

**HAKEMLİ DERGİ | REFEREED JOURNAL**

ISSN 2548-1010

**İmtiyaz Sahibi | Owner of the Journal**

Dr. Esra Demirarslan

**Editör Kurulu | Editorial Board**

- Dr. Esra DEMİRARSLAN, *Kastamonu Üniversitesi (İmtiyaz Sahibi)*  
Doç.Dr. Silvia BORISOVA, *Varna Üniversitesi (Editör Yardımcısı)*  
Yrd.Doç.Dr. Carla DAMÁSIO, *Leiria Politeknik Üniversitesi (Editör Yardımcısı)*  
Yrd.Doç.Dr. Gülşen ULAŞ KARAAHMETOĞLU, *Kastamonu Üniversitesi (Editör Yardımcısı)*  
Yrd.Doç.Dr. Aline TEIXEIRA MARQUES FIGUEIREDO SILVA, *Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Editör Yardımcısı)*

**Editörler | Editors**

- Prof.Dr. İsmet DOĞAN, *Afyon Kocatepe Üniversitesi*  
Doç.Dr. Seçil NEMLİ, *Gazi Üniversitesi*  
Yrd.Doç.Dr. Emrah DURAL, *Cumhuriyet Üniversitesi*  
Yrd.Doç.Dr. Nesrin İÇLİ, *Kastamonu Üniversitesi*  
Yrd.Doç.Dr. Oktay MERCİMEK, *Kastamonu Üniversitesi*  
Yrd.Doç.Dr. Havva KAÇAN SOFTA, *Kastamonu Üniversitesi*  
Yrd.Doç.Dr. Pınar SÖKÜLMEZ, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi*  
Yrd. Doç .Dr. Perihan SENEL TEKİN, *Ankara Üniversitesi*  
Yrd.Doç.Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR, *Avrasya Üniversitesi*  
Yrd.Doç.Dr. Oğuzhan ZENGİN, *Çankırı Karatekin Üniversitesi*  
Dr. Özgür BEKTAŞ, *Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi*  
Öğr. Gör. Dr. Nuran ÖZYEMİŞÇİ CEBECİ, *Hacettepe Üniversitesi*  
Öğr. Gör. Dr. Merve BANKOĞLU GÜNGÖR, *Gazi Üniversitesi*  
Öğr. Gör. Erdiç ÇAKIR, *Necmettin Erbakan Üniversitesi*  
Öğr. Gör. Zeliha Canan ÖZKAN, *Necmettin Erbakan Üniversitesi*  
Öğr. Gör. Hacer HANCI TOKMAKCIOĞLU, *Kastamonu Üniversitesi*  
Uzman Hande DİNDAR, *Ankara Üniversitesi*  
Uzman Müge ESER, *Ankara Üniversitesi*  
Okutman Funda BULUT, *Kastamonu Üniversitesi*  
Okutman Hatice DEMİR, *Kastamonu Üniversitesi*  
Okutman Aysu ÖZÜSTÜN KİRAL, *Kastamonu Üniversitesi*  
Okutman Nagihan YAŞAR, *Kastamonu Üniversitesi*  
Okutman Tuğba TEKE, *Bülent Ecevit Üniversitesi*  
Arş.Gör. Münnevver AYBÜKE BERBER, *Kastamonu Üniversitesi*  
Esmâ Sena PATTABANOĞLU, *Kastamonu Üniversitesi*  
Sibel ÖZSAVAŞ ATAY, *Kastamonu Üniversitesi*  
Nurcan KORKMAZ, *Ankara Üniversitesi*  
Zeynep Ezgi BERKAN, *Hacettepe Üniversitesi*

Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK) yılda üç kez yayınlanan, hakemli, bilimsel bir e-dergidir. Dergide yayınlanan çalışmalardan, kaynak gösterilmek koşuluyla alıntı yapılabilir. Çalışmaların tüm sorumluluğu yazarına/yazarlarına aittir.

*Health Academy Kastamonu (HAK) is a refereed e-journal published three times a year. May be quoted on the condition that the source is shown. All responsibility for the articles belongs to the author/authors.*

### **İletişim | Contact**

Dr. Esra DEMİRARSLAN  
E-posta | e-mail: eertemur@kastamonu.edu.tr  
Telefon | phone: +903662804138

### **Dergi İletişim | Journal Contact**

Arş.Gör. Aybüke BERBER  
E-posta | e-mail: maberber@kastamonu.edu.tr  
Telefon | phone: +903662804125

Sağlık Akademisi Kastamonu dergisi, çift kör hakemlik prensibini benimser. Uluslararası Creative Commons 4.0 tarafından lisanslanmıştır. Dergimize gönderilen makaleler iThenticate intihal tarama programında değerlendirilmektedir. Index Copernicus International (ICI), Crossref, Scilit, Science Library Index ve Open Access Library tarafından taranmaktadır.

*Health Academy Kastamonu adopts the principle of double blind arbitration. Licenced by international Creative Commons 4.0. The articles submitted to our magazine are evaluated in the iThenticate plagiarism detection program. The journal indexed by Index Copernicus International (ICI), Crossref, Scilit, Science Library Index and Open Access*

## İÇİNDEKİLER | CONTENTS

### **Erhan Gülcan**

Derleme Çalışması: Avrupa Birliği'nde Güvenceli Esneklik Bağlamında Kırılgan Kümelere Sosyal Yardım ve Hizmetler | Review Article: Social Benefits And Services For Vulnerable Groups In The European Union In The Context of Flexicurity . 154-198

### **Tuba Yılmaz, Hilal Tüzer**

Derleme Çalışması: Sağlıkta Davranış Değişikliği Oluşturmada Bilgi, Motivasyon, Davranış Becerileri (IMB) Modeli | Review Article: Knowledge, Motivation, Behavior Skills (IMB) Model in Developing Behavioral Change in Health ..... 199-210

### **Ayşe Merve Yaman, Aysun Taşdemir**

Derleme Çalışması: Ginsengin Özellikleri ve Sağlık Üzerine Etkileri | Review Article: The Properties of Ginseng and Its Effects on Health ..... 211-222

### **Gülşah Körpe**

Derleme Çalışması: Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarının Benlik Saygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı | Review Article: Self-esteem in Plastic-Reconstructive Surgery Patients and Nursing Approach ..... 223-231

### **Fadime Eroğlu**

Derleme Çalışması: İnsanlarda Hastalık Yapan Dirofilaria Türleri ve Dirofilariasis | Review Article: The Dirofilaria Species Caused of Disease in Human and Dirofilariasis ..... 232-241

*Derleme Çalışması / Review Article*

**AVRUPA BİRLİĞİ'NDE GÜVENCELİ ESNEKLİK BAĞLAMINDA  
KIRILGAN KÜMELERE SOSYAL YARDIM VE HİZMETLER**

**Social Benefits And Services For Vulnerable Groups In The European Union In  
The Context of Flexicurity**

**Erhan GÜLCAN**

Dokuz Eylül Üniversitesi, erhanglc@gmail.com

**Öz**

Sanayi Devrimi, 1929 Büyük Buhran, İkinci Dünya Savaşı, yetmişli yıllardaki petrol krizleri ve 2007-2008 küresel mali krizi gibi krizler sonrasında ekonomik yönetim ve ekonomi politikaları değişmiştir. Bu değişimler şüphesiz işgücü piyasalarının durumuna bağlı olarak gerçekleşmektedir. Anılan her dönemde işgücü piyasasındaki kırılğan kümeler değişmekte, ancak bu kümelere yer alanların ortak özellikleri aynı kalmaktadır. Kırılğan kümede yer alanlar düşük gelir, yetersiz sosyal koruma, toplumsal alan ve çalışma yaşamı görece dışlanma ve bazı durumlarda marjinalleşme gibi özellikler göstermektedir. Bu anlamda, kırılğan kümelerin işgücü piyasalarında sosyal güvenlik sistemlerinin korumasına ve güvence düzeneklerine fazlaca gereksinimleri vardır. Öte yandan, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde kırılğan kümeler kadınlar, gençler, yaşlılar, işsizler ve göçmenlerdir. Kırılğan kümelere ülkeler tarafından sağlanan sosyal yardım ve hizmetler sonucunda bu kümelerin kırılğanlığının azalması ülkelerin refah devleti modellerine ve sahip oldukları sosyal güvenlik sistemine göre farklılıklar göstermektedir.

AB işgücü piyasalarında esneklik ve güvencenin bağdaştırılabilmesi için güvenceli esneklik gibi yeni stratejiler geliştirilmektedir. Küreselleşme ile birlikte AB işgücü piyasalarında kadınların istihdama katılımlarının artması, nüfusun yaşlanması, aile yapısında değişimler gibi nedenlerle bakım hizmeti gereksinimi artmaktadır. AB işgücü piyasalarında esneklik ve güvencenin bağdaştırılması için sosyal yardım ve bakım hizmetleri anahtar öneme sahiptir. Bu anlamda çalışmada, küreselleşmenin etkisi birlikte AB'ye üye ülkelerde kırılğan kümelere özgü yardım ve bakım hizmetlerinin karşılanması incelenmektedir.

*Anahtar Kelimeler: Güvenceli Esneklik, Küreselleşme, Sosyal Yardımlar, Bakım Hizmetleri, Çocuk Bakımı.*

## Abstract

The Industrial Revolution, the Great Depression of 1929, the Second World War, the oil crises of the 1970s and the global financial crises of 2007-2008 have resulted in a change of economic management and economic policies. These changes undoubtedly occur due to the situation of the labor market. The vulnerable groups of the labor market have changed in each mentioned period, but the common characteristics of those in these groups have remained the same. Those in the vulnerable groups have characteristics such as low income, inadequate social protection, relative exclusion from the social and work fields, and in some cases marginalization. In this sense, vulnerable groups have a greater need for the protection of social security systems and the security mechanisms in the labor market. On the other hand, the vulnerable groups in European Union (EU) countries are women, the young, elders, the unemployed and immigrants. As a result of the social benefits and services provided to vulnerable groups by countries the reduction of the vulnerability of these groups vary according to the welfare state models of the countries and the social security system they have.

New strategies have been EU labour markets in order to reconcile of flexibility and security. Along with globalization, the need for care services is increasing in the EU labour markets due to the reasons such as increasing of women's employment participation, population aging, changes in family structure. Social benefit and care services have key importance in order to reconcile of flexibility and security in the EU labour markets. In this meaning, the study examines the compensates of benefits and care services peculiar to vulnerable groups with the effect of globalization in the EU member states.

*KeyWords: Flexicurity, Globalization, Social Benefit, Care Services, Childcare.*

## 1. Giriş

Avrupa Birliği'nde Güvenceli Esneklik Bağlamında Kırılgan Kümelere Sosyal Yardım ve Hizmetler adlı bu çalışma üç bölümde incelenmektedir. Küreselleşme ekonomik kurumları Birinci bölümde küreselleşmenin etkilediği işgücü piyasaları ve kırılgan kümeler incelenmektedir. Bu bölümde küreselleşmenin ekonomik ve sosyal yapıda yarattığı değişim ortaya konmaktadır. Bu değişimde göze çarpan aile yapısındaki değişimler, işgücünün kadınlaşması ve AB'ye üye ülkelerde nüfusun yaşlanması konusu ele alınmaktadır.

İkinci bölümde güvenceli esneklik ve kırılđan kümeleri koruyan düzenlemeler ortaya konmaktadır. Bu koruma sistemi ele alınırken AB ülkeleri arasındaki sosyal güvenlik sistemleri arasındaki farklar incelenmektedir. AB ülkelerinde temelde sosyal güvenlik sistemleri Bismarck ve Beveridge olarak ayrılrsa da, temel farklılıklar üye ülkelerin geleneklerinden ve çalışma ilişkilerinden kaynaklanmaktadır. AB işgücü piyasalarında güvenceli esneklik bağlamında güvence sağlayan sosyal güvenlik sistemleri ve kırılđan kümeler ilişkisi incelenmektedir. Diğer yandan işgücü piyasasındaki kırılđan kümeler tanımlanarak ayırma gidilmektedir.

Üçüncü ve son bölümde üye ülkelerde kırılđan kümelere yönelik sosyal yardım ve hizmetler incelenmektedir. Kırılđan kümelere yapılan sosyal yardım ve hizmetler üye ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri ve refah devleti modellerinin farkları anlatılmaya çalışılmaktadır. Üye ülkelerde yaşı bakımını ve çocuk bakımını konusunda yapılan uygulamalara ve farklılıklara yer verilmektedir.

Bu bağlamda çalışmada AB ülkelerinde var olan sosyal güvenlik sistemlerinin işgücünün özellikle kırılđan kümelerin korunması bakımından farklılıkların ortaya konması sahip oldukları refah devletlerine göre yapılmaktadır. Anglo Sakson refah devletlerinde bireyler korunma gereksinimlerini görece piyasadan sağlamaktadır. Kırılđan kümelerde yer alanları belirli koruma politikaları sağlamak yerine yoksulluk düzeyi düşük olanlara genel bir koruma sağlamaktadır. Bu anlamda yaşı bakımını için özel bir bakım sigorta dalı ya da sistem görece geliştirilmemiştir. Çocuk yardımları ise ailelerin yoksulluk düzeyine göre yapılmakta, kadınların işgücü piyasasına katılımları için gerekli gündüz bakım evi, kreş gibi ebeveynlerin çocukları bırakabilecekleri yaygın bir çocuk bakım sistemi görece yoktur. Akdeniz türü refah devletlerinde kırılđan kümelere belirli koruma programları sağlanmamaktadır. Bu ülkelerde formel sosyal yardım ve hizmetler işgücü piyasasında korunan kümelere sağlanırken kırılđan kümelere sağlanmamaktadır. Güvenceler aile üzerinden enformel biçimde sağlanmaktadır. Akdeniz türü refah devletlerinde yaşılar ve çocuklar için bakım sistemi sosyal güvenlik sistemleri içinde görece gelişmemiştir.

Korporatist refah devletlerinin en önemli özelliği olan büyük işletmelerin ve güçlü işçi sendikalarının varlığı sosyal güvenlik sistemleri ile işgücü piyasası arasında eşgüdüm sağlamaktadır. Bu nedenlerle gerek duyulan güvenceler için sigorta dalları oluşturulmaktadır. Yaşlılar için bakım sigortası yaşlanan nüfus göz önünde bulundurularak önceden bir sigorta dalı olarak akçelendirilmesi sağlanmıştır. Bu anlamda başta Almanya olmak üzere Korporatist ülkelerde yaşlılar için bakım sigortası kurulmuş ve geliştirilmiştir. Korporatist refah devletlerinin özelliği gereği işletmelerle işçi sendikalarının eşgüdümünde büyük işletmelerde oluşturulan kreşler çocuk bakımının temelini oluşturmaktadır. Bunun dışında eyaletlerdeki sosyal güvenlik kurumları ve yerel yönetimler aracılığı ile çocuk bakımı sağlanmaktadır. İskandinav (Kuzey) Sosyal Demokrat refah devletlerinde yüksek refah ve güvence düzeyi ile bireylerin, ailelerin ve toplumun gereksinimleri karşılanmaktadır. Yaşlı bakımı evrensel sosyal güvenlik sistemi içinde değerlendirilmekte ve yaşlılara içinde sağlık bakımı ve gelir güvencesi gibi sosyal yardım ve hizmetler yüksek düzeyde verilmektedir. Bu refah devleti türünde hükümetin ve işveren sendikalarının mali destek sağladığı çocuk bakımı ülkenin genelinde ve işçi sendikalarının gözetiminde ve katkılarıyla sağlanmaktadır. Çocuk bakımı için gündüz bakım evi, ebeveynlerin işte olduğu sürelerde çocukların bakılacakları çocuk evleri gibi son derece gelişmiş bir çocuk bakım sistemi vardır. Bu anlamda, Kuzey Sosyal Demokrat ve Korporatist refah devletlerinde kırılğan kümelerle sağlanan sosyal yardım ve hizmetler gelişmişken, Anglo Sakson ve Akdeniz türü refah devletlerinde görece gelişmemiştir. Bu anlamda çalışmada işgücü piyasalarında kırılğan kümelerin bağdaştırılmasının Kuzey refah devletlerinde ve Korporatist refah devletlerinde yüksek olduğu, Anglo Sakson ve Akdeniz türü refah devletlerinde görece daha düşük olduğu ortaya konmaktadır.

## **2. Küreselleşme ve İşgücü Piyasası**

İşgücü piyasaları mal piyasaları, sermaye piyasaları gibi salt alıcı ve satıcıların kararları sonucu işleyen piyasalar olarak değerlendirilmemelidir. Bu anlamda, işgücü piyasalarının özü insana dayanır ve üretim ilişkisi bu yönde şekillenir. İşgücü piyasalarında bir yandan ekonomik aktör olarak işletmelerin rekabet edebilmeleri

sağlanırken, diğer yandan toplumun ve üretimin sürekliliği için insanın korunması gerekmektedir. AB'ye üye ülkeler özellikle On Beşler olarak adlandırılan ilk üye ülkeler çağdaş sosyal güvenlik sistemlerini oluşturarak işgücü piyasalarından kaynaklanan meydan okumalara yanıt vermeye çalışmaktadır.

## **2.1. Küreselleşme ve İşgücü Piyasalarında Kırılđan Kümeler**

Küreselleşme ile birlikte sayı, süre ve şiddeti artan ekonomik durgunluk, ekonomik krizler, reformlar ve işgücü piyasalarının yeniden tasarlanmasından kadınlar, gençler, atipik çalışanlar özellikle de geçici çalışanlar ve göçmenler gibi temel kırılđan kümeler fazlaca etkilenmektedir. Bu nedenle güvenceli esneklik özellikle yarı nitelikliler ve niteliksizler, kadın, genç ya da yaşlı işçiler, işsizler ya da göçmenlere odaklanan bir yaklaşımdır (Commission, 2010, s. 12). Küreselleşme bir istihdam edilenleri ve istihdam edilmeyenleri gerek olumlu gerekse de olumsuz etkilemektedir. Ancak genel olarak küreselleşmenin olumlu etkilerinden çok dar bir kümede yer alanlar faydalanırken, olumsuz etkileri çok geniş kümeleri zorlamaktadır. AB'nin refah devletleri olumsuz etkilenenler için koruma düzenlemelerinin niteliğini ve niceliğini artırmaktadır. Ancak bu durum refah devletlerinin geleceği için de meydan okuma oluşturmaktadır.

### **2.1.1. Küreselleşmenin İşgücü Piyasasına Etkisi**

Küreselleşme sonucunda esnekliğin artmasına bağlı olarak, kısmi süreli çalışma, kısa süreli sözleşmeler ya da formel istihdamın dışında tutulan işgücünün taşeronlarca çalıştırılması nedeniyle işgücünün kırılđanlıđının artması işgücü üzerinde denetimleri artırmaktadır. Bu bağlamda işçiler işsizlik ve yoksulluk riski yerine eğreti çalışma koşulları ve düşük ücretleri kabul etme eğilimindedir. İşsiz ya da eksik istihdam edilen işgücünün yüksek oranlarda olması ve düşük ücretler, işgücüne yönelik denetim düzeyinin arttığını göstermektedir (Anner, 2015, s. 18).

Sanayileşme sonrası post Fordist rejim, nüfusta farklılaşmanın ve ayrışıklığın artması, yaşamda ve çalışmada da standartsızlaştırmanın artması olarak tanımlanabilmektedir. Eğitim düzeyi ve süresinin kapsamı genişletilmekte ve ileri



eğitimin yanı sıra mesleki ve profesyonel eğitim hızla arttırılmaktadır. Bazı yaşam geçişleri çeşitli yaş gruplarında gecikmekte, uzun süre almakta ve artmaktadır. Evrensellik ve yaşamda birbirini takip eden düzenin dereceleri azalmaktadır. İstihdama giriş düzensiz ve istikrarsız hale gelmekte, ilk işe girenlerin sözleşmeleri genelde geçici süreli olmakta, işsizlik nedeniyle istihdam sık sık kesintiye uğramakta ve kuramsal eğitim ya da uygulamalı eğitim ya da işgücüne dahil olmaksızın geçen süreler artmaktadır. İş değiştirme oranı artmakta ve meslekler uzun süreli olmamaktadır. Meslekler büyük oranda istihdam eden işletmelerin ekonomik geleceğine bağlı hale gelmektedir. Meslek olanakların yukarı doğru seyretmesine rağmen, mesleki akıcılık aşağı doğru seyretmektedir. İşsizlik yaygın hale gelmekte ve daha çok kadınlar, göçmen işçiler, genç ve yaşlı işçiler üzerinde yoğunlaşmaktadır (Mayer, 2009, s. 7-8).

Küreselleşme işgücü piyasalarını düzensizleştirme (deregulation) yoluyla etkilemektedir. Bu işgücü piyasalarında başta iş yasaları olmak üzere iş ve gelir güvencesini içeren mevzuatı düzensizleştirme anlamına gelir. Bu düzensizleştirmenin sonucunda işgücü piyasalarının katmanlaşması artmaktadır. Bir yandan çekirdek işlerde çalışan yüksek nitelikli işgücüne işletmeler görece iş güvencesi ve yüksek ücretler sağlarken, diğer yandan çevre işlerde düşük nitelikli işgücü düşük ücretler, uzun çalışma saatleri gibi daha kötü çalışma koşullarına maruz kalmaktadır. Küreselleşme ve buna bağlı artan katmanlaşmadan işgücü piyasalarında en çok etkilenen kadınlar, gençler, yaşlılar, işsizler ve göçmenlerden oluşan kırılgan kümeler etkilenmektedir.

### **2.1.2. Küreselleşmenin Kırılgan Kümelere Etkisi**

Seksenli yılların başlarında pek çok Avrupa ülkesinde işsizlik oranı artmış ve bu Avrupa ülkeleri işsizliğin mali sonuçlarını azaltmak için daha emek yoğun büyümeye bir dönüş yapılmasını uygun görmüşlerdir. Doksanlarda küreselleşme ve bireyselleşme süreçleri işgücü piyasasına kadın katılımının artması ve işçilerin ve işverenlerin çalışma koşullarını daha serbest belirlemesi gibi işgücü piyasasının arz ve talep yapılarında yeni değişiklikleri içermekteydi. Bununla birlikte, işsizlik ve

bunun ekonomik ve sosyal yansımaları pek çok ülkede önemli sorunlara neden olmuştur (Reci & Bruijn, 2006, s. 5).

Schmid'e göre (1998, s. 8) işsizlik sosyal dışlanmanın en önemli nedenidir. Sosyal dışlanma işsiz olma ya da işgücü piyasalarında küçük değişikliklerin gerçeğine gerek duymaksızın, bireyin özellikle işgücü piyasasından çekilmesine verdiği tepkiyle ilgilidir. Bu işçilerin vazgeçilebilir sayılması, çalışma toplumu için geçerli değildir. Vazgeçilebilir olmak her insanın aidiyetine ve öz bilincine zarar vermektedir. Bireyler için toplumsal rollere (baba, anne, ebeveyn, emekli vb.) geçebilmeye herhangi bir seçenek olmadığında ya da sağlanmadığında bu tür bir zararın etkisi en kötü biçimde kendini gösterir. İşsizlik riskiyle karşılaşanlar için yoğun iş arama hizmetinin birleştiği yardım sistemlerinin tasarlanmasında yenilikler ve işsizlerin iş arama yoğunluğunun yakın izlenmesi düşük işsizlik ve yüksek istihdam katılımına ulaşmayı sağlarken oldukça cömert yardımların sürekliliğini sağlar. Bu, işsizlere iş aramayı aktif duruma getirmeyi sağlayan önlemleri içermekte ve yeni bir iş bulmayı –aktif işgücü piyasası politikaları politikaları olarak anılan- teşvik etmektedir. Bu bağlamda, işsizlerin yardımlardan çok bir iş edinmeleri daha önemlidir (OECD, 2006, s. 10).

Gençlerin işgücü piyasalarına geçişleri karmaşık etmenlerin çeşitliliğine göre şekillenir. Eğitim kurumları ve eğitim düzeyleri işgücü piyasalarıyla gençlerin ilişkilerini etkilemektedir (Campbell, Kelly, & Harrison, 2011, s. 12). Bütün gençlere işgücü piyasasında etkin yürütümün gereksinimi olan temel becerileri kazandırma amacıyla olan eğitim sisteminin hataları nedeniyle okul yaşamından iş yaşamına geçişler zorlaşmaktadır. Bu bağlamda etkin bir yaklaşım zorunlu okul yaşından daha önce, okul öncesi dönemde başarısızlığı önlemek için müdahaleler yapılmalıdır. Ayrıca, eğitimle iş deneyiminin birbirini izleyen ülkelerde -uygun seviyede belirlenen ücretlerle- genç işsizlik düşme eğilimindedir. Eğitim sistemi dışında da istihdamı hedefleyen programlar ve iyileştirici mesleki ve genel eğitim gençlerin iş bulmasına yardımcı olabilmektedir (OECD, 2006, s. 15-16).

Gençler sosyal dışlanmanın en çok etkilediği ve en tehlikeli boyutta gerçekleştiği kırılğan kümedir. Bunun nedeni, kapasitelerini kanıtlamak/göstermek için kendilerine hiçbir zaman şans verilmemesidir. Ayrıca, bir boyutuyla geçlerin işgücü piyasasına katılımının engellenerek sosyal dışlanmayla karşılaşmaları, kültürel yaşam, uygun ekonomik refah ya da politik alanlarda marjinalleşmelerine neden olur (Schmid, 1998, s. 8). Gençlerin istihdam modelleri genel işgücü piyasalarından bağımsız değildir. Gençler zamanlarını iş ve okul arasında ya da Batı toplumlarında gittikçe artan sosyo-ekonomik belirsizlik nedeniyle işler arasında geçişlerde harcamaktadır. Birçok genç insan okuldan işe geçişlerde bir dizi zorlukla karşılaşmaktadır. Günümüzdeki dünya artan genç istihdam kriziyle yüzleşmektedir. Hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ekonomiler her yıl işgücü piyasasına giren genç kadın ve erkek geniş kümeler için uygun ve sürdürülebilir işler yaratma meydan okumasıyla yüzleşmektedir (Campbell et al., 2011, s. 12).

## **2.2. Küreselleşme ve Ekonomik ve Sosyal Yapıda Değişim**

Ekonomik politikalar, yapılar, kurumlar ve tercihler sosyal yapıyı sürekli biçimde değiştirmektedir. İnsanlık tarihi boyunca tarım toplumunda, sanayi toplumu ve bilgi toplumunda aile yapısı, kadının durumu ve nüfus yapısı birbirlerinden farklı biçimlerde kendini göstermektedir. Bu bağlamda, tarım toplumunda ailenin büyüklüğü, işlevi ve ebeveynlerin durumu, aile reisi durumu ve kim olacağı sanayi ve bilgi toplumundan farklıdır. Sanayi toplumundan başlayarak kadının ücretsiz aile işçiliğinden sanayi işçiliğine geçerek işgücü piyasalarına katılımı, bilgi toplumuna geçişle birlikte artmıştır. İşgücü piyasalarının feminizasyonu küreselleşme ile birlikte daha da artmakta ve bu durum pek çok bağlamda toplumsal yapıda değişimin katalizörü olmaktadır. Küreselleşme pekçok gereksinimleri ve değişimleri hem ortaya çıkarıp hem de artırmaktadır. Nüfusu giderek yaşlanan gelişmiş AB ülkeleri bu toplumsal değişimle karşı karşıyadır.

### **2.2.1. Aile Yapısında Değişim**

İkinci Dünya Savaşı sonrası istihdamın normatif modeli, sürekli istihdamı sağlanan aile reisi için sosyal ücret ve diğer refah devleti ödemelerinin dışında fonların

birikimi ve aile için gelirin üretildiği bir yapı öngörür. İşçilerin istihdamının yanı sıra, istihdam dışında sosyal ücret için oluşturulan fonlardan da yararlanması gerektiği öne sürülmektedir (Hassel, 2003, s. 146-147). Günümüz istihdam söylemine yön veren küreselleşmeden, diğer bir deyişle uluslararası rekabete ilişkin ideolojik tartışmaların dışında bireysel çıkarların ön plana çıktığı bir eğilimle birlikte aile ve demografik yapılarla ilgili değişim çağdaş sanayi toplumlarında istihdam sistemleri için yeni meydan okumalar yaratmaktadır. Uygarlık, rasyonelleşme ve farklılaşmanın tarihsel evreleri şimdi bireyselleşme olarak adlandırılan çağcılılaşmanın yeni unsuru tarafından sürdürülmektedir (Hassel, 2003, s. 146-147; Schmid, 1998, s. 2). Ayrıca, işsizliğin ve gizli işsizliğin yüksek düzeyi sosyal güvenlik bütçeleri ve işsizlik fonlarına baskı yapmaktadır. Bu baskılar var olan sosyal güvenlik sisteminin malileştirilmesini zorlamasının yanı sıra ücret pazarlığı ve sosyal güvenlik ödemeleri arasında kurulan dengeyi de zorlamaktadır. Değişen makro ekonomik durumlardan ve aile değerlerindeki değişmelerden kaynaklanan dışsal dengesizlikler sosyal güvenlik sistemine etki etmektedir (Hassel, 2003, s. 146-147).

Bu anlamda önemli politika yönelimlerinden bağımsız olmamakla birlikte, kamu sorumluluğundan bireysel sorumluluğa doğru belirgin bir kayma olmakta, aynı zamanda sanayiden sıyrıлма ve sanayisizleşme (deindustrialization) (Yeldan & Yıldırım, 2015, s. 65; Cesur, 2016, s. 5, 10 ve 44) bir sonucu olarak önceki refah devleti sağlayıcıları gibi aileler de önemli değişiklikler geçirmektedir. Aileler tek gelirli erkeğin ücretinde ve aldığı yardımlarda azalmayı kısmen kadın istihdamında büyük artış ile dengeleyebilmektedir ve bu durum iş ve aile yükümlülükleri arasında dengenin sağlanması zorlaştırmaktadır (Hemerijck, 2015, s. 245). Kadınların işgücüne katılımlarının giderek artması, iş ve özel yaşam arasında bağdaştırmanın zorunlu olmasına neden olmaktadır. Bu, işçi haklarının bireyselleşmesine neden olabilmekte ve kadın çalışanlar artık erkek aile reislerinin sosyal güvenlik haklarına bağımlı olmamaktadır. Daha genel düzeyde değerlendirildiğinde, hakların aile düzeyinden çıkarak bireysel haklar olarak değerlendirilmesi istemi doğmuştur (Eurofound, 21 March 2007, s. 2).

Liberal refah devletinde erkeğin aile reisi olarak görüldüğü ataerkil aile modeli baskınlığı nedeniyle İrlanda ve Birleşik Krallık'ta kadına daha çok aile içinde analık ve eş görevi yüklenmiştir. Bu ülkelerde analık izninin kısalığı, kreş ve çocuk bakımı sürelerinin kısalığı, analık süresince sosyal korumanın yetersizliği gibi nedenlerle kadınlar işgücü piyasasına atipik biçimde katılmaktadır. Korporatist model içinde Fransız refah devletinde işgücü piyasasının baskın özelliği gereği, kadınlar tam süreli biçimde işgücü piyasasına katılmaktadır. Fransız kadınları çocuklu ya da çocuksuz durumlarına göre ücret sistemiyle yatay yeniden dağıtım yoluyla sosyal güvenlik yardımlarından dolayı olarak yararlanmaktadır. Fransız kadınları Birleşik Krallık ve İrlanda'ki hemcinslerinin tersine ataerkil aile yapısının zayıflığıyla kadın; eş, anne ve ücretli işçi olarak çoklu göreve sahip olduğu kabul edilmektedir (Vielle & Walthery, 2003, s. 23-24).

### **2.2.2. Kadınların İşgücü Piyasasında Katılımının Artması**

Günümüzde başta kadının yaşam boyu bir mesleki kariyere sahip olması ve kişisel bağımsızlığı gibi nedenler ile demografik ve aile davranışlarında bir değişim ve devrimin ortasındayız. Günümüzde, kadınlar için evlilik, daha az ekonomik gerekçeye ve daha fazla bireysel seçimlere bağlı bir konudur. Bu, yeni ve daha az istikrarlı aile ve hanehalkı düzenlemelerinin artması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, bir çocuğun hem annesi, hem de babasıyla birlikte yaşaması giderek olasılık dışı olmaktadır. Bütün bunlar bireysel seçim özgürlüğünün yanı sıra güvencesizlikleri ve riskleri de beraberinde getirmektedir (Z. Erdut, 2004, s. 356-360; Esping-Andersen, 2002, s. 3).

Kadınların okullaşma oranı ve istihdam olanaklarının artışı; ölüm oranlarında ve doğum oranlarında azalmaya neden olmaktadır. Genç kadınların sürekli doğum yapma ve çocuk yetiştirmeden sıkıntılar yaşaması ve okullaşma, bağımsız gelir ve sosyal statülerinin artması ile ailede söz sahibi olmaları gibi nedenlerle doğum oranlarında azalma olmaktadır. Günümüzde, aile konularında daha fazla cinsiyet eşitliği ve kadınların karar verme sürecinde dışlanmalarının tersine çevrilmesi söz konusudur. Ailede önemli sosyal değişimler yaratılmasında kızların okullaşma

oranının ve kadınlarda istihdam olanaklarının artması önemli rol oynamaktadır (Sen, June 2000, s. 42-43).

Ekonomik İşbirliği ve Gelişme Örgütü (OECD)'ye göre (OECD, 2006, s. 15) kadınlar vergi olumsuzlukları, aile destek politikalarının kötü tasarlanması ve kısmi süreli işlerin eksikliğinden dolayı engellerle karşılaşmaktadır. İkincil işçilerin vergi işlemleri çoğu ülkede kadın işgücünün istihdama katılımını bastırma eğilimindedir. Aynı zamanda çalışma ile aile sorumluluklarını *bağdaştırmaya* yardımcı olabilecek uygun ebeveyn izni hükümlerinin eksikliği de kadın işgücünün katılımını azaltmaktadır. Ayrıca, çocuk bakım maliyetlerinin yüksek olması kadının evin dışında bir iş aramasını olanaksız duruma getirmektedir. Bu maliyetler genel çocuk yardımlarının çocuk bakım desteğine çevrilmesiyle düşürülebilir. Ancak burada, çocuk yardımlarının aile yardımları gibi sosyal konuları çocuk bakım sübvansiyonlarından daha kolay hedeflemesi gibi bir politik ikilem vardır. Yani çocuk yardımları çocuk bakım yardımlarına göre daha sosyal kapsayıcılığı olan bir konudur.

### 2.2.3. Nüfusun Yaşlanması

Demografik değişim, Avrupa'nın çalışma çağındaki bireylerin sayısında azalma ya da durağanlığıyla büyüyen ekonomik baskılarla yüzleşme yönündedir. Bu istihdam oranlarında artışın gerekliliği anlamına gelirken, aynı zamanda insanların işle aile yaşamını bağdaştırmayı teşvik etmesi anlamına da gelmektedir (Eurofound, 21 March 2007, s. 2).

İkinci Dünya Savaşı sonrası altın çağda AB ülkelerinde belirlenen emeklilik yaşı, günümüzde yaşam beklentisinin artması ve yaşlıların nüfus içinde artması ile beş ile yedi yıl arasında değişen sürelerde artırılmıştır. Doğum oranının azalması, sağlık alanındaki gelişmeler, işe ilişkin sosyokültürel bakışın değişimi, eğitim sürelerinin uzaması ile gençlerin işgücü piyasasına geç girişleri, işin yüksek yetkinlik ve uzun süreli deneyim istemesi gibi nedenlerden dolayı yaşlıların istihdam edilmesine gereksinim artmaktadır. Böylece, gelişmiş refah devletlerinde 45-65 yaş aralığı

olarak tanımlanan orta yaştakiler ve 65 yaş üzerindeki yaşlıların ekonomik etkinliğe katılımında artış olmuştur (Kanfer & Ackerman, 2008, s. 160,166).

AB ülkelerinde nüfusun yaşlanma sürecinin ortaya çıkardığı gereksinimlere göre sosyal politikaların gelişimi sağlanarak kurumsal yapılanmalar oluşturulmaktadır (Bonoli, 2010, s. 9). Yaşlanma, refah devletinin bir meydan okuması olarak var olan sorunlar için hızlandırıcı etki yapmaktadır. Bütün sanayileşmiş ülkeler farklı derecelerde olsa da, yaşlanmayla ilgili sorunlarla yüzleşmektedir. 2030 yılına gelindiğinde Avrupa’da 65 yaş üstü kümenin oranı şimdiki oranından yüzde 50’den fazla artacaktır. Bu anlamda alanyazında salt ekonomik büyüme düşüncesine karşı olarak, AB ülkelerinin yaşlanan nüfusunun sosyal gereksinimlerinin finansmanı için ve yeni eğitim politikaları, çocuk bakımı, altyapı ve çevre gibi konularda ileriye dönük politikaların yaratılması için yeterli koşulların oluşturulmasına vurgu yapılmaktadır (Werner, 2006, s. 8).

### **3. Güvenceli Esneklik ve Kırılgan Kümeler**

#### **3.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Sistemleri**

AB ülkeleri refah devletlerinin oluşmasını sağlayan temel araç sosyal güvenlik sistemleridir. Başlangıçta işgücü piyasalarında karşılaşılan risklere ve yoksulluk riskine karşı güvence sağlayan bir sistem iken, zamanla nüfusun geneli için risk oluşturan konularda güvence sağlayan bir sisteme evrilmiştir. AB refah devletleri bu risklere karşı oluşturdukları kurumsal yapılara ve geleneklere göre bir ayrıma gidilse de temel olarak sonuçta vatandaşlarının tümüne gelişmiş bir sosyal güvenlik düzeyi sunmaktadır.

##### **3.1.1. Üye Ülkelerde Sosyal Güvenlik Modelleri**

AB’ye üye ülkeler sosyal güvenlik sistemlerini genel olarak Bismarck ya da Beveridge sosyal güvenlik sistemine göre belirlemelerinin yanı sıra temel farklılık, refah devleti modellerinden kaynaklanmaktadır. AB’ye üye ülkelerde devlet müdahalesinin biçimine ve düzeyine göre refah devleti modelleri bağlamında sosyal

güvenlik sistemleri dörde ayrılır. İlk olarak devletçi modelde devlet, refahı genel vergilerle sağlamadan sorumludur. İkincisi olan dayanışma temelli sosyal sigorta modelinde ise devlet işçi ve işverenlerin prim ödeme zorunluluğunda işçilerin sosyal risklere karşı sigortalanacağı düzenlemeyi sağlamaktadır. Üçüncüsü olan korporatist modelde de devlet, işçi sendikaları ve işveren örgütleri ya da işletme arasında yapılacak toplu sözleşme düzenini destekleme yoluyla refahı sağlamaktadır. Son olarak, yeni liberal ekonomik politikalar tarafından desteklenen bireysel çözümlere dayalı olarak, risklere karşı koruma özel sigorta yoluyla sağlanır, böylece devletin vergi indirimi ya da diğer imtiyazları sağlama rolü azaltılmış olur (Esping-Andersen, 1990, s. 25, 32; Rogowski, 2008, s. 20).

Bu anlamda, AB'nin genişlemesi ile birlikte, bütün Avrupa ülkeleri benzer riskler, gereksinimler ve mübadelelerle yüzleşmektedir. Piyasadan kaynaklı eşitsizliklerde artış her yerde vardır ve demografik değişimin belirtileri benzerdir. Günümüzdeki meydan okumalara, refah devletleri farklı sistemleriyle yanıt vermektedir, bu anlamda anılan rehaf devletlerinin yeni risklere etkin yanıt verebilme becerileri hem güçlü hem de zayıf yönlerine göre değişebilmektedir (Esping-Andersen, 2002, s. 13). Bismarck sosyal güvenlik sistemi tarafından desteklenen sosyal sigorta açıkça işçi sınıfı politikasının bir biçimidir. Temel olarak farklı sınıf ve statü kümeleri için ayrı programlar oluşturarak, her bireyin toplum içinde kendine özgü haklar ve imtiyazalar edinmesini desteklemiştir. Böylece, birey doğrudan devlet otortitesine bağlı tutulmuştur. Bu devletçi-korporatist model Almanya, Avusturya, İtalya ve Fransa gibi devletlerce sürdürülmektedir (Esping-Andersen, 1990, s. 24; Sözer, 1997, s. 7-8).

AB üyesi ülkeler Fordist dönemde Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün belirlediği sosyal güvenlik kurallarına uymakta ve işçileri ve tüm toplumu güvence altına almaktadır. UÇÖ'nün sözleşme ve tavsiyelerden oluşan çalışma standartları belirleme yöntemleri vardır. UÇÖ oluşturduğu standartlarla sözleşmeleri onaylayıp iç mevzuatlarına geçiren ülkelerde çalışma koşullarını uluslararası düzeyde belirlemektedir. AB refah devletlerinin düzenlemeleri bir yandan UÇÖ'ne rehber



oluşturmakta, diğer yandan kabul edilen yeni bir sözleşmenin ilk uygulayıcıları olmaktadır.

UÇÖ'nün 102 Sayılı Sözleşme'nin bilinen sınıflandırmasıyla sosyal güvenliğin kapsadığı dokuz risk; tıbbi bakım, hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, iş kazaları, meslek hastalıkları, ölüm, sakatlık ve aile yardımları sosyal güvenliğin tanımlanmasının temeli olarak Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET)'nin 1408/71 Sayılı Düzenleme Tüzüğü tarafından kullanılmıştır. Teknolojik dönüşüm ve hizmet sektöründe istihdam artışı sosyal risk yapılarında değişiklikleri uyarmakta ve toplumda kazanan ve kaybedenlerin olduğu bir olguyu yaratmaktadır. Geçmiş kapitalist dönemde standart üretim işçisi ve düşük nitelikli işçiler uygun ücret ve güvenceli iş edinme sağlanırken, bir yandan günümüzde bu durum olası olmamakta, diğer yandan iyi ve güvenceli yaşam için gerekli olan temel koşullar artmakta ve değişmektedir. Yetersiz yetkinlik ya da kültürel ve sosyal kaynağa sahip olanlar düşük ücret, işsizlik ve eğreti işlerle belirlenmiş bir yaşam sürecine doğru kayma yaşayabilmektedir (Esping-Andersen, 2002, s. 2; Langendonck & Put, 24.08.2015, s. 4).

Sosyal güvenlik; tıbbi bakım da dahil olmak üzere insan onuruna uygun bir yaşam için her insana yeterli kaynakları sunmak; işçilere (bağlı-bağımsız çalışanlar) hastalık, kaza, analık, sakatlık ya da işsizlik nedeniyle kazançları kesintiye uğradığında ya da çalışma yaşamlarının son bulması nedeniyle gelirlerinin yerine yedek gelir sağlamaktadır. Öte yandan esneklik ve güvencenin bağdaştırılmasında sosyal güvenliğin başka bir özelliği ortaya çıkmaktadır, o da; bütün çalışmaya hazır işçilerin işgücü piyasasıyla bütünleşmesini sağlamak ve bütün vatandaşların sosyal bütünleşmesine katkı sağlamaktır. Bu anlamda, insana zarar verebilecek konuların önlenmesi, gerekirse düzeltilmesi ve maddi karşılığın sadece son çare olarak görüldüğü daha çağcıl sosyal güvenlik anlayışıdır (Langendonck & Put, 24.08.2015, s. 6).

Refah devletinin toplum için yeknesak (uniform) müdahalelerden bireyselleşmiş refah devleti müdahalelerine dönüşümü, çağcıl refah devletlerinin oluşturulmasında

temel meydan okuma alanıdır ve refah devletinin bireyselleşme sorunu işgücü piyasalarında temel sorunu oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle, işgücü piyasasından dışlanmış ya da sosyal güvenlik sisteminin dışında kalmış bireylere çeşitli yardım ve hizmetlerin nasıl verileceği önemli bir sorundur. AB refah devletleri yardım ve hizmetlerin yeniden organizasyonunu yerel düzeye indirerek aktif sosyal içermeyi bireylere sağlamaktadır. Reformlar kamu politikalarını daha aktif ve eşgüdümlemiş hale getirerek asgari gelir koruma gibi sosyal politika programlarını yerel yetkinin tasarrufuna bırakmaktadır. Yerelleşmiş refah müdahale süreçleri, refah hizmetlerini sağlayan modelleri değiştirmiştir. Bu anlamda, yeni yönetim teknikleri istihdam ve sosyal politika refah hizmetlerinin yeniden organizasyonunun yerel düzeye çekilmesini sağlamıştır (Hemerijck, 2015, s. 245; Künzel, 2012, s. 4).

Asgari sosyal koruma ya da sosyal koruma tabanı (the social protection floor), başta kırılgan kümeleri olmak üzere yaşam boyunca bireylerin güçlenmesi ve korunmasını önceleyen temel sosyal hizmetlere erişimi kapsayan ve gelir güvencesi sağlayan bir takım sosyal politikalar olarak tasarlanmaktadır. Sosyal koruma tabanı sosyal koruma sisteminin üç temel işlevini karşılamaktadır: Krizle yüzleşildiğinde gelirin ve tüketimin korunması; temel mal ve hizmetlere erişimin sağlanması; işgücü piyasalarının işleyişini geliştirilmesi için yetkinliklere ve insana yatırım yaparak gelir elde etme kapasitesinin artırılmasıdır. Sosyal koruma tabanı kısıtlı kaynak durumlarında bile uygun olan birtakım güvencelerin sağlanmasıdır. Bu, herkes için bazı sosyal güvenceleri (yatay boyut) genişletme arayışıdır, ama aynı zamanda da yüksek standartlarda sosyal korumanın (dikey boyut) aşamalı olarak uygulandığı bir düzlem olarak tasarlanmıştır. Sosyal koruma tabanı kapsamlı ve güçlü sosyal koruma sisteminin kurulmasını amaçlayarak, tam gelişmiş sosyal güvenlik sistemi ile aşamalı olarak bütünleşmeyi sağlamaktadır.

### **3.1.2. Güvenceli esneklik ve İşgücü Piyasasında Koruma**

Güvenceli esneklik özel ya da kamu eliyle işçiler ve işverenlerin eşgüdüm içinde daha çok ve daha iyi işler için politikalar içerir ve bu politikalar, sosyal dışlanma riskini azaltmak için işgücü piyasasının içindeki ve dışındaki işçilere güvence

sağlamaya odaklanmıştır. Ayrıca, güvenceli esneklik işçilerin çalışma yaşamından emekliliğe, eğitim yaşamından işe, bir işten başka bir işe ve istihdam edilmeden işsizliğe geçişlerin yaşam boyunca desteklenmesi, yeteneklerin gelişimi ve daha iyi işlere ulaşmasıyla ilgilidir. Bu nedenle güvence, işçilerin işsiz kaldıklarında hızla yeni iş bulmasına yardımcı olan ve çalışma yaşamlarında gelişimlerini sağlayacak olan becerilerle donatılmasını içerir. Bu aynı zamanda yeni işlere geçişi kolaylaştıracak yeterli işsizlik yardımlarıyla da ilgilidir. Sonuç olarak, bu bütün işçilere özellikle de yaşlı ve düşük nitelikli işçiler gibi zayıf işçi kümelerine eğitim fırsatlarını kapsamaktadır (Manca, Governatori, & Mascherini, 2010, s. 6).

Güvenceli esneklik, işgücü piyasasında düşük düzeyde ücret alanların korunmasını gelir güvencesi ile birleştirmektedir (Kuivalainen & Nelson, 2010, ss. 4-5). Bu anlamda güvenceli esneklik işgücü piyasalarının esnekleşmesini özellikle kırılgan kümelerin bazı sosyal faydalarla korunması ve sosyal güvenlik olanakları ile karşılanması düşüncesine dayanır (Zirra, 2012, s. 63). Bu nedenle güvenceli esneklik, sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması ve istihdamın artırılmasındaki dengeleyici önlemleri getirerek, koşulsuz kuralsızlaştırmadan farklıdır. Bu etmenler arasında dengenin nasıl sağlanacağına ilişkin görüş birliği sadece belirli çevreler için değil hükümetler, işverenler ve işçi sendikaları arasındaki görüşmeler (toplular sözleşmelerdekine benzer) için de önemli bir konudur (Tangian, November 2009, s. 12).

Güvenceli esnekliğin temelinde, işgücü piyasasının içinde ve dışındaki kırılgan kümelerin korunması vardır. Bu, güvenceli esneklik politika ve önlemlerinin özellikle işgücü piyasasındaki güçlü kümelerin güvencelerini (istihdam, gelir ve sosyal) artırma anlamına gelmemekte, işgücü piyasası esnekliğini sağlayan politika ve önlemler anlamına gelmektedir. Ancak, işgücü piyasasında zayıf ve güçlü sınıflandırmasının oldukça göreceli bir anlamı vardır ve her işgücü piyasasına ve ülkeye göre değişmektedir (Wilthagen & Tros, 2004, s. 170).

### 3.2. Güvenceli Esneklik Bağlamında Kırılgan Kümelerin Sosyal İçerilmesi

Güvenceli esneklik özellikle düşük koşullarda yaşayanların sosyal yardımlarla desteklenmesi ve esneklikle kuralsızlaşan işgücü piyasalarının *insanileştirilmesi*dir. Bu tanımlama güvenceli esnekliğin sınırsız bir kuralsızlaştırmadan farkını, telafi edici sosyal güvenlik önlemleri ve istihdam artırıcı önlemleri getirdiğini vurgular. Güvenceli esneklik kuralsızlaştırmının ve sosyal yardımların zamana bağlı yerine getirilmesine bağlıdır. Bu etmenlerin dengelenmesinde olası uzlaşma, hükümet, işçi sendikaları ve işverenler arasında toplu sözleşmelere benzer olarak yapılan görüşmelere dayanır (Pascu & Ciuca, (15.04.2013), ss. 43-44).

AB ülkeleri işsizlik sigortasının yardım düzeyini ve süresini yeni kümeleri kapsayacak biçimde güçlendirmektedir. Aktif işgücü piyasası önlemleri mesleki eğitim ve iş deneyimi programları ve işe ilk başlama teşviklerini artırmaktadır. Kamu istihdam hizmetleri özellikle gençler, göçmenler, kısa süreli iş sözleşmesiyle işçiler, işten çıkarılanlar ya da herhangi bir gelir elde etmeyenler gibi kırılgan kümeler iş arama yardımını amaçlamaktadır ((EC.), 2010, s. 4).

Küreselleşmenin artırdığı işgücü piyasalarında katmanlaşmanın artması kırılgan kümelerin sosyal içermeye gereksinimleri sosyal koruma ya da sosyal güvenlik sistemleri ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Kadınların işgücü piyasalarına içerilmesi çocuklara sağlanan sosyal yardımlar ve aile yardımları ile sağlanmaktadır. Gençlerin sosyal içermesini sağlayacak iki kurumsal düzenlemeden birisi eğitim iken diğer işgücü piyasasına girişlerinin sağlanmasıdır. Nüfusun yaşlanması ile birlikte sosyal güvenlik sistemlerinin yaşlılara sağladığı sosyal yardımların ve emeklilik ödemelerinin yerine ya da yanı sıra işgücü piyasalarına yeniden katılımlarının sağlanması temel amaçtır.

İşgücü piyasasının katmanlaşmasının nitelikli ve niteliksiz biçiminde katmanlaşması sonucunda, niteliksiz işçilerin nitelikli işçilere göre görece sık sık işsiz kalmaları ve işsizlik oranlarının toplam işgücü içinde önemli bir orana sahip olması sosyal içermeye gereksinimini daha da artırmaktadır.

AB ülkelerinde kırılğan kümeler içindeki göçmenler temel sorun alanını oluşturmaktadır. AB ülkelerinde görece diğer kırılğan kümelerde sosyal içerme için görece sosyal yardımlar ve hizmetler sağlansa da, bunlar göçmenlere daha az sağlanmaktadır. Aşağıda bu kümelere yönelik sosyal içerme ayrıntılı olarak incelenmektedir.

### **3.2.1. Kadınlar ve Çocuklar**

AB ülkelerinde kadınlar işgücü piyasasına katılımının artmasına bağlı olarak çalışma süreleri artıkça boş zaman gereksinimleri de artmaktadır. Bu nedenle kadınlar bir yanda aile yükleri diğer yanda iş yükleri arasında bir bağdaştırmaya zorlanmaktadır. Atipik işlerde kısmi ve geçici süreli istihdam edilme kadınlara standart işlerde tam süreli çalışmaları yerine önerilmektedir.

Kadınların çalışma süreleri esnekliği ile özel yaşam ve işi birleştirmek ya da yeni deneyimler kazanmak, sosyal ağlarını genişletmek ve değişen tercihleri yerine getirmek için esnekliğe ilgi duyabilmekte ve bu nedenlerle esnekliği kabul etmektedir (Räisänen & Schmid, 2008, s. 3). Öte yandan kadınlar hem ev işçisi hem ailenin geçim kaynağı durumuna gelerek ücretli ve ücretsiz iş arasında gidip gelmektedir. Bu nedenle kadınların işgücü piyasasında kendilerine iş ve boş zaman arasında bağdaştırmayı sağlayacak işlere gereksinimi artmaktadır (Fredman, 2004, ss. 300-301). Bu anlamda, işgücü piyasalarında özellikle kadınlar için çocuk bakımının iyi gelişmiş sistemi, çalışan ebeveynler için güvence yarattığından bağdaştırmayı sağlayan en önemli konudur. Böylece, işgücü piyasasında özellikle genç kadınların esnek işgücü sunumu gerçekleştirilebilecektir (Bonoli, 2010, s. 9; Madsen, 2006, s. 10). Ayrıca kadınlar, tek ebeveynli ailelerin ve ikili kariyerlerin (dualcareer) artması sonucunda aile gereksinimlerini karşılayabilmek için tele çalışma gibi atipik istihdam biçimlerine yönlendirilmektedir (Golden, 2008, s. 361). Kadının işgücü piyasasına yüksek katılımını farklı düzeneklerle sağlayan Kuzey refah devletleri, sosyal koruma yoluyla kadının korunmasını işgücü piyasalarında sağlayabilmektedir. Kuzey refah devleti modelindeki ülkelerin nüfusun işgücü piyasasıyla bütünleşmesini sağlayan temel araçlara sahiptir. Bunlardan en önemlisi

her iki cinsiyetin çalışma yaşamında ücretli çalışma saatlerinin miktarının yüksek olması, yine her iki cinsiyetin işgücü piyasasına erken giriş ve geç çıkışı, ılımlı kısmi süreli istihdam oranları ve kapsamlı kısmi süreli istihdamlarıdır. Diğer refah devletleri modelleriyle karşılaştırıldığında Kuzey modelinde ücretli iş; cinsiyetler, aile üyeleri ve yaş grupları arasında görece eşit dağıtılmaktadır (Klammer, October 2006, s. 162-163; Vielle & Walthery, 2003, s. 23-24).

Kuzey ya da İskandinav refah rejimine sahip AB üyesi ölkelerde özellikle İsveç, Danimarka, Finlandiya ve bir dereceye kadar Hollanda'da hem erkek hem de kadın işgücünün bütün çalışma yaşamı boyunca, işgücü piyasasına katılımı yüksektir. İsveç'te 15-64 yaş arasında bütün vatandaşların dörtte üçü istihdama katılmaktadır. Bu, görece düşük işsizlik oranları anlamına gelmektedir. Gençlerin çoğu özellikle Hollanda ve Danimarka'da işgücü piyasasıyla bütünleştirilmiştir. İsveçli, Danimarkalı ve Finli çiftler arasında istihdama katılım yüksektir ve tek gelirli ailelerin oranı beşte birden azdır (Klammer, October 2006, s. 26-27).

Kadınlar kırılgnlığın en yaygın olduğu kümedir. Kadınlar geleneksel olarak düşük nitelikli işlerde düşük ücret düzeylerinde atipik biçimde istihdam edilmekte ve günden güne istihdama katılımı da artmaktadır (T. Erdut, 2005, s. 34).

Lizbon stratejisi genel istihdama katılım oranının iyileştirilmesinin yanı sıra kadın istihdamının da iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Bu anlamda Lizbon stratejisi AB üyesi ölkeler için istihdam hedefleri koymaktadır. Kadınların istihdama katılım oranları 15 AB üyesi ölkede 2000 yılında yüzde 54,1'den 2005 yılında yüzde 57,7'ye çıkmıştır. Böylece yüzde 57 olan ara hedefe ulaşılmıştır. Bu oran 27 AB ölkesinde yüzde 53,7'den yüzde 56,2'ye artmıştır. İstihdama katılım oranı (İKO) 2006 yılında 15 üye ölkede yüzde 58,6'ya ve 27 AB ölkesinde yüzde 57,2'ye çıkmıştır. Bu oranlar Lizbon stratejisinin 2010 yılı için yüzde 60 hedefine yakındır. Hatta 2010 yılında kadın işgücünün İKO 27 AB ölkesinde yüzde 62,1 olarak gerçekleşmiş ve 2015 yılında bu oran yüzde 64,3 olarak gerçekleşmiştir. Bu anlamda kadınların İKO toplam İKO'na göre daha fazla artmış ve Lizbon Stratejisinin bu anlamda hedefini tutturmuştur. Kadınların istihdam biçimleri bakımından atipik

istihdam biçimlerinde, erkeklere göre daha düşük ücret koşullarında eğreti işlerde istihdam edildiği düşünüldüğünde bu artışın nedeni ortaya çıkmaktadır. Üçüncü hedef 55 ve 64 yaş arasında belirlenen yaşlı işçilerin İKO 2005 yılında kadın yaşlı işçiler için 15 üye ülkede yüzde 37,8'den yüzde 44,1'e ve 27 üye ülkede yüzde 36,9'dan yüzde 42,9'a yükselmiştir. 2006 yılında yenilenen Lizbon stratejisinin etkisiyle 15 üye ülkede yüzde 45,3 ve 27 üye ülkede yüzde 43,5'e yükselmiştir (Dieckhoff & Gallie, 2007, s. 485; Eurostat, 2007, s. 1; 2010, s. 13).

AB'de hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde kadınların işgücü piyasasına katılımının artması cinsiyet eşitliğinin kadınlar lehine düzeldiği anlamına gelmemekte, aksine kadınların eşitsizliğinin boyutunu değiştirmektedir. Bu anlamda kadınların görece sosyal ve politik eşitsizliği giderilmiş olsa da düşük gelirli, eğreti ve sosyal güvenceden yoksun işlerde çalışması ekonomik cinsiyet eşitsizliğini artırmaktadır. Bu ekonomik eşitsizliğe, çekirdek aileden atomize olmuş aile yapılarına dönüşmesi eklendiğinde kadınların eşitsizliği erkeklere göre daha da derinleşmektedir (Z. Erdut, 2004, s. 22). Bu anlamda, kadınlar atipik istihdam türlerinden geçici ve belirli süreli iş sözleşmelerinde görece iş güvencesiz ve düşük gelirle, mesleki eğitime erişimden ve emeklilik planlarından dışlanmaktadır. Ayrıca, kadın ve erkek özel istihdam bürolarının geçici işlerinde birbirine yakın oranlarda istihdam edilmekte, ancak belirli süreli iş sözleşmeleri ile istihdam edilen kadınların oranı erkeklerin oranından daha fazladır (Fredman, 2004, s. 300-301).

### 3.2.2. Gençler

Gençlerin işgücü piyasasına katılımı sosyal bütünleşmelerinin temelidir. Bu nedenle başta genç işsizler olmak üzere tüm işsiz insanların üretimsel bilgisini ve işgücü hizmetlerini sunmalarının engellenmesi, sosyal dışlanmanın temel kanallarından biridir. Genç işsizlik oranı toplam işsizlik rakamlarının iki katıdır. Uzun dönem işsizlerin çoğunluğunu oluşturan gençler, istihdam edilebilirliklerini sağlamak için işgücü piyasası programlarından birine katıldıktan sonra bile dışlanmaktadır. Bu anlamda, gençlere kapasitelerini, becerilerini ve yaratıcılıklarını göstermek için

herhangi bir şans verilmemesi, bunların en iyi olasılıkla isyancı ve apolitik ya da en kötüsü suçlu olmalarına neden olacaktır (Schmid, 1998, s. 1).

AB'de işsizler içinde büyük orandaki genç işsizlerin sayısını azaltmak için yedi yıllık “Avrupa Gençlik Güvence Programı” kapsamında altı milyar Avro sağlanmıştır. Öte yandan UÇÖ Avro Bölgesinde gençlere etkin güvence sağlamak için asgari 21 milyar Avroluk bir maliyet öngörmektedir. Öte yandan, Dublin'deki Eurofound (İş ve Yaşam Koşullarını Geliştirme Vakfı) Avro bölgesindeki yedi buçuk milyon genç işsiz için psikolojik ve diğer maddi maliyetler dışında 150 milyar Avroluk bir maliyet öngörmektedir (Schmid, May 2014, s. 15-16).

Almanya ve Fransa'da eğitim bir iş elde etme olasılığını belirlemede önemli bir yere sahiptir. Çelişkili olarak, gençler arasında eğitimsel kazanımların artan düzeyi ile birlikte işgücü piyasalarının bozulması, eğitimin niteliğinde değer kaybına ve yüksek eğitimliler arasında işsizlik oranlarının artmasına yol açmaktadır (Campbell et al., 2011, s. 12). Ancak buna karşılık, AB'nin gelişmiş ülkelerinde özellikle Batı Avrupa ülkeleri nitelikli ve beceriye sahip işgücü gereksinmesini karşılayabilmek için göçmen politikalarını oluşturmuştur. Örneğin Almanya'da 2007 yılında işsizlik oranı yaklaşık yüzde 10 iken bile, belirgin nitelikli işgücü açığı vardır. Özellikle bu sorun sağlık, kurumsal yönetim, mühendislik (özellikle bilgi ve iletişim teknolojileri –BİT-) ve diğer teknik mesleklerde vardır. Sosyal taraflar ve hükümet; göçmen yasalarının yeniden gözden geçirilmesi ve yumuşatılması ve emeklilik yaşının yükseltilmesi gibi işlemlerin dışında çözüm bulmak için yoğun çaba göstermiştir (Torka & Velzen, 2008, s. 96).

### **3.2.3. Yaşlılar**

Yaşlı işçilerin istihdam edilebilmelerinin sağlanması için, çalışma durumunda yaşlı işçiye mali katkı ve aynı zamanda emeklilik ve erken emeklilik sistemlerinde caydırıcılık öngörülmektedir. Pek çok ülke yaşlı işçilere mesleki kariyerleri sürdürmeleri durumunda yüksek emeklilik ödülleri sağlamayı ve aynı zamanda işe dönmeleri durumunda caydırıcılıkları önlemeyi amaçlayan emeklilik reformları



gerçekleştirmektedir. Ayrıcalıklı erken emeklilik planlarına yeni girişleri sona erdirmek için genel bir eğilim vardır. İş arama gerekliliklerinin dışında tutulan belirli bir yaşın üstündeki işsizler işsizlik yardım sistemleri yoluyla ya da kötü tasarlanmış hastalık ve sakatlık yardımları yoluyla erken emeklilik kapsamına alınmaları pek çok ülkede sınırlandırılmaktadır. Ancak bu reformlara rağmen yeni liberal görüşe göre; kamu emeklilik sistemlerinin tasarımı ve fiili erken emeklilik sistemleri hala çoğu ülkede işgücü piyasasından erken çekilmeyi içeren teşvik çarpıklığını barındırmaktadır. Ayrıca, özel mesleki emeklilik sistemleri katılımcılara görece erken yaşta emekliliği teşvik etmektedir. Yaşlı işçiler için istihdam olanakları zorunlu emeklilik uygulamaları, kıdeme bağlı ücretin geniş kullanımı ve eğitim olanakları işletmelerde yaşlanma nedeniyle durdurulmaktadır (OECD, 2006, s. 15).

#### 3.2.4. İşsizler

AB’de doksanlı yıllardan itibaren işsizlik giderek azalmasına karşın, yine de yüksektir ve üye ülkeler arasında düzensiz biçimde dağılmaktadır. Ayrıca, işsizliğin ortalama süresi artarak, toplam işsizler içinde uzun dönem işsizlerin oranı artmıştır. Bu yapısal değişim alışık olunmayan bir sosyal süreci de beraberinde getirmiştir ve böylece, uzun dönem işsizlikle yüzleşen işçiler diğer işçilere göre kısa süreli sözleşme önerilerini kabul etmektedir (Tangian, October 2004, s. 9). Öte yandan, 2007 yılında AB’de yaklaşık 17 milyon işsiz vardır, nüfusun yüzde 16’sı yoksulluk tehdidi altındayken, işletmelerin gereksinmelerine uyum sağlama koşuluna bağlı olarak da bir milyon açık iş vardır. Ayrıca, AB’nin ana rakipleriyle karşılaştırıldığında, işçi başına ve çalışılan saat başına verimlilik açısından önemli açıkları vardır. Bu bakış açısı dikkate alındığında, AB’de yüzde 70 istihdam oranı ile ilgili olarak ekonomik durgunluk sorununu çözmek için yeniden düşünülmelidir (Pasnicu & Ciuca, (15.04.2013), s. 40).

Belçika’da işverenler işçileri işten çıkarmak istediğinde çıkarma sebebinin haklı (adil) olması ve işçiye yeterli bir süre önce bildirmesi gerekir. Bildirim süresine uyulmayacaksa işveren işçisine çalışacağı durumda tazminat niteliğinde ödeyeceği ücreti öder. Bu durum Belçika’da kıdem tazminatı ödeme sistemini de beraberinde

getirir. İhbar süresi beyaz yakalı işçilerde mavi yakalılara göre daha yüksektir. Bildirim süresi iş sözleşmelerinin belirli süreli ya da belirsiz süreli türüne ve işçilerin deneme süreleriyle çalışıp çalışmayacakları durumlarına göre bir iş kolunda toplu pazarlığa göre değişir. Toplu sözleşmelerde işçileri işverenlerin eş zamanlı kümeler halinde çıkarmasına ilişkin bir toplu işten çıkarma özel usulü varsa o uygulanır. Usul süreleri karmaşıktır. İşverenler işçileri, işçi sendikalarını ve bölgesel kamu istihdam hizmetleri kurumunu sürelerinde bilgilendirmesi gerekir. Bu durum işten çıkarmanın adil olması gerektiğini gösterir. İşçi sendikaları işten çıkarma konusunda seçenekleri gündeme taşınması gerekmekte, ancak işçi sendikası ve işverenin uzlaşması gerekmemektedir. İşçilerin bazı kümeleri hariç, işten çıkarma durumunda kıdem tazminatı daha yüksektir. Ayrıca, işletmeler yeniden işe yerleştirme hizmetlerinin mali yükünü karşılamaktadır (Bart & Linden, 2009, s. 5).

Belçika'da işsizlik sigortası geçici işsizlik sigortası ve genel işsizlik sigortası olmak üzere iki türlü sağlanmaktadır. Sadece mavi yakalı işçiler geçici işsizlik sigortası planlarına erişebilmekte ancak işverenler beyaz yakalı işçiler için de genişletilmesini istemektedir. Bu durum işletmelere kıdem tazminatı ödemediğinde işçileri geçici olarak işten çıkarma sağlamak, ancak iş sözleşmesi sürmektedir. İşçiler yeniden işbaşı yapana kadar işsizlik yardımlarından sabit bir seviyede yararlanabilmektedir. İşsizlik yardımlarının türü ve düzeyi hanehalkı içinde işsiz kalan işçinin durumuna bağlıdır (aile reisi, aile reisine bağlı ya da tek ebeveyn). Yeniden değerlendirme oranı (çalışırken elde ettiği ücrete göre aylık bağlama oranı) ortalama yüzde 68 ile uluslararası standartlara göre düşük iken komşu ülkelerde ortalama yüzde 73'tür. Aile reisi, süresiz olarak aynı düzeyde işsizlik yardımlarından yararlanmaktadır. Tek ebeveynli ailelerin ve aile reisine bağımlıların işsizlikten yararlanma süreleri azaltılmakta, yine de sabit bir oranla sınırlandırılmaktadır. 2004 yılından itibaren uzun dönem işsizlerin iş arama çabasına ilişkin bir değişikliğe gidilmiş, iş aramada yeterli çaba göstermeyen işçiler işsizlik yardımlarını kaybetmektedir. İşsizlik yardımları federal düzeyde sağlanmaktadır. İşsizlik yardımlarının malileştirilmesi brüt ücret üzerinden yapılan katkılarla sağlanmaktadır. Aktif işgücü piyasası politikası (AİPP) genel olarak federal bölgeler tarafından sağlanmaktadır.

1990'lı yıllarda bazı değişiklikler yapılmasına rağmen, Avrupa ülkeleri arasında işsizlik yardımlarını alma süresi bakımından farklılıklar vardır. AB'de en uzun süreli işsizlik yardımları Danimarka (dört yıl) ve Belçika (sınırsız)'dadır. Belçika'da işsizlik yardım süresi Danimarka'dan uzun olsa da işsizlik yardımlarının yeniden değerlendirme oranı düşüktür. Danimarka işsizlik yardımında yeniden değerlendirme oranı işsizlik öncesi ücretin yüzde doksandır. Bu nedenle Danimarka'da düşük ücretlilerin işsiz kalma riski daha fazla iken, işe girme eğilimi daha fazladır. Aynı zamanda son yıl boyunca tam zamanlı ve sürekli çalışan işçiler için yeniden değerlendirme oranları çok az da olsa azaltılmıştır (Eriksson, 2012, s. 13; Klammer, October 2006, s. 158; Vandenberg, September 2010).

Ancak, Danimarka'da işgücü piyasası reformlarının çoğu, işsizlik yardımlarının uzun süresini kısıtlamaya ve kullanılabilirliğini artırmaya odaklanmaktadır. Bu reformlar eğitimlerle iş arama süresini kısaltma ve işsizlere rehberlik hizmeti sağlama amacındadır. Her üç ayda bir Danimarka istihdam hizmetleri ile bağlantısını sürdüren ve programlara katılan işsizler işsizlik yardımlarından yararlanabilmektedir. İşsizliğin ilk yılında her işsiz için eylem planı hazırlamak zorunluluktur. İlk yıldan sonra işgücü piyasasının dışında kalan her işçi bir tür aktivasyon programına katılmak zorundadır (Jensen & Larsen, September 2005, s. 62).

AİPP, işgücü piyasasında işsizlerin becerilerini güncellemek ve işsizlerin iş aramaları ve aktif kalmalarını sağlamak gibi çift yönlü amaca sahiptir (Jensen & Larsen, September 2005, s. 56). Danimarka AİPP'lerine ve işsizlik yardımlarına diğer AB üyesi ve OECD üyesi ülkelerden daha fazla harcama yapmaktadır. Buna rağmen yaşlıların (60-65 yaş arası) istihdama katılım oranı düşüktür (Jensen & Larsen, September 2005, ss. 56-65).

Pasif işgücü piyasası politikası işsizlik durumunda yardım alma koşullarıdır. Bu pasif önlemler gelirin sürdürülmesi için kamu desteğini kapsar. Bu nedenle, işsizlik sigortası sistemi işsizlere en iyi işi bulmak için olanaklar verir. Diğer yandan, pasif önlemlerin işsizlerin işe girmek için gerekli isteği azalttığı da ileri sürülmektedir. Bu anlamda görece cömert işsizlik yardımlarını uzun süre alan işsizler bütçeye yük

oluşturmaktadır. Ancak, işsizlik yardımlarının en önemli işlevi işsizlerin yoksulluğa düşmeden işgücü piyasasında kendi yetkinlikleriyle en uygun eşleşen işi bulabilmek için uzun iş arama olanağı vermesidir.

Danimarka'da işgücünün yüzde 75'inden fazlası işsizlik sigortası kapsamındadır, kapsam dışında kalanlar ise düşük oranlarda da olsa sosyal yardımlardan faydalanmaktadır. Danimarka esnek işgücü piyasasının temel özelliklerinden birisi kısa dönemde cömert işsizlik yardımları sağlamasıdır. Bu, işverenlerin işçileri görece kolay ve maliyetsiz işten çıkarmasını ve işçilerin kolay ve maliyetsiz iş bulmasını sağlamaktadır. İşsizlik sigortasının karşılama düzeyinin yüksekliği kendilerini güvenceli hisseden işçilerin yeni ve belki daha iyi bir iş bulmaları için işlerini bırakabilmektedir (Jensen & Larsen, September 2005, s. 61).

Etkili bir sosyal güvenlik ağı işsizlerin gelir kesintisi nedeniyle evlerini terk etmesini engellemektedir. Danimarka aktif işgücü piyasası politikası işsizlere eski işlerinden ayrılmalarında yeni işler için yeniden eğitim almaları olanağını sağlamaktadır. Güvence ağı Danimarka güvenceli esneklik modelinin bir parçasıdır. İşçilerin işten çıkma ve işe girmelerini kolaylaştırmada işgücü piyasasıyla önemli kamu yararı gözetilmektedir. İşçiler güvenceye sahip olacaklar, işverenler ise eylem özgürlüğüne sahip olacaklardır ( (KL), (02.05.2013), s. 5).

Düşük ücretler ve sendikasıızlaşma kırılgan kümedeki işgücünü tanımlamada önemli ölçütlerdir. İşçi sendikaları, üyelerinin iş ve yaşam koşullarını iyileştirmekte ve çıkarlarını korumaktadır. Sendikasız işçiler bu istemlerden ve korumadan yoksundur. Sendikasız işçilerin hepsinin kırılgan olduğu söylenemez, ancak işgücü piyasasında koşulları farklılaştıran başlıca güç temsil güvencesidir. Özellikle, hem düşük nitelikli işlerde çalışan, hem de işçi sendikalarının temsilinden yoksun olan işçilerin ekonomik ve sosyal kazançları da düşüktür. Bu nedenle düşük ücret kırılganlık göstergesi olabilmektedir. Son 30 yıldır işgücü piyasasının yapısındaki değişiklikler kötü işlerde düşük ücretlerle çalışan kırılgan işçilerin hem oranında hem de sayısında artışla birlikte işlerin kutuplaşmasını getirmiştir (Pollert & Charlwood, 2009, s. 344).

### 3.2.5. Göçmenler

OECD üyesi Avrupa ülkelerinde yabancı işçilerin sürekli işlerde istihdamı son derece azdır. Özellikle göçmenlerin geçici işlerde çalışmasının yaygınlaşması işgücü piyasasında esnekliği artıran nedenlerden biridir. Yabancılar arasında uzun dönem işsizlik yaygındır ve sürekli işlere geçiş olanakları görece zayıftır (Tangian, October 2004, s. 10).

Ayrıca, yasadışı göçle gelen göçmen işçiler ve istihdam statüsünün dışında kalan işçiler iş yasasının korunmasından yoksundur ve bu işçiler arasında kırılabilirlik son derece yaygındır. Herhangi bir istihdam statüsü olmayan işçiler ücretsiz iş (aile ya da ev işçisi) ve ücretli iş baskın olarak özellikle kırılabilir özellikler taşır, çünkü bu işçiler genelde geçici, gündelik, belirli süreli gibi standart dışı işlere sahiptir. Ayrıca, anılan işçiler istihdam koruma mevzuatı (İKM) ve istihdam sözleşmelerinin dışında kalarak yargı korumasından yoksundur. Bu düşük ücretli işçiler, ulusal sosyal sigorta katkıları (özellikle kısmi süreli çalışan kadınlar) için gerekli eşiğin altında kazanç elde ederek, zorunlu hastalık ve analık ödeneği gibi çalışmama durumunda elde edilecek sosyal yardımların dışına itilmektedir. Böylece, düşük ücret, standart dışı ücret, sendikasız işçiler en kırılabilir küme olarak toplu sözleşme, istihdam koruma hakları ve ulusal sosyal sigorta düzenleme rejimlerinin hepsinin dışında kalmaktadır (Pollert & Charlwood, 2009, ss. 344-345; Van Ginneken, 2013, ss. 210, 212).

AB'ye üye ülkelerdeki işgücü hareketi durumu iç göç olarak değerlendirildiğinde, Avrupa Topluluğu (AT) Antlaşması'nın 39. md'si işçiye diğer üye ülkede iş arama, istihdam ve çalışma koşullarına erişim konusunda eşit sözleşme sağlamanın yanı sıra, yine o üye ülkede kalmak ve yaşamak için hak sağlamaktadır. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelere oldukça nitelikli ve iyi eğitilmiş vatandaşların göçü küçük ve korunmuş ülkelere ve yeni üye ülkelere başta sağlık olmak üzere belirli alanlarda büyük sorun oluşturmaktadır (Kawinski & Stanko, 2007, s. 3).

Bales, günümüzde işverenlerin eğreti koşullarda çalışan işçilere sosyal üretimleri için gerekli ücreti ve çalışma koşullarını sağlayamadığını vurgulamıştır. Ayrıca, işçi sadece bir sonraki gün için çalışabilecek ya da yaşamda kalabilecek gıdaya karşılık

gelecek düşüklükte bir ücretle, işveren tarafından çalıştırılmaktadır. Tarım ve sanayi üretimi için kölelik döneminde köleleri üretim aracı gibi yüksek tutarlarda satın alarak kullanan köle sahipleri kölelerine ve onların ailesine gıda, giyinme ve barınma sağlarken, günümüzde işverenler ise yeni düzenle birlikte işçilere yüklü tutarlar ödemeksizin sadece günlük düşük ücret ile çalıştırmaktadırlar (Bales, 2002, s. 21). Günümüzde Londra gibi Avrupa'nın büyük şehirlerinde göçmen ve düşük ücretli işgücüne dayanan bir ekonomik politika çerçevesi oluşmuştur. Bu şehirler düşük ücretli temizlikçi, bakıcı, inşaatçı, aşçı, barmen ve lokanta hizmetleri işçilerinin emek gücüne bağımlı hale gelmiştir. Bu bağlamda, yeni liberal politikalar ve küreselleşme arasında *diyalektik* etkileşim sonucunda göçmen işçiler, bir yandan uluslararası sınırlar ötesine geçerek çalışma isteği oluşturulmakta, diğer yandan bu göçmen işgücünün yeniden üretimi (sosyal yeniden üretim) yok edilmektedir. Eğreti koşullarda çalıştırılan göçmen işçiler seçim olanaklarının azlığı ve sosyal korumanın dışında kalmaları nedeniyle düşük ücret ve uzun çalışma süreleri ile zor işlerde çalışmaktadır (Lewis, Dwyer, Hodkinson, & Waite, 2014, s. 4; Munck, 2013, s. 747-748). Bu anlamda göçmen işçiler dünyada bitmeyen eşitsizlik, düzensizlik ve adaletsizlik tarihinin getirdiği *yeni kölelerdir*.

#### 4. Üye Ülkelerde Kırılđan Kümelere Sağlanan Sosyal Yardım ve Hizmetler

##### 4.1. Üye Ülkelerde Sosyal Yardım ve Hizmetleri

###### 4.1.1. Sosyal Yardım ve Hizmetlerde Dönüşüm

Öte yandan gelişmiş ülkelerde yeni liberal idelojiler sonucunda yaşlılar ve çocuklar için bakımda sosyal yatırım eksikliği ve refah bütçelerinin azaltılmasıyla ailelerin bu hizmeti kamu hizmetleri yerine piyasadan karşılamaları enformelleşmeyi artırmaktadır. Diğer yandan nüfusun yaşlanması ve kadınların giderek daha fazla işgücü piyasasına katılmaları ulusötesi kadın göçmenliğini artırmaktadır. Gelişmiş ülkelerin işgücü piyasalarında kayıtlı ve görece uygun işlerde istihdam edilen kadınlar, temizlik, yemek, yaşlı bakımı, çocuk bakımı gibi evsel işleri yoksul ülkelerin göçmen işçi kadınlarını eğreti koşullarda düşük ücretlerle kayıtdışı biçimde

çalıştırmaktadır. Bu anlamda, kadınların işgücü piyasasına katılımının artması küresel bakım tedarik zinciri oluşturmuştur. Gelişmiş ülkelerin vatandaşı olan kadın işgücü piyasasına katıldığında, anılan hizmetleri daha ucuza geliştirmekte olan ya da gelişmemiş ülkeden göçmen kadın işçiye bırakmakta, göçmen kadın da kendi yaşlı ya da çocuğunu bir başka kadının bakımına bırakmaktadır. Böylece, kadının küresel ekonomide bakım tedarik zinciri üzerinden metalaşması artırılmaktadır (Hobson & Bede, 2015, ss. 328-330).

Yetmişli yılların sonundan itibaren OECD'nin politika tavsiyesi yeni liberal özellik taşımaktadır. Bu yeni liberal politikalar OECD'nin İş Stratejisi yoluyla sürdürülmüş ve bu AB'nin tutumunu dönüştürmüştür. Hem OECD hem de AB Kuzey ülkelerine daha fazla verimlilikte ve tercihinde piyasa merkezli çözümleri kabul etmesi için bakılarını artırmaktadır. Aynı zamanda OECD'nin İstihdam, Çalışma ve Sosyal İşler Müdürlüğü sosyal yatırım paradigması olarak görülen formülünü başlattı. Sosyal yatırım paradigması, pasif önlemlerden tüketim odaklı aktif bir yönelime kaymasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Bilimsel çalışmalara dayanarak erken çocukluk dönemine yapılan yatırımların, yetişkin eğitime yapılan yatırımlara göre fayda-maliyet oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum çocuk bakımının yaygın desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır. İsveç ve Finlandiya'da devlet yeni sosyal sorumlulukları karşılamaya teşvik edilmekte, böylece bu ilkeler meydan okumalara farklı yollardan yanıtlar verebilmektedir (Mahon et al., 2012, s. 423).

Kuzey sosyal demokrat bakım rejimi belirli tarihsel gelişimlere bağlıdır. İlk olarak, evrensellik bütün vatandaşlara sosyal yardım ve hizmetlere erişimi sağlamaktadır. Evrensellik politikaları Kuzey ülkelerinde özellikle kadınlar için önemlidir ve bu bağlamda cinsiyet eşitliği desteklenmektedir. Kuzey rejimlerinin ikinci özelliği devletin merkezi rol oynamasıdır: Kamu iradesi, vergilendirme yoluyla sosyal yardım ve hizmetlere mali desteğin sağlanmasından sorumlu olmasıdır. Üçüncü özellik, sosyal demokrat partiler ve işçi sendikaları sosyal politikaların gelişmesinde itici güç olmasıdır (Mahon et al., 2012, s. 421).

#### 4.1.2. Üye Ülkeler Arasında Yardım ve Bakım Hizmetlerinde

##### Iraksamalar ve Yakınsamalar

Avrupa ülkelerinin ayrışık yapısı, özellikle refah devleti, endüstri ilişkileri sistemleri, işgücü piyasası düzenlemeleri ve pozitif bütünleşmenin diğer düzenleme alanlarına ilişkin kurumsal özellikleri, gelenekleri ve ilgileri açısından önemli bir role sahiptir. Bu bağlamda, ulusal egemenliğin korunması gerektiği yönündeki görüşün ağırlık kazanmasına olanak sağlayan bu ayrışık yapı, pozitif entegrasyon unsurları üzerinde bir anlaşmaya varılmasını da güçleştirmektedir. Ayrışıklık, 2004 ve 2007 yılları arasındaki, üye sayısını ve çeşitliliği önemli ölçüde arttıran, genişleme döneminde iyice belirginleşmiş ve bundan sonra pozitif bütünleşmenin gelişimi de içinden çıkılmaz bir hal almıştır (Keune, 2008, s. 93).

AB ülkeleri arasında yakınsama baskısı sadece ekonomik bütünleşmeden kaynaklanmamakta, aynı zamanda uluslararası kuruluşların rolü ve ulusötesi politika ağlarında yaygınlaştırılmasında artan hızdan kaynaklanmaktadır (Mahon et al., 2012, s. 423).

Avrupa 2020 ekonomik, sosyal ve istihdam politikaları alanlarında bütünleştirme sağlama amacını taşıırken, AB'ye yetkinlik kazandıracak farklı eşgüdüm yöntemleri arasında kendine ters düşecek biçimde düzenleme yapmaktadır. Açıkça söylenirse, bir yandan kamu harcamalarında kısıtlamaya gidilmesi ya da kemer sıkılmasına ilişkin emeklilik politikası önemli bir konu olarak görülürken, diğer yandan yaşlı yoksulluğu ile mücadele edilmesi de önemli bir konu olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında Avrupa 2020'nin hedefleri arasında politika belirsizliği vardır (Bekker, January 2013, ss. 2-3).

#### 4.2. Üye Ülkelerde Sağlanan Yardım ve Hizmetler

##### 4.2.1. Üye Ülkelerde Sosyal Yardımlar

OECD'ye göre kadınlar vergi olumsuzlukları, aile destek politikalarının kötü tasarlanması ve kısmi süreli işlerin eksikliğinden dolayı engellerle karşılaşmaktadır.



İkincil işçilerin vergi işlemleri çoğu ülkede kadın işgücünün istihdama katılımını bastırma eğilimindedir. Aynı zamanda çalışma ile aile sorumluluklarını “bağdaştırmaya” yardımcı olabilecek uygun ebeveyn izni hükümlerinin eksikliği de kadın işgücünün katılımını azaltmaktadır. Ayrıca, çocuk bakım maliyetlerinin yüksek olması kadının evin dışında bir iş aramasını olanaksız duruma getirmektedir. Bu maliyetler genel çocuk yardımlarını çocuk bakım desteğine çevrilerek düşürülebilir. Ancak burada, çocuk yardımlarının aile yardımları gibi sosyal konuları çocuk bakım sübvansiyonlarından daha kolay hedeflemesi gibi bir politik ikilem vardır. Yani çocuk yardımları çocuk bakım yardımlarına göre daha sosyal kapsayıcılığı olan bir konudur (OECD, 2006, s. 15).

İngiltere ve İrlanda gibi liberal refah devletleri işgücü piyasasında esnekliği karşılayacak yeterli güvence düzeyleri ve güvence mekanizmalarına sahip değildir. Öte yandan İsveç, Danimarka, Finlandiya gibi Kuzey ülkeleri ve görece Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa gibi Korporatist refah devletleri ve hem Kuzey ülkeleri hem de korporatist refah devleti özelliği gösteren Hollanda’da kadınların işgücü piyasasına hem standart istihdam biçimlerinde katılmalarını hem de atipik istihdam biçimlerinde katılmalarını destekleyecek sosyal güvenlik mekanizmaları vardır. Ayrıca, esnek işgücü piyasalarına atipik biçimlerde katılan kadınların esnekliği karşılayacak güvence düzeyleri ve mekanizmaları vardır. Bu anlamda, liberal refah devletlerinde kadınların esnek işgücü piyasalarına katılımını karşılayacak güvence düzeylerinin düşüklüğü nedeniyle, görece işgücü piyasasında esneklik ve güvencenin bağdaştırılması da düşük düzeyde olmaktadır. Buna karşılık Hollanda gibi karma refah devleti ve Kuzey refah devletlerinde kadınların esneklik ve güvenceyi bağdaştırılma düzeyi yüksektir (Fredman, 2004, ss. 300-301; Klammer, October 2006, ss. 162-163; Vielle & Walthery, 2003, ss. 23-24).

Ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerince sağlanan sosyal yardımların toplumun geneline sağladığı koruma düzeyinin ne kadar etkin ve toplumu kapsayıp kapsamadığı konusu; ailenin korunması bağlamında çocukların yoksullukla yüzleşmesinin ne kadar az olup olmadığı ile ilgilidir. Bu anlamda sosyal güvenlik sistemlerindeki ve ücret, eğitim, vergi gibi diğer korumaya bağlı sistemlerdeki

gösterdikleri başarının yanı sıra, gelir-bölüşüm ilişkisindeki başarı ülkeden ülkeye çeşitlilik göstermektedir. Çocuk yoksulluğu AB ülkelerinde ve dünyada en düşük İsveç'tedir. Kuzey refah devletlerinde çocuk yoksulluğunda diğer AB üyesi ülkelerden ve diğer ülkelerden görece daha iyi durumdadır. Refah devleti olarak kabul edilen ABD'de toplam çocuklar içinde çocuk yoksulların oranı yüzde 19 ile Almanya'nın iki katı, İsveç'in beş katıdır. Bu durumun temel nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliktir. Buna göre, Gini katsayısı İskandinavya'da 0,15, Almanya'da 0,30 ve Kanada'da 0,20 ve ABD'de en iyimser tahminle 0,46'dır (Esping-Andersen, 2007, ss. 23-24).

AB ülkelerinde ailelerin korunması çocukların durumu üzerinden değerlendirmeler sonucunda yapılmaktadır. Bu anlamda ailelerin korunmasındaki amaç, çocukların korunmasıdır (Harris, 2013, s. 113). Bu anlamda gelişmiş AB ülkelerinde cömert sosyal güvenlik sistemlerinde yüksek kalitede çocuk bakımına düşük maliyetle erişimin sağlanması aileler arasında gelir eşitsizliği ve istihdam eşitsizliğini azaltmakta ve çocuklar arasında eğitim boşluğunu daraltmaktadır. Bu politikayı gerçekleştirmek ülkeler için maliyetli olmaktadır. Örneğin İskandinav ülkelerinde gayri safi milli hasıla (GSMH)'nin yüzde bir ve ikisi arasında bir bütçe ayırarak yüksek nitelikte çocuk bakımına evrensel girişi sağlamak için çeşitli kuruluşlarla bir program gerçekleştirmektedir. Bu durum ilk bakışta ekonomiyi engelleyici olarak görünebilir, ancak yoksulluğun makro ekonomik maliyetinin daha yüksek – GSMH'nin yüzde dördü- olduğu düşünöldüğünde, daha çok tercih edilebilmektedir. Ayrıca, günümüzde bu maliyetleri karşılayabiliyorken, toplumun hızla yaşlandığı düşünöldüğünde, gelecekteki işçilere bu yatırımların yapılmasından daha doğru bir durum yoktur (Esping-Andersen, 2007, s. 27).

#### **4.2.2. Üye Ülkelerde Bakım Hizmetleri**

Bakım yardımı ve hizmetlerinde bütün farklılıklar ülkelerin sahip olduğu refah devleti modellerinden kaynaklanmaktadır. Öte yandan, özellikle küçük çocukların bakımı ve yaşlıların bakımı sıklıkla bir refah devleti modelinde hatta bir ülkede farklı yollar izlenebilmektedir (Mahon et al., 2012, ss. 421-422).

#### 4.2.2.1. Yaşlı Bakımı

Yaşlıların bakımı ülkelerin gelenek, görenek, refah düzeyi, yaşlılara bakış açısı, aile yapısı, feodal, monarşik ya da demokratik yönetim rejimi gibi değişkenlere bağlı olarak ekonomik, kültürel, politik ve toplumsal yapılara göre farklılaşmaktadır.

Nüfusun yaşlanması işgücü ve refah devletinin maliyetinin karşılanması üzerine baskı yapmaktadır. Öte yandan, işgücü piyasasına katılanların giderek azalması çocuklar ve yaşlılar gibi aktif olmayan geniş kümelerin desteklenmesini azaltacaktır. Danimarka'da 15-65 yaş arasında nüfusun çeyreğine denk gelen 900 bin kişi kamu tarafından sağlanan yardım ve hizmetlerden yararlanmaktadır. Bu kümedekilerin çoğu sağlık sorunları gibi sebeplerle tam süreli çalışmamaktadır (Jensen & Larsen, September 2005, ss. 64-65).

İki ebeveynli aileler yaşlı bakımı ve çocuk bakımı için çoğunlukla kesinti yaşamaktadır. Özellikle yüksek gelir kümesinde yer alan aileler (gelirden en yüksek payı alan yüzde 25) bu bakım hizmetlerini bir merkezle sağlanan hizmetler yerine bakıcı istihdam etmektedir. Çocuk bakımı İsveç ve Finlandiya'da piyasalaşma derecesi bağlamında ailelere (annelere) küçük çocuklar için bakım sağlanmaktadır (Mahon et al., 2012, s. 427).

Refah devletlerinin en önemli işlevi vatandaşlarının var olan ve gelecekte ortaya çıkabilecek yeni sosyal riskleri ya da bu sosyal risklerin toplum için sorun olabilecek sonuçlarını karşılayabilecek güvence önlemleri almalarıdır. Almanya'da iş kazası ve meslek hastalığı, işsizlik, hastalık ve emeklilik gibi risklere karşı güvence düzeneklerini yüz yıl öncelerine dayanmaktadır. Öte yandan, nüfusun yaşlanması, aile yapısında değişimler gibi toplumsal dinamikler sonucunda 1995 yılında bakım sigortasını kurmuşlardır (Çağlar, 2015, s. 70). Bu toplumsal gereksinimler sonucunda oluşan bakım sigortası oluşturmanın temel gerekçesi ekonomiktir. Bu anlamda, Almanya gelecekte yaşlı nüfusun gereksinimlerini karşılayacak akçelendirmeyi şimdiden kuşaklararası ve kuşak içi dağıtım yöntemi ile çözmek istemektedir.

Bakım gereksinimi olan yaşlılara gün içinde belli zaman dilimlerinde bakım gereksinimini *gündüz bakım evlerinde* sağlanmaktadır. Bu hizmet daha çok yaşlı bireyin gereksinimlerinin aile ya da ev ile eşgüdümlü biçimde ev dışından sağlamaktadır. Bakım gereksinimi olan yaşlılara dönük diğer bir sosyal bakım hizmeti *kurumsal bakım* olarak sağlanmaktadır. Kurumsal bakımda yaşlılara sağlık, sosyo-ekonomik ve psikolojik gereksinimleri bu konularda yetkinliği olan kişilerce sağlanmaktadır. Buna karşılık yaşlılara dönük diğer önemli bir bakım hizmeti, *sosyal hizmet uzmanlarınınca* daha genel ve kapsamlı biçimde sağlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı evde bakım hizmetini sağlık, ev işleri gibi yaşlının gereksinimlerine göre eşgüdümlü biçimde sağlamaktadır. Son olarak yaşlılara yönelik *sosyal organizasyonlardır*. Bunlar, yaşlıların toplumla birbiriyle kaynaşmalarını sağlayan etkinliklerdir (Taşcı, 2010, s. 186).

Gelişmiş ülkeler yaşlı bakımını sosyal politikalardan bağımsız olmayacak biçimde sosyal güvenlik sistemlerinin güvence kapsamına almaktadır. Sosyal güvenlik sistemlerinde yaşlı bakımı iki sistem aracılığı ile sağlanmaktadır. İlki sosyal sigorta sistemi içinde primli sistem içinde bakım sigortası aracılığıyla sağlanmaktadır. Primli sistemin dışındakilere de primsiz sistem aracılığıyla sosyal hizmet ve sosyal yardım sistemleri aracılığıyla bakım sağlanmaktadır. İkincisi evrensel (Beveridge ) sosyal güvenlik sistemine sahip ülkelerde ödenen prime bakılmaksızın bakım hizmeti sağlanmaktadır.

Bu bağlamda, AB'nin gelişmiş üye ülkelerinde yaşlı bakımı emeklilik sistemi ya da yaşlılık aylığı, genel sağlık ve halk sağlığı ya da hastalık sigortası, bakım sigortası ya da sosyal hizmet ve yardımlar gibi kurumsal yapılarına göre farklılıklar görülse de, görece birbirine yakın nitelikte yaşlı bakım hizmetleri sağlanmaktadır.

#### 4.2.2.2. Çocuk Bakımı

Çocuk bakımı refah devletleri için anahtar öneme sahiptir. Bu önemin ekonomik, sosyal ve politik pekçok nedeni olsa da işgücü piyasaları için temelde iki başlığı vardır. İlki, bir sonraki kuşak olacak çocukların bakımı, eğitimi ve niteliği ya da

yetkinliği işgücü piyasalarının insan değerinin düzeyini belirleyecektir. İkincisi, işgücü piyasalarına kadınların daha fazla katılımının artırılması ailelerin, işletmelerin ve devletlerin çocukların bakımını sağlayacağı düzeye ve kaliteye bağlıdır. Aksi durumda, çocuklarının bakımı sağlanmayan kadınların işgücü piyasasına katılımının olması pek olası değildir.

Zamanla ortaya çıkan değişimler nedeniyle çocuk bakım hizmetleri gibi yeni sosyal politikaların geliştirilmesi (Bonoli, 2010, s. 9) özellikle kadınlar için önemlidir. Esnekleşmenin itiraz edilmeyen yönü olan kadının ailesine, yaşlı ve çocuk bakımına işten kalan zamanlarda bakması kapitalist sistemin kadınlar için biçtiği değer yargılarıdır. Oysa bir önceki dönemin en belirgin özelliği olan büyük işletmelerde kreş ve çocuk bakımının işçilere sağlanmasının ulusal yasalara bağlayıcı biçimde girmesine karşın, bu yeni dönemde kadının hem üretim sürecine içerilmesinin işgücünün kadınlaşması yoluyla sağlanması, hem de geri kalan zamanda ev işleri, çocuk, hasta ve yaşlı bakımı ile uğraşması istenmektedir. Gelişmiş refah devletlerinde çocuk bakımının desteklenmesi, hasta ve yaşlı bakımının bakım sigortası çerçevesinde evde karşılanması artık yerini bu zorunlu aile hizmetlerinin devletin omuzlarından alıp kadının omuzlarına yüklenmesi anlamına gelmektedir. Dolayısıyla kadının evde bakım bekleyen çocuk, hasta ve yaşlı varken, tam süreli çalışmasını beklemek ve tam süreli çalışmadan mutlu olacağını beklemek doğası gereği olası değildir. Oysa çocuğun bakımının devletin gelir ve bakım desteği sağlayarak karşılanması ile kadın işgücü piyasasında kısmi süreli ve eğreti işlerde çalışmak yerine, tam süreli ve uygun işlerde çalışabilecektir.

Üye ülkelerde çocuk bakımına gereksinim enformel sektörün yükselişi ve aile içi nedenlerle artmaktadır. Anılan nedenler doğrultusunda çocuk bakımı için ailelere devlet desteğinin artırılması gerekmektedir (Mahon et al., 2012, s. 420).

Hollanda istisna olmak üzere, kısmi süreli istihdam genelde uzun süreli kısmi süreli istihdam anlamına gelmektedir. Kurumsal etmenlere bakıldığında, cömert izin planları ve kamu çocuk bakım hizmetlerinin oranının yüksek olması kadınların işgücü piyasasında kalmaları için önemli etmenlerdir. AB üyesi ülkelerde Danimarka

ve İsveç küçük çocuklar (üç yaş altı) için kamu çocuk bakımı alanında önderlik etmektedir. Bütün Kuzey ülkelerinde, Hollanda'da 13 aydan İsveç'te 18 aya değişen analık izni dışında ebeveyn izni seçenekleri de sağlanmaktadır. Bütün bu ülkeler ebeveynlere istekleri doğrultusunda çocuğun sekiz ya da dokuz yaşına kadar ebeveyn izni sağlamakta ve ebeveyn izinlerinde yürütebilecekleri kısmi süreli işlerde çalışma izni verilmektedir. Kuzey refah devletlerinin özellikle İsveç ve Danimarka'nın diğer bir özelliği babaların ebeveyn izni almaları konusunda cesaretlendirilmesidir. Bütün ülkeler ayrıca, aile üyelerinin ölmesi ya da hasta çocukların bakımı gibi acil durumları kapsayan aile izinleri için düzenlemeleri de sağlamaktadır. Kuzey ülkeleri bireysel nedenler ya da eğitim için işçilere izin vermektedir. Diğer AB üyesi ülkelerle karşılaştırıldığında İsveç'te emeklilik yaşı oldukça yüksek ve çalışma yaşamının son bulması ileri yaşlara kadar sürmekte, 55-65 yaş arası insanların çoğu çalışmaktadır (Klammer, October 2006, s. 162).

İsveç ve Finlandiya arasında bakım konusunda önemli farklılıklar vardır. İsveç'te erkekler için bakım konusunda önemli teşviklere sahipken, Finlandiya'da küçük çocukların evde bakımının evde sağlanması ve çalışma arasında tercih yapma hakkının kurumsallaşması söz konusudur (Mahon et al., 2012, s. 420).

Kuzey sosyal demokrat refah devletinde özellikle Finlandiya ve İsveç'te ulusal çocuk bakım sistemleri evrensellik ilkesine dayalı olarak kamu eliyle finansmanının yürütümünün sağlandığı kaliteli bakım hizmetlerine sahiptir. Hatta bu ülkeler devletin etkinliğinin azaltıldığı yetmişli yıllarda sosyal bakım hizmetini başarılı bir biçimde yürütmektedir. Ayrıca, bu ülkelerde devlet yapısının üniter olması yerel düzeyde herhangi bir gecikme olmaksızın ailelere bakım hizmetinin sağlanması için belediyelere kaynak aktarılmasını olanaklı kılmaktadır. Öte yandan bu iki ülke arasında yetmişli yıllarda Finlandiya'da kırsal yapılanma güçlü iken ve İsveç'te evrensel ve kamu ile yürütülmeyen ve desteklenmeyen bir çocuk bakımına sahip olmaları konusunda önemli farklılıklara sahiptir. Yetmişli yıllarda Sosyal Demokrat ve Liberal Partinin dengelenmesi, feminist birliklerin baskıları sonucunda, İsveç hükümeti aile gündüz bakımeviden daha ucuz belediyelerce sağlanan bakım merkezlerini yaygınlaştırmıştır. İsveç'te çocukların yüzde 90'ından fazlası bakım

merkezlerinde bakım hizmeti almaktadır. Öte yandan, Finlandiya’da üç yaşın altındaki çocukların yüzde 48’i ve üç yaştan okula başladıkları yedi yaşına kadar olan çocukların yüzde 30’u gündüz bakımevinde hizmet almaktadır (Mahon et al., 2012, s. 426).

Her iki ülkede de kırsal bölgelerde anaerkil ve cinsiyet eşitliğinin olmasının etkisiyle Çocuk Evde Bakım Hizmetleri’ne erişim sağlanmaktadır. Finlandiya’da merkezi yönetim tarafından 1985 yılında çocuk bakım mevzuatında yardımını desteklenmektedir ve ebeveynler çocuk üç yaşına gelene kadar çocuk bakım izni alma hakları vardır (Mahon et al., 2012, s. 425).

İsveç’te 1996 yılında çocuk bakım politikalarının sorumlusu Eğitim Bakanlığı olmuş ve bir ve beş yaş aralığında çocuklar için eğitim müfredatı kabul edilmiştir. İsveç hükümeti 2002 yılında işsizlerin veya ebeveynlerin bir yere bırakmak zorunda kaldıkları çocukların bakım hizmetlerinin belediyeler tarafından karşılanmasını zorunluluk haline getirmiştir. 1998 yılından sonra İsveç’te bütün çocuklar haftalık 15 saatlik okul öncesi eğitim alma hakkına sahip olmuştur. 2003 yılından sonra ise dört ve beş yaşlarındaki çocuklar evrensel ve ücretsiz okul öncesi eğitime sahiptir. Finlandiya’da ise 2000 yılından sonra belediyelerin çoğunda okula başlamadan önceki yılda bütün çocuklara okul öncesi eğitim verilmektedir. Yeni liberal düşüncenin yayılması İsveç ve Finlandiya’daki meydan okumasının sonucunda, iki sisteminde piyasalaşmaya yönelmektedir. 1985 yılında ebeveynlerin çocuk bakım hizmetini özel kuruluşlardan alması sağlanmış, ancak sonraki 10 yılda bu oran yüzde beşte kalmıştır. 1997 yılında İsveç’te Sosyal Demokratlar yönetiminde koalisyon hükümeti tarafından özel kreş yardımı sağlanmış ve yüzde sekiz oranında çocuklar yararlandırılmıştır. Bütün bunlara rağmen, her iki ülkede de bakım hizmetlerinin özel kuruluşlar tarafından sağlanması düşük oranda kalmaktadır. İsveç İşveren Sendikaları Konfederasyonu çocuk bakımı için bir işletmeyi (Pssylingen) kurarak, Stocholm bölgesinden başlayarak belediyeleri kapsayacak biçimde yaygınlaştırmıştır (Mahon et al., 2012, s. 426). Bakım hizmetlerinin özel kuruluşlar tarafından piyasadan sağlanmasının hükümetlerce desteklenmesi daha çok yaşlı bakımı için geçerli olmaktadır.

## 5. Sonuç

Sanayi devriminden sonra üretim sürecine bağlı olarak işletmeler kitle üretimi yaparak ulusal sınırlar içinde gerçekleşmekte idi. Bu durum İkinci Dünya Savaşı sonrası daha da pekişmiş ve bireysel ve toplu iş mevzuatı, işçi sendikaları, toplu pazarlık gibi işgücü piyasası kurumlarının gelişimi artmıştır. Bu Fordist düzende iş ve gelir güvencesi mevzuatının yanı sıra sosyal güvenlik sistemleri işgücünü korumaktaydı. Ortaya çıkan ekonomik ve sosyal risklere karşı başta istihdam edilenleri koruyan düzenlemeler zamanla tüm toplumu koruyacak biçimde yapılandırılmıştır. Fordist üretime göre biçimlenen sosyal koruma düzenlemeleri ve işgücü piyasası kurumları post Fordizm olarak adlandırılan yetmişli yıllardan günümüze kadar olan dönemde değişime uğramıştır. Post Fordist dönemde petrol krizleri ve küresel mali krizler bir yandan işletmeleri esnekliği artırmaları yönünde baskılarken, diğer yandan işçilerin, işsizlerin ve tüm toplumun güvence gereksinimlerini de artırmaktadır. Bu büyük ekonomik değişimler sonucunda işgücü piyasalarının reformu gündeme gelmektedir.

Bu değişim süreçleri ile AB ülkelerinin işgücü piyasaları küreselleşme ile istikrarsızlaştırma ve düzensizleştirme süreçlerine girmektedir. Bu ülkelerin işgücü piyasalarındaki değişimden en çok kırılgan kümeler etkilenmektedir. AB ülkeleri sahip oldukları farklı refah devleti modellerine göre kırılgan kümelere sağladıkları sosyal yardımlar ve hizmetler bağlamında temel farklılıklar vardır. Özellikle kadınların işgücüne katılımlarının artması ile özel yaşam ve iş yaşamını bağdaştıracak uygulamalardan kaynaklanan yeni kavramlar ortaya çıkmaktadır. Bu kavramların başında güvenceli esneklik gelmektedir. İşgücü piyasalarının esnekleşmesi sonucu ortaya çıkan sorunların işçiler için güvenceli esneklik istihdam edilebilirlik ve gelir güvencesi gibi güvencelerle giderilmeye çalışılmaktadır.

Yeni liberal görüşün öngördüğü biçimde işgücü piyasalarında artan esneklik standart istihdam yerine atıf istihdam biçimlerini yaygınlaştırmaktadır. Sosyal güvenlik sistemlerinin sürekli ve tam süreli istihdama dayalı kurumsal ve mali yapılarla güvence sağlaması süresiz ve kısmi süreli istihdamın artması ile birlikte sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar temelde iki başlıkta toplanabilir. İlki, sosyal



güvenlik sisteminin akçelendirilmesi ve sürdürülebilirliği zorlaşmaktadır. İkincisi, atipik biçimde istihdam edilenler işsizlik, analık sigortası gibi sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamına alınmada asgari koşulları sağlayamama riski ile karşılaşabilmektedir. Gelişmiş AB ülkelerinde işgücü piyasalarının esnekleşmesi, düzensizleştirmesi ve istikrarsızlaştırılması kadınlar, gençler, yaşlılar, işsizler ve göçmenler için yeni güvencelerle korunmasını gerekli kılmaktadır.

Bu anılan kırılğan kümelerin korunması AB ülkelerinin sahip olduğu refah devleti modellerine göre farklılıklar göstermektedir. Anglo Sakson, Korporatist, Akdeniz ve İskandinav (Sosyal Demokrat Kuzey) refah devletleri kırılğan kümeleri korumak için farklı sosyal yardım ve hizmetleri uygulamaktadır. Bu refah devletlerinden Anglo Sakson ve Akdeniz refah devletleri, nüfusun yaşlanması meydan okumasına karşı Korporatist ve İskandinav refah devletlerinin uyguladığı sosyal yardım ve hizmetlerin kapsayıcılığı ve niteliği göre daha azdır. Akdeniz refah devleti modeline sahip ülkelerde bakım sigortası ya da bakım hizmetleri görece gelişmemişken, Anglo Sakson ülkelerde yaşlılara yönelik sosyal yardımlar, sosyal hizmetler düşüktür. Bu nedenle gereksinimler piyasadan bireylerin kendi çabalarıyla karşılanmaktadır. Başta Almanya olmak üzere Korporatist refah devletlerinde bakım sigortası gelişmiştir. Almanya bakım için yeni sigorta sistemi oluşturmuş, yaşlıların bakımı sigorta kesenekleri ile sağlanmaktadır. İskandinav refah devletlerinde yaşlılara yönelik bakım hizmetleri genel bütçeden karşılanmakta ve tıbbi bakım olarak görülmektedir. Çocuklara yönelik sosyal yardım ve hizmetler çok buyutlu bir durumdur. İlk olarak refah devletlerindeki aile yardımlarının temel gerekçesi ve ölçütü çocuklara yönelik olmasıdır. Bu anlamda aile yardımları çocukları yoksulluktan kurtarmak için yapılmaktadır. İkinci olarak, kırılğan kümede yer alan kadınların işgücüne katılımının artırılması çocuk bakımının refah devletince karşılanması ile olası olmaktadır. Bu anlamda işgücü piyasalarında esneklik ve güvencenin bağdaştırılmasında çocuk bakımı anahtar öneme sahiptir. Refah devletleri arasında çocuk bakım hizmetini merkezi hükümet, yerel yönetimler ve işletmeler tarafından karşılanmasında ya da bireylerin piyasadan doğrudan satın alma ile karşılaması yönünden farklılıklar vardır. Korporatist ve İskandinav refah devletlerinde çocuk bakım hizmeti merkezi hükümet, yerel yönetimler ve işletmeler tarafından

karşılanırken, Anglo Sakson ülkelerde görece doğrudan piyasadan satın alma yoluyla karşılanmaktadır. Akdeniz modeline sahip ülkelerde ise çocuk bakımının merkezi hükümet, yerel yönetimler ve işletmeler tarafından sağlanması görece zayıftır. Öte yandan çocuk bakımının piyasadan karşılanması, kadınların düşük gelir elde etmesi nedeniyle güçtür. Bu bağlamda, kadınların işgücüne katılımı başta İskandinav refah devleti modelindeki ülkelerde ve Korporatist refah devleti modelindeki ülkelerde yüksek iken, Anglo Sakson ve Akdeniz refah devleti modellerine sahip ülkelerde düşüktür. Bu anlamda, kırılıgı kümelerin korunması bağlamında işgücü piyasalarında güvenceli esnekliğin düzeyi de yukarıdaki duruma benzerdir.

Not: Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Zeki ERDUT danışmanlığında hazırlanmakta olan "Avrupa Birliği ve Türkiye İşgücü Piyasalarında Esneklik ve Güvencenin Bağdaştırılması" başlıklı doktora tezinden türetilmiştir.

### **Kaynakça**

- (EC.), E. C. (2010). An Agenda for new skills and jobs: A European Contribution Towards Full Employment, Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. (682 Final). Strasbourg,.
- (KL), L. G. D. KL. (02.05.2013). Flexicurity- The Danish Model and the Local Governments, Retrieved from [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_41696/cf\\_202/Report-\\_Labour\\_Market\\_3.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_41696/cf_202/Report-_Labour_Market_3.PDF).
- Anner, M. (2015). Worker Resistance in Global Supply Chains: Wildcat Strikes, International Accords And Transnational Campaigns. International Journal of Labour Research: Decent Work in Global Supply Chains, 7( 1-2), 17-34.
- Bales, K. (2002). Kullanıp Atılanlar": Küresel Ekonomide Yeni Kölelik (P. Öğünç, Trans.Vol. 19). İstanbul,: Çitlembik Yayınları.

- Bart, C., & Linden, B. V. d. (2009). Flexicurity in Belgium: A Proposal Based on Economic Principles. ZA Policy Paper, 1(9).
- Bekker, S. (January 2013). The EU's Stricter Economic Governance: A Step Towards More Binding Coordination of Social Policies? (SP IV 2013–501). Berlin (WZB).
- Bonoli, G. (2010). The Political Economy of Active Labour Market Policy. (REC-WP 01/2010). Edinburgh: the Reconciliation of Work and Welfare in Europe (RECWOWE).
- Campbell, P., Kelly, P., & Harrison, L. (2011). Transitional Labour Market Programs: Challenges and Opportunities. Australia: Deakin University Alfred Deakin Research Institute.
- Commission, E. (2010). An Agenda For New Skills And Jobs: A European Contribution Towards Full Employment. Retrieved from Strasbourg:
- Cesur, E. E. (2016). Küresel Sermaye Hareketlerinin Türkiye'deki Gelir Dağılımına Etkisi, Türk Metal Sendikası Araştırma ve Eğitim Merkezi Yayınları – 6, Ankara.
- Çağlar, T. (2015). Türkiye ve Almanya'da Karşılaştırmalı Yaşlı Bakım Model ve Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Dieckhoff, M., & Gallie., D. (2007). The Renewed Lisbon Strategy and Social Exclusion Policy. *Industrial Relations Journal*, 38(6), 480–502.
- Erdut, T. (2005). İşgücü Piyasasında Enformelleşme ve Kadın İşgücü. *Çalışma ve Toplum*, 6, 11-49.
- Erdut, Z. (2004). Liberal Ekonomi Politikaları ve Sosyal Politika. *Çalışma ve Toplum*, 2004(2).
- Eriksson, T. (2012.). Flexicurity and the Economic Crisis 2008-2009: Evidence from Denmark. (139). OECD Publishing.
- Esping-Andersen.G. (1990). "The Three Political Economies of the Welfare State", *The Three Worlds of Welfare Capitalism*.Princeton-New Jersey: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. (2002). "Towards the Good Society, Once Again?", *Why We Need a New Welfare State*. Oxford University Press.

- Esping-Andersen, G. (2007). Equal Opportunities and The Welfare State. *Contexts*, 6(3).
- Eurofound. (21 March 2007). Varieties of flexicurity: reflections on key elements of flexibility and security, , Background Paper, Hearing on the Commission's Green Paper 'Modernising labour law to meet the challenges of the 21st century Sess
- Eurostat. (2007). Measuring Progress Towards A More Sustainable Europe 2007 Monitoring Report of The EU Sustainable Development Strategy Eurostat Statistical Books. Luxembourg: European Union.
- Eurostat. (2010, 03.01.2017). Employment rate of the total population, men and women, age group 20-64 in 2010, Eurostat, European Union. Retrieved from <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tesem010>
- Fredman, S. (2004). Women at Work: The Broken Promise of Flexicurity. *Industrial Law Journal*, 33(4), 299-319.
- Golden, T. D. (2008). Balancing the Implications of Employee Telework: Understanding the Impacts for Individuals and Organizations (Vol. 2). ABD: Sage Publication.
- Harris, E. (2013). Financing Social Protection Floors: Considerations of Fiscal Space, The Role of National Social Protection Floors in Extending Social Security To All. *International Social Security Review*, 66(3-4), 111-143.
- Hassel, A. (2003). The Governance of The Employment - Welfare Relationship in Britain and Germany (Edited by ), , First published 2001, 2003. In B. Ebbinghaus & P. Manow (Eds.), *Comparing Welfare Capitalism: Social policy and political economy in Europe, Japan and the USA*. London: Routledge Taylor & Francis e-Library. (Reprinted from: 2003).
- Hemerijck, A. C. (2015). The quiet paradigm revolution of social investment. *Social Politics*, 22(2), 242-256. doi:DOI: 10.1093/sp/jxv009.
- Hobson, B., & Bede, L. (2015). Precariousness And Capabilities: Migrant Care/Domestic Workers In Two Institutional Contexts. *Teorija in Praksa*, 52(3), 327-349.

- Jensen, H., & Larsen, J. N. (September 2005). The Nordic model: A recipe for European success?. In C. B. Schubert & H. Martens (Eds.), EPC (European Policy Center) Working Paper (ss. 56-65). Retrieved from <http://www.ugebreveta4.dk/upload/LO/Documents/F/flex.PDF>.
- Kanfer, R., & Ackerman, P. L. (2008). *Aging and Work Motivation* (Vol. 2). ABD: Sage Publication.
- Kawinski, M., & Stanko, D. (2007). Labour flexibility and pension schemes in the European Union, , 5-7 March 2007, Social security Paper presented at the 5th International Research Conference on Social Security and the labour market: A mismatch?, Warsaw.
- Keune, M. (2008). Flexicurity: a Contested Concept at the Core of the European Labour Market Debate”, *Flexicurity - a European Approach to Labour Market Policy*. *Intereconomics*, March/April, 92-98.
- Klammer, U. (October 2006). Flexicurity schemes Council of Europe, . Reconciling labour flexibility with social cohesion- Ideas for political action *Trends in social cohesion*, 16 (Workshop), 157-189.
- Kuivalainen, S., & Nelson, K. (2010). *The Nordic Welfare Model in A European Perspective Working Paper* (Vol. 11). Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Künzel, S. (2012). The Local Dimension of Active Inclusion Policy. *Journal of European Social Policy*, 22(1), 3-16. doi:10.1177/0958928711425270.
- Langendonck, J. V., & Put, J. (24.08.2015). *Social Security Rights*, Social Security Rights, ISSA (International Social Security Association) Reports, Retrieved from <https://www.issa.int/html/pdf/initiative/reports/2ULeuven.pdf>.
- Lewis, H., Dwyer, P., Hodkinson, S., & Waite, L. (2014). Hyper-precarious lives: Migrants, work and forced labour in the Global North. *Progress in Human Geography*, 39(5), 1-21.
- Madsen, P. K. ( 2006). *Flexicurity - A new perspective on labour markets and welfare states in Europe*. Retrieved from Denmark:
- Mahon, R., Anttonen, A., Bergqvist, C., Brennan, D., & Hobson., B. (2012). Convergent care regimes? Childcare arrangements in Australia, Canada, Finland and Sweden. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 419- 431.

- Manca, A. R., Governatori, M., & Mascherini, M. (2010). Towards a set of Composite Indicators on Flexicurity. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Mayer, K. U. (2009). The Paradox of Global Social Change and National Path Dependencies: Life Course Patterns in Advanced Societies, 7-8. Retrieved from [http://www.mpibberlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Mayer/theparad/Woodward\\_Kohli\\_eForm.pdf](http://www.mpibberlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Mayer/theparad/Woodward_Kohli_eForm.pdf)
- Munck, R. (2013). The Precariat: a view from the South. *Third World Quarterly*, 34(5), 747-762.
- OECD. (2006). Boosting Jobs and Incomes-Policy Lessons From Reassessing The OECD Jobs Strategy (Vol. Boosting). France: Organisation For Economic Co-Operation And Development (OECD) Publishing.
- Pasnicu, D., & Ciuca., V. (15.04.2013). Flexicurity: The Solution for Employment in Europe. Retrieved from <http://www.spiruharet.ro/sesiuni-comunicari/word/1.4.pdf>
- Pollert, A., & Charlwood, A. (2009). The vulnerable worker in Britain and problems at work. *Work, Employment and Society*, 23(2), 343-362.
- Räisänen, H., & Schmid, G. (2008). Transitional Labour Markets and Flexicurity From The Finnish Labour Market Point of View, Discussion Paper Retrieved from Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB):
- Reci, I., & Bruijn, J. d. (2006). Transitional Labour Markets: Past, Present and Future Applications, *Social Policy Research*. Retrieved from Amsterdam:
- Rogowski, R. (2008). Transitional Labour Markets and the European Social model. In R. Rogowski (Ed.), *The European Social Model and Transitional Labour Markets: Law and Policy*. New York: Taylor&Francis.
- Schmid, G. (1998). Transitional Labour Markets: A New European Employment Strategy, Discussion Paper Retrieved from Berlin:
- Schmid, G. (May 2014). Inclusive Growth: What Future for the European Social Model?
- Sen, A. (June 2000). Social Exclusion: Concept, Application, And Scrutiny. Retrieved from Manila:

- Sözer, A. N. (1997). Sosyal Devlet Uygulamaları: Almanya, İngiltere, Hollanda ve Türkiye Sosyal Devlet (Vol. 8). İzmir: Cemiyet Yayınları.
- Tangian, A. (November 2009). Six Families of Flexicurity Indicators Developed at the Hans Boeckler Foundation. Retrieved from Duesseldorf:
- Tangian, A. (October 2004). Liberal and Trade-Unionist Concepts of Flexicurity: Modelling in Application to 16 European Countries. Retrieved from Düsseldorf:
- Taşcı , F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum, Sayı: 2010/1, ss. 175-202.
- Torka, N. & Velzen, M. V. (2008). Flexible Labor. In C. Wankel (Ed.), 21st Century Management A Reference Handbook (Vol. 2, ss. 93-103). ABD: Sage Publication.
- Van Ginneken, W. ( 2013). Social Protection For Migrant Workers: National And International Policy Challenges. European Journal of Social Security, 15(2), 209-221.
- Vandenberg, P. (September 2010). Impact of Labor Market Institutions on Unemployment: Results from a Global Panel. Economics Working Paper Series. Metro Manila.
- Vielle, P., & Walthery, P. (2003). Flexibility and Social Protection, Foundation project: Negotiating the conditions of flexibility, Research management: Agnès Parent-Thirion. Dublin.
- Werner, W. (2006). The European Social Model: Cause of, or Solution to, the Present Crisis of the European Union?’, Forum: Which Socio-economic Model for Europe? Intereconomics, January/February, 4-20.
- Wilthagen, T. & Tros, F. (2004). The Concept of 'Flexicurity': A New Approach to Regulating Employment and Labour Markets. Transfer: European Review of Labour and Research, 2(4), 166-186.
- Yeldan, E. & Yıldırım D. (2015.). Küreselleşme ve Sanayisizleşme Bağlamında Türkiye’de ve Dünyada Demokrasi Açığı. Çalışma ve Toplum, 2015/2, 65-88.



Zirra, D. (2012). Evolution and Trends of Flexicurity in the Current Context of Economic and Social Development. Romanian Economic and Business Review, 7(1), 60-74.



*Derleme Çalışması / Review Article*

**SAĞLIKTA DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ OLUŞTURMADA BİLGİ,  
MOTİVASYON, DAVRANIŞ BECERİLERİ (IMB) MODELİ**

**Knowledge, Motivation, Behavior Skills (IMB) Model in Developing Behavioral  
Change in Health**

**Tuba YILMAZER**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, tubayldrm\_87@hotmail.com

**Hilal TÜZER**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, hilaldemircan@gmail.com

**Öz**

**Giriş:** Sağlıkta davranış değişikliği sağlamakta kullanılabilen Bilgi, Motivasyon, Davranış Becerileri Modeli üç bileşene temellenmiştir. Bu bileşenlerden bilgi, bireylerin daha iyi bilgilendirilmesini sağlamakta; motivasyon, bireyleri, olumsuz risk davranışlarını değiştirme, tutarlı ve sağlıklı davranışları sürdürmede aldıkları bilgileri kullanmaya motive etmekte; davranış becerileri ise, bireylerin olumsuz sonuçları azaltarak sağlığı geliştirmede davranış becerileri edinmelerini sağlamaktadır. **Amaç:** Bu literatür incelemesi bilgi, motivasyon, davranış becerileri modeli kullanılarak yapılan çalışmaları incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bilgi, motivasyon, davranış becerileri modeli kullanılarak 2011 yılından bu yana yayınlanan randomize kontrollü çalışmalar Ocak 2017 ile Şubat 2017 tarihleri arasında sistematik olarak gözden geçirilmiştir. İnceleme sonucunda kriterlere uygun 11 randomize kontrollü çalışmanın içerikleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya toplam 11 çalışma dahil edilmiştir. Sekiz çalışmada AIDS hastaları araştırılmıştır. En sık kullanılan müdahale stratejileri, bilgi yapısı için öğretim broşürleri, motivasyon yapısı için motivasyonel görüşme teknikleri ve davranışsal beceri yapısı için öğretim ya da rol oynama olarak belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunluğunda müdahale sonrası değerlendirmede önemli davranış değişiklikleri bildirilmiştir. Sadece beş çalışmada müdahale grubunda bilgi ve motivasyon düzeyleri anlamlı derecede yüksek çıkmasına rağmen davranış değişikliği görülmemiştir. **Sonuç:** Bu literatür incelemesi davranışsal müdahalelerin

geliştirilmesi için teorik bir çerçeveye sahip olan bilgi, motivasyon, davranış becerileri modelinin potansiyel gücünü göstermiştir; fakat bilgi, motivasyon, davranış becerileri modeli ile ilgili iyi tasarlanmış, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sistematik incelemenin, bu konuda yapılacak araştırmaların planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

**KeyWords:** Sağlık; Davranış Değişikliği; Model

## Abstract

**Introduction:** Information, Motivation, Behavior Skills Model that can be used to change behaviors in health are based on three components. From these components, information enables individuals to be better informed; Motivation motivates individuals to use the information they receive to change negative risk behaviors and maintain consistent and healthy behaviors; Behavioral skills enable individuals to acquire behavioral skills without improving health by reducing negative consequences. **Objective:** This literature review was carried out to investigate the studies using the knowledge, motivation, behavioral skills model. **Materials and Methods:** The randomized controlled studies published since 2011 using a model of knowledge, motivation, behavioral skills was systematically reviewed between January 2017 and February 2017. The contents of 11 randomized controlled trials that fit the criteria as a result of the examination were examined in detail. **Findings:** A total of 11 studies were included in the study. Eight AIDS patients were searched. The most commonly used intervention strategies are teaching brochures for knowledge structure, motivational interview techniques for motivational structure, and teaching or role playing for behavioral skills. Significant behavior changes have been reported in post-intervention assessments in the majority of studies. In only five intervention groups, although the level of knowledge and motivation was high at a significant level, there was no behavioral change. **Conclusion:** This literature review shows the potential of the knowledge, motivation, behavioral skills model, which has a theoretical framework for the development of behavioral interventions. However there is a need for well-designed, randomized controlled work on the knowledge, motivation, behavioral skills model. This systematic review is thought to be a guide in planning the research to be carried out in this area.

**KeyWords:** Health; Behavioral Change; Model

## 1.Giriş

Sağlıkta davranış değişikliği sağlayabilmede kullanılan çok yönlü modellerin daha etkili olması beklenmektedir. Bu modeller içerisinde yer alan sağlıkta davranış değişikliği sağlamada kullanılan bir model de Bilgi, Motivasyon, Davranış Becerileri (IMB) Modelidir. Fisher ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilen Bilgi,

Motivasyon, Davranış Becerileri (IMB) Modeli bilgi, motivasyon, davranış becerileri bileşenlerine temellenmiştir (Fisher, Fisher, Bryan & Misovich, 2002; Kıray Vural, & Zencir, 2010). Bilgi, bireylerin daha iyi bilgilendirilmesini sağlar; motivasyon, bireyleri, olumsuz risk davranışlarını değiştirme, tutarlı ve sağlıklı davranışları sürdürmede aldıkları bilgileri kullanmaya motive eder; davranış becerileri, bireylerin olumsuz sonuçları azaltarak sağlığı geliştirmede davranış becerileri edinmelerini sağlar (Kıray Vural, & Zencir, 2010). IMB Modeli davranış değişikliği geliştirmede güçlü bir teorik çerçeveye sahiptir. IMB modelinin varsayımı, sıklıkla bilgi, motivasyon ve davranışsal beceri açıklarının sağlıksız davranışa neden olduğu yönündedir; bu açıklar yüzünden, sağlığı geliştirici davranışların ortaya çıkması engellenmektedir (Fisher vd., 2002; Zarani, Besharat, Sarami & Sadeghian, 2012). Bu noktadan yola çıkıldığında günümüzde IMB modeliyle kişilerin bilgi ve motivasyon seviyelerinin farkında olunarak buna uygun eğitim programları yapılabilmekte ve bunun sonucunda önemli davranış değişikliği geliştirilebilmektedir.

IMB modeli kullanılarak yapılan çalışmalar genellikle kronik hastalıklara, madde bağımlılığına ve cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan hastalıklara odaklanmıştır (Shell, Newman, Perry & Folsom, 2011; Walsh, Senn & Scott-Sheldon, 2011; Ndebele, Kasese-Hara & Greyling, 2012; Zarani, Besharat, Sarami & Sadeghian, 2012; Mittal, Senn & Carey, 2012; Malow vd., 2012; Kudo, 2013; Kiene vd., 2013; Konkle-Parker, Amico & McKinney, 2014; Ybarra, Korchmaros, Prescott & Birungi, 2015; Peyman & Abdollahi, 2016). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, IMB modeli temelli verilen eğitimin uygun sağlık davranış değişikliği sağlamada kapsamlı bir destek sağladığı görülmektedir (Walsh vd., 2011; Ndebele vd., 2012; Mittal vd., 2012; Malow vd., 2012; Kiene vd., 2013; Peyman, & Abdollahi 2016). Bu kapsamda IMB modeline göre verilen eğitimin etkinliği yapılan çalışmalarla da ortaya konulmuştur (Shell vd., 2011; Walsh vd., 2011; Ndebele vd., 2012; Zarani vd., 2012; Mittal vd., 2012; Malow vd., 2012; Kudo 2013; Kiene vd., 2013; Konkle Parker vd., 2014; Ybarra vd., 2015; Peyman, & Abdollahi 2016). Bu literatür incelemesi IMB modeli kullanılarak yapılan çalışmaları incelemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. Gereç ve Yöntem

IMB modeli kullanılarak yapılan çalışmaları içeren literatür sistematik olarak gözden geçirilmiştir. 2011 yılından bu yana yayınlanan çalışmalar Medline®, CINAHL®, The COCHRANE Library ve Google Scholar veri tabanları kullanılarak Ocak 2017 ile Şubat 2017 tarihleri arasında taranmıştır. Sağlık davranışlarının geliştirilmesi için IMB modeli temel alınarak yapılan davranışsal müdahaleleri test eden randomize kontrollü çalışmalara yer verilmiştir. İnceleme sonucunda kriterlere uygun 11 randomize kontrollü çalışmanın içerikleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Şekil 1’de araştırmaya dahil edilen/edilmeyen çalışmaların akış diyagramı yer almaktadır.

## 3. Bulgular

IMB Modeli davranış değişikliği geliştirmede güçlü bir teorik çerçeveye sahiptir. Bu literatür incelemesinde tanımlanan 11 randomize kontrollü çalışma ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu çalışmaların hepsinde IMB model temelli eğitim sonunda bilgi düzeylerinde anlamlı artış görülmüş (Shell et al. 2011; Walsh et al. 2011; Ndebele et al. 2012; Zarani et. al. 2012; Mittal et al. 2012; Malow et al. 2012; Kudo 2013; Kiene et al. 2013; Konkle Parker et al. 2014; Ybarra et al. 2015; Peyman, & Abdollahi 2016), fakat çalışmaların hiçbirinde etkili davranış değişikliği görülmemiştir (Shell et al. 2011; Zarani et. al. 2012; Kudo 2013; Konkle Parker et al. 2014; Ybarra et al. 2015) (Tablo 1).

IMB modeli kullanılarak HIV’i önlemek amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde 5 çalışmada etkin davranış değişikliği geliştirildiği (Walsh vd., 2011; Ndebele vd., 2012; Mittal vd., 2012; Mallow vd., 2012; Kiene vd., 2013); 3 çalışmada ise etkin davranış değişikliği geliştirilemediği (Kudo 2013; Konkle Parker vd., 2014; Ybarra vd., 2015) görülmektedir. Bu çalışmalarda katılımcılara HIV’in önlenmesi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmakla ilgili eğitim verilmiş, bilgi kapsamında eğitim programı doğrultusundaki bilgileri, motivasyon kapsamında HIV’i önlemeye yönelik tutumları, davranış becerileri kapsamında HIV’i önlemeye yönelik davranışları değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların tamamında son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu belirlenmiştir (Walsh vd., 2011;

Ndebele vd., 2012; Mittal vd., 2012; Mallow vd., 2012; Kiene vd., 2013; Kudo 2013; Konkle Parker vd., 2014; Ybarra vd., 2015).

IMB modeli kullanılarak madde/sigara bağımlılığını önlemek amacıyla 2 çalışma yapılmış 2 çalışmada da son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu fakat etkin davranış değişikliği geliştirilemediği belirlenmiştir (Shell vd., 2011; Konkle Parker vd., 2014).

IMB modeli kullanılarak kalp sağlığını sürdürmek amacıyla yapılan çalışmada son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu fakat etkin davranış değişikliği geliştirilemediği belirlenmiştir (Zarani vd., 2012).

IMB modeli kullanılarak demir eksikliği anemisine karşı koruyucu beslenme davranışları geliştirmek amacıyla yapılan çalışmada son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu ve etkin davranış değişikliği geliştirildiği belirlenmiştir (Peyman, & Abdollahi 2016).

#### **4.Tartışma**

IMB modeli davranış değişikliği geliştirmede güçlü bir teorik çerçeveye sahip olduğundan günümüzde IMB modeliyle kişilerin bilgi ve motivasyon seviyelerinin farkında olunarak buna uygun eğitim programları yapılmaktadır. Bu tür müdahalelerin davranış değişikliği sağlamada tek başına bilgi tabanlı programlardan daha etkili olması beklenmektedir. Bu sistematik incelemede IMB modeli kullanılarak yapılan 11 randomize kontrollü çalışma ayrıntılı olarak incelenmiştir. Çalışmaların sonuçlarına göre; 6 çalışmada davranış değişikliği görülürken (Walsh vd., 2011; Ndebele vd., 2012; Mittal vd., 2012; Malow vd., 2012; Kiene vd., 2013; Peyman, & Abdollahi 2016), 5 çalışmada davranış değişikliği görülmemiştir (Shell vd., 2011; Zarani vd., 2012; Kudo 2013; Konkle Parker vd., 2014; Ybarra vd., 2015).IMB Modelinin güçlü bir teorik çerçeveye sahip olması ve modelin uygun koşullarda uygulandığı göz önünde bulundurulduğunda 5 çalışmada davranış değişikliği oluşturulamaması kronik hastalıklarda ve bağımlılık durumlarında bu modelin etkisinin daha fazla araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

IMB modeli kullanılarak HIV’i önlemek amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde 5 çalışmada etkin davranış değişikliği geliştirildiği (Walsh vd., 2011; Ndebele vd., 2012; Mittal vd., 2012; Mallow vd., 2012; Kiene vd., 2013); 3 çalışmada ise etkin davranış değişikliği geliştirilemediği (Kudo 2013; Konkle Parker vd., 2014; Ybarra vd., 2015) görülmektedir. Cornman ve ark. 2007 yılında IMB modeli kullanılarak HIV’i önlemek amacıyla yaptıkları bir başka çalışmada ise katılımcılara 6 haftalık bir sürede HIV’in önlenmesi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmakla ilgili eğitim verilmiş, bilgi kapsamında eğitim programı doğrultusundaki bilgileri, motivasyon kapsamında HIV’i önlemeye yönelik tutumları, davranış becerileri kapsamında HIV’i önlemeye yönelik davranışları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada hastaların son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş, IMB ile yapılan eğitimin kamyon şoförlerinde prezervatif kullanma davranışlarını arttırdığı belirlenmiştir (Cornman vd., 2008). Bu çalışma da IMB modelinin etkinliğini destekler nitelikte bir katkı sağlamaktadır.

IMB modeli kullanılarak madde/sigara bağımlılığını önlemek amacıyla 2 çalışma yapılmış 2 çalışmada da son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu fakat etkin davranış değişikliği geliştirilemediği belirlenmiştir (Shell vd., 2011; Konkle Parker vd., 2014).

IMB modeli kullanılarak kalp sağlığını sürdürmek amacıyla yapılan çalışmada son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu fakat etkin davranış değişikliği geliştirilemediği belirlenmiştir (Zarani vd., 2012). Kalp sağlığını sürdürmek amacıyla Zarani ve ark. tarafından 2010 yılında IMB modeli kullanılarak Koroner Arter Bypass Cerrahisi (KABG) geçiren hastalarda yapılan bir başka çalışmada ise; 152 KABG hasta rastgele müdahale grubuna ve kontrol grubuna ayrılmış, IMB tabanlı müdahalenin etkin olduğu, cerrahi sonrası davranış becerileri kazanmada IMB’nin kullanılabilir bir model olduğu bulunmuştur (Zarani, Besharat, Sadeghian & Sarami, 2010). Bu çalışma da IMB modelinin etkinliğini destekler nitelikte bir katkı sağlamaktadır.

IMB modeli kullanılarak demir eksikliği anemisine karşı koruyucu beslenme davranışları geliştirmek amacıyla yapılan çalışmada son test sonuçları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu ve etkin davranış değişikliği geliştirildiği belirlenmiştir (Peyman, & Abdollahi 2016). Osborn & Egede tarafından 2010 yılında IMB modeli kullanılarak diyabetli hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada; bilgi kapsamında eğitim programı doğrultusundaki bilgileri, motivasyon kapsamında kişisel motivasyon ve sosyal destek motivasyonları, davranış becerileri kapsamında bakım davranışları değerlendirilmiş, eğitimin sonunda hastaların bilgi motivasyon davranış becerileri artmış, IMB'nin sağlıkta davranış değişikliği oluşturmada kullanılabilir bir model olduğu belirtilmiştir (Osborn & Egede, 2010). Gavgani ve arkadaşları'nın 2010 yılında Tip 2 diyabet tanısı alan 30 yetişkin hastanın öz bakım davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak IMB modelinin etkinliği değerlendirildiği çalışmada kontrol grubuna 16 hasta, müdahale grubuna 14 hasta alınmıştır. Kontrol ve müdahale grubuna kilo, HgbA1c ölçümleriyle tip 2 diyabetle ilgili öz bakıma yönelik ön test yapılmıştır. Müdahale grubuna 30 ve 100 dakikalık seanslar halinde eğitim verilmiş, kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Ön testten 2 ay sonra kontrol ve müdahale grubuna son test yapılarak kilo ve HgbA1c ölçümleri tekrarlanmıştır. Müdahale grubunun öz bakım davranış puanları anlamlı ölçüde yüksek, HgbA1c değerleri ise anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Kilo kaybında ise anlamlı değişiklik bulunmamıştır. Araştırmada IMB modelinin Tip 2 diyabetli hastalarda özbakım davranışlarını geliştirmek için etkili bir yöntem olduğunu belirtilmiştir (Gavgani, Poursharifi & Aliasgarzadeh, 2010). Bu çalışmalar da IMB modelinin etkinliğini desteklemektedir.

## **5.Sonuç**

IMB modeli davranış değişikliği geliştirmede güçlü bir teorik çerçeveye sahip olduğundan günümüzde IMB modeliyle kişilerin bilgi ve motivasyon seviyelerinin farkında olunarak buna uygun eğitim programları yapılmaktadır. Bu tür müdahalelerin davranış değişikliği sağlamada tek başına bilgi tabanlı programlardan daha etkili olması beklenmektedir. Bu sistematik incelemede IMB modeli kullanılarak yapılan 11 randomize kontrollü çalışma ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çalışmaların sonuçlarına göre; 6 çalışmada davranış değişikliği görülürken, 5 çalışmada davranış değişikliği görülmemiştir. Bu noktadan yola çıkarak IMB modeli ile ilgili iyi tasarlanmış, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sistematik incelemenin, bu konuda yapılacak araştırmaların planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Ayrıca IMB modeli ile yapılan çalışmalarda sınırlı sayıda hasta grupları ile çalışıldığından, IMB modelinin farklı hastalıklar için de kullanılması önerilmektedir.

### Kaynakça

- Cornman, D. H., Kiene, S. M., Christie, S., Fisher, W. A., Shuper, P. A., Pillay, S., et al. (2008). Clinic-based intervention reduce unprotected sexual behavior among HIV-infected patients in KwaZulu-Natal, South Africa: Results of a pilot study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 48(5): 553e560. <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e31817bebd7>
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan A. D., Misovich, S. J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychology*, 21(2): 177-186.
- Gavvani, R. M., Poursharifi, H., Aliasgarzadeh, A. (2010). Effectiveness of Information-Motivation and Behavioral skill (IMB) model in improving self-care behaviors & Hba1c measure in adults with type2 diabetes in Iran-Tabriz. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5: 1868–1873.
- Kiene, S. M., Fisher, W. A., Shuper, P. A., Cornman, D. H., Christie, S., MacDonald, S., Pillay, S., Mahlase, G., Fisher, J. D. (2013). Understanding HIV Transmission Risk Behavior Among HIVInfectedSouth Africans Receiving Antiretroviral Therapy: AnInformation—Motivation—Behavioral Skills Model Analysis. *Health Psychol.* 32(8): 860–868. doi:10.1037/a0030554.
- Kıray Vural, B., Zencir, G. (2010). Cinsel Sağlık Eğitim Modeli: IMB Modeli. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 16(3): 01-05.



- Konkle-Parker, D. J., Amico, K. R., McKinney, V. E. (2014). Effects of an intervention addressing information, motivation, and behavioral skills on HIV care adherence in a southern clinic cohort. *AIDS Care*. 26 (6): 674–683. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2013.845283>
- Kudo, Y. (2013) Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information–Motivation–Behavioral Skills model. *Japan Journal of Nursing Science* 10, 24–40. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x
- Malow, R. M., De´vieux, J. G., Stein, J. A., Rosenberg, R., Lerner, B. G., Attonito, J., Villalba, K. (2012). Neurological Function, Information–Motivation–Behavioral Skills Factors, and Risk Behaviors Among HIV-Positive Alcohol Users. *AIDS Behav* 16:2297–2308 DOI 10.1007/s10461-012-0246-6
- Mittal, M., Senn, T. E., Carey, M. P. (2012). Intimate Partner Violence and Condom Use Among Women: Does the Information–Motivation–Behavioral Skills Model Explain Sexual Risk Behavior? *AIDS Behav*. 16:1011–1019. DOI 10.1007/s10461-011-9949-3
- Ndebele, M., Kasese-Hara, M., Greyling, M. (2012). Application of the information, motivation and behavioural skills model for targeting HIV risk behaviour amongst adolescent learners in South Africa, SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS. 9:sup1, S37-S47. DOI: 10.1080/17290376.2012.744903
- Osborn, C., Egede, L. (2010). Validation of an information-Motivation-BehavioralSkills model of diabetes self-care. *Patient Education and Counseling*. 79: 49-54.
- Peyman, N., Abdollahi, M. (2016). Using of information–motivation–behavioral skills model on nutritional behaviors in controlling anemia among girl students. *J Research & Health* 12, Early View.
- Shell, D. F., Newman, I. M., Perry, C. M., Folsom, A. R. B. (2011). Changing Intentions to Use Smokeless Tobacco: An Application of the IMB Model. *Am J Health Behav*. 35(5):568-580.

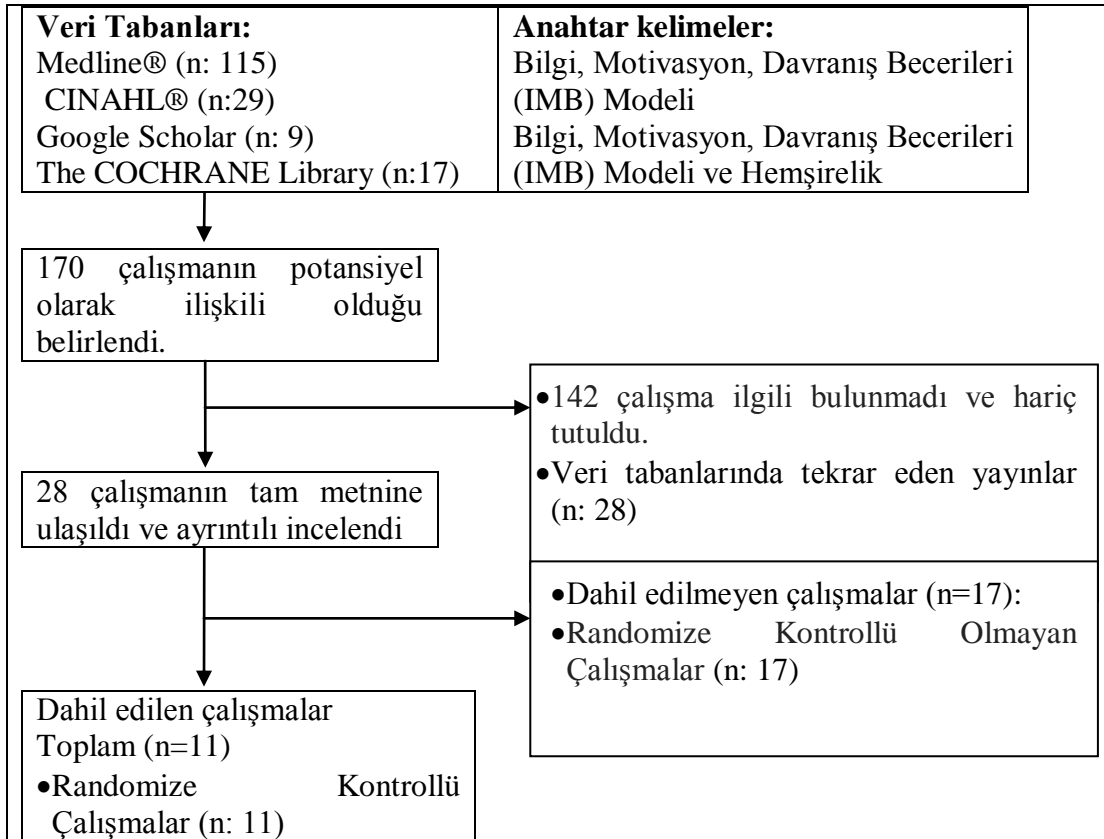
- Walsh, J. L., Senn, T. E., Scott-Sheldon, L. A. J. (2011). Predicting Condom Use Using the Information-Motivation- Behavioral Skills (IMB) Model: A Multivariate Latent Growth Curve Analysis. *ann. behav. med.* 42:235–244. DOI 10.1007/s12160-011-9284-y
- Ybarra, M. L., Korchmaros, J. D., Prescott, T. L., Birungi, R. (2015). A Randomized Controlled Trial to Increase HIV Preventive Information, Motivation, and Behavioral Skills in Ugandan Adolescents. *Behav. Med.* 49:473–485. DOI 10.1007/s12160-014-9673-0
- Zarani, F., Besharat, M. A., Sarami, G., Sadeghian, S. (2012). An Information–Motivation–Behavioral Skills (IMB) Model-Based Intervention for CABG Patients. *Int.J. Behav. Med.* 19:543–549. DOI 10.1007/s12529-011-9193-2
- Zarani, F., Besharat, M., Sadeghian, S., Sarami, G. (2010). The Effectiveness of the Information- Motivation-Behavioral Skills Model in Promoting Adherence in CABG Patients. *Journal of Health Psychology.* 15(6):2 – 37.

**Tablo 1. IMB Modeli İle Yapılan Çalışmaların Özetleri**

Çalışma	Örneklem	Hedef davranış	Materyal-Metod	Sonuçlar
Shell et al. 2011	N= 539 katılımcı (Adölesan)	Sigara kullanma	Sağlıklı yaşam kursu verildi. Pre-post test uygulaması yapıldı. Öğrencilere akranlarını reddetme becerisi kazandırılmaya çalışıldı.	Öğrencilerin bilgi düzeylerinde anlamlı artış olmuştur. Davranış değişikliği gözlenmemiştir
Walsh et al. 2011	N=1281 katılımcı (18 yaş ve üstü)	Kondom kullanımı, HIV önleme programı	Bilgisayarda görüşme yapıldı. HIV ile ilgili pre-post test uygulaması yapıldı. 3, 6, 12. aylarda görüşme yapıldı.	Kondom kullanımı ve davranış becerilerinde iyileşme olmuştur.
Ndebele et al. 2012	N=259 katılımcı (Adölesan)	HIV önleme programı	3 haftalık müdahale programı uygulandı. Pre-post test uygulaması yapıldı.	Bilgi, motivasyon ve davranış becerileri düzeylerinde olumlu değişimler olmuştur.

Zarani et. al. 2012	N=152 katılımcı (40-60 yaş arası koroner arter greft hastaları)	Kalp sağlığını sürdürme	Eğitim filmi izletildi. Pre-post test uygulaması yapıldı. Motivasyon görüşmesi yapıldı. 1, 3. aylarda değerlendirme yapıldı.	Bilgi ve motivasyonları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde artmış, davranış becerilerine etkisi olmamıştır.
Mittal et al. 2012	N=717 katılımcı (18 yaş üstü kadın)	Kondom kullanımı, HIV önleme programı	Bilgisayar destekli görüşme yapıldı. HIV ile ilgili pre-post test uygulaması yapıldı.	IMB modeli etkindir
Malow et al. 2012	N=250 katılımcı (23-60 yaş arası)	HIV + alkol kullananlarda nörolojik fonksiyon değerlendirilmesi	HIV + alkol kullananlarda nörolojik bozukluk testi uygulandı. Pre-post test uygulaması yapıldı. Vaka yönetimi ve terapi uygulaması yapıldı.	HIV + popülasyonlara müdahale ile risk azalmıştır.
Kudo 2013	N=280 Katılımcı (18-59 yaş arası)	Kondom kullanımı, HIV önleme programı	2 gün 1'er saatlik eğitim verildi. HIV enfeksiyonu, kondom kullanımı anlatıldı. Pre-post test uygulaması yapıldı. Program sonunda ve 3 ay sonra değerlendirme yapıldı.	Müdahale grubunda bilgi puanı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Davranış değişikliği gözlenmemiştir
Kiene et al. 2013	N=1388 katılımcı (18-78 yaş arası)	HIV önleme programı	HIV önleme pre-post test uygulaması yapıldı. HIV önleme motivasyon testi uygulandı. HIV önleme davranış becerileri değerlendirildi.	HIV önleme bilgisi ve motivasyonu direk olarak HIV önleme davranışını etkilemektedir. IMB modeli etkindir
Konkle Parker et al. 2014	N=100 katılımcı (yaş ortalaması 37,44)	HIV ile ilgili bakım ve uyumun gelişimi İlaç bağımlılığı ve sağlık davranış	Yüzyüze görüşme ve telefon görüşmeleri yapıldı. Veri toplama mektubu gönderildi. 4 ayda bir ziyaret yapıldı.	Müdahale grubunda ilaç bağımlılığına yönelik önemli bir değişim görülmemiştir.

		yönetimi		
Ybarra et al. 2015	N=366 (13-18 yaş arası)	İnternet temelli HIV önleme programı	İnternet ortamında beş kez ders verildi. Pre-post test uygulaması yapıldı. 3, 6. ayda değerlendirme yapıldı.	Deney grubunun bilgi düzeyi artıyor. Kondom kullanımı ve davranış becerileri benzer çıkmıştır.
Peyman, & Abdollahi 2016	N= 120 katılımcı (9-18 yaş arası)	Demir eksikliği anemisine karşı koruyucu beslenme davranışları	4 saatlik eğitim yapıldı. Beden kitle indeksini ölçen ve ortalama demir tüketimini belirleyen standart bir anket uygulandı. 3 ay sonra değerlendirme yapıldı.	Müdahale grubunda, besinsel demir eksikliği anemisine karşı koruyucu beslenme davranışı açısından belirgin bir artış görülmüştür. Müdahale grubunda günlük diyetinde heme demirinin ortalama tüketimi $0.10 \pm 0.52$ mg artmıştır.



Şekil 1: Araştırmaya Dahil Edilen/Edilmeyen Çalışmaların Akış Diyagramı

*Derleme Çalışması / Review Article*

**GİNSENGİN ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ**

**The Properties of Ginseng and Its Effects on Health**

**Ayşe Merve YAMAN**

Kastamonu Üniversitesi, yamanmerve35@gmail.com

**Aysun TAŞDEMİR**

Kastamonu Üniversitesi, atasdemir@kastamonu.edu.tr

**Öz**

Ginseng uzak doğu ülkelerinde tıpta kullanılan bir bitkidir. Ginsengin strese karşı en etkili direnç artırıcı bitki olduğu düşünülmektedir. Dünya çapında en çok satılan doğal ürünler listesinde yerini almıştır. Bu yüzden tüketimi gittikçe artmaktadır. Günümüzde tabletleri de yapılan ginseng özlü gıda takviyeleri Kore ya da Asya Ginsengi, Sibiry Ginsengi ve Amerikan Ginsengi gibi pek çok tanınmış bitki türlerinin köklerinden yapılmaktadır. Ginseng'in genel olarak insanlardaki fiziksel ve zihinsel kapasiteyi arttırdığı, yorgunluğu azalttığı, fiziksel dayanıklılığı sağladığı, stres ve yaşlanmaya karşı direnci arttırdığı bilinmektedir. Ginsengin içinde bulunan ginsenozidlerin, ginsengin oluşturduğu etkilerin çoğuna sebep olduğu düşünülmektedir.

*Anahtar Kelimeler: Ginseng; Ginsenozid.*

**Abstract**

Ginseng is a botanical used with medicinal purposes in far eastern countries. It is thought to be the most effective resistance increasing plant against stress. It has been on the list of the most sold herbal products in the world. As a result, consumption of ginseng is constantly increasing. Today, ginseng based food supplements made from

tablets are made from the roots of many well-known plant species such as Korean or Asian ginseng, Siberian ginseng and American ginseng. It is known that ginseng generally increases physical and mental capacity in humans, reduces fatigue, provides physical strength, and increases resistance to stress and aging. . It is thought that most of the proposed effects of ginseng occur due to the ginsenosides found in ginseng.

*Key Words: Ginseng; Ginsenoside.*

## 1. Giriş

Ginseng uzak doğu ülkelerinde (Çin, Kore vb.) yabani olarak bulunur ve aynı zamanda yetiştirilir (Baytop, 1999). Ginseng Türkiye’de yetişmemektedir (FFD Monografı, 2011). Ginseng türlerinin çoğu 30–50 cm boyunda çok yıllık, otsu bitkilerdir (Tanker ve Koyuncu, 2007). Gövdesi dik, basit ve dallanmamıştır (WHO,1999). Kökleri kalın ve dallanmış olduğu için insan vücuduna benzetilmektedir (Tanker ve Koyuncu, 2007). Çoğunlukla karışık sert ağaç ormanlarında yetişir. Bu yüzden genellikle ağaçların köklerinde gizlidir (Goldstein 1975, Levis 1986, s.223-234). Aynı zamanda ginseng bitkisinin tamamının farmakolojik olarak tüm aktif özelliklerini içeriyor olmasına rağmen, en değerli bölümün bitkinin kökleri olduğu bildirilmektedir (Bahrke ve Morgan 1994, s.229-248). Ginseng yorgunluk, güçsüzlük, iyileşme dönemleri, konsantrasyon, zihinsel ve fiziksel performansın azalması gibi durumlarda kullanılır. Asya ginsengi belirtilen endikasyonlarda faydalı bir bitkidir (Kraft ve Hobbs, 2004).

Ginsengin kök, gövde ve yapraklarında 36 farklı ginsenosid ve birçok bileşen (esansiyel yağlar, fitosteroller, aminoasitler, peptidler, vitaminler ve mineraller) bulunmuştur (Wilkie ve Cordess 1994, s.594-595 ). Aynı zamanda Siegel yaptığı bir çalışmada 100 gr ginseng kökünün; 338 kcal enerji, 12.29 g protein ve 70 g karbonhidrat içerdiğini bildirerek, ginseng kökünün; A vitamini (retinol), B1 (tiasemin), B2 (riboflavin), B12 (siyanokobalamin), C (askorbik asit), E (tokoferol), niyasin, kalsiyum, demir ve fosfor içerdiğini de ifade edilmiştir (Siegel,1979).

Ginseng kaynakları çok fazla tüketilmektedir (Song ve ark. 2017, s.837) ve de dünya çapında en çok satan doğal ürünler listesinde önemli bir yere sahiptir (Yang ve Liu

2016, s.6). Örneğin, Kuzey Amerika nüfusunun % 20 ila % 30'u alternatif veya tamamlayıcı tedavi için ginsenge başvurmaktadır ve en az altı milyon Amerikalı düzenli olarak ginseng kullanmaktadır (Wang ve ark. 1998, s.514-521). Ginseng kullanımı gün geçtikçe artmakta ve dünya pazarındaki payının her yıl yaklaşık 1 milyar dolar olduğu söylenmektedir (Beltz ve Doering 1993, s.900-908).

## **2. Tarihsel ve Popüler Kullanımı**

Ginseng, binlerce yıldır geleneksel Çin tıbbı için önemli bir bitkidir bitkidir (Himi ve ark. 1989, Wen ve ark. 1996, s.481-484). Günümüzde bu bitki iyi satan bitkisel takviye ürünleri listesinde birinci sırada yer almaktadır (Ernst 2002, s.42-53). Çin'de bu bitki 3-6 yıl veya daha fazla olduğu zaman kök hasat edilir kuru havada (beyaz ginseng) muhafaza edilir veya fırında pişirilir (kırmızı ginseng). Bu iki yoldan sonra, saponin içeriği ve etkileri bakımından köklerin farklı olduğu gözlemlenmektedir (Nocerino ve ark. 2000, s.71-75).

Ginseng ürünleri genel olarak homeostazı korumak ve vücudu fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkilere karşı korumak için kullanılır (Nocerino ve ark. 2000, Seo ve ark. 2008, s.71-75). Ginsengin bu tonik ve adaptojenik etkilerinin yaşlanma sürecinin olumsuz etkilerini azalttığı, hastalıklara karşı vücut fonksiyonlarını güçlendirerek vücudu desteklediği, sağlıklı bireylerde fiziksel performansı ve genel zindeliği artırdığı düşünülmektedir (O'Hara ve ark. 1998, s.523-536).

## **3. Kimyasal Bileşimi**

Cui ve ark. (1994) 44 farklı ginseng ürününü incelediklerinde birbirlerinden farklı oranlarda ginsenosid miktarlarına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Benzer olarak satılan farklı ginsenglerin her bir kapsülündeki ginseng içeriklerinin ve ginsenosid bileşimlerinin de değişebileceği düşünülmektedir (Block ve Mead 2003, s.247-267). Standardize bir ginseng ürününde aksi bir bildirim yok ise bu ürünün %4 oranında ginsenosid içerdiği kabul edilir ve bu miktarlar karşılaştırma standardı olarak kullanılır. Ginsenosidler panax türlerine özgü maddelerdir, çok küçük miktarlarda

var olan bu maddelerin ginsengin etkilerinin çoğundan sorumlu olduğu düşünülür (Attele ve ark. 1999, s.1685-1693).

Ginsenozidlerin temel yapısı benzerdir. Ginseng 4 halka halinde düzenlenmiş 17 karbon atomundan oluşan bir çekirdek içerir. Ginsenozidler Panaxadiol grubu (Rb1, Rb2, Rb3, Rc, Rd, Rg3, Rh2, Rs1), Panaxatriol grubu (Re, Rf, Rg1, Rg2, Rh1) ve oleanolik asit grubu (Ro) içerir (Wen ve ark. 1996, s.15-22). Ginsenozidlerin çeşitli farmakolojik ve fizyolojik etkileri vardır; bunlar antikanser, antidiyabetik, immünomodülatör, nöroprotektif, radyoprotektif, anti-amnestik ve antistres etkiler olarak sayılabilir (Ma ve ark. 2017, s.237-250).

#### **4.Ginsengin Etkileri**

Ginseng'in, fiziksel performansı arttıran , stres ve yaşlanmaya karşı direnci sağlayan, dolayısıyla yaşam kalitesini yükselten adaptojen bir madde olduğu gösterilmiştir (O'Hara ve ark. 1998, s.523-536). Nonspesifik olarak vücudun dayanıklılığını artıran maddelere adaptojenik madde denmektedir (Bahrke ve Morgan1994). Adaptojenler vücuda zarar vermeyen, fizyolojik bozukluklara yol açmayan çeşitli fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörlerin yan etkilerine karşı nonspesifik dayanıklılık artırıcı olarak tanımlanır ve böylece bireyin fiziksel ve zihinsel kapasitesinin arttırılmasında olumlu bir rol oynamaktadır (Courth 1975, s.180-181).

Ginsengin özellikle stresli durumlarda adrenal ve troid fonksiyonlarını düzelttiği düşünülmektedir (Siegel 1979, s.1614-1615). Aslında, Dubick (1986) ginsengin çeşitli stres biçimlerine maruz kalan hayvanlarda stresin olumsuz etkilerini hafiflettiğini göstermiştir ve ayrıca metabolizma hızını arttırmada bir uyarıcı olarak vasopresinle kan glikoz düzeylerini regüle ettiğini bildirmiştir (Siegel 1979,s.1614-1615). Panax ginseng yaygın olarak hiperglisemi, hiperlipidemi ve hepatosteatoz gibi metabolik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır (Huang ve ark. 2017, s.1063).

Ginsengin etkileri aynı zamanda bireyin sağlık durumu ile yakından ilgilidir (Bahrke ve Morgan 1994, s.113-133). Ginseng'in etkilerinin bireysel farklılıklara bağlı olarak



değişiklik gösterebileceği de belirtilmiştir. Bunun diyet, yaşam tarzı, egzersiz ve bireyin kullandığı diğer ilaçlarla ilgili olabileceği vurgulanmıştır (Fulder 1981, s.112-118).

Liu ve Xiao (1992), ginsengin merkezi sinir sistemini etkileyerek vücut metabolizması üzerinde düzenleyici etkilerinin olduğunu ve böylece mental ve fiziksel aktiviteleri kolaylaştırdığını bildirmektedirler. Invitro ve hayvan çalışmaları ginsengin bağışıklık sistemi ve endokrin fonksiyonlar üzerinde de faydalı etkilere sahip olduğunu ortaya çıkarmasına rağmen, insanlar üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmalar sınırlı ve tartışmalıdır (O'Hara ve ark. 1998, s.523-536). Tarihsel olarak, şeker hastalığına benzeyen semptomları tedavi etmek için ginseng kökü kullanılmıştır (Kim ve ark. 2016, s.125-134).

Ginsengin öngörülen klinik ve fizyolojik aktiviteleri, strese karşı dayanıklılığı artırması, kardiyovasküler aktiviteleri düzenlemesi, öğrenme sürecini kolaylaştırması ve geliştirmesi, hafızayı güçlendirmesi, nöroendokrin sistem aktivitelerini düzenlemesi, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasını düzenlemesi şeklinde özetlenmiştir (Liu ve Xiao 1992, s.27-38).

Panax ginsengin çeşitli psikolojik parametreler üzerinde etkileri olabileceğini ifade eden Sorensen ve ark. (1996), her gün 400 mg'lık standart ginseng ürünü alan kişilerde sekiz haftalık bir süreçte, daha hızlı basit reaksiyonlar ve soyut düşüncenin ortaya çıktığını, fakat konsantrasyon, hafıza ya da sübjektif deneyimle ilgili hiçbir değişikliğe rastlanmadığını kaydetmiştir.

Menopozdan sonra 16 hafta boyunca ginseng alan 384 kadın birey ile yapılan bir çalışmada, Wiklund ve ark. (1999) psikolojik genel durum endeksinde bir iyileşme olduğunu bildirmiştir. Sadece 400 mg ginseng alan 20 sağlıklı birey üzerinde yapılan başka bir araştırmada; ginsengin, kavramsal performans, ikincil hafıza performansı, hafıza görevlerinin hızlı performansı ve dikkat birikimi gibi bazı parametreler üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bildirilmiştir (Kennedy ve ark. 2002, s.739-751). Bununla birlikte Cardinal ve Engels (2001), her gün 200 ila 400 mg arasında değişen

bir dozda sekiz hafta boyunca ginseng alan 83 genç ve sağlıklı katılımcının psikomotor etkinliği üzerinde pozitif veya negatif bir etki göstermediğini belirtmiştir.

Ginsengin bağışıklık sistemi üzerine de etkisi olduğu ve bu sistemi kuvvetlendirdiği bildirilmektedir (Shin ve ark. 2006, s.199-206). Sağlıklı 227 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada (Scaglione ve ark. 1996, s.65-72), 12 hafta boyunca günlük 100 mg ginseng alan deneklerde, grip ve soğuk algınlığının daha az etkili olduğu görülmüş, daha yüksek antikor titreleri ve daha yüksek lökosit düzeylerine rastlanmıştır. Sekiz hafta boyunca günde iki kere 100 mg ginseng alan 60 sağlıklı katılımcı üzerinde yapılan diğer bir araştırmada da (Scaglione ve ark. 1990, s.537-542) kemotaksi, fagositoz ve yüksek lenfosit aktiviteleri ile T yardımcı hücrelerinin sayısında artış gözlemlendiği bildirilmiştir. Sadece antibiyotik ve antibiyotikle karıştırılarak ginseng ile tedavi edilen ağır kronik bronşitli 75 hastanın ginseng alan grubunda daha hızlı iyileşme süreci olduğu ifade edilerek, ginsengin bağışıklık sistemini kuvvetlendirdiği ve vücudun savunma gücünü artırdığı vurgulanmıştır (Scaglione ve ark. 2001, s.41-45).

#### **4.1.Ginsengin Fiziksel Performans Üzerindeki Etkileri**

Ginseng'in genel olarak insanlardaki fiziksel ve zihinsel kapasiteyi artırdığı, yorgunluğu azalttığı ve fiziksel dayanıklılığı artırdığı bilinmektedir (Cort 1975, s.180-181). Brekhan ve Dardymov (1969), Panax ginseng'in glikojen ve yüksek enerjili fosfat bileşiklerinin sentezini geliştirdiğini ve bu işlevlerin fiziksel stres koşulları altında özellikle belirgin olduğunu vurgulamıştır. Egzersiz sırasında adrenokortikotropik hormon (kortizol), hipotalamus-pitüiter sistem (Fulder 1981, s.112-118) tarafından artırılır ve adrenal medüller, adrenal sekresyonunu uyarır (Bruce ve ark. 1985, s.283-295). Humphreys (2001), ginsengin egzersiz stresi altındaki insanlarda maksimum oksijen tüketimine neden olan adaptöjenetik açıdan daha belirgin olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, ginsengin fiziksel performans üzerindeki etkileri ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir (Dowling ve ark. 1996, s.482-489). Bu durumun araştırmalarda kullanılan ginsengin tür ve dozajı

(McNaughton ve ark. 1988, s.32-35), ve deneklerin bireysel ve yaşam şekillerindeki farklılıklardan (Fulder 1981, s.112-118) kaynaklanabileceği, ilave olarak deneklere uygulanan egzersizin tipi, şiddeti ve süresi gibi değişikliklerin de araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmektedir (Jenkins ve Goldfarb 1993, s.210). Fakat pek çok çalışma ginseng desteğinin egzersiz performansı üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir (McNaughton ve ark. 1998, s.32-35).

#### **4.2.Yan Etkileri**

Ginseng'in uzun süreli kullanım amacına göre belirtilen dozlarda kullanılmasının ciddi bir yan etkisi yoktur fakat uzun süreli aşırı doz kullanılırsa hipertansiyon, sinirlilik, ishal, deri döküntüleri ve uykusuzluk ile karakterize bir klinik tablo oluşur. (Kraft ve ark. 2004). Pre ve post menopozal kadınlarda östrojenik yan etkiler, mastalji ve vajinal kanama ile libido artışı rapor edilmiştir. Bu raporlarda kullanılan ginseng preparatlarının spesifikasyonları tanımlanmamıştır (FFD Monografaları,2011).

#### **5.Önerilen Doz ve Kullanım Süresi**

Çay yapımı için; 3 g kesilmiş ve kurutulmuş ginseng kökleri 30-40 dakika kaynatılmalıdır. Filtreleme işleminden sonra, gün içinde tüketilmek üzere buzdolabında saklanabilmektedir. Sadece büyük kök parçaları mevcutsa; kullanılmadan önce büyük parçalar kesilmeli ve ezilmelidir. Günlük doz; kuru ekstre ginseng için; 1–2 g, standardize ekstre ginseng için (%5–10 ginsenosid, birim başına 200 mg) günde 2 kez 1–2 kapsül ya da tablet şeklinde , çay için ise günde 3–4 kez birer fincan kullanılmalıdır (Kraft ve ark. 2004). Erektile disfonksiyon için bölünmüş dozlarda günde 900 ila 1800 mg kök tozu özü önerilir (FFD Monografaları , 2011). Çalışmalar Antidiyabetik ve antiviral amaçlar için günde 100-200mg, anlama ve öğrenmenin iyileştirilmesi için günlük 400 mg, fiziksel ve psikolojik performans için günde iki defa 100 mg (Sezik ve ark. 2004) etkili olabileceğini göstermiştir . Tedaviye üç ayda bir ara vererek tedaviye devam edilmelidir. Bu çeyrek dönemlerin sonunda gerekirse yeniden kullanıma başlanabilir (Kraft ve diğerleri, 2004).

## 6. Sonuç ve Öneriler

Günümüzde gıda takviyesi olarak ginsengin önemli bir yere sahip olduğunu görmekteyiz. Ülkemizde bu bitkinin önemi yeni fark edilmiş olsa da Asya ülkelerinde uzun zamandır birçok alan da alternatif tıp bitkisi olarak kullanılmaktadır. Birçok ülkede ginsengin insan sağlığı üzerine faydaları çalışılmaktadır.

Ülkemizde de ginsengin faydaları üzerine araştırmalar yapılmalı ve toplum bitkisel gıda takviyeleri üzerine bilinçlendirilmelidir.

Ginseng üzerine insanların faydalanabileceği yeterli Türkçe kaynak bulunmamakta olup daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

Ginsengin fiziksel aktiviteyi arttırdığı yönde çok fazla çalışma bulunmakta olup, diğer etkileriyle ilgili daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Yurtdışında yapılan araştırmalar sonucunda ginseng kaynaklarının hızla azalmakta olduğu görülmüştür bu yüzden ginsengin hem üretim düzeyi hem de kalitesi geliştirilmeye çalışılmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Attele, A., & Yuan, C. (1999). Ginseng pharmacology: multiple constituents and multiple actions. *Biochemical Pharmacology*, 58(11), 1685-1693.
- Bahrke, M., & Morgan, W. (1994). Evaluation of the ergogenic properties of ginseng. *Sports Medicine*, 18(4), 229-248.
- Bahrke, M., & Morgan, W. (2000). Evaluation of the ergogenic properties of ginseng: an update. *Sports Medicine*, 29(2), 113-133.
- Baytop, T. (1999). *Türkiye'de Bitkiler İle Tedavi Geçmişte ve Bugün*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Block, K., & Mead, M. (2003). Immune system effects of echinacea, ginseng and astragalus: a review. *Integrative Cancer Therapies*, 2(3), 247-267.

- Bruce, A., Ekblom, B., & Nilsson, I. (1985). The effect of vitamin and mineral supplements and health foods on physical endurance and performance. *Proceedings of the Nutrition Society*, 44(2), 283-295.
- Byun, B., Shin, I., Yoon, Y., Kim, S., & Joe, C. (1997). Modulation of protein kinase C activity in NIH 3T3 cells by plant glycosides from Panax ginseng. *Planta Medica*, 63(5), 389-392.
- Court, W. (1975). Ginseng a chinese folk medicine of current interest. *The Pharmaceutical Journal*, 214, 180-181.
- Demirezer, Ö. (2011). *FFD Monologları Tedavide Kullanılan Bitkiler*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Dowling, E., Redondo, D., Branch, J., Jones, S., McNabb, G., & Williams, M. (1996). Effect of eleutherococcus senticosus on submaximal and exercise performance. *Medicine and Science in Sports and Exercise Journal*, 28(4), 482-489.
- Ernst, E. (2002). The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's Wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto and Kava. *Annals of Internal Medicine*, 136(1), 42-53.
- Fulder, S. (1981). Ginseng and the hypothalamic-pituitary control of stress. *The American Journal of Chinese Medicine*, 9(2), 112-118.
- Goldstein, B. (1975). Ginseng its history, dispersion and folk tradition. *The American Journal of Chinese Medicine*, 3(3), 223-234.
- Himi, T., Saito, H., & Nishiyama, N. (1989). Effects of ginseng saponins on the survival of cerebral cortex neurons in cell cultures. *Chemical and Pharmaceutical Bulletin*, 37(2), 481-484.
- Huang, Q., Wang, T., Yang, L., & Wang, H. (2017). Ginsenoside Rb2 Alleviates Hepatic Lipid Accumulation by Restoring Autophagy Via Induction of Sirt1 and Activation of AMPK. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(5), 1063-1078.
- Jenkins, R., & Goldfarb, A. (1993). Introduction oxidant stress aging and exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25(2), 210-212.
- Johnny, L., Joseph, W. K., & LuGuang, L. (2016). Effects of ginseng and its four purified ginsenosides (Rb2, Re, Rg) on human pancreatic islet beta cell

- invitro. *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, 3(1), 110-119.
- Kennedy, D. O., Scholey, A. B., & Wesnes, K. A. (2002). Modulation of cognition and mood following administration of single doses of Ginkgo Biloba, ginseng and a ginkgo/ginseng combination to healthy young adults. *Physiology and Behavior Journal*, 75(5), 739-751.
- Kiefer, D., & Pantuso, T. (2003). Panax ginseng. *American Academy of Family Physicians*, 68(8), 1539-1542.
- Kim, S. J., & Ak, K. (2015). Anti-breast cancer activity of fine black ginseng (Panax ginseng meyer) and ginsenoside Rg5. *Journal of Ginseng Research*, 39(2), 125-134.
- Liberti, L. E., & Der, M. A. (1978). Evaluation of commercial ginseng products. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 67(10), 1487-1489.
- Liu, C., & Xiao, P. (1992). Recent advances on ginseng research in China. *Journal of Ethnopharmacology*, 36(1), 27-38.
- Ma, G. D., Chiu, C. H., Hsu, Y. J., Hou, C. W., Chen, Y. M., & Huang, C. C. (2017). Changbai mountain ginseng (Panax ginseng C.A. Mey) extract supplementation improves exercise performance and energy utilization and decreases fatigue-associated parameters. *Molecules*, 22(2), 237-250.
- Mahady, G. B., Gyllenhall, C., Fong, H. H., & Farnsworth, N. R. (2000). Ginsengs, a review of safety efficacy. *Nutrition in Clinical Care*, 3(2), 90-101.
- McNaughton, L., Egan, G., & Caelli, G. A. (1988). Comparison of Chinese and Russian ginseng as ergogenic aids to improve various facets of physical fitness. *International Journal of Clinical Nutrition*, 19(1), 32-35.
- Nocerino, E., Amato, M., & Izzo, A. A. (2000). The aphrodisiac and adaptogenic properties of ginseng. *Fitoterapia*, 71(1), 1-5.
- O'Hara, M., Kiefer, D., Farrell, K., & Kemper, K. (1998). A review of 12 commonly used medicinal herbs. *Archives of Family Medicine*, 7(6), 523.
- Paik, D. J., & Lee, C. H. (2015). Review of cases of patient risk associated with ginseng abuse and misuse. *Journal of ginseng research*, 39(2), 89-93.
- Phillipson, J. D., & Anderson, L. A. (1984). Ginseng-quality safety and efficacy. *The Pharmaceutical Journal*, 232, 161-165.

- (Scaglione, F., Cattaneo, G., Alessandria, M., & Cogo, R. (1996). Efficacy and safety of the standardised Ginseng extract G115 for potentiating vaccination against common cold and/or influenza syndrome. *Drugs Under Experimental and Clinical Research*, 22(6), 338-338.
- Scaglione, F., Ferrara, F., Dugnani, S., Falchi, M., Santoro, G., & Frascini, F. (1990). Immuno modulatory effects of two extracts of panax ginseng C.A. Meyer. *Drugs under experimental and clinical research*, 16(10), 537-542.
- Scaglione, F., Weiser, K., & Alessandria, M. (2001). Effects of the standardised ginseng extract G115® in patients with chronic bronchitis. *Clinical Drug Investigation*, 21(1), 41-45.
- Sezik, E., Yeşilada, E., & Demirezer, Ö. (2004). *Hızlandırılmış Fitoterapi Meslek İçeri Eğitim Programı Ders Notları*, Ankara: Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi.
- Shin, H. Y., Jeong, H. J., An, H. J., Hong, S. H., Um, J. Y., Shin, T. Y., Kuson, S. J., Jee, S. Y., Seo, B. II, Shin, S. S., Yang, D. C., & Kim, H. M. (2006). The effect of panax ginseng on forced mobility time and immune function in mice, *Indian Journal of Medical Research*, 124(2), 199-206.
- Shishtar, E., Sievenpiper, J. L., Djedovic, V., Cozma, A. I., Ha, V., Jayalath, V. H., Jenkins, D. J., Meija, S. B., De Souza, R. J., Jovanovski, E., & Vuksan, V. (2014). The effect of ginseng (the genus panax) on glycemic control: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Plos One*, 9(9), 1-11.
- Siegel, R. K. (1979). Ginseng abuse syndrome, problems with the panacea. *Jama*, 241(15), 1614-1615.
- Song, X., Wu, H., Yin, Z., Lian, M., & Yin, C. (2017). Endophytic Bacteria Isolated from Panax ginseng Improves Ginsenoside Accumulation in Adventitious Ginseng Root Culture. *Molecules*, 22(6), 837-849.
- Tanker, N., Koyuncu, M., & Coşkun, M. (2007). *Farmasotik Botanik*, Ankara: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları.
- Vonardenne, V. M., & Klemm, W. (1987). Measurements of the increase in the difference between the arterial and venous Hb-O<sub>2</sub> saturation obtained with

- daily administration of 200 mg standardized ginseng extract G115 for Fourweeks. *Panminerva*, 29(2), 143–150.
- Yang, L., Qing, T. Y., Ya-Zhong, G., Wen-Song, Z., Yong, F., Chung-Wah, M., Qun, L., & Lian-Wen, Q. (2016) Distinct urine metabolome after Asian ginseng and American ginseng intervention based on GC-MS metabolomics approach. *Scientific Reports*, 6 (39045), 1-11.
- Wang, W., Shen, H., Xie, J. J., Ling, J., & Lu, H. (2015). Neuro protective effect of ginseng against spinal cord injury in duced oxidative stress and inflammatory responses. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(3), 514-521.
- Wen, T. C., Yoshimura, H., Matsuda, S., Lim, J. H., & Sakanaka, M. (1996). Ginseng root prevents learning disability and neuron loss in gerbils with 5-minute forebrain ischemia. *Acta neuropathologica*, 91(1), 15-22.
- World Health Organization. (1999). *WHO Monographs on Selected Medicinal Plants*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkie, A., & Cordess, C. (1994). Ginseng—a root just like a carrot?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87(10), 594-595.



*Derleme Çalışması / Review Article*

**PLASTİK-REKONSTRÜKTİF CERRAHİ HASTALARINDA BENLİK  
SAYGISI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

**Self-esteem in Plastic-Reconstructive Surgery Patients and Nursing Approach**

**Arş. Gör. Gülşah KÖRPE**

İstanbul Medipol Üniversitesi

**Öz**

İnsan biyopsikososyal yönleriyle bütüncül olarak değerlendirilmelidir. İnsanı oluşturan parçalardan herhangi birinde ortaya çıkabilecek değişiklik fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkilenmeye neden olabilir. Yüzyıllarca bireyler için fiziksel açıdan sağlıklı olmak ve güzellik oldukça önemli olmuştur. Bireyler kendi görünülerinden memnun olmak, bozuk olan beden parçalarını yeniden şekillendirmek isteğiyle plastik-rekonstrüktif cerrahi birimlerine başvurmaktadır. Bu amaçla gelen bireyleri psikolojik açıdan değerlendirmek, cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrasında desteklemek önem taşımaktadır. Beden bütünlüğünü tehdit eden her türlü girişim bireyin beden algısında sorun oluşturabilir. Bu nedenle hemşirelerin birey ile güven verici bir ilişki kurması ve bireyin kendini rahat ifade edebilmesini sağlaması en önemli unsurlardan birisidir. Hemşirelerin bu konularda birey ve yakınlarına gerekli desteği verebilmesi için, psikososyal açıdan bilgi ve yeterliğe sahip olması ve aynı zamanda da bu yeterliği sürekli olarak geliştirme sorumluluğunu alması gerekmektedir.

*Anahtar Kelimeler: Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi; Benlik Saygısı; Hemşirelik*

**Abstract**

Human should be assessed holistically with biopsychosocial aspects. The change that may occur in one of the parts composing human can cause the individual to be affected physically, psychologically and socially. For people, being physically healthy and beauty has become quite important for centuries. Individuals apply to plastic-reconstructive surgery units to be pleased with their appearance and to reshape the disordered parts of their bodies. It is important to assess the patients coming with this purpose psychologically and to support them before, during and

after surgery. Any attempt that threatens the integrity of body can create a problem in the individual's perception of body. For this reason, it is one of the most important factors that nurses can establish a trusting relationship with patient and enable him/her to Express himself/herself comfortably. Nurses need to have knowledge and competence in terms of psychosocial to provide necessary support to patients and their relatives about these issues and at the same time have to take the responsibility to continuously develop this competency.

*KeyWords:Plastic Surgery, Self-esteem, Nursing*

## 1. Giriş

İnsan biyopsikososyal yönleriyle bir bütündür. Bu bütünü oluşturan temel parçalardan her hangi birinde oluşan bir değişim diğer parçalarını da etkileyerek bireyin psikolojik ve sosyal olarak etkilenmesine neden olabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Hastalık ise, değişik etmenlerin organ ve sistemlerde yaptıkları fizyolojik değişiklikler sonucu görevlerini yapamaz hale gelmesine denir. Fizyolojik ve organik süreçleri içerisine alan, bedensel, ruhsal ve sosyal boyutları ile bireyin yaşamını etkileyen bir kriz sürecidir (Harputlu vd.,2007, s.178-185;Öztürk ve Öztaş,2012, s.293-300).

Bireyler için fiziksel açıdan sağlıklı olmak ve güzellik her zaman önemli olmuştur.“Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi”; çalışma alanı insan vücudunun dışarıdan gözle görülebilen bütün bölümlerini içeren doğuştan ya da sonradan oluşmuş şekil ve işlev bozukluklarının tedavisiyle ilgilenir (Gülseren, 1997, s.245-270). Genellikle estetik cerrahi ya da plastik cerrahi olarak bilinen bu alan; açık yaraların onarımı, ampüte olan beden parçalarının tedavisi ya da eksik olan parçaların yeniden yapılması, deri ve deri altında bulunan tümörlerin tedavisi, her türlü estetik amaçlı cerrahi girişim ve uygulamaları içerisine alır. Bu girişimler bedensel olarak bir tehdit oluşturabileceği için bireyleri biyopsikososyal yönden ele almak çok büyük bir önem arz etmektedir (Sarwer vd.,2006, s.267-283). Plastik sözcüğü bir şeyi yeniden şekillendirmekle ilgilidir. Rekonstrüktif sözcüğüyse yeniden yapmak, yeniden inşa etmek anlamındadır. Farklı nedenlerden dolayı kaybedilmiş bir organ veya organ parçasının yeniden yapılması (rekonstrüksiyon) ya da bireyde doğuştan itibaren bulunmayan bir organın yapılması (konstrüksiyon)

plastik cerrahinin ana uğraşlarından. Estetik ise güzellikle ilişkilidir (Şen vd.,2003, s.117-122). Estetik amaçlı cerrahi girişimlerde ulaşılmak istenen, aslında normal olan bir beden parçasının dış görünümünü toplumda ya da bireyin kendi zihninde daha güzel olarak algılanacak bir şekle dönüştürmektir. Bireyin bu değişim isteği, kendini daha güzel bulduğu gençlik haline geri dönme ya da sahip olduğu görünümünden hoşnut olmama nedeninden kaynaklanabilir. Rekonstrüksiyon bireyin kendine güvenini, vücut imajı algısını, insanlar arasındaki sosyal etkileşimini olumlu yönde etkilemektedir (Al- Ghazal,Fallowfi ve Blamey,1996, s.571-573). Bu tür girişimlerin duygu durumunu, beden algısını, sosyal yaşantısını ve ruh sağlığını olumlu yönde destekleyici etkileri bulunmaktadır. Bunun yanında operasyon sonrasındaki sonuç beklenenden farklı olduğunda bireylerde fobik tepkiler gelişebilmektedir (Pasnau, 2002, s.608-639). Plastik cerrahi girişimleri sonrasında başarılı bir sonuç alabilmek için preoperatif dönemde iyi bir psikiyatrik değerlendirme yapılmalı ve bireylerin ruhsal yönden hazır olup olmadıkları değerlendirilmelidir. Her cerrahi girişimin kendine özgü sonuçları olmakla birlikte, organizmanın fizyolojik işlevlerinde değişikliğe neden olan, beden bütünlüğünü bozan, bireyin yaşam tarzını değiştirmek zorunda kaldığı uygulamalar bireyin beden imajı ve benlik saygısını tehdit edici olabilmektedir. (Elçioğlu,Özkan ve Çetin, 2001, s.92-97).

## **2. Plastik - Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Benlik Algısı**

Estetik cerrahi amacıyla başvuran hastaları ameliyat öncesi dönemde psikolojik açıdan değerlendirmek, sağlık ekibi için büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü cerrahi girişim sonrasında ortaya çıkacak sonuç, ameliyat sonrasında bireyin kendisini “güzel” hissetmesiyle ilişkilidir. Bu durum da bireyin önceki psikolojik süreçleriyle bağlantılıdır (Georgiade, 1997, s. 1189-1197). Estetik cerrahi için hastaneye gelen bir hastanın içinde bulunduğu psikolojik durum hastanın cerrahi girişime olan uyumunu, cerrahi sonuçtan duyulan memnuniyeti, işe dönüş zamanını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Borah, Rankin ve Wey 1999, s. 1241-1246 ).

Beden algımız benliğimizin fiziksel boyutunu oluşturur ve dış görünüşümüz, sağlık durumumuz, fiziksel yeterliliklerimiz ve cinselliğimizle ilgili tüm tutum ve algıları

içerisine alır (Üstündağ, Demir, Zengin ve Gül, 2007, s.522-527). Bireyin kendi bedenine ve işlevine karşı olumlu ve ya olumsuz duyguların kendisi tarafından değerlendirilmesi, bireyin bedeninin benliği tarafından algısı olarak tanımlanabilir (Velioğlu, Pektekin ve Sanlı, 1992, s.61-66).Beden imajı, bireyin bedenine ilişkin bilinçli veya bilinç dışı duygularını ve düşüncelerini içerir. Beden imajı bireyin kendi kişiliği, değer algısı, diğer bireylerle olan ilişkilerinin bir parçası olması nedeniyle benlik kavramının temel öğelerinden biridir (Tözün, 2010, s.52-57). Özetle, beden imajı, bireyin bedeninin ve ona ait tüm algı ve tutumlarının zihindeki şemasıdır diyebiliriz (Baider vd., 2003).

Fiziksel hastalık, yaralanma ya da organ kayıplarında birey yaşamını, bedenini, geleceğini tehdit altında hisseder, bu nedenle bireyin beden imajı ve özgüveni hasar görür, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır (Üstündağ vd., 2007, s.522-527). Bireyin kendi bedenine, beden parçalarına ve fiziksel işlevlerine verdiği anlam ve değer farklı olabildiği gibi; aynı zamanda kendi beden imajı algısı ile başkalarının onun bedenine ilişkin tutumları da farklı olabilir (Clark, Cook ve Snow, 1998, s.38-48; Öngören,2015, s.25-45). Beden algısındaki bozulmanın nedenleri; kronik hastalık, vücut parçalarının ve işlevlerinin kaybı, bireyin görünümünde travmaya bağlı olarak oluşan değişim, psikoza, anoreksiya nevroza ve bulimia' ya bağlı görünümün gerçek dışı algılanması, hastaneye yatma, cerrahi, kemoterapi yada radyasyona bağlı görünümde değişiklikler olabilir (Yeter,Savcı ve Saymer, 2009, s.65-68).

Bedensel hastalığa sahip olanlarda psikiyatrik bozuklukların çok büyük bir kısmını anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır (Yates 2002, s. 237-256). Rankin ve Borah (2006) tarafından 312 plastik cerrahi hemşiresi ile yapılan çalışmada hastaların ameliyat öncesi komplikasyonlarından, anksiyete ve hafif depresyonun en yüksek oranlara sahip olduğu, bunu hayal kırıklığı, şiddetli düzeyde depresyon ve uyku bozukluğunun izlediği saptanmıştır (s.178-183). Fiziksel hastalıkla birlikte görülen depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, hastalığın sürecini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Özkan 2001, s.79-83).

Benlik saygısı bireyin kendisini nasıl değerlendirdiğini gösteren bir kavramdır. Hastanın kendisine olan benlik saygısını değerlendirmek ve düşük olan saygısını artırmak için girişimler düzenlemek ve tedaviye uyumunu sağlamak hemşirenin en önemli rollerinden biridir (Harputlu vd.,2007, s.178-185). Hastanın benlik saygısını artırmak için ilk olarak güven verici bir hemşire-hasta ilişkisi kurulmalı, birey duygularını aktarabilmeli, hastalığına ilişkin merak ettiği soruları rahatlıkla sorabilmeli ve sağlık ekibi tarafından verilen güvenilir bilgilere ulaşabilmelidir. Bireyin güçlü yönleri ve beklentileri belirlenerek, durumunu gerçekçi olarak değerlendirmesi, alternatiflerin gösterilmesi, gerekli görülen durumlarda toplumsal kaynaklara yönlendirilmesi faydalı olabilir (Erdem ve Taşçı,2003, s.171-176).

Çalışmalar, estetik cerrahi girişimin öncesinde ve sonrasında hastalarda, sıklıkla psikososyal sorunların yaşandığını göstermektedir. Estetik cerrahi nedenli olumsuz psikolojik sonuçların doğasını anlamak ve sınıflandırmak oldukça önemlidir (Rankin ve Borah, 2006, s.178-183). Yapılan araştırmalar, psikososyal sorunların, fiziksel sorunlar kadar fazla olduğunu göstermektedir (Borah vd., 1999, s.1241-1246; Kulik, Shelby ve Cooper, 2000, 1407-1414). Fiziksel olarak çekici olmadığını düşünen bireylerin, düşük özsaygı, olumsuz benlik algısı, sosyal izolasyon ve sosyal ilişkilerinde reddedilme korkusu gibi bazı psikososyal sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir (Valente, 2009, s.10-16). Ayrıca bireyler, cerrahi girişim ile ilgili ve girişimin sonrasında ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda da bazı sorunlar yaşayabilmektedir (Rankin ve Mayers, 2008, s.12-14). Kulik vd. (2000)'in aktardığına göre, McCarty (1990) tarafından yapılan çalışmada, ameliyat sonrası bütün estetik cerrahi hastalarının %55'inin en fazla anksiyete, daha sonra depresyon olmak üzere psikolojik sorunlar yaşadığı saptanmıştır (s. 1407-1414).

### **3. Plastik - Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Hemşirelik Yaklaşımı**

Bakım verdiği bireyi yalnızca fiziksel açıdan değerlendirmeyen aynı zamanda psikososyal yönüyle de destekleyebilen bir meslek olan hemşirelik son yıllarda beden imajı kavramından sıkça yararlanmaya başlamıştır (Storch ve Rice,2008, s.256-270). Florence Nightingale 1859 yılında bireyin hastalığı ya da sağlığı hangi aşamada olursa olsun, hemşirenin hastanın bedensel bütünlüğünün korunması ve

sürdürülmesinde destek olması gerektiğini ifade etmiştir. Dolayısıyla hemşirelik mesleğinin ilk yıllarından itibaren hemşireler beden imajı kavramına önem vermişlerdir (Velioğlu vd.,1992, s.61-66;Harcourtvd.,2003, s.1060-1068; Birol,2002, s.128-132).

Hemşireler, cerrahi girişim öncesinde hastaların psikososyal durumunu değerlendirmeli, hem girişim öncesi hem de sonrasında psikososyal yönde ortaya çıkabilecek problemler konusunda hastaya ve yakınlarına bilgi vermelidir (Borahvd.,1999, s.1241-1246). Aynı zamanda cerrahi girişime ilişkin korku ve endişeleri ile baş etmesi için hastayı desteklemeli, cerrahi sonrası süreç ve girişim sonrası ortaya çıkan sonuçlar ile baş etme konularında hastaya yardım etmelidir (Rankin ve Borah, 2006, s.178-183; Valente, 2009, s.10-16). İletişim, bütün bunları yapabilmek için en kilit unsurdur. Hastalar, sağlık ekibinin kendilerine önem vermelerini, anlamalarını, gerçekçi, dürüst ve ulaşılabilir olmalarını, kendilerine zaman ayırmalarını beklemektedir. Hastalar, gerçekten kendi için orada olduğunu hissetmeyi istemektedir. Bu şekilde ki bir iletişim, hastanın kendi duygu ve düşüncelerini ifade etmesini kolaylaştırır ve endişelerini daha rahat bir biçimde aktarabilmesine olanak sağlar. Yapılan bir çalışmada hastaların sağlık ekibi ile olan iletişimde en çok önem verdikleri iki konunun soru sorabilmek ve kendilerine zaman ayırmaları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Parker,Davison, Tishelmanve Brundage, 2005, s.848-858).

#### **4. Sonuç**

Hemşirelerin, gerekli psikososyal değerlendirmeyi yapmak ve değerlendirmeye ilişkin girişimlerde bulunabilmek için en uygun sağlık profesyoneli oldukları diğer sağlık ekibi üyelerince de kabul edilmektedir. Bu sonuç, hemşirelerin bu konuda hasta ve yakınlarinadestek olabilmeleri için, gerekli psikososyal bilgi ve yetkinliklere sahip olma ve sürekli geliştirme sorumluluklarını da beraberinde getirmektedir(Küçükkaya,2011, s.71-77).

## Kaynakça

- Al- Ghazal, S.K., Fallowfield, L. & Blamey, R.W. (1999). Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity? *Eur J Surgical Oncology*, 25, s.571-573.
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P. & Goldzweig, G., Hofmann, G. & Samonigg, H. (2003). Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European Journal of Cancer Care*, 2, s.263-273.
- Birol, L. (2002). *Hemşirelik Süreci* (Beşinci Basım). İzmir: Etki Matbaacılık, s. 128-132.
- Borah, G., Rankin, M. & Wey, P. (1999). Psychological complication in 281 plastic surgery practices. *Plast Recons Surg*, 104, s.1241-1246.
- Clark, D.A., Cook, A. & Snow, D. (1998). Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients and non medical controls. *J Abnorm Psychol*, 107, s.38-48.
- Elçioğlu, Ö., Özkan, N.A. & Çetin, C. (2001). Etik açıdan plastik ve rekonstrüktif cerrahi. *T Klin Tıp Etiği*, 9, s.92-97.
- Erdem, M., Taşçı, N. (2003). Tüberküloz hastalarında benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(2), s.171-176.
- Georgiade, G.S. (1997). *Plastic, maxillofacial and reconstructive surgery* (Third Edition). Baltimore: Williams & Wilkins, s.1189-1197.
- Gülseren, Ş. (1997). *Psikiyatri ve cerrahi, konsültasyon liyezon psikiyatrisi*, İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, s.245-270.
- Harcourt, D.M., Rumsey, N.J., Ambler, N.R., Cawthorn, S.J., Reid, C.D., Maddox, P.R., Kenealy, J.M., Rainsbury, R.M. & Umpleby H.C. (2003). The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg*, 111, s.1060-1068.
- Harputlu, D., Terzi, C., Eşrefgil, G., Uz S., Sökmen, S. & Füzün, M. (2007). Kolostomi ve ileostomili bireylerde benlik saygısı, *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 17, s.178-185.

- Kulik, J.A.,Shelby, D. & Cooper, R.N.C. (2000). The effects of fellow patients on the emotional well-being and satisfaction with care of postoperative cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 106, s.1407-1414.
- Küçükaya, G.P. (2011). Estetik cerrahinin psikososyal etkileri ve hemşirelik girişimi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 13(3), s.71-77.
- Öngören, B. (2015). Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, (34), s.25-45.
- Özkan, S. (2001). Genel tıpta depresyon. *Hipokrat Dergisi*, 10, s.79-83.
- Öztürk, E., Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Journal of Life Sciences*, 1(1), s.293-300.
- Parker, P.A.,Davison, B.J., Tishelman, C. &Brundage, M.D. ( 2005). What do we know about facilitating patient communication in the cancer care setting?.*Psycho-Oncology*, 14, s.848-858.
- Pasnau, R.O.,Fawzy, F.I., Skotzko, C.E, Strouse, T.B., Wellisch, D.K. &Hoffman A.K. (2002). *Surgery and surgical subspecialties, The American psychiatric pres textbook of consultation-liaison psychiatry*. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC:American Psychiatric Press Inc., s.608-639.
- Rankin, M.,Borah, G. (2006). Psychological complications: National plastic surgical nursing survey. *Plastic Surgical Nursing*, 26(4), s.178-183.
- Rankin, M.,Mayers, P.M. (2008). Core curriculum for plastic surgical nursing: Psychosocial care of the plastic surgical patient. *Plastic Surgical Nursing*, 28(1), s.12-24.
- Sarwer, D. B.,Pruzinsky, T., Cash, T. F., Goldwyn, R. M., Persing, J. A., &Whitaker, L. A. (2006). *Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery: clinical, empirical, and ethical perspectives*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams &Wilkins, s.267-283.
- Storch, J. E., Rice, J. (2008). *Reconstructive plastic surgical nursing: Clinical management and wound care*. John Wiley&Sons. Melbourne, Australia, s.256-270.



- Şen, Z., Ersoy, A., Serel, S., Emiroğlu, M., Gültan, S. & Soykan, A. (2003). Plastik ve rekonstrüktif cerrahi girişimlerinin psikiyatrik yönleri, *Türk P.R.C Dergisi, Cilt:11, Sayı: 2*, s. 117-122.
- Tözün, M. (2010). Benlik saygısı. *Actual Medicine*, s.52-57.
- Üstündağ, H., Demir, N., Zengin, N. & Gül, A. (2007). Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 27(4)*, s.522-527.
- Valente, S.M. (2009). Visual disfigurement and depression. *Plastic Surgical Nursing, 29(1)*, s.10-16.
- Velioglu, P., Pektekin, Ç. & Sanlı, T. (1992). *Hemşirelikte kişilerarası ilişkiler*, Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, s.61-66.
- Yates, W.R. (2002). *Epidemiology of psychiatric disorders in medically ill patients. Textbook of consultation-liaison psychiatry*, MG Wise, RJ Rundell (Ed), Washington DC: American Psychiatric Publishing, s.237-256.
- Yeter, K., Savci, A., & Sayiner, F. D. (2009). Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 5(2)*, s. 65-68.

*Derleme Çalışması / Review Article*

**İNSANLARDA HASTALIK YAPAN DİROFİLARIA TÜRLERİ VE  
DİROFİLARIASİS**

**The *Dirofilaria* Species Caused of Disease in Human and *Dirofilariasis***

**Fadime EROĞLU**  
eroglufadime@hotmail.com

**Öz**

*Dirofilariasis* insanlara rastlantısal olarak bulaşan bir zoonoz hastalıktır. Bu hastalığa doğal olarak birçok evcil ve vahşi hayvana zarar veren *Dirofilaria* cinsinin filarial nematodları neden olur. *Dirofilaria* Türkiye'nin en önemli vektörleri olan *Culex*, *Anopheles*, *Aedes* gibi çeşitli sivrisinek türleri tarafından insana bulaşır. *Dirofilariasis* etkeni *Dirofilaria* paraziti membran filtrasyon-asit fosfataz histokimyasal boyama yöntemi, serolojik yöntemler ve moleküler yöntemler ile tanımlanabilmektedir. *Dirofilaria* karnivor hayvanlarda özellikle köpeklerde ve insanlarda ciddi patolojik bozukluklara hatta ölümlere neden olabilen bir parazittir. Son yıllarda, evlerinde köpek veya kedi bakmanın artması nedeniyle insanlara *Dirofilariasis* hastalığının bulaşma riski giderek artmaktadır. Bu yüzden ülkemizde ve dünyada hastalığın yayılmasını önlemek için kontrol programları uygulanmalıdır. Bu derleme insan *Dirofilariasis* etkenlerini, *Dirofilariasis*'in klinik muayenesini ve laboratuvar tanı yöntemlerini içermektedir.

*Anahtar Kelimeler: Dirofilaryazis, Moleküler Tanısal Yöntemler*

**Abstract**

*Dirofilariasis* is one of the zoonotic filarial infections inadvertently affecting the humans. It is caused by filarial nematodes of genus *Dirofilaria*, which naturally infects several domestic and wild animals. *Dirofilaria* is transmitted to human by mosquitoes (Diptera, Culicidae) of various species, such as *Culex*, *Anopheles*, *Aedes* which are probably the most important vectors in Turkey. The *Dirofilaria* parasite which cause of *Dirofilariasis* disease can be diagnosed using membrane filtration-acide phosphates histochemical staining, serological methods and molecular

methods. *Dirofilaria* is a parasite that can cause serious pathological disorders and even deaths in carnivorous animals especially dogs and humans. In recent years, people are increasingly at risk of being infected with *Dirofilaria* diseases due to increased dog or cat feeding in their homes. Therefore, control programmes should be implemented to prevent the spread of the disease in our country and world. This review includes human *Dirofilaria* agents, clinical examination and laboratory diagnostic methods of *Dirofilaria*.

**Key Words:** *Dirofilaria*, Molecular Diagnostic Technics

## 1. Giriş

*Dirofilaria* cinsine bağlı nematodlar hemen hemen tüm dünyada görülebilen, bazen gizli seyir gösteren, hem insan hem de köpekler için risk oluşturan zoonoz nematodlardır (Ünüböl, Bildik, Aypak, H, & Bayhan, 2017). *Dirofilaria* türlerinin gelişmesinde *Culex*, *Aedes*, *Anopheles*, *Ayzorhynchus*, *Avmigenes*, *Taeniorhyhus* ve *Mansonia* cinslere bağlı çeşitli sokucu sinek türleri ara konaktır (Dik, Başoğlu, & Kaya, 1992; Şahin, Sevgili, & Çamkerten, 2004). *Dirofilaria* mikrofilaryaları son konakçının perifer kanında olgun parazitleri ise son konakçının sağ ventrikulus, pulmoner arterlerinde, seyrek olarak da vena cavae, periton boşluğu ve kamera oculi anterior'un da bulunmaktadır (Şahin vd., 2004). *Dirofilaria* cinsine bağlı filarial nematodların sebep olduğu hastalığa *Dirofilaria* denir. *Dirofilaria*, progressif endokardit, kalp kapaklarının fonksiyon bozukluğu, ventrikül hipertrofisi, pulmoner hipertansiyon, ascites, kronik pasif konjesyon ve konjestif kalp yetmezliği gibi kalp ve dolaşım bozukluklarına yol açar (Dik, Başoğlu, & Kaya, 1992).

Son yıllarda insanların evlerinde köpek veya kedi beslenmelerinin artması nedeniyle bu köpeklerden bulaşan zoonoz hastalıklarında görülme riski artmıştır. Hayvanlardan bulaşabilen hastalıklar başında *Dirofilaria* gelmektedir. Dünyanın birçok yerinde çeşitli hayvanlarda ve insanlarda *Dirofilaria* etkeni olan *Dirofilaria* cinsine bağlı yaklaşık 40 tür bulunmaktadır (Gorezis, Psilla, Asproudis, Peschos, Papadopoulou & Stefaniotou, 2006). Ancak bu *Dirofilaria*'lar morfolojik olarak birbirine çok benzediği için mikroskopi yöntemi ile ayırt edilmesi oldukça güçtür. Her türün hastalık yapma mekanizması değişiklik gösterdiği için *Dirofilaria* türlerinin tür bazında ayırt edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle de moleküler yöntemler

kullanılmaktadır. Gelişen teknoloji ile beraber *Dirofilaria*'nın moleküler tanı yöntemleri de gelişmiştir. Bu çalışmada *Dirofilariasis* etkeni olan *Dirofilaria* türlerinin tanısındaki ve Türkiye'de son durumu ile ilgili gelişmeler değerlendirilmiştir.

### **Dirofilaria'nın Klinik Özellikleri**

İnsan olgularının çoğu asemptomatiktir. Hastalık belirtileri deri, akciğer ve göz tutulumuna bağlı değişir. **Deri tutulumu;** sivrisineğin ısırıldığı yerde parazitin larvalarının deride yaptığı inflamasyon sonucu eritem, ödem, ağrı ve kaşıntı gelişir. *Dirofilaria*'ların deri altındaki göçü bazen gözle izlenebilir. Parazitin bulaşmasından 2-12 ay sonra oluşan deri altı nodülleri bazen apseleşebilir (Markel, John, & Krotoski, 1999). **Akciğer tutulumu;** Öksürük, göğüs ağrısı, ateş, hemoptizi ve halsizlik şikâyetlerine neden olurlar. Akciğer parankimine yerleşen *Dirofilaria*'lar sıklıkla akciğer tümörü sanılarak opere edilmektedir (Markel vd., 1999). Pulmoner arterlerde endotelinin zedelenmesi ve interstisyel ödem oluşur (Yıldırım, İca, Atalay, Duzlu, & İnci, 2007). *Dirofilariasis*'li hastalarda klinik genellikle asemptomatiktir. Klinik bulguların şiddeti konakta bulunan ergin parazit sayısı ile ilgilidir ve ağır enfeksiyonlarda tedavi edilmediğinde ölümler meydana gelmektedir (Meral, Bakırel, & Çakıroğlu, 2007). En sık görülen belirtiler, akciğerde oluşan yangıyla ilişkili olan sağ ventriküler dilatasyon veya hipertrofi, öksürük, dispne, egzersiz intoleransı ve bitkinliktir (Meral, Bakırel, & Çakıroğlu, 2007). Hastaların çoğunun asemptomatik olmasına rağmen "fokal pulmoner filariasis" diye tanımlanan bu parazitozda enfekte kişilerin parsiyel akciğer filmlerinde 1-3 cm çapında lezyonlar görülür. "Coin lezyonlar" veya "madeni para" denen bu görüntünün saptandığı kişilerde genellikle göğüs ağrısı, öksürük, ateş ve kanlı balgam vardır. Lezyon bölgesindeki nekrotik dokuda parçalanmış ya da kalsifiye olmuş parazit bulunabilir. Bu hastalarda tanı için biyopsi yapılması önerilir. Bazen de tanı bir cerrahi girişim esnasında ya da otopside konur. Parazite karşı oluşmuş spesifik antikorların araştırılması ile de tanı desteklenebilir (Çakıroğlu & Meral, 2007). **Göz tutulumu;** göz en sık tutulan organdır; göz kapakları, subkonjonktiva ve göz çukurunda yerleşebilir.

Subkonjonktival dokuda parazitin hareketi gözlenebilir. Retina dekolmanı, glokom, üveit, episiklerit, görme kaybı ve ekzoftalmiye neden olabilir (Markel vd., 1999).

### **Dirofilaria'nın Tanı Yöntemleri**

*Dirofilaria*'nın teşhisi amacıyla çeşitli yöntemler belirlenmiştir. Perifer kanda farklı boyama yöntemleri ile mikrofilere araması yapmak ve serolojik testlerle etkeni tanımlamak en çok kullanılan tanı yöntemleridir. Perifer kanda yapılan mikrofilere taraması, mikrofilere uzun süre deri altında yaşaması ve kalbe gittikten sonra da, üremelerinden sonra görülebilmeleri nedeniyle çok güvenilir bir yöntem değildir. Serolojik yöntemler ele alındığında ise en güvenilir yöntemin ELISA testi olduğu sonucuna varılmıştır. Geçmiş yıllarda parazitin görüldüğü ülkelerde, ekonomik olarak yüksek meblağlar tutan yoğun korunma programları uygulanmış ve buna rağmen yayılmanın önüne geçilememiştir (Çakıroğlu & Meral, 2007). Bu nedenle *Dirofilaria* insanlar için hala risk oluşturmaktadır.

Moleküler yöntemlerin son yıllarda gelişmesi ile *Dirofilaria* türleri ayırt edilebilmektedir. *Dirofilaria* türlerinin ayırımı klasik yöntemlerle özellikle miks enfeksiyon durumlarında zor yapılabilmektedir. Bu durumda türlerin ayırt edilmesi için Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), Polimeraz Zincir Reaksiyonu- Restriction fragment length polymorphism (PCR-RFLP) ve Real-Time PCR yöntemleri başarı ile kullanılmaktadır (Bamorovat, Sharifi, Harandi, Nasibi, Sadeghi, Khedri&Mohammadi, 2017; Oh, Kim, & Sung, 2017; Simsek & Ciftci, 2016). DNA dizi analizi yöntemi ile *Dirofilaria* cinslerindeki genetik çeşitlilik tespit edilebilmektedir.

PCR, in vitro olarak DNA çoğaltma metodudur. Reaksiyonlar ile farklı sıcaklıklardaki üç olayın döngüler halinde tekrarlanması sonucu DNA fragmentlerinin çoğaltıldığı bir yöntemdir. PCR-RFLP yönteminde restriksiyon enzimleri kullanılarak DNA'nın farklı büyüklükteki fragmanlara ayrılması mümkündür. Restriksiyon enzimleri, DNA üzerinde yaklaşık 5-10 baz uzunluğunda belirli bir nükleotid dizisini tanıyarak bir noktadan kesim yapar. Real-Time PCR

analizi ile çoğaltılan DNA'ları floresan işaretli prob ve boyaların kullanılarak görünür hale getirilebilir. Bu yöntem floresanın oluşan DNA ile doğru orantılı olarak arttığı bir çoğalma yöntemidir. DNA dizi analizi, gen yapısı ve genetik kontrol mekanizmaları hakkında birçok bilgi edinmemizi sağlayan bir yöntemdir. Günümüzde next gene reader ile tüm gen analizi gibi daha gelişmiş moleküler yöntemlerde bulunmaktadır. Ancak bu moleküler yöntemler henüz *Dirofilaria* tanısında kullanılmamıştır.

### **Türkiye'de *Dirofilariasis* ve *Dirofilaria* Türleri**

*Dirofilaria* paraziti, ülkemizde ilk kez Ankara'da yabancı orjinli bir köpekte daha sonra ise Elazığ'da yerli bir köpekte rapor edilmiştir (Güralp, 1982; Taşan, 1984). Daha sonraki yıllarda *Dirofilaria* türlerinin bulunduğu dair değişik yörelerde yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar genelde köpekler üzerine yapılmış olup, kediler ile ilgili fazla bir çalışma bulunmamaktadır. 1989 yılından günümüze kadar ülkemizde farklı yıllarda ve farklı bölgelerde *Dirofilaria* olguları rapor edilmiştir. Kayseri'de 50 köpeğin 8'inde, Van'da 10 köpekte yapmış olduğu otopside 8'inde, Konya'da 60 köpeğin 3'ünde, Kars'ta 42 köpeğin 6'sında *Dirofilaria*'lar rapor edilmiştir (Ağaoğlu & Şahin, 1992; Aydenizöz, 1997; Umur & Aslan, 1998). Birçok bölgeden *Dirofilaria* rapor edilmesine rağmen Samsun başta olmak üzere Karadeniz bölgesinde yapılan çalışmalarda *Dirofilaria*'nın bu bölgelerde görülmediği bildirilmiştir (Çakıroğlu & Meral, 2007). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tanı yöntemlerinin gelişmesi ile yeni çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir. 2000 yılından günümüze kadar olan *Dirofilaria* çalışmaları ve sonuçları tablo 1'de gösterilmiştir (Gideon & Berger, 2017). Yıllara göre ülkemizdeki *Dirofilaria* çalışmaları incelendiğinde *Dirofilaria* görülme sıklığının farklı dağılımlar gösterdiği görülmektedir.

Türkiye'de sadece parazitin prevalansı ile ilgili çalışmalar yapılmamış aynı zamanda parazitin konağın yaş gruplarına göre, cinsiyet farklılığına göre değişiklik gösterip göstermediği de araştırılmıştır. Parazitin konağın yaş gruplarına göre yayılışı ile ilgili

araştırmalar incelendiğinde yaşın ilerlemesi ile parazitin varlığının arttığı bildirilmiştir (Lee, Lee, Shin, & Lee, 1996; Miterpakova, Antolova, Ondriska, & Gal, 2017; Sarnıç & Alkan, 1986). Parazitin dağılımına cinsiyet yönünden bakıldığında ise, dişi ve erkek köpekler arasında bir farklılığın olmadığı bildirilmiştir (Şahin vd., 2004).

Karnivor hayvanların filariasis etkenleri olan *Dirofilaria* cinsi parazitlerin insanlarda rastlantısal olarak bulduklarında hastalık oluşturmaktadırlar. Bunlar *Dirofilaria repens*, *Dirofilaria tenuis*, *Dirofilaria immitis* olarak bilinmektedir.

### **Dirofilaria repens**

*Dirofilaria repens* paraziti köpeklerin parazitidir ve geçmiş yıllarda araştırmacılar tarafından *Dirofilaria conjunctivae* olarak isimlendirilmiştir. Bu parazitin Avrupa, Hollanda, İtalya, Türkiye, Asya, Japonya, Güney Amerika, Kosta Riko, Kuzey Amerika ve Avustralya’da insanlarda da görüldüğü bildirilmiştir. İnsanlarda deri altı dokusunda parmak, yanak, meme altı, karın bağ dokusunda, epidemimde, spermatik kordonda nodüller ve apseler şeklinde, akciğerlerde ve omentumda nodller şeklinde, göz kapağında ve konjunktivada parazitlenirler. Helmentin sadece olgunlaşmamış şekilleri tanınmamaktadır. Türkiye’de karın, yüz, el, kaş, saçlı deri, kaş, göz kapağı, pubite birer olgu, gözde konjunktivada ve inguinal bölgede yerleşmiş iki olgu bildirilmiştir (Kronefeld, Kampen, Sassanu, & Werner, 2014; Miterpakova vd., 2017; Silaghi, Beck, Capelli, Montarsi, & Mathis, 2017).

### **Dirofilaria tenuis**

*Dirofilaria tenuis* rakunlarda bulunan bir parazittir. Çeşitli evcil ve vahşi hayvanlar bu türler için doğal konak görevi yapmaktadır. İnsanlarda rastlantısal olarak görülebilmektedir. *Dirofilaria tenuis* cilt altı dokulara aylarca dolaşabilir, ancak sonunda granülomatöz nodül içine kapsülendir. Göz çevresinde veya konjonktivatada da bulunduğu dair olgu sunumları vardır (Collins, Jones, & Jimenez; Oztek, Yenen, Ozerturk, Uçmakli, & Harmanyeri, 1995; Vincent, Greene, Tucci, & Cabrera-Cancio, 2013).

**Dirofilaria immitis**

Erişkini köpeklerin kalbinde sağ ventrikülde yaşayan *Dirofilaria immitis* insana bulaşabilir ve kalp ile akciğerlerde yerleşebilir. Tropikal, subtropikal ve sıcak ılıman bölgelerde sık görülür. Parazitin erkeği 12-18 cm, dişisi 25-30 cm uzunluğundadır ve yaklaşık 1 mm çapındadır. Mikrofilaryalar kınsız ve 300-325 µm uzunluğunda, 7 µm çapındadır. Nokturnal periyodisite gösterir (Kronefeld, Kampen, Sassanu & Werner, 2014). Parazitin ergin formunun somatik ve E/S antijenleri ile yapılan immunblotting sonucunda; 69, 20, 18, 16, 14, 12 kDa'luk proteinlerin ortak şekilde spesifik olduğu, erginlerde (somatik antijen); 20, 18, 16 kDa'lık proteinlerin, ergin salgısal ürünlerinde (E/S antijen); 18 ve 16 kDa'luk proteinlerin glikoprotein olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca mikrofillerinin somatik ve salgısal antijenleri ile yapılan immunblotting sonucunda; 16, 14 ve 12 kDa'luk proteinlerin glikoprotein ortak şekilde spesifik olduğu, bunlardan mikrofillerde ve mikrofillerlerin salgısal ürünlerinde 14 ve 16 kDa'luk proteinlerin glikoprotein olduğu belirlenmiştir (Aypak, Bildik, Aypak, Sarali, & Bayhan, 2017).

**Sonuç**

Parazitlerin moleküler tabanlı teknikler kullanılarak belirlenmesi, birbirine oldukça benzer olan filarial nematodlar gibi parazitlerin ayrımının güvenilir bir şekilde yapılmasında imkân sağlamıştır. Özellikle real-time PCR analizi yöntemi gibi kısa sürede sonuç alınabilen moleküler yöntemlerin kullanılması ile klinik tanısı zor ve erken tedavi edilmediğinde ölümcül olan *Dirofilariasis* hastalığının tanısı konulabilmektedir. Ayrıca bu yöntemler ile *Dirofilariasis* etkeni olan morfolojik olarak birbirine benzer olan *Dirofilaria* türlerinin tanımı yapılabilmekte ve böylece hastalığın tedavisi ile ilgili önemli gelişmeler sağlanmaktadır.

Türkiye iklimsel ve ekolojik faktörler yönünden *Dirofilaria* türlerinin yayılışı için uygun bir ülkedir. Başta veteriner hekimler olmak üzere birçok araştırmacı tarafından son yıllarda *Dirofilaria*'nın ülkemizdeki durumu ile ilgili çalışmalara önem verilmiştir. Bu derlemede dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan *Dirofilariasis* hastalığı ve etken olan *Dirofilaria* türleri hakkında bilgi verilmiştir. Böylece tedavi edilmediğinde ölümcül olabilen *Dirofilariasis* ile ilgili



başta sağlık personelleri olmak üzere halkın bu hastalığa dikkati çekilmiştir. Ülkemizde *Dirofilaria* yaygınlığı ve *Dirofilariasis* hastalığı ile ilgili çalışmalar artırılmalı ve bulaşma etkenleri ile mücadele edilmelidir.

### Kaynaklar

- Ağaoğlu, Z., & Şahin, A. (1992). Van'da *Dirofilaria immitis*. *YYÜ Vet Fak Derg*, 3, 117-121.
- Aydenizöz, M. (1997). Konya yöresi köpeklerinde helmintolojik araştırmalar. *T Parazitol Derg*, 21, 429-434.
- Aypak, S. Ü., Bildik, A., Aypak, S., Sarali, H., & Bayhan, T. (2017). *Dirofilaria immitis*'in ergin ve mikrofillerinin somatik ve salgısal antijenlerinde spesifik proteinlerin belirlenmesi ve glikoprotein varlığının araştırılması. *Ankara Üniv Vet Fak Derg*, 64, 7-12.
- Bamorovat, M., Sharifi, I., Harandi, M. F., Nasibi, S., Sadeghi, B., Khedri, J., & Mohammadi, M. A. (2017). Parasitological, serological and molecular study of *Dirofilaria immitis* in domestic dogs, southeastern Iran. *Iran J Parasitol*, 12(2), 260-266.
- Collins, B. M., Jones, A. C., & Jimenez, F. *Dirofilaria tenuis* Infection of the oral mucosa and cheek. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 51(9), 1037-1040. doi:10.1016/S0278-2391(10)80052-7
- Çakıroğlu, D., & Meral, Y. (2007). Samsun bölgesinde, köpeklerde *Dirofilaria immitis* enfestasyonu insidansı incelenmesi. *JIVS*, 2, 1-12.
- Dik, B., Başoğlu, A., & Kaya, M. (1992). Köpeklerde *Dirofilaria immitis*'in sağıtımında levamizol ve ivermectin'in etkileri. *S Ü Vet Fak Der*, 8(2), 48-50.
- Gideon, I., & Berger, S. (2017). Miscellaneous Filaria: Global Status.
- Güralp, N., (1982). Helmintoloji. 2. Baskı, A.Ü.Basımevi, Ankara.
- Gorezis, S., Psilla, M., Asproudis, I., Peschos, D., Papadopoulou, C., Stefaniotou, M., (2006). Intravitreal dirofilariasis: a rare ocular infection. *Orbit*, 25(1):57-59.

- Kronefeld, M., Kampen, H., Sassanu, R., & Werner, D. (2014). Molecular detection of *Dirofilaria immitis*, *Dirofilaria repens* and *Setaria tundra* in mosquitoes from Germany. *Parasit & Vect*, 7(30).
- Lee, J., Lee, C., Shin, S., & Lee, C. (1996). A survey of canine heartworm infections among German shephders in South Korea. *Korean J Parasitol*, 34, 225-231.
- Markel, E., John, D., & Krotoski, W. (1999). The Blood-and Tissue-Dwelling Nematodes. *Markell and Voge's Medical Parasitology* (8 ed., pp. 304-356). US: Saunders Company.
- Meral, Y., Bakirel, U., & Çakıroğlu, D. (2007). Bir köpekte kalp kurdu hastalığının ekokardiyografik teşhisi. *JIV*, 1-10.
- Miterpakova, M., Antolova, D., Ondriska, F., & Gal, V. (2017). Human *Dirofilaria repens* infections diagnosed in Slovakia in the last 10 years (2007-2017). *Wien Klin Wochenschr*. doi:10.1007/s00508-017-1233-8
- Taşan, E., (1984) Elazığ kırsal yöre köpeklerinde helmintlerin yayılışı ve insan sağlığı yönünden önemi. *Doğa Bil Derg*, 7:67-70.
- Oh, I., Kim, K., & Sung, H. (2017). Molecular detection of *Dirofilaria immitis* specific gene from infected dog blood sample using polymerase chain reaction. *Iran J Parasitol*, 12(3), 433-440.
- Oztek, I., Yenen, O., Ozerturk, Y., Uçmakli, E., & Harmanyeri, Y. (1995). *Dirofilariasis* in Turkey: a case of subcutaneous *dirofilariasis*. *Journal of the Eur Acad of Dermatol and Ven*, 4(1), 5-8.
- Sarnıç, H., & Alkan, M. (1986). Köpeklerde *dirofilariasis* olguları ve insan sağlığı yönünden önemi. *T Parazitol Derg*, 1-2, 169-174.
- Silaghi, C., Beck, R., Capelli, G., Montarsi, F., & Mathis, A. (2017). Development of *Dirofilaria immitis* and *Dirofilaria repens* in *Aedes japonicus* and *Aedes geniculatus*. *Parasit Vectors*, 10(1), 94. doi:10.1186/s13071-017-2015-x
- Simsek, S., & Ciftci, A. (2016). Serological and molecular detection of *Dirofilaria* species in stray dogs and investigation of *Wolbachia* DNA by PCR in Turkey. *J Arthropod-Borne Dis*, 10(4), 445-453.
- Şahin, T., Sevgili, M., & Çamkerten, İ. (2004). Şanlıurfa yöresi köpeklerinde *Dirofilaria* sp'nin yayılışı. *Türkiye Parazitol Derg*, 28(3), 140-142.

- Umur, Ş., & Aslan, M. (1998). Kars yöresi sokak köpeklerinde görülen helmint türlerinin yayılışı. *T Parazitol Derg*, 22, 188-193.
- Ünübol, A., Bildik, A., Aypak, S., H, S., & Bayhan, T. (2017). *Dirofilaria immitis*'in ergin ve mikrofillerinin somatik ve salgısal antijenlerinde spesifik proteinlerin belirlenmesi ve glikoprotein varlığının araştırılması. *Ankara Üniv Vet Fak Derg*, 64, 7-12.
- Vincent, A., Greene, J., Tucci, V., & Cabrera-Cancio, M. (2013). *Dirofilaria tenuis* causing neutritis. *Infec Dis in Clin Practice*, 21(5), 325-329.
- Yıldırım, A., Ica, A., Atalay, O., Duzlu, O., & Inci, A. (2007). Prevalence and epidemiological aspects of *Dirofilaria immitis* in dogs from Kayseri Province, Turkey. *Res in Vet Sci*, 82, 358-363.

**Tablo 1: Yıllara göre Türkiye’de yapılan *Dirofilaria* çalışmalarının sonuçları.**

Yıllar	Bölge	Çalışma Grubu	%
2000-2001	Ankara	Köpek	9,3
2005-2006	Kayseri	Köpek	9,6
2006	Hatay	Köpek	26
2008	Çoklu Yerleşim	Köpek	12,8
2008	Kırıkkale	Köpek	27,5
2010	Kayseri	Sivrisinek	0,33
2011	Erzurum	Köpek	8,1
2016	Elazığ	Köpek	4,2