

TÜBERKÜLOZ KONTROLÜ TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNDEN ETKİLENİYOR MU?*

Burak Arpacı, Selin Bayrak**, Zeynep Önel**, M. Çağrı Öcalan**, B. Yüstra Şirin****

Danışman: Nihal Bilgili Aykut ***

ÖZET

Toplumsal cinsiyet, toplumun verdiği roller görev ve sorumluluklar, toplumun bireyi nasıl gördüğü ve beklentilerle ilgili bir kavramdır. Kadınlar ve erkeklerin biyolojik olarak farklı olmaları, sağlık risklerinde, durumlarında ve gereksinimlerinde farklılıklara yol açmaktadır. Biyolojik faktörlere ek olarak, kaynaklara ulaşma ve kontrol etme, güç ve karar verme konularındaki toplumsal cinsiyet temelli farklılıklar da kadınların ve erkeklerin sağlık durumları, sağlık arama davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları üzerinde etkili olmaktadır. Toplumsal cinsiyet etkisi, hastalıkların tanı ve tedavisinde, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanımında, sağlık hizmeti sunanların kadın ve erkeklere yaklaşımlarında farklılıklar yaratabilmektedir.

Dünya çapındaki tüberküloz dağılımı küresel sosyoekonomik eşitsizliğin iyi bir göstergesidir. Öte yandan yoksulların %70'ini kadınların oluşturduğu dünyamızda tüberküloz, kadınlar için daha da önem kazanmaktadır.

Dünyada bildirilen tüberküloz olgularının üçte birini kadınlar oluşturmaktadır. Bildirim oranlarındaki bu fark, aktif tüberkülozlu kadınların daha az olmasından kaynaklanabileceği gibi, kadınların daha az başvuruda bulunmalarından ya da bir kliniğe başvuran kadınlarda tüberkülozun daha az tespit edilmesinden de kaynaklanabilir. Üreme çağındaki kadınlarda tüberküloz en sık rastlanan üçüncü ölüm sebebidir. Dünyada bir milyondan fazla kadının ölmesine neden olan tüberküloz çocukların öksüz kalmasına, ailelerin yoksulluğuna ve ülkenin ekonomik refahının kısıtlanmasına neden olmaktadır. Tüberküloz kontrol programlarında cinsiyete çok az dikkat edilmiştir. Tüberkülozun cinsiyet analizi, tüberküloz epidemisine karşı mücadele için çok önemlidir ve yapılacak araştırmalarda ve tüberkülozla mücadele programlarında bu konuya önem verilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı, üreme sağlığı

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I öğrencileri tarafından Öğr. Gör. Dr. Nihal Bilgili Aykut'un danışmanlığında hazırlanmış ve 17-18 Mayıs 2011 tarihindeki XIII. Öğrenci Sempozyumu'nda sunulmuştur.

**Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi

*** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., öğretim görevlisi, MD, PhD

GİRİŞ

İnsanlar kız ya da erkek olarak doğarlar; bu biyolojinin bir sonucudur. Ancak kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi giydirilmesinin biyoloji ile ilgisi yoktur. Burada cinsiyet ve toplumsal cinsiyet kavramları farklılaştırılmaktadır.

Cinsiyet, üreme organları, hormon ve kromozom gibi bireyin kadın ya da erkek olarak mevcut genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır (11, 14). Bu özellikler kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik değil, sadece bir cinsiyet farkı yaratmaktadır.

Toplumsal cinsiyet ise, toplumun verdiği roller görev ve sorumluluklar, toplumun bireyi nasıl gördüğü ve beklentilerle ilgili bir kavramdır. Bir toplumdaki kadın ve erkekler için o toplumun belirlediği sosyal yapıları normlar, davranışlar, aktiviteler, ilişkiler ve sembollerdir. Toplumsal cinsiyet toplumsal olarak yapılandırılmış erkeklik ve kadınlık kavramları ile ilintilidir ve kişinin biyolojik cinsiyetinin bir ürünü olması zorunlu değildir (11, 14).

Cinsiyeti doğa belirlerken, toplumsal cinsiyeti kültür belirlemekte ve toplumsal cinsiyet kimliği hakkındaki anlayışlar, bunlarla bağlantılı olan diğer tutum ve özelliklerle birlikte, çok erken yaşlarda oluşmaktadır (29). Toplumsal cinsiyetin getirdiği roller dinamik ve içeriği zamana ve yere göre değişmektedir. Toplumsal cinsiyet ilişkileri, hayatın birçok alanında erkeklerin daha baskın olduğu, kadınların genellikle ikinci plana itildiği eşit olmayan güç ilişkisi içermektedir. Erkekler ve erkeklere atfedilen işlevlere ve görevlere verilen değer, birçok açıdan kadınlara ve kadınlara atfedilen işlevlere ve görevlere verilen değerden daha büyüktür (27).

Biyolojik özelliklerin toplumsal, kültürel, politik, ideolojik ve ekonomik yapılarla etkileşimi sonucu farklılaşarak, biyolojik cinsiyetten farklı bir hal alışı ve iki farklı yaşam alanının oluşması eşitsizliklere neden olmaktadır (29).

Toplumsal cinsiyet beş temel unsurdan meydana gelmektedir. Toplumsal cinsiyet;

- 1) Kadın - erkek ilişkileri ve bu ilişkinin yapısı hakkındadır.
- 2) Farklı kültürel gelenek ve uygulamalarda nelerin kadınlar ve erkekler için uygun görüldüğü konusunda farklılık gösterir; bununla beraber hemen tüm toplumlarda, toplumsal cinsiyet normları erkeklere ve erkek çocuklarına kadınlara ve kız çocuklarına göre daha fazla ayrıcalık, kaynak ve güç vermektedir.
- 3) Kadınların ve erkeklerin tüm kimlik özellikleriyle ilgilidir.
- 4) Tarih boyunca evrimleşen ve değişen gelenek ve uygulamalara dayanır.
- 5) Aile, okul, din ve hukuku da içeren sosyal kurumlar ve politikalar aracılığıyla toplum içinde derinlemesine kökleşir, kurumsallaşır ve sürdürülür (14)

Söz konusu olan kadınlar ve erkekler arasında sosyal olarak yapılandırılmış farklılıkların olması değil, bu farklılıkların sıklıkla ayrımcılığa ve eşitsizliklere yol açmasıdır. Toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizlikten daha fazla etkilenen cinsiyetin kadın olduğu kabul edilen bir diğer gerçektir. Günümüzde kadınların ve kız çocuklarının ortalama olarak erkeklerden daha düşük eğitim düzeyinde olduğu, erkeklerden daha az mülke sahip olduğu, ücretli işlerde daha az istihdam edildiği ve erkeklerden daha az ücret aldığı konularında çok fazla kanıt mevcuttur (14).

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığına maruz kalan kadınlar siyasal, yasal, sosyal ve ekonomik haklara sahip olmada, bu hakları kullanmada, toprak ve sermaye gibi kaynaklara sahiplikte eşitsizliklere uğramaktadır. Kadınlar dünya nüfusunun %50'sinden fazlasını temsil ettikleri, iş saatlerinin %66'sını doldurdukları halde dünya gelirlerinin ancak %10'una, mülkiyetlerin de %1'ine sahiptirler (3). Bunların sonucunda dünyada yoksulluk giderek "kadın"laşmaktadır. Yeryüzündeki mutlak yoksulluk sınırındaki 1,5 milyar kişinin yüzde 70'ini kadınlar oluşturmaktadır (29).

Dünya Sağlık Örgütü toplumsal cinsiyet eşitliğini karar verme, seçme, fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması, kullanılması ve hizmetleri elde etmede cinsiyete bağlı ayrımcılık yapılmaması olarak tanımlamaktadır. Toplumsal cinsiyet rolleri her iki cinsiyete de farklı yükler getirmektedir. Toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizlikten kadınların daha fazla etkilendiği gerçektir. (11, 29)

TOPLUMSAL CİNSİYET SAĞLIĞI NASIL ETKİLER?

Kadınlar ve erkeklerin biyolojik olarak farklı olmaları, sağlık risklerinde, durumlarında ve gereksinimlerinde farklılıklara yol açmaktadır. Biyolojik faktörlere ek olarak, kaynaklara, ulaşma ve kontrol etme, güç ve karar verme konularındaki toplumsal cinsiyet temelli farklılıklar da kadınların ve erkeklerin sağlık durumları, sağlık arama davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları üzerinde etkili olmaktadır. Kadınlar ve erkekler için, toplumsal olarak belirlenen ev içi ve iş piyasasındaki farklı görev ve roller farklı sağlık risklerine maruz kalmalarına yol açmaktadır. Pek çok durumda "cinsiyet" ve "toplumsal cinsiyet" arasında önlenebilir morbidite ve mortaliteye katkı açısından etkileşim bulunmaktadır (14) Bir hastalığın doğal seyri kadın ve erkeklerde farklı olabilmektedir. Toplumsal cinsiyet etkisi, hastalıkların erken tanı ve tedavisinde, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanımında, sağlık hizmeti sunanların kadın ve erkeklere yaklaşımlarında farklılıklar yaratabilmektedir (17).

Kadınlar ve kız çocukları toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin olumsuz sağlık sonuçlarını yaşamakta ancak toplumun erkek egemen yapılanması, erkeklerin sağlığını sıklıkla azalan yaşam süresi ile sonuçlanarak olumsuz şekilde etkilemektedir. Kadın ve sağlığa ilişkin toplumsal cinsiyet konuları üç başlık altında incelenebilir (14):

- Toplumsal cinsiyet ve sağlık durumu,
- Toplumsal cinsiyet ve sağlık arama davranışı,

- Toplumsal cinsiyet ve sağlık hizmetlerinden yararlanma.

Kadın ve erkeğin karşılaştıkları sağlık sorunlarında ve sağlık davranışlarında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılık sadece biyolojik ayırmadan değil, toplumun sosyal ve kùltùrel yapısı, kadına ve erkeğe biçtiği roller ve davranışlardan kaynaklanmaktadır (29).

Dùnyanın değişik yerlerinde farklılıklar olmakla birlikte özellikle gelişmekte olan ùlkelerde toplumsal cinsiyet rolünden kaynaklanan olumsuzluklar sonucu kadınlar daha sağlıksız koşullarda yaşamakta, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmakta, şiddete ve strese daha fazla maruz kalmakta, daha fazla hastalanmakta ve hekime daha sık başvurmaktadır (29, 3). Öte yandan toplumun erkeklere biçtiği roller, risk alınan davranışlara ve sağlıklarını ihmal etmelerine sebep olmaktadır (11).

Sağlık durumundaki cinsiyete göre farklılık yaşam boyu görùlmektedir. Birçok toplumda doğumların %48,8'ini kız çocuklar oluşturmakta, yani her 100 kız çocuğuna karşılık 105 erkek çocuk doğmaktadır. Buna karşılık aynı sosyo-ekonomik düzeydeki kadınların erkeklere göre daha uzun yaşadığı tespit edilmiştir. Bunun sonucunda toplumların ileri yaş gruplarında kadınlar çoğunlukta olmaktadır (29). Bu da kadınların daha fazla kronik hastalıklara maruz kalması sonucunu doğurmaktadır.

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir başka önemli konusu kız çocuklarının istenmemesidir. Dùnyanın bazı bölgelerinde erkek çocuk tercihi aşırı boyutlara ulaşmakta, fetusun diři olduğunun saptanmasıyla gebelik sonlandırılmaktadır (29).

Toplumun kız ve erkek çocuklarına verdiği değerin farklı olması özellikle gelişmekte olan ùlkelerde kız çocukları için ciddi sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Örneđin, Afrika ve Asya'da kız ve erkek çocuklarının bağışıklanma hızları arasında belirgin farklılık olduğu bildirilmiştir (14).

Sosyo-kùltùrel yapının katı, toplumsal cinsiyet bakış açısının zayıf olduğu gelişmekte olan toplumlarda beslenme sorunları kız çocukları için çok daha önemli bir sorundur. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde kız çocuklarının erkeklere göre enfeksiyon hastalıklarına karşı koruyucu biyolojik avantajları olmasına rağmen sosyal olumsuzluklar bu avantajları tersine çevirmektedir (14).

Ergenlik döneminde erken evlilik, erken gebelik, erken yaşta cinsel deneyim, cinsel istismar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sağlık riskleri ile kadınlar daha sık karşı karşıya kalmaktadır (29).

Erkekler aile geçimini üstlendiklerinden dolayı genellikle mesleki hastalıklara daha fazla yakalanmaktadır. Örneđin erkekler daha çok maden işçisi olarak çalıştıklarından silikozis hastalığı daha fazla görùlmektedir. Erkekler sigara içmekle birlikte mesleki karsinojenlere de

daha fazla maruz kaldıklarından dolayı akciğer kanserinden ölme riskleri de artmıştır (27).

Genel olarak yaralanmalar incelendiğinde erkeklerin yaşamlarının erken dönemlerinden itibaren yaralanma hızlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkeksi tavırlar, risk alma ve saldırganlık gibi davranışlara bağlı olarak erkekler daha fazla istemli yaralanmalara maruz kalmaktadır. Kabul edilen toplumsal rollerden kaynaklanan psikolojik ve ekonomik nedenlerle, erkekler birçok toplumda daha fazla riskli davranışlarda bulunmakta, kadınlar ise ev kazaları ile daha sık karşı karşıya kalmaktadır (14, 29).

Cinsiyetçi yaklaşımın sağlık üzerine olumsuz etkileri en çarpıcı olarak kadınların üreme rollerinden kaynaklanmaktadır. DSÖ'nün 1998 yılında yayınladığı bildiri, kadının fizyolojik görevi ile ilgili tabloyu özetlemektedir: Dünyada her dakika 380 kadın gebe kalmakta (yaklaşık yarısı planlanmamış ya da istenmeyen gebelik), 110 kadında gebeliğe bağlı istenmeyen durumlar gelişmekte, 40 kadın sağlıksız düşük yapmakta ve bir kadın ölmektedir. Üreme sağlığına bağlı hastalık yükü esas olarak gelişmekte olan bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Bu olumsuz sonuçların bu ölçüde yüksek olmasının diğer bir nedeni –ve en önemlisi- annelik ve üremenin bir hak olarak görülmemesi ve bu konu ile ilgili kadının söz sahibi olamamasıdır. Kadınların toplumsal statülerinin yükselmesi ile birlikte üreme sağlığı sorunlarında azalma görülmektedir. Statüsü düşük olan kadınlar doğurganlıkları ile ilgili olarak kendileri karar verememekte, var olan sağlık hizmetlerine ulaşamamakta, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta, etkili aile planlaması yöntemlerini kullanamamakta ve istenmeyen gebeliklerini sağlıklı koşullarda sonlandıramamaktadır (2).

Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak kadınlar ve erkeklerin hastalık ve sağlık kavramları ve buna bağlı olarak sağlık arama davranışları da farklılık göstermektedir. Öte yandan bu farklılık toplumlara göre de değişmektedir. Pek çok yerde hastalıklarının düzeyi aynı olsa da kadınlar daha çok semptom bildirirken, erkeklerin ise koruyucu hizmetlerden pek yararlanmadıkları, genellikle hastalıklarının daha ileri evrelerinde sağlık hizmetine başvurdukları belirlenmiştir (14).

Dünyanın belirli bölgelerinde kadın ve kız çocukları için aile üyelerinin daha az sağlık harcaması yaptığı bilinmektedir. Ayrıca kadınların sağlık kuruluşuna başvurmaları için kocalarının ya da aile büyüklerinin iznini alması gerekebilmektedir. Kadının gereksinimin belirlenmesi ve kaynakların kullanımı konularında karar verme sürecinin dışında tutulması sağlık hizmetlerinin kullanımını da etkilemektedir (14).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde toplumsal cinsiyet rolünden kaynaklanan olumsuzluklar kadınlarda daha fazladır ve statüleri genellikle daha düşük olan kadınlar daha sağlıksız koşullarda yaşamakta, sağlık

hizmetlerinden daha az yararlanmakta, şiddete ve strese daha fazla maruz kalmaktadırlar. Ayrımcılık yapılması, eğitim hakkı ve benzeri insan haklarının ihmal ya da ihlali, sağlık hizmetlerine ulaşmada maddi zorlukların yanında kültür, dini inanışlar ve gelenekler kadın sağlığını belirgin olarak etkilemektedir (29).

Enfeksiyon hastalıkları yoksulluğun sonuçlarıdır. Tüberküloz söz konusu olduğunda bu olgu daha da belirgindir. Tüberküloza bağlı morbidite ve mortalitenin % 95'i düşük gelirli ülkelerde yer almaktadır; tüberküloz olgularının dünya üzerindeki dağılımı küresel sosyoekonomik eşitsizliğin iyi bir göstergesidir (26). Öte yandan yoksulluğun kadınlaştığı, yoksulların %70'ini kadınların oluşturduğu dünyamızda tüberküloz kadınlar için daha da önem kazanmaktadır.

TÜBERKÜLOZ NEDİR?

Tarihsel süreçte "tüketim hastalığı, beyaz ölüm, beyaz veba, ölümün kaptanı", Türkiye'de ise "ince hastalık" adları verilen tüberküloz hakkındaki ilk bilgiler, MÖ 3000 yıllarına dayanmaktadır. Tüberkülozun tarihteki seyri içinde, hastalığın görülme oranında belirli dalgalanmalar gösterdiği, son bin yılda Avrupa'da çeşitli epidemiler meydana geldiği saptanmıştır. Bu tür dalgalanmaların çıkışında nüfus artışı, göçler, yoksulluk ve sanayi devrimi önemli rol oynamıştır. Hastalık çok eskiden beri bilinmesine rağmen etkeni bilinmediğinden yüzyıllarca etkili bir tedavi yöntemi bulunamamıştır. 19. yüzyılın sonlarında hastaların izole edilmesinin önemi anlaşılmış, dağlık havadar yerlerde sanatoryum yapımına başlanmıştır. 1882'de Robert Koch'un hastalığın etkeni olan mycobacterium'u hastaların balgamında göstermesi, yirminci yüzyılın ortalarında tüberküloz ilaçlarının ve BCG aşısının bulunması ile bu hastalıkla etkin mücadeleye başlanabilmıştır (5, 10).

Tüberküloz, *M. tuberculosis complex* olarak tanımlanan bir grup mikobakteri tarafından oluşturulan, çok değişik klinik görünümlere sahip kronik, nekrozitan bir enfeksiyondur. Hastalığın oluşumundan %97-99 oranında *M. tuberculosis* sorumludur. Basiller, çoğunlukla akciğerlerde hastalık oluşturmalarına rağmen kemikler, eklemler, beyin, böbrekler, sindirim sistemi, omurga gibi organ ve sistemleri de etkileyebilmektedir. (20).

Tüberküloz basili solunum, özellikle de öksürmek, hapşırma, konuşmak ile çevre havaya saçılır, ortamda bulunan kişiler solunum yolu ile basilleri alır ve bulaşma meydana gelir. Özellikle öksürme, hapşırma gibi solunum manevralarının partikül oluşturma potansiyeli daha fazladır. Hasta ile yakın ve uzun süreli teması olan kişilere bulaşma riski fazladır. Bunlar; aile bireyleri, aynı evi paylaştığı arkadaşları, işyeri arkadaşları olabilir. En bulaştırıcı olan hastalar tedavi görmemiş, balgam mikroskopisinde ARB (aside rezistan basil) pozitif olan akciğer ve larinks tüberkülozlulardır. Akciğer dışı tüberküloz genellikle bulaştırıcı değildir. Etkili tedavi ile bulaştırıcılık 2-3 haftada sona erer (20, 24, 22).

Alınan basiller kişiyi hastalandırmaksızın vücutta saklı kalır ve vücut direncinin düştüğü bir anda hastalık oluşturur. Hastalık gelişme riskinin en yüksek olduğu dönem ilk iki yıldır. İlk iki yılda %5, sonrasında %5 olmak üzere, yaşam boyu hastalık gelişme riski %10'dur. (20, 24).

DÜNYADA TÜBERKÜLOZ

Tüberküloz, bilinen en eski hastalıklardan birisi olmasına, sebebinin kesin olarak bilinmesine, 50 yıldır tedavisinin mümkün olmasına ve üstelik korunabilir bir hastalık olmasına karşın, halen dünyada en yaygın ve ölümcül bulaşıcı hastalıklardan biri olmaya devam etmektedir. Yerküre üzerinde yaşayan her üç kişiden birisi tüberküloz mikrobuyla karşılaşmış ve onunla tanışmış durumdadır (18). 1992-1999 yılları arasında AIDS ve birçok tropikal hastalıktan daha fazla insanın ölümüne neden olmuştur. Bu, özellikle tüberküloz vakalarının %95'inin olduğu gelişmekte olan ülkelerde görülür. Bu nedenle WHO 1994 yılında küresel acil durum uyarısında bulunmuş ve salgın devam ederse 2000-2020 yılları arasında yaklaşık 35 milyon insanın tüberkülozdan dolayı hayatını kaybedeceğini duyurmuştur (21).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 yılı tahminlerine göre dünyada toplam 14 milyon tüberküloz vakası mevcut olup, yılda 9,4 milyon kişi tüberküloza yakalanmakta, 1,3 milyon kişi ise tüberküloz nedeniyle hayatını kaybetmektedir (15). Dünyada tüberkülozdan en çok etkilenen bölgeler Asya ve Afrika'dır. Eskiden gelişmiş Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri bu hastalıktan hiç söz etmezlerken, AIDS salgınına ve küreselleşme sürecine paralel olarak bu ülkelerde de tüberkülozlu hastaların sayısı artmaya başlamıştır (15).

TÜRKİYE'DE TÜBERKÜLOZ

Türkiye'de toplam 18.452 tüberküloz hastası 2008 yılında verem savaşı dispanserleri kayıtlarına girmiştir. Toplam olgu hızı yüz bin nüfusta 25,8'dir. Hastaların %65,6'sı (12.100 kişi) akciğer tutulumu, %30,6'sı (5.639 kişi) akciğer dışı organ tutulumu, %3,8'i (713 kişi) hem akciğer hem de akciğer dışı tutulum göstermiştir. Olgu hızı erkeklerde yüzbinde 32,0 ve kadınlarda yüzbinde 19,6'dır. Hastaların Erkek/Kadın oranı 1,6'dır (20, 28).

Hastaların %19,1'inde en az bir ilaca direnç saptanmıştır. Tüm tüberküloz hastalarında, 2007 yılı için tedavi başarısı %91,0 olarak tespit edilmiştir (yeni hastalarda %92,5 ve tedavi görmüş hastalarda %77,4) (20, 28).

Türkiye'de tüberküloz nedeniyle hayatını kaybeden kişi sayısı 1995'de 6100, 2009'da ise 2400 olarak bildirilmiştir (15). Gerek hasta sayısı, gerekse tüberküloza bağlı ölümlerin sayısında bir azalma yaşansa da tüberküloz, Türkiye'de halk sağlığı açısından önemini korumaktadır.

Türkiye’de bu yüzyılın başında ciddi bir epidemi yaşanmıştır. Tüberküloz ölümleri, bütün ölüm nedenleri içinde birinci sırada yer almıştır. Bu durum 1950’li yıllara kadar devam etti; 1954 yılında tüberküloz ölümleri yüzbinde 162, 1950 yılında yüzbinde 204 idi. Ülkemizde tüberküloz durumu değerlendirildiğinde, hastalık insidansı açısından başarılı kontrol programı uygulamış ülkeler ile başarısız program uygulamış ülkeler arasında bir konumumuz olduğu görülmektedir. Hastalık insidansı Avrupa ülkelerinin çoğunda yüz binde 20’den az iken; Hindistan, Bangladeş, Çin gibi ülkelerde yüz binde 200’ün üstündedir. Türkiye’deki tüberküloz hastalık insidansı 2000 yılında Verem Savaş Dispanserleri’ ne kayıtlı hastalara göre hesaplandığında yüz binde 27’dir (20).

Ülkemizde son 3 yıldır yıllık verem savaş raporları yayınlanmaktadır. 2009 yılı raporuna göre tahmin edilen yeni tüberkülozlu hasta sayısı 19.694, kayıtlı yeni tüberkülozlu hasta sayısı 17.781 ve yıllık hastalık görülme hızı yüz binde 27,9 dur. Bu değer WHO sınıflandırmasında düşük hız (25/100.000) oldukça yakındır. Son iki raporda % 80’in üzerindeki tanı ve % 90’lar civarındaki tedavi başarısı oranıyla, Türkiye WHO’nun hedeflediği %70 tanı ve %85 tedavi başarısı hedeflerinin üzerine çıkmıştır (19).

TÜBERKÜLOZ KONTROLÜNDE KULLANILAN YÖNTEMLER:

1. Aktif tüberkülozlu hastaların saptanıp tedavi edilmesi
2. Bulaşmanın engellenmesi
3. Aşılama
4. Koruyucu tedavidir.

Bu yöntemler içinde en önemlisi aktif tüberkülozlu hastaların bulunup etkili ve yeterli tedavi ile enfeksiyon kaynağının ortadan kaldırılmasıdır (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde 1991’den bu yana yeni bir tüberküloz kontrol stratejisi hızla ve günümüzde tüberküloz kontrolünün temel yöntemi olarak kabul görür hale gelmiştir. Bu strateji Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisidir (DGTS). DGTS stratejisi; tüberküloz kontrolü ile ilgili uygulamalar için politik iradenin ortaya konması, semptomatik hastalarda pasif yöntemle bakteriyolojik tanı, gözetimli kısa süreli tedavi, ücretsiz ve sürekli ilaç sağlanması, kayıt – raporlama - analiz sistematığının kurulması unsurlarını içermektedir (24).

TOPLUMSAL CİNSİYET VE TÜBERKÜLOZ

Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon kadın tüberküloz nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Tüberküloz enfeksiyona bağlı kadın ölümleri içinde ilk sırada yer alırken; bu ölümlerin çoğu üreme çağında gerçekleşmektedir (7, 8). Tüberküloz kadınların yaşamına mal olurken, çocukların öksüz kalmasına, ailelerin yoksulluğuna ve ülke refahının azalmasına yol açmaktadır.

Dünyada bildirilen tüberküloz olgularının üçte birini kadınlar, üçte ikisini erkekler oluşturmaktadır (8, 25, 13). Vaka bildirimini ilk semptomların tanınması, klinik tanı ve raporlamayı içeren bir süreçtir. Bu süreç vakanın eğitim ve hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, hastalık etkenine karşı duyarlılık ve maruziyet riski, sağlık arama davranışı, sağlık hizmetlerine ulaşma gibi pek çok faktörden etkilenir (23). Kadın ve erkeklerin tüberküloz bildirim hızlarındaki bu fark, kadın ve erkekler arasındaki immünolojik ve hormonal farklılıkların yanı sıra erkeklerin ev dışında daha fazla sosyal ilişki içinde bulunmaları, enfekte bireylerle temas etme ve enfeksiyona maruz kalma riskinin artması gibi sosyokültürel faktörlerle de açıklanmaktadır (13, 4). Çok sayıda çalışma göstermiştir ki hastalığın çok yaygın olduğu ülkelerde, üreme çağındaki kadınlar (15-44 yaş arası) enfeksiyonun hastalığa ilerleme hızı aynı yaştaki erkeklere göre daha yüksektir. Bu üreme ile ilgili fizyolojik değişikliklere bağlı olabilir (7). Çeşitli araştırmaların sonuçları benzer olarak, adölesan dönemine kadar kız ve erkek çocukları arasında tüberküloz enfeksiyon hızlarında bir farklılık olmadığını; farkın hem biyolojik hem de sosyal değişikliklerin başladığı adölesan dönemle birlikte ortaya çıktığını göstermektedir (13).

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının da içinde yer aldığı sosyo-kültürel faktörler enfeksiyona ve dolayısı ile hastalığa maruziyet riskini etkileyebildiği gibi, sağlık/ hastalık bilgisi ve sağlık arama davranışlarını da etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün ülkelere önerdiği tüberküloz kontrol stratejisi şüpheli olguların tanı konmak üzere sağlık kuruluşlarına başvurularına dayanmaktadır. Kadınların gerek hastalık hakkındaki yetersiz bilgileri, gerekse pek çok toplumda cinsiyet rollerinin getirdiği kısıtlamalar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurularının önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Öte yandan tüberküloza bağlı sosyal damgalanmanın sonuçları pek çok toplumda kadınlar açısından daha ağır olmaktadır(8).

Tüberküloz bildirimlerindeki erkek/kadın oranı ülkeler arasında ve ülke içinde farklılık göstermektedir. Aktif ve pasif vaka bulma programlarını karşılaştıran bazı çalışmalar pek çok tüberküloz kontrol programının benimsediği pasif vaka bulma çalışmalarında kadın olguların daha az tespit edilebileceğini göstermiştir (7).

Birçok çalışma göstermiştir ki; kadınlar hastalığı bildirmede erkeklere oranla daha uzun süre beklemeye meyillidirler ve ancak onların günlük aktivitelerini etkilemeye başladığında bildirirler. Zambia'da 202 akciğer tüberkülozlu hasta üzerinde yapılan araştırmaya göre ortalama teşhis gecikme süresi 8.6 hafta olarak belirtilmiştir. Gecikme nedenleri arasında kadın olmanın da önemli olduğu gösterilmiştir (22). Malezya'da 316 yeni yayma pozitif yetişkin akciğer TB hasta üzerinde yapılan araştırmada kadınların (%57) erkeklere göre daha fazla sağlık kuruluşlarına geç başvurduğu gözlenmiştir (6). 2009 yılında Hindistan'da 2123 TB hastası üzerinde yapılan bir araştırmada ailelerin genç kızlarının hastalığını açıklamakta ve tedavi olmalarını sağlamakta, evlenememeleri ihtimalini

gözönüne alarak, tereddüt ettikleri gözlenmiştir. (9, 12). Yapılan bazı çalışmalar, kadınların tüberküloz tedavisinde erkeklerden daha fazla engelle karşı karşıya geldiğini desteklemektedir (1).

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Tüberküloz enfeksiyonu, toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında , dış ortamlarda daha fazla çalışma, enfeksiyon etkenine daha sık maruziyet gibi faktörler düşünüldüğünde erkekler için daha fazla risk oluşturan bir durumdur
- Ancak enfeksiyonun hastalığa ilerlemesinin daha hızlı olması, kadınlarda, özellikle genç ve üretken yaşlardaki yüksek mortalite hızı, aile ve topluma yönelik olumsuz sonuçlarıyla tüberküloz kadın sağlığı açısından "toplumsal cinsiyet" faktörünün etkili olduğu önemli bir sorundur.
- Tüberküloz kontrol programlarında cinsiyete çok az dikkat edilmektedir. Tüberkülozun cinsiyet analizi, tüberküloz epidemisine karşı mücadelede çok önemli olup yapılacak araştırmalarda ve tüberkülozla mücadele programlarında bu konuya önem verilmesi yararlı olacaktır.
- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin de içinde bulunduğu sosyo kültürel faktörler tüberküloz olgularının cinsiyetlere göre dağılımındaki farklılığın nedenlerinden biri olabilir.
- Toplumsal cinsiyet rollerinin getirdiği kısıtlamalar kadınların tüberküloz tanı ve tedavi olanaklarından yararlanmalarını kısıtlamakta ve geciktirmektedir.
- Tüberküloza bağlı sosyal damgalanma kaygısı kadınların hastalığının bildirilmemesine, tanı ve tedavide gecikmeye yol açmaktadır.
- Tanıda ve dolayısı ile tedavideki gecikmelerin önlenmesi için hekimler dahil diğer sağlık personeli ve toplum, tüberküloz konusunda eğitilmelidir.
- Tüberküloz kontrol programlarına toplumsal cinsiyete duyarlı yaklaşımlar dahil edilmeli ve mücadele programları, kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımındaki kısıtlılıkları konusunda duyarlı olmalıdır.
- Tüberküloz kontrol programlarının toplumsal cinsiyet bakış açısıyla değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tüberküloz kontrol programlarının farklı aşamalarına olan etkisi konusunda araştırmalar sürdürülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ahsan G. et al. Gender difference in treatment seeking behaviours of tuberculosis cases in rural communities in Bangladesh, Southeast Asian J Trop Med Public Health 2004;35(1):126-35
2. Akın A., Mıhçıokur S, Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri. (2003) Ed: Akın A. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. HÜKSAM. Hacettepe Üniversitesi Yayınları
3. Akın A ve diğerleri, Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık, TC Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları ve Araştırma Merkezi. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ankara, 2004.
4. Aksel N. ve diğerleri, Akciğer Tüberkülozlu Kadın ve Erkek Olguların Karşılaştırılması, İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi, 2008, 22: 35-44
5. Barış Y.İ., Dünyada Tüberkülozun Tarihçesi, Toraks Dergisi, 2002; 3 (3):338-40
6. Chang CT, Esterman A. Diagnostic delay among pulmonary TB patients in Sarawak, Malaysia: cross-sectional study. Rural Remote Health. 2007 Apr-Jun;7(2):667
7. Conolly M, Nunn P. Women and Tuberculosis, World Health Stat. Q. 1996;49(2):115-9
8. Demissie M, Lindtjorn B. Gender perspective in health: does it matter in tuberculosis control? <http://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/viewFile/9845/31310>
9. Dhingra VK, Khan S. A sociological study on stigma among TB patients in Delhi, Indian J Tuberc. 2010;57(1):12-8
10. Erkan M.L., Tüberküloz’un Tarihçesi, Ülkemiz ve Dünyadaki Durumu, O.M.Ü. Tıp Dergisi,1996,13(4):291-5
11. Fact sheet: Ensuring a Gender Sensitive Approach, Global Fund Fact Sheet Series, 2008; 1of 5;1-3
12. Ganapathy S. et al. Perceptions of gender and TB in a South Indian Urban community, Indian J Tuberc. 2008;55(1):9-14
13. Gender in Tuberculosis Research, Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health, World Health Organization, 2004.
14. Gender, women and primary health care renewal, A discussion paper, World Health Organization,2010;13-9
15. Global Tuberculosis Control: WHO report 2010
16. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/13/1306su.pdf>
17. http://www.gata.edu.tr/ureme_sagligi/toplumsal_cinsiyet.htm erişim: 08.03.2011
18. <http://www.genetikbilimi.com/genbilim/tuberkuloz.htm> Erişim: 13.12.2010
19. <http://www.solunum.org.tr/News.aspx?newsId=126> 24 Mart 2010 Dünya tüberküloz gunu basın bildirisi, Erişim: 13.12.2010
20. <http://www.verem.saglik.gov.tr/index.php?pid=44> erişim: 25.04.2011

21. Metcalfe N. A study of tuberculosis, malnutrition and gender in Sri Lanka, *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2005 Feb;99(2):115-9.
22. Needham DM. et al. Socio-economic, gender and health service factors affecting diagnostic delay for tuberculosis patients in urban Zambia, *Trop Med Int Health.*
23. Neyrolles O, Quintana-Murci L. Sexual Inequality in Tuberculosis, *PlosMedicine*, 2009;6(12):1-6
24. Özkara Ş. ve diğeri, Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara, 2003:7-13
25. Thorson A. Tuberculosis and gender, WHO European Ministerial Forum, 2007
26. Thorson A, Diwan VK. Gender inequalities in tuberculosis: Aspects of infection, notification rates and compliance, *Curr Opin Pulm Med.* 2001 May;7(3):165-9
27. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, Ekim 2008
28. Türkiye’de Verem Savaşı 2010 Raporu, Ankara, 2010
29. Üner S, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, T.C. Başbakanlık KSGM, Ankara, 2008:6-10