, "Talcott parsons, the sick role and chronic illness", ss. 72–94.

¹²⁸ Eliot Freidson, "The Sociology of Medicine", *Current Sociology*, C. 11, S. 3 (1962), ss. 123–40.

alanlarının genişlemesini kolaylaştırdı.¹²⁹ Freidson'ın çalışmaları da tıbbi sosyolojinin önemini ve anlayışını desteklemiştir.¹³⁰ Çalışmaları, tıp mesleğinin ebe ve hemşireler gibi diğer yardımcı sağlık meslek gruplarına karşı profesyonel baskınlığını sürdürmesi için özerkliğin ve öz düzenlemenin önemini vurguladı. Diğer taraftan, sağlık ve hastalık hakkındaki çağdaş fikirler Foucault tarafından getirmiştir. Foucault, sağlık kurumlarına ve insan vücuduna sistematik bir yaklaşım önerdi. Foucault'nın iddia ettiği gibi, 'tıbbi bakış 'misticizm, sihir ve inançla doludur, çünkü bilim adamı veya doktor maddi gerçeklerden başka hiçbir şey tarafından bilgilendirilmez.¹³¹ Daha sonra, Foucault'nın teorik bakış açıları, Avrupa'daki sosyologlar arasında artan bir destek bulmuştur.¹³²

Tıbbi sosyoloji tarafından alınan yön Robert Straus (1957) tarafından özetlenmiştir. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin doğuş ve gelişimi, üç aşamada incelenebilir. Bu aşamalar tıptaki sosyoloji, tıp sosyolojisi ve sağlık/hastalık sosyolojisi aşamadır.¹³³ Genel olarak, tıptaki sosyoloji olarak birçok araştırma sınıflandırılmış ve bu sayede tıptaki pratik sorunları çözmek için sosyolojik perspektif kullanılmıştır. Bu aşamada yapılan sağlık sosyolojisi çalışmaları tıp kurumunu eleştirmemiş, sadece tıbbin sorun olarak gördüğü konuları çalışmış, toplumun diğer kesimleri tarafından sorun olarak görülen konuları ihmal etmiştir.¹³⁴ Tıp sosyolojisi (sociology of medicine/medical sociology) aşamada, yapılan çalışmalarda tıp eleştirilmeye başlamıştır. Modern tıbbin meşruiyeti, tıp mesleğinin sınırları ve tıbbi örgütlerin işleyişleri sosyolojik olarak sorgulanmış, sağlığa ve hastalığa ilişkin tıbbi iktidarın görüşleri yerine sıradan insanların yaklaşımlarına odaklanılmıştır. Daha sonra sosyologlar sağlık, hastalık, iyileşme konularını ve daha büyük sosyolojik süreçleri, tıp öğrencilerinin sosyalleşmesini veya sosyal kurumların bireysel yaşamlar üzerindeki etkilerini anlamak için bir referans noktası olarak kullanmıştır. Zamanla tıbbi sosyoloji, sağlık ve hastalık

¹²⁹ Brian CastellaniFrederic W. Hafferty, "The Complexities of Medical Professionalism: A Preliminary Investigation", *Professionalism in Medicine*, London and New York: Sage Publications, 2006, ss. 3–23.

¹³⁰ Amzat. Jimoh, Razum Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*, 2018, 1. b., London: Springer, 2018.

¹³¹ Jeffreys, "The development of medical sociology in theory and practice in Western Europe 1950-1990", ss. 94.

¹³²Jeffreys Margot, a.g.e., s.98.

¹³³ Sigrun Olafsdottir, *Health-Sociology*, 1. b., London: Oxford Bibliographies, 2014.

¹³⁴ Kevin White, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1. b., New York: Springer, 2002.

sosyolojisine dâhil olmuştur.¹³⁵Sağlık ve hastalık sosyolojisi (sociology of health and illness) aşama, 1970'lerin sonlarından itibaren başlayan aşamadır. Bu aşamada yapılan çalışmalar eğitim, din, siyaset gibi diğer toplumsal kurumlara ve sağlıkla bu kurumların ilişkilerine odaklanarak önceki aşaman sınırlarını aşmıştır. Sağlık ve hastalık sosyolojisi aşamanda sosyologlar, genel olarak, sağlığa ve hastalığa ilişkin biyomedikal modeli sorgulamaya başlayarak sosyal modeli geliştirmiş, biyolojik zemin ile kişilerin sağlığa ve hastalığa ilişkin toplumsal deneyimleri arasında tek yönlü bir ilişki olmadığını göstermişlerdir.¹³⁶ Şu anda, bazıları sağlık ve hastalık sosyolojisi kavramını tercih etmiştir ki bu sağlıkla ilgili tüm konuların tıbbi alanda gerçekleşmeyen gerçekleri yansıtmaktadır. Sosyologlar, tıbbi, sağlık alanındaki sosyolojik ilginin bir göstergesi olarak çok kısıtlayıcı olarak görüyorlardı. Tıp sosyolojisi, tıp mesleğine, hastanelere ve daha geniş sağlık hizmetleri sektörüne odaklanmış bir disipline işaret eder. Tıbbi sosyolojiyi sağlık ve hastalık sosyolojisi olarak yeniden adlandırmak böylece hastalık deneyimlerinin aileye, işe, okula ve yaşamın diğer alanlarına yayıldığını gösterir. Ek olarak, sosyologlar yalnızca insanların sağlığının nasıl geliştiği ile değil aynı zamanda sağlık sorunlarını nasıl önledikleri ile de ilgilendiler

1960'lardan itibaren sağlık sosyolojisinde popülerlik artmaktadır. Sağlık sosyolojisinin yoğun gelişimi, sadece 1960–1970 civarında; ekonomik, sosyal ve politik değişiklikler sırasında başlamıştır. Bu, gelişmiş ülkelerin toplumlarında önemlidir. İngiltere'de 1980'lerde yapılan birçok çalışma, özellikle *Black Report* (Kara Rapor) ve Whitehall çalışması, sağlığın sosyal belirleyicileri tarihinde dönüm noktası olarak kabul edilir.¹³⁷ Toplumdaki sosyal konumun, sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin önemli bir belirleyicisi olduğunu belirtilmiştir. Toplumsal pozisyon ne kadar yüksek olursa, sağlık o kadar iyidir. Bununla birlikte, 1980'lerde, DSÖ de dâhil olmak üzere Batı ülkelerindeki halk sağlığı kurumlarının birçoğu, sosyal ve davranışsal araştırmaların görevleri için önemini kabul etmiştir. Devlet finansmanının varlığı, sosyologları ve sağlık çalışanlarını tıbbi sosyolojiyi yeni bir alt disiplin olarak benimsemeye teşvik etti. Özellikle, Amerika'da,

¹³⁵ Peter Conrad, "The shifting engines of medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, C. 46, S. 1 (2005), ss. 3–14.

¹³⁶ William C. Cockerham, *Medical Sociology on the Move*, 1. b., London: Springer, 2013.

¹³⁷ McCarrison, McNeil, *Social Medicine*; Hinze, Taylor, *Medical sociology*.

önemli miktarda federal fonunu sosyomedikal araştırmalar için ayırdılar.¹³⁸ Finansman kuruluşları teorik çalışmalarla ilgilenmediler ancak savaş sonrası toplumda bazı pratik yararları olan araştırmalara destekleyici oldular. Batılı hükümetler, sosyal faktörlerin sağlık için önemli olduğunu anlamıştı. Ancak, yirminci yüzyılın sonunda, bu durum önemli ölçüde değişmişti. Tıbbi sosyolojideki araştırmaların çoğu pratik problem çözmeye yöneliktir. Ancak bu çalışmada sosyolojik teori kullanımı artık yaygındır. Tıp sosyolojisinde hem uygulamalı hem de teorik bakış açılarını birleştiren genel bir çalışma evrimi olmuştur. Sağlıkla ilgili sosyal faktörleri ve davranışları açıklamak veya tahmin etmek için sosyolojik teorilerinin kullanımında bir artış vardır.

Cockerham, tıbbi sosyolojinin gelişmiş dünyadaki en büyük ve en aktif sosyolojik özelliklerden birini içerdiğini ve alt disiplinin Asya, Afrika, Latin Amerika ve diğer bölgelerde genişlediğini gözlemledi.¹³⁹ Günümüzde, birçok sosyoloji bölümü, özellikle lisansüstü programlar için, tıp/sağlık sosyolojisinde uzmanlaşmıştır. Özellikle, Afrika bu konuda dışlanmadı. Tıbbi sosyoloji olarak gelişme şimdi bir sosyoloji alanı olarak kabul edilmektedir. Tıbbi sosyoloji Güney Afrika'da¹⁴⁰, diğer Afrika ülkelerinde olduğu gibi güç ve önem kazanmıştır. Sosyal faktörlerin Afrika ve diğer yerlerdeki nüfus sağlığını açıklamada önemli ve anlamlı olduğu konusunda artan bilinç kazanımı olmuştur. Cinsel davranış ve HIV/AIDS'in diğer sosyal yönlerinin incelenmesi görünüşte sağlık anlayışındaki sosyolojik önemi göstermektedir. Afrika'daki ilk tıbbi sosyologlar, özellikle, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri'nde batı toplumlarında eđitildi¹⁴¹. şimdi, Afrika'da eğitilen tıbbi sosyologların sayısı artmıştır ve Afrika'daki sağlık müdahalelerine tıbbi sosyologların katılma talebi artmaktadır.

¹³⁸ CourseHero, "The Historical Development of Medical Sociology"; Muzaffer Çağlar KURTDAş, *Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi (Malatya Örneği)*, Fırat Üniversitesi, 2013; William C. Cockerham, *Social Causes of Health and Disease*, 2. b., London: Wiley & Sons, 2007; Bloom, *The Word As Scalpel: A History of Medical Sociology*.2002

¹³⁹ Hinze, Taylor, *Medical sociology*.1999

¹⁴⁰ Leah Gilbert, "Sociology and the New Public Health in South Africa", *Anthropology Southern Africa*, C. 26 (1995), ss. 115–24.

¹⁴¹ Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa.*, 2002

4 SOSYOLOJİK YAKLAŞIMLAR AÇISINDAN SAĞLIK VE HASTALIK

Sosyolojideki farklı yaklaşımlar sağlığı farklı şekillerde incelemektedir. Sağlık ve hastalık kavramları, sosyal olarak üretilmektedirler. Sosyologlara göre, sağlık görecelidir ve farklı durumlarda veya kültürlerde nasıl değiştiğine bakarak sosyal bağlamda görülebilir. Günümüzde sağlığın, sanayileşme, işsizlik, işyeri güvensizliği, yaşlılık, yaşam standartlarındaki eşitsizlikler, çevresel tahribatın etkileri gibi sosyal ve demografik faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan bir olgu olduğu kabul edilmektedir. Sağlık ve hastalık kavramları tarih boyunca farklı tanımlanmıştır. Bilgi geliştikçe, insanlık sağlık ve hastalığa daha farklı ve fazla anlamları vermiştir. Sağlığın anlamı önemlidir çünkü iyileşme ve sağlık bakımı kavramları bu anlamla ilişkilidir ve bağlıdır.

DSÖ'ne göre, sağlık, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah halidir ancak bu sağlık tanımı doğru mu? Hayır, ise, farklı toplumlar sağlığı nasıl tanımlar? DSÖ tanımı, çağdaş sağlık sorunları ile nasıl ilişkilidir? Bazı insanların diğerlerinden daha fazla hastalanmasına neden olan nedir? Toplumunda çok fazla hastalıklar olduğuna inanıyor musunuz? Tarihsel olarak bir hastalık olarak kabul edilen, ancak şimdi bir normallik aralığında kabul edilen bir şey düşünebiliyor musunuz? Tüm annelerin ve çocukların aşı yaptırmayı gerektiğine inanıyor musunuz? Bu sorular biyolojik açıklama değil, sosyolojik bir açıklama gerektirir. Bunlar sağlık sosyolojisinde incelenen örnek sorulardır. Sosyologlar, disiplinin temel teorik perspektiflerinden birini kullanarak bunları inceleyip bu sorunları daha iyi anlarlar. Bu bölümde sosyolojik yaklaşımların sağlığı nasıl ele aldıklarına, hangi yönüne odaklandıklarına ve sağlık sosyolojisi çerçevesindeki katkılarına, tartışır.

4.1 İŞLEVSELÇİ YAKLAŞIM

İşlevselcilik, toplumu dayanışma ve istikrarı sağlamak için birlikte çalışan karmaşık bir sistem olarak gören yaklaşımdır. İnsan toplumlarını ve sosyal görüngü açıklamak için organizma analogiyi kullanan bir yaklaşımdır.¹⁴² Toplumu bir bütün olarak şekillendiren sosyal yapılara geniş bir odak noktası olan toplumu makro düzeyde görme yaklaşımıdır. Auguste Comte ve Herbert Spencer, insan toplumunun yaşayan bir organizma gibi olduğunu

¹⁴² Nettleton, *The sociology of health and illness*. 2005

gözlemledi.¹⁴³ Bu bakış açısı biyolojiden alıntı yapılmıştır. İnsan toplumu bu nedenle biyolojik bir organizma gibi yaşayan ve çalışan bir sosyal organizmadır. Sosyolojide sosyal sistem, bireyler, gruplar ve kurumlar arasında var olan tutarlı bir bütün oluşturan desenli ilişkiler ağıdır.¹⁴⁴ İnsan vücudunun biyolojik analizine bakarak toplum, vücudun birbirine bağlı ve bütünleşmiş parçalardan oluştuğu biyolojik bir organizma get alır. Biyolojik bir organizmanın parçaları- örneğin bacaklar, eller, gözler, burun, kulaklar ve ağız hepsi biyolojik organizmanın hayatta varlığına katkıda bulunmaktadır. Sosyal organizmanın bölümleri arasında aile, siyasi, ekonomik, dini, eğitim ve evlilik kuruluşları var. Ayrıca, kurumlar, normlar ve gelenekler gibi toplumun unsurları, insan vücudundaki içerisinde organ etkileşimleri gibi görülür. Bu parçaların hepsi aynı zamanda toplumun hayatta kalması için de çalışır. Farklı ve özel işlevlere sahiptirler.

Sağlık bakım, toplumdaki önemli kurumlardan biridir. Bir parça hatalı çalışıyorsa, diğer tüm parçalar etkilenecektir. Sağlık kurumu istikrarlı değilse, diğer kurumları olumsuz yönde etkileyecektir. Çeşitli bölümlerin özü, sosyal sistemlerin işlevsel zorunluluklarını veya ihtiyaçlarını yerine getirmektir. Bu işlevler toplumun hayatta kalması için temeldir. Bu yaklaşım hem sosyal yapıya hem de sosyal fonksiyonlara bakar. İşlevselliğin temel ilgisi, insan toplumunda sosyal düzeni, dengeyi veya istikrarı nasıl koruyacağıdır. Sosyal düzen, insan toplumunda, özellikle sosyal kurumlar toplumun sürekli yararları ve varlığı için işlevsel ve bakımını sürdürdüğü zaman, bir normallik hali anlamına gelir. Bu teorik bakış açısı, modern toplumlarda içerisinde temel istikrar ve iş birliğini vurgulamaktadır. Sosyal biçimlenmeler, toplumun devamında gerçekleştirdikleri işlevler açısından kavramsallaştırılmıştır. İşlevselcilik bakış açısına göre, sağlık toplumun istikrarı için hayati öneme sahiptir ve bu nedenle hastalık onaylanmış bir sapma biçimidir. İşlevciler, bir hasta toplumun üretken bir üyesi olmadığını savunurlar. Bu nedenle, bu sapmanın kontrol edilmesi gerekir, yani profesyonel sağlık personeli tarafından bakam gereklidir. Sağlık sosyal bir değerdir ve her toplum hayatta kalmak ve gelişmek için buna ihtiyaç duyar. Hastalık, bireyin gündelik aktivitelerini gerçekleştirme kabiliyetine bir zarar şeklidir. İşlevselcilik bakış

¹⁴³ Cockerham, *Medical Sociology on the Move*; Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*.

¹⁴⁴ Talcott Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice*. 1951

açısına göre, bir sosyal kurum olan sağlık bakım, toplumdaki bireylerin refahını ve dolayısıyla bir bütün olarak sosyal sistemin korunmasını sağlar. İşlevsellikçiliğin önemli bir temsilcisi, sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimine büyük katkı yapan Talcott Parsons'tur.¹⁴⁵ Parsons, işlevselcilik teorisi biçimindeki açılış teorik yönelimini sağlayarak, sosyolojik bir sorgulama alanı olarak potansiyeline dikkat çekerek tıbbi sosyolojisine akademik saygınlık vermiştir. Parsons, doktor-hasta ilişkisini Emile Durkheim'in, bireylerin ötesinde ve etkisi sosyal bütünlük olan toplumsal normlara, yapılara ve süreçlere olan ilgisine dayanan bir sosyal sistem olarak tanımladı.¹⁴⁶ Parson'un 1951 yılında yazdığı *The Social System* adlı kitabı, karmaşık bir işlevselci toplum modelini açıklar.¹⁴⁷ Parsons'un "Sosyal Sistem" kitabında "hasta rolü" kavramını geliştirmesiyle olmuştur. Parson'un hasta rolü formasyonu, hasta ve onların sosyal rolleri tarafından doktor kullanımının normatif düzenini belirten dört temel önermenin açık ve anlaşılır bir ifadesidir.¹⁴⁸

İşlevselci Yaklaşım içinde sağlık sosyolojisine en önemli katkıyı, hem tıp mesleği hakkında yaptığı analizle, hem de "hasta rolü" kavramıyla, Talcott Parsons'un yaptığı söylenebilir. Talcott Parsons (1902-1979) Amerikalı bir sosyolog ve bir işlevselciydi. Comte, Spencer, Durkheim ve Weber'in çalışmalarını inceledi ve özellikle sosyolojinin bu kurucu babalarının fikirlerinden etkilendi. 1951 yılında yayınlanan *The Social System* adlı ana çalışmasında Parsons, *hasta rolü* kavramını ortaya koymuştur.¹⁴⁹ Hasta rolü kavramı, tıbbi sosyolojiyi açıkça ilgilendiren ve tıbbi sosyolojinin ana akımındaki ilk teorik kavramdı¹⁵⁰. Model öncelikle hastalık davranışını açıklamak için tasarlanmıştır. Bu teoride, sağlıklı bir kişinin rolünün aksine hasta bir kişinin rolün açıklanmış. Hasta rolü teorisi ayrıca hasta olanların özel hak ve sorumluluklarını açıklamanın bir yoludur. Bu açıdan hasta olmak insanların sosyal hayata katılmasını önlemektedir. Dolayısıyla ideal sosyal yaşamdan, bir sapma şeklidir.

¹⁴⁵ William Cockerham, *Medical Sociology on the Move*.2002

¹⁴⁶ Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*.2010

¹⁴⁷ Talcott Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice*.1951

¹⁴⁸ Varul, "Talcott parsons, the sick role and chronic illness", ss. 72–94; Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice*.

¹⁴⁹ Talcott Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice*.

¹⁵⁰ Mathias Varul, "Talcott parsons, the sick role and chronic illness", ss. 72–94.

İşlevselci modelde Parsons, hastalıkları sosyolojik olarak anlamının en iyi yolunun, toplumun toplumsal işlevini bozan bir sapma biçimi olarak görülmesi olduğunu savundu¹⁵¹. Parsons, hasta rolü bir sapma şekli olarak görüyordu ve toplumsal beklentilere karşı çıkıyordu, çünkü hasta bir insan normdan farklı davranış biçimlerine sahiptir. Parsons, uygunsuz bir hastalık miktarının toplumun sosyal yapısını tehdit edebileceğini düşünüyordu. Bunun nedeni, işlevsel bir perspektiften, hasta bireyin toplumun üretken bir üyesi olmamasıdır. Bu nedenle, bu sapmanın tıp mesleğinin rolü ile iyileştirilmesi gerekiyor. Parsons, çok sayıda insanın hasta olduğunu iddia ettiği takdirde, bunun toplum üzerinde işlevsiz bir etkisi olacağını savunmuştur. Bu nedenle, “hasta rolüne” girmek için bir düzenlemeye ihtiyaç vardır. Bu nedenle, Parsons, bir doktor ve hastanın birbiriyle ideal olarak nasıl bir araya gelmesi gerektiğine dair 'hasta rolü mekanizmasını' tasarladı. Genel fikir, hasta olan bireyin sadece fiziksel olarak hasta değil aynı zamanda hasta olmanın özel olarak şekillendirilmiş sosyal rolüne bağlı kalmasıdır. "Hasta Olmak" sadece bir "koşul" değildir. Kendisini çevreleyen sosyal normlara dayanan alışılmış hak ve yükümlülükleri içerir. Hasta insanlar ve doktorlar bir sayı “*haklara*” ve “*yükümlülüklere*” uymak zorunda kalmışlardır. Bu, hasta rolüne girişin sıkı bir şekilde izlenmesini sağlayacaktır. Bu mekanizmanın “*işlevi*”, Parsons'un “*hastanın alt/sub kültür*” olarak adlandırdığı şeyin gelişmesini engellemektir. Hastalık rolü iddia eden ancak aslında hasta olmayan bireyler, “*hasta rolü yapamayan*” (*malingers*) olarak sınıflandırılmıştır.¹⁵²

Parsons'a göre, hasta bir kişinin iki hak ve iki yükümlülüğü vardır.¹⁵³ Haklar: Normal sosyal rol sorumluluklarından muafiyettir. Örneğin, bir grip hastasının sosyal bir toplantıya katılmak gibi küçük yükümlülüklerden muaf tutulmasına izin verir. İkinci olarak, hastalıktan sorumlu tutulmama ve dolayısıyla bakıma ihtiyaçları vardır. Diğer tarafta, yükümlülüklerinde mevcuttur. Birincisi, daha iyi olmak için dilek/istek/arzudur. İkincisi, yardım bulma ve doktordan tavsiye almak yükümlülüğüdür. Örneğin, birçok insan, zihinsel

151 Talcott Parsons, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice*.

152 Varul, “Talcott parsons, the sick role and chronic illness”, ss. 72–94.

153 Adinoyi Adavize Julius, “Structural Functionalist View Of Health: Disease And Illness; The Organization And Functioning Of The Modern Healthcare System.”, 2014.

hastalığı olan kişilerin, toplumun işlevsel üyeleri olmak ya da yardım almaya hak kazanmak için reçeteli ilaçlara uyması gerektiğine inanmaktadır.

Bradby (2012), hastalığın başlamasının, sosyal rollerin yerine getirilmesini engellediğini gözlemledi.¹⁵⁴ Parsons, sağlığı yetenek perspektifinden inceledi. Bu, sağlığın toplumun işlevsel bir önkoşulu olduğu işlevselci ilkelerle uyumludur.¹⁵⁵ İlk adım, hastanın gündelik rollerinden çekilmesi gerektiğidir. Örneğin, okula ya da işe gidemeyebilir. Böylece hastalık izni almaya hak kazanır. Sosyal Sistemde (1951), Parsons, tıbbın toplumun istikrarını sağlamada merkezi bir rol üstlenmesini vermiştir.¹⁵⁶ Parsons'un analizinin kritik noktası, sağlığın korunmasının hem toplum hem de birey düzeyinde geçerli bir gereksinim olması ve hastalıkların önlenmesinde kamusal iradeye sorumluluk düştüğü inancıdır.¹⁵⁷ Bu yaklaşıma göre toplumun üyelerinin en üst düzeyde toplumsal yaşama katılmalarına, yani ideal olan toplumsal yaşamın sürdürülmesine engel olan hastalık hali, ideal toplumsal düzenden bir sapmayı nitелеmektedir.¹⁵⁸

Stolley'e (2005) göre eleştirilenler, tıp üzerine işlevselci bakış açısının sadece bazı koşullar ve bazı insanlar için geçerli olduğunu savunuyorlar.¹⁵⁹ Örneğin, kızamık veya soğuk algınlığı gibi akut hastalıklara uygulanmaz¹⁶⁰. Ayrıca, kronik hastalıklara yeterince değinmez. Mevcut tıbbi yetenekler, kalp hastalığı, arterit veya Alzheimer hastalığı gibi hastalıkları olan kişilerin durumunu iyileştirme kabiliyetleri olmadan azaltabilir veya oturtulmuş edebilir. Dolayısıyla, bakış açısı gerçekliğe uymamaktadır. İnsanların nasıl iyileşmeye çalıştıkları veya doktorlarının onları iyileştirme çabaları ne olursa olsun, bu sonuç gerçekleşmeyecektir. Eleştirilenler ayrıca, sağlık hizmeti sağlama işlevi ile bazen çelişkili olan kar nedeniyle sağlık sisteminin en iyi şekilde çalışmadığını da vurgular.¹⁶¹ Bazı insanlar

¹⁵⁴ Hannah Bradby, "Social Theory and the Sociology of Health and Medicine", *Medicine, Health and Society*, 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications, 2012, ss. 22–40.

¹⁵⁵ Kathleen Kendall, "Medicine, Health and Society", *Sociology of Health & Illness*, C. 34, S. 8 (2012), ss. 1266–67.

¹⁵⁶ Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*.

¹⁵⁷ Varul, "Talcott parsons, the sick role and chronic illness", ss. 72–94.

¹⁵⁸ Aytaç, Kurttaş, "Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi," ss. 231–50.

¹⁵⁹ Kathy S. Stolley, *The Basics of Sociology*, 1. b., London: Greenwood Press, 2003.

¹⁶⁰ Varul, "Talcott parsons, the sick role and chronic illness", ss. 72–94.

¹⁶¹ Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*. 2010

iyileşmek ister ancak bunun gerçekleşmesini sağlayacak şeyleri karşılayamazlar. Pahalı veya deneysel teknolojiler, bunlardan faydalanabilecek herkes tarafından kullanılamaz. İşlevsel perspektifi ayrıca tıp mesleğini tedaviden sorumlu olmaya teşvik eder. Bazı eleştirmenler, bunun kendi sağlık bakımlarını yönlendirmede hekimleriyle aktif rol oynamak isteyen hastanın artan ilgisini ve bilgisini yeterince desteklemediğini savunur.

Hasta rolü, hastanın iyileşme sürecinde iş birliği yapması yükümlülüklerini önererek tek yönlü bir zorunluluk sağlar. Doktorlar ayrıca hastalar iş birliği yapmak zorundadır. Parsons iyileşmenin her zaman mümkün olduğunu varsayar, ancak yirminci yüzyıldan beri akut koşullardan ziyade büyüyen bir kronik yük vardır.¹⁶² Parson'un modeli, hasta rolünün geçici olduğunu öngörmektedir, ancak kronik bir durum, hastalık deneyiminin yaşam boyu olabileceğini ve bu durumda bir kişinin yaşam için rol yükümlülüğünden muaf olamayacağını ileri sürmektedir.¹⁶³ Kronik durumlar sadece davranışsal ya da yaşam tarzı ayarlaması gerektirir, çünkü hastalar belirli rolleri yerine getirme kapasitelerinde kısmen kısıtlanabilir. Hasta rolü modeli, doktorların hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için orada olduğunu varsayar. Bununla birlikte, bazı durumlarda doktorun ihtiyaçları hastaların ihtiyaçlarını geçersiz kılabilir. Bu, ayrıca hastaları sömürüye maruz bırakabilir. Örneğin, doktorun kâr amacı ile ilgilenmesi mümkündür.¹⁶⁴ Kronik durumlar sadece davranışsal ya da yaşam tarzı ayarlaması gerektirir, çünkü hastalar belirli rolleri yerine getirme kapasitelerinde kısmen kısıtlanabilir. Hasta rolü modeli, doktorların hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için orada olduğunu varsayar. Bununla birlikte, bazı durumlarda doktorun ihtiyaçları hastaların ihtiyaçlarını geçersiz kılabilir. Bu, ayrıca hastaları sömürüye maruz bırakabilir. Örneğin, doktorun kâr amacı ile ilgilenmesi mümkündür

4.2 ÇATIŞMA YAKLAŞIMI

Çatışma yaklaşım, Karl Marx'ın çalışmalarından köklerini almaktadır. Marksistler çatışmanın sosyal yaşamda doğasında olan olduğunu iddia ederler.¹⁶⁵ Çatışma teorisi,

¹⁶² Anne L. Austin, Robert L. Sutherland, Julian L. Woodward, "Introductory Sociology", *The American Journal of Nursing*, C. 38, S. 8 (2009), ss. 962–98.

¹⁶³ Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*.

¹⁶⁴ a.g.e.

¹⁶⁵ Jimoh, a.g.e, 2010.

toplumun avantaj için mücadele eden çeşitli gruplardan oluştuğu, eşitsizliğin sosyal yaşamın temel bir özelliği olduğu ve çatışmaların toplumsal değişimin temel nedeni olduğu varsayımına dayanmaktadır.¹⁶⁶ Temel olarak, Marx'a göre, burjuvazi (üst sınıfı temsil edenler) ve proletarya (toplumun alt sınıfından olanlar) vardır.¹⁶⁷ Bir sınıf, üretim araçlarıyla benzer ilişkileri paylaşan bir grup insanı ifade eder.¹⁶⁸ Gabe ve diğerleri. (2004), bir sosyal sınıfı, işgücü piyasası konumu ve mülkiyet ilişkilerinde benzerliklerle diğerlerinden ayırt eden nüfusun bir kesimi olarak tanımlamıştır.¹⁶⁹ Marx'ın çatışma teorisine perspektif, toplumun ortak normlar ve değerler tarafından bir arada tutulduğu işlevselcilik tarafından ifade edilen görüşün reddedilmesinde görülür. Çatışma teorisi, gerçek fikir birliğinin olmadığını iddia eder.¹⁷⁰ Aslında, toplumun norm ve değerlerinin hâkim olduğunu savunur. Ayrıca, avantajlı konumlarını sürdürmek için daha az ayrıcalıklı kişiler üzerinde bu değerleri zorlarlar. Eşitsizlikten yararlananlar, hiyerarşiyi korumaya çalışacaklardır ve çatışma teorisyenleri sosyal değişimin evrimden ziyade devrim yoluyla gerçekleşeceğini öngörür. Çatışma teorisyenler, kıt kaynaklar için gruplar arasındaki rekabeti, sosyal ilişkilerin karakteristik doğası olarak görmektedir.

Marksist-odaklı çatışma teorisi özellikleri sınıf mücadelesini vurgularken, diğer teorisyenler çıkar grupları ile siyasi gücün eşit olmayan dağılımı arasında ortaya çıkan çatışmaları vurgulamaya yöneldiler.¹⁷¹ Çatışma perspektifi diğer adıyla Marksizm, Karl Marx'tan almıştır. Çalışmalarının çoğunu çatışmanın detaylandırılmasına ve toplumsal düzenlemeler için etkilerine odaklandı. Çatışma paradigması, radikal duruşundan ve kapitalizmin engellerinden dolayı oldukça etkilidir.¹⁷² Perspektif, kapitalist toplumlardaki çelişiklere (örneğin, sömürü, yabancılaşma, sermaye birikimi ve yoksullaşma) daha fazla

¹⁶⁶ Ralf Dahrendorf, *Class and class conflict in industrial society*, *Conflict and Critical Theories*, 1. b., Stanford California: Stanford University Press, 2006.

¹⁶⁷ Friedrich Engels, "The condition of the working class in England", ss. 8–13.

¹⁶⁸ Ronald Labonté, Katia Mohindra, Ted Schrecker, "The growing impact of globalization for health and public health practice", *Annual Review of Public Health*, C. 32, S. 2 (2011), ss. 263–83.

¹⁶⁹ Maria Zadoroznyj, *Key Concepts in Medical Sociology*, *Health Sociology Review*, 1. b., London: Sage Publications, 2006.

¹⁷⁰ Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*.

¹⁷¹ Ralf Dahrendorf, *Class and class conflict in industrial society*, First Stanford California: Stanford University Press, 1959.

¹⁷² Amzat. Jimoh, Razum Olivier, *Medical Sociology in Africa*, Springer, 1. b., London: Springer, 2016.

odaklanmaktadır. Ayrıca, sosyal-ekonomik kararlar, dönüşümler ve reformlar egemen sınıf tarafından uygulanmaktadır ve sosyal problemlerin sıkıntısını çeken alıcı bir noktadadır. Bu tür reformlar çoğunlukla alt sınıfa elverişsizdir. Çatışma perspektifi, egemen sınıfın gücünün toplumu bir arada tuttuğunu belirtir.¹⁷³ Sağlık politikaları ve kanunları egemen sınıf tarafından yürürlüğe girmekte ve uygulanmaktadır. Alt sınıfın sömürmesinden sonuçlanan, kaynaklara sürekli eşitsiz erişim ve kaynaklar tahsis edilir. Tüm bunları akılda tutarak, Marksist argümanlar insan toplumlarında sağlık veya hastalıkların dağılımını açıklamada nasıl kullanılır?

Marksist sağlık analizinin tarihinin, Friedrich Engels tarafından kitaba, İngiltere'deki İşçi Sınıfının Durumu (1844) geri takip edebilir.¹⁷⁴ Kötü sağlık yaratan tehlikeli iş ve barınma koşullarını açıkladı. Ayrıca ana hastalıkların etkenliği ve dağılımının (bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan) üretim araçlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu gösterdi.¹⁷⁵ Waitzkin, Engels'in tüberküloz, tifo ve ishal gibi hastalıkları yetersiz beslenmeye, yetersiz barınmaya, kontamine olmuş su kaynaklarına ve aşırı kalabalıklığa bağladığını gözlemledi. Engels (1845) fakir bir çalışma durumunu sosyal cinayet olarak tanımladı.¹⁷⁶ Engels'in fikirleri, tarihsel materyalist epidemiyolojinin başlangıcını belirledi. Tarihsel materyalist epidemiyoloji, toplumun politik, ekonomik ve sosyal yapılarına dayanarak ölüm ve hastalığın kalıpları, oran ve dağılımı ile ilgilenmiştir.¹⁷⁷ Tıp sosyolojisi alanında, bu perspektif, diğerlerinin yanı sıra Eliot Freidson, Vicente Navarro, Hans A. Baer ve Howard Waitzkin'in çalışmalarında daha belirgindir. Eliot Freidson'un çalışması tıbbi sosyolojisine kritik boyutunu verdi. 1970 yılında yayınlanan *Medical Profession* kitabı, tıbbi sosyolojinin sınırlarını tanımladı.¹⁷⁸ Tıp ve tıp mesleği ile sağlık ve hastalıklar, üzerine sosyolojik bakış açıları ile nasıl incelenebileceğini göstermektedir. Tıp çalışmalarına bir çatışma perspektifi getirilerek ve hastaların bakış açıları ciddiye alınarak, güçlü tıp mesleğinin iddiaları sorgulanmıştır. Freidson, işlevselci perspektifleri tıp kurumlarına uygulayan ve henüz tıbbın

¹⁷³ Dahrendorf, *Class and class conflict in industrial society*, 2006.

¹⁷⁴ Howard Waitzkin, "A Marxist View of Medical Care", *Annals of Internal Medicine*, C. 89, S. 2 (1978), ss. 264-78.

¹⁷⁵ Howard Waitzkin a.g.m., s.271.

¹⁷⁶ Engels, "The condition of the working class in England", ss. 8-13.

¹⁷⁷ Waitzkin, "A Marxist View of Medical Care", ss. 264-78.

¹⁷⁸ White, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*.

kendi bakış açılarından ve varsayımlarından ayrı kalan farklı bir tıp sosyolojisi savunuculuğu yapmıştır¹⁷⁹. Bu erken dönem çalışmaları, sosyal-ekonomik yapıların, insanların yaşam koşullarını ve hastalık deneyimlerini anlamadaki önemini göstermiştir. Bu, tıbbi müdahalenin kendi başına hastalıkları ortadan kaldırma ile baş edemediğini gösterdi.

Kritik bir sonuçta, DSÖ'nün sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki raporunu değerlendirirken, Navarro (2009), belgenin, bu belirleyicilerden sorumlu olan güç ilişkilerini kabul etmeden sağlığın bir dizi sosyal belirleyicisini vurguladığını gözlemlemiştir.¹⁸⁰ Navara (2009) eşitsizliklerin insanları öldürmediğini, ancak bu eşitsizliklerden sorumlu olanların insanları öldürdüğünü belirtti. Bu, toplumsal eşitsizlikleri üreten, sürdüren ve çoğaltan herhangi bir sosyoekonomik sistemin, özellikle toplumun alt sınıfı arasında sağlığın olumsuz belirleyicilerini üreteceği anlamına gelir. Aşağıdaki tablo Marksizm yaklaşımının temel görüşlerini göstermektedir¹⁸¹.

Tablo 1: Marksizmin Temel Görüşleri

Topluma Bakış	Sınıf mücadelesi ve çatışmalar, bölünmeler, gerginlik
Analiz seviyesi	Makro, grup
Anahtar kavramlar	Eşitsizlik, tabakalaşma, yabancılaşma, hâkimiyeti, kapitalizm, materyalizm, sınıf, maddi yaşam
Bir birey görünümü	Güç, statü, otorite ve maddi yaşam ile belirlenmiştir.
Toplumsal düzenin görünümü	Hâkimiyeti sınıflar tarafından sürdürülmüştür
Sosyal değişimi görünümü	Devrimci- zorla veya zorlama
Sağlık bakış açısı	Hastalıklar ve risk faktörleri eşit biçimde dağılmamıştır. Toplumun maddi durumu sağlık durumunu yansıtır. Alt-sınıf hastalıklar taşır. Daha az ayrıcalıklı olanlara sağlık hizmetlerine sınırlı erişim Tıp kurumları kapitalist sınıfın gündemini gösteriyor

Blaxter (2004), çatışma teorisinin ekonomik ortamdaki kötü sağlık kaynaklarına ve sağlık sektöründe rakip çıkarların odaklandığına dikkat çekmektedir ve bu nedenle tıp ve toplum arasındaki ilişkiyle vurgulamaktadır.¹⁸² Baxter'e göre bu ekonomik koşullara ilgi, araştırma ilgisini sağlık ve toplum arasındaki ilişkinin daha geniş bir konusundan

¹⁷⁹ Conrad, "The shifting engines of medicalization", ss. 3–14.

¹⁸⁰ Vicente Navarro, "What We Mean by Social Determinants of Health", *International Journal of Health Services*, C. 39, S. 3 (2009), ss. 423–41.

¹⁸¹ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

¹⁸² Mildred Blaxter, *Health*, 2. b., Polity, 2010.

uzaklaştırmıştır. Kaynaklar için sınıf mücadelesi, sağlığa politik-ekonomik yaklaşımların analizinin merkezinde yer almaktadır. Bu yaklaşımın etkisi, benzer şekilde çatışmaya dayanan diğer sosyal bölümlerin anlaşılmasını bilgilendirmiştir¹⁸³.

Çatışma yaklaşımı, sağlık kaynaklarının tahsis edilmesinin egemen sınıfın gücüyle belirlendiğini belirtir. Sağlık bakım kaynakları açısından, egemen sınıf, kimin, neyi, neden ve ne zaman alacağına karar verir.¹⁸⁴ Genellikle sağlık tesislerinin dağıtımında sınıfsal bir önyargı vardır. Birçok sağlık tesisi, egemen sınıfın göre yaşadığı şehir merkezlerindedir. Güç yapıları ve sağlık ve tıpta kaynakların dağılımı kapitalist sistemi bir bütün olarak yansıtır.¹⁸⁵ Sağlık kurumlarının özel ve devlet tıp eğitim kurumları da dâhil olmak üzere yönetim kurullarına üst sınıf hâkimdir.¹⁸⁶ Sigorta şirketlerinin burjuvazisi, hangi hastalıkların kapsandığını ve hangilerinin karşılanmadığını belirler. Sağlık hizmetlerinin veya kapsamının öncelikle dirilmesi, iç pazarlar ve kâr maksimize (kazanç genişleme) etmeye dayanmaktadır. Bu, belirli bir hastalık öyküsü olan veya kâr amacı güdülerine zarar verebilecek belirli bir hastalık riski taşıyan bireylere karşı sistematik bir şekilde ayrımcılığa neden olur. Dünya ülkeleri arasında sağlık eşitsizlikleri de vardır çünkü ülkeler arasında sosyoekonomik sömürü vardır. Baer'e (1986) göre Avrupa sömürgeciliği ve neo-sömürgecilik, Üçüncü Dünya Ülkelerinde sağlıkta az gelişmişlik ve eşitsizlikle sonuçlanmaktadır.¹⁸⁷ Çeşitli olumsuz sağlık sonuçları şunları içerir, düşük düzeylerde genel sağlık, yetersiz beslenme ve tehlikeli endüstrilere ve ürünlere maruz kalmadır. Öte yandan, eczacılık ve diğer sağlık kuruluşları bazen etik dışı klinik denemeleri ve yoksul insanlar arasında tıbbi denemeleri ve ayrıca pahalı ilaçların satışını teşvik etmektedir.¹⁸⁸

¹⁸³ Hannah Bradby, *Medical sociology: An introduction, Medical Sociology: An Introduction*, 1. b., London: Sage Publications, 2009.

¹⁸⁴ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

¹⁸⁵ Cockerham, *Medical Sociology on the Move*.

¹⁸⁶ Howard Waitzkin, "A Marxist view of medical care", *Annals of Internal Medicine*, C. 89, S. 2 (1978), ss. 264-78.

¹⁸⁷ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

¹⁸⁸ Samuel Jegede, "African Ethics, Health Care Research and Community and Individual Participation", *Journal of Asian and African Studies*, C. 44, S. 2 (2009), ss. 239-53; Ann H. Kelly, P. Wenzel Geissler, "The value of transnational medical research", *Journal of Cultural Economy*, C. 4, S. 1 (2011), ss. 3-10; Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*; Jimoh, Olivier, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*; Katrin. Weigmann, "The ethics of global clinical trials.", *EMBO reports*, C. 16, S. 5 (2015), ss. 566-70.

Genel olarak, Marksist sağlık analizi, işlevselcilik gibi mağdurları suçlama perspektifinden bir ayrılmadır. Yapısal engelleri, özellikle de sağlıktan sorumlu sosyal eşitsizliği ortaya çıkarmak için toplumun sosyal yapılarına derinlemesine bakar. Ekonomik ve politik kurumlar, sağlık eşitsizliklerinin temel bir nedeni olan sosyal eşitsizliği yaratmakta ve pekiştirmektedir¹⁸⁹. Sosyal eşitsizlik, daha az ayrıcalıklı olanlar arasında kötü sağlık üretiminden sorumludur. Perspektif, bireysel yaşam tarzının sağlık durumu üzerinde bir etkisi olduğunu kabul etmiştir fakat ekonomik eşitsizliğin insanları bu sağlıksız yaşam tarzlarına zorladığını savunur. Siyasi iktisatçılar, sosyal sınıfa bakılmaksızın sağlık kaynakları tahsisinde eşitliği sağlayarak devlet müdahalesini savunurlar. Sağlık hizmetlerine erişim, yeteneklerden ziyade ihtiyaçlara dayanmalıdır. Pek çok sanayileşmiş ülkede sosyalleşmiş sağlık sistemine kademeli hareket, çatışma perspektifine hayati bir yanıtın parçasıdır. Fransa, İngiltere ve Küba gibi ülkeler, şimdi çeşitli sosyal gruplar arasında sınıf veya parasal kapasiteden bağımsız olarak bakıma eşitlikçi erişimin olduğu sosyalleşmiş tıbbi bakımı benimsemiştir. Gelişmekte olan ülkelerde de kişisel özellik ne olursa olsun, sağlık hizmetini herkes için erişilebilir kılma çabalarının yanı sıra, yoksullar için artan bir ücretsiz tıbbi bakım hizmeti bulunmaktadır. Türkiye'de Sağlık Sigorta Kurumu, tüm vatandaşların iyi sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayan bir platformdur. Zimbabve'de halkın sağlık sigortası yoktur ve sağlık hizmetleri ücretli olarak sunulmaktadır.

Çatışma perspektifi, yapısal faktörlerin sağlık sorunlarının yaratılmasındaki rolünü vurgulamakta ve farklı miktarlarda gücü olan kolektivisteler arasındaki çıkar çatışmalarının önemini vurgulamaktadır.¹⁹⁰ Marksist analiz, yaşam durumu, sağlık politikalarındaki eşitsizlik ve sosyo-ekonomik durum gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinin açıklanmasına dayanmaktadır. Bununla birlikte, egemen sınıfın sağlık sorunlarının yaratılmasından ve sağlık hizmetlerinin toplumda eşit olmayan bir şekilde dağıtılmasından sorumlu tutulabileceğini vurgulamaktadır. Hastalığın dağılımı gibi farklı konularda aynı açıklamalar tekrarlanır. Erişim, risk faktörleri, sağlık politikaları vb. toplumdan topluma müdahale eden

¹⁸⁹ Nancy Krieger, "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective", *International Journal of Epidemiology*, C. 30, S. 30 (2001), ss. 668–77.

¹⁹⁰ Zadoroznyj, *Key Concepts in Medical Sociology*.

başka faktörler ya da özellik yokmuş gibi gösterir.¹⁹¹ Tek bir sonuca ve çözüme götüren tek yönlü bir bakış açısıdır. Tek bir sonuca ve çözüme götüren tek yönlü bir bakış açısıdır. Perspektif, bu monotonluk/tekrar ve aynı argümanın tekrarı için geniş ölçüde eleştirilir. Perspektif, toplumlar ve ülkeler arasında küresel çabaları dikkate almamaktadır. Örneğin, yardım akışını ve insani çabaları.¹⁹² Bu gerçekten birçok kişiye yardımcı olmuş ve başka türlü mevcut olmayabilir hizmetlere bir düzeyde erişim yaratmıştır. Kâr ve sömürü tartışımın bu durumda itiraz edilmektedir. Yaklaşım insanları kendi sağlıklarından sorumlu tutmaz.¹⁹³ Bunun nedeni, yaşam tarzı konuları ve bunların sağlık koşulları ile nasıl ilişkili oldukları hakkında yeterli açıklama olmamasıdır. Mesela birey sigara, cinsel ve tüketim davranışları için yapısal faktörleri ne ölçüde suçlayabilir? Birçok risk faktöründe insan sorumluluğunun unsurları vardır.

Yaklaşım, daha fazla toplum daha az sınıf bilinçli hale geldikçe aşamalı eşitlik görmemiştir. Sınıflar arasındaki fark, özellikle ileri toplumlarda yavaş yavaş yok olmaktadır.¹⁹⁴ Eşit erişim ve sağlık hakkı birçok ülkede mevcuttur. Çoğu gelişmiş kapitalist toplum bu özelliklere sahiptir ve sonuç olarak sağlık göstergeleri daha iyidir. Eğer Marksist yaklaşım doğruysa, kapitalizm ilerlediği zaman, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin ve hatta sağlık sorunlarının devam edeceğini tahmin ediyoruz. Perspektif, açıklayıcı hastalık modellerine açıklama katmamakla eleştiriliyor.¹⁹⁵ Perspektif, bireysel hastalık deneyimlerini açıklayamaz çünkü hastalık deneyiminin kültürel ve sembolik yönlerini önemsiz edilebilir olarak görür. Perspektif, mikroskobik bir analiz seviyesinden kaynaklanır; bu nedenle, inşaatçılık ve hastalık algısı gibi mikro olayları açıklamak için kullanılamaz.¹⁹⁶ İşlevselcilik de bu eleştiriyi paylaşmaktadır. Perspektif, sağlık kurumlarının ve profesyonellerinin işlevsel rollerini baltalamakta ve bunları kapitalist araçların bir parçası olarak görmektedir. Ek olarak, bakış açısı, kapitalist sanayilerin, özellikle tıp kurumlarının, tıbbi teknolojinin gelişimine

¹⁹¹ Navarro, “What We Mean by Social Determinants of Health”, ss. 423–41.

¹⁹² Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

¹⁹³ Bradby, “Social Theory and the Sociology of Health and Medicine”, ss. 22–40.

¹⁹⁴ Dahrendorf, *Class and class conflict in industrial society*, 2006.

¹⁹⁵ Scambler, *Contemporary theorists for medical sociology*.

¹⁹⁶ Bernhard J. Stern, “Social Factors in Medical Progress”, *American Journal of Public Health J Public Health*, C. 17, S. 12 (2019), ss. 1260–73.

katkısını tamamen baltalamaktadır. Sanayileşme, tıbbi uygulamalar ve kurumlar dâhil, toplumların tüm yönlerini şekillendiren ve ilerleten küresel bir güçtür.¹⁹⁷

4.3 YORUMLAYICI YAKLAŞIM

Yorumsal yaklaşım, sembolik etkileşimcilik veya sosyal oluşturmacılık olarak da adlandırılmıştır. Yorumlayıcı bakış açısı, işlevselcilik, Marksist sağlık analizi gibi işlevselci bakış açılara bir alternatiftir. Yorumlayıcı yaklaşım içinde, sağlık ve hastalık sosyolojisi 'ne en önemli katkı, köklerini fenomenolojiden alan toplumsal inşaatçılık yaklaşımından gelmiştir. Yorumlayıcı değerler dizisi, sağlık çalışmalarında mikro-sosyolojik bir yaklaşım sunar.¹⁹⁸ Bu perspektife göre, insan toplumu sadece sosyal dünyadaki olayların temsili ile kolaylaştırılan sürekli etkileşimlerle bağlı bireylerden oluşur. Anahtar felsefi temeli, gerçeklerin toplumsal soyutlamasına güçlü bir inancı olan bir çerçeve olan idealizm veya nominalizme dayanmaktadır. İnsan toplumu yapısalcılarının iddia ettiği gibi gerçek şeyler söylememiştir. Ya da toplum dışsal bir sosyal gerçektir (*sui generis*), Emile Durkheim tarafından söylenmiştir.¹⁹⁹ Tartışma, yapısalcılarının toplumsal gerçeklikler dediği şeyin öznel olduğu ve toplumsal yorum ve temsillere batırıldığıdır.

Yorumsamacılara göre, doğa bilimleri ile sosyal bilimler arasında farklılıklar vardır.²⁰⁰ Doğal bilimlerde, doğa olaylarını, anlamdan yoksun şekilde ilişkileri yasalar şeklinde açıklamak mümkündür. Bununla birlikte, doğa bilimlerinin aksine, yorumlayıcı yaklaşım, sosyal bilimlerde, insanların olaylara ilişkin algularından bağımsız olarak anlaşılamayacağı gerçeğine dayanmaktadır. McElroy ve Townsend'e göre, yorumlayıcı teori, bilimsel açıklamalar yerine anlam çalışmasını vurgulayan çeşitli çerçeveler içermektedir.²⁰¹ Örneğin, sağlık sosyolojisinde bu yaklaşımı kullanarak, bedenin çeşitli kültürlerde sembolik olarak nasıl kullanıldığının yanı sıra sağlık, hastalık ve hastalıkları metafor olarak da keşfedebilirsiniz. Good 1996'ya göre, yorumlayıcı yaklaşım kültür ve hastalık ilişkisini

¹⁹⁷ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

¹⁹⁸ Olivier a.g.e., 2002

¹⁹⁹ Cockerham, *Medical Sociology on the Move*.

²⁰⁰ Fran Collyer, "The Rise and Fall of Theoretical Paradigms in Health and Medical Sociology : 1960-2009", 2009.

²⁰¹ Ann McElroy, Patricia K. Townsend, *Medical anthropology in ecological perspective, Medical Anthropology in Ecological Perspective*, 6. b., London: Sage Publications, 2018.

analitik çıkarların merkezine yerleştirmiştir.²⁰² Yorumlayıcı yaklaşımın merkezinde, hastalığın bir varlık değil, açıklayıcı bir model olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalık bir kültüre aittir. Dolayısıyla, kültür yalnızca hastalığı temsil eden bir araç değildir, ancak insan gerçekliği olarak inşası için kendine esastır.²⁰³ Yorumlayıcı geleneği, farklı hastalık biçimleri üretmek için anlam ve yorumlayıcı uygulamaların sosyal ve fizyolojik süreçlerle nasıl etkileşime girdiğini araştırmıştır. Araştırmacılar kültürel faktörlerin hastalık deneyimlerini ve davranışını toplumlar arasında farklı şekillerde düzenlediğini savunmaktadır.²⁰⁴ Yorumlayıcı değerler dizisi, belirli kültürel inanç ve uygulamalara sahip kişilerin sağlıklarını nasıl algıladıklarına odaklanır. Hastalık anlatılarının incelenmesi, dış gözlemcilerin, biyomedikal olmayan inançlar ve uygulamalarla şekillenen bireysel hastalık deneyimlerinin bakış açılarını anlamalarını sağlayan bir yorumlama şeklidir. Bazı hastalık anlatıları insanların acılarının nedenini biyomedikal faktörlerle ilgisi olmayan, ancak toplum üyeleri tarafından paylaşılan sosyal inançlarla ilgili yollarla yorumlayabildiklerini göstermektedir.²⁰⁵

Yorumsamacı yaklaşım, toplum gelişimi için temel olarak bireyler arasındaki etkileşimleri gündemden güne odaklanır. Yorumsamacılık, insanlara sadece toplumun rolüne odaklanmak yerine sosyal aktörler olarak odaklanır. Yaklaşım, bireyin davranışlarının ve algılarının toplumu nasıl şekillendirdiğine bakar. Sağlık ve hastalık ile ilgili olarak, yorumsamacı yaklaşım, sağlığın bireysel yorumuna odaklanır. Bu kişisel sağlık davranışları hakkında daha fazla bilgi sağlar. Yorumsamacı yaklaşım, sağlık ve hastalığın içinde yaşadığımız kültürel bağlamdan ayrı görülemeyeceğine inanmaktadır. Tıbbi bilgi de sosyal olarak inşa edilmiştir ve bu yüzden nesnel ve yanılmaz değildir. Bu yorumlayıcı anlama hedefine ulaşmaya çalışırken, incelenen insanların veya sosyal aktörlerin dünyasına mümkün olduğunca yaklaşmak için nitel araştırma metodolojileri kullanılır. Bu yorumlayıcı sosyolojik

²⁰² Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

²⁰³ Thomas Ots, "Phenomenology of the Body", *Anthropologies of Medicine*, London: Oxford University Press, 1991, ss. 43–58.

²⁰⁴ Bruce Caldwell, "Mark Nichter: Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter", *Journal of Population Research*, C. 26, S. 2 (2009), ss. 203–5.

²⁰⁵ Machteld A S Huber, "Towards a new , dynamic concept of Health : its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food", *Political Science*, C. 1, S. 1 (2014), ss. 1–255.

gelenek içinde iki farklı bakış açısı göze çarpıyor; sembolik etkileşimcilik ve sosyal inşatçılık. Bu yaklaşımlar sağlık ve hastalık ile ilgili olarak aşağıda özetlenmiştir.

Toplumsal inşatçılık, sadece doğal olduğu düşünülen olayların kültürel ve tarihi yönlerini vurgulayan kavramsal bir çerçevedir. Fenomenlerin anlamları, fenomenlerin içinde mutlaka yer almaz, ancak sosyal bağlamda etkileşim yoluyla gelişir. Başka bir deyişle, toplumsal inşatçılık, bireylerin ve grupların algılanan sosyal gerçeklik ve bilgiyi üretmeye nasıl katkıda bulunduğunu incelemektedir.²⁰⁶ Toplumsal inşatçılık, bireylerin ve grupların kendi gerçeklik kavramlarını ürettiğini ve bu bilginin kendisinin de sosyal dinamiklerin ürünü olduğunu savunur. Sosyal hastalığın inşası, sosyal güçlerin veya bağlamın, insan hastalık anlayışını nasıl şekillendirdiğine odaklanır. Toplumsal inşacı polemiği sosyolojideki yorumlayıcı paradigmadan kaynaklanır. Toplumsal inşacı yaklaşım, hastalıkların basit gerçekler olmadığını, toplumsal muhakemenin ve toplumsal pratiklerin sonucu olduğunu iddia eder. Toplumsal inşatçılık, gerçekliğin doğası ile başa çıkma çabası olarak ortaya çıkmıştır.²⁰⁷

Hastalıklara sosyal bir inşacı yaklaşım, hastalık (biyolojik durum) ve hastalık (durumun sosyal anlamı) arasındaki yaygın olarak kabul edilen kavramsal ayırmadan kaynaklanmaktadır.²⁰⁸ Hastalıkların hem biyomedikal hem de deneyimsel boyutları vardır. Bazı hastalıkların kendine sosyal veya kültürel atfedilen belirli anlamları vardır. Ancak bu anlamlar genellikle fark edilmez veya kabul edilmez. Bu anlamlar hastalığa yapışır ve hastalar ve sağlık hizmetleri üzerinde bağımsız sonuçları olabilir. Kültürel incelemeler, hastalıkların da değişmeceli çağrışımlara sahip olabileceğine işaret etmektedir.²⁰⁹ Sosyologlar nadiren hastalığın değişmeceli çağrışımlarına odaklanırken, ancak hastalıklara gömülü diğer kültürel kavramların etkilerini incelemiştir. Bu bakıştan, tüm hastalıklar aynı

²⁰⁶ Berger. Peter, Luckmann. Çeviren: Vefa Saygın Ögütle Thomas, *Gerçekliğin Sosyal İnşası / Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*, Paradigma Yayınları, 2008.

²⁰⁸ Wesley Longhofer, Daniel Winchester, "Social theory re-wired: New connections to classical and contemporary perspectives: Second edition", *Social Theory Re-Wired: New Connections to Classical and Contemporary Perspectives: Second Edition*, 2016, ss. 1-541.

²⁰⁹ Susan Sontag, Osman. Akinhay, *Metafor olarak hastalık : AIDS ve metaforları*, 1. b., Ankara: Agora, 2005.

değildir. Örneğin, bazı hastalıklar damgalanmıştır, bazıları ise damgalanmamıştır ve bazılarını itiraz edilmiştir, bazılarını ise edilmemiştir ve bazıları engelli sayılır, bazıları ise engelli değildir. Bu ayrımlarda önemli olan, sadece biyolojik nedenlerden ziyade sosyal olarak var olmalarıdır. Sosyologlar bu ayrımları incelemeye büyük ilgi duyar. Ancak, sosyolojik meraktan öte, bu kültürel anlamlar, hastalığın tecrübe edilme şekli, hastalığın nasıl gösterildiği, hastalığa karşı toplumsal tepki ve hastalıkla ilgili hangi politikaların yaratıldığı üzerinde bir etkiye sahiptir.²¹⁰

Hastalığın toplumsal inşası hastalığın kültürler arasında aynı anlama gelmediğini ve bireylerin algısına bağlı olduğunu gösterir. İnşaçılığın bir başka önemli anlayışı, hastalık deneyiminin sosyal olarak inşa edilmiş olduğudur. Bu, gerçekliğin keşfedilmeyi dünyada sadece var olmadığını, aksine onların dünyasında ve kendi içinde hareket eden bireyler tarafından yaratıldığını öne süren sembolik etkileşimcilik ve fenomenolojiye dayanmaktadır.²¹¹ Bu, insanların hastalıklarını ortaya çıkardıkları ve onlara anlam verdiği anlamına gelir. Bunlar sadece işlerin yapıldığı pasif kişiler değildir (bir hastalık veya doktorlar ve tedaviler tarafından olabilir). Bu, hastalığın gündelik ve öznel deneyimini vurgulayan bir dizi önemli sosyolojik araştırmanın genel başlangıç noktasıdır.

Sembolik etkileşimcilik toplumu bireylerin gündelik yaşamdaki sembolik etkileşimlerinin bir ürünü olarak ele alır. George Herbert Mead sembolik etkileşimce perspektifi kurucusu olarak kabul edilmektedir.²¹² Bu perspektife göre sosyal gerçeklik, paylaşılan sembollerin anlamı temelinde gerçekleşen bireyler arası etkileşim üzerine inşa edilmiştir. Birey, durumları değerlendirme ve yorumlama süreci sonucunda karar verme ve eylemde bulunma kapasitesine sahiptir. Bu perspektifine göre sağlık, sağlık algısı ve kavramsallaştırması kültürel inşa edebilir Sembolik etkileşimce Perspektifi, sağlık ve hastalığın kültürel anlamına ve bunların değerler ve yaşam biçimleriyle nasıl şekillendiğine odaklanıyor. Bu perspektifi çalışan teorisyenlere göre, sağlık ve hastalık sosyal olarak inşa edilir.

²¹⁰ Susan Sontag, Osman. Akınhay a.g.e.

²¹¹ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

²¹² Dolunay Şenol, *Sembolik Etkileşim*, 1. b., Net Kitaplık Yayın, 2017.

Bu yaklaşıma göre doktor-hastalar etkileşimi üzerine yapılan çalışmalar etkileşimin anlamını ağırlıklı doktorların belirlediğini ortaya koymuştur.²¹³ Ayrıca, bu perspektife göre hastaların kendi hastalıkları ile ilgili betimleme ve tanımlamalarının önemsenmediği vurgulanmıştır. Ancak, hastanın bakış açısının kabul edilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Hastanın benlik duygusu doktorlar tarafından geçerli kabul edilmeli ve hastalar tedaviyle ilgili kararlarda daha fazla söz sahibi olmalıdır.²¹⁴ Bireylerin, sağlık ve hastalığa verdiği önem önemlidir. İnsanlar, hastalık nedeniyle çalışamayacak ve topluma katkıda bulunamayacak duruma gelmenin kendilerini ahlaki olarak sorunlu göstereceğini düşünmektedirler. Sağlıklı olmak ahlaki olarak doğru kabul edildiği için birçok insanın ciddi sağlık sorunları olduğu hâlde hastalıklarını reddettikleri ve kendilerini "sağlıklı" olarak tanımladığı ortaya konmuştur.²¹⁵

Etiketleme Teorisi (*Labelling Theory*) Sembolik Etkileşimcilik yaklaşımı çatısı altında yer alan bir diğer yaklaşımdır. Etiketleme Teorisi'ne göre sapkın davranış olarak adlandırılacak bir davranış yoktur.²¹⁶ Howard S. Becker, Etiketleme teorisinin genellikle kurucusu olarak etiketlenirken, ancak fikir Charles Cooley (1902), Herbert Mead (1934), Frank Tannenbaum (1938) ve Edwin Lemert (1951) gibi önceki etkileşimcilerin eserlerinde bulunabilir.²¹⁷ Becker (1963), etiketleme kavramını ortaya koydu. Etiketler, bir sosyokültürel bağlamda bir koşulun çalışma tanımları olarak oluşturulmuştur. Becker'in toplumun etiketler yarattığını ve bunları herhangi bir hastalığın tanımında uyguladığını savunur.²¹⁸ Ayrıca, etiketin hastalığın durumu değil, insanların öznel atfettiği olduğu da ileri sürülmektedir. Benzer bir durum diğer insanlar tarafından veya başka bir bağlamda farklı bir şekilde tanımlanabilir. Cockerham (2010) bu yaklaşımın temelinde kişinin bir kere başkaları tarafından etiketlendiğinde, farklı durumlarda yeniden etiketlenmesinin oldukça yüksek bir

²¹³ Corinne Devereux, "Models of the Physician-Patient Relationship", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, C. 268, S. 11 (1992), ss. 1410-23.

²¹⁴ Nettleton, *The sociology of health and illness*.

²¹⁵ White, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*.

²¹⁶ Dale C. Spencer, "Labelling theory", *The Routledge Companion to Criminological Theory and Concepts*, London: Routledge, 2019, ss. 181-84.

²¹⁷ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

²¹⁸ Spencer, "Labelling theory", ss. 181-84.

durum olduğu iddiası yer almakta demektir.²¹⁹ Etiketlemenin bazı olumlu yönleri de vardır. Etiketleme, hasta rolünün benimsenmesini, özellikle de affedilebilir davranışı ve normal görevlerden muaf tutmayı önerir. Etiketlenmiş bir kişiye karşı toplumun geri kalanlarının tutum ve davranışları, etiketlendiği duruma paralel olarak gerçekleşir ve böylelikle bu etiketlenme yeniden üretilmiş olur.

Diğer bakış açıları gibi, toplumsal inşacılık da bazı eleştirilerle doludur. Bu, mükemmel bir perspektif olmadığını gösterir. Yorumsal bakış açısı sık sık eleştirilir, çünkü tam olarak makro olayları açıklamamıştır.²²⁰ Makro olaylar nesnel/objektif düzeyde meydana gelir, ancak oluşturmancılığın odağı öznel/sübjektif düzeydedir. Yorumlayıcı bakış açısına dayalı araştırma tasarımı, genellikle bilimsel olarak daha az titiz olarak görülür. Bu, nitel metodolojiye, olasılıksın örneklem ve nispeten küçük örneklem büyüklüğüne olan bağımlılığından kaynaklanmaktadır. Bir başka eleştiri de perspektifinin psikolojik indirgemeciler üzerine yoğun bir şekilde dayanmasıdır.²²¹ Toplumsal fenomenleri zihinsel soyutlamalar olarak temsil eden bir fikirdir. Onlar inşa ve yeniden inşa edilebilir. Amzat ve Razum'a göre, bakış açısı sosyal faktörlerin ve yapıların baskısını veya etkisini hafife alır²²² Bu, deterministlik olmayan duruşundan kaynaklanmaktadır. Bu yaklaşım, değiştirici faktörleri yeterli şekilde değerlendirmeden, eylemin kendi yazarlığına (*self-authorship of action*) dayanmaktadır.

4.4 SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ YAKLAŞIMI

Tıp alanı geleneksel olarak, tanı ve tedavinin bir bireyin hastalık biyolojisine odaklandığı biyomedikal sağlık yaklaşımına dayandırılmıştır. Bu yaklaşım, kritik öneme sahip olmasına rağmen, ihtiyaç duyulan ve daha geniş bir nüfus sağlığı yaklaşımının yalnızca bir bölümünü temsil etmiştir. Sosyal belirleyiciler yaklaşımı sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler, sosyal destek ağları, fiziksel ve sosyal çevre, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal ve sağlık politikalarına odaklanmaktadır.²²³ Bu, toplumda birden çok düzeyde işleyen

²¹⁹ Hinze, Taylor, *Medical sociology*.

²²⁰ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*.

²²¹ Jimoh, Olivier, *Medical Sociology in Africa*, 2016.

²²² Jimoh, a.g.e, 2016.

²²³ Marmot, Wilkinson, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*.

bütünleşmiş bir yaklaşımdır. Yaklaşım, sosyal faktörlerin sağlığı etkileyen yolları ve mekanizmaları açıklamak için sosyoloji teorilerini kullanmaktadır. Sağlıkta toplumsal belirleyicileri eşitsizlikleri açıklamaya çalışan üç teorik yönelimden bahsedilebilmektedir. Bunlar materyalist veya sağlık sosyal üretimi modeli, psikoz-sosyal model ve eko-sosyal teoridir. Yaklaşım, sağlığın sosyal bir görüngü olduğunu varsayar. “Sosyal belirleyiciler” yaklaşımı, sosyal dünyanın insanların sağlığını nasıl şekillendirdiğini anlamaya çalışmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı, sosyolojik araştırmanın sağlık sorunları hakkındaki anlayışımızı nasıl bilgilendirebileceği ve araştırmanın gerekli alanlarını nasıl belirleyebileceğinin bir gösterimini sağlamaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı, çoğu zaman bireyin kontrolü altında olmayan ekonomik, sosyal ve çevresel etmenler nedeniyle gelişen sağlık sorunlarını ortaya koyar.

“Sağlığın sosyal belirleyicileri” terimi, araştırmacıların farklı sosyo-ekonomik grupların üyelerinin çeşitli derecelerde sağlık ve hastalık deneyimlemesine neden olduğu belirli mekanizmaları aradıklarından doğmuştur.²²⁴ Farklı sosyo-ekonomik statüde olan bireyler, farklı sağlık seviyeleri ve hastalık oranı göstermiştir.²²⁵ Sağlığın sosyal belirleyicileri, bireylerin, toplulukların ve yargı bölgelerinin sağlığını etkileyen ekonomik ve sosyal koşullardır. Sağlığın sosyal belirleyicileri, bireylerin sağlıklı olup olmadığını ya da hasta olup kaldıklarını ve bir kişinin ya da topluluğun, kişisel özlemleri tanımlamak ve elde etmek, ihtiyaçları karşılamak ve çevre ile başa çıkmak için fiziksel, sosyal ve kişisel kaynaklara sahip olup olmadığını belirlemektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri arasında çocukluk koşulları, gelirin mevcudiyeti ve kalitesi, yiyecek, barınma, istihdam ve sağlık ve sosyal hizmetler yer almaktadır.²²⁶ Sağlığın sosyal belirleyicilerinin net ve tek bir tanımı yoktur. Ancak genel olarak, Sağlığın sosyal belirleyicileri bireysel olarak veya belirli grup ya da toplumun sağlık durumlarını etkileyen ekonomik ve sosyal faktörleri ifade eder. Sağlık eşitsizlikleri, Sağlığın sosyal belirleyicileri nedeniyle ortaya çıktığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı

²²⁴ Michael Marmot, “Social determinants of health inequalities”, *Lancet*, C. 365, S. 9464 (2005), ss. 1099–1104.

²²⁵ Navarro, “What We Mean by Social Determinants of Health”, ss. 423–41.

²²⁶ World Health Organization., “Social determinants of health Key concepts”, *WHO Library*, Geneva, 2014.

koşulların eşitsizliklerinden kaynaklanmaktadır.²²⁷ Bunlar, maddi koşullar, sosyal ortam, psiko-sosyal etmenler, davranışlar ve biyolojik etmenleri kapsamaktadır. Bu etmenler, bireylerin sosyal konumu, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelirleri, toplumsal cinsiyetleri ve etnik kökenlerinden etkilenir. Bireylerin içinde yaşadığı sosyo-politik, kültürel ve toplumsal bağlamların da bunların hepsi üzerine etkileri vardır.²²⁸

Sağlığın sosyal belirleyicileri konusundaki son ilgi, Batı ülkelerinde ve uluslararası kuruluşlarda tıbbi ve davranış dışı sağlık ve hastalık faktörlerine odaklanmaya neden olmuştur. Bu yaklaşım Batı ülkelerinde geliştirse de gelişimi diğer toplumlarda hala devam etmektedir. Farklı bir toplumda sağlığın sosyal belirleyicilerini araştırmak, sağlığı etkileyen faktörlere başka bir bakış açısı sağlayacaktır. Sağlığın sosyal belirleyicileri bir yaklaşımını geliştirilmesi, sosyal sağlık üretiminin özellikli teorilerini dikkate almaktadır. Bunlar materyalist teori, psiko-sosyal model, sağlık sosyal üretimi modelini ve eko-sosyal teoridir. Bu kuramlar, nedenselliği açıklamak için aşağıdaki mekanizmaları kullanır: sosyal hareketlilik ve sosyal nedensellik perspektifleri. Bu kuramlar ve mekanizmalar “sosyal konum” kavramını vurgulamaktadır. Kavram, sağlık ve sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileri üzerinde merkezi bir rol oynamaktadır.

4.4.1 Materyalist Yaklaşım

Materyalist yaklaşım, sağlık eşitsizliklerini bireyin sosyo-ekonomik durumundaki farklılıklar yoluyla açıklar.²²⁹ Temel fikir, sosyoekonomik tabakalamadaki farklı sosyal hiyerarşik konumların, sağlığa elverişli veya elverişsiz olabilen maddi dünyaya farklı marufiyetlerle(exposure) bağlantılı olmasıdır. İngiltere Kara Raporları²³⁰, sosyal belirleyicilerin sağlığı nasıl etkilediğini anlamak için iki temel mekanizma olduğunu düşündü: kültürel / davranışsal ve materyalist Kara Rapor, materyalist açıklamaların

²²⁷ Orielle. Irwin, Alec Solar, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, Geneva, 2010.

²²⁸ Cockerham, *Social Causes of Health and Disease*; Marmot, Wilkinson, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*; Irwin, Solar, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, 2007; Irwin, Solar, “Action on the social determinants of health: A historical perspective”; Mark G. Embrett, Glen. E. Randall, “Social determinants of health and health equity policy research: Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory”, *Social Science and Medicine*, C. 108, S. 1 (2014), ss. 147–55.

²²⁹ Irwin, Solar, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, 2007.

²³⁰ Socialist Health Association, “The Black Report 1980”, *Socialist Health Association*, London, 1980.

sağlıktaki sosyal sınıf farklılıklarını açıklamada en önemli olduğunu buldu. Sınıf ve sağlık arasındaki ilişki, ekonomik ve ilişkili sosyo-yapısal faktörlerin sağlık ve refah dağılımındaki rolünü vurgulamaktadır. Materyalist açıklama, insanların maddi yaşam koşullarını vurgulamaktadır. Bu koşullar arasında yaşam olanaklarına erişim, çalışma koşulları, mevcut yiyecek kalitesi ve diğerlerinin yanı sıra barınma yer almaktadır.²³¹ Yaşamın maddi koşulları, kişisel gelişim, aile yaşamı ve etkileşim ve topluluk ortamlarının kalitesini etkileyerek sağlığı belirler. Yaşamın materyal koşulları, farklı fiziksel (enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, kronik hastalık ve yaralanmalar), gelişimsel (gecikmiş veya bozulmuş bilişsel, kişilik ve sosyal gelişim), eğitimsel (öğrenme güçlüğü, zayıf öğrenme, okulu erken bırakma) ve sosyal (sosyalleşme, işe hazırlık ve aile hayatı) problemlere yol açar. Maddi yaşam koşulları da psikoz-sosyal stres farklılıklarına neden olmaktadır.²³² Sağlığı tehdit edici davranışların benimsenmesi maddi yoksunluk ve strese verilen bir cevaptır.²³³ Ortamlar, bireylerin tütün kullanıp kullanmadıklarını, alkol kullandıklarını, kötü diyetleri ve düşük düzeyde fiziksel aktivite sahip olduğu belirlemektedir. Materyalist argümanlar, bireyler, toplumlar ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlik kaynaklarını ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin oynadığı rolü anlamak için yardımcı olmaktadır. Ayrıca neo-materyalist yaklaşım, yaşam koşulların ve sosyal altyapı sağlığın belirleyicileri olarak odaklanmaktadır. Ülkeler, bölgeler ve şehirlerarasındaki sağlıktaki farklılıklar, ekonomik ve diğer kaynakların nüfusta nasıl dağıldığına ilişkindir.²³⁴ Neo-materyalist bakış, hem yaşam koşullarının bireylerin sağlığı üzerindeki etkilerine hem de sağlığın sosyal belirleyicilerinin kalitesini belirleyen toplumsal faktörlere dikkat çekmektedir.²³⁵

²³¹ Leonie Sundmacher, David Scheller-Kreinsen, Reinhard Busse, “The wider determinants of inequalities in health: A decomposition analysis”, *International Journal for Equity in Health*, C. 10, S. 1 (2011), ss. 123–36.

²³² Eric Brunner, Michael Marmot, “Social organization, stress, and health”, *Social Determinants of Health*, ed. Michael Marmot and Richard Wilkinson, Oxford Scholarship, 2009, ss. 36–63.

²³³ Martin J. Jarvis, Jane Wardle, “Social patterning of individual health behaviours: The case of cigarette smoking”, *Social Determinants of Health*, 2009.

²³⁴ Mary Jeans, “Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness and Health Care”, *Healthcare Policy*, C. 3, S. 1 (2007), ss. 55–57.

²³⁵ Mariana C. Arcaya, Alyssa L. Arcaya, S. V. Subramanian, “Inequalities in health: definitions, concepts, and theories”, *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, C. 38, S. 4 (2015), ss. 261–71; Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, “Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch”, *British Medical Journal*, C. 322, S. 7296 (2001), ss. 1233–36.

4.4.2 Psiko-Sosyal Model

'Psikososyal' terimi, sosyal faktörlerin zihinsel durumları nasıl etkilediğiyle ilgilidir. Psikososyal yollar doğrudan fiziksel sağlık sonuçlarını etkilemektedir.²³⁶ Stresli yaşam ve çalışma koşulları, yüksek tansiyon, şeker hastası ve kalp hastalığı ile ilişkilidir. Psikososyal yollar, alkol içme, sigara, diyet ve fiziksel aktivite gibi sağlıkla ilgili davranışları etkiler. Sağlığın psikososyal faktörleri arasında stres, kontrol, öz yeterlik, esneklik, sosyal ilişkiler, sosyal uyum, sosyal sermaye bulunmaktadır. Psikososyal terimi, sosyal çevreyi, zihinsel refahın yönlerini oluşturan psikolojik durumlara bağlamaktadır. Psikososyal faktörler, sosyal koşullar ile deneyimler ve psikolojik durumlar arasındaki bağlantıyı kapsamaktadır. Psikososyal teoriye göre, insanların algıları ve kişisel statü deneyimleri strese ve sağlıksızlığa yol açmaktadır.²³⁷ Bu kuramcılara göre, sosyal eşitsizlik ortamlarında yaşama deneyimi, insanları sürekli olarak statülerini, mülklerini ve yaşam koşullarını diğerleriyle karşılaştırmaya zorlar. Bu, dezavantajlılarda utanç ve değersizlik duyguların yanı sıra, sağlığa zarar veren kronik strese açmaktadır. Diğer bir tartışma, ülkelerdeki sağlık eşitsizliklerinin vatandaşların sosyal hiyerarşideki sıralamaları hakkındaki yorumlamadan güçlü bir şekilde etkilendiğidir.²³⁸ Bunun gerçekleştiği iki mekanizma vardır. Bireysel düzeyde, eşit olmayan toplumlarda kişisel statü algılarının ve deneyimi strese ve sağlıksızlığa yol açmaktadır. Topluluk düzeyinde, hiyerarşinin genişletilmesi ve güçlendirilmesi, sağlığın toplumsal belirleyicisi olan sosyal uyumu zayıflatır. Bireyler diğerlerine karşı daha güvensiz ve şüpheli hale gelir, böylece halk eğitimi, sağlık ve sosyal programlar gibi toplumsal yapılara destek zayıflar. Bu yaklaşım, sağlığın sosyal belirleyicilerini zayıflatan kamu politikalarının psikososyal etkilerine dikkat çekmektedir.²³⁹

²³⁶ Marmot, Wilkinson, "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch ", ss. 1233–36.

²³⁷ Irwin, Solar, "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", 2007.

²³⁸ Arcaya, Arcaya, Subramanian, "Inequalities in health: definitions, concepts, and theories", ss. 261–71.

²³⁹ Karen A. Matthews, Linda C. Gallo, Shelley E. Taylor, "Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future", *Annals of the New York Academy of Sciences*, C. 1186, S. 1 (2010), ss. 146–73; Pekka Martikainen, Mel Bartley, Eero Lahelma, "Psychosocial determinants of health in social epidemiology", *International Journal of Epidemiology*, C. 31, S. 6 (2002), ss. 1091–93.

4.4.3 Eko-Sosyal ve Yaşam Süreci Yaklaşımı

Eko-sosyal yaklaşım ise sağlıkta eşitsizlikler ve nüfus içerisinde hastalıkların dağılımına ilişkin sosyal ve biyolojik faktörleri, tarihsel ve çevreyle ilgili bir perspektif içerisinde sunma çabası içerisinde. Eko-sosyal Teori ilk olarak Nancy Krieger (1994) tarafından hastalık dağılımındaki nedense ilişkileri tanımlamak ve açıklamak için geniş ve karmaşık bir teori olarak önerildi.²⁴⁰ Buna göre, biyolojik olan nedenler, tarihsel bilgi ve bireysel ve toplumsal yaşantı dikkate alınmaksızın anlaşılabilir.²⁴¹ Eko-sosyal Teorinin kilit yapıları şunlardır: şekillenme düzenleme için yollar, maruz kalma, duyarlılık ve direncin birikmiş etkileşimi ve aracılık ve hesap verebilirliktir. Teori, hastalık dağılımının birçok düzeyde belirlendiğini ve analizlerin tarihsel, politik ekonomik, geçici ve mekânsal analizleri içermesi gerektiğini varsaymaktadır.²⁴²

Yaşam süreci teorisi, daha genel olarak yaşam süreci perspektifi olarak adlandırılır, insanların yaşamlarını, yapısal bağlamları ve sosyal değişimi araştırmak için multidisipliner bir paradigmayı ifade eder. Elder, yaşam sürecini beş temel prensibe dayanarak teorize etti: yaşam boyu gelişim, insan ajansı, tarihi zaman ve coğrafi yer, kararların zamanlaması ve bağlantılı hayatlar.²⁴³ Yaşam süreci açıklamalarına göre zaten toplumsal olarak dezavantajlı olan insanlar genellikle dezavantajların birikimine ne maruz kalmaktadır. Yaşam süreci perspektifi, zaman, bağlam, süreç ve anlamının sağlık önemini vurgulamaktadır.²⁴⁴ Gubrium ve Holstein'a göre, yaşam süreci teorisi aynı zamanda oluşturmacı bir yönde ilerlemiştir.²⁴⁵ Zaman kavramlarının önermelerin temel yapı taşları olması yerine, zaman kavramları analitik olarak aynı kategoriye kategori içindedir ve araştırma ve oluşturucu anlayışın odak konuları haline gelir. Yaşam süreci yaklaşımlar, yaşam boyu deneyimlere, sağlığını üzerinde

²⁴⁰ Nancy Krieger, "Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?", *Social Science and Medicine*, C. 39, S. 7 (1994), ss. 887–903.

²⁴¹ Irwin, Solar, "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", 2007.

²⁴² Nancy Krieger, "Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective", *International Journal of Epidemiology*, 2001.

²⁴³ Glen H. Elder, "Family history and the life course", *Journal of Family History*, C. 2, S. 4 (1977), ss. 279–304.

²⁴⁴ E.D. Hutchison, "A Life Course Perspective", *Dimensions of Human Behavior: The Changing Life Course*, 2010.

²⁴⁵ Jaber F. Gubrium, James A. Holstein, "Life Course Malleability: Biographical Work and Privatization", *Sociological Inquiry*, C. 65, S. 2 (1995), ss. 207–23.

etkileri vurgular.²⁴⁶ Olumsuz ekonomik ve sosyal koşullara maruz kalmanın sağlık üzerinde kümülatif bir etkisi vardır. Yaşam boyu perspektif benimsemek, sağlığın sosyal belirleyicilerinin her gelişim seviyesinde (erken çocukluk, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik) her ikisinde de sağlığı etkilemek ve daha sonraki yaşamlarda sağlık ve hastalık için temel oluşturmak için nasıl işlediğine dikkat çekmektedir. 1980'lerde kronik hastalıklara bağlı olarak yaşam süreci perspektifine ilgi ortaya çıkmıştır.²⁴⁷ Bartley'e göre, sağlık, zaman içinde meydana gelen koşulların karmaşık birleşimlerinin bir sonucudur.²⁴⁸ Yaşam süreci yaklaşımı, sağlık yörüngeleri ve geçişler, sağlık kırılmalılığı, göçmenlerin iş sağlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar, ergen sağlığı ve anne sağlığı gibi konulara uygulanmaktadır.²⁴⁹

4.4.4 Sosyal Sınıf ve Sağlık

Bu yaklaşımların çeşitli kombinasyonları da toplum sınıf ve sağlık arasındaki ilişkinin açıklanmasında etkili olabilir. Farklı sosyal sınıf süreçlerini birbirine bağlamak, sosyal sınıfın sağlıkta eşitsizliğe neden ve niçin sebep olduğuna dair bütünleşmiş bir teori yaratır. Sosyal sınıflar, ırksal, etnik ve sosyoekonomik çizgiler boyunca sağlıkta eşitsizliklere yol açmaktadır. Sosyal sınıf, insanlar arasındaki birbirine bağımlı ekonomik ilişkilerden kaynaklanan sosyal gruplar olarak tanımlanabilir.²⁵⁰ Sağlığın ve hastalıkların sosyal alanı da ilgilendirdiği ve özellikle sosyal sınıflarla sağlık arasında çok yakın bir ilişki olduğunu söylenebilir. Özellikle sağlık bireyin benimsediği hayat tarzıyla, eğitim, ekonomik durumuyla ve yaşadığı ortamla yakından bağlantılıdır. Wright'ın, sosyal sınıfı sağlığa uygulandığı şekilde anlamak için yeni bir bütünleşik model birleşik sosyal sınıf teorileri yapmıştır. Bu model çeşitli sosyal sınıf mekanizmalarını içerir: geçmiş sosyal hayatı ve erken yıllar koşullarıdır. Bourdieu'nun alışkanlık ve ayrımcılık kavramları, sosyal kapanma ve fırsat istifçiliği kavramları da sosyal sınıf ve sağlığı açıklamanın anahtarlarıdır.²⁵¹

²⁴⁶ Jonathan. Wadsworth, "Health inequalities in the life course perspective", *Social Science and Medicine*, C. 44, S. 6 (1997), ss. 859–69.

²⁴⁷ Hutchison, "A Life Course Perspective".

²⁴⁸ Rakhil Gaitonde, "Conceptual approaches to examining health inequities", *Health Inequities in India: A Synthesis of Recent Evidence*, 2017, ss. 31–54.

²⁴⁹ Wadsworth, "Health inequalities in the life course perspective", ss. 859–69.

²⁵⁰ Vicente Navarro, "Social class, political power and the state and their implications in medicine", *Social Science & Medicine* (1967), C. 10, S. 9–10 (1976), ss. 437–57.

²⁵¹ Aytaç, Kurtdaş, "Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi", ss. 231–50.

Bazı modeller, sosyal belirleyiciler ile sağlık arasındaki ilişkiyi yukarıdaki yaklaşımları kullanarak açıklamaya çalışmaktadır. Genel olarak sosyal/toplumsal sağlık modülleri olarak bilinmektedirler. Bu tartışmada dikkatimizi sağlığın sosyal belirleyicileri kavramını çevirmek için geliştirilen en ünlü modellere odaklayacağız. Bunlar Dahlgren ve Whitehead sağlık belirleyicileri modeli (1991) ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonun Modelidir.

4.4.4.1 Dahlgren ve Whitehead Sağlık Belirleyicileri Modeli

Aynı zamanda Sağlığın Sosyal Modeli olarak da bilinmektedir. Dahlgren ve Whitehead (1991), sağlık üzerindeki etki katmanlarına odaklanmıştır.²⁵² Bu model, sosyal normlara ve ağlara gömülü olan bireysel yaşam tarzları ile daha geniş sosyoekonomik ve kültürel çevre ile ilgili yaşam ve çalışma koşulları arasındaki etkileşimleri vurgulamaktadır.²⁵³ **Dahlgren ve Whitehead** modeli, sağlığın belirleyicilerini ve içinde çalıştıkları yolları belirlemek için sıklıkla kullanmaktadır. Whitehead ve Dahlgren'in geliştirdikleri modelde sağlığın merkezinde yaş, cinsiyet ve kalıtsal etmenler gibi olan etmenler yer almaktadır (Şekil 1).²⁵⁴ Bunun çevresinde olduğu düşünülen ve sağlık üzerine etkileri olan kişisel yaşam biçimleri, sosyal ve toplumsal ağlar, sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullar bulunmaktadır. Bu çok faktörlü yaklaşım, bireysel ve sosyal faktörleri birbirinden ayırır ve farklı katmanlara sahip bir model sunar. Bu modelin çekirdeği, yaş, cinsiyet ve kalıtsal faktörlerle ilgili kalıtsal özelliklerden oluşmaktadır. Model, birey, çevresi ve hastalık arasındaki ilişkiyi göstermeyi hedefler. İç katman/tabaka, sağlığın kısmen sigara içme, fiziksel aktivite ve diyet gibi bireysel yaşam tarzı faktörleri tarafından belirlendiğini ileri sürmektedir. Daha sonra, sonra söz konusu model yerel topluluk içindeki aile, arkadaşlar ve diğer önemli ilişkilere dikkat çekmektedir. Bir sonraki katman, çalışma ve yaşam koşullarına- konut, istihdam, sağlık hizmetlerine erişim vb. odaklanmaktadır. Dış katman, ekonomik gelişme, refah sistemindeki değişimler, siyasi değişim, sosyal güçler ve yapılar

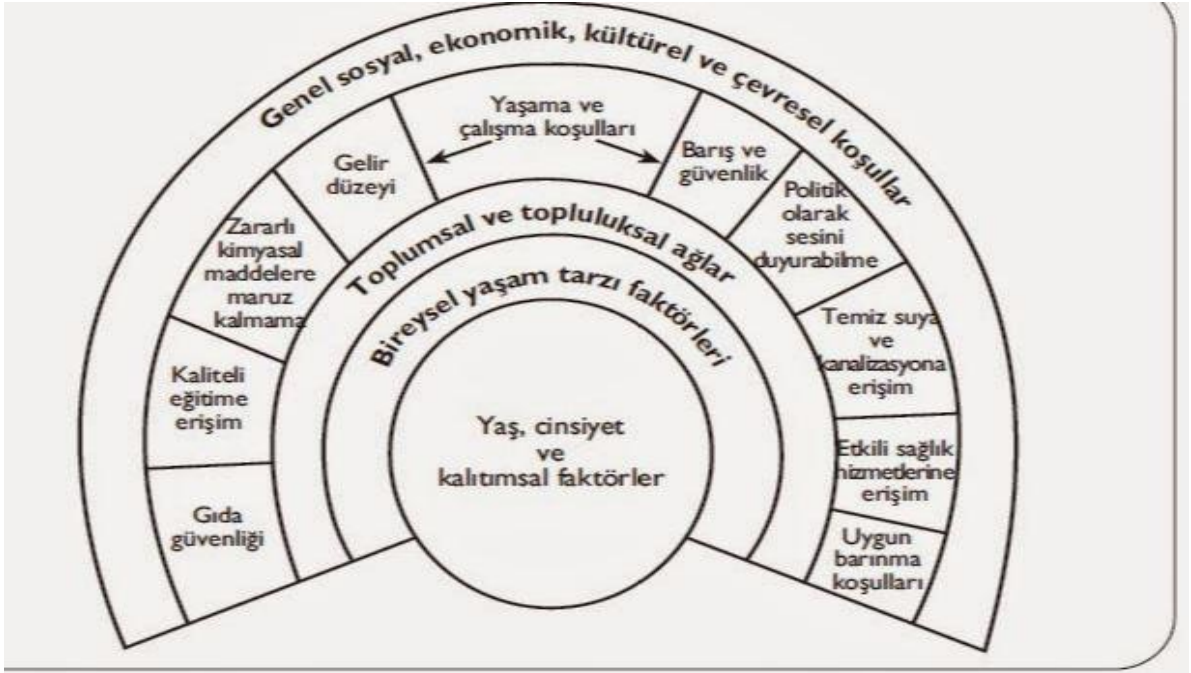
²⁵² Dahlgren. Göran, Margaret Whitehead, "Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe", *Institute for Futures Studies*, 1991, doi:DOI:

²⁵³ İlker Belek, "Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenebilir ve Kabul Edilemez Bir Politik Ekonomi Sorunu," *Toplum ve Hekim*, C. 13, S. 2 (1998), SS. 96–104.

²⁵⁴ Göran, Whitehead, "Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe".

gibi daha geniş sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel güçleri vurgulamaktadır. Modelin görselleştirilmesi kolay olmakla birlikte, model çeşitli seviyeler ile sağlık eşitsizliklerinin oluşumu arasındaki ilişkileri ve arabuluculukları ayrıntılı olarak açıklamaz.²⁵⁵

Şekil 1: Dahlgren ve Whitehead Sağlık Sosyal Belirleyicileri Modeli



4.4.4.2 Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu Modeli

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (*Commission on the Social Determinants of Health*), sağlık dair yukarıdaki teori ve kavramları bir araya getirerek yeniden kavramlaştırır. DSÖ tarafından 2005 yılında kurulan Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, sağlıktaki eşitsizliklerin toplumdaki eşitsizlikler nedeniyle ortaya çıktığı ve sağlıktaki eşitsizliklere insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullardaki eşitsizliklerin neden olduğu sonucuna ulaşmıştır.²⁵⁶ Sağlık Sosyal

²⁵⁵ ESRC, “The Dahlgren–Whitehead rainbow model of health”, *Economic and Social Research Council*, 2018.

²⁵⁶ Marmot, Wilkinson, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*; Irwin, Solar, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, 2010. S.14

Belirleyicileri Komisyonuna göre, toplumda karşılaşılan eşitsizlikler, sosyal normlar, politikalar ve uygulamalar tarafından üretilen sistematik bir eşitsizliktir.²⁵⁷ Sağlık toplumsal belirleyicileri, güç, servet ve diğer gerekli sosyal kaynakların adaletsiz dağıtımını ve erişimini teşvik ediyorlar. Sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicilerini oluşturan yapısal belirleyiciler, çeşitli tarihsel, sosyo-kültürel, ekonomik ve politik faktörlerden etkilenen bireyin sosyoekonomik konumu ile temsil edilmektedir.

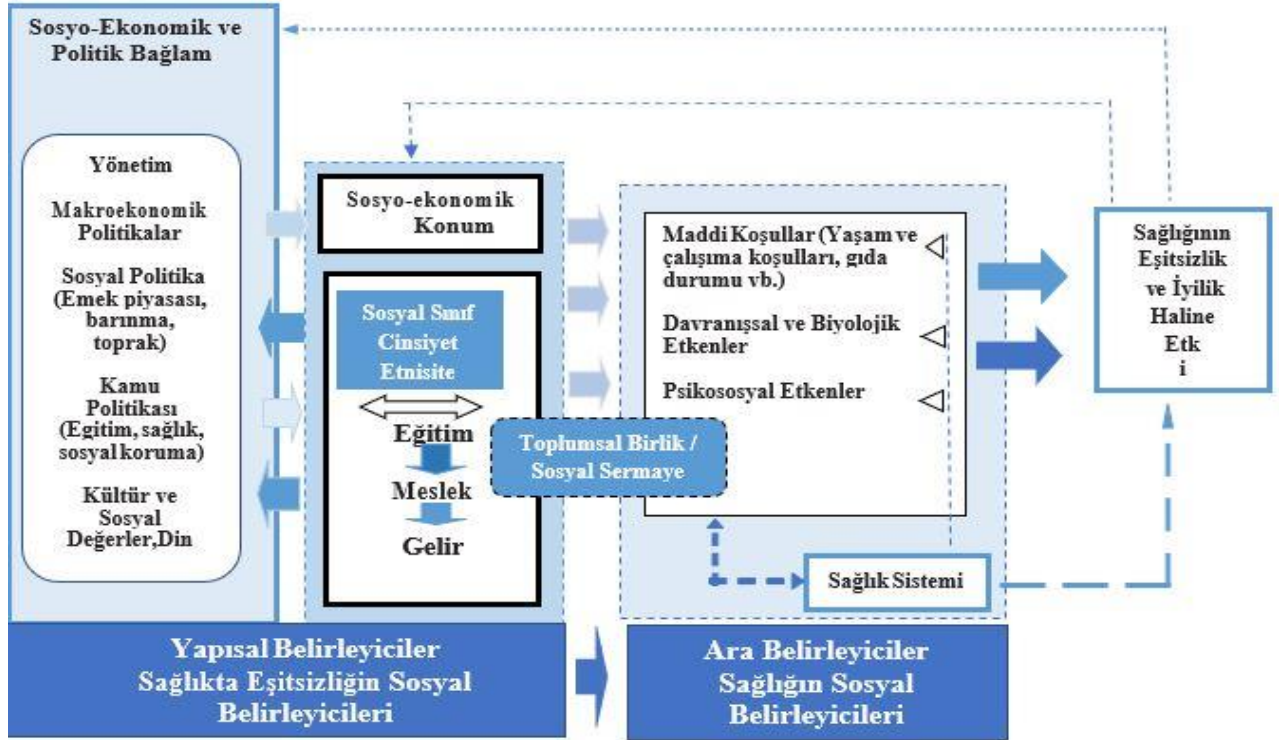
Şekil 2'de özetlenen CSDH çerçevesi, sosyal, ekonomik ve politik mekanizmaların bir takım **sosyo-ekonomik konumlara** nasıl yol açtığını göstermektedir, bu sayede nüfus gelir, eğitim, meslek, toplumsal cinsiyete göre katmanlaşmaktadır.²⁵⁸ Bu sosyo-ekonomik konular, insanların **sosyal hiyerarşiler** içindeki yerini yansıtan ve kendi **sosyal statülerine** dayanan sağlık durumunun (ara belirleyiciler) belirleyicilerini şekillendirir. Bu etmenler, bireylerin **sosyal konumu**, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelirleri, toplumsal cinsiyetleri ve etnik kökenlerinden etkilenir. Bireylerin içinde yaşadığı sosyo-politik, kültürel ve toplumsal bağlamların da bunların hepsi üzerine etkileri vardır. **Toplumun yapısını** ya da toplumdaki sosyal ilişkileri içeren **sosyal bağlamlar**, **toplumsal tabakalaşma** yaratır ve bireyleri farklı **sosyal konumlara** atar. Çerçevesinde, “**Bağlam**” geniş ölçüde, **sosyal hiyerarşileri** oluşturan, düzenleyen ve sürdüren tüm sosyal ve politik mekanizmaları içerecek şekilde tanımlanmıştır: işgücü piyasası; eğitim sistemi, politik kurumlar ve diğer kültürel ve toplumsal değerler. Yapısal mekanizmalar **toplumda tabakalaşma** ve **sosyal sınıf** ayrımı oluşturan ve güç, itibar ve kaynaklara erişim hiyerarşileri içinde bireysel **sosyoekonomik konumu** tanımlayan mekanizmalardır. Sağlık aracılığıyla belirleyicileri şunlardır: maddi koşullar; psikososyal koşullar, davranışsal ve veya biyolojik faktörler ve sosyal bir belirleyici olarak sağlık sisteminin kendisi. **Sosyal sermaye** kavramı kişiler arası ilişkiler, yardımlaşma, güven, toplumsal bütünleşme, toplumsal aidiyet, toplumsal iletişim ağları, sosyal destek gibi konulardan oluşur.²⁵⁹

²⁵⁷ Marmot, Wilkinson, *a.g.e.* s.24

²⁵⁸ Irwin, Solar, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, 2007.

²⁵⁹ Marmot, Wilkinson, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*; Irwin, Solar, “Action on the social determinants of health: A historical perspective”; Marmot, “Social determinants of health inequalities”, ss. 1099–1104; Irwin, Solar, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, 2010.

Şekil 2:Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu Çerçevesi



İnsan yaşamının en temel unsurlarından biri olan sağlık gerek bireysel gerekse toplumsal anlamda büyük bir önem taşımaktadır. Sosyal bir kurum olan sağlık, tıpkı diğer sosyal kurumlar gibi içinde yer aldığı sosyal yapı tarafından şekillendirilmektedir ve diğer sosyal kurumlarla karşılıklı ilişki halindedir. Sosyal yapıda veya kurumlarda meydana gelen değişiklikler doğal olarak sağlık kurumunu ve sağlık kurumunun yapısını da etkilemekte ve değiştirmektedir. Sağlığa sosyolojik bir bakışın zorunluluğu artık tartışılmaz bir konudur. Sağlık ve hastalık, sosyal yapının şekillendirdiği sosyal ve kültürel bir olgu olduğu için, onu sosyolojik bir bakış açısıyla incelemesi önemlidir. Bu bakımdan sağlık geçmişten günümüze kadar farklı anlamlar ve farklı bakış açıları içeren bir olgu olmuştur

Tıptaki gelişmelere paralel olarak değişen hastalık modellerinin yanı sıra, hastalık ve ölümlülük örüntülerinin toplumlara göre farklılık göstermesiyle sağlık ve hastalık olgusunun toplumla yakın ilişkisinin olduğu anlaşılmış ve bu ilişkileri açıklamaya yönelik teoriler önem kazanmıştır. Bununla birlikte, literatür, nüfus içindeki sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen sosyo-kültürel belirleyiciler hakkında sınırlı kanıtlar ortaya koymaktadır. Görülebileceği

gibi, çatışmadan, işlevselcilik, yorumlayıcılık'a kadar pek çok sosyolojik teori ve yaklaşım toplumdaki sağlığı ve hastalığı analiz etmek için kullanılabilir. Zimbabwe'de sağlık sorunları büyümeye devam ettikçe, ülke nüfusundaki kötü sağlık ve sağlık eşitsizliklerinin artmasına neden olan sağlığın sosyal-kültürel belirleyicilerinin incelenmesi şarttır. Bu nedenle sağlığın toplumsal belirleyicileri modeli, sağlık sürecini hem mikro hem de makro düzeylerde sosyolojik olarak anlama ve açıklamayı hedefleyen bu çalışmanın dayanacağı kuramsal çerçeveyi uygun bir biçimde sunmaktadır. Bu çalışma, bu kavramsal çerçeve içinde sosyal-kültürel faktörler ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyici modeli, birçok sağlık sosyolojisi perspektif ve teorilerin bütünleştirilmesidir. Teori, sağlık hizmetlerine erişim engelleri ya da kolaylaştırıcıları önünde oluşturulan sosyo-kültürel faktörleri keşfetmek için ideal bir çerçeve sağlanmaktadır.

Bu çerçevenin uygulanması yoluyla, bu araştırma, sağlık sorunlarına, tespit edilen engellere ve yerel kadın bakış açısıyla sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırıcılara ilişkin anlayışımızı daha da arttırmaktadır. Sağlığın sosyal inşası teorisi, bu sosyal belirleyicileri Zimbabweli kadınların bakış açısıyla keşfetmek için kullanılmaktadır. Kuramsal çerçevesinin tarihsel, sosyo-kültürel, ekonomik ve politik bağlamın sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisini keşfetme yeteneği, inşacılık teorik bakış açılarını tamamlamaktadır. Özetle Toplumsal inşası kuramının hem sosyal olgunun analizine ilişkin genel bakış açısı ve tezin amacını destekleyecek verinin toplanma teknikleri ile güçlü bir biçimde örtüşmektedir. Sosyal inşacılık kuramları, Batı hegemonik ideolojilerinin yerini almak ve egemen batı sömürge söylemlerine alternatif bilgi üretmek için yeni bir bakış açısı ortaya koyabilir. Bu nedenle, iki yaklaşım, Zimbabwe'deki kadınlar arasında sağlık hizmetinde engel veya kolaylaştırıcı görevi gören algıları ve faktörleri analiz etmek için ideal yöntemsel çerçeve olarak hizmet etmektedir. Bu araştırma, farklı sosyal kültürel ve ekonomik duruma sahip kadınların sağlık hizmetlerine ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışlarını betimlemeye ortaya çıkarmaya çalışan nitel bir araştırmadır.

İKİNCİ BÖLÜM

ANNE SAĞLIĞININ SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

1 KADIN SAĞLIĞI BAKIMININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Kadın sağlığı bakımı, farklı ülkeler ve topluluklardaki farklı deneyimlerden yavaşça geliştirilmiştir. 1980'lere kadar politikalar, araştırma ve programlar gebelik ve doğum sırasında kadınların sağlığına odaklanmamıştır. 1985 yılında, “Anne sağlığı- ihmal edilmiş bir trajedi” başlıklı bir makale, New York'taki Columbia Üniversitesi'nde, Alan Rosenfield ve Deborah Maine adlı iki araştırmacı tarafından yayımlanmıştır.²⁶⁰ Bu makalede kadın sağlığı sorunlarına önem verilmiştir. Kopenhag'daki İkinci Kadın Konferansı'nda kadınların yeterli sağlık hizmetlerine eşit erişiminin olup olmadığının ana endişe kaynağı olduğu ortaya çıkmıştır.²⁶¹ Bununla birlikte, 1985 yılında Nairobi'de yapılan Üçüncü Kadın Dünyası Konferansında kadın sağlığı konusunun alanı genişlemeye başlamıştır. Bu konferansta, 1975-1985 yılları “Kadın On yılı” olarak kabul edilmiş ve on yılın ana teması, istihdam, sağlık ve eğitim olarak belirlenmiştir.²⁶² Nairobi Konferansı, toplumsal cinsiyet eşitliğinin izole bir konu olmadığını, insan faaliyetinin tüm alanlarını kapsadığını kabul etmiştir. Kadınların sadece toplumsal cinsiyetle ilgili olan alanlara değil tüm alanlara katılması gerekiyordu. 1987 yılında bir “Güvenli Annelik Programı” başlatılmıştır.²⁶³ DSÖ, UNFPA, Dünya Bankası ve birçok ülkenin ilgili kuruluşları bu programı desteklemiştir. Konferans, anne ölümlerini 2000 yılına kadar %50 oranında azaltmak için güvenli bir annelik girişiminin başlangıcıydı. Girişim üç temel stratejiye odaklandı: toplum temelli sağlık bakımını güçlendirmek, sevk seviyesi tesislerinin kapasitesini genişletmek ve toplum ve sevk seviyesi bakımını birbirine bağlamak için bir alarm ve ulaşım sistemi geliştirmek.

²⁶⁰ Allan Rosenfield, Deborah Maine, “Maternal Mortality-A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?”, *The Lancet*, C. 326, S. 8446 (1985), ss. 83.

²⁶¹ Türkiye Büyük Millet Meclisi, “Kadın 2000: 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış”, Ankara, 2000.

²⁶² Allan Rosenfield, Deborah Maine a.g.m., s.85.

²⁶³ Ann . Starrs, “Safe motherhood initiative: 20 years and counting”, *Lancet*, C. 368, S. 9542 (2006), ss. 1130–32.

Bundan sonraki iki Uluslararası BM konferansı, kadınların kaliteli ve kapsamlı anne ve üreme sağlığı hizmetlerine erişebilmeleri için temel insan hakkının güçlü şekilde onaylanmasını içermektedir. Bunlar, 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ve 1995'te Uluslararası Dördüncü Kadın Konferansıdır. Anne sağlığı her iki konferansta da küresel sağlık ve kalkınmanın öncelikli bir bileşeni olarak belirlendi. 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), kadınların temel ihtiyaç ve haklarının küresel ihmali konusundaki endişelerini dile getirme şansı vermiştir.²⁶⁴ Eylem programı, kadınların üreme sağlığı ve haklarının insani gelişim için bir merkez olduğunu ve bu meselelerin ele alınmasından sonra sürdürülebilir insani gelişme koşulunun sağlanabileceğini kabul etmiştir. ICPD, anne sağlığı konusundaki küresel ilerlemeyi ölçmek için görevleri hızlandıran bir Eylem Programı hazırlanmıştır. Eylem programı, sadece aktif üreme döneminde değil, tüm yaşamları boyunca kadınların ihtiyaçlarını karşılayan, kadın sağlığı için yeni, bütünsel bir yaklaşıma olan ihtiyacı yansıtmaktadır. Ayrıca, 1995'de Pekin'de yapılan 4. BM Dünya Kadın Konferansı'nda kadın sağlık sorunlarının çözümü için eylem planı yapılmıştır.²⁶⁵ Eylem planında kadınların ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanma hakkına sahip olduğu doğrulanmıştır. Ancak, kadınların çoğu sağlık ve refaktan mahrum bırakılmıştır. Kadınlar için ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına ulaşmanın önündeki en büyük engel hem erkekler hem de kadınlar arasında ve farklı coğrafi bölgelerde, sosyal sınıflarda ve yerli ve etnik gruplarda kadınlar arasında eşitsizliktir. Kadın Konferansında, 2000 yılına kadar Dünyadaki anne ve çocuk ölüm oranının %50 oranında azaltılması hedeflenmiştir.²⁶⁶

2000 yılında 189 ülke bir araya gelerek dünyadaki yoksul halkları aşırı yoksulluk ve yoksunluktan kurtarmaya söz vermiştir. Bu verilen söz, Binyıl Kalkınma Hedefleri aracılığıyla yapılmıştır. “Anne sağlığını iyileştirmek” için Binyıl Kalkınma Hedefleri (MDG)

²⁶⁴ UNFPA, “Programme of Action of the International Conference on Population Development”, *UN Chronicle*, New York, 2014.

²⁶⁵ UN Women, “Beijing Declaration and Platform for Action; Beijing+5 Political Declaration and Outcome,” United Nations, 2014; Zeynep Arabacı, Ergün HASGÜL, Ayşe SERPEN, “Türkiye’de Kadın Göçmenlik ve Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi,” *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, C. 1 S. 36 (2016), ss. 129–44; Timisi Nilüfer, “Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komisyonu 47. Dönem Toplantısı,” *İletişim: Araştırmaları Dergisi*, C. 1, S. 1 (2003), ss. 1–9.

²⁶⁶ United Nations, “The Millennium Development Goals Report”, *United Nations*, New York, 2015.

5 adlı özel bir hedef belirlenmiştir²⁶⁷. Binyıl Kalkınma Hedefleri 5. hedefi, 2015'e kadar anne ölümlerinin dörtte üç oranında azaltmasıydı. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı, özellikle cinsiyet ve sağlıkla ilgili olanlar olmak üzere tüm hedeflerin bir ön koşuldur. Uluslararası toplum, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, hamilelikte ve doğumda ölüm sayısının kabul edilemez derecede yüksek olduğunu kabul etmiştir. Hedefin kabulünden bu yana anne sağlığı önemli ölçüde iyileşmiştir. Gelişmekte olan birçok bölge, anne ölüm oranlarının en yüksek olduğu bölgeler de dâhil olmak üzere, anne sağlığının iyileştirilmesinde yavaş ilerleme kaydetmiştir. Örneğin, Sahra altı Afrika'da anne ölüm oranı, %75 hedefi yerine yüzde 49 oranında düşmüştür.²⁶⁸

Kadın sağlığının gelişimi sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri aracılığıyla daha da doğrulanmıştır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, 2016'da kabul edilmiştir ve Binyıl Kalkınma Hedeflerinin başarılarının üzerine inşa edilmektedir.²⁶⁹ Anne sağlığı “Hedef 3: herkes için her yaşta sağlıklı bir yaşam sağlamak ve esenliği desteklemek” başlığı altında önceliğe sahiptir. Amaç, 2030'a kadar, küresel anne ölüm oranınının 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürülmesidir.²⁷⁰ Hedef, her kadının anne sağlığı hizmeti, güvenli ve erişilebilir ilaç ve aşıya kavuşmasını sağlamaktır. Gelecekte anne ölümlerini önlemek mümkündür ve diğer ülkeler bunu başarmıştır. Çünkü anne ölümlerinin çoğunluğu önlenelidir. Teoride, anne ölümünün ana nedenlerinin tümü etkili ve zamanında klinik müdahalelerle tedavi edilebilir. Bununla birlikte, uygulamada, bir kadın doğum öncesi bakıma erişebilmeyi ve nitelikli bir doğum görevlisine sahip bir sağlık tesisinde sunmayı başarsa bile, düşük bakım kalitesi hayati tehlike arz edebilir. Anne ölümünün doğrudan sebepleri resmin sadece bir kısmını boyar ancak anne ölümü için birçok risk faktörü doğumdan çok önce başlar. Dünyadaki kadınların sosyo-kültürel düzeyleri arasındaki farkların derinleşmesinin bir sonucu olarak sağlık ve sağlık sorunları, beklenmeyen hastalıklar ve ölümler artmaktadır. Yaşanılan yeri, sosyoekonomik durum ve ırk/etnik köken gibi sosyal belirleyiciler ve ulusal

²⁶⁷ United Nations a.g.e. 2015

²⁶⁸United Nations, a.g.e, 2015.

²⁶⁹ Sakiko Fukuda-Parr, “From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development”, *Gender and Development*, C. 24, S. 1 (2016), ss. 43–52.

²⁷⁰ Franziska Müller, “Sustainable Development Goals (SDGs)”, *Peripherie*, C. 35, S. 140 (2015), ss. 507–10.

kaynak tahsisi, sağlık sistemi altyapısı ve siyasi hesap verebilirlik gibi kurumsal faktörler bir kadının doğumla ilgili komplikasyonlardan ölme olasılığını etkilemektedir. Bu uluslararası toplantı ve anlaşmaların bir yansıması olarak, kadın sağlığı, özellikle anne sağlığı çok önemli olarak kabul edilmektedir. 2030 yılına kadar 100.000 canlı doğumda 70'ten az anne ölümü olan küresel anne ölümler oran'ının SDG hedefine ulaşmak, dünya çapında anne sağlığı araştırmasına, programlara ve politikaya sürekli yatırım yapılmasını ve bütün ülkelerde çok odaklı eylem gerektirecektir.

2 ANNE SAĞLIĞINA GENEL BAKIŞ

İnsanın en doğal fenomenlerinden biri hamilelik ve doğumdur. Temelde bizim varoluşumuz ve devam edebilme kapasitemiz için gereklidir ve hiçbir teknolojik gelişme bunun yerini alamaz. Bu nedenle, bu olgunun insanlığın tehlikede olmadığından emin olmak için toplumdaki her varlıktan en üst düzeyde destek olarak devam etmesi şarttır. Anne sağlığı, DSÖ tarafından “hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemde annenin fiziksel refahı” olarak tanımlanmaktadır.²⁷¹ Anne sağlığı, aile planlaması, DÖB, doğum bakımı ve DSB'nin sağlık boyutlarını kapsamaktadır. Anne mortalite/ölümleri ve hastalıkları/morbidite azaltmak için kadınlara anne sağlığı sağlanmalıdır. Bununla birlikte, bakımın boyutları toplumdan topluma değişir. Gebelik ve doğum biyolojik fenomenlerdir, ancak, topluluklar arasındaki kültürel farklılık anne sağlığı pratiklerini önemli ölçüde etkiler. Bu nedenle, anne sağlığı pratiklerinin, sağlığını tanımlayan bu dönemlerde kadınların etkinlik ve alışkanlıklarına değinildiği anlaşılabilir. Bu anne sağlığı pratiklerinin, inançlarını ve geleneklerini anlamak ve dolayısıyla özellikle anne ölümleri yüksek olan toplumlarda, anne ölümlerini azaltmayı ve halk sağlığını iyileştirmede etkili olan kültürel olarak uygun müdahaleleri tasarlamak için hayati bir öneme sahiptir.

DSÖ göre kapsamlı bir anne sağlığı dört unsurdan oluşmaktadır.²⁷² Birincisi, doğum öncesi bakımdır ve kadın ve fetüsün sağlığını kontrol etmek ve izlemek için en az dört doğum

²⁷¹ World Health Organization., Maternal mortality, 2016, http://www.who.int/maternal_mortality, (28.05.2019).

²⁷² World Health Organization, “WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health”, *World Health Organization Offset Publication*, Geneva, 2015, s.15.

öncesi hastane ziyareti almaları önerilir. İkincisi, normal doğumları yönetme ve gebelik komplikasyonların başlangıcını tanıma becerisine sahip olan (vasıflı nezaretçiler) doktorlar, hemşireler ve ebeler gibi yetenekli(vasıflı) acil personelin doğuma katılımı sağlanmalıdır. Üçüncüsü, anne ölümlerinin nedenlerini (kanama, sepsis, güvenli olmayan kürtaj, hipertansif bozukluklar ve engellenmiş doğum) ele almak için acil obstetrik bakım mevcut olmalıdır. Son olarak doğum sonrası bakım, doğumdan sonraki altı haftadadır. Bu süre zarfında kanama, sepsis ve hipertansif bozukluklar ortaya çıkabilir ve yeni doğanlar doğumdan hemen sonra çok hassastır.²⁷³ Bununla birlikte, anne sağlığının bu tanımlaması tüm toplumlarda evrensel olarak kabul görmemektedir. Araştırmalar, farklı toplumların farklı anne sağlığı konularına ilişkin farklı kavramları ve algılarına sahip olduğunu göstermiştir. Anne sağlığını yerel kadınların bakış açısından anlamak, doğru sonuçlar çıkarmak ve zorlukları çözmek için önerilerde bulunabilmek açısından önemlidir.

DSÖ'nün tanımı yaygın olarak kullanılmasına rağmen, bazı kültürler ve toplumlar kendi gebelik ve anne sağlığı anlamlarına sahiptir. Sosyal ve kültürel inançlar, anne sağlığı ve hamilelik komplikasyonlarının yorum ve anlamını şekillendirebilir. DSÖ, anne sağlığını aşağıdakileri içerecek şekilde tanımlamıştır; doğum öncesi bakım, sağlık hizmeti HIV testi ve danışmanlığı, doğum sırasında nitelikli bir süpervizörün varlığı, acil bakım, doğum sonrası bakım ve aile planlaması. Farklı toplumlarda durum böyle olmayabilir. Örneğin, Kuzey Nijerya'da, bir kadının doğum acılarını gizlemesi ve evde yalnız doğum yapmayı planlaması gerektiği inancı vardır.²⁷⁴ Bunun anlamı, bu toplumda evde doğum yapmak, anne sağlığı boyutlarının bir parçası olduğu anlamına gelmektedir. Gana topluluklarının çoğunda, hamile kadınların güvenli bir şekilde doğumları sağlamak için toplumsal/kültürel normları gözetmeleri beklenir. Bazı Gana toplumlarında gebe görüldüğü ana kadar bir kadının hamileliğin erken belirtilerini göstermesi kültürel olarak utanmaz olarak kabul edilir. Bu, çoğu kadının WHO tanımına göre doğum öncesi ziyaretlere gitmediği, ancak kendi anne sağlık sistemlerine sahip oldukları anlamına gelir.²⁷⁵ Bazı toplumlar, hamileliğin hastalık

²⁷³World Health Organization a.g.e., s.31

²⁷⁴ Kingsley Nna-nna Ukwaja, "Equitable Access to Maternal Health: The Role of Social Science Research in Developing Countries", *Young Voices In Research For Health 2007*, Geneva: Lancet, 2007, ss. 112-34.

²⁷⁵ Arhin John, *The management of pregnancy in a rural community: A case Study of Anyaman.*, University of Ghana, 2001.

olmadığına ve doğum öncesi ziyaretleri için gitmeleri gerekmediğine inanmaktadır²⁷⁶. Hastalık toplumsal inşaatçılık teorisini kullanarak Montesanti (2011), kırsal Kamboçya'daki anne sağlığı pratiklerinin, Khmer üreme hastalığının etiyojisi tarafından tanımlandığı sonucuna varmıştır.²⁷⁷ Kadınların seçimlerini kendi kültürel kavramlarını ve kategorilerini kullanarak analiz eden bir perspektif, belirli kadınların kendi gebelik hastalıkları ve doğum sonrası komplikasyonlarını kendi terimlerini anlamalarını göstermektedir.²⁷⁸

Yukarıdaki çalışmalar, gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin devam etmesinin, yerel halkın sağlık, hastalık kavramları ve fikirlerinin dikkate alınmadığı gerçeğinden kaynaklanabileceğini gösterebilirler. Sağlık sorunlarının kültürel olarak öngörülen şekillerde iletilmesi ve mevcut kültürel kavramlar ve inanç sistemlerine uygun olarak etiketlenmesi gerektiği anlaşılmalıdır. Bunu başarmak için, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık araştırmalarının giderek daha sosyal ve etnolojik bir bakış açısına sahip olması gerekmektedir. Anne sağlığının sosyolojik analizinde yerel insanların algıları, deneyimleri, yerel bilgileri ve fikir birliği dikkate alınmalıdır. Hastalığın sosyal olarak nasıl geliştiğini inceleyerek, sosyal güçlerin toplumun anne sağlığı ve hastalıkları konusundaki anlayışını ve bunlara yönelik eylemleri nasıl şekillendirdiğini inceleyebiliriz. Ayrıca, kültürün anne hastalıkları ve tedavileri hakkındaki bilgileri şekillendirmedeki etkilerini keşfedebiliriz. Anne sağlığı, sadece sağlık konusu değil aynı zamanda sosyal kalkınma konusudur. Çünkü anne sağlığı; aileler, çocuk sağlığı, ülke ekonomisi ve sağlık sistemi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir.

Küresel olarak, anne ölüm oranı düşmekte ancak ülkeler arasında ve ülkeler içinde bu oranda önemli farklılıklar görülmektedir.²⁷⁹ Anne sağlık sorunlarının çoğu gelişmekte olan ülkelerde bulunur, özellikle yoksul topluluklar içinde. Bugün, dünya çapında yarım

²⁷⁶ Ukwaja, "Equitable Access to Maternal Health: The Role of Social Science Research in Developing Countries", ss. 112–34.

²⁷⁷ Stephanie Rose Montesanti, "Cultural Perceptions of Maternal Illness among Khmer Women in Krong Kep, Cambodia", *vis-à-vis: Explorations in Anthropology*, C. 11, S. 1 (2011), ss. 90–106.

²⁷⁸ Brown, Peter, Closser Svea, *Understanding and Applying Medical Anthropology: Biosocial and Cultural Approaches, Proceedings - IEEE Ultrasonics Symposium*, 3. b., Left Coast Press, 2016.

²⁷⁹ UNICEF, "BM: Anne ölümleri 1990'dan bu yana %44 azaldı", 2015, <http://unicef.org.tr/basinmerkezidetay.aspx?id=22601>, (08.08.2017)".

milyondan fazla kadın hamilelik nedeniyle doğum veya komplikasyon sonucu ölmektedir²⁸⁰. Bu, her gün yaklaşık 830 kadının, anne sağlığı sorunları nedeniyle dünya çapında ölmekte olduğu anlamına gelmektedir. Örneğin, 2017 yılında, yaklaşık üç yüz bin kadın hamilelik ve doğum sırasında ölmüştür. Bu anne ölümlerinin çoğunluğu (%99) gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir.

Sahra altı Afrika ardından Güney Asya dünyada en yüksek sayıda anne ölümüne sahiptir. Birlikte, Güney Asya ve Sahra altı Afrika, dünyadaki anne ölümlerinin payının%95'ini almaktadır. Ölümlerin yüzde dördü Latin Amerika'da ve kalan yüzde biri dünyanın daha gelişmiş bölgelerinde gerçekleşmektedir. Yayınlanan küresel bir rapora göre, anne ölümlerinde 1990 yılından bu yana yüzde 44'lük bir azalma olmuştur²⁸¹. 1990 yılında küresel düzeyde 100 bin canlı doğumda 385 olan anne ölüm oranı (AÖO) 2015 yılında 216 düşmüştür. Aynı raporda, gelişmekte olan ülkelerde 2015 yılında anne ölüm oranı 100 000 canlı doğum başına 239 olurken, gelişmiş ülkelerde 100.000 canlı doğum başına ölüm oranı 15 olarak gerçekleşmiştir.²⁸²

Ülke seviyesinde, Nijerya ve Hindistan'ın 2015 yılında dünyadaki tüm anne ölümlerinin üçte birinden fazlasını oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bunların yaklaşık 58.000 anne ölümü (%19) Nijerya'da ve 45.000 anne ölümü (%15) ile Hindistan'da gerçekleşmiştir. Dünyanın en yüksek anne ölüm oranıyla sahip on sekiz ülke Sahra-altı Afrika'da bulunmaktadır. 2015 yılında, bu ülkelerin 100.000 canlı doğumda yaklaşık 999 ila 500 ölüm olduğu için bunun çok yüksek bir AÖO olduğu görülmüştür. Birincisi, Sierra Leone'nin 100.000 canlı doğumda 1360 ölüm ile en yüksek anne ölüm oranına sahip olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada en yüksek anne ölüm oranına sahip diğer ülkeleri aşağıdaki tabloda görülmektedir. Diğer tarafta, en düşük anne ölümüne sahip olan ülkeler gelişmiş olan ülkelerdir, Yunanistan, İzlanda, Polonya ve Finlandiya bu diğer ülkeler arasındadır. 20. yüzyılın başlarına kadar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde benzer oranlarda anne

²⁸⁰ WHO vd., a.g.e. 2015, s.33

²⁸¹ Who vd., a.g.e. 2015, s.33

²⁸² UNICEF, "BM: Anne ölümleri 1990'dan bu yana %44 azaldı", 2016, <http://www.unicef.tr.org>,(12.09.2017).

ölümleri görmektedir.²⁸³ Ancak, çoğu anne ölüm ve sakatlığı önlenabilir olduğundan, gelişmiş ülkelerde anne ölümleri ortadan kaldırılmıştır.²⁸⁴

Tablo 2:Dünyanın 10 en yüksek ve en düşük AÖO sahip olan ülkeleri

10 en yüksek		10 en düşük	
Sierra Leone	1,360	Finlandiya	3
Orta Afrika Cumhuriyeti	882	Yunanistan	3
Çad	856	İzlanda	3
Nijerya	814	Polonya	3
Sudan	789	Avusturya	4
Somali	732	Belarus	4
Liberya	725	Çek Cumhuriyeti	4
Burundi	712	İtalya	4
Gambiya	706	Kuveyt	4
Demokratik Cumhuriyeti Kongo	693	İsveç	4

2.1 ANNE ÖLÜMLERİ

Dünya Sağlık Örgütünü göre anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlandırılmasından sonraki kırk iki gün içerisinde gerçekleşen kadın ölümüdür.²⁸⁵ Diğer kelimeler, popülasyonda hamilelik nedeniyle ölen anne sayısının 100000 ile çarpılmasıyla elde edilen bir katsayı olarak ifade edilebilir.²⁸⁶ Alternatif olarak, basitçe, anne ölümü bir kadının hamilelik, doğum ya da doğumu izleyen 6 hafta içinde ölümü şeklinde tanımlanmaktadır.

DSÖ tarafından en son yayınlanan ve 1990-2015 yılları arasında dünyadaki anne ölüm trendlerini gösteren yayında yer alan değerlere ilişkin şekil aşağıda sunulmaktadır. Şekilde dünya çapında 1990’ da 385/100.000 olan anne ölüm oranının 2015 yılında 215/100.000’ e düştüğü görülmektedir ve bu da %44’ lük bir azalmayı göstermektedir. Bölgeler arasında en büyük ilerlemeyi sağlayan Doğu Asya ve Pasifik bölgeleri olmuştur.

²⁸³ Vincent De Brouwere, René Tonglet, Wim Van Lerberghe, “Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: What can we learn from the history of the industrialized West?”, *Tropical Medicine and International Health*, C. 3, S. 10 (1998), ss. 771–82.

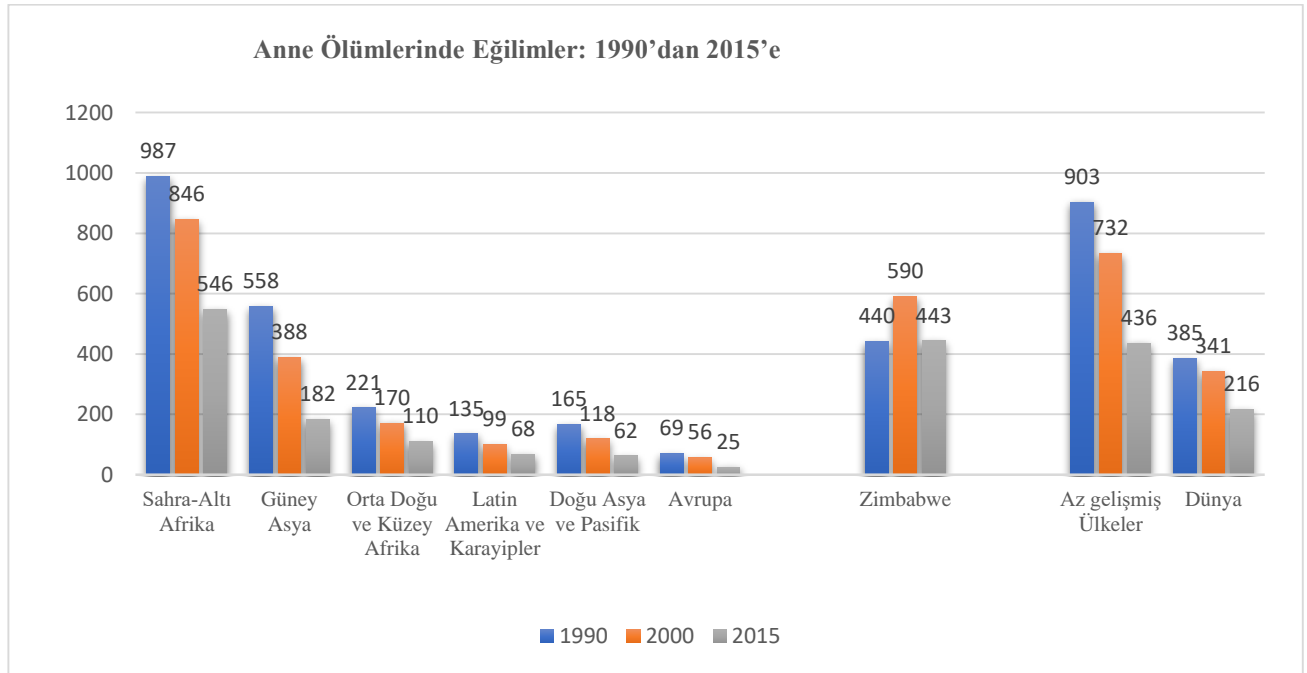
²⁸⁴ Sarah K. Kilpatrick, Jeffrey L. Ecker, “Severe maternal morbidity: screening and review”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, C. 215, S. 3 (2016), ss. 17–22.

²⁸⁵ İsmet Koç vd., “Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005”, *Tropical Medicine*, Ankara, 2006; Vinet, Zhedanov, “A ‘missing’ family of classical orthogonal polynomials”.

²⁸⁶ Vinet, Zhedanov, “A ‘missing’ family of classical orthogonal polynomials”.

Bu bölgelerde anne ölüm oranı 100 bin canlı doğumda yaklaşık 165'ten 62'ye düşmüştür (yüzde72 azalma). Gelişmiş bölgelerde ise anne ölümleri 1990'dan 2015'e yüzde 48 azalarak 100.000 canlı doğumda 23'ten 12'ye inmiştir. Güneydoğu Asya, Avrupa ve Batı Pasifik' teki azalma son derece yüz güldürücüdür ama Güneydoğu Asya bölgesi halen 182/100.000 oranı ile diğer bölgelere nazaran çok daha yüksek bir seviyededir. Sahra-Altı Afrika ile ne yazık ki en az gelişmeyi gösteren bölgedir ve dünya ortalamasının bu kadar yüksek olmasından sorumludurlar. Sahra altı Afrika'da önemli bir ilerleme kaydedilmiş ve 1990 yılında 100 bin canlı doğumda 987 olan anne ölüm oranı yüzde 45 azalmayla 2015 yılında 546'ya düşmüştür²⁸⁷. Ancak, tüm dünya ülkelerinin, uluslararası kuruluşların ve sivil toplum kuruluşlarının katkısı ile bu bölgelerde yapılacak daha çok iş vardır.

Grafik 1: Dünyanın Anne Ölümleri Eğilimler (1990-2015)

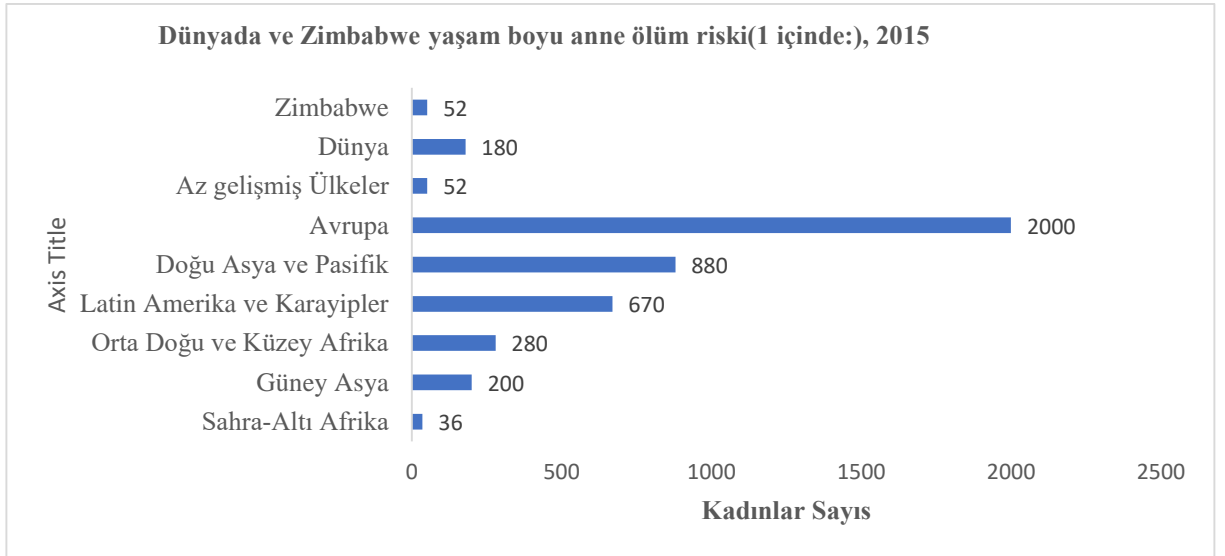


Dünyada anne sağlığının bir başka ilginç boyutu da anne ölüm riskidir. Az gelişmiş ülkelerdeki kadınların yaşam boyu karşı karşıya oldukları anne ölüm riski gelişmiş

²⁸⁷ World Health Organization, "Maternal Mortality Fact Sheet", *Maternal Mortality Ratio*, 2015, http://www.who.int/maternal_mortality_fact_sheet, (17.05.2018).

ülkelerdeki hemcinslerine göre daha fazladır²⁸⁸. Yaşam boyu anne ölüm riski, 15 yaşındaki bir kız çocuğunun yaşamı boyunca gebelik veya doğum komplikasyonlarından ölme olasılığıdır.²⁸⁹ Anne ölümleri oranına benzer şekilde, anne ölümünün yaşam boyu riski büyük oranda ülkelere göre değişmektedir. Aşağıdaki grafik 2015 yılında bölgelere göre anne ölümünün yaşam boyu riskini göstermektedir. Bu şekilden ortaya çıkan veriler Avrupa ülkelerinde her 2000 kadından birine karşılık Doğu Asya ve Pasifikteki her 880 kadından birinin gebelik nedeni ile hayatını kaybedeceği gerçeğini göstermektedir. Gelir düzeylerine göre, 2015 yılında, düşük gelirli ülkelerde anne ölümünün yaşam boyu riski bir bütün olarak 41'de 1 iken, bu oran gelir düzeyi yüksek ülkelerde 3.300'de 1 olarak karşımıza çıkmaktadır. Bölgeler arasında, Sahra-altı Afrika'daki kadınlar en yüksek yaşam boyu riskle karşı karşıyadır (36'da 1), bunu Güney Asya (200'de 1) takip etmektedir. Ayrıca Zimbabwe'deki her 52 kadından birinin gebelik nedeni ile hayatını kaybettiği görülmektedir²⁹⁰.

Grafik 2: Yaşam Boyu Anne Ölüm Riski



²⁸⁸ Kilpatrick, Ecker, a.g.m., ss. 17–22.

²⁸⁹ John Wilmoth, “The lifetime risk of maternal mortality: Concept and measurement”, *Bulletin of the World Health Organization*, C. 87, S. 4 (2009), ss. 256–62.

²⁹⁰ World Health Organization, a.g.e., 2015

Birleşmiş Milletlere Üye Devletler, 2000 yılında Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmak için ilk kez küresel taahhütte bulduklarında, bu ölümlerin 2015 yılına kadar dörtte üç oranında azaltılması yönünde çalışma sözü vermişlerdir. Verilere göre anne ölüm oranı 1990 ve 2015 yılları arasında yüzde 44 düşmüştür, ancak bu düşüş hala Binyıl Kalkınma Hedefleri için yetersizdir.²⁹¹ Küresel ölçekte sağlanan ilerlemelere rağmen 1990'dan 2015'e kadar anne ölüm oranının en az yüzde 75 azaltılması yönündeki Binyılın Kalkınma Hedefleri hedefine yalnızca dokuz ülke ulaşmıştır.²⁹² Sadece bir ülke Ruanda Afrika'dan ve diğer Asya ülkeleri. Ancak bu ilerlemeye rağmen bu ülkelerden kimilerinde anne ölüm oranlarının küresel ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Bu, dünya genelinde anne sağlığında büyük eşitsizlikler olduğuna işaret etmektedir. Bu eşitsizlikleri düzeltebilmek için, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin bir parçası olarak anne sağlığı için yeni bir dönüştürücü gündem oluşturulmuştur.²⁹³ Yeni hedef, küresel anne ölüm oranını 2030 yılına kadar 100 000 canlı doğumda 70'den daha azına indirmektir.²⁹⁴ Küresel olarak, anne sağlığını iyileştirmeye yönelik tüm çabalar bu amaç ile uyumludur.

2.1.1 Anne Ölüm Nedenleri

Anne ölümlerinin tanımı, anne ölümlerinin nedenlerine göre doğrudan veya dolaylı olarak, belirlenmesini sağlamaktadır. Khlat ve Ronsmans'a göre doğrudan anne ölümü ve dolaylı anne ölümü arasında bir fark vardır.²⁹⁵ Dolaylı anne ölümü, hamilelik sırasında gelişen ve doğrudan obstetrik nedenlere bağlı olmayan, ancak hamileliğin fizyolojik etkileriyle ağırlaşan önceki mevcut hastalık veya hastalıklardan kaynaklanan anne ölümü olarak tanımlanmaktadır.²⁹⁶ 2013 yılında dünya çapında 33.128 dolaylı anne ölümü rapor

²⁹¹ World Health Organization, a.g.e.,2015

²⁹² United Nations, "The Millennium Development Goals Report". New York, 2016

²⁹³ UNDP Türkiye, "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri", 2016 ,

<http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>. (28.02.2019)

²⁹⁴ Murat DERİN, "Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Kapsamında Türkiye'nin Sağlık Alanına İlişkin Mevcut Durum Analizi", *Journal of International Social Research*, C. 11, S. 57 (2018), ss. 558–68.

²⁹⁵ Myriam Khlat, Carine Ronsmans, "Deaths attributable to childbearing in Matlab, Bangladesh: Indirect causes of maternal mortality questioned", *American Journal of Epidemiology*, C. 151, S. 3 (2000), ss. 300–306.

²⁹⁶ World Health Organization., "ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM", *WHO Library*, 2012.

edilmiştir.²⁹⁷ Dünya Sağlık Örgütü'nün anne ölüm nedenleri analizi, 2003 ve 2009 yılları arasındaki ölümlerin dörtte birinin (%28) dolaylı nedenlerden kaynaklandığını tahmin etmektedir.²⁹⁸ Başlıca dolaylı nedenler sıtma, anemi, HIV, AIDS ve kardiyovasküler hastalıklardır (%27) (aşağıdaki tabloya bakınız).

Doğrudan anne ölümleri, doğrudan hamilelik komplikasyonlarının yönetiminden kaynaklanan, ölümlerdir.²⁹⁹ En yaygın doğrudan nedenler olanlar, hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, sezaryen sırasındaki cerrahi ve anestezi komplikasyonlardır. Bu ölümler yoksul ortamlarda sık görülür, gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölümlerinin dörtte üçü doğrudan obstetrik ölümlerdir. Lancet'nin yayınlanan bir araştırmasına göre 1990'dan 2013'e kadar olan dönemi için, post-partum hemoraji (%27), güvenli olmayan kürtajı takiben oluşan komplikasyonlar (%8), gebelikte hipertansif bozuklukları (%14), kan zehirlenmesi(sepsis) (%11) ve emboli (%6), en yaygın doğrudan anne ölümleri nedenleri olmuşlardır³⁰⁰ Diğer nedenler arasında kan pıhtıları (% 3) ve önceden var olan tıbbi durumlar (% 28) bulunmaktadır.

Küresel olarak, hemoraji, anne ölümlerinin önde gelen nedenidir ve ölümlerin dörtte birinden fazlasına sebep olmaktadır. Kaliteli anne sağlığı ve acil durum hizmetlerinin olmaması, hemoraji ile ilişkili ölümlerin artmasına katkıda bulunmaktadır. Gebelikte hipertansif bozukluklar, özellikle eklampsi, sepsis, emboli ve güvensiz kürtajın komplikasyonları da kadınların hayatını hatırı sayılır sayıda tehdit etmektedir. Az gelişmiş ülkelerde, HIV ve AIDS, anne ölümünün önde gelen dolaylı nedenidir ve hem anneler hem de çocukları için artan bir tehdit oluşturmaktadır. Öte yandan kürtaj, gelişmekte olan dünyada güvenli olmayan kürtaj sonrası komplikasyonlar nedeniyle sağlık tesislerinde tedavi gören yılda yedi milyon kadın ile başka bir tehditir.³⁰¹ Anne sağlığının sürekliliği kritik bir öneme sahiptir, çünkü anne ölümüne yol açan komplikasyonlar hamilelik ve doğum sırasında

²⁹⁷ Nicholas J. Kassebaum vd., “Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, *The Lancet*, 2014.

²⁹⁸ Lale Say vd., “Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis”, *The Lancet Global Health*, C. 2, S. 6 (2014), ss. 1–9.

²⁹⁹ Lale Say vd., a.g.m., s. 4

³⁰⁰ a.g.m., s.6

³⁰¹ Lale Say vd.a.g.m, 2016, s. 1.

herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Anne adaylarının bakımında uzman sağlık personeli doktorlar, hemşireler ve ebeler kullanılması durumunda çoğu anne ölümleri önlenebilir. Belirlenen bakımdaki boşluklar arasında anne sağlığı hizmetlerine erişimin yetersizliği, sağlık hizmeti sunanların eksikliği, tanı veya yanlış teşhiste gecikme ve doğum sonrası dönemde yetersiz takip sayılabilir. Dünyada birçok ülkede anne ölümlerini azaltmada önemli kazanımlara bakılmaksızın, önceden var olan tıbbi durumlardan dolayı dolaylı ölüm oranında sürekli bir artış olduğuna dair kanıtlar vardır.³⁰² Bu, kadın sağlığı için uygun kanıta dayalı multidisipliner bakım sağlamak amacıyla, hamilelik sırasındaki sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında kanıt üretmek için araştırma ihtiyacını arttırmaktadır.

Tablo 3: Dünya’da Anne Ölüm Nedenleri, 2015

Doğrudan anne ölümü nedenleri	73%
Post-partum hemoraji	27%
Hipertansif bozukluklar	14%
Kan zehirlenmesi(<i>sepsis</i>)	11%
Güvenli olmayan kürtajı	8%
Emboli	3%
Diğer doğrudan nedenler	10%
Dolaylı nedenler	27%
HIV ve AIDS	15%
Önceden var olan tıbbi durumlar	5%
Diğer dolaylı nedenler (sıtma, anemi ve kardiyovasküler hastalıklar)	7%

2.2 ANNE SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Gelişmekte olan ülkelerde yüksek anne ölüm oranının, büyük ölçüde anne sağlığı hizmetlerinin düşük kullanımına bağlanmaktadır. Anne sağlık hizmetlerinin asıl amacı, yüksek anne ölümleri ve hastalıkları azaltmaktır. Anne sağlığı hizmetlerinin bileşenleri şunlardır: DÖB, doğum hizmetleri ve DSB hizmetleridir. Ayrıca, anne sağlık hizmetlerinin kullanılmamasının, hamile bir kadında olumsuz bir sonuç alma olasılığını arttırdığı belgelenmiştir.³⁰³ Ancak, dünyanın birçok ülkesinde özellikle gelişmekte olan ülkelerde

³⁰² Manisha Nair, Catherine Nelson-Piercy, Marian Knight, “Indirect maternal deaths: UK and global perspectives”, *Obstetric Medicine*, C. 10, S. 1 (2017), ss. 10–15.

³⁰³ Binali ÇATAK et al., “İstanbul’da Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi,” *Perinatoloji Dergisi*, c. 20, s. 3 (2012), ss. 126–34; Koç et al., “Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005”; Prashant Kumar Singh et al., “Determinants of Maternity Care Services Utilization among Married Adolescents in Rural India,” *PLoS ONE*, c. 7, s. 2 (2012), pp. 1–14; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, “2013 Türkiye

halen nitelikli anne sağlığı bakımı alan gebe oranının istenilen düzeyde olmadığı görölmektedir. Bu, sağlık ve evrensel sağlık sigortasına evrensel erişimin yetersizliğinden en çok etkilenen kişilerin en fazla kırılganlık koşullarında yaşayanlar olduğunu göstermektedir. Anne ve çocuk ölümlerini ve hastalık oranlarını azaltmak için gereken sağlık hizmetlerine erişimde en fakir ve en zengin nüfus arasında farklılıklar olmaya devam etmektedir.

2.2.1 Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım (DÖB), gebe kadınlara, hamilelik sırasında hem anne hem de bebek için en iyi sağlık koşullarını sağlamak amacıyla, vasıflı sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan bakım olarak tanımlanmaktadır.³⁰⁴ Dünya Sağlık Örgütü göre, DÖB parçaları şunlardır: risk tanımlama, gebeliğe bağlı hastalıkların önlenmesi ve yönetimi ve sağlık eğitimi ve sağlığın tanıtımıdır.³⁰⁵ DÖB, hamilelikle ilişkili komplikasyonların saptanması ve tedavisi yoluyla anne ölümlerini azaltır. Dolaylı olarak, kadınların doğum eylemi ve doğum sırasında komplikasyon gelişme riskinin artmasıyla tanımlayarak, uygun bir bakım düzeyine yönlendirilmesini sağlamaktadır. Hamilelik sırasında bir doktor, hemşire veya ebe ile düzenli temas, kadınların sağlıkları ve gelecekteki çocuklarının yaşamı için hayati önemi olan hizmetleri almalarını sağlar. Dünya Sağlık Örgütü en az dört adet doğum öncesi bakım ziyareti önerir.³⁰⁶ Bununla birlikte, küresel tahminler tüm hamile kadınların sadece yarısının bu önerilen miktarda bakım aldığını göstermektedir.³⁰⁷ Doğum öncesi bakım, kadınların hamilelik ve doğum sırasında uyarı işareti vererek doğum için hazırlamalarına yardımcı olabilir. Ayrıca, doğum öncesi bakım, eklampsi önlemek için bir mikro besin takviyesi kaynağı ve hipertansiyon tedavisi kaynağı olabilir ve tetanosa ve HIV & AIDS testine karşı bağışıklama sağlayabilir. Buna ek olarak, HIV virüsü taşıyan hamile kadınlarda anneden-çocuğa HIV bulaşmasını önlemek için kadınlara ilaç verilmektedir.

Nüfus ve Sağlık Araştırması,” Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, Ankara, 2014.

³⁰⁴ World Health Organization, “WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience”, *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, Geneva, 2016, s.54.

³⁰⁵ World Health Organization, New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience, *WHO Publications, Geneva, 2016, s.21.*

³⁰⁶ World Health Organization, a.g.e., s.17

³⁰⁷ UNICEF, “Delivery care”, 2018, [https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/\(01.03.2019\)](https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/(01.03.2019)).

Sıtmanın endemik olduğu bölgelerde, sağlık personeli, bu zayıflatıcı ve bazen de ölümcül hastalığın önlenmesine yardımcı olmak için hamile kadınlara ilaç ve böcek ilacı ile tedavi edilen sivrisinek ağları da sağlayabilir.

İstatistikler, özellikle gelişmekte olan ölkelerde, dünya genelinde anne sağlığı hizmetlerine düşük kullanım ve erişimi göstermektedir. Ayrıca, bölgeler ve ölkeler içinde ve arasında sağlık hizmetleri kullanım eşitsizlikleri yaygındır. Aşağıdaki grafik, tüm dünyadaki profesyonel bir sağlık personeli tarafından, bir kez doğum öncesi bakım alma ve dört kez doğum öncesi bakım almadan kadınların oranını göstermektedir.³⁰⁸ Küresel olarak kadınların %86,0'i profesyonel/vasıflı bir sağlık personeli tarafından en az bir kez doğum öncesi bakım alırken, yalnızca %62,0'i en az dört kez doğum öncesi bakım almaktadır. Sahra altı Afrika ve Güney Asya gibi en yüksek anne ölüm oranı olan bölgelerde, daha az sayıda kadın en az dört doğum öncesi ziyaret gerçekleştirmiştir (sırasıyla yüzde 52 ve yüzde 46). Vasıflı sağlık personeli ile en az bir adet doğum öncesi bakım ziyaretinin bölgesel kapsamı, Güney Asya'da (Hindistan hariç) yüzde 69'dan Doğu Avrupa, Orta Asya, Doğu Asya, Pasifik, Latin Amerika ve Karayipler'de yüzde 95'in üzerine çıkmaktadır.

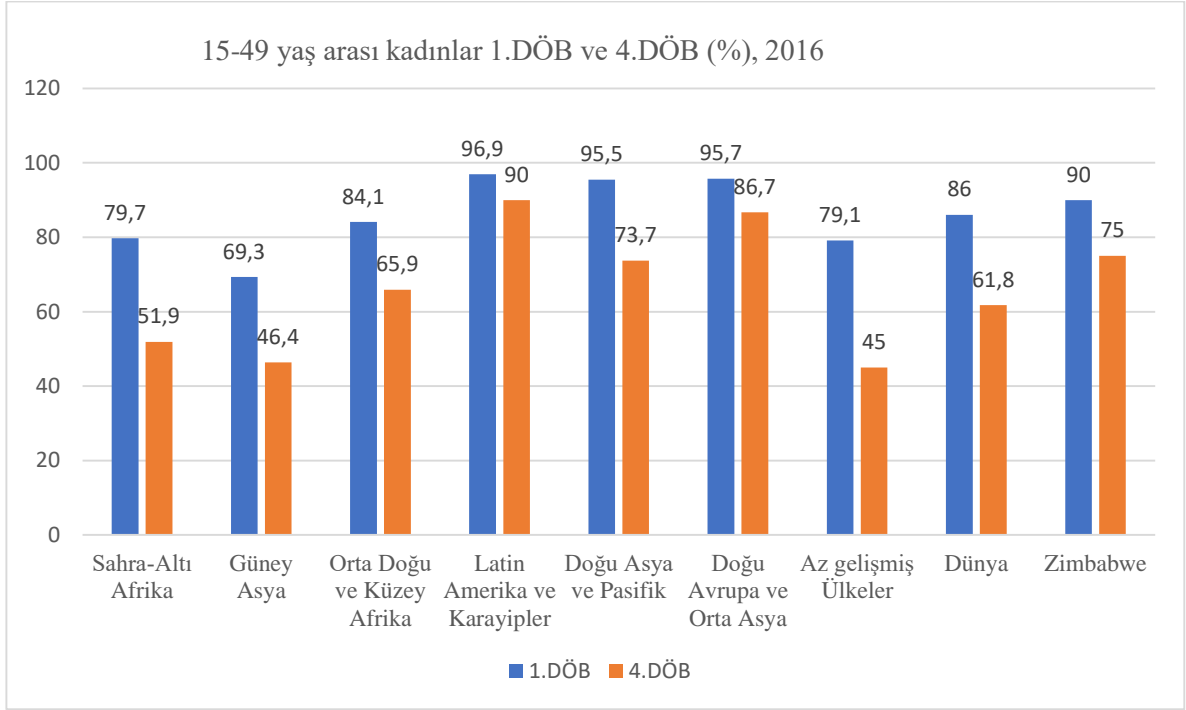
Buna karşın, bu yüzdeler, ya sağlık hizmeti sağlayıcısının beceri düzeyine ya da bakım kalitesine yansıma yapmaz, her ikisi de bu bakımın daha iyi anne sağlığını geliştirmede başarılı olup olmadığını etkileyebilir. Düşük ve orta gelirli ölkelerde, DÖB kullanımı, temel ANC olarak bilinen DSÖ-DÖB modelinin 2002'deki girişinden bu yana artmıştır.³⁰⁹ Bu, hamilelik sırasında dört kritik zamanda gerçekleştirilen kanıta dayalı müdahalelerin sunulması için hedefe yönelik bir yaklaşımdır. Bununla birlikte, dünya genelinde çok az sayıda kadın hala anne sağlığı hizmetlerine erişmektedir, bu da anne sağlığı hizmetlerinin kullanımı ve kalitesini ele almak için çok daha fazla çalışmanın yapılması gerektiği anlamına gelir. Kadınların yeni sağlık politikaları, topluluk eğitim, sağlık çalışanlarını eğitme ve sağlık hizmetleri yeniden örgütlenmesi gibi doğum öncesi bakım hizmetlerine erişmelerine yardımcı olmak için anne sağlık sistemlerini iyileştirmenin birçok yolu vardır. İnsanların algılamalarını ve davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olacak

³⁰⁸ UNICEF a.g.e., 2018

³⁰⁹ World Health Organization, a.g.e., s. 20.

toplum müdahaleleri de önemli bir rol oynayabilir. Müdahale örnekleri, birçok kişiye ulaşan medya toplulukları olup, toplulukların kendi sağlıklarını kontrol altına almalarına, bilgilendirici-egitim-iletisim müdahalelerine ve mali teşviklere olanak tanımaktadır.³¹⁰ Bu, bu olgunun ortaya çıktığı sosyo-kültürel bağlamı ele alarak yapılabilir.

Grafik 3: Bir sağlık personeli tarafından, doğum öncesi bakım alma kadınların oranının³¹¹



2.2.2 Doğum Bakımı

Anne ölümleri ve hastalıkları azaltmak için önemli bir strateji de her kadının genellikle bir tıp doktoru, hemşire veya ebe içeren yetenekli bir doğum görevlisi yardımı ile

³¹⁰ Lassi vd., “Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: Interventions and findings”, ss. 1–15; Lawrence Mbuagbaw, Kesso Habiba Garga, Pierre Ongolo-Zogo, “Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, C. 2014, S. 2 (2014), ss. 1–9.

³¹¹ UNICEF, “Antenatal care - UNICEF DATA”, 2016, [https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/\(11.12.2018\)](https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/(11.12.2018)).

doğum yapması gerektiğidir.³¹² Bu, vasıflı görevlinin gerekli becerilere sahip olması gerektiği ve etkili bir iletişim, acil servis ve ulaştırma sisteminin yanı sıra, yeterli sağlık malzemeleri ve ekipmanları olan bir sağlık tesis ve hastane tarafından desteklenmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Eğer vasıflı görevli gerekli işlemleri yapma veya gerekli bakımı sağlama yeteneğine sahip ise, komplikasyonları tanıyabilir, gerekirse kadının durumunu stabilize edebilir ve onu acil obstetrik bakım alabilecek bir sağlık tesisine yönlendirebilmelidir. Genel olarak, vasıflı doğuma sahip olmanın anne ölümlerini dünya genelinde %13-33 azaltabileceği tahmin edilmektedir.

Dünyada 2016'da her beş doğumdan biri (yüzde 22) yetenekli bir doğum görevlisinin yardımı olmadan gerçekleşmiştir. Bu, dünya çapında yaklaşık 31 milyon kontrolsüz doğuma işaret etmektedir³¹³. Bölgelere göre vasıflı doğum kapsamı, Doğu Avrupa ve Orta Asya ve Batı Avrupa'daki yüzde 99'dan Batı ve Orta Afrika'daki yüzde 52'ye kadar değişmektedir. Son yirmi yıldaki önemli ilerlemeye rağmen, hamilelik ve doğum sırasındaki yetersiz ya da vasıfsız bakım, tahmini 303.000 annenin yıllık ölümlerinden büyük ölçüde sorumludur³¹⁴. Bunun sebebi doğum sırasında ve doğum sonrası dönemde meydana gelen tüm anne ölümlerinin dörtte üçünün gerçekleşmesidir.³¹⁵ Zengin ve şehirli kesim ile fakir ve kırsal kesim arasında büyük bir eşitsizlik öne çıkmaktadır. Çünkü kırsal ve en fakir nüfus çoğu zaman kaliteli anne sağlığı hizmeti alma konusunda geride kalmaktadır. Küresel olarak, kırsal kesimdeki annelerdeki doğumların yaklaşık yüzde 67'sine vasıflı sağlık personeli katılırken, şehirdeki annelerde bu oran yaklaşık yüzde 90 olarak öne çıkmıştır.³¹⁶ Aşağıdaki grafik ebe ve/veya hemşirenin yardımcı olduğu doğumların yüzdesini göstermektedir ve geliştirmekte olan ülkelerin kötü performans gösterdiğin işaret etmektedir. Afrika'da 18 milyon kadın şu anda bir sağlık tesisinde doğum yapmıyor.

Maliyet, tesislere uzaklık, algılanan ihtiyaç, algılanan bakım kalitesi ve sağlayıcıların durumu gibi şeyler dâhil olmak üzere, vasıflı doğum ve tesise dayalı doğum gibi sayısız engel

³¹² World Health Organization, “New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience”, *WHO, Geneva*. 2016.

³¹³ World Health Organization a.g. e. 2016

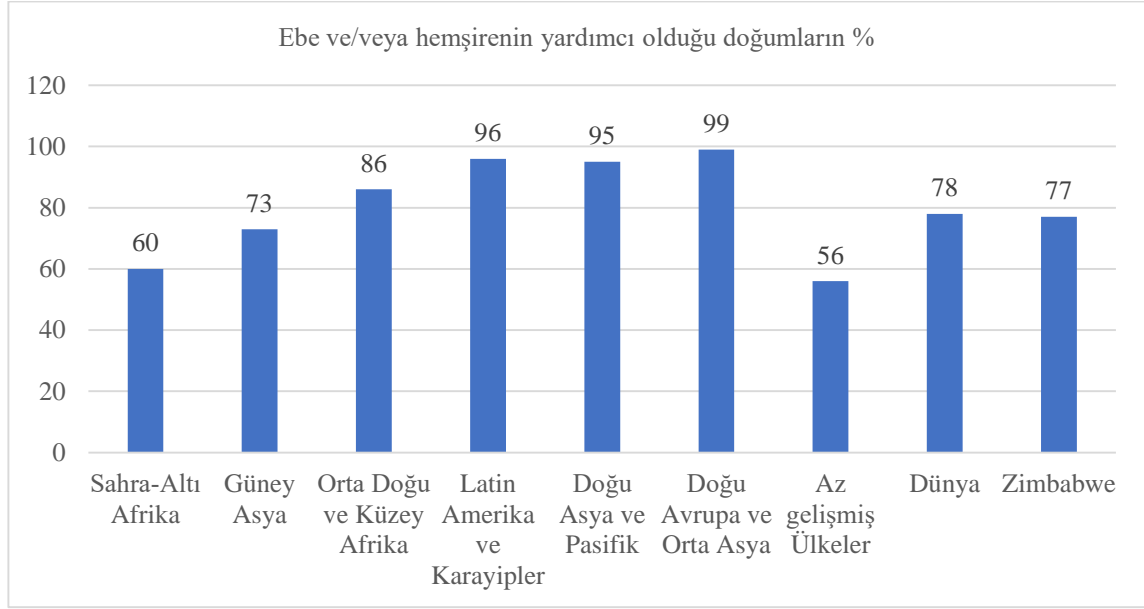
³¹⁴ UNICEF, “BM: Anne ölümleri 1990'dan bu yana %44 azaldı”, 2015, www.unicef.org, (23.07.2017)

³¹⁵ UNICEF .a.g.e 2015

³¹⁶ a.g.e 2015

bulunmaktadır.³¹⁷ Hizmet kullanımı, algılanan bakım kalitesi tarafından büyük ölçüde belirlendiğinden, kadınların doğum öncesi bakımı algılarının, anne bakımının sürekliliğine bir giriş noktası olarak ve verilen hizmetlerden memnuniyet seviyelerinin anlaşılması çok önemlidir.

Grafik 4: Ebe veya Hemşirenin Yardımcı Olduğu Doğumların



2.2.3 Doğum Sonrası Bakım

Doğum sonrası dönem doğumdan sonraki ilk 6-8 hafta olarak tanımlanabilir.³¹⁸ Doğum sonrası bakım, kadının hamileliği ve doğumuyla aldığı bakımın bir devamı olmalı ve kadının bireysel ihtiyaçlarını ve tercihlerini göz önünde bulundurmalıdır. Doğum sonrası dönem anne ve yeni doğan bebeklerin yaşamlarında önemli bir aşamadır. Çoğu anne ve bebek ölümü bu dönemde meydana gelmektedir. Yine de kaliteli hizmet sunumu için en ihmal edilen dönemdir. Doğum sonrası bakım hizmetleri, anne sağlığı bakım hizmetlerinin

³¹⁷ World Health Organization, “WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health”. *WHO Publications, Geneva*, 2017, s.87

³¹⁸ World Health Organization a.g.e. 2016

temel bir unsurudur.³¹⁹ Diğer anne sağlığı hizmetleri ile karşılaştırıldığında, doğum sonrası bakım kullanımı genel olarak düşüktür. Bu kullanımın artırılması, etkilenen ülkeler için bir öncelik olarak vurgulanmıştır.³²⁰

Dünya Sağlık Örgütü doğum sonrası bakımı, doğumun yapıldığı yer ne olursa olsun doğumdan sonraki 24 saat içinde önermektedir.³²¹ Anneler ve yeni doğanlar, vasıflı bir sağlayıcıdan doğum sonrası en az üç ek bakım ziyareti almalıdır. Bu ziyaretler 3. günde (doğumdan 48-72 saat sonra), 7. gün ile 14. gün arasında ve yine doğumdan 6 hafta sonra yapılmalıdır³²². Doğum sonrası bakımın hedefi, anne ve çocuğun sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını gidermeye yardımcı olmak için aile ve toplum desteğini geliştirmek olarak belirtilmiştir.³²³

Anne sağlığı hizmetlerini kullanan kadınların yüzdesi yıllar içinde artmıştır. Küresel olarak, kadınların sadece yüzde 59'u, önerilen süre içinde doğum sonrası sağlık kontrolü almaktadır. Afrika'da her yıl doğumdan sonraki ilk hafta en az 125.000 kadın ve 870.000 yeni doğan ölmektedir.³²⁴ Anne ölümlerinin en yüksek riski doğum sırasında ve doğumdan hemen sonraki dönemde, özellikle ilk 24 saattedir. Düşük gelirli ülkelerde, kadınların neredeyse %40'ı doğum sonrası komplikasyonlar yaşamaktadır ve tahminen %15'i yaşamı tehdit edici problemler doğurmaktadır. Kaliteli anne sağlığı hizmetlerinin potansiyel yararları hamilelik ve doğumun ötesine geçmektedir.

³¹⁹ Étienne V. Langlois vd., “Inégalités des soins postnatals dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire: Revue systématique et méta-analyse”, *Bulletin of the World Health Organization*, C. 93, S. 4 (2015), ss. 259–70.

³²⁰ Ariel Wagner, Veronica Maria Pimentel, Melody J. Eckardt, “Maternal health”, *The MassGeneral Hospital for Children Handbook of Pediatric Global Health*, New York: Routledge, 2014, ss. 73–86.

³²¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, “Gebelik, doğum, doğum sonrası ve yeni doğan bakımı uygulama rehberi”, 2006; World Health Organization., “Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines”, 2015.

³²² World Health Organization, “WHO Recommendations on Maternal Health,” World Health Organization, Geneva, 2017, UNICEF, “Delivery Care.”

³²³ World Health Organization, “WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care”, *World Health Organization*, 2010.

³²⁴ WHO, “Who recommendations on Maternal Health.”

3 ANNE SAĞLIĞININ SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Anne ölümlerinin doğrudan ve dolaylı nedenleri tıbbi olmasına rağmen, bu ölümlerin ardında birçok temel sosyal neden vardır. Sosyal belirleyicilerin olumsuz etkileri, tıbbi sorunları daha da kötüleştirerek anne ölümlerine yol açmaktadır. Anne sağlığı da büyük ölçüde sosyal yapılar ve sosyal koşullar tarafından belirlenmektedir. Anne sağlığının en önemli sosyal belirleyicileri sağlık hizmetlerine erişim, eğitim düzeyi, sosyal sermaye, cinsiyet, din, yaşadığı yer ve kültürel faktörlerdir. Bir kadının hamilelik ve doğum sırasında ölme şansı, sosyal ve ekonomik durumuna, kültürünün norm ve değerlerine ve evinin coğrafi uzaklığına yakından bağlıdır³²⁵. Genel olarak, bir kadın daha fakir ve daha marjinalleşmiş olsa, anne ölümü riski de artmaktadır. Aslında, anne ölüm oranları, zengin ve yoksul ülkeler arasındaki herhangi diğer sağlık göstergelerinden daha fazla eşitsizliği yansıtmaktadır. Anne ölümlerinin sayısı, kadınların doğum sırasında vasıflı personelin en düşük olduğu ülkelerde en fazladır. Aynı şekilde, ülkeler içerisinde, anne ölümüne karşı en savunmasız olanlar en fakir ve en az eğitilmiş kadınlardır.³²⁶

Ayrıca, anne ölümlerinin bir başka nedeni de sağlık sistemleri yasaları ve politikalarıdır. Bu, anne sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini, erişilebilirliğini, kabul edilebilirliğini ve kalitesini etkiler. Yüksek anne ölüm oranları, sadece yetersiz sağlık sistemlerinin değil, aynı zamanda çok kökleşmiş sosyo-kültürel değerleri de göstermektedir. Bu değerler kadınların kendi kararları üzerindeki kontrolünü sınırlar ve sosyal desteğe, ekonomik fırsatlara ve sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlamaktadır.³²⁷ Bu sosyo-kültürel değerler yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar, örneğin yoksulluk içinde doğan kızlar çocuk evliliklerine ve sömürüye karşı daha savunmasızdır. Sosyo-kültürel faktörler, kadınların uygun sağlık hizmetlerini alacağını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımını kullanılarak bir sonraki kısımda, anne sağlığı ve farklı sosyal belirleyiciler arasındaki ilişkiyi tartışacağız.

³²⁵ World Health Organization, “Maternal Mortality Ratio”, 2017.

³²⁶ United Nations, “The Millennium Development Goals Report”.

³²⁷ Ferrer, “Social determinants of health”, ss. 435–49.

3.1 SOSYO-EKONOMİK STATÜ

Sosyo-ekonomik statü (SES), sağlık için önemli bir belirleyicidir. Sosyoekonomik statü, bir kadının iş tecrübesinin ve bireyin veya ailesinin ekonomik ve sosyal durumunun bir ölçüsüdür. Eğitim seviyesi, gelir durumu, meslek ve etnik yapı gibi faktörler tarafından şekillendirilir. Çalışmaların çoğu, sosyo-ekonomik statü, gelir, eğitim ve meslekten oluşmaktadır. SES genellikle bir kadının veya ailesinin yerleştirilebileceği üç yer tanımlamak için üç seviyeye (yüksek, orta ve düşük) ayrılmaktadır. Genel olarak, anne sağlığı bakımıyla ilgili hem dolaylı hem de doğrudan maliyetler vardır. Örneğin, yemek, konaklama, ulaşım ve işten zaman kaybı gibi dolaylı maliyetler, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyebilir. Sosyoekonomik durum, kadınların sağlık hizmetlerini kullanmasında engel olabilir veya kolaylaştırıcı olarak etkileyebilir. Genel olarak, sosyoekonomik durumu daha yüksek olan kadınlar, anne sağlığı hizmetlerine daha iyi erişime sahipken, düşük SES'li kadınlar sağlık hizmetlerinden düşük oranlarda yararlanabilmektedirler³²⁸

Gelişmekte olan ülkelerde resmi eğitimi düşük insanların oranı daha yüksektir. Eğitim ve okuryazarlık düzeyi, gelir ve meslek durumundan etkilenen bireyin sosyal statüsü ile yakından ilişkilidir. Ayrıca, eğitim, genel bilgi ve sağlık arama davranışını etkilemektedir. Bu, eğitimin getirdiği faydaların daha az sayıda kadında bulunabileceği anlamına gelmektedir. Çalışmaların çoğu, yükseköğrenime sahip kadınların anne sağlığı hizmetlerini kullanma ihtimalinin daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır.³²⁹ Örneğin, Uganda'da yapılan bir araştırma, orta veya yüksek eğitilmiş kadınların anne sağlık hizmetlerini eğitimsiz kadınlardan beş kat daha fazla kullandıklarını bulmuştur.³³⁰ Ayrıca Etiyopya'da yapılan çalışmalar, kocalarının mesleğinin ve eğitim düzeyinin hastanede yapılan doğumlar ile ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır.³³¹ Öte yandan, düşük eğitim ve okuma yazmanın olmayışı, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımında engel teşkil etmektedir. Eretria'da yapılan

³²⁸ Zacharie Tsala Dimbuene vd., “Women’s education and utilization of maternal health services in Africa: A multi-country and socioeconomic status analysis”, *Journal of Biosocial Science*, C. 50, S. 6 (2018), ss. 800–822.

³²⁹ Zacharie Tsala Dimbuene vd a.g.m., s.800.

³³⁰ Gideon Rutaremwa vd., “Determinants of maternal health services utilization in Uganda”, *BMC Health Services Research*, C. 15, S. 1 (2015), ss. 1–10.

³³¹ Tensae Mekonnen vd., “Trends and determinants of antenatal care service use in ethiopia between 2000 and 2016”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, C. 16, S. 5 (2019), ss. 12–24.

bir çalışmada Kifle ve arkadaşları (2018), eğitimsiz kocaları olan kadınların sağlık tesislerinde doğum yapma ihtimalinin daha düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır.³³²

Yüksek gelire sahip hanelerden gelen kadınlar, yoksul kadınlara kıyasla anne sağlık hizmetlerine daha iyi erişebilmektedir. Hanehalkı gelir düzeyi, bir kadının ve ailesinin sosyo-ekonomik statüsünü yansıtmaktadır. Genel olarak, zengin bir hane veya aileye ait olmak, anne sağlık hizmetlerinin kullanımında kolaylaştırıcı bir faktördür.³³³ Bu doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetlerini içermektedir. En zengin hanelerden kadınlar, çalışan kadınlar³³⁴, eğitim düzeyi yüksek kadınlar, eşlerinin eğitim düzeyi yüksek kadınlar³³⁵ ve sağlık sigortasına sahip olanlar, doğum öncesi bakım ziyaretlerinin zamanlaması ve sıklığı, doğum yeri ve doğumda yetkili bir doğum görevlisinin varlığı için kolaylaştırıcı rol oynamaktadır.³³⁶ Hane halkının gelirinin yüksek olması, Namibya'daki tüm anne sağlığı hizmetleri göstergeleri ile pozitif olarak ilişkilenebilir.³³⁷ Başka bir çalışmada, zengin hanelerden gelen kadınların, yoksul hanelerden gelen kadınlara kıyasla doğum öncesi bakımı kullanma olasılıklarının altı kat daha fazla olduğunu göstermektedir.³³⁸ Dört Sahra Altı Afrika ülkelerinde yapılan bir araştırmada, yoksul haneye ait kadınlardan gelen tüm doğumların %70'inin sağlıklı bir doğum yapılmadan evde gerçekleştiğini keşfedilmiştir.³³⁹ Kadınlar tarafından verilen nedenler arasında kullanıcı ücretleri³⁴⁰, sağlık hizmetleri

³³² Meron Mehari Kifle vd., "Health facility or home delivery? Factors influencing the choice of delivery place among mothers living in rural communities of Eritrea", *Journal of Health, Population and Nutrition*, C. 37, S. 1 (2018), ss. 1–11.

³³³ Rutaremwa vd., "Determinants of maternal health services utilization in Uganda", ss. 1–10.

³³⁴ Rutaremwa vd. a.g.m., s.5.

³³⁵ Dimbuene vd., "Women's education and utilization of maternal health services in Africa: A multi-country and socioeconomic status analysis", *BMC Global*, C.2, S.4 (2016), ss. 800–822.

³³⁶ Olatunde Aremu, Stephen Lawoko, Koustuv Dalal, "Neighborhood socioeconomic disadvantage, individual wealth status and patterns of delivery care utilization in Nigeria: A multilevel discrete choice analysis", *International Journal of Women's Health*, C. 3, S. 1 (2011), ss. 16.

³³⁷ Mamunur Rashid, Diddy Antai, Diddy Antai, "Socioeconomic position as a determinant of maternal healthcare utilization: A population-based study in Namibia", *Journal of Research in Health Sciences*, C. 14, S. 3 (2014), ss. 187–92.

³³⁸ Mekonnen vd., "Trends and determinants of antenatal care service use in Ethiopia between 2000 and 2016", ss. 12–24.

³³⁹ Aremu, Lawoko, Dalal, "Neighborhood socioeconomic disadvantage, individual wealth status and patterns of delivery care utilization in Nigeria: A multilevel discrete choice analysis", ss. 167–74.

³⁴⁰ Primus Che Chi vd., "A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda", *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 15, S. 1 (2015), s.5.

maliyetleri³⁴¹, sağlık tesislerinin bulunmaması³⁴², ulaşım eksikliği ve ulaşım parası sayılabilir.³⁴³

3.2 SOSYAL, KÜLTÜREL, ETNİK KÖKEN VE DİNİ FAKTÖRLER

Kültürel gelenekler, uygulamalar, inançlar ve değerler kadınların toplumdaki statüsünü derinden etkilemektedir. Sahra Altı Afrika'daki cinsiyet normlarının kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimini engellediğini tespit ettik. Gelişmekte olan veya düşük gelirli ülkelerde kadınlar genellikle sınırlı özerkliğe ve sağlık kararları üzerinde kontrole sahiptir. Bununla birlikte, özerkliğin varlığı ve karar verme gücü sağlık hizmetlerine erişimde kolaylaştırıcı olmuştur.³⁴⁴ Etiyopya³⁴⁵, Tanzanya³⁴⁶ ve Nijerya'da³⁴⁷ çalışmalar, toplum düzeyinde kadınların özerklik ve anne sağlığı hizmetlerinden yararlanma arasında güçlü bir ilişki bulurken, diğerlerinde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Öte yandan, karar alma yetkisi olmayan, cinsiyete dayalı normlar³⁴⁸, doğum başlangıcında yardım edecek kimsenin olmaması, özellikle yağışlı mevsimde ağır iş yükleri³⁴⁹, cinsiyete dayalı şiddet, kadınların güçlenmesi, eş desteğinin eksikliği aileden ve kocadan veya aileden izin alınmaması³⁵⁰, toplumdan destek eksikliği³⁵¹ ve sağlık çalışanlarının tutumları, incelemede tanımlanan

³⁴¹ Sanni Yaya vd., “Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria”, *PLoS ONE*, C. 13, S. 5 (2018), ss. 1–13.

³⁴² Clifford Ononokpono, Dorothy Odimegwu, “Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach”, *The Pan African medical journal*, C. 17, S. Supp 1 (2014), ss. 1–12.

³⁴³ Kifle vd., “Health facility or home delivery? Factors influencing the choice of delivery place among mothers living in rural communities of Eritrea”, ss. 1–11.

³⁴⁴ Yaya vd., “Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria”, ss. 1–13.

³⁴⁵ Fentanesh Nibret Tiruneh, Kun Yang Chuang, Ying Chih Chuang, “Women’s autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia”, *BMC Health Services Research*, C. 17, S. 1 (2017), ss. 20–33.

³⁴⁶ Kyoko Shimamoto, Jessica D. Gipson, “Investigating pathways linking women’s status and empowerment to skilled attendance at birth in Tanzania: A structural equation modeling approach”, *PLoS ONE*, C. 14, S. 2 (2019), ss. 1–13.

³⁴⁷ Friday Okonofua vd., “Predictors of women’s utilization of primary health care for skilled pregnancy care in rural Nigeria”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 18, S. 1 (2018), ss. 1–14.

³⁴⁸ Telesphore Some Donmozoun, Issiaka Sombie, Nicolas Meda, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, *Pan African Medical Journal*, C. 18, S. 43 (2014), ss. 1–12.

³⁴⁹ Mat Lowe, Duan Rung Chen, Song Lih Huang, “Social and cultural factors affecting maternal health in rural Gambia: An exploratory qualitative study”, *PLoS ONE*, C. 11, S. 9 (2016), ss. 1–11.

³⁵⁰ Yaya vd., “Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria”, ss. 1–13.

³⁵¹ Chi vd., “A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda”.

cinsiyete bağılı engellerdir. Afrika'nın dört bir yanından gelen kadınlar, sağlıklarıyla ilgili karar alma güçlerini ellerinden alan sosyo-kültürel cinsiyet uygulamalarına maruz kalmaktadırlar. Kadınlar ve erkekler arasındaki eğitime ve gelire ulaşımındaki eşitsizlik, kadınların aynı zamanda ulaşım parası ve desteği için kocalarına güvenmemeleri anlamına gelmektedir. Kuzey Nijerya 'da bir çalışma, kültürün kadınların sağlık hizmetlerinden az yararlanmalarına katkıda bulunduğunu bildirmiştir.³⁵² Ayrıca, SAA'da kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engelleyen bazı kültürel ve geleneksel inançlar, modern tıp uygulamalarına aykırıdır.³⁵³ Kadınların anne sağlık hizmetlerine erişimini sınırlayan SAA kültürel uygulamaları arasında çocuk evlilikleri³⁵⁴, evde doğum yapılması, sağlık tesislerinde kültürel duyarsızlık³⁵⁵, evlenmemiş kadınlara karşı sosyal damgalanma³⁵⁶, karar veremeyen kadınlar³⁵⁷, geleneklerin bir parçası olmayan sağlık hizmetlerine başvurma ve gelenekler³⁵⁸, kocaların hamilelik meselelerine dâhil olmalarını engelleyen tabular Yaya ve ark. 2018 ve büyük bir aile için güçlü kültürel arzu³⁵⁹ yer almaktadır. Erkek partnerlerin katılımı, kadınların ana sağlık hizmetlerini kullanması için kolaylaştırıcı bir faktördür.³⁶⁰

³⁵² Kyung Hee Kim vd., “What are the barriers to antenatal care utilization in Rufisque District, Senegal?: A bottleneck analysis”, *Journal of Korean Medical Science*, C. 34, S. 7 (2019), ss. 1–19.

³⁵³ Kennedy Machira, Martin Palamulen, “Rural–urban differences in the use of postnatal care services in Malawi”, *Journal of Egyptian Public Health Association*, C. 92, S. 1 (2017), ss. 1–10.

³⁵⁴ Shimamoto, Gipson, “Investigating pathways linking women’s status and empowerment to skilled attendance at birth in Tanzania: A structural equation modeling approach”, ss. 1–13.

³⁵⁵ John Kuumuori Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, *BMC International Health and Human Rights*, C. 15, S. 1 (2015), ss. 1–13.

³⁵⁶ Kim vd., “What are the barriers to antenatal care utilization in Rufisque District, Senegal?: A bottleneck analysis”, ss. 1–19.

³⁵⁷ Donmozoun, Sombie, Meda, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, ss. 1–12.

³⁵⁸ Yaya vd., “Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria”, ss. 1–13.

³⁵⁹ Mluleki Tsawe vd., “Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland”, *International Journal for Equity in Health*, C. 14, S. 1 (2015), ss. 1–9.

³⁶⁰ Kim vd., “What are the barriers to antenatal care utilization in Rufisque District, Senegal?: A bottleneck analysis”, ss. 1–19.

Nijerya³⁶¹, Ghana³⁶², Burkina Faso³⁶³ ve Uganda³⁶⁴ da gerçekleştirilen çalışmalar Müslüman kadınlarda anne sağlık hizmetlerinin kullanım az olduğunu göstermiştir. Bu kadınların karşılaştığı engeller şunları içerir; dini zorunluluk nedeniyle mütevazı giyinme yoluyla bedensel korunmayı sürdürmede zorluk, geleneklerin kadınların erkek sağlık personeline kendilerini muayene ettirmesine izin vermemesi³⁶⁵, mahremiyet/gizlilik eksikliği, sağlık hizmeti sağlayıcılarının duyarsızlığı³⁶⁶, Müslüman kadınlar hakkında bilgi eksikliği, dini ve kültürel uygulamalar, Müslüman kadınların doğum bakım ihtiyaçlarını karşılamak için kültürel ve dini özgüllükten yoksun sağlık bilgileridir.³⁶⁷ Etnik kökenin anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını üzerindeki etkisi hem olumlu hem de olumsuz etkiler göstermiştir. Nijerya'da yapılan bir çalışmada, farklı etnik gruplardan kadınların büyük bir kısmının bulunduğu topluluklardaki kadınların, bebeklerini bir sağlık tesisinde doğurma olasılığı daha düşüktür. Ayrıca, azınlık etnik gruplardan gelen kadınlar, anne sağlık hizmetlerini büyük etnik gruplardan gelen kadınlardan daha fazla kullanma eğilimindedir.³⁶⁸

3.3 SAĞLIK SİSTEMİ, COĞRAFYA VE MATERYAL FAKTÖRLER

Sağlık sistemlerinin gelişmekte olan ülkeler genelinde tasarlanması, işletilmesi ve finanse edilmesi, kadınların sağlık hizmetlerini kullanma şeklini etkilemektedir. Hastane ücretleri çoğu gelişmekte olan ülkelerde ortadan kaldırılmasına rağmen, sağlık hizmetlerine erişmek için sağlık sistemine dayalı engeller hala mevcuttur.³⁶⁹ Dostça olmayan sağlık

³⁶¹ Ononokpono, Dorothy Odimegwu, “Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach”, ss. 1–12.

³⁶² Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, ss. 1–13.

³⁶³ Takondwa Mwase vd., “Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso”, *International Journal for Equity in Health*, C. 17, S. 1 (2018), ss. 1–8.

³⁶⁴ Rutaremwa vd., “Determinants of maternal health services utilization in Uganda”, ss. 1–10.

³⁶⁵ Machira, Palamulen, “Rural–urban differences in the use of postnatal care services in Malawi”, ss. 1–10.

³⁶⁶ Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, ss. 1–13.

³⁶⁷ Ganle a.g.me., s.4

³⁶⁸ Ononokpono, Dorothy Odimegwu, “Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach”, ss. 1–12.

³⁶⁹ Sanni Yaya, Ghose Bishwajit, Vaibhav Shah, “Wealth, education and urban-rural inequality and maternal healthcare service usage in Malawi”, *BMJ Global Health*, C. 1, S. 2 (2016), ss. 1–9.

hizmeti sağlayıcıları, zayıf sağlık altyapısının³⁷⁰, bakım öncesi uzun bekleme süresinin³⁷¹, belirli grupların gereksinimlerine yönelik bilgi eksikliğinin³⁷², sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olmasının³⁷³, doğum tercihlerinin sınırlı olmasının, sağlık personelinin kötü ve olumsuz tutumunun³⁷⁴, zayıf organize sağlık sisteminin³⁷⁵, kullanıcı ücretlerinin, kadın sağlık tesislerinde sindirme deneyimlerinin, kapalı sağlık tesislerinin, kadın olmaması³⁷⁶, sağlık tesislerinde mahremiyet eksikliğinin³⁷⁷ sağlık sistemiyle ilgili ortak engelleri olduğunu göstermektedir. Gana'da yapılan bir araştırma, yetkin doğum bakım hizmetlerinin sınırlı ve eşitsiz dağılımının, kadınların doğum bakım hizmetlerine erişimini ve kullanımını engelleyen önemli bir sağlık sistemi engeli olduğunu tespit etmiştir.³⁷⁸ Öte yandan, kullanıcı ücretlerinin kaldırılması, sağlık hizmetlerinin daha iyi, sağlık personelinin iyi tutulması sağlık sistemi ile ilgili kolaylaştırıcı faktörlerdir.³⁷⁹

Materyal koşullar, ikamet yeri, konut, yol ağları ve ulaşım sistemlerini içermektedir. Kırsal alanlardan ve uzak bölgelerden gelen kadınlar, hastaneler uzak olduğu için uygun hizmetlerden yoksun olduğu ve sağlık için uygun bir ulaşım olmadığı için sağlık hizmetlerine daha az erişime sahiptir.³⁸⁰ Çalışmaların çoğu uzun mesafeyi³⁸¹ kötü yol koşullarını, iyi

³⁷⁰ Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, ss. 1–13.

³⁷¹ Rita. N. Ogu, Lawrence. Ntoimo, Felistas. Okonofua, “Perceptions of women on workloads in health facilities and its effect on maternal health care: A multi-site qualitative study in Nigeria”, *Midwifery*, C. 55, S. 2 (2017), ss. 1–6.

³⁷² Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, ss. 1–13.

³⁷³ Donmozoun, Sombie, Meda, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, ss. 1–12.

³⁷⁴ Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, ss. 1–13.

³⁷⁵ Donmozoun, Sombie, Meda, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, ss. 1–12.

³⁷⁶ Yaya vd., “Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria”, ss. 1–13.

³⁷⁷ Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, ss. 1–13.

³⁷⁸ Ganle, a.yer.

³⁷⁹ Ogu, Ntoimo, Okonofua, “Perceptions of women on workloads in health facilities and its effect on maternal health care: A multi-site qualitative study in Nigeria”, ss. 1–6.

³⁸⁰ Machira, Palamulen, “Rural–urban differences in the use of postnatal care services in Malawi”, ss. 1–10.

³⁸¹ Donmozoun, Sombie, Meda, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, ss. 1–12.

organize edilmiş bir ulaşım sisteminin yokluğunu³⁸² ve aktarım ile ilişkili dolaylı veya doğrudan maliyetler ve bebek giysileri için gereken para gibi dolaylı maliyetleri³⁸³ annelik hizmetlerine erişim engelleri olarak tanımlamıştır. Anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını kolaylaştıran maddi koşullar faktörleri arasında sağlık sigortası kapsamı³⁸⁴, kentsel konutlar³⁸⁵ ve kliniklere kısa mesafe bulunmaktadır³⁸⁶. Genel olarak, kentsel bölgelerden kadınlar bu materyallere erişebilir ve mevcut sağlık hizmetlerini kullanma şanslarını artıran daha iyi anne sağlığı koşullarına sahiptir.

3.4 DAVRANIŞSAL, BİYOLOJİK VE PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

Bir kadının bireysel ve biyolojik faktörleri sağlık hizmetlerinin kullanımını kolaylaştırmaktadır. Yaş, genç kadınlar³⁸⁷ ve yaşlı kadınlar³⁸⁸ evlenmeyen kadınlar³⁸⁹, çocuk sayısı³⁹⁰, doğum kontrol yöntemleri kullanımı³⁹¹, hamilelik acil durumları bilgisi³⁹² ve kitle iletişim araçlarına sahip olma³⁹³ gibi faktörler, anne sağlığı hizmetlerini kullanma şansını

³⁸² Machira, Palamulen, “Rural–urban differences in the use of postnatal care services in Malawi”, ss. 1–10.

³⁸³ Cephas Sialubanje vd., “Understanding the psychosocial and environmental factors and barriers affecting utilization of maternal healthcare services in Kalomo, Zambia: A qualitative study”, *Health Education Research*, C. 29, S. 3 (2014), ss. 521–32.

³⁸⁴ Tajudeen O. Oyewale, Thandisizwe R. Mavundla, “Socioeconomic factors contributing to exclusion of women from maternal health benefit in Abuja, Nigeria”, *Curationis*, C. 38, S. 1 (2015), ss. 1–13.

³⁸⁵ Yaya, Bishwajit, Shah, “Wealth, education and urban-rural inequality and maternal healthcare service usage in Malawi”, ss. 1–9.

³⁸⁶ Rutaremwa vd., “Determinants of maternal health services utilization in Uganda”, ss. 1–10.

³⁸⁷ Tsawe vd., “Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland”, ss. 1–9.

³⁸⁸ Sanni Yaya vd., “Factors associated with maternal utilization of health facilities for delivery in Ethiopia”, *International Health*, C. 10, S. 4 (2018), ss. 310–17.

³⁸⁹ Gladys Buruwaa Nuamah vd., “Access and utilization of maternal healthcare in a rural district in the forest belt of Ghana”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 19, S. 1 (2019), ss. 1–13.

³⁹⁰ Tsawe vd., “Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland”, ss. 1–9.

³⁹¹ Mekonnen vd., “Trends and determinants of antenatal care service use in Ethiopia between 2000 and 2016”, ss. 12–24.

³⁹² Lowe, Chen, Huang, “Social and cultural factors affecting maternal health in rural Gambia: An exploratory qualitative study”, ss. 1–11.

³⁹³ Tsawe vd., “Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland”, ss. 1–9.

artırmaktadır. Bununla birlikte, yaşlılık³⁹⁴, evlenme³⁹⁵, çok sayıda çocuk³⁹⁶, evlenmemiş kadın³⁹⁷, ikinci ve daha çok sayıda doğumlar³⁹⁸ gibi bireysel ve biyolojik faktörler sağlık kullanımının önündeki engelleri göstermektedir. Davranışsal faktörler, insanların sağlık hizmeti aramadaki algılarını ve davranışlarını şekillendiren sosyal-kültürel uygulamalarla yakından ilişkilidir. Burundi ve Gambiya'da yapılan çalışmalar, yaş, medeni hal ve aile büyüklüğünün anne sağlığı üzerinde güçlü etkileri olduğunu göstermiştir, çünkü kırsal kesimde yaşayan bazı kadınlar evde, tarla ve bahçede çalışarak bütün zamanlarını geçirdikleri için sağlık hizmeti alacak zaman bulamamaktadırlar³⁹⁹. Uganda'da yapılan niteliksel bir araştırma, sağlık tesisine uzaklığı önemli bir faktör olmadığını düşünen kadınların, anne sağlığı hizmetlerinden daha fazla yararlandığını ortaya çıkarmıştır⁴⁰⁰.

Psikososyal destek, sosyal sermaye ve ağlar ve sosyal stres, doğum hizmetlerinin kullanımı ve kullanılmamasını etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Toplum ve hanehalkı düzeyinde destek⁴⁰¹, bilgi ve farkındalık için medyadan⁴⁰², koca desteği, geniş bir arkadaş ağı⁴⁰³, sosyal ağlardan bilgi⁴⁰⁴ sağlık hizmetlerinden memnuniyet algısı⁴⁰⁵, sağlık

³⁹⁴ Tsawe vd.,a.g.m., s.5

³⁹⁵ Lowe, Chen, Huang, “Social and cultural factors affecting maternal health in rural Gambia: An exploratory qualitative study”, ss. 1–11.

³⁹⁶ Nuamah vd., “Access and utilization of maternal healthcare in a rural district in the forest belt of Ghana”, ss. 1–13.

³⁹⁷ Sulaimon T. Adedokun, Olalekan A. Uthman, “Women who have not utilized health Service for Delivery in Nigeria: Who are they and where do they live?”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 19, S. 1 (2019), ss. 13–35.

³⁹⁸ Yaya vd., “Factors associated with maternal utilization of health facilities for delivery in Ethiopia”, ss. 310–17.

³⁹⁹ Lowe, Chen, Huang, “Social and cultural factors affecting maternal health in rural Gambia: An exploratory qualitative study”, ss. 1–11.

⁴⁰⁰ Rutaremwa vd., “Determinants of maternal health services utilization in Uganda”, ss. 1–10.

⁴⁰¹ Chi vd., “A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda”.

⁴⁰² Machira, Palamulen, “Rural–urban differences in the use of postnatal care services in Malawi”, ss. 1–10.

⁴⁰³ Kerebih Asrese, Margaret E. Adamek, “Women’s social networks and use of facility delivery services for uncomplicated births in North West Ethiopia: A community-based case-control study”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 17, S. 441–456 (2017), s.8.

⁴⁰⁴ Tigest Shifraw vd., “A qualitative study on factors that influence women’s choice of delivery in health facilities in Addis Ababa, Ethiopia”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 16, S. 1 (2016), ss. 44–61.

⁴⁰⁵ Jones Asafo Akowuah, Peter Agyei-Baffour, Dadson Awunyo-Vitor, “Determinants of antenatal healthcare utilisation by pregnant women in third trimester in peri-urban Ghana”, *Journal of Tropical Medicine*, C. 2, S. 2 (2018), ss. 56–75.

hizmetlerinin kalitesi ve öznel normlar⁴⁰⁶ ve ev arkadaşlarından ev işlerine yardım, kadınların hamilelikle ilgili komplikasyonları geliştirme korkusu⁴⁰⁷, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını olumlu yönde etkilemiştir. Kamerun ve Etiyopya'da yapılan çalışmalar, büyük sosyal ağlara katılan kadınların sık sık sağlık hizmetlerini kullandığını göstermiştir.⁴⁰⁸ Ayrıca, Orta Tanzanya'da, yüksek sosyal sermaye grubunda sınıflandırılan kadınlar, diğer kadınlardan daha fazla anne sağlığı hizmeti kullanmıştır.⁴⁰⁹ Zambiya'da anne sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili algılanan engeller ve öznel normlar, sağlık kullanımının önündeki engellerdir.⁴¹⁰

Özetle, bu literatür taraması anne sağlığına yönelik farklı sosyal belirleyicileri; sosyo-kültürel inançlar, sosyo-ekonomik faktörler, topluluk bağlamı, sosyal sermaye, sağlık sistemi ve sağlık kalitesi algılarını göstermektedir. Bununla birlikte, anne sağlık hizmetlerinin belirleyicileri, bir toplumdaki farklı kültürler ve sosyoekonomik gruplar arasındaki farklardır. Kadınlar, özellikle Afrika ülkelerinde, siyasi olarak temsil edilmelerine izin vermeyen, yasal korumaya eşit eğitim fırsatlarına ve üreme sağlığı hizmetlerine erişime sahip olmayan sosyo-kültürel değerler altında yaşamaktadır. Çoğu Afrika ülkesinde sosyo-ekonomik sıralama, kabile, etnik köken, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ile ilişkilidir. Bu, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından genellikle zayıf tutum ve tedaviye yol açan sosyal aşağılık ve ayrımcılığa yol açmaktadır. Ayrıca, anne sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olması, zayıf sağlık altyapısının, iyi eğitilmemiş sağlık uzmanlarının ve yetersiz ilaç ve ekipman tedarikinin bir sonucudur. Bu, sağlık sorunlarına çözüm bulmak için çok az şey yapan, makroekonomik politikaların, yönetimin ve yasaların zayıf olduğu bir ortamda gerçekleşmektedir. Kadınlar, bu sosyo-kültürel bağlamın merkezindedir ve bu kadınların sağlığını olumsuz etkilemektedir.

⁴⁰⁶ Sialubanje vd., “Understanding the psychosocial and environmental factors and barriers affecting utilization of maternal healthcare services in Kalomo, Zambia: A qualitative study”, ss. 521–32.

⁴⁰⁷ Chi vd., “A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda”.

⁴⁰⁸ Sarah McTavish, Spencer Moore, “On est ensemble: Social capital and maternal health care use in rural Cameroon”, *Globalization and Health*, C. 11, S. 1 (2015), ss. 1–13.

⁴⁰⁹ Asrese, Adamek, “Women’s social networks and use of facility delivery services for uncomplicated births in North West Ethiopia: A community-based case-control study”. s.4

⁴¹⁰ Sialubanje vd., “Understanding the psychosocial and environmental factors and barriers affecting utilization of maternal healthcare services in Kalomo, Zambia: A qualitative study”, ss. 521–32.

Anne sağlığını etkilemek için bu sosyal belirleyicilerin birbiriyle etkileşime girdiği çeşitli yollar ve mekanizmalar vardır. Bu mekanizmalar, kadınların yaşadıkları deneyimleri kendi perspektifinden araştırmak, kadınların sağlık sorunlarına çözüm bulmak için önemlidir. Yine de sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yapılan araştıırma nicel niteliktedir. Anne sağlığının sosyal belirleyicileri üzerine nitel bir araştıırma, bu belirleyicilerin birbirlerini nasıl etkilediğini ayrıntılı olarak açıklayacaktır. Çoğu Afrika ülkesinde anne ölümlerinin azaltılması yavaştır ve anne sağlığının sosyal belirleyicileri hala anne ölümlerinin azalmamasına katkıda bulunan faktörlerden bazılarıdır. Anne sağlığı hizmetlerine erişimde anne sağlığının sosyal belirleyicilerini araştırmak için yapılmış az sayıda çalışma vardır. Bu nedenle, bu belirleyicileri yerel bir perspektiften anlamak, uzun süreli çözümler bulmak için önemlidir.

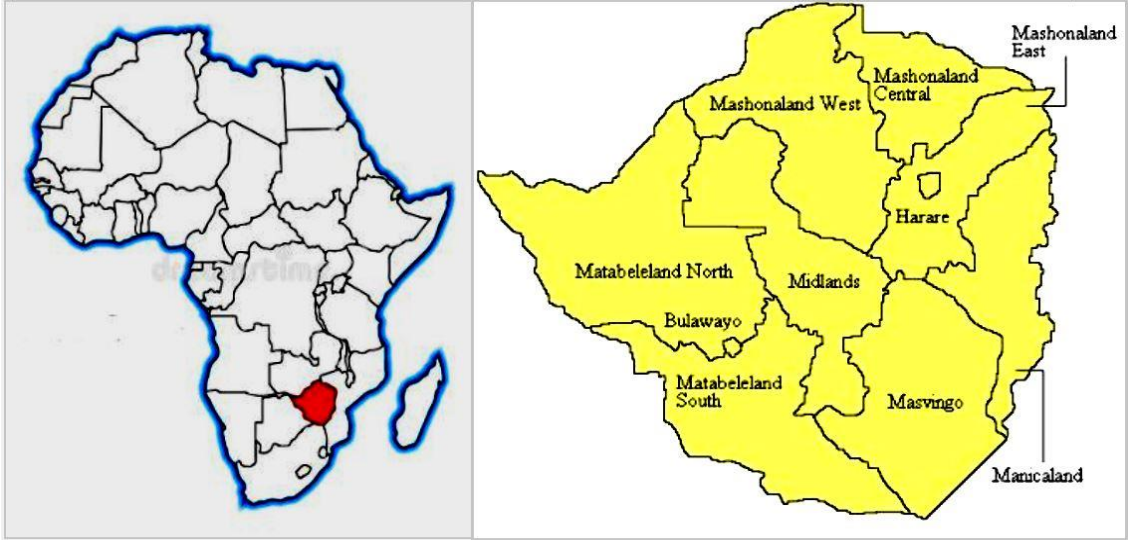
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ZİMBABVE'DE SOSYAL, KÜLTÜREL, EKONOMİK, İDARİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE KISA BİR BAKIŞ

1 COĞRAFİ ÖZELLİKLER VE İKLİM

Zimbabve, resmi olarak Zimbabve Cumhuriyeti olarak bilinen bir ülke olup Afrika kıtasının güneyinde bulunmaktadır. Zimbabve, Zambiya, Mozambik, Güney Afrika ve Botswana ile sınırlarını paylaşmaktadır. Kuzeyinde ve kuzeybatısında Zambiya, doğusunda Mozambik, batısında Botswana ve güneyinde Güney Afrika Cumhuriyeti yer almaktadır. Zimbabve'nin yüzölçümü, 390,757 kilometre karedir.⁴¹¹ Harare, Zimbabve'nin en büyük şehri ve başkentidir. Başkent, iş merkezlerine, yabancı elçiliklere ve uluslararası kuruluşlara ev sahipliği yapmaktadır. Zimbabve'nin toplam nüfusu, yaklaşık 16 milyondur.⁴¹² Ülkenin 16 resmi dili olup, İngilizce, Shonaca ve Ndebelece ülke genelinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İngilizce, devlet işleri, mahkemeler ve eğitim alanlarında kullanılmaktadır.

Şekil 3: Zimbabve'deki Tüm İlleri Gösteren Bir Harita



⁴¹¹ ZIMSTAT, "Fact and Figures", 2012, <http://www.zimstat.org.zw>, (23.05.2018).

⁴¹² ZIMSTAT a.g.e., 2012

Ülkenin çoğu, orta bir platodan oluşmaktadır. Doğu kısmı, ülkenin en yüksek dağı olan Nyangani Dağı (2.592m) nı da içine alan dağlık alanlardan oluşmaktadır. Ülkenin yaklaşık %20'si deniz seviyesinden 900 m'nin altındaki alanlardan oluşmaktadır. İklim açısından, Zimbabwe, birçok farklı yerel farklılıklara sahip tropikal bir iklime sahiptir. Genel olarak ülke, sıcak ve kurak yazları, soğuk ve yağışlı kışları olan tropik bir iklime sahiptir. Ülkenin güney kısımları yüksek sıcaklıkları, düşük yağışları ve kuraklıkları ile bilinmektedir. Ülkenin orta kısmı, kış aylarında zaman zaman kuru soğuklar yaşamaktadır. Zimbabwe'nin kuzey kısmı da yüksek sıcaklıklarıyla bilinmektedir. Doğu kısmı genellikle tüm bölgelerden daha soğuktur ve daha fazla yağış almaktadır. Zimbabwe'de yağış miktarı ve sıcaklıklar, bölgelere ve yüksekliğe göre değişmektedir. Yağışlı mevsim, genel olarak ekim ortasından mart ortasına kadar sürmektedir. Yıllık ortalama yağış 550-900milimetre arasında değişmektedir. Ancak yağışların çoğu ülkenin kuzey ve doğu bölgelerinde olmaktadır. Sıcaklık açısından, kaydedilen en yüksek sıcaklık 35derece, en düşük sıcaklık ise 5derecedir.

2 TARİH

Arkeolojik çalışmalara dayanan kanıtlar, insanların 100.000 yıldan fazla bir süredir Zimbabwe'nin bulunduğu topraklarda yaşadığını göstermiştir.⁴¹³ Arazinin ilk sakinleri San halkı olarak bilinmekteydi ve bu halk avcı ve toplayıcı bir toplumdur.⁴¹⁴ Yaklaşık 2.000 yıl önce Bantu kökenli insanlar, Zimbabwe ve diğer komşu ülkelerin bulunduğu topraklara göç etmeye başladı. Halen Bantu halkı, Zimbabwe nüfusunun %99'unu oluşturmaktadır. Zimbabwe ve komşu ülkelerde, geçmiş Bantu medeniyetlerini gösteren arkeolojik kanıtlar bulunmaktadır.⁴¹⁵ Bu medeniyet, Zimbabwe'nin güneybatı kesiminde bulunan antik bir şehir olan (**Great Zimbabwe**) Büyük Zimbabwe'de yaşamıştı. Zimbabwe'ye yerleşmiş ilk **Bantu** grup, Shona milletidir. Shona milleti yetenekli çiftçiler, esnaf ve tüccarlardır. Arap krallıkları gibi uzak diyarlardan diğer krallıklar ile ticaret bağlantıları geliştirmişlerdir. Altın, bakır,

⁴¹³ United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, "Great Zimbabwe National Monument - UNESCO World Heritage Centre", 2016 , <https://whc.unesco.org/en/list/364>, (18.04.2019).

⁴¹⁴ Brian Raftopoulos, A. S. Mlambo, *Becoming Zimbabwe. A history from the pre-colonial period to 2008*, *Becoming Zimbabwe. A History from the Pre-colonial Period to 2008*, 1. b., Harare: Institute for Justice and Reconciliation, 2009.

⁴¹⁵ United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, "Great Zimbabwe National Monument - UNESCO World Heritage Centre", 2016.

fildişi ve ipek ticareti yapmışlardır. Zimbabwe Krallığı, Shona halkının ilk devletidir. Devlet Zimbabwe ve Mozambik'in bir kısmından oluşan arazileri kapsamaktadır. Kuraklık ve diğer doğal afetler Zimbabwe Krallığı'na son vermiştir. Sonra, 13. yüzyılda Mutapa devleti kurulmuştur. Mutapa Devleti'nin yıkılışından sonra, Shona halkı 16. yüzyılda Rozvi İmparatorluğu'nu kurmuştur. 18. yüzyılda diğer Bantu grupları, Güney Afrika'dan Zimbabwe'ye göç etmiştir. Gruplar arasında, Zimbabwe'ye kalıcı olarak yerleşen *Ndebele* halkı da vardır. İşgalci gruplarla birçok savaş yaptıktan sonra, Rozvi İmparatorluğu da çökmüştür. Rozvi İmparatorluğu'nun çöküşünden sonra Shona halkı, küçük kabileler halinde yaşamıştır. Diğer taraftan, Ndebele halkı, Zimbabwe'nin güney ve güneybatı bölgesindeki topraklar üzerinde bir devlet kurmuştur. Bu dönemde, Ndebele ve Shona toplulukları arasında sürekli savaşlar yaşanmıştır.

18. yüzyılın sonlarında, Avrupalı sömürgeciler Zimbabwe'ye gelmiştir.⁴¹⁶ Sömürgeciler, Cecil John Rhodes adındaki bir İngiliz tarafından yönlendirilmekteydi. Sömürgeciler, bölgedeki toprakları İngiltere adına işgal etmiş, verimli toprakları tarım için kullanmış ve yerel halkı İngiliz hükümeti adına köle olarak çalıştırmıştır. Sömürgecilik uygulamaları önce ülkenin kuzeyindeki Shona halkı üzerinde başlatılmış, bu süreçte yerel Shona halkı topraklarından mahrum edilmiş ve beyaz Avrupalılar için çalışmaya zorlanmıştır. Shona topraklarını işgal ettikten sonra, sömürgeciler ülkenin güney batısına ilerlemiş ve Ndebele topraklarını da işgal etmiştir. 1895 yılında, sömürgecilerin lideri Rhodes onuruna, ülkeye Rhodesia adı verilmiştir.

Shona ve Ndebele halkı, sömürgecilere karşı isyan etmiş ancak savaşta yenilmişlerdir. Bunun sonucu olarak, yerli halk zorla topraklarından çıkarılmış ve yerlerine beyaz Avrupalılar yerleştirilmiştir. Bu süreçte, tüm verimli topraklar İngiliz sömürgecilere verilirken, yerel Afrika nüfusuna verimsiz topraklar kalmıştır. Sömürge dönemi, yerli halkın temel sosyal hizmetlerden mahrum edilmesiyle sonuçlanmıştır. Bunlara mülk sahipliği, eğitim, sağlık ve diğer temel hizmetler dâhildir. Ayrıca, bu dönem boyunca siyah insanlar beyaz insanlar gibi eşit siyasi haklara hiçbir zaman sahip olmamıştır. Yerli insanların çoğu, sömürgecilerden kaynaklanan adaletsizlik sonucu derin bir yoksulluk yaşamıştır. Sömürge

⁴¹⁶ Raftopoulos, Mlambo, *a.g.e.*,2009

hükümeti tarafından, birçok adaletsiz yasa ve politika uygulanmıştır. Bu yasalar, siyah insanların kendi ülkelerinde daha fakir ve topraksız olmalarına neden olmuştur. Irksal adaletsizliklerin devam etmesi, bağımsızlık hareketini doğurmuştur. Siyah milliyetçiler, sömürgeci hükümetle savaşmak için siyasi partiler ve sendikalar şeklinde örgütlenmişlerdir. Sonunda, 1960'larda bağımsızlık savaşı başlamış ve 1980 yılına kadar sürmüştür.⁴¹⁷

Ülke, 18 Nisan 1980 tarihinde, Zimbabve olarak tam bağımsızlık kazanmıştır. Kurulan yeni hükümet, tüm vatandaşlar arasında eşitliği sağlamak için önemli adımlar atmıştır. Bu dönemde sağlık ve eğitim alanlarında büyük gelişmeler yaşanmıştır. Özellikle siyah insanlar arasında ülkedeki sosyal göstergeler iyileştirilmiştir. Yeni ülke, sömürge hükümeti tarafından kullanılan parlamento sistemini kabul etmiştir. 1987 yılında hükümet anayasayı değiştirmiş ve başkanlık sistemine geçmiştir. Ekonomide, 1990'ların başlarında düşüş başlamıştır. Hükümet ekonomik büyümeyi amaçlayan politikalara odaklanmıştır. Bu politikaların çoğu, vergileri arttırmış ve sağlık, eğitim gibi sosyal hizmetlere ayrılan kamu harcamalarını azaltmıştır. Böyle bir programa örnek, Ekonomik yapısal uyum programı (*Economic Structural Adjustment Program ESAP*)'dır.⁴¹⁸ Bu program, 1980'lerin ekonomik krizine çözüm olarak kabul edilen, neo-liberal pazar odaklı bir politika önlemidir. Bu politikalar, ülkedeki insanların çoğunu memnun etmemiştir. Sonuç olarak, 1990'ların ortalarında muhalefetteki siyasi liderler, öğrenciler ve sendikalar, hükümet politikalarından memnuniyetsizliklerini göstermek için gösteriler yapmaya başlamıştır. 1996 yılında sağlık işçileri özellikle doktorlar ve hemşireler, kötü maaş ve çalışma koşulları nedeniyle greve gitmiştir. Bu olaylar, Zimbabve'de sağlık sektörünü olumsuz etkilenmiştir. Nüfusun genel sağlık düzeyi hızla düşmeye başlamıştır. 1997 yılında, nüfusun yaklaşık dörtte biri, tüm Güney Afrika bölgesini etkileyen bir salgın olan HIV ile enfekte olmuştur. İstatistikler, tahminen 4-5 milyon Zimbabvelinin, 1991-2009 arasındaki dönemde sosyal ve politik ortamın bozulmasından dolayı ülkeden ayrıldığını göstermiştir. Aynı zamanda, toprak/arazi mülkiyeti hükümetin karşı karşıya kaldığı zorluklardan dolayı yeniden belirlenmiştir. Bağımsızlıktan bu yana, Zimbabve'deki toprakların çoğu beyaz azınlıkların elindeyken,

⁴¹⁷ Raftopoulos, Mlambo a.g.e.2009

⁴¹⁸ Catherine M. Marquette, "Current Poverty, Structural Adjustment, and Drought in Zimbabwe", *World Development*, C. 25, S. 7 (1997), ss. 1141-49.

siyahların çoğu çiftlik işçisi olarak çalışmıştır. Bu durum toplumun gelirlerinde büyük eşitsizliklerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Gelirdeki eşitsizlikler daha sonra tüm yaşam deneyimlerini şekillendirmiştir. Beyazlar ve siyah insanlar aynı ülkede neredeyse ayrı dünyalarda yaşamaktaydılar.

Topraksız siyah Zimbabvelilerin baskısıyla karşı karşıya olan hükümet, 2000 yılında zorunlu toprak edindirme politikasının uygulanmasına karar vermiştir.⁴¹⁹ Bu çerçevede beyaz azınlıklardan alınan topraklar topraksız siyah çoğunluğa dağıtılmıştır. Arazi reformu süreci, kaotik bir şekilde yapılmış, insan hakları ihlalleri suçlamaları ve siyasi istikrarsızlıkla sonuçlanmıştır. Zimbabve'de geniş ölçekli bir politik istikrarsızlık ortamı oluşmuştur. Hükümet, şiddet ve siyasi rakiplere baskıyla iktidarda kalmayı sürdürmüştür. Bu süreçte Batılı ülkeler tarafından uygulanan, çok çeşitli uluslararası yaptırımlar ortaya çıkmıştır. Bu durum, Zimbabve'nin uluslararası mali yardımlardan faydalanamaması anlamına gelmektedir. Beyaz azınlık çiftliklerinin ele geçirilmesi, sürekli kuraklık ve dış finansmandaki düşüş ülke ekonomisinde keskin bir düşüşe yol açmıştır. 2003 yılı, ülke ekonomisinin çöküş yılı olmuştur. Neredeyse insanların %25'i, komşu ülkelere ve yurtdışına göç etmiştir.⁴²⁰ Bu tarihten sonra ülkede peş peşe yapılan seçimler tartışmalı olmuş, bu yüzden siyasi kriz uzamıştır. 2008 yılının sonunda, Zimbabve'nin sorunları özellikle de eğitim, sağlık gibi sosyal hizmetler ile diğer temel hizmetlerde kriz seviyelerine ulaşmıştır. Okullar kapatılmış ve öğrenciler eğitimlerine devam edememiştir. Hastanelerde ve eczanelerde, tüm ilaçlar ve diğer malzemeler tükenmiştir. Bunların bir sonucu olarak, birçok kişi kolera ve AIDS gibi hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmiştir. 2008 yılında Zimbabve, ekonominin tamamen çökmesine neden olan aşırı enflasyona/hiperenflasyona tanık olmuştur. İşletmeler kapanmış, dükkânlar ve gıda pazarları ya kapanmış ya da boş kalmıştır. Bu dönemde BM, Sivil Toplum Kuruluşları (STK'lar) ve diğer uluslararası kuruluşlar ülkeye gelmiş, gıda ve sağlık hizmetleri vermeye başlamıştır. 2009 yılında, komşu ülkelerin yardımıyla siyasi bir çözüme ulaşılmıştır. Bu, ülkedeki temel hizmetlerin, ittifak hükümeti aracılığıyla yeniden verilmesini sağlamıştır. İttifak hükümetinin süresi, 2013 yılında başka

⁴¹⁹ Raftopoulos, Mlambo, *Becoming Zimbabwe. A history from the pre-colonial period to 2008*.

⁴²⁰ Zimbabwe National Statistics, a.g.e., 2012

bir ihtilafli seçim ile sona ermiştir. Günümüz itibariyle siyasi partiler arasında, siyasi anlaşmazlıklar bulunmaktadır. Bu durum, Zimbabve'nin ekonomik ve sosyal krizden tamamen kurtarıldığı anlamına gelmemektedir. Sağlık sektörü, ülkedeki politik, ekonomik ve sosyal problemlerden en çok etkilenen sektörlerden biridir. Sağlık sektöründe yetersiz vasıflı personel, yetersiz ilaç ve malzeme gibi sorunlar ülke genelinde halen yaygındır. Aynı zamanda sağlık çalışanlarına yeterli ücret ödenmiyor ve bu durum onların sürekli grev yapmalarına neden oluyor. Ayrıca, sağlık sektöründeki nitelikli sağlık personelinin bir kısmı komşu ülkelere göç etmiştir. Bu da Zimbabve'ye, daha az nitelikli personeli olan sağlık kurumları bırakmıştır.

Zimbabve, başkanlık sistemiyle yönetilen demokratik ve laik bir anayasal cumhuriyettir. Anayasası temel bireysel, sosyal ve politik hakları güvence altına almaktadır.⁴²¹ Anayasa, devlet gücünü üç kuvvete, yasama, yürütme ve yargıya ayırır. Zimbabve 'de, merkezi hükümet ve yerel yönetim vardır. Merkezi hükümet, cumhurbaşkanı ve bakanlardan oluşmaktadır. Yerel yönetim, şehirlerin ve kasabaların idaresinden sorumludur. Yasa yapmak, Zimbabve parlamentosunun sorumluluğundadır. Ülke parlamentosu, senato ve temsilciler meclisi olmak üzere iki meclisten oluşmaktadır.⁴²² Yargı sistemi, Zimbabve'nin en yüksek mahkemesi olarak Zimbabve Yüksek Mahkemesi (*Supreme Court of Zimbabwe*) ile geleneksel ve sivil mahkemelerden oluşmaktadır.⁴²³ Seçimler cumhurbaşkanı, parlamento üyeleri ve yerel yönetimleri seçmek için beş yılda bir yapılmaktadır.

İdari olarak Zimbabve, 10 ile ayrılmıştır⁴²⁴. İllerden ikisi kent statüsündedir, kalan sekiz tanesi hem kırsal hem de kentsel alanlardan oluşmaktadır⁴²⁵. İller ayrıca ilçelere, beldeler ve köylere ayrılmıştır. Zimbabve'de toplam 59 ilçe ve 1200 belde vardır.⁴²⁶ Her ilin, devlet işlerinin yürütüldüğü bir merkezi vardır. İl cumhurbaşkanı tarafından atanan il bakanları

⁴²¹ Government of Zimbabwe, "Zimbabwe Government Portal," 2019, [Http://www.Zim.Gov.Zw/.\(04/18/2019\)](http://www.Zim.Gov.Zw/.(04/18/2019))

⁴²² Government of Zimbabwe. a.g.e., 2019

⁴²³ a.g.e., 2019

⁴²⁴ Department of Economic and Social Affairs Units United Nations, "Republic Of Zimbabwe Public Administration Country Profile," 2004.

⁴²⁵ Department of Economic and Social Affairs Units United Nations, a.g.e., 2004

⁴²⁶ The European Pet Food Industry, "Fact and figures", s. 10.

tarafından yönetilir. Bakana ek olarak, her ilde Kamu Hizmeti Komisyonu (*Public Service Commission*) tarafından atanan bir il yöneticisi vardır.⁴²⁷ İl yöneticisi, ilin genel yönetiminden, hükümet politikalarını uygulamaktan, hükümet çalışanlarını denetlemekten ve farklı bakanlıkların çeşitli programlarının koordinasyonundan sorumludur. Aynı şekilde, her ilçe Kamu Hizmeti Komisyonu tarafından atanan bir ilçe yöneticisi tarafından yönetilmektedir⁴²⁸. İlçe yöneticileri il yöneticileriyle aynı sorumluluklara sahiptir, ancak bu sorumluluk ilçe düzeyinde olacaktır. Belde düzeyinde, bir belde belediye üyeleri ve geleneksel liderlerden oluşan bir belde kalkınma komitesi vardır. Beldeler da köylerde ayrılır ve Köy Kalkınma Komitesi (*Village Development Committee*) ve geleneksel lideri oluşmaktadır.⁴²⁹ Zimbabve'de sağlık, eğitim ve diğer sosyal hizmetler, ilgili bakanlıklar aracılığıyla merkezi hükümet tarafından sağlanmaktadır. Yolların bakımı, kanalizasyon ve çöp toplama gibi hizmetler, yerel yönetim ve belediyelerin sorumlulukları arasındadır.

3 SOSYAL, KÜLTÜREL VE EKONOMİK ÖZELLİKLER

Zimbabve, çok kültürlü ve birçok etnik kökeni barındıran bir toplumdur. Çeşitli dilleri, kültürleri, toplulukları, inançları ve gelenekleri içermektedir. Zimbabve'deki en büyük iki etnik ya da dilsel grup, toplam nüfusun %78'ini ve %18'ini temsil eden Shona ve Ndebele gruplarıdır.⁴³⁰ Kalan kısım diğer küçük etnik gruplardan oluşmakta ve böylece Zimbabve toplumunun çeşitliliğini göstermektedir.⁴³¹ Genel olarak, Zimbabve toplumu, hala geleneksel muhafazakâr bir toplumdur. Aile bağları hala güçlü olup sosyal değerler, tutumlar, arzular ve hedeflerin belirlenmesinde etkilidir. Ancak sömürgecilik, küreselleşme, modernleşme ve teknolojinin etkisiyle, Zimbabve'nin kültürü geleneksel biçiminden farklılaşmaktadır. Örnek olarak modern eğitim, Hıristiyanlığın bazı geleneksel kültürel uygulamalarından daha değerli görülmektedir. Bu aynı zamanda ülkede sömürge dili olan İngilizcenin, yaygın kullanımı ile

⁴²⁷ Government of Zimbabwe, a.g.e., 2019.

⁴²⁸ United Nations, "Republic Of Zimbabwe Public Administration Country Profile." New York, 2017, s.7

⁴²⁹ United Nations a.g.e., s.8

⁴³⁰ The European Pet Food Industry, "Fact and figures", s. 10.

⁴³¹ Shadreck Chirikure vd., "Zimbabwe culture before Mapungubwe: New evidence from Mapela Hill, South-Western Zimbabwe", *PLoS ONE*, C. 9, S. 10 (2014), ss. 1–11.

de ilişkilendirilmektedir. Ayrıca ülke hem geleneksel hukuku hem de Roma-Hollanda Hukuku'nu içeren iki yönlü bir yasal sistem altında çalışmaktadır.⁴³²

Zimbabve'de tüm sosyal ve kültürel etkileşimler yaşla bağlantılıdır.⁴³³ Toplumda yaşlıların üstün, akıllı ve bilgili olduğu düşünülmektedir. Bu, gençlerin yaşlılara saygı duyması beklendiği anlamına gelmektedir. Yaşlı bir kişiyle konuşurken, onlarla tartışmanız veya doğrudan yanıt vermeniz beklenmez ve görüşleri gençlerin görüşlerine üstün tutulur. Sonuç olarak, Zimbabve'deki sosyal etkileşimler yaşa göre bölünmüştür.⁴³⁴ Örneğin, çocukların, yaşlıların bulunduğu sohbetlere katılmasına izin verilmemektedir. Ancak çoğu genç bu geleneksel uygulamalara meydan okumaktadır. Onlar da görüşlerinin duyulmasını talep ediyorlar. Özellikle internet teknolojisi, gençleri, kişiliklerini ve kişisel tercihlerini şekillendirme konusunda etkilemektedir. İnternet, gençleri, yeni çağdaş fikirler için sosyal hiyerarşi ve sosyal organizasyondaki geleneksel toplumsal değerlerinden vazgeçmeye yöneltmektedir.

Zimbabve toplumunda sosyal sınıflar açıkça tanımlanmıştır.⁴³⁵ Sosyal gruplar arasındaki farklar oldukça belirgindir. Örneğin, insanlar kamusal alanda başarılarını ve refahlarını gururla gösterir. Bireyin nasıl giyineceği ve yemek yiyeceği de yoksul ve zenginler arasında sosyal bir gösterge olabilir. Benzer şekilde, insanlar giyinme şekilleriyle ve diğer insanlarla etkileşimde bulunduğu da kırsal veya kentsel bir geçmişten olup olmadığı anlaşılabilir. Bireyin eğitim ve İngilizce yeterlilik düzeyi genellikle sosyal gösterge olarak görülmektedir. Ayrıca ülkedeki insanlar, birbirlerini toplumdaki sınıfları oluşturan doğum bölgeleri ile tanımlamaktadırlar. Bunun nedeni, aynı bölgeden insanların aynı dilsel geçmiş ve bazı sosyal özellikleri paylaşmalarıdır. Ülkenin farklı yerlerinden insanlar, değerlerini ve tutumlarını şekillendiren farklı sosyal özelliklere sahip olabilmektedirler.

⁴³² International Education Services, "Cultural Atlas — Zimbabwean Culture", 2009, <https://culturalatlas.sbs.com.au/zimbabwean-culture/family-a52a7f05-b70c-4dd0-ae5e-743faf142831>, (18.04.2019).

⁴³³ Chirikure vd., "Zimbabwe culture before Mapungubwe: New evidence from Mapela Hill, South-Western Zimbabwe", ss. 1–11.

⁴³⁴ International Education Services, "Cultural Atlas — Zimbabwean Culture", 2009.

⁴³⁵ International Education Services a.g.e., 2009

Zimbabve'de aileler, topluluklar ve kabileler genellikle doğada kolektivisttir.⁴³⁶ İnsanlar, gruplar veya aileler kendi çıkarlarını düşünmeden önce, genellikle tüm grubun çıkarlarını düşünüyorlar. Bununla birlikte, aile veya grup desteği karşılığında, koruma ve aidiyet duygusu almayı beklemektedir. Genellikle insanlar, birbirlerine destek olmak ve yaşam hikâyelerini paylaşmak için düzenli olarak gruplar veya aileler olarak toplanırlar.⁴³⁷ Aile toplantıları, cenaze törenleri ve diğer geleneksel törenler yaygındır. Şarkılar, müzik ve dans, bu aile ya da grup toplantılarının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu, müzik ve dansın kültürün önemli bir parçası olduğu anlamına gelmektedir. Hikâye anlatma ve folklor geleneği, Zimbabve toplumunda uzun bir tarihe sahiptir.⁴³⁸ Bu durum, farklı nesiller arasında bir bağlantı hissi sağlamakta ve önemli bir tarih kaynağı sayılmaktadır.

Zimbabve toplumunda hikâyeler, aileler içinde önemli bir birlik ve anlayış kaynağıdır.⁴³⁹ Çoğu durumda hikâye anlatımı toplantıları, tiyatro ve müzikal gösterileri içermektedir. Zimbabve toplumunun kendine özgü geleneksel müzik ritimleri ve enstrümanları bulunmaktadır. Örneğin, Shona halkının *Mbira* enstrümanı vardır.⁴⁴⁰ Bu, büyük kültürel ve ruhsal öneme sahip bir müzik aletidir. Bir *Mbira* (bir metal anahtarlı tahta parçası) hafif, sıcak, akustik bir sese sahiptir ve çoğu kutlamada kullanılmaktadır⁴⁴¹. *Mbira*'nın, yağmur yağmasına neden olan ve hastalıkları kovalayan manevi bir güce sahip olduğuna inanılmaktadır. Çoğu aile, müzik, şarkı, dans ve sanat konusundaki geleneklerini çocuklarına aktarmaktadır. Bu nedenle, aile veya grup toplantıları, nesiller boyunca önemli sosyal ve kültürel pratikleri paylaşmaları için çok önemli bir unsurdur.

Zimbabve, farklı dinlere sahip bir ülkedir. Ancak, insanların çoğu kendilerini Hıristiyan olarak tanımlamaktadır. Son nüfus sayımı verileri, nüfusun %95'inin Hıristiyan

⁴³⁶ International Education Services, a.g.e, 2009

⁴³⁷ Ellen Waungana, "The influence of urbanisation on the decline of storytelling in Zimbabwe", *New Review of Children's Literature and Librarianship*, C. 2, S. 1 (1996), ss. 25–32.

⁴³⁸ International Education Services, "Cultural Atlas — Zimbabwean Culture", 2009.

⁴³⁹ Waungana, "The influence of urbanisation on the decline of storytelling in Zimbabwe", ss. 25–32.

⁴⁴⁰ Sustainable Technology Education Project, "Making traditional musical instruments-Traditional Zimbabwean musical instruments", 2014,

<http://stepin.org/casestudy7d2e.html?id=musicalinstruments&page=8> (18.04.2019).

⁴⁴¹ Sustainable Technology Education Project, a.g.e., 2014

dinini takip ettiğini göstermektedir.⁴⁴² Hıristiyanlar Protestanlar %75,9 (Yerel Apostolik mezhepler (%38), Pentekostal %21,1 ve diğer Protestan mezhepleri %16,8), Roma Katolik %8,5 ve diğer Hıristiyan gruplarından %8,4 oluşmaktadır⁴⁴³. Nüfusun yaklaşık %1,2'si geleneksel inançlar ve İslam gibi diğer dini gruplara aittir. Dini inancı olmayan insanlar, %6,1 oranındadır.⁴⁴⁴ Ancak, bu istatistikler, Zimbabwe'de geleneksel dinlere inanan insanların sayısını doğru olarak göstermemektedir. Zimbabwe'de, geleneksel dini inançların, Hıristiyanlık ve İslam gibi diğer dinlerle birlikte uygulanması çok yaygındır. Genel olarak insanlar, batılı bir yaşam tarzını benimseme arzusundan dolayı, geleneksel inançları takip etmediklerini söyleyebilmektedirler.

Avrupalı misyonerler Hıristiyanlığı 19.Yüzyılın sonunda Zimbabwe'ye taşımıştır.⁴⁴⁵ Hıristiyanlık bugün toplumun tüm yönlerini etkileyen bir güç haline gelmiştir. Öte yandan, yerli Hıristiyanlık gruplarının bir yükselişi olmuştur. Bu gruplar, hem Hıristiyanlık hem de geleneksel inançları takip etmektedir. Bu yerli Hıristiyanların kiliseleri, üyelerini çok eşliliğe ve modern tıbbi hizmetleri kullanmamaya teşvik etmektedir. Geçmiş yüzyılda böyle mezheplerin kiliseleri, Zimbabwe'de artış göstermiştir. En popüler olanları, *Vapostori* ve *Zion* Hıristiyan Kilisesi'dir.⁴⁴⁶ Bu gruplar Afrika'nın geleneksel inançlarını, Hıristiyan değerleri ile birleştirir. Bu gruplardan bazıları, çocuklarını okula veya hastaneye göndermemektedir.

Shona ve Ndebele halkı, genellikle Afrika Geleneksel Dini olarak bilinen kendi yerli dini inançlarını izlemektedir.⁴⁴⁷ Hem Shona hem de Ndebele geleneksel dini, tüm canlıları yaratan ve kontrol eden yüce bir yaratıcıyı tanımaktadır. Shonaca dilinde, Tanrı *Mwari* ve Ndebelece dilinde *Umlimu* olarak adlandırılır. Bu dinde Tanrı'nın yaşamdaki ve toplumdaki her şeyi etkilediğine inanılmaktadır. Tanrıya, *Vadzimu* veya *Amadlozi* olarak bilinen atalar

⁴⁴² ZIMSTAT, "Fact and Figures," a.g.e, 2012, s.10.

⁴⁴³ Zimbabwe National Statistics Agency, "Zimbabwe Population Census 2012: National Report", *Population Census Office*, Harare, 2012, s.2.

⁴⁴⁴ Zimbabwe National Statistics Agency, a.g.e., s.66

⁴⁴⁵ US Department of State, "Zimbabwe 2016 International Religious Freedom Report," 2016, [https://www.state.gov/j/drl/rls/irf/2005/51503.htm\(04/18/2019\)](https://www.state.gov/j/drl/rls/irf/2005/51503.htm(04/18/2019)).

⁴⁴⁶ The European Pet Food Industry, "Fact and figures", s. 10.

⁴⁴⁷ Adriaan van Klinken, *Karanga Indigenous Religion in Zimbabwe: Health and Well-Being*, 1. b., Exchange, 2008.

aracıyla ibadet edilir / dua edilir. Bu atalar, vefat etmiş olan eski akrabalarıdır. İnsanlar ve atalar arasındaki iletişim, Shonaca'da manevi ruhsal varlıklar ya da *svikiro* aracılığıyla yapılmaktadır. Manevi ruhsal varlıklar, aile veya toplum içinde, Tanrı ile iletişim kurmaya özel bir özlem duyan kişidir. İnsanlar, Tanrı ile iletişim kurabilir ve yaşamlarındaki tüm konularda ilahi müdahaleye başvurabilirler. Sağlık, hasat, yağmur ve kuraklık ile ilgili sorunlara çözüm arayabilirler. Aileler ve topluluklar zorluklarla karşılaştığında, bu ruhsal varlıklar yoluyla Tanrı'dan yardım istemektedirler. Yaşamdaki birçok olayın, ruh dünyasının bir sonucu olduğuna da inanılmaktadır. Bazı insanlar hayattaki talihsiz olaylara, ruhsal varlıkların neden olduğuna inanmaktadır. Bunlar, kötü şans, hastalık veya ölümü içerebilir. Sonuç olarak insanlar bu atalarından, ihtiyaç zamanında yardım ve rehberlik istemektedir. Bu istek, fedakârlıklar ve ritüellerle yapılır. İnsanlar bu ruhlardan, ceza veya intikam için bile yardım isteyebilmektedir.

Zimbabve'nin geleneksel dininde, birçok tören ve uygulama bulunmaktadır. Bu törenler bölgeden bölgeye farklılık gösterse de yaygın olarak uygulanmaktadır. Törenlere örnek olarak; evlilik, sünnet ve kral törenleri verilebilir. Bu törenler, manevi varlıklar yoluyla Tanrı ile iletişimi içermektedir. Zimbabveliler Hristiyanlığı benimsemiş olsalar da birçok kişi hala bu geleneksel törenleri uygulamaktadır. Geleneksel inançlarla yakından bağlantılı bir başka uygulama ise, toplum içindeki insanları tanımlamak için totem kullanımıdır. Zimbabve'de, kişisel kimlik kavramı için totemler çok önemlidir. Her insanın mirasını, soyunu/neslini, kökenini ve kimliğini temsil eden bir totemi vardır. Zimbabve'de insanlar toteminden haberi olmayan bir kişinin kaybolduğuna ve kimliğini bilmediğine inanmaktadır. Totemler genellikle hayvanlardır (örneğin, bir zebra veya aslan) ve ayrıca nesnelere (örneğin bir bacak) olabilir. Totemler, soyadının Batı dünyasındaki bir çocuğa aktarıldığı gibi babadan miras alınmaktadır. Bu şekilde aynı totemi olan iki kişinin akraba oldukları için evlenmeleri yasaktır. Aynı totemin insanları birbirleriyle evlenirse, bu durum ensest olarak görülmektedir.

Zimbabve'nin nüfusu son yüzyılda hızla artmıştır. Nüfus artışı, yüksek doğum oranlarının ve ölüm oranlarındaki azalmanın bir sonucudur. 1960'lı ve 1970'li yıllarda nüfus

artış hızı %3 civarındaydı.⁴⁴⁸ Zimbabve'de nüfus sayımı 1901 yılında başlamıştır. Sömürge döneminde, sayım sırasında sadece beyaz Avrupalılar sayılmıştır. Tüm insanları içeren ilk nüfus sayımı 1962'de ardından 1969'da yapılmıştır. Ancak bu iki nüfus sayımı siyahlar ve beyazlar için ayrı ayrı yapılmıştır. Ayrıca farklı yöntemler ve veri toplama teknikleri kullanılmıştır. 1982 nüfus sayımı, bütün nüfusun sayıldığı ilk nüfus sayımı olmuştur. O zamandan beri Zimbabve'de nüfus sayımı her on yılda bir yapılmaktadır. 1982'de Zimbabve'nin nüfusu 7.5 milyondur. 1992 yılında, yani on yıl sonra, 11 milyon kişiye yükselmiştir. 2002 yılında başka bir nüfus sayımı yapılmıştır ve Zimbabve nüfusu 11.634,663 kişi olmuştur. Aynı nüfus sayımı, nüfus artış hızını %0,83 olarak göstermiştir. Ülkenin yapılan son nüfus sayımı 2012'de yapılmıştır. 2012 Zimbabve Nüfus Sayımı'na göre Zimbabve'nin nüfusu 13.447.286'dır. Nüfus, 1982'den bu yana neredeyse iki kat artmıştır. Zimbabve'nin nüfusu 2018'de 17 milyondur.⁴⁴⁹

Zimbabve'nin nüfusu 1982 ve 2002 yılları arasında dörtte üçü kadar artmıştır. Aynı dönemde, yıllık ortalama büyüme hızı 1982 ile 1992, 1992 ve 2002 ile 2002 ile 2012 arasında sırasıyla %3,1, %1,1 ve %1,2'dir. Bağımsızlıktan sonraki ilk on yılda, Zimbabve'de yaşam beklentisi artmıştır. Yaşam süresindeki artış, sağlık sisteminin iyileştirilmesinde hükümetin kaydettiği ilerlemeyi göstermektedir. 1992-2012 dönemi için, nüfus artış hızı önceki döneme oranla daha yavaştır. Bu dönemde yaşam süresindeki düşüş, HIV ve AIDS ölümlerinin nüfus üzerindeki etkisinden kaynaklanmıştır. Bugün 0-14 yaş arasındaki küçük çocuklar nüfusun en hızlı büyüyen yaş grubudur. Grup, toplam nüfusun büyük bir yüzdesini oluşturmaktadır. 2012 Nüfus sayımından elde edilen rakamlar, Zimbabve nüfusunun yüzde 41'inin 15 yaşın altında olduğunu göstermiştir⁴⁵⁰. Bu nüfusun önümüzdeki yıllarda büyümeye devam edeceği anlama gelmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında, Zimbabve'de erkeklerden daha fazla kadın bulunmaktadır. Kadınlar nüfusun % 52'sini, erkekler ise %48'ini oluşturmaktadır.⁴⁵¹ Ayrıca, nüfusun çoğunluğu kırsal alanlarda yaşamaktadır.⁴⁵² Zimbabve nüfusunun yüzde

⁴⁴⁸ Zimbabwe National Statistics Agency, "Zimbabwe Population Census 2012: National Report", Harare, Zimbabwe, 2012, s.8.

⁴⁴⁹ United Nations, "World Population Prospects: The 2017 Revision", *United Nations Population Division*, New York, 2017, s.7.

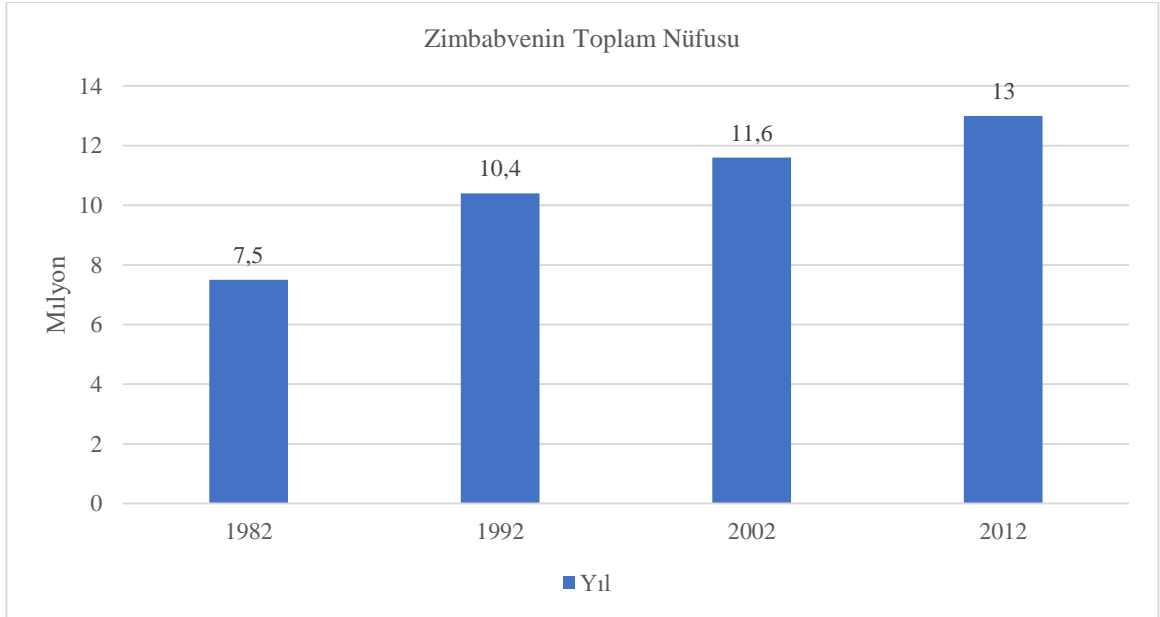
⁴⁵⁰ Zimbabwe National Statistics Agency, "Zimbabwe Population Census 2012: National Report". 2012

⁴⁵¹ a.g.e, 2012.

⁴⁵² Zimbabwe National Statistics Agency, a.g.e, 2012.

68%'i kırsal kesimde, %32'si kentsel alanlarda yaşamaktadır. Ülkedeki tüm illerde kentsel ve kırsal alan bulunmaktadır. Yaşam beklentisi, yıllar içinde dalgalanan bir seyir izlemiştir. Bağımsızlıktan sonra Zimbabwe'de yaşam beklentisi yaklaşık 60 yıl olarak gösterilmiştir. Ancak yaşam beklentisi, 1992'de 50 yıla ve 2002'de 43 yıla düşmüştür. 2012 nüfus sayımına göre yaşam beklentisi tekrar 63 yıla yükselmiştir. Kadınlar 64 yaş beklentisi ile ortalaması 57,4 yaş beklentisi olan erkeklere göre daha yüksek bir beklentiye sahiptir. Yaşam beklentisindeki artış, AIDS ile ilişkili tıbbi tedavideki başarı ve ekonomideki gelişmelerin bir sonucu olabilir. 2012 nüfus sayımına göre, nüfusun %99,7'si, neredeyse herkes, Afrika kökenlidir.⁴⁵³ Kalan kısım Avrupalı ve Asyalı soyundan gelen insanlardan oluşmaktadır. Zimbabwe'de ortalama hane halkı büyüklüğü 4.2 kişidir.⁴⁵⁴ Bununla birlikte, hanelerin yaklaşık %90'ının en fazla altı üyesi vardır. Ülkede hanelerin çoğunluğu (%64) erkeklerin sorumluluğundadır. Nüfusun yarısından fazlası evlidir. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha genç yaşta evlenmektedir. Ayrıca, nüfusun yaklaşık %14'ü boşanmış veya dul kalmıştır.⁴⁵⁵ Oran olarak, daha fazla kadın boşanmış veya dul kalmıştır.

Grafik 5: Zimbabwe Toplam Nüfusunun



⁴⁵³ Zimbabwe National Statistics Agency, a.g.e, 2012.

⁴⁵⁴ Zimbabwe National Statistics Agency, "Zimbabwe Population Census 2012: National Report".

⁴⁵⁵ Zimbabwe National Statistics Agency, a.g.e, 2012.

Zimbabve'de aile yapısı büyük ölçüde geleneksel geniş aile formunu temsil etmektedir.⁴⁵⁶ Bir aile, geniş bir akrabalar ağından oluşmaktadır. Geniş aile ilişkileri hala her bir birey için değerli ve önemlidir. Aile sistemi, evliliğe dayanmaktadır ve evlilik farklı şekillerde olabilmektedir. Öncelikle, evlilik bir kadın ile bir koca arasında tek eşli olabilir. Bir erkeğin birden fazla karısının olduğu çok eşli evlilik de olabilir. Günümüzde çok eşli evlilikler daha az olmakta, ancak hala bu evlilik biçimini uygulayan bazı gruplar bulunmaktadır. Bu tür bir evlilik, Hıristiyan değerlerinin ve kentleşmenin etkisiyle azalmaktadır. Ancak, Zimbabve'de takipçileri arasında çok eşli evlilikleri aktif olarak teşvik eden, başka Hıristiyan mezhepleri de bulunmaktadır. Evlilik uygulamaları, Zimbabve'deki aileler ve bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Ancak, genel olarak, insanlar gizli olarak birisiyle görüşmektedir ve evlenmeye hazır olduklarında ilişkileri hakkında akrabalarına bilgi vermektedir. Gençlerin ebeveynlerine, doğrudan evlilik planlarını anlatmaları nadirdir. Evlilik meselelerini genellikle teyzeleri ve amcaları ile paylaşmakta, daha sonra onlar gençlerin ebeveynlerini bilgilendirmektedirler.

Zimbabve'de evlilikler, devlet evlilikleri veya geleneksel evlilikler olabilmektedir.⁴⁵⁷ Devlet evlilikleri, yasalarca tescilli/kayıtlı ve tek eşlidir. Geleneksel evlilikler ise, iki aile arasındaki geleneksel ve kültürel düzenlemelerin bir sonucudur. Geleneksel evlilikler, sadece yasal olarak yerel Zimbabveliler (Avrupalı Zimbabveliler için değil) için geçerlidir. Geleneksel evlilikler, Shonaca'da gelin için *roora* ya da Ndebelece'de *lobola* ödenmesini gerektirmektedir. Bunlar evlilik belgesi imzalamadan/düzenlenmeden, kültürel törenlerle yapılan geleneksel evliliklerdir. Zimbabve'deki aileler genellikle iki evlilik türünü de yapmaktadır. Genellikle geleneksel evlilik ilk önce yapılmakta ve birkaç ay sonra devlet evliliği yapılmaktadır. Çoğu zaman, Hıristiyan bir evlilik töreni gerçekleştirilmektedir. Zimbabve'de boşanma çok nadir görülmektedir, çünkü boşanan kişi damgalanmaktadır⁴⁵⁸.

⁴⁵⁶ Leslie Bessant, Oyekan Owomoyela, "Culture and Customs of Zimbabwe", *The International Journal of African Historical Studies*, C. 36, S. 1 (2003), ss. 1–159.

⁴⁵⁷ Christine Peta, "The 'Sacred' Institution of Marriage: The Case of Disabled Women in Zimbabwe", *Sexuality and Disability*, C. 35, S. 1 (2017), ss. 45–58; International Education Services, "Cultural Atlas — Zimbabwean Culture", 2009.

⁴⁵⁸ International Education Services, "Cultural Atlas — Zimbabwean Culture", 2009.

Zimbabve ağırlıklı olarak muhafazakâr bir toplum olduğu için, evlilik kutsal bir birlik olarak kabul edilmekte ve onu bozmak tabu olarak görülmektedir. Ancak, modernizasyon nedeniyle Zimbabve’de boşanma oranları artmakta, fakat oranlar diğer ülkelere göre düşük kalmaktadır.

Zimbabve'nin her yerinde, kırsal ve kentsel alanlarda farklı formlarda geniş aile biçimleri bulunmaktadır. Kırsal alanlarda, birçok nesli içeren geniş aile biçimleri birbirine yakın olarak yaşamaktadır. Bunlar, birkaç çekirdek ailenin de bulunabileceği aile evlerinde birlikte yaşamaktadırlar. Aile, evi etrafında birçok kaynağı paylaşabilmekte ve ayrıca kendi kaynaklarına da sahip olabilmektedirler. Kentsel alanlarda, ebeveynlerden ve çocuklardan oluşan çekirdek aileler daha yaygındır. Ancak, bunların başka bir yerde yaşayan diğer aile üyeleri veya akrabaları ile derin bağlantıları ve yükümlülükleri bulunmaktadır. Örneğin, yaşlı aile üyeleri hasta ise yakın aile üyeleriyle birlikte bu akrabalarının yanına geçebilmektedirler. Ayrıca, eğer akrabalar şehre yeni taşınmışsa, çekirdek aile, uygun ev bulana kadar evlerinde yaşamalarına izin vermektedir. Her zaman aile üyelerinin kalacağı bir yer bulunmaktadır. Bu, kentsel alanlarda, kırsal alandaki aile yapısına benzer aile yapılarında artışa neden olmuştur. Geniş aile ve topluluk, çocuk bakımı gibi sorumlulukların paylaşımında büyük rol oynayabilir. Örneğin, çalışan anneler genellikle küçük çocuklarına bakmalarına yardımcı olunması için bir akrabasıyla kalırlar. Ayrıca, kırsal alanlarda çocuklara bakmak, toplumun ve geniş ailenin sorumluluğundadır. Bu, kültürün kolektif niteliğini ve ebeveynlik yaklaşımını vurgulamaktadır. Bir kişinin davranışı, topluluğa karşı sorumluluklarının yanı sıra topluluğun da sorumluluğundadır.

Zimbabve toplumunda aileler için çocuk doğurmak çok önemlidir. Toplum, evlenmek istemeyen veya çocuk sahibi olmayan insanlara tepeden bakmaktadır. Çocuk doğurmak, ailenin görevi olarak görülmekte ve ailenin devamını kolaylaştırmaktadır. Sonuç olarak, genç insanlar evlendiğinde, hemen çocuk yapmaları beklenmektedir. Bununla birlikte, toplumda, erkek veya kız çocuk için bir tercih bulunmamaktadır. Zimbabve'deki aileler doğaları gereği, geleneksel olarak ataerkildir.⁴⁵⁹ Kadınlar evlendiklerinde eşlerinin evlerine taşınırlar ve onların isimlerini alırlar. Aile isimleri ve liderlik de erkek aile üyesinden

⁴⁵⁹ Bessant, Owomoyela, “Culture and Customs of Zimbabwe”, ss. 1–159.

geçmektedir. Ailenin en yaşlı erkeğinden (genellikle baba) hane halkına sosyoekonomik imkânlar sağlaması beklenmektedir. En büyük erkek kardeş/oğlanın, ikinci baba olduğu düşünülmektedir. Genel olarak, kadınların, kocalarına itaatkâr olmaları beklenmekte ve onların görüşlerini sorgulamamaları istenmektedir. Öte yandan, ailelerde, bir kadının kendi geniş ailesindeki aile üyeleri üzerinde daha fazla yetkisi olabilmektedir. Örneğin, teyze (*Tete*) aile içi anlaşmazlıkları açıkça eleştirme ve çözüm için başkanlık etme konusunda daha yüksek bir güce sahiptir. Ancak, genel olarak, erkekler ülke genelinde kamusal alana ve siyasi liderlik pozisyonlarına hâkim görünmektedir. Buna karşın kadınlar, ailede kendine özgü ve önemli rollere sahiptir. Ailede sadece kadınlar, bazı aile mülkleri hakkında karar verme yetkisine sahiptir. Totem sistemi, kadınların ailelerinde daha saygın olmasını sağlamaktadır. Kadınların kötü muamele görmesi veya mülklerinin elinden alınması, tabu olarak kabul edilmektedir. Geleneksel olarak, aileler içinde kadınlar, günlük yaşam için gereken emek ve tarım işlerinin çoğunda yer almaktadır. Geleneksel ekonomik faaliyetler arasında; bahçecilik ve tavuk yetiştiriciliği bulunmakta, ek gelir sağlamak için ise ev eşyaları yapımı ve satışı yapılmaktadır.

Ülke, bağımsızlığını kazandıktan sonra çeşitli ekonomik programlar ve stratejiler geliştirmiştir. Bu programlar, sömürgecilerin yol açtığı eşitsizliklerin ele alınmasını amaçlamıştır. Bağımsızlıktan kısa bir süre sonra, Zimbabwe, Afrika'nın en iyilerinden biri olarak canlı bir ekonomiye sahip olmuştur. 1982'de Zimbabwe, kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYH)'sı 1.205\$ olan ve 62,3 yıllık bir yaşam beklentisine sahip orta gelirli bir ülke olmuştur.⁴⁶⁰ 1990'ların başında hükümet, Ekonomik Yapısal Uyum Programını (*Economic Structural Adjustment Programme*) uygulamaya koymuştur.⁴⁶¹ Bu politika Uluslararası Para Fonu'nun ve Dünya Bankası'nın yardımıyla uygulanmıştır. Program, sosyal hizmetlerde harcamaları azaltırken ekonomik büyümeyi teşvik etmeyi amaçlamıştır. Ancak bu politika başarısız olmuş ve ülke için büyük ekonomik zorluklar ortaya çıkmıştır. Hükümet,

⁴⁶⁰ Daniel Makina, "Historical perspective on Zimbabwe's economic performance: A tale of five lost decades", *Journal of Developing Societies*, C. 26, S. 1 (2010), ss. 99–123.

⁴⁶¹ Godfrey Hove, "A History of Zimbabwe", *South African Historical Journal*, C. 69, S. 3 (2017), ss. 488–92; Marquette, "Current Poverty, Structural Adjustment, and Drought in Zimbabwe", ss. 1141–49; Rupak Chattopadhyay, "Zimbabwe: Structural adjustment, destitution & food insecurity", *Review of African Political Economy*, C. 27, S. 84 (2000), ss. 307–16.

beyaz azınlığın çiftliklerine el konulması da dâhil olmak üzere popüler olmayan politikalar başlatmıştır. 2000 yılına gelindiğinde Zimbabwe ekonomisi büyük zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Ekonomik zorluklara 2008 yılında kriz seviyesine ulaşan şiddetli siyasi ve sosyal zorluklar eşlik etmiştir.⁴⁶² Ekonomik ve sosyal kriz, endüstrilerin ve tarım sektörünün tamamen çökmesine neden olmuştur. Bu sektörler, ülke için en büyük istihdam kaynağı ve döviz kaynağıdır. Bunu, ülkeden göç eden vasıflı işçilerin neden olduğu beyin göçü nedeniyle, yüksek işsizlik oranları ve yetersiz hizmet sunumu izlemiştir. Ayrıca, ülke yerel para biriminin ABD doları lehine terk edilmesine neden olan aşırı enflasyona tanık olunmuştur. 2000-2008 yılları arasında Zimbabwe’de, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla’da (GSYİH) keskin bir düşüş yaşanmıştır. GSYH’nin 2008 yılında yaklaşık %50 düştüğü tahmin edilmektedir.⁴⁶³ Aynı zamanda enflasyon yüzde 231 milyon olarak gerçekleşmiştir.⁴⁶⁴ Bu olaylar nüfus içinde devam eden yoksulluk ve yiyecek kıtlığı ile sonuçlanmıştır.

Ekonomik zorlukları çözmek için hükümet kısa, orta ve uzun vadeli ekonomik politikalar geliştirmiştir. Bu programlar, 2000-2002 *Millennium Economic Recovery Programme*, 2003'teki *National Economic Revival Programme*, 2006'daki *The National Economic Priority Development Programme*, 2009'daki *Short-Term Emergency Recovery Programme* ve *Macro-economic Policy Framework* programlarıdır.⁴⁶⁵ Zimbabwe'de ekonomik kriz, politik krizle yakından ilişkilidir. 2000 yılından bu yana, ülke bazı Batı ülkelerinden ekonomik yaptırımlara maruz kalmıştır.⁴⁶⁶ Zimbabwe ayrıca, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası kuruluşlardan finansal destek alamamıştır. Bu nedenle, hükümetin getirdiği ekonomik strateji ve politikaların çoğu anlamlı sonuçlar elde edememiştir. Tartışmalı seçimlerden sonra 2008'de ülkede bir koalisyon hükümeti kurulmuştur. Tüm siyasi partiler, kötüleşen ekonomik, politik ve sosyal krizi çözmeye

⁴⁶² Jayson Coomer, Thomas GsTraunThaler, Africa Thomas Gstraunthaler, “The Hyperinflation in Zimbabwe,” *The Quarterly Journal Of Austrian Economics*, C.1, S.2 (2011), s. 11.

⁴⁶³ James Muzondidya, “The Zimbabwean crisis and the unresolved conundrum of race in the post-colonial period”, *Journal of Developing Societies*, C. 26, S. 1 (2010), ss. 5–38.

⁴⁶⁴ Coomer, Gstraunthaler, a.g.m., 2011, ss. 311–46.

⁴⁶⁵ Government of Zimbabwe, “Zimbabwe Government Portal”, 2013, [http://www.Zim.Gov.Zw/\(30.08.2018\);](http://www.Zim.Gov.Zw/(30.08.2018);) Osika. John vd., “Zimbabwe Health System Assessment 2010”, *Bethesda, MD: Health Systems*, Bethesda, 2011, doi:10.1007/s11434-006-2117-x.

⁴⁶⁶ Muzondidya, “The Zimbabwean crisis and the unresolved conundrum of race in the post-colonial period”, ss. 5–38.

çalışmak için bir araya gelmiştir. 2011 yılında hükümet, 2011-2015 yıllarını kapsayan *Medium-Term Plan* kabul etmiştir.⁴⁶⁷ Bu plan, makroekonomik istikrarı korumayı ve endüstrilerin mal ve hizmet üretme kapasitelerini geri getirmeyi amaçlamıştır. Hükümetin ekonomiyi iyileştirmek için aldığı diğer önlemler arasında; fiyatların serbestleşmesi, borsa kısıtlamalarının kaldırılması, devlet şirketlerinin tekellerine son verilmesi ve kilit devlet kurumlarında reform yapılması bulunmaktadır. Hükümet ayrıca, özellikle Zimbabwe Merkez Bankası üzerinde para ve maliye politika reformları yapmıştır.⁴⁶⁸

Hükümet 2013 yılında, *Zimbabwe Agenda for Sustainable Socio-economic Transformation* adlı bir ekonomik ve sosyal politika çerçevesini benimsemiştir⁴⁶⁹. Politika, Zimbabwe'nin 2013'ten 2018'e kadar olan kalkınma öncelikleri için ekonomik ve sosyal kalkınma stratejisidir. Politika, sürdürülebilir ekonomik kalkınma için elverişli bir ortam sağlamak amacıyla yapılmıştır. *Zimbabwe Agenda for Sustainable Socio-economic Transformation* dört önemli konuya odaklanmıştır.⁴⁷⁰ Bu dört konu, Gıda Güvenliği ve Beslenme, Sosyal Hizmetler ve Yoksulluğun Azaltılması, Altyapı ve Kamu Hizmetleri ile Değer Katma ve Yararlanmadır. Odaklanılan konular, ülkenin ekonomik büyümesini kolaylaştırmaya yardımcı olmayı amaçlamıştır.⁴⁷¹ 2018'den sonra hükümet, yıllarca süren durgunluktan sonra ekonomiyi iyileşme yoluna sokacak bir başka ekonomik politika geliştirmiştir. Politika, *Transitional Stabilisation Programme* olarak adlandırılmakta ve 2018-2020 dönemini kapsamaktadır.⁴⁷² Bu politika, 2030 yılına kadar Zimbabwe ekonomisinin orta gelirli bir ülke olmasını hedeflemektedir.

Dünya Bankası'na göre Zimbabwe düşük gelirli bir ülkedir.⁴⁷³ Zimbabwe'de kişi başına düşen GSYİH, 935,29 ABD dolarıdır ve dünyanın en düşük değerlerinden biridir. GSYİH büyümesi, 2013 yılında yüzde 4,5'ten 2015'te yüzde 1,5'e, 2017'de yüzde 2,6'ya

⁴⁶⁷ John vd., “Zimbabwe Health System Assessment 2010”, 2011.

⁴⁶⁸ Government of Zimbabwe, “Zimbabwe Government Portal”, 2019.

⁴⁶⁹ Government of Zimbabwe, “Zimbabwe Agenda for Sustainable Socio-Economic Transformation (Zim Asset) ‘Towards an Empowered Society and a Growing Economy’ October 2013- December 2018,” Harare, 2013, s.16.

⁴⁷⁰ Government of Zimbabwe a.g.e.,2013

⁴⁷¹ a.g.e, 2013.

⁴⁷² a.g.e, 2013.

⁴⁷³ World Bank, “Zimbabwe Overview”, 2018, [https://www.worldbank.org/en/country/zimbabwe/overview\(18.04.2019\),](https://www.worldbank.org/en/country/zimbabwe/overview(18.04.2019),).

ulaşmadan önce 2016'da yüzde 0,7'ye gerilemişti.⁴⁷⁴ Ülkenin uluslararası finans kurumlarına büyük bir borcu bulunmaktadır.⁴⁷⁵ Dış borç, ülkenin ekonomik canlanmasının önündeki engellerden biridir. Şu anda ülke, finansal bir kriz yaşamaktadır. 2009'dan beri ülkede ABD doları kullanılmakta ancak yetersiz kalmaktadır. Zimbabve'deki bu ekonomik durum yoksulluk oranını artırmaktadır. Dünya Bankası'na göre, ülke nüfusunun üçte ikisinden fazlası aşırı yoksulluk içinde yaşamaktadır.⁴⁷⁶ Düşük tarım üretimi, özellikle kırsal bölgelerde fakir haneleri etkilemiştir. Aşırı yoksul insanların sayısı 2014'te 2,3 milyondan 2015'te 2,6 milyona yükselmiş ve 2016'da 2,8 milyona ulaşmıştır.⁴⁷⁷ Yetersiz ekonomik büyüme, sağlık, eğitim ve gıda güvenliği gibi temel sosyal hizmetlerin sağlanmasını etkilemiştir. Hükümet, nüfusun gerekli sosyal ve sağlık hizmetini almasını sağlayamamaktadır. Zimbabve'de ülkenin sürdürülebilir kalkınmaya ulaşması için birçok reforma ihtiyacı vardır. Hükümet, ekonomik politikaların geliştirilmesi için uluslararası örgütlere güvenmektedir. Bununla birlikte, tarih uluslararası finansal kurumların politikalarının ülkedeki sosyal hizmetlerin sağlanmasına öncelik vermediğini göstermiştir. Aslında onlar, hükümetin sağlık ve eğitim alanlarındaki harcamalarını azaltmasını savunuyorlar. Bu nedenle, Zimbabve, kötüleşen ekonomik ve sosyal durumu ele almak için yerel çözümler ve politikalar geliştirmelidir. Bu kapsamda toplumda var olan büyük sosyo-ekonomik eşitsizliklere öncelik verilmelidir.

4 ZİMBABVE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ

Zimbabve'de sağlık hizmetlerinin sağlanması, Sağlık ve Çocuk Bakım Bakanlığı aracılığıyla hükümetin sorumluluğundadır.⁴⁷⁸ Bakanlık ayrıca, ülke genelinde sağlık politikalarının geliştirilmesinden ve uygulanmasından sorumludur. Bununla birlikte, sivil toplum örgütleri ve özel sektör, sağlık hizmetlerinin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri, ülke genelindeki hastaneler ve klinikler aracılığıyla verilmektedir.⁴⁷⁹

⁴⁷⁴ World Bank, a.g.e., 2019

⁴⁷⁵ Karen Openshaw, Patrick Terry, "Zimbabwe's odious inheritance: Debt and unequal land distribution", *McGill International Journal of Sustainable Development Law and Policy*, C. 11, S. 1 (2015), ss. 23–37.

⁴⁷⁶ World Bank, a.g.e., 2019.

⁴⁷⁷ United Nations, "Zimbabwe Country Profile", *UN Addis Ababa*, 2018, s.23.

⁴⁷⁸ MoHCC, "The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020", *Zimbabwe Ministry of Health and Child Care*, Harare, Zimbabwe, 2016, s.44.

⁴⁷⁹ John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010".

Vakıflar, kilise kuruluşları ve şirketler de hastane ve klinikler işletmektedir. Ayrıca özel hastaneler ve klinikler de bulunmaktadır.

Bağımsızlıktan önce sağlık hizmetleri ırk ayrımcılığına dayanmaktaydı. İyi ve kaliteli sağlık hizmeti sadece beyaz insanlar içindi. Siyah Afrikalılara daha az kaliteli sağlık hizmetleri verilmekteydi. Sömürge döneminde siyah insanlar ve beyaz insanlar için ayrı hastaneler vardı. Ayrıca, beyaz insanlar için olan hastaneler, siyah insanlar için olan hastanelerin aksine kaliteli ekipman ve ilaçlarla hizmet vermekteydi. Hastaneler ve doktorlar, beyaz insanların egemen olduğu kentsel alanlarda bulunmaktaydı. Siyahların, yazılı izin alınmadan kentsel alanlara girmelerine izin verilmemekteydi. Bu nedenle, onlar kırsal alanlardaki sağlıksız ortamlarda acı çekmeye bırakılmışlardır. Beyaz azınlık hükümeti, siyalara kaliteli sağlık hizmeti vermemiştir. Bunun yerine siyah insanlar misyonerlik hastanelerinden sağlık hizmeti almıştır. Bu durum Zimbabve'de sağlık konusunda beyaz ve siyah insanlar arasında büyük eşitsizliklere neden olmuştur. Beyaz insanlar siyah insanlarla karşılaştırıldığında genel olarak iyi sağlık hizmeti almıştır.

Bağımsızlıktan sonra, yeni hükümet ırk temelli/dayalı sağlık hizmetleri sorununu çözmek için çalışmıştır. Bu kapsamda Zimbabve, Sağlıkta Eşitlik ve Birinci Basamak Sağlık hizmeti (*Primary health care*) kavramını benimsemiştir⁴⁸⁰. Tüm hastaneler cilt renginden bağımsız olarak her vatandaşa sağlık hizmeti vermiştir. Hükümet bu tarz programlarla, kırsal ve kentsel alanlarda sağlık hizmetleri arasındaki boşluğu kapatmayı amaçlamaktadır. Hükümet ayrıca kırsal alanlarda daha fazla klinik ve hastane inşa etmeye başlamıştır. Daha fazla doktor ve hemşirenin eğitilmesi programına başlamıştır. Bunlar kırsal alanlarda ve ülkenin diğer uzak bölgelerinde çalışmak üzere atanmışlardır. Sağlık sektöründe yapılan iyileştirmeler nedeniyle Zimbabve, Afrika'daki en iyi sağlık sistemlerden biri haline gelmiştir.⁴⁸¹ Uzun yıllar boyunca Zimbabve'deki sağlık sistemi, Afrika'da diğer ülkeler için bir model olmuştur.

⁴⁸⁰ Khameer K. Kidia, "The future of health in Zimbabwe", *Global Health Action*, C. 11, S. 1 (2018), ss. 1–8.

⁴⁸¹ World Health Organization., "Cholera outbreak, Zimbabwe.", *Weekly epidemiological record*, 2009.

Yeni hükümetin sağlık eşitsizliğini azaltma yönünde kaydettiği ilerleme çok uzun sürmemiştir. 1990'larda Yapısal Uyum programlarına bağlı olarak ortaya çıkan sağlık eşitsizlik belirtileri ortaya çıkmıştır.⁴⁸² Hükümet ayrıca, genel sağlık eşitliği üzerinde etkisi olan sağlık politikaları getirmiştir. Öte yandan, 1990'ların ekonomik zorluklarının ülkenin genel sağlık sistemi üzerinde etkisi olmuştur. Hükümet sağlık sektöründeki finansmanını büyük ölçüde azaltmıştır. Zimbabwe, sağlık fonları konusundaki uluslararası anlaşmalar çerçevesinde taahhütlerini yerine getirmemiştir. Örneğin, Abuja Deklarasyonu, Afrika ülkelerinin GSYİH'nın %15'ini sağlık sektörüne harcamasını öngörmektedir.⁴⁸³ 2000-2007 yılları arasında hükümetin sağlık harcamaları %7'den %4'e düşmüştür.⁴⁸⁴ Sonuç olarak, sağlık sektörü temel tıbbi ekipman ve ilaç sıkıntısına düşmüştür. Bu dönemde hiçbir ekipman olmadığı için hastaneler tıbbi işlem yapamamıştır.

Hükümet ayrıca sağlık altyapısının korunmasında da başarısız olmuştur. Ülkedeki hastaneler eski altyapıların altında çökmüştür. Hastanelerde sık sık enerji kesintileri yaşanmış ve bazı hastanelerde musluk suyu akmamıştır. Hükümet sağlık çalışanlarının ödemeleri konusunda da başarısız olmuştur. Yetersiz maaş ve çalışma koşulları, binlerce sağlık çalışanını, iyi çalışma koşulları bulmak için diğer ülkelere göç etmeye zorlamıştır. 2008 yılından bu yana her yıl sağlık çalışanlarının yaklaşık %20'si ülkeden ayrılmıştır.⁴⁸⁵ 2000 ve 2008 arasında Zimbabwe kamu sektörü gerekli personelin sadece %19'u ile faaliyet göstermiştir. Birçok doktor diğer ülkelere göç etmiş ve sağlık sektörü daha az deneyimli personele bırakılmıştır. Doktorlar 2008 yılında ayda yaklaşık 1 ABD doları kazanmaktaydılar.⁴⁸⁶

Zimbabwe'de HIV ve AIDS, sağlık sektörü üzerine büyük bir baskı yapmıştır. Sağlık sektörü, sağlık bakımına ihtiyaç duyan çok sayıda insana hizmet verememiştir. Sonuç olarak, birçok insan hayat kurtarıcı ilaçlar bulmak için komşu ülkelere gitmiştir. Ayrıca 2008 yılında,

⁴⁸² Nyazema, "The Zimbabwe crisis and the provision of social services: Health and education", ss. 233–61.

⁴⁸³ World Health Organization, "The Abuja Declaration : Ten Years On", *WHO Bulletin*, 2001, s.3.

⁴⁸⁴ Kidia, a.g.m, s. 3.

⁴⁸⁵ a.g.m., s.4.

⁴⁸⁶ Nyazema, "The Zimbabwe crisis and the provision of social services: Health and education", ss. 233–61.

4000'den fazla kişiyi öldüren bir kolera salgınına tanık olunmuştur.⁴⁸⁷ Kolera salgını, temel sağlık hizmetleri sağlama yeteneği olmayan sağlık sistemini iyice zayıflatmıştır. Sağlık sektörüne finansman sağlamak için uluslararası örgütler ve STK'lar devreye girmiştir. Geçmiş yıllarda, birçok sağlık programı ve projesi dış kuruluşlar tarafından finanse edilmiştir. Bunlara HIV ve AIDS programları, anne ve çocuk sağlığı programları dâhildir.

Zimbabve'de kötüleşen sağlık hizmeti, ülkedeki genel yaşam beklentisindeki düşüşte de görülmektedir. 2007 yılında Zimbabve'deki yaşam beklentisi, dünyanın en düşük kadın yaşam süresini temsil eden 34 yıl, erkekler için ise 37 yıl olmuştur.⁴⁸⁸ Aşağıdaki tablo Zimbabve'de 2018 yılında seçilmiş demografik ve sağlık göstergelerini göstermektedir. Zimbabve'de çocuk ve anne sağlığı yıllar geçtikçe kötüye gitmiştir. Anne ve çocuk sağlığında bağımsızlığın ilk on yılında yapılan kazanımlar tersine dönmüştür. Ayrıca, hastalık ve ölüm oranları konusundaki bilgiler, insanların hala önlenebilir hastalıklardan ölmekte olduklarını ortaya koymaktadır. Bunlar bulaşıcı hastalıklar, hamilelik ve doğum komplikasyonlarını içermektedir.⁴⁸⁹ Bugün Zimbabve'de tüm bu zorluklara rağmen sağlık sektörünü geliştirmek için birçok çaba bulunmaktadır. Kalkınma ortaklarının yardımıyla hükümet sağlığın iyileştirilmesi için sosyal politikalar ortaya koymaya çalışmaktadır. Bunlar genel sağlık sektörünü iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Diğer bir odak alanı sağlık sistemini iyileştirmektir. Sağlık altyapısının iyileştirilmesi, sağlık personelinin eğitimi ve ilaçlarının tedarik edilmesi yoluyla yapılmaktadır. Zimbabve'de anne sağlık hizmetlerine öncelik verilmektedir⁴⁹⁰. Yıllar geçtikçe, kadınların ve çocukların sağlığı kötüleşen sağlık sistemlerinden etkilenmiştir. Bu durum, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kalitesizliği nedeniyle dikkat çekmiştir. Zimbabve'de kırsal alanlarda durum daha endişe verici boyutlardadır.

⁴⁸⁷ World Health Organization., "Cholera outbreak, Zimbabwe.",2008, www.who.int/zimbabwe(06.10.2016)

⁴⁸⁸ Zimbabwe National Statistics Agency, "Zimbabwe Population Census 2012: National Report", Harare, Zimbabwe, 2012, s.33.

⁴⁸⁹ John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010", 2011.

⁴⁹⁰ MoHCC, "The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020", 2016.

Tablo 4:Seçilmiş Sağlık ve Demografik Göstergeler

Sağlık Ve Demografik Göstergeler	
Nüfus (milyon)	16.53
Nüfus yoğunluğu (kişi/km ²)	33
Ortalama hanehalkı büyüklüğü	4.2
Kent-kır nüfusu (%)	32 68
Kadın (%)	52
Anne ölümleri (100.000 canlı doğumda)	650
Bebek ölümleri (1000 canlı doğumda)	50.3
Doğuşta beklenen yaşam süresi: Toplam Kadın Erkek	62 64 60
Toplam doğurganlık hızı	4.1
Nüfus artış hızı (%)	1.1

4.1 ZİMBABVE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Zimbabve'nin sağlık sistemi birden fazla düzeyde merkezileştirilmiştir.⁴⁹¹ Sağlık hizmetleri, birincil, ikincil, üçüncül ve dördü (merkezi) olmak üzere dört seviyede verilmektedir (aşağıdaki şemaya bakınız). Ancak, diğer hizmetler Sağlık Bakanlığı'nda merkezileştirilmiştir. Bunlar arasında genel politika kararları, fonlar tahsisi, koordinasyon ve personel alımı sayılabilir.⁴⁹² Zimbabve'de sağlık hizmetleri Temel Sağlık Bakım Yaklaşımı (*Primary Health Care Approach*) aracılığıyla sağlanmaktadır. Yaklaşım, anne ve çocuk sağlığı, sağlık ve beslenme eğitimi, bağışıklama, bulaşıcı hastalık kontrolü, su ve sağlık koruma ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanmasını içermektedir.⁴⁹³

Zimbabve'de birinci sağlık bakımı seviyesi birinci basamak sağlık tesisleridir.⁴⁹⁴ Bu seviye köy sağlık çalışanları, topluluk bazlı ilaç distribütörleri ve kliniklerden oluşmaktadır. Bu, insanların sağlık hizmetleri ile ilk bağlantıya geçme seviyesidir. Bu hizmetlerin çoğu özellikle kırsal alanlarda kliniklerinde bulunmaktadır. Bu düzeydeki sağlık hizmetleri temel hastalıkları önleme ile anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık tesislerinde sadece bir hemşire vardır. Birinci basamak sağlık tesisleri, Zimbabve'de tüm sağlık tesislerinin yüzde 78'ini oluşturmaktadır.⁴⁹⁵ Ülkede toplam 1.118 kırsal sağlık kliniği, şehir polikliniği ve kırsal hastanesi bulunmaktadır.⁴⁹⁶ Kilise misyoneri, şirket ve özel

⁴⁹¹ John vd., a.g.e, 2011.

⁴⁹² John vd., a.g.e, 2011.

⁴⁹³ MoHCC, "The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020".

⁴⁹⁴ MoHCC a.g.e, 2016.

⁴⁹⁵ John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010".

⁴⁹⁶ MoHCC, "The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020".

klirikler ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır.⁴⁹⁷ Yönetim açısından bu tesisler topluluk, belde ve kırsal sağlık komiteleri tarafından yönetilmektedir. Sağlık denetim Bölge Sağlık Ofisi'nden (*District Health Office*) yapılmaktadır.⁴⁹⁸ Birinci basamak sağlık tesisleri, kritik hastaları, ilçe hastaneleri olan ikinci basamak bakımına yönlendirmektedir. Köy sağlığı çalışanları ayrıca birinci basamak sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Tüm köylerde ve yarı kentsel alanlarda bulunmaktadır. Zimbabve'de her yüz haneye bir köy sağlık çalışanı vardır.⁴⁹⁹ Köy sağlık çalışanları ilk yardım tedavisi yapmakta, sağlık eğitimi sağlamakta ve insanları sağlık tesislerini ziyaret etmeye teşvik etmektedir. Kaynaklarını yerel sağlık tesislerinden almaktadırlar. Ancak tüm ülkedeki hanelerin köy sağlık çalışanlarına erişimi yoktur. Zimbabve Sağlık Bakanlığına göre, hanelerin neredeyse yarısının köy sağlık çalışanlarına erişimi yoktur.⁵⁰⁰

İkincil seviyede sağlık tesisleri ilçe düzeyinde sağlık hizmetleri sağlamaktadır.⁵⁰¹ Bu seviyede, birincil sağlık tesislerinden gelen hastalar için hizmet vermektedir. İkincil seviye, birincil düzeyde mevcut olmayan yeterli sağlık hizmetleri sağlamak için tasarlanmıştır. Bunlar, birinci seviye sağlık tesislerinden gelen acil durumları içermektedir. Bununla birlikte, tesisler toplumdaki insanlara daha yakın oldukları için birinci basamak sağlık hizmetleri de sunmaktadır. İkincil seviye 46 devlet ilçesi ve 5 kilise misyoneri hastanelerinden oluşmaktadır.⁵⁰² İkincil sağlık tesisleri, Ülkenin sağlık sistemindeki tüm sağlık tesislerinin yaklaşık yüzde 3,6'sını temsil edilmektedir. Her ikincil sağlık tesisinin yaklaşık 140.000 kişiye hizmet vermesi beklenmektedir. İnsanlara, bu seviyesinde bir doktor ile ilk sağlık kontrolü yapılmaktadır. İkincil seviye bakım tesisleri, idare edemedikleri sağlık problemlerini üçüncül seviyeye göndermektedir. İkincil seviye tesisler bir hastane ve ilçe sağlık komitesi tarafından yönetilmektedir. Denetim açısından, ilçe sağlık memuru, sağlık çalışanlarını bu düzeyde denetlemekten sorumludur.⁵⁰³

⁴⁹⁷ Zimbabwe Association of Church Related Hospitals, "About ZACH – ZACH", 2019, [http://www.zach.org.zw/about-zach/\(19.04.2019\)](http://www.zach.org.zw/about-zach/(19.04.2019)).

⁴⁹⁸ Ministry of Health and Child Care, "Health in Zimbabwe", 2018, [http://www.mohcc.gov.zw/\(19.04.2019\)](http://www.mohcc.gov.zw/(19.04.2019)).

⁴⁹⁹ John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010".

⁵⁰⁰ MoHCC, "The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020".

⁵⁰¹ John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010".

⁵⁰² Ministry of Health and Child Care, "Health in Zimbabwe".

⁵⁰³ Ministry of Health and Child Care a.g.e.

Zimbabve'de il düzeyinde sağlık hizmetleri üçüncül düzeydedir.⁵⁰⁴ İl hastaneleri, *Harare* ve *Bulawayo* hariç, tüm illerde yer almaktadır. Büyük şehirlerde il hastanelerinden hasta alan merkezi hastaneler vardır. Üçüncül seviye, sağlık problemlerini ikincil sağlık kuruluşlarından daha iyi tedavi edebilecek nitelikli ve uzman doktorlara sahiptir. Üçüncül basamak sağlık tesisleri, tüm sağlık tesislerinin yüzde 1'inden azını temsil etmektedir. Üçüncül seviyenin de idari sorumlulukları vardır. İl sağlık tesisleri ikincil sağlık tesislerini denetlemektedirler. Üçüncül seviye sağlık sistemi, il sağlık memuru tarafından yönetilmektedir. Üçüncül seviye bakım ayrıca özel kliniklerde ve hastanelerde de mevcuttur. Bununla birlikte, tesisler insanların çoğunluğu tarafından erişilebilir değildir, çünkü çok pahalıdırlar. Hükümet tarafından işletilen üçüncül sağlık tesislerinde vasıflı sağlık personeli ve uzman eksikliği bulunmaktadır. Sağlık sistemini bu düzeyde büyük ölçüde etkilemiştir. Hastalar, düşük vasıflı sağlık personelinin hizmetleri almaktadır.⁵⁰⁵

Sağlık sistemindeki son sağlık bakım seviyesi merkezi veya dördüncül bakımdır.⁵⁰⁶ Zimbabve'de altı merkez hastanesi vardır ve *Harare*, *Bulawayo* ve *Chitungwiza*'da bulunmaktadır. Ciddi ve önemli hastalıkları yönetmek için en gelişmiş tıbbi ekipmanı, personeli ve ilaçları içermektedirler. Zimbabve'de merkez hastaneleri diğerlerine göre en fazla sağlık uzmanına sahiptir. Dördüncül hastaneler ülkenin sağlık sistemi için en yüksek seviyelerdir. Bu hastaneler doğrudan Sağlık Bakanlığı'na rapor vermektedir. Merkez hastaneleri ayrıca sağlık ekipmanları ve vasıflı sağlık işçileri ile ilgili zorluklarla karşılaşmaktadır. Bunlar insanları kötü sağlık hizmetlerine maruz bırakmıştır. Gelirleri yüksek olan Zimbabveliler ya özel hastanelerde ya da ülke dışında tedavi görmeyi seçmektedir.⁵⁰⁷

Sağlık sistemi, hastaların ilk olarak birincil sağlık bakım tesisini ziyaret etmesini sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. Birincil seviyede yardım alamazlarsa, sağlık sisteminin uygun seviyesine ulaşana kadar yönlendirilecektir. Ancak, sistem tasarlandığı gibi çalışmamaktadır. İnsanlar, evlerine yakın sağlık tesislerine dayanarak sağlık hizmetleri

⁵⁰⁴ John vd., “Zimbabwe Health System Assessment 2010”.

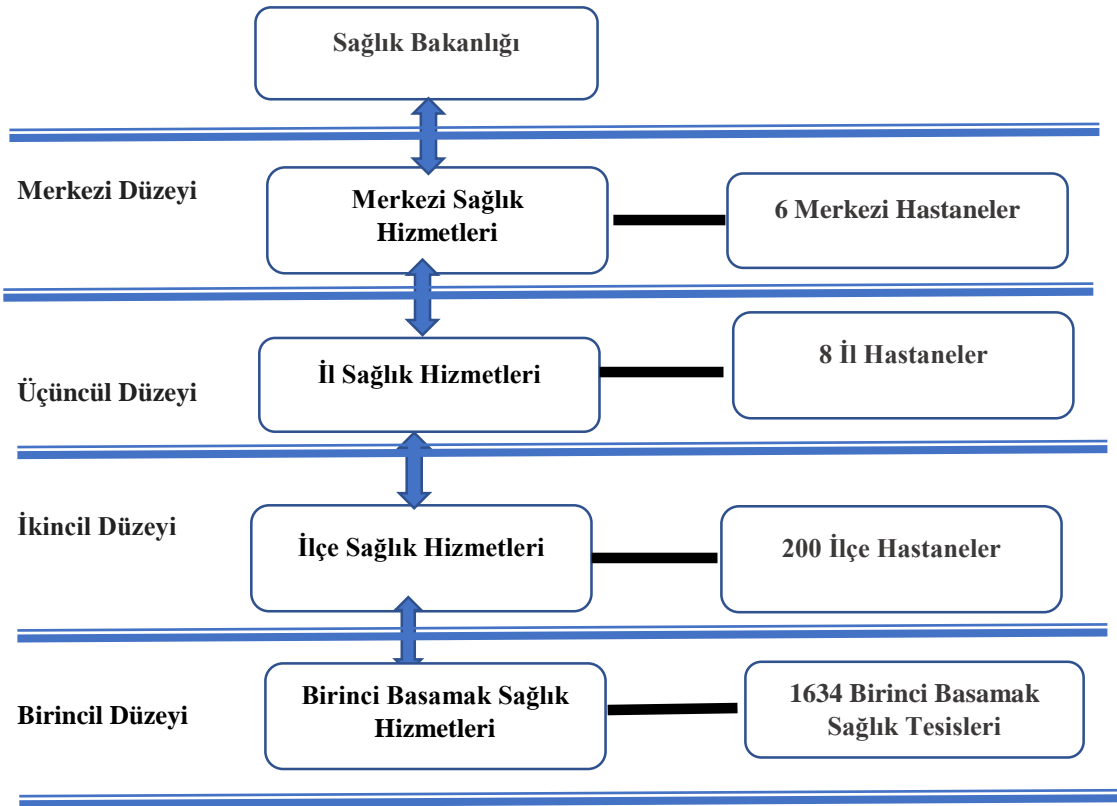
⁵⁰⁵ Nyazema, “The Zimbabwe crisis and the provision of social services: Health and education”, ss. 233–61.

⁵⁰⁶ John vd., “Zimbabwe Health System Assessment 2010”.

⁵⁰⁷ a.g.e.

aramaktadırlar. Bu, insanların ilçe, il ve merkezi sağlık düzeyindeki tesislerde ilk bakımı aramasına yol açmıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'na göre, birçok temel bakım tesislerini, personeli ve hizmet sunma yeteneğinden yoksun olarak birincil basamak sağlık hizmetlerini algılamaktadırlar.⁵⁰⁸ Sonuç olarak, insanlar ikincil, üçüncül ve dördüncül sağlık tesislerinde birinci basamak sağlık hizmeti aramaktadırlar. Çalışmalar ayrıca ilçe, il ve merkezi sağlık tesislerinin personel, malzeme sıkıntısı ve tüm hizmetleri sağlama becerisi ile ilgili sorunlarla karşı karşıya olduğunu göstermiştir.⁵⁰⁹ Sağlık sisteminin kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi için tüm bu zorlukların ele alınması gerekmektedir. Ayrıca, sorumlu makamlar sağlık sisteminin tasarlandığı gibi çalıştığından emin olmalıdır. Sevk sistemi boyunca tüm sistemlerin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Şekil 4: Zimbabve'de Sağlık Sistemi



⁵⁰⁸ Ministry of Health and Child Care, "Health in Zimbabwe".

⁵⁰⁹ MoHCC, "The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020".

4.1.1 Geleneksel Sağlık Sistemi

Zimbabve'de, insanların geleneksel sağlık sistemlerini kullanması da yaygındır. Zimbabve'de, geleneksel tıp yoluyla sağlık bakımı da sağlanmaktadır. Geleneksel tıp, farklı kültürlerle özgü olan ve kuşaktan kuşağa geliştirilip aktarılan teoriye, inançlara ve deneyimlere dayanmaktadır.⁵¹⁰ Ülkede, geleneksel sağlık bilgisi çoğunlukla sözlü gelenek, gelenekler, dini uygulamalar ve manevi ilhamla elde edilmektedir. Geleneksel sağlık sistemleri, sağlık bakımının sağlanmasını geleneksel bilgi ve becerilerin kullanılmasını içermektedir. Sektör insanlara çeşitli hastalıklarda tedavi sağlamaktadır. Geleneksel tıp geleneksel doktorlar veya inanç temelli şifacılar aracılığıyla yapılmaktadır. Bu geleneksel sağlıkçılar, insanlara hayvanları, bitkileri ve biyomedikal olmayan tedavi yöntemlerini kullanarak tedavi sağlayan kişidir. Zimbabve'de, gruplar inanç şifacıları (Hıristiyanlar), geleneksel doktorlar, geleneksel doğum görevlileri(ebeler), kutsal varlık, peygamberler ve bitki uzmanlarından oluşmaktadır. Zimbabve'de geleneksel bir doktor yerel dilde *n'anga* olarak bilinmektedir.

Zimbabve'deki geleneksel tıp ve geleneksel din birbirine yakından bağlıdır. Zimbabve'nin geleneksel dini, ruhsal insanların hiyerarşisini içermektedir. Manevi güçlerini kullanarak geleneksel tıbbi uygulamaktadırlar. Geleneksel dinin içindeki tüm Kutsal varlıklar (*svikiro*), önceki bölümde tartışıldığı gibi hasta insanları iyileştirme gücüne sahiptir. Kutsal varlıkların toplumdaki rolü, insanlara manevi ve tıbbi rehberlik sağlamaktır. İnsanlar geleneksel doktorların geleceği belirleme ve gizli hastalıklar da dâhil olmak üzere gizli şeyleri görme gücüne sahip olduğuna inanmaktadır. Ülkede Hıristiyanlığın ortaya çıkışı nedeniyle geleneksel doktorlara karşı olumsuz bir tutum vardır. Hristiyanlığa dayalı inanç şifacılarından insanların sağlık hizmeti almasıyla başlamıştır. Geleneksel doktorlar gibi inanç şifacıları da hastaları iyileştirmek için manevi güçler kullanmaktadırlar. Zimbabve'de yerli kiliseler arasında daha yaygındır.

Sömürge döneminde geleneksel doktorlar tarafından yapılan faaliyetler tanınmamıştır. Bağımsızlıktan sonra, hükümet, geleneksel tıbbın sağlık sistemindeki rolünü

⁵¹⁰ Ministry of Health and Child Care, "Traditional Medicine", 2017, http://www.mohcc.gov.zw/index.php?option=com_content&view=article&id=149&Itemid=667(19.04.2019).

kabul etmiştir. 1980 yılında Zimbabwe Ulusal Geleneksel Şifacılar Birliği (*Zimbabwe National Traditional Healers Association*) adında geleneksel şifacılar örgütü kurulmuştur.⁵¹¹ Ülkede geleneksel tıp pratisyenleri için profesyonel bir organizasyondur. Sağlık Bakanlığının geleneksel tıp için bir başkanlığı vardır.⁵¹² Başkanlık, geleneksel şifacılara politika düzenlemeleri ve öneriler yapmaktadır. Dahası, yerel geleneksel tıbbi bilgileri yabancılar tarafından sömürüden korurlar.

Zimbabwe'de birçok insan, farklı sebeplerden geleneksel sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Geleneksel tıp, Zimbabwe'de fakir toplumların birincil sağlık sisteminde en uygun fiyatlı ve kolay erişilebilir tedavi kaynağı olarak kalmıştır.⁵¹³ Geleneksel şifacıların çoğu hizmetlerini ücretsiz sağlamak veya çok düşük ücret talep etmektedirler. Bunun nedeni topluluk içindeki insanlardır. Yerel kaynakları ve Tanrı tarafından verilen yetenekleri kullanılmaktadır. İnsanların karşılaştıkları ekonomik sıkıntılar nedeniyle, geleneksel şifacılardan sağlık hizmeti aramaktadırlar. Zimbabwe'li dindar ve batıl inançlı insanlardır ve bu nedenle zorluklarla karşılaştıklarında daima ilahi müdahaleye başvurmaktadır. Sonuç olarak, geleneksel sağlık sistemleri, mevcut duruma bağlı olarak zaman içinde değişmektedir. Anne sağlığı hizmetleri, geleneksel sağlık sistemlerinin sıklıkla sağladığı sağlık hizmetlerinden biridir. Bunun nedeni, geleneksel şifacıların genellikle aile üyeleri olmaları ve mevcut yerel kaynakları kullanmalarıdır. Dahası, geleneksel anne sağlığı bilgisi topluluklar içerisinde kuşaktan kuşağa kolayca aktarılır. Zimbabwe'de algılanan iyileştirici özellikleri, satın alınan bilirlilikleri ve bitkilerin kullanım kolaylığı nedeniyle bitkisel ilaçların kullanımını giderek artmaktadır.⁵¹⁴ Geleneksel sağlık sistemini tamamen geliştirmek, mevcut sağlık sorunlarını çözmekte onu potansiyel bir güç haline getirir.

4.1.2 Sağlık Politikaları ve Stratejileri

Zimbabwe anayasası herkes için sağlık hizmeti hakkını garanti etmektedir.

⁵¹¹ Tabona Shoko, "Traditional Herbal Medicine and Healing in Zimbabwe", *Journal of Traditional Medicine & Clinical Naturopathy*, C. 07, S. 01 (2018), ss. 7–9.

⁵¹² Ministry of Health and Child Care, "Traditional Medicine".

⁵¹³ Alfred Maroyi, "Traditional use of medicinal plants in south-central Zimbabwe: Review and perspectives", *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, C. 9, S. 1 (2013), ss. 1–11, doi:10.1186/1746-4269-9-31.

⁵¹⁴ Shoko, "Traditional Herbal Medicine and Healing in Zimbabwe", ss. 7–9.

“Zimbabve’de her vatandaş ve daimî ikamet, üreme sağlığı da dâhil olmak üzere temel sağlık hizmetleri, erişim hakkına sahiptir.”⁵¹⁵

Anne sağlığı, üreme sağlığının önemli bir yönüdür. Zimbabve’de kaliteli kadın sağlığı hizmetlerinin tüm kadınlara sağlanması anayasa hakkıdır. Ayrıca, anayasa, herkesin güvenli, temiz ve yeterli suya sahip olma hakkına sahip olduğunu belirtmiştir.⁵¹⁶ Sağlık, insanların yaşam koşullarından etkilendiğinden, bu haklar insanların sağlığı ile yakından ilgilidir. Zimbabve’de tüm sağlık yasaları, politikaları ve stratejileri anayasada belirtilen hakları takip etmektedir. Bunlar anayasada belirtildiği gibi herkes için sağlık hizmeti hakkını karşılamak üzere tasarlanmıştır.

Ulusal sağlık politikaları, Zimbabve’de Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan stratejilerdir. Politikalar, Zimbabve’de sağlık önceliklerini ve programlarını özetlemektedir. Bağımsızlıktan bu yana ülkenin sağlık öncelikleri dört temel politika belgesinde belirtilmiştir. Bağımsızlıktan hemen sonra sağlık sistemine rehberlik eden ilk politika “Sağlıkta Eşitlik Planlaması” (*Planning for Equity in Health*) olarak adlandırılmıştır.⁵¹⁷ Bunu takiben 1997-2007 yılları arasında “Sağlıkta Kalite ve Eşitlik için Çalışma” Ulusal Sağlık Stratejisi (*National Health Strategy “Working for Quality and Equity in Health*) izlemiştir. Üçüncü politika belgesine “Sağlıkta Eşitlik ve Kalite: Bir Halkın Hakkı, 2009-2013” (*Equity and Quality in Health: A People’s Right, 2009-2013*) Ulusal Sağlık Stratejisi adı verilmiştir.⁵¹⁸ Ülkenin geçerli sağlık politikası, 2016-2020 Ulusal Sağlık Stratejisidir, “Sağlık Eşitliği ve Kalitesi: “Kimseyi Geride Bırakmamak” tır (*Equity and Quality of Health: Leaving No One Behind*).⁵¹⁹ Politika, 2009-2013 sağlık politikasının halefidir. Zimbabve’de kaliteli sağlık hizmetlerini sunabilmek için, sağlık açığını ele almak ve sağlık sistemini güçlendirmeyi amaçlamaktadır.

Zimbabve’de sağlık politikaları, önceki bölümde tartışılan daha geniş sosyo-ekonomik politikalardan etkilenmektedir. Bunlar sağlıkla ilgili olmayan politikalardır, ancak

⁵¹⁵ Copac, “The Constitution of Zimbabwe”, *Constitution of Zimbabwe*, 2012.

⁵¹⁶ Copac, a.g.e., 2012

⁵¹⁷ John vd., “Zimbabwe Health System Assessment 2010”.

⁵¹⁸ Ministry of Health and Child Welfare, “The National Health Strategy for Zimbabwe, 2009-2013. Equity and Quality in Health: A People’s Right”, Harare, 2009.

⁵¹⁹ MoHCC, “The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020”.

Zimbabve'de daha geniş bir sosyo-ekonomik gelişme elde etmeyi amaçlamaktadırlar. Örneğin, *STERP*, *MTP* ve *Zimbabve Agenda for Sustainable Socio-economic Transformation* (yukarıda tartışılan) Zimbabve'de insanların genel sosyo-ekonomik durumunu iyileştirmeye yönelik hükümet politikalarıdır. MTP, sağlık hizmetlerini iyileştirmek için çeşitli hedefler ve politika önlemleri içerir: ülke genelinde temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, ekonomik kriz sırasında kapalı olan hastaneler ve kliniklerin yeniden açılması, hükümetin sağlık kurumuna finanse edilmesi, hastanelerdeki su ve sağlık koruma hizmetlerinin geri alınması, nitelikli sağlık çalışanlarının işe alınması ve sağlık sektöründeki her seviyede yönetim sisteminin güçlendirilmesidir.⁵²⁰

Geçerli sağlık politikası, *Zim-Asset* politika belgesinde ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri gündemde ayarlanan hedeflere ulaşmak için formüle edilmiştir. *Zim-Asset*, tüm sektörleri genel sosyo-ekonomik kalkınmaya ulaşmak için dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumu, politikanın temellerinden birine dâhil edilmiştir. Zimbabve ayrıca uluslararası sözleşmeler altında vatandaşların genel sağlığını iyileştirmek için taahhütler yapmıştır. Zimbabve'nin Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi kapsamında yapmış olduğu taahhütlere de dayanmaktadır. 2016-2020 Ulusal Sağlık stratejisinin ana hedefi Zimbabve genelinde sağlıklı bir nüfus sağlamaktır.⁵²¹ Güçlendirilmiş bir sağlık sistemi aracılığıyla kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlamak için çaba gösterecektir. Aynı zamanda, strateji birinci basamak sağlık hizmetlerini ve hastane sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi de hedeflemektedir. Birincil sağlık yaklaşımı aracılığıyla mevcut kaynakların kullanımı maksimize yoluyla yapılacaktır. Politika ve idare konularına özel dikkat gösterilecektir. Sağlık stratejisi ayrıca, çok sektörlü ortaklıklara duyulan ihtiyacı ve sağlık sektöründe araştırma ve geliştirme konularını vurgulamaktadır.⁵²² Zimbabve'de geçerli sağlık stratejisi, birinci basamak sağlık düzeyinde kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanmasını hedeflemektedir. Dahası bütün nüfusun kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi için topluluklar ve hane sağlığı şeklinde genişletilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Daha çok, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğunun sağlandığı kırsal bölgelerdeki insanları hedeflemektedir.

⁵²⁰ Government of Zimbabwe, “Zimbabwe Government Portal”.

⁵²¹ MoHCC, “The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020”.

⁵²² MoHCC a.g.e., 2016

4.1.3 Sağlık Konusundaki Öncelikler ve Programlar

Zimbabve'de geçerli sağlık stratejisi, sağlık hizmetlerinin sağlanmasına odaklanmak için kilit öncelikler alanı belirlemiştir. Sağlık stratejisi, bulaşıcı hastalıklar ve yüksek ölüm oranlarına odaklanmıştır. Zimbabve Ulusal Sağlık Stratejisinin dört öncelikli alanı şunlardır: bulaşıcı hastalık programları, üreme, anne, yeni doğan ve çocuk sağlığı, ergen hizmetler ve halk sağlığı gözetimi ve afete hazırlık ve müdahale programlarıdır.⁵²³ Programlar, Zimbabve'nin karşılaştığı sağlık sorunlarına bütünsel bir cevap oluşturmaktadır. Anne sağlığı, ulusal sağlık stratejisi altındaki öncelikli alanların bir parçasıdır. Ülkede kadınlar için sağlık hizmeti sunmanın son derece önemli olduğunu göstermektedir. Son yirmi yılda anne sağlığı hizmetlerine öncelik verilmiştir. Bunlar arasında hem daha geniş üreme sağlığı hizmetleri hem de aile planlaması hizmetleri bulunmaktadır. Hizmetler, aile planlaması hizmetlerine olan yaygın talep ve doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle önem kazanmıştır. Ayrıca, anne ölümleri oranları 1990'lı yıllardan beri artmaktadır. Binyıl Kalkınma Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında anne ölümlerini azaltmak için hükümetin verdiği taahhütlerin aksine anne ölümleri artmıştır. Yıllar boyunca, anne sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırmak için çeşitli programlar, stratejiler ve politikalar uygulanmıştır. Ancak, sağlık sistemindeki ve topluluklardaki çeşitli kısıtlamalar nedeniyle çok az başarı kaydedilmiştir. Sosyal faktörler bu programların başarılarının belirlenmesinde rol oynamış olabilir. Bu nedenle, sağlık politikalarımızı, özellikle kırsal toplumlarda sağlığın sosyal belirleyici koşullarına hitap eden bir şekilde tasarlamamız önemlidir.

4.2 ZİMBABVE'DE ANNE SAĞLIĞI

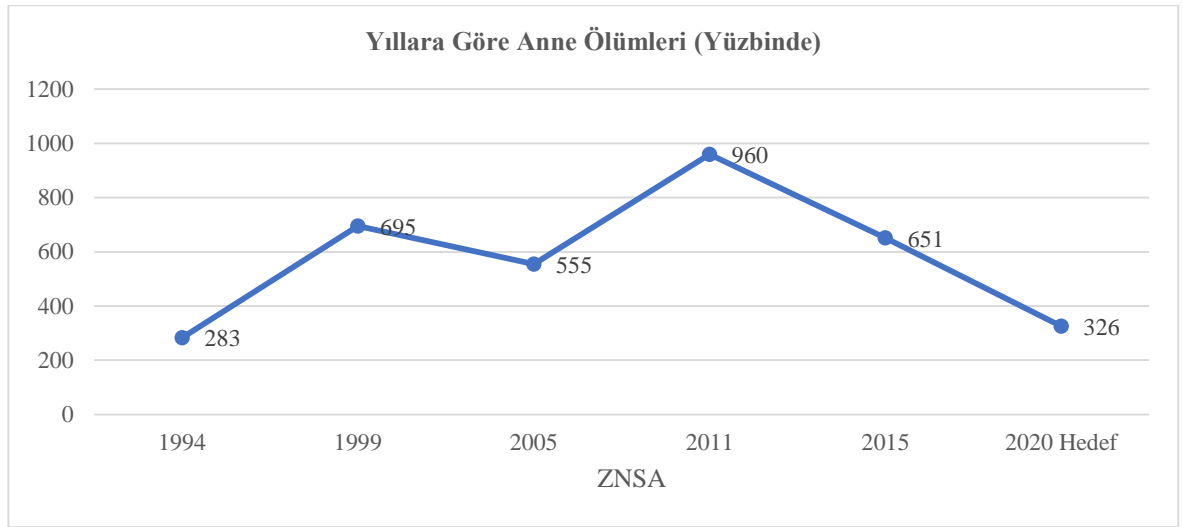
Sağlık Bakanlığı üreme sağlığı hizmetleri bölümü aracılığıyla anne sağlık hizmetleri sağlamaktan sorumludur. Zimbabve'de anne sağlığı hizmetleri, güvenli annelik girişimi ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri gibi küresel anlaşmalar bağlamında sağlanmaktadır. Bağımsızlıktan sonra Zimbabve'deki yeni hükümet annelerin sağlığını iyileştirmeye yatırım

⁵²³ a.g.e., 2016.

yapmıştır. Ancak, elde edilen tüm kazançlar sağlık sistemindeki çöküş nedeniyle kaybolmuştur. Bugün ülke, en yüksek anne ölümleri oranlarına sahip ülkelerden biridir.

Zimbabve'de yüksek anne ölüm oranı, halk sağlığı açısından önemli bir problem olmaya devam etmektedir. Zimbabve Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (ZNSA) göre anne ölümleri 1990'da 283'ten 1999'da 695'e, 2010'da 960'a ulaşmıştır.⁵²⁴ Anne ölüm oranları 2010'dan sonra düşmeye başladı ve 2015'te yüz bin canlı doğumda 650 ölüm kaydedilmiştir. Bu her gün altı kadının öldüğü anlamına gelmektedir. Anne ölüm oranlarındaki düşüşe rağmen, ölüm oranı hala kabul edilemez derecede yüksektir. Üç kez küresel ortalama ve iki kez Sahra-altı Afrika ortalamasıdır. Aşağıdaki grafik, Zimbabve'de, anne ölümlerine eğilimleri ve 2020 hedefini göstermektedir.

Grafik 6:Zimbabvenin Anne Ölümlerine Eğilimleri ve 2020 Hedefinin



Dünya Sağlık Örgütü küresel sağlık verilerine göre, 2013 yılında bildirilen 2,100 anne ölümü bilinen, önlenabilir ve tedavi edilebilir nedenlerden kaynaklanmıştır.⁵²⁵ **Zimbabwe Maternal and Perinatal Mortality Study'a** göre, doğrudan anne ölümlerinin çoğunluğu beş obstetrik komplikasyondan kaynaklanmıştır.⁵²⁶ Bunlar, kanama (14%), gebelik ile ilgili hipertansiyon (13%), sağlıksız düşük (6%), ve engelli doğumu (8%) içermektedir. Anne

⁵²⁴ ZIMSTAT, "Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report".

⁵²⁵ World Health Organization., "Maternal mortality", 2016.

⁵²⁶ Munjanja, "Zimbabwe Maternal and perinatal mortality", 2007.

ölümlerinin dolaylı nedenleri HIV ve AIDS (%25) ve sıtmadır (%6).⁵²⁷ Zimbabwe'de anne ölümlerinin çoğunluğu (%63) doğum sonrası dönemde ortaya çıkmaktadır. Doğum öncesi dönemde yüzde 24 ve doğum döneminde yüzde 6,6 oranında ölüm gerçekleşmektedir. Anne ölümlerinin çoğu %84'ü sağlık tesislerinde meydana gelmektedir⁵²⁸. Diğerleri evde meydana gelen ölümler üzerinde raporlama altında gösterilebilir. Ergen kızlar ve genç kadınlar, çoğu anne ölümlerini temsil etmektedir. Ülkenin genç bir nüfusa sahip olması nedeniyle bu büyük bir endişe kaynağıdır. Anne ölümlerinin birçoğu, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında yeterli sağlık bakımı verilerek önlenemez. Bununla birlikte, hamile kadınlar için uygun bakım yıllar içinde azalmıştır. Anne sağlığı, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen sosyal değerler ve yapılar tarafından tehlikeye atılmaktadır. Zimbabwe'de anne ölümleri, kadınların anne sağlık hizmetlerini kullanma konusundaki isteksizliğinden kaynaklanmaktadır⁵²⁹.

4.2.1 Anne Sağlık Hizmetleri: Politikalar ve Programlar

Zimbabwe'de anne sağlığı hizmetleri, önceki kısımda tartışılan Dünya Sağlık Örgütü tavsiyelerine dayanmaktadır. Anne sağlığı hizmetleri birinci basamak seviyesinde verilmektedir. Yıllar geçtikçe, kadınların anne sağlığı hizmetlerini kullanımı artmıştır. Ancak, hükümet tarafından belirlenen hedeflere ulaşmamıştır. Ayrıca, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımında eşitsizlikler bulunmaktadır. Kırsal kesimdeki kadınlar, anne sağlığı hizmetlerine, kentsel kesimdeki kadınlarla karşılaştırıldığında daha az erişmektedir. *Zimbabwe Multiple Indicator Monitory Survey'e* göre, kadınların %74,7'si dört kez hastaneden anne sağlığı bakımı almıştır.⁵³⁰

Sağlık tesisinde doğumlar açısından, kadın %27, %31 ve %33, 1999, 2006 ve 2010 yılında sırasıyla bir sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapmıştır. Benzer şekilde, sağlık tesislerinde doğumlar 1999'da %72'den 2006'da %68'e ve 2011'de %65'e düşmüştür⁵³¹. 2015-ZNSA'ya göre, sağlık tesislerinde doğumlar 2015 yılında %77 olarak belirlendi. Aynı

⁵²⁷ Munjanja, a.g.e., 2007

⁵²⁸ John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010".

⁵²⁹ Kidia, "The future of health in Zimbabwe", ss. 1–8.

⁵³⁰ Zimbabwe National Statistics Agency, "Multiple Indicator Cluster Survey", *October*, Harare, 2012.

⁵³¹ Zimbabwe National Statistics Agency a.g.e.

çalışmada, son 5 yılda doğumların %26,7'ü ev ve sağlık personelinin yardımı olmadan yapıldığı belirlenmiştir. ZNSA'ya göre doğum öncesi yeterli bakım alamayan kadınların oranı %24'e inmiştir. Zimbabwe'de annelerin %32'si doğum sonrası bakım almamış ve sadece %57'si doğumdan sonraki ilk iki gün boyunca yeterli bakım almıştır.⁵³² İstatistikler, anne sağlığı hizmetlerinde zorluklar olduğunu göstermektedir. Anne sağlığı hizmetlerinin düşük kullanımına ek olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesi de diğer bir önemli unsurdur. Sonuç olarak, hükümet bu zorlukların üstesinden gelmek için programlar ve politikalar tasarlamak için çalışmaktadır.

Anne ölümlerini azaltma hedefine ulaşmak ve Sürdürülebilir Kalkınma hedeflerinin hedeflerine ulaşmak için yıllar boyunca çeşitli anne ve çocuk sağlığı politikaları geliştirilmiştir⁵³³. Anne sağlığı, ülkede sağlık stratejilerinde öncelikli bir alandır. Örneğin, 2009-2013 Ulusal Sağlık Stratejisi, tüm anne kliniklerinde kullanıcı ücretlerinin ödenmesini ortadan kaldırmıştır⁵³⁴. Zimbabwe Hükümeti, UNICEF ve Uluslararası bağışçılar, **Health Transition Fund** adlı beş yıllık bir plan hazırlamıştır. Program, yüksek anne ve çocuk ölüm oranlarını azaltmayı amaçlamaktadır. **Health Transition Fund**, anne sağlığı hizmetleri için insan kaynakları ve ekipman sağlamaktadır.⁵³⁵

Ayrıca, Sağlık ve Çocuk Bakımı Bakanlığı, ülkedeki anne ölümlerinin izlenmesi ve raporlanmasını güçlendirmeyi amaçlayan ulusal bir Anne Ölüm Bildirimi Sistemi uygulamaktadır.⁵³⁶ Anne sağlığı hizmetlerinin planlanması amacıyla doğru verilerin zamanında toplanmasını sağlamaktadır. 2007 yılında hükümet tarafından, 2007-2015 yılları arasında Zimbabwe Anne ve Yeni doğan Sağlığı Stratejisi (*Zimbabwe Maternal and Neonatal Health Strategy*) formüle edilmiştir.⁵³⁷ Stratejinin tüm doğumlarda yetenekli çalışan katılımını sağlamak, ailelerin, toplulukların ve sivil toplumun anne sağlığı hizmetlerini sağlamadaki kapasitelerini güçlendirmek gibi birçok amacı vardır. Ayrıca, bu strateji

⁵³² ZIMSTAT, “Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report”.

⁵³³ United Nations, “Zimbabwe Millennium Development Goals and Beyond 2015”.

⁵³⁴ Ministry of Health and Child Welfare, “The National Health Strategy for Zimbabwe, 2009-2013. Equity and Quality in Health: A People’s Right”.

⁵³⁵ UNICEF Zimbabwe, “Zimbabwe launches health transition fund to revitalize care for children and women”, 2018, https://www.unicef.org/health/zimbabwe_60380.html, (19.04.2019).

⁵³⁶ Ministry of Health and Child Care, “Health in Zimbabwe”.

⁵³⁷ Bruce Campbell, “Maternal and Neonatal Health Assessment in Zimbabwe”, Harare, 2014.

kapsamlı bir anne sağlığı bakımı sunmuştur. Aile planlaması, doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım ve acil obstetrik bakımı hizmeti paketi kapsamıştır.⁵³⁸ Hükümet ayrıca annenin çocuğa AIDS geçme ihtimalinin önlenmesini programında tanıtmıştır. Program, yeni doğan bebekleri HIV virüsünden korurken kadınları HIV ve AIDS'ten kurtarmayı amaçlamıştır. Birleşmiş Milletler ve diğer STK'lar da anne sağlığını iyileştirmek için farklı programlar ve müdahaleler getirilmiştir. Anne ölümlerini azaltmaya yönelik müdahaleler, sağlık sektörüne teknik ve finansal desteği, doğrudan program desteğini (nitelikli personel eğitimi, teşviklerin sağlanması, ambulanslar vb.) içermektedir. Geçerli sağlık stratejisi ayrıca kaliteli anne sağlık hizmetlerinin sağlanmasını güçlendirmeyi de hedeflemektedir. 2020 yılına kadar anne ölüm oranını 614'ten 300 ölüme düşürmeyi hedeflemektedir.⁵³⁹ Hükümet, ücretsiz anne sağlık hizmetleri vermeyi amaçlamaktadır, hemşirelerin hayat kurtarıcı prosedürleri gerçekleştirmesine izin verir, anne sağlığı için temel ekipman, ilaç ve sarf malzemeleri tedarik etmek ve dağıtmak ve sağlık işçisi tutma programlarını desteklemektedir.⁵⁴⁰ Stratejiler, anne sağlık hizmetlerinin kullanımını geliştirmeyi başarmıştır. Teşvik sağlamak ve kadınların sağlık merkezlerinde bebeklerini doğurmaları için teşvik etmişlerdir. Bununla birlikte, tüm bu önlemlere rağmen, anne ölümleri hala kabul edilemez derecede yüksektir. Birçok kadın hala önlenemez sebeplerden ölüyor. Araştırılması gereken soru, bu sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliğidir. Çalışmalar, Zimbabve'de farklı coğrafî bölgelerden farklı gruplar arasında erişim ve kalite bakımından büyük eşitsizlik olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, çalışmalar bu sorunu incelemek ve anne ölümleri sorununa sürdürülebilir özel çözümler bulma yönünde çalışmak için kritik öneme sahiptir.

4.2.2 Anne Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlikler, Erişilebilirlik ve Kalite

Anne sağlık hizmetlerinde eşitsizlikler, Zimbabve dâhil gelişmekte olan ülkelerde yaygındır. Anne sağlık hizmetlerinde eşitsizlikler sömürge döneminden bu yana ülkede görülmüştür. Dönemde beyazlar, kaliteli anne sağlık hizmetlerine siyahi insanlarla karşılaştırıldığında erişmeleri daha kolay olmuştur. Sömürge hükümetleri Afrika nüfuslu

⁵³⁸ Government of Zimbabwe, “The Zimbabwe National Maternal and Neonatal Health Road Map”, Harare, 2007.

⁵³⁹ MoHCC, “The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020”.

⁵⁴⁰ Government of Zimbabwe, “The Zimbabwe National Maternal and Neonatal Health Road Map”.

bölgelerde, özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınlara sağlık hizmeti sağlamamıştır. Bağımsızlıktan kısa bir süre sonra, yeni hükümet, anne sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin bir kısmını gidermek için hızlı bir şekilde hareket etmiştir. Sağlığı herkes için bir hak haline getiren politikaları formüle etmek, ırksal temelli sağlık hizmetlerini ortadan kaldırmak ve ayrıca kırsal alanlarda sağlık tesislerine yatırım yapmak suretiyle yenilikler gerçekleştirilmiştir. Zimbabwe'de yerel kadınların anne sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ile sonuçlanmıştır. Ayrıca, her kadın ülkenin her yerinde anne hizmetlerine erişebildiğinden, ırk temelli eşitsizlikler ortadan kaldırılmıştır.

Bununla birlikte, Zimbabwe'deki anne sağlık sistemi içinde zorluklar devam etmiştir. Irk temelli eşitsizliklerin giderilmesine rağmen, kadınlar arasındaki diğer eşitsizlik biçimleri devam etmiş ve hatta genişlemiştir. Ekonomik ve sosyal kriz, sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen sosyal eşitsizliği ve gelir eşitsizliğini ortaya çıkarmıştır. Sağlık eşitsizlikleri, nüfus grupları arasında değil, nüfus grupları içerisinde bulunmaktadır. Bu Zimbabwe'de aynı ırka sahip kadınların aldığı anne sağlık hizmetlerinde eşitsizlikler olduğu anlamına gelmektedir. Anne sağlığı eşitsizlikleri artık büyük ölçüde topluluklarda bulunan sosyal belirleyiciler tarafından şekillenmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerini anlamak, daha iyi sağlık politikaları tasarlamamıza yardımcı olacaktır. Sosyal ve kültürel faktörlerin Zimbabwe'de anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını nasıl etkilediğini anlamamız gerekir. Sadece sağlığın sosyal belirleyicilerinin kadınlar açısından kapsamlı bir analizi ile elde edilebilir.

Çalışmalar, Zimbabwe'de farklı coğrafi bölgelerden farklı gruplar arasında anne sağlık hizmetlerine erişim ve kalite bakımından büyük eşitsizlikler olduğunu göstermiştir⁵⁴¹. Zimbabwe Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, anne sağlığı hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler son yıllarda azalmıştır, ancak kadınlar arasında hala büyük boşluklar vardır. Doğum yapmak, kentsel veya kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar için hala farklı bir deneyimdir; zengin ya da fakir, eğitilmiş ya da değildir⁵⁴². Çalışma, yükseköğretime sahip kadınların hemen hemen hepsinin (%99) yetenekli bir sağlayıcı ile doğum yaptığı ancak

⁵⁴¹ Munjanja, “Zimbabwe Maternal and perinatal mortality”; Carl. Taylor vd., “Surveillance for equity in maternal care in Zimbabwe”, *World Health Statistics Quarterly*, C. 46, S. 4 (1993), ss. 242–47; ZIMSTAT, “Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report” Harare, 2016.

⁵⁴² ZIMSTAT, “Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report”, 2016.

eğitim görmemiş kadınlardan sadece yarısının yetenekli bir sağlayıcı ile doğum yaptığını tespit etmiştir. Öte yandan, Zimbabwe Çoklu Gösterge Araştırması, kırsal kesimdeki kadınlardan yüzde 50'sinin evde doğum yaptığını göstermiştir.⁵⁴³ Zimbabwe'de kadınlardan çoğunluğu kırsal alanlarda yaşadığından ve daha az eğitimi olduğlarından, bu endişe vericidir. Aşağıdaki tablolar, doğum öncesi bakım ziyareti sayısı, doğumdan sonraki 2 gün içinde doğum sonrası bakım alan kadın, sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumların kadınlardan temel özelliklerine göre yüzde dağılımını göstermektedir. İkinci tablo ise anne sağlık hizmetindeki sosyo-ekonomik özelliklere ve bölgelere göre farklılıkları göstermektedir.

Tablo 5: Anne Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlikler ve Kadınlardan Temel Özelliklere Göre Oranı, Zimbabwe 2015

Kadınlardan temel özelliklere		Doğum öncesi bakım ziyareti sayısı (4)	Doğumdan sonraki 2 gün içinde doğum Sonrası bakım alan kadın %	Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumların
Yerleşim yeri	Kent	71.9	66.7	92.1
	Kır	69.3	52.5	70
Hane halkı refah düzeyi	En düşük	65.2	46.7	60.8
	En yüksek	77.7	68.6	95.2
Eğitim	Eğitimi yok	60.4		51.5
	İlkokul	65.1	44.3	63.7
	Lise	71.5	61.6	82.4
	Yüksek	85.7	81.6	99.4
Ulusal ortalama		70.1	56.5	77.0

Tablo 6: Bölgelere Göre Anne Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlikler, Zimbabwe 2015

Bölgeleri	Doğum öncesi bakım ziyareti sayısı (4) %	Doğumdan sonraki 2 gün içinde doğum Sonrası bakım alan kadın %	Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumların %
Ulusal ortalama	70.1	56.5	77.0
Manicaland	76.2	44.0	69.5
Mashonaland Central	63.0	49.0	68.5
Mashonaland East	70.7	58.1	73.4
Mashonaland West	68.5	58.8	65.7
Matebeland North	71.4	75.4	83.0
Matebeleland South	71.7	80.5	83.4
Midlands	64.9	63.5	80.8
Masvingo	74.4	43.8	78.0
Harare	66.7	60.6	91.1
Bulawayo	70.5	69.1	90.3

⁵⁴³ Zimbabwe National Statistics Agency, "Multiple Indicator Cluster Survey", 2014.

Genel olarak, anne sağlık hizmetlerinin kullanımı, eğitimsiz kadınlar arasında dūşüktür. Kadınların büyük çoğunluğu Manicaland ve Mashonaland gibi kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Harare ve Bulawayo gibi kentsel bölgelerdeki kadınlar, anne sağlığı hizmetlerine daha iyi bir erişime sahiptir. Bölgelerdeki tüm sağlık hizmetlerine erişen çok sayıda kadın olduğu belirlenmiştir. En nitelikli katılımlı doğumun kullanıldığı bölge Bulawayo'dur (%95). Mashonaland West yüzde 67 ile en düşük kullanıma sahiptir- yüzde 1,4'lük bir fark.⁵⁴⁴ Ayrıca, kırsal alanlarda, kadınların yüzde 69'u, kentsel alanlarda yüzde 72'ye kıyasla en az 4 doğum öncesi bakım (DÖB) ziyareti yapmıştır.

Zimbabve'de anne sağlık bakımı ile ilgili ulusal araştırmaların çoğu, nicel araştırmalardır. Buna ulusal olarak temsili bir çalışma olan Zimbabwe Nüfus ve Sağlık Araştırmaları dâhildir. Ülkede anne sağlık hizmetlerinin kullanımında ve kapsama alanında eşitsizlikler olduğunu bildirmişlerdir. Ancak, sağlık eşitsizliklerinin neden ve nasıl gerçekleştiğini açıklamamaktadırlar. Nicel araştırmalar, sosyal olguların arkasındaki nedeni açıklama konusunda zayıftır. Bu nedenle, kadınların neden anne sağlık hizmetlerine farklı erişiminin olduğunu ve ayrıca farklı sosyal-kültürel faktörlerin sağlığa erişimi nasıl etkilediğini anlamak için nitel bir çalışma önemlidir. Sağlık sosyal belirleyicilerinin yaklaşımı, toplumun sağlık eşitsizliklerini nasıl ürettiğini açıklamak için güçlü bir modeldir. Nitel yaklaşımları kullanmak, sosyal faktörler ile kadınlar üzerinde farklı sağlık sonuçları üretmek için birbirlerini nasıl etkiledikleri arasındaki çeşitli bağlantıları açıklamamızı sağlayacaktır.

Dünya çapında kadın erişilebilirlik ve kaliteli anne sağlık hizmetleri toplumdaki farklı gruplar arasında eşit değildir.⁵⁴⁵ Zimbabve'de, yukarıda belirtilen politikaların anne sağlık hizmetlerine erişimini arttırma konusundaki tüm çabalarına rağmen, anne sağlık hizmetlerinde eşitsizlik, halk sağlığı sorunudur. Anne sağlık hizmetlerinin önündeki engeller şunları içerir; kullanılabilirlik sağlık hizmetleri eksikliği, yüksek maliyet ve sağlık sigortası

⁵⁴⁴ ZIMSTAT, "Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report".

⁵⁴⁵ Sreen Thaddeus, Deborah Maine, "Too far to walk: Maternal mortality in context", *Social Science and Medicine*, C. 38, S. 8 (1994), ss. 1091–1110; UNICEF, "Antenatal care - UNICEF DATA".

kapsamının yetersizliği, kötü yol altyapısı, yetersiz etkili ambulans ve diğer acil ulaşım gibi önemli sağlık hizmetlerine erişim zorluklarıdır.

Kadınların, yetenekli doğum görevlilerine, doğum öncesi ve acil obstetrik bakım hizmetlerine erişimi sosyo-ekonomik ve kültürel gruplara göre farklıdır. Kentsel bölgelerdeki kadınlar, kaliteli anne sağlık hizmetlerine kırsal bölgelerdeki kadınlardan daha kolay bir erişime sahiptir. Zimbabwe Nüfus ve Sağlık Araştırması, evde doğumların kırsal alanlarda daha yaygın olduğunu bildirmiştir. Kırsal kesimdeki kadınların %42'si kentsel kesimdeki kadınların ise sadece yüzde 14'ü evde doğum yapmıştır.⁵⁴⁶ Ayrıca, anne sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik, ülkenin farklı bölgelerinden gelen kadınlar arasında da görülmektedir. Zimbabwe, yoksulluk içinde yaşayan nüfusun büyük çoğunluğuyla sonuçlanan ciddi ekonomik zorluklara tanık olmuştur. Ayrıca, kriz sağlık sisteminin bozulmasına neden olmuştur. Nüfusun çoğunluğunun devlet hizmetlerine bağlı olduğunu göz önüne alarak, sağlık erişimindeki eşitsizlikler üzerinde çok şey yaratmıştır. Hükümet ayrıca 1990'lı yıllarda hastanelerde kullanım ücretleri getirmiştir.⁵⁴⁷ Bu, kullanıcı ücretlerini karşılayamayan veya özel sağlık hizmeti alamayanların sağlık hizmetlerine erişemedikleri anlamına gelmektedir.

Zimbabwe'de insanların %68'i kırsal alanlarda yaşamaktadır. Kırsal bölgelerdeki sağlık tesislerinin çoğunluğu birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Tesisler daha iyi ve kaliteli sağlık hizmetlerinden yoksundur. Kırsalda, bazı birinci basamak sağlık tesislerinde doğuma yardımcı yetenekli ebe bulunmamaktadır.⁵⁴⁸ Ayrıca acil obstetrik ekipman eksikliği de vardır. Kentsel alanlardan farklıdır ve kadınların kaliteli anne sağlık hizmetlerine farklı erişimi olduğunu göstermektedir. Ek olarak, kırsal bölgelerdeki kadınlar sağlık tesislerinden uzakta yaşamaktadırlar. Kadınların sağlık kurumlarına ulaşma süresi sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyebilir. Anne sağlığı hizmetlerinde eşitliği sağlamak, her hükümet için büyük bir endişe kaynağıdır. Bu, aynı kalitede anne sağlık hizmetlerine Zimbabwe'deki tüm kadınlar erişim sağlamalı anlamına gelmektedir.

⁵⁴⁶ ZIMSTAT, "Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report".

⁵⁴⁷ Nyazema, "The Zimbabwe crisis and the provision of social services: Health and education", ss. 233–61.

⁵⁴⁸ John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010".

4.2.3 Zimbabve'de Anne Sağlığı Çalışmaları

Zimbabve'de anne sağlığı üzerine çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlar hem nicel hem de nitel çalışmaları içermektedir⁵⁴⁹. Çalışmalar, anne ölümleri, doğum öncesi bakım⁵⁵⁰, doğum sonrası bakım⁵⁵¹, yetenekli doğum⁵⁵² ve anne ve çocuk bakımı gibi farklı anne sağlığı boyutlarına odaklanmıştır.⁵⁵³ Diğerleri ayrıca anne sağlığı bakımının farklı belirleyicileri üzerinde de odaklanmaktadır. Zimbabve'de, Zimbabve Nüfus ve Sağlık Araştırması, sağlık bakımının kullanım faktörlerini araştıran tek ulusal ankettir. Her beş yılda bir yapılır ve 1988'den beri yürütülür. Anket, ülke genelinde anne sağlık hizmetlerinin kullanımını hakkında kritik bilgiler sağlamıştır. Bununla birlikte, kadınların ve sağlık çalışanlarının kalitesi ve algıları gibi anne sağlığı konusundaki karmaşık soruya cevap verememektedir.

Munjanja ve arkadaşları tarafından 2007'de yapılan bir çalışma, Zimbabve'de anne ölümlerinin nedenlerini inceleyen ilk ulusal çalışmadır.⁵⁵⁴ Çalışma hastane kayıtlarına dayandırılmıştır ve uygun anne sağlık hizmetleri sağlandığında, Zimbabve'de çoğu anne ölümünün önlenabilir olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte, çalışmada, sosyokültürel faktörlerin anne ölümüne neden olduğu tespit edildiğinden anne sağlığı üzerindeki etkilerine bakılmamıştır. Ayrıca, UNICEF ve DSÖ gibi hükümet ve uluslararası kuruluşlar da Zimbabve'deki anne sağlığı durumu üzerine çalışmalar üretmiştir.⁵⁵⁵ Çalışma, ülkedeki anne sağlığı sistemlerini analiz etmiş ve üç gecikmenin Zimbabve'de anne ölümlerine daha fazla katkıda bulunduğunu bulmuştur. Ayrıca, yetersiz toplu taşıma sistemi ve hastane kullanım ücretleri gibi sağlığın sosyal belirleyicilerini tanımıştır. Mevcut sağlık

⁵⁴⁹ ZIMSTAT, “Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report”; Munjanja, “Zimbabwe Maternal and perinatal mortality”.

⁵⁵⁰ Marshall Makate, Clifton Makate, “Prenatal care utilization in Zimbabwe: Examining the role of community-level factors”, *Journal of Epidemiology and Global Health*, C. 7, S. 4 (2017), ss. 255–62.

⁵⁵¹ James. Sibanda vd., “Post natal care in Bubi district deserves more attention.”, *The Central African journal of medicine*, C. 47, S. 4 (2001), ss. 103–8.

⁵⁵² Munyaradzi . Dodzo, Marvellous Mhloyi, “Home is best: Why women in rural Zimbabwe deliver in the community”, *PLoS ONE*, C. 12, S. 8 (2017), ss. 1–13.

⁵⁵³ Susan Mattson, “Maternal - Child health in Zimbabwe”, *Health Care for Women International*, C. 19, S. 3 (1998), ss. 231–42; Karen A. Grépin, Prashant Bharadwaj, “Maternal education and child mortality in Zimbabwe”, *Journal of Health Economics*, C. 44, S. 0 (2015), ss. 97–117.

⁵⁵⁴ Munjanja, “Zimbabwe Maternal and perinatal mortality”.

⁵⁵⁵ WHO Country Office for Zimbabwe, “WHO Perspectives on Maternal Mortality in Zimbabwe: A Reflection of the Year 2014”, 2018.

hizmetlerinin talebini ve kullanımını sağlamak ve ilk iki gecikmeyi azaltmak için çalışma, bireylerin, ailelerin ve toplumların anne sağlık hizmetlerine katılımını tavsiye etmiştir.

UNICEF Zimbabwe, Zimbabwe'de Apostolik Din, Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Kullanımı hakkında nitel bir çalışma yürütmüştür.⁵⁵⁶ Çalışma, Apostolik din arasındaki farklı grupların derinlemesine anlaşılmasını ve anne sağlığı hizmetlerini nasıl kullandıklarını öğrenmeyi amaçlamıştır. Araştırmaya ek olarak, ülkenin farklı bölgelerinde din ve farklı kadın sağlığı hizmetleri hakkında çeşitli çalışmalar yapılmıştır.⁵⁵⁷ Çalışmalar, Apostolik dinin, bakım arayan gecikmeleri desteklediği ve alternatif geleneksel sağlık sistemlerini kullandığı sonucuna varmıştır. Ancak, çalışmalar diğer din biçimlerine bakmamıştır. Chitura ve Manyanhaire (2013), raporlardan, anketlerden ve nüfus sayımlarından elde edilen ikincil veri kaynaklarını kullanarak anne ölümlerinin belirleyicilerini araştırmıştır.⁵⁵⁸ Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin kırsal ve kentsel arasında genişlediği ve anne ölümlerinin ana nedenlerinin hastaneye dayalı faktörler olduğu sonucuna varmıştır. Bazı çalışmalar hem toplumda hem de hastanelerde anne ölümlerine neden olan faktörlere odaklanmıştır.⁵⁵⁹ Kırsal bir ildeki (Masvingo) ve kentsel alanda (Harare) anne ölümlerinin toplum temelli bir anketini kullanarak Fawcus ve arkadaşı (1996), çoğu anne ölümünün Zimbabwe'de önlenabilir faktörlerin neden olduğunu ortaya koymuştur. Etkenler arasında ulaşım eksikliği, kalifiye personel ve işlevsiz sağlık sevk sistemi yer almaktadır. Dodzo ve Mhloyi (2017), toplumda kadınların neden evde doğum yaptığını belirlemek amacıyla Zimbabwe'de beş ilçede nitel bir çalışma yürütmüştür. Kadınlar, sunulan esnek hizmetleri, ekonomik, sosyal ve fırsat maliyetlerinin düşüklüğü

⁵⁵⁶ Maguranyanga Brian, "Apostolic Religion , Health and Utilization of Maternal and Child Health Services in Zimbabwe", *UNICEF Harare*, 2009.

⁵⁵⁷ Munyaradzi Dodzo vd., "Praying until death: Apostolicism, delays and maternal mortality in Zimbabwe", *PLoS ONE*, C. 11, S. 8 (2016), ss. 1–12; Wei Ha vd., "Is religion the forgotten variable in maternal and child health? Evidence from Zimbabwe", *Social Science and Medicine*, C. 118, S. C (2014), ss. 80–88.

⁵⁵⁸ Chitura Miriam, Manyanhaire Itai Offat, "Exploring the Determinants of Maternal Mortality Dynamics in Zimbabwe", *Open, International Journal, Distance Learning*, C. 1, S. June (2013), ss. 11–18.

⁵⁵⁹ Susan Fawcus vd., "A Community-based Investigation of Avoidable Factors for Maternal Mortality in Zimbabwe", *Studies in Family Planning*, C. 27, S. 6 (1996), s. 319; Susan. Fawcus vd., "A Community-Based Investigation of Maternal Mortality from Obstetric Haemorrhage in Rural Zimbabwe", *Tropical Doctor*, C. 27, S. 3 (1997), ss. 159–63.

nedeniyle ve hastanenin anne sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve çekiciliğini azaltması nedeniyle evde doğum yapmayı tercih etmektedir⁵⁶⁰.

Zimbabve Güney Doğu'da yapılan bir çalışmada, Nyathi ve arkadaşları 2017, Zimbabve'nin Mangwe ilçesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin erişilebilirliğini etkileyen faktörleri araştırmak için nitel yöntemler kullanmıştır. Ulaştırma eksikliği, yüksek ulaşım maliyetleri ve sağlık tesislerine uzun mesafeler, sağlık çalışanlarının tutumları, hizmetlerin türü ve kalitesinin yanı sıra bakım almadaki gecikmeler gibi erişilebilirlik faktörlerinin kadınların anne sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilediği bulunmuştur.⁵⁶¹ Zimbabve Nüfus ve Sağlık Anketi verilerini kullanarak Makate ve Makate (2017⁵⁶² & 2016⁵⁶³) ve Mazambani ve arkadaşları (2012)⁵⁶⁴, Zimbabve'de anne sağlığı hizmetinin ve eşişsizliklerinin belirleyicilerini inceleme etmiştir. Anne sağlığı bakımının belirleyicilerinin yaş, eğitim, zenginlik, çok eşlilik, dini bağlılık, hemşirelerin yoğunluğu, kişi başına düşen sağlık harcaması ve devlet hastanelerinin topluluklardaki durumu olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte, çalışmalar büyük ölçüde ikincil veri analizine dayanmaktadır ve bu belirleyicilerin neden sağlık hizmetini etkilediğini açıklamamaktadır.

Sonuç olarak, Zimbabve'de anne sağlığı üzerine birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, anne sağlığı ile sosyal belirleyiciler arasındaki ilişki tam keşfedilmemiştir. Ülkede, toplum ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişki, özellikle sosyal bilimler alanında, sosyolojik bir açıdan yeterince incelenmemiştir. Anne sağlığı üzerine yapılan çalışmaların çoğu ya ikincil verilere ya da nicel yöntemlere dayanmaktadır. Kadınların neden anne sağlık hizmetlerine karşı farklı erişime sahip olduklarını ve sosyal faktörlerin sağlık hizmetlerini kullanımlarını nasıl etkilediğine dair bir olguyu açıklamaktadır. Bazı alışmalar, anne sağlığının belirli bir

⁵⁶⁰ Dodzo, Mhloyi, “Home is best: Why women in rural Zimbabwe deliver in the community”, ss. 1–13.

⁵⁶¹ Leoba Nyathi vd., “Investigating the accessibility factors that influence antenatal care services utilisation in Mangwe district, Zimbabwe”, *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, C. 9, S. 1 (2017), ss. 1–13.

⁵⁶² Makate, Makate, “Prenatal care utilization in Zimbabwe: Examining the role of community-level factors”, ss. 255–62.

⁵⁶³ Marshall Makate, Clifton Makate, “The evolution of socioeconomic status-related inequalities in maternal health care utilization: evidence from Zimbabwe, 1994–2011”, *Global Health Research and Policy*, C. 2, S. 1 (2017), ss. 1–9.

⁵⁶⁴ Oyedele Ovikuomagbe, “Determinants of Maternal Healthcare Utilization in Nigeria”, *African Research Review*, C. 11, S. 2 (2017), ss. 283–99.

boyutuna ve belirli bir coğrafi bölgeye odaklanmaktadır. Diğerleri ayrıca anne sağlığının sadece tek belirleyicisine odaklanmaktadır. Bununla birlikte, kanıtlar bize sosyal belirleyicilerin toplum içinde sağlığı biçimlendirmek için birbirlerini etkilediğini göstermiştir. Sağlığın tüm sosyal belirleyicileri, özellikle yapısal belirleyiciler hakkında kapsamlı bir çalışma, kadınların neden sağlık hizmetlerini kullanmadığını açıklamak için önemlidir. Zimbabve'de, sağlık sistemlerinin ve politikalarının anne sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini bulma konusunda hiçbir çalışma yapılmadığı özellikle belirtilmelidir. Bu önemlidir çünkü politikalar, geçerli sosyo-kültürel koşulları yansıtmak için sürekli değişmelidir. Yapılan çalışmalarda genel sağlık konusuna bakıldığı görülmüştür. Çalışma, anne sağlığını etkileyen belirli konular üzerinde durmuştur. Diğer ülkelerde anne sağlığını etkilediği anlaşılan bir diğer sosyal belirleyici de sosyal sermayedir. Sosyal sermaye, bir kadının içinde yaşadığı sosyal, kültürel, politik ve ekonomik ortamı içermektedir. Buna aileler ve topluluklarda mevcut olan ağlar ve sosyal destek de dâhildir. Zimbabve'de hangi sosyal sermaye biçimlerinin mevcut olduğunu ve bu sosyal sermaye biçimlerinin anne sağlık hizmetlerinden nasıl faydalandığını bulmak önemlidir.

Zimbabve'de anne sağlığı, genel sağlık sistemlerinin performansı ile ilişkilendirilmektedir. Sonuç olarak hükümet ve kalkınma ortakları, anne sağlığı programlarına yatırım yapmıştır. Anne sağlığı hizmetlerini kullanan kadın sayısının artmasına neden olmuştur. Hizmeti kullanımın artışa rağmen anne ölümleri hala artmaktadır. Bu nedenle, bu fenomenin neden ortaya çıktığı ile ilgili çeşitli sorular devam etmektedir. Anne sağlığı hizmetlerinin kullanım oranı hala hükümetin hedefinin altındadır. Ayrıca, kırsal ve kentli kadınlar arasında anne sağlığı kullanım oranlarında eşitsizlikler vardır. Anne bakımının kalitesi hala sorgulanabilir. Önerilen bakım kalitesine ulaşıyor mu? Kadınlar aldıkları anne bakımının kalitesinden memnunlar mı? Kadınlar tarafından alınan ana sağlık hizmetlerinin kalitesi ülke çapında aynı mı?

Yukarıdaki zorlukları ele almak, Zimbabve'de sağlık sistemindeki zorlukları ele almamız gerektiği anlamına gelmektedir. Zorluklar hem politika hem de yönetim perspektifinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, hükümet tarafından uygulanan stratejiler, sağlık tesis düzeyinde sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine odaklanmış görünmektedir. Bununla

birlikte, toplumun sağlığını sağlamada topluluk daha büyük bir role sahiptir. Hükümetin toplumun sağlıklı sistemlerini güçlendirmeyi de düşünmesi gerektiği anlamına gelmektedir. İnsanların topluluklarda yaşıadığı bağlamı anlamayı içermektedir. Geçerli sağlık politikası ve stratejilerinin olması gerekir, boşlukları ve tutarsızlıkları tespit etmek için incelemesi gereklidir. Yerel halkın kültürel ve geleneksel uygulamalarının sağlık sistemlerine ve politikalarına dâhil edilmesi, ülkenin anne ölümlerini azaltma hedefine ulaşımasına yardımcı olabilir. Anne sağlık politikaları ve stratejilerinin başarıları, yerel halkın kültürel ve sosyal anlayışına bağlantı olup olmadığına bağlıdır. Dünya Sağlık rgt tarafından tasarlanan programları kabul etmeden önce, ülkenin anne ölümlerinin meydana geldiği sosyo-kültürel bağlamı anlaması gerekmektedir. Ek olarak programlar ve politikalar yerli bilgileri, topluluk kaynaklarını ve liderliği kullanmalıdır. Anne ölümlerini azaltmak için sağlık sistemimiz ve zmlerimiz kadınlar tarafından tanıtılmalıdır. Kadınların yaşıadığı topluluklarda sağlığın sosyal belirleyicilerini anlamalıyız. Zimbabve'de anne sağlığını iyileştirecek politikalar ve programlar tasarlamak için günlük hayatta kadınların sağlığını etkileyen sosyal ve kültürel faktörleri göz önünde bulundurmalıyız.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ZİMBABVE'DE ANNE SAĞLIĞININ SOSYO-KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLERİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

1 ARAŞTIRMANIN KONUSU, AMACI, ÖNEMİ

Zimbabve'de yüksek anne ölüm oranı, halk sağlığı açısından önemli bir problemdir. Zimbabve, BM Binyıl Kalkınma Hedefleri kapsamında anne ölümlerini azaltma hedeflerine ulaşamayan gelişmekte olan ülkelerden biridir.⁵⁶⁵ Zimbabve'nin Binyıl Kalkınma Hedefleri açısından hedefi, Anne Ölüm Oranını, 2015 yılına kadar yüz bin canlı doğumda 71 ölüme düşürmektir. Anne ölümleri, 1990'da 283, 1999'da 695, 2010'da 960'tır. Anne ölüm oranları 2010'dan sonra düşmeye başlamış ve 2015'te yüz bin canlı doğumda 650 ölüm kaydedilmiştir.⁵⁶⁶ Zimbabve'de her yıl 2100'den fazla anne ölümü meydana gelmektedir.⁵⁶⁷ Bu her gün 8 kadının öldüğü anlamına gelmektedir. Anne ölüm oranı hala kabul edilemez derecede yüksektir.

Kadınlar, kaliteli anne sağlık hizmetlerine zamanında ulaşabilirlerse, meydana gelen çoğu anne ölümleri önlenabilir durumdadır. Bu nedenle, Zimbabve'de anne ölümlerini azaltmak ve anne sağlık hizmetleri kullanımını problemini çözmek için birçok politika ve strateji benimsenmiştir. Örneğin, 2009-2013 yılları arasında, Ulusal Sağlık Stratejisi doğrultusunda hastanelerde doğum yapanların ücret ödemesinin ortadan kaldırılmasına yönelik bir adım atılmıştır.⁵⁶⁸ Zimbabve Hükümeti ve diğer uluslararası kurumlar tarafından, anne ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi için Sağlıkta Finans başlıklı beş yıllık bir plan hazırlanmıştır. Zimbabve'de anne ölümlerini azaltmak için sürmekte olan müdahaleler, sağlık sektörüne teknik ve mali destek ve doğrudan program desteği (vasıflı personel eğitimi, teşvik ve tedariki, ambulanslar vb.) gibi konuları içermektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sağlayıcıları,

⁵⁶⁵ United Nations, "The Millennium Development Goals Report".

⁵⁶⁶ ZIMSTAT, "Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report".

⁵⁶⁷ WHO Country Office for Zimbabwe, "WHO Perspectives on Maternal Mortality in Zimbabwe: A Reflection of the Year 2014".

⁵⁶⁸ Ministry of Health and Child Welfare, "The National Health Strategy for Zimbabwe, 2009-2013. Equity and Quality in Health: A People's Right".

acil doğum ve yeni doğan bakım becerileri ile donatılmıştır. Hükümet ayrıca sağlık sektöründe tespit edilen insan kaynakları eksikliklerine doğrudan yanıt olarak, sağlık görevlileri istihdam etme programlarını desteklemiştir ve aile planlaması hizmetlerini iyileştirmiştir. Zimbabve'nin anne sağlığı hizmetleri dış sağlık finans kaynaklarından ve farklı bağışlardan destekleniyor olmasına rağmen, ülkenin anne sağlığı hizmetleri kullanımı hala ulusal bir felakettir. Ayrıca, anne ölümleri artmakta ve az sayıda kadın anne sağlık hizmetlerini kullanabilmektedir. Ayrıca anne sağlığına yönelik sağlık hizmetlerinin desteklenmesine rağmen, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım uygulanmasında hala tutarsızlıklar bulunmaktadır. Kadınların, anne sağlık hizmetlerine erişiminde ve kullanımında hala zorluklar yaşanmaktadır. Ayrıca, ülke genelinde anne sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler bulunmaktadır. Veriler, ülkenin kırsal bölgelerinden gelen kadınların sağlık hizmetlerine daha az ulaşabildiklerini göstermektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde kadınların %99'sı Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmetlerinden yararlanmaktadır. Zimbabve'de kadınların sadece %75,7'si doğum öncesi bakım almakta ve çok azı vasıflı ebeler tarafından muayene edilmektedir. Zimbabve Sağlık ve Nüfus Araştırmalarına (ZNSA) göre, sağlık kuruluşunda doğumlar 1999'da %72 iken, 2006'da %68'e, 2011'de %65'e gerilemiştir. ZNSA'ya göre, 2015 yılında sağlık kuruluşunda (hastane) doğumlar %77 olarak belirlenmiştir. Yine aynı araştırma, son 5 yıldaki doğumların %26,7'sinin evde ve sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleştiğini belirlemiştir. ZNSA'ya (2015) göre sağlık personelinde doğum öncesi yeterli destek alamayan kadınların oranı %24'tür. Zimbabve'de, anne adaylarının %32'si doğum sonrası hiç bakım almamış, doğumdan sonraki ilk iki gün içinde sadece %57'si yeterli bakım almıştır. Bu veriler, Zimbabve'de kadınların tamamının anne sağlığı hizmetlerini kullanmadığını açıkça göstermektedir. Zimbabve'de, kadınların sağlık hizmetlerine erişememesi, anne ölüm oranının artmasının sebebi olmaya devam etmektedir. Sonuç olarak, yıllardır Zimbabve'de anne ölümleri artmaktadır. Çalışmadaki temel problem, kadınların neden yeterli anne sağlık hizmetlerini kullanmadığıdır. Bu durum, pek çok kadının önlenebilir anne sağlığı sorunlarından ötürü ölmesine neden olmaktadır.

Zimbabve'de yapılan birçok çalışma, anne ölümlerinin tıbbi nedenlerini açıklamaya odaklanmıştır. Bu nedenle, bütün müdahale programları, biyomedikal veya sağlık kurumu temelli çözümlere dayanmaktadır. Fakat sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlara rağmen,

Zimbabve'de anne adaylarının ölümü hala yaygındır. Bazı çalışmalar, sadece bulaşma ve doğum ile ilişkili koşulları tanımlayan tıbbi konulara odaklanmıştır. Diğer çalışmalar, ulusal demografik-sağlık araştırması verilerine dayanmaktadır ve anne ölümlerinin sebeplerini ve ülke çapındaki dağılımını ortaya koymaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, ZNSA verileri, kırsal kesimde, fakir, düşük eğitilmiş, dezavantajlı bölgelerde yüksek anne ölüm oranlarını bildirmektedir. Hem literatür hem de mevcut raporlar, hamilelik, doğum ve yeni doğan sağlığı ile ilgili sosyo-kültürel ve sağlık bakım konularının derinlemesine bir incelemesinden yoksundur.

Anne sağlığı, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen toplumsal değerler ve yapılar tarafından tehlikeye düşürülmektedir. Zimbabve'de anne ölümlerini azaltmak için ele alınması gereken önemli faktörler vardır. Anne ölümleri sadece fizyolojik etkenlerden değil, toplum içindeki statü, sosyoekonomik ve sosyo-politik durum, çalışma ortamı, aile içi ve sosyal ilişkiler olmak üzere birçok faktörden etkilenmektedir. Bir kadının gebelik ve doğum sırasında hayatta kalma şansı, sosyal ve ekonomik statüsüyle, kültürünün norm ve değerleri ile yakından ilişkilidir. Bu sosyo-kültürel durum, doğum komplikasyonlarının yolunu açmaktadır. Zimbabve'de, anne sağlığını etkileyen problemlerin çoğu, doğum ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle daha da şiddetlenmektedir. Bu nedenle, sadece kadınların sağlık kararlarını ve sağlık hizmeti kullanım davranışlarını etkileyen biyolojik özellikleri değil, altta yatan sosyolojik faktörleri anlamak önemlidir. ZNSA 2015 araştırmasına göre, kadınların düşük sağlık hizmeti kullanımının veya anne sağlık hizmetlerinin kullanılmamasının sadece sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin bir sonucu olmadığını ileri sürmektedir. Bu durum, aynı zamanda kadınların sağlık hizmetlerine erişimini şekillendiren sosyo-kültürel bir bağlamın sonucudur. Çalışma, sosyal çevrenin, anne sağlığı hizmetlerini kullanma veya kullanmama kararlarıyla nasıl etkileşime girdiğini incelemeye odaklanmıştır. Dolayısıyla, Zimbabve kırsal kesiminde, kadınların sağlık hizmetlerini düşük kullanımıyla birlikte ortaya çıkan yüksek anne ölümleri konusunu, anne sağlığını etkileyen sosyo-kültürel faktörler bağlamında araştırmak için derinlemesine bir çalışma yapılması gerekmektedir.

Çalışma, Zimbabwe kırsal kesimde yaşayan kadınların anne sağlığı hizmetlerinden hangi düzeyde yararlandıklarını araştırmayı amaçlamakta, kadınların kişisel deneyimlerine, davranış, tutum ve bakış açılarına verdikleri anlamı, sosyo-kültürel ve sağlık hizmeti bağlamında yorumlamaktadır. Çalışma aynı zamanda kırsal kadınlara anne sağlığı hizmeti veren sağlık hizmeti sağlayıcılarının deneyimlerini de içermektedir. Spesifik olarak, bu araştırma, sosyo-kültürel ve sağlık hizmeti belirleyicilerinin, Zimbabwe'nin kırsal kesiminde anne sağlık hizmetleri kullanımını nasıl etkilediğini incelemektedir. Gebeliğe ve doğuma bağlı zorluklar, fırsatlar ve riskler sosyo-kültürel özellikler de gösterdiğinden, bu zorluklar, fırsatlar ve risklerin toplumun değişik kesimlerinde belirlenmesi etkin bir sağlık planlaması yapılabilmesi açısından önemlidir. Bu çalışma, kadınların, gebelik sürecinden doğum anına veya gebeliğin sonlanmasına kadar olan süreçte sağlık hizmetlerine erişimini inceleme konusu yapmaktadır. Bu amaçla, anne sağlık hizmetleri; sağlık hizmetinin sunulduğu yer, sağlık sistemi, sağlık ve sosyal politikalar ile kadınların yaşadığı bölge, sosyal inançları, ekonomik yeterlilikleri ve sosyokültürel konumlarıyla birlikte aldıkları sağlık hizmetleri değerlendirilmiştir. Özetle araştırma, kırsal Zimbabwe'de yürütülen alan çalışmasında elde edilen veriler üzerinden sosyo-kültürel durum ve sağlık hizmetleri arasındaki karşılıklı ilişkiyi anlamayı ve yorumlamayı amaçlamaktadır.

Zimbabwe'de anne sağlığını etkileyen faktörleri ele alan bu çalışmadan elde edilen sonuçların, çok yönlü yararları olacağı düşünülmektedir. Öncelikle, kadınların doğum ile ilgili bakım hizmetlerine ilişkin bireysel, hane halkı ile toplumsal düzeylerdeki sosyo-kültürel faktörlerin incelenmesinin, kadın sağlığına yönelik hizmetlerin kullanımını etkileyen faktörlerin anlaşılmasının çalışmamız için büyük bir önemi vardır. Çalışmamız, birey, hane halkı ve toplum düzeylerindeki sosyo-kültürel şartlar arasındaki ilişkiyi ve kadınların sağlık kuruluşlarını kullanımını nasıl etkilediğini anlamayı amaçlamaktadır. Bu nedenle bu tez çalışmasının getirdiği yeni yaklaşım, daha önce Zimbabwe'de akademisyenler tarafından tartışılan bireyler ve koşullar perspektiflerinin ötesinde, doğum öncesi, sırası ve sonrası bakımına ilişkin kadınların sağlık hizmetlerine genel güvenini etkileyen zorlukları ele alarak mevcut literatüre yeni bir boyut kazandırmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulguların, anne

sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanılması sorununu çözmek için yerel odaklı çözümler tasarlamada önemli bir işlev göreceği düşünülmektedir.

Başka bir açıdan çalışmanın, sosyal bilimler ve özellikle sosyoloji alanında yapıyor olmasının önemli olduğu değerlendirilmektedir. Çünkü sosyal bilimler ve sosyoloji, genel sağlık alanında yeterince çalışılmamaktadır. Ayrıca Zimbabwe'de sağlık belirleyicileri ve anne sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların büyük kısmının sosyoloji dışındaki disiplinlerde yapıldığı düşünüldüğünde, bu çalışmanın sosyolojik bakış açısıyla yapılması onu önemli kılmaktadır. Sosyal ve ekonomik eşitsizlikler ile sağlık arasındaki ilişki Zimbabwe'de sosyoloji alanında oldukça az konu edilmektedir. Bu nedenle çalışma, ilgili literatüre özgün bir katkıda bulunma çabası olarak görülmektedir. Bu açıdan çalışma, gelişmekte olan bir ülkedeki durumun, sağlık üzerine farklı sosyolojik bakış açılarının teorik olarak anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Çalışma Zimbabwe'de anne sağlık hizmetlerinin anlaşılmasında sosyal inşaatçılık ve eleştirel teori yaklaşımını kullanmıştır. Bu yaklaşımlar, sağlık ve hastalık sosyolojisini kavramsal çerçevesiyle ve sosyolojik bir bakış açısıyla inceleyerek, hem konunun daha kapsamlı ve derin bir şekilde anlaşılabilmesini sağlamaya hem de anne sağlık hizmetleri alanındaki problemlerin diğer toplumsal problem biçimlerinden bağımsız olarak ele alınamayacağını göstermeye çalışacaktır. Başka bir açıdan çalışma, aynı konuda diğer disiplinlerde yapılacak çalışmalara sosyolojik açıdan katkıda bulunmaya çalışacaktır. Nitel araştırma yöntemlerini kullanarak çalışma, Zimbabwe'de anne sağlığı sorunlarıyla karşılaşan kadınların bakış açılarından problemi yorumlayabilecektir. Bu yönüyle sağlık sosyolojisi alanında var olan birikim artacak ve konu ile ilgili gelecekte yapılacak çalışmalar için de yararlanılabilecek bir kaynak olabilecektir.

Ek olarak anne sağlığı, doğrudan kadınlar için önemli olduğu kadar, çocuk ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Kadınların sağlık düzeyleri toplum sağlığının ve gelişmişliğin önemli bir belirleyicisi ve göstergesidir. Zimbabwe'de kadınlar, toplam nüfusun yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Hükümet, 2030 yılına kadar belli hedeflere ulaşmak üzere sosyal ve ekonomik ölçütler belirlemiştir. Kadın ve çocuk sağlığı, Zimbabwe'nin gelişim planlarının önemli bir parçasıdır. Ayrıca, Sürdürülebilir Kalkınma

Hedeflerinden (SDG) biri, 2030 yılına kadar anne adayı ölümlerinin %75 oranında azaltılmasıdır. Zimbabve'nin anne sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut durumunda, bu Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 'ne ulaşması olası değildir. Bu nedenle, bu çalışma, Zimbabve'deki anne sağlık hizmetleri konusunda olumsuz gidişe katkıda bulunan sosyal faktörler hakkında bilgi sağlayacaktır. Bu açıdan çalışma, hükümet tarafından belirlenen hedeflere ulaşmak için yardımcı olmayı hedeflemektedir.

Araştırmadan elde edilen bulguların, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma seviyelerini etkileyen sosyo-kültürel sebeplerin anlaşılması ile gelecekte, annelere yönelik sağlık bakım programının uygulanmasında politika yapıcılara yön vermesi hedeflenmektedir. Son olarak, bu çalışmadan elde edilen bulgular ve öneriler vasıtasıyla, uzun vadede, anne ve kamu sağlığı konularını kapsayan, anne adaylarına yönelik sağlık hizmetleriyle ilgili güçlü, bütüncül ve sürdürülebilir bir altyapı geliştirmek için bilgi birikimi ve çözüm önerileri sağlanması amaçlanmaktadır. Elde edilen verilerin, politikacılar/kanun koyucular, uluslararası organizasyonlar ve Zimbabve'de anne sağlığıyla ilgilenen araştırmacılar için önemli bir kaynak oluşturması hedeflenmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen bulguların, sağlık politikası belirleyicilerinin, anne sağlığını etkileyen sosyo-kültürel ve sağlık hizmeti faktörlerini daha iyi anlamasını, gelecekte anne sağlığına yönelik programları belirlerken faydalı bir kaynak olmasını hedeflenmektedir.

2 ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

Bu kısımda araştırma ile ilgili olarak; araştırmanın yöntemi ve bu araştırmayı yürütmek için kullanılan teorik bakış açıları ayrıntılı olarak tartışılmaktadır. Ek olarak, katılımcıların belirlenmesi, etik kurallar, görüşme prosedürleri, nitel veri analizi ve çalışmanın sınırlılıkları ele alınmaktadır. Bu tezi yönlendiren kuramsal perspektifler sosyal inşaatçılık ve eleştirel teoriye dayanmaktadır.⁵⁶⁹ İki teorik bakış açısı, anne sağlığını çevreleyen sosyo-kültürel ve yetersiz sağlık bakımını bağlamalarını araştırmak için kullanılmıştır. Bu çalışma, sosyo-kültürel faktörleri ve bunların Zimbabve'deki kırsal kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimini ve kullanımını nasıl etkilediğini incelemeyi

⁵⁶⁹ Stephen P Turner, Sosyal Teori ve Sosyoloji, 2. Baskı Küre Yayınları, 2017; Robert Nisbet Tom Bottomore, Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi, 2014.

amaçlamaktadır. Teoriler, birinci bölümünde ayrıntılı olarak tartışılmıştır. Ayrıca, bu tezde kullanılan kavramlar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen sağlık sosyal belirleyicileri yaklaşımından alınmıştır.⁵⁷⁰ Bu kavram ve teorilerin kullanımı, kırsal kesimde yaşayan kadın ve anne sağlık hizmeti sunan bireysel hizmet sağlayıcısı katılımcıların deneyimlerine katkıda bulunmaktadır.

Sosyal inşaatçılık, kırsal Zimbabwe'deki kadınların bakış açısından incelenen sosyal olguların anlaşılmasını sağlamıştır. Ayrıca, aynı teori, bu çalışmada, kadınların anne sağlığını ve hizmetleri nasıl gördüklerini, neden kullandıklarını ortaya çıkaran bir yapı üretilmesine yardımcı olmuştur⁵⁷¹. Bu, kırsal kesimdeki kadınların ve sağlık çalışanlarının anne sağlık hizmetlerinden yararlanmayı çevreleyen sosyo-kültürel ve sağlık hizmetleri şartları ile ilgili deneyimlerinin, anlamlarının ve yorumlarının incelemesi ile sağlanmıştır. Eleştirel teorik perspektifler, bu tez için, kötü anne sağlığına neyin sebep olduğuna dair batıdaki baskın biyo-tıbbi açıklamalardan farklı bir bakış açısı sağlamıştır. Ayrıca, eleştirel teori yerel halkın (kadın ve sağlık çalışanları) anne sağlığı hizmetlerine erişirken ve sağlarken deneyimlerini nasıl farklı ama geçerli bir şekilde algılayabildiğini göstermeye yardımcı olmuştur⁵⁷². Bu, bulguların katılımcılar açısından sosyal-kültürel bağlamın analiz edilmesinde ve kategorilere ayrılmasında yardımcı olmuştur.

Araştırmanın felsefesi, bir araştırmacının dünyaya bakış şeklini temsil eder.⁵⁷³ Araştırmacının felsefesi, insan bilgisini neyin oluşturduğu ve nasıl geliştirdiği inancını da içermektedir. Bu durum, araştırmacının nasıl veri toplayacağını ve araştırılan olgunun bulgularını nasıl yorumlayacağını etkiler. Önceki bölümlerde tartışıldığı gibi anne sağlığını, yani biyomedikal yaklaşımı ve sosyal model yaklaşımını araştırmak için kullanılabilir iki temel araştırma yöntemi bulunmaktadır. Sosyolojide, bu iki yaklaşım pozitivism ve yorumlayıcılarla eşitlenebilir.

⁵⁷⁰ Marmot, Wilkinson, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, 2016.

⁵⁷¹ Recep SEYMEN, "İnsan Ve Sosyal Teori (Normatif Bir Değerlendirme Denemesi)," Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, C. 0, S. 50 (2010), ss. 119–31.

⁵⁷² Berberoglu Berch, *Klasik ve Çağdaş Sosyal Teoriye Giriş: Eleştirel Bir Perspektif*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2009.

⁵⁷³ Şener Büyükoztürk vd., *Bilimsel araştırma yöntemleri, Bilimsel araştırma yöntemleri*, 25. b., Ankara: Pegem Akademi, 2017.

Sosyal inşacılık, gerçekliğin birden fazla/çoklu olduğuna inanan bir araştırma felsefesidir⁵⁷⁴. Araştırma felsefesi, bilginin dil, grup bilinci ve ortak anlamlar yoluyla ortaya çıkan sosyal etkileşimler yoluyla elde edildiği görüşüne dayanmaktadır.⁵⁷⁵ Pozitivizmden farklı olarak, Sosyal inşacılık, katı yapısal çerçevelerden kaçınır ve insan etkileşimi anlamlarını yakalamaya duyarlı ve kişisel olarak neyin algılandığını anlama konusunda daha kişisel ve esnek bir araştırma yapısını benimsemeye çalışır. Bir araştırma felsefesi olarak sosyal inşacılık, olayın sosyal bağlamı ve olayların sosyal bağlamı etkilediği süreç hakkında bir anlayış üretmeye çalışır.⁵⁷⁶ Amaç, nedenleri ve etkileri genelleştirmek ve öngörmekten çok, insan davranışındaki anlamları anlamaktır. Bu araştırma felsefesinde, zaman ve bağlamla ilgili motifleri, anlamları, nedenleri ve diğer öznel deneyimleri anlamak önemlidir.⁵⁷⁷

Pozitivizm, dünyanın dışsal olduğuna ve sosyal dünyanın ancak nesnel bir şekilde anlaşılabilirliğine inanan bir araştırma felsefesidir.⁵⁷⁸ Pozitivizmde araştırmacı nesnel bir analisttir ve araştırmacının perspektif ve inancına bakılmaksızın her türlü fenomen için tek bir nesnel gerçekliğin var olduğu kabul edilmektedir. Bu araştırma felsefesinde araştırmacının rolü, objektif bir şekilde veri toplama ve yorumlama ile sınırlıdır; bu nedenle araştırma bulguları genellikle gözlemlenebilir ve ölçülebilirdir. Pozitivizm toplumu, bireyi şekillendiren olarak algılamakta ve toplumsal gerçeklerin bireysel eylemi şekillendirdiğine inanmaktadır.⁵⁷⁹ Bir araştırma felsefesi olarak pozitivizm, bilginin insan deneyiminden kaynaklandığına dair ampirist görüşü takip etmektedir. Gözlemlenebilir, kararlı ve düzenli bir şekilde etkileşim edebilen ayırık, gözlemlenebilir unsurlar ve olaylardan oluşan dünyaya atomistik, ontolojik bir bakış açısına sahiptir.⁵⁸⁰ Sonuç olarak pozitivizm, anketler gibi nicel

⁵⁷⁴ Süleyman GÖKSOY, “Paradigma ve Paradigmalar”, *Uluslararası Liderlik Eğitimi Dergisi*, C. 1, S. 1 (2019), ss. 1–15; Peter, Thomas, *Gerçekliğin Sosyal İnşası / Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*.

⁵⁷⁵ Peter, Thomas, *Gerçekliğin Sosyal İnşası / Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*.

⁵⁷⁶ Longhofer, Winchester, “Social theory re-wired: New connections to classical and contemporary perspectives: Second edition”, ss. 1–541.

⁵⁷⁷ Peter, Svea, *Understanding and Applying Medical Anthropology : Biosocial and Cultural Approaches*.

⁵⁷⁸ Evren Erman Rutli, “Sosyal Bilimlerde Pozitivizm Tartışması: Adorno Ve Popper,” *Temaşa Erciyes Üniversitesi Felsefe Bölümü Dergisi*, C. 1, S. 3 (2014), s. 3.

⁵⁷⁹ Vehbi BAYHAN, “Sosyal Bilimlerde ‘Objektiflik’ Efsanesi,” *Mukaddime*, C. 7, S. 2 (2016), ss. 217–42.

⁵⁸⁰ Guofeng Zhang, Niu Wang, “Overview on emotion-affected Behavior Selection Mechanism”, *Advanced Materials Research*, C. 411, S. 2 (2012), ss. 559–62.

yöntemleri tercih eder, çünkü bunlar iyi bir güvenilirliğe ve temsil edilebilirliğe sahiptir. Sağlık araştırmalarına biyomedikal yaklaşım, “toplumsal olguyu görmenin pozitivist, indirgemeci bir şeklidir. Biyomedikal yaklaşım, sosyal fenomenleri kurucu parçalara ayırmaya, ölçmeye ve sonra nedensel ilişkiler kurmaya inanmaktadır”.⁵⁸¹ Biyomedikal yaklaşım, sağlığı hastalık yokluğu olarak görür ve hastalığın altında yatan bir neden olduğunu ve hastalığın ortadan kaldırılmasının tam sağlığa yol açacağını iddia etmektedir.⁵⁸² Bu çalışmanın amacı göz önüne alındığında, biyomedikal yaklaşımın Zimbabwe'deki anne sağlık hizmetlerinin sağlanmasını çevreleyen sosyal ve kültürel bağlamı derinlemesine anlamının doğru bir yolu olmadığı açıktır.⁵⁸³

Bu tez, anne sağlık hizmetlerinin kullanımını şekillendiren sosyo-kültürel ve sağlık bakım bağlamını incelemek için en uygun yöntem olduğundan, yorumlayıcı bir araştırma felsefesine dayanmaktadır. Araştırma, sosyal inşacılık ve eleştirel teorik bakış açılarından yönlendirilecektir. Bu çalışma, anne sağlığı hizmetleri isteyen, Zimbabwe'nin kırsal bir bölgesinde yaşayan kadınların ve bu hizmetleri sağlayan sağlık hizmeti sağlayıcılarının deneyimlerini anlamayı amaçlamaktadır. Kadınların anne sağlık hizmetlerini nasıl, nerede, neden ve ne zaman kullanıp kullanmadıklarına dair en iyi bilgi; kadınlarla, onların çevreleriyle ve deneyimi yaşayan sağlık sağlayıcılarıyla etkileşim yoluyla elde edilmiştir. Kadınların öznel algılarının, sağlık hizmetlerini neden kullanıp kullanmadıklarına ilişkin tutum ve sebeplerin kişisel ifadesi, araştırmacıya zengin bir bilgi sağlamıştır. Ayrıca, hamile kadınların sağlık hizmeti kullanım davranışlarını ve bunun nasıl olabileceğini etkileyen temel sağlık bilgisi ile ilgili faktörleri anlamayı ve yorumlamayı kolaylaştırmıştır.⁵⁸⁴ Spesifik olarak, tez nitel araştırma yaklaşımını kullanmıştır, çünkü nitel yöntem, doğal olarak

⁵⁸¹ Frances Baum, “Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate”, *Social Science and Medicine*, C. 40, S. 4 (1995), ss. 459–68.

⁵⁸² Şanlı, Platin, “The Effect of Biomedical Model on Nursing /Biyomedikal Modelin Hemşireliğe Etkisi,” ss. 897–911.

⁵⁸³ Judith Green and Nicki Thorogood, “Qualitative methods for health research”, *SAGE*, Sage Publications, 2004, ss. 1–247.

⁵⁸⁴ John W. Creswell, *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 4. b., Sage Publications, 2017.

meydana gelen olayları ve gerçek dünyada ortaya çıkan davranış ve etkileşimleri araştırmak için en uygun yöntemdir⁵⁸⁵.

2.1 NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Cresswell'e (2013) göre, nitel araştırma metodolojisi, sosyal veya insani bir sorunu araştıran, farklı araştırma yöntemlerine dayanan bir araştırma sürecidir.⁵⁸⁶ Nitel araştırma, insanların yaşadıkları dünyadaki deneyimlerini yorumlama ve anlamlandırma konusunda endişe duymaktadır. Bu araştırma yöntemi, insanların sosyal olaylarla ilgili deneyimlerini, davranışlarını ve görüşlerini keşfederek sosyal gerçekleri araştırmak için kullanılmaktadır.⁵⁸⁷ Nitel araştırmanın odak noktası sosyal fenomenleri ölçmekten çok, bağlamında anlamaktır. Nitel araştırma yöntemlerinde, yorumlayıcı epistemolojik yaklaşımı izler, çünkü araştırmacı, incelenen olayın deneyimlerini, anlamlarını ve yorumlarını inceleyerek katılımcıların bakış açılarından sosyal olayları anlamakla ilgilenecektir⁵⁸⁸. Bu tezin amacı, farklı sosyo-kültürel faktörlerin, algıların ve inançların kadınların anne sağlık hizmetlerini kullanma kararını nasıl etkilediğini araştırmaktır. Bu sosyal-kültürel faktörler genellikle doğada öznel ve kolayca ölçülemezler. Bu nedenle, araştırma sorularına doğru cevaplar vermek için en uygun olanlar, sadece fenomenleri yaşayan ve deneyimleyen bireylerdir. Nitel araştırma yöntemi, sosyal olayların doğal ortamlarında ve bağlamında incelenmesi ile ilgilidir.⁵⁸⁹ Tek bir objektif gerçeğe odaklanan pozitivismden farklı olarak, burada, insanların, gerçeği neyin oluşturduğuna, nasıl algıladığına veya anladığına odaklanılmaktadır. Bu yöntemde, halkların, toplumsal fenomenlere ilişkin öznel algıları ve deneyimleri çok önemlidir.⁵⁹⁰

Bu tez, Zimbabve'deki kırsal bir bölgede, kadınların ve günlük olarak anne sağlığı hizmetleri yoluyla onlarla etkileşime giren sağlık hizmeti sağlayıcılarının deneyimlerini incelemektedir. Nitel araştırma yönteminin derin doğası, katılımcıların anne sağlık hizmetleri

⁵⁸⁵ Thorogood, "Qualitative methods for health research", ss. 1–247.

⁵⁸⁶ Luis H. Toledo-Pereyra, "Research design", *Journal of Investigative Surgery*, 2012, C. 25, ss. 279–80, doi:10.3109/08941939.2012.723954.

⁵⁸⁷ Zeki Karataş, "Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri," *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, C. 2, S. 3 (2015), ss. 22–39.

⁵⁸⁸ Zeki Karataş a.g.m., s. 24

⁵⁸⁹ Everett F. Magann vd., "Maternal and perinatal outcomes of indicated inductions of labor", *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, C. 29, S. 14 (2016), ss. 2240–44.

⁵⁹⁰ Karataş, "Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri," ss. 22–39.

ile ilgili deneyimlerini keşfetme fırsatı sunmaktadır. Bu araştırma yaklaşımı, kırsal Zimbabwe'deki susturulmuş ve marjinalleşmiş grupların duyulmamış seslerinin, derinlemesine dinlenmesine imkân vermiştir.⁵⁹¹ Bu çalışma, sosyal inşacılık/konstrüktivizm ve eleştirel teoriden elde edilen teorik kavramları kullanarak katılımcıların anlam ve deneyimleri yoluyla, yetersiz anne sağlık hizmeti kullanımının sosyo-kültürel ve sağlık bakım bağlamını araştırmayı amaçlamaktadır. Bunu başarmak için kadınların yaşamlarında, çevrelerinde ve sağlık sistemlerinde bulunan farklı sosyo-kültürel faktörler arasındaki karmaşık ilişkilerin anlaşılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sadece nitel araştırma yöntemi, yukarıdaki teorik kavramları kullanarak gereken derin anlayışı sağlamak için uygundur. Nitel araştırma, karmaşık ve ayrıntılı tanımlayıcı, keşfedici ve sürece yönelik verilerin sağlanması yoluyla araştırmacı ile katılımcılar arasında yansıtıcı bir ilişki sağlamaktadır.⁵⁹² Bu tez, kadınların niçin Zimbabwe'de, anne sağlık hizmetlerini kullanmadıkları konusunda cevaplar sağlamak amacıyla, anne sağlığı hizmetlerinin sosyo-kültürel ve sağlık bakım bağamlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Bu soruya cevap almak için araştırmacı, yoğun bir saha çalışması yaparak-katılımcılarla etkileşim ve tüm sosyal yapıyı incelemeye olanak sağlayan nitel araştırma yöntemlerini kullanmaktadır.⁵⁹³

Yetersiz anne sağlığı, artık küresel halk sağlığı ve bir insan hakları sorunu olarak kabul edilmektedir. Bir halk sağlığı yaklaşımı, toplum, politika ve kültür için gerekli sosyo-politik bir yaklaşımdır.⁵⁹⁴ Bu yaklaşım, araştırmacıların ve sağlık profesyonellerinin iş birliğini gerektirmekte ve araştırmacıların derinlemesine bilgilere ulaşmak adına kazılar yapmasını sağlayıcı farklı yöntemler gerektirmektedir.⁵⁹⁵ Batum'a (2016) göre, sağlık konularının araştırılması, sağlığı ve hastalıkları etkileyen yapısal ve kültürel faktörleri daha iyi anlamak için nitel araştırma yöntemlerini kullanmak gerekmektedir.⁵⁹⁶ Bu çalışmada, kadınların ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının, anne sağlığı hizmetleri ile ilgili yaşam

⁵⁹¹ Creswell, *Res. Des. Qual. Quant. Mix. Methods Approaches*.

⁵⁹² Magann vd., "Maternal and perinatal outcomes of indicated inductions of labor", ss. 2240–44.

⁵⁹³ Toledo-Pereyra, "Research design", ss. 279–80.

⁵⁹⁴ Julia Hirst Angela Tod, *Health and Inequality: Applying Public Health Research to Policy and Practice*, 1st b., Routledge, 2014.

⁵⁹⁵ Virginia Braun, Victoria Clarke, "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, C. 3, S. 2 (2006), ss. 77–101.

⁵⁹⁶ Virginia Braun, Victoria Clarke, a.g.m., s. 88.

deneyimlerini ve bakış açılarını incelemeye en uygun yöntem olduğu için nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

2.1.1 Nitel Yöntemin Temel İlkeleri

2.1.1.1 Düşünümsellik

Düşünümsellik, katılımcılar ve araştırmacı arasındaki ilişkiyi dikkatlice tanımlama sürecidir.⁵⁹⁷ Bir araştırmacı, araştırma sürecine sistematik olarak yansıtılmak için yansıma özelliğini kullanır. Araştırmada prospektif ve retrospektif olmak üzere iki tür düşünümsellik/refleksivite vardır.⁵⁹⁸ Prospektif düşünümsellik, araştırmacının çalışmadaki etkisiyle, retrospektif düşünümsellik, çalışmanın araştırmacı üzerindeki etkileri ile ilgilidir. Kısaca düşünümsellik, araştırmacının bilgi inşası bağlamının farkında olmasını ifade etmektedir.

*"Araştırmacının sosyal çevre ve konumu, araştırmayı seçtikleri şeyi, araştırmanın açısını, bu amaç için en uygun olduğuna karar verilen yöntemleri, en uygun görülen bulguları ve sonuçların çerçevesini ve iletişimini etkileyecektir."*⁵⁹⁹

Araştırmada araştırmacının bakış açısının, araştırma süreci üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle, düşünümsellik, araştırmacının araştırma süreci boyunca konumunun bilincinde olduğundan emin olma sürecidir. Düşünümsellik, nitel araştırma metodolojisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu hem sosyal eleştirel hem de bu tezin dayandığı kritik teorilerde önemlidir. Ayrıca, nitel araştırmada bulunan "temsil krizleri, meşruiyet ve uygulama krizleri" ile ilgili olarak düşünümsellik önemlidir.⁶⁰⁰ Bu nedenle, araştırma ve araştırmacı arasındaki iki yönlü ilişkiyi anlamak, nitel araştırma metodolojisinde önemli bir yer tutmaktadır.

Farklı araştırmacılar aynı araştırma konusuna farklı açılardan yaklaşırlar. Bu, incelenen olgunun farklı yorumlanmasına neden olabilir. Bununla birlikte, bir araştırma konusunu farklı şekillerde görmek, araştırma konusunun daha derin ve daha zengin bir

⁵⁹⁷ Pelin Dinçer, "Feminist Araştırmada İçeriden ve/Veya Dışarıdan Olmak: Akademi ve Aktivizm Arasında Bir Köprü Olarak Düşünümsellik," *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 2, S. 3 (2019), ss. 3728–45.

⁵⁹⁸ Mariam Attia, Julian Edge, "Be(com)ing a reflexive researcher: a developmental approach to research methodology", *Open Review of Educational Research*, C. 4, S. 1 (2017), ss. 33–45.

⁵⁹⁹ Kirsti Malterud, "Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines", *Lancet*, 2001.

⁶⁰⁰ John Creswell, *Sage Handbook of qualitative research, The SAGE Handbook of qualitative Research*, Sage Publications, 2011.

şekilde anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu nedenle, araştırmacının araştırma aracının bir parçası olduğu nitel araştırmalarda araştırmacının bakış açısı, konumu ve inançlarının anlaşılması önemlidir. Finlay ve Gough'a (2008) göre araştırmada düşünümsellik uygulamak, bir araştırmacının saha çalışması sırasındaki kişisel deneyimini ve kararlarını ve araştırma sürecinin nasıl bir parçası olduğunu anlatmayı içermektedir.⁶⁰¹ Bu çalışmada, araştırmacının araştırma konusunu çevreleyen sosyo-politik bağlamdan haberdar olması gerekmektedir. Bu nedenle, eleştirel teorideki düşünümsellik, araştırmacının Zimbabwe'de kırsal kadınların özgürleşmesine katkıda bulunup bulunmadığına katkıda bulunmak açısından çok önemlidir. Araştırmada düşünümselliği teşvik etmek için araştırmacı, saha çalışması boyunca bir defter tutmuştur. Bu defterde araştırmacı, eylemlerinin görüşmenin sonuçlarını nasıl etkilediğini kaydetmiştir. Defter, araştırmacıya önyargılarını ve öznelliğini hatırlatmış, bunların araştırma sonuçlarını nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi vermiştir. Defter, bir sonraki görüşme ve genel araştırma tasarımında iyileştirmeler yapmak için önemli geribildirimler sağlamıştır. Bu düşünümsellik stratejisinin farkındalığı, araştırmacının öznelliğinden kaçınmasını ve çalışmadaki olguları keşfetmeye konsantre olmasını sağlamıştır.

2.1.1.2 Deneyimler

Nitel araştırma yönteminde, katılımcıların öznel deneyimleri, algıları ve yorumları araştırmanın odak noktasıdır. Bu nedenle, çalışma, katılımcıların deneyimlerini gerçek bir bilgi kaynağı olarak kabul etmektedir. Sosyal inşacılık, gerçeğin insanların inşa ettiği anlamlarda bulunduğunu ve sürekli değiştiğini savunmaktadır. Bu çalışmada, kırsal kadınların ve sağlık çalışanlarının deneyimleri, gerçek bilgi olarak değerlendirilmiştir. Sağlık eşitsizliklerinin anlaşılması ve ele alınmasında *lay* perspektifleri çok önemlidir. Hastalık deneyimleri hakkında bilgi sadece, daha geniş bir sosyo-kültürel bağlamda hastalık yaşayan bireylerden gelebilir. *Lay* perspektifleri, sosyal bağlam ile sağlık ve hastalık arasındaki ilişkiyi anlamada çok önemli bir boyut sağlamıştır.⁶⁰² Popay ve ark. (2003) göre, *lay* kişileri

⁶⁰¹ Linda Finlay, Brendan Gough, *Reflexivity: A Practical Guide for Researchers in Health and Social Sciences, Medicine & Health Science Books*, ed. Brendan Gough Linda Finlay, 1. b., Blackwell Science, 2008.

⁶⁰² Jennie Popay vd., "Beyond 'beer, fags, egg and chips'? Exploring lay understandings of social inequalities in health", *Sociology of Health and Illness*, C. 25, S. 1 (2003), ss. 1–23.

deneyimleri, insanların ne yaptıkları, neden yaptıkları ve hangi sosyal eylemlerinin sağlık ve hastalıkları etkilediğine dair açıklamalar sunmaktadır.⁶⁰³ Ayrıca, katılımcıların deneyimlerini bir bilgi kaynağı olarak görmek, sosyal inşacılık ve eleştirel kuramsal bakış açılarının bir parçasıdır. Bu nedenle, bu çalışma kadınların ve sağlık çalışanlarının deneyimlerine değer vermekte ve bilgi kaynakları olarak değerlendirmektedir.

2.1.1.3 Etkileşimler

Nitel araştırma yöntemi, sosyal bir olgunun incelenmesini, gerçek ortamında yapmaktadır. Bu yaklaşım, görgü tanığı ifadelerine dayanan ilk elden bilgileri kullanarak, sosyal eylemlerin anlamlarını ve sosyal hayatı anlamaya çalışmaktadır.⁶⁰⁴ Doğal bir ortamdaki etkileşimler, toplumsal gerçeklerin mevcut derinlemesine açıklamalarını sağlamaktadır.⁶⁰⁵ Bu yaklaşımda, araştırmacı, araştırma katılımcılarının dünyasını değiştirilmemiş bir ortamda araştırmaktadır. Bu çevreye doğal ya da doğal olarak oluşan denmektedir.⁶⁰⁶ Ayrıca, araştırmacı fenomeni etkilemez veya kontrol etmez. Veri toplama, katılımcıların kendilerini özgürce ifade etmelerini sağlamak için açık uçlu soruları kullanan, gerçek dünya ortamında gerçekleşmektedir. Veri toplama da doğal konuşulan dil, gayri resmi sohbetler, gözlemler ve araştırma sürecinde çekilen fotoğraflar aynen kullanılmaktadır.⁶⁰⁷ Bu çalışma, kırsal Zimbabve’de, anne sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımını nelerin etkilemiş olabileceği konusunda, kadın ve sağlık çalışanlarının, doğal bir ortamda paylaştıkları deneyimlerine dayanmaktadır. Bu çalışma, anne ölümlerini, farklı sosyal-kültürel faktörlerden etkilenen, sosyal olarak inşa edilmiş gerçeklikler olarak görmektedir. Anne ölümü, bir kadının hamilelik sırasında ve doğumdan sonra aldığı sağlık hizmetlerinin bir sonucudur. Bunlar, her kadının sosyo-kültürel bağlamdaki günlük yaşam deneyimlerine özgüdür.

⁶⁰³ Jennie Popay vd., a.g.m., s.4

⁶⁰⁴ Thomas A Schwandt, *The SAGE Dictionary of Qualitative Inquiry: Textual experimentation*, Sage Publications Inc, 1. b., New York: SAGE Publications Inc, 2015.

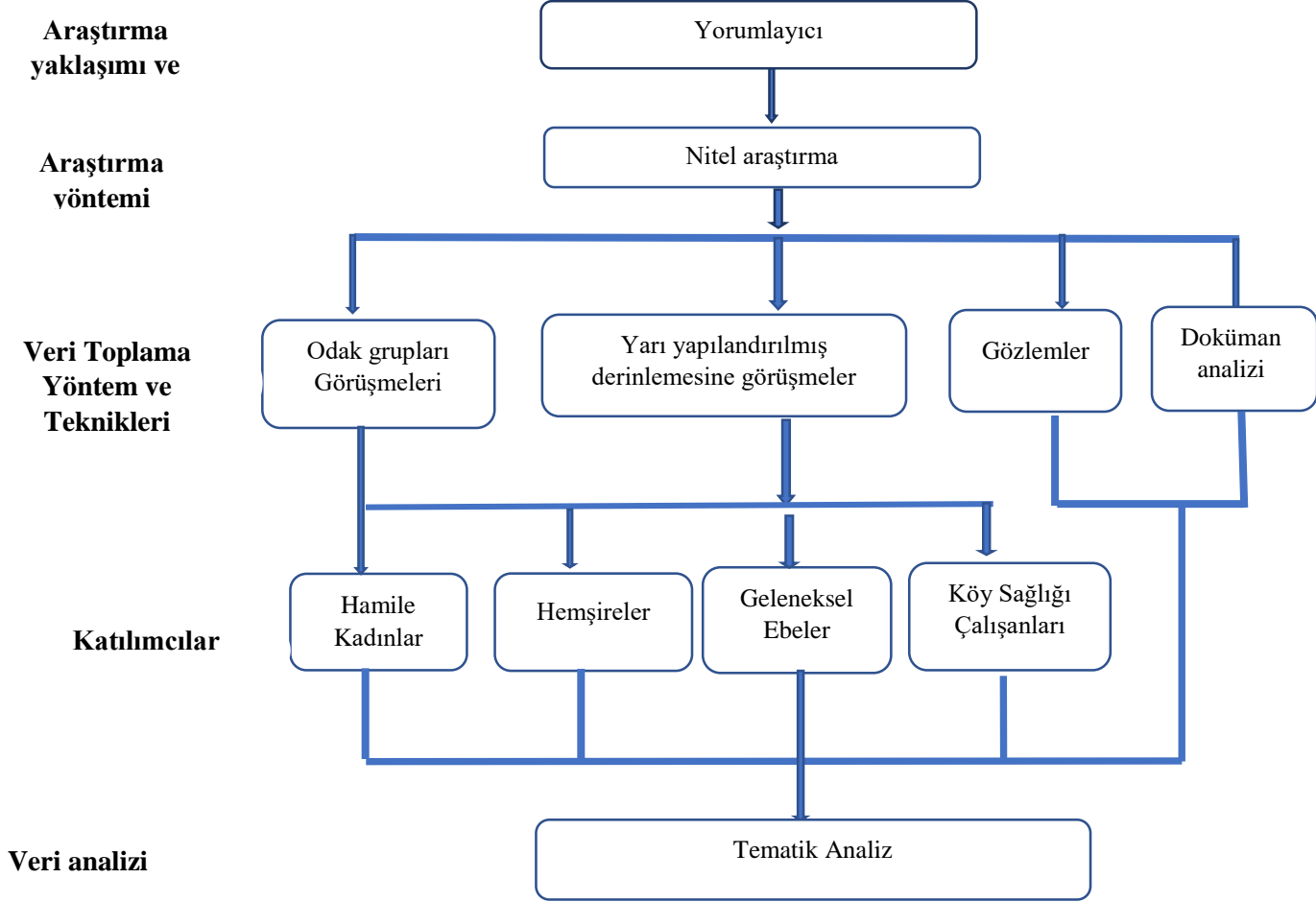
⁶⁰⁵ Bryman Alan, *Social Research Methods*, Oxford University Press, 4. b., London: Oxford University Press, 2012.

⁶⁰⁶ Schwandt, *The SAGE Dictionary of Qualitative Inquiry: Textual experimentation*.

⁶⁰⁷ Toledo-Pereyra, “Research design”, ss. 279–80.

Bu tez, kadın ve sağlık çalışanlarının anne sağlığı hizmetlerinin sağlanması ile ilgili deneyimlerinin ancak doğal bir ortamda incelenebileceğini söylemektedir. Doğal ortam, günlük yaşam öykülerini ve katılımcıların sağlık hizmetlerine erişirken veya bunları sunarken karşılaştığı zorlukların ve fırsatların deneyimlerini içermektedir. Böyle bir yaklaşım doğal bir ortam ve doğal araştırma metodolojisine dayanmaktadır. Kırsal Zimbabwe'de anne ölümleri, katılımcıların yaşadığı günlük gerçekler olarak gözlenmektedir. Katılımcıların deneyimleri, anne sağlığıyla ilgili sosyo-kültürel yapılarını incelemek için, otantik bilgi kaynakları olarak değerlendirilmiş ve kabul edilmiştir. Doğal etkileşimler, araştırmacıya, katılımcıların günlük yaşamlarındaki sosyo-kültürel koşullarına saygı duymasına ve onların sosyo-kültürel bağlamalarını incelemek için zengin veriler toplamasına yardımcı olmuştur.

Şekil 5: Araştırma Felsefesi, Yaklaşım, Yöntem, Veri Toplama Araçları, Katılımcılar ve Veri Analizi Yöntemi.



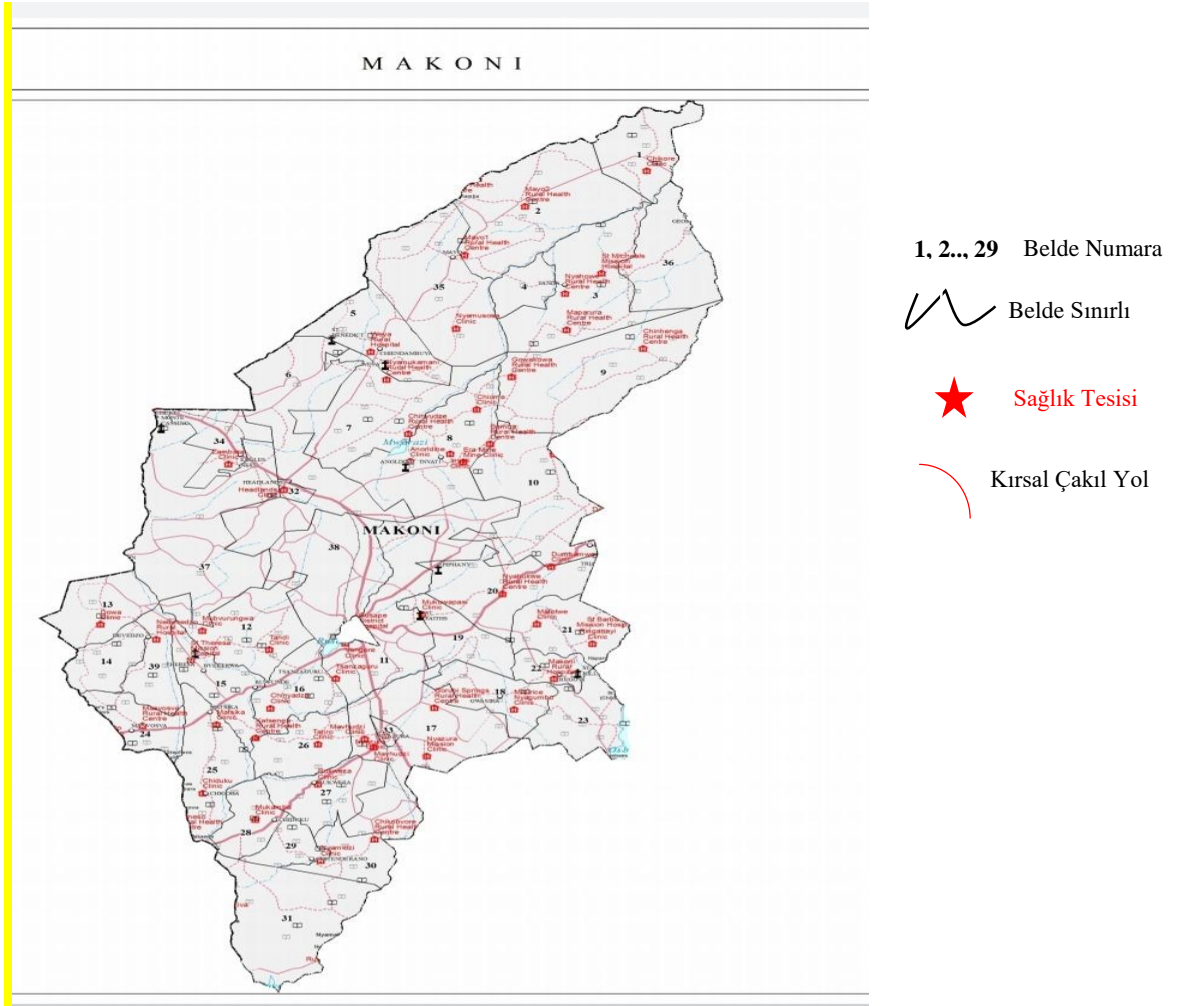
2.1.2 Araştırma Evreni

Araştırmada örneklemin belirlenmesi, araştırmanın amaç ve hedeflerinden etkilenmiştir. Bu tez, kırsal Zimbabve’de anne sağlık hizmetleri kullanımının sosyo-kültürel bağlamını incelemektedir. Bu nedenle, en uygun araştırma alanı, anne sağlığı hizmetlerinin daha düşük olduğu kırsal bölgelerdir. Savin-Baden ve Major’a (2013) göre, araştırma alanı, araştırılmakta olan olguyu açıklamak için araştırmanın yapıldığı yerdir.⁶⁰⁸ Araştırma, Manicaland Bölgesi’ndeki 7 idari ilçenin en büyüğü olan Makoni İlçesinde

⁶⁰⁸ Magann vd., “Maternal and perinatal outcomes of indicated inductions of labor”, ss. 2240–44.

gerçekleştirilmiştir. Bölge, Zimbabve'nin doğusunda bulunmaktadır. Araştırma, Temmuz-Ekim 2019 arasında 5 aylık bir süre içinde yapılmıştır. Makoni İlçesi, yüksek HIV oranı görülen, çocuk ve anne ölümleri yaşanan, anne sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ile Zimbabve'deki en düşük insani gelişme endeksinin olduğu, kırsal bir bölgedir. İlçe, yüzlerce yıldır bölgede yaşayan Shona'lı bir büyük etnik gruptan oluşmaktadır. Shona halkı, hem Hristiyanlığı ve hem de Afrika Geleneksel Dini inançlarını takip etmektedir. Halk, Shonaca dilini konuşmakta olup, yerel lehçelerindeki farklılıklar nedeniyle ChiMaungwe olarak adlandırılmaktadır. İlçede farklı insanlar da olmasına rağmen, yıllarca ortak geleneksel inançların paylaşıldığı ve uygulandığı görülmektedir.

Şekil 6: Makoni Kırsal İlçe Haritası (İlçedeki beldeler gösterilmektedir)



Makoni İlçesi'nin toplam nüfusu 272.340 olup kadınlar, toplam nüfusun %52'sini oluşturmaktadır. İlçede, 62.625 hane vardır ve ortalama hane büyüklüğü 4'tür. İlçede, 138 ilköğretim ve 46 ortaokul bulunmaktadır. Bölgedeki insanların yaklaşık dörtte üçü (%71) yoksulluk hanelerinde içinde yaşamaktadır.⁶⁰⁹ Tarım, ilçedeki en büyük ekonomik faaliyettir. İlçede yetişen başlıca ürünler; mısır, tütün ve yer fıstığıdır. Ayrıca birçok kişi gayri resmi olarak alım-satım ticareti yapmaktadır. İklim değişikliği nedeniyle ilçede, yağış düzensizdir. Bu durum insanları, kuraklığa ve yiyecek sıkıntısına maruz bırakmaktadır. Makoni ilçesinde, 41 kırsal sağlık merkezi, 3 kırsal hastane ve 1 ilçe hastanesi bulunmaktadır.⁶¹⁰ Bir kadın tarafından en yakın sağlık merkezine seyahat mesafesi, ortalama 7 ila 10 km'dir. Makoni ilçesinin köylerini, hastanenin bulunduğu ilçe merkezine bağlayan güvenilir ve hızlı ulaşım araçları bulunmamaktadır. Toplu taşıma, belirli günlerde ve yerlerde, sadece küçük bir minibüsle, özel operatörler tarafından sağlanmaktadır. Yolların çoğu, yağış mevsiminde, Kasım ayından Mart ayına kadar gidilmesi zor olan çakıllı yollardır. Bu nedenle, nüfus içinde, sağlık tesislerine erişimde ve sağlık tesislerini kullanmada, büyük eşitsizliklere neden olan durum, kötü yol ağları olmaktadır. İlçe merkezine ve küçük kasabalara daha yakın yaşayan insanlar, iyi yollar ve toplu taşıma nedeniyle sağlık tesislerine daha kolay erişebilmektedirler. Bu araştırma tüm gruplardan nüfusu içermiştir; eğitilmiş ve eğitimsiz, fakir ve fakir olmayan, sağlık tesislerine kolay erişebilenler ve sağlık tesislerinden uzak yaşayanlar. Araştırmaya tüm toplumsal grupların dâhil edilmesi, araştırmacıya, bu faktörlerin, hamile kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimi ve yeterli sağlık hizmeti kullanım davranışları ile ilişkili olup olmadığını belirlemelesine yardımcı olmuştur. Aşağıdaki fotoğraf, ilçe merkezinden ulaşılacak toplu taşıma türlerini göstermektedir.

⁶⁰⁹ Zimbabwe National Statistics Agency, "Zimbabwe Population Census 2012: National Report", 2012, s.24.

⁶¹⁰ Ministry of Health and Child Care, "Health in Zimbabwe".



Fotoğraf 1: İlçe merkezinde günde sadece bir kez olan toplu taşıma (otobüs ve minibüs)

2.1.2.1 Katılımcıları Seçim Stratejileri ve Örneklem

Araştırma tasarımına bağlı olarak araştırmada kullanılan farklı örneklem seçme teknikleri vardır. Nicel araştırmalarda amaç, araştırma başlamadan önce, önceden belirlenmiş bir örneklem büyüklüğüne sahip olmaktır. Ayrıca, nicel araştırma, bulguların daha geniş bir nüfusa genelleştirilmesini amaçlamaktadır. Bu nedenle, tamamen rastgele ve istatistiksel olarak temsili bir örneklem seçmek bir zorunluluktur. Sonuç olarak, bu tür araştırma tasarımlarında katılımcıları seçmek için olasılıklı örneklem seçme teknikleri kullanılmaktadır. Öte yandan nitel araştırma tasarımlarında, araştırma olgularını anlamak ve keşfetmek için zengin bir örneklem seçme imkânına odaklanılmaktadır.⁶¹¹ Özet olarak, nitel araştırma örneklemelerinde örneklemin, araştırmayla ilgili belirli özellikleri yakalamak amacıyla, araştırmacı tarafından öznel olarak yapıldığı söylenebilir.

Nitel araştırma, katılımcıları ve çalışma yerlerini seçmek için farklı olasılıklı olmayan örneklem teknikleri kullanır. Nitel araştırma yönteminde en yaygın iki örneklem tekniği, amaçlı ve uygun örneklemedir. Nitel araştırmalarda kullanılan diğer örneklem teknikleri arasında kartopu ve kota örnekleme de yer almaktadır. Amaçlı örnekleme, incelenen bir

⁶¹¹ Michael Patton, *Qualitative Evaluation and Research Methods, Qualitative Evaluation and Research Methods*, 4th b., Sage Publications, 2015.

olgu hakkında derinlemesine ve ayrıntılı bilgi sağlayabilen katılımcıları seçmek için kullanılan bir örnekleme tekniğidir.⁶¹² Bu teknik son derece öznel ve araştırmacı tarafından belirlenir, çünkü seçim kriterlerini araştırmacı belirler. Bu tekniği kullanırken araştırmacı, incelemeyi amaçladığı konuyla ilgili gerekli bilgileri sağlayabilen katılımcıları seçer. Uygun örnekleme ise, araştırmacının kolayca ulaşabileceği ve erişebileceği katılımcıları veya çalışma alanlarını seçmek için kullanılmaktadır⁶¹³. Çoğu durumda, bu örnekleme, zaman ve para gibi mevcut kaynaklara bağlıdır. Zincir örnekleme olarak da bilinen kartopu örnekleme, bir çalışma katılımcısının araştırmacısını başka bir katılımcıya yönlendirmesidir.⁶¹⁴ Bu örnekleme tekniği genellikle damgalanmış ve ulaşılması zor toplumsal gruplar hakkında araştırma yapmak için kullanılmaktadır.

Bu araştırmada, nitel araştırma yaklaşımını benimsendiğinden, çalışma alanlarını ve katılımcıların seçmek için bir dizi olasılıklı olmayan örnekleme tekniği kullanılmıştır. Araştırmacı, araştırılan olgu hakkında bilgili katılımcıları seçmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle örneklem seçimi, araştırma sorularına ve hedeflerine seçilme aşamasında zengin cevaplar verebilecek katılımcıların seçilmesini gerektirmektedir. Nitel araştırmada, örneklem büyüklüğü ve seçimi saha çalışması sırasında başlayıp, devam eden bir süreçtir. Ayrıca, örneklem büyüklüğü araştırma sorusunun yeterince yanıtlanıp yanıtlanmadığına göre belirlenmektedir. Bir araştırmacının uygun bir örneklem büyüklüğüne sahip olduğu sonucuna varabilmesi için, araştırma konusunda doyum noktasına ulaşmalıdır. Sonuç olarak, bu çalışmada örneklem büyüklüğü, araştırma soruları ve bilgi bakımından zengin katılımcıların sayısı ile belirlenmiştir. Araştırmacı, Makoni İlçesi'nde 5 beldede hamile ve yeni doğum yapmış kadınlarla 27 derinlemesine görüşme ve 5 odak grubu tartışması gerçekleştirmiştir. Ayrıca hemşireler, köy sağlık çalışanları, geleneksel doğum ebeleri gibi sağlık çalışanları ile de görüşmeler yapılmıştır. Aşağıdaki 8 numaralı tabloda bu çalışma için seçilen katılımcıların temel özellikleri özetlenmiştir. Katılımcılar, kırsal Zimbabwe'de yetersiz anne sağlık hizmeti kullanımındaki problemin sosyo-kültürel ve sağlık bağlamlarını anlamak için amaçlı örneklenmiştir.

⁶¹² Toledo-Pereyra, "Research design", s. 279.

⁶¹³ Toledo-Pereyra a.g.e., s. 277

⁶¹⁴ Toledo-Pereyra a.ge, 2012, s.284.

Tablo 7: Seçilmiş Katılımcıların Temel Özellikleri Ve Örneklem Yöntemleri

Araştırma Yeri ve Katılımcılar	Görüşme Sayısı	Örneklem Tekniği	Ayrıntılar
Kadınlar	32	Amaçlı	27 Derinlemesine Görüşme: Hamile ve Yeni doğum yapmış kadınlar ile 5 Odak grup Görüşmeler
Sağlık Çalışanları	14	Amaçlı, Uygun ve Kartopu	4 Hemşire-Ebe, 6 Köy Sağlık Personeli ve 4 Geleneksel Doğum Ebese
İlçe Sağlık Ofisi Personeli	3		1 İlçe Sağlık Görevlisi, 1 İlçe Hemşirelik Görevlisi ve 1 Toplum Hemşireliği Görevlisi
İlçe	1	Amaçlı	1 Kırsal İlçe seçilmiştir
Beldeler	5	Uygun	4 belde seçilmiştir

2.1.2.2 Belde ve Kırsal Sağlık Merkezlerinin Seçimi

Makoni İlçesi, 39 idari beldeye ayrılmıştır. Her beldede, çevredeki köylerden gelen insanlara temel sağlık hizmetleri sunan en az bir kırsal sağlık merkezine sahiptir. Amaçlı örneklem, İlçe Sağlık Görevlisi, İlçe Hemşirelik Görevlisi ve Toplum Hemşireliği Görevlisine danışıldıktan ve mevcut kayıtların kapsamlı bir incelemesinden sonra 5 belde seçmek için kullanılmıştır. Beldelerin seçiminde, zaman ve kaynak kısıtlamaları nedeniyle, en düşük anne sağlık hizmeti kullanım oranlarına sahip beldenin, uygun örnek olarak seçilmesi ile sonuçlandırılmıştır. Ayrıca, İlçe Sağlık Dairesi yerel yönetiminden (İlçe Kalkınma Komitesi, Kadın Gelişme Ofisi) çalışanlar ve memurlar ile ilçede anne-çocuk sağlığı alanında faaliyette bulunan STK'lar, çalışma sahasının seçiminde öneride bulunmuştur. Araştırmacı, bu bölgede doğup büyüdüğü ve ilçedeki sağlık sektöründe daha önce birkaç yıl çalıştığı için, çalışma bölgesinin seçim ve tercihinde belirleyici olmuştur. Ayrıca, çalışma alanlarına giriş ve erişilebilirlikte kolaylık için, İlçe Tıbbi Görevlisinden izin istenmiş, İlçe Tıbbi Görevlisi izin verdiği gibi araştırmaya desteğini de göstermiştir. Sonuç olarak, bu araştırma için 13, 14, 29, 30 ve 39 numaralı beldeler seçilmiştir. Seçilen beldeler, ilçenin farklı yerlerinde bulunmaktadır. Bu beldelerde, yetersiz anne sağlık hizmetlerini etkileyen bağlamsal faktörlerin anlaşılmasını genişletmek için, farklı dini ve geleneksel gruplardan insanların seçilmesi sağlamıştır. Seçilen her beldede, anne sağlık hizmetleri sunan

en az bir kırsal sağlık merkezi bulunmaktadır. Kırsal sağlık merkezi, her biri ortalama 300 kişilik nşfusa sahip, en az 9 kşye hizmet vermektedir.

Sonuç olarak, her biri bir beldeden olmak ۆzere, bu çalışmaya katılanlar 4 kırsal sağlık merkezinden seçilmiştir. Kırsal sağlık merkezleri, hamile kadınlara anne sağlığı hizmeti verme kapasitesine sahiptir. Araştırmacı, birkaç gşn ilçe sağlık ofisinde anne sağlık hizmetleri raporlarını ve belgelerini incelemiştir. Ayrıca anne sağlığı ile ilgili toplantılar ve eğitimler araştırmacı tarafından gşzlemlenmiştir. Bu sşre zarfında, İlçe Sağlık ve Hemşirelik Gşrevlisi ile gşrşşlmşş ve ilçe sağlık ofisi personeli ile resmi ve gayri resmi sohbetler yapılmıştır. Tşm bu faaliyetler, çalışma kapsamında veri toplamanın bir parçası olarak gerçekleştirilmiştir. Bşlge ofisindeki faaliyetler, araştırmacının sağlık merkezleri ve beldeleri hakkında daha fazla bilgi edinebilmesine yardımcı olmuştur. Bu faaliyetler, kırsal hemşireler ve sağlık çalışanları ile temas kurmak için bşyşk fayda sağlamış, aynı zamanda, kşylerdeki sağlık hizmeti sağlayıcılarının seçimini kolaylaştırmış ve ilçenin anne sağlık hizmetlerinin bağlamını anlamak için yardımcı olmuştur.



Fotoğraf 2: Sağlık tesisi, okul, dşkkânlar ve yakınındaki kşyşn gşsterildiği belde merkezinin havadan çekilmiş bir fotoğrafi

2.1.2.3 Sağlık Çalışanlarının Seçimi

Araştırmacı, vasıflı anne sağlığı hizmeti sağlayıcılarının, çevre köylerdeki kadınların sağlık hizmeti konusundaki deneyimleri hakkındaki görüşlerini de araştırmıştır. Bunlar, kırsal sağlık merkezlerinde ve genellikle her sağlık merkezinde bulunan hemşire veya ebelerdir. Sağlık tesislerinin seçiminden sonra, araştırmacı, bir sağlık tesisinden sorumlu yetkililerle temasa geçerek, çalışması hakkında bilgi verip, desteklerini talep etmiştir. Her kırsal sağlık tesisinde hemşirelerin sayısı bir ile üç arasında değişmektedir. Her sağlık kurumundaki bir ebe veya doğum ile ilgili klinikten sorumlu olan bir hemşire amaçlı olarak seçilmiştir. Çevre köylerden kadınlara anne sağlığı hizmetlerinin sağlanması konusunda geniş bilgiye sahip oldukları için bir ebe-hemşire seçilmiştir. Çoğu durumda, sağlık tesisinden sorumlu hemşire de ebedir. Bu nedenle, anne sağlık hizmeti sağlanması bağlamında hem idari hem de teknik konular hakkında bilgi sağlayabilmişlerdir. Araştırmacı, her biri seçilen bir sağlık kurumundan olmak üzere dört hemşire ile görüşmeler yapmıştır.



Fotoğraf 3: Saha çalışmasındaki sağlık merkezlerinden birindeki sağlık çalışanları⁶¹⁵

⁶¹⁵ Calvin Duff

2.1.2.4 Köy Sağlık Çalışanlarının Seçimi

Her sağlık tesisinde, gönüllü olarak çalışan köy merkezli sağlık çalışanları bulunmaktadır. Genellikle her köyün, bir köy sağlık çalışanı vardır. Köy sağlık çalışanları, köylerdeki kadın nüfusu hakkında en çok şeyi bildikleri için çalışma örneğine dâhil edilmiştir. Bu çalışmada, toplam 6 köy sağlığı çalışanı amaçlı olarak örneklenmiştir. Köy sağlık çalışanları, deyim yerindeyse mihmandar (gate keeper) işlevi görmüşlerdir. Onlar, araştırmacı ile köydeki kadınlar arasındaki bağlantıyı sağlamışlardır. Ayrıca, kadınları kliniğe gitmeye ve odak grup görüşmelerine katılmaya teşvik etmişlerdir. Köy sağlık çalışanlarını mihmandar (gate keeper) sosyal seferberiler olarak değerlendirmek, köylüler ve araştırmacı arasında güven oluşturmada kritik bir işlev görmüştür. Her çalışma alanında, çevre köylerden gelen sağlık çalışanları ile bir toplantı yapılmıştır. Bu toplantılarda, araştırmacı, çalışmanın amacını açıklamış ve kadınların çalışmaya katılmaları için harekete geçirilmesinde desteklerini istemiştir.



Fotoğraf 4: Köyde gebelik hakkında bir kadına sağlık eğitimi veren, köy sağlık çalışanı (ortada) ve hemşire (sağda)⁶¹⁶.

⁶¹⁶ <https://blogs.cornell.edu/centirgroup/research-projects/shine/>

Ayrıca, saha çalışmaları, kurak mevsimde, insanlar kendi çiftliklerinin dışındayken yapılmıştır. Toplantılar sırasında, araştırmacı, köy sağlık çalışanlarının kapı-anahtarı ve seferberciler olarak rollerinin, araştırmanın başarısında kilit öneme sahip olduğunu açıklamıştır. Zimbabve sağlık sisteminde, köy sağlığı çalışanları, köylerdeki kadın ve aileler tarafından genellikle güvenilen ve saygı duyulan toplum temelli gönüllülerdir. Bu nedenle, onları mihmandar (gate keeper) ve seferberciler olarak değerlendirmek pratikte uygun sonuçlar vermiştir. Köy sağlık çalışanlarını, seferberciler olarak değerlendirmek, yerel kadınlara çalışmaya daha kolay katılma imkânı sağlamıştır. Ayrıca, kadınlara çalışma hakkında daha fazla soru sorma fırsatı vermiştir. Araştırmacı, katılımcıların topluluklarındaki insanlar olmaları nedeniyle köy sağlık çalışanı ile etkileşime girme konusunda rahat davrandıklarını gözlemlemiştir. Köy sağlık çalışanlarına, çalışma hakkında bilgi verilmiş ve bir tanıtım mektubu ile onay formu sağlanmıştır. Köy sağlık çalışanları, kadınlarla köylerde tanışma ve onlara çalışmaya katılma isteklerini sorma şansı bulmuştur. Köy sağlık çalışanlarına, deneyimlerini paylaşmak ve araştırmacı ile anne sağlık hizmetleri hakkında konuşmak isteyen herhangi bir kadını davet etmeleri istenmiştir.

2.1.2.4.1 Kadın Katılımcıların Seçimi

Araştırma katılımcılarının seçimi, sorumlu hemşireye danışarak, katılımcılara çalışma hakkında bilgi vererek ve çalışmaya katılmak için rızaları alınarak başlamıştır. Araştırmacı, hemşireler ve köy sağlık çalışanları ile bir araya gelmiş, çalışmanın hedeflerini açıklamış ve çalışmaya katılmak için kadınlardan yardım ve desteklerini istemiştir. Her yerel klinikte, çevre köylerden anne sağlığı hizmetleri için kliniği ziyaret eden kadınların isimlerini içeren bir doğum öncesi bakım kaydı bulunmaktadır. Odak grup görüşmelerine ve derinlemesine görüşmelere katılanlar, klinik personeliyle beraber bu kayıtlardan seçilmiştir. Köy sağlığı çalışanları, doğum öncesi bakım kayıtlarında bulunmayan ancak katılımcı kategorisine giren kadınları belirlemeye yardımcı olmuştur. Köy sağlık çalışanlarının yardımıyla, köylerdeki bu kadınların evlerine ziyaretler yapılmıştır. Ayrıca bazı katılımcılar, kartopu örnekleme kullanılarak seçilmiştir. Kartopu örnekleme, katılımcının aynı

özelliklere sahip başka bir katılımcıyı önerdiği bir örnekleme yöntemidir.⁶¹⁷ Kartopu örnekleme, özellikle hassas konulara, özel konulara veya sapkın davranışlara odaklanan, nitel sosyolojik ve sağlık araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır.⁶¹⁸ Bu çalışmada, bir katılımcı, araştırmacıyı aynı köy içinde, benzer özelliklere sahip başka bir katılımcıya yönlendirmiştir.

İlk olarak, doğum öncesi bakım kayıtlarından bir kadın listesi hazırlanmıştır. Bunlar, yerel sağlık tesislerinden anne sağlığı hizmetlerine erişen kadınlardır. Araştırmacı, bu kadınlarla doğum öncesi planlanmış bir günde ayrı ayrı tanışmıştır. Tanışılmayan kadınlar ise, kartopu örnekleme ile tespit edilmiştir. Köy sağlık çalışanları ayrıca, derinlemesine görüşmeler için, doğum öncesi bakım kayıtlarında bulunmayan, kadınların belirlenmesinde yardımcı olmuştur. Ayrıca, doğum öncesi kliniğine kayıtlı olmayan hamile kadınlara ulaşmak için, araştırmacı bu kadınların belirlenmesinde köy sağlık çalışanlarından yardım istemiştir. Araştırmacı, köy sağlık çalışanlarının yardımıyla bu kadınlara da ulaşmıştır. Çalışmaya katılma izni, yazılı bilgilendirilmiş onam formu, kadınlardan bireysel olarak alınmıştır. Araştırmacı, klinik personelinden ve köy sağlık çalışanlarından, görüşmeyi, planlanan tarihte katılımcılara bildirmelerini istemiştir. İdeal olarak, görüşmeler, yalnızca planlanan doğum öncesi kliniği günlerinde yapılmıştır. Sonuç olarak kadınlarla, 27 derinlemesine görüşme ve 5 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Derinlemesine görüşmeler, köylerde kadınların evlerinde, bir köy sağlık çalışanı eşliğinde yapılmıştır. Her görüşmeden önce, katılımcıya çalışmanın hedefleri hakkında kısa bir bilgi verilmiştir. Katılımcılara ayrıca, yerel dillerinde Katılımcının Bilgi Formu ve Bilgilendirilmiş İzin formu da verilmiş ve okunmuştur. Her görüşme başlamadan önce katılımcılardan yazılı ve sözlü izin alınmıştır.

2.1.2.5 Geleneksel Doğum Görevlisi Katılımcılarının Seçimi

Geleneksel Doğum Görevlileri(ebeler), geleneksel yöntemlerle, köylerdeki kadınlara doğum gibi anne sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktadırlar. Bunlar genellikle toplumda yıllar içinde çocuk doğurma becerileri edinmiş yaşlı kadınlardır. Geleneksel Doğum Görevlileri, Afrika geleneksel diniyle ve bazı yerli Hıristiyan inançlarıyla

⁶¹⁷ Patton, *Qual. Eval. Res. Methods*, 2016.

⁶¹⁸ Toledo-Pereyra, "Research design", ss. 279–80.

yakından ilgilidir. Bu kadınlar, köylerde daha erişilebilir halde bulunurlar. Köy sağlık çalışanları, araştırmacıyı geleneksel doğum görevlilerine yönlendirmiştir. Ayrıca, kartopu örnekleme, başka bir köyden gelen bir Geleneksel Doğum Görevlisi 'nin, başka bir Geleneksel Doğum Görevlisi 'ne yönlendirebildiği yerlerde kullanılmıştır. Ayrıca, odak grup görüşmeleri sırasında, kadınlardan kendi topluluklarından veya yakındaki köylerden bildikleri geleneksel doğum görevlilerini bildirmeleri istenmiştir. Araştırmacı, bunlarla köy sağlık çalışanlarının yardımı ile irtibat kurmuş ve çalışmaya katılmak için onaylarını istemiştir. Her zaman olduğu gibi, araştırmacı çalışmanın amacını açıklamış ve görüşmeler başlamadan önce, onlara bilgi formu ve bilgilendirilmiş onam formlarını sağlamıştır.

2.1.3 Veri Toplama Teknikleri

Araştırmanın amaçlarına ve araştırma sorularına bağlı olarak sosyal bilimler araştırmalarında kullanılan farklı veri toplama teknikleri bulunmaktadır. Genel olarak, veri toplama teknikleri çalışmanın epistemolojik ve ontolojik yönelimleri tarafından belirlenmektedir. Tez, sosyal inşacılık ve eleştirel teori üzerine kuramsal bakış açıları kullanarak, kadınların anne sağlığı hizmetlerinin kullanımının sosyo-kültürel ve sağlık bağlamını anlamayı amaçlamaktadır. Bunu başarmak için, araştırmacı katılımcıların doğal ortamlarından, derinlemesine zengin veri toplamak zorundadır. Bu doğal ortam ve veri, köylerde ve kırsal sağlık merkezlerinde günlük yaşam içerisinde, kadın ve sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerden elde edilmektedir. Bu çalışma, sosyal destek, bireysel algılar, din, kültürel inançlar ve sağlık çalışanlarının tutumu gibi sosyo-kültürel faktörlerin, kadınların anne sağlığı hizmetlerini nasıl etkilediğini incelemektedir. Araştırmacı bu amaçla, derinlemesine bilgi elde etmek için, katılımcılarla derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleri yapmış, ayrıca daha ayrıntılı bilgilere ulaşmak adına, doküman incelemesi, gözlem ve fotoğraflardan yararlanmıştır.

Şekil 7: Kullanılan Verilerle İlgili Temel Özelliklere ve Araştırmada Veri Üretme Tekniklerine Genel Bir Bakış; Kaynak: Yazar Tarafından Çizilmiş; Saha Çalışması, 2019.



Politika ve sağlık hizmeti sunumu bağamları 'ha Çalışması: Kadın ve Sağlık Çalışanlarının Bireysel Deneyimleri

2.1.3.1 Derinlemesine Görüşmeler

Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler, nitel araştırmalarda en sık kullanılan görüşme tekniğidir.⁶¹⁹ Yapılandırılmış görüşmelerden farklı olarak, bu teknik araştırmacıya katılımcıların ayrıntılı fikirlerini, düşüncelerini, algılarını, inançlarını, duygularını ve fikirlerini keşfetme fırsatı verdiği için daha esnektir. Kadınların, anne sağlık hizmetleri ile günlük deneyimlerini keşfetmek için yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler kullanılmıştır. Görüşmeler, anne sağlık hizmetleri deneyiminin ne, ne zaman, nerede ve nasıl sorularına odaklanmıştır. Bu çalışmada, araştırmacıların görüşlerini dayatmadan, kadınların sağlık hizmetleri ile ilgili düşüncelerini ve deneyimlerini araştırmak için yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanılmıştır. Yöntem, araştırmacının görüşmeler sırasında katılımcılardan ortaya çıkabilecek diğer fikirleri keşfetmesini sağlamaktadır⁶²⁰. Derinlemesine görüşmeler, bir araştırmacının olguları keşfetmesi ve araştırılan konuyu derinlemesine anlaması için iyi

⁶¹⁹ Toledo-Pereyra a.ge, 2012, s.284.

⁶²⁰ Toledo-Pereyra a.ge, 2012, s.284.

bir yol sağlamaktadır.⁶²¹ Gutmann ve ark (2014) göre, derinlemesine görüşmeler karmaşık, ayrıntılı, gizli ve hassas bir konunun kişisel deneyimini keşfetmeye yardımcı olmaktadır.⁶²² Bu nedenle, anne sağlık hizmetleri gibi karmaşık bir konunun incelenmesinde, derinlemesine görüşmeler büyük bir imkân sunmaktadır. Ayrıca, açık doğalarına dayanarak, yarı yapılandırılmış görüşmeler bu çalışmada, serbest akan araştırmacı-görüşmeci değişimi için uygun bulunmuştur. Yapılandırılmış görüşmelerden farklı olarak, yarı yapılandırılmış görüşmeler, araştırmacının kendi anlamlarını ve deneyimlerini empoze etmeden katılımcıların kendi deneyimlerini, anlamlarını ve fikirlerini ortaya çıkarmalarına yardımcı olmaktadır.⁶²³

Yarı yapılandırılmış görüşmeler, araştırmacının, soruların bir konuşma biçimi oluşturması için aktığı, samimi bir görüşme tarzı benimsemesini sağlamıştır.⁶²⁴ Görüşme, katılımcıların önemli olduğunu düşündüğü konular hakkında, daha fazla bilgi vermelerini sağlayan açık uçlu sorular içermiştir.⁶²⁵ Araştırmacının rolü, yalnızca daha ayrıntılı bilgi elde etmek için katılımcıları çalışmanın hedeflerine yönlendirmek olmuştur. Derinlemesine görüşme süreci, karmaşık ve sosyal olarak yapılandırıldığından araştırmacı, katılımcıların yanıtlarının öznel, yerel ve bağlamsal yapısını dikkate almıştır.⁶²⁶ Katılımcıların cevap ve hikâyeleri, anne sağlık hizmetlerine erişirken kadınların, günlük deneyimleri hakkında zengin ve karmaşık verilerle sonuçlanmıştır.⁶²⁷

Liamputtong'a göre (2009) bir araştırmacı, nitel görüşmelere başlamadan önce katılımcılarla ilişki kurmalı ve gerçek yaşam koşullarına uyum sağlamalıdır.⁶²⁸ Çünkü derinlemesine görüşmede araştırmacı, önemli bir araştırma aracı haline gelmektedir. Bu nedenle, görüşmeler sırasında araştırmacı, konu ile ilgili kendi deneyimlerini ve katılımcılarla ilgili diğer sosyal konuları paylaşmalıdır. Araştırmacı, kendi deneyimlerini

⁶²¹ Patton, *Qual. Eval. Res. Methods*, 2016.

⁶²² Justin Gutmann, "Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers", *International Journal of Market Research*, C. 56, S. 3 (2014), s. 407.

⁶²³ Toledo-Pereyra, "Research design", ss. 279-80.

⁶²⁴ Toledo-Pereyra a.ge, 2012, s.284.

⁶²⁵ Pranee Liamputtong, *The in-depth interviewing method, Qualitative Research Methods*, 3. b., Melbourne: Oxford University Press, 2009.

⁶²⁶ Liamputtong, a.g.e, 2009

⁶²⁷ Liamputtong, a.g.e, 2009

⁶²⁸ Liamputtong, a.g.e, 2009

paylaşarak katılımcılarla ilişki kurmuş ve daha fazla tartışma için elverişli bir ortam oluşturmuştur. Araştırmacıların kendi hikâyeleri, katılımcılarla açık ve net bir tartışma için bir temel oluşturmakta ve katılımcılarla bağlantı kurmasını sağlamaktadır.⁶²⁹ Sonuç olarak, katılımcılar görüşme süresince, araştırmacının kişisel ve aile geçmişiyle çok yakından ilgilenmişlerdir.

Bir erkek olarak araştırmacı, kadınlarla sağlıkları ile ilgili konularda görüşürken ortaya çıkabilecek sorunların farkındaydı.⁶³⁰ Bunu hafifletmek için, katılımcılara araştırmacının sağlık konusunda, daha önce aynı ilçedeki işleri hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmacının kişisel geçmişi ve araştırma tecrübesi, katılımcılarla ilişki kurmasını, görüşmeler yapmasını, hamilelik, doğum ve anne ölümleri gibi hassas konular hakkında bilgi almasını kolaylaştırmıştır. Saha çalışması sırasında araştırmacı, çoğu kadının anne sağlık hizmetini çevreleyen konular hakkında konuşmaya açık olduğunu fark etmiştir. Ayrıca kadınların, erkek sağlık çalışanları ve araştırmacılarla etkileşime girmekte rahat olduklarını keşfetmiştir. Ek olarak, araştırmaya katılmak üzere kadınları harekete geçirmek için çoğunlukla kadın olan köy sağlık çalışanlarının kullanılması, kadınları erkek araştırmacıya iletişime teşvik etmiştir.

Araştırmacı, anne sağlık bakımının farklı aşamalarında kadınlarla 27 yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme gerçekleştirmiştir. Görüşmelerin çoğu kadınların evlerinde yapılmıştır. Geçmişte yapılan çalışmalar, evlerinde görüşme yapılan kişilerin, evde çok fazla sorumluluk sahibi olabilecek kadınlar için en uygun, erişilebilir, rahat ve uygun ortam olduğunu göstermiştir.⁶³¹ Araştırmacı, esnek ve alternatiflere açık olarak, görüşme için uygun bir yer bulmak konusunda katılımcılara danışmıştır. Bu durum, bazan bir kilise toplantısında ve sağlık tesisinde görüşmeler yapılmasıyla sonuçlanmıştır. Görüşme öncesi araştırmacı, kadınlarla birebir görüşme yapmayı planlamıştır. Ancak, kültürel olarak duyarlı olma çabası içinde kayınvalide, eşler ve diğer aile üyeleri de görüşmelere katılmıştır.

⁶²⁹ Liamputtong, a.g.e, 2009.

⁶³⁰ Liamputtong, a.g.e, 2009.

⁶³¹ Hilda A. Mwangakala, *Pregnant women's access to maternal health information and its impact on healthcare utilization behaviour in rural Tanzania*, Thesis, Loughborough University, 2012; Paudel, *Socio-cultural and Health Care Contexts of Perinatal Survival in Rural Mountain Villages of Nepal*, Flinders University 2018.

Araştırmacı, araştırmanın derinlemesine anlaşılmasını zenginleştiren diğer aile üyelerinden önemli yorumlar ve katkılar kaydetmiştir. Her kadının aile üyelerinin, genellikle kocaların, kayınvalidelerin ve kayınpederlerin görüş ve deneyimleri, kadınlarla yapılan görüşmeler sırasında yorumda buldukları zaman da dikkate alınmıştır.

Tüm görüşmeler, araştırmacı ve katılımcıların tümünün aynı dili konuştuğundan ötürü yerel Shona dilinde yapıldı. Her görüşme, aileleri, geçimleri ve çocukları hakkında gayri resmi bir sohbetle başladı. Daha sonra, temel demografik sorular, evlilikleri, hamilelik ve doğum deneyimleri ile ilgili basit genel sorular içeren bir sohbete girildi. Yarı yapılandırılmış görüşme formları, saha çalışmasından önce araştırmacı tarafından bilinen iki katılımcıya pilot olarak uygulandı. Bu uygulama, soruların katılımcılara göre ayarlanmasını sağlamaktadır. Görüşmeler 45 dakika ile 1 saat arasında değişmiştir. Görüşmelere yanıt verenlerin sözlerini etkili bir şekilde yakalamak için dijital bir ses kaydedici aracılığıyla ses kaydı yapılmıştır.⁶³² Benzer şekilde, bazı durumlarda katılımcıların, ailelerinin ve evlerinin fotoğrafları veri toplamanın bir parçası olarak çekilmiştir. Ancak, görüşmeleri kaydetmeden ve fotoğraf çekmeden önce katılımcılardan sözlü ve yazılı izni alınmıştır. Aslında, kadın katılımcıların kaydedilmeye ve fotoğraflanmaya hevesli oldukları görülmüştür. Kayıtlı seslerini duymayı ve fotoğraflarını görmeyi heyecan verici bir deneyim olarak algılamışlardır.

Görüşmenin sonunda, kadınlara daha fazla bilgi ve yorum yapma ile soru sorma fırsatı verilmiştir. Köylerde yaşayan insanlar, katılmaya uygun olmasalar bile görüşmelere katılmak istemişler. Araştırmacı, daha sonra, insanların STK'lar görüşmeler yapmaya alıştıklarını ve bu nedenle çalışmaya katılma arzuların keşfetmiştir. Ancak araştırmacı, araştırılan konuyla ilgili onlarla gayri resmi sohbetler yapmayı kabul etmiştir. Bu gayri resmi görüşmeler, araştırmacının çalışma yapılan köylerin sosyo-kültürel bağlamını daha iyi anlamasına yardımcı olan zengin bilgiler sağlamıştır. Görüşmelerin yapıldığı 2019 Ağustos-Eylül döneminde, insanlar öğretim yılının başlangıcına hazırlanıyorlardı. Bu nedenle

⁶³² Toledo-Pereyra, "Research design", ss. 279–80.

araştırmacı, çalışmadaki tüm katılımcılara teşekkür göstergesi olarak bir okul defteri ve kalem hediye etmiştir.

2.1.3.2 Sağlık Çalışanlarıyla Görüşmeler

Araştırmacı, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile 17 görüşme gerçekleştirmiştir. Görüşülen sağlık çalışanları, İlçe Sağlık Merkezi Görevlisi, Ebeler, Hemşireler ve Köy Sağlık Çalışanlarını kapsamaktadır. Bu çalışanlarla, gayri resmi sohbetler de yapılmış, toplanan verilere ilişkin önemli bilgiler elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmeler, anne sağlık hizmeti kullanımına ilişkin görüş ve deneyimleri kapsamaktadır. Araştırmacı, sağlık çalışanlarıyla, toplumda anne sağlık hizmeti verirken karşılaştıkları zorlukları ve fırsatları da tartışmıştır. Araştırmacı ayrıca, sağlık sistemi temelli faktörleri ve bunların anne sağlığı hizmeti sunumundaki etkilerini anlamaya odaklanmıştır. Sağlık çalışanları ayrıca, köylerde anne sağlığı hizmetlerini etkileyen ulusal politikalar ve stratejiler hakkında bilgilerini paylaşmışlardır. Topluluklardaki geleneksel doğum görevlileri ile dört görüşme yapılmıştır. Araştırmacı, bu hizmet sağlayıcı grubu ile anne sağlığının sosyal ve kültürel yönlerini tartışmıştır. Bu görüşmeler ortalama 20-25 dakika sürmüş, görüşmeler kaydedilmemiş ancak görüşme sırasında notlar alınmıştır.

2.1.3.3 Odak Grup Görüşmeleri

Odak grup görüşmeleri, katılımcıların algılarını, yorumlarını ve belirli olaylara dair inançlarını kendi bakış açılarından anlamayı amaçlayan bir veri toplama tekniğidir.⁶³³ Odak grup görüşmeleri, genellikle gayri resmi bir ortamda bir araya gelen ve araştırmacı tarafından belirlenen, belirli bir konuyu tartışan, genellikle 8-12 kişiden oluşmaktadır.⁶³⁴ Araştırmacının rolü, grup dinamiklerini konuya yönlendirerek ve katılımcıların görüşlerini bildirecek kadar imkân sağlayarak yönetmektir. Odak gruplara katılanlar, genellikle homojendir. Bu, aynı deneyimleri yaşayan kişilerin birbirleriyle tanışmalarını, özgürce konuşmalarını ve olguları açıkça tartışmalarını sağlamaktadır.⁶³⁵ Bu nedenle, bu çalışmada belirli bir sağlık tesisinde

⁶³³ Liamputtong, a.g.e, 2009

⁶³⁴ Liamputtong, a.g.e, 2009

⁶³⁵ Liamputtong, a.g.e, 2009

anne sağlığı hizmetlerine erişen kadınlar, bir odak grup görüşmesi oluşturmak üzere bir araya getirilmiştir.

Araştırmacı, kadınların sağlık hizmetlerine erişme ve kullanma kararlarını etkileyen algılarını, bilgilerini, tutumlarını, inançlarını ve uygulamalarını araştırmak için odak grup görüşmesini kullanmıştır. Bu algılamalar, tutumlar ve inançlar kişisel olabilir, ancak sosyal grup ortamında ortaya çıkması daha olasıdır. Odak grup görüşmeleri, ayrıntılı tartışmaları kolaylaştırmak için grup etkileşimini kullanmaktadır. Tartışmalar sırasında araştırmacı, başlangıçta utangaç olan kadınların deneyimlerini ve bilgilerini akranlarıyla paylaşmaya başladıklarını görmüştür. Ayrıca, odak grup görüşmeleri, sorunları daha fazla soruşturma ve bir konu üzerinde ayrıntılı tartışma için, yapılandırılmış görüşmelerle imkânsız olan bilgilerin elde edilmesine izin vermiştir. Tartışmalarda araştırmacı, toplanan verilere önemli bir destek sağlayan insanların yüzlerini ve hareketlerini incelenmiştir. Ayrıca, odak grup görüşmeleri hızlı sonuçlar vermesi, daha az insandan daha fazla ve zengin veri toplanmasına imkân vermesi nedeniyle verimli bir tekniktir. Bu, grup üyelerinin kendi aralarındaki etkileşimlerinin, birbirlerine sorular sorarak ve birbirlerine cevap vererek ortaya çıkmasının da bir sonucudur. Bu nedenle, araştırmacı bu tekniği zaman ve maddi kısıtlamalarla karşılaştığında sosyo-kültürel veri toplamada daha uygun bulmuştur.

Komşu topluluklardan kadınlarla, farklı sağlık tesislerinde beş odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Ortalama olarak, her odak grup görüşmesi on katılımcıdan oluşmuştur. Tartışma, yaklaşık bir saat sürmüştür. Odak grup görüşmelerini gerçekleştirmeden önce, araştırmacı, sağlık tesisini ziyaret etmiş, sorumlu hemşire ve köy sağlık görevlisi ile bir araya gelerek görüşmeler hakkında bilgi vermiştir. Odak grup görüşmesinin, kadınların doğum öncesi rutin muayeneleri için kliniğe gittikleri gün yapılması uygun görülmüştür. Klinik, tarafsız ve merkezi bir yer olduğu için seçilmiştir. Kadınlar, toplantıdan iki hafta önce köy sağlık çalışanları tarafından kendi köylerinde bilgilendirilmiştir. Odak grup görüşme gününde, araştırmacı kadınlarla bir araya gelmiş ve onlara çalışmanın amacını açıklanmıştır. Tartışmalar başlamadan önce, tüm kadınlara bilgi ve onay formu okunmuş ve verilmiştir. Araştırmacı, tüm kadınların araştırmaya katılmaya yönelik gösterdiği coşku karşısında

hayrete düşmüştür. Bu, köy sağlık çalışanlarının, araştırma çalışması konusundaki farkındalığı arttırmada muazzam bir iş yaptıklarını açıkça göstermiştir.

Araştırmacı, grup görüşmelerinden elde edilen tüm verileri kaydetmesinin zorluklarını önceden görmüş ve iki araştırma görevlisinin yardımını istemiştir. Bunlar, Zimbabve Üniversitesi'nden, nitel araştırma yürütmek için eğitim almış lisansüstü öğrencilerdir. Araştırmacı, grubun yöneticiliğini yaparken bir öğrenci not almış, diğeri ise görüşmeleri kaydetmiştir. Grup görüşmeleri, kadınların doğum öncesi kliniğinden sonra ekstra zaman ayırmalarını gerektirdiğinden, araştırmacı onlara içecekler ve atıştırmalıklar sağlamıştır. Grup görüşmeleri, kadınlar ve araştırmacı arasındaki gayri resmi sohbetlerle başlamıştır. İlk olarak, tartışılan konular arasında; genel aile sorunları, hava durumu ve eğitim konuları bulunmaktadır. Sohbet tarzı bu konuşmalarla artık herkes kendini rahat hissettikten ve araştırmacı ile diyalog kurduktan sonra, grup görüşmelerine başlanmıştır. Araştırmacı, kadınların gösterdiği gayreti ve açıklığı görmekten memnuniyet duymuştur. Görüşmelerden sonra kadınlara, daha fazla soru sorma fırsatı verilmiştir. Bu, belirli konuları açıklığa kavuşturmak isteyen kadınlarla, uzun süren sohbetlerle sağlanmıştır.

2.1.3.4 Doküman İncelemesi

Saha çalışmasına başlamadan önce, ilgili ulusal politika ve strateji dokümanlarının kapsamlı bir incelemesi yapılmıştır. İncelenen dokümanlar, 1980-2015 dönemini kapsamıştır. Bu dokümanlar arasında, Zimbabve'de anne sağlığı ile ilgili, çeşitli bilgilere ulaşılmıştır. Doküman incelemesi, anne sağlık programlarının uygulanmasını etkileyen, sosyal politika bağlamı hakkında daha derin bir anlayış kazanmak için yapılmıştır. Bu inceleme, araştırmacının sosyal politika önceliklerini, topluluklardaki kadın ve sağlık çalışanlarının görüşleri ile karşılaştırmasına imkân sağlamıştır. Araştırmacı, incelemeyi Üniversite'deyken yapmış ve çoğu belgeye internetten ulaşmıştır. Zimbabve hükümeti e-devleti (<http://www.zim.gov.zw/>) geçmiş politika dokümanlarını, stratejilerinin ve kanunlarının bir veri tabanını oluşturmuş olması nedeniyle incelenmiştir. Sağlık ve Çocuk Bakımı Bakanlığı (<http://www.mohcc.gov.zw/>) ve Kamu Hizmeti, Çalışma ve Sosyal Yardım Bakanlığı (<http://www.mpslsw.gov.zw/>) web siteleri de ziyaret edilmiştir. Önemli dokümanlar, yıllık ve ilerleme raporları şeklinde bulunmuştur. Araştırmacı ayrıca, daha fazla

bilgi elde etmek için e-posta yoluyla, ilgili bakanlıklardaki arşiv personelleriyle iletişime geçmiştir. Zimbabwe'de anne sağlığı alanında çalışan STK'ların ve uluslararası kuruluşlarda web sitelerinde başka dokümanlar da bulunmuş ve incelenmiştir. Bunlar arasında UNFPA, UNICEF, WHO ve Zvitambo gibi kuruluşlar bulunmaktadır. Ek olarak, Zimbabwe'de saha çalışmasına başlamadan önce, araştırmacı Zimbabwe'deki Sağlık Bakanlığı'nı ziyaret etmiş ve incelemeye değer önemli dokümanları elde etmiştir. Sonuç olarak, araştırmacı konuyla ilgili çok sayıda dokümana ulaşmıştır. Ayrıca, anne sağlığı alanında çalışma konusunda insanlarla temas halinde olması, araştırmacıya derinlemesine bilgi sağlamıştır.

Dokümanların incelenmesi, içerik analizi kullanılarak yapılmıştır.⁶³⁶ Analiz, kırsal Zimbabwe'de kadınlar arasında, anne sağlığı kullanım düzeylerini arttırmak için uygulanan stratejileri öğrenmeyi amaçlamıştır. Politika ortamının kapsamlı bir şekilde anlaşılması, politikaların uygulamaya geçirilmesinde ve yerel sağlık sistemleri bağlamında potansiyel fırsatlar ve kısıtlamaların incelenmesinde yararlı olmuştur.

2.1.3.5 Saha Notları, Gözlem ve Fotoğraflar

Saha çalışması sırasında araştırmacı, kadınlarla, sağlık çalışanlarıyla, bölgedeki önemli paydaşlarla yapılan görüşmeler, resmi ve gayri resmi toplantılar hakkında notlar almıştır. Katılımcıların demografik özellikleri, görüşme sırasında ortaya çıkan kilit yerel terimler hakkında notlar alınmıştır. Tüm saha çalışması deneyiminin fotoğrafları da katılımcıların izniyle alınmıştır. Fotoğraf, araştırılan konuya görsel bir bağlam sağlamaya yardımcı olmuştur. Çekilen fotoğraflar; sağlık altyapısı, doğum yerleri, ulaşım altyapısı, su kaynakları ve topluluklarda hamilelik sırasında kadınların bakımını içermektedir.

Araştırmacı gözlemleri bütünü oluşturan bir veri toplama tekniği olarak kullanmıştır. Gözlemler, sağlık tesislerinde, topluluklarda ve derinlemesine görüşmelere katılan kadınların evlerinde yapılmıştır. İlçe düzeyinde araştırmacı, anne sağlık bakımı ile ilgili seminerler, inceleme atölyeleri ve toplantı gibi etkinlikleri gözlemlemiştir. Ayrıca, sağlık sistemindeki raporlama sistemini ve geri bildirim mekanizmalarını da gözlemlemiştir. Sağlık tesislerinde, araştırmacı genel altyapı ve hastane, yerel sağlık tesislerinde ve doğum öncesi klinik

⁶³⁶Liamputtong, a.g.e, 2009

günlerinde doğum ve bekleme odalarını gözlemiştir. Topluluklarda, araştırmacı sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olan karayolu, ulaşım ve su altyapısına gözlemiştir. Katılımcı evlerinde araştırmacının gözlemler, anne sağlığına etki eden faktörlerin tanımlanmasını içermektedir (örneğin, evde doğum yeri, ev yapımı, aile yapısı, hane halkı rolleri, temizlik, temiz suya erişim, sıcaklık vb.). Gözlem parametreleri, saha çalışmasından önce hazırlanan ve saha çalışması deneyimlerini yansıtabilecek şekilde sürekli güncellenerek bir rehber tarafından yönlendirilmiştir. Saha çalışması, hastane ve kırsal sağlık tesislerini ziyaret etme, insanların gündelik aktivitelerini, kayıtlarını ve raporlarını ve sağlık çalışanları ile etkileşim kurma şanslarını gözleme fırsatı sağlamıştır. Araştırmacı, geleneksel köy liderinin evinde kalmış, bu durum ona toplumdaki önemli paydaşlarla daha fazla etkileşim kurma fırsatı vermiştir. Bu, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde, kadınları çevreleyen bakımın daha yakından izlenmesine ve bunun anne sağlığı hizmetlerinin kullanımına ilişkin sonuçlarının izlenmesine izin vermiştir. Gözlemler, araştırmacıya, kadın gündelik yaşam deneyimlerini ve görüşmeler sırasında tartışılanların bağlamını öğrenmesine ve ilgili alanlarda açıklamalar yapmasına yardımcı olmuştur.

2.1.4 Veri Analizi

Bu kısım, araştırmacının bu çalışmada toplanan verileri analiz ederken kullandığı stratejileri içermektedir. Görüşmeler ve tartışmalardaki verilerden elde edilen anlamları ve kalıpları ortaya çıkarmak için veri analizi yapılmıştır. Savin-Baden ve Major'a (2012) göre, veri analizi, verilerin analiz amacıyla anlamlı parçalara ayrılmasını içeren sürekli bir süreçtir.⁶³⁷ Nitel araştırma yaklaşımında, veri analizi sürekli ve yinelemeli bir süreçtir. Bu, veri toplama ile analiz arasında bir sınır olmadığı anlamına gelmektedir.⁶³⁸ Nitel araştırma yaklaşımında, farklı veri analizi yöntemleri bulunmaktadır. Öte yandan, içerik ve tematik analiz gibi, epistemolojik veya kuramsal yaklaşımlarından bağımsız yöntemler de vardır.⁶³⁹ Ayrıca, veri analizi yöntemi, araştırma soruları ve hedefleriyle

⁶³⁷ Magann vd., “Maternal and perinatal outcomes of indicated inductions of labor”, ss. 2240–44.

⁶³⁸ Joseph A. Maxwell, “Conceptual Framework: What do you think is going on?”, *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*, 2013, ss. 39–72.

⁶³⁹ Maxwell a.g.e., s.44

belirlenmektedir.⁶⁴⁰ Araştırmacı, araştırmanın teorik kavramlarını, epistemolojik temelini, araştırma soru ve hedeflerini kontrol etmeye tekrar tekrar gitmiştir. Araştırmacının aklındaki temel soru, toplanan verilerin temel araştırma sorusuna, yetersiz anne sağlığı kullanımının sosyo-kültürel ve sağlık bağlamlarını nasıl yanıtladıklarıdır. Sonuç olarak, araştırmacı tematik analizin araştırma sorusunu cevaplamak için uygun yöntem olduğunu fark etmiş ve bu nedenle, veri analizi yöntemi olarak tematik analizi seçmiştir.

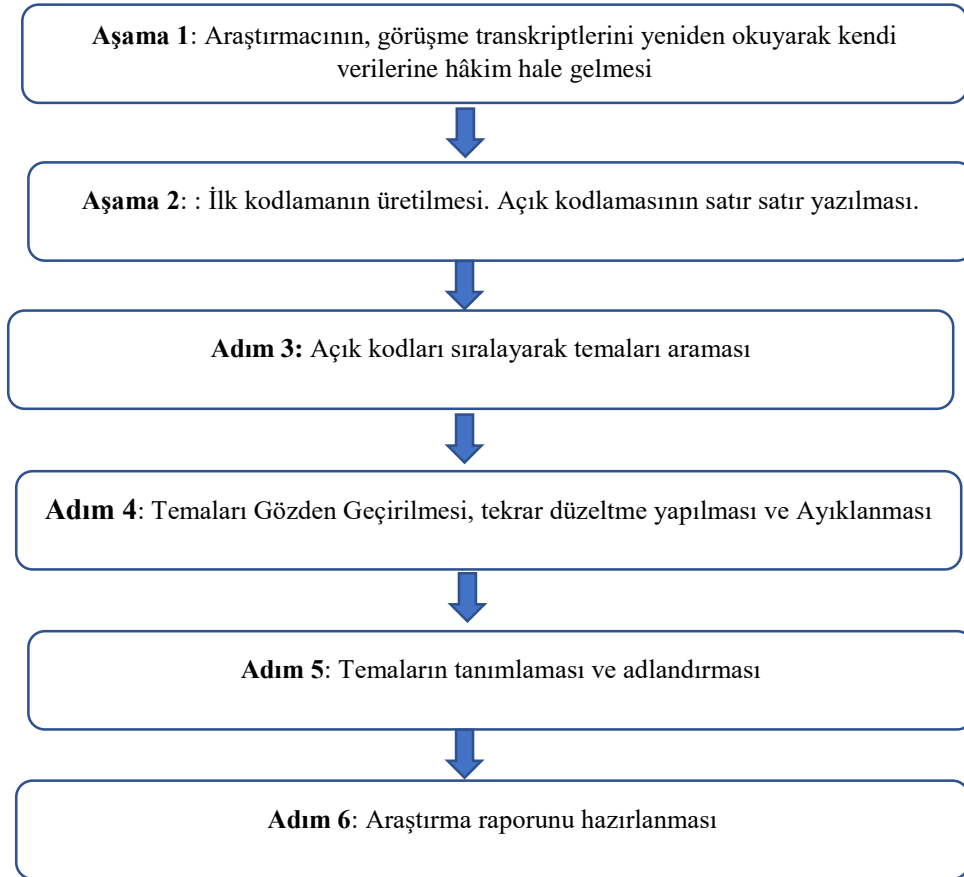
2.1.4.1 Tematik Analiz

Tematik analiz, farklı bağlamlardaki karmaşık bir veri kümesinden, önemli temaları tanımlayan, analiz eden ve ayıklayan bir yaklaşımdır. Bu yöntem, araştırmacının karmaşık ve toplu nitel verileri, olgunun kolay yorumlanması için temalar ve desenler içinde basitleştirmesini sağlamaktadır.⁶⁴¹ Tematik analiz, araştırmadaki çeşitli temaları tanımlamayı, analiz etmeyi ve raporlamayı içermektedir. Temalar, verilerle ilgili anahtar düzenleyici kavramlardır. Bu çalışmada, bunlar kırsal Zimbabve'de anne sağlığı hizmetinin kullanımını etkileyen sosyo-kültürel ve sağlık bakım bağlamlarını ortaya koyan verilerdeki özelliklerdir. Tematik analiz, veri metninde anlam kalıpları sağlamış ve araştırma sorularına cevaplar üretmiştir. Bu yöntemde, araştırmacı sadece kodların sıklığına değil, verilerdeki temaların bağlamsal anlamlarına da odaklanmaktadır. Braun ve Clarke'a (2006) göre, tematik analiz süreci altı ana aşamaya ayrılmıştır.

⁶⁴⁰ Toledo-Pereyra, "Research design", ss. 279–80; Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine Publishing, 2017.

⁶⁴¹ Magann vd., "Maternal and perinatal outcomes of indicated inductions of labor", ss. 2240–44.

Şekil 8: Bu Çalışmada Kullanılan Tematik Veri Analizinin Altı Aşamasını Temsil Eden Akış Şeması



Tematik analiz, kuramsal ve epistemolojik bağlantılara bağlı değildir. Bu yöntem, kuramların kullanımında esnektir. Ortaya çıkan yeni temaların ve verilerden elde edilen fikirlerin keşfedilmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca, yaklaşım sadece temaları saymanın ötesine geçmekte ve verilerden gelen fikirleri açıkça anlamaktadır.⁶⁴² Bir tema, araştırma hedefleriyle ilgili önemli bilgileri yakalamalı ve verilerdeki yanıtın bir örneğini sunmalıdır. Sonuç olarak, çalışmadaki temaların tanımlanması konunun sıklığına değil, araştırma sorusuna nasıl bilgi sağladığına bağlı olmaktadır.⁶⁴³ Bir veri, tema olarak metinde bir kere ortaya çıksa bile, araştırma sorularına nasıl cevap verdiği dikkat edilmiştir.

⁶⁴² Braun, Clarke, "Using thematic analysis in psychology", ss. 77–101.

⁶⁴³ Braun, Clarke a.g.m., s.85.

Sosyal inşacılık ve eleştirel teorik bakış açısı, veri analizi sürecine ilişkin içgörür sağlamaya devam etmiştir. İncelenen olgular, sosyal güçlerin temelini oluşturan, sosyal olarak inşa edilmiş bir kavram olarak görülmüştür. Sosyal inşacılık açısından, araştırmacı kırsal alanlarda yetersiz anne sağlık hizmeti kullanımının gerçekliğinin, geçmiş sosyal anlaşmaların bir sonucu olduğunu varsaymaktadır. Bu varsayım, bu tezden elde edilen bilginin üretimi için kilit öneme sahiptir. Eleştirel kuramsal açıdan, araştırmacı bu olguyu sadece tıbbi bir sorun olarak değil, sosyal adaletsizlik sorunu olarak da görmektedir. Bu, araştırmacının anne sağlık kullanımını etkileyen sosyal ve kültürel faktörleri keşfetmesine ve kırsal bölgelerden gelen kadınlara ses vermesini sağlamıştır. Tematik analiz esnekliği, araştırmacının teorik bakış açısını seçmesine ve tematik analizi yalnızca analitik bir yöntem olarak benimsemesine olanak sağlamıştır.⁶⁴⁴ Sonuç olarak, bu yöntem herhangi bir teorik dayanak içermeyen verileri analiz etmek için açıkça tanımlanmış bir yol sağlamaktadır.

Ancak, yöntemin kendi sınırlılıkları vardır. Bryman'a (2012) göre yöntem, araştırmacıların yanlış temaları seçmelerine sebep olabilecek, açık bir yöntemden yoksundur.⁶⁴⁵ Ayrıca, yöntem, içerik ve söylem analizi gibi nitel analitik yöntemler arasında tanımlanabilir bir mirasa sahip değildir. Bu yöntemle, analizde titizlik sağlamak için esnekliği ve tutarlılığı korumak zordur. Bu sınırlamaları göz önünde bulunduran araştırmacı, bu çalışmada göreceli bir avantaj sağladığı için Braun ve Clarke tarafından önerilen, adım adım sürecini benimsemiştir. Aşağıdaki kısımlar, araştırmacının Braun & Clarke, (2006) tarafından önerilen yönteme göre, tematik analiz her bir aşamasını nasıl yürüttüğü hakkında kısa bir genel bakış sunmaktadır.

Verilerin tanınması

Veri analizi sürecindeki bu ilk adım, saha çalışması sırasında toplanan verilere aşına olma aşamasıdır.⁶⁴⁶ Braun ve Clarke'a (2006) göre, sağlam bir nitel veri analizi için kendi verilerini tanımak önemlidir.⁶⁴⁷ Bu nedenle, bu aşamada araştırmacı, anlam ve kalıpların ortaya çıkarılması için verilerin tekrar tekrar ele alınması yoluyla verilere yoğunlaşmıştır.

⁶⁴⁴ Braun, Clarke a.g.m., s. 87.

⁶⁴⁵ Alan, *Social Research Methods*, 2012.

⁶⁴⁶ Braun, Clarke, "Using thematic analysis in psychology", ss. 77–101.

⁶⁴⁷ Braun, Clarke a.g.e., s.89

Ayrıca, görüşmeler sırasında yerel halk ile gayri resmi sohbetler, veri kümesinde kavramların net bir resmi için anahtar işlevi görmüşlerdir. Ek olarak, topluluk içinde çekilen fotoğraflar, topluluklardaki gündelik hayat için iyi bir bakış açısı sağlamıştır. Bu süreçte araştırmacı, ilgilenilen olgunun farklı yönlerini araştırmak için görüşmeleri, yazılı metin haline getirmiştir. Yazılı hale getirme, katılımcıların hikâyelerinin derinliğini daha iyi anlamak için bir fırsat olmuş ve araştırmacı tüm görüşmeleri metne dökme işini ve çeviri işlemlerini kendisi üstlenmiştir. Görüşmeleri yazıya geçirme, aynı zamanda olaylar arasında ilginç olanın kalıplarını görmeye yardımcı olmuştur. Kaliteyi korumak ve tutarlılığı kontrol etmek için, tesadüfi bir yazıya geçirme örneği, araştırma görevlileri ile paylaşılmıştır. Ne yazık ki, yerel dillerden dil çevirisinde bazı hatalar bulunmuştur. Sonuç olarak, araştırmacı hataları düzeltmek için diğer yazıya geçirmiş olduğu görüşmeleri çapraz olarak kontrol etmiştir. Tamamlanan görüşme metinleri, nitel veri analizi yazılımı NVivo Sürüm 10.00'a yüklenmiştir. Daha sonra, kolaylık sağlama ve kontrol açısından, metne dökülen görüşmelerin bir kopyası basılı hale getirilmiştir.

İlk kodların üretilmesi

Bu aşamada, araştırmacı görüşmelerin sonrasında üretilen metinlerden, bir kodlama yapısı geliştirmeye çalışmıştır. Bu süreçte araştırma amacı, araştırma konusu, literatür ve kuramsal çerçeve sürekli kontrol edilmiştir. Bu, çalışmanın amaçları ve kuramsal bakış açısıyla uyumlu kodların oluşturulmasını sağlamıştır. Kodların oluşturulması, hem bilgisayardaki metni hem de basılı metin sonra yapılmıştır. İlk kodlar, iki görüşme metnine dayanarak geliştirilmiştir. Bunlar, kodlama aşamasında yer alan ve önemli geri bildirimler sağlayan bir uzman ile paylaşılmıştır. Sonuç olarak, araştırmacı tüm kodlama sürecinde kullanılan ilk kodları geliştirmiştir. Bu ilk kodlar NVIVO 10.00 yazılımı kullanılarak oluşturulmuştur. Daha sonra tüm görüşme metinleri ve alan notları için kodların üretilmesi sağlanmıştır.

Temaların oluşturulması

Bu adım, kodların olası/potansiyel temalar halinde harmanlanmasını ve her tema için ilgili tüm verilerin toplanmasını içermektedir. Araştırmacı, her kodu gözden geçirerek, potansiyel tema aramıştır. Potansiyel temalar, açıklayıcı düzeylerde değil, daha kavramsal

düzyeyde tekrarlanan veri kalıplarıdır. Kodları okurken, araştırmacı potansiyel temaları listelenmiştir.

Temaların gözden geçirilmesi

Bu analiz aşaması, potansiyel temaların bir önceki aşamadan itibaren geliştirilmesini içermektedir. Ayrıca, bu adımda araştırmacı, veri analizi için tematik bir harita geliştirmiştir. Gözden geçirme, iki düzeyde yapılmıştır. İlk olarak, her bir tema gözden geçirilerek tek tip bir kalıp oluşturup oluşturmadıkları, ikinci olarak, anlamların tam veri kümesinin anlamlarıyla örtüşüp örtüşmediği kontrol edilmiştir. Araştırmacı, görüşmenin metne dökülmüş halini ve bilgisayar yazılımının basılı kopyalarını kullanarak, birkaç tema altında toplanan verileri tekrar tekrar okumuştur. Bu, süreci çok daha kolay ve sorunsuz hale getirmiştir. Bu işlem, veri setinde veya temalar gözden geçirilirken tekrar edilmiştir. Bu süreçte araştırmacı, çalışmanın metodolojik ve kuramsal temellerine geri dönmeye devam etmiştir.

Temaların tanımlanması ve adlandırılması

Bu adım, her temanın ayrıntılarının ve temsil ettiği veri kümesi bölümünün tanımlanmasını içermektedir. Ek olarak, bu aşamada, araştırmacı her tema için net tanımlar ve isimler geliştirmiş ve üretmiştir. Araştırmacı, her temanın analizini ve içeriğini kaydetmiştir. Bu aşamada, aynı anlama gelen bazı temalar bir araya getirilmiş ve yeni alt temalar geliştirilmiştir. Araştırmacı, katılımcının öyküsünün açıklandığı bağlamın net bir resmini elde etmek için, veri metninde sık sık ileri-geri gitmek zorunda kalmıştır.

Araştırma raporunun hazırlanması

Analizin son aşaması, temaların veri setini açıkça ve tam olarak temsil edip etmediğinin incelenmesi oluşturmaktadır. Araştırmacı, çalışmanın amacını açıkça yakalamak için yeterli veriyi seçmiştir. Bu aşamada araştırmacı, araştırma sorularına ve kuramsal çerçevelere geri dönmek zorunda kalmış ve bu durum, tezin taslak planının birkaç kez değişmesine neden olmuştur. Çalışmadan ortaya çıkan temalar, bu çalışma için hazırlanan tez raporunun bölümlerinin oluşturulmasını sağlamıştır.

2.1.4.2 Araştırmada Etik Konular

Çalışma, toplumun savunmasız üyeleri olarak sınıflandırılan hamile kadınları kapsamaktadır.⁶⁴⁸ Bu, nedenle bu grupla ilgili bir çalışma yapılırken, azami dikkat şekilde dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu çalışma için, farklı kurum ve kurullardan etik onay alınmıştır. Etik onay alınan kurul ve kuruluşlar aşağıda verilmiştir:

- Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Yayın Etik Kurulu
- Zimbabwe Tıbbi Araştırma Kurumu (Zimbabwe Medical Research Council)
- Zimbabwe, Sağlık ve Çocuk Bakım Bakanlığı, Makoni İlçe Bölge Ofisi

İlk onay, Bursa Uludağ Üniversitesi'nden alınmış, daha sonra araştırmanın yapılacağı ülkedeki kurumlardan etik onay alınmıştır. Zimbabwe'de, Zimbabwe Tıbbi Araştırma Kurumu, insan konusuyla ilgilenen araştırmalara etik onay vermekten sorumlu kurumdur. Bu nedenle araştırmacı, gerekli belgelerle birlikte bu kuruma başvurarak izin almıştır. Çalışma için en son izin alınan yer Makoni Kırsal İlçesidir. Araştırmacıya buradan, sağlık tesislerine erişim, sağlık çalışanlarıyla görüşme yapma, önemli belgelere ulaşma ve köylere erişim izni verilmiştir.

Miller ve ark. (2012) göre, nitel araştırmadaki etik konular, çalışma tasarımı, araştırmacı katılımcı ilişkileri ve verilerin yorumlanması ile ilgilidir.⁶⁴⁹ Bu nedenle, bir araştırmacı, araştırma sürecinin her aşamasında etik davranışı korumayı amaçlamalıdır. Veri toplama sürecinin başlamasından önce, araştırmacı Zimbabwe'de çalışma alanlarına gitmiş ve katılımcılarla bir araya gelmiştir. Araştırmacı, katılımcılara araştırma sürecini, araştırmanın amacı ve hedeflerini, katılım düzeylerini, araştırmacı ile buluşma sayısını, toplantıların niteliği ve sorulacak soruların türünü açıklamıştır. Katılımcılara, çalışmaya katılımlarının tamamen gönüllü olduğu ve çalışma sürecinde herhangi bir açıklama yapmadan istediklerini, istedikleri zaman reddetme hakları olduğu açıklanmıştır. Araştırmacı ayrıca, katılımcılara, katılımlarının gizli kaldığından, görüşmeler sırasındaki tüm konuşmaların isimsiz olduğundan emin olmaları gerektiğini söylenmiş ve bunu temin etmiştir. Araştırmacı,

⁶⁴⁸ Preethi Shivayogi, "Vulnerable population and methods for their safeguard", *Perspectives in Clinical Research*, C. 4, S. 1 (2013), ss. 53–67.

⁶⁴⁹ Sylwia Ciuk, Dominika Latusek, "Ethics in qualitative research", *Qualitative Methodologies in Organization Studies*, C. 1, S. 1 (2017), ss. 195–213.

çalışmanın gönüllü doğasını ve gizliliğini özellikle vurgulamıştır. Çalışmada, katılımcılardan, sözlü ve yazılı olarak gönüllü ve bilgilendirilmiş onamlar alınmıştır. Katılımcılar, araştırma köy sağlık çalışanları sözlü bilgisine dayanarak çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmacı, yerel dilde tüm katılımcılara tek tek izin formunu okumuş ve onlara soru sorma fırsatı vermiştir. Ayrıca, araştırmaya bilinçli ve gönüllü katılımını sağlamak için bir tanıtım mektubu ve katılımcılar için bilgilendirilmiş bir yazılı onay formu sağlanmıştır.

Araştırmada, katılımcılara gizlilik ve mahremiyet sağlanmıştır. Araştırma, katılımcıların kişisel kimlik bilgilerini gizli tutmak için gerekli tüm önlemleri almıştır. Araştırma için toplanan veriler, araştırmacının bilgisayarda bir şifre ile güvence altına alınmıştır. Katılımcıların isimleri ve ikametleri tez raporunda sahte isimlerle değiştirilmiştir. Ayrıca, katılımcıları ve araştırma alanlarını gösteren fotoğraflar onlardan izin alınarak paylaşılmıştır. Bir katılımcının tanınmasını sağlayabilecek fotoğraflardan, herhangi bir bilgiyi kaldırmak için ekstra özen gösterilmiştir. Araştırmacı, katılımcıların bireysel hikâyelerinin açığa çıkmasının onları, duygusal strese karşı savunmasız bırakabileceğini dikkate alarak hareket etmiştir. Araştırmacı, herhangi bir profesyonel danışmanlık becerisine sahip olmadığı için, sağlık hizmetleri sağlayan yerel bir kadın grubunun desteğinden yararlanmıştır. Araştırmacıya eşlik eden köy sağlık çalışanlarının çoğu, psikososyal danışmanlık eğitimi almış ve katılımcılara gerektiğinde yardımcı olmuşlardır. Uzun süreli yardım için, ücretsiz danışma hizmetlerinin telefon numaraları, katılımcılara verilen tanıtım mektubuna yazılmıştır. Sonuç olarak, görüşmelerin sonunda, görüşülen kişileri tatmin edici bir zihin durumunda bırakmak için ekstra özen gösterilmiştir. Ancak, tüm görüşmeler, psikososyal destek gerektiren herhangi bir vaka olmadan tamamlanmıştır. Ayrıca, tüm katılımcılar, deneyimlerini paylaşmaktan mutlu ve rahat olduklarını açıklamışlardır. Görüşmeler, kurak mevsimde, çoğu insanın tarımla ilgili faaliyetlerle meşgul olmadığı zamanlarda yapılmıştır. Ayrıca, araştırmacı, kendilerine uygun zamanlarda katılımcıların evlerini ziyaret etmiştir. Araştırmacı, bir erkek olarak, özellikle evlerinde kadınlarla konuşmak için, başka bir kadınla birlikte hareket etmesi gerektiğinin farkındadır. Bununla birlikte, bu bölgeler, bölgeyi sık sık ziyaret eden erkek sağlık çalışanlarına sahip olduğu için

bu durum sorun oluşturmamıştır. Saha çalışmasından sonra, araştırmacı, Zimbabve köylerindeki herkes tarafından amca anlamına gelen **sekuru** olarak adlandırılmıştır.

2.1.4.3 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmacı, bu çalışmada birkaç sınırlamayı kabul etmektedir. Çalışma, sadece görüşülen kadınların deneyimlerine dayanan nitel bir araştırmadır. Katılmamayı seçen kadınların deneyimleri, katılanlardan farklı olabilir. Ayrıca, bu gruptaki katılımcılar aynı sosyal-kültürel geçmişe sahip homojen bir grup olup, farklı bir gruptaki kadınların deneyimleri farklı olabilir. Ek olarak, araştırmaya katılanlar Zimbabve'de sadece bir kırsal ilçede yaşayanlardan oluşmaktadır. Zimbabve'de, elliden fazla kırsal bölge bulunmaktadır. Bu nedenle, küçük örneklem nedeniyle, bu çalışmanın bulguları Zimbabve'de tüm kırsal kadınların deneyimlerini tam olarak yansıtmayabilir. Gelecekteki araştırmalar, kırsal Zimbabve'nin diğer bölgelerinden daha fazla katılımcıyı içerebilir. Öte yandan, araştırma, anne sağlık hizmetlerinde erkeklerin deneyimlerini araştırmamaktadır. Erkeklerin, anne sağlığı konusundaki görüşleri ve algıları konuyla ilgili ek bilgi sağlayabilir ve kırsal kadınların anne sağlığı hizmetlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. Gelecekte, olası araştırmalar, anne sağlık hizmetlerinde erkeklerin rolüne bakmalıdır. Araştırmacı, yerli Shona kelimelerinin ve kavramlarının İngilizce'ye ve sonra Türkçe'ye çevrilmesinde zorluklarla karşılaşmıştır. Sonuç olarak, bazı kelimeler ve kavramlar, çeviri sürecinde gerçek anlamlarını yitirebilmiştir. Ancak, araştırmacı bu dillerin tamamında, uzmanların yardımını allayarak, çeviri hatalarının etkisini en aza indirmeye çalışmıştır.



Fotoğraf 5: Araştırmacı, saha çalışması boyunca sağlık tesisleri ve köylere gitmiştir(Ağustos- Eylül 2019, Fotoğraf: Araştırmacı)

3 BULGULAR

Bu kısımda, çalışma alanları hakkında ayrıntılı bilgi verilmekte ve aynı zamanda veri toplama sürecinden önemli bulgular paylaşılmaktadır. Bu kısımda verilen anlamaların ve yorumlamaların, okuyucular tarafından, kadınların aileleri ve köylerindeki genel durumlarını anlamalarına yardımcı olması beklenmektedir. Bu bilgiler, bulguların daha iyi anlaşılması ve yorumlanması için hayati önem taşımaktadır. Bu çalışma, Zimbabve'de kırsal kadınlar arasında anne sağlığı hizmetlerinin sosyo-kültürel ve sağlık bakım bağlamını incelemeyi amaçlamıştır. Bunu başarmak için, çalışma, sağlık sistemi içinde her gün etkileşimde bulunan kadın ve sağlık çalışanlarının bakış açılarını araştırmıştır. Görüşmelerin analizinden elde edilen bulgular, odak grup görüşmeleri ve saha çalışması yoluyla yapılan gözlemler burada ayrıntılı olarak sunulmuştur. Bulgular, veri analizi ile ortaya çıkan temalar halinde sunulmuştur.

3.1 SAHA ÇALIŞMA ALANLARI

Çalışma, 13. 14., 29., 30. ve 39. beldelerde yapılmıştır. 29. ve 30. beldeler, ilçenin güneyinde yer almaktadır. 13., 14 ve 39. İlçenin batısında bulunmaktadır. Çalışmaya katılanlar, beldeler genelinde 4 kırsal sağlık tesisinden alınmıştır. Kırsal sağlık tesislerine, kırsal klinikler de denir veya sadece klinik olarak adlandırılır. Tüm bu kırsal sağlık tesisleri, kırsal hastane olarak sınıflandırılan sağlık tesisi hariç, birinci basamak sağlık merkezleri olarak sınıflandırılmıştır. İlçe başkentinden her bir sağlık tesisine ortalama uzaklık, yaklaşık 60 km'dir. Başka bir ifadeyle beldeler, ilçe başkentine yaklaşık 60 km uzaklıktadır.

Tablo 8: Seçilmiş beldeler, Kırsal Sağlık Tesisleri, Hizmet Verilen Köy ve Kişi Sayısı

Belde	Sağlık Tesisi	Nüfusu	Köy Sayısı
13	Dowa	7.213	13
14,39	Nedewedzo	6.789	12
29	Nedziwa	7.256	10
30	Nyamidzi	6.876	11

Bu çalışmadaki sağlık tesisleri arasında, büyük benzerlikler vardır. Nedziwa kırsal sağlık tesisi, ilçenin güneyinde yer almaktadır. İlçe başkentine yaklaşık 50km uzaklıktadır. Dowa kırsal sağlık tesisi, ilçenin batı yakasında, ilçe merkezine yaklaşık 60km mesafede bulunmaktadır. Nyamidzi kırsal sağlık tesisi, ilçenin güney kesiminde, ilçe merkezine yaklaşık 65km uzaklıktadır. Nedevedzo kırsal sağlık tesisi, ilçenin Güney-Batı'sında, ilçe merkezine 70km uzaklıkta bulunmaktadır. Ortalama olarak, sağlık tesisi yaklaşık 7.000 kişilik bir nüfusa sahip toplam on üç köye sağlık hizmet vermektedir. Sağlık tesisleri, anne sağlık hizmetleri kapsamında temel sağlık hizmetleri sunmaktadır. Sağlık tesisinde, bir hamile kadın birimi bulunmakta ve doğum hizmetleri sunmaktadır. Bununla birlikte, sağlık tesisleri, yeterli hastane yatağı olmadığından tüm hastaları kabul etme kapasitesine sahip değildir. Ancak, kırsal hastane, bekleme odalarında yaklaşık 20 kişiyi ağırlama kapasitesine sahiptir. Acil durumlar, yaklaşık 60 km uzaklıktaki ilçe hastanesine yönlendirilmektedir. Kliniklerde iki hemşire, bir hemşire yardımcısı ve ortalama on köy sağlık çalışanı bulunmaktadır. Kırsal hastane dışındaki hiçbir klinikte, elektrik yoktur. Bazı klinikler, ışık sağlamak için güneş enerjisi kullanmaktadır. Kırsal hastanede ise, her gün yaklaşık on sekiz saat sürebilen sık sık elektrik kesintileri olmaktadır. Kırsal sağlık merkezlerinde, borulu su olan kırsal hastane dışında, borulu içme suyu bulunmamaktadır. Su temini konusunda, yakınlarda bir sondaj kuyusu vardır. Kliniği ziyaret eden hastalar, sabun ve tuvalet kâğıdı gibi kendi temizlikleri için gereken ihtiyaç maddelerini getirmek zorundadır. Kliniklerde, acil servis ekipmanları bulunmamaktadır. Acil durumlarda, klinikler ilçe hastanesinden ambulans çağırmakta veya insanlar hastalarını taşımak için kişisel arabalarını kullanmaktadır. Ortalama olarak, köylerden gelen insanlar kliniğe gitmek için bir saat yürümektedirler. Köylerden, yerel kliniğe ulaşım bulunmamaktadır. Acil durumlarda insanlar, hasta yakınlarını kliniğe götürmek için öküz arabası veya el arabası kullanılmaktadırlar. Sonuç olarak, hamile kadınların çoğu, beklenen doğum günlerinden önce hastaneye gidip, günlerce beklemeyi tercih etmektedirler.



Fotoğraf 6: Çalışma köylerinden birinin havadan çekilmiş fotoğrafı

Çalışmadaki köyler, ortalama yetmiş kadar haneden oluşmaktadır. İnsanlar, genişletilmiş ailelerden oluşan, aile evlerinde birlikte yaşamaktadırlar. Bir aile; baba, anne, çocuklar ve başka yakın akrabalarından oluşmaktadır. Ebeveynlerin, oğulları ve gelinleri ile birlikte yaşamaları da yaygındır. Genellikle erkekleri şehirde çalışmak zorunda olan bazı ailelerde, hanenin başında bir kadın bulunmaktadır. Bazı durumlarda, hamile olan bir kadın, hamilelik sürecini geçirmek üzere, annesinin yanına geri dönmektedir. Bu, *masungiro* olarak bilinen yerel bir gelenek olup, ilerleyen kısımlarda detaylı olarak ele alınmıştır. Yaşlı kadınlar, çok sayıda hanenin başında bulunmaktadır. Bunun sebebi, anne-babasız kalan ya da ebeveynleri ülke dışında çalışan torunlarını yalnız ve sahipsiz bırakmamaktır. Evler genellikle, tuğladan yapılmış olup, çim veya asbest ile kaplanmıştır. Bir aile evi, mutfak, yatak odaları ve tahıl ambarlarından oluşmaktadır. Yemek pişirme yeri, genellikle zeminin ortasındadır ve aile üyeleri ocak çevresindeki mutfakta uyuyabilmektedirler. Evlerin içinde, su veya tuvalet bulunmamaktadır. İnsanların, 15-20 dakikalık yürüme mesafesindeki sondaj kuyulularından su alması gerekmektedir. Köylerdeki insanlar, yemek pişirmek için yakacak odun kullanırlar ve bu odunlar çevre dağlardan toplanmaktadır. Geniş aile üyeleri, genellikle tuvalet, banyo odaları ve su kaynakları gibi tesisleri paylaşmaktadırlar. Ek olarak, ailenin ev bileşiklerinde hayvanlar için ahırlar ve kümesler de bulunmaktadır.



Fotoğraf 7: Zimbabwe kırsalında bir aile konut ünitesi; yuvarlak mutfak, geleneksel tahıl ambarı, aile uyku evi ve tavuk kümesi.

Köyler, yerel olarak **Sabhuku** olarak bilinen bir muhtar tarafından yönetilmektedir. Köyün işleri, köy muhtarı ve yaşlı erkeklerin bir konseyi tarafından toplu olarak yapılmaktadır. Ele alınması gereken bir sorun olduğunda, muhtar toplantı yapmak için çağrıda bulunmakta, insanlar köy meydanında toplanmakta ve birlikte karar vermektedirler. Köylerdeki doğal kaynaklar paylaşılmakta ve nasıl kullanılması gerektiğini yönlendiren ortak kurallar bulunmaktadır. Köylerdeki ana su kaynakları, köylerin genelinde bulunan nehirlerdir. Bunlar banyo yapmak, bahçe sulamak ve hayvanlar için su sağlamaktadırlar. Köylerin; bahçeler, otlak alanları ve tarım alanlarından oluşan, ortak bir alanı bulunmaktadır. Yiyecek satın almak için, insanlar en yakın ilçe merkezine gitmektedirler. Bu nedenle, genellikle, bakkal ihtiyaçları için stok yapılmaktadır. Köylerde, okullar ve dini kurumlar bulunmaktadır. Okullar ve dini kurumlar, yaklaşık 5-6 köye hizmet vermektedir.



Fotoğraf 8: Geniş bir aile ortak tuvaleti (kadınlar ve erkekler).



Fotoğraf 9: Ortak bir su kaynağı.

Köyde yaşayanlar, küçük ölçekli tarım faaliyetlerin yapmaktadırlar. Mısır, saha çalışma alanlarında yetiştirilen ana üründür. Zimbabve'de, **Sadza** denilen temel yiyeceğin yapılmasında kullanılır. Tarım dışında insanlar, sığır, tavuk ve keçi gibi evcil hayvanlara sahiptir. Sığır, bu topluluklarda sosyal yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Neredeyse her evde, belli sayıda sığır vardır. Sığır, tarla sürmek, et ve süt için kullanılmakta ayrıca acil durumlarda gelir kaynağı işlevi görmektedir. Ayrıca, sığır, keçi ve tavuk gibi evcil hayvanlar,

yağmur yağma törenleri, doğumlar ve ölümleri içeren sayısız geleneksel ritüel açısından önemlidir. Düşük yağış nedeniyle, köylerdeki insanlar iyi hasat alamamışsa, birçok insan açlıkla karşı karşıya kalmakta, hükümetten ve çeşitli uluslararası kuruluşlardan yardım almaya muhtaç olmaktadır. Hanehalkı içindeki görevler, cinsiyet ve yaşa göre şekillenmektedir. Kadınlar yemek hazırlama, küçük çocuklara bakma, bahçecilik, bitki ekme ve hasat etme, yakacak odun toplama ve su alma gibi ev işlerinden sorumludur. Öte yandan, erkekler yakacak odun kesmek, tarlayı sürmek, hayvanlara bakmak, ev inşa etmek ve tamir etmek gibi daha fazla fiziksel güç yoğun emek gerektiren görevlerde bulunmaktadır. Genç kızlar, genellikle annelerine ev işleri konusunda yardım etmekte ve yaşlı kadınlar küçük çocuklara bakmaktadırlar. Erkek çocuklar, genellikle evcil hayvanlara bakmakta ve babalarına diğer görevlerde yardımcı olmaktadır.



***Fotoğraf 10:** Saha çalışması köylerinden birinde, hasattan mısır ayıklayan yaşlı bir kadın(Sol). Arkasına pulluk takılmış öküzlerle tarla süren iki Zimbabveli erkek(Sağ).*

3.1.1 İlçe ve Köy Düzeyinde Sağlık Bakımının Örgütlenmesi

Zimbabve'de sağlık sistemi, Üçüncü Bölümde tartışıldığı gibi, birden fazla düzeyde düzenlenmiştir. Sağlık hizmetleri, ilçe seviyesinden köy seviyesine kadar verilmektedir. Köy düzeyinde sağlık, temel sağlık tesisleri aracılığıyla sağlanmaktadır. İkincil düzeyde sağlık tesisleri, ilçe düzeyinde sağlık hizmetleri sunmaktadır. Makoni İlçesi'nde, ilçe düzeyinde

sağlık; İlçe Sağlık Memuru ve İlçe Merkezi Hastanesi'nden oluşmaktadır. İlçe genelinde sağlık çalışanlarının denetimi, eğitilmiş bir tıp doktoru olan İlçe Sağlık Memuru tarafından yapılmaktadır. İlçe düzeyindeki tesisler, bir Hastane ve İlçe Sağlık Komitesi tarafından yönetilmektedir. Makoni İlçesi'nde 41 kırsal sağlık tesisi, 3 kırsal hastane ve 1 ilçe hastanesi bulunmaktadır. Tüm bu sağlık tesisleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini içeren temel sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Rusape Genel Hastanesi, Makoni İlçesi'nin bölge hastanesidir. Rusape Hastanesi'nde, 15 bölümde çalışan yedi doktor, 150 hemşire ve birkaç destek personeli bulunmaktadır. Hastane 260 yatak kapasitesine sahip ve Makoni ilçesinde 324.000'den fazla bir nüfusa hizmet vermektedir. Hastane yöneticileriyle yapılan bir görüşmede, çeşitli zorluklar vurgulanmıştır. Bunlar arasında, altyapı eksikliği, aşırı kalabalık, yetersiz ambulans ve eski tip ekipman yer almaktadır. Ayrıca, gözlemler de eski ekipmanı, hastane odalarında ve koridorlarında aşırı kalabalığı doğrulamaktadır. İlçede kırsal sağlık tesisleri, köylerden gelen insanlara anne sağlığı hizmeti sunmaktadır. Makoni İlçesi kırsal sağlık tesislerinde, en az iki Hemşire, birkaç Köy Sağlık Çalışanı ve Çevre Sağlığı Teknisyeni bulunmaktadır. Bu sağlık çalışanları, çevredeki köylerden insanlara sağlık hizmeti sunmak için, ekip olarak çalışmaktadırlar. Yönetim açısından, bu tesisler topluluk, belde ve kırsal sağlık komiteleri tarafından yönetilmektedir. Her beldede, kendi sağlık tesisinin yönetim komitesi bulunmaktadır.



Fotoğraf 11: Bir Kırsal Sağlık Tesisi.

Anne sağlığı hizmetleri, ilçe genelindeki birinci basamak sağlık tesisleriyle sağlanmaktadır. İlçedeki kadınlar, kırsal klinikten ücretsiz anne sağlık hizmeti almaktadırlar. Bu, Zimbabve'de uluslararası bağışçılar tarafından desteklenen **Results Based Financing Programme programının** bir parçasıdır. Program, ücretleri kaldırarak, kadınların yerel sağlık tesislerinde anne sağlığı hizmetlerini kullanmalarını teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Kırsal sağlık tesisinde, hemşirelere anne sağlığı rolleri ve görevleri verilmektedir. İdeal olarak, her klinikte, doğum hizmetlerinde yardımcı olmak için, ebelik mesleğinde eğitim almış bir hemşire olmalıdır. Bununla birlikte, Makoni ilçesi de dâhil kırsal Zimbabve'nin çoğunda, durum böyle değildir. İlçedeki kırsal sağlık tesislerinin %50'sinden fazlasında, hemşire ebe bulunmamaktadır. Kırsal sağlık tesislerinde, doğum öncesi klinik günleri genellikle salı ve perşembe günleridir. Kadınlar bu günlerde, rutin anne sağlığı kontrolleri için kliniğı ziyaret etmektedir. Ayrıca, her sağlık tesisindeki hemşireler, doğum ilgili bakım kayıtlarını tutmaktadır. Bu kayıt, söz konusu klinikte sağlık hizmetlerine erişen kadınların ayrıntılarını içermektedir. Ayrıca, anne sağlığı hizmetleri için gelmeye başladıkları zaman hakkında da bilgi sahibidir. Bu kayıtlar, ilçede ve kırsal sağlık tesislerinde anne sağlık hizmeti kullanım düzeyini belirlemede kilit rol oynamaktadır.

Bu alışma için görüşmeler yapılmadan önce, ilçe ve kırsal sağlık tesisleri düzeyindeki doğum bakım kayıtları yoğun olarak incelenmiştir. Mevcut kayıtları incelemenin amacı, ilçedeki anne sağlık hizmeti kullanımının durumunu belirleyebilmektir. İncelenen belgeler, Makoni bölgesindeki anne ölümlerinin, 100.000 canlı doğumda 741 ölüm olduğunu göstermektedir. Bu rakam, ulusal ölüm oranı olan 650 ortalamasının üzerindedir. Ayrıca, kadınların yüzde 76'sı gerekli dört veya daha fazla doğum öncesi bakım ziyaretine katılmış ve yüzde 72'si sağlık tesislerinde doğum yapmıştır. Doğum bakım kayıtlarından edinilen bilgilere dayanarak, ilçedeki kadınların anne sağlık hizmetlerini yeterince kullanmadığı açıktır. Kadınların yaklaşık %30'u, sağlık tesislerinde doğum yapmamaktadır. Anne sağlığı hizmetlerini kullanmayan kadınların yüzdesi, tüm olayların kaydedilmediğı göz önünde bulundurulduğunda, bildirilenlerden daha yüksek olabilir. Bu nedenle, sağlık kullanımının böyle bir tablosu, ilçede yetersiz anne sağlığı kullanımına yol açan sosyo-kültürel ve sağlık bağlamlarındaki faktörlerin araştırılması için bir temel oluşturmaktadır.

3.1.2 Katılımcıların Özellikleri

Yirmi yedi kadın, derinlemesine görüşmelere katılmıştır. Kadınların yaşları, 18 ile 34 arasında değişmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 22,5'tir. Katılımcıların çoğunluğu, görüşmeler sırasında evlenmiştir. Sadece üç kadın, bekâr veya boşanmıştı. 18 yaşından önce evlilik, çok yaygındır, örneğin katılımcıların yarısından fazlası on sekiz yaşından önce evlenmiştir. Katılımcılar arasında ilk evlilikte yaş ortalaması, 17 idi. Kadınların çoğu, birden fazla doğum yapmıştır. Sadece üç kadın, ilk kez hamileydi. Ortalama çocuk sayısı, kadın başına 2,4 çocuktur. Bu durum, kadınların büyük çoğunluğunun, çocuk doğurma yaşlarının erken olduğu şeklinde yorumlanabilir. Neredeyse her katılımcı, kendini bir Hristiyan olarak tanımlamıştır. Ancak, farklı dini inançları temsil eden, farklı Hristiyan gruplarına ait oldukları belirtilmelidir. Katılımcılar, Afrika Geleneksel İnançlarını da, takip ettiklerini vurgulamışlardır. Bu, kırsal Zimbabve'de, dini çoğulculuğun varlığını göstermektedir. Yirmi katılımcı, lise öğretimini bitirmiştir. Altı katılımcı, yalnızca ilköğretim mezunudur. Katılımcılardan hiçbiri, herhangi bir eğitim türüne sahip olmadığını bildirmemiştir.

Ekonomik faaliyetler açısından, on sekiz katılımcı tarımı birincil ekonomik faaliyetleri olarak belirtmiştir. Bu kadınlar, aile bahçelerinde ve tarlalarında çalışmaktadırlar. Bazıları, tavuk ve keçi gibi evcil hayvanlarla meşgul olmaktadır. Tarım, katılımcılar arasında ana gelir ve ev gıda güvenliği kaynağıdır. Bazı kadınlar da, gayri resmi ticaret faaliyetlerine katılmaktadır. Bu, çevre köylerde ve kasaba merkezlerinde ticari mal alım satımını içermektedir. Diğer kadınlar da küçük marketler ve kuaför salonları işletiyorlardı. Katılımcılar, ülke ekonomik durumunu sert bir şekilde işlerinin başarısını engellediğini bildirmiştir. Yaşam düzenlemeleri açısından çoğu kadın, geniş aile birimlerinde yaşamaktadır. Bu aileler, kadınları, kocalarını, çocuklarını ve başka akrabalarını içermektedir. Bununla birlikte bazıları, babalar ve kayınvalideler gibi diğer aile üyeleriyle aynı şekilde yaşamaktadırlar. Bunlar, üvey kardeşleri, yeğenleri ve kuzenleri de içermektedir. Bu topluluk köylerinde haneler, birbirine daha yakındır ve insanlar farklı aile birimlerinden oluşan aile bileşiklerinde yaşamaktadırlar. Bu, diğer hane halkı kaynaklarının ve mülklerinin, farklı ailelerle paylaşıldığı anlamına gelmektedir.

Katılımcılar arasında en yakın sağlık tesisine yürüme mesafesi, 9,7km idi. Tüm katılımcılar, en yakın sağlık merkezine yürüyerek ulaşmışlardır. Görüşmeye katılanlar, doğum öncesi ve doğum sonrası sağlık kliniğine katılan kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların 15'i, doğum öncesi bakım dönemindeki kadınlar olup, diğerleri yeni doğum yapmış kadınlardan oluşmaktadır. On beş katılımcı, doğum ile ilgili sağlık hizmetleri için, sağlık tesislerine gitmemiştir. Katılımcıların dörtte üçünden fazlası, her zaman sağlık tesisine gitmemiştir.

Tablo 9: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri(derinlemesine görüşmelere göre)

Sosyo-demografik özellik	Kadın Sayısı
Yaş Grubu	
18-19	4
20-24	6
25-29	12
30-34	5
Evlilik Durumu	
Evli	22
Tek / Boşanmış / Ayrı	5
Eğitim düzeyi	
İlkokul	6
Lise	21
Çocuk Sayısı	
0-1	4
2-3	15
4-5	8
Evlendiği Yaş	
15-17	14
18-20	9
21-24	5
En Yakın Kliniğe Mesafe(km)	
0-4	6
5-9	13
10-14	8
Toplam	27

3.1.3 Zimbabve'de Anne Sağlık Hizmetleri Politikası

Bu kısımda, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını arttırmak amacıyla, Zimbabve'de benimsenen sağlık politikaları ile ilgili bulgular paylaşılmaktadır. Bu, kırsal kesimdeki kadınların, sağlık hizmetleri deneyimlerini etkileyen politika ve sağlık bağlamının net bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktadır. İnceleme sürecinde, nitel içerik analizi tekniği kullanılmıştır. Belge incelemeleri, politika belgelerinin amaçları, stratejileri ve sonuçları

üzerinde odaklanmıştır. Zimbabwe'de anne sağlığı hizmetleri kullanımı, politikalar bağlamında eleştirel olarak tartışılmıştır. Bu inceleme, politikalar ve stratejiler ile gerçek ihtiyaçlar ve kırsal Zimbabwe kadın ve sağlık çalışanlarının beklentileri arasındaki boşlukları inceleyerek yapılmıştır. Ayrıca, bu inceleme okuyuculara, bu olgunun ortaya çıkarıldığı sağlık bağlamı hakkında net bir anlayış sağlamaktadır.

Ulusal Sağlık Stratejisi (2016-2020), Zimbabwe'de hâlihazırda geçerli, sağlıkla ilgili politika ve stratejidir. Buna dayanarak çalışmalar, Sağlıkta Eşitlik ve Sağlık Kalitesi başlığı altında yürütülmektedir. Stratejinin amacı, hastalık yoğunluğuna cevap vererek ve sağlık bakım sistemini güçlendirerek, sağlık hizmetlerinde elde edilen kazanımları sürdürmektedir. Anne ölümlerinin azaltılması, bu stratejinin kilit sonuç alanlarından birisidir. Belgede bu durum şöyle ifade edilmektedir:

“2020 yılına kadar anne ölüm oranını 614'ten 300'e düşürmek”⁶⁵⁰

Ayrıca, Üreme, Anne, Yeni Doğan, Çocuk Sağlığı ve Ergen Hizmetleri öncelikli hastalık kontrol alanları olarak belirlenmiştir. Politikanın özel hedefleri, kaliteli anne sağlık hizmetlerinin erken ve sürekli kullanımını artırmaktır. Bu hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirilmiştir. Stratejilerden bazıları; anne sağlığı hizmetleri için savunuculuk ve iletişim, sağlık sistemini güçlendirmek ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına erişimi iyileştirmektir. Strateji, anne sağlığı bakımı ile ilgili başka imkânlar sağlamamaktadır. Anne sağlık hizmetlerinin kullanımı sorunu, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında daha geniş bir çerçevede çözülecektir. Öte yandan, strateji sosyal faktörlerin sağlık hizmetindeki rolünü tanınamamaktadır. Kadınlar ve yerel topluluk perspektifleri, politika belgesine dâhil edilmemiştir. Günümüzde, yalnızca anne sağlığı konularına odaklanan mevcut bir politika bulunmamaktadır. Anne sağlık sorunları, genel sağlık stratejisi içinde ele alınmaktadır. Bununla birlikte, hükümet tarafından uluslararası bağışçıların yardımıyla üstlenilen, başka programlar ve stratejiler de bulunmaktadır. Bunlar, anne sağlığına yönelik olup, sağlığın politika bağlamını etkilemektedir.

⁶⁵⁰ MoHCC, “The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020”, 2016.

Böyle bir program, USAID tarafından finanse edilen, Anne ve Çocuk Sağlığı Programıdır⁶⁵¹. Program, Manicaland ilinde uygulanmaktadır. Bu programın amacı, kırsal sağlık merkezlerinde sunulan anne sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktır. Anahtar stratejilerinden biri, köy sağlık çalışanı programını canlandırmaktır. Ayrıca, temel acil doğumdaki sağlık çalışanlarını eğitmektedir. Bu program yararlı olsa da, çok uzun süre sürdürülememektedir. Finansman durduğu zaman, kırsal sağlık tesislerinde bu program kapsamında sunulan hizmetleri sağlama imkânı bulunmamaktadır. Ayrıca, bu program ülkenin tüm ilçeleri kapsamamaktadır. Diğer bir strateji de, **Results-Based Financing Programme**/Sonuçlara Dayalı Finansman Programıdır⁶⁵². Bu program, hastanelerin, anne sağlık hizmetlerini sunarken karşılaştıkları maliyetleri karşılamaktadır. Ancak, geri ödemeler ve hastaneler tarafından sunulan maliyetler arasında bir uyumsuzluk yaşanmıştır. Dengesiz ekonomik durumun bir sonucu olarak, program için bütçelenen para maliyetleri karşılamak için yeterli değildir. Bir ilçe sağlık yöneticisi, görüşme sırasında bu noktayı vurgulamıştır:

“Çok büyük uyumsuzluk var. Örneğin, Sezaryen doğumlarının maliyeti 200 ile 400 dolar arasındadır, ancak Results-Based Financing programı sadece 50 dolar ödemektedir. Peki, sağlık tesisleri, bu maliyetlerin altından nasıl kalkacak?” (ilçe sağlık Ofisi personeli)

Sonuçta, ücretsiz olduğu belirtilen politikaya rağmen, kadınlardan almış oldukları hizmete karşılık, ödeme istenmektedir. Bir ebe, hamile kadınların genellikle kendi tıbbi malzemelerini satın almaları gerektiğini itiraf etmiştir. Bu, Zimbabwe'de yoksul ailelerden gelen kadınların çoğunluğu için mümkün değildir. Bu program, sadece hastanelerde bulunmaktadır. Bu, kadınların çoğunluğunun kırsal kliniklerden sağlık hizmeti aldığını düşünüldüğünde, ideal bir durum değildir. Sonuç olarak, kadınlar hastanelerde sağlık hizmeti almayı seçmişler ve bu durum sağlık sisteminde başka zorluklara sebep olmuştur. Program, hastaneleri kalabalık bir şekilde doldurmakta ve hastane sevk sistemini bozmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, sağlık çalışanları üzerinde iş baskısı ve stres oluşmuştur. Aşağıdaki açıklama bir İlçe Sağlık Memuru tarafından yapılmıştır.

⁶⁵¹ USAID Zimbabwe, “Maternal, Newborn and Child Health”, Bethesda, 2013.

⁶⁵² Sophie Witter vd., “The political economy of results-based financing: the experience of the health system in Zimbabwe”, *Global Health Research and Policy*, C. 4, S. 1 (2019), ss. 2–13.

“Hastane personeli de acı çekmektedir. Bazı ebeler iş yükü baskısı altındadır, çünkü personel sayısı, hamile kadın sayısındaki artışa yetişemiyor”. (İlçe Sağlık Memuru)

2017 yılında, Zimbabve Devlet Başkanı, yeni bir anne sağlığı politikası ilan etmiştir.⁶⁵³ Başkan, devlet hastanelerinde doğum bakımıyla ilgili tüm masrafların, hükümet tarafından karşılanacağını açıklamıştır. Ancak, hükümetin bu programı finanse etme kapasitesi bulunmamaktadır. Sonuç olarak, kadınların bu politikaya rağmen, sağlık hizmetlerini kendilerinin ödemesi gerekmektedir. Ayrıca, sağlık tesislerinin çoğunluğu belediye yönetimine aittir. Belediye yönetimi ise, sundukları hizmetler için ücret talep etmektedir. Hizmetlerden ücret alıyorlar, çünkü hükümeti, kadınlara sunulan hizmetler için belediyelere ödeme yapmamaktadır.

Zimbabve'de politikalar, çeşitli nedenlerle istenen sonuçları elde edememektedir. Bu nedenlerden birincisi, sağlık hizmetleri için gereken finansmanın, hükümet tarafından belirlenen hedeflere ulaşmak için yeterli olmamasıdır. Siyasi irade eksikliği, sağlık sektörünün yeterince finanse edilmemesine neden olmaktadır. Politikalar, eyleme dönüştürülemezdir. Sonuç olarak, politikalar anne sağlığı üzerinde, anlamlı bir etki yapamamaktadır. Politikaların tasarılarının temeli, Zimbabve'de yapılan nicel değerlendirmelerdir. Kanıtlar, sosyo-kültürel faktörlerin anne sağlığının önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermiş olmasına rağmen, politikalar, kadınların ve toplumların sosyo-kültürel ve coğrafi bağlamını göz önünde bulundurmaya başaramamıştır. Stratejiler, sağlık sisteminin güçlendirilmesine, sağlık kalitesinin iyileştirilmesine ve sağlık çalışanlarının eğitilmesine odaklanmıştır. Bu tür stratejilerin, topluluklardaki kadınlar üzerinde hiçbir etkisi yoktur. Politikalar, sağlık hizmetlerinde eşitliği sağlamayı amaçlamış, gebelik ve doğum sırasında kaliteli bakım sağlanmasına öncelik vermiştir. Bu stratejiler, tüm kadınlar için, sağlık tesislerine erişimi iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Ancak, eşitlik, sağlık tesislerinde başlamamaktadır. Stratejiler, tüm süreçleri kapsamlı ve kadınların yaşadığı topluluklardaki zorlukları çözmeye çalışmalıdır. Politikalar, toplumdaki ırksal eşitsizlik dışındaki eşitsizliği, tanımakta başarısız olmuştur. Kanıtlar, farklı kökenden gelen

⁶⁵³ NewsDay, “Free maternity services require solid funding”, 2018, [https://www.newsday.co.zw/2018/10/free-maternity-services-require-solid-funding/\(05.09.2018\)](https://www.newsday.co.zw/2018/10/free-maternity-services-require-solid-funding/(05.09.2018)).

kadınların sağlık sistemi içinde farklı deneyimlere sahip olduğunu göstermiştir. Güncel sağlık politikaları, toplumda daha fazla eşitsizlik yaratmıştır. Sadece sağlık tesislerinde hizmetin iyileştirilmesine odaklanarak, politikalar, bu tesislere ulaşamayan ya da hizmet alamayan kadınları dışlamıştır.

Özetle; politika çerçevesi, sağlık hizmetlerinin arz tarafına odaklanmaktadır. Ana odak, topluluklar için kurumsallaştırılmış tıbbi bakım ve davranış değişikliği stratejileri olmuştur. Politikalar, hala anne sağlığının sosyo-kültürel boyutlarını dikkate almamaktadır. Ayrıca, stratejiler, farklı kadın alt gruplarına odaklanmamıştır. Bu ulusal politika bağlamının arka planı altında, aşağıdaki kısımlar Zimbabwe'nin Makoni Kırsal İlçesinde, saha çalışmasından elde edilen bulguları sunulmaktadır.

3.2 ANNE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SOSYO-KÜLTÜREL BAĞLAMI

Önceki kısımlarda, Zimbabwe'de anne sağlığı hizmeti kullanım politikası ve sağlık bağlamının eleştirel bir anlatımı sunulmuştur. Şu anda Zimbabwe'de anne sağlığı hizmetlerini hedefleyen, ayrı bir politika bulunmamaktadır. Daha önce anne sağlığı hizmetleri, SAĞLIKTA EŞİTLİK 'in daha geniş bir sağlık stratejisi kapsamında ele alınmıştır. Bu politikalar, bugüne kadar kadınların sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen toplum temelli faktörleri ele alamamıştır. Odak noktası, tamamen sağlık tesislerindeki kullanım hizmetlerine erişim ve bakım kalitesinin iyileştirilmesidir. Bu kısım, kırsal Zimbabwe'de kadınlar ve sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerden elde edilen önemli bulguları sunmaktadır. Birinci kısımda, Kırsal Zimbabwe'de gebelik ve doğum konularını etkileyen sosyo-kültürel bağlamla ilgili bulgular ele alınmıştır. İkinci kısımda, kadınların ve topluluklarının gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemleri boyunca algıları, inançları ve uygulamaları tartışılmaktadır. Bu bilgiler, okuyucuların, anne sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen güçlerin etkin olduğu, sosyo-kültürel ortamı anlamalarını sağlamaya dönük bir çabadır. Diğer kısımlarda, Makoni Kırsal İlçesinde anne sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen sosyo-kültürel faktörlerle ilgili ana temalar tartışılmıştır.

3.2.1 Gebelik ve Doğumun Sosyo-Kültürel Bağlamı

Kadınların hamilelik ve doğumla ilgili deneyimleri, inançları, bilgileri ve algıları, anne sağlığı hizmetlerini kullanma kararlarında önemli bir rol oynamaktadır. Zimbabwe'de kırsal yaşam, geleneksel yaşam tarzının egemenliğindedir. Zimbabwe'de sunulan anne sağlık hizmetlerinin batı sağlık sistemlerinde modellendiği gerçeği göz önüne alındığında, kadınların sosyo-kültürel inançlarına aykırı olan anne sağlığı hizmetleri kolay kabul edilmemiştir. Bunun bir sonucu olarak, kadınlar diğer sağlık kaynaklarından anne sağlığı hizmetleri almaya yönelmişlerdir. Makoni ilçesinde, Doğu Zimbabwe'nin Maungwe halkı yaşamaktadır. Bu halk, güçlü ailesel ve toplumsal ilişkilere inanmaktadır. Geleneksel liderlerin ve doktorların otoritesi, toplumda hala güçlü bir şekilde devam etmektedir. Ayrıca, bu topluluklar yaygın olarak Hristiyanlığı benimsemiştir. Topluluklar, Chivanhu ve/veya Hristiyanlığı takip etmekte, Chivanhu hem açık hem de gizli bir şekilde uygulanmaktadır. Bazı yeni ortaya çıkan yerel Hristiyan mezhepleri, Chivanhu ve Hristiyanlık'a yeni unsurlar dâhil etmiş gibi görünmektedir. Bu nedenle geleneksel şifacılar, toplum içinde güçlü bir etki kaynağıdır. İlçedeki nüfusun çoğunluğu Apostolik/Vapostori Kilisesi'ni takip etmektedir. Böyle bir kilise grubuna, Johanne Masowe denmektedir. Apostolik Kilisesi grubunun kurucusu, bu kırsal bölge kökenlidir. Bugün onun doğum yeri ve mezarı, milyonlarca takipçisi için hac yeridir. Bu kilise grupları, insanların yaşamlarında doğal süreçleri algılaması için yeni bir yol sağlamıştır. Hamilelik ve doğum, bu topluluklarda, eşsiz bir sosyo-kültürel ve dini çevrede, inançlarla şekillenmiş doğal olaylardır. Bu kısımda, Makoni ilçesinde gebelik ve doğumu etkileyen, sosyo-kültürel bağlam üzerine saha çalışmasından elde edilen bulgular ele alınmıştır.



Fotoğraf 12: Apostolik kilisesinin üyeleri (erkekler ve kadınlar beyaz elbise giymekte ve erkekler kutsal çubuk tutmaktadır.)⁶⁵⁴

3.2.1.1 Gebelikle İlgili Geleneksel İnançlar ve Uygulamalar

Makoni ilçesi bağlamında gebelik, kadınların yaşamlarında doğal olarak ortaya çıkabilen biyolojik bir olgu olarak algılanmaktadır. Görüşülen çok sayıda kadın, özellikle tıbbi bakış açılarından gebelik konularına asgari müdahale yapılması gerektiğine inanmaktadır. Bunun nedeni, bu toplulukta gebeliğin bir hastalık şekli olarak görülmemesidir. Tüm kadınlar, gebelik ve doğumun kadınların hayatına getirdiği belirsizlikleri vurgulamıştır. Geleneksel ve modern sağlık hizmetlerini tercih eden her iki kadın grubu da gebelik ve doğumla ilgili benzer algılara sahiptir. Bu çalışmada kadınlar için gebelik, “doğal”, “acı” ve “stresli” bir deneyimi temsil etmektedir. Gebelik, kadınlığın bir parçası olarak görülmekte ve her evli kadının yerine getirmesi gereken geleneksel bir görev olarak bilinmektedir. Hamilelik, evlendikten sonra gerçekleşmesi gereken kaçınılmaz bir süreçtir. Gebeliğe yönelik algılar, evlilik anlaşması gibi gelenekler tarafından şekillendirilmektedir. Evlilik ile ilgili gelenekler, bir kadının hamile kalması ve birçok çocuğu olması ile yakından ilişkilidir. Bir kadın eşin pozisyonu, gebe kalma kabiliyeti ile şekillenmektedir. Görüşmelerde, bir kadının gebe kalmamasının, evlilik problemlerine yol açabileceği vurgulanmıştır. Bir kadın evlenince, anneleri ve teyzeleri hemen hamile

⁶⁵⁴ <https://iharare.com/government-defies-covid-19-who-health-regulations-allows-more-than-10-thousand-congregants-to-gather/>

kalmasını sağlamada kritik bir rol oynamaktadır. Bu konudaki katılımcı görüşlerine, aşağıda yer verilmektedir.

“Evlendiğinde, hemen çocukların olmalı. Evli bir kadının, doğum yapması beklenmektedir. Gebe kalmazsan, kocanı hayal kırıklığına uğrattır ve bu boşanmaya neden olabilir” (Ratidzo, 28 Yaşında).

Kadınların çoğunluğu, gebelik boyunca günlük ev işlerine devam ettiklerini belirtmiştir. Bu, toplumda gebeliği özel bir ilgi gerektirmeyen, normal bir durum olarak görme algısına dayanmaktadır. İnsanların hamilelik ve doğumla ilgili algılarını çevreleyen kültür, doğal olarak oluşan bir olgudur. Bu bağlamda kadınlar, diğer kadınlarla etkileşim yoluyla bilgilerini edinmektedirler. Anneleri, büyükanneleri, kız kardeşleri ve komşuları gebe kaldıklarında çalışmaya devam ettiklerinden, günlük rutinlerine devam etmeleri doğaldır. Tarım ve bahçecilik faaliyetlerine devam eden bir katılımcının ifadesi aşağıda yer almaktadır.

“Dört ay sonra hamile olduğumu fark ettim ve bu süre zarfında her zamanki gibi bahçemde çalışıyordum. Ondan sonra, bebeğimi doğurana kadar çalışmaya devam ettim. Bunu yapmak zorundaydım çünkü herkes bunu yapıyordu ve annem bana çalışabileceğimi söyledi çünkü bu bebeğin daha hızlı büyümesini sağlayacaktır.” (Sarudzai, 24 Yaşında)

Kadınlar arasında sıkı çalışma arzusu, bir kadının sıkı çalışması durumunda doğumun daha kolay olacağı ve bebeği daha güçlü hale getireceği inancıyla motive olmuştur. Genç bir kadın, gebeliği boyunca sıkı çalışmak için, bir geleneksel doğum ebesi olan büyükannesi tarafından nasıl teşvik edildiğini anlatmıştır. Büyükanne, çok çalışmanın nihayetinde kadını doğum sürecine dayanacak şekilde hazırlayacağına inanmaktadır.

Gebelikle ilgili bu kırsal topluluk tartışmalarında, sorunlar yalnızca yakın akrabalarla sınırlandırılmıştır. Gebelik görünür olmadan önce, kadınlar gebeliklerini kocaları dışında başka biriyle tartışmazlar. Batıl inançlar, insanların gebeliklerini sır olarak saklamayı tercih etmelerinin ana nedenleri olarak gösterilmiştir. Topluluklardaki kadınlar, büyücülük ve kötü büyülerden korkarlar. Sonuç olarak, gebelik çok kapalı bir ortamda yaşanmaktadır, çünkü kadınlar gebelikleriyle ilgili duygularını, kaygılarını veya deneyimlerini paylaşmamaktadır. Oysa gebeliği birkaç ay boyunca gizli tutmak, anne sağlığı hizmetinde gecikmelere neden

olmaktadır. Bazı kadınlar, gebeliklerini toplumdaki diğer insanlara ifşa etmekten korktuğu için klinikleri ziyaret etmekten kaçınmaktadır. Bir katılımcının annesi dışında kimseye söylemediğini görüşlerine aşağıda yer verilmektedir.

“Gebe kaldığımda önce anneme haber verdim, bana kimseye söylemememi söyledi. Bana kendisinin üç düşük yaptığını ve insanların onu büyülediğini sandığını, bunun benim başıma gelmesini istemediğini söyledi.” (Mavis, 22 Yaşında)

Çoğu kadın, gebeliği sırasında, manevi saldırılardan korkmaktadır. Toplum, hamile kadınların manevi saldırılara duyarlı olduğuna inanmaktadır. Bu inançlar, bu topluluklardaki insanlar arasında var olan geleneksel inançlar ile yakından ilişkilidir. İlginç bir bulgu, kadınların herhangi bir manevi saldırının, bir kadının eylemleri veya eylemsizliği ile bağlantılı olduğuna inanmasıdır. Katılımcılar, bir kadının hamileliğini duyurması durumunda kendisine kötü şans getirdiğini açıklamıştır. Sonuç olarak, tek çözüm hamileliği, herkese göstermemek ve gizli tutmaktır. Odak grup görüşmeleri sırasında katılımcılar, hem anneyi hem de çocuğu zarardan kurtarmak için gebeliği gizli olarak tutma konusu üzerinde anlaştilar. Aşağıdaki açıklama, grup tartışması sırasında bir katılımcı tarafından yapılmıştır:

“Bu topluluklarda çok fazla kötü insan var ve hamileliğinizi ifşa ederseniz ya da hastaneye giderken görünürseniz, kesinlikle size ve doğmamış çocuğunuza zarar vereceklerdir” (Odak grup katılımcı)

Genel olarak, gebelik konuları Makoni bağlamında, sadece kadınların konusu olarak algılanmaktadır. Bir kadın gebe kaldığında, haberi genellikle anneleriyle paylaşmaktadır. Erkekler ve kocalar ise, maddi destek sağlamaktadır. Bu toplulukta “kusungirwa” dedikleri bir geleneksel uygulama vardır. Bir kadın, hamileyken ve doğum yapmak üzere olduğu zaman, biyolojik ailesiyle birlikte yaşamaya geri dönmektedir. Bu, kendi annesi veya kız kardeşlerinin sosyal destek ve geleneksel ilaçlar sağlayarak ona bakabilmesi için yapılmaktadır. Ayrıca, kültürel açıdan, kocanın annesi ya da kız kardeşi, gebelik ve doğum sorunları olan hamile bir kadına yardım edememektedir. Bu nedenle, iyi anne sağlığı bakımı almak için kadınlar genellikle kendi kan akrabalarına geri dönmektedirler. Bu uygulama aynı zamanda, batıl inançlara ve güven konularına da dayanmaktadır. Kadınlar, kendi anneleri dışında, kendilerine daha iyi bakabilecek başka hiçbir kimseye güvenmiyor gibi

görülmektedirler. Bir kadın görüşmeler sırasında, ailesine geri dönme kararını şöyle açıklamıştır.

“İlk çocuğuma hamileyken, her gün annemi yardım ve tavsiye için çağırıyordum. Bana yardım etmek için yanımda kimse yoktu. Altı aylık hamileyken, kocam beni annemin evine götürdü, doğum yaptım ve orada bir ay daha kaldım.” (Vimbai, 18 Yaşında)

Kadınlar gebeyken, ev işlerini yapmak için diğer kadınlardan yardım almayı tercih ederler. Eşlerinin, ev dışında başka işleri yapmasını tercih ederler. Kadınlar, genellikle yanlarında kalmaya gelecek olan, yeğen gibi kadın bir aile üyesinden yardım almaktadır. Bu, cinsiyet rollerinin cinsiyete göre açıkça tanımlandığı toplumdaki, sosyalleşme sürecinin sebep olduğu sosyal gerçekliğin inşası olarak yorumlanabilir. Erkeklerin gebelik ve doğumla ilgili konulara karışmaması, doğal olarak ortaya çıkan bir sosyal olgu olarak görülmüştür. Bu durum, sosyalleşme sürecinin bir parçasıdır. Kocasından yardım almayan bir katılımcı, derinlemesine görüşme sırasında durumunu şu sözlerle açıklamıştır:

“Hiçbir kocadan karısına, yemek pişirmek ve yıkamak gibi ev işlerinde yardım etmesini beklemiyorum. Bunlar kadın işleridir. Aslında, gebeyken kocam onun için yemek yapmamı istemiştir. Sonunda, erkek kardeşimin kızını yanımda kalmaya getirmiştir.” (Tarisai, 26 Yaşında)

Kültürel uygulamalar, bu topluluklardaki kişilerin hamilelik ve doğum sırasında yemek ve beslenmeyi algılama biçimini etkilemektedir. Tüm katılımcılar, gebe kadınlara besleyici gıda sağlanması gerektiği konusunda hemfikirdirler. Bununla birlikte, kadınlar gebeyken verilen yiyecekler, herhangi bir tercihten ziyade davranış gibi görünmektedir. Yiyecekler, yalnızca batıl inançlara ve tabularla bağlantılı olduğunda bir endişe haline gelmektedir. Tabular arasında, kocasıyla aynı tabaktan yemek yememek, tek başına ölen veya hamile bir hayvandan et yememek yer almaktadır. Yumurtalar da yasaktır, çünkü hamile yumurta yediğinde çocuğunun konuşma yeteneğini geliştirmesinin çok uzun süreceğine inanılmaktadır. Ek olarak, hamile kadınların gebelik döneminde yemeğini, kız kardeşi veya kayınvalidesi ile paylaşmasına izin verilmemektedir. Özellikle kendi başlarına ölen hayvanlarda olduğu gibi bazı gıda maddelerinden kaçınmanın nedeni, benzer kaderin

doğum sırasında gebe kadınların başına gelebileceği inancından kaynaklanmaktadır. Bir kadın yemek tabularıyla ilgili yaşadıklarını şöyle anlatmıştır:

“Ben büyürken, bana hamile kadınların tavuk öldürmemesi gerektiği söylenmişti. Çünkü bu kendi doğmamış çocuklarını öldürmek anlamına gelmektedir. Hamileyken kayınvalidem, bir tavuğu öldürmemi istedi ama ona korkularımdan bahsettim.” (Netsai, 19 Yaşında)

Gıda istekleri de, gebelik sırasında yaygındır. Kadınlar genellikle, günün garip saatlerinde nadir bulunan yiyeceklere can atmaktadırlar. Gebelik sırasında, kadınlar tarafından tüketilen popüler maddelerden biri, "**Dhaka/Mujuru**" veya karınca yuvası toprağıdır. Bu, gebelikte demir ve uygun beslenme eksikliğine vücudun tepkisi olarak yorumlanabilir. Gıda istekleri, çocuğun biyolojisi ile ilgili olup, erkek ve kız çocuklar için yandırdıkları istekler farklı olmaktadır.

3.2.1.2 Doğumla İlgili Geleneksel İnançlar ve Uygulamalar

Görüşmelerin analizi ile doğum sırasında geleneksel uygulamalar ve inançlarla ilgili çeşitli alt temalar ortaya çıkmıştır. Doğum sırasında kadınlar tarafından gündeme getirilen önemli konular; doğuma hazırlık, doğum yeri, doğum görevlisi, normal doğum ve doğum davranışları ile ilgilidir. Doğum, bu çalışmada kadınlar tarafından ifade edildiği gibi evrensel olarak korkulan bir süreçtir. Bu çalışmada kadınlar doğumdan, kırsal toplumda anne ölümleri ile ilişkili en yüksek riski oluşturduğu için korkmaktadırlar. Ayrıca, doğumla ilişkili ağrı, onu kadınlar için korkutucu bir deneyim haline getirmektedir. Doğumun çok sarsıcı bir deneyim olduğu fikri, büyüdükçe kadınların kafasında sosyal olarak inşa edilmiştir. Bu, Odak grup görüşmeleri sırasında bir katılımcı tarafından dile getirilmiştir.

“Ben büyürken annem, beni her gün azarlayıp beni doğurmanın ne kadar acı verdiğini anlatıyordu. Hatta bir gün, bu acıyı da deneyimlemem gerektiğini hatırlattı.” (Odak grup katılımcı)

Doğum sırasındaki ağrı, annelere bu toplumda saygı duyulmasının en önemli nedenlerinden biridir. Dokuz ay boyunca ve doğum sırasında çektikleri acı ile annelere saygıyı hatırlatan, atasözleri ve deyimler vardır. Katılımcılar doğum sırasında yaşanan acıyı, doğal olarak meydana gelen ve her kadının geçmesi gereken bir kader olarak görmekteyler.

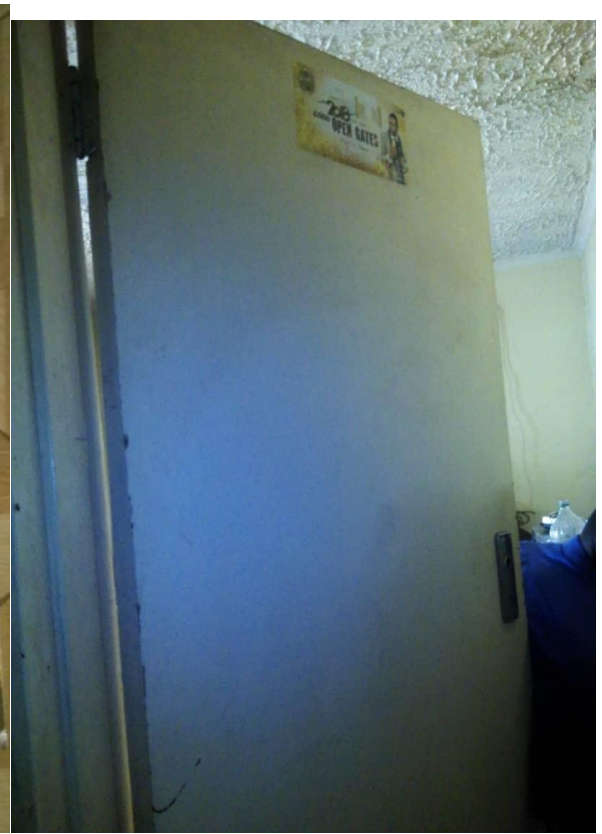
Sonuç olarak, kadınlar bu ağrıyı azaltmada, sağlık hizmetlerinin faydasını bilmemektedirler. Bu algıları, kadınların doğum sırasında, sağlık hizmeti aramamalarına sebep olmaktadır.

Doğum için hazırlıklar arasında; bebek için kıyafet, banyo malzemeleri ve diğer gerekli malzemeler bulunmaktadır. Bu, bebeği kötü ruhlardan ve insanlar tarafından atılabilecek kötü büyülerden korumak amacıyla yapılmaktadır. Bu olgu, yerel olarak “hazırlık” diye adlandırılır ve güvenli doğum için kadınlar arasında çok önemli bir konudur. Kadınlar, kocalarının onlara yeterli para sağlayamaması durumunda, doğum ihtiyaçlarını satın almak için, çok çalışmanın önemini vurgulamaktadırlar. Kadınlar arasında, bu sürecin bir diğer önemli yönü, geleneksel ilaç kullanımınıdır. Bunun sebebi, bu ilaçların doğumu kolay ve hızlı hale getireceği inancına dayanmaktadır. Geleneksel şifalı bitkiler, genellikle geleneksel doğum ebelerinden bulunmaktadır. Anneler, kızlarının doğumundan önce, doğru otları almalarını sağlamakla sorumludur. Bir katılımcı, annesinin, hamilelik ve doğum sırasında geleneksel ilaçlar sağlamada oynadığı kritik rolden bahsetmiştir.

“Doğuma giderken, annem köyden getirdiği bazı geleneksel ilaçları içmemi söyledi. Bana bu ilaçların, doğumu kolaylaştıracağını söyledi. HAYIR diyemedim, sadece dinledim ve ilaçları içtim.” (Getrde, 27 Yaşında)

Ayrıca, çeşitli dini simge ve semboller, kadınlar tarafından doğum sırasında korunma amacıyla kullanılmaktadır. Kadınlar tarafından gebelik ve doğum sırasında kullanılan dini simge ve semboller; boncuklar, mağara suyu, kaba tuz, kutsal yağ, kutsal su, kutsal mendil, kutsal kum, İncil ve Teşbihtir. Katılımcılar görüşmeler esnasında bu dini sembollerini nasıl kullandıklarını da açıklamışlardır. Örneğin içme suyuna taşlar katılmakta, kapı eşiğine kaba tuz konulmakta, banyo suyuna kutsal su damlaları eklenmekte ve hamile kadınlar bellerine boncuklar takmaktadırlar. Bu önlemlerin, hamilelik ve doğum sırasında onları koruyacağına inanılmaktadır. Bir kadın, dini bir liderden aldığı kutsal yağı nasıl kullandığını açıklamıştır.

“Ailemizde her zaman kutsal yağ kullandık. Gebe kaldığımda da annem beni kilise peygamberimize götürdü. Korunmak için, başıma ve karnıma uyguladığım kutsal yağı vermiş. Bu bizim aile inancımız. Bu bizim aile inancımız.” (Maidei. 32 Yaşında)



Fotoğraf 13: Dini ve inanç sembolleri (Sol üstte: Kutsal yağlama yağı, Sağ Üstte: kilise bilekliği, Sol altta: Duvarda asılı kilise takvimi, Sağ altta: Yatak odası kapısının önünde kilise etiketi)

Kadınların çoğu, evde doğum yapma konusunda herhangi bir sorun görmese de, kadınların hastanede doğum yapması gerektiğine inanmaktadır. Evde doğum yapmak, sadece beklenmeyen sorunlar ortaya çıktığında onlar için kötüdür. Bu görüş, kadınların evde doğum yaparken, beklenmeyen sorunlarla karşılaşan diğer kadınlardan duymuş oldukları hikâyelerle desteklenmiş olabilir. Kadınlar genellikle, acil tıbbi durumlarda yardım alabilecekleri için hastane doğumunu daha güvenli olarak algılamaktadırlar. Bununla birlikte, acil tıbbi durumlar, hamilelik ve doğumun doğal süreçler olduğuna inanan bu kadın grubu arasında beklenen bir olgu değildir. Ayrıca, kadınlar sağlık tesislerinde doğum yapmanın, hemşirelerden sağlık tavsiyesi alınması, çocuklarına doğum kaydı yapılması ve diğer kadınların motivasyonu gibi birçok faydası olduğuna inanmaktadırlar.

“Kendimi güvende hissettiğim ve beklenmeyen sorunlar olması durumunda yardım alabileceğimi düşündüğümde, sağlık tesisinde doğum yapmaya karar verdim. Klinikte, bize sağlığımız ve çocuklarımız hakkında birçok şey öğretilmiştir.” (Odak Grup Katılımcısı)

Gebe kadınlar, genellikle hamilelik ve doğum sırasında geleneksel doğum görevlisinin hizmetlerini aramaktadırlar. Geleneksel doğum görevlileri, genellikle bu kadınlar tarafından bilinen, toplumdaki yaşlı kadınlardır. Geleneksel doğum görevlisi, doğum ve gebelik sırasındaki rolünü şu sözle açıklamıştır:

“Kadınlar hamileyken, kliniğe gitmeleri gerekirken, bizi de ziyaret etmeleri önemlidir. Tüm doğum sorunları klinikte çözülmez, burada onları güçlü kılmak ve kötü ruhları kovmak için geleneksel ilaçlar veriyorum.” (Geleneksel doğum görevlisi)

Doğum sırasında erkekler işe karışmaz ve sadece çocuk doğduğunda bilgilendirilirler. Bir erkeğin doğum sürecinde bulunması, bir tabudur. Bu topluluklardaki insanlar, bunun insanı gelecekte kısır yapacağına inanmaktadırlar. Doğum sırasında kadınların çığlık atması ve yardım istemesi yaygındır. Bu acıyı yönetmenin kabul edilebilir bir yoludur. Bununla birlikte, sağlık çalışanları bu davranışı, kadınların dikkat çekme istekleri olarak algılamaktadırlar. Bu nedenle, çoğu kadının ciddi ağrıları göz ardı edilebilmiştir. Bir kadın, acı çekerken sessiz kalmaya zorlandıklarını, böylece hemşirelerin onları görmezden gelemeyeceklerini açıklamıştır.

“Doğum yaparken kendinize iyi bakmalısınız ve gerekli gürültüyü yapmaktan kaçınmalısınız. Çok gürültü yaparsanız, hemşirelerin seni görmezden geleceklerini duydum. Sessiz kalmak en iyisidir ve sadece acı çok fazla olduğunda hemşireleri aramalısın.” (Danai, 26 Yaşında)

Kadınlar doğum süresinin, çocuğun cinsiyetine bağlı olduğuna inanmaktadırlar. Eğer erkekse, her zaman sorunludur, bir kızı doğurmak daha kolaydır. Ancak, bu süreci yönetmek için, birçok kadın doğum kanalını genişlettiğine inandıkları, geleneksel ilaçlara bağımlıdır. Genel olarak, doğumla ilgili inançlar ve uygulamalar, kadınların zihinlerinde yaşamları boyunca sosyal olarak inşa edilen dini ve kültürel inançlarla şekillenmektedir.

3.2.1.3 Doğum Sonrasıyla İlgili Geleneksel İnançlar ve Uygulamalar

Doğumdan sonraki ilk üç gün, anne ve çocuk sağlığı için çok önemlidir. Anne sağlığı hizmet sağlayıcıları, bir kadının, doğumdan itibaren 72 saat süresince, hastanede veya klinikte kontrol altında tutulması gerektiğini tavsiye etmektedir. Evde doğum yapan kadınlar için ise, hemen hastaneyi ziyaret etmeleri gerektiği söylenmektedir. Bu tavsiyelerin hayata geçmesi, geleneksel ve tıbbi doğum sonrası uygulamalar arasında açık bir çelişki bulunan topluluklarda zorlaşmaktadır. Görüşmelerde kadınlara, doğum sonrası dönemdeki uygulamaları hakkında sorular sorulmuştur. Veri analizi sırasında, doğum sonrası inançlar ve deneyimlerle ilgili bir dizi alt tema ortaya çıkmıştır. Gebelik ve doğum bu toplulukta tehlikeli olarak kabul edildiğinden, doğumdan hemen sonra çeşitli ritüeller gerçekleştirilir. Bunlar, anne ve bebeği temizlemek ve onları daha da güçlendirmesi için yapılmaktadır. Doğum sonrası dönemde yapılan uygulamalar, dinsel ve geleneksel uygulamalara dayanmaktadır. Geleneksel doğum görevlileri, bu ritüelleri yerine getirmede anahtar rol oynamaktadır. Çalışmaya katılan kadınlar, uterus/rahimlerini temizlemek için doğal bitkiler ve ilaçlar içtiklerini bildirmiştir. Diğer ilaçlar arasında, dağda bulunan ender ağaçlardan yapraklar bulunmaktadır. Bu, hayatlarına müdahale edebilecek kötü ruhları korkutması için yapılmaktadır.

Doğumdan sonra, çocuk ve anne evin içinde birkaç gün kalmaktadırlar. Göbek bağı kırılıncaya kadar, çocuğu evden çıkarmak yasaktır. Doğumdan sonraki dönemde, sadece yakın akrabaların çocuğu görmesine izin verilmektedir. Bu, kötü ruhlardan çocuk ve annenin

koruması adına yapılmaktadır. Bu topluluktaki bir inanca göre, çocuk dışarı çıkamayacak kadar zayıf olup yeni doğmuş bir çocuk dışarıdaki soğuk havaya maruz bırakılmamalıdır. Bu nedenle, mümkün olduğunca içeride kalmalıdır. Doğum sonrası dönemde, kadınlar ve yeni doğmuş çocuklar, içeride battaniyeyle örtülü kalırlar, kapılar ve pencereler kapalıdır. Sıcak sıvılar içerler, sıcak banyolara girerler ve doğal bitkiler yerler. Doğum sonrası kadın, doğumdan sonra özellikle kırılgan ve zayıf olarak görüldüğünden, kolayca hastalanıp soğuktan ölebileceği düşünülmektedir. Anneyi sıcak tutmanın, bebek için ılık sütün üretilmesini sağladığına da inanılmaktadır. Bu geleneksel uygulamalar, doğum sonrası bakım için sağlık tesisine geri dönmek isteyen kadınlar için engel oluşturmaktadır. Bir sağlık çalışanı, bu uygulamaların, kadınlar ve bebekler arasındaki olumsuz sağlık sorunlarının nedenleri olduğunu açıklamıştır. Bu sağlık çalışanı, kadınların doğum sonrası bakım için sağlık tesisine geri dönmesini sağlamakta nasıl zorlandıklarını anlatmıştır.

“Yerel gelenekler, bir çocuğun evden çıkmasına izin vermediği için, kadınların doğumdan sonra kliniğe geri dönmeleri çok zordur. Kadın gelmek istese bile, bu imkânsız, çünkü kararları vermekten sorumlu değiller.”
(Hemşire, Ebe)

Görüşmelerde ortaya çıkan bir başka ilginç doğum sonrası uygulama, doğumdan hemen sonra seks yapma uygulamasıdır. Anne sağlığı kuralları, bir kadının doğumdan sonra en az altı hafta seks yapmamasını tavsiye etmektedir. Bu, kadının kaslarının pozisyonlarına geri dönmesini sağlaması için yapılmaktadır. Ancak, Makoni İlçesi'nde yerel olarak, “kuvhuranzewe” olarak bilinen bir geleneksel uygulama bulunmaktadır. Bu, bir kadının önerilen altı haftadan önce eşiyle seks yapacağı anlamına gelmektedir. Makoni'deki kadınlar, bu kültürel uygulamaları kadınların karşılaştığı sorunlardan bazıları olarak tanımlamaktadırlar. Uygulamanın, hem anne hem de çocuğun yararına olduğuna inanılmaktadırlar. Katılımcılar, sağlıkları için kötü olduğunu bilseler bile, uygulamayı durdurabilecek güçlerinin olmadığını açıklamışlardır. Kadınların yaşadıkları toplulukların güçlü ataerkil değerleri bulunmakta ve kadınların eşlerine karşı gelmeden, itaat etmeleri gerekmektedir. Doğum sonrası uygulamalar, kültürel olarak hassas bir ortamda gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, bu uygulamalar, doğum sonrası kanama gibi potansiyel olarak tehlikeli sorunları da normalleştirmiştir. Klinikten sağlık hizmeti almak yerine, kadınlar

geleneksel ilaçları kullanmaktadır. Geleneksel bir doğum görevlisi, doğumdan sonra aşırı kanamayı nasıl yönettiğini şöyle açıklamıştır:

“Birçok kadın, genellikle doğumdan sonra kanama görür ve bu çok normaldir. Ama devam ederse, rahimdeki kirin veya doğumun ya da kötü ruhların neden olduğu yaralardan kaynaklanıyor olabilir. Onun için dua ediyoruz ve kanama sürecini durdurmak için ona kutsanmış su, yağ ya da bazı geleneksel otlar veriyoruz.” (Geleneksel doğum görevlisi)

Bulgular, gebelik ve doğum sırasındaki algıların, inançların ve uygulamaların, dini ve kültürel bağlamlarda yer aldığını göstermektedir. Bu inanç ve uygulamaların, kadınların sağlık tesislerinde, anne sağlık hizmetlerine erişimini engellediği açıktır. Kadınlar gebelik ve doğum sırasında beklenmeyen sorunlarla karşı karşıya kaldıklarında, ilk seçenek olarak geleneksel ve dini çözümleri kullanmaktadırlar. Din ve sosyo-kültürel faktörler, kadınların hamilelik ve doğum sırasında algılarını ve uygulamalarını şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Aşağıdaki kısımda sosyo-kültürel ve sağlık bakım bağlamı faktörlerinin, anne sağlığı hizmetleri kullanımını nasıl etkilediği incelenmiştir

3.2.2 Sosyo-Kültürel Belirleyiciler: Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kullanımı

Bu kısımda Makoni ilçesinde, anne sağlığı hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler üzerine bulgular sunulmaktadır. Faktörler, her biri birkaç alt başlık içeren beş geniş tema halinde gruplandırılmaktadır: dinsel ve kültürel faktörler, aile içi dinamikler ve sosyal ağlar, sosyal ve fiziksel çevre, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi içeriği ile anne sağlığı hizmetlerine yönelik kalite algıları.

Şekil 9: Makoni'de Sağlık Hizmetine Erişim Konusunda Kadınların Önündeki Engeller



3.2.2.1 Anne Sağlığına İlişkin Dini ve Kültürel İnançlar

Makoni ilçesinin kırsal kesimindeki kadınlar arasında, anne sağlığı hizmetlerine yönelik tutum ve algıların şekillenmesinde dini ve kültürel inançlar önemli bir rol oynamaktadır. Bunun, kullanılacak sağlık hizmeti türüne ilişkin karar üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bu kısımda, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen dini ve kültürel faktörlerle ilgili bulgular ele alınmaktadır. Makoni'de gebelik ve doğum sırasında, hastalığın nedenleri, dini-kültürel bir anlayış içinde inşa edilmektedir. Bu nedenle anne sağlığı bakımı türü, dini ve kültürel sosyal yapılara dayanmaktadır.

3.2.2.1.1 Anne sağlığı ve gebelikte beklenmeyen sorunlar: hayatın doğal akışının bir parçası

Kadınların çoğunluğu, gebelik ve doğum sırasında beklenmeyen sorunları, kadınların doğal yaşamlarının bir parçası olarak algılamaktadır. Bu topluluklarda, anne sağlığı sorunları yaygın ve kabul gören bir durumdur. Gebelik ve doğum, bir kadının hayatında normal ve

doğal olaylar olarak görülüyor olduğundan, katılımcılar anne adaylarının gebelik sorunlarını da doğal olaylar olarak görmektedirler. Bu nedenle, gebelikte birlikte oluşan tehlikeler ve beklenmeyen sorunlar da normal görülmektedir. Anne sağlığı sorunlarını çevreleyen deneyimler, bu topluluklardaki aileler arasında paylaşılmaktadır. Katılımcıların, aileleri, arkadaşları ve komşuları bu zorlukları yaşamışlardır. Bu durum, kadınlar arasında anne sağlığı sorunlarının yaşanmasının, ortak bir deneyim haline gelmesine yol açmıştır. Çalışmaya katılanlar, anne sağlığı problemlerini doğal olarak meydana gelen bir olgu olarak kabul etmektedir. Kadınlarla yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular, anne ölümlerinin kadınların hayatındaki ortak deneyimler olarak görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Çoğu kadın anne ölümlerini duydukça, bu ölümleri zihninde, kabul edilmesi gereken bir gerçeklik olarak inşa etmektedir. Bir katılımcı, anne sağlığı ile ilgili anlatılan hikâyelerin, sorunu gerçeklik olarak kabul etmesinde, onu nasıl etkilediğini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir.

“Büyükannem altı kez hamile kalmış ve tüm bu gebelikleri, düşük yapmasıyla sonuçlanmıştır. Sonunda anneme hamile kaldığında, doğumundan birkaç gün sonra ölmüş. Bu durum aynı zamanda, hastaneye giderken ölen, dağların arkasında yaşayan bir kadının da başına gelmiştir.” (Tatenda, 28 Yaşında)

Sürekli olarak anne sağlığı sorunlarıyla uğraşan kadınlar, onların doğal olarak meydana geldiğini kabul etmişlerdir. Maidei, önceki üç gebeliğinde, doğum sorunları yaşamıştır. Gebelik ve doğum sürecinde, sürecin değiştirilmesi konusunda fazla bir şey yapılamayacağını, bunun doğal bir süreç olduğunu düşünmektedir. Ölüm ve hamilelik sorunlarının, neden bir kadının hayatının doğal bir parçası olduğunu açıklamasında, yerel bir atasözünü bile örnek vermiştir.

“Hamilelik, “ölüm cezası” gibi bir şey olabilir biliyorsun. Bu yüzden, kendi kendime endişelenmemem gerektiğini söyledim, çünkü Tanrı bu sorunun üstesinden gelmeme yardım edecektir.” (Maidei, 32 Yaşında)

Kadınların düşünceleri, doğum yaparken ölümleri gösteren medya haberleriyle pekiştirilmektedir. Zimbabwe'de ulusal bir gazete, Zimbabwe'nin en büyük hastanesinde, yeni doğum yapmış bir kadının öldüğü hakkında bir hikâye yayınlamıştır.⁶⁵⁵ Bu olay Zimbabwe'de

⁶⁵⁵ NewsDay Zimbabwe, “Heads should roll at Parirenyatwa”, 2019, <https://www.newsday.co.zw/2019/09/heads-should-roll-at-parirenyatwa/>, (09.01.2020).

tartışmalara yol açmıştır. Tartışma sırasında göze çarpan husus, anne ölümlerinin ve gebelik sorunlarının, sık görülen durumlar arasında yer aldığı kanıksanmış olduğudur. Kadınlar, gebelik sorunlarını, kaçınılmaz bir olay olarak kabul etmişlerdir. Gebelik sorunlarını, doğal olaylar olarak görme fikri, kırsal Zimbabwe'de anne ölümleri sorununu önemsizleştirmiştir. Gebelik sorunları, anormal bir olay olarak görülüp tedavi edilmek yerine, doğal yaşamın bir parçası olarak kabul edilmektedir. Günümüzde anne sağlığı sorunları, Makoni kırsalında doğaüstü bir bağlamda yorumlanmaktadır. Doğanın bir parçası oldukları için, kadınların karşılaştığı tüm zorluklardan sadece, doğaüstü güçlerin sorumlu olduğu inancı bulunmaktadır. Bir sonraki kısımda, anne sağlığı sorunlarının nedenleriyle ilgili, kadınların inançlarına dair bulgular tartışılmıştır.

3.2.2.2 *Mwari'nin (tanrı) sağlık ve hastalıktaki iradesi*

Bir önceki başlıkta, kırsal kadınların anne sağlığı sorunlarının, her kadının yaşadığı doğal olaylar olarak inşası tartışılmıştır. Bu başlıkta, kadınların, Mwari'nin (Tanrı) iradesinin/isteğinin, iyi sağlık ve hastalığa neden olduğuna dair inançları açıklanmaktadır. Tanrı (Mwari), hastalık nedeni ve bu hastalığın üstesinden gelmenin bir aracı olarak görülmektedir. Başka bir anlatımla, onların sorunlarına bir çözüm bulmanın Tanrı'ya bağlı olduğuna inanılmaktadırlar.

Makoni ilçesi, dinsel olarak muhafazakâr topluluklardan oluşmaktadır. Din, hem geleneksel din, hem de Hristiyanlık perspektifinden anlaşılmaktadır. İki dini inanç arasında, gözle görünür bir fark bulunmamakta ve çoğu zaman insanlar her iki dini birlikte uygulamaktadırlar. İki dinin birbirine bağlı niteliğine bir örnek, Tanrı ya da Mwari'ye olan inançtır. Her iki dinde, Tanrı/ Mwari, yeryüzündeki ve cennetteki yaşamı kontrol eden üstün bir yaratıcı olarak tanınmaktadır. Mwari, yaşam ve toplumdaki her şeyi etkiler ve bunlardan sorumludur. Bu topluluklar insanların ölümü, iyi sağlık ve hastalık dâhil yaşamlarında meydana gelen herhangi bir olaydan Mwari/Tanrı'nın sorumlu olduğuna inanmaktadır. Bu nedenle, eğer bir kadın gebelik sorunları yaşıyorsa bunu, Tanrı'nın yaptığı bir şey olarak yorumlamaktadır. Ayrıca, (Mweya)Kutsal Ruh'un şifa gücüne, inanılmaktadır. Bu inanç, hem geleneksel din, hem de Hristiyanlığa inananlarca, kültürel olarak paylaşılmaktadır. Bu çalışmada da kadınlar, sağlık, hastalık ve hastalıkların manevi/ruhsal güçlerle bağlantılı

olduğuna inanmaktadırlar. Herhangi bir hastalığın kök nedenleri; günah, atalara/kötü ruhlara veya şeytanlara atfedilmektedir. Bu inanç, sağlık tesislerinin kullanımını engellemektedir. Çünkü maneviyatla/ruhsal olanla ilişkili hastalıklar, manevi/ruhsal dikkat ve tedavi gerektirmektedir. Bu tedaviler, kutsal ruh, kutsal su veya kilise ya da geleneksel tapınakların şifa ritüelleri tarafından, temizlik yoluyla yapılmaktadır. Herhangi bir sağlık sorununun ruhsallaştırılması, kadınların geleneksel anne sağlığı bakımı üzerine, ruhsal çözümleri tercih etmesine katkıda bulunmaktadır. Köylerden birinden gelen genç bir katılımcı, hastaneye gitmeme gerekçesini şöyle açıklamıştır:

“Hastalandığımda, neden hasta olduğumu bulman gerekmektedir. Buradaki çoğu hastalık, kötü ruhlardan ve şeytanlardan kaynaklanmaktadır. Bu durumda, hastaneye gitmek fayda sağlamayacaktır. Orada sadece sana bakacaklar, bu yüzden tam iyileşme ve şifa için kiliseye gitmeyi tercih ediyorum.” (Ruramai, 22 Yaşında)

Çalışma alanları, aşırı muhafazakâr, geleneksel kilise gruplarından oluşmaktadır. Bunlar, Apostolik/Vapostori olarak bilinmekte ve ilçenin büyük bir bölümünü oluşturmaktadırlar. Hristiyanlık uygulamalar ve inançları, geleneksel din ile karıştırılmaktadır. Vapostori inancı, tedaviye inanmaktadır. Kutsal Ruhan (Mweya) veya Tanrı'dan özel armağanları olan kilise üyeleri, şifa törenlerini gerçekleştirmektedir. Apostolik inancı, sağlık sisteminin bir parçası olarak hizmet vermektedir. Apostolik “sağlık sistemi”, Kutsal Ruh'un (Mweya), kiliseyi iyileştirici güçlerle ve manevi armağanlarla donattığı inançlarına sahiptir. Kilise, doğumda yardımcı olmak ve anne sağlığı sorunlarına çözüm bulmak için, gerekli kapasiteye veya becerilere (yaşlı kadınlar) sahip olduğuna inanmaktadır. Ayrıca, Mweya'nın, hastalık salgınlarını, hamilelik sorunlarını ve olası şeytani saldırıları önceden bildirdiğine inanılmaktadır. Ek olarak, Mweya, insanları olumsuz sağlık koşullarından korumakta ve iyileştirmektedir. Mwari veya Tanrı, insanlara kutsal ruhu armağan etmekte ve yeryüzünde peygamber olarak görev yapmaktadır. Bu çalışmada topluluklar, Mwari'nin peygamberlerinin her yerde bulunduğuna inanmaktadırlar. Tanrının varlığını simgeleyen semboller ve tapınaklar, bütün köylere dağılmıştır. Bu tür tapınakları insanlar, Mweya ile etkileşime girmek ve tüm sorunlarına çözüm bulmak için düzenli olarak ziyaret etmektedirler.



Fotoğraf 14: Kutsal bir tapınakta/Krawa⁶⁵⁶ Apostolik bir peygamber. Köylerdeki insanlar, ibadet ve dua etmek, şifa ve manevi rehberlik için bu yeri ziyaret etmektedirler⁶⁵⁷

3.2.2.3 Mwari ve gebelikle ilgili sorunlar: Tanrı'nın iradesi

Katılımcılar, Tanrı'nın gebelik ve doğum sürecini etkilediğine inanmaktadırlar. Onlar, sadece Tanrı'nın güvenli bir gebelik ve doğum sağlayabileceğine inanmaktadır. Benzer şekilde, doğum sorunlarını da Tanrı'nın bir işareti olarak algılanmaktadır. Güçlü Hıristiyan inançları olan genç bir katılımcı, yukarıdaki ifadeyi doğrular şekilde, doğum sorunlarının Tanrı'ndan bir işaret olduğunu ileri sürmüştür. Katılımcı deneyimlerini, Tanrı'nın yeryüzündeki güçlerini göstermeye çalışması olarak yorumlanmaktadır. Tanrı izin vermeseydi, böyle bir sorunun gerçekleşebileceğine inanmamaktadır.

“Hamileyken hep kanamam vardı. Tanrı'nın, bana bir mesaj vermeye çalıştığını biliyordum. Beş gün oruç tutup, ne istediğini ortaya çıkarabilmem

⁶⁵⁶ Krawa, deniz taşları ve geleneksel saksı içeren dini bir tapınaktır.

⁶⁵⁷ <https://bulawayo24.com/index-id-news-sc-africa-byo-70642.html>

için Tanrı'ya dua ettim. Sonra birkaç rüya gördüm ve Tanrı bana belli bir kiliseye gidip orada ibadet etmeye başlamam gerektiğini söyledi. Kiliseye gitmeye başlar başlamaz, sorunum sona erdi. Umarım bu problemi bir daha yaşamam ve güvenli bir doğum yaparım.” (Marwei, 30 Yaşında)

Benzer şekilde, güçlü geleneksel inançlara sahip kadınlar, herhangi bir hastalık biçimini de Tanrı'nın iradesi olarak görmektedirler. Topluluk, gebelik sorunlarını, Tanrı'nın kendilerine önemli şeyleri açıklamasında kullandığı bir yol, olarak yorumlamaktadır. Ailede bazı gizli sırlar varsa, Tanrı genellikle tüm aile ile iletişim kurmak için, doğum gibi özel anları kullanmaktadır. Bu, geleneksel inanç hakkındaki bilgiler, geleneksel bir doğum görevlisiyle yapılan görüşme sırasında ifade edilmiştir.

“Tanrı ve ruh, ataları, çocuğun babasının veya annesinin davranışlarından memnun olmadığında, doğum sorunlarına neden olurlar. İtiraf ettikten sonra sorunlarını kolaylıkla çözen ve doğum yapan birçok kadın gördüm.” (geleneksel doğum görevlisi)

Çalışma ayrıca Tanrı'nın iradesinin, kadınların sağlık arama davranışlarını da etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Dini ve geleneksel inançlar, kadınların sağlık tesislerine nasıl ve ne zaman gideceğini belirlemektedirler. Herhangi bir sorundan sonra, ilk önce sağlık tesislerini ziyaret etmek yerine, kadınlar önce inanç veya geleneksel şifacılara danışmaktadır. Kadınların çoğunluğu, sağlık tesislerinde sağlık hizmetlerinin ancak Tanrı'nın iradesi ve izniyle aranması gerektiğine inanmaktadır. Dua, fedakârlıklar, kutsal dini semboller ve eserler yoluyla Tanrı'nın iyileştirici gücüne yüksek bir bağlılık vardır. Birçok Apostolik kilisede, sağlık tesislerinden sağlık hizmeti almak yasaktır. Çoğunlukla Zimbabve'de kırsal alanlarda bulunan aşırı muhafazakâr beyaz giysili kiliseler, kilise üyelerinin modern sağlık hizmetlerini Tanrı'nın izni olmadan kullanmalarına izin vermemektedir. Tanrı'nın iradesi, doğrudan Tanrı ile iletişim kuran kilise liderleri veya peygamberler aracılığıyla icra edilmektedir. Dini öğretiler, aynı zamanda bir katılımcının dile getirdiği gibi kadınların sağlık hizmeti almasını da engellemektedir.

“Bir kadının vücudundaki Tanrı'nın çalışmalarına, müdahale etmemelisiniz. Rahim, Tanrı'nın amaçlarına ulaşması ve istediği insanları yaratması için kutsal bir odadır. İlaçların ve hapların vücuduna girmesine izin vermek, Tanrı'ya küçümsemektir. Bu Tanrı'ya başarısız olduğunu söylemek anlamına

gelmektedir. Tanrı size bunu söylemediği sürece, bu hizmetleri kullanmamalısınız.” (Dorcas, 32 Yaşında)

Sonunda sağlık tesislerini ziyaret etmeye karar veren kadınlar, genellikle bunu çok geç bir aşamada yapmaktadırlar. Bakım arayışındaki gecikmeler, birçok annenin ölümü ve gebelik sorunları ile sonuçlanmaktadır. Hastaneye gitmedeki gecikmeler, kadınların hastaneye gitmeden önce Tanrı'nın iznini almasını gerektiren dini inançtan kaynaklanmaktadır. Yerel bir Köy Sağlık Çalışanı, kliniğinde tanık olduğu gecikmeleri aşağıdaki açıklama ile dile getirmiştir.

“Bu toplulukta, birçok Apostolik kilise üyesi var. Bir kilise üyesi hastalanınca, önce ibadet yapmaya türbelerine götürürler.” (Köy Sağlık Çalışanı)

Benzer bir düşünceyi, bir klinikte görev yapan hemşire de vurgulamıştır.

“Geçen ay, 4 gün boyunca kanaması olan bir kadını getirdiler. Onlara neden hastaneye erken gelmediklerini sorduğumda, inanç şifacısının izin vermediğini söylediler.” (hemşire)

Anne sağlığı sorunları, genellikle Tanrı'ya bağlanmaktadır. Araştırma katılımcıları arasında, herhangi bir hastalık, Tanrı'nın iradesi (kuda kwaMwari) olabilir. Benzer şekilde, diğer sağlık sorunları da Tanrı'nın gazabı (shamhu yaMwari), Tanrı'nın mesajı (kutaura kwaMwari) ve Tanrı'nın planı (kuronga kwaMwari) ile ilgili olabilmektedir. Bu nedenle, araştırmadaki kadınlar, anne sağlığı sorunlarının üstesinden gelmek için kadınların, Tanrıyı memnun etmeleri gerektiğine inanmaktadır. Katılımcılar arasında ortak bir inanç, Tanrı'nın merhametli olduğu ve kurallarına uyduğumuz takdirde acı çeken insanlara kurtuluş getireceğidir. Tanrı'ya iman ve umut, anne sağlığı sorunları için yardımın nihai kaynağıdır. İnanç şifacıları, kadınların sahip olduğu bu inançları yerine getirmede kilit bir rol oynamaktadır. Üç çocuk annesi Sekai, bu konudaki güçlü görüşlerini şu ifadelerle dile getirmiştir.

“Doğum sırasında bazı sorunlar, inanç şifacılarının müdahalesini gerektirir. Dünyanın en iyi doktorlarını ziyaret edebilirsin ama Tanrı'nın senden istediğini yapmadıysan, hiçbir şey değişmeyecektir.” (Sekai, 34 Yaşında)

Geleneksel din, vefat etmiş atalara, saygı duymaya daha fazla önem vermektedir. Yapılan her şeyde, Tanrı veya atalar mutsuz edilmemelidir. Aksi takdirde, gazaplarına katlanmak zorunda kalınmaktadır. Bu nedenle gebelikle ilgili sorunlar, genellikle mutsuz vefat etmiş atalarla ilişkilendirilir. Sorunlar, atalarla iletişim yolu olarak görülmektedir. Mutsuz bir ölü atanın, ailenin dikkatini çekmenin bir yolu olarak, doğum sorunlarına neden olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca, aile tarafından haksızlığa uğramış, ölü bir kişi gebelik sorunlarına neden olabilmektedir. Bu olgu yerel dilde, **Ngozi** olarak bilinmekte ve çalışmaya katılanlar arasında yaygın olarak inanılmaktadır. Atalarla ilgili meselelerin hastanelerle ilgisi olmadığından, geleneksel şifacıardan yardım istenmektedir. Genel olarak katılımcılar, vefat etmiş ataları ruhları (**Ngozi**) aracılığıyla, Tanrı'nın gazabının hayatlarına zarar verebileceğine inanmaktadırlar. Katılımcı bir kadın, komşusunun düşükleri ve ölü doğumlarının ailesindeki bazı Ngozi'lerin sonucu olduğuna inandığını şöyle açıklamaktadır.

“Vefat etmiş büyük büyük teyzesi sinirli bir ruhtur (Ngozi). Düşük ve ölü doğum sorunlarıyla uğraşan kadına olan şey, atalarının mutlu olmadığına bir işarettir. Bir şey yapmazlarsa (geleneksel bir şifacıya danışmazlarsa), hepsi Tanrı'nın gazabıyla karşı karşıya geleceklerdir.” (Shamiso, 19 Yaşında)

Katılımcılar, gelecekteki hamilelik sorunlarından kaçınmanın tek yolu olarak, vefat etmiş ataların ruhlarını sakinleştirmeyi önermektedirler. Diğerleri, Tanrı'ya dua etmenin, oruç tutmanın ve dini sembolleri kullanmanın, anne sağlığı sorunlarını yönetmenin daha iyi bir yolu olduğuna inanmaktadırlar. Çalışma kapsamında ziyaret edilen birkaç evin, dini sembollere sahip olduğu gözlenmiştir. Dini semboller ve eserler, evlerinin içine veya girişine asılmaktadır. Dini semboller ve eserler, bu kadınların hayatının ayrılmaz bir parçasıdır. Dini semboller ve eserlerin, gebe kadınları ve bebeklerini kötü ruhlardan koruduğuna inanılmaktadır. Evlerde gözlenen dini semboller arasında; çıkartmalar, bilezikler, tespih, İncil, kilise takvimleri, kutsal taşlar ve kutsal su bulunmaktadır. Aileler, aile hayatlarında daha fazla sorun yaşamamak için, geleneksel ya da dini şifacıları evlerine davet etmektedir. Genellikle, geleneksel şifacılar, tüm aile üyelerinin ruhsal temizliğini ve özellikle hamile kadınları temizlemekten sorumludurlar. Bu törenler genellikle, geceleri ve gizli olarak yapılmaktadır. Katılımcılar, komşuları ve arkadaşlarının neler olduğunu göremesin diye,

geceleri bunu yaptıklarını bildirmişlerdir. Bir katılımcı kız kardeşi için, böyle bir töreni nasıl yaptıklarını anlatmıştır.

“Kız kardeşim, birçok ölü doğum yaptı ve çok acı çekti. Ayrıca kocası, onu boşadı. Bu çok büyük bir problemdi. Ebeveynlerimiz bize, anneannemizin gömülme şekline memnun olmadığını söyleyen yerel bir geleneksel şifacıyı ziyaret etti. Tek yol, anneannemin ruhunu yatıştırarak bir inek kurban etmektir. Ebeveynlerim kilise lideri olduğu için, bunu açıkça yapamadık, çünkü komşularımızın ne yaptığımızı bilmesini istemedik. Töreni geceleri gizlice yaptık, şimdi kız kardeşimin iki çocuğu ve mutlu bir evliliği var.” (Fadzai, 26 Yaşında)

Yukarıda verilen bilgiler, geleneksel ve dini inanç şifacılarının, kırsal alanlarda anne sağlık hizmetlerinin kullanılmasındaki rolünü açıkça göstermektedir. Onlar, insanların, aileleri ve yaşamlarında problemlerle karşı karşıya kaldıklarında, ilk görüşme noktası olarak kabul edilmektedirler. Aşağıdaki kısımda, dini inanç temelli ve geleneksel şifacıların, anne sağlığı kullanımında oynadığı kritik rol tartışılmaktadır.

3.2.2.4 İnanç ve geleneksel şifacıların sağlık hizmetlerindeki önemli rolü

İnanç şifası olarak ilahi müdahale, ruhsal ve fiziksel hastalıkların iyileşmesinde bir şifacılık türüdür. Bu şifa türü, özellikle Hristiyanlıkta uygulanmaktadır. Geleneksel şifacılar, Zimbabwe’de geleneksel tıp uygulamaktadırlar. Sorunsuz bir hayat ve ölüm hayatı arasındaki uyum için, geleneksel şifacılar, atalara ayinle ilgili ve hayvan kurban edilmesiyle saygı gösterilmesi gerektiğini söylemektedirler. Bunlar arasında; dans, ilahi veya bitki yakma ritüelleri bulunmaktadır. Geleneksel şifacılar, genellikle hastalarına, bitkisel, hayvansal ve aşılınmış manevi öneme sahip, yapılmış su vermektedirler. İnanç ve geleneksel şifacılar, toplumda, farklı sosyal ve politik rolleri yerine getirmektedir. Görevleri; kehanet, şifa, fiziksel, duygusal ve ruhsal hastalıklara, doğum ya da ölüme yönlendiren ritüelleri yapmak, kayıp sığır bulmak, büyücülük yapmaktır.



Fotoğraf 15: Yeni doğmuş bir bebeği tutan, geleneksel bir doğum görevlisi⁶⁵⁸.

Geleneksel ve inanç şifacıları, anne sağlığı ile ilgili kadınların, inanç ve deneyimlerini ayrılmaz bir parçasıdır. Kilise liderleri ve geleneksel ebeler dâhil olmak üzere, geleneksel şifacılar, acil sağlık durumlarında ilk temas noktası durumundadır. Yerel olarak erişilebilir insanlar olduklarından, sağlık tesisine ulaşmayı beklerken ilk önce onlara gidilmekte ve danışılmaktadırlar. Bu durum, ciddi sorunlar ortaya çıktığı zamanlarda, genellikle ölümcül olan sağlık hizmeti arayışında gecikmelere neden olmaktadır. Onlar, güçlerini doğüstü dünyadan aldıklarından, ruhsal sorunlarla ilgilenmeye de çağrılmaktadırlar. Bu topluluklarda, doğal güçlerin hastalığa neden olma gücüne güçlü bir inanç olduğundan, inanç liderleri her zaman aranmaktadır. Doğum sırasında bulunmaları için çağrılmakta ve bir kadını acı çekmekten kurtarmaktadırlar. Onlar ayrıca, doğum sürecini hızlandırmakta, annelerin ve bebeklerin hayatlarını kurtarmaktadırlar. Hatta gıyaben ya da telefonla kendilerine danışmak bile yeterli olmaktadır. Çünkü onların duaları, iyileşmenin gerçekleşmesi için yeterli

⁶⁵⁸ AP Photo/Tsvangirayi Mukwazhi

görülmektedir. Katılımcılar, insanların hamileyken geleneksel doğum görevlilerini neden ziyaret etmeyi tercih ettiklerine bağlı olarak, çeşitli nedenler sunmaktadırlar. Evli bir anne olan Rudo, geleneksel bir doğum görevlisini ziyaret nedenini şöyle açıklamıştır:

“Doğum yapmak üzereyken kendimi iyi hissetmiyordum, onun için inanç şifacımı (nyamukuta) davet ettik. O, zamanından öne doğum yapacağımı söyledi. Sabah saat 4: 00'te şiddetli ağrı duydum. Hastaneye gitmek istesem bile, beni oraya götürecek kimse yoktu. Bunun yerine, evime daha yakın olduğu için onu tekrar aradım ve bebeği sabah 6: 00'da doğurttu.” (Rudo, 24 Yaşında)

Geleneksel şifacılar, Zimbabve'de nesiller boyunca hamilelik ve doğum sırasında kadınlara yardımcı olmuştur. Geleneksel doğum görevlilerinin çoğu, anne sağlığı sorunları hakkında geniş bir bilgiye sahip olan yaşlı kadınlardır. Bunlar genellikle, "**mbuya nyamukuta**" olarak bilmektedir. Onların becerileri, Tanrı'nın bir hediyesi olarak kabul edilmekte ve genellikle nesilden nesille geçmektedir. Hristiyanlığın benimsenmesiyle beraber bu kadınların çoğu, hizmetlerini Hristiyanlık dinine dâhil etmişlerdir. Şifalı bitkiler kullanmak yerine, artık şifalı suları ve yağları tercih etmektedirler. Bu kadınlar, köylerde bulunmakta ve bazıları kendi doğum yerlerini işletmektedirler. Geleneksel doğum hizmetleri, halk nezdinde muteber görüldüğünden, hâlâ halk tarafından güven duyulmaktadır. Bu bağlamda bir geleneksel doğum görevlisinin görüşlerine aşağıda yer verilmektedir.

“Büyükannem, bilinen geleneksel bir şifacıydı ve ben onun ismini aldım, öldüğü zaman, işine devam ettim. Belki de ruhsal yönlendirme ile öyleydi. Bugün birçok kişi geleneksel şifacıları kullanmak istemiyor, ben sadece su ve dua kullanarak kilisede hizmet sunmaya başladım.” (geleneksel doğum görevli)

İnanç şifacıları görevlerini, Tanrı'ya hizmet olarak görmektedirler. Bunların çoğu, hizmetlerini kullanan kadınlardan, herhangi bir ödeme talep etmemektedir. Bu durum, birçok kadının bu hizmetleri kullanmayı tercih etmelerine yol açmıştır.

“Evimde doğum yapmasına yardım ettiğim pek çok kadını var. Bakın hastaneler doğum için, 150 dolar alıyor. Burada ise kadınların sadece bir tavuk getirmesi yeterli olmaktadır.” (geleneksel doğum görevli)

Kadınların, geleneksel doğum görevlileri tarafından doğurtulmuş bebekleriyle, hastanelerde görülmesi çok yaygındır. Köy Sağlık çalışanları da, bebeklerin sağlık kontrolü için kliniğe gitmelerini sağlamada, kritik bir rol oynamaktadır.



Fotoğraf 16: Apostolik kadınlar geleneksel doğumda yeri. Bu tür yerler, kilise tarafından işletilmekte ve geleneksel yöntemler kullanılarak, doğum hizmetleri sunulmaktadır.⁶⁵⁹

3.2.2.5 Anne sağlık hizmetlerine erişim ve dinin etkisi

Çalışma, bazı dini grupların modern anne sağlık hizmetlerini onaylamadığını ortaya koymuştur. İlçede bulunan Apostolik mezhepler, kliniklerde sunulan modern sağlık hizmetlerini, Tanrı'nın gözünde kutsal olmayan ve kabul edilemez durumlar olarak görmektedir. En muhafazakâr kilise grupları, modern sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili sıkı doktrin ve ahlaki uygulamalara sahiptir. Bu kiliseler, kutsal ruhu temel almayan, herhangi bir iyileştirme biçimini dikkate almamaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik bu tür inançlar ve algılar kadınların, acil durumlarda bile sağlık hizmeti aramamasına neden

⁶⁵⁹ <https://www.thestandard.co.zw/2019/06/02/inside-johane-marange-birth-camp/>

olmaktadır. Kilisenin/Tanrı'nın iradesine karşı sağlık hizmeti arayan kilise üyeleri, ağır şekilde cezalandırılmaktadır. Bu ceza, kiliseden kovulmayı, kilisenin üniformasına el konulmasını ve zorla itirafı içermektedir. Cezalar ve utanç, bu dini gruplar içinde, sosyal kontrol biçimini andırmaktadır. Bu kontrol şekli, kilisenin otoritesini güçlendirmekte ve sağlık tesislerini kullanmaya karar verebilecek diğer kilise üyelerini caydırmaktadır. Modern sağlık hizmetlerini kullanmak, zayıf bir inanç işareti olarak kabul edilmektedir. Kadınlar, kiliselerde sağlık tesislerini ziyaret etmekten caydırılmaktadırlar. Bu bağlamda, katılımcı görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

“Kilise liderimiz bize, Apostolik kilise üyeleri olarak hastanelere gitmememizi söylemiştir. Bunun, inancımızın ilkelerine aykırı olduğu bildirilmiştir. İlaçlar, kutsal bedenlerimizi yozlaştırmıştır. Aynı zamanda ilaç almak, Tanrı'ya olan inanç eksikliğinin büyük belirtisi olarak gösterilmiştir.” (Dambudzo, 25 Yaşında)

Birçok kadının, inanç şifacılarının rehberliğinde evde doğum yapması, katılımcıların yaşamında ortak bir olay haline gelmiştir. Kadınlar, bu şekilde doğum yapmanın, en iyi ve ideal yol olduğuna inanarak sosyalleşmektedirler. Bu görüşler, toplumdaki birçok kadın tarafından paylaşılmaktadır. Evde doğum yapmak bu alanda bir istisna değil, norm gibi görünmektedir.

“Gebe kadınlarımız, kilise annelik hizmetlerimizden yararlanmakta olup ve hiçbir sağlık tesisini kullanmayız. Gebelik sırasında ve sonrasında, Tanrı'nın ve İncil'in yanındayız. Komşumuz, bir Apostolik kilise üyesi, bebeğini evinde sağ salim doğurdu.” (Patience, 27 Yaşında)

En muhafazakâr Apostolik Mezhep grupları arasında hastane sağlık hizmetleri, kutsallık dışı ve Tanrı'ya karşı günah olarak kabul edilmektedir. Kilise takipçileri üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olan dini liderler, bu tür bir inancın güçlü savunucusudur. Aynı zamanda dini bir lider olan geleneksel doğum görevlisi, aşağıdaki ifadeyle görüşünü dile getirmiştir.

“Haplar, ilaçlar, bandajlar ve tıbbi aşı, hepsi kirlidir. Bunlar birçok insan tarafından üretildi, biz bu insanları tanımıyoruz. Onları kullanmıyoruz.” (geleneksel doğum görevli)

Bu kiliselere mensup kadınlar, sağlık tesislerinden gelen sağlık hizmetlerinin “putperestlik”, “şeytanlık” ve “dinsizlik” olduğuna inanacak şekilde sosyalleştirilmiştir. Bu hizmetleri kullanmak, insanları Tanrı'nın gücünün üzerine koymak, bu yüzden Tanrı'nın ihtişamını ellerinden almak olarak kabul edilmiştir. Çoğu kişi, Tanrı'nın gazabını davet etmekten korktuğu için, sağlık tesislerinde sunulan hizmetleri, kilise liderlerinin tavsiyelerine karşı kullanmayı düşünmemiştir. Kadınlar, kilise tapınaklarında doğum yapmanın tehlikelerini görmemektedirler. Kilisenin, tıpkı klinik gibi anne sağlığı hizmetleri sağladığını ve bir kişinin sağlık tesislerini ziyaret etmesine gerek olmadığını savunmaktadırlar. Bir katılımcı neden anne sağlığı hizmetleri için kliniğe gitmediğini şöyle açıklamıştır.

“Kliniğe gitmek için bir neden göremiyorum. Kilisemizde yüzlerce çocuğun doğumuna yardım eden ebelerimiz var. Ayrıca peygamberler, bize kutsal sular ve dualar vererek yardımcı olur, böylece bebeklerimizi güvenle teslim edebiliriz.” (Getrude, 27 Yaşında)

Kadınlar sağlık hizmetlerini kullanmaktan caydırmak için, korku ve cehalet kullanılmıştır. Kadınlara, hastanelerden yapılan iğnelerin, örneğin domuz eti gibi yasaklanan maddeler tarafından kirletildikleri söylenmiştir. Bu algı, görüşme sırasında bir katılımcı tarafından dile getirilmiştir.

“İlaç ve iğnelerin, domuz kanı içerdiği söylenmiştir. Bildiğiniz gibi bu bizim kilisemizde yasaktır, bunu nasıl karşılama mı beklersiniz?” (Mufaro, 18 Yaşında)

Katılımcıların zihninde inşa edilmiş, dini temelli yanlış algılar yoluyla, anne sağlığı hizmetlerine güvensizlik birkaç kadın tarafından doğrulanmıştır. Bir köy lideri ile gayri resmi sohbet sırasında, topluluklarda doğru bilgi eksikliğinin, yaygın olduğu keşfedilmiştir. Dini liderler, kiliselerde verilen hizmetlerin, hastanelerdekine benzer olduğuna inanmaları için insanları yanıltmaktadır. Kadınlar, sağlık tesislerinde sunulan anne sağlığı hizmetlerini, kültürel açıdan duyarsız olarak değerlendirmektedir. Bazı dini ve kültürel açıdan muhafazakâr kadınlar, bedenlerini halka açık olarak veya kocası olmayan başka bir erkeğe göstermek istemezler. Sağlık tesislerinde, bazen erkek hemşirelerle karşılaştıklarını ve onlardan hizmet almakta rahat olmadıklarını vurgulamaktadırlar. Bir kadın, kadın hemşire

talebinin genellikle göz ardı edildiğini veya azarlama ve diğer hemşirelerin hakaretleriyle karşılandığını bildirilmiştir.

Bu çalışmanın bulguları, din ve kültürün anne sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir faktör olduğunu açıkça göstermektedir. Tanrı'ya olan inanç, sağlık ve hastalık bilgisinin inşasında önemli bir faktördür. Çalışmadaki kadınlara göre, Tanrı hayatlarındaki her olayı etkilemektedir. Gebelikle ilgili sorunlar, Tanrı'ya atfedilmektedir. Çalışmadaki katılımcılara göre, ya Tanrı mutsuz, onları cezalandırıyor ya da sadece bir mesaj iletmek istemektedir. Bu tür inançlar, kadınların kendi sağlık sorunlarını kontrol edemediklerine inanmalarına yol açmıştır. Sonuç olarak, Tanrı'yı memnun etmek, bu zorlukları çözenin tek yolu olarak görülmektedir.

3.2.3 Aile Bağlamının Anne Sağlık Hizmetlerine Erişimindeki Rolü

Önceki kısımda, anne sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını etkileyen çeşitli dini ve kültürel inançlar tartışılmıştır. Buna göre; kadınların ve toplulukların tutumları, sağlık hizmetlerinin kullanılmamasını ve anne ölümlerinin normal olarak kabul edilmesini sürdürmeye teşvik etmektedir. Nesiller boyunca ev merkezli anne sağlığı hizmetlerini kullanmanın ortaklaşa deneyimi, kadınların bu hizmetleri normal olarak kabul etme algılarını şekillendirmiştir. Gebeliğe bağlı sorunlardan, Tanrı'nın sorumlu olduğu inancı, kadınların sağlık tesislerinden ziyade inanç şifacılarından bakım hizmeti istemelerine neden olmuştur. Bu, anne sağlığı hizmetlerinin kullanılmamasını sürekli hale getirmiştir. Bu kısım, aile ile ilgili kültürel bağlamın, kırsal kesimde yetersiz anne sağlık hizmeti kullanımına yol açan, annelik deneyimleri üzerindeki etkisini incelemektedir. Bu inceleme, kadınların yaşadığı bağlamı ve anne sağlığı bakımı üzerindeki etkisi araştırılarak yapılmıştır. Veri analizinden çıkan alt temalar, bu kısımda ele alınmıştır.

3.2.3.1 Aile içi dinamikler: Kadınlar anne, eş ve gelin olarak görülür

Çalışma, kadınların ailelerinde birçok rol üstlendiğini ortaya çıkarmıştır. Kadınlar aileleri içinde anne, eş veya gelin olarak kabul edilmektedir. Kadınlar, ailelerinde ve evlerinde bu çoklu rollerden sorumludur. Birden fazla role ek olarak, ailedeki kadın pozisyonları da olumsuz görülmektedir. Evli bir kadının pozisyonu, o zaman gerçekleştirdiği

rolün türüne göre belirlenmektedir. Bir kadının durumu, gelin olarak daha olumsuzdur. Bu çalışmadaki katılımcıların çoğunluğu, genişletilmiş bir aile sistemi içindeki gelinlerdir. Bu aile yapısı, kırsal Zimbabwe'de yaygındır. Çalışma alanlarında, gelin, aile içinde en düşük konuma sahiptir. Bir eş olarak, bir kadının kocasına itaat etmesi ve onun yetkisini sorgulamadan kabul etmesi gerekmektedir. Bir gelin olarak, kayınvalidesini de her zaman dinlemesi gerekmektedir. Bu tespitler, gelinlerin kendi sağlıklarına ve refahlarına ilişkin kararları da içermektedir. Kadınlar, sağlık tesislerine gitmek için, kocalarından izin almaları gerektiğini dile getirmişlerdir. Eğer kocası evde değilse, kayınvalidelerinden izin almaları gerekmektedir. Genel olarak, kadınların çoğu istihdam edilmemiş olup, tarımsal faaliyetlere katılmaktadırlar. Kadınlar tarımsal faaliyetlerde bulunsalar da büyük oranda destekleyici bir rol oynamaktadır. Kadınların istihdam edilmemesi, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımında önemli bir belirleyicidir. Bu durum, kadınların eşlerinden finansal destek alma deneyimlerini açıkladıkları zaman ortaya çıkmıştır.

“Kliniğe gitmek istediğimde, kocamdan ulaşım parası istedim. Bana parası olmadığını söyledi. İsrar ettiğimde sinirlendi ve bana vurdu. Şimdi ondan para istemekten korkuyorum” (Nyaradzo, 31 Yaşında)

Odak grup görüşmeleri sırasında, birkaç kadın finansal destek konusunda ısrar etmenin, hane içi şiddete yol açabileceğini kabul etmiştir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine erişmede kadınlar tasarruflarını kullanmaya başlamaktadırlar. Kadınlar, kayınvalidenin kontrol edici doğasından şikâyetçi olmuşlardır. Onlar, gelinlerinin anne sağlığı üzerinde muazzam bir güce sahiptirler. Kayınvalideler, hamilelik ve doğumu özel bakıma ihtiyaç duyan durumlar olarak algılamamaktadırlar. Sonuç olarak, genç kadınlara, hala evde ev işleri ile ilgili yeni yükler yüklenmektedir. Bir kadın görüşmeler sırasında, ailesiyle yaşadığı hayal kırıklığını, şu ifadeyle açıklamıştır.

“Kültürel sistemimizde, çok haksız var. Ailedeki yaşlı insanlar, özellikle kayınvalideler, her şeyi kontrol ediyor. Bir gelin olarak, talimatlarına uymalı ve kayınvalidemin istediğini yapmalıyım. Bu durumu kocama şikâyet edersem, başım da belaya girer.” (Sekai, 34 Yaşında)

Bu zorlukların üstesinden gelmek için, bu topluluklarda kültürel bir uygulama yapılmaktadır; bir kadın gebe olduğunda, genellikle kendi ailesine geri dönmektedir. Bu

kültürel uygulama, "kusungirwa" olarak bilinmektedir ve sağlık hizmeti almak isteyen kadınlara, sosyal destek sağlamaktadır. Bu uygulama, hamile kadının kendi biyolojik ailesinden yeterli bakım almasını sağlamak için yapılmaktadır. Bulgular, kadınların aileleri içinde ne yapmak istediklerini seçme özgürlüğüne sahip olmadığını ortaya koymaktadır. Hane halkları içindeki olumsuz konumları, sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen nedenlere katkıda bulunmaktadır.

3.2.3.2 İş önceliktir: Hane halkında işgücü bölünmesi

Kadınlar, evde çeşitli rollere sahiptir. Anne, eş ve kayınvalide olarak, rolleri dâhilinde günlük hane halkı görevlerini yerine getirmektedirler. Gebelik ve doğum, doğal olarak meydana gelen olaylar olarak algılandığı için, kadınların hamileyken de görevlerini sürdürmeleri beklenmektedir. Bir ev hanımı olarak kadının, yemek hazırlaması, kocasıyla ilgilenmesi ve diğer ev işlerini yapması istenmektedir. Hasta olsalar bile erkekler, eşlerinin onlara bakmaya devam etmesini beklemektedirler. Bir kadın, kocasının, hasta olmasına rağmen yemek hazırlamaya nasıl zorladığını hatırlamıştır.

“Kocam gecenin bir yarısı bardan döndüğünde, hasta olduğum için uyuyordum. Sirt ağrılarım olduğu için, yemek bile yapamamıştım. Yemek hazırlamama yardım etmek yerine, bana bağırmağa başladı ve beni dövmeğe tehdit etti.” (Nyasha, 31 Yaşında)

Saha çalışması sırasında, gebe kadınlar, evde günlük işlerini yaparken gözlenmiştir. Kadınların bir kısmı bahçeleriyle ilgilenmeye, odun toplamaya ve hayvanlara bakmaya devam etmektedirler. Odak grup görüşmesinde katılımcılar, tarlada çalışırken doğum yapan kadınlarla ilgili hikâyeler paylaşmışlardır. Bir katılımcı, komşusunun hikâyesini, şöyle dile getirmiştir:

“Komşum bütün gün bahçede, bitkileri sulamış. Doğum sancıları başlayınca, eve dönmeye karar vermiş ama ne yazık ki evine ulaşamamış. Ancak bir Geleneksel Doğum Görevlisi'nin evine gidebilmiş ve o evde doğum yapmış.” (Odak grup katılımcı)

Kadınlar çalışmaya devam ettiklerini çünkü diğer çocuklarına baktıklarını bildirmişlerdir. Çoğu durumda, evlerinde diğer çocuklarına bakacak kimse yoktur. Kadınlar, ailenin geri kalanının bakımını sağlamak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum, onlara ya çok

az ya da hiç bir zaman kendi sağlık sorunları ile ilgilenme imkânı bırakmamaktadır. Kadınlar çocuklarının refahını, kendi hastalıklarına tercih etmektedirler. Odak grup görüşmeleri sırasında, katılımcılar, dinlenmeye karar vermesi veya hasta olması durumunda bir kadının, tembel bir gelin olarak kabul edildiğini ifade etmişlerdir. Odak grup görüşmeleri sırasında bu durum katılımcılar tarafından aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir:

“Manyika kültürümüzde, bir gelin otururken ve hiçbir şey yapmazken görülürse, tembel olarak kabul edilir.” (Odak grup katılımcı)

“Oğullarımız evlendiğinde, gelin eve yardımcı olarak gelmektedir. Bu yüzden genç kadınlar, evlenmeyi seçmeleri halinde, yorulmadan çalışmalarını beklenmektedir.” (Odak grup katılımcı)

Hanehalkı görevlerini yerine getirmek, kadınlar için kilit bir önceliktir. Bu işleri yapamamak bir tembellik şekli olarak yorumlanabilir ve görevlerini ihmal ettikleri düşünülebilir. Sonuç olarak, kadınlar her zaman sağlıkları pahasına çalışmaya devam etmektedirler. Bazı kadınlar, evdeki işleri nedeniyle, yerel klinikte sağlık hizmetleri için sıraya girmeye yeterli zaman bulamadıklarını bildirmiştir. Genç bir kadın, evinin onun için her zaman öncelikli olduğunu açıklamıştır.

“Bütün günümü klinikte geçirirsem, hiç kimse çocuklarım için yemek hazırlayamaz. Onlar öğleden sonra okuldan geliyor ve eğer orada olmazsam onlarla kim ilgilenir?” (Yemurai, 19 Yaşında)

“Ayrıca kliniğe gelmeden önce, keçilerimi evin içinde bıraktım. Şimdi hemşireler yine gecikiyor, sanırım başka bir gün tekrar gelmek zorunda kalacağım.” (Chido, 26 Yaşında)

Tarımla ilgili görevlerine ek olarak, kadınların hane çevresinde ilave görevleri de vardır. Tarlalarda çalıştıktan sonra rahatlamak için boş vakti olan erkeklerin aksine, kadınlar ev işleri ile meşguldür. Bu görevlerin çoğu ücretli iş değildir, ancak çok fazla zaman alır. Kadınların ev işleri, anne sağlık hizmetlerinin düşük kullanımı ile doğrudan bağlantılıdır. Ev işlerini yapmak için harcadıkları zaman, sağlık tesislerini ziyaret etmelerini engellemektedir. Ayrıca, ev işleri nedeniyle, kadınlar sağlık tesislerinde harcanan gün sayısını azaltmak için, sağlık tesisleri ziyaretlerini ertelemektedirler. Sağlık tesisine gitmeyi geciktirmek, ev

sorumluluklarını yerine getirmenin ve ev işlerini kendi sağlıklarına öncelemenin bir sonucu olmaktadır.

“Kliniğe sadece doğum zamanda gidiyorum. Orada bir hafta kalmayı göze alamam. Çocuklarıma, bahçeme ve tavuklara kim bakacak?” (Sarudzai, 24 Yaşında)



Fotoğraf 17: Saha çalışması köylerinde hanehalkı için, çeşitli görevleri yerine getiren kadınlar.

3.2.3.3 Erkeklerin tutumu: Gebelik ve doğum kadın konularıdır

Kocaların, sadece kadın sorunları olarak kabul edildikleri için gebelikte ve doğumda yer alması beklenmemektedir. Erkeklerin katılımı, eşlerine yalnızca maddi destek sağlamakla sınırlanmaktadır. Her ne kadar sağlık tesisleri kocaları, anne sağlığı bakımı için

eşlerine eşlik etmeleri konusunda teşvik etse de, erkekler bu konuda hala isteksizdir. Acil bir durum olmadığı sürece erkekler, doğum sırasında yer almamaktadırlar. Genellikle, erkekler başka işlerle meşgulken, başka bir kadın, hamile olan kadına yardım etmekle görevlendirilir. Gebe bir kadını kendi ailesine geri döndüren kültürel uygulamalar, erkeklerin gebelik meselelerinde yer almaması gerektiği fikrini sürdürmektedir. Erkeklerin anne sağlığı bakımı ile ilgilenmemeleri, toplumdaki çeşitli sosyo-kültürel inançlarla bağlantılıdır. Kadınlara sağlık kurumlarına giderken eşlik eden erkeklerin, zayıf olduğu düşünülmektedir. Köylerdeki erkeklerle yapılan gayri resmi sohbetler sırasında, eşleriyle hastaneye gitme konusuyula ilgilenmedikleri ortaya çıkmıştır. Karısına sağlık merkezinde eşlik eden erkeklerin, aşk büyüü altında oldukları düşünülmektedir. Görüş bildiren odak grup katılımcılarının ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Kocalarımız bizimle kliniğe gelmek istemiyor, çünkü aşk büyüü altında olarak yorumlanacağını düşünüyorlar. Ama bir koca karısını seviyorsa, kliniğe birlikte gitmeleri gerektiğine inanıyorum.” (Odak grup katılımcı)

Anne sağlığı klinikleri, kadın ortamı olarak görüldüğünden, erkekler orada bulunmak istememektedir. Bir hemşire, erkeklerin kendilerini utandırdığı için, kliniğe gelmek istemediklerini anlatmıştır.

“Genellikle, kadınlar annelik günleri için geldiğinde, onlara sağlıkları hakkında birçok şey anlatırız. Bu yüzden erkekler kendilerini rahat hissetmezler çünkü çok fazla kadın katılır.” (Hemşire)

Erkeklerin anne sağlık hizmetlerine katılmasını önleyen bir diğer faktör de, klinikte HIV/AIDS testi yapılması gerekliliğidir. Bir çift anne sağlığı kaydı için kliniğe gittiğinde, HIV testi yaptırmaları gerekmektedir. Erkekler genellikle bu testleri yaptırmayı tercih etmemekte ve bu nedenle hastaneleri ziyaret etmemektedir. Gözlemler sırasında, anne sağlığı kliniği günlerinde hiç erkeğin olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, kırsal alanlarda, kadınlar doğum yaparken erkeklerin bulunmalarına izin verecek imkân ve mekanizmalar yoktur. Benzer şekilde, evde doğumlarda erkeklerin katılmasına izin verilmemektedir. Tüm geleneksel doğum görevlilerinin kadın olması bile, bu toplumda anne sağlığının dişileştirilmesini belirten göstergelerdir. Geleneksel bir görevlinin açıkladığı gibi, erkeklerin doğum sırasında bulunmaları aslında bir tabudur.

“Doğum yapmak çok önemli bir zamandır ve kızın annesi de dâhil olmak üzere kadınlar hazır bulunmalıdır. Öyleyse, gelinin annesi ve damat aynı zamanda böyle bir ortamda nasıl bulunabilir? İkisi de hamile kadını çıplak görecek. Bu daha önce duyulmamış, bu bir tabu.” (Geleneksel Doğum Görevlisi)

Erkeklerin anne sağlık hizmetlerine karşı tutumları, eşlerine verdikleri destek düzeyini belirlemektedirler. Erkeklerin anne sağlığı sorunlarına karışmaması, kadınların aktif olarak sağlık hizmeti aramalarını teşvik etmektedir. Anne sağlığı konularını kadınsı olarak gören algılar, erkeklerin hak ettiği önemi vermemesine neden olmaktadır. Erkek destek eksikliği, anne sağlık hizmetlerinin düşük kullanımını etkilemede anahtar faktördür. Bir sonraki kısım, sosyal çevreyle, sosyal çevrenin sağlık hizmetlerini nasıl etkilendiğine ayrılmıştır.

3.2.4 Sosyal ve Fiziksel Çevrenin Anne Sağlığı Hizmetine Erişim Üzerindeki Etkileri

İnsanların yaşamlarının bağlamı, sağlık sonuçlarını şekillendirir. Kadının sosyal ve fiziksel çevresi, Zimbabve'de anne sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemektedir. Bulgular, sosyal sermayenin, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını desteklediğini göstermektedir. Güçlü sosyal destek ağlarına sahip kadınlar, daha iyi anne sağlık hizmeti kullanımına sahip olmaktadır. Sosyal desteklerin, bilgi, malzeme yardım, sevgi, şefkat, elik saygısı, bir gruba ait olma gibi sosyal gereksinimleri karşılayarak sağlığını doğrudan olumlu bir biçimde etkilediği düşünülmektedir. Katılımcılarından sosyal destek işlevlerini incelemesi sonucu üç tür sosyal destek bulunmaktadır. Bunlar, duygusal, bilgi sağlayıcı ve enstrümantal sosyal desteğidir.

Kadınların arkadaşlarından, komşularından ve ailelerinden gelen önemli bir destek biçimi de enstrümantal sosyal destektir. Enstrümantal sosyal destek, kadınlara sosyal ağlarından sağlanan para desteği ile çocuklarına bakılması ve ev işlerinin yapılması gibi diğer insanlardan aldıkları yardımlar anlamına gelmektedir. Yoğun ev işleri için, arkadaşlarından ve aile üyelerinden destek alan kadınlar, hastaneye gitmek için daha fazla zaman bulabilmektedir. Kadınlara hamilelik sırasında, onlara kimin yardımcı olduğu sorulduğunda, çoğu arkadaşlarından ve diğer akrabalarından bahsetmiştir. Arkadaşlarından ve akrabalarından yardım almak, kadınların sağlıklarına odaklanmaları olmaları için daha fazla

zaman kazandırmaktadır. Köy sağlık çalışanı, yeğenleri veya kız kardeşleriyle birlikte kalan kadınların, sağlık tesislerine daha kolay gelebildiklerini bildirmiştir. Ayrıca, yoğun nüfuslu köylerden gelen kadınlar, dağlardaki köylerden gelen kadınlarla karşılaştırıldığında, daha fazla ve sık olarak sağlık tesislerini ziyaret etmiştir. Bu konuda genel bir değerlendirme içeren Köy Sağlık çalışanının ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Bazen kadınların, bazı programlar için kliniğe gelmelerini istiyoruz. Çoğunlukla dağ köylerinden kadınların gelmediğini, gelirlerse erkenden ayrıldıklarını görürüz.” (Köy Sağlık çalışanı)

Sivil katılımı başka bir enstrümantal sosyal destek örneğidir. Sivil katılımı olan kadınlar, aktif olarak anne sağlığı hizmetini kullanmaktadır. Kilise grupları, kendi kendine yardım grupları, tarım kooperatifleri, tasarruf kooperatifleri kadınlara sivil katılım ve aktif toplum katılımı için bir fırsat sağlamaktadır. Bu gruplar, kadınların refahlarını etkileyen konuları tartışmak ve onlara katılmak için bir platform sağlamaktadır. Ayrıca, sosyal gruplar kadınların kendi gelir kaynağına sahip olmalarını sağlayacak ekonomik fırsatlar sunmaktadır.

Sosyal ağlar, kadınlara ayrıca sağlık hizmetlerini kullanmaları için gerekli bilgi destek de sağlamaktadırlar. Bilgi destek, bu toplumlar da bulunan dini örgütler ve diğer sosyal örgütler tarafından da sağlanmaktadır. Topluluklarda bulunan diğer sosyal kuruluşlar arasında; defin toplulukları, kilise grupları, kendi kendine yardım grupları, tarım kooperatifleri, tasarruf kooperatifleri (mukando) bulunmaktadır. Bu gruplar, kırsal Zimbabve'de sosyal yapının ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Bu grupların toplantılarında, anne sağlığı da dâhil olmak üzere kadın sorunları detaylı olarak tartışılmaktadır. Bir köy sağlık çalışanı, sağlıkla ilgili bilgileri yaymak için bu grupları nasıl kullandıklarını açıklamıştır.

“Haftalık olarak kilisede toplandığımızda, kadınlara ders vermek ve onları hastaneleri ziyaret etmeye teşvik etmek için zaman ayırıyoruz. Ayrıca, kadınları bilgilerini, bu toplantılara katılmayan arkadaşlarına da yayma konusunda teşvik ediyoruz.” (Köy Sağlık çalışanı)

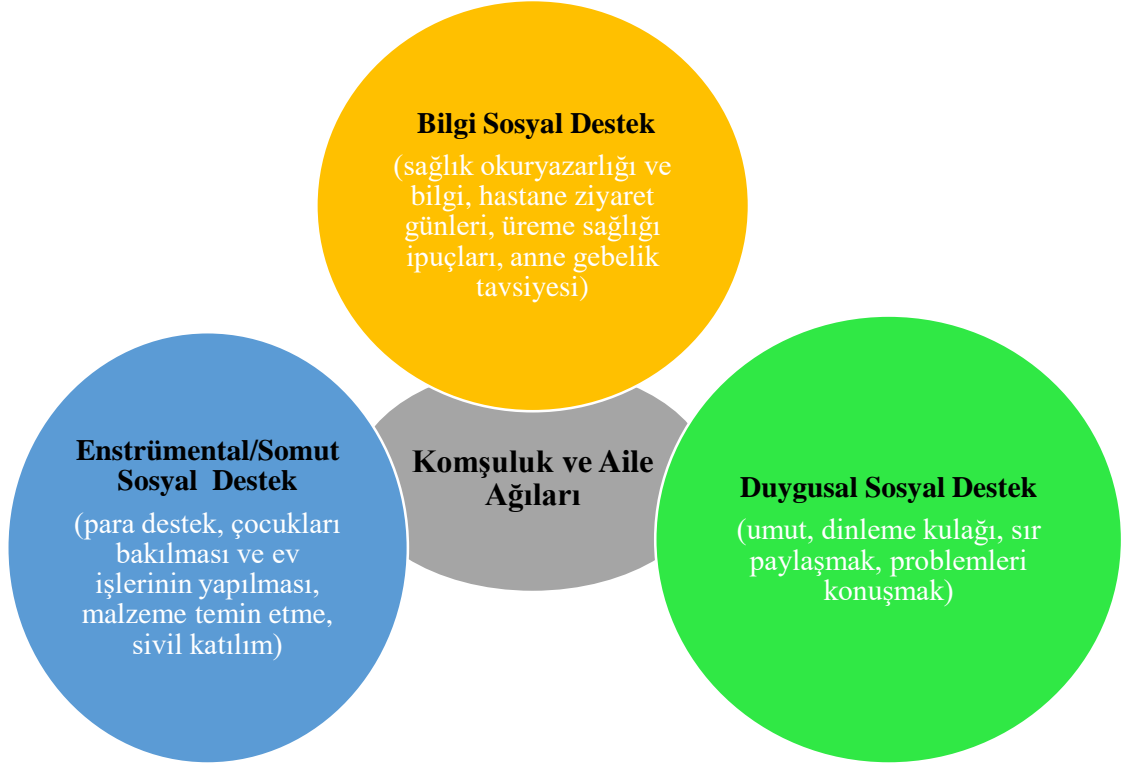
Çalışma, bu sosyal gruplara bağlı kadınlara, bilgi desteğinin sağlandığını ortaya çıkarmıştır. Sağlık bilgileri, sağlık kullanımı konusunda doğru kararlar vermede anahtardır.

Ek olarak, kadınlar ailelerden ve arkadaşlarından duygusal destek de almıştır. Yakın arkadaşlar ve aile üyeleri umut ve dinleme kulağı sağlamaktadır. Kadınlar, arkadaşlarının desteğinin onları hastaneleri ziyaret etmeye nasıl teşvik ettiğini açıklamıştır. Köylerde, hamile kadınlar için destek grupları bulunmaktaymış. Bu gruplarda, insanlar birbirlerine kendilerini güvende hissetmelerini sağlayan destekler sağlamaktadırlar (örneğin, sır paylaşmak, problemleri konuşmak gibi). Bununla birlikte, bu sosyal gruplardan yalıtılmış kadınlar, mevcut destek türünden yararlanamamaktadır.

Öte yandan, sıkı sosyal ağlardan gelen kadınlar anne sağlık hizmetini kullanamayabilir. Aşırı muhafazakâr dini gruplardan kadınlar, kiliselerindeki öğretilere bağlı kalmaktadır. Sağlık çalışanları, bu kadınları anne sağlığını kullanmaya ikna etmekte nasıl zorlandıklarını dile getirmişlerdir. Çoğu durumda, bu gruplar, sağlık hizmetleri hakkında yanlış bilgi yaymak için bir araç olarak hareket etmektedir. Sağlık çalışanları, aynı muhafazakâr kilise grubundan kadınlar arasında, anne sağlığı kullanımının düşük seviyede olduğunu belirtmektedir. Bir hemşirenin bu konuyu içeren görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

“Bu kilise gruplarından kadınları, hastaneye gitmeye ikna etmek zordur. Dinleri, bir tarikat veya kült gibidir ve liderleri ne derse onu dinlerler.”(Hemşire)

Şekil 10: Aile ve Komşuluk Ağının Sağladığı Destekler



Çalışma ayrıca fiziksel çevrenin, sağlık hizmeti kullanımı üzerinde bir etkisi olduğunu da ortaya çıkarmıştır. Coğrafi ve çevresel özellikler, sağlık hizmetlerinin kullanımı için engeller ve fırsatlar sunmaktadır. Bu konuda veri analizi sırasında aşağıdaki temalar ortaya çıkmıştır; uzun mesafeler, coğrafi uzaklık ve kötü yol ağları. Sağlık tesislerinden uzak mesafeler, kadınları sağlık tesislerine gelmekten caydırmaktadır. Görüşmeler sırasında kadınlar, sağlık tesisine seyahat ettikleri mesafelerden şikâyet etmişlerdir. Uzun mesafeler nedeniyle seyahat edemedikleri için, bazı sağlık hizmetlerini ihmal ettiklerini bildirmişlerdir. Uzun mesafe, acil durumlarda sağlık hizmeti kullanımının önünde bir engel olarak da ortaya çıkmaktadır. Katılımcılar, doğum sancuları başladığı zaman, yakın olduklarından dolayı, köydeki geleneksel doğum görevlisine gitmeyi tercih ettiklerini söylemişlerdir. Kadınların sağlık tesislerine giderken, yol kenarında doğum yapmaları yaygın bir durumdur. Bu konuda genç bir kadın yaşadıklarını şöyle anlatmıştır.

“Hamileliğimin doğum zamanının geldiğinin farkında değildim. Birden doğum sancuları başladı, kliniğe gitmeye karar verdim ama çok uzaktı. Zamanında ulaşamadım ve yol kenarında doğum yaptım.” (Yemurai, 19 Yaşında)

Bu çalışmada, bazı kadınlar, en yakın sağlık tesislerine ulaşmak için 15 km’ye kadar seyahat etmek zorunda olduklarını belirtmiştir. Hükümet, kadınların en yakın kliniğe gitmek için kat ettiği ortalama mesafeyi azaltmayı bir politika haline getirmiştir. Ancak, Zimbabve yeni düzensiz yerleşimleri, insanlara uygun sağlık altyapısı olmadan yeni yerleşim alanlarında yaşamaları ile sonuçlanmıştır. Sağlık tesislerine olan mesafenin getirdiği problemler, ilçedeki kötü karayolu ağı nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Özellikle kötü hava koşullarında, kötü yol ve köprülerden şikâyetler, bir engel olarak belirtilmiştir. Kadınların çoğunluğu, iyi yollara ve köprülere sahip olmayan köylerde yaşamaktadır. Yağışlı mevsimlerde bazı yollardan geçmek mümkün olmayıp, sağlık hizmetlerine erişimi imkânsız hale getirmektedir. Böyle durumlarda, bölge sağlık ofisinden ambulans çağrılrsa bile, ambulans köylere ulaşmayabilmektedir. Sonuç olarak kadınların, evde anne bakımını kullanmaktan başka seçeneği kalmamaktadır. Uzun mesafeler ve sağlık tesislerine fiziksel erişim, sağlık stratejisinde bir zorluk olarak kabul edilmiştir. 2009-2013 Ulusal Sağlık Stratejisi’nde bu konuda şunlar ifade edilmiştir:

“...Sağlık tesislerine fiziksel erişim hala zor, çünkü bazı insanlar bir sağlık tesisine ulaşmak için 10 kilometreden fazla seyahat etmek zorunda kalıyorlar...”



Fotoğraf 18: Kırsal sağlık tesislerinden birine yakın bir köprü. Yağmurlu mevsimde, bu köprü sular altında kalıyor ve insanlar kliniğe erişemiyor.

Sağlık tesislerine uzaklık, sağlık hizmetlerine erişim maliyetleriyle yakından ilişkilidir. Kadınlar, sağlık tesislerine olan uzun mesafelerin, yaşamlarında önemli maliyetler getirdiğinden şikâyetçi olmuşlardır. Bunlar; otobüs ücretleri ve acil zamanlarda araba veya ambulans kiralamakla ilgili maliyetlerdir. Makoni ilçesi, kırsal kesimdeki fakir bir bölgedir ve çok az kişi, anne sağlık hizmeti almanın getirdiği ilave masrafları karşılayabilir. Bir köy sağlık çalışanı, kendi köyündeki ekonomik durumun bir değerlendirmesini şöyle yapmıştır:

“Bugünlerde köylerde hayat çok zor ve kadınların çoğunda yiyecek almak için para yok. Kliniğe gitmek için otobüs ücretini nerede bulacaklar? Tek çözüm yürümek, eğer yürüyemiyorsanız o zaman geleneksel ilacı kullanmak durumundasınız.” (köy sağlık çalışanı)

3.2.5 Sağlık Hizmetlerinin Sunum Şekli ve Anne Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Bu kısımda, sağlık hizmetlerinin sunum şekli, annelerin bu hizmetleri kullanımını etkileyen köy ve sağlık tesisleri çerçevesinde açıklanmıştır. Sağlık hizmeti sunumu, sağlık hizmetlerinin kabulü ve kullanımında önemlidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunulma şekli, kadınların ve toplulukların, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda algılarını da

etkilemektedir. Sağlık hizmetlerini olumsuz olarak algılayan kadınlar, sağlık hizmetlerini kullanmamaktadır.

3.2.5.1 Bakım kalitesi: Sağlık tesislerinde kötü kabul, güvensizlik ve rahatsızlık

Çalışmadaki bakım kalitesi iki boyutta yorumlanmıştır; bunlar bakım sağlama ve bakım alma deneyimlerini içermektedir. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında verilen mevcut anne sağlık hizmetleri ile kadınların deneyimleri bakım kalitesi açısından incelenmiştir. Veri analizi sırasında ortaya çıkan temalar arasında; personelin tutumu, maliyetler, hizmetin kullanılabilirliği, sağlık tesisinin durumu ve sağlık hizmetlerinin duyarlılığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan kadınlar, anne sağlık hizmetlerini, kalitesi düşük olarak görmektedir. Kırsal sağlık tesislerinde bakım kalitesinin düşük olması, yaygın ve kabul görmüş bir durum olarak algılanmaktadır. Kadınlarla yapılan görüşmeler, kötü sağlık hizmetlerinin, kırsal kesimdeki kadınların yaşamlarında ortak deneyimler olarak nasıl algılandığını göstermektedir. Kötü anne sağlığı hizmetlerinin yaygın bir durum olarak algılanması, kadınların önemli sağlık sorunları karşısında sessiz kalmasına neden olmuştur. Kötü sağlık hizmetlerini kabul etmek normal hale gelmiş ve kadınlar sadece şans eseri daha iyi hizmet almayı umut etmektedirler. Zimbabve'de sağlık, herkese sunulması gereken bir hak olsa bile kadınlar, kaliteli sağlık hizmeti alamamaktadırlar. Görüşmeler sırasında araştırmacı, anne sağlığı hizmetlerine yönelik algıların, kırsal kesimdeki kadınların yetersiz sağlık kullanımına katkıda bulunduğunu belirlemiştir.

Sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin tutumları, kadınların sağlık hizmeti alma isteklerini etkilemektedir. Kadınlar, sağlık çalışanlarının kendilerine karşı kaba ve düşmanca tavır sergilediklerini bildirmişlerdir. Bu durum, birçok kadının sağlık tesislerinde iyi karşılanmamış olduğu hissine yol açmaktadır. Görüşmeler sırasında, Zimbabve'deki hemşirelerin genellikle, yardıma ihtiyaç duysalar bile hastaları görmezden geldiğini ortaya çıkarmıştır. Bir odak grup katılımcısı, bu konuda klinikte anne sağlık hizmetlerine erişim deneyimini anlatmıştır. Çok sayıda kadın, sağlık tesislerinde sağlanan hizmet konusunda onun açıklamasına katılmaktadır. Bu temanın kaynağı olan genel ifadeler aşağıda yer verilmektedir.

“İkinci çocuğuma hamileyken, yakındaki kliniği ziyaret ettim, orada iki kadın daha vardı. Hemşireler, acısı çekmemize rağmen bizi görmezden gelmeye devam etmişti. Hemşireler bizi çoğunlukla görmezden gelir ve tüm kliniklerde bu davranış çok yaygındır. Ancak yapabileceğimiz hiçbir şey de yoktur.” (Tafadzwa, 29 Yaşında)

Ayrıca, çalışmada sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerini sağlarken, nasıl sert davrandıklarını, katılımcı kadınlar hikâye ve deneyimleri ile ifade etmişlerdir. Örneğin, bir kadın yakın bir klinikteki deneyimini şöyle dile getirmiştir:

“Sabah erkenden kliniğe geldik, hemşireler yoktu. Nihayet geldiklerinde önce bizi görmezden geldiler, sonra şarkı söylememizi istediler. Bu durum, öğlen yemeğine çıkana kadar birkaç saat devam etti.” (Rudo, 24 Yaşında)

Kadınlar, alternatif yerlerde doğum yapıyor, çünkü sağlık tesislerinde kendilerine saygısızca davranılmaktadır. Katılımcıların deneyimleri, sağlık hizmet sağlayıcılarına karşı, büyük bir korku ve kötü muamele duygusu ortaya çıkarmıştır. Kadınlar, sağlık çalışanlarının tutumlarını, çok baskıcı olarak tanımlamakta ve doğum sırasında kendilerini umutsuz, endişeli ve rahatsız hissetmelerine neden olduklarını dile getirmektedirler. Kadınlar hastanelerde, sadece sağlık hizmeti almak değil, aynı zamanda kendilerini güvende ve rahat hissetmek istemektedirler. Birçok durumda kadınlar, sağlık çalışanlarının kötü muamelesi nedeniyle, herhangi bir sağlık hizmet almadan evlerine geri dönmektedir. Bu konudaki katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır.

“[Hemşireler] bana bağırdılar. Bu nedenle sağlık kontrolü, yaptırmadan iki kez eve döndüm. Orada (sağlık tesisinde) nasıl konuşulacağını bilmiyoruz. Kendimizi rahatsız hissediyoruz ve aklımız karışıyor. Bize hiçbir şeyi açıkça söylemiyorlar. Tek yaptıkları, maaşlarından şikâyet etmek.” (Tatenda, 28 Yaşında).

Sağlık çalışanlarının ellerinde, hem duygusal hem de fiziksel istismar raporları bulunmaktadır. Bu daha rahatsız edicidir çünkü hemşireler, kadınlara genellikle klinikteki herkesin önünde sözlü olarak kötü davranmaktadırlar. Bu, sağlık tesislerinde yapılan görüşmeler sırasında vurgulanan başlıca endişelerden biri olup gizlice gündeme getirilmiştir. Sağlık tesislerinde sözlü istismar aşağıdaki açıklamada vurgulandığı gibi, katılımcılar arasında bir endişe kaynağıdır.

“İlk çocuğuma hamile kaldığımda evli değildim, param olmadığı için hastaneye gitmek için geciktim. Sonunda hastaneye gittiğimde, hemşireler beni herkesin önünde azarladılar ve özel hayatım hakkında konuştular. Bu beni çok utandırmıştır.” (Ratidzo, 28 Yaşında)

Sağlık çalışanlarının kötü davranışları, katılımcılar arasında bir gerçeklik haline gelmiştir. Bu durum, birçoğunun sağlık tesislerine gitmemesiyle sonuçlanmıştır. Tarisai, kendi kötü deneyimini anlatırken, hemşirelerin tutumunu kabul etmesini söyleyen kız kardeşi tarafından teselli edilmiştir.

“Kliniği ilk ziyaretimde hemşirelerden aldığım hizmetten memnun değildi. Kız kardeşime Hemşire'yi şikâyet etmek istediğimi söyledim, o hemşirelere hiçbir şey yapılamayacağı için bunu unutmamı söylemiştir.” (Tarisai, 26 Yaşında)

Öte yandan, sağlık çalışanları sundukları sağlık hizmetlerini kalitesiz olarak algılamamaktadır. Sağlık hizmetindeki zorlukları kabul etmelerine rağmen, hizmetlerin kalitesinin geliştiğini vurgulamaktadırlar. İlçe ofisinde, Makoni İlçe Sağlık Görevlisi, bölge genelinde sunulan anne sağlığı hizmetlerinin kalitesini savunmuştur.

“İlçemiz, ilimizdeki en iyi anne sağlığı hizmetlerinden birini sunmaktadır. Kadınlara herhangi bir sorun yaşarlarsa, gelip bilgi vermelerini söyledik, kapımız her zaman açık, ancak hiç şikâyet almadık. Bu beni sağlık hizmetlerinin oldukça iyi olduğuna inandırmaktadır.” (Makoni İlçe Sağlık ofisini personeli)

Kadınlar, sağlık hizmeti almalarını engelleyen faktörlerden biri olarak, sağlık tesislerindeki uzun kuyruklardan bahsetmişlerdir. Kadınlar hizmet almak için bazen saatlerce kuyrukta beklemektedir. Bu durum, özellikle kadınların tarım faaliyetleriyle meşgul olduğu, tarım sezonunda zorluklar çıkarmaktadır. Saha çalışması sırasında, sağlık tesislerindeki uzun kuyruklar açıkça görülmüştür. Araştırmacı, kaldırımlarda ve ağaç gölgesi altında uyuyan kadınların, anne sağlığı hizmeti almak için uzun zamandan beri beklediklerini gözlemlemiştir.



Fotoğraf 19:Sağlık tesislerinden birinin dışında bekleyen kadınlar.⁶⁶⁰

Kadınlar hastanede kısa zaman geçirmeyi tercih etmektedir, çünkü evde yapmaları gereken başka önemli görevleri bulunmaktadır. Bu nedenle klinikte gerekli tüm anne sağlığı hizmetlerini alamamaktadırlar. Öte yandan, sağlık çalışanları uzun kuyrukları, kliniklerdeki personel yetersizliğine bağlamaktadır. Bir hemşire, kırsal sağlık tesislerindeki aşırı iş yükünden şikâyet etmiştir.

“Bu klinikte 3 hemşire olması gerekiyor, ama ben tekim. Daha fazla sayıda hastaya hizmet vermek çok zor. Çay içmek için bile zamanım yok.” (Hemşire)

Sağlık tesislerindeki kötü fiziksel altyapı, kadınlara verilen bakımın kalitesini tehlikeye düşürmektedir. Makoni İlçesi'nde kırsal sağlık tesislerinin çoğunda, musluk suyu ve elektrik yoktur. Klinikte kullanılan su, sondaj kuyularından sağlanmaktadır. Elektrik için, sağlık tesislerinin çoğu mum veya güneş ışığını kullanmaktadır. Elektriğin olmaması, özellikle geceleri sağlık çalışanlarının karşılaştığı en büyük zorluklardan biridir. Bir hemşire bunu şöyle dile getirmektedir.

⁶⁶⁰ Calvin Duff https://twitter.com/duff_calvin/status/1185098198077132800

“Geceleri hamile kadınlara yardım etmek çok zor, çünkü elektrik yok, genellikle geceleri lamba ve el fenerleri kullanıyoruz. Buradaki tek hemşireyim, bu yüzden bütün gece doğumlarla tek başıma ilgilenmek zorundayım, bu çok zor.” (Hemşire)



Fotoğraf 20: İki kadın, kırsal sağlık tesislerinden birinde bulunan sondaj kuyusundan su içiyor.⁶⁶¹

Kırsal sağlık anne adaylarının karşılamak için yeterli oda ve alan bulunmaması, ilçe genelinde başka bir sorun oluşturmaktadır. Hükümet ve uluslararası bağışçılar, kadınların kliniklerde doğumlarını bekleyecekleri barınaklar inşa etmişleridir. Bunlar, kadınları sağlık tesislerinde doğum yapmaya teşvik etmek için yapılmıştır. Ancak, inşa edilen barınaklar sadece konaklama sağlamaktadır. Kadınların kendi nevresimlerini, yiyecek, sabun, su ve diğer hijyen ürünlerini getirmeleri beklenmektedir. Ayrıca, kadınların yiyeceklerini ve doğum için beklerken ihtiyaç duyabilecekleri diğer hizmetleri hazırlamada, başka birinden yardım almaları gerekmektedir. Bu barınaklardaki temel olanakların eksikliği, hastanelere gitmeye ve doğum yapmaya karar verirken bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle, kadınlar

⁶⁶¹ © ICRC / J. Dendere <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/feature/2014/01-23-zimbabwe-primary-health.htm>

sağlık tesislerine gitmeyi, kalabilecekleri gün sayısını azaltmak adına geciktirmektedir. Bu strateji, aynı zamanda doğum maliyetlerini azaltmak için bir yol olarak kabul edilmektedir. Yoksul ailelerden gelen kadınlar, doğum için gerekli temel ihtiyaçları almak için sıkıntı çekmektedirler. Görüşme sırasında bir katılımcı anne, beklediği barınakta hiç yemeği olmayan başka bir kadından bahsetmiştir.

“Kliniğe doğum yapmaya gittiğimizde beklememiz için, bize yiyeceksiz, sabunsuz veya battaniyesiz boş bir oda veriyorlar, bu yüzden bunları evden getirmek zorundasınız. Ben beklerken başka bir kadını hiç parası olmadığını ve hastanede yalnız kaldığını hatırlıyorum. Onunla yemeğimi paylaştım, ama kısa süre sonra paylaşmayı bıraktım çünkü yemeğim benim için de yeterli değildi.” (Danai, 26 Yaşında)



Fotoğraf 21: Gebe kadınlar, annelerden birinin barınağında yemek hazırlıyor(solda). Kırsal sağlık merkezlerinden birinde, barınakta bekleyen bir anne adayı(sağda)⁶⁶².

Kırsal sağlık tesislerinde, sağlık hizmeti verilirken ihtiyaç duyulan ilaçlar ve diğer kaynaklar yeterli miktarda bulunmamaktadır. Sağlık personeli ile yapılan gayri resmi görüşmeler ve gözlemler sırasında, gerekli ilaçların, şırıngaların, bandajların ve hatta ağrı kesicilerin yetersiz kaldığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, sağlık tesisleri, kadınların doğum

⁶⁶² ICRC / O. Moeckli <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/feature/2014/01-23-zimbabwe-primary-health.htm> <https://www.sundaymail.co.zw/makande-ghost-or-serial-rapist>

sırasında ihtiyaç duyacakları tıbbi malzemeleri getirmelerini talep etmektedir. Odak grup görüşmeleri sırasında kadınlardan istenen diğer sarf malzemeleri arasında şırınga, metil alkol ve bandaj bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınlarla yapılan görüşmelerde, sağlık tesislerindeki temel ilaçların yetersizliğinden dolayı hayal kırıklıkları yaşandığı ortaya çıkmıştır.

*“Kliniğin sağlık hizmeti iyi değil. Eczanede ilaç yok. Aslında kapalı. Bazen doğum için gittiğimizde, kendi eldivenlerimizi bile getirmemiz isteniyor.”
(Dorcas, 32 Yaşında)*

Kadınlar tarafından gösterilen hayal kırıklığı da, anne sağlık hizmetlerinin düşük kullanımını açıklamaktadır. Kadınların endişeleri, sağlık çalışanları tarafından da doğrulanmıştır. Sarf malzemesi ve ilaç eksikliği, sağlık hizmeti sunumunu, sağlık çalışanları açısından da zorlaştırmaktadır. Hemşireler, eldiven ve şırınganın yanında koruyucu giysiler olmadan sağlık hizmeti sağlamanın, onları hastalıklara maruz bıraktıklarını bildirmişlerdir. Bu nedenle, kadınlar sağlık hizmeti almak isterlerse, tıbbi sarf malzemelerini kendilerinin getirmeleri istenmektedirler. Bu durumu bir hemşire şöyle dile getirmiştir:

“Bazen uyuşturucu malzeme ya da eldiven eksikliği olabiliyor. Bu durumda bir kadın bunları gidip kendi almalı. Zor durumlarda, kadınlara bazen eldivensiz yardım ediyoruz.” (Hemşire)

Bazen mevcut olan az sayıdaki ilaç ve sarf malzemesi, yolsuzluk nedeniyle kaybolmaktadır. Kadınlar, bazı hemşirelerin, tercih ettikleri kadınlara ilaç verdiğini bildirmiştir. Hemşireler genellikle para ve diğer şeyler karşılığında, belirli ilaçları ve en iyi bakımı vermektedir. Hemşireler, yakınlarına ve arkadaşlarına iyi hizmetler vermektedirler. Bazı topluluklarda, sağlık çalışanlarının, ilaç çalıp karaborsada sattıkları iyi bilinmektedir. Ancak, sağlık çalışanları bu iddiaları reddetmiş ve ilaçların her zaman yetersiz olduğunu savunmuştur. Sağlık çalışanlarına kadınların dile getirdiği pek çok endişe sorulduğunda, zorlu şartlar altında çalışmak için ellerinden geleni yaptıklarını söylemişlerdir. Sağlık çalışanları kliniklerde personel ve tıbbi malzeme sıkıntısı olduğunu bildirmiştir. Bir hemşire, her zaman aşırı görevler yüklediğini ve tüm hastalara zamanında hizmet veremediğini şöyle açıklamıştır:

“Bazen görevde olan tek kişi benim ve klinikteki tüm insanlara yardım etmem gerekiyor. Aynı anda iki farklı yerde olmak imkânsız, o yüzden benim için hastalara hizmet vermek çok zorlaşıyor. Elimizden gelenin en iyisini yapıyoruz, ancak devletin özellikle burada, köylerde daha fazla sağlık çalışanını işe alması gerekiyor.” (Hemşire)

Ücretsiz anne sağlık hizmetlerini savunan politikalar olsa da kadınlar, hala çok büyük dolaylı maliyetlerle karşı karşıya kalmaktadır. Maliyet, özellikle Makoni gibi kırsal alanlarda kadınlar arasında, anne sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarının düşük olmasından sorumlu anahtar faktördür. Ulaşım ve yiyecek maliyetleri, anne sağlık hizmetlerini kullanmanın önündeki en büyük engeller olarak belirtilmiştir. Odak grup görüşmeleri sırasında kadınlar, klinik ziyaretleriyle ilgili olarak, yüksek maliyetler nedeniyle her ay kliniğe gitmenin zor olduğunu vurgulamışlardır. Odak grup görüşmelerinden birinde, bir katılımcı bu konuda şöyle demiştir:

“Klinikten çok uzakta yaşıyorum, doğum öncesi bakım için kliniğe gitmek istediğimde ulaşım için paraya ihtiyacım var. Otobüs ücreti tek bir yolculuk için bana 5 dolara mal oluyor. Oysa ne ben ne de kocam istihdam edilmiyor/çalışmıyor. Bu nedenle, doğum yapmak üzere olduğumu anladığımda kliniğe gidiyorum. Bu, maliyetleri düşürmeme yardımcı oluyor.” (Odak grup katılımcı)

Maliyetler, kadınların sağlık hizmetine erişirken kaybettikleri fırsatlarla da ilgilidir. Araştırmaya katılan katılımcıların çoğu, geçimlik tarım ve satış ile hayatta kalmaktadır. Bu nedenle kadınlar, sağlık tesislerini ziyaret ederek daha fazla zaman kaybetmeyi göze alamayacaklarını bildirmişlerdir. Bu nedenle, kadınlar, sağlık hizmeti için büyük bir maliyet gerektirmeyen, geleneksel sağlık hizmetlerini kullanmayı tercih etmektedirler. Kötü işleyen bir sevk sistemi de, kaliteli anne sağlık bakımı hizmetinin sağlanmasında, önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu çalışmada sağlık tesisleri, çalışma bölgesinin en uzak köşelerinde yer almaktadır. Acil durumlarda kadınları, bölge hastanelerine ulaştırmak zor görünmektedir. Bütün ilçeye hizmet eden, tek bir ambulans bulunmaktadır. Ulaşım sıkıntısı nedeniyle, kadınların acil bakım alması imkânsız görünmektedir. Ayrıca, ambulans ile irtibat kurmak başlı başına bir problemdir. Bazı köylerde ve sağlık tesislerinde, telefon sinyali yoktur. Bu nedenle, iletişim bu topluluklar arasında, büyük bir problemdir. Acil bakım için para bulmak,

kadınların sağlık tesislerini ziyaret etmeden önce yapmak zorunda oldukları hazırlıkların bir parçasıdır. Bu konu, görüşmelerde bir katılımcı tarafından vurgulanmıştır.

“Kliniğe, acil durumlar için 1200 dolar ile gelmek zorundayım. Ancak o zaman Rusape'e (ilçe hastanesi) sevk edilebilirim.” (Nyarai, 30 Yaşında)

İlçe hastanesine yapılan sevkler, sağlık kullanımının önündeki en büyük engel ortaya çıkmıştır. Kadınlar, sağlık tesislerine gitmekten kaçınıyorlar, çünkü ilçe hastanesine sevk edilmekten korkuyorlar. Acil bakım maliyetleri, özellikle yoksul kadınlar arasında çok yüksek bir engelleyicidir. Görüşmeler sırasında bazı sağlık tesislerine, hamile kadınların eşleriyle birlikte gelmelerinin gerektirdiği ortaya çıkmıştır. Bu, HIV/AIDS programı kapsamında yapılmaktadır. Bu nedenle daha az erkek, eşlerine hastaneye giderken eşlik etmeyi kabul etmektedir. Sonuç olarak, kadınlar, bunun önemli olmadığını düşünen kocalarının etkisi altında, sağlık hizmetlerini almamakta veya ertelememektedirler. Sağlık sistemi, personel yetersizliği içeren birçok zorlukla da karşı karşıyadır. Makoni İlçesinde, kırsal sağlık merkezlerinin personel yetersizliği bulunmaktadır. Üç hemşireye sahip olmak yerine, bazı sağlık tesislerinde sadece tek bir hemşire bulunmaktadır. Ayrıca, bu sağlık tesislerinin çoğunda ne doktor ne de vasıflı ebe bulunmaktadır. Çok sayıda hemşire, mevcut yetersizlik ve tükenmişlikten muzdarip olduğunu bildirmiştir. Bir hemşire, bölgedeki personel eksikliğinden ve bazı hemşirelerin de bu bölgeden kaçtığını belirtmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının kırsal alanlardan ziyade, kentsel alanlarda çalışmayı tercih ettiğini vurgulamıştır. Zimbabve'de sağlık sektöründe, personel grevleri yaygındır. Hemşireler ve doktorlar yeterince kazanmadıklarını düşündükleri için çok sık grev yapmaktadırlar.



Fotoğraf 22: Düşük maaşlara karşı gösteri yapan sağlık çalışanları (hemşireler ve doktorlar)⁶⁶³.

Sağlık tesislerinin açılış ve kapanış zamanları, görüşmeler sırasında bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Kırsal sağlık tesisleri sabah 08:00'de açılıyor, sonra 10-10:30 arası çay molası, 13:00-14:00 arası öğle yemeği molası ve 16:30'da kapanmaktadır. Çoğu durumda katılımcılar bu zaman planlamasından memnun değildir. Çünkü hemşirelerin öğle yemeğinden geri dönmesi uzun zaman almaktadır. Araştırmacı, saha çalışması sırasında sağlık tesislerinde, bazı kadınlarla sohbet etmeyi başarmıştır. Bir sırada oturan genç kadın, hemşireler tarafından çok uzun süre bekletilmekten şikâyetçi olmuştur.

“Öğle yemeği saati 13:00 ile 14:00 arasındadır, ancak hemşireler öğle yemeğine gittiklerinde, zaman zaman bir saatten fazla gelmezler. Tek yaptığımız, kapılarını açmak için geri dönene kadar onları beklemek.”
(Mufaro, 18 Yaşında)

Sağlık tesisleri ayrıca, pazar günleri ve resmî tatillerde açılmamaktadır. Bu, birçok kadını rahatsız etmektedir. Sonuç olarak, kadınlar bu günlerde sağlık hizmetleri için kliniğe gitmemektedir. Bunun yerine, geleneksel ve inanç şifacılarından sağlık hizmeti almaktadırlar. Kadınlar, geleneksel doğum görevlilerini çay molaları, öğle yemeği veya resmî tatil günleri olmadığı için büyük oranda tercih etmektedirler. Kadınlar, anne sağlığı hizmetlerinin kalitesini kötü olarak algılamalarına rağmen, sağlıkları için sağlık tesislerini ziyaret etme gereği konusunda fikir birliğine sahiptir. Kadınlar, anne sağlığı hizmetlerine gitmenin birçok faydası olduğu için önemini vurgulamaktadırlar. Benzer şekilde, kadınlar

⁶⁶³ Fotoğraf: Philimon Bulawayo/Reuters

hastanelerde doğum yapmanın daha iyi olduğunu söylemektedirler. İlginç bir şekilde daha az sayıda kadın, evde doğum yapmanın ideal olmadığını belirtmiştir. Bir katılımcı bu konudaki düşüncesini şöyle ifade etmiştir:

“Bence her kadın, hamile olduğunu öğrenir öğrenmez, kuskero/doğum kontrolüne gitmelidir. Klinikte, bize hamileliğimiz ve çocuklarımız hakkında birçok şey öğretilmektedir.” (Kuda, 23 Yaşında)

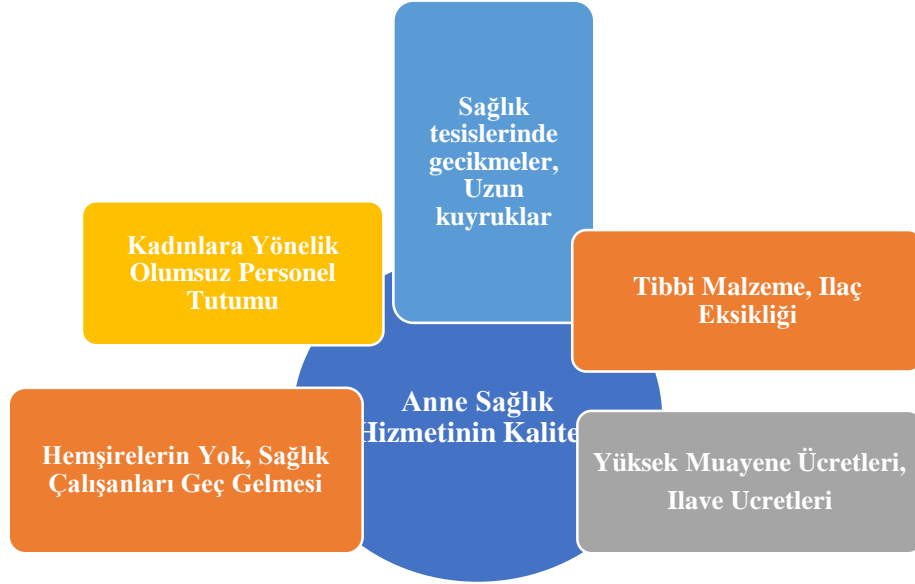
Kadınlar için ana sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkındaki algılar, kadınların sağlık hizmetlerini ne zaman ve nasıl alacağını etkilemektedir. Verilerden çıkan temalar, anne sağlığı hizmetlerinin olumsuz algılandığını göstermiştir. Çalışmaya katılanlar sağlık kurumlarında aldıkları hizmeti, genel olarak zayıf görmektedirler. Ancak, diğer yandan, sağlık çalışanlarından aldıkları eğitimin önemini kabul etmektedirler. Aşağıdaki şemada, kırsal sağlık merkezlerinde anne sağlık hizmetlerinin olumsuz algılanmasını etkileyen çeşitli faktörler özetlenmektedir.



Fotoğraf 23: Çalışma saatleri sırasında kapalı kliniğin önünde duran bir kadın(solda). Aylarca uyuşturucu ilaç sıkıntısından sonra alınan ilaç stokunu gösteren hemşireler (sağda).⁶⁶⁴

⁶⁶⁴ © ICRC / J. Dendere <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/feature/2014/01-23-zimbabwe-primary-health.htm>

Şekil 11: Anne Sağlığı Bakım Kalitesine İlişkin Algıların Ana Temalar



Bu kısım, kırsal Zimbabve'de anne sağlığı hizmetlerini etkileyen çeşitli sosyo-kültürel ve sağlık sistemi temelli faktörler hakkında bilgi vermiştir. Özetlenecek olursa; anne sağlığı hizmetlerinin kullanımı, büyük ölçüde kadınları, alternatif sağlık hizmeti almaya teşvik eden dini ve kültürel inançlardan etkilenmektedir. Bir kadının sosyal çevresi, sağlık hizmetlerini kullanması için onu teşvik edebilmekte ya da caydırabilmektedir. Ayrıca kırsal kesimdeki sağlık hizmeti sunumu, kadınlara sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda zorluklar çıkarmaktadır. Bir sonraki kısımda, bulguların, kadınların sağlık hizmeti kullanımına etkileri tartışılmaktadır.

4 TARTIŞMA

Bu kısımda, çalışmanın bulguları tartışılmakta, tezdeki ana bulgular birleştirilmekte ve sentezlenmektedir. Araştırma, Kırsal Zimbabve'de anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen, sosyo-kültürel ve sağlık faktörlerinin araştırılmasını amaçlamıştır. Çalışma, sosyal inşacılık/konstrüktivizm ve eleştirel kuramsal bakış açılarına dayalı nitel bir araştırma yaklaşımını benimsemiştir. Veriler, Zimbabve kırsal alanından seçilen kadınlar ve sağlık

çalışanlarından, derinlemesine görüşmeler ve odak grupları görüşmeleri kullanılarak toplanmıştır. Bu katılımcılar, kırsal Zimbabwe'de anne sağlığı hizmetlerini kullanırken yaşadıkları deneyimlere dayalı olarak derinlemesine veriler sağlamıştır. Çalışma, kadınların kırsal Zimbabwe'de anne sağlığı hizmetlerini kullanmada büyük zorluklarla karşı karşıya olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sonuç olarak, anne sağlığı hizmetlerinin yetersiz kullanımı Zimbabwe'de hala devam eden bir sorundur. Anne sağlığının yetersiz kullanımı, toplumda önemli bir sosyal sorundur. Tez, kadınların anne sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmesinde karmaşık, birbiriyle ilişkili bir dizi zorluk tespit etmiştir.

Kadınların karşılaştığı zorlukların sebepleri, toplulukları içerisinde, daha geniş bir sosyo-kültürel bağlamda bulunmaktadır. Kadınların yaşadığı sosyo-kültürel çevre, gebelik ve doğumla ilgili algılarını, inançlarını ve uygulamalarını şekillendirmektedir. Çalışma, kadınların gebelik ve doğum sırasındaki inanç ve uygulamalarını, dini-kültürel bir bağlamda inşa ettiklerini ortaya çıkarmıştır. Çalışma ayrıca, gebelik ve doğumun, kadınların hayatlarında doğal olarak meydana gelen bir olay olarak algılandığını ortaya koymuştur. Gebelik ve doğum hakkındaki bilgiler, topluluklardaki kadınlar arasında, günlük etkileşimler yoluyla, sosyal olarak oluşturulmuştur. Bu, gebelik ve doğumun sosyo-kültürel bir toplumsal yapı olarak görülmesi anlamına gelmektedir. Farklı topluluklarda yapılan önceki çalışmalar da, gebeliği ve doğumu sosyo-kültürel bir toplumsal yapı olarak tanımlamaktadır.⁶⁶⁵ Sosyo-kültürel yapı, insanların sağlığı ve hastalığı nasıl algıladıklarını belirlemektedirler. Bu nedenle, kadınların sağlık hizmetlerini nereden aldıklarını da belirlemektedirler. Nepal'de Kahle ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, geleneğin, sosyal değerler ve kültürün, kadınların karar vermesinde etkili olduğunu, dolayısıyla da gebeliği ve doğum deneyimlerini de etkilediğini ortaya çıkarmıştır.⁶⁶⁶ Benzer şekilde, bu çalışmadaki kadınlar kendi sosyo-kültürel bağlamları içinde gebeliği ve doğumu anlamaktadırlar. Bu, kadınların neden hastanelerden ziyade geleneksel ve inanç temelli şifacılarından sağlık hizmeti alma eğiliminde

⁶⁶⁵ Lowe, Chen, Huang, “Social and cultural factors affecting maternal health in rural Gambia: An exploratory qualitative study”, ss. 1–11; Kaphle, Hancock, Newman, “Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in nepal: Critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages”, ss. 1173–81.

⁶⁶⁶ Kaphle, Hancock, Newman, “Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in nepal: Critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages”, ss. 1173–81.

olduklarını açıklamaktadır. Katılımcıların çoğu gebeliği, doğal bir süreç olarak görmektedir. Kadınlar günlük görevlerinde bulunmakta ve gebeliği sırasında özel bir ilgi görmemektedirler. Bu bulgular, dünyada başka yerlerde yapılan, çeşitli çalışmalarla uyumludur⁶⁶⁷. Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrasındaki inanç ve uygulamalarını şekillendiren sosyal ve kültürel yönler, kadınların anne sağlık hizmetlerinden nasıl yararlandıklarını etkilemektedir.

Önceki çalışmalardan elde edilen bulgularla tutarlı bir şekilde, geleneksel tıp hala Zimbabwe kırsal alanlarında yaygındır.⁶⁶⁸ Zimbabwe'nin sağlık sistemi, geleneksel tıp yoluyla sağlanan hizmetleri tanımaktadır.⁶⁶⁹ Çalışma, anne sağlığı hizmetlerinin geleneksel doğum görevlileri aracılığıyla sağlandığını ortaya koymuştur. Bu doğum görevlileri, ya geleneksel ya da inanç şifacılarını içermektedir. Bu çalışmaya katılanlar, gebe kaldıklarında geleneksel ve inanç şifacılarından hizmet aldıklarını belirtmişlerdir. Benzer bulgular, başka yerlerdeki diğer topluluklarda yapılan çalışmalarda da ortaya çıkmıştır.⁶⁷⁰ Geleneksel anne sağlığı hizmetlerinin sürekli kullanımı, gebelik ve doğum konularının dini ve kültürel olarak inşa edilmesi ile açıklanabilir. Geleneksel doğum görevlileri ile anne sağlığı sorunları, aynı dini ve kültürel anlamı paylaşmaktadır. Bu nedenle, kadınlar, gebelik ve doğum konularını çevreleyen aynı dini ve kültürel inançları paylaştıkları için, geleneksel anne sağlığı hizmetlerini kullanmayı daha kolay bulmaktadırlar. Bulgular, topluluk üyeleri tarafından, geleneksel doğum görevlilerinin, vasıflı sağlık hizmeti sağlayıcılarına göre daha güvenilir olduğunu göstermektedir. Katılımcılar, geleneksel doğum görevlilerinin yanında, kendilerini daha rahat hissettiklerini bildirmiştir. Bu belki de toplumlarda geleneksel doğum görevlilerin kolayca erişilebilir olmasından ve köylerde gündelik hayat içerisinde onlarla etkileşim içinde bulunma gerçeğinden kaynaklanıyor olabilir. Geleneksel doğum görevlilerinin hizmetleri,

⁶⁶⁷ Aslıhan Ögün Boyacıoğlu, Ayfer Türkmen, "Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey", *Culture, Health and Sexuality*, C. 10, S. 3 (2008), ss. 277–85.

⁶⁶⁸ Naume Zorodzai Choguya, "Traditional and Skilled Birth Attendants in Zimbabwe: A Situational Analysis and Some Policy Considerations", *Journal of Anthropology*, C. 2, S. 1 (2015), ss. 1–11, doi:10.1155/2015/215909; Naume Zorodzai Choguya, "Traditional Birth Attendants and Policy Ambivalence in Zimbabwe", *Journal of Anthropology*, C. 0, S. 1 (2014), ss. 1–9.

⁶⁶⁹ Ministry of Health and Child Care, "Traditional Medicine".

⁶⁷⁰ Choolwe Muzyamba vd., "Factors associated with choice of antenatal, delivery and postnatal services between HIV positive and HIV negative women in Zambia", *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 19, S. 1 (2019), ss. 1–9.

kadınlar arasında yaygın gibi görünmektedir, çünkü bunların çoğu aynı sosyal gruba aittir. Örneğin, geleneksel doğum görevlileri, çoğunluğu aynı kilise gruplarından yaşlı kadınlar olmaktadır. Geleneksel veya inanç şifacılarının bir diğer benzersiz özelliği, bunların çoğunun herhangi bir ücret talep etmiyor olmasıdır. Çalışma, geleneksel ve inanç şifacılarının, aslında kadınları evlerinde ziyaret ettiklerini ve böylece anne sağlığı hizmetleriyle ilgili suçlamaları azalttıklarını ortaya koymuştur. Bu açıkça, geleneksel sağlık sistemlerinin uygun olduğunu ve dolayısıyla kadınların bunları sık sık kullandıklarını göstermektedir. Bu nedenle, geleneksel doğum görevlileri ile sağlık çalışanları arasında yakın iş birliği oluşturmak önemlidir.

Çalışmada, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen birkaç sosyal belirleyici bulunmuştur.⁶⁷¹ Anne sağlığı hizmeti kullanımının belirleyicileri, önceki çalışmalardan elde edilenlerle tutarlıdır. Çalışma, aşağıdaki sosyal belirleyicilerin anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkilediğini ortaya koymuştur. Bunlar dini faktörler, sosyo-kültürel değerler, aile ortamı, sosyal sermaye, sosyal ve fiziksel çevre ve düşük kaliteli anne sağlığı hizmetleri sunumunu içermektedir. Bulgular, dini ve kültürel inançların kırsal kesimdeki kadınlar arasında anne sağlığı hizmetlerine yönelik tutum ve algıların etkilenmesinde anahtar rol oynadığını göstermiştir. Katılımcılar gebelik ve doğum sırasında sağlık ve hastalıkları dini-kültürel bağlamda yorumlamaktadırlar. Sağlık ve hastalık, Mwari/Tanrı'nın isteği veya izni ile ilişkilidir. Ayrıca, Tanrı'dan gelen bir iletişim veya ceza şekli olarak yorumlanmaktadır. Bu, bu çalışmanın katılımcıları arasında ortak bir inanç ve deneyimdir. Bu yaygın inanç, gebelik sırasında kaçınılmaz olarak bazı sorunlara neden olmuştur. Sosyal inşacılık, deneyimleri gerçek bir bilgi kaynağı olarak görmektedir.⁶⁷² Bu çalışmada görülmüştür ki, sosyal etkileşimlerle üretilen bilgiler kuşaktan kuşağa aktarılmaktadır. Genç kadınlar, anne sağlık hizmetlerinden yararlanma bilgilerini, ablalarından, annelerinden ve büyükannelerinden edinmişlerdir. Bu, sağlık hizmetlerinin kullanılmamasının, nesiller

⁶⁷¹ Dünya Sağlık Örgütü, "Sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik eylemler: Önceki deneyimlerden elde edilenler", Geneva, 2019; Hatice Şimşek, Bülent Kılıç, "Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar", *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, C. 10, S. 2 (2015), ss. 116–116; Marmot, Wilkinson, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*; Renu. Khanna, Subha. Sri, "Social determinants approach to maternal deaths", *World Health Organization*, 2020, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/india-social-determinants/en/.

⁶⁷² Peter, Thomas, *Gerçekliğin Sosyal İnşası / Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*.

arasında sürekliliği ile sonuçlanmıştır. Çalışma, sağlık hizmetlerinin kullanımının Tanrı'nın istekliliğine dayandığını da ortaya koymuştur. Anne sağlık hizmetlerini kullanmadan önce Tanrı'nın iradesinin, dini liderlerde aranması gerekmektedir. Bu bulgu, bir kadının gebelik sorunlarıyla karşılaştığında, önce geleneksel ve inanç şifacılarından sağlık hizmeti almaya başladığını göstermektedir. Zimbabwe'de geleneksel ve inanç şifacıların sağlık hizmetlerinde oynadığı kritik rol göz ardı edilmemelidir. Bulgulara dayanarak, inanç şifacılarının kadınların sağlık tesislerinde sağlık hizmeti alma kararını kontrol ettiği söylenebilir. Bu bulgular, Afrika ve Asya'da yerel gelenekler arasında yapılan bazı çalışmalarla uyumludur, bu çalışmalarda da dini inançların sağlık hizmeti kullanımı üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.⁶⁷³ Nijerya, Gana, Burkina Faso ve Uganda'da yapılan çalışmalar, kadınların dini ve kültürel engeller nedeniyle anne sağlığı hizmetlerini yeterli derecede kullanamadıklarını göstermiştir.⁶⁷⁴ Kadınları geleneksel ve dini anlayışlarına dayalı olarak karşılaştığı engeller şunları içermektedir; dini zorunluluklar nedeniyle mütevazı giyinme ile bedensel korunmayı sürdürmede zorluklar, geleneklerin kadınların erkek sağlık personeline kendilerini muayene etmesine izin vermemesi, mahremiyet/gizlilik eksikliği, sağlık hizmeti sağlayıcılarının duyarsızlığı, kadınlar hakkında bilgi eksikliği, kadınların doğum bakım ihtiyaçlarını karşılamak için kültürel ve dini özgüllükten yoksun sağlık bilgileridir.⁶⁷⁵ Bu çalışmanın dini bulguları, Zimbabwe'de yapılan diğer çalışmalardan elde edilen bulgularla örtüşmektedir.⁶⁷⁶ Apostolik din, sağlık hizmeti alınmasını geciktirmeye teşvik etmekte ve alternatif geleneksel sağlık sistemlerini kullanmayı önermektedir. Anne sağlığının bu dini özelliği, kadınları

⁶⁷³ Paudel, *Socio-cultural and Health Care Contexts of Perinatal Survival in Rural Mountain Villages of Nepal*; Adgoy, “Key social determinants of maternal health among African countries: a documentary review”, ss. 1–14.

⁶⁷⁴ Bola L. Solanke vd., “Religion as a social determinant of maternal health care service utilisation in Nigeria”, *Etude de la Population Africaine*, C. 29, S. 2 (2015), ss. 1868–81; Ganle, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, ss. 1–13; Mwase vd., “Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso”, ss. 1–8; Chi vd., “A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda”.

⁶⁷⁵ Machira, Palamulen, “Rural–urban differences in the use of postnatal care services in Malawi”, ss. 1–10; John Kuumuori. Ganle vd., “Inequities in accessibility to and utilisation of maternal health services in Ghana after user-fee exemption: A descriptive study”, *International Journal for Equity in Health*, C. 13, S. 1 (2014), ss. 1–12.

⁶⁷⁶ Dodzo vd., “Praying until death: Apostolicism, delays and maternal mortality in Zimbabwe”, ss. 1–12; Ha vd., “Is religion the forgotten variable in maternal and child health? Evidence from Zimbabwe”, ss. 80–88; Brian, “Apostolic Religion , Health and Utilization of Maternal and Child Health Services in Zimbabwe”.

alternatif sağlık hizmeti kaynakları aramaya teşvik etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı, bu kadınların dini inançlarından ayrılamaz, çünkü din her şeyi etkilemektedir.

Çalışma, aile bağlamının, anne sağlığı hizmetlerinin kullanılmamasının sürdürülebilmesinde önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcılar, gebelik ve doğumla ilgili deneyimlerinin ve algılarının, birbiriyle ilişkili aile içi dinamikler bağlamında, karmaşık olgular olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada, aile dinamiği güç ve ilişkileri, anne sağlığı hizmetlerinin önemli görülmemesinden sorumludur. Bu, kadınların aile içindeki pozisyonları, hane halkı rollerinin dağılımı, erkeklerin hamilelik ve doğum konularına karışmamasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, aile yapısının sosyal bir sağlık belirleyicisi olarak tanımlandığı Etiyopya, Tanzanya ve Nijerya'daki farklı topluluklarda yapılan daha önceki çalışmalarla desteklenmiştir.⁶⁷⁷ Bununla birlikte, aile yapıları toplumdan topluma değişmektedir ve sağlık kullanımını etkileyen dinamikler de değişmektedir. Bu çalışmada, kadının aile içinde gelin olarak yeri onu karar alma sürecinin en altına yerleştirmektedir. Gelin olarak, kadınların kendi haneleri içindeki kurallara uymaları beklenmektedir. Bu, bir kadının, anne sağlık hizmeti almak için, öncelikle izin alması gerektiği anlamına gelmektedir. İzin genellikle eşlerden veya kayınvalidelerden alınmaktadır. Anne sağlığı ile ilgili konular kadın alanı olarak kabul edildiğinden, kayınvalidelere genellikle karar verme yetkisi verilmektedir. Kayınvalide kontrolünün doğası gereği kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları genellikle engellenmekte veya ertelenmektedir. Kayınvalideler kendi hamilelik deneyimlerine güvenmekte ve genellikle genç kadınlara yani gelinlerine bunu dayatmak istemektedirler. Bu çalışma, kayınvalidelerin güç sahibi olduğunu ve kadın sağlığı kararlarından sorumlu olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu Zimbabve için ilginç bir bulgu, çünkü önceki çalışmalarda anne sağlık hizmeti kullanımının, özellikle aileler içinde kayınvalidenin, diğer kadınlar üzerinde oynadığı rolü tam olarak keşfetmemiştir. Kayınvalidelerin davranışları, toplum içindeki statükoyu sürdürme arzusuyla

⁶⁷⁷ Shegaw M. Tarekegn, Leslie S. Lieberman, Vincentas Giedraitis, “Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: Analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 14, S. 1 (2014), ss. 1–9; Tiruneh, Chuang, Chuang, “Women’s autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia”, ss. 20–33; Kyoko Shimamoto, *Investigating Pathways Linking Women’s Status and Power to Skilled Birth Attendant Use at Childbirth in Senegal and Tanzania*, ProQuest Dissertations and Theses, 2015; Okonofua vd., “Predictors of women’s utilization of primary health care for skilled pregnancy care in rural Nigeria”, ss. 1–14.

ilişkilendirilebilir. Yaşlı kadınlar aynı durumu yaşamış olabilir ve davranışları daha büyük bir sosyalleşme sürecinin bir parçası olabilir. Kadınların ailedeki görece düşük konumları, finansal pozisyonlarıyla bağlantılanmaktadır. Kadınların diğer aile üyelerine finansal destek konusunda aşırı güvenmeleri sonucu özellikle kocalar sağlık hizmetlerinin kullanılmasını engellemektedir. Bu, acil durumlarda büyük sorunlara neden olabilecek gereksiz gecikmeler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki gecikmeler, tüm dünyada anne ölümlerinin önde gelen nedeni olarak gösterilmektedir.⁶⁷⁸ Ayrıca, Zimbabve'de anne ölümlerinin %75'inden fazlası, sağlık hizmeti arayışındaki gecikmelere bağlanmaktadır.⁶⁷⁹

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, hane halkı işlerinin, gebelik ve doğumdan daha fazla önceliğe sahip olduğunu göstermiştir. Ailelerin, hamileliği özel bakım gerektirmeyen doğal bir süreç olarak görmesi sosyal olarak inşa edilmiştir. Bu, ailelerin içinde kadınların hamileyken bile günlük görevlerini yerine getirmelerinin beklenen bir durum olduğu anlamına gelmektedir. Çalışma, kadınların zaman alıcı ve fiziksel güç gerektiren işleri de yaptıklarını ortaya çıkarmıştır. Kadınlar çoklu geleneksel rollerle meşgul olmakta ve sağlıklarına odaklanmak için çok az zamanları kalmakta, çoğu durumda ise hiç zamanları kalmamaktadır. Ayrıca, kadınlardan kocasına, çocuklarına ve hane halkına bakma konusundaki beklentiler, kadınları kendi sağlık yararlarına yönelik, sağlık merkezlerinde sunulan diğer faaliyetlerden vazgeçmeye zorlamaktadır. Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde, Gambiya'da ve Türkiye'de kadınlara ağır iş yükü yükleyen kültürel değerler, anne sağlığı hizmetlerinin kullanılamaması sonucunu doğurmaktadır.⁶⁸⁰ Bu bulgular, aile içindeki bir kadının diğer aile üyelerinin çıkarlarını onun kendi çıkarlarının önüne koymasına gereken biri olarak görüldüğünü açıkça yansıtmaktadır. Bu çalışmada kadınlar, kendilerinden çok çocuklarının ve kocalarının refahı konusunda endişelilerdi. Bu sorunlu bir durumdur, çünkü kadınların kendileri bile onlara yüklenen gereksiz ağır iş yüklerini haklı çıkarmaktadırlar.

⁶⁷⁸ Thaddeus, Maine, "Too far to walk: Maternal mortality in context", ss. 1091–1110.

⁶⁷⁹ Munjanja, "Zimbabwe Maternal and perinatal mortality", 2007.

⁶⁸⁰ Boyacıoğlu, Türkmen, "Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey", ss. 277–85; Lowe, Chen, Huang, "Social and cultural factors affecting maternal health in rural Gambia: An exploratory qualitative study", ss. 1–11.

Erkeklerin anne sağlık konularına katılımı, uzun zamandan beri sağlık hizmetlerinin kullanımını artırma stratejisi olarak benimsenmiştir.⁶⁸¹ Kadınlar ayrıca, hamilelik ve doğum sırasında eş desteğinin önemine dikkat çekmektedirler.⁶⁸² Bu çalışmadan elde edilen bulgular, erkeklerin anne sağlığı hizmetlerine katılmadığını göstermiştir. Bunun nedeni, bu topluluklarda hamilelik ve doğumla ilgili konuların kadın sorunları olarak görülmesi nedeniyle olabilir. Çalışmada görüldüğü üzere, erkeklerin doğum sırasında bulunmaları beklenmemekte ve eşlerine sağlık tesislerinde eşlik eden erkekler zayıf olarak görünmektedir. Sağlık tesislerindeki ortam, kadın sayısının sürekli artması nedeniyle kadın ortamı olarak değerlendirilmektedir. Batı toplumlarının aksine, Zimbabve toplumundaki erkekler, anne sağlığı konularında yer almak konusunda hala isteksizdir. Bu bulgu, gelişmekte olan dünyanın diğer bölgelerinde yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir.⁶⁸³ Erkeklerin anne sağlığı konularına katılımı, Afrika topluluklarında bir öncelik olarak düşünölmelidir. Erkekler, eşlerini aktif olarak destekliyorsa, bu, kadınların karşı karşıya kaldığı çok sayıda engelin üstesinden gelmeye yardımcı olacaktır. Anne sağlığı konularına eşin katılımı, kadınları savunmasız bırakan çeşitli aile içi dinamikleri büyük ölçüde değiştirecektir. Erkekler anne sağlığı konularının bir parçası olurlarsa, eşlerine sadece finansal destekten daha fazlasını sunmaları mümkün olacaktır.

Çalışma, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını olumsuz yönde etkileyen önemli sosyal ve fiziksel çevre faktörlerini ortaya koymaktadır. Genel olarak, bulgular, kadınların anne sağlığı hizmetlerinden yararlanırken çeşitli coğrafî engellerle karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bir kadının sosyal ortamı, sağlık kullanımında engeller ve fırsatlar sunmaktadır. Geçmişteki diğer çalışmaların rapor ettiği gibi, bu çalışma güçlü bir destek

⁶⁸¹ Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, “Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı (Icpd) Eylem Programının Uygulanmasına İlişkin Beşinci Uluslararası Parlamenterler Konferansı Raporu,” n.d.; Özgü Karaca Bozkurt, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programının Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi, 2011.

⁶⁸² Sermin. Timur, Nevin Hotun-Şahin, “Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri,” *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, C. 1, S. 1 (2010), ss. 29–40.

⁶⁸³ Adgoy, “Key social determinants of maternal health among African countries: a documentary review”, ss. 1–14; Raymond A. Aborigo vd., “Male involvement in maternal health: Perspectives of opinion leaders”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 18, S. 1 (2018), ss. 1–13; Kifle vd., “Health facility or home delivery? Factors influencing the choice of delivery place among mothers living in rural communities of Eritrea”, ss. 1–11.

ağına sahip kadınların anne sağlığı hizmetlerinden daha iyi yararlandıklarını ortaya koymuştur.⁶⁸⁴ Diğer çalışmalarla tutarlı olarak, çalışmamız güçlü sosyal ağların sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını teşvik ettiğini ortaya çıkarmıştır.⁶⁸⁵ Destekleyici kocası, ailesi, komşuları, arkadaşları ve toplulukları olan kadınlar, üç sosyal destek türünden yararlanmışlardır. Bunlar maddi, bilgi ve psikososyal desteği içermektedir. Eşlerden destek, maddi yardım sağlamada önemli bir çözüm sağlamıştır. Arkadaşlar ve komşular, önemli bilgiler vermiş ve ayrıca diğer ev işlerine yardımcı olmuştur. Bu aynı zamanda Kamerun, Tanzania ve Etiyopya'da yapılan bir çalışmada da ortaya çıkmıştır.⁶⁸⁶ Büyük sosyal ağlara ait olma kadınların, sık sık sağlık hizmetlerini kullanma imkânına sahip olmalarını sağlamıştır. Çünkü daha büyük sosyal ağlardaki kadınlar sağlık bilgilerini birbirleriyle paylaşabilmekte ve sağlık hizmetlerine daha iyi erişim ile sonuçlanabilecek yardımlarda bulunabilmektedirler. Bu nedenle, sosyal sermaye, kadınların anne sağlık hizmetlerine erişimi için gereken duygusal desteğe, bilgiye ve fiziksel kaynaklara erişiminde kilit rol oynayabilmektedir. Diğer çalışmaların aksine, bu çalışma, en güçlü veya sıkı sosyal ağlardan gelen kadınların, anne sağlığı hizmetlerinin yetersiz kullanımına sebep olduğunu ortaya çıkarmıştır. Apostolik dini gruplara ait olmak gibi sıkı sosyal ağlar, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasına engel olmaktadır. Kadınlar grup zihniyetine uymak adına baskı altındadır ve bu nedenle gruptaki herkes onları kullanmıyorsa sağlık hizmetlerini kullanmamaktadırlar. Bu durum, gruptaki katılımcıların çoğunluğunu oluşturan Vapostori tarikatlarının üyelerinden açıkça anlaşılmıştır.

⁶⁸⁴ Marie A. Brault vd., "Links between Social Environment and Health Care Utilization and Costs," *Journal of Gerontological Social Work*, C.1, S.2, (2018), s.4; Ömer Aytaç, Muzaffer Çağlar Kurttaş, "Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi," *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 25, S. 1 (2015), ss. 231–50; Zeynep Arabacı, Ergün HASGÜL, Ayşe SERPEN, "Türkiye'de Kadın Göçmenlik ve Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi," *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2016, doi:10.21560/spcd.77608.

⁶⁸⁵ Julianne Holt-Lunstad, "Social Integration, Social Networks, and Health", *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*, 2015, ss. 365–70; Asrese, Adamek, "Women's social networks and use of facility delivery services for uncomplicated births in North West Ethiopia: A community-based case-control study"; Shifraw vd., "A qualitative study on factors that influence women's choice of delivery in health facilities in Addis Ababa, Ethiopia", ss. 44–61.

⁶⁸⁶ McTavish, Moore, "On est ensemble: Social capital and maternal health care use in rural Cameroon", ss. 1–13; Shifraw vd., "A qualitative study on factors that influence women's choice of delivery in health facilities in Addis Ababa, Ethiopia", ss. 44–61; Innocent Antony Semali vd., "Social capital as a determinant of pregnant mother's place of delivery: Experience from Kongwa district in central Tanzania", *PLoS ONE*, C. 10, S. 10 (2015), ss. 1–9.

Fiziksel çevre ile ilgili olarak, bulgularımız coğrafi ve çevresel özelliklerin etkili sağlık hizmeti kullanımına engel teşkil ettiğini göstermiştir. Çalışmalar, uzun mesafelerin, yetersiz karayolu ağlarının ve coğrafi uzaklığın, kadınların sağlık tesislerinde sağlık hizmeti alma kararını olumsuz yönde etkilediği sonucuna varmıştır.⁶⁸⁷ Örneğin, bu çalışmada kadınlar, sağlık tesislerine uzun mesafeler, kötü yollar, ulaşımın bulunamaması ve yüksek ulaşım maliyetleri nedeniyle evde doğum yapmayı tercih etmişlerdir. Coğrafi mesafeler de kadınların sağlık tesisine gitmek için harcadıkları zamanla yakından ilişkilidir. Dodzo ve Mhloyi (2017), kadınların neden evde doğum yapmayı tercih ettiklerini belirlemek için Zimbabve'nin beş ilçesinde nitel bir çalışma yürütmüştür⁶⁸⁸. Bulguları, bu çalışmadan elde edilen bulguları desteklemektedir. Kadınlar esnek hizmetler, düşük ekonomik, sosyal ve fırsat maliyetleri sağlaması nedeniyle evde doğum yapmayı tercih etmektedirler. Kadınlara göre, zaman tarım gibi diğer üretken görevleri yerine getirmek için kullanılmalıdır. Bununla birlikte, kadınların evde desteklenmesi ve sağlık tesislerinde kaliteli konaklama sunulması durumunda mesafenin etkisi ortadan kalkacaktır. Munjanja ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırma aynı zamanda bakım arayışındaki gecikmeyle uzun mesafeyi ilişkilendirmiştir.⁶⁸⁹ Bu bulgular, sağlık hizmeti kullanımında bir artış görmeyi bekliyorsak, kadınların yaşadığı fiziksel çevrenin getirdiği zorlukları ele almaya odaklanacak politikalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Anne sağlığı hizmetlerinin sunulduğu sağlık bağlamı, hizmetlerin genel kullanımı üzerinde bir etkiye sahiptir. Sağlık hizmeti bağlamı, kadınların sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin algılarını şekillendirir. Çalışmada, kadınların yerel sağlık tesisleri tarafından sunulan anne sağlığı hizmetlerinin kalitesini kötü olarak algıladıkları ortaya koymuştur. Bu uzun bir süreden beri devam etmektedir ve bir norm haline gelmiş gibi görünmektedir. Kötü sağlık hizmetleri artık doğal bir süreç olarak algılanmaktadır. Her kadın, kötü sağlık hizmetleri tecrübesi yaşamıştır. Kötü bakım hizmeti, bu topluluklar içinde kolektif bir

⁶⁸⁷ Donmozoun, Sombie, Meda, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, ss. 1–12; Sialubanje vd., “Understanding the psychosocial and environmental factors and barriers affecting utilization of maternal healthcare services in Kalomo, Zambia: A qualitative study”, ss. 521–32.

⁶⁸⁸ Dodzo, Mhloyi, “Home is best: Why women in rural Zimbabwe deliver in the community”, ss. 1–13.

⁶⁸⁹ Munjanja, “Zimbabwe Maternal and perinatal mortality”, 2007.

deneyimdir. Dahası, halk söylemleri, sağlık tesislerinde bakımın kötü olduğu algısını pekiştirmeye devam etmektedir. Medyada ve sosyal medyada kadınların sağlık kurumlarında bakım deneyimine ilişkin tartışmalar, kötü deneyimlere işaret etmektedir. Bu durum, kadınların tedavi için sağlık tesislerine gitme kararını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları, kadınların sağlık bakım hizmeti algılamasını ve bakım hizmeti arayışlarını etkilemektedir.⁶⁹⁰ Zimbabwe'deki az sayıda çalışma, sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunumunu etkileyen tutumlarına odaklanmıştır. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve davranışlarının, kadınların anne sağlık hizmetlerine erişimini ve bu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engellediğini ortaya koymuştur. Kadınların sağlık tesislerinde kendilerini güvensiz hissetme algısı, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını azaltmıştır. Çalışma, kadınların evde doğum yapmayı tercih ettiklerini çünkü sağlık çalışanlarının kaba ve düşmanca davrandıklarını ortaya çıkarmıştır. Kadınlar kendilerini güvende hissedecekleri bir ortamda doğum yapmayı tercih etmektedirler. Bu bulgular diğer düşük gelirli ülkelerde yapılan çalışmalarla desteklenmektedir.⁶⁹¹ Kadınlar sağlık tesislerinde duygusal ve fiziksel istismar vakaları bildirmiştir. Diğer bazı kadınlar ise, sağlık personeli tarafından görmezden gelinmiş ve azarlanmıştır. Ayrıca, kadınlar sağlık kontrol sürelerinde sağlık çalışanlarının kayırmacılık yaptığını bildirmişlerdir. Bazı kadınlar sıraları gelmeden hizmet alırken, diğerleri uzun süre bekletilmektedir. Sağlık çalışanlarının bu tür davranışları, sağlık sektöründe zaten mevcut olan eşitsizlikleri arttırmaktadır. Böylesine düşmanca bir ortamla karşılaşan kadınlar, özellikle geleneksel doğum görevlilerinden alternatif sağlık hizmetleri almaya karar vermektedir. Bulgular, kadınların geleneksel doğum görevlilerinin yanında kendilerini güvende hissettiğini ve onlara güvenebileceklerini göstermektedir. Bunun muhtemel bir açıklaması, geleneksel doğum görevlilerinin bu kadınlarla aynı topluluktaki insanlar olması gerçeği olabilir. Uzun zamandır aralarında köklü bağlar kurulmuştur ve onlarla herhangi bir konuda konuşmaya açıktırlar. Bu bulgular endişe vericidir, çünkü sorun yaşanması muhtemel

⁶⁹⁰ Şimşek, Kılıç, "Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar," ss. 116–116.

⁶⁹¹ P. Mannava vd., "Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: A systematic review", *Globalization and Health*, C. 11, S. 1 (2015), ss. 1–9.

durumlarda hastaneye dayalı doğum teşvik edilmektedir. Sağlık çalışanlarının tutumlarını değiştirmeye dönük müdahaleler, kadınların sağlık hizmeti almaya teşvik edilmesinde önemli olacaktır. Şimdiye kadar, Zimbabve'deki politikalar, sağlık çalışanlarının, özellikle hemşirelerin, gebe kadınlara nasıl davrandıklarını, içsel bir sorun olarak kabul etmek noktasında hiçbir şey yapmamıştır.

Sağlık tesislerindeki altyapının yetersizliği, kadınların sağlık tesislerinde alabilecekleri bakım hizmeti kalitesine dair algılarını şekillendirmiştir. Örneğin, bu çalışmada sağlık tesislerinde yeterli yatak, bekleme odası, musluk suyu veya elektrik olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık tesislerinde bu kadar önemli altyapı eksikliği, bu sağlık hizmetlerini kullanan kadınlara zorluk çıkarmaktadır. Sağlık tesislerinde kadınların konaklayabilecekleri yeterli sayıda oda olmadığı için hastaneye erken gidememekte ve evde doğum yapmaktadırlar. Sağlık tesislerindeki fiziki altyapının, sağlık hizmetlerinin kullanılmaması için tek başına bir neden olarak verilmediği unutulmamalıdır. Ancak bu eksikliklerin, diğer değişkenler ile karmaşık bir ilişkisi bulunmaktadır. Örneğin, yeterli yatak bulunmaması, uzakta olan bir annenin oda yetersizliği nedeniyle hastaneye erken gelebileceği anlamına gelmektedir. Öte yandan, gelmeyi ertelerse, doğum için hastaneye gelmek için yeterli zamanı olmayacaktır. Bu nedenle, bir çözüm olarak kadınlar, geleneksel doğum görevlilerinin evlerinde doğum yapmayı tercih etmektedir. Zimbabve'de yapılan önceki çalışmalar, sadece sağlık altyapısına ve sağlık hizmetlerini sunma uygunluğuna değinirken hiçbiri kadınların sağlık altyapısı algısını incelememiştir.⁶⁹²

Sağlık tesislerinin çoğunda yeterli oda, musluk suyu ve elektrik bulunmamaktadır. Sonuç olarak, kadınların kendi ışıklarını, yiyeceklerini, sularını, battaniyelerini, tuvalet malzemelerini ve diğer ihtiyaç maddelerini getirmeleri gerekmektedir. Bu, kadınların doğum yapma zamanında ek maliyetlere maruz kalmasına neden olmaktadır. Böyle bir bulgu, hükümetin ücretsiz anne sağlık hizmetleri sunma politikasından kuşku duymaktadır. Bu bulgulardan, yeterli paraya sahip olmayan kadınların ev veya geleneksel doğumu tercih edeceği açıktır. Bu tespit, kırsal alanlardaki kadınların çoğunluğunun yoksulluk içinde yaşadığı gerçeği göz önüne alındığında endişe vericidir. Benzer şekilde, Nyathi ve ark (2017)

⁶⁹² John vd., "Zimbabwe Health System Assessment 2010", 2007.

tarafından Güney Doğu Zimbabve'de yapılan bir çalışmada, ulaşım eksikliği, yüksek ulaşım maliyetleri ve sağlık tesislerine uzun mesafeler, sağlık çalışanlarının tutumları, sağlık hizmetinin türü ve kalitesi gibi erişilebilirlik faktörlerinin yanı sıra bakım almadaki gecikmelerin kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.⁶⁹³

İlaç ve donanım eksikliği, personel yetersizliği gibi sağlık sistemi ile ilgili faktörler de sağlık hizmetlerinin kullanılmamasını etkilemektedir. Bulgular Afrika'daki diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla uyumlu olup, anne sağlık hizmetlerinin kullanılmamasının bir nedeni olarak sağlık sistem faktörlerine atıfta bulunmuştur.⁶⁹⁴ Gana'da yapılan bir araştırma, vasıflı doğum bakım hizmetlerinin sınırlı ve eşitsiz dağılımının, kadınların doğum bakım hizmetlerine erişimini ve kullanımını engelleyen önemli bir sağlık sistemi engeli olduğunu tespit etmiştir.⁶⁹⁵ Uyuşturucu ilaç ve teçhizatın bulunmaması, sadece sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanılmasını değil aynı zamanda sunulan hizmetin kalitesini de etkilemektedir. Bu çalışmadan elde edilen ilginç bir bulgu, sadece ilaçların bulunabilirliğinin değil, aynı zamanda dağılımının da önemli olduğudur. Sağlık çalışanları, tanıdıklarının lehine ya da başka bazı mallarla takas ederek ilaçları adaletsiz bir şekilde dağıtmaktadırlar. Bu durum kadınları hayal kırıklığına uğratmaktadır. Çünkü bu tespit sağlık sistemini sadece daha az veya iyi aileden gelen kadınların yararına yozlaşmış bir sistem olarak görmelerine neden olmaktadır. Zimbabve'de yolsuzluk yaygındır ve bu durumdan sağlık sektörü de etkilenmektedir.⁶⁹⁶ Çalışmadan yolsuzlukla ilgili bir başka bulgu, sağlık çalışanlarının uyuşturucuları çalıp insanlara sattığı iddiasıdır. Bunun bir göstergesi, anne sağlığı için kullanılması gereken bazı ilaç ve ekipmanların karaborsada bulunmuş olmasıdır.

⁶⁹³ Nyathi vd., “Investigating the accessibility factors that influence antenatal care services utilisation in Mangwe district, Zimbabwe”, ss. 1–13.

⁶⁹⁴ John Kuumuori. Ganle vd., “A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 14, S. 1 (2014), ss. 1–9; Yaya vd., “Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria”, ss. 1–13; Donmozoun, Sombie, Meda, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, ss. 1–12.

⁶⁹⁵ Ganle vd., “A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition”, ss. 1–9.

⁶⁹⁶ Cengiz Dinç, “Zimbabve Krizinin Kökenleri ve Geçiş Süreci”, *Akademik İncelemeler Dergisi*, C. 7, S. 1 (2012), ss. 337–68.

Sağlık sistemindeki en önemli aşamayı sevk zinciri olarak belirlemek mümkündür ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sisteminde bu aşama çok problemlidir.⁶⁹⁷ Sağlık sevk sistemi, bir ilçe hastanesine nakledilmeyle ilgili ek maliyetler nedeniyle kadınların hastane hizmetlerinden yararlanmalarını engellemektedir. Kadınlar, başka bir hastaneye sevk edilmeleri halinde ekstra ulaşım, konaklama ve gıda giderlerine maruz kalmaktadır. Zimbabwe'de daha önce yapılan bir çalışma bu bulguyu desteklemiştir.⁶⁹⁸ Bir ilçe hastanesi bazen bir kadının evinden yaklaşık 70 km uzaklıkta bulunmaktadır ve orada ailesinden biri veya arkadaşı olmayan bir kadın daha fazla zorluk çekmektedir. Böyle bir durumda genellikle aileler hamile kadına eşlik etmek için başka birini daha göndermeye zorlanmakta ve böylece masrafları artmaktadır. Ayrıca, kadınlar da evlerini birkaç gün başka bir kimseye bırakma korkusuyla bölge ilçe hastanelerine gitmek konusunda isteksizdir. Bu tür sıkıntılardan kaçınmak adına kadınlar, doğum için sağlık tesislerine gitmekten kaçınmaktadırlar.

Sağlık tesislerinin çalışma saatleri, kadınların sağlık hizmetlerini kullanmak konusunda isteksiz olmasının bir başka nedenidir. Bu topluluklarda, kadınlar çok meşguldür ve yapacak birçok görevleri bulunmaktadır. Bu nedenle kliniğe sabah birkaç saat içinde gitmeyi ve hemen diğer görevlerine geri dönmeyi tercih etmektedirler. Bununla birlikte, kırsal Zimbabwe'deki sağlık tesisleri çok geç açılmakta veya açılmış sağlık tesisinde sağlık çalışanları sağlık hizmetleri sağlama konusunda çok yavaş davranmaktadırlar. Çoğu zaman kadınlar, uzun süre kuyrukta beklemektedir, çünkü hemşireler uzun süren molalar kullanmaktadırlar. Bu bulgu, bakım alınmadan önceki uzun bekleme süresinin ve kapalı sağlık tesislerinin sağlık hizmetlerinin kullanılmamasına katkıda bulunduğunu ortaya çıkaran daha önceki çalışmalarla desteklenmektedir.⁶⁹⁹ Ayrıca, kırsal alanlardaki sağlık tesisleri gece boyunca kapanmakta, hafta sonları ve resmî tatillerde açılmamaktadır. Geceleri kadınlar kliniklerde yalnız kalmakta ve sadece acil durumlarda hemşireyi çağırmaktadırlar. Bu,

⁶⁹⁷ Emel Başol, "Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevki Zinciri," *BJSS Balkan Journal of Soccal Scences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 4, S. 8 (2015), s.8.

⁶⁹⁸ Kimberley H Da Costa, "Evaluation Report : Implementation Science Promoting Participatory Action Dialogue to Build Shared Responsibility in Addressing Gender Dimensions in Health Service Delivery through Participatory Evaluation in Makoni District, Zimbabwe April," 2015.

⁶⁹⁹ Yaya vd., "Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria", ss. 1–13; Taylor vd., "Surveillance for equity in maternal care in Zimbabwe", ss. 242–47.

geleneksel doğum görevlisinin evinde yalnız olmaktan farklı değildir. Sonuç olarak, birçok kadın yalnız bırakılacağından sağlık merkezlerine gitme motivasyonuna sahip değildir.

Toplum düzeyinde sağlık sistemi yönetimindeki başarısızlıklar, kadınların anne sağlık hizmetlerinden faydalanmamasından sorumludur. Sağlık sistemi kısıtlarını belirlemek ve ele almak, uzun süredir anne sağlık kullanımını güçlendirmek için bir strateji olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte, politikalar ve stratejiler ulusal düzeydeki kısıtlamalara odaklanmış gibi görünmektedir. Yerel zorluklara çok az dikkat edilmiştir. Bu çalışmada kadınların ve yerel sağlık çalışanlarının deneyimlerine dayanarak elde edilen bulgular, zayıf sevk sistemi, ihmal, yetersiz personel ve sağlık çalışanları ile geleneksel doğum görevlileri arasındaki koordinasyon eksikliği gibi yerel sağlık yönetiminin başarısızlıklarının sağlık hizmeti kullanımını etkilediğini göstermiştir. Anne sağlığı hizmetlerinin sunumu, ihmal, yolsuzluk, personel grevleri, temel ilaç eksikliği ve ilaçların yanlış yönetilmesi gibi karmaşık bir bağlamda yapılmaktadır. Yerel sağlık yönetim sistemi, anne sağlık hizmetini yeterince verememektedir. Makate ve Makate (2017 & 2016) ve Mazambani ve ark. (2012), kırsal topluluklardaki devlet hastanelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarının ve hemşire sayısının sağlık kullanımını etkilediğini tespit etmiştir.⁷⁰⁰

Zimbabve'deki sağlık politikaları, stratejileri ve programları, anne sağlık hizmetlerinin kullanılmasını artırmak için yapılmıştır. Bunlar arasında kaliteli bakım sağlanması, kullanıcı ücretlerinin ortadan kaldırılması, sağlık altyapısının iyileştirilmesi, kocanın katılımı, sağlık hizmeti alacaklara nakit kuponları verilmesi yer almaktadır. Bununla birlikte, kırsal sağlık merkezlerinde sağlık tesislerine giden kadınların tümü bu programlardan yararlanmamıştır. Bu, devlet politikalarının ve programlarının sorunsuz bir şekilde uygulanmasını önleyen sağlık sistemi yönetiminin başarısızlıklarının bir sonucudur. Bununla birlikte, politika uygulamalarının yerel sağlık çalışanları üzerindeki etkisi hakkında çok az araştırma yapılmıştır. Sağlık çalışanları özellikle kırsal kesimdeki hemşireler, sağlık sistemindeki destek eksikliğinden şikâyetçidir. Hemşireler, kaliteli anne sağlık hizmetlerinin

⁷⁰⁰ Makate, Makate, "Prenatal care utilization in Zimbabwe: Examining the role of community-level factors", ss. 255–62; Makate, Makate, "The evolution of socioeconomic status-related inequalities in maternal health care utilization: evidence from Zimbabwe, 1994–2011", ss. 1–9; Ovikuomagbe, "Determinants of Maternal Healthcare Utilization in Nigeria", ss. 283–99.

sağlanması için gerekli olan temel materyal ve ekipmanlarla tam olarak desteklenmemektedir. Bu durum, temel ilaçların bulunmadığı, elektrik ve musluk suyu olmayan bazı sağlık tesislerinde açıkça görünmektedir. Hükümet ayrıca, sağlık sektöründe özellikle kırsal alanlarda çok fazla boşluk olduğunu kabul etmektedir. Bununla birlikte, aynı hükümet bütçe kısıtlamaları nedeniyle yeni hemşire alımlarının tümünü durdurmuştur. Bu durum zaten sayısı çok az olan hemşireleri daha da zorlamaktadır. Sağlık çalışanları, düşük maaşlar ve ekipman sıkıntısı ile karakterize edilen mevcut ortamda sağlık hizmeti sağlamaya devam etmek için motivasyonunu yitirmektedir. Sağlık çalışanlarının düşük motivasyonu hastalarıyla nasıl etkileşime gireceklerini etkilemektedir. Bu nedenle sağlık yetkililerinin sağlık çalışanlarının kaliteli sağlık hizmeti sunmaları için elverişli bir ortam oluşturmalarına destek olması, araştırma alanındaki topluluklar için çok önemlidir. Bazı programlar, annelerin ve sağlık çalışanlarının, anne sağlık hizmetlerini kullanmalarını teşvik etmek için kupon sistemleri ve teşvikler getirmiştir. Ancak, bu programlar sürdürülebilir değildir. Başka bir açıdan bu programların zamanla teşvik sağlamayı bırakması sağlık çalışanlarını hayal kırıklığına uğratmaktadır. Öte yandan, teşviklerin sağlanması, sağlık çalışanlarını verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi yerine niceliğe odaklanmalarına teşvik edeceğinden sorunludur. Bu nedenle, anne sağlığı hizmetlerinin sunulması ve bu hizmetlerin alınmasını sağlamak için, özellikle yerel düzeyde politikalar geliştirilmesi ve tutarlılık öncelikli olmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma, Zimbabve'de kırsal kesimdeki kadınlar arasında, anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını araştırmayı ve kadınların kişisel deneyimlerinin, davranışlarının, tutumlarının ve bakış açılarının anlamını yorumlamayı amaçlamaktadır. Literatür incelemesinde de belirtildiği gibi, Zimbabve'deki çalışmaların çoğu makro düzeydeki faktörler ve sağlık kullanımının biyomedikal belirleyicileri üzerine odaklanmış nicel çalışmalardır. Bunların dışındaki çalışmalar ise, eğitim, istihdam durumu ve gelir düzeyi gibi sosyo-demografik değişkenlere odaklanmıştır. Sosyo-kültürel etkenlerin ve sağlık bakım hizmetleri sunumunun, kırsal alanında sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi hakkında çok az çalışma bulunmaktadır. Bu bilgi eksikliği, ulusal sağlık politikaları ve stratejilerinin anne sağlığı sorunlarını, halkın kültürünü gözeten, uygun, kabul edilebilir ve eşitlikçi bir şekilde ele almamasıyla sonuçlanmıştır.

Çalışma, Kırsal Zimbabve'deki Makoni ilçesinde yapılmıştır. Çalışma alanı, anne sağlığı ve hastalıklarının sosyal ve kültürel belirleyicilerini keşfetmek için mükemmel bir ortam sağlanmaktadır. Ayrıca, çalışma alanı anne ölümlerinin daha yüksek düzeyde yaşandığı ve sağlık hizmetleri kullanımının düşük oranı ile de ideal bir durum oluşturmaktadır. Bu tezin ana odak noktası, kadın ve sağlık çalışanlarının bakış açıları ve sağlık hizmetleri ile ilgili deneyimleriydi. Bu nedenle sosyal inşacılık ve eleştirel kuramsal bakış açıları bu çalışmadaki metodolojik ilkeleri, veri toplama ve analizini şekillendirmiştir. Bu kuramsal çerçeve, çalışmanın anne sağlığı ve hastalıklarında biyomedikal nedenlerin ötesine odaklanmasını sağlamıştır. İncelenen olgu daha çok sosyal adalet, sağlığa erişimde eşitlik ve insan hakları perspektifleri bağlamında incelenmiştir. Sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili temel kavramlar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramsal Çerçevesi'ne dayandırılmıştır. Veriler, nitel araştırma teknikleri kullanılarak toplanmıştır. Nitel bir araştırma yaklaşımı kullanılmıştır, çünkü bu yaklaşım, olguları yaşayan bireylerden ayrıntılı bilgi toplaması için imkânlar sunmaktadır. Bu tezde anahtar ilke, sağlık ve hastalık konusundaki deneyimlerini paylaşan kişilerin, yerel inanç ve bakış açılarına değer vermektir. Ayrıca, kadınların ve sağlık çalışanlarının deneyimleri, otantik bilgi kaynakları olarak kabul edilmiştir. Kadınların gebelik, doğum ve anne sağlığı

deneyimleri de doğal olarak ortaya çıkan deneyimler olarak kabul edilmektedir. Araştırmacın düşünümüllüğü, tüm araştırma sürecinde önemli bir husus olmuştur.

Bu çalışmada tezin bulgularını oluşturan verileri toplamak için; derinlemesine görüşmeler, odak grup görüşmeleri, belgelerin incelenmesi ve gözlemler kullanılmıştır. Zimbabve'deki Makoni kırsal ilçesindeki dört kırsal sağlık tesisinde kadınlarla, 27 derinlemesine görüşme ve beş odak grup görüşmesi yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler ve odak grup görüşmelerinde kadınlar, toplumlarındaki anne sağlık hizmeti sunumu hakkındaki görüş, algı ve inançlarını açıkça ifade edebilmişlerdir. Hem yarı yapılandırılmış görüşmelerin hem de Odak grup görüşmelerinin kullanılması, anne sağlığı hizmetlerine yönelik bireysel ve grup algılarını kavramaya, gebe sağlığı ve doğumla ilgili yerel inanç ve uygulamaları ortaya çıkarmaya yardımcı olmuştur. Kadınlardan elde edilen bulgular, kırsal kesimdeki sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmelerle tamamlanmıştır. Anne sağlığı hizmetlerini sunarken bakış açılarını ve deneyimlerini öğrenmek için altı hemşire, beş köy sağlık çalışanı ve beş geleneksel doğum görevlisi ile görüşülmüştür. Ayrıca, kırsal toplumlarda anne sağlık hizmetleri sunumunu belirleyen politika ve sağlık bağlamını anlamak için, ana politika dokümanlarının ve stratejilerinin kapsamlı bir incelemesi yapılmıştır. Gözlemler ise, anne sağlık hizmetlerinin sunulduğu bağlama görsel bir boyut katmıştır.

Araştırma, dini ve kültürel inanç ve uygulamaların, aile içi kültürel dinamiklerin, sosyal ve fiziksel çevrenin, kalite algılarının, yeterince örgütlenemeyen sağlık sisteminin ve zayıf politika uygulamalarının kırsal kesimde kadınlar arasında anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkilediğini ortaya koymuştur. Zimbabve kırsalındaki anne sağlığı sorunlarının, dini ve sosyo-kültürel bir bağlamının olduğu anlaşılmaktadır. Dini ve kültürel inanç ve uygulamalar, anne sağlığı bakımı ve hamilelik konularının yorumlanmasını etkileyen güçlü bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Bu faktör, anne sağlığının ne zaman, nasıl ve nerede aranacağı konusunda bir etkiye sahiptir. Çalışma, sağlık hizmetlerinin nerede aranacağı ile ilgili kararların, dini ve kültürel bir bağlamda verildiğini ortaya çıkarmıştır. Bu bağlam, kadınların sağlık tesislerini ziyaret etmeden önce geleneksel anne sağlığı hizmetlerini kullanmasına neden olmuştur. Ayrıca, geleneksel ve inanç şifacıları, sağlık hizmeti

kullanımında kilit bir rol oynamaktadır. Geleneksel şifacılar düzenli olarak danışılmaktadır ve onlar kadınlara sağlık merkezlerini ziyaret etmeleri için izin vermekle sorumludur.

Çalışma, geleneksel aile içi dinamiklerin köylerde sağlık hizmetlerinin kullanılmasını engellemeyi sürdürdüğünü ortaya koymuştur. Aile içi dinamikler, geleneksel aile rollerinin, kadının ailedeki konumu (gelin, anne, eş) ve erkeklerin gebelik ve doğumla ilgili konulardaki rolleri sayesinde, düşük anne sağlığı kullanımına katkıda bulunmuştur. Hanehalkı rolleri, kadınların yaşamlarına ağır bir yük getirmekte ve onlara sağlık tesislerini ziyaret etmek için yeterli zaman bırakmamaktadır. Kocalar ayrıca karılarına yardım etmek veya sağlık tesislerine gitmek için eşlik etmek konusunda isteksizdiler. Bu nedenle, böyle bir aile ortamı, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemiştir. Geleneksel sağlık hizmetleri, kadınlar için uygun ve hızlı oldukları, hastane hizmetlerinden farklı olarak her zaman erişilebildikleri için mevcut tek seçenek olmuştur. Bir kadının sosyal ağı, anne sağlığı kullanımını etkileyen bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Bulgu, sosyal ağların kadınlara, bilgi ve finansal destek sağlamada etkili olduğunu göstermektedir. Daha büyük sosyal ağlara sahip kadınlar, aile üyeleri ve arkadaşları tarafından sağlanan yardımlardan yararlanmaktadır. Öte yandan, kapalı sosyal ağlara sahip olan kadınlar, sağlık hizmetlerinden yararlanamamıştır. Örneğin, aşırı muhafazakâr kilise gruplarından kadınlar, baskı altına alınarak sağlık tesislerini ziyaret etmekten caydırılmıştır. Bu kiliselerin, anne sağlık hizmetleri sunan kendi geleneksel doğum görevlileri bulunmaktadır.

Coğrafi özellikleri içeren fiziksel çevre, sağlık tesislerden sağlık hizmeti almaya çalışan kadınlara engel teşkil etmektedir. Uzun mesafeler, coğrafi uzaklık ve kötü yol ağları gibi faktörler sağlık hizmetleri kullanımını engellemektedir. Fiziksel çevre, maliyet, zaman ve sosyal çevre gibi diğer faktörlerle yakından ilişkilidir. Coğrafi engeller de kadınların sağlık tesislerinden almayı umduğu algılanan bakım kalitesi ile iç içedir. Bu çalışma, hastanelerden sağlık hizmeti alma kararının çok çeşitli faktörleri içeren bir maliyet ve fayda analizinden sonra yapıldığını ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle, kadınlar daha düşük maliyetler ve daha az dini, kültürel ve ekonomik engeller nedeniyle geleneksel sağlık hizmetlerini kullanmaktadır.

Sağlık hizmetinin sunum şekli, kadınların sağlık arama davranışlarını şekillendirmede kilit bir rol oynamaktadır. Kadınlar, anne sağlık hizmetlerini düşük kaliteli

olarak görmektedirler. Bu, durum, kadınların sağlık tesislerinde sağlık hizmeti almalarını engellemektedir. Bunun sonucu olarak, kadınlar köylerdeki geleneksel doğum görevlilerinden sağlık hizmeti almaktadırlar. Ev/köy ortamı tanıdık ve doğal kabul edilmekte, kadınlara istediklerini yapma özgürlüğü veriyor gibi görünmektedir. Kadınların sağlık tesislerini kullanma tercihinin düşük olması, tesislerdeki genel ortamla bağlantılıdır. Zimbabve'de kırsal sağlık tesisleri, uzun bekleme kuyrukları, yetersiz personel, uyuşturucu ilaç ve ekipman sıkıntısı ve altyapı yetersizliği ile karakterize edilmektedir. Geleneksel ve inanç sağlık hizmetleri, kadınların sağlık tesislerinde karşılaşılabilecekleri bazı rahatsızlıklardan kaçınmalarını sağlamaktadır. Ayrıca, zayıf bir sağlık sistemi kadınlara ve sağlık çalışanlarına ağır yükler getirmektedir. Bu durum, kadınları hastanelerde sağlık hizmeti aramaktan caydırmaktadır. Zimbabve'deki anne sağlığı bakımı, birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımına ve Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyelerine dayanmaktadır. Bu tür yaklaşımlar, yerel kadınların ihtiyaçlarını dikkate almamaktadır. Bu çalışma, anne sağlığının dini-kültürel bir bağlamda anlaşılması gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle sağlık politikaları ve stratejileri, yerel toplum düzeyindeki kadınların gereksinimlerini karşılayamamaktadır.

Dini ve kültürel ortam, aile içi dinamikler, sosyal ve fiziksel çevre, kalite algıları, sağlık sistemi ve sağlık yönetim faktörlerinin etkileşimi, Zimbabve'deki kırsal kesimde anne sağlık hizmetlerinin kullanılmasını engellemeye devam etmektedir. Dini ve kültürel inançlar, insanların gebelik ve doğum konularındaki algılarını şekillendirmiştir. Gebelik ve doğum, Tanrının doğal olayları olarak görüldüğünden, sorunlar ve hastalıklar da aynı bağlamda yorumlanmaktadır. Sağlık tesislerinden anne sağlık hizmetleri kullanımı, insanları Tanrı'nın üzerine çıkarmak olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri, öncelikle geleneksel ve inanç şifacılarından aranmaktadır. Onların izni ile bir kadın daha sonra sağlık tesislerini ziyaret edebilmektedir. Benzer şekilde, güç ve ilişkilerin içsel dinamikleri, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sınırlamaktadır. Aile işleri, bir kadının sağlığından daha önemli olarak kabul edilmektedir. Eşlerinin yardımı ve desteği olmadan, kadınlar sağlık hizmetlerinin kullanılmamasına karşı savunmasız kalmaktadırlar. Öte yandan, sosyal ağlar, artan sağlık kullanımı için elverişli bir ortam sağlamıştır. Büyük sosyal ağlara dâhil olan kadınlar, sağlık tesislerine gitmelerini sağlayan bilgi ve finansal

desteklerden yararlanmaktadırlar. Bununla birlikte, Apostolik kilise grupları gibi sıkı sosyal gruplar, kadınları kendi değerlerine uymaya zorlamakta ve bu da sağlık hizmetlerinin kullanılmamasına sebep olmaktadır. Sosyal ve fiziksel çevre, anne sağlık hizmeti kullanımına engel teşkil etmektedir. Bu engeller, sağlık hizmeti aramadan önce kadınların yaptığı maliyet ve fayda analizleriyle yakından ilişkilidir. Son olarak, sağlık sistemi eksiklikleri ve yönetim başarısızlıkları, sağlık tesislerini kullanan kadınlara büyük zorluklar çıkarmaktadır. Sağlık tesislerindeki koşullar, kadınların sağlık tesislerini ziyaret etmelerini engelleyen bakım kalitesi algısını şekillendirmektedir. Böyle bir bağlamda kadınlar, başka bir seçenek olarak evlerini veya geleneksel anne sağlık hizmetlerini kullanmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum daha yaygın ve popüler hale geldikçe, yaşayan bir gerçeklik haline almaktadır. Sonuç olarak, bu topluluklardan insanların günlük gerçekleri, anne sağlığı hizmetlerinin kullanılmamasını normalleştirmektedir.

Çalışmadaki bulgulara dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler, anne sağlığı hizmetlerinin ve politikalarının belirlenmesinde politika etkilerine sahiptir.

- Bu çalışma, sağlık çalışanlarının sosyo-kültürel yetkinliklerinin güçlendirilmesi yoluyla, tıbbi olarak güvenli ve kültürel olarak yeni bir anne sağlık hizmetleri paketinin tasarlanmasını önermektedir.
- Politikalar ve stratejiler, sosyo-kültürel bağlamın sağlık kullanımı üzerindeki rolünü kabul etmelidir. Ulusal Sağlık politikaları, sağlık sistemlerini sağlık ve hastalıkların içinde meydana gelmiş olduğu sosyo-kültürel bağlamlarda yanıt vermeye yönlendirmelidir.
- Biyolojik olanların ötesinde diğer hastalık ve hastalık nedenlerini kucaklayan bir sağlık sisteminin tasarlanması şiddetle tavsiye edilmektedir. Böyle bir sistem, yerel kadınlar tarafından kolayca kabul edilebilir, çünkü bu sistem, sağlık ve hastalık hakkındaki yorumlarına dayanarak onların kendi özel ihtiyaçlarına cevap verecektir.
- Çalışma aynı zamanda yerel halkın, erkeklerin, kadınların, topluluk liderlerinin ve sağlık çalışanlarının politika oluşturma sürecine dâhil edilmesini

önermektedir. Yerel halk, onları tam olarak kabul edebilmek için sağlık politika ve programlarına sahip olduklarını hissetmelidir.

- Anne sağlık hizmetlerinin kullanımını teşvik etmeyi amaçlayan herhangi bir programa kayınvalidelerin dâhil edilmesi şiddetle önerilmektedir. Kayınvalideler, hamile kadınların sağlık hizmetlerine erişimini güçlendirecek ortaklar olarak değerlendirilebilirler. Annenin kanuna dâhil edilmesi, kadınlara verilen bakım yükünü azaltacak ve sosyal ağlarını genişletecektir.

- Çalışma, erkeklerin katılması için onlara teşvik sağlamasını öngören anne sağlığı programlarının tasarlanması önermektedir.

- Çalışma, kırsal sağlık tesislerinin kadınların tarla ve bahçelerine gitmedikleri günlerde anne sağlığı günlerini planlamasını önermektedir. Bu, kadınlara başka konular hakkında endişelenmeden sağlık tesislerine gitme fırsatı verecektir. Ayrıca, bu çalışma, sağlık çalışanlarının, tarım günlerinde, kilise toplantılarında ve sosyal etkinliklerde kadınları ziyaret etmelerini ve boş zamanlarında onlara sağlık hizmeti vermelerini önermektedir.

- Çalışma, yeterli ilaç ve ekipman sağlanmasını, sevk sisteminin güçlendirilmesini ve sağlık tesisleri altyapısının iyileştirilmesini önermektedir.

- Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen kültürel ve sosyolojik faktörlerle ilgili eğitim almaları şiddetle tavsiye edilmektedir. Hemşirelerin anne sağlık hizmetlerini sağlamada geleneksel doğum görevlileri ile birlikte çalışmaya teşvik edilmesi gerekmektedir. İki hizmet sağlayıcı grubu arasında bilgi paylaşımı çok önemlidir. Doğumlarda da, yerel geleneksel doğum görevlileri ve hemşirelerin ortaklaşa çalışması teşvik edilmektedir.

- Çalışma, ulusal bütçede sağlık fonlarının artırılmasını önermektedir. Ayrıca, anne sağlık hizmetleri için ayrılan fonlar zamanında artırılmalı ve dağıtılmalıdır. Teşvikler, özellikle bakım kalitesiyle ilgili performans göstergelerine bağlı olmalıdır.

- Politika tutarsızlıkları ve boşlukları derhal ele alınmalıdır. Bir öneri olarak, kırsal kesimdeki kadınlar için özel bir anne sağlık politikası, kırsal kesimdeki kadınların karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmek için formüle edilmelidir. Gıda

güvenliği, eğitim ve ekonomik kalkınmayı hedef alan politikalara yerel düzeyde öncelik verilmelidir.

Bu çalışma araştırma sorularına cevap vermeyi başarmış olsa da sınırlılıklar bölümünde ortaya konulan bazı konuları araştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma daha fazla araştırma için aşağıdaki önerileri yapmaktadır.

- Çalışma aynı sosyal-kültürel geçmişe sahip homojen bir gruptan kadınların deneyimlerine dayanmaktadır ve farklı bir gruptan gelen kadınların deneyimleri farklı olabilir. Ayrıca, çalışma katılımcıları bir kırsal ilçeden edilmiştir. Bu nedenle, küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle, bu çalışmanın sonuçları Zimbabwe'deki tüm kırsal kadınların deneyimlerini tam olarak yansıtmayabilir. Gelecekteki araştırmalar güvenilirliği geliştirmek için kırsal Zimbabwe'nin diğer farklı bölgelerinden daha fazla katılımcıyı dâhil ederek çoğaltılabilir.

- Öte yandan, araştırma, anne sağlık hizmetlerinde erkeklerin deneyimlerini araştırmamaktadır. Erkeklerin anne sağlığı konusundaki görüşleri ve algıları konuyla ilgili ek bilgi sağlayabilir ve kırsal kadınların anne sağlığı hizmetlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabilirdi, ancak bu çalışmada yapılmamıştır. Gelecekte, olası araştırmalar, anne sağlık hizmetlerinde erkeklerin rolüne bakmalıdır.

- Dini ve kültürel inançlar, hamilelik ve doğumun sosyal inşasında kilit öneme sahiptir. Gelecekteki araştırmalar, belirli bir dini veya geleneksel gruptaki kadınların deneyimlerini keşfedebilir. Bu bize özellikle anne sağlığının düşük kullanımı yaşayan gruplar arasında sağlık hizmeti arayan insanlar hakkında daha fazla bilgi sağlayacaktır.

- Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilemede ailelerin rolü küçümsenemez. Bir çalışma, geleneksel aile sistemlerinin sağlık hizmetlerinin kullanımındaki rolüne odaklanabilir. Geleneksel aileler hala özellikle kırsal alanlarda Zimbabwe'de yaygın olduğu için bu önemlidir.

Sonuç olarak, bu çalışma, Zimbabwe'nin kırsalında sağlık tesislerinde sadece anne sağlığı hizmeti sunmanın önemli olmadığını vurgulamaktadır. Sosyo-kültürel belirleyicilere ve bunların sağlık hizmeti kullanımına etkilerine özellikle dikkat etmek de aynı derecede

önemlidir. Bu tespit, kültürel olarak kabul edilebilir sağlık hizmetlerinin sağlanmasına olanak sağlayacaktır. Sorunun çözümünde tüm yaklaşımlara uyan tek bir boyut yoktur. Aksine, sağlığın daha geniş sosyal belirleyicilerini hedef alan bütünsel bir yaklaşım gerekmektedir. Politikalar ve programlar, bilginin dini ve kültürel inşasını, yerel toplulukların inançlarını ve uygulamalarını, kadınların güçsüzlüğünü sürdüren içsel dinamikleri, bakım kalitesi algılarını ve kötü sağlık hizmetleri sistemlerini ele almalıdır. Öte yandan hükümet, elverişli bir politika ortamı sağlamalı ve yerel halkın ihtiyaçlarına cevap verebilmesi için sağlık sistemini güçlendirmelidir.

KAYNAKÇA

- ABORIGO Raymond A. vd., “Male involvement in maternal health: Perspectives of opinion leaders”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 18, S. 1, 2018, ss. 1–13.
- ADEDOKUN Sulaimon T., Olalekan A. UTHMAN, “Women who have not utilized health Service for Delivery in Nigeria: Who are they and where do they live?”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 19, S. 1, 2019, ss. 13–35.
- ADGOY Elias Teages, “Key social determinants of maternal health among African countries: a documentary review”, *MOJ Public Health*, C. 7, S. 3 (2018), ss. 1–14.
- ADIBI Hossein, “Health: Its Implications within the Biomedical and Social Models of Health – A Critical Review”, *Journal of Selected Areas in Health Informatics*, C. 4, S. 2, 2014, ss. 16–23.
- AKOWUAH Jones Asafo, Peter AGYEI-BAFFOUR, Dadson AWUNYO-VITOR, “Determinants of antenatal healthcare utilisation by pregnant women in third trimester in peri-urban Ghana”, *Journal of Tropical Medicine*, C. 2, S. 2, 2018, ss. 56–75.
- ALAN Bryman, *Social Research Methods*, 4. b., London: Oxford University Press, 2012.
- ALKEMA Leontine vd., “Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group”, *The Lancet*, C. 387, S. 10017, 2016, ss. 462–74.
- ALVES Sabrina Alaíde Amorim, Maryldes Lucena Bezerra DE OLIVEIRA, “Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact”, *Journal of Human Growth and Development*, C. 28, S. 2, 2018, ss. 183–88.
- ANGELA TOD Julia Hirst, *Health and Inequality: Applying Public Health Research to Policy and Practice*, 1st b., Routledge, 2014.
- ARABACI Zeynep, Ergün HASGÜL, Ayşe SERPEN, “Türkiye’de Kadın Göçmenlik ve Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi”, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, C. 0, S. 36, 2016, ss. 129–44.
- ARCAYA Mariana C., Alyssa L. ARCAYA, S. V. SUBRAMANIAN, “Inequalities in health: definitions, concepts, and theories”, *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, C. 38, S. 4, 2015, ss. 261–71.
- AREMU Olatunde, Stephen LAWOKO, Koustuv DALAL, “Neighborhood socioeconomic disadvantage, individual wealth status and patterns of delivery care utilization in Nigeria: A multilevel discrete choice analysis”, *International Journal of Women’s Health*, C. 3, S. 1, 2011, ss. 167–74.
- ASRESE Kerebih, Margaret E. ADAMEK, “Women’s social networks and use of facility delivery services for uncomplicated births in North West Ethiopia: A community-

- based case-control study”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 17, S.1, 2017, ss. 441–456.
- ATTIA Mariam, Julian EDGE, “Be(com)ing a reflexive researcher: a developmental approach to research methodology”, *Open Review of Educational Research*, C. 4, S. 1 2017, ss. 33–45
- AUSTIN Anne vd., “Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: An overview of the evidence”, *Reproductive Health*, C. 11, S. 2, 2014, ss. 1–9.
- AUSTIN Anne L., Robert L. SUTHERLAND, Julian L. WOODWARD, “Introductory Sociology”, *The American Journal of Nursing*, C. 38, S. 8 (2009), ss. 962–98, doi:10.2307/3413956.
- AYTAÇ Ömer, Muzaffer Çağlar KURTDAŞ, “Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 25, S. 1, 2015, ss. 231–50.
- BAŞOL Emel, “Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri”, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 4, S. 8, 2015, ss. 128–40.
- BAUM Frances, “Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate”, *Social Science and Medicine*, C. 40, S. 4, 1995, ss. 459–68.
- BAYHAN Vehbi, “Sosyal Bilimlerde ‘Objektiflik’ Efsanesi”, *Mukaddime*, C. 7, S. 2, 2016, ss. 217–42.
- BELEK İlker, “Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenebilir ve Kabul Edilemez Bir Politik Ekonomi Sorunu”, *Toplum ve Hekim*, C. 13, S. 2, 1998, ss. 96–104.
- BERCH Berberoglu, *Klasik ve Çağdaş Sosyal Teoriye Giriş: Eleştirel Bir Perspektif*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2009.
- BESSANT Leslie, Oyekan OWOMOYELA, “Culture and Customs of Zimbabwe”, *The International Journal of African Historical Studies*, C. 36, S. 1, 2003, ss. 1–159.
- BLAXTER Mildred, *Health*, 2. b., Polity, 2010.
- , *Health and lifestyles*, 6. b., London and New York: Routledge, 2003.
- BLOOM Samuel William, *The Word As Scalpel: A History of Medical Sociology*, 7. b., London: Oxford University Press, 2002.
- BOTTOMORE Tom, Robert NISBET, *Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi*, 3. b., Kırmızı Yayınları, 2014.
- BOYACIOĞLU Aslihan Öğün, Ayfer TÜRKMEN, “Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey”, *Culture, Health and Sexuality*, C. 10, S. 3, 2008, ss. 277–85.
- BRADBY Hannah, *Medical sociology: An introduction*, 1. b., London: Sage Publications,

- 2009.
- , “Social Theory and the Sociology of Health and Medicine”, *Medicine, Health and Society*, 2. b., 1: SAGE Publications, 2012, ss. 22–40,.
- BRAULT Marie A. vd., “Links between social environment and health care utilization and costs”, *Journal of Gerontological Social Work*, C.1, S.3, 2018, ss.23-45.
- BRAUN Virginia, Victoria CLARKE, “Using thematic analysis in psychology”, *Qualitative Research in Psychology*, C. 3, S. 2, 2006, ss. 77–101.
- BRIAN Maguranyanga, “Apostolic Religion , Health and Utilization of Maternal and Child Health Services in Zimbabwe”, Harare, 2009, ss. 1-79.
- BROUWERE Vincent DE, René TONGLET, Wim VAN LERBERGHE, “Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: What can we learn from the history of the industrialized West?”, *Tropical Medicine and International Health*, C. 3, S. 10, 1998, ss. 771–82.
- BRUNNER Eric, Michael MARMOT, “Social organization, stress, and health”, *Social Determinants of Health*, ed. Michael Marmot and Richard Wilkinson, 2. b., Oxford Scholarship, 2009, ss. 36–63.
- BRÜSSOW Harald, “What is health?”, *Microbial Biotechnology*, C. 6, S. 4, 2013, ss. 341–48.
- BURY Michael, Jonathan GABE, *The sociology of health and illness: A reader*, Polity, 2013.
- BÜYÜKÖZTÜRK Şener vd., *Bilimsel araştırma yöntemleri*, 25. b., Ankara: Pegem Akademi, 2017.
- CALDWELL Bruce, “Mark Nichter: Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter”, *Journal of Population Research*, C. 26, S. 2, 2009, ss. 203–5.
- CAMPBELL Bruce, “Maternal and Neonatal Health Assessment in Zimbabwe”, Harare, 2014.
- ÇATAK Binali vd., “İstanbul’da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi”, *Perinatoloji Dergisi*, C. 20, S. 3, 2012, ss. 126–34.
- CHATTOPADHYAY Rupak, “Zimbabwe: Structural adjustment, destitution & food insecurity”, *Review of African Political Economy*, C. 27, S. 84, 2000, ss. 307–16.
- CHI Primus Che vd., “A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 15, S. 1, 2015, ss 1-11.
- CHIRIKURE Shadreck vd., “Zimbabwe culture before Mapungubwe: New evidence from Mapela Hill, South-Western Zimbabwe”, *PLoS ONE*, C. 9, S. 10 2014, ss. 1–11.

- CHOGUYA Naume Zorodzai, “Traditional and Skilled Birth Attendants in Zimbabwe: A Situational Analysis and Some Policy Considerations”, *Journal of Anthropology*, C. 2, S. 1 2015, ss. 1–11.
- , “Traditional Birth Attendants and Policy Ambivalence in Zimbabwe”, *Journal of Anthropology*, C. 0, S. 1 2014, ss. 1–9
- CIUK Sylwia, Dominika LATUSEK, “Ethics in qualitative research”, *Qualitative Methodologies in Organization Studies*, C. 1, S. 1, 2017, ss. 195–213.
- CLAINCHE-PIEL Le, *Sociology of Health and Illness*, London: Sage PublicationsSage CA: Thousand Oaks, CA, 2015.
- COCKERHAM William C., “Max Weber: Bureaucracy, Formal Rationality and the Modern Hospital”, *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, 2. b., London: Palgrave Macmillan, 2015, ss. 1–710.
- , *Medical Sociology*, 13. b., New York: Routledge, 2016.
- , *Medical Sociology on the Move*, 1. b., London: Springer, 2013.
- , *Social Causes of Health and Disease*, 2. b., London: Wiley & Sons, 2007.
- COLLYER Fran, “The Rise and Fall of Theoretical Paradigms in Health and Medical Sociology : 1960-2009”, 2009.
- CONRAD Peter, “The shifting engines of medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*, C. 46, S. 1, 2005, ss. 3–14.
- CONTI Andrea Alberto, “Historical evolution of the concept of health in Western medicine.”, *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, C. 89, S. 3, 2018, ss. 352–54.
- COOMER Jayson, Thomas GSTRAUNTHALER, “The hyperinflation in Zimbabwe”, *Quarterly Journal of Austrian Economics*, C. 14, S. 3 (2011), ss. 311–46.
- COPAC, “The Constitution of Zimbabwe”, *Constitution of Zimbabwe*, 2012.
- COSTA Kimberley H Da, “Evaluation Report : Implementation Science Promoting participatory action dialogue to build shared responsibility in addressing gender dimensions in health service delivery through participatory evaluation in Makoni District, Zimbabwe April”, Harare, 2015.
- CRESWELL John W., *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 4. b., Sage Publications, 2017.
- , *Sage Handbook of qualitative research*, Sage Publications, 2011.
- DAHRENDORF Ralf, *Class and class conflict in industrial society*, First., Stanford California: Stanford University Press, 1959.
- , *Class and class conflict in industrial society*, 1. b., Stanford California: Stanford University Press, 2006.

- DARMSTADT Gary L. vd., “A strategy for reducing maternal and newborn deaths by 2015 and beyond”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 13, S. 1, 2013, ss. 200–216.
- DERİN Murat, “Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Kapsamında Türkiye'nin Sağlık Alanına İlişkin Mevcut Durum Analizi”, *Journal of International Social Research*, C. 11, S. 57, 2018, ss. 558–68.
- DEVEREUX Corinne, “Models of the Physician-Patient Relationship”, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, C. 268, S. 11, 1992, ss. 1410–23.
- DICKSON Kim E. vd., “Scaling up quality care for mothers and newborns around the time of birth: An overview of methods and analyses of intervention-specific bottlenecks and solutions”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 15, S. 2, 2015, ss. 1–8.
- DIMBUENE Zacharie Tsala vd., “Women’s education and utilization of maternal health services in Africa: A multi-country and socioeconomic status analysis”, *Journal of Biosocial Science*, C. 50, S. 6, 2018, ss. 800–822.
- DİNÇ Cengiz, “Zimbabve Krizinin Kökenleri ve Geçiş Süreci”, *Akademik İncelemeler Dergisi*, C. 7, S. 1, 2012, ss. 337–68.
- DİNÇER Pelin, “Feminist Araştırmada İçeriden ve/veya Dışarıdan Olmak: Akademi ve Aktivizm Arasında Bir Köprü olarak Düşünümsellik”, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 2, S. 3, 2019, ss. 3728–45.
- DODZO Munyaradzi vd., “Praying until death: Apostolicism, delays and maternal mortality in Zimbabwe”, *PLoS ONE*, C. 11, S. 8 (2016), ss. 1–12.
- DODZO Munyaradzi ., Marvellous MHLOYI, “Home is best: Why women in rural Zimbabwe deliver in the community”, *PLoS ONE*, C. 12, S. 8 (2017), ss. 1–13, doi:10.1371/journal.pone.0181771.
- DOLUNAY Şenol, *Sembolik Etkileşim*, 1. b., Net Kitaplık Yayın, 2017.
- DONMOZOUN Telesphore Some, Issiaka SOMBIE, Nicolas MEDA, “What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study”, *Pan African Medical Journal*, C. 18, S. 43, 2014, ss. 1–12.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, “Sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik eylemler: Önceki deneyimlerden elde edilenler”, Geneva, 2019.
- , “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”, Ankara, 1998.
- , “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları”, Ankara, 2009.
- DURKHAIM Emile, *Emile-Durkheim-İntihar*, ed. Şeniz Baş, Pozitif Yayınları, 2013.
- EDLES Laura Desfor, Robert Alun JONES, *Emile Durkheim: An Introduction To Four Major Works.*, 3. b., Chicago: University of Illinois, Carbondale, 1987.

- ELDER Glen H., “Family history and the life course”, *Journal of Family History*, C. 2, S. 4, 1977, ss. 279–304.
- EMBRETT Mark G., Glen. E. RANDALL, “Social determinants of health and health equity policy research: Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory”, *Social Science and Medicine*, C. 108, S. 1, 2014, ss. 147–55.
- ENGELS Frederick, “The condition of the working class in England”, *The Sociology and Politics of Health: A Reader*, C. 1, S. 4 (2005), ss. 8–13.
- ESRC, “The Dahlgren–Whitehead rainbow model of health”, *Economic and Social Research Council*, 2018.
- FARRE Albert, Tim RAPLEY, “The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness”, *Healthcare*, C. 5, S. 4 2017, ss. 88-110.
- FAWCUS Susan. vd., “A Community-Based Investigation of Maternal Mortality from Obstetric Haemorrhage in Rural Zimbabwe”, *Tropical Doctor*, C. 27, S. 3, 1997, ss. 159–63.
- FAWCUS Susan vd., “A Community-based Investigation of Avoidable Factors for Maternal Mortality in Zimbabwe”, *Studies in Family Planning*, C. 27, S. 6 (1996), ss. 319-33.
- FENNY Ama Pokuaa vd., “Trends and causes of socioeconomic inequalities in maternal healthcare in Ghana, 2003–2014”, *International Journal of Social Economics*, C. 46, S. 2, 2019, ss. 288–308.
- FERRER Robert L., “Social determinants of health”, *Chronic Illness Care: Principles and Practice*, 1. b., Sage Publications, 2018, ss. 435–49.
- FINLAY Linda, Brendan GOUGH, *Reflexivity: A Practical Guide for Researchers in Health and Social Sciences*, ed. Brendan Gough Linda Finlay, 1. b., Blackwell Science, 2008.
- FLATSCHER Matthias, Torsten LIEM, “What is Health? What is disease? Thoughts on a complex issue”, *The AAO Journal*, C. 21, S. 4, 2011, ss. 0–3.
- FREIDSON Eliot, “The Sociology of Medicine”, *Current Sociology*, C. 11, S. 3, 1962, ss. 123–40.
- FUKUDA-PARR Sakiko, “From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development”, *Gender and Development*, C. 24, S. 1, 2016, ss. 43–52.
- FURNHAM Adrian, “Explaining health and illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery”, *Social Science and Medicine*, C. 39, S. 5, 1994, ss. 715–25.

- GAITONDE Rakhal, “Conceptual approaches to examining health inequities”, *Health Inequities in India: A Synthesis of Recent Evidence*, 2017, 31–54.
- GANLE John Kuumuori. vd., “A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 14, S. 1, 2014, ss. 1–9.
- , “Inequities in accessibility to and utilisation of maternal health services in Ghana after user-fee exemption: A descriptive study”, *International Journal for Equity in Health*, C. 13, S. 1, 2014, ss. 1–12.
- GANLE John Kuumuori, “Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: A qualitative study Healthcare availability and accessibility”, *BMC International Health and Human Rights*, C. 15, S. 1, 2015, ss. 1–13.
- GARY ALBRECHT Ray Fitzpatrick, and Susan C. SCRIMSHAW, “Handbook of Social Studies in Health and Medicine”, *SAGE Publications Ltd*, C. 91, S. 3 (2000), ss. 399–404.
- GILBERT Leah, “Sociology and the New Public Health in South Africa”, *Anthropology Southern Africa*, C. 26 , S.0, 1995, ss. 115–24.
- GLASER Barney G., Anselm L. STRAUSS, *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Chicago: Aldine Publishing, 2017.
- GÖKSOY Süleyman, “Paradigma ve Paradigmalar”, *Uluslararası Liderlik Eğitimi Dergisi*, C. 1, S. 1, 2019, ss. 1–15.
- GÖRAN Dahlgren., Margaret WHITEHEAD, “Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe”, *Institute for Futures Studies*, 1991.
- GOVERNMENT OF ZIMBABWE, “The Zimbabwe National Maternal and Neonatal Health Road Map”, Harare, 2007.
- , “Zimbabwe Agenda for Sustainable Socio-Economic Transformation (Zim Asset) : Towards an Empowered Society and a Growing Economy”, *Zimasset*, Harare, 2013.
- , “Zimbabwe Government Portal”, (18.04.2019), <http://www.zim.gov.zw/>.
- GREAVES David, “Reflections on a new medical cosmology”, *Journal of Medical Ethics*, C. 28, S. 2 (2002), ss. 81–85.
- GREGORY Weiss., Lonquist LYNNE, *The Sociology of Health, Healing, and Illness*, 1. b., London: Pearson Prentice Hall, 2006.
- GRÉPIN Karen A., Prashant BHARADWAJ, “Maternal education and child mortality in Zimbabwe”, *Journal of Health Economics*, C. 44, S. 0, 2015, ss. 97–117.
- GUBRIUM Jaber F., James A. HOLSTEIN, “Life Course Malleability: Biographical Work

- and Deprivatization”, *Sociological Inquiry*, C. 65, S. 2, 1995, ss. 207–23.
- GUTMANN Justin, “Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers”, *International Journal of Market Research*, C. 56, S. 3, 2014, s. 407.
- HA Wei vd., “Is religion the forgotten variable in maternal and child health? Evidence from Zimbabwe”, *Social Science and Medicine*, C. 118, S. C, 2014, ss. 80–88.
- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ, “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, Ankara, 2014.*
- HAFFERTY Brian CastellaniFrederic W., “The Complexities of Medical Professionalism: A Preliminary Investigation”, *Professionalism in Medicine*, London and New York: Sage Publications, 2006, ss. 3–23.
- HENDERSON Lawrence Joseph, “Physician and Patient as a Social System”, *New England Journal of Medicine*, C. 212, S. 18, 1935, ss. 819–23.
- HERO Course, “The Historical Development of Medical Sociology”, 2016, (28.01.2019), <https://www.coursehero.com/file/26252400/The-Historical-Development-of-Medical-Sociologyppt/>.
- HERZLICH Claudine, “A journey in the field of health: From social psychology to multi-disciplinarity”, *Journal of Health Psychology*, C. 23, S. 3, 2018, ss. 386–96..
- HINZE Susan W., Heidi L. TAYLOR, *Medical sociology*, 1. b., New York: Blackwell Publishing Ltd Blackwell, 2015.
- HOLT-LUNSTAD Julianne, “Social Integration, Social Networks, and Health”, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*, 2015ss. 365–70.
- HOLTZ Timothy H vd., “Health Is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome”, *PLoS Medicine*, C. 3, S. 10, 2006, s. e419.
- HOVE Godfrey, “A History of Zimbabwe”, *South African Historical Journal*, C. 69, S. 3, 2017, ss. 488–92.
- HUBER Machteld A S, “Towards a new , dynamic concept of Health : its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food”, *Political Science*, C. 1, S. 1, 2014, ss. 1–255.
- HUTCHISON E.David., “A Life Course Perspective”, *Dimensions of Human Behavior: The Changing Life Course*, 2010.
- INTERNATIONAL EDUCATION SERVICES, “Cultural Atlas — Zimbabwean Culture”, (18.04.2019), <https://culturalatlas.sbs.com.au/zimbabwean-culture/family-a52a7f05-b70c-4dd0-ae5e-743faf142831>.
- IRWIN Orielle., Alec SOLAR, “A Conceptual Framework for Action on the Social

- Determinants of Health”, *Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, 2007.
- , “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, Geneva, 2010.
- , “Action on the social determinants of health: A historical perspective”, *Global Public Health*, C. 1, S. 1, 2007, ss. 1–12.
- İSMAIL Dursunoğlu, “Sosyal Darvinizm”, *Karabuk University Journal of Institute of Social Sciences*, C. 6, S. 6–1, 1999, ss. 201–201.
- JAIIME Flamenbaum, *A Critique of the Biomedical Model: The clash between physician and patient expectations*, McGill University, 1999.
- JARVIS Martin J., Jane WARDLE, “Social patterning of individual health behaviours: The case of cigarette smoking”, *Social Determinants of Health*, C. 2, S. 1 (2009), ss. 20–31.
- JEANS Mary, “Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness and Health Care”, *Healthcare Policy*, C. 3, S. 1, 2007, ss. 55–57.
- JEFFREYS Margot, “The development of medical sociology in theory and practice in Western Europe 1950-1990”, *European Journal of Public Health*, C. 6, S. 2, 1996, ss. 94–98.
- JEGEDE Samuel, “African Ethics, Health Care Research and Community and Individual Participation”, *Journal of Asian and African Studies*, C. 44, S. 2, 2009, ss. 239–53.
- JIMOH Amzat., Razum OLIVIER, *Medical Sociology in Africa*, 1. b., London: Springer, 2016.
- , *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*, 1. b., London: Springer, 2018.
- JOHN Arhin, *The management of pregnancy in a rural community: A case Study of Anyaman.*, University of Ghana, 2001.
- JOHN Osika. vd., “Zimbabwe Health System Assessment 2010”, *Bethesda, MD: Health Systems*, Bethesda, 2011.
- JULIUS Adinoyi Adavize, “Structural Functionalist View Of Health: Disease And Illness; The Organization And Functioning Of The Modern Healthcare System.”, 2014.
- KAMINSKAS Raimundas, Eimantas PEIČIUS, “The development of medical sociology in the post-soviet society: The case of Lithuania”, *Central European Journal of Public Health*, C. 15, S. 2, 2007, ss. 74–78.
- KAPHLE Sabitra, Heather HANCOCK, Lareen A. NEWMAN, “Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in nepal: Critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages”, *Midwifery*, C. 29, S. 10, 2013, ss. 1173–81.

- KARACA Özgü, “Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı’nın Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi”, Ankara, 2011.
- KARATAŞ Zeki, “Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri”, *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, C. 2, S. 3, 2015, ss. 22–39.
- KASSEBAUM Nicholas J. vd., “Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, *The Lancet*, C. 1, S. 0, 2014, ss. 1201–1215.
- KELLY Ann H., P. WENZEL GEISLER, “The value of transnational medical research”, *Journal of Cultural Economy*, C. 4, S. 1, 2011, ss. 3–10.
- KELMAN Sander, “The Social Nature of the Definition Problem in Health”, *International Journal of Health Services*, C. 5, S. 4, 1975, ss. 625–42.
- KENDALL Kathleen, “Medicine, Health and Society”, *Sociology of Health & Illness*, C. 34, S. 8, 2012, ss. 1266–67.
- KHANNA Renu., Subha. SRI, “Social determinants approach to maternal deaths”, *World Health Organization*, 2020,
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/india-social-determinants/en/.
- KHLAT Myriam, Carine RONSMANS, “Deaths attributable to childbearing in Matlab, Bangladesh: Indirect causes of maternal mortality questioned”, *American Journal of Epidemiology*, C. 151, S. 3, 2000, ss. 300–306.
- KIDIA Khameer K., “The future of health in Zimbabwe”, *Global Health Action*, C. 11, S. 1, 2018, ss. 1–8.
- KIFLE Meron Mehari vd., “Health facility or home delivery? Factors influencing the choice of delivery place among mothers living in rural communities of Eritrea”, *Journal of Health, Population and Nutrition*, C. 37, S. 1, 2018, ss. 1–11.
- KILPATRICK Sarah K., Jeffrey L. ECKER, “Severe maternal morbidity: screening and review”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, C. 215, S. 3, 2016, ss. 17–22.
- KIM Kyung Hee vd., “What are the barriers to antenatal care utilization in Rufisque District, Senegal?: A bottleneck analysis”, *Journal of Korean Medical Science*, C. 34, S. 7, 2019, ss. 1–19.
- KING Jeffrey C., “Strategies to reduce maternal mortality in developed countries”, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, C. 25, S. 2, 2013, ss. 117–23.
- KLINKEN Adriaan VAN, *Karanga Indigenous Religion in Zimbabwe: Health and Well-Being*, 1. b., Exchange, 2008.

- KOÇ İsmet vd., “Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005”, *Tropical Medicine*, Ankara, 2006.
- KRIEGER Nancy, “Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?”, *Social Science and Medicine*, C. 39, S. 7, 1994, ss. 887–903.
- , “Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective”, *International Journal of Epidemiology*, C. 30, S. 30, 2001, ss. 668–77.
- , “Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective”, *International Journal of Epidemiology*, C. 2, S.1, 2001 ss. 11–20.
- KURTDAŞ Muzaffer Çağlar, *Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi (Malatya Örneği)*, Fırat Üniversitesi, 2013.
- LABONTÉ Ronald, Katia MOHINDRA, Ted SCHRECKER, “The growing impact of globalization for health and public health practice”, *Annual Review of Public Health*, C. 32, S. 2, 2011, ss. 263–83.
- LANGLOIS Étienne V. vd., “Inégalités des soins postnatals dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire: Revue systématique et méta-analyse”, *Bulletin of the World Health Organization*, C. 93, S. 4, 2015, ss. 259–70.
- LARSON James S, “The Conceptualization of Health”, *Medical Care Research and Review*, C. 56, S. 2, 1999, ss. 123–36.
- LASSI Zohra S. vd., “Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: Interventions and findings”, *Reproductive Health*, C. 11, S. Suppl 2. 2014, ss. 1–15.
- LIAMPUTTONG Pranee, *The in-depth interviewing method*, 3. b., Melbourne: Oxford University Press, 2009.
- LONGHOFER Wesley, Daniel WINCHESTER, “Social theory re-wired: New connections to classical and contemporary perspectives: Second edition”, *Social Theory Re-Wired: New Connections to Classical and Contemporary Perspectives: Second Edition*, 2016, ss. 1–541.
- LOWE Mat, Duan Rung CHEN, Song Lih HUANG, “Social and cultural factors affecting maternal health in rural Gambia: An exploratory qualitative study”, *PLoS ONE*, C. 11, S. 9, 2016, ss. 1–12.
- MACHIRA Kennedy, Martin PALAMULEN, “Rural–urban differences in the use of postnatal care services in Malawi”, *Journal of Egyptian Public Health Association*, C. 92, S. 1, 2017, ss. 1–10.
- MAGANN Everett F. vd., “Maternal and perinatal outcomes of indicated inductions of labor”, *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, C. 29, S. 14, 2016, ss. 2240–44.

- MAKATE Marshall, Clifton MAKATE, “Prenatal care utilization in Zimbabwe: Examining the role of community-level factors”, *Journal of Epidemiology and Global Health*, C. 7, S. 4, 2017, ss. 255–62.
- , “The evolution of socioeconomic status-related inequalities in maternal health care utilization: evidence from Zimbabwe, 1994–2011”, *Global Health Research and Policy*, C. 2, S. 1, 2017, ss. 1–9.
- MAKINA Daniel, “Historical perspective on Zimbabwe’s economic performance: A tale of five lost decades”, *Journal of Developing Societies*, C. 26, S. 1, 2010, ss. 99–123.
- MALTERUD Kirsti, “Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines”, *Lancet*, 2001.
- MANNAVA Peter. vd., “Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: A systematic review”, *Globalization and Health*, C. 11, S. 1, 2015, ss. 1–9.
- MARMOT Michael, “Social determinants of health inequalities”, *Lancet*, C. 365, S. 9464, 2005, ss. 1099–1104.
- MARMOT Michael, Richard G. WILKINSON, “Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch et al”, *British Medical Journal*, C. 322, S. 7296, 2001, ss. 1233–36.
- , *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı, 2006.
- MAROYI Alfred, “Traditional use of medicinal plants in south-central Zimbabwe: Review and perspectives”, *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, C. 9, S. 1, 2013, ss. 1–11.
- MARQUETTE Catherine M., “Current Poverty, Structural Adjustment, and Drought in Zimbabwe”, *World Development*, C. 25, S. 7, 1997, ss. 1141–49.
- MARTIKAINEN Pekka, Mel BARTLEY, Eero LAHELMA, “Psychosocial determinants of health in social epidemiology”, *International Journal of Epidemiology*, C. 31, S. 6, 2002, ss. 1091–93.
- MATHOLE Thubelihle vd., “A qualitative study of women’s perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe”, *Midwifery*, C. 20, S. 2, 2004, ss. 122–32.
- MATTHEWS Karen A., Linda C. GALLO, Shelley E. TAYLOR, “Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, C. 1186, S. 1, 2010, ss. 146–73.
- MATTSON Susan, “Maternal - Child health in Zimbabwe”, *Health Care for Women International*, C. 19, S. 3, 1998, ss. 231–42.
- MAXWELL Joseph A., “Conceptual Framework: What do you think is going on?”,

- Qualitative Research Design: An Interactive Approach*, 2013, ss. 39–72.
- MBUAGBAW Lawrence, Kesso HABIBA GARGA, Pierre ONGOLO-ZOGO, “Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, C. 2014, S. 2, 2014, ss. 1–9.
- MCCARRISON Rolland., Charles MCNEIL, *Social Medicine*, ed. MICHAELA KOSTIČOVÁ, 1. b., Bratislava: Comenius University, 2015.
- MCELROY Ann, Patricia K. TOWNSEND, *Medical anthropology in ecological perspective*, 6. b., London: Sage Publications, 2018.
- MCTAVISH Sarah, Spencer MOORE, “On est ensemble: Social capital and maternal health care use in rural Cameroon”, *Globalization and Health*, C. 11, S. 1, 2015, ss. 1–13.
- MECHANIC David, “The role of sociology in health affairs”, *Health Affairs*, C. 9, S. 1, 1990, ss. 85–97.
- MEKONNEN Tensae vd., “Trends and determinants of antenatal care service use in ethiopia between 2000 and 2016”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, C. 16, S. 5 (2019), ss. 12–24.
- MEZMUR Markos vd., “Socioeconomic inequalities in the uptake of maternal healthcare services in Ethiopia”, *BMC Health Services Research*, C. 17, S. 1 (2017), ss. 13–17.
- MINISTRY OF HEALTH AND CHILD CARE, “Health in Zimbabwe”, 2018, <http://www.mohcc.gov.zw/>.
- , “Traditional Medicine”, 2017, http://www.mohcc.gov.zw/index.php?option=com_content&view=article&id=149&Itemid=667.
- MINISTRY OF HEALTH AND CHILD WELFARE, “The National Health Strategy for Zimbabwe, 2009-2013. Equity and Quality in Health: A People’s Right”, Harare, 2009.
- MIRIAM Chitura, Manyanhai Itai OFFAT, “Exploring the Determinants of Maternal Mortality Dynamics in Zimbabwe”, *Open, International Journal, Distance Learning*, C. 1, S. 6, 2013, ss. 11–18.
- MISSELBROOK David, “W is for Wellbeing and the WHO definition of health”, *British Journal of General Practice*, C. 64, S. 618, 2014, ss. 39–50.
- MLAMBO Courage, Carlowin CHINAMO, Tawanda ZINGWE, “An investigation of the causes of maternal mortality in Zimbabwe”, *Mediterranean Journal of Social Sciences*, C. 4, S. 14, 2013, ss. 615–20.
- MOHCC, “The National Health Strategy for Zimbabwe 2016-2020”, *Zimbabwe Ministry of*

- Health and Child Care*, 2016.
- MONTESANTI Stephanie Rose, “Cultural Perceptions of Maternal Illness among Khmer Women in Krong Kep, Cambodia”, *vis-à-vis: Explorations in Anthropology*, C. 11, S. 1, 2011, ss. 90–106.
- MÜLLER Franziska, “Sustainable Development Goals (SDGs)”, *Peripherie*, C. 35, S. 140, 2015, ss. 507–10.
- MUNJANJA Stephen, “Zimbabwe Maternal and perinatal mortality”, *Maternal and Perinatal Mortality Study*, Harare, 2007.
- MUSTAFIZUR Rahman., “Determinants of maternal health care utilization in Bangladesh”, *Research Journal of Applied Sciences*, C. 4, S. 3, 2009, ss. 113–19.
- MUZONDIDYA James, “The Zimbabwean crisis and the unresolved conundrum of race in the post-colonial period”, *Journal of Developing Societies*, C. 26, S. 1, 2010, ss. 5–38.
- MUZYAMBA Choolwe vd., “Factors associated with choice of antenatal, delivery and postnatal services between HIV positive and HIV negative women in Zambia”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 19, S. 1, 2019, ss. 1–9.
- MWANGAKALA Hilda A., *Pregnant women’s access to maternal health information and its impact on healthcare utilization behaviour in rural Tanzania, Thesis: Loughborough University*, Loughborough University, 2012.
- MWASE Takondwa vd., “Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso”, *International Journal for Equity in Health*, C. 17, S. 1, 2018, ss. 1–8.
- NAIR Manisha, Catherine NELSON-PIERCY, Marian KNIGHT, “Indirect maternal deaths: UK and global perspectives”, *Obstetric Medicine*, C. 10, S. 1, 2017, ss. 10–15.
- NAPIER David vd., “Cultural Contexts of Health and Well-being, Culture Matters: Using a Cultural Contexts of Health Approach to Enhance Policy-Making”, *WHO Policy Brief*, 2017.
- NAVARRO Vicente, “Social class, political power and the state and their implications in medicine”, *Social Science & Medicine*, C. 10, S. 9–10, 1976, ss. 437–57.
- , “What We Mean by Social Determinants of Health”, *International Journal of Health Services*, C. 39, S. 3, 2009, ss. 423–41.
- NETTLETON Sarah, *The sociology of health and illness*, Polity, 2013.
- NEWSDAY, “Free maternity services require solid funding”, 2018, <https://www.newsday.co.zw/2018/10/free-maternity-services-require-solid-funding/>.
- NEWSDAY ZIMBABWE, “Heads should roll at Parirenyatwa”, 2019, <https://www.newsday.co.zw/2019/09/heads-should-roll-at-parirenyatwa/>.

- NİLÜFER Timisi, “Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komisyonu 47. Dönem Toplantısı”, *İletişim: Araştırmaları Dergisi*, C. 1, S. 1, 2003, ss. 1–9.
- NORDENFELT Lennart, “Understanding the Concept of Health”, *Homage a Wlodek*, 2007, ss. 1–17.
- NUAMAH Gladys Buruwaa vd., “Access and utilization of maternal healthcare in a rural district in the forest belt of Ghana”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 19, S. 1, 2019, ss. 1–13..
- NYATHI Leoba vd., “Investigating the accessibility factors that influence antenatal care services utilisation in Mangwe district, Zimbabwe”, *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, C. 9, S. 1, 2017, ss. 1–13.
- NYAZEMA Norman Z., “The Zimbabwe crisis and the provision of social services: Health and education”, *Journal of Developing Societies*, C. 26, S. 2, 2010, ss. 233–61.
- OGU Rita. N., Lawrence. NTOIMO, Felistas. OKONOFUA, “Perceptions of women on workloads in health facilities and its effect on maternal health care: A multi-site qualitative study in Nigeria”, *Midwifery*, C. 55, S. 2, 2017, ss. 1–6.
- OKONOFUA Friday vd., “Predictors of women’s utilization of primary health care for skilled pregnancy care in rural Nigeria”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 18, S. 1, 2018, ss. 1–14.
- OLAFSDOTTIR Sigrun, *Health-Sociology*, 1. b., London: Oxford Bibliographies, 2014.
- ONONOKPONO, Dorothy, Clifford ODIMEGWU, “Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach”, *The Pan African medical journal*, C. 17, S. Supp 1, 2014, ss. 1–12.
- OPENSHAW Karen, Patrick TERRY, “Zimbabwe’s odious inheritance: Debt and unequal land distribution”, *McGill International Journal of Sustainable Development Law and Policy*, C. 11, S. 1, 2015, ss. 23–37.
- OTS Thomas, “Phenomenology of the Body”, *Anthropologies of Medicine*, 1. b., London: Oxford University Press, 1991, ss. 43–58.
- OVIKUOMAGBE Oyedele, “Determinants of Maternal Healthcare Utilization in Nigeria”, *African Research Review*, C. 11, S. 2, 2017, ss. 283–99.
- OYEWALE Tajudeen O., Thandisizwe R. MAVUNDLA, “Socioeconomic factors contributing to exclusion of women from maternal health benefit in Abuja, Nigeria”, *Curationis*, C. 38, S. 1, 2015, ss. 1–13.
- PARSONS Talcott, *The social structure and Dynamic process: The case of Modern Medical Practice.*, 1. b., London: Graham Scambler, 1951.
- PATTON Michael, *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 4th b., Sage Publications, 2015.

- PAUDEL Mohan vd., “Religio-cultural factors contributing to perinatal mortality and morbidity in mountain villages of Nepal: Implications for future healthcare provision”, *PLoS ONE*, C. 13, S. 3, 2018, ss. 1–9.
- , *Socio-cultural and Health Care Contexts of Perinatal Survival in Rural Mountain Villages of Nepal*, Flinders University, 2018.
- PETA Christine, “The ‘Sacred’ Institution of Marriage: The Case of Disabled Women in Zimbabwe”, *Sexuality and Disability*, C. 35, S. 1, 2017, ss. 45–58.
- PETER Berger., Luckmann THOMAS. Çeviren: Vefa Saygın Öğütle, *Gerçekliğin Sosyal İnşası / Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*, Paradigma Yayınları, 2008.
- PETER Brown., Closser SVEA, *Understanding and Applying Medical Anthropology : Biosocial and Cultural Approaches*, 3. b., Left Coast Press, 2016.
- POPAY Jennie vd., “Beyond ‘beer, fags, egg and chips’? Exploring lay understandings of social inequalities in health”, *Sociology of Health and Illness*, C. 25, S. 1, 2003, ss. 1–23.
- PORTER David., *The history of public health and the modern state.*, 1. b., Amsterdam: Editions Rodopi, 1994.
- RAFTOPOULOS Brian, A. Silas. MLAMBO, *Becoming Zimbabwe. A history from the pre-colonial period to 2008*, 1. b., Harare: Institute for Justice and Reconciliation, 2009.
- RASHID Mamunur, Diddy ANTAI, Diddy ANTAI, “Socioeconomic position as a determinant of maternal healthcare utilization: A population-based study in Namibia”, *Journal of Research in Health Sciences*, C. 14, S. 3, 2014, ss. 187–92.
- ROSENFELD Allan, Deborah MAINE, “Maternal Mortality-A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?”, *The Lancet*, C. 326, S. 8446, 1985, ss. 83–85.
- RUTAREMWA Gideon vd., “Determinants of maternal health services utilization in Uganda”, *BMC Health Services Research*, C. 15, S. 1, 2015, ss. 1–10.
- RUTLI Evren Erman, “Sosyal Bilimlerde Pozitivizm Tartışması: Adorno ve Popper”, *Temaşa Erciyes Üniversitesi Felsefe Bölümü Dergisi*, C. 1, S. 1 (2014), ss. 133–59.
- ŞANLI Deniz, Nurgün PLATIN, “The effect of biomedical model on nursing Biyomedikal modelin hemşireliğe etkisi”, *International Journal of Human Sciences*, C. 12, S. 2, 2015, ss. 897–911.
- SAY Lale vd., “Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis”, *The Lancet Global Health*, C. 2, S. 6, 2014, ss. 1–9.
- SCAMBLER Graham, *Contemporary theorists for medical sociology*, 2. b., London: Sage Publications, 2012.
- SCHMIDT Lothar R., Heike FRÖHLING, “Lay concepts of health and illness from a

- developmental perspective”, *Psychology and Health*, C. 15, S. 2, 2000, ss. 229–38.
- SCHNEIDER Dona vd., “Public Health : The Development of a Discipline . Volume 1 : From the Age of Hippocrates to the Progressive Era Public Health : The Development of a Discipline . Volume 2 : Twentieth-Century Challenges”, C. 176, S. 6, 2012, ss. 562–65.
- SCHWANDT Thomas A, *The SAGE Dictionary of Qualitative Inquiry: Textual experimentation*, 1. b., New York: SAGE Publications Inc, 2015.
- SELMA Öncel, “Kültürel yapı ile sağlık-hastalık ilişkisi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, C. 13, S. 1–3, 1997, ss. 177–84.
- SEMALI Innocent Antony vd., “Social capital as a determinant of pregnant mother’s place of delivery: Experience from Kongwa district in central Tanzania”, *PLoS ONE*, C. 10, S. 10, 2015, ss. 1–9.
- SEYMEN Recep, “İnsan ve Sosyal Teori (Normatif Bir Değerlendirme Denemesi)”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, C. 0, S. 50, 2010, ss. 119–31.
- SHIFRAW Tigest vd., “A qualitative study on factors that influence women’s choice of delivery in health facilities in Addis Ababa, Ethiopia”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 16, S. 1, 2016, ss. 44–61.
- SHIMAMOTO Kyoko, *Investigating Pathways Linking Women’s Status and Power to Skilled Birth Attendant Use at Childbirth in Senegal and Tanzania*, ProQuest Dissertations and Theses, 2015.
- SHIMAMOTO Kyoko, Jessica D. GIPSON, “Investigating pathways linking women’s status and empowerment to skilled attendance at birth in Tanzania: A structural equation modeling approach”, *PLoS ONE*, C. 14, S. 2, 2019, ss. 1–13.
- SHIVAYOGI Preethi, “Vulnerable population and methods for their safeguard”, *Perspectives in Clinical Research*, C. 4, S. 1, 2013, ss. 53–67.
- SHOKO Tabona, “Traditional Herbal Medicine and Healing in Zimbabwe”, *Journal of Traditional Medicine & Clinical Naturopathy*, C. 07, S. 01, 2018, ss. 7–9.
- SIALUBANJE Cephas vd., “Understanding the psychosocial and environmental factors and barriers affecting utilization of maternal healthcare services in Kalomo, Zambia: A qualitative study”, *Health Education Research*, C. 29, S. 3, 2014, ss. 521–32.
- SIBANDA James. vd., “Post natal care in Bubi district deserves more attention.”, *The Central African journal of medicine*, C. 47, S. 4, 2001, ss. 103–8.
- SIEGRIST Johannes, *Medizinische Soziologie*, 1. b., Gesundheitssicherung: Elsevier, Urban und Fischer, 2005.
- ŞİMŞEK Hatice, Bülent KILIÇ, “Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, C. 10, S. 2, 2015, ss. 116–126.

- SINGH Prashant Kumar vd., “Determinants of maternity care services utilization among married adolescents in rural India”, *PLoS ONE*, C. 7, S. 2, 2012, ss. 1–14.
- SOCIALIST HEALTH ASSOCIATION, “The Black Report 1980”, *Socialist Health Association*, London, 1980.
- SOLANKE Bola L. vd., “Religion as a social determinant of maternal health care service utilisation in Nigeria”, *Etude de la Population Africaine*, C. 29, S. 2, 2015, ss. 1868–81.
- SONTAG Susan, Osman. AKINHAY, *Metafor olarak hastalık : AIDS ve metaforları*, 1. b., Ankara: Agora, 2005.
- SPENCER Dale C., “Labelling theory”, *The Routledge Companion to Criminological Theory and Concepts*, 1. b., London: Routledge, 2019, ss. 181–84.
- STACEY Margaret, Hilary HOMANS, “The Sociology of Health and Illness: Its Present State, Future Prospects and Potential for Health Research”, *Sociology*, C. 12, S. 2, 1978, ss. 281–307.
- STARRS Ann ., “Safe motherhood initiative: 20 years and counting”, *Lancet*, C. 368, S. 9542, 2006, ss. 1130–32.
- STERN Bernhard J., “Social Factors in Medical Progress”, *American Journal of Public Health J Public Health*, C. 17, S. 12, 2019, ss. 1260–73.
- STOLLEY Kathy S., *The Basics of Sociology*, 1. b., London: Greenwood Press, 2003.
- SUNDMACHER Leonie, David SCHELLER-KREINSEN, Reinhard BUSSE, “The wider determinants of inequalities in health: A decomposition analysis”, *International Journal for Equity in Health*, C. 10, S. 1, 2011, ss. 123–36.
- SUSTAINABLE TECHNOLOGY EDUCATION PROJECT, “Making traditional musical instruments-Traditional Zimbabwean musical instruments”, 2014, (18.04.2019), <http://stepin.org/casestudy7d2e.html?id=musicalinstruments&page=8>.
- SVALASTOG Anna Lydia vd., “Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society”, *Croatian Medical Journal*, C. 58, S. 6, 2017, ss. 431–35.
- SYMONDS Anthea, Sheila C HUNT, “Social aspects of pregnancy and childbirth”, *The Midwife and Society: Perspectives, Policies and Practice*, London: Macmillan Education UK, 1996, ss. 83–100.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, “Gebelik, doğum, doğum sonrası ve yeni doğan bakımı uygulama rehberi”, 2006.
- TAREKEGN Shegaw M., Leslie S. LIEBERMAN, Vincentas GIEDRAITIS, “Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: Analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, C. 14,

- S. 1, 2014, ss. 1–9.
- TAYLOR Carl. vd., “Surveillance for equity in maternal care in Zimbabwe”, *World Health Statistics Quarterly*, C. 46, S. 4 (1993), ss. 242–47.
- TAYLOR Steve, “Health, Illness and Medicine”, *Taylor S. (eds) Sociology*, , London: Palgrave, 1999, ss. 253–54.
- THADDEUS Sreen, Deborah MAINE, “Too far to walk: Maternal mortality in context”, *Social Science and Medicine*, C. 38, S. 8, 1994, ss. 1091–1110.
- THE EUROPEAN PET FOOD INDUSTRY, “Fact and figures”, *Facts & Figures*, 2012.
- THE LANCET, “What is health? The ability to adapt”, *The Lancet*, C. 373, S. 9666, 2009, s. 781.
- THOROGOOD Judith Green and Nicki, “Qualitative methods for health research”, *SAGE*, 2. b., Sage Publications, 2004, ss. 1–247.
- TIMMERMANS Stefan, Steven HAAS, “Towards a sociology of disease”, *Sociology of Health and Illness*, C. 30, S. 5, 2008, ss. 659–76.
- TIMUR Sermin., Nevin HOTUN-ŞAHİN, “Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, C. 1, S. 1, 2010, ss. 29–40.
- TIRUNEH Fentanesh Nibret, Kun Yang CHUANG, Ying Chih CHUANG, “Women’s autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia”, *BMC Health Services Research*, C. 17, S. 1, 2017, ss. 20–33.
- TOLEDO-PEREYRA Luis H., “Research design”, *Journal of Investigative Surgery*, C. 25, S.1, 2012, ss. 279–80.
- TÖZÜN Mustafa., KAAAN SÖZMEN, “Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi ve Temel Kavramları”, *Smyrna Tıp Dergisi*, C. 58, S. 1, 2014, ss. 58–62.
- TSAWE Mluleki vd., “Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland”, *International Journal for Equity in Health*, C. 14, S. 1, 2015, ss. 1–9.
- TÜRK Johannes, “Health and illness”, *Franz Kafka in Context*, ed. Carolin Duttlinger, 2. b., Polity, 2017, ss. 44–53.
- TURKEY UNFPA, “Dünya Nüfusunun Durumu Raporu 2018”, Ankara, 2018.
- TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ, “Kadın 2000: 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış”, Ankara, 2000.
- TÜRKİYE UNDP, “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri”, 2018, <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>.
- TURNER Bryan S., *Medical Power and Social Knowledge*, Newbury Park, CA: SAGE

- Publications Inc, 1995.
- TURNER Bryan S., Colin. SAMSON, *Medical power and social knowledge*, Sage Publications, 1995.
- TURNER Stephen P, *Sosyal Teori ve Sosyoloji*, 2. b., Küre Yayınları, 2017.
- UKWAJA Kingsley Nna-nna, “Equitable Access to Maternal Health: The Role of Social Science Research in Developing Countries”, *Young Voices In Research For Health 2007*, 1. b., Geneva: Lancet, 2007, ss. 112–34.
- UN WOMEN, “Beijing declaration and Platform for Action; Beijing+5 Political Declaration and Outcome”, *United Nations*, 2014,
- UNDP TÜRKİYE, “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri”, (28.02.2019), <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>.
- UNFPA, “ICPD Eylem Programının Uygulamasına ilişkin: Uluslararası Beşinci Parlamenterler Konferansı”, İstanbul, 2012.
- , “Programme of Action of the International Conference on Population Development”, *UN chronicle*, New York, 2014.
- , “Sexual and reproductive health: Zimbabwe”, 2018, <https://zimbabwe.unfpa.org/en/topics/sexual-reproductive-health-5>.
- UNICEF, “Antenatal care - UNICEF DATA”, (11.12.2018), <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>.
- , “BM: Anne ölümleri 1990’dan bu yana %44 azaldı”, 2015, <http://unicef.org.tr/basinmerkezidetay.aspx?id=22601>.
- , “Delivery care”, (01.03.2019), <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>.
- UNICEF ZIMBABWE, “Zimbabwe launches health transition fund to revitalize care for children and women”, (19.04.2019), https://www.unicef.org/health/zimbabwe_60380.html.
- UNITED NATIONS, “Republic of Zimbabwe: Public Administration Country Profile”, New York, 2014.
- , “The Millennium Development Goals Report”, *United Nations*, New York, 2015, doi:978-92-1-101320-7.
- , “World Population Prospects: The 2017 Revision”, *United Nations Population Division*, New York, 2017.
- , “Zimbabwe Country Profile”, Addis Ababa, 2018.
- , “Zimbabwe Millenium Development Goals and Beyond 2015”, *Millenium Development Goals Reports*, New York, 2015.


- UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION, “Great Zimbabwe National Monument - UNESCO World Heritage Centre”, (18.04.2019), <https://whc.unesco.org/en/list/364>.
- US DEPARTMENT OF STATE, “International Religious Freedom Report Zimbabwe”, *International Religious Freedom Report*, Washington DC, 2016.
- USAID ZIMBABWE, “Maternal, Newborn and Child Health”, Bethesda, 2013.
- VARUL Matthias Zick, “Talcott parsons, the sick role and chronic illness”, *Body and Society*, C. 16, S. 2, 2010, ss. 72–94.
- WADSWORTH Jonathan., “Health inequalities in the life course perspective”, *Social Science and Medicine*, C. 44, S. 6, 1997, ss. 859–69.
- WAGNER Ariel, Veronica Maria PIMENTEL, Melody J. ECKARDT, “Maternal health”, *The MassGeneral Hospital for Children Handbook of Pediatric Global Health*, 1. b., New York: Routledge, 2014, ss. 73–86.
- WAITZKIN Howard, “A Marxist view of medical care”, *Annals of Internal Medicine*, C. 89, S. 2, 1978, ss. 264–78.
- WAUNGANA Ellen, “The influence of urbanisation on the decline of storytelling in Zimbabwe”, *New Review of Children’s Literature and Librarianship*, C. 2, S. 1 1996, ss. 25–32.
- WEBER Max, “The Sociology of Max Weber.”, *American Sociological Review*, C. 35, S. 3, 1970, s. 549-562.
- WEIGMANN Katrin., “The ethics of global clinical trials.”, *EMBO reports*, C. 16, S. 5, 2015, ss. 566–70.
- WHITE Kevin, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, 1. b., New York: Springer, 2002.
- WHO vd., “Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015”, *World Health Organization*, New York, 2015.
- WHO COUNTRY OFFICE FOR ZIMBABWE, “WHO Perspectives on Maternal Mortality in Zimbabwe: A Reflection of the Year 2014”, 2018.
- WILMOTH John, “The lifetime risk of maternal mortality: Concept and measurement”, *Bulletin of the World Health Organization*, C. 87, S. 4, 2009, ss. 256–62,.
- WITHERS Mellissa, Nina KHARAZMI, Esther LIM, “Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries”, *Midwifery*, C. 56, S. 1, 2018, ss. 158–70
- WITTER Sophie vd., “The political economy of results-based financing: the experience of the health system in Zimbabwe”, *Global Health Research and Policy*, C. 4, S. 1, 2019, ss. 2–13.

- WOODMAN David, *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology (Book).*, 1990.
- WORLD BANK, “Zimbabwe Overview”, (18.04.2019),
<https://www.worldbank.org/en/country/zimbabwe/overview>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION., “Cholera outbreak, Zimbabwe.”, *Weekly epidemiological record*, 2009.
- , “Constitution of WHO: principles”, *WHO*, World Health Organization, 2016,
<https://www.who.int/about/mission/en/>.
- , “ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM”,
WHO Library, 2012.
- , “Maternal health”, *WHO*, World Health Organization, 2018,
<https://www.who.int/maternal-health/en/>.
- , “Maternal mortality”, *World Health Organization*, 2016.
- , “Maternal mortality”, *WHO*, World Health Organization, 2017,
https://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/.
- , “Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines”, 2015.
- , “Social determinants of health Key concepts”, *WHO Library*, Geneva, 2014.
- , “The Ottawa Charter for Health Promotion”, *WHO*, World Health Organization, 2016, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- , “What are social determinants of health?”, *WHO Bulletin*, 2015.
- , “WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2017”, *World Health Organization*, 2019.
- , “World Health Statistics Monitoring Health for SDGs”, Geneva: World Health Organization; 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, “Health is a fundamental human right”, *Who*, World Health Organization, 2017,
<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/>.
- , “Maternal Mortality Fact Sheet”, *Maternal Mortality Ratio*, 2015,
- , “New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience”, *WHO Library*, Geneva, 2016.
- , “The Abuja Declaration : Ten Years On”, *WHO Bulletin*, 2001.
- , “WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience”,

- WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, Geneva, 2016.
- , “WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health”, *World Health Organization Offset Publication*, Geneva, 2015,
- , “WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee”, *World Health Organization*, Geneva, 2017.
- , “WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care”, *World Health Organization*, 2010.
- WORTHINGTON Roger P., Anupriya GOGNE, “Cultural aspects of primary healthcare in India: A case-based analysis”, *Asia Pacific Family Medicine*, C. 10, S. 1, 2011, ss. 1–8.
- YAYA Sanni vd., “Factors associated with maternal utilization of health facilities for delivery in Ethiopia”, *International Health*, C. 10, S. 4, 2018, ss. 310–17.
- , “Why some women fail to give birth at health facilities: A comparative study between Ethiopia and Nigeria”, *PLoS ONE*, C. 13, S. 5, 2018, ss. 1–13.
- YAYA Sanni, Ghose BISHWAJIT, Vaibhav SHAH, “Wealth, education and urban-rural inequality and maternal healthcare service usage in Malawi”, *BMJ Global Health*, C. 1, S. 2, 2016, ss. 1–9.
- ZADOROZNYJ Maria, *Key Concepts in Medical Sociology*, 1. b., London: Sage Publications, 2006.
- ZAHRA Aqeela vd., “Perception of lay people regarding determinants of health and factors affecting it: An aggregated analysis from 29 countries”, *Iranian Journal of Public Health*, C. 44, S. 12, 2015, ss. 1620–31.
- ZHANG Guofeng, Niu WANG, “Overview on emotion-affected Behavior Selection Mechanism”, *Advanced Materials Research*, C. 411, S. 2 (2012), ss. 559–62.
- ZIMBABWE ASSOCIATION OF CHURCH RELATED HOSPITALS, “About ZACH – ZACH”, (19.04.2019), <http://www.zach.org.zw/about-zach/>.
- ZIMBABWE NATIONAL STATISTICS AGENCY, “Multiple Indicator Cluster Survey”, *October*, Harare, 2012.
- , “Zimbabwe Population Census 2012: National Report”, *Population Census Office*, Harare, 2012.
- ZIMSTAT, “Zimbabwe Demographic Health Survey 2015 : Final Report”, Rockville, Maryland USA, 2016.

EKLER

Ek 1: Bursa Uludağ Üniversitesi Etik Kurul Kararı

 **T.C.**
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü 

Sayı: 86162157-730.08/10864 14/12/2018
Konu: İzin Talebi (Ronald MUSİZVİNGOZA)

SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 06.11.2018 tarih ve 50461594-300/9722 sayılı yazınız.


Anabilim Dalınız doktora öğrencisi Ronald MUSİZVİNGOZA'nın Uygulama İzni talebinin uygun olduğuna dair Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'nün 12.12.2018 tarih ve 26468960-044/46206 sayılı yazısı Enstitümüze bildirilmiş olup karar örneği ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve öğrenciye bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

imza
Prof. Dr. Filiz GİRAY
Müdür

Ek :
Karar Örneği (1 adet)

ASLI GİBİDİR
Süheyla ALAŞ
Enstitü Sekreteri



Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bursa U.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA Bilgi İçin:Gülşah
KILIÇ
Tel : 0224 2942433 Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr Memur
e-posta : sosbil@uludag.edu.tr
Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?d0-0tW0or0K6BaLTJ_b24Q

Ek 2: Odak Grup Görüşmesi Formu

Sayın Katılımcılar

Bu çalışma Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı'nda Doktora yapmakta olan 711544002 No'lu Ronald Musizvingoza tarafından yürütülmektedir. Araştırmada süreci içerisinde öncesinde Uludağ Üniversitesi'nden, sonrasında ise Zimbabwe Sağlık Bakanlığı Etik Komisyonu'ndan gerekli izinler alınarak, “**Kadın Sağlığının Sosyo-Kültürel Belirleyicileri: “15–49 Yaş Grubundaki Anne Adaylarının Doğum ve Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin İncelenmesi (Zimbabwe Örneği)”** hedeflenmektedir.

Araştırma, yöntem itibariyle teorik ve uygulamalı olmak üzere iki ayrı düzlemde yürütülecektir. Araştırmanın tekniğini, teorik alt yapının hazırlanması amacıyla “**detaylı bir tarama**”, uygulama kısmında ise, “**odak grup görüşmesi**” oluşturmaktadır. Yapılan çalışmanın, “**güvenirliliği, geçerliliği ve tutarlılığı**” açısından “**odak grup görüşmesi**”nde yer alacak tüm katılımcıların “**katılımları, katkıları ve bakış açıları**” son derece önemlidir. Bu amaçla, araştırılacak konuyla ilgili “**odak grup görüşme**” formu hazırlanmıştır. Hazırlanan bu formda yer alan soruların herhangi bir kesin karar bildiren doğru cevabı bulunmamaktadır. Bu nedenle, araştırılan konuyla ilgili katılımcıların tüm düşüncelerinizi özgürce belirtmeleri büyük bir “**değer**” ifade etmektedir. Oturum başlangıcından itibaren veri toplama aracı olarak katılımcıların izni alınarak ses kaydı yapılacak ve yazılı not tutulacaktır. Araştırma etiği açısından “**ses kayıtları, kimlik bilgileri ve kurum isimleri**” herhangi bir amaçla paylaşılmayacaktır. Araştırma süreci içerisinde ve kapsamında elde edinilen bilgi ve veriler, kimlik bilgileri gizlenerek **sadece “eğitim ve bilimsel yayın”** amacıyla kullanılacaktır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır, çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir veya katılma kararı aldıktan sonra herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Katılımınız ve katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Ronald Musizvingoza

Uludağ Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyoloji ABD.

Tarih: _____

Yer: _____

Yaş: _____

Sorular

1. Size göre, Zimbabwe’de “anne adayları için sağlık hizmetleri” ne anlama gelmektedir?
2. Size göre, Zimbabwe’de ikamet ettiğiniz bölgede kadınlar için başlıca sağlık sorunları nelerdir?
3. Zimbabwe’de ikamet ettiğiniz bölgede yeterli sağlık bakım hizmetleri alıyor musunuz?
4. Eğer yanıtınız hayır ise, bunun nedenlerini belirtebilir misiniz?
5. Size göre, kadınlar, sağlık bakımı hizmetlerinden yeterli bir biçimde neden yararlanamamaktadır?
6. Zimbabwe’de ikamet ettiğiniz bölgede “aileniz ve sosyal çevreniz” sağlığınıza nasıl etkilemektedir?
7. Zimbabwe’de ikamet ettiğiniz bölgede anne adayları sağlık hizmetlerine erişirken hastanede ne tür sorunlarla karşılaşmaktadır?
8. Zimbabwe’de ikamet ettiğiniz bölgede aldığınız sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?
9. Eğer yanıtınız hayır ise, bunun nedenlerini belirtebilir misiniz?
10. Zimbabwe’de ikamet ettiğiniz bölgede gelecekte, sağlık hizmeti sağlayıcılarından hangi hizmetleri beklersiniz?

11. Zimbabwe’de ikamet ettiğiniz bölgede gelecekte, beklediğiniz veya arzu ettiğiniz sağlık hizmetlerinin nasıl gerçekleştirilmesini istersiniz?

Ek 3: Derinlemesine Görüşme Formu: Hizmet Sunanlar ile

Sayın Katılımcılar

Bu çalışma Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı’nda Doktora yapmakta olan 711544002 No’lu Ronald Musizvingoza tarafından yürütülmektedir. Araştırmada süreci içerisinde öncesinde Uludağ Üniversitesi’nden, sonrasında ise Zimbabwe Sağlık Bakanlığı Etik Komisyonu’ndan gerekli izinler alınarak, “**Kadın Sağlığının Sosyo-Kültürel Belirleyicileri: “15–49 Yaş Grubundaki Anne Adaylarının Doğum ve Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin İncelenmesi” (Zimbabwe Örneği)**” hedeflenmektedir.

Bu amaç doğrultusunda **sağlık hizmeti sunanlara yönelik “derinlemesine görüşme”** formu hazırlanmıştır. Yapılan çalışmanın, “**güvenirliliği, geçerliliği ve tutarlılığı**” açısından “**derinlemesine görüşme**”de yer alacak tüm katılımcıların “**katılımları, katkıları ve bakış açıları**” son derece önemlidir. Hazırlanan bu formda yer alan soruların herhangi bir kesin karar bildiren doğru cevabı bulunmamaktadır. Bu nedenle, araştırılan konuyla ilgili katılımcıların tüm düşüncelerinizi özgürce belirtmeleri büyük bir “**değer**” ifade etmektedir. Oturum başlangıcından itibaren veri toplama aracı olarak katılımcıların izni alınarak ses kaydı yapılacak ve yazılı not tutulacaktır. Araştırma etiği açısından “**ses kayıtları, kimlik bilgileri ve kurum isimleri**” herhangi bir amaçla paylaşılmayacaktır. Araştırma süreci içerisinde ve kapsamında elde edinilen bilgi ve veriler, kimlik bilgileri gizlenerek sadece “**eğitim ve bilimsel yayın**” amacıyla kullanılacaktır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır, çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir veya katılma kararı aldıktan sonra herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Katılımınız ve katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Ronald Musizvingoza

Uludağ Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyoloji ABD.

Tarih: _____

Sağlık Personeli: _____

Yer: _____

Sorular

1. Zimbabwe’de sağlık hizmeti sunduğunuz yerdeki çalışma ortamınızla ilgili bilgi verebilir misiniz?
2. Zimbabwe’de çalışmış olduğunuz sağlık kuruluşunda anne adaylarına yönelik hangi sağlık hizmetlerini sunmaktasınız?
3. Bulunduğunuz sağlık kuruluşunda anne adaylarına yönelik sunduğunuz sağlık hizmetlerinin kalitesini nasıl tanımlarsınız?
4. Size göre, anne sağlığı hizmetlerini sunarken karşılaştığınız en önemli zorluklar nelerdir? (nem sırasına göre  tane belirtiniz)
5. Sağlık Hizmeti sunduğunuz bölgede, anne adayı kadınlar bu sağlık hizmetlerini nasıl kullanmaktadır?
6. Anne adayı kadınların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandığını dşunuyor musunuz?
7. Yanıtınız eğer hayır ise, size göre bunun nedenleri neler olabilir?
8. Sağlık hizmeti sunduğunuz bölgede anne adayları, kadın sağlığına yönelik bilgileri nereden ve nasıl almaktadırlar?
9. Zimbabwe’de anne adayı kadınların sağlığına yönelik hizmetlerin verimli bir biçimde uygulanmasını etkileyen herhangi bir yasa veya politika var mı?

10. Yanıtınız eğer hayır ise, size gore, bu konuda neler yapılmalıdır?

11. Zimbabwe’de çalışmış olduğunuz sağlık kurumunda anne adayı kadınların alacakları sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yonelik ozel tavsiyeleriniz var mı?

12. Eğer yanıtınız evet ise, en onemli u tavsiyenizi paylaşır mısınız?

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ronald Musizvvingoza
Adres: Bursa Uludağ Üniversitesi -Edebiyat Fakültesi - Sosyoloji Bölümü
Telefon: 5398460487
Eposta: ronaldmushi@gmail.com
Doğum Yeri/Tarihi: Zimbabwe - 13.05.1987

Eğitim ve Mesleki Geçmişi

Derece	Alan	Üniversite	Yil
Lisans	İstatistik	National University of Science and Technology	2012
Yüksek Lisans	Nüfusbilim	University of Zimbabwe	2015
Doktora	Sosyoloji	Bursa Uludağ Üniversitesi	2020

İş Tecrübesi

2014-2015 National University of Science and Technology İstatistik Bölümü Araştırma Görevlisi
2015- Bursa Uludağ Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü Doktora Öğrencisi

Doktora Tezi

Kadın Sağlığının Sosyo-Kültürel Belirleyicileri: Zimbabwe’de 15–49 Yaş Grubundaki Anne Adaylarının Doğum ve Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin İncelenmesi

Yayımları

Musizvvingoza Ronald & Naomi N Wekwete (2018). “Factors facilitating risky sexual behaviour among youths in Mufakose, Harare, Zimbabwe” African Population Studies Vol 32, No 1 (2018)

Musizvvingoza Ronald (2020). “Social Determinants of Health Affecting Utilization of Maternal Health Services in Africa: A Narrative Review” International Journal of Health Services Research and Policy , Vol 5 , Issue 1, 64 - 74

Devam Eden Çalışmalar

“Caught between tradition and modernity: Women in Everyday Life in Zimbabwe” *article manuscript submitted to Asian and African studies*

“Exploring the experiences and coping strategies of sub-Saharan African students in Turkey: An Intersectional Approach” *article manuscript submitted to Uludağ University Journal of Education*

“Traditional beliefs and practices related to pregnancy and childbirth: The Case of Eastern Zimbabwe” *article manuscript submitted to the European Research Journal*

“On the Margins of Society”: African Women Migrants in Turkey” *Article manuscript in preparation*

Bildiriler

On the Margins of Society”: African Women Migrants in Turkey” Oral Presentation at Inequalities, Peace, and Conflict in Turkey Stockholm University December 2019

“Exploring the experiences and coping strategies of sub-Saharan African students in Turkey” Oral Presentation 4th International Social Sciences Students Conference Turkey, November 2018

Vulnerabilities and Resilience: Survival and Coping strategies of African Women Migrants in Turkey: Oral Presentation Migration, Social Transformation and Differential Inclusion in Turkey Sabanci University October 2018

Women in Everyday Life in Zimbabwe: Oral Presentation 3rd International Social Sciences Students Conference Turkey, December 2017

A Proportional Hazard model to establish factors that are significant in child survival in Zimbabwe. Southern African Mathematical Sciences Association Conference, Victoria Falls, Zimbabwe November 2014

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TEZ ÇOĞALTMA VE ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU

Yazar Adı Soyadı	Ronald MUSIZVINGOZA
Tez Adı	KADIN SAĞLIĞININ SOSYO-KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLERİ: ZİMBABVE'DE 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ ANNE ADAYLARININ DOĞUM VE SAĞLIK HİZMETLERİ SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ
Enstitü	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sosyoloji
Tez Türü	Doktora Tezi
Tez Danışman(lar)ı	Dr. Öğr. Üyesi Enes Battal KESKİN
Çoğaltma (Fotokopi Çekim) izni	<input type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input type="checkbox"/> Tezimin sadece içindekiler, özet, kaynakça ve içeriğinin % 10 bölümünün fotokopi çekilmesine izin veriyorum <input checked="" type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin vermiyorum
Yayımlama izni	<input checked="" type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin Veriyorum

Hazırlamış olduğum tezimin belirttiğim hususlar dikkate alınarak, fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere Uludağ Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı tarafından hizmete sunulmasına izin verdiğimi beyan ederim.

Tarih : 08.10.2020

İmza : 