

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security

Cilt : 5 - Sayı : 2 - Yıl : 2015 / Volume : 5 - Number : 2 - Year : 2015

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / On behalf of the Social Security Institution
Cevdet CEYLAN (Kurum Başkan Yardımcısı / Deputy President of the Institution)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager

Mehtap ALTINOK

Yayın Kurulu / Editorial Board

Cevdet CEYLAN
Harun HASBİ
Erdoğan ÜVEDİ
Mürsel BAKİ
Ahmet Yalçın YALÇINKAYA

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM
Onur ÖZTÜRK
Selda DEMİR
Asuman KAÇAR

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / Type of Publication: Periodical

Yayın Aralığı: 6 aylık / Frequency of Publication: Twice a Year

Dili: Türkçe ve İngilizce / Language: Turkish and English

Basım Tarihi: Press Date: 30.09.2015

*Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),
TUBİTAK ULAKBİM - TR
ASOS INDEX - TR
DOAJ - SE
EBSCO HOST - US
INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL tarafından indekslenmektedir.*

*Journal of Social Security (SGD), has been indexed by
TUBİTAK ULAKBİM - TR
ASOS INDEX - TR
DOAJ - SE
EBSCO HOST - US
INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL*

SGD Sosyal Güvenlik Dergisi

Tüm hakları saklıdır. Bu Dergi'nin tamamı ya da Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı 5846 sayılı Yasa'nın hükümlerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz.

Tasarım / Design: Pinhole Medya - Ankara - info@pinholemedya.com

Basım Yeri / Printed by: Dumat Ofset

İletişim Bilgileri / Contact Information

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY
Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19
Erişim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŖMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŖ
Bangor University – UK

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary – CA

Professor Ŗzay MEHMET
University of Carleton – CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton – CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia – CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York – USA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah – USA

ULUSAL DANIŖMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
Türkiye Bilimler Akademisi

Prof. Dr. Mustafa ACAR
Aksaray Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Ŗrsan AKBULUT
TODAİE

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
TODAİE

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Zakir AVŖAR
Gazi Üniversitesi
İletişim Fakültesi

Prof. Dr. Selda AYDIN
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Vedat BİLGİN
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Nurşen CANİKLİOĞLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Üstün DİKEÇ
Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Şükran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Mehmet Vedat GÜRBÜZ
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Alpaz HEKİMLER
Namık Kemal Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Türksel KAYA BENGŞİR
TODAİE

Prof. Dr. Aşkın KESER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Cem KILIÇ
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
Sebahattin Zaim Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve
Teknoloji Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali SEYYAR
Sakarya Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŖAKAR
Marmara Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Erol ŖENER
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Zarife ŖENOCAK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Savaş TAŖKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Aziz Can TUNCAY
Bağçeşehir Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. M. Fatih UŖAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Özlem Özdemir YILMAZ
Ortaođu Teknik Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Tamer AKSOY
TOBB Ekonomi ve
Teknoloji Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Süleyman BAŖTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Hediye ERGİN
Marmara Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Orhan FİLİZ
Polis Akademisi

Doç. Dr. Engin KÜÇÜKKAYA
Ortaođu Teknik Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Adil ORAN
Ortaođu Teknik Üniversitesi İİBF

GENEL YAYIN İLKELERİ

- 1- Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), altı aylık periyotlarla yılda iki kez yayınlanan uluslararası, hakemli, bilimsel bir dergidir.
- 2- Dergiye gönderilen yazılar başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
- 3- Dergide yayınlanmasına karar verilen yazıların, elektronik ortamda tam metin olarak yayınlanmak da dahil olmak üzere, yayın hakları SGK'ya aittir.
- 4- Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar önce Yayın Kurulunca dergi ilkelerine uygunluk açısından incelenir. Uygunluğu tespit edilen yazılar değerlendirmeleri için yazının ilgili olduğu alanda iki hakeme gönderilir. Hakem raporuna göre; yazarına düzeltme gönderilir, yayınlanır ya da reddedilir.
- 5- Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yayınlanan makaleler atf yapılmadan kullanılamaz.
- 6- SGD'de yargı kararı incelemelerine yer verilebilir.
- 7- Yazıları yayınlanan yazarlara "Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Ödenecek Telif ve İşleme Ücretleri Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde telif ücretleri ödenecektir.
- 8- SGD Sosyal Güvenlik Dergisi'ne makale gönderenler derginin yayın ilkelerini kabul etmiş sayılırlar.

GENERAL PUBLICATION RULES

- 1- Journal of Social Security is an international, peer reviewed, scientific journal published twice a year.
- 2- The papers submitted to Journal of Social Security must be unpublished in elsewhere or not synchronically be in the review process of another publication.
- 3- Social Security Institution and Journal of Social Security own the copyright of the papers published (written and electronic versions)
- 4- All manuscripts firstly evaluated by Editorial Board and send two independent referees. According to referees' reports, article will be sent to the authors to revise, publish or reject.
- 5- All the opinions written in articles are under responsibilities of the authors. The published contents in the articles cannot be used without being cited.
- 6- Case review and commentaries are accepted by SGD.
- 7- Royalty fees will be paid to the authors whose articles published in the Journal of Social Security (SGD) in accordance with the related regulation.
- 8- Those who send articles to the SGD are considered to have accepted the publication principles of the SGD.

SGD, Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyet alanına, sosyal güvenlik, sosyal politika ve endüstri ilişkileri disiplinine katkısı olabilecek her alanda çalışmalara yer vererek, ülkemizin düşünsel birikimine katkıda bulunmak, toplumda sosyal güvenlik ve sosyal politika bilincini geliştirmek, geleceğe dönük hedef ve beklentileri ortak bir noktada buluşturmak amacıyla yayınlanmaktadır.

SGD, is being published in all areas related social security, social policy and industrial relations to make contribution intellectual life of Turkey, develop the social security and social policy consciousness and bring together the future targets and expectations on the common point of the society.



İÇİNDEKİLER

İnsan Haklarına İlişkin Uluslararası Hukuk ve Türk Hukuku Anayasa m. 90 Son Cümle Hükmü ve Toplu Eylemler Üzerine <i>E. Murat ENGİN</i>	9
İç Göç ve Kent ile Bütünleşme: Kocaeli İli Alan Araştırması <i>Burcu KÜMBÜL GÜLER / Arzu ÖZSOY ÖZMEN / Doğa Başar SARIİPEK</i>	37
Türkiye’de Toplu İş Sözleşmeleri ve Grevlerin İşsizliğe Etkisi: Ekonometrik Bir Yaklaşım <i>Osman PEKER / Mehmet BÖLÜKBAŞ / İsmet GÖÇER</i>	70
Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntı ve Yeniden Yapılandırma:Adana İlinde Bir Uygulama <i>Emel YÜCEL / Yıldırım Beyazıt ÖNAL</i>	88
İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Değerlendirme Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması <i>Engin ÜNGÜREN / Tayfur Süleyman KOÇ</i>	124
Türkiye’deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları <i>Mehmet GÖZLÜ / Hüseyin TATLIDİL</i>	145
Gelecek Nesillerin Yaşam Fırsatları İçin Ciddi Bir Tehdit: Çocuk Yoksulluğu <i>Banu METİN</i>	166
Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi: Diyabet Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi <i>Seda SÖNMEZ / Mehmet TOP</i>	189



CONTENTS

**International Law and Turkish Law in Relation with Human Rights
Regarding the Last Sentence of Article 90 of the Turkish Constitution
and Collective Actions**

E. Murat ENGİN 9

Internal Migration and Integration in City: A Field Study in Kocaeli

Burcu KÜMBÜL GÜLER / Arzu ÖZSOY ÖZMEN / Doğa Başar

SARIPEK 37

**The Effects of Collective Bargaining and Strikes on the Unemployment
in Turkey: An Econometrical Approach**

Osman PEKER / Mehmet BÖLÜKBAŞ / İsmet GÖÇER 70

**Financial Distress and Restructuring in the Private Hospitals:
An Application for Adana**

Emel YÜCEL / Yıldırım Beyazıt ÖNAL 88

**Occupational Health and Safety Application Performance Evaluation
Scale: Validity and Reliability Study**

Engin ÜNGÜREN / Tayfur Süleyman KOÇ 124

**Access Situation of the 81 Provinces in Turkey to Health Services
Provided by Public**

Mehmet GÖZLÜ / Hüseyin TATLIDİL 145

**A Significant Threat for the Life Chances of the Next Generations:
Child Poverty**

Banu METİN 166

**Quality of Life in Oral Health: Effect of Diabetes Mellitus On
Quality of Life**

Seda SÖNMEZ / Mehmet TOP 189



İnsan Haklarına İlişkin Uluslararası Hukuk ve Türk Hukuku Anayasa m. 90 Son Cümle Hükmü ve Toplu Eylemler Üzerine

International Law and Turkish Law in Relation with Human Rights Regarding the Last Sentence of Article 90 of the Turkish Constitution and Collective Actions

E. Murat ENGİN*

ÖZ

Anayasa m. 90/5 hükmü, doğrudan doğruya yargıca hitap ederek, iç hukuk normuyla insan haklarına ilişkin uluslararası hukuk normunun çatışması halinde, emredici de olsa yasal düzenlemeyi ihmal etmesini ve uluslararası hukuku esas almasını emretmektedir. Söz konusu düzenlemenin hukukumuzun gelişimi bakımından ne kadar önemli olduğunu özellikle sendikal haklar ve toplu eylem alanında ortaya çıkan sorunlara ilişkin yargı kararları ortaya koymaktadır. 6356 sayılı Kanun yasal grev tanımı dışında kalan tüm toplu eylemleri kanuna aykırı grev olarak tanımlamasına karşılık, Yargıtay'ın konuyu uluslararası normlar ışığında değerlendirdiği görülmektedir. Bazı kararlar çelişkililer barındırsa da, Yargıtay'ın tutumunun isabetli olduğu düşünülmektedir. Türk hukukunda toplu eylem hakkının hukuki niteliği ve içeriği uluslararası normlar ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi içtihatları temelinde incelenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Toplu eylem hakkı, kanuni grev, kanun dışı grev, milletlerarası andlaşma, iç hukuk, uluslararası normun doğrudan uygulanması

ABSTRACT

In case of conflict between the norms of the domestic law and the international law, Article 90/5 of the Turkish Constitution, by directly addressing to the judge, orders that the judge should take the norm of the international law into the consideration and ignore the domestic law norm even if such domestic law norm is a mandatory rule. The court decisions regarding the disputes arising from the union rights and collective actions specifically demonstrate that the aforementioned provision of the Turkish Constitution is very important in terms of development of the Turkish law. Although the Law No. 6356 considers all collective actions, which are out of the scope of the legal strike definition, as an illegal strike, it is understood that the Supreme Court considers this issue in the light of the international law norms. Even though some court decisions have contradictions, it is thought that the attitude of the Supreme Court is accurate. Under the Turkish law, the legal nature and the content of collective actions rights are assessed on the basis of international norms and the jurisprudence of European Court of Human Rights.

Keywords: Collective action right, legal strike, illegal strike, international treaty, domestic law, direct application of the international norm

* Prof. Dr., Galatasaray Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, mengin@gsu.edu.tr

GİRİŞ

2004 yılında yapılan Anayasa değişikliğiyle yürürlüğe girmesine rağmen uzun süre dikkate alınmayan An. m. 90/5. son cümle hükmü, nihayet son iki yıldır özellikle toplu iş hukuku alanına ilişkin sorunlarda yoğun biçimde gündeme gelmeye ve önemi anlaşılmaya başlanmıştır. Anayasanın, “Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası andlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası andlaşma hükümleri esas alınır” emri, uluslararası insan hakları hukuku ile iç hukuk arasındaki sınırı ortadan kaldıran devrim niteliğinde bir düzenlemedir.

Uluslararası hukukla iç hukuk ilişkisi uzun yıllar tartışma konusu olmuştur. Geleneksel uluslararası hukuk (Düalist hukuk) anlayışında uluslararası sözleşmelerin kanun koyucuya hitap ettiği, sözleşmeye aykırı kanun yapmama yükümlülüğü getirdiği, bireylerin doğrudan talep haklarının olmadığı kabul edilir. Monist hukuk anlayışında ise uluslararası hukuk ve ulusal hukuk ayrımı yapılmadan hukukun birliği savunulur. Temel hak ve özgürlükler yönünden giderek daha geniş yer bulan monist hukuk anlayış demokratik ülke anayasalarında normatif hükümlerle düzenlenmektedir. Örneğin, Hollanda Anayasası, kanun hükümlerinin uluslararası sözleşme hükümleri ve uluslararası örgütlerin kararları ile bağdaşmaması halinde uygulanmayacaklarını düzenlemektedir. Yunanistan Anayasası, uluslararası sözleşmelerin ve uluslararası hukukun genel kurallarının çatışan kanun hükümlerinden üstün olduğunu, Alman Anayasası uluslararası kamu hukukunun genel kurallarının kanunlara göre öncelik taşıdığını belirtmektedir.

2004 yılında yapılan Anayasa değişikliğinden önce uluslararası sözleşmelerin iç hukuktaki yeri konusunda açık hüküm bulunmaması tartışmalara neden olmuş, Anayasa m. 90 na göre uluslararası sözleşmeler için Anayasa Mahkemesine başvurulamamasından hareketle insan haklarına ilişkin sözleşmelerin kanunlara üstün olduğu savunulmuştur.

2004 değişikliği sonrasında 90. maddeye eklenen cümle ile temel hak ve özgürlükler yönünden uluslararası hukuk iç hukuk ayrımı normatif yönden sonlandırılarak monist hukuk anlayışı Anayasa düzeyinde benimsenmiştir.

Söz konusu düzenlemenin hukukumuzun gelişimi bakımından ne kadar önemli olduğu son yıllarda sendikal haklar ve toplu eylem alanında ortaya çıkan sorunlar ve yargı kararlarıyla anlaşılmaktadır. Henüz az sayıda da olsa konuyla ilgili içtihatlar, yargının An. m. 90. son hükmünü içselleştirmeye başladığını göstermektedir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin içtihatlarının da iç hukukumuzdaki gelişmede önemli payı olduğunu vurgulamalıyız. Sendikal haklarda başlayan bu gelişmenin temel hak ve özgürlüklerin bütününe yayılarak devam edeceği umulabilir.

Biz bu çalışmanın sınırları içinde önce Anayasa m. 90 son cümle hükmünün normatif niteliği ve yorumu sorununu ele alarak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin içtihadın ışığında çarpıcı bir gelişme olarak ortaya çıkan ve yaygınlaşan güncel toplu eylemleri değerlendirmeye gayret edeceğiz.

I- ANAYASA M. 90 SON CÜMLE HÜKMÜNÜN NORMATİF DEĞERİ VE YORUMU

“Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası antlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası antlaşma hükümleri esas alınır” hükmü bazı tartışmaları beraberinde getirmiştir. Anayasa değişikliği genellikle olumlu karşılanmakla birlikte, insan haklarına ilişkin olmamakla birlikte temel hak ve özgürlüklere ilişkin hükümler barındıran sözleşmelerin bu kapsama girip girmeyecekleri, usulüne göre onaylama koşulunun yaratacağı sorunlar gibi farklı tereddütler ifade edilmiştir (Gülmez, 2005: 59-69; Karagülmez, 2004:165).

Hatta daha ileri gidilerek Anayasa değişiklik teklifi kabul edilirse kanunlarla milletlerarası antlaşmalar arasında bir hiyerarşi ihdas edilmiş olacağı, Anayasa değişikliği teklifinin fevkalâde sakıncalı olduğu, çünkü bu değişiklik teklifinin Türk hukuk sistemini tepe taklak edeceği ve bu teklifin Anayasanın üstünlüğü ve katılığı ilkelerine aykırı olduğu ileri sürülmüştür (Gözler, www.anayasa.gen.tr/madde90.htm).

Gerçekten, hükümde yer alan “esas alınır” ibaresi insan haklarını koruyan sözleşmelere öncelik verildiğini ifade etmektedir. Dikkat edilmesi gereken nokta, anayasa koyucunun muhatabının yasama değil, yargı olduğudur. Temel hak ve özgürlüklere ilişkin uluslararası antlaşmaların iç hukuka

üstün olduğunu açıkça hükme bağlayan anayasa koyucu doğrudan doğruya yargıca hitap ederek, gerektiği takdirde emredici de olsa yasal düzenlemeyi ihmal ederek uluslararası hukuku esas almasını, böylece kanun koyucunun uluslararası hukuka aykırı tasarrufu ile bağlı kalmayarak doğrudan doğruya uluslararası sözleşme normunu uygulamasını emretmektedir (Gülmez, 2013:13 vd.; İnceoğlu, 2013:8 vd.).

Üzerinde durulması gereken bir diğer nokta, doğrudan uygulamanın uluslararası anlaşmanın lafzı ile sınırlı olup olmadığıdır. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin aşağıda inceleyeceğimiz kararlarında belirttiği üzere, ilgili uluslararası sözleşme hükmünü yorumlama ve taraf ülkelerin anlaşmaya uyumunu denetlemekle yetkili organların tespit ve içtihatları hükmün normatif alanına dahildir ve iç hukukta dikkate alınmak zorundadır.

Ancak doğrudan uygulama emri uluslararası normun mutlak biçimde üstün olduğu ve her durumda uygulanacağı anlamına gelmez. Anayasa hakime, uluslararası norm ile iç hukuk normunu karşılaştırarak birlikte yorumlama görevini vermektedir. Bu yorum sonucunda iç hukuk normunun uluslararası norma göre daha ileri ve koruyucu olduğu sonucuna varılır ise, doğal olarak iç hukuk normu uygulanacaktır. Gerçekten, uluslararası sözleşmeler genellikle ülkelerin üzerinde uzlaştıkları asgari müşteregi temsil ederler. Sözleşmede öngörülen koruma düzeyinin bir taraf ülkenin iç hukukundan daha geride olması ihtimali her zaman mevcuttur. Böyle bir durumda bir ülkenin sözleşmeyi bahane ederek iç hukukundaki koruma düzeyini düşürmesi ihtimalinin önüne geçilmesi amacıyla temel hak ve özgürlüklere ilişkin tüm uluslararası ve uluslararası sözleşmelerde asgari güvence (minimum requirements-prescriptions minimales) hükmü bulunur. Bu düzenleme ile iş bu sözleşmenin uygulamaya konulmasının, hiçbir koşulda taraf devletin iç hukukunda sağlanmış bulunan koruma düzeyini düşürmesine neden olamayacağı hükme bağlanır (Martinico, 2012:404 vd.).

Anayasa m. 90 son cümle hükmüne ilişkin esas önemli ve temel konu, hakimin uygulayacağı yorum yöntemidir. Avrupa Birliği ülkeleri yargı uygulamalarına bakıldığında, mahkemelerin Anayasa normunu veya Anayasa Mahkemelerinin uluslararası/uluslararası hukukun üstünlüğüne ilişkin bağlayıcı içtihatlarını dikkate almadıkları, farkında olsalar

bile anayasal norma itaatsizlik gösterebildikleri tespiti yapılmaktadır (Martinico, 2012:412 vd., 415).

Avrupa Birliği üyesi ülke mahkemeleri için geçerli olabilen bu durum, AB üyesi olmayan ve Anayasa m. 90 son cümle pratiği henüz oluşmamış bulunan Türk mahkemeleri için de geçerlidir. Özellikle sendikal haklar söz konusu olduğunda, Yargıtay'ın farklı dairelerinin veya farklı yüksek yargı organlarının aynı konuda verdikleri çelişkili kararlar yorum sorununun acilen ele alınmasını gerektirmektedir.

Diğer yandan, henüz yaygınlaşmamış olmakla birlikte, Yargıtay'ın kimi dairelerinin bazı son zamanlarda anayasal normu daha iyi kavrayan tutarlı ve zengin kararlar vermeye başladığı belirtilmelidir. Üstelik, uluslararası sözleşmeleri göz önüne alıp almama konusundaki farklı yaklaşımlar, hem genel olarak öğretide ve hem de özel olarak iş hukuku öğretisinde sürmektedir (Gülmez, 2013:13 vd.). Aslında, Anayasa m. 90 son cümle hükmü öğretide pek bilinmemekte ve anlaşılmamaktadır.

Yorum sorununu değerlendirmeye başlarken, önce geleneksel hukuk anlayışına göre iç hukukun yorumuyla yetinilmesi ihtimalini ele alalım. Türk Hukuku'nda temel hak ve özgürlüklere ilişkin bir kanun, dayanağını Anayasa'dan alır ve Anayasa'ya aykırı olamaz. Böyle bir kanun ile 90. madde kapsamındaki bir sözleşmenin aynı konuda çelişen hüküm içermesi ihtimalinde, kanunun Anayasa'ya aykırı olup olmadığı, dolayısıyla Anayasa'da düzenlenen temel hak ve özgürlükler gündeme gelecektir. Böylece, temel hak ve özgürlüklere ilişkin olma koşulu için ilk bakılacak alan iç hukuk olmaktadır (Karagülmez, 2004:168).

Bu durumda, uluslararası sözleşme hükmü ile kanun hükmünü ele alan hakim, yorumunu, Anayasa'da açıkça düzenlenen temel hak ve özgürlükler ve bunlara ilişkin yargı kararları ve Anayasa Mahkemesi'nin içtihatlarıyla sınırlaması ihtimali her zaman gündeme gelebilir (Gülmez, 2013:16 vd.). Ancak, Anayasa m. 90/son hükmünü yorumlayan hakim, iç hukukla yetinmesi temel hak ve özgürlüklerin dinamik yapısıyla bağdaşmayan şekilci bir yaklaşım ve kendi içinde çelişkili olacaktır. Anayasa koyucu doğrudan doğruya yargıca hitap ederek, uluslararası norm ile çatışan iç hukuk normunu, vev ki emredici olsun, ihmal etme ve uluslararası normu önüne gelen olayda doğrudan uygulama görevini vermektedir (Gülmez, 2013:13 vd.; İnceoğlu, 2013: 7 vd.).

Esasen, Anayasanın doğrudan uygulama emri, uluslararası normların en üst düzeyde iç hukuk normu olduklarının da ifadesidir. Anayasa koyucu kanunların, giderek bizzat Anayasanın uluslararası normlara uygun biçimde yorumlanmasını ve uygulanmasını emretmektedir.

Anayasa m. 90 hükmünün yorumlayan hakimın iç hukuk norm ve kararlarıyla bağlı kalmasının yaratacağı kısır döngü ile uluslararası hukukun esas alınması arasındaki farkı, yakın zamanda gerçekleşmesi ihtimali belirmiş olan bir örnekle açıklamaya çalışalım. 6356 sayılı Kanununun sendikal tazminata ilişkin m. 25/5 in ilk şeklinde, sendikal bir nedenle iş sözleşmesinin feshi halinde işçinin, 4857 sayılı İş Kanununu m. 18, 20 ve 21 hükümlerine göre dava açma hakkına sahip olduğu hükme bağlanmış idi. Dava hakkının İş K.m.18 ile sınırlandırılması ile, fesih halinde sendikal tazminat talep hakkı sadece iş güvencesi kapsamında olan işçilere özgülenmiş, iş güvencesi kapsamı dışında olup da sözleşmesi sendikal nedenle feshedilen işçilerin ise sendikal tazminat talep hakları ortadan kaldırılmıştı.

6356 sayılı Kanununun çeşitli hükümlerinin iptali için Anayasa Mahkemesi'nde açılan dava sonucunda Anayasa Mahkemesi 22.10.2014 tarihli kararı ile, 6356 sayılı Kanunun iptali istenen çoğu hükmünün Anayasaya uygun olduğu sonucuna varmış, ancak m.25/5 de yer alan 18 ibaresinin Anayasa'ya aykırı olduğuna ve iptaline karar vermiştir¹.

Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararından önce Yargıtay 9. HD.² "iş güvencesi kapsamında sayılmayan işçi gruplarının feshe karşı sendikal tazminattan yararlandırılmaması; Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Denetim Organlarının (Uzmanlar Komitesi, Sendika Özgürlüğü Komitesi) raporlarındaki değerlendirmelerinde açıkça görüleceği üzere örgütlenme özgürlüğünün teminatına ilişkin genel tutumuna ters düşmektedir. Ayrıca düzenleme iş güvencesi kapsamında olanlar ve olmayanlar arasında doğrudan ayrımcı bir uygulamaya gittiği için de ILO'nun 87 ve 98 sayılı Sözleşmelerine aykırılık teşkil etmektedir. Yukarıda belirtildiği gibi sendikal haklar en üst normlarca korunmaktadır. Her ne kadar 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş

1 Ancak karar henüz Resmi Gazete'de yayınlanmamıştır.

2 Y.9.HD, 25.03.2014, E. 2013/13993, K. 2014/10049, www.legalbank.net

Sözleşmesi Kanunu'nun 25. maddesinde açıkça düzenlenmese de iş güvencesi hükümleri kapsamında kalmayan işçilerin sendikal nedenle fesih gerçekleşmesi ve ispat edilmesi halinde, Uluslararası ve Anayasa'nın normatif hükümleri, aynı maddenin işe girerken ve işe sözleşmesi devam ederken sendikal ayrımcılıkta öngördüğü yaptırım gibi sendikal tazminat isteminde bulunabileceklerinin kabulü gerekir. Bu nedenle mahkemenin aksi yöndeki kararı isabetsizdir” gerekçesiyle, uluslararası sözleşmelerle çelişen kanun hükmünü ihmal ederek uluslararası sözleşmeleri doğrudan uygulamıştır.

Bir an için konunun farklı geliştiğini, Yargıtay'ın Anayasa Mahkemesi önündeki iptal davasını bekletici mesele yaptığını varsayalım. Anayasa Mahkemesi'nin 6356 sayılı Kanun'un diğer hükümleri gibi bu hükmünü de Anayasa'ya uygun bulması, Yargıtay'ın da Anayasa Mahkemesi yönünde karar vermesi ihtimal dahilinde idi.

Anayasa m. 90 son cümle hükmünün önemi ve değeri bu örnekle görülebilir. Bu hükme kadar, bir kanun hükmünün temel hak ve özgürlükleri ihlal ettiği kanısına varan bir hakimın gidebileceği tek yol Anayasa Mahkemesi'ne iptal istemiyle başvurmak olan ve Mahkemenin kararıyla bağlı bulunan hakime, Anayasa Mahkemesi'ne başvurma ve onun kararıyla bağlı bulunmaksızın uluslararası hukuka dayanarak kanun hükmünü göz ardı etme olanağı, hatta görevi verilmiştir.

Anayasa'da düzenlenmiş olan temel hak ve özgürlükler yanında Türkiye'nin taraf olduğu Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı, BM sözleşmeleri, ILO sözleşmeleri gibi temel hak ve özgürlüklere ilişkin uluslararası sözleşmeler bir bütünün tamamlayıcı unsurları olarak görülmek zorundadır. Nitekim, m. 90 son cümle hükmünü düzenleyen Anayasa koyucu, yıllardır süren düalist hukuk-monist hukuk tartışmasına temel hak ve özgürlükler alanında monist hukuk anlayışını benimseyerek son vermiştir. Temel hak ve özgürlükler alanında evrensel hukukla bütünleşme amacını yansıtan m. 90 son cümle hükmünün 2004 Anayasa değişikliğiyle hukukumuzda girmesini büyük ölçüde Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin içtihadına borçlu olduğumuzu kabul etmek gerekir. Buna bağlı olarak, Anayasa m. 90 son cümle kapsamında uluslararası sözleşme hükmünü yorumlayan hakimın rehberi AIHM nin benimsediği yorum yöntemi olmalıdır.

Neden Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin yorum yönteminin esas alınmasını önerdiğimiz sorulabilir. Uluslararası Çalışma Örgütü, Sosyal Şart denetim organı olan Avrupa Sosyal Komitesi gibi komitelerinden farklı olarak, AİHM, sözleşmeye taraf ülke iç hukukunda icra gücüne sahip yargı kararı veren, yani, önüne gelen somut olayda *Juris dictio* -hukukun ne olduğunu söyleme yetkisine sahip gerçek bir yargı organıdır.

Temel hak ve özgürlüklerin yorumuna hakim olan ilke, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin içtihatlarıyla yıllar içinde olgunlaştırdığı yorum kuralı insan haklarının bütünlüğü ve evrenselliği ilkesidir. bu ilkeyi “tarihi ve kurucu” olarak nitelenen Demir/Baykara kararı ile geri dönüşsüz biçimde ortaya koyduğu kabul edilmektedir. Demir/Baykara kararı Mahkemenin yıllar içinde geliştirdiği içtihadının hem metodolojik, hem de normatif yönden olgunlaşmasını temsil etmektedir (Mouly, 2012: 230).

Metodolojik yönden Mahkeme, uzun zaman Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin geliştirici yorumu adı verilen bir yöntemi benimsemiştir. Bu yöneme göre, Sözleşme bugünün şartları altında ve Sözleşmenin yürürlüğe girdiği günden bugüne yaşanan toplumsal, hukuki ve siyasi gelişmeler dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Mahkemenin geliştirici yorum yöntemini kurumsallaştırdığı Demir/Baykara kararının konusu kamu görevlilerinin sendikal haklarıdır. 1998 yılında gerçekleşen dava konusu olayda, kamu görevlileri sendikasının Gaziantep belediyesi ile imzaladığı toplu iş sözleşmesi dava konusu olmuş, Yargıtay, kamu görevlilerinin sendikal haklarının Anayasa ve yasalarla düzenlenip tanınmamış olduğundan hareketle böyle bir sendikanın tüzel kişilik kazanamayacağı, tüzel kişiliği bulunmayan bir kuruluşun yaptığı toplu iş sözleşmesinden hak ve borç kaynaklanamayacağı, geçersiz toplu iş sözleşmesine dayanılarak belediye tarafından kamu görevlilerine yapılan ödemelerin sebepsiz zenginleşme hükümlerine göre iadesi gerektiği sonucuna varmıştır.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 11.madesi kapsamında konuyu ele alan ..Daire, ILO sözleşmeleri ve Avrupa Sosyal Şartı'nın Türkiye tarafından çekince konulan 5 ve 6. maddelerini 11. madde ile birlikte yorumlayarak Türkiye aleyhine karar vermiştir. Türkiye, Mahkeme'nin Sözleşmeyi onaylamadığı belgeler ışığında yorumlamasına itiraz edince dava Büyük Daire'nin önüne gelmiştir.

Büyük Daire kararının gerekçesinde öncelikle, Avrupa İnsan hakları Sözleşmesinin her şeyden önce insan haklarının savunma mekanizması olduğunu, bu nedenle sözleşmeyi teorik ve hayali değil, etkin ve somut bir biçimde yorumlamak zorunda olduğunu, sözleşmenin bir bütün olup farklı hükümleri arasında eşgüdüm ve uyumu geliştirecek biçimde yorumlamakla yükümlü olduğunu belirtmektedir³.

Mahkeme, tüm kararlarında Sözleşmeyi içerdiği hak ve özgürlükler bakımından tek referans olarak kabul etmeden, aksine, uluslararası hukukun tüm ilke ve kurallarını dikkate alarak, ulusal ve uluslararası normların gelişimini ve güncel yaşam koşullarını göz önünde tutarak Sözleşmenin “yaşayan” niteliğine kararlarında atıf yaptığını hatırlatarak, taraf ülkelerin sorumlu oldukları Sözleşme hükümleri konuya ilişkin diğer uluslararası sözleşmelerin ışığında yorumlanması gerektiğini, bir sözleşmede yer alan hakkın içeriğinin diğer sözleşmelerden bağımsız değerlendirilemeyeceğini, bir ülkenin çekince koyup koymamasına göre hakkı farklı yorumlayamayacağını⁴,

Ayrıca, önüne gelen olaylarda başvurduğu diğer uluslararası hukuk normları arasında Uluslararası Adalet Divanı Statüsü m. 38.1 de yer alan “medeni milletler tarafından kabul edilen hukukun genel ilkeleri” hükmünün bulunduğunu, bu temel hüküm gereği çeşitli kararlarında Birleşmiş Milletler sözleşmeleri, İnsan Hakları Evrensel Beyannameesi gibi uluslararası metinleri yorumlayan ulusal ve uluslararası ceza mahkemesi gibi yargı organlarının kararlarında ortaya koydukları ilkeleri kendi içtihadına esas aldığı⁵,

Benimsediği yorum yönteminin bağlı olarak, karar gerekçelerini güçlendirmek amacıyla Avrupa Konseyinin ve Avrupa Komisyonunun farklı organlarının çalışmalarını, denetim ve uzmanlar komiteleri kararlarını, üstelik bu organ ve komitelerde İnsan Hakları Sözleşmesine taraf ülkelerin temsil edilmedikleri halde esas aldığı,

3 Case of Demir and Baykara v. Turkey, Grand Chamber, 12 November 2008, No. 66, <http://hudoc.echr.coe.int>

4 Demir/Baykara, No. 67, 68, 69

5 Demir/Baykara, No. 71, 72, 73

İnsan Hakları Sözleşmesi hükümlerinin içeriğini belirlerken, devletlerin çok büyük çoğunluğu tarafından kabul edilen kural ve ilkeler bütünü, Avrupa devletlerinin ulusal hukukları ve uluslararası hukukun ortak unsurlarını göz ardı edemeyeceği gerçeğini ortaya koyduğunu, örneğin negatif sendika özgürlüğüne ilişkin kararlarında Avrupa Sosyal Şartı'nı ve Şart'ın içtihat organı olan Avrupa Sosyal Komitesinin kararları ile diğer uluslararası belgelere dayandığını belirtmektedir⁶.

Mahkeme, uluslararası insan hakları hukukunun bir bütün olarak içtihatlarına esas aldığı ifade ettikten sonra, insan haklarına ilişkin uluslararası hukukun bağlayıcılığına ilişkin en önemli gerekçelerini sıralamaktadır. Mahkeme, önüne gelen bir davada uluslararası hukuk normlarının ortak unsurlarını araştırırken, hukuk kaynakları arasında davalı hükümetin onayladıkları ve onaylamadıkları ayrımını asla yapmadığını çeşitli ülkelere karşı sonuçlanmış davaları örnek vererek açıklamaktadır. Bunlardan Öneriyıldız Türkiye ye karşı davasına ilişkin kararında diğer hukuk kaynakları yanında, her iki sözleşmenin de Türkiye tarafından imzalanmamış olduğu halde, Çevreye Zararlı Faaliyetlerden Kaynaklanan Zararların tazminine ilişkin Sözleşme ve Çevrenin ceza hukuku yoluyla korunmasına ilişkin Sözleşmeye dayandığını, yine Taşkın Türkiye'ye karşı davasındaki içtihadını Türkiye'nin taraf olmadığı çevre hakkının korunmasına ilişkin Aarhus Sözleşmesi ile somutlaştırdığını ifade etmektedir⁷.

Nihayet Mahkeme, davalı devletin konuyla ilgili tüm metinleri onaylamış olmasının gerekmediğini, Avrupa Konseyi üyesi ülkelerin çoğunluğunun iç hukukunda veya uluslararası hukukta kabul edilen ilke ve normlarının evriminin, modern toplumların belirli bir konuya ortak bakışının karar vermesi için yeterli olduğu gerekçesiyle⁸ Türk hükümetinin savunmalarını reddederek, belediye çalışanı olan kamu görevlilerinin AİHS m. 11 le korunan sendika kurma, sendikal faaliyetlerde bulunma ve toplu iş sözleşmesi yapma haklarının ihlal edildiği sonucuna varmıştır.

Mahkemenin benimsediği yorum yöntemi özellikle sosyal haklar

6 Demir/Baykara, No. 76, 77

7 Demir/Baykara, No. 78 vd.

8 Demir/Baykara, No. 86

yönünden temel önemdedir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi özünde sosyal haklar alanına ait olmadığı halde, Mahkemenin geliştirdiği çözüm Sözleşme hükümlerinin yorumunda “kaynakların eşgüdümlülüğü” ilkesini destekleyerek Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı ve Sosyal Haklar Komitesi’nin yorumları yanında ILO sözleşmeleri ve ILO denetim komitelerinin yorumları, BM sözleşmeleri gibi Avrupa dışı temel hak ve sosyal hak belgelerini kendi içtihadı için doğrudan kaynak olarak kabul etmesi önemlidir. Bunun sonucunda, bir devletin örneğin ILO sözleşmelerine uymaması Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi çerçevesinde de yaptırıma uğratılabilecektir. Sosyal hakların yargılanabilirliği bu yolla önemli ölçüde güçlendirilmiş olmaktadır. Sosyal haklar alanına ilişkin tüm Avrupa kaynakları, Birlik hukuku kaynakları, uluslararası kaynaklar birlikte AİHS ile güvenceye alınan medeni ve siyasi hakların sosyal boyutunu güçlendiren sınırsız bir normatif kaynak oluşturmaktadırlar (Mouly, 2012: 232).

Mahkemenin, Sözleşmede güvence altına alınan hak ve özgürlüklerin yorumunda insan haklarına ilişkin uluslararası metinleri, uluslararası denetim organlarının kararlarını ve ülke uygulamalarını bir bütün olarak kabul etmesi önemli sonuçlar yaratmaktadır. İctihadının pozitif temelini Uluslararası Adalet Divanı Statüsü m. 38.1 hükmünde bulan Mahkeme, “medeni milletler tarafından kabul edilen hukukun genel ilkeleri”nden hareketle uluslararası insan hakları hukukunun bütünlüğünü vurgulayarak geliştirici yorum yöntemini kurumsallaştırmıştır.

Getirdiği bu yeni yaklaşıma bağlı olarak Mahkemenin, bu aileye mensup bir devletin uluslararası insan hakları bütününe ait bir metni onaylamamış olsa da bununla bağlı olduğunu, insan haklarına ilişkin uluslararası sözleşme hükümlerine konan çekincelerin bir anlam ifade etmediğini ve devletin çekince koyduğu hükümden yine de sorumlu olduğunu ifade etmesi hukuk anlayışımızı ve normlar hiyerarşisi öğretisini temelli değiştirecek önemdedir.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ile güvenceye alınan hak ve özgürlükler çerçevesinde devletleri imzalamadıkları ya da çekince koydukları sözleşme hükümlerinden sorumlu tutan Mahkeme bu içtihadıyla, devletin egemenliği ve ulusal hukuk kavramı ile sınırlı klasik hukuk anlayışını aşmış, insan hakları alanında Avrupa Konseyine üye olan ve Avrupa İnsan

Hakları Sözleşmesine taraf olan devletler ailesinin ortak hukukunun bir bütün olarak her bir devleti ve ulusal hukuku bağladığını beyan etmiştir. Buna göre, Sözleşme'ye taraf devletler, Uluslararası Adalet Divanı Statüsü m. 38.1 temelinde insan haklarına dayanan devletlerin ortak aile hukukundan bir bütün olarak sorumludurlar.

Yorum yönteminin bir uzantısı olarak Mahkeme, ulusal yargının özgürlükleri koruma görevini vurgulamakta, devletin sadece yasa koyucudan ibaret olmadığını, yasa koyucu ile birlikte yürütme ve yargının devleti oluşturduğunu, yasa koyucunun uluslararası insan hakları hukuku karşısında sorumluluğunu yerine getirmeyerek eylemsiz kalması halinde, demokratik toplumun gereği olarak yargının özgürlüğün önünü açmakla görevli olduğunu ifade etmektedir⁹.

Görüldüğü üzere, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin devlet tanımı ve yargıcın rolüne ilişkin görüşü Anayasa m. 90 son cümle hükmünün lafzı ve ruhu ile uyum içindedir. Buradan hareketle, bir uluslararası sözleşme normu ile iç hukuk normunu karşılaştırarak yorumlama görevini üstlenen hakimin insan hakları hukukunun evrensel değerleri ve yorum ilkeleriyle bağlı olduğunu, bu yorum kuralının An. m. 90 son cümle hükmünde içkin bulunduğunu, buna bağlı olarak "juris dictio" yetkisine sahip AİHM nin yorum yönteminin benimsenmesinin gerektiğini rahatlıkla savunabiliriz.

II- AVRUPA İNSAN HAKLARI MAHKEMESİ'NİN TOPLU EYLEM HAKKINA İLİŞKİN İÇTİHADİ

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Demir/Baykara kararı ile olgunlaştırdığı gelişmeci yorum yöntemini AİHS m. 11 in normatif içeriğini sendika, toplu iş sözleşmesi ve grev/toplu eylem haklarının bütününe güvenceye alarak pekiştirmiştir. Mahkeme, Demir/Baykara kararı ile toplu pazarlık hakkını ilk defa AİHS m. 11 kapsamında korunan değer olarak tanımlamış, 11. maddede ilan edilen sendika kurma hakkının temel unsurlarından biri haline geldiğini kabul etmiştir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, yine Türkiye aleyhine olan çeşitli

9 Demir ve Baykara, No.78 vd.

kararları ile grev ve toplu eylem haklarının da 11. madde ile güvenceye alındığını kabul etmiştir. Mahkeme, Karaçay¹⁰, Kaya ve Seyhan¹¹ kararlarıyla ücretlerin düşüklüğü, kamu sendikalarıyla ilgili bir kanun teklifinin protesto edilmesi gibi nedenlerle yapılan işi yavaşlatma ve gösteri yürüyüşü eylemlerine uygulanan disiplin yaptırımlarının, yaptırım çok küçük olsa da, sendika üyelerini çıkarlarını korumak için meşru grev ya da eylem günlerine katılmaktan vazgeçirecek bir nitelik taşıdığı, başvuruların AİHS'nin 11. maddesi anlamında gösteri yapma özgürlüğünü etkili bir şekilde kullanma haklarının orantısız biçimde çiğnendiği gerekçesiyle m. 11 hükmünün ihlal edildiği sonucuna varmıştır¹².

Enerji Yapı Yol-Sen¹³ kararına konu olayda, Başbakanlık Personel Genel Müdürlüğü, memurlara toplu sözleşme hakkı tanınması için Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu tarafından düzenlenen eylemlere katılanların disiplin cezasına çarptırılmış, Mahkeme, AİHS'nin 11. maddesine ters düşmeyecek koşullarda, yasal düzenlemenin, sendikalara, üyelerinin çıkarlarını savunmak için mücadele etme imkanı tanıdığını, grev hakkının mutlak bir niteliği olmayıp bazı kısıtlamalar getirilmesinin mümkün olduğunu belirterek, somut olayda AİHS'nin 11. maddesinin 2. paragrafında sıralanan amaçların gerekleri ile dengelenmeden tüm memurlara mutlak şekilde grev hakkını yasaklandığını, eyleme katılanların yalnızca barışçıl toplanma özgürlüklerini kullandıkları, disiplin cezalarının, üyelerinin çıkarlarını savunmak amacıyla eylemlere veya böyle bir greve katılmayı isteyen sendika üyeleri ve diğer kişiler açısından caydırıcı nitelik taşıdığı gerekçesiyle, başvuran sendikanın AİHS'nin 11. maddesi ile tanınan hakları etkili bir şekilde kullanmasına yönelik orantısız bir müdahale oluşturduğu sonucuna ulaşmıştır.

10 Case of Karaçay v. Turkey, 2. Section, 27.06.2007, <http://hudoc.echr.coe.int>

11 Chamber judgments Kaya and Seyhan & Saime Özcan v. Turkey, 15.09.09, <http://hudoc.echr.coe.int>

12 Bu kararların gerekçeleri ve değerlendirme için bkz. Engin, E. Murat, Sendikal Hak ve Özgürlüklere İlişkin AİHS Hükümleri, AİHM Kararları ve Türk Hukuku, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Hükümleri ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarına göre çalışanların hakları ve Türk hukuku, İş Hukukunda Güncel Sorunlar (5), Kadir Has Üniversitesi, 28.02.2015 Seminerine Sunulan Tebliğ (Basım aşamasındadır).

13 Case of Enerji Yapı Yol-Sen v. Turkey, 3. Section, 21.04.2009, <http://hudoc.echr.coe.int>

Böylece Mahkeme zaman içinde gelişen içtihadıyla, örgütlenme ve sendika özgürlüğü yanında toplu pazarlık ve grev haklarını 11. maddenin güvence alanında olduğunu kabul etmiştir. Mahkeme, gelişmeci yorum ve içtihadıyla 11. maddenin içeriğini ifade ve gösteri yürüyüşü özgürlüğüne dayanarak zenginleştirmesi rastlantı değildir. Gerçekten, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin örgütlenme hakkını düzenleyen 11. maddesi ifade özgürlüğüne ilişkin 10. maddeyi takip etmektedir. Mahkemenin kararlarına yansıdığı üzere, genel örgütlenme hakkı ifade özgürlüğünün kolektif görünüm biçimi olarak öngörülmüştür. Dolayısıyla, Sözleşme salt çalışanların ekonomik ve sosyal menfaatlerini korumayı değil, ekonomik ve sosyal menfaatlerin savunulmasını ifade özgürlüğü temelinde daha geniş bir bakışla ele almıştır. Dar ve teknik anlamda kolektif sosyal hakların ifade özgürlüğünün bir görünümü olarak düzenlenmesi söz konusu temel hakları karşılıklı olarak zenginleştirmektedir. Bu sayede, örneğin Türk hukukundaki yasal grev-yasa dışı grev ayırımı ifade özgürlüğü bakış açısıyla derinlemesine değerlendirme olanağını vermektedir.

III- TÜRK HUKUKUNDA GREV VE TOPLU EYLEM HAKLARI

A- Normatif Düzenleme ve Yargı İçtihatları

6356 sayılı Kanun, sendika tanımı başta olmak üzere pek çok yönden uluslararası sosyal hukuka aykırı hükümler içermekle birlikte, tebliğimin bundan sonraki bölümünde, İnsan Hakları Mahkemesi'nin deendiğim çoğu kararının ve iki güncel Yargıtay kararının konusu olan toplu eylem hakkını ele alacağız.

12 Eylül 2010 tarihinde referanduma götürülen 07.05.2010 tarihli Anayasa değişiklikleri kapsamında, Anayasa'nın 54/7 maddesinde yer alan "Siyasi amaçlı grev ve lokavt, dayanışma grev ve lokavtı, genel grev ve lokavt, işyeri işgali, işi yavaşlatma, verimi düşürme ve diğer direnişler yapılamaz." hükmü kaldırılmıştır. Anayasanın 54 maddesinde değişiklik gerekçesinde, "Maddeyle, tarafı olduğumuz uluslararası sözleşmeler ile çağdaş demokratik toplumlarda çalışma hayatını düzenleyen ve genel kabul gören evrensel ilkelerle bağdaşmayan, grev ve lokavt hakkına gereksiz sınırlamalar getiren, 54 üncü maddenin üçüncü ve yedinci fıkraları yürürlükten kaldırılmaktadır. Söz konusu hükümlerin kaldırılmasıyla, sendikal haklar ile grev ve lokavt hakkının kullanılabilmesi bakımından, ileri bir adım atılmış olmaktadır" ifadeleri yer almaktadır.

Yine, 6356 sayılı Kanun'un genel gerekçesinde, kanunun, ILO'nun eleştirileri ve Avrupa Birliği'ne uyumdan bahisle Türk endüstri ilişkileri sistemini ileri taşıyan, çağın değerlerini yansıtan, Türk çalışma hayatının sorunlarına köklü çözüm getiren uzun soluklu bir kanun yapma amacıyla hazırlandığı belirtilmiştir.

6356 sayılı Kanun, toplu iş sözleşmesinin yapılması sırasında uyuşmazlık çıkması halinde bu kanun çerçevesinde yapılan grevi kanuni grev, kanuni grev için aranan şartlar gerçekleşmeden yapılan grevi ise kanun dışı grev olarak tanımlamaktadır (m. 58/2, 3).

2822 sayılı kanunun aksine, maddede kanun dışı grev türlerine sayma usulüyle yer verilmemiştir.

Ancak, maddenin gerekçesine göre, “kanuni grev için aranan şartlar gerçekleşmeden yapılan grev kanun dışı grev sayılacağından grevin unsurlarının bulunmadığı durumlar ayrıca sayılmamıştır. Genel grev, siyasi amaçlı grev ve dayanışma grevi ile işyeri işgali, işi yavaşlatma, verimi düşürme ve diğer direnişlerin kanunda belirtilmemiş olması bunlar hukuka uygun hale getirmez. Belirtilen eylem ve direnişleri yapma hakkını veren veya hukuka uygun hale getiren hukuki bir dayanak ta yoktur”.

Bu gerekçeyle uyumlu olarak, kanun dışı grevin sonucu, grevin yapılması kararının alınması katılan, grevin yapılmasını teşvik eden, greve katılan veya katılmaya ya da devamla teşvik eden işçilerin iş sözleşmelerinin haklı nedenle feshi olarak hükme bağlanmaktadır(m.70/1).

Anayasa değişiklik gerekçesi, Kanunun genel gerekçesi ve madde gerekçesi birlikte okunduğunda insanın aklına, acaba anayasa koyucu ile kanun koyucu birbirine küs mü? kanun koyucu kendine karşı hile yapar mı?, kanun koyucu abesle işteğal etmez kuralı yürürlükten kalktı mı? gibi tuhaf sorular üşüşmektedir.

Kanun dışı sayılan toplu eylem biçimlerinin madde metninden alınarak gerekçeye aktarıldığında, içeride işler eskisi gibi devam ederken uluslararası denetim organlarının eleştirilerinin sona ereceğinin umulduğu bellidir.

İlginç olan, bu şark kurnazlığının uluslararası organlar önünde bazen işe de yaramasıdır. Nitekim, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi 4. Dairesi

ikincil eyleme ilişkin kararında “bu arada Türk anayasasında son yapılan değişiklikle sempati grevi yasağının kaldırıldığını belirtmektedir!

Madde gerekçesinde yer alan “kanunda belirtilmemiş olması bunları hukuka uygun hale getirmez. Belirtilen eylem ve direnişleri yapma hakkını veren veya hukuka uygun hale getiren hukuki bir dayanak ta yoktur” ifadesine insan gerçekten hayret etmektedir. Kanun koyucu Anayasa koyucunun iradesini inkar ettiği gibi, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi toplu eylemin çeşitli biçimlerine ilişkin tüm kararlarında, toplu eylem türlerinin ifade özgürlüğünün görünüm biçimi olarak Sözleşme m. 11/1 tarafından korunduğunu açıklıkla belirtmektedir. Mahkeme, ilgili her kararında, barışçıl toplanma özgürlüğünün kullanımı niteliğinde olan bir toplu eyleme katılanlara küçük de olsa disiplin cezası uygulanmasının özgürlükten yararlanmayı caydırması nedeniyle 11. maddeyi ihlal ettiği sonucuna varmaktadır.

Mahkemenin açıklıkla ortaya koyduğu üzere, işçilerin ekonomik ve sosyal hak ve menfaatlerini ilgilendirdiği ve barışçı olduğu ölçüde çalışanların toplu eylem hakları sözleşmenin güvencesi altındadır. Toplu eylem işverenin kimi uygulamalarını protesto niteliğinde olabileceği gibi, çalışanları ilgilendiren bir yasa tasarısına karşı da olabilir. Toplu eylemin meşru sayılması için işveren uygulamasının mutlaka hukuka aykırı olması şart değildir. İşverenin işletme gerekleri nedeniyle toplu fesih, kanun çerçevesinde alt işverene devir gibi hukuka uygun tasarruflarına karşı da ölçülülük ilkesine uygun biçimde toplu eylem düzenlenmesi, diğer bir ifadeyle barışçıl toplanma özgürlüğü, ifade özgürlüğünün bir görünüm biçimidir ve böyle değerlendirilmelidir.

Yine Mahkeme tarafından gerekçelendirildiği üzere, grev ve toplu eylem hakkı sınırsız, mutlak bir hak olmayıp Sözleşme m. 11/2 ye göre demokratik toplumun gerekleriyle sınırlandırılabilir. Grev ve toplu eylem haklarına getirilecek sınırlama ancak açık, demokratik toplumda örgütlenme özgürlüğünü tehdit etmeyecek, acil bir sosyal ihtiyaç cevap verecek nitelikte ise kabul edilebilir.

Bu bakımdan, 6356 sayılı Kanunun tüm toplu eylem türlerini hiç bir ayırım gözetmeden kanun dışı grev olarak tanımlaması ve buna hiçbir sınırlama ilkesine uymadan en ağır yaptırım türü olan haklı nedenle fesih

sonucunu bağlaması Sözleşmenin 11. maddesinin özünü ihlal etmektedir.

“Belirtilen eylem ve direnişleri yapma hakkını veren veya hukuka uygun hale getiren bir hukuki dayanak ta yoktur” denilen gerekçenin aksine, toplu eylem hakkının hukuki dayanağı uluslararası sosyal normlar ve Anayasa m. 90/5.son cümle hükmüdür.

Gerekçeyi kaleme alan kanun koyucunun iddiasının aksine, anayasa koyucu, yargıyı uluslararası hukuka aykırı olan 6356 sayılı Kanun m. 58/2, 3 ile m. 70/1 i ihmal etme ve önüne gelen olayı uluslararası hukuk çerçevesinde sonuçlandırmakla görevlendirmiştir.

Anayasanın verdiği göreve uygun olarak, uluslararası hukukun toplu eyleme ilişkin yargı kararlarında yer bulmaya başlaması sevindiricidir. Yukarıda değindiğimiz sendikal tazminata ilişkin kararında Yargıtay, grev ve toplu eylemleri de uluslararası hukuk ışığında değerlendirmeye başlamıştır.

Toplu eylem hakkı üzerinde duracağımız kararlardan ilki olan Yargıtay 22. HD. nin kararına¹⁴ konu olayda, TBMM’de görüşülmekte olan hava iş kolunda grev yasağı getirilmesini düzenleyen kanun teklifi görüşmelerini protesto etmek amacıyla sendikanın çağrısı üzerine bir grup THY işçisi eylem yapmış ve kanunsuz grev gerekçesiyle iş sözleşmeleri feshedilmiştir. Daire, Anayasanın 90. maddesinin son fıkrası gereğince konunun uluslararası sözleşmeler açısından da değerlendirilmesi gerektiğini belirterek, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 11. maddesi, Uluslararası Çalışma Örgütünün 87 ve 98 sayılı Sözleşmelerine değinmiş, Avrupa Sosyal Şartının örgütlenme özgürlüğüne ilişkin 5. maddesi ile çekince konulan grev dahil toplu eylem yapma hakkını güvenceye alan 6. maddesine Türkiye’nin çekince koyduğunu, Avrupa Sosyal Şartına göre grevin ancak çıkar uyuşmazlıklarında söz konusu olabileceğini ileri sürmüştür.

Daireye göre, uluslararası hukuk çerçevesinde işçilerin, ortak ekonomik ve sosyal menfaatlerini ilgilendiren konularda tepkilerini toplu eylem yoluyla ifade etme haklarının bulunmakla birlikte, işverenin mülkiyet

14 Y.22.HD. 14.05.2013, E. 2013/7515, K. 2013/10949

hakkı ile işçilerin toplu pazarlık hakları arasında adil bir dengenin kurulması gerekli olduğunu, her şeyden önce iş bırakmak suretiyle yapılan eylemlere kanuni grevde olduğu gibi son çare olarak başvurulmalı (Ultima Ratio İlkesi) ve ölçülülük ilkesine uyulmalıdır.

Daireye göre, siyasi amaçlı grevde baskı altında tutulmak istenen kurum ile eylem sonucu doğrudan zarara uğrayacak işverenin ayrı olmaları ve baskı altına alınmak istenen kurum üzerinde işverenin inisiyatifine sahip olamaması bu konuda daha hassas ve ölçülü davranılmasını gerektirmektedir.

Yine Daire'ye göre, “davacı ve arkadaşlarının veya üyesi oldukları sendikanın söz konusu toplu eyleme girişmeden önce hükümet veya yasama organı yetkilileri ile görüşme, üçüncü bir kişinin arabuluculuğundan yararlanma gibi barışçıl yol ve yöntemleri kullanmadıkları ve iş bırakmaya göre daha hafif sayılabilecek diğer protesto biçimlerini tercih etmedikleri, kısaca, iş bırakmak suretiyle yapılan eylem son çare olarak başvurmadıkları anlaşılmaktadır”.

“İşverene söz konusu greve gidileceği konusunda önceden herhangi bir bildirimde de bulunulmamıştır. Önceden bildirilmeyen, işveren için sürpriz olan grevlerin daha fazla zarara yol açacağı açıktır. Bu sebeple 2822 sayılı Kanun'da grev kararının önceden ilanı ve uygulanacağı tarihin greve başlamadan önce işverene bildirilmesi gerektiği düzenlenmiştir. Bu tür eylemlerde, greve gidileceğinin ve başlama tarihinin önceden işverene bildirilmesi barışçıl niteliğinin ortaya çıkmasını sağlayacaktır”.

“Somut olayda işçiler hava iş kolunda getirilmek istenen grev yasağının kendi haklarını tehdit ettiğinden bahisle, kamuoyu oluşturmak amacıyla protesto eyleminde bulunmak, uğrayacakları olası mağduriyetler konusunda dikkat çekmek, bir anlamda yasama organınca yapılmak istenen değişikliği engellemek gibi meşru bir amaç gütmektedirler. Bu haklı amaca yönelik olarak ortaya konulan söz, eylem ve davranışların, işçilerin seslerini ve haklılıklarını ülke gündemine taşımak işlevini aşacak biçimde uzun süreli çalışmaktan kaçınmaları ve hizmeti esaslı şekilde aksatmaları yukarıda belirtilen ölçülülük ilkesiyle bağdaşmayacaktır. Yapılan grev sonucu Türk Hava Yollarında yürütülen işin 03.00-24.00 saatleri arasında, uzun sayılabilecek bir süre ve önemli derecede aksadığı dosyadaki bilgi ve belgelerden anlaşılmaktadır. Sefer

iptali ve gecikmelerinden dolayı binlerce yolcunun mağduriyeti ve işletmenin bu yüzden maruz kalacağı olası zarar miktarı da göz önüne alındığında, grevin süresi itibariyle ölçülülük ilkesinin ihlal edildiği kabul edilmelidir”.

“Yukarıda belirtilen ulusal ve uluslararası hukuk ilkeleri uyarınca işçilerin barışçıl toplu eylemlerde bulunma hakları bulunmakta ise de, eylemin ve işyerinin niteliği dikkate alındığında toplu iş bırakma eylemine son çare olarak başvurulmadığı ve ölçülülük ilkesinin dikkate alınmadığı sonucuna” varan Daire, davacıların davranışlarının, kural olarak, fesih için haklı sebep teşkil ettiği, ancak konu disiplin kurulundan geçirilmediği için feshin geçerli olduğuna hükmetmiştir.

Yargıtay 7. Hukuk Dairesi'nin kararına¹⁵ konu olayda ise, işyerinde çalışanlar yerine başka işçilerin alınacağı ve otobüsler ile işyerine getirileceği yönündeki duyuru üzerine, aralarında davacıların da bulunduğu yüz civarında işçi işyerine giriş kapılarını iş makineleri ve konteynir ile kapatarak işyerine girişi engellemişler, eylem saat 09:00 -14:00 arasında sürdüğü bu süre içinde iş durmuştur. İşveren, kanun dışı grev gerekçesiyle bir kısım işçinin sözleşmesini haklı nedenle feshetmiştir.

Daire, uluslararası normlar uyarınca demokratik bir hakkın kullanımı şeklinde protesto eylemleri barışçıl nitelik taşıdığı takdirde ve ölçülülük ilkesine uygun olmak şartıyla yasadışı eylem olarak Anayasanın 90. maddesiyle uluslararası sözleşmelerin kanun hükmünde kabul edilmesinin sonucu, temel hak ve özgürlükler konusunda uluslararası normlar ile iç hukuk kuralları arasında bir çatışma olduğu takdirde uluslararası normların dikkate alınmasını gerektiğini belirterek, bu eylemin uluslararası normlar uyarınca demokratik bir hakkın kullanımı niteliğinde olduğu, Avrupa sosyal şartının 6/4 maddesi Avrupa insan hakları sözleşmesi ve İLO ile benimsenen kurallara göre işçilerin ekonomik ve sosyal durumlarını etkileyen veya işyerindeki uygulamalara yönelik olarak kısa süreli demokratik bir hakkın kullanımı niteliğindeki barışçıl protesto eylemlerinin toplu eylem hakkına dahil olduğu, ölçülülük ilkesine uygun olmak şartıyla yasa dışı eylem olarak değerlendirilemeyeceği, Avrupa Sosyal Şartı Sözleşmesinin 6/4 maddeleri de nazara alındığında telafisi

15 Y.7.HD. 04.06.2014, E. 2014/7643, K. 2014/12368

imkansız zarar meydana getirmeyecek şekilde toplu eylemde bulunmanın işverene haklı nedenle fesih hakkı vermeyeceği, 6. maddenin Türkiye tarafından onaylanmaması, Sosyal Şartla bağlı olmama sonucunu doğurmayacağı gerekçesiyle feshin geçersizliğine ve davacıların işe iadesine hükmetmiştir.

Görüldüğü üzere, her iki Daire An. m. 90/son cümle temelinde uluslararası hukukun bağlayıcılığını ve doğrudan uygulanması gerektiğini, toplu eylem hakkının demokratik bir hak ve özgürlük oluşunu kabul etmekle birlikte, eylemin barışçı ve ölçülü olma kriterlerine farklı anlamlar vererek ters sonuçlara ulaşmışlardır.

22. Daire, toplu eylemin barışçıl olması için kanuni grevde olduğu gibi önceden işverene bildirilmesi gerektiğini, eylemden önce üçüncü kişinin arabuluculuğu, hükümet veya yasama organı ile görüşme gibi yol ve yöntemlerin tercih edilmediği, eyleme son çare olarak başvurmadığı, bu nedenle eylemin barışçıl olmadığını ileri sürmektedir. Dairenin, işverene önceden haber verme, arabuluculuk, son çare gibi kavramlardan söz ederken toplu eylemle kanuni grev arasında özdeşlik kurarak kanuni greve ilişkin kuralları aynen toplu eyleme uyguladığı anlaşılmaktadır.

Halbuki, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi tarafından düzenlendiği üzere, teknik anlamda grev toplu pazarlık unsuru olarak bir sendikal hak iken, toplu eylem hakkı ifade özgürlüğüne dayanmaktadır. İşçilerin toplu eyleme kalkışması her zaman zorlu bir süreç sonunda ve başka bir yöntem bulunmadığı için alınan zor bir karardır ve doğası itibarıyla zaten son çare olarak başvuru bir yöntemdir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi tarafından ifade özgürlüğü temelinde korunmasının nedeni de budur. Bu nedenle, arabuluculuk gibi kanuni greve özgü koşullara, hükümetle görüşme gibi suni çarelere bağlı tutulması mümkün olmadığından, Daire'nin eylemin barışçı olup olmadığına ilişkin denetim yöntemi tümüyle hatalıdır.

Kanımızca, 7. Dairenin toplu eylemin barışçı olup olmadığına ilişkin denetim yöntemi çok daha isabetlidir. Karar konusu olayda eylemci işçilerin konteynerlerle işyerine girişleri engellemeleri çoğu Türk hukukçusunu eylemin barışçıl olmadığı sonucuna götürecektir. Ancak, somut olayda eylemcilerin amacının kendi yerlerine dışarıdan getirilen yeni işçilerin engellenmesi olduğu anlaşılmaktadır. Kanuni grevde de

işverenin uyması gereken temel kurallardan biri, grevci işçiler yerine yeni işçi istihdamı yasağıdır. Bu bakımdan, Dairenin, amacın meşruluğu, kısa süreli olması ve telafisi imkansız zarar verilmemiş olması kıstaslarından hareketle eylemin barışçı olduğu sonucuna varması uluslararası hukuka uygun ve yerindedir.

7. Dairenin kararında değinilmesi gereken önemli nokta, Avrupa Sosyal Şartı'nın 6. maddesinin Türkiye tarafından onaylanmamasının, Sosyal Şartla bağlı olmama sonucunu doğurmayacağı gerekçesidir. Daire'nin bu gerekçesi Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin Demir-Baykara kararında dayandığı insan haklarının bütünlüğü ilkesinin yansımaları olup, Daire'nin bu bütünlüğü bozan çekinceleri göz ardı ederek Sosyal Şartı lafzı ve ruhuyla bir bütün olarak bağlayıcı kabul etmesi son derece önemli bir adımdır.

B- Metal İşkolunda Sürmekte Olan Toplu Eylemlerin Hukuki Niteliği ve Sonuçları

Türk Metal Sendikası ile MESS arasında imzalanan grup toplu iş sözleşmesine duyulan memnuniyetsizlik nedeniyle metal işkolunda kurulu bulunan en önemli sanayi işletmelerinde 15 Mayıs'ta başlayan ve çeşitli illere yayılan iş bırakma eylemlerinin herhalde en ilginç özelliği, eylemlerin öncelikli hedefinin işçi sendikası olmasıdır. İş bırakma ile birlikte sendikadan istifa eden işçilerin temel talepleri, Türk Metal Sendikasının işyerlerinden uzaklaştırılması ve toplu iş sözleşmesinin değiştirilmesi idi.

Toplu eylemlerden etkilenen her bir işletmeni kendi işçileriyle ayrı ayrı uzlaşmaları sonucu, eylemler büyük ölçüde sona ermiş gibi görünmekle birlikte, eylemlere öncülük eden işçilerin sözleşmelerinin feshine ilişkin haberler huzursuzluğun sürdüğü anlaşılmaktadır.

Eylemler sırasında gerek işverenler ve MESS, gerek Türk Metal Sendikası ve kamu görevlileri tarafından bu eylemlerin hukuka aykırı ve kanun dışı grev olduğu sürekli tekrarlandı. Toplu eylemlerin hukuka aykırı olup olmadığı, bugünlerde sayıları giderek artan işten çıkarmalar sonucunda açılacak işe iade davalarında gündeme gelerek mahkemeler tarafından değerlendirilecektir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve Yargıtay kararlarının ortaya koyduğu

üzere toplu eylemin hukuka uygunluk kıstasları meşru amaç, barışçıl olma ve ölçülülük ilkesine uygun değildir.

Toplu eylemin hukuka uygun olup olmadığını incelemeyen önce, işçilerin bir yandan sendikanın işyerlerinden çıkarılmasını talep ederek üyelikten ayrılırken, diğer yandan toplu iş sözleşmesinde iyileştirme talep etmelerini hukuki sonuçları yönünden değerlendirelim. Her şeyden önce sendika işçilerin temsilcisidir. İşçi sendikası toplu iş sözleşmesi yapma erkini işçilerin üyelik yoluyla verdiği temsil yetkisi ile kazanır. İşçilerin kolektif iradesini beyan yetkisi olan toplu iş sözleşmesi erki doğrudan ve dolaylı temsilden farklı olmakla birlikte, kanunun çizdiği sınırlar içine temsilciye temsil olunan menfaatine kendine özgü bir yasal temsil yetkisidir (Engin, 1999:86 vd.).

Sendikaya üye olmak gibi üyelikten ayrılma da işçilerin anayasal hakkıdır ve üyeliğin sonlandırılması ile sendikanın temsil yetkisi de sona ermiş olur (6356 sayılı Kanun m. 37). Üyelikten ayrılmanın bir diğer sonucu, işçilerin yürürlükteki toplu iş sözleşmesinden yararlanma koşulu ortadan kalkmış olur (6356 sayılı Kanun m. 39).

Diğer yandan, 6356 sayılı Kanun m. 35 ve 37 gereği, toplu iş sözleşmesinin süresi taraflarca uzatılamaz, kısaltılamaz ve sözleşme süresinden önce sona erdirilemez. Toplu iş sözleşmesine taraf olan sendikanın tüzel kişiliğinin sona ermesi, yetkiyi kaybetmesi gibi durumlar toplu iş sözleşmesini sona erdirmez.

Buna göre, toplu eylem konu bir işyerinde işçilerin sendika üyeliğinden ayrılmaları halinde sendika yetkiyi, işçiler yararlanma koşullarını kaybederler, ancak toplu iş sözleşmesi hukuki varlığını sürdürür. Kanun, toplu iş sözleşmesinin süresinin değiştirilemeyeceğini hükme bağlamış, buna karşılık toplu iş sözleşmesinin taraflarca değiştirilmesi her zaman mümkün ve hukukumuzda yaygın bir uygulamadır.

Burada karşımıza çıkan ilk ihtimal, işçilerin aynı işkolunda bir başka sendikaya üye olmaları ve yeni sendikanın işverene toplu iş sözleşmesinde değişiklik için pazarlığa başlamasıdır. Bir toplu iş sözleşmesi yürürlükte iken işçilerin sözleşme koşullarının iyileştirilmesi için sendika değiştirmeleri ve yeni sendikanın işverenle yeniden pazarlık

yapması hukukumuzda bugüne kadar örneği görülmemiş ve kanunda da öngörülmemiş bir durumdur. Ancak, toplu iş sözleşmesi hakkının anayasal hak öznesi işçilerdir ve işçilerin iradesiyle böyle bir durum gerçekleştiği takdirde, kanımızca 6356 sayılı Kanun'un toplu görüşmeye ilişkin m. 46 vd. hükümleri uygulama alanı bulur.

Güncel toplu eylemlerde ise bu ihtimal gerçekleşmemiş, işçiler toplu iş sözleşmesinin iyileştirilmesini istemekle birlikte yeni bir sendikada örgütlenmek yerine her işletmenin işçileri işverenleri ile pazarlık ederek aldıkları bir takım iyileştirme taahhütleri karşılığında toplu eylemi sonlandırmışlardır. Hukuki niteliği itibarıyla bu iyileştirmeler bireysel iş ilişkisinde etkilidir, ancak toplu iş sözleşmesinde değişiklik yaratmazlar.

Ciddi riskler alarak toplu eylemleri gerçekleştiren işçilerin durumuna toplu iş sözleşmesi tekniği yönünden bakıldığında, diğer bir sendikaya üye olarak sözleşme değişikliği için toplu pazarlık başlatmayan işçilerin önemli bir fırsatı kaçırdıkları söylenebilir. Gerçekten, aynı grup toplu iş sözleşmesi kapsamında olan işçi ve işverenlerin menfaati ve çalışma barışının tesisi yönünden en uygun durum toplu pazarlık başlatılması olurdu. Bu gerçekleşmeyince işçilerin kazanımlarının da sınırlı kaldığı gibi, çalışma barışı tam olarak tesis edilememiş oldu.

Toplu eylemlerin hukuka uygun olup olmadıklarına dönerek önce amaç unsuru yönünden inceleyelim. İşçilerin toplu eyleme girişmelerini temel nedeni, üyesi buldukları sendikanın menfaatlerini temsil etmediği, toplu pazarlık sırasında işçilerin görüşünün alınmadığı ve tatmin edici bir toplu iş sözleşmesi bağitlanmadığıdır. Giderek, basına yansıdığına göre, işçiler toplu iş sözleşmesinin bir örneğini edinmeleri bile engellenmektedir. Yıllardan beri süren bu duruma tepki olarak başlayan ve sendikanın uzaklaştırılarak toplu iş sözleşmesinin iyileştirilmesi talebini yansıtan bu eylemlerin meşru bir amaca yöneldiği şüphesizdir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin kararlarında belirttiği üzere, işçilerin ekonomik ve sosyal durumlarına ilişkin tepki ve düşüncelerini toplu eylem yoluyla göstermeleri ifade özgürlüğünün bir görünüm biçimi olup, AİHS m. 11 in güvenceye aldığı bir özgürlüktür.

Meşru amaç yanında, toplu eylemin hukuka uygunluk koşullarının ikincisi barışçı olmasıdır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)' nun sendikal haklarla ilgili denetim organı olan Sendika Özgürlüğü Komitesi çeşitli kararlarıyla işçilerin barışçıl toplu eylem hakkını güvence altına almıştır. Komiteye göre, grev hakkı sadece toplu iş sözleşmesi uyuşmazlığı ile sınırlandırılmaz, işçilerin ve sendikaların eğer gerekli görürlerse daha geniş bir çerçevede ekonomik ve sosyal politikalara ilişkin memnuniyetsizlikleri açıklama hakları vardır.

Yine komiteye göre, grev türleri konusunda genel bir yasaklama uygun değildir. Sendika denetimi dışında yapılan düzensiz grevlerin (*wild-cat strike*), işi yavaşlatma, işi durdurma, işyeri işgali gibi eylemler, ancak bu eylemler barışçıl olmaktan çıktığında sınırlanabilir. Bir diğer ifadeyle barışçıl olması koşuluyla işi yavaşlatma, işi durdurma ve işyeri işgali eylemlerini örgütlenme özgürlüğü kapsamındadır¹⁶.

Güncel toplu eylemlerde işyerlerine ve üçüncü kişilere zarar vermenin söz konusu olmadığı, ekonomik ve sosyal durumlarına ilişkin memnuniyetsizliklerini açıklama meşru taleplerinin kabulü için işi durdurmadan ibaret kaldığı, kısaca barışçı olduğu kuşkusuzdur.

Üçüncü unsur, toplu eylemle hedeflenen meşru amaca ulaşmak için uygun araç ve yöntemin kullanılması, yani ölçülülük ilkesine uygun olmasıdır. Esasen toplu eylemin barışçı olması ölçülülük ilkesinin temel unsurudur. Bunun dışında, eylemin süresi ve işverenin uğradığı zarar ölçülülük yönünden tartışılabilir. Nitekim, yukarıda ele aldığımız Yargıtay 22. Dairesi eylemin süresinin uzun olduğunu, işverenin önemli zarara uğradığını kabul ederek ölçülülük ilkesine uyulmadığı sonucuna varmıştır.

Kanımızca, eylemin süresi ve zararın niteliği somut olaya göre değerlendirilmelidir. Toplu eylemi hukuka aykırı kılacak tek zarar telafisi imkansız zarardır. Örneğin, sağlık personeli tarafından yapılan bir toplu eyleme acil servis çalışanlarının katılması, bu katılım çok kısa süreli de olsa insan hayatını tehlikeye sokacağı için her durumda ölçüsüz kabul edilebilir. Buradaki tehlike ekonomik değil, insan yaşamı ve sağlığıdır.

16 ILO, Freedom of Association-Digest of Decisions and Principles of the Freedom of Association Committee of the Governing Body, Fifth (revised) edition, Geneva, 2006. Paragraf 531 ve 545

Yine, telafisi imkansız zarar bağlamında 6356 sayılı Kanun m. 65 toplu eylemlere kıyasen uygulanabilir. Kanuni grev sırasında niteliği bakımdan sürekli olmasında teknik zorunluluk bulunan işlerde faaliyetin devamlılığını, işyeri güvenliğini hammadde, yarı mamul ve mamul maddelerin bozulmamasını, hayvan ve bitkilerin korunmasını sağlaması gereken işçilerin toplu eyleme katılarak faaliyetin sürekliliğine kalıcı zarar verilmesi ölçülülük ilkesine aykırı olur.

Buna karşılık, toplu eylem nedeniyle işletmenin ticari faaliyetlerinin olumsuz etkilenmesi ve işverenin uğradığı ekonomik zarar kanuni grevi kanun dışı hale getirmediği gibi toplu eylemi de hukuka aykırı kılmaz. Dolayısıyla, ekonomik zarar ölçülülük ilkesinin unsuru değildir.

Toplu eylem güncel olayda görüldüğü üzere sendikaya ve doğrudan işverene karşı ya da kanun koyucunun ya da yürütmenin bir tasarrufuna karşı olabilir. Türk hukukunda, özellikle eylemin kanun koyucuya yöneltmesi gibi bir durumda, konuyla ilgili tasarrufu olmayan işverenin zarara uğramasının toplu eylemin kuşkuyla karşılanmasının başlıca nedeni olduğu söylenebilir. Ancak, temel hak ve özgürlüklere ilişkin uluslararası sözleşmeler, işverenin girişim özgürlüğü karşısında demokratik toplumun ve ifade özgürlüğünün gereği olarak belli kurallar çerçevesinde toplu eylem hakkına üstünlük tanımıştır.

SONUÇ

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi içtihadı ve Türk hukukuna ilişkin incelememizin en önemli sonucu kanımızca, insan hakları hukukunun bütünlüğü ve bağlayıcılığı ilkesidir. Mahkemenin, Uluslararası Adalet Divanı Statüsü m. 38.1 hükmüne göre “medeni milletler tarafından kabul edilen hukukun genel ilkeleri”nin kendisini bağladığını beyanla Sözleşmenin yorumunda uluslararası hukuku bir bütün olarak kabul etmesi, Sözleşmenin tarafı olan her bir ülkeyi, en azından bu Sözleşme çerçevesinde uluslararası hukukun bütününden sorumlu tutma olanağını vermektedir. Mahkemenin içtihadının doğrudan sonucu, devletin taraf olmadığı uluslararası sözleşmeden veya çekince koyduğu sözleşme hükümlerinden sorumlu tutulamayacağı yönündeki klasik kabullerin, ulusal hukuk kavramının dar sınırlarının insan hakları alanında aşılmış olmasıdır.

Kısaca, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi içtihadı, demokratik devletler insan hakları alanındaki sorumluluklarını ulusal hukukları ve yasama tasarrufları ile sınırlı tutamazlar, uluslararası insan hakları hukuku demokratik devletlerin ortak aile hukukudur ve her biri bu hukukun bütününden sorumludur.

İnsan haklarını yaşama geçirmekten sorumlu olan devlet sadece yasama organından ibaret değildir. Yasama organının hareketsiz kalması, hatta ihlal etmesi halinde yargı müdahale ederek ve gerekirse yasama organının yerine geçerek devletin sorumluluklarını yerine getirmekle yükümlüdür.

Uluslararası insan haklarının bütünlüğünü ve yargının görevini Anayasa m. 90/5 son cümle hükmü teyid etmektedir. “Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası antlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası antlaşma hükümlerinin esas alınacağını” belirten An. 90/5 son cümlenin muhatabı doğrudan doğruya yargı organlarıdır. Anayasa koyucu doğrudan doğruya yargıya hitap ederek, uluslararası norm ile çatışan iç hukuk normunu, velev ki emredici olsun, ihmal etme ve uluslararası normu önüne gelen olayda doğrudan uygulama görevini vermektedir. Anayasanın doğrudan uygulama emri, uluslararası normların en üst düzeyde iç hukuk normu olduklarının da ifadesidir.

Anayasa koyucunun iradesinin hukukumuzun gelişmesi bakımından ne derece hayati öneme sahip olduğunu 6356 sayılı Kanun ve uygulaması ispatlamaktadır. Kanunun sendikaların tüzel kişilik kazanması, yetki sistemi Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 11. maddesi, Avrupa Sosyal Şartı ve ILO sözleşmeleri karşısında sorunludur. Örneğin, kanun dışı grevi ve sonuçlarını düzenleyen m. 58/2, 3 ile m. 70/1 açıkça AİHS m. 11 i ihlal etmektedir. Özellikle toplu eylem hakkı üzerine yaptığımız inceleme, Türk hukukundaki kanuni grev-kanun dışı grev tanımının uluslararası hukuka ne kadar uzak olduğunu, düşünce biçimimizi nasıl şekilci biçimlendirdiğini göstermektedir.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve AİHM içtihadı teknik anlamda grevin toplu görüşmede menfaat uyuşmazlığı çıkması hali ile sınırlı olduğu, dolayısıyla toplu iş sözleşmesi hakkının unsuru olduğunu, toplu eylemin ise çalışanların ekonomik ve sosyal menfaatleri bağlamında

ifade özgürlüğünün görünüm biçimi olduğunu, böylece bu her iki hakkın farklı hak ve özgürlük alanlarına ait olduğunu ortaya koymaktadır.

Buna göre, geçmişte olduğu gibi bugün de 6356 sayılı Kanun'un kanun dışı grev tanımı tümüyle yanlıştır. Her somut olayda, uygulanmakta olan grevin veya toplu eylemin birbirinden bağımsız olarak ve kendilerine özgü kıstaslardan hareketle hukuka uygun ya da aykırı olduğu sonucuna varılabilir, ancak kanuni grev tanımından yola çıkılarak bir toplu eylemin hukuka aykırı olduğu sonucuna varılamaz.

Hukumumuz bakımından sevindirici olan yön, yargının Anayasa koyucu tarafından kendisine verilen görevi yerine getirmeye başlamış olması ve gerekirse uluslararası hukuka aykırı kanun hükümlerini ihmal ederek karar vermesidir. Toplu eyleme ilişkin yargı kararları, değerlendirme yöntemi, somut olaya göre varılan sonuç doğal olarak tartışmaya açık olabilir. Ancak önemli olan nokta, Anayasa hükmünün yargı tarafından içselleştirilmeye başlamasıdır.

Kaynakça

Engin, E. Murat, Sendikal Hak ve Özgürlüklere İlişkin AİHS Hükümleri, AİHM Kararları ve Türk Hukuku, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Hükümleri ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarına Göre Çalışanların Hakları ve Türk Hukuku, İş Hukukunda Güncel Sorunlar (5), Kadir Has Üniversitesi, 28.02.2015 Seminerine sunulan tebliğ (Basım aşamasındadır)

Engin, E. Murat (1999), *Toplu İş Sözleşmesi Sistemi*, İstanbul Barosu Yayınları

Gözler, Kemal, “Milletlerarası Antlaşmalara Kanun Üstü Bir Değer Tanınabilir mi? (Anayasa Değişikliği Teklifi Hakkında Bir Eleştiri)”, [www.anayasa.gen.tr/madde90.htm.]

Gülmez, Mesut (2013) “Ulusalüstü Sözleşmelerin Doğrudan Uygulanması Sorunu: Çelişen İki Yargıtay Kararı, İş Hukuku Öğretisi ve Bir Öneri”, *Çalışma ve Toplum* 2013/3.

ILO (2006), “Freedom of Association-Digest of Decisions and Principles of the Freedom of Association Committee of the Governing Body”, Fifth (revised) Edition, Geneva.

İnceoğlu, Sibel (2013), “Anayasa ve İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi İlişkisi”, *İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi ve Anayasa. TBB (2005) İnsan Hakları Uluslararası Sözleşmelerinin İç Hukukta Doğrudan Uygulanması*, Ankara: TBB Yayını.

Karagülmez, Ali (2004), “5170 Sayılı Yasa ile Anayasa’nın 90. Maddesinde Yapılan Değişikliğe Bakış”, *TBB Dergisi*, Sayı 54.

Martinico, Guisepppe (2012), “Is the European Convention Going to be Supreme? A Comparative-Constitutional Overview of ECHR and EU Law Before National Courts”, *The European Journal of International Law*, Vol. 23, No. 2.

Mouly, Jean (2012), “Büyük Dairenin 12 Kasım 2008 tarihli Demir ve Baykara c. Türkiye kararı”, *Sosyal Hakların Genişletilmesinde İnsan Hakları Avrupa Mahkemesi, Anayasal Sosyal Haklar* (ed. İbrahim Kaboğlu), İstanbul: Legal Yayınevi.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararları

Case of Demir and Baykara v. Turkey, Grand Chamber, 12 November 2008, No. 66, [http://hudoc.echr.coe.int]

Case of Karaçay v. Turkey, 2. Section, 27.06.2007, [http://hudoc.echr.coe.int]

Chamber judgments Kaya and Seyhan & Saime Özcan v. Turkey, 15.09.09, [http://hudoc.echr.coe.int]

Case of Enerji Yapı Yol-Sen v. Turkey, 3. Section, 21.04.2009, [http://hudoc.echr.coe.int]

İç Göç ve Kent ile Bütünleşme: Kocaeli İli Alan Araştırması¹

Internal Migration and Integration in City: A Field Study in Kocaeli

Burcu KÜMBÜL GÜLER*

Arzu ÖZSOY ÖZMEN**

Doğa Başar SARIPEK***

ÖZ

İç göçün birey ve toplum üzerinde yaşattığı sosyal değişim ve kent ile bütünleşme süreci önemli bir sosyal politika konusudur. Bu çalışmada, göç edenlerin kente uyum sürecinde karşılaştıkları sorunların tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Yoğun göç alan bir kent özelliği gösteren Kocaeli ilinde yürütülen alan araştırmasında, göç edenlerin yoğunluklu olarak tercih ettikleri İzmit, Gebze ve Dilovası ilçelerinde yer alan toplam 6 mahallede, muhtarlar tarafından oluşturulan 12 odak görüşmesinden elde edilen veriler analiz edilmiştir. Genel olarak bulgular değerlendirildiğinde, göç edilen mahallelerde kentle bütünleşme sürecinde pek çok sorun yaşanabildiği, ancak yaşanan bu ortak sorunların genellikle mahalle içinde bir kader birliği oluşturduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, kente uyum sürecinde, göçle gelmiş mahalle sakinlerinin göç ettikleri yerin kimliğinden sıyrılıp yerleşilen yerin kimliğine bürünmeye başladıkları anlaşılmaktadır. Kentle bütünleşmeyi zedeleyebileceği düşünülen önemli sosyal sorun alanları ise, göç eden ailelerde yaşanan işsizlik, yoksulluk, çalışan yoksulluğu, kadının çalışmaya başlaması ile birlikte ortaya çıkan çocuk bakımı olarak göze çarpmaktadır.

Anahtar Sözcükler: İç göç, bütünleşme, sosyal dışlanma, sosyal içerme

ABSTRACT

Social consequences of internal migration on individual and society and the process of integration with cities are important social policy issues. In this study, it is aimed to explore the problems of migrants during the process of adaptation to cities. In this empirical study which is based on Kocaeli as a city of high flow of migration, the data gathered from 12 focus group interviews organized by the village headmen of various neighbourhoods of counties of İzmit, Gebze, Dilovası which are highly preferred among migrants are analysed. Broadly speaking, many problems seem to appear during adaptation process, but a tendency of sharing a common fate among residents is also observed. Moreover, it is observed that migrants start getting rid of their origin place identities and accepting the new identities. As for the social problem issues to damage the integration process with city, unemployment, poverty, being a working poor, child care roles of working women within the migrant families are the most obvious ones.

Keywords: Internal migration, integration, social exclusion, social inclusion

* Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, İ.İ.B.F.,
burcuguler@gmail.com

** Arş. Gör., Kocaeli Üniversitesi, İ.İ.B.F.,
ozsoyarzu@gmail.com

*** Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, İ.İ.B.F.,
dsariipek@gmail.com

1 Bu çalışmanın verileri, Doğu Marmara Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen, Kocaeli Valiliği İl Sosyal Etüt ve Proje Müdürlüğü tarafından yürütülen ve yazarların aynı zamanda proje araştırmacısı olduğu “Kocaeli’ye İç Göç ve Entegrasyon (KOGET)” projesi dahilinde toplanmıştır.

(Makale gönderim tarihi: 01.07.2015 / Kabul tarihi: 30.07.2015)

GİRİŞ

İnsanların gerek bireysel gerekse de kitlesel olarak, kısa ya da uzun süreli yer değiştirmesini ve hareketliliğini ifade eden göç olgusu; içerdiği dinamikler, neden ve sonuçları ile birlikte sosyal politikanın önemli ilgi alanlarından biridir. Özellikle göç edilen kentte hemşehri içi dayanışma ağları ile birey ve ailesinin kente bütünleşme çabası sosyal dışlanma ve sosyal içerme kavramları ile yakından ilintilidir ve bu konular sosyal politikanın incelediği alanlar olarak önplana çıkmaktadır. Bölgeler arasındaki kültürel, sosyal ve ekonomik farklılıkları şekillendiren iç göç olgusu, bir ülkedeki emek piyasasının sağlıklı ve verimli işleminde, kente uyum sürecinde, çalışma barışının ve dolayısıyla toplumsal barışın tesis edilmesinde üzerinde dikkatle durulması gereken bir toplum dinamiğidir. İç göçü sadece iktisadi bir mesele gibi görmek ve göçmenlerin yaşam kalitelerindeki düşme ve sosyal dışlanma gibi sosyal politikayı ilgilendiren toplumsal boyutlarını görmezden gelmek, hem kendisinden beklenen olumlu etkilerin gerçekleşmemesine neden olacak hem de çok daha ciddi toplumsal sorunların yaşanmasına neden olacaktır.

Bu noktadan hareketle, bu çalışmada iç göç olgusu bir sosyal politika konusu olarak ele alınıp tartışılacaktır. Daha açık bir ifadeyle, göç sadece basit bir coğrafi mekan değiştirme eylemi olmanın ötesinde, yaşam standardını ve kalitesini yükseltecek bir iş bulma amacıyla yapılan, göç edilen bölgedeki istihdamı, ücret düzeyini, sosyal yaşamı etkileyen bir süreç olarak ele alınacaktır. Bu süreç; yaşanan mahalleye, çalışılan işyerine, sosyal ve fiziki ortama uyum sağlama, yeni tutumların kazanılması, tutum ve davranış kalıplarının değişimi gibi pek çok ekonomik, sosyal, kültürel ve psikolojik sonuçları olan çok boyutlu ve kapsamlı bir süreçtir. Özellikle göç edenlerin sosyal dışlanma riski taşıması nedeniyle, onları kentle, yaşadıkları sosyal ortamlarla bütünleştirme ve sosyal dışlanmayı en aza indirme amaçlı sosyal içerme tedbirleri alması gereken sosyal politika disiplinine düşen önemli görevler vardır.

Bu çalışmada alan araştırmasının yapıldığı yer olarak seçilmiş olan Kocaeli, Türkiye'nin en gelişmiş sanayi kentlerinden biri olması sebebiyle uzun yıllardır yoğun ve sürekli seyreden iç göç dalgalarına maruz kalmıştır. Yoğun iç göç hareketleri, Kocaeli'nin temel nüfus dinamiklerinin şekillenmesinde her zaman doğrudan etkili olmuştur. İstatistiksel olarak Kocaeli'de göç

olgusuna ilişkin veriye ulaşılabilir olsa da, göçle buraya yerleşmiş olan bireylerin kente uyum sağlama konusunda hangi sorunlarla mücadele ettiklerini inceleyen çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Yazındaki bu açıktan faydalanarak, göç ederek kente yerleşmiş olan bireylerin kent ile bütünleşmelerinde karşılaştıkları sorunları alan araştırması yardımıyla tespit etmek bu çalışmanın asıl amacını oluşturmaktadır. Bu doğrultuda, öncelikle kavramsal çerçeve dahilinde iç göç olgusu ve kentle bütünleşme süreci üzerinde durulacak olup, sonrasında alan araştırması hakkında bilgi verilecek ve elde edilen bulgular tartışmaya sunulacaktır.

I- KAVRAMSAL ÇERÇEVE

İç göç olgusunun anlaşılabilmesi için yazında yer alan tanımlardan yola çıkılarak, Türkiye’de yaşanan iç göçün nitelikleri, yıllar itibariyle süreci, iç göçe neden olan faktörler üzerinde durulacaktır. Sonrasında ise, iç göç sonucunda birey ve grupların kente, yaşama ve sosyal alan ile bütünleşme süreci yazın taraması ile birlikte değerlendirilecektir.

A- İç Göç

Genel olarak göç olgusuna bakıldığında, nüfusu mekanda yeniden dağıtması ve işgücünün, üretimi daha etkin kılacak şekilde dağılımını sağlaması nedeniyle, mekan organizasyonunun yeni şartlara uyumunda en etkin mekanizmalardan biri olduğu görülmektedir (Tekeli, 1975:153). Göç olgusu, toplumların kültürel, ekonomik ve politik yapısı ile yakından ilişkisi olan toplumsal yapıyı etkilemektedir, dolayısıyla göç toplumsal yapının değişmesine neden olan önemli bir faktördür. Göç, ilk bakışta basit bir yer değiştirme süreci olarak algılansa da, neden ve sonuçları ile birlikte toplum ve birey üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu söylenebilir (Bülbül ve Köse, 2010:76).

Göç olayları, farklı ülkeler arasında gerçekleşmesi durumunda “dış göç” ya da “uluslararası göç” olarak ifade edilirken, hareketliliğin aynı ülke içinde gerçekleşmesi durumunda olgu “iç göç” olarak değerlendirilmektedir. Bir diğer ifadeyle, kısa süreli veya uzun süreli, yapılan herhangi bir yer değiştirme, eğer aynı toplumsal sistem içinde gerçekleşiyorsa iç göç olarak anılmaktadır. İç göç hakkında yapılan tanımlara bakılacak olursa; bir tanıma göre iç göç “bir ülke veya bölge içinde yaşayan kişi veya kişilerin belirli bir zaman dilimi içinde, çalışmak ve/veya yerleşmek amacıyla yaptıkları

kalıcı yer değişiklikleri” olarak ele alınmaktadır (Öztürk ve Altuntepe, 2011:1589). Bir diğer tanım “bir ülke içinde bölge, kent, kasaba ve köy gibi yerlerin birinden diğerine yerleşme amacıyla yapılan hareket”i iç göç olarak değerlendirmektedir (Keleş, 1998:40’den aktaran Şen, 2014:233). Teknik ve zaman sınırı koyan bir tanıma göre ise iç göç, “bir ülke sınırları içinde, bireyin bir yıldan az olmamak kaydıyla yaşadığı ortamı değiştirmesidir” (Üçdoğruk, 2002:157). Aslında, zaman açısından göç, belirli zaman dilimi içinde bir mekan değişikliği olarak ifade edilirken, bu zamanın alt ve üst limitlerinin ne olacağı ya da zaman sınırının olup olmayacağı konusu hakkında sosyal bilimciler arasında bir görüş birliği yoktur. Bazılarına göre bu süre bir yıl veya daha fazla olmalıdır (Öztürk ve Altuntepe, 2011:1589).

Genel olarak göçlerin ana nedeni, sosyal ve ekonomik olanakların dağılımında bölgeler ya da kentler arası mekansal farklılık görülmesidir. Aslında, mekanlar arası yaşanan bu dengesizlik, iç göçlerin hem nedeni hem de sonucu olarak görülmektedir. Bu sebeple, iç göç ve bölgeler arası sosyal, kültürel ve ekonomik dengesizlik konularının birbirinin içine geçmiş olması nedeniyle, neden ve sonuç ilişkisinin tam olarak çözülemediği bir kısır döngü yaşanmaktadır (Başel, 2007:520). Bölgeler arası dengesizliğin birey tarafından algılanması ile birlikte, göçün temelindeki asıl motivasyonun da insanların geçimlerini sağlamak için daha uygun yerlere gidip iş bulmak ve bir takım imkanlardan daha fazla oranda yararlanmak olduğu anlaşılmaktadır (Üçdoğruk, 2002:157).

Yazında göç olgusunu ele alan belli başlı üç yaklaşımdan söz edilmektedir. Bu yaklaşımlar: “fayda-maliyet yaklaşımı”, “itici ve çekici faktörler yaklaşımı” ile “seçkinlik yaklaşımı”dır (Çelik, 2005:168). Fayda-maliyet yaklaşımı, bireyleri “homo economicus” olarak kabul eder. Bu yaklaşıma göre, bireyler rasyonel bir şekilde hareket etmektedir. Dolayısıyla, faydaların maliyetlerden daha büyük olması halinde göç edeceklerdir. Fayda-maliyet yaklaşımı iki grubundan biri olan klasikler, göç olgusunu “beşeri sermaye” kavramına dahil ederek, bu yaklaşımın öncülüğünü yapmışlardır. Bu yaklaşıma göre bireyler, rasyonel düşünce sistemi dahilinde maliyet ve kar hesabı yaparak daha yüksek bir kazanç elde edileceği hesabına göre göç kararı vermektedir. Bu kararlar, beşeri sermayeye yapılan bir yatırım olarak da değerlendirilmektedir. Diğer grubu oluşturan Neo-Klasikler, bireylerin gelecekle ilgili beklentilerinin göç kararına olan etkisini incelemişlerdir.

Beklentiler daha yüksek gelir elde etmek ve bir iş bulmaktır. Todaro ve Borjas tarafından geliştirilen neo-klasik göç teorisine göre, bireyler bölgeler arasındaki farklılıklara göç ederek tepki göstermektedir. Bunun nedenleri incelendiğinde, göçün daha yüksek ücret sunan yerlere giderek yaşam standardını yükseltmek isteyen bireylerin aldıkları, bireysel ve gönüllü rasyonel kararların sonucunda ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Güllüpnar, 2012:59-60).

İtici ve çekici faktörler yaklaşımına göre ise, göçe neden olan faktörler iki kategoride ele alınır: “itici” ve “çekici” unsurlar. İşsizlik ve düşük gelir gibi unsurlar bireyleri, göç etmeye itecek şekilde etkilerken, istihdam olanakları ve yüksek gelir, bireyi göçe teşvik edecek şekilde çekici olarak etkileyecektir. İtici ve çekici güçler yaklaşımının öncüleri olan Klasikler, bu yaklaşımın teorik çerçevesini belirlemişlerdir. Bunlara göre, geri kalmış bölgelerdeki faktörler, bireyleri itici olarak etkiler. Örneğin, nüfus baskısı, yetersiz ve kötü dağıtılmış toprak, gizli işsizlik, eksik istihdam, düşük verimlilik, tarımda makineleşme, mevsim dışı iktisadi faaliyetlerin mevcut olmayışı, doğal afetler, kan davaları, tarım arazisinin olumsuz özellikleri ve iklim şartları gibi nedenler itici faktörler olarak sayılabilir (Akgür, 1997:62). Tersî şekilde, istihdam, gelir, eğitim ve sosyal olanakları gibi gelişmiş bölge faktörleri çekici unsurlar olarak etkili olacaktır.

Son olarak, seçkinlik yaklaşımına göre; eğitim, yaş, cinsiyet, medeni durum gibi unsurlar göz önüne alındığında, göç eden bireyler, göç etmeyenlere göre seçkindirler. Seçkinlik yaklaşımının öncüleri göçmenlerin eğitim, yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, sağlık ve diğer demografik özellikleri itibariyle seçkin olduğunu belirtir (Çelik, 2005:178-182).

Türkiye’deki iç göç sürecine bakıldığında, ülkenin 1950’lerden itibaren ulusal düzeyde göç olgusuyla tanışmaya başladığını söylemek mümkündür. TÜİK Genel Nüfus Sayımları ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerini derleyen Doğu Marmara Kalkınma Ajansı (MARKA)’nın (2013) raporuna göre; 1927 yılından 2012 yılına dek, ciddi oranda seyreden bir kent kır nüfus değişimi görülmektedir. 1950 yılından itibaren, kırsal nüfus oranı düşüş eğilimine, kentsel nüfus oranı da yükseliş eğilimine girmiştir. 1980 sonrası yıllarda, kent nüfusu kır nüfusunun üzerinde seyretmeye başlamıştır. 2012 yılına gelindiğinde kırsal nüfus %23 iken, kent nüfusu %77’ye ulaşmıştır. En güncel veri olarak 2014 yılında

ise, fark çok daha fazla büyümüş, kentlerdeki nüfus %91,8'e yükselmiştir (ADNKS Sonuçları, 2007-2014).

1950'lerden itibaren başlamış olan ve gerek itici gerek çekici nedenlerle kırdan kente doğru yaşanan iç göç süreci, hükümetlerin konut ihtiyacını karşılayamadığı bu dönemde, büyük şehirler çevresinde gecekondulaşmanın başlamasına sebep olmuştur. İç göç hareketi ile kentin çevresine yerleşen göçmenler, büyümekte olan sanayiye ucuz işgücü olarak katkıda bulunmuşlardır. Dolayısıyla gecekondu, çalıştığı halde ihtiyaçlarını karşılayamayan, yoksulluk sınırında veya altında yaşayan çalışan yoksulları barındıran yerler olmuştur. Buralarda yaşayan göçmenlerin sorunu sadece düşük ücretle sınırlı kalmamakta, kayıtdışı istihdam, sosyal güvenceden mahrum olma, düzensiz gelir de bu soruna eşlik etmektedir (Adaman ve Keyder, 2006: v).

Göçün nedenleri incelendiğinde ise, en güncel veri olarak 31.01.2013 tarihli haber bülteni ile duyurulmuş olan 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre, Türkiye'de gerçekleşen öncelikli iç göç nedeninin %41,5 ile "hane üyelerinden birine bağlı olarak gerçekleşen göç" olduğu anlaşılmaktadır. İkinci sırada ise %22,6 oranı ile "eğitim amaçlı iç göç"lerin gerçekleştiği görülmektedir. Üçüncü sırada "tayin ve iş değişikliği gibi nedenlerle göç edilirken, "iş aramak ve bulmak" için yer değiştirme %12,2 oran ile dördüncü sırada yer almaktadır (TÜİK, 2011).

Yukarıda bahsedilen itici ve çekici faktörler açısından Türkiye'deki göç etme nedenleri incelendiğinde, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından 1991 yılında yapılmış olan bir araştırmadan örnek vermek gerekirse, ülkenin dört ayrı bölgesinden seçilen köylerde uygulanan anketlere göre, itici nedenler üç grupta toplanmıştır. Bu nedenler; 1) İçinde bulunulan şartlardan memnun olmamak veya işsiz olmak, 2) Refah-gelir farklılığı, başka bir ifadeyle göç edenlerin tüketim düzeylerinin farklı olduğunu görmeleri, 3) Kendilerinden sonra gelecek olan genç kuşaklara veya çocuklarına iyi bir gelecek, daha iyi yaşam ve eğitim imkanları sağlamak istemeleri (Akgür, 1997:62) olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın bulgularına göre çekici faktörler şu şekilde sıralanmaktadır: 1) İş bulma isteği, 2) Daha iyi yaşam şartlarına sahip olma, daha iyi bir yaşam standardı yakalama isteği, 3) *(İtici faktörlerdekine benzer şekilde)* Gelecek kuşaklara ve çocuklara daha iyi bir gelecek hazırlayıp bırakma düşüncesi ve isteği (Akgür, 1997:70).

Türkiye’de yaşanan iç göçün niteliğine baktığımızda, yaşanan göçlerin daha iyi konumda olan mekana doğru gerçekleşmekte olduğu söylenebilir. Göçün yönü genellikle sosyo-ekonomik nedenlerle Karadeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi illerinden, sanayileşmiş ve kişi başına gelir düzeyi yüksek olan batı bölgelerindeki illere doğrudur. Kısacası göçün yönü “doğu-batı” şeklinde olup, kırsaldan kente doğru ve genellikle hep aynı merkezlere yönelik bir özellik taşımaktadır (Üçdoğruk, 2002:159). Bununla birlikte, kırsal alanlardan kentlere doğru göç yaşanmasının temelinde iş bulma amacı olduğu pek çok araştırma tarafından doğrulanmaktadır (Taşçı, 2009:186).

B- Kentle Bütünleşme

Göç araştırmalarının en çok üzerinde durduğu konulardan biri göçle gelenlerin kentle bütünleşme sürecidir. Kentle bütünleşme çabasında göçenler kentlileşme sürecine dahil olmakta, bir bakıma kent ortamında yeniden toplumsallaşmaktadırlar. Kentin kendisi sanayileşme, teknoloji ve siyasal ortamda sürekli dönüşürken, göçmenler de bu ortam içinde etkilenmektedir. Bu durum, kent açısından “modernleşme” iken, kırsal göçmen açısından da “kentlileşme” olarak tanımlanmaktadır. Kentle bütünleşme ya da kentlileşme, “kentleşme akımı sonucunda, toplumsal değişimin insanların davranışlarında ve ilişkilerinde, değer yargılarında, tinsel ve özdeksel yaşam biçimlerinde değişiklikler yaratması süreci” olarak ele alınmaktadır (Mutlu, 2007:15).

Göçün kent üzerinde olumlu etkileri olabildiği gibi, olumsuz pek çok etkisi de bulunmaktadır. Göçler sonucunda kentlerde çıkan konut ve gecekondular sorunları, göçün hacmiyle orantılı gelişemeyen yerel hizmetler ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar, orantısız artış gösteren göçlere bağlı olarak oluşan işsizlik başta olmak üzere işgücü piyasası genel sorunları göçün olumsuz etkilerinden en önemlileridir (Es ve Ateş, 2004:211). Göç edenlerin yaşadıkları yere, yaşam şekline, sosyal ortama, çalışma yaşamına uyum sağlayabilmesi, göç edenler ile gittikleri yerde yaşayan yerel halk arasındaki ilişkiler, etkileşimler kentle bütünleşme sürecinde incelenen konular olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kentle bütünleşme aynı zamanda göçle gelenlerin topluma katılımını da içinde barındırmaktadır. Bu kavramlar, özellikle sanayileşmiş ülkelerin sınıf yapısını etkileyen değişimler nedeniyle eşitsizliğin çözümlenmesi ve

etkilerinin azaltılması adına son zamanlarda oldukça fazla dile getirilmektedir (Sapancalı, 2005:52). Topluma kabul edilmeyi, toplumla bütünleşmeyi anlatan söz konusu kavramlar sosyal dışlanmanın tersi olarak bilinmektedir. Sosyal dışlanma ise, bölüşüm sorununun yanı sıra yetersiz sosyal katılım, sosyal bütünleşmenin yokluğu ve güç yoksunluğu gibi sosyal ilişkiler üzerine odaklanan bir kavramdır. Sosyal dışlanma, yoksullukla çok ilgili bir kavram olarak görünmesine rağmen, aslında sadece gelir ve tüketim sorunlarına bağlı olarak mutlak yoksulluk sınırında ya da altında yaşamakla ilgili değil, aynı zamanda bireyin yaşamını iyileştirecek alanlara kısmen ya da tamamen katılamamakla ilgilidir (Sapancalı, 2005:57). Sosyal dışlanma ve sosyal içerme gibi kavramlar sosyal politika şemsiyesi altında düşünülebilecek alt kavramlardır. Sosyal politika; yoksulluğu azaltmak, sosyal korumayı, sosyal içermeyi ve insan haklarında ilerlemeyi içine alacak şekilde geniş bir disiplin (Taşçı, 2009:183) olduğundan, göçün birey üzerinde yaşattığı sosyal dışlanma sosyal politikanın üzerine eğilmesi gereken önemli bir sorun alanını oluşturmaktadır. Bu nedenle, göç ve göç ile ilintili sosyal dışlanma konusu hakkında oluşturulabilecek her türlü sosyal bütünleşme ya da içerme stratejilerini içinde barındıran sosyal politika uygulamalarının önemi büyüktür.

Sosyolojik olarak bütünleşme süreci, sınırları kesin hatlarla çizilmiş olan sosyal sistemlerdeki istikrara ve beraberce uyum içerisinde davranış göstermeye vurgu yapmaktadır. Ayrıca bütünleşme, sosyal sistemde ilişkileri güçlendiren, topluma yeni aktörlerin ve grupların girmesini sağlayan bir unsurdur. Bütünleşme, bir bütün olarak toplumu veya toplumun sosyal kurumlarını kullanarak amacına ulaşmaya çalışır. Sosyal bütünleşme sürecinde, göç edenlerin geçtikleri dört temel aşamadan bahsedilmektedir. Bunlar; 1) Kültür yüklenmesi, 2) Toplumda bir yere gelme, 3) Etkileşim ve 4) Topluma ait olmak şeklinde sıralanabilir (Murat ve Taşkesenlioğlu, 2009:27).

Genellikle bütünleşme politikalarının beklentisi, farklı kültürlerin uzun vadede birbirlerine yaklaşarak, farklı kültürel öğelerden oluşan bir senteze ulaşmalarıdır. Göçle gelenlerin ekonomik, sosyal ve kültürel alanlara dahil edilmesinin gerçekleşmesi bir toplumun kurumlarının ve sosyal hayatının sürekliliği için gerekli ve önemli olmakla birlikte, bütünleşmenin sağlanamaması durumunda, ayrımcı önyargılarla gelişen sosyal dışlamaya ilişkin tutumlar ve toplumdan tamamen kopma meydana gelebilecektir (Özmen, 2011:397-398).

Bu çalışmada; istihdam, güvence, boş zaman kullanımı, barınma, güvenlik, kamu hizmetlerinden yararlanma, sosyal dışlanma gibi göstergelerin “kente aidiyet” duygusunun oluşmasını sağlama yoluyla göç edenlerin kente bütünleşmesi sürecini değerlendirmede önemli parametreler olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, göçün sonucunda, yukarıda bahsedilmiş olan dört aşamadan sonuncusu olarak belirtilmiş olan “aidiyet duygusunun kazanılması”nın kent ile bütünleşmede temel bir gösterge olduğu kabul edilmektedir.

II- KOCAELİ İLİ ALAN ARAŞTIRMASI

Türkiye'nin önemli bir göç alan kenti olan Kocaeli iline doğru gerçekleşen iç göç ve sonrasında göçerlerin kentle bütünleşme sürecini inceleyen alan araştırmasının detayları aşağıda alt başlıklar halinde verilmiştir.

A- Yöntem

1- Amaç

Yoğun göç almasıyla ünlü bir il olan Kocaeli'ye ilişkin özellikle nitel veri eksikliğini gidermek bu çalışmanın ana amacıdır. Kocaeli'nin iç göç açısından neden çekici bir yer olduğuna dair çıkarımda bulunmak, göç ertesinde bireylerin yaşadığı kentle bütünleşme sürecinde içinde buldukları sosyal dışlanma meselesini anlamak, sosyal dışlanma konularını belirlemek, göç edenlerin kentle bütünleşmeyi nasıl başarabildiklerini keşfetmek yapılan alan araştırmasının diğer yan amaçlarını oluşturmaktadır.

İç göçün birey ya da grupların kente olan bütünleşmesinde nasıl bir kentlilik bilincini oluşturduğu ve yaşam kalitesinin düzeyi anlaşılmasına çalışılırken belli faktörlere odaklanılmıştır. Sosyal politika disiplini çerçevesinde belirlenen bu faktörler, sosyal içermeyi içine alacak şekilde; toplumsal hizmetlere ulaşım, vatandaşlık haklarını eşit bir şekilde kullanabilme, sosyal ilişkiler, istihdam olanakları, gelir durumu ve sosyal güvenceden oluşmaktadır.

2- Gerekçe

Yoğun göç alan bir il olması nedeniyle Kocaeli, göç ertesi kentle bütünleşme ile ilgili sorun alanlarının tespit edilmesi için uygun bir ildir. Kocaeli, 1960'larda girdiği hızlı sanayileşme süreciyle birlikte önemli ölçüde göç almıştır. 1965-1970 arası dönemde kır nüfusu kent nüfusundan fazladır.

1970’li yıllardan itibaren, ilde kentsel alanda yaşayan nüfus artış göstermeye başlamıştır. Yıllar itibariyle aldığı iç göç rakamları takip edildiğinde, Kocaeli 1975-80 döneminde 5’inci sırada, 1980-85 arasında 7’inci sırada, 1985-90 arasında yine 5’inci sırada, 1995-2000 yılları arasında 6’ncı sıradadır. Ancak 1999 depremi nedeniyle Kocaeli’den ilk defa yoğun göç yaşanmış ve verdiği göç açısından Kocaeli, ilk defa ilk 10 il içine girmiştir (Kocaman, 2008:22). Günümüzde, Kocaeli İstanbul’dan sonra ikinci grup aralığında en çok göç alan iller arasındadır. 2014 yılında Kocaeli’nin aldığı göç 79 bin 697 iken verdiği göç 55 bin 60 kişi olarak gerçekleşmiştir. Net göç hızı açısından değerlendirildiğinde, Kocaeli bulunduğu bölge olan Doğu Marmara Bölgesi’nin %9,29 olan oranını geçmiş, %14,40 oranına yükselmiştir (TÜİK, 2015).

3- Örneklem

Kocaeli’ye yönelik iç göç olgusu ve kentle bütünleşme sürecini anlayabilmek için, il genelinde üç ilçe seçilmiştir. Bunlar İzmit, Gebze ve Dilovası’dır. Bu ilçelere bağlı olan toplam altı mahallede yerleşik yetişkinler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. İzmit’e bağlı Yenidoğan ve Serdar, Gebze’ye bağlı olan Hürriyet ve Cumhuriyet, Dilovası’ndan Mimar Sinan ve Orhangazi örneklem grubunda yer alan mahallelerdir.

4- İşlem

Projede nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Nitel araştırma yönteminde odak grup görüşme tekniği kullanılmıştır. Muhtarların organizasyonu ile, sakinler ile 12 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Yapılan grup görüşmelerinde, verilen cevaplar birbirine benzer nitelik taşımaya başladığında alınan bilgilerin doyurucu olduğu kabul edilmiş, daha fazla görüşme yapılması gerekli görülmemiştir. Yarı-yapılandırılmış soru formu üzerinden sorular sorulmuştur. Katılımcıların verdikleri cevaplar, not tutularak ve ses kayıt cihazıyla kaydedilmiştir. Ses kayıtları deşifre edilip notlarla birleştirilmiştir. Araştırmacılar, aşağıda Tablo 1’de yer alan kriter ve ilçeler bağlamında bulguları sistematik olarak sınıflandırmışlardır.

B- Bulgular

Araştırma bulguları, iki ana başlık altında sunulacaktır. İlk olarak, mahalle farkı gözletmeden, tüm mahallelerde gözlenen genel eğilim üzerinde durulacaktır.

Genel bulgular başlığı ile verilecek olan bu bulguları “göç” ve “bütünleşme” şeklinde iki alt başlıkta sunmanın verimli olacağı düşünülmüştür. Sonrasında ise, mahalle özelinde bulgulara geçilecektir.

1- Genel Bulgular

a- Göç

Genel olarak, örnekleme yer alan üç ilçenin toplam altı mahallesinde yoğunlukla Karadeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri’nden göç olduğu görülmektedir. Görüşülen mahalle sakinleri, daha önce göç etmiş olan akraba ya da tanıdıkların göç etmede etkilerinin olduğunu beyan etmişlerdir. Bu durum, göç edecek kişinin fırsatları araştırma ve bunlardan haberdar olunmada etkili olan ve fırsatlar hakkındaki bilgilerin yayılmasında kitle iletişiminden daha etkin görülen “tanıdık ve akraba çoğaltanları” olgusu olarak ifade edilmektedir (Tekeli, 1975:164).

Göçün nedenleri açısından bir değerlendirmede bulunmak gerekirse, mahalle sakinlerinin çoğunluğu göç ettikleri yerlerin yoksul olmasından, iş olanaklarının yetersizliğinden bahsetmiştir. Göçle gelinip yerleşilen yerin ise, iş olanaklarına, fırsatlarına sahip olması mahalle sakinleri tarafından fikir birliğine varılmış bir nedendir. Bu açıdan bakıldığında, göçün gerek itici gerekse de çekici faktörlerin etkisiyle açıklandığı ve ekonomik temelli olduğu anlaşılmaktadır. Genel olarak, “iş aramak ve bulma”nın yaygın şekilde ifade edilen bir iç göç sebebi olduğu görülmektedir.

Katılımcılara halen göçün devam edip etmediği sorusu yöneltildiğinde, önceki yıllara kıyasla, göçün azaldığı cevabı alınmıştır. Böylelikle, eskiye kıyasla göçün hızının kesildiği sonucuna varılmıştır. Geline yere geri dönme durumu ile ilgili soru yöneltildiğinde, katılımcılar geriye dönüşe pek fazla rastlanmadığını belirtmişlerdir. Bu nedenle, tersine göçün çok az hatta neredeyse hiç yaşanmadığı söylenebilir. Bunun bir nedeni olarak, katılımcılar tarafından geride kalan toprağın miras yoluyla parçalanması üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle, memlekete geri dönüş alternatifi üzerinde düşünülmemektedir. Ancak görüşülen kişiler, memleketlerine geri dönmeyi amaçlamıyor olsalar da, istihdam olanakları nedeniyle Kocaeli içi veya dışı başka bir yere göç etmeyi düşünebilmektedirler. Yine de, maddi imkansızlıklar yer değiştirmeyi olanaklı kılmamaktadır.

Göç edilen yer yani orijin bölge ile bağlantıya ilişkin soru sorulduğunda, katılımcılar ekonomik bağlantının çok az olduğunu ifade etmişlerdir. Az da olsa bazı gıda maddelerinin köyden geldiğini ifade edenler olsa da, maddi olarak ne memlekette kendilerine ne de kendilerinden memlekete doğru ekonomik bir bağ olmadığı dile getirilmiştir. Katılımcılar, memleketle ilişkilerin genellikle ziyaret amaçlı olarak devam ettiğini belirtmişlerdir.

b- Bütünleşme

Yaşanılan göç sonrasında kente uyum sürecini içinde barındıran bütünleşme ile ilgili olarak, görüşülen kişilerin genellikle pişmanlık dile getirmemiş olmaları, bulunulan yere uyum sağlanmış olduğunun önemli göstergelerinden biridir. Toplam altı mahallede de, mahalle sakinlerinin kendilerini yaşadıkları ve çalıştıkları yere ait olarak görmeleri, uyumun dolaylı göstergelerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, özellikle coğrafi açıdan nispeten yakın yerlerden göç etmiş olanlarda, cenazelerin memlekete götürülmesi gerektiğinin düşünülmesi, halen göç edilen yer ile psikolojik bir bağlantının var olduğunu göstermektedir.

Mahallelerin genelini düşündüğümüzde, sosyal ilişkilerde göç edilen yere göre ciddi bir ayrışma ya da kutuplaşmanın gözlenmediğini söylemek mümkündür. Elbette hemen her mahallede, hemşehri dernekleri ve kahvehaneleri olmakla birlikte, farklı yerlerden göç etmiş olanların bir arada uyum içinde yaşamayı başardığı görülmektedir.

Bütünleşme sürecinin önemli bir bileşeni olan istihdam ile ilgili hemen her mahallede bir sorun yaşanmaktadır. İşsizlik ve beraberinde gelen yoksulluk, bireylerin kente uyum göstermesinin önünde büyük engeller olarak durmaktadır. Yaşanılan yoksulluğun yanı sıra, sakinler tarafından alınan hizmetlere yönelik olumsuz değerlendirmelerin yapıyor olması, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek, kente uyumu güçleştirebilmektedir. Ancak, yaşanılan tüm sıkıntılara rağmen, ikamet edilen yerden genel bir memnuniyet havası içinde olduğu da görülmektedir. Bu memnuniyet havasını tetikleyen olumlu bir özellik, komşuluk ilişkilerinin samimi olması, bireyler arası ilişkilerin sıcaklığı ve bireyler arası yakınlık olarak vurgulanmaktadır.

Kentle bütünleşme sürecini sıkıntıya sokacak biçimde, kendilerine sunulan hizmet konusunda olumsuz algılamalar olsa da, mahalle sakinlerinin genel olarak göç ettiklerine pişman olmadıkları anlaşılmaktadır. Yine

bütünleşme önemli bir role sahip olan istihdam konusuyla bağlantılı olarak, “köylü işçi”den ziyade “şehirli işçi” tipine doğru bir geçiş yaşandığı söylenebilir. Genellikle, düşük vasıflı, düşük ücretli, güvenceden yoksun işlerde istihdam olanağı bulan erkeklere kıyasla, kadınların işgücüne katılımının erkeklere göre oldukça az olduğu anlaşılmaktadır. Genç işsizliği de yaygın bir şekilde dile getirilen sorunlardan biridir.

2- Mahalle Özelinde Bulgular

Yukarıdaki bölümde, tüm mahallelerdeki genel eğilimler üzerinde durulduktan sonra, bu bölümde her mahallenin kendine has özellikleri, birbirinden farklı yönleri açıklanmaya çalışılacaktır.

a- İzmit - Yenidoğan ve Serdar Mahalleleri

İzmit’in en eski mahallelerinden biri olan Yenidoğan Mahallesi, özellikle son 20 yıl içinde göç alan değil ancak göç veren bir mahalle görünümüne bürünmüştür. İşgücü arzının büyük bir kısmını karşılayan Seka Fabrikası ile Mannesman Boru Fabrikasının kapanması, özellikle genç nüfusun iş bulma amacıyla mahalleyi terk etmesinde doğrudan rol oynamıştır. Ancak buradaki göç verme, tersine göç şeklinde değil, başka bir yere “iş bulmak” amaçlı gitmeyi içermektedir. Başlarda mahalleye ait bir “çekici” unsur olan iş bulma imkanı, daha sonra mahallenin dışarıya göç veren “itici” bir unsuru haline gelmiştir.

Mahallenin göç profiline bakıldığında, Karadeniz Bölgesi-Gürcü ağırlıklı bir yapıyla karşılaşılmaktadır. Yanı sıra, önemli bir Roman nüfus da, çok uzun yıllar önce mahalleye gelip yerleşmiş ve halen mahallede ikamet etmektedir. Yenidoğan Mahallesi Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden nispeten çok daha az göç almıştır.

Yenidoğan Mahallesinin en temel özelliklerinden biri, burada diğer mahallelere kıyasla çok daha fazla “kendi içinde kümelenme” eğiliminin görülmesidir. Birbirine yakın bölgelerden göç etmiş vatandaşların bir arada yaşama eğilimlerinin daha baskın olduğu araştırma sonucunda gözlemlenmiştir. Bu gözlemin en temel dayanağı, gerek yerel kesimden gerek göçle gelen kesimden kaynaklı, Roman vatandaşlarla bir arada yaşama fikrine karşı çok net ve şiddetli bir tepkinin olmasıdır. İlginç olan bir nokta, benzer şiddette bir tepkinin Roman vatandaşlardan gelmemiş olmasıdır.

Öte yandan, Yenidoğan Mahallesi kadınların işgücüne katılma oranının diğer mahallelere kıyasla çok daha yüksek olduğu bir mahalledir. Ancak sosyal imkanlar açısından mahallenin birçok sıkıntısı bulunmaktadır. Görüşmeler sonucunda, boş zamanları ailece ve nitelikli bir şekilde değerlendirebilecek kültürel ve sosyal aktivite alanlarının bulunmayışı, mahallenin en önemli eksikliklerden biri olarak belirtilmiştir. Cami ve kahvehanelerin sosyal ortam sunuyor olması en azından erkekler için bu eksikliği bir ölçüde gidermekte olsa da, kadınlar açısından mahalle sınırları içinde boş zamanı değerlendirecek bir parkın dahi bulunmuyor olması, ciddi bir sıkıntı olarak belirtilmiştir.

Yoksulluğa karşı bireylerin başvurduğu geleneksel bir tedbir olan kalabalık aile tipi, Yenidoğan Mahallesinde de göze çarpmaktadır. Bu durum hem yakın akrabaların, özellikle aile büyüklerinin çocuklarıyla birlikte yaşaması şeklinde gerçekleşirken hem de evlendikten sonra aynı evde iki aile şeklinde yaşama biçiminde de görülebilmektedir.

Göçle gelinen yere uyumun, aidiyetin ve bağlılığın sağlanmasında ve sosyal dışlanmaya maruz kalmanın önüne geçilmesinde bir başka etkili faktör olan güvenlik konusunda, Yenidoğan Mahallesinde bazı sorunlar olduğu gözlenmiştir. Bazı mahalle sakinlerinin gençler arasında yaygın madde kullanımına dikkat çekerek “*hava karardıktan sonra yolda yürümeye çekindikleri*”ne ilişkin ifadeleri bu kanıyı güçlendirmektedir.

Genel olarak bakıldığında, Yenidoğan Mahallesinde yoksulluğun ve geniş anlamda sosyo-ekonomik imkanlardan yoksunluğun en ciddi sorunlar olduğu anlaşılmaktadır. İzmit kent merkezine sadece yürüme mesafesinde olmakla birlikte, alışveriş için market, banka ve ATM gibi en temel ve kolay ulaşılabilir hizmetlerden bile diğer mahalleler kadar faydalanamama algısı, mahallelide önemsenmiyor olma hissi yaratmaktadır. Ancak tüm sorun ve birlikte yaşama sıkıntılarına rağmen, sakinler Yenidoğan Mahallesine göç ettiklerine yönelik bir pişmanlık içinde olmadıklarını çok net biçimde vurgulamıştır.

Mahalle sakinleri tarafından, Yenidoğan Mahallesinin olumlu bazı özelliklerinden de bahsedilmiştir. Bunların başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Mahalle genelinde alınan sağlık hizmetinden genel bir memnuniyet bulunmaktadır. Ayrıca, mahallenin İzmit şehir merkezine yakın olması en çok vurgulanan olumlu özelliklerden birisidir.

İzmit'in diğer mahallesi olan Serdar Mahallesi'nin en temel özelliği, nüfusunun en kalabalık kesiminin Roman vatandaşlardan oluşması ve bu nedenle de araştırmaya dahil edilen mahallelere göre çok daha homojen bir yapı göstermesidir. Roman vatandaşlardan sonraki en büyük ve homojen ikinci grup ise 2011 yılındaki büyük Van depreminden sonraki yeni bir göç dalgasıyla daha da genişleyen "Vanlılar Mahallesi"dir. Bu iki en büyük ve homojen grup haricinde Serdar Mahallesi'nin yurdun hemen her bölgesinden göç almış olduğu saptanmıştır.

Mahallenin en kalabalık grubunu teşkil eden Roman vatandaşların, genellikle eğitim düzeyleri düşük olduğu ve kendi kuralları dahilinde bir yaşam tarzları bulunduğu için, genel bir kentle bütünleşme sorunu yaşadıklarından ve mahallenin geri kalan kısımlarıyla uyumlu bir etkileşim içinde olmadıklarından bahsetmek mümkündür. Mahalle sakinlerinden biri bu durumu şu şekilde özetlemektedir: *"Romanlarla geçinemiyoruz... Bir hastam vardır, ağrıdır, bakamıyorumdur. Onlarda gece saat 12'ye kadar çalgı çalınıyor. Cenazen de olsa çalgı çalıyor. Durduramıyorsun"*.

Mahalle genelinde yüksek bir işsizlik oranı bulunmaktadır. Buna paralel olarak, hemen yanı başındaki Yenidoğan Mahallesi'nin aksine, Serdar Mahallesi'nde oturan kadınların çoğunun çalışmadığı anlaşılmıştır. Dolayısıyla çocukların bakım sorumluluğu, aile içinde kadınlar tarafından çözülmektedir.

Öte yandan, Yenidoğan Mahallesi ile bazı ortak özellikler de gözlenmiştir. Örneğin, ailece vakit geçirilebilecek yeterli park alanının ve nitelikli boş zaman aktivitesi imkanlarının bulunmayışı, zararlı madde bağımlılığının yaygın oluşu, güvenlik konusunda sıkıntıların ve şikayetlerin bulunması, hırsızlığın yaygın olması, gelir düzeyinin genelde düşük olması, iki komşu mahalle arasındaki ortak sıkıntılar olarak ilk akla gelenlerdir. Her iki mahallede de sağlık hizmetinden genel bir memnuniyet söz konusudur.

Çok daha önemli görünen bir diğer şikayet konusu ise sosyal yardımlara ilişkindir. Yardımların dağıtımında adaletsizlik olduğu algısı, yapılan görüşmelerde öne çıkmaktadır. Daha açık belirtmek gerekirse, özellikle Roman vatandaşların, sigortalı işte çalışıyor olsalar bile sosyal yardımlardan öncelikle yararlandırıldığı konusunda çok geniş bir algı bulunmaktadır. Bu ikinci planda kalma hissi, zaten birbiriyle çok kaynaşamamış farklı gruplar arasındaki uyumu daha da güçleştirmekte ve birbirlerine karşı kızgınlık yaratmaktadır.

Mahalledeki yaşam kalitesini düşüren ve dolayısıyla bütünleşmeyi ve mahalleye aidiyet hissini dolaylı olarak güçleştiren bir diğer sıkıntı, altyapıda yaşanan sorunlardır. Örneğin, sel baskınlarının sık yaşanması halkın tepkisini çekmektedir. Ayrıca çevre ve sokak temizliği konusunda da belirgin bir memnuniyetsizlik bulunmaktadır. Mahallede eğitim konusunda da sıkıntılar yaşanmaktadır. Serdar mahallesinde yaşadığı için pişman olduğunu dile getiren bir mahalle sakini “*okulumuzda hiç eğitim yok. Çocuklarımızla bile öğretmenler hiç iyi konuşmuyorlar... Biz insan değil miyiz? Okuyan çocuklar hepsi de, kafaları var ama eğitim yok*” diyerek eğitim sistemine yönelik şikayetlerini sıralamıştır. Ayrıca, mahallenin, diğer yerlere kıyasla daha az gelişme gösterdiğinden ve mahalleye yönelik ilginin azlığından da şikayet edilmektedir.

b- Dilovası - Orhangazi ve Mimar Sinan Mahalleleri

Dilovası Kocaeli’de büyük sanayi kuruluşlarının, organize sanayi bölgelerinin en yoğun bulunduğu ilçelerden biridir ve istihdam olanağı sunması nedeniyle Dilovası’na uzun yıllar boyunca iş bulma amaçlı göç hareketleri yaşanmıştır. 1970’li yılların başından başlayarak hızla faaliyete geçen fabrikalarda işe yerleşmek için yoğun bir göç hareketi yaşanmıştır. Bu göç hareketleri kapsamında pek çok kırsal yerleşim yerinden gelmiş olmakla birlikte, özellikle Doğu Anadolu Bölgesi’nden Ağrı, Erzurum ve Bingöl en fazla göç veren yerler olarak göze çarpmaktadır.

Bölgeye yönelik iç göçün temel karakteristiği, ilk gelen öncülerin daha sonra yeni fabrikaların ve iş alanlarının açılmasıyla birlikte akrabalarını ve hemşehrilerini de bu bölgeye çekmesidir. Bu nedenle, aynı geniş aileden veya memleketten olanların bir arada yaşaması ve kümelenmesi yaygın olmakla birlikte, bu şekilde oluşmuş farklı kümeler arasında yakın bir etkileşim ve kaynaşma da bulunmaktadır.

Diğer mahallelerde olduğu gibi, Dilovası’nın her iki mahallesinde de tersine göçe rastlanmamıştır. Bununla birlikte, özellikle son dönemlerde hava kirliliği kaynaklı oluşan kötü imaj dolayısıyla (bazı mahalle sakinleri burada yapılan sağlık araştırmalarının ilçenin imajını olumsuz etkilediğini düşünmektedir) Dilovası’nın göç vermeye başladığı görüşmelerde sıkça belirtilmiştir. Ancak bu dışarıya göç hareketinin memleketine geri dönme şeklindeki bir tersine göç olmadığı anlaşılmıştır. Ayrıca, görüşmeciler İzmit, Darıca, Gebze’ye çok fazla giden olduğunu, bu

kişilerin Dilovası'nın ortalama sosyo-ekonomik durumuna kıyasla gelir düzeyi biraz daha iyi olan kesimden olduğunu belirtmektedir. Daha iyi olanaklar bulunması halinde, Dilovası'nda yerleşik kalmanın istenmediği şu cümleden anlaşılmaktadır: “Benim şu an kardeşim ilkokulda öğretmen oldu gitti. ‘Biz buradayız, ailen burada’ diyorum. Gel tayinini buraya al. ‘Yok’ diyor, ‘giderim en ücra köşede memurluk yaparım, buraya gelmem’”. Bu saptamayı destekleyen bir başka durum, Dilovası'nın artık çok fazla yeni göç almıyor olmasıdır.

Göçle gelenlerin memleketleriyle olan ilişki düzeyi eskiye göre çok azalmıştır. İlişkiler artık sadece köyde kalan aile büyüklerinin ziyaret edilmesinden ibaret bir hal almıştır. Bu kapsamda örneğin, yıllık izin gibi uzun süreli bir tatilde dahi memleketine gidip toprak ekip biçme faaliyetinin son derece düşük olduğu anlaşılmıştır. Göçle gelenlerin Dilovası'nda kalıcı olduğunun, yani mevsimlik ya da dönemlik çalışma, geçici bulunma gibi amaçlarla gelmediklerinin bir başka göstergesi, ev sahipliği oranının son derece yüksek olmasıdır. Ancak bu evlerin çok büyük kısmı hazine arazileri üzerine izinsiz ve kaçak yapılan gecekondu şeklindedir.

Göç ve istihdam ilişkisinde çelişkili bir durum göze çarpmaktadır; her ne kadar Dilovası'na göç sebebi iş bulmak olsa da bölgede işsizliğin nispeten yüksek seyrettiği, hatta bölge içindeki sanayi kuruluşlarının Dilovası'nda ikamet edenleri özellikle işe almadıkları yoğun biçimde dile getirilmiştir. Bu durum, ilçenin genelinde karşılaşılan en yaygın şikayet konusudur. İşverenlerin İstanbul'dan dahi servis kaldırıp işçi çalıştırdıkları, yani daha yüksek bir servis maliyetini göze aldıkları ama yine de Dilovası'nda oturanları işe almadıkları sürekli vurgulanmıştır. Bu durum karşısında zaman zaman Dilovası'nda işe girebilmek için farklı bir yerden ikamet göstermek zorunda kalındığı belirtilmiştir. Görüşme yapılan mahalle sakinleri, işverenlerin bu olumsuz tutumunun arkasındaki temel nedenler olarak, geçmişte yaşanan bazı olumsuzlukların (işyerinde hırsızlık, şefine fiziksel şiddet uygulama gibi) yanı sıra, geçmişte ağır, pis ve tehlikeli işler yapılacağı zaman kendilerinin tercih edildiğini söylemektedir. Bir diğer ifadeyle, Dilovası sakinleri, ağır, güvencesiz, atipik işlere uygun görüldüklerinden şikayetçidir. Sakinler, bu tarz marjinal işlerin varlığını taşeron çalışmanın yaygın olmasına bağlıyorlar. Bir katılımcı taşeron çalışmaya vurgu yaparak: “Şimdi malum yani, her tarafta taşeron vardır. Adam koymuş taşeronu, o da koymuş asgari ücretle... çalıştırmış 3-5 ay,

6 ay. Ondan sonra onu değiştiriyor, beni alıyor, beni değiştiriyor öbürünü alıyor. Bu bundan dolayı oluyor”. Mahalle sakinleri, teknolojinin gelişmesiyle birlikte daha nitelikli işlerde, özellikle İstanbul ve Gebze’den yani, Dilovası harici diğer il ve ilçelerden vasıf düzeyi daha yüksek işçilerin çalıştırıldığını belirtmektedir.

Bu konuda ileri sürülen çok daha farklı bir görüş de saptanmıştır. Buna göre, Dilovası halkına yakındaki sanayi işletmelerinde iş verilmemesinin asıl nedeni, kendilerini tersine göçe zorlamak ve Dilovası’nı tamamen sanayiye tahsis etmektir. Bu görüşü destekler biçimde, çoğu mahalle sakini arasında açıkça “insandan çok sanayiye önem verildiği” yönünde bir algının yerleşmiş olduğu belirtilmelidir. Görüşme yapılan kişilerden biri, sanayi ve halk birlikteliğinin Dilovası’nda mümkün olmadığını ifade etmek için “ya sanayi gidecek ya da biz” diyerek bu konudaki tepkisini dile getirmiştir. Yine, bu konuda verilen en çarpıcı ve yaygın örnek, Dilovası’nın da tıpkı Hereke gibi denize kıyısı olmasına rağmen, sahilin halka değil, sanayiye ait olması ve halkın denizden faydalanamamasıdır.

Bölgedeki yüksek işsizlik oranından kadınlar da paylarını almıştır. Kadınların çoğunun ev hanımı olduğu Dilovası’nda, ücretsiz meslek kurslarına yönelik ilginin oldukça yüksek olduğu anlaşılmıştır. Dolayısıyla, bu meslek ve hobi edindirme kursları kadınların toplumsal hayata eşit vatandaşlar olarak katılmalarında önemli bir araç haline gelmiştir. Ancak bu kurslar yoluyla edinilen vasıfların işgücü piyasasında düzenli gelir yaratan bir işe dönüştürülme oranının son derece düşük olduğu anlaşılmıştır. Çok az sayıdaki örneğin de çoğunlukla atipik ve günlük yevmiye üzerinden gerçekleşen işler olduğu belirtilmiştir; yani gerçek anlamda bir sosyoekonomik güvence sağlamaktan uzaktır.

Bugün itibariyle Dilovası’nda çalışmaya ilişkin bazı değişim ve dönüşümlerin yaşandığı da görüşmelerde ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, kadrolu çalışmanın son dönemlerde bariz biçimde azaldığı, daha önce de belirtildiği gibi, taşeron çalışmanın ise arttığı saptanmıştır. Ayrıca, çok yaygın olmamakla birlikte kayıtdışı çalışmaya da rastlanmaktadır. Sonuç olarak, hem düşük ücretli ve güvencesiz çalışmanın hem de *çalışan yoksulluğu* olgusunun varlığı tespit edilmiştir.

Gelir düzeyinin düşük olduğu benzer yerlerdeki geleneksel kendi kendine güvence sağlama mekanizmalarından biri olan, kalabalık aile şeklindeki

yaşam tarzının Dilovası'nda da yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bu yaşam tarzında son yıllarda bir gerileme olduğu da anlaşılmıştır. Bu kapsamda, bir taraftan evlendikten sonra ayrı eve çıkma oranı özellikle son yıllarda artarken, diğer taraftan aile büyükleriyle bir arada oturma şeklinin halen devam ettiği görülmektedir. Ayrıca, göçle birlikte doğurganlık oranında bir azalma yaşandığı görüşmelerde bizzat dile getirilmiştir.

Düşük gelir düzeyiyle ilişkili diğer bir konu olarak, sosyal yardımdan faydalanma oranı da görüşmelerde sorgulanmış ve sosyal yardım alma oranının çok yaygın olmadığı anlaşılmıştır. Bunun en önemli nedeni olarak, aile içinde sigortalı bir işte çalışan en az bir kişinin varlığı gösterilmiştir. Yani, alınan ücretin düzeyi, ailenin geçimine yetip yetmediği hiç sorgulanmadan, sadece sigortalı çalışmanın olup olmadığına bakıldığı ve buna bağlı olarak sosyal yardımların kesildiği ciddi bir şikayet konusu olarak dile getirilmiştir. Ayrıca, sosyal yardımlardan ihtiyacı olmadığı halde yararlanan çok sayıda birey ve aile olduğu yönünde de yerleşik bir algı bulunmaktadır. Öte yandan, sosyal yardımlardan faydalanmanın önündeki diğer bir engel olan, başvuru ve faydalanma prosedürlerini bilememe durumunun Dilovası için geçerli olmadığı görüşmelerde saptanmıştır. En fazla faydalanılan sosyal yardım uygulamasının evde bakım ücreti olduğu anlaşılmıştır.

Diğer mahallelerle en belirgin ortak özellik olarak, Dilovası'nın araştırılan iki mahallesinde de park ya da herhangi bir kamusal alan eksikliği hemen göze çarpmaktadır. Kültür merkezi, sinema gibi özel ya da kamu sektörü kaynaklı boş zamanı ailece ve nitelikli bir biçimde değerlendirme imkanları hiç yoktur. Görüşmeci kadın sakinlerden biri, kendi içinde bulunduğu durumu "*kendimi kapalı cezaevinde gibi hissediyorum*" diye açıklayarak, sosyal yaşama yönelik tatminsizliğini çarpıcı bir şekilde dile getirmiştir. Ayrıca, boş zaman aktivite alanlarının eksikliğiyle birlikte, yapılan tüm görüşmelerde sürekli ve ısrarla vurgulanan bir diğer en ciddi memnuniyetsizlik ve şikayet konusunun aşırı hava kirliliği olduğu da özellikle belirtilmelidir.

Öte yandan, gerek mahalle sakinleriyle gerek muhtarlarla yapılan görüşmelerde, Dilovası'nda bilinenin aksine düşük bir suç oranı olduğu iddia edilmiştir. Ancak yine de uyuşturucu ve zararlı madde kullanımının ve satışının en yaygın güvenlik sorunu olduğu bu görüşmeler sonucunda

anlaşılmıştır. Görüşmelerde bu sorunun nedenlerinin neler olabileceği sorulmuş ve genel olarak “gençlerin doğru ve nitelikli vakit geçirebileceği boş zaman faaliyetlerinin bulunmaması ve kurulan kötü arkadaşlıkların etkisi” karşılıkları alınmıştır.

Dilovası’nda sağlık hizmetlerinden genel bir memnuniyet bulunduğu saptanmıştır. Ancak, her iki mahalle genelinde de, kanser ve astım gibi hastalıkların yoğun olarak yaşandığı izlenimi elde edilmiştir. Bir diğer önemli kamu hizmeti olan eğitim konusunda da pek çok sıkıntı dile getirilmiştir. Okullarda öğretmenlerin sık değişiyor oluşu en fazla vurgulanan şikayet konusudur. Görüşülen mahalle sakinlerinden biri bu konuyla ilgili olarak şu cümleleri sarf etmektedir: “Biz veliler olarak isteriz ki, çocuklarımızı ataması olan öğretmenler eğitsin. Çocuklarımız zehir gibi... ama bizim buraya hep yedek öğretmenler geliyor....Devlet hem atama yapmıyor hem de burası mecburi hizmetmiş zaten. Mecburi hizmeti doldurduğu gibi kaçıp gidiyor.” Sonradan anlaşılmıştır ki, Dilovası şark hizmet yeri olarak kabul görmektedir. Sadece öğretmenlerin değil genel olarak memurların Dilovası’nda oturmadıkları, çoğunluğunun komşu ilçelerde oturmayı tercih ettiği vurgulanmıştır.

Yaşanılan yere aidiyeti etkileyen bir başka kamu hizmet alanı olan ulaşım konusunda da Dilovası’nda şikayetler dile getirilmiştir. Şehir içi ulaşımında taşıt sayısının çok yetersiz olduğu, bu nedenle de çok kalabalık oldukları hemen hemen tüm görüşmelerde özellikle vurgulanmıştır. Temel altyapı hizmetleri konusunda da bazı aksamaların yaşandığı yine yapılan görüşmelerle ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda, örneğin doğalgaz hizmetinin yetersiz olduğu, ara sokaklara ulaşmadığı, sokakların oldukça bakımsız, parkelerin kırık olduğu, aydınlatma ve çöp toplama hizmetlerinin yetersiz ve düzensiz olduğu, hava kirliliği, çöp arıtma tesisinin yaydığı kötü koku, Kömürcüler OSB’den gelen kömür tozu en fazla şikayet edilen genel, altyapı ve kamu hizmeti sorunları olarak saptanmıştır. Buradan hareketle, Dilovası halkı genelinde, diğer ilçelere kıyasla insan onuruna yaraşır bir hizmet alınmadığı, kamu hizmetlerinde ihmale uğradıkları algısının yaygın olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak, Dilovası sakinlerinin, tüm sorunlara ve sıkıntılara rağmen, kendilerince bir bağlılık geliştirdiği, yeni ve farklı bir yere göç etmeyi düşünmediği belirtilebilir. Yalnız yine de, yeni neslin aileleri orada kalsa bile, başka bir yerde yaşama isteği vardır. *Dilovası’nda oturuyor*

olmak nedeniyle sosyal dışlanmaya maruz kaldığına inananların da azımsanmayacak bir oranda olduğu belirtilmelidir. Doğulu olduğunu ifade eden bir vatandaş hem Dilovası'nda yaşamaktan ötürü hem de doğulu olmaktan kaynaklı yaşadığı sosyal dışlanmadan duyduğu rahatsızlığı şu şekilde dile getirmektedir: “*Dışlanmış olduğumu hissediyorum ve bazen dışarıdan soruyorlar: ‘Nerede oturuyorsun?’ diye. Yani tereddüt ediyorum. Sanki bir baskı var üzerimde.... Burada Giresunlusu var, Trabzonlusu var, Kandıralısı var. Sıkıntı yok ama dışarıda, bilmiyorum yani dışarıda hem bir baskı var hem de bir eziklik var. ‘Ben Dilovası’nda oturuyorum’ diyemiyorum. ‘Doğuluyum’ da diyemiyorum. Kararsızım yani.... (İş başvuru formunu kastederek) Memleketimi yazıyorum, ikamet ettiğim yeri yazıyorum cevap dahi gelmiyor ya!*”

Ayrıca, mahalle sakinlerinin yakın çevrelerdeki daha rahat ve konforlu yaşamları görüp Dilovası'ndaki kendi yaşam kaliteleriyle sürekli kıyasladıkları ve Dilovası'na siyasetçilerin ve bürokratların diğer ilçeler kadar önem vermediklerine inandıkları anlaşılmıştır.

c- Gebze - Hürriyet ve Cumhuriyet Mahalleleri

Gebze'ye yönelik iç göç, temelde iş bulma amacıyla gerçekleşmekle birlikte, sadece buraya özgü bir neden olarak, “çocukların daha iyi eğitim alması” şeklinde bir amaç da araştırmamızda ön plana çıkmıştır. Göç edildikten sonra, memleketle olan ilişkiler Hürriyet Mahallesinde sadece ziyaret düzeyinde sürdürülmekte ve herhangi bir maddi bağ kalmamış olduğu görülmektedir. Ancak, bazı mahalle sakinleri, az da olsa bahçelerdeki ürünler için memleketlerine gittiklerini, kuru gıda gibi yiyecek yardımı aldıkları ifade etmişlerdir. Kentten kırsala herhangi bir maddi yardım olup olmadığına ilişkin bir soruya cevaben Hürriyet Mahallesi sakini olan bir katılımcı şu cümleleri sarf etmiştir: “*Şimdi eskidendi o. Köye buradan gidiyordu. Artık gerçekten durum değişti. Köyde yaşam daha kolay şimdi, ... Gerçekten bizim köye gönderme şansımız yok. Benim bir annem var. Onun bir maaşı var mesela. O elinden geleni yapıp bana gönderiyor. Bu gerçekten içler acısı. ... Ama ben burada durmak zorundayım çünkü çocuklarım burada büyüdü.*” Bu ifadelerden de anlaşıldığı kadarıyla, Gebze eski zamanların cazibesini kaybetmiş ama bireyler buraya uyum sağlamış olduklarından memleketlerine dönme özlemi içinde olsalar da, bunu yapamayacaklarının bilincindedirler.

Gebze'nin daha başka yerlere göç etmede bir basamak olarak görüldüğü ve maddi durumunu bir miktar iyileştirenlerin başka bir yere göç etmesinin yaygın bir davranış olduğu da yine görüşmeler sonucunda saptanmıştır. Bu olası göç hareketinin memlekete geri dönme şeklinde olmadığı, en başta vatandaşları göçe iten iş bulma amacının yine geçerli olduğu, daha yüksek bir yaşam kalitesinin bulunduğu bir yere gitme şeklinde olduğu araştırma sonucunda anlaşılmıştır.

Cumhuriyet Mahallesinde ise göç veren yerle olan ilişkilerin çok daha canlı olduğu ve adeta derindeki alt kimlik olarak hala saklandığı belirtilebilir. Örneğin, cenazelerin mümkün olduğunca Gebze'de bırakılmadığı, coğrafi yakınlık varsa mutlaka memleketlere gönderildiği görüşmelerde sıkça vurgulanmıştır. Ayrıca, belli dönemlerde fındık toplama gibi mevsimlik çalışma ile uzun süreliğine memlekete gidilmesi ve oradan maddi destek sağlanması da sıkça rastlanan bir durum olarak saptanmıştır. Son olarak, memlekete az da olsa maddi destek gönderilmesi, memleket ile ilişkilerin kopmadığının bir başka göstergesi olarak yorumlanabilir.

Dilovası'ndaki duruma benzer olarak, Gebze'de de işsizliğin özellikle gençler arasında yoğun olduğu bulunmuştur. Farklı olarak, isteyen ve iş arayanın iş bulabildiği, ancak düşük ücret, yoğun iş temposu gibi nedenlerle *iş beğenmeme* davranışının yaygın olduğu da belirtilmiştir. Yani, Dilovası'nda rastlanılan "Dilovası'nda oturanlara iş verilmemesi" gibi bir durum Gebze için geçerli değildir. Bu da birbirine bu kadar yakın iki ilçe arasındaki çok keskin bir farklılık olarak dikkat çekicidir.

Gebze'de kadınların yarı sigortalı yarı atipik olarak nitelendirilebilecek işlerde çalıştığı saptanmıştır. Ancak, kadınların işgücüne katılma eğilimi arka planda kreş, anaokulu, etüt merkezi gibi onların hane içi cinsiyet temelli rollerini azaltacak imkanlarla yeterince desteklenmediği için, çocukların ve gençlerin aile sevgi ve desteğinden uzak kaldıkları ve böylelikle zararlı madde kullanım eğilimi içine girdikleri bizzat görüşmelere katılan mahalle sakinleri tarafından önemle vurgulanmıştır. Bu durumun yansımaları, güvenliğe ilişkin söylemlerde kendini göstermiştir. Bu bağlamda, en ciddi güvenlik sorunları olarak, özellikle gençler arasında yoğun görülen uyuşturucu madde kullanımı ve hırsızlık ilk başta sayılmıştır. Ayrıca, mahalle dışından gelip, asayiş ve güvenlik sıkıntısı yaratanların olduğu da sıkça tekrarlanmıştır. Bu konuda, özellikle

Cumhuriyet Mahallesinde Suriyeli göçmenlere yönelik ciddi bir tepki gözlenmiştir. Suriyelilerin mahalle içinde hoş karşılanmamalarının yanı sıra, nüfusları arttıkça yerel mahalle sakinleri üzerinde baskı kurmaya başladıkları ve güvenlik sorunlarına yol açtıkları görüşmelerde yoğun biçimde belirtilen bir konu olmuştur.

Hürriyet mahallesinde çok daha belirgin olmakla birlikte, iki mahallede de çok ciddi bir imar sorunu bulunmaktadır. Hatta bu sorun nedeniyle, kendilerine “işgalci” gözüyle bakıldığı, bunun da çok ciddi psikolojik rahatsızlıklar ve memnuniyetsizlikler yaratarak, yaşam kaliteleri üzerinde direkt olumsuz etkiler yaptığı mahalle sakinleri tarafından yaygın olarak dile getirilmiştir. Söz konusu imar sorunu, mahalle sakinlerinin gündelik yaşamlarının tam merkezinde yer almakta ve tüm diğer sorunların temelinde yatan ana faktör olduğuna inanılmaktadır. Bu itibarla, imar sorunu çözüldüğü anda diğer tüm meselelerin kendiliğinden hallolacağı şeklinde yaygın bir inanış açıkça gözlemlenmiştir.

Diğer mahallelerdeki gibi, gerek gelenekler ve birlikte yaşama kültürü gerek yoksulluk gibi nedenlerle, aile büyükleriyle bir arada yaşamanın Gebze’de de son derece yaygın olduğu görülmüştür. Ancak bu birlikte ve kalabalık aile şeklinde yaşama düzeni, insanlar arasında sıcak ve son derece yakın ilişkilerin kurulmasına bir engel oluşturmamıştır. Normal şartlarda, kendi akrabalarıyla, tanıdıklarıyla veya daha genel olarak kendi kültürlerinden gelenlerle sürekli bir arada yaşayanların, dışarıda kalanlarla somut bir toplumsal etkileşim geliştirme ihtiyacı hissetmeyeceğini düşünmek mümkün olabilir. Ancak Gebze’deki ve Dilovası’ndaki fiili durum, bunun tam tersini göstermektedir; vatandaşlar aynı anda hem kendi yakınlarıyla bir arada yaşamayı sürdürürken hem de diğer mahalle sakinleriyle sıcak ve dostane ilişkiler yürütmektedir.

Kamu hizmetleri konusunda da mahalle sakinleri ciddi sıkıntılar ve şikayetler ileri sürmüştür. Bu anlamda, nüfus yoğunluğu açısından oldukça kalabalık mahalleler olmalarına rağmen, yakınlarda yeterli büyüklükte bir hastane bulunmamasının, sadece sağlık ocağı ve aile hekimliği sistemiyle hizmet verilmesinin ihtiyacı tam olarak karşılayamadığı ısrarla dile getirilmiştir. Ayrıca, düzenli ve özenli çöp toplama hizmetinin bulunmadığı da yine üzerinde sıklıkla durulan bir başka konu olmuştur. Eğitim konusunda ise yine Dilovası’ndakine benzer

bir durum olarak, Hürriyet Mahallesi'nde öğretmenlerin çoğunluğunun kadrolu olmaması nedeniyle, yıl içinde çok sık öğretmen değişimi olması temel şikayet konusunu teşkil etmektedir. Cumhuriyet Mahallesi'nde ise Hürriyet Mahallesi'nin aksine öğretmenlerin çoğunun kadrolu olduğu ve yıl içinde çok sık öğretmen değişikliğinin yaşanmadığı belirtilmiştir. Bir diğer kamusal hizmet alanı olan şehir içi ulaşımda son 1-2 yıl içinde bazı düzeltilmeler yaşandığı, ancak vasıta saatlerinin belirsiz olması ve aşırı kalabalık olması şeklinde hala ciddi sıkıntıların bulunduğu yaygın biçimde dile getirilmiştir. Son olarak, sosyal yardımların dağıtım şekli, kimlere dağıtıldığı, neye göre dağıtıldığı konuları Gebze sakinlerinde Dilovası'na göre daha fazla gündeme getirilen sorunlar olmuştur.

Herhangi bir nedenden ötürü dışlanmışlık hissi Hürriyet'te Cumhuriyet Mahallesi'ne göre çok daha belirgindir. Hürriyet Mahallesi sakinleri, kendi mahalleleri dışında en çok yoksulluk ve giyim tarzları nedeniyle dışlandıklarından bahsetmişlerdir. Ancak tüm olumsuzluklara ve hatta dışlanmışlık hissine karşın, her iki mahalle sakinleri de mahallelerini sevdiklerini ve ayrılmak istemediklerini belirtmişlerdir.

Örneklemede yer alan tüm üç ilçenin belirli kriterler doğrultusunda değerlendirildiği ve özet bilgilerin yer aldığı bir tablo aşağıda verilmektedir. Tabloda yer alan “-” işareti ile anlatılmak istenen, tersine göç olgusunun hemen hiç bir ilçede görülmemiş olmasıdır. İstihdama ilişkin olanaklar en kısıtlı olarak Dilovası'nda bulunmaktadır. Gebze, istihdam açısından en avantajlı yer gibi görünse de, iradi işsizliğin burada hakim olabileceği endişesi de duyulmaktadır. Gelir durumu açısından da en dezavantajlı ilçe Dilovası olarak görülmektedir. Barınma durumu açısından ilçeler incelendiğinde, imar sorunu hemen her mahallede dile getirilse de bu konu en yoğun olarak Gebze'de gündemdedir. Sosyal güvence açısından da en mağdur olan ilçenin Dilovası olduğu düşünülmektedir. Kentle bütünleşmede önemli bir bileşen olan komşuluk ilişkileri incelendiğinde, etnik temelli bir kutuplaşmanın hakim olduğunun görüldüğü İzmit mahallelerinin en mağdur durumda olduğu anlaşılmaktadır. Yine, yaşanan bölgeye uyum sağlama açısından önemli bir bileşen olan genel olarak hizmetlerden memnuniyet incelendiğinde, en iyi konumdaki ilçenin İzmit olduğu görülmektedir. Hizmetler açısından avantajlı konumda olan İzmit ilçelerinin güvenlik açısından aynı avantaja sahip olmadığı görülmektedir. Sosyal yardımlara ilişkin algı da en olumsuz olarak İzmit

mahallelerinde görülmektedir. Dilovası'nda sosyal faaliyetlerden yoksun kalma en olumsuz özellik olarak dile getirilirken, imar sorunu Gebze'nin en önemli sorunu olarak belirtilmiştir.

Tablo 1. İlçelere Göre Özet Bulgular

İlçeler	İzmit	Dilovası	Gebze
Kriterler			
Göç aldığı şehirler	Orta ve Doğu Karadeniz, Marmara, Doğu Anadolu (Van)	Doğu ve Güneydoğu Anadolu (Ağrı, Erzurum, Bingöl) Karadeniz (Gümüşhane, Giresun)	Karadeniz (Giresun, Zonguldak, Ordu, Trabzon, Gümüşhane, Kastamonu, Tokat) Doğu Anadolu (Ağrı, Tunceli), İç Anadolu (Sivas)
Tersine göç	-	-	-
İstihdam olanağı	-	--	+ (!)
Gelir durumu	Orta alt	Düşük	Orta alt
Barınma	Kendi evleri	Kendi evleri	Kendi evleri
Sosyal Güvence	Ücretli / Kayıtdışı (+)	Ücretli - Taşeron / Kayıtdışı (-)	Ücretli
Komşuluk ilişkileri	Etnik temelli kutuplaşma	Samimi ilişkiler	Samimi ilişkiler
Hizmetlerden memnuniyet	<i>Sağlık</i> +	-- (Uzman personel eksikliği)	-
	<i>Ulaşım</i> +/-	--	-
	<i>Eğitim</i> +/-	--	--
	<i>Altyapı</i> +/-	--	--
	<i>Din hizmetleri</i> +	+	+
	<i>Kültürel etkinlikler</i> -	--	--
	<i>Alışveriş</i> +/-	--	-
Güvenlik algısı	--	-	-
Sosyal yardım algısı	---	-	--
Sosyal dışlanma	+	++	-
Memnuniyetsizlik konusu	Güvenlik	Hava kirliliği	İmar sorunu
	Adaletsiz sosyal yardım dağıtım	Sosyal faaliyet eksikliği	Dış göç (Suriyeli)
Memnun olunan konu	Merkeze yakınlık	Samimi ilişkiler	Samimi ilişkiler

C- Tartışma

Kocaeli'ye yönelik göçün neden ve bütünleşme ile ilgili sonuçlarına yönelik genel değerlendirme yapılacak olursa, göç edenlerin ilk olarak kendileri ve ailelerinin geçimlerini sağlamak için iş bulma amaçlarının olduğunu ve göç edilen yere uyum sağlamaya çalıştıklarını görmekteyiz. Yapılan çalışmalar da göstermektedir ki, Türkiye'de emek arzı fazlalığı, bulunmakta ve bu nedenle de insanlar göç etmektedir. Ancak göçün, kente uyum sürecinde ve kültürel anlamda kent hayatına getirdiği maliyetler de

vardır (Bahar ve Korkmaz-Bingöl, 2010:55). Bu maliyetlerden önemli bir tanesi, göç edenlerin istihdam koşulları ile ilgilidir. Göç edenlerin sahip oldukları eğitim ve vasıf düzeyi genellikle düşük olduğundan, “düzgün iş” olarak nitelendirilen işlerde istihdam edilmeleri mümkün olamamaktadır. Göçle kente yerleşenlerin genellikle, kısmi süreli, taşeron, örgütsüz ya da sendikasız, güvencesiz işlerde çalıştıkları bilinmektedir (Taşçı, 2009:192). Çalışmanın örnekleminde de yapılan işler sıralandığında, özellikle Dilovası sakinleri, mahallede ikamet edenlerin “taşeron işlerde” çalıştıklarını ve “her yıl işten çıkarılıp yeniden işe alınarak kıdem tazminatlarının işlemediği” bir istihdam ilişkisi içinde olduklarından bahsetmektedirler. Bu noktada, Kıray (1982) tarafından ifade edildiği şekliyle, göçle büyüyen az gelişmiş toplum kentlerinde, modern sektörlerde istihdam imkanı olmadığı zaman yoksulluk kültürünün ortaya çıkıp, koşullar değiştikçe bunalımlı ve sadece anlık yaşamaya önem verilen geleceğe ise önem verilemeyen bir durum, bu çalışmadaki durumla paralellik arz etmektedir.

1950’lerden itibaren Türkiye’de yaşanan iç göçün önemli özelliklerinden biri, göç edenlerin göç edilen yer ile bağlantılarını koparmayıp, ekonomik ilişkilerini sürdürmesidir (Yükseker, 2008:228). Bu çalışmada ise bu bulgunun kısmen önemini yitirdiğini görmekteyiz. Bu durum artık kente göç edenlerin ekonomik durumlarının eskiye kıyasla daha kötüye gitmesiyle açıklanmaktadır. Göç edenler, istihdam şansı elde etmesine rağmen, yoğunlukla vasıf gerektirmeyen işlerde ucuz emek olarak çalışmalarından kaynaklı “çalışan yoksul” sınıfı içinde yer almaktadır. Göç edenler ancak kendilerine yetecek kadar gelir elde edebildiklerini, geride kalanlara yardım etmenin ötesinde, onlardan yardım talebinde bulduklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmanın önemli bulgularından biri de sosyal dışlanma hissi ile ilgilidir. İşsizlik sosyal dışlanmanın en önemli nedenleri arasında sayılmaktadır (Şahin, 2009:19). Göçle gelen mahalle sakinlerinin işsizliği önemli bir sorun olarak gördüklerini belirtmesi, bu mahallelerde işsizlik kaynaklı bir sosyal dışlanma olduğunu göstermektedir. Ayrıca, çalışıyor olsa bile, elde ettiği gelir ile yaşamını devam ettirmekte zorlanan bireyler, yani çalışan yoksullar da, sosyal dışlanma potansiyelindedir. Sayısal esneklik çerçevesinde atipik şekilde istihdam edilen, düşük ücretli, güvencesiz bireylerin sosyal dışlanma içinde olabileceği de bilinmektedir (Çakır, 2002:96). Özellikle gençlerin iş bulmada sorun yaşaması hem dışlanmışlık hissi yaratacak

hem de gençler arasında zararlı madde kullanımını artırabilecektir. Her iki durum da, gençlerin kente uyum sağlamasını olumsuz etkileyecektir. Çünkü ancak kentte sahip olunan uygun bir iş, yeterli gelir, eğitim fırsatı ve kent kültürüne katılmayı sağlayacak diğer kurumların varlığı sayesinde göçle gelenlerin kent ile bütünleşmesini sağlamak mümkün olmaktadır (Torlak, 2006:77).

Azalan kaynakların yaratacağı belirsizlikle kentlere akın eden grupların, kentle bütünleşme sürecinde kendi çözüm yollarını ürettikleri bilinmektedir. Kentte yaşanan sorunlara ilişkin çözüm taktiklerinden biri cemaatleşme ya da kabileleşme olarak görülmektedir (Kaya vd., 2008:19). Kendilerini yabancı hissettikleri, tutum ve değerleri tam anlamıyla benimseyemedikleri, yeni ve bazen de ürkütücü olan kent kültürü ve karşılaşılan sorunlar göçle gelen halkı birbirine destek olmaya zorlamaktadır (Şenyapılı, 1978:23-46). Bu çalışmada da söz konusu bulguları destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Göç edenlerin kendi uyum süreçlerini kendi çabalarıyla sağlamaya çalıştıkları ve aynı kader birliği içinde kendi kümelenmelerini oluşturdukları tespit edilmiştir. Bu durumun diğerleri ile olan ilişkilere zarar vermediği, toplumsal olaylarda birlikte hareket etme gibi sosyal ilişkilerin gelişmesine olanak tanıdığı görülmüştür.

Araştırmalar, kentte yeni kimlik edinme sürecinde kır kökenli göçmenin, yeni çevresinde kendisine sağlanamayan ekonomik, sosyal ve duygusal güvenceyi hemşehrilik aracılığıyla diğer göçmenlerle kurduğu ilişkiler ağı ile elde etmeye yönelmesi sonucunda, kendini köylü olarak tanımlamayı sürdürdüğünü göstermektedir. Çoğu göçmen kendisini köylü saymasına karşın, yeni çevresine ait hissetmekte, kentle bütünleşmek istemekte ve geleceklerinin kentte olduğuna inanmaktadır (Erman, 1996:299-300). Benzer bir eğilimi bu çalışmanın örneklem grubunda da görmek mümkündür. Göç edilen yere psikolojik olarak bağlı olursa bile, göçmenlerin alışmış oldukları yerden geriye dönmek istememeleri, buldukları yere uyum sağlamış olduklarının önemli bir göstergesidir.

Tezcan'ın (2011) Gebze'de yapmış olduğu alan araştırmasında, en fazla Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgesi'nden göçün olduğu ve göç sebebinin öncelikli olarak "iş bulmak" olduğu bulunmuştur. Çalışmada, Gebze'de ikamet edenlerin %60,6 oranında buldukları yerden göç etmeyi düşünmedikleri sonucu elde edilmiştir. Göç ettiğine pişman

olanların oranı da %22,9 olarak bulunmuştur. Alan araştırmasına dayalı bu çalışmada ise, odak grup görüşmesi benimsenmiş olduğundan oran vermek mümkün değildir. Yine de, elde edilen sonuçlara göre, Dilovası'nda daha az olmak üzere, mahalle sakinlerinin başka bir yere göçü fazla düşünmedikleri ve göç ettiklerine pişman olmadıkları anlaşılmıştır. Yazında farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Örneğin, Kaya vd. (2008) İstanbul Tarlabası'nda yaşayan Kürtlerin neredeyse % 50'sinin köylerine geri dönme isteğinde olduğunu ifade etmektedir. Kolukırık'ın (2012) Dilovası'nda yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre de, göç eden grupların bir kısmı eğitim imkanlarını kullanarak bölgeden ayrılmayı istemektedirler. Özellikle düzenli bir gelire sahip olan ve ticari kazanç sahibi görüşülenlerin Dilovası'nı yalnızca bir çalışma mekanı olarak belirledikleri görülmektedir. Araştırmada, Gebze'nin sağlamış olduğu yaşam zenginliğinin yol açtığı çekicilik yanında, Dilovası'nın eleştirilen olumsuz yönleri bu tercihi belirleyen bir kriterdir (Kolukırık, 2012:135). Yapılan alan araştırmasında da, bulguların Dilovası'nın Gebze'ye kıyasla istihdam açısından daha sorunlu olduğunu göstermiştir.

Dilovası sakinlerinin kente bütünleşme sürecinde bir engel olarak dile getirdikleri hava kirliliği ve sağlıkla ilgili sorunlar da özellikle dikkat çekilmesi gereken alanlardan biridir. Yaşanan göç ile birlikte sağlıkta yaşanan olumsuzluklar diğer bazı çalışmalar tarafından da bir sosyal politika meselesi olarak ele alınmaktadır (Yükseker, 2011). Yapılan çalışmada da, özellikle Dilovası'nda yaşayan halkın sağlık sorunlarını sürekli olarak dile getirmesinden dolayı, burada sağlığın bir sosyal politika konusu haline geldiğini belirtmekte yarar görülmektedir.

Genel olarak bakıldığında, gerçek bir sanayi toplumu yaratmada eğreti konumda olan Türkiye'de geçmişten bu yana yaşanan iç göçler sonunda kentsel alanlar, hızla akan kırsal nüfusu aynı hızda emme gücüne sahip olamamıştır. Bir yandan yeni gelen işgücünü istihdam edecek sanayi aynı hızla gelişmemiş, diğer yandan kentsel alanlar gelen nüfusu barındıracak konut ve bütünleşme sağlayabilecek mekan gereksinimini karşılayamamıştır. Sonuç olarak, gecekondularda yaşayan ve ikincil ekonomik sektörlerde geçimini sağlamaya çalışan bir göçmen kitlesi ortaya çıkmıştır (Özdemir, 2012:14). Bu çalışmada da başta Gebze olmak üzere diğer ilçelerde gecekonduda yaşam ve imar sorunu önemli sorun alanlarından biri olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ

Ekonomik gelişme artış gösterse bile, gerek Türkiye’de gerekse gelişmekte olan diğer ülkelerde yapılan çalışmalar büyük kentlerin yaşam kalitesinin giderek düştüğünü göstermektedir. Buradaki temel sebeplerden biri, kentlerdeki nüfus artış hızını tetikleyen kente yönelik iç göçtür. Göç edenlerin kentle bütünleşmesinin sağlanamadığı noktada, hem gelenlerin hem de çevrelerinin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Kocaeli’de iç göç ve bütünleşme sürecinin İzmit, Gebze ve Dilovası ilçelerinde incelendiği bu alan araştırmasının sonucunda, hem göçle ilgili hem de kentle bütünleşme sağlamaya ilişkin önemli veriler elde edilmiştir.

Çalışmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, göç edilen mahallelerde pek çok sorun yaşanabildiği, ancak yaşanan bu ortak sorunların genellikle mahalle içinde bir kader birliği oluşturduğu ve bu oluşan kader birliğinin de mahalle içi uyuma neden olduğu söylenebilir. Sahip oldukları sorunlar ve bunları çözme aşamasında birbirine kenetlenen mahalle sakinlerinin, sorun çözümünde idarecilerden beklentileri ve talepleri olduğu kadar, kendi imkanlarıyla da kente uyum sağlamaya çalıştıkları görülmektedir. Buna ek olarak, kente uyum sürecinde, göçle gelmiş mahalle sakinlerinin göç ettikleri yerin kimliğinden yavaş yavaş sıyrılarak yerleşilen yerin kimliğine bürünmeye başladıkları da anlaşılmaktadır. Çünkü yaşanan sosyal dışlanma tanımlanırken, gelinen yerden ötürü bir açıklama yapılmadan yerleşilen yer ile ilişkili bir sosyal dışlanma algısından bahsedilmektedir.

Göç ile birlikte, kente tutunmaya çalışan ailelerde yaşanan işsizlik, yoksulluk, çalışan yoksulluğu, kadının çalışmaya başlaması ile birlikte ortaya çıkan çocuk bakımı önemli bir sosyal sorun haline gelmektedir. Kentteki belirsizlik içinde, ciddi sorunlarla baş etmek zorunda kalıp yaşadıkları sosyal dışlanma nedeniyle, kent ortamında çocuklarını ihmal eden davranışlar sergileyebilmektedirler. Bu noktada, çocukların hem okul öncesi hem de okul sırasındaki eğitimlerine destek olacak şekilde yapılanmaların ivedilikle başlatılması gerekmektedir. Okul çağındaki tüm çocukların okula devamının sağlanması, kente uyumu sağlayabilecek uygulamaların başındadır. Aynı zamanda, çalışan annelere de destek olacak şekilde; mahallelerde kreşlerin, gündüz bakım evlerinin açılması gerekmektedir. Yarım gün devam eden eğitim nedeniyle, ilköğretimdeki çocukların derslerine de yardımcı olacak şekilde, mahallelerde açılacak

olan etüt merkezleri hem bir faaliyet alanı hem de çocukları zararlı alışkanlıklardan koruyacak bir mekan olarak devreye girebilir. Açılacak olan kreş ve etüt merkezleri aynı zamanda, mahallede çalışmak isteyen kadınlar için, yemek ve temizlik gibi alanlarda destek personeli olarak çalışma imkanı yaratabilecektir. Kadınlara yönelik düzenlenen mesleki eğitim kurslarının yaygınlaşması ile birlikte de, kadınların işgücü piyasasına dahil olabilmelerinin önü açılacaktır. Araştırmaya yönelik sonuçlarımızı değerlendirdiğimizde, kadınların omuzlarındaki çocuk, yaşlı ve engelli bakımı gibi toplumsal cinsiyet temelli roller, kadınların eşit vatandaşlar olarak topluma dahil olmalarının önündeki en ciddi engeller arasındadır. Bu nedenle, anaokulu, kreş, yaşlı bakımevi, engelliler için rehabilitasyon merkezleri gibi kamu hizmetleri yoluyla kadınların hane içi cinsiyet temelli rollerinin dışsallaştırılarak bir anlamda “özgürleştirilmeleri” ve topluma katılımlarının önündeki engellerin azaltılması kente uyum süreci açısından da etkili olacaktır.

Kadınlara yönelik iş olanaklarının artırılmasının yanı sıra, genç işsizliği konusuna da eğilmek gerekmektedir. Bu konu iki açıdan önlem almayı gerektirmektedir. Öncelikli olarak, iş arama ve bulma konusunda gençlere yönelik danışmanlık hizmetinin başlatılması gerekmektedir. Özellikle Dilovası’na hedef alarak, bu bölgelerde faaliyet gösteren işverenlerle yürütülecek ortak çalışmalarda, gençlerle ILO’nun ifadesiyle “insan onuruna uygun işler”in buluşması için tedbirlerin alınması gerekmektedir. İkinci olarak, işsizliğin yaratabileceği olumsuz psikolojik durumun etkisiyle zararlı madde kullanımına yönelmenin önünün kesilmesi gerekmektedir. Bu noktada, psikolojik destek birimleri ile rehabilitasyon merkezlerinin ortak çalışma yapması önerilebilir.

Eğitim ve istihdam olanaklarının artırılması ve özendirilmesi haricinde, kentle bütünleşmede önemli olan bir diğer bileşen, sosyal paylaşım ve etkileşimi sağlamak için birey ve grupların birlikte nitelikli zaman geçirebilmeleri için imkanlar yaratılmasıdır. Göçle gelen vatandaşların geldikleri yerde temel gereksinimlerini karşılayabilmelerinin, aileleriyle birlikte güvenli ve iyi vakit geçirmelerinin, yaşam kalitesini arttırarak, yaşanılan yere aidiyet ilişkisi oluşturmalarındaki rolü dikkate alındığında, bu tür imkanların bulunmamasının ciddi bir eksiklik olduğu belirtilebilir. Bu nedenle, çocuk ve aile parkları, yeşil alan, spor alanları, kültür merkezleri gibi sosyal faaliyet alanlarının kurulması ve sürdürülebilir hale

getirilmesi gerekmektedir. Kent merkezlerini cazip hale getiren sosyal imkanların kendilerine de sağlandığının görülmesi ile birlikte, yapılan kıyaslamada eşit yurttaşlar olarak değerlendirildiklerini algılamaları durumunda (Kaya vd., 2008:133), mahalle sakinleri kente daha kolay uyum sağlayabileceklerdir. Sosyal aktivite alanlarının, merkezlerinin kurulumu konusunda devletin öncü rolü olabileceği gibi, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini de sürece dahil eden sosyal sorumluluk projelerinin desteklenmesi büyük önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, fiziksel olarak kentte olmanın kentli olmaya yetmediği aşikardır. Kente dönük aidiyet duygusu, kent kültürünün oluşması ve kentle bütünleşme için oldukça önemlidir. Kente yönelik aidiyetsizlik, kentle bütünleşememe önemli bir sorun olarak topluma, ulusa, ulusal bütünlüğe zarar verebilecek kadar etkili olabilmektedir (Kurt, 2012:87). Bu nedenle, Kocaeli kimliği içerisinde farklılıklara yer vermekle birlikte, bir arada yaşamayı mümkün kılacak asgari bir ortak paydanın başarılmasında, bu çalışmanın bulgu ve çözüm önerilerinin, iç göç sonrası kentle bütünleşmenin önemini içselleştirmiş sosyal politika uygulayıcıları tarafından önemsenmesi arzulanmaktadır.

Kaynakça

- Adaman, F. ve Ç. Keyder (2006), “Türkiye’de Büyük Kentlerin Gecekondu ve Çöküntü Mahallelerinde Yaşanan Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma”, Avrupa Komisyonu, Sosyal Dışlanma ile Mücadelede Mahalli Topluluk Eylem Programı 2002-2006.
- Akgür, Z. G. (1997), *Türkiye’de Kırsal Kesimden Kente Göç ve Bölgeler Arası Dengesizlik 1970-1993*, (Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları) No: 201.
- Bahar, O. ve F. Korkmaz-Bingöl (2010), “Türkiye’de İç Göç Hareketlerinin İstihdam ve İşgücü Piyasalarına Etkileri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(2), 43-61.
- Başel, H. (2007), *Türkiye’de Nüfus Hareketlerinin ve İç Göçün Nedenleri*, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Sosyal Siyaset Konferansları.
- Bülbül, S. ve A. Köse (2010), “Türkiye’de Bölgelerarası İç Göç Hareketlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Yöntemi ile İncelenmesi”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 39(1), 75-94.
- Çakır, Ö. (2002), “Sosyal Dışlanma”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 83-104.
- Çelik, F. (2005), “İç Göçler: Teorik Bir Analiz”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(2), 167-184.
- Erman, T. (1996), “Kentteki Göçmenin Bakış Açısından Kent/Köy Kimliği: Niçin Köylüyüz Hala?”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 51(1), 289-304.
- Es, M. ve H. Ateş (2004), “Kent Yönetimi, Kentleşme ve Göç: Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 48, 205-248.
- Kaya, A.; Işık İ. E, B. Şahin, E. Elmas, B. Çağlayan ve P. Aksoy (2008), *Günümüz Türkiye’sinde Yaşanan İç Göçler: Bütünleşme mi, Geri Dönüş mü?* TÜBİTAK Proje Kodu: 106K131. [http://www.akdenizgocder.org/raporlar/bilgiuniversitesi_gocarastirmaraporu.pdf] (10.06.2014).
- Kıray, M. (1982), “Toplumsal Değişme ve Kentleşme”, *Kentsel Bütünleşme*, (Ankara: Türkiye Gelişme Araştırmaları Vakfı Yayınları), 57-66.
- Kocaman, T. (2008), “Türkiye’de İç Göçler ve Göç Edenlerin Nitelikleri (1965-2000)”, Ankara: T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.
- Kolukırkık, S. (2012), “Göçler ve Kentler: Dilovası Örneğinde Sanayileşme ve Kentleşmenin Sosyolojik Görünümü”, *Journal of World of Turk*, 4(1), 125-147.
- Kurt, Ü. (2012), *Demokratik Kent Kültürünün İnşası, Göç, Kentleşme ve Aidiyet Ekseninde Esenler’i Anlamak*, (İçinde) M. Şentürk (Edi.), (İstanbul: Esenler Belediyesi Şehir Düşünce Merkezi Yayınları).
- MARKA Doğu Marmara Bölgesi Demografik Yapısı ve Göç Hareketleri Raporu (2013), Bölge Planı Yayınları Serisi - 8.

- Murat, S. ve Z. Taşkesenlioğlu (2009), *Avrupa Birliği Düzeyinde Göç, Bütünleşme ve Yerel Yönetimler*, (İstanbul: Zeytinburnu Belediyesi Kültür Yayınları), No: 14.
- Mutlu, S. (2007), *Türkiye’de Yaşanan Gecekondulaşma Süreci ve Çözüm Arayışları: Ankara Örneği*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi (Kent ve Çevre Bilimleri) Anabilim Dalı Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Özdemir, H. (2012), “Türkiye’de İç Göçler Üzerine Genel Bir Değerlendirme”, *Akademik Bakış Dergisi*, 30, [http://www.akademikbakis.org/eskisite/30/11.pdf] (20.05.2014).
- Özmen, N. (2011), “Göçün 50. Yılında Bütünleşme ve Din İlişkininin Dönüşen Parametreleri: Almanya’da Türkler”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 19(4), 395-412.
- Öztürk, M. ve N. Altuntepe (2011), “Türkiye’de Kentsel Alanlara Göç Edenlerin Kent ve Çalışma Hayatına Uyum Durumları: Bir Alan Araştırması”, *Journal of Yasar University*, 11(3), 1587-1625.
- Şahin, T. (2009), “Sosyal Dışlanma ve Yoksulluk İlişkisi”, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi.
- Sapancalı, F. (2005), “Avrupa Birliği’nde Sosyal Dışlanma Sorunu ve Mücadele Yöntemleri”, *Çalışma ve Toplum*, 3, 51-106.
- Şen, M. (2014), “Türkiye’de İç Göçlerin Neden ve Sonuç Kapsamında İncelenmesi”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 40, 231-256.
- Şenyapılı, Ö. (1978), *Kentlileşen Köylüler*, (İstanbul: Milliyet Yayınları).
- Taşçı, F. (2009), “Bir Sosyal Politika Sorunu Olarak Göç”, *Kamu-İş*, 4, 177-204.
- Tekeli, İ. (1975), “Göç Teorileri ve Politikaları Arasındaki İlişkiler” *ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 1(1), 153-176.
- Tezcan, T. (2011), “Gebze: “Küçük Türkiye’nin Göç Serüveni””, (İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları).
- Torlak, S. E. ve F. Polat (2006), “Denizli Sevindik Mahallesi Örneği Çerçevesinde; Kentte Yaşama Süresinin Kentlileşme Sürecine Etkilerinin Analizi”, *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 15(2), 74-92.
- TÜİK (2011), *Nüfus ve Konut Araştırması*, Ankara: TÜİK, Yayın No: 4029, [http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=276], (24.01.2014).
- TÜİK (2015), *Kocaeli İline Ait İstatistik Göstergeler 2015*, Kocaeli: Kocaeli Bölge Müdürlüğü.
- Üçdoğruk, Ş. (2002), “İzmir’deki İç Göç Hareketinin Çok Durumlu Logit Teknikle İncelenmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Dergisi*, 17(1), 157-183.
- Yükseker, D. (2008), “Yerinden Edilme ve Sosyal Dışlanma: İstanbul ve Diyarbakır’da Zorunlu Göç Mağdurlarının Yaşadıkları Sorunlar”, İçinde D. Kurban, D. Yüksek, A. B. Çelik, T. Ünal, A. T. Aker (Edi.) “Zorunlu Göç” ile Yüzleşmek: Türkiye’de Yerinden Edilme Sonrası Vatandaşlığın İnşası, (Tesev Yayınları), (s:220-237).
- Yükseker, D. (2011), “Yurtlarından ve Yaşamlarından Koparılmış İnsanlar: Bir Sosyal Dışlanma Süreci Olarak Türkiye’de Kürtlerin Yerlerinden Edilmesi”, [http://spm.ku.edu.tr/wp-content/uploads/2011/12/Yukseker_Sosyal-Dislanma.pdf], (12.05.2014).

Türkiye’de Toplu İş Sözleşmeleri ve Grevlerin İşsizliğe Etkisi: Ekonometrik Bir Yaklaşım¹

The Effects of Collective Bargaining and Strikes on the Unemployment in Turkey: An Econometrical Approach

Osman PEKER*

Mehmet BÖLÜKBAŞ**

İsmet GÖÇER***

ÖZ

Ülkelerin en önemli ekonomik sorunları arasında işsizlik ilk sırada yer alır. Genellikle, enflasyon ve faiz oranlarının yüksek olması, dış ticaret açıkları, yatırımların yetersizliği ve benzeri nedenlere bağlı olarak belirlenen işsizlik, daha çok ücret artışlarıyla sonuçlanan toplu iş sözleşmeleri ve grevlerden de olumsuz bir şekilde etkilenir. Özellikle, ekonomik konjonktürün bozulduğu dönemlerde bu etki daha fazla görülür. Bu kapsamda, Türkiye’de toplu iş sözleşmeleri ve grevlerin işsizliğe etkisi, Vektör Otoregresiv (VAR) yöntemi yardımıyla incelenmiştir. 2000 sonrası dönemin ele alındığı çalışmanın bulgularına göre, işsizlik, hem toplu iş sözleşmelerinden hem de bu sürecin etkisiyle ortaya çıkan grevlerden etkilenmiştir.

Anahtar Sözcükler: İşsizlik, toplu iş sözleşmeleri, grevler, Türkiye

ABSTRACT

The unemployment takes first place among the most important economic problems of the countries. The unemployment, which is identified due to high inflation and interest rate, foreign trade deficits, the lack of investment and similar reasons is also affected negatively by collective bargaining resulted in wage increases and strikes. This effect is seen especially in the periods of deteriorating economic conjuncture. In this context, the effects of collective bargaining and strikes on the unemployment in Turkey is examined by using Vector Autoregressive (VAR) Method. According to the findings of the study dealing with the period after 2000, unemployment is effected by both collective bargaining and strikes that arising from the effects of this process.

Keywords: Unemployment, collective bargaining, strikes, Turkey

* Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü,
opeker@adu.edu.tr

** Arş. Gör., Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü,
mbolukbas927@gmail.com

*** Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın İktisat Fakültesi, Ekonomi ve Finans Bölümü,
igocer@adu.edu.tr

1 Bu çalışma, 14. Uluslararası Ekonometri, Yöneylem Araştırması ve İstatistik Konferansı’nda sunulmuş metnin geliştirilmesi sonucu hazırlanmıştır.

(Makale gönderim tarihi: 03.02.2015 / Kabul tarihi: 30.07.2015)

GİRİŞ

Mevcut ekonomik koşullarda çalışmak istediği halde istihdam imkânı bulamayan kişi sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu durum beşeri sermayenin israfına yol açtığı gibi, gelir dağılımının da bozulmasına neden olmaktadır. Psikolojik ve sosyolojik etkilerinin yanı sıra, ekonomik açıdan kişilerin gelirsiz kalması anlamına gelen ve işsizlik olarak tanımlanan bu durum; ister gelişmiş, ister gelişmekte olan ülkeler açısından değerlendirilsin en temel ekonomik sorun olarak görülmektedir.

Çok sayıda değişkenin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkan işsizlik, bir sonuç değişken olup; en çok ekonomik nedenlere bağlı olarak belirlenmesine rağmen, politik ve kurumsal faktörlerin de etkisinde kalmaktadır. İstihdamı öncelemeye ya da fiyat istikrarını hedeflemeye yönelik olarak uygulanan ekonomi politikaları işsizliğin hangi oranda olacağını önemli ölçüde belirlemektedir. Örneğin, devletin asli görevlerine çekilmesini öngören liberal ekonomi politikalarının dominant olduğu dönemlerde işsizliği uyaran faktörlerin artış eğilimine girdiği söylenebilir.

Bu kapsamda Türkiye’de işsizlik sorunu tarihsel süreçte başta yapısal sorunlardan olmak üzere, dinamik nüfus yapısı, göç ve özellikle uygulanan ekonomi politikalarından etkilenmektedir. Cumhuriyetin kuruluş yılında %9 civarında olan işsizlik, devletçi ekonomi ve planlı kalkınma modelinin uygulandığı yıllarda, genellikle %4’ün altında gerçekleşmiştir. 1960’lı yılların son çeyreğinde %5’i aşan işsizlik oranları, 1970’li yıllarda ülke ve dünya konjonktüründeki olumsuz koşullara bağlı olarak %10’lara yükselmiştir. İşsizlik problemi yeni ekonomik modellerin uygulandığı sonraki yıllarda da artarak devam etmiştir. 1980’li yıllarda yaklaşık olarak %8 civarında gerçekleşen işsizlik oranları, sonraki dönemlerde yaşanan ekonomik krizlerin de etkisiyle özellikle 2000’li yıllara gelindiğinde çift haneli rakamlarda gerçekleşerek %10’ların üzerine çıkmış ve küresel krizin de etkisiyle 2008 ve 2009 yıllarında %13’lere kadar yükselmiştir. Buradan Türkiye’de işsizlik oranlarının son dönemlerde artış gösterdiği anlaşılmakta ve işsizlikle mücadelenin yeni ekonomik modeller kapsamında yürütülmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

Bir ülkedeki işgücü piyasasının yapısı, işçi-işveren ilişkilerini belirleyen yasal mevzuat ve diğer sosyal politika uygulamaları işsizlikle mücadelede farklı politika seçeneklerini kapsar. Toplu pazarlık süreçlerinin daha

uzlaşmacı bir yaklaşımla sonuçlandırıldığı durumlarda, işçi-işveren ilişkileri daha yönetilebilir düzeyde ve her iki tarafın çıkarları asgari ölçüde de olsa korunur. Bunun yerine, yalnızca bir tarafın çıkarlarını öncelemeyi hedefleyen toplu iş sözleşmeleri taraflar açısından istenmeyen sonuçları doğurabilir. Örneğin, ücret sendikacılığının öne çıktığı ülkelerde, çalışanlar lehine, yüksek gelir artışları karşılığında istihdam hacmi daralabildiği gibi, çalışma barışı da olumsuz yönde etkilenebilir. Bu kapsamda, toplu iş sözleşmeleri, grevler ve işsizlik arasındaki ilişkinin incelenmesi, işsizlik sorununa yönelik yeni politika seçeneklerini değerlendirmeye fırsat verecektir.

İşçi ve işverenlerin karşılıklı olarak sosyal ve ekonomik haklarını korumayı amaçlayan toplu iş sözleşmeleri (Demircioğlu ve Centel, 2009:278), belirli bir firmada çalışan işçilerin, ücret ve çalışma şartları bakımından koalisyon halinde hareket etmesini sağlar (Ebell ve Haefke, 2004:11). Toplu iş sözleşmelerinin yoğun yapıldığı veya sendikacılığın geliştiği ülkelerde, sendikaların, ücretlerin artışı yönündeki talebi daha az istihdam, daha fazla işsizlik ve enflasyona yol açar. Bu anlamda sendikalar, ekonomik performans üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Ancak, sendikaların, şirketlerin verimlilik artırıcı faaliyetlerine etkin katılımı yoluyla bu olumsuz etki azaltılabilir (Aidt ve Tzannatos, 2002:94).

Çalışma yaşamında işçiler, sosyal ve ekonomik haklar bakımından çıkarlarıyla uyumlu olmayan gelişmeleri zaman zaman muhalif bir eylemle yanıtlayabilir. Grev olarak adlandırılan bu eylemler, toplu çıkarları iyileştirmeye yönelik olan yaptırımlar olup; genellikle, ücretlerin artırılması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, iş güvenliğinin sağlanması ve benzeri nedenlere dayanır. Nitekim, Seyfettinoğlu vd. (2009), grevleri, işçi ücretlerinin düşüklüğü, toplu iş sözleşmeleri sırasında işçilerin beklediği ücretin verilmemesi veya enflasyon rakamlarının ücret zamlarının üzerinde seyretmesi nedeniyle işçilerin alım gücünün düşmesine ve reel gelir kaybına bağlamaktadır.

Literatürde, toplu iş sözleşmeleri ve grevlerin işsizliğe etkisini analiz eden ampirik çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Traxler ve Brandl (2009), 1980-2000 dönemi için 18 ülkeyi (Almanya, Amerika, Avusturya, Avustralya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İspanya, İsveç, İsviçre, Japonya, Kanada, Norveç, Portekiz, Yeni Zelanda)

kapsayan çalışmada toplu iş sözleşmelerinin sosyo-ekonomik etkilerini ülkeler ölçeğinde ele almış ve bu etkiyi istihdam, işsizlik, enflasyon, talep, tüketim, ekonomik büyüme, kamu harcamaları ve gelir dağılımı adaletsizliği açısından incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, toplu iş sözleşmelerinin artmasıyla birlikte istihdam oranları ve 15-24 yaş arası işsizlerin payı azalmaktadır. Diğer yandan, toplu iş sözleşmelerinin artışıyla birlikte aktif işgücü piyasa politikası olarak oluşturulan kamu harcamalarının payı da artmaktadır. Aidt ve Tzannatos (2002), seçilmiş bazı OECD ülkeleri için 1970-1994 dönemini temel alarak; toplu iş sözleşmeleri ve ekonomik performans ilişkisini incelemiştir. Ampirik bulgulara göre, toplu iş sözleşmesini etkin bir şekilde yürüten ülkelerde daha yüksek bir ekonomik performans gerçekleşmekte ve ücret dağılımı konusunda iyileşmeler ortaya çıkmaktadır.

Sendikaların işsizlik, emek arzı ve verimlilik artışına etkilerini 1983-1988 ve 1989-1994 dönemlerini temel alarak 20 OECD ülkesi bağlamında inceleyen Nickell ve Layard'ın (1999) bulgularına göre, sendika yoğunluğu toplam işsizliği artırmakla birlikte, kısa ve uzun dönemde işsizlik üzerinde ayrı ayrı etki yaratmamaktadır. Ayrıca, sendikaların emek arzı ve verimlilik artışına da herhangi bir katkısı yoktur. Vedder ve Gallaway (2002), Amerika'daki işçi sendikalarının ekonomik etkisini araştırdığı çalışmada, sendikal hareketler ve sendikalaşma düzeyinin ekonomik büyüme sürecini, istihdam ve işsizlik oranlarını olumsuz etkilediği bulgusunu elde etmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde toplu iş sözleşmelerini ve ekonomik kalkınmayı güçlendirmede işçi sendikaların rolünü inceleyen Pencavel (1999) ise, yapılan toplu iş sözleşmeleri sonucunda sermaye birimi başına kullanılan emeğin artırılması durumunda gizli işsizliğin ortaya çıktığını, bunun da kaynak dağılımında etkinliği ve verimliliği azalttığını ileri sürmüştür.

OECD (1997) tarafından yapılan çalışmada, OECD ülkeleri için 1980-1994 dönemi dikkate alınmış, işsizlik, enflasyon, reel gelir büyümesi ve gelir eşitsizliği oranları kullanılarak toplu iş sözleşmesi ve ekonomik performans arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, toplu iş sözleşmelerinin istihdamın artışı yönünde etkili olduğu, gelir eşitsizliğini azalttığı, ancak enflasyon, işsizlik ve reel gelir büyümesi üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Türkiye'ye ilişkin yapılan çalışmaların sonuçları ise şöyledir. Aktakas (2013), Türkiye'de ortalama reel ücretlerin belirlenmesi sürecinde toplu iş sözleşmelerinin etkisini 1980-2011 dönemi verileriyle araştırdığı çalışmada, istihdam, verimlilik ve toplu iş sözleşmesi katsayılarının pozitif olduğunu tespit etmiş, Fakat grevlerin, ücret belirlenmesi süreci üzerinde olumlu etkisinin olduğu yönünde anlamlı bir bulgu elde edememiştir.

Çetintaş vd. (2008), Türkiye'de sendikalaşmanın ekonomik büyüme ve işsizlik üzerindeki etkilerini 1984-2004 dönemi için yapısal kırılmalı birim kök testi, eş-bütünleşme ve nedensellik testleri ile incelemiş ve çalışmanın bulguları sendikalaşma, ekonomik büyüme ve işsizlik arasında dengeli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sendikalaşmanın ekonomik büyümeyi ve işsizliği negatif olarak etkilediği bu çalışmada, büyümeden sendikalaşmaya doğru tek yönlü, sendikalaşma ve işsizlik arasında ise çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Peker ve Bölükbaş (2012), Türkiye'de işsizliğin belirleyicilerini, Johansen eş-bütünleşme yöntemiyle, 2000:Q1-2011:Q1 dönemi için incelemiştir. Çalışmanın bulgularından değişkenler arasında eş-bütünleşme ilişkisinin bulunduğu ve toplu iş sözleşmelerinde meydana gelen artışların işsizliği artırdığı belirlenmiştir.

Kayacan (2004), Türkiye'de grevlerin üretim, istihdam ve ücretler üzerindeki etkilerini, 1963-1980 ve 1984-2000 dönemi için ayrı ayrı incelemiş ve grevlerdeki %1'lik artışın ücretleri ilk dönemde %0,6 oranında artırdığını, ikinci dönemde ise %1,1 oranında azalttığını tespit etmiştir. İkinci dönemdeki bu azalışın, grevler nedeniyle üretimde meydana gelen azalmadan kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmiştir. Şahin (2002) ise, 1964-1998 dönemi için, Türkiye'de grevlerin belirleyicilerini araştırmıştır. Çalışmanın sonucunda işsizlik oranının bir yıl içinde ortaya çıkan grevleri istatistiki olarak etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

Bu kapsamda, bu çalışmada Türkiye'de toplu iş sözleşmeleri ve grevlerin işsizliğe etkisi ampirik olarak araştırılmıştır. Literatürde bu iki değişkenin aynı anda incelendiği çalışmalara nadiren rastlanılmaktadır. Türkiye'de işsizlik konusu ile ilgili yapılan çalışmalarda ise daha çok işsizliğin yapısal sorunlarına ve ekonomi politikalarıyla ilişkisine odaklanılmakta, işsizlik

sorununun toplu iş sözleşmeleri ve grevler yönüne daha az değinilmektedir. Bununla birlikte, siyasal istikrar açısından diğer dönemlerden farklı görülen 2000 sonrası dönemin ele alınması, bu dönemdeki toplu pazarlık sürecinin etkilerinin izlenmesi ve yine bu dönemde işsizliğin ne kadarının toplu iş sözleşmeleri ve grevlerden kaynaklandığının incelenmesi bu çalışmayı diğerlerinden farklılaştırmaktadır. Bu doğrultuda hazırlanan çalışmamızın sonuçlarının literatüre bir katkı yapacağını düşünmekteyiz. Çalışmanın bundan sonraki kısmı iki bölümden oluşmaktadır. İlk olarak ekonometrik analiz kapsamında veri seti ve yöntem tanımlanarak, analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Sonraki bölümde ise, genel bir değerlendirmeye çalışma tamamlanmıştır.

I- EKONOMETRİK ANALİZ

A- Veri Seti ve Yöntem

Bu çalışma, 2000:Q1-2012:Q3 dönemini kapsamaktadır. Toplam beş değişkenin kullanıldığı çalışmanın değişken vektörü şöyledir: $iss=[tis, gre, kis, sue,]$. Burada; *iss* Türkiye’deki işsizlik oranını, *tis* toplu iş sözleşmelerinin sayısını, *gre* yapılan grevlerin sayısını, *kis* toplu iş sözleşmelerinin kapsadığı işçi sayısını, *sue* ise bileşik öncü göstergesi temsil etmektedir. Ayrıca, mevsimsel etkileri belirlemek amacıyla üç mevsimsel kukla değişken kullanılmıştır. Veriler Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, Elektronik Veri Dağıtım Sisteminden (TCMB 2013) ve Türkiye İstatistik Kurumundan (TUİK 2013) elde edilmiştir.

Tablo 1’de, ekonometrik analizde kullanılan verilerin daha kolay okunabilmesini sağlamak amacıyla yıllık değerleri sunulmuştur. 2000-2012 dönemini kapsayan değerler TUİK (2015) ve TCMB (2015) verilerinden yararlanılarak hazırlanmış olup; *tis* hem devlet hem de özel sektördeki toplam toplu iş sözleşmelerini, *kis* toplu iş sözleşmelerinin kapsadığı toplam işçi sayısını, *gre* ise sadece özel sektördeki grev sayısını temsil etmektedir. Diğer değişkenlere ait tanımlama ise önceki paragrafta verilmiştir.

Çalışmada, Türkiye’de yapılan toplu iş sözleşmeleri ve grevlerin işsizlik üzerindeki etkisi, vektör otoregresif (vector autoregressive: VAR) yöntemi yardımıyla test edilmiştir. Greene (1993), değişkenler arası dinamik ilişkileri araştırmada, VAR modellerinin, diğer yapısal modellerden daha

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan Verilerin Yıllık Dağılımı

Yıllar	<i>iss</i>	<i>tis</i>	<i>gre</i>	<i>kis</i>	<i>sue</i>
2000	6,5	1646	33	208595	116.7
2001	8,3	4454	31	775478	121.05
2002	10,3	1764	19	255059	130.11
2003	10,4	1607	21	629240	142.55
2004	10,2	1482	29	325386	153.84
2005	9,5	3977	33	587456	164.77
2006	9,0	1705	22	304392	174.78
2007	9,2	1972	13	459449	185.03
2008	10,0	1704	14	242786	173.51
2009	13,1	1995	13	504796	191.8
2010	11,1	1662	10	338671	201.15
2011	9,1	1939	9	422584	208.35
2012	8,4	1255	7	172948	216.18

Kaynak: TÜİK (2015) ve TCMB (2015) verilerinden derlenmiştir.

etkin olduğunu ileri sürmektedir. İlk defa Sims (1980) tarafından formüle edilen VAR yönteminde, güçlü önsel kısıtlamalar olmaksızın içsel değişkenler arasındaki dinamik ilişkiler tahmin edilmektedir. Dolayısıyla, bu yaklaşımda hangi değişkenin içsel değişken, hangi değişkenin dışsal değişken olacağı zorunluluğunun olmaması ve modellerin kurulmasında sıkı ekonomik kurama bağlı kalınmaması uygulayıcılar açısından büyük bir kolaylık olarak yorumlanmaktadır (Charezma ve Deadman, 1993:181-182; Davidson ve MacKinnon, 1993:685).

VAR yönteminin söz konusu edilen kolaylığı yanında, uygulayıcılar açısından bazı güçlüklerinin de olduğu bilinmektedir. Gujarati (1995:750)'ye göre, m-değişkenli bir VAR modelinde bütün m-değişkenleri durağan olmak zorundadır. Eğer, durağanlık sağlanamıyorsa, veriler uygun bir şekilde dönüştürülmelidir. Başka bir güçlük ise, VAR modelinde uygun gecikme uzunluğunun saptanması konusudur. Örneğin, üç değişkenli bir VAR modelinde, her denklemdeki değişkenin sekiz gecikmeye sahip olduğu varsayılırsa, her denklemde yirmi dört gecikmeli parametre ve sabit terim bulunacaktır. Dolayısıyla örnek uzayının boyutu büyük olmadıkça, tahmin edilen birçok parametre serbestlik derecesini tüketeceği için, modelin parametrelerinin tahmini zorlaşacaktır. Farklı içsel değişkenlerin birlikte düşünüldüğü eşanlı denklem modeline dayanan VAR yönteminde, her içsel değişken kendi gecikmeli ve modeldeki diğer bütün içsel değişkenlerin

gecikmeli değerleriyle açıklanmakta ve modelde genellikle herhangi bir dışsal değişken yer almamaktadır. Bu kapsamda iki değişkenli standart bir VAR modeli şu şekilde ifade edilebilir:

$$y_t = a_1 + \sum_{i=1}^p b_{1i} y_{t-i} + \sum_{i=1}^p b_{2i} x_{t-i} + v_{1t} \quad (1)$$

$$x_t = c_1 + \sum_{i=1}^p d_{1i} y_{t-i} + \sum_{i=1}^p d_{2i} x_{t-i} + v_{2t} \quad (2)$$

Burada; y_t ve x_t değişkenleri, a_1 ve c_1 sabit terimleri, b ve d 'ler tahmin edilecek katsayıları, p gecikme uzunluğunu, v_i 'ler ise white-noise hata terimlerini temsil etmektedir.

Ön Testler

VAR modeliyle analize başlamadan önce değişkenlere yönelik bazı test ve işlemler yapılmıştır. İlk aşamada, değişkenlerin durağanlık düzeyleri, Dickey-Fuller (DF) (1979) ve Phillips-Peron (PP) (1988) testleri kullanılarak araştırılmıştır. DF testinde hata teriminin içsel bağıntılı olması durumunda genişletilmiş DF testi (Augmented Dickey Fuller:ADF) kullanılmaktadır. Bu şekilde yapılan test ADF testi olarak bilinmektedir.

Birim kök test sonuçlarının sunulduğu Tablo 2'den izlenebileceği gibi, her iki test sonucunda, test biçimi olarak sabit terimli modelde, *tis* ve *kis* değişkenleri hariç, tüm değişkenlerin %1 anlamlılıkta durağan olmadığı, fakat birinci farkları alındıktan sonra durağan olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda tahmin edilecek VAR modelinde, *tis* ve *kis* değişkeni düzey değerleriyle, *iss*, *gre* ve *sue* değişkenleri ise birinci farkı alındıktan sonraki değerleriyle yer alacaktır.

VAR modeliyle analize başlarken ikinci aşamada, modelin en uygun gecikme uzunluğu belirlenmiştir. Bunun için literatürde genellikle Akaike bilgi ölçütü (Akaike Information Criterion: AIC), Schwarz bilgi ölçütü (Schwarz Information Criterion: SC) ve Son Tahmin Hatası ölçütü (Final prediction error: FPE) kullanılmaktadır (Johansen, 1995; Enders, 1995). Gecikme uzunluğunun belirlenmesine ilişkin elde edilen sonuçlar,

Tablo 2. Birim Kök Testi Sonuçları

<i>Düzye Değerleri</i>		<i>DF</i>	<i>ADF</i>	<i>PP</i>
Sabit Terimli Model	İSS	-2.50 [0.01]	-2.56 (4) [0.10]	-2.33 [0.16]
	TİS	-6.80*** [0.00]	-3.53(4)** [0.01]	-8.90*** [0.00]
	GRE	-2.24 [0.19]	-1.85(4) [0.34]	-2.32 [0.16]
	KİS	-6.06*** [0.00]	-6.50(5)*** [0.00]	-7.95*** [0.00]
	SUE	-0.71 [0.83]	-0.71 (0) [0.83]	-0.75 [0.82]
Sabit Terimli ve Trendli Model	İSS	-3.24* [0.08]	-2.69(4) [0.24]	-3.31* [0.07]
	TİS	-6.81*** [0.00]	-3.85** [0.02]	-14.95*** [0.00]
	GRE	-4.47*** [0.00]	3.08 [0.12]	-4.48 [0.00]
	KİS	-6.01*** [0.00]	-7.55(5)*** [0.00]	-10.18*** [0.00]
	SUE	-3.24* [0.08]	-3.90540(1)** [0.01]	-3.42 [0.05]
Birinci Farkları				
Sabit Terimli Model	DİSS	-9.05*** [0.00]	-2.30(3)*** [0.17]	-13.52255*** [0.00]
	DTİS	-9.53*** [0.00]	-11.28(2)*** [0.00]	-18.72 [0.00]
	DGRE	-9.02*** [0.00]	-3.02(3)** [0.03]	-15.44*** [0.00]
	DKİS	-8.21*** [0.00]	-5.69(5)*** [0.00]	-13.92*** [0.00]
	DSUE	-6.05*** [0.00]	-6.05(0)*** [0.00]	-6.22*** [0.00]
Sabit Terimli ve Trendli Model	DİSS	-9.08*** [0.00]	-2.64(3) [0.26]	-19.44*** [0.00]
	DGRE	-8.93 [0.00]	-2.95(3) [0.15]	-16.11*** [0.00]
	DTİS	-9.44*** [0.00]	-11.17(2)*** [0.00]	-18.43*** [0.00]
	DKİS	-8.14*** [0.00]	-5.61*** [0.00]	-13.91*** [0.00]
	SUE	-3.24* [0.08]	-3.90(1)** [0.01]	-3.42 [0.05]

Not: Parantez içindeki değerler Schwarz Kriterine göre belirlenmiş gecikme uzunluğunu, köşeli parantez içindeki değerler ise p-olasılık değerlerini göstermektedir. PP testi için bant genişliği Newey-West temelli Barlet Kernel tekniği kullanılarak seçilmiştir. ***, ** ve * sırasıyla %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeylerini ifade etmektedir.

Tablo 3'de sunulmuştur.

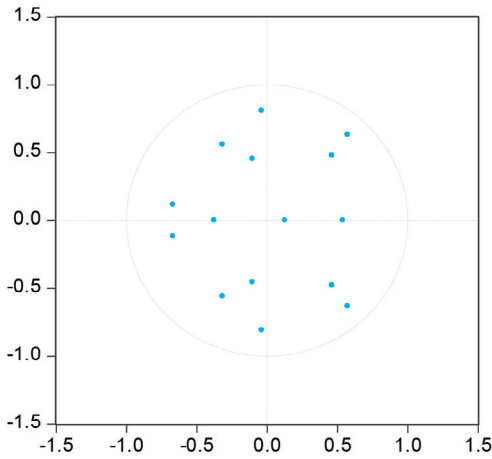
Buna göre, uygun gecikme uzunluğu SC'ye göre sıfır, AIC ve FPE'ye göre dört olarak gerçekleşmiştir. Ancak sıfırıncı gecikme geçersiz olacağından dikkate alınmamıştır. Dördüncü gecikme uzunluğunda ise LM olasılık değerlerinin tümü 0.05'den büyük çıkmadığı için hata teriminin bilinen

Tablo 3. VAR Uygun Gecikme Uzunluğu

Gecikme Uzunluğu	FPE	AIC	SC
0	8.78e+17	55.50115	56.49497*
1	7.00e+17	55.24372	57.23137
2	1.45e+18	55.88367	58.86515
3	8.22e+17	55.13046	59.10577
4	4.02e+17*	54.06926*	59.03840

varsayımları sağlamadığı belirlenmiştir. Bu durumda, diğer gecikme uzunlukları incelenerek, uygun gecikmenin üç olduğu VAR modeli tercih edilmiştir. Bu gecikme uzunluğunda istikrar koşulu test edilmiş ve üç gecikmeli modelin karakteristik ters kökleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Var Modelinin Karakteristik Ters Kökleri



Burada ters kökler birim çember içinde kalmaktadır. Lütkepohl'e (1991) göre, böyle bir VAR modeli durağan bir sürece sahip olup; etki-tepki fonksiyonları, standart hata ve benzeri sonuçlar açısından geçerlidir. Sonuç olarak üç gecikmeli VAR modeli, doğrulama testleri açısından etkin ve tutarlıdır. Bu gecikme uzunluğunda ayrıca değişen varyans sorunu olup olmadığı White testi ile araştırılmış ve olasılık değerinin Tablo 5.a'da görüldüğü üzere, 0.05 den büyük olduğu izlenmiştir. Buna göre, değişen varyansın olmadığı H_0 hipotezi de kabul edilmektedir. Modelde otokorelasyon sorununun varlığı Tablo 5.b'deki gibi test edilmiş ve otokorelasyonun olmadığı H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5a. Değişen Varyans Testi

Ki-Kare İstatistiği	Serbestlik Derecesi	Olasılık Değeri
536.68	525	0.35

Tablo 5b. Otokorelasyon Testi

Gecikme Uzunluğu	LM-Test İstatistiği	Olasılık Değeri
1	30.63	0.20
2	16.32	0.90
3	25.42	0.43
4	33.11	0.12
5	16.96	0.88
6	23.47	0.54
7	23.73	0.53
8	31.61	0.16
9	21.12	0.68
10	20.63	0.71
11	19.14	0.79
12	22.45	0.60

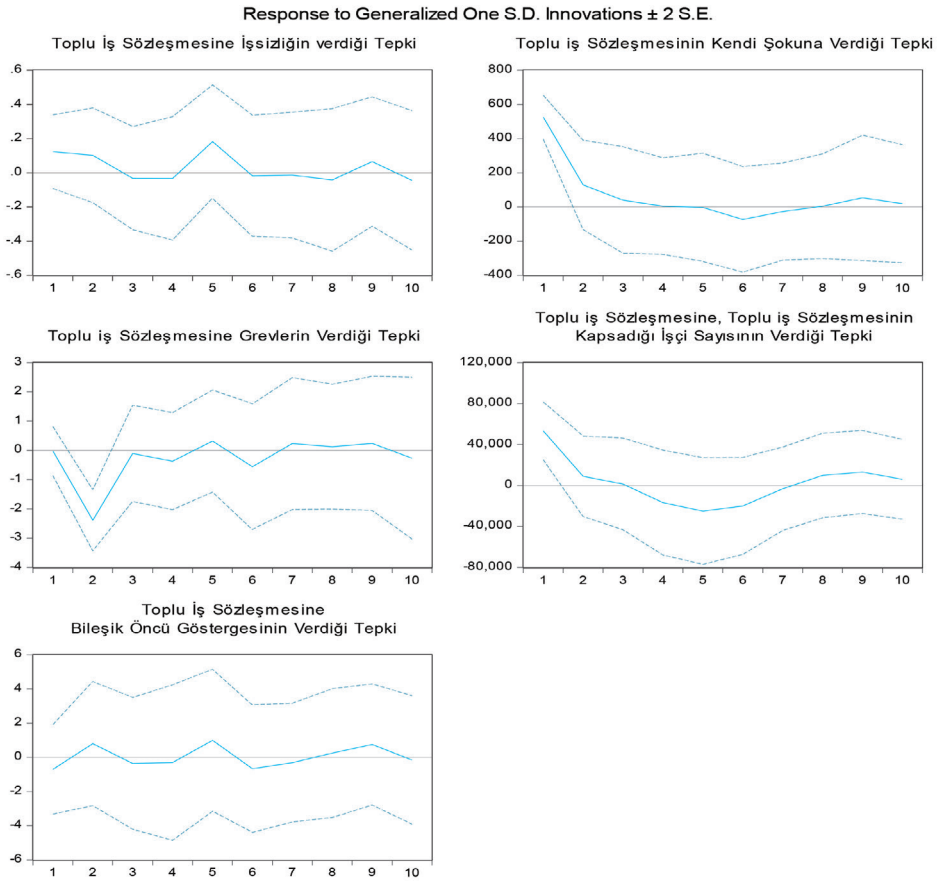
B- Etki-Tepki Fonksiyonları

Analizin bu kısmında, Türkiye'de toplu iş sözleşmeleri ve grevlerin işsizlik üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla, on dönem için elde edilen etki-tepki fonksiyonlarına yer verilmiştir. Güven aralıkları için Monte Carlo simülasyon tekniği kullanılmıştır. Grafik 1'de toplu iş sözleşmelerinin hata terimlerinde ortaya çıkan 1 standart sapmalık

genelleştirilmiş etkisine diğer değişkenlerin gösterdiği tepkiler analiz edilirken; Grafik 2'de, grevlerin hata terimlerinde meydana gelen 1 standart sapmalı genelleştirilmiş etkisine diğer değişkenlerin verdiği tepkiler araştırılmıştır. Pesaran ve Shin (1998), tarafından ortaya atılan genelleştirilmiş etkiler yaklaşımında, şokların etkisi VAR modelindeki değişkenlerin sıralamasına bağlı olmadan analiz edilmektedir. Dolayısıyla bu yaklaşımda farklı sıralama biçimlerine bağlı olarak ortaya çıkması muhtemel sonuçlardan kaçınılmaktadır.

Grafik 1'de, toplu iş sözleşmesinin başlangıç döneminde işsizliği azalttığı, üçüncü dönemden itibaren ise, arttırdığı görülmektedir. Aynı dönemlerde

Grafik 1. *Toplu İş Sözleşmesi Değişkeninin Hata Terimlerinde Meydana Gelen 1 Standart Sapmalı Genelleştirilmiş Etkisine Diğer Değişkenlerin Gösterdiği Tepkiler*



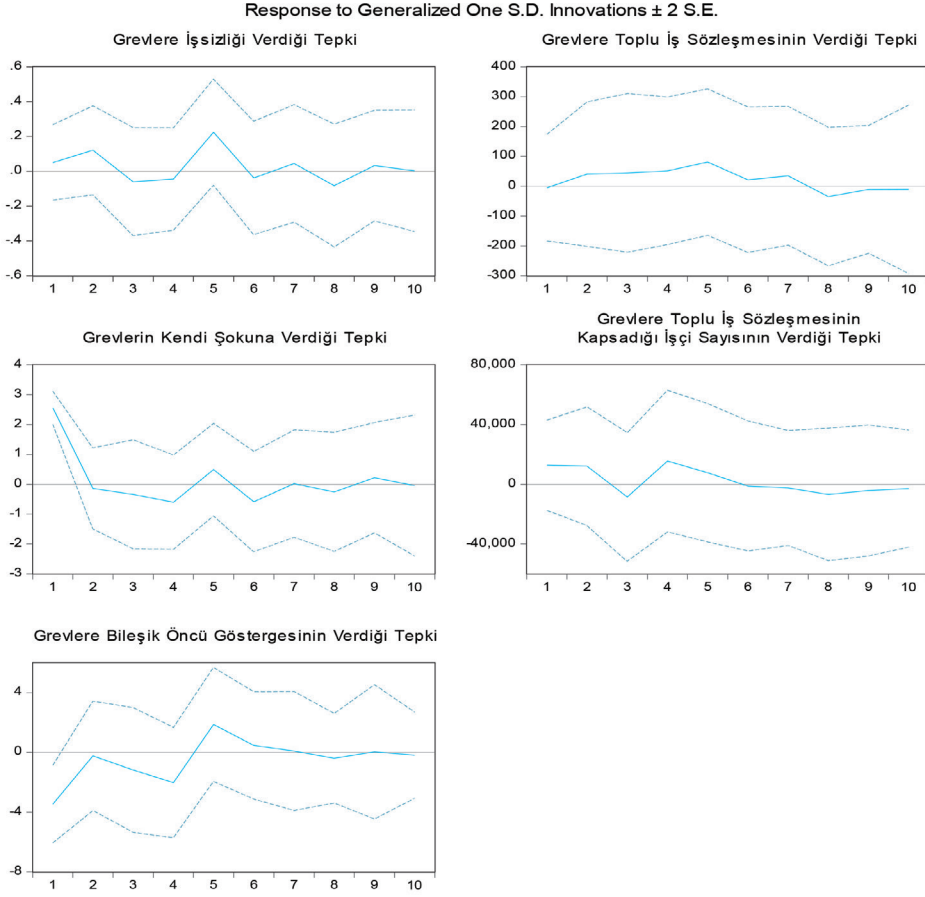
grev değişkeni de benzer bir trendde sahiptir. İşsizliğin, öngörülenin aksine, birinci ve ikinci dönemlerde azalış yönünde tepki vermesinin, araştırmanın yapıldığı dönem itibariyle sendikaların ücret artışından çok istihdam güvencesini öncelemiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Burada, 2000 sonrası uygulanan yeni ekonomik modelde enflasyonla mücadele politikaları önemli bir faktör olarak görülmektedir. Ekonomik istikrara bağlı olarak grevler de başlangıç döneminde azalmıştır. İşsizliğin ve grevlerin azaldığı durumda bileşik öncü göstergesi artış yönünde bir yanıt vermiş olup, beklentilerle uyumlu bir davranış göstermiştir. Toplu iş sözleşmesine, toplu iş sözleşmesinin kapsadığı işçi sayısının azalarak yanıt vermesinin, toplu iş sözleşmesinin kendi şokuna vermiş olduğu daraltıcı yanıtıtan kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir.

Grafik 2’de grev değişkeninin hata terimlerinde meydana gelen 1 standart sapmalı genelleştirilmiş etkisine başlangıç döneminde, işsizlik ve toplu iş sözleşmesi değişkeni beklentilerle uyumlu bir şekilde artarak yanıtlanmıştır. Grev nedeniyle işine son verilenlerin olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, ilgili yasaya göre, grev süresince iş sözleşmeleri askıda kalması da işsizliği artıran bir faktördür. Grev süresince toplu iş sözleşme sayısının birinci dönemden itibaren artışı toplu pazarlık sürecinin uzlaşmayla sonuçlandığını ve grevlerde geçirilen sürenin kısa olduğunu belirtmektedir. Başlangıç döneminde grevlerin kendi şokuna verdiği daraltıcı tepkiden dolayı, grevlerin yaygın olmayacağı yönündeki beklentileri güçlendirdiği, dolayısıyla bileşik öncü gösterge değişkeninin artarak yanıt vermesine yol açtığı görülmüştür. Toplu iş sözleşmesinin kapsadığı işçi sayısı ise, başlangıç döneminde grevlere tepkisiz kalmış, takip eden dönemde azalmıştır. Buradan, toplu pazarlık sürecinin grevle sonuçlanması durumunda, sözleşme kapsamı içine giren çalışan sayısının azaldığı anlaşılmaktadır. İşyerinde çalışanların farklı özlük haklarına sahip olması anlamına gelen bu gelişme çalışma barışı açısından riskli bir durum ortaya çıkarmaktadır.

C- Varyans Ayırıştırması

Analizin bu aşamasında, modeldeki her bir değişkenin öngörü hata varyansını, diğer değişkenlerin şoklarına ve kendi şoklarına bağlı olarak açıklayan varyans ayırıştırmasına yer verilmiştir. Tahmin edilen VAR modelinden elde edilen varyans ayırıştırması sonuçlarının sunulduğu Tablo

Grafik 2. Grev Değişkeninin Hata Terimlerinde Meydana Gelen 1 Standart Sapmalılık Genelleştirilmiş Etkisine Diğer Değişkenlerin Verdiği Tepkiler



6'da, bütün değişkenlerin öngörü hata varyansının temel kaynağı öncelikle kendi şoklarıdır. İşsizliğin varyans bölüşümünde, değişkenlerin payı onuncu döneme kadar artarak devam etmiş olup, sonraki dönemlerde değişmeden kalmıştır. Tablo 6'dan da takip edilebileceği gibi, onuncu dönemde işsizlikteki değişimin yaklaşık olarak %7'si toplu iş sözleşmesinden, %10'u grevlerden, %12'si toplu iş sözleşmesinin kapsadığı işçi sayısından, %8'i ise bileşik öncü göstergesinden kaynaklanmıştır.

Analizden elde edilen bulgular ışığında, toplu iş sözleşmesi sürecinin iyi yönetilebilmesi durumunda, hem grevlerden kaynaklanan işsizliğin azaltılması, hem de diğer değişkenlerden kaynaklanan işsizliğin

azaltılmasının mümkün olabileceği anlaşılıyor. Bu da büyük ölçüde toplu iş sözleşmesinde tarafların uzlaşmacı bir tutum sergilemesine bağlı olacaktır. Bunun aksine bir tutumun sergilenmesi durumunda, işsizliği doğuran esas faktörlere yeni faktörler eklenmiş olacak, bu ise çalışanlar açısından istihdam edilebilme olanaklarını kısıtlayacaktır.

Tablo 6. *Varyans Ayrıştırması*

Değişkenler	Dönem	<i>diss</i>	<i>tis</i>	<i>dgre</i>	<i>kis</i>	<i>dsue</i>
<i>diss</i>	1	100	0	0	0	0
	5	65.30	6.47	9.64	10.67	7.90
	10	62.62	7.02	10.06	12.19	8.08
	15	62.15	7.38	10.06	12.24	8.15
	20	62.10	7.39	10.06	12.27	8.15
<i>tis</i>	1	3.25	96.74	0	0	0
	5	8.88	75.29	3.25	8	4.55
	10	8.79	73.51	3.81	9.19	4.68
	15	8.88	73.09	3.84	9.43	4.74
	20	8.88	73	3.84	9.51	4.75
<i>dgre</i>	1	0.54	0.05	99.40	0	0
	5	5.58	37.03	45.63	7.87	3.86
	10	5.88	37.04	44.7	8.52	3.78
	15	6.04	36.95	44.6	8.56	3.82
	20	6.051	36.96	44.58	8.56	3.83
<i>kis</i>	1	1.27	42.71	2.99	53	0
	5	9.55	34.71	5.46	48.32	1.94
	10	9.23	35.59	5.18	47.47	2.51
	15	9.39	35.29	5.18	47.42	2.70
	20	9.40	35.23	5.17	47.42	2.75
<i>dsue</i>	1	6.05	36.96	44.58	8.566	3.83
	1	16.24	0.01	15.19	10.14	58.40
	5	15.25	1.95	19.91	19.74	43.13
	10	15.86	2.85	19.64	19.92	41.69
	15	16.01	2.99	19.50	20.03	41.46
20	15.98	3.04	19.48	20.05	41.42	

SONUÇ

Bu çalışmada, 2000 yılı sonrası dönemde, Türkiye’de toplu iş sözleşmeleri ve grevlerin işsizliğe etkisi VAR yöntemiyle araştırılmıştır. Araştırılan dönem, hem uygulanan ekonomi politikaları bakımından, hem de siyasal istikrar bakımından önceki yıllardan farklıdır. Mali disipline bağlı kalınması ve enflasyonla mücadelenin bütün dönemler itibarıyla sürdürülmesi, toplu pazarlık aşamasında tarafların daha kolay uzlaşmasını sağlayacak bir ortamın oluşmasını sağlamıştır.

Analizin etki-tepki fonksiyonları kısmından elde edilen bulgulara göre,

başlangıç dönemi ve takip eden dönemde, yani kısa dönemde, toplu iş sözleşmelerine işsizlik ve grevler azalarak yanıt vermiştir. Bu, tarafların çalışma ilişkilerini belirleyen toplu iş sözleşmelerinin uyum içinde sonuçlanması ve doğabilecek grevleri önlemesi toplumdaki iktisadi aktörlerin beklentilerini olumlu etkileyecektir. Bileşik öncü göstergenin artış yönünde tepki vermesinin bundan olduğu düşünülmektedir. Türkiye ekonomisi için yeni dönem olarak nitelendirilebilecek analiz dönemi bu açıdan değerlendirildiğinde; özellikle sosyal politika alanında önceki dönemlerden farklı olarak, toplu pazarlık sürecindeki gerginliklerin azalması ya da en azından bu alandaki olumsuz gelişmelerin ekonomik yaşam üzerindeki etkisinin düşük seviyede kaldığı anlaşılmaktadır. Başlangıç döneminde, grevlere, işsizlik ve toplu iş sözleşmelerinin artarak yanıt vermesi, beklentilerle uyumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Grev süresince işine son verilenlerin olduğu sonucu çıkmaktadır. Bununla birlikte, grevlerin başlamasını takiben toplu iş sözleşmelerinin birinci dönemden itibaren artışı, toplu pazarlık sürecinin uzlaşmayla sonuçlandığını ve grevlerde geçirilen sürenin kısa olduğunu göstermektedir. Bu sonuç çalışma açısından önemli olup; 2000 sonrası dönemin toplu pazarlık süreci açısından uzlaşmanın daha fazla gerçekleştiği ve taraflar arasındaki gerilimin düzeyinin düştüğünü belirtmektedir.

İşsizliğin varyans bölüşümünde ise toplu iş sözleşmelerinin ve grevlerin payı onuncu döneme kadar artmasına rağmen, sonraki dönemlerde değişmeden kalmıştır. Varyans bölüşümünde, işsizlikteki değişimin temel kaynağının kendisi olduğu tespiti bir tarafa bırakılacak olursa, yaklaşık olarak %7'si toplu iş sözleşmelerinden ve %10'unun grevlerden kaynaklandığı bulgusu elde edilmiştir. İşsizliğin %17'sinin toplu iş sözleşmeleri ve grevlere bağlı olması, işsizliğin nedenleri ve işsizlikle mücadelede bilinen nedenlerin dışındaki sosyal politika uygulamaları kapsamında olan nedenlerin de düşünülmesini zorunlu kılmaktadır.

Sonuç olarak, analizden elde edilen bulgulara göre, işsizlik hem toplu iş sözleşmesine hem de grevlere duyarlıdır. Dolayısıyla işsizliği azaltmaya yönelik uygulanacak politikaların sosyal politikaları da kapsayacak şekilde ele alınmasını ve bunun yönetilebilir enflasyon düzeyiyle desteklenmesini gerekli kılmaktadır. Bu, hem reel ücretler üzerindeki baskının azalmasını sağlayarak toplu pazarlık sürecinin sadece ücret pazarlığı hedefine yoğunlaşmamasına neden olacak; hem de işsizlikle mücadelenin daha kolay yapılmasını temin edecektir.

Kaynakça

- Aidt, Toke ve Zafiris Tzannatos (2002), “Unions and Collective Bargaining, Economic Effects in a Global Environment”, *Directions in Development*, World Bank, Washington.
- Aktakas, Başak Gül (2013), “Post Keynezyen İktisat: Ücret Belirlenimi ve Türkiye Ekonomisi Üzerine Bir Uygulama”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Danışman: Prof.Dr. Mehmet Fatih Cin.
- Charezma, Wojciech ve Derek. F. Deadman (1993), *New Directions in Econometric Practice USA: Edward Elgar*.
- Çetintaş, Hakan; Şenkal, Abdülkadir ve Halit Başel (2008), “Unionization, Unemployment and Economic Growth; Case of Turkey”, *Serbian Journal of Management*, 3(2), 157-170.
- Davidson, Russell ve James G. Mackinnon (1993), “Estimation and Inference in Econometrics”, (London: Oxford University Press).
- Demircioğlu, Murat ve Tankut Centel (2009), *İş Hukuku, Bireysel İş Hukuku Toplu İş Hukuku*, (Gözden geçirilmiş onüçüncü baskı), (Beta Basım, İstanbul).
- Dickey, David A. ve Wayne A. Fuller (1979), “Distribution of the Estimates for Autoregressive Time Series with a Unit Root”, *Journal of the American Statistical Association*, 74: 427-431.
- Ebell, Monique ve Christian Haefke (2004), “The Missing Link: Product Market Regulation, Collective Bargaining and the European Unemployment Puzzle”, 2004 Meeting Papers, Society for Economic Dynamics.
- Enders, Walter (1995), *Applied Econometric Time Series*, (New York: John Wiley and Sons Inc).
- Greene, William H. (1993), “Econometric Analysis”, 2nd edition Englewood Cliffs, New Jersey Prentice Hall.
- Gujarati, Damodar N. (1995), *Basic Econometrics*, (3 Baskı), McGraw-Hill,
- Johansen, Soren (1995), “Likelihood Based Inference in Cointegrating Vector Autoregressive Models”, (New York: Oxford University Press).
- Kayacan, Yalçın (2004), “Grevlerin Ekonomik Etkileri: 1963-2000 Türkiye Örneği”, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Rahmi Yamak.
- Lütkepohl, Helmut (1991), “Introduction to Multiple Time Series Analysis”, Springer-Verlag, Berlin.
- Nickell, Stephen ve Richard Layard (1999), “Labor Market Institutions and Economic Performance”, *Handbook of Labor Economics*, 1, 3, 46, 3029-3084, Elsevier.
- OECD (1997), *Economic Performance and the Structure of Collective Bargaining*, Employment Outlook, Paris, [http://www.oecd.org/els/emp/2080431.pdf] (22.03.2013).
- Peker, Osman ve Mehmet Bölükbaş (2012), “An Empirical Analysis of the Factors Determine Unemployment in Turkey”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi*, 26, 3-4, 33-43, Erzurum.

Pencavel, John (1999), “The Role of Labor Unions in Fostering Economic Development” World Bank Policy Research Working Paper, 1469, 1-27.

Pesaran, Hashem M. ve Yongcheol Shin (1998), “Generalized Impulse Response Analysis in Linear Multivariate Models”, *Economics Letters*, 58, 17-29, Cambridge, UK.

Phillips, Peter C. B. ve Pierre Perron (1988), “Testing for a Unit Root in Time Series Regression”, *Biometrika*, 75 (2): 336-346.

Seyfettinoğlu, Ümit K.; Mert, Mehmet, ve Damla Duman Ayoğlu (2009), “Türkiye’de Grevler ve İşsizlik”, I. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu, 22-23 Ekim, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Sims, Christopher A. (1980), “Macroeconomics and Reality”, *Econometrica*, 48, 1-49.

Şahin, Hasan (2002), “Poisson Regresyon Uygulaması: Türkiye’deki Grevlerin Belirleyicileri 1964-1998”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 5, 173-180.

TCMB (2013), Elektronik Veri Dağıtım Sistemi, [<http://evds.tcmb.gov.tr/cbt.html>] (18.03.2013).

TCMB (2015), Elektronik Veri Dağıtım Sistemi, [<http://evds.tcmb.gov.tr/cbt.html>] (03.07.2015).

Traxler, Franz ve Bernd Brandl (2009), “The Economic Effects of Collective Bargaining Coverage: A Cross-National Analysis”, Global Union Research Network (GURN), International Labor Organization, Geneva.

TÜİK (2013), İstatistiki Göstergeler, [<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge>] (15.03.2013).

TÜİK (2015), İstatistiki Göstergeler, [<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge>] (03.07.2015).

Vedder, Richard ve Lowell Gallaway (2002), “The Economic Effects of Labor Unions Revisited”, *Journal of Labor Research*, 23(1), 105-130.

Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntı ve Yeniden Yapılandırma: Adana İlinde Bir Uygulama¹

Financial Distress and Restructuring in the Private Hospitals: An Application for Adana

Emel YÜCEL*

Yıldırım Beyazıt ÖNAL**

ÖZ

Bu çalışmada, özel hastanelerde finansal sıkıntı ve yeniden yapılandırma sürecine yaklaşım incelenmiştir. Bu çerçevede, sağlık işletmelerinin finansal sıkıntıya yaklaşımı, finansal yapıları ve kurumsal yapı özellikleri araştırılmıştır. Türkiye’de sağlık sisteminin gelişimi ve bu gelişimin özel sektöre etkileri değerlendirilmiştir. Anket çalışması sonucunda, özel hastanelerin hangi şartlar altında faaliyetlerini gerçekleştirdikleri ve finansal kararlar aldıkları ortaya konulmuştur. Buna göre, özel hastanelerin temel gelir kaynağı olarak ilk sırada kamu sağlık sigortası yer almaktadır. En çok gelir yarattıkları hizmet grubu, ameliyat ve tıbbi müdahale uygulamalarıdır. Faaliyet sürecinde karşılaşılan en önemli harcama, işçilik giderlerinden oluşmaktadır. Sağlık sektörünü etkileyen en önemli risk faktörü, ulusal sağlık reformları olarak değerlendirilmiştir. Hastaneler fon kaynakları arasından tercih yaparken, uzun süreli borç finansmanını öncelikli olarak kullandıklarını belirtmişlerdir. Finansal sıkıntıya yol açabilecek en önemli faktör, firmanın alacaklarının zamanında tahsil edilememesi şeklinde belirlenmiştir. Finansal sıkıntı durumunda, mevcut ortakların sermayelerini artırma yöntemi sıklıkla tercih edilen yöntem olarak saptanmıştır. Finansal sıkıntının erken tespitinde ise, mali tablo oranlarındaki değişimlerin izlendiği tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hastane performansı, sermaye yapısı, finansal sıkıntı, yeniden yapılandırma, anket

ABSTRACT

In this study, financial distress and restructuring process at the private hospitals is investigated. In this context, financial distress approach of health enterprises, corporate financial structures and corporate governance structure was examined. It has been assessed the development of the health system in Turkey and its effects on the private sector. The results of the survey have demonstrated how the private hospitals have performed their activities and make financial decisions. According to the findings of the study, the first basic income source of the private hospitals is the public health insurance. The top revenue creations service is surgery and medical applications. The most significant expenditures made to generate the service are labor costs. The most important risk factor affecting the health sector is evaluated as national health reforms. It has been determined when the hospitals choose the resource they have prefer long-term debt financing. It has been understood the most important factor that could lead to financial distress is the company’s inability to collect the receivables in due time. When the financial distress is occur in the hospitals, they have preferred the increase of the shareholders capital. For the determination of the financial distress, they have monitoring changes in the financial statements.

Keywords: Hospital performance, capital structure, financial distress, restructuring, survey

* Yrd. Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi, Kozan İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, eyucel@cu.edu.tr

** Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, ybeyazit@cu.edu.tr

1 Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi BAP Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiş olup, Çukurova Üniversitesi Araştırma ve Proje Birimi çalışanlarına ve saha çalışması aşamasında özveriyle katkıda bulunan Adana İl Valiliği’ne teşekkürlerimizi sunarız.

(Makale gönderim tarihi: 22.04.2015 / Kabul tarihi: 30.07.2015)

GİRİŞ

Genel olarak sağlık sektörü, toplumda koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon amacıyla sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve kamuoyuna sunulması sürecine katkıda bulunan ekonomik birimlerden oluşmaktadır. Bu ekonomik birimlerden biri olan özel hastaneler, sağlık hizmeti sunumunda önemli bir paya sahiptir. Diğer birimlerden farkı, özel sermayeli olarak kurulması ve girişimcinin yatırımdan elde edebileceği getiriye karşılık risk üstlenmesi açısından ortaya çıkmaktadır. Bu durum özel hastanelerin yönetiminin ticari işletme temelinde yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bir hizmet sektörü olarak faaliyette bulunan özel hastaneler, aynı zamanda bir kamu hizmetini karşılıyor olmanın sorumluluğu altında özel bir statüye sahiptirler. Özel hastaneler, küresel çapta yaşanan ekonomik krizlerden önemli derecede etkilenmekte ve işten çıkarmalar, ücret ödemelerini ertelemeler ve hastanenin el değiştirmesi gibi olumsuzluklarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Ek olarak ulusal sağlık reformlarının sağlık sektöründeki belirsizliği artırması, hastaneler açısından finansal riskin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Firmalar faaliyetlerini yürütürken, hissedarlardan sağladıkları kaynaklar bazı durumlarda yeterli olmamakta veya firma açısından dezavantajlı olabilmektedir. Sermaye yapısında borçla finansmana yer verilmesi, ortalama sermaye maliyetinin azaltılmasına olanak sağlamaktadır. Buna karşın, firmanın beklenmedik durumlarla karşı karşıya kalması, nakit akımlarında önemli düşümlere yol açarak, finansal yükümlülüklerin karşılanamamasına neden olabilmektedir. Finansal sıkıntı olduğunda, taraflar açısından çıkarlar çatışmakta, borç veren alacağını garanti altına olmak ister iken, borç alan işini ve sermayesini kaybetmeme amacını taşımaktadır. Bu süreçte, asimetric ve eksik bilgilenmenin olması halinde, finansal sıkıntıyla doğru orantılı olarak taraflar arasındaki çıkar çatışmaları da artmaktadır. Bir işletmenin finansal sıkıntı yaşaması halinde yalnız işletme değil, bütün ülke ekonomisi olumsuz etkilenmektedir. Finansal sıkıntı, tüketiciler üzerinde neden olduğu olumsuz beklentiler nedeniyle talepte daralma, büyümenin yavaşlaması, özellikle halka açık şirketler yönüyle sermaye piyasalarını olumsuz etkilenmesi ve işsizlik düzeyinin yükselmesiyle sonuçlanabilmektedir. İşletmede çalışanların iş güvencelerinin tehlikeye düşmesi çalışma isteklerini düşürerek kilit personelin kaybedilmesine neden olabilmekte ve yöneticilerin başarısızlıkla mücadele için harcadıkları zaman firma performansına olumsuz yansımaktadır (Altman ve Hotchkiss, 2006, s.225).

Özel hastanelerde finansal sıkıntı ve yeniden yapılandırma süreci, sağlık sektörünün kendine özgü yapısı göz önünde bulundurulduğunda diğer işletmelerden, nitelikli iş gücü, ileri teknoloji ve sosyal sorumluluk içermesi açısından farklılıklar göstermektedir. Kamu hizmetinde bütüncül olarak insan ve toplum sağlığı esas alınır iken, özel sermayeli işletme kapsamında sunulan sağlık hizmetinde bir birinden farklı faaliyetler sunularak elde edilebilecek getiri ve bunun karşılığında maruz kalınan risk dengesinin kurulması öncelikli amaç olacaktır. Benzer şekilde, kamu hizmetinde bir sağlık kurumu faaliyetlerinden dolayı zarar ediyor durumda olsa dahi faaliyetine devam edebiliyor iken, özel sermayeli olarak kurulan bir sağlık işletmesinde bu durum söz konusu olmamaktadır. Belirtilen bu temel ayırım dikkate alındığında finansal yönetim açısından özel sağlık işletmelerinin kamu sağlık hizmeti sunan kurumlardan farklı yaklaşımlar üzerinden değerlendirilmeleri gerekmektedir. Bu durum, sağlık sektöründe yaşanan sorunlara özgü finansal yönetim uygulamaları geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu çalışmada Adana ilinde faaliyette bulunan özel sermayeli hastanelerin finansal sıkıntı ve yeniden yapılandırma sürecine ilişkin yaklaşımları, anket çalışması yapılarak ve resmi istatistiklerden yararlanılarak araştırılmıştır.

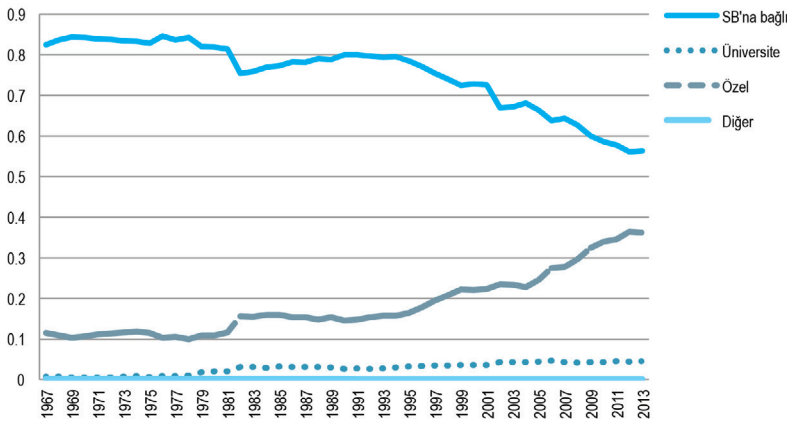
I- TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİNİN GELİŞİMİ VE ÖZEL SEKTÖRÜN YERİ

Türkiye’de 1920 yılında Sağlık Bakanlığının kurulmasıyla birlikte daha iyi sağlık hizmeti sunumuna yönelik reformlar yapıldığı ve Cumhuriyetin ilanından sonra bu reformlara hız verildiği görülmektedir. Ayrıca, 1980’li yıllarda sağlık hizmeti sunumunda özel sektör girişimleri önem kazanmaya başlamıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesine odaklanılarak 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” yürürlüğe konularak, devlet memuru ve emekli sandığı üyelerine sevk olmadan özel hastanelere gidebilme olanağı sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde Performansa Dayalı Ödeme Sistemi’ne 2004 yılında geçilmiştir. Reçeteli ilaçlarda Katma Değer Vergisi oranı 2004 yılında %18’den %8’e indirilmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 2007 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından uygulamaya konulmuş ve tüm vatandaşlara birinci basamak sağlık hizmeti ücretsiz sunulmaya başlanmıştır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2008 yılında hayata geçirilerek, sağlık hizmet sunumuna erişim açısından birlik sağlanmıştır. Özel hastanelerin, SGK tarafından belirlenen fiyatların tamamına ücretlendirme yapabileme olanağı ve kamu hastanelerine dış kaynak kullanımı

olarak teşhis ve tanı hizmetlerini sağlayabilme olanakları bu dönemde ortadan kaldırılmıştır. Özel hastane sayısı ve tahakkuk ettikleri fatura tutarlarının beklenenden fazla olması, özel sektöre yönelik bir takım sınırlayıcı uygulamaların getirilmesine yol açmıştır. 2008 yılında çıkan kararlar, SGK ile anlaşan özel hastanelere SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme sınırı getirilerek, hastalar ödemenin bir kısmını kendi bütçelerinden karşılamışlardır. 2010 yılında üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören yasa kabul edilmiştir. Aynı yıl içerisinde SGK, özel hastanelerin hastadan aldıkları fark ücretini belirlemek için özel hastaneleri sınıflandırma uygulamasını başlatmıştır. Kamu Hastaneleri Birliği Kanunu'nun 2011 yılında yürürlüğe girmesiyle birlikte sağlık hizmetinin sunumu ve denetimi birbirinden ayrılmıştır. Birliğin yönetici personeli sözleşmeli personel statüsüne alınarak, birliğe dönüştürülen kurumlar performans değerlendirmesine tabi tutulmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, hizmet sunumunda denetim ve düzenleme konusuna ağırlık vermeye başlamıştır.

Son yıllarda özel hastanelerin sağlık sektöründeki yeri ve öneminin arttığı anlaşılmaktadır. Bu gelişme, Türkiye'de 1967-2013 döneminde yataklı sağlık kurumlarının sağlık hizmet sunucularına göre dağılımını gösteren Grafik 1 üzerinden görülebilmektedir.

Grafik 1. Hizmet Sunucusuna Göre Yataklı Sağlık Kurumları Sayısının Dağılımı

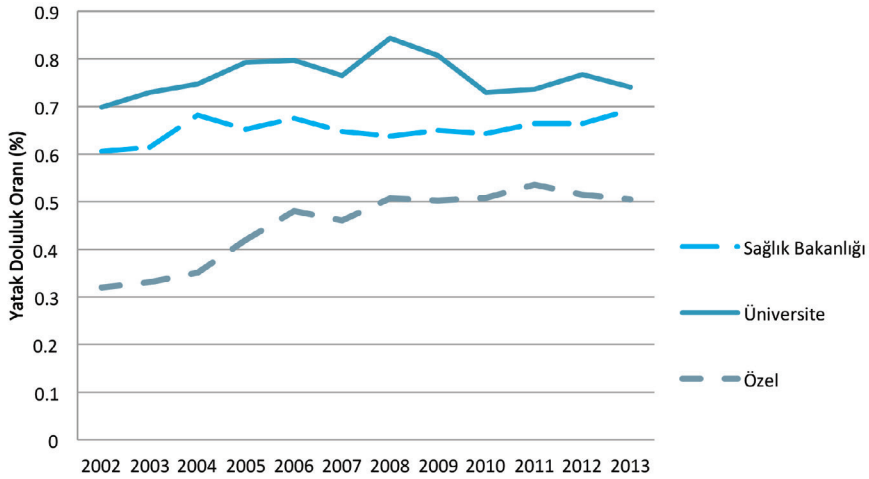


Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu istatistiklerinden elde edilen veriler kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095

Grafik 1’de Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı kurumlar, üniversiteler, özel kesim ve diğer sağlık kurumlarının (Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları ve Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler) sayıları incelendiğinde Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sürecinin 2000’li yıllarda başlamasıyla birlikte sağlık hizmeti sunumunda özel kesimin ağırlığının arttığı dikkati çekmektedir. Buna karşın Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 2003 yılında uygulamaya konulmasıyla birlikte kamu kesiminin payı da azalmaktadır. Söz konusu gelişme yalnızca özel hastanelerin kapasitelerinin genişlemesi üzerinden değil aynı zamanda hizmet kalitesi ve niteliği açısından da ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de 2002-2013 yıllarına ilişkin hastanelerin yatak doluluk oranları Grafik 2’de sunulmuştur.

Grafik 2. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yatak Doluluk Oranları

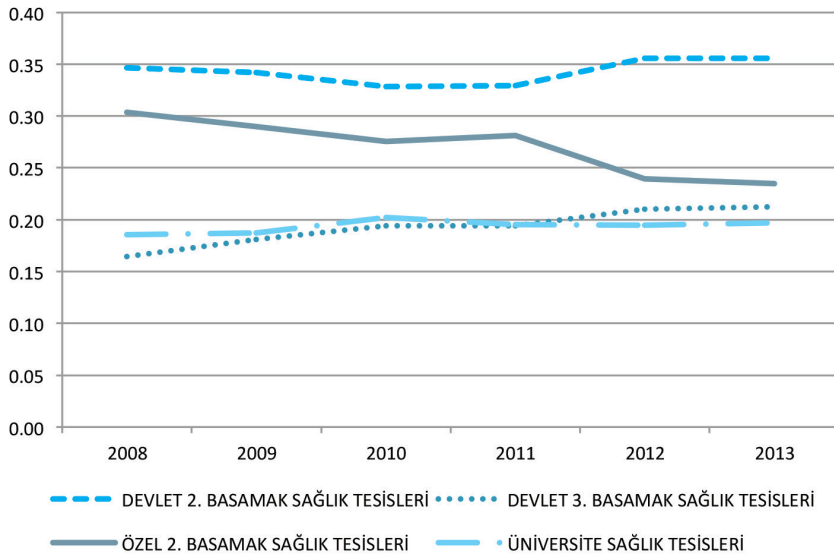


Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK), İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı, Sağlık İstatistik Yıllıkları, 2013, s. 108.

Grafik 2’de özel hastanelerde yatak doluluk oranının, Sağlık Bakanlığı hastanelerine ve üniversite hastanelerine göre göreceli olarak daha hızlı bir artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Hastanelerin yatak doluluk oranı, hizmet sunumunda etkinlik ve performans açısından bir gösterge niteliğindedir. 2008 yılında uygulamaya konulan SUT kararının özel hastanelerin bir dönem aynı performans seviyesi üzerinden faaliyette bulunmalarına neden olduğu görülmektedir. Diğer yandan, Sağlık Bakanlığı

hastanelerinin 2011 yılında Kamu Hastaneleri Birliği'ne geçmeleriyle birlikte performansları artarken, özel hastanelerde azalma gözlenmektedir. Kamu hastanelerinde sağlık hizmeti sunumunun özel bir yönetime devredilmesinin işletme yönetimi esas alınarak faaliyette bulunulmasına olanak sağladığı ve daha yüksek performans seviyelerine ulaşıldığı anlaşılmaktadır. SGK tarafından yayınlanan sağlık ödemeleri istatistikleri temelinde sağlık hizmet sunucularından hastanelerin 2008-2013 dönemindeki tahakkuk eden fatura oranları Grafik 3'te yer almaktadır.

Grafik 3. SGK Sağlık Ödemelerinin Hastaneler Temelinde Dağılımı



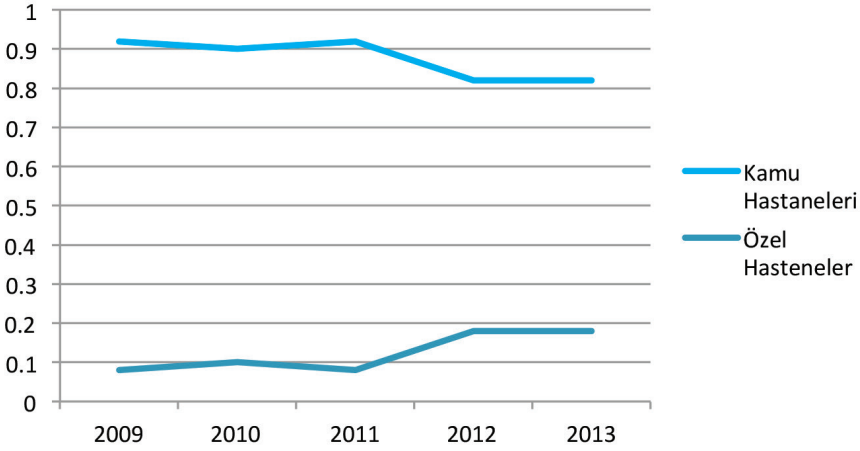
Kaynak: SGK internet sitesinden elde edilen veriler kullanılarak grafik yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri

Grafik 3'te fatura oranları incelendiğinde yatak doluluk oranı üzerinden elde edilen bulguya paralel olarak, 2011 yılından sonra özel hastanelerin fatura oranlarında önemli bir azalma olduğu dikkati çekmektedir. Bunun aksine devlet hastanelerinin gelirlerinde önemli bir değişiklik olmadığı hatta bu dönemde özel sektöre oranla artış gösterdiği görülmektedir. Literatürde Saraçoğlu ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sağlık reformlarından sonra kârlılık oranlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Saraçoğlu vd., 2012, s.281).

Kamu hastaneleri ve özel hastaneler üzerinden gerçekleşen sağlık harcamalarının dağılımı incelenmiştir. Bu kapsamda, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan cari sağlık harcamaları istatistiklerinden yararlanılmıştır. Elde edilen veriler Grafik 4'te sunulmuştur.

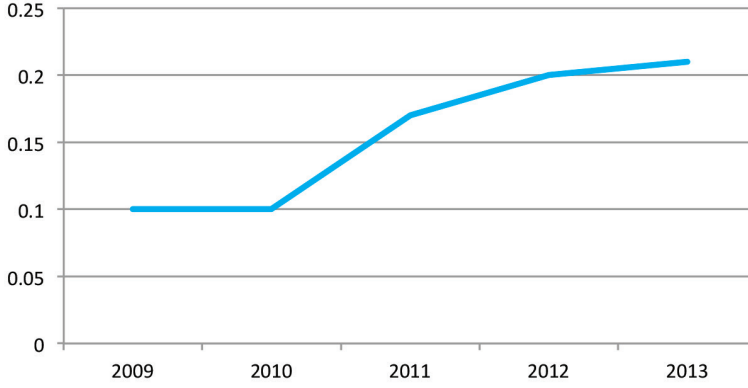
Grafik 4. Yıllara Göre Kamu ve Özel Hastanelerin Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı



Kaynak: TÜİK internet sitesindeki veriler kullanılarak grafik yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 4'te 2011 yılında Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte özel hastanelerin cari sağlık harcamaları içerisindeki payı artmış, benzer oranda kamu hastane harcamalarının payı azalmıştır. Bu durum, özel sağlık sektörünün kamu üzerindeki sağlık harcamaları yükünü azalttığına işaret etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün hizmet kalitesi ve niteliğinin önemli derecede geliştiği, kamu sektörüne ikame olarak yer almaya başladığı anlaşılmaktadır.

İller bazında merkezi yönetim bütçe harcamaları içerisinde Adana iline ait sağlık harcamaları incelenerek, ulusal sağlık reformlarının etkisi değerlendirilebilir. İller bazında bütçe gelirleri ve bütçe giderleri, il sınırları içindeki muhasebe birimlerince tahsil edilen ve ödenen tutarlardan oluşmaktadır. Adana iline ait verilere Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü internet sitesinden ulaşılmıştır. Yıllara göre merkezi yönetim bütçe harcamalarından Adana iline ait sağlık harcamaları Grafik 5'te yer almaktadır.

Grafik 5. Adana İli Sağlık Hizmeti Harcamaları / Merkezi Yönetim Bütçe Harcamaları

Kaynak: Maliye Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü internet sitesinden elde edilen veriler kullanılarak grafik yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 5'te Adana ilinin sağlık harcamalarının 2010 yılından sonra yükselme eğilimine girdiği ve bu artışın günümüze kadar sürdüğü görülmektedir. Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasının Adana'da sunulan sağlık hizmeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bölgesel açıdan önemli bir sağlık merkezi konumunda olan Adana'nın genel bütçenin sağlık harcamaları üzerinden aldığı pay, iki katına kadar artmıştır. Bu veri, Adana'nın sağlık hizmeti sunumunda bir merkez niteliğinde olduğuna ve sağlık hizmet sunumundaki potansiyeline işaret etmektedir. Mevcut potansiyel dikkate alındığında, özel sağlık sektörünün gelişmesi yönünde fırsatlar sunabileceği anlaşılmaktadır.

II- LİTERATÜR İNCELEMESİ

Literatürde, firmaların finansal sıkıntı sürecinin farklı açılardan incelendiği görülmektedir. Finansal oranlar aracılığıyla finansal sıkıntının erken dönemde tahmin edilmesini inceleyen Beaver (1968), Altman (1968) ve Ohlson (1980) çalışmaları öncü niteliktedir. Bir kısım çalışmalarda ise, finansal sıkıntının ortaya çıkmasında etkili olan faktörler incelenmektedir. Jahur ve Quadır (2012) çalışmalarında, borçlunun temerrüde düşmesi, finansal disiplinin olmaması, kredi bulma güçlüğü, finansal kayıtların düzenli tutulmaması, sağlık politikasındaki değişimler ve yetenekli iş gücünün az olması faktörlerinin işletmelerin finansal sıkıntıya düşmelerinde

etkili olduğunu belirtilmişlerdir. Maizel ve diğerleri (2009), hastanelerin finansal sıkıntı yaşamasında etkili olan faktörleri mikro ekonomik ve makro ekonomik faktörleri araştırmışlardır. Hastanelerin, borçlanma maliyetlerindeki artıştan önemli derecede etkilendiği belirtilerek, önemli mikro ekonomik faktörler; sermaye yapısı, organizasyon yönetimi ve gelir döngüsünün yanlış yönetilmesi olarak ifade edilmiştir. Makro ekonomik faktörler ise, işgücü maliyetlerinin artması, özel dal hastaneleri ve ambulans merkezlerine getirilen yeni kurallardan dolayı hasta kaybı, sigortasız hasta sayısındaki artışla birlikte karşılıksız alacakların artması, ilaç kullanımı ve teknolojiye ileriye gitmeden dolayı hastane kullanımındaki azalma ve sağlık harcamalarında azalma olarak belirtilmiştir. Maizel ve diğerlerinin (2011) çalışmasında ise, hastaneler işgücü yoğun işletmeler olarak önemli derecede iş kanunlarının etkilerine maruz kaldığı saptanmıştır. Çalışmada, ulusal sağlık reformlarının hastaneler açısından belirsizliği artırdığına dikkat çekilmiştir. Augurzky ve diğerleri (2012), Almanya’da acil bakım hastanelerinin finansal sürdürülebilirlikleri konusunda hastane sahipliğinin rolünü araştırmışlar ve uzun dönemde özel hastanelerde finansal başarısızlık olasılığının kamu hastanelerine oranla daha az olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Duffy ve Friedman (1993) çalışmasında, zayıf finansal performans gösteren hastaneleri incelemişlerdir. Çalışmada bu hastanelerin, küçük ölçekli, maliyet oranı yüksek, doluluk oranı düşük ve sigortasız hasta oranı yüksek hastaneler oldukları tespit edilmiştir. Yazarlar, bu hastanelerin hasta kaybını önleyebilmeleri için maliyetli tanı grubuna giren hastaları veya sigortasız hasta kabul oranını azaltmalarını, hasta kabulünde daha seçici davranılmasını, vaka başına kaynak kullanım oranının azaltılmasını ve geliri az olan servisler ile modernizasyon yatırımlarını azaltmalarını önermişlerdir.

Türkiye’de finansal performansa etki eden faktörleri inceleyen Özgülbaş ve diğerleri (2008), 1994-2005 döneminde 797 özel hastanenin verilerinden yararlanmışlardır. Hastanelerin yaklaşık yarısının düşük finansal performans seviyelerine sahip oldukları, likidite sıkıntısı yaşamadıklarını ve kısa süreli finansal yükümlülüklerini yerine getirebildikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, hastanelerin finansal performans düzeylerinin likidite düzeyleri ve net çalışma sermayesi düzeylerinden etkilendiğini saptamışlardır. Hastanelerde kaldıraç düzeyinin düşük olduğu ve öz kaynağa dayalı faaliyette buldukları belirtilmiştir. Alacak tahsil süresinin uzunluğu, hastanelerin finansal performansını etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir.

Hastanelerin finansal yönetim sürecinde profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları vurgulanmıştır. Saraçoğlu ve diğerleri (2012) tarafından Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılı reformlarından önce ve sonra hastanelerin finansal performanslarının nasıl değiştiği incelenmiştir. Analizlerde, 469 kamu hastanesinin 2001 ve 2007 yılı hastane kârlılık oranı kullanılmış ve reform sonrasında hastanelerin %70'nin kârlılık oranının yükseldiği saptanmıştır. Hastane büyüklüğü dikkate alınarak yapılan analizlerde, ortalama kârlılık oranındaki en yüksek değişimin, 100-400 arası yatak sayısına sahip hastanelerde olduğu anlaşılmıştır. Tarcan ve diğerleri (2010), teknoloji ve kalitenin hastanelerin finansal performansına etkisini Ankara iline ait veriler üzerinden analiz etmişlerdir. Bu faktörlerden en önemlisi olarak belirtilen klinik teknoloji yatırımlarının hastanenin finansal performansını pozitif yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, süreç kalitesi ve sahiplik yapısı faktörlerinin performansta artışa yol açtığı sonucuna ulaşmışlardır. Bahçe ve diğerleri (2014), 2002-2011 dönemi üzerinden hane halklarının ekonomik özellikleri ve sağlık hizmetine ulaşılmasında sağlık reformlarının etkisini araştırmışlardır. Sağlık hizmetine ulaşmada kamu sektörünün önemli olduğu ve güçlendirilmesinin gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Yeşilyurt ve Yeşilyurt (2006) ise, veri zarflama analizi yöntemiyle hastanelerin etkinlik düzeylerini hesaplamışlar ve özel hastanelerin kamu hastanelerine göreli olarak daha etkin olduklarını saptamışlardır. Numanoğlu (2011) çalışmasında, hastanelerde hastaların yatış süresini etkileyen faktörleri lojistik regresyon analizi aracılığıyla incelemiştir. Çalışmada, hasta yatış süresi ile cinsiyet, eşlik eden hastalık olup olmaması ve hastanenin bulunduğu coğrafik bölge arasında ters yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Buna karşın hasta yatış süresi ile yaş, yatış yapılan mevsim, hastanenin yatak kapasitesi, hastanenin mülkiyet durumu, hastanenin hizmet türü ve yerleşim yeri arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık harcamalarını belirleyen faktörler Üçdoğruk (1996) çalışmasında Türkiye'nin 1961-1992 dönemine ait verileriyle incelenmiştir. Eş bütünleşme testi ve hata düzeltme modeli uygulanan analizlerde, nüfus değişkenleri ve kişi başı gayri safi milli hasıla değişkeni ile sağlık harcamaları arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu iki değişkenin, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının başlıca belirleyicileri olduğuna vurgu yapılmıştır. Büyüksavaş (2010), Isparta ve Antalya ilindeki özel hastanelerin sorunlarını yönetim yapısı ve insan kaynakları temelinde araştırmıştır. Özel

hastanelerin sorunlarını, kuruluş aşamasında hastane binası ve yerinin seçimi, personel temini, yönetim ve pazarlama sorunları, teknolojik değişimlere uyum sağlayamama, finansman sorunları, mevzuatla ilgili sorunlar ve sektördeki mevsimsellik etkisi olarak tespit etmiştir. Aytekin (2011) ise, yatak doluluk oranı düşük olan hastaneleri etkin olmayan hastaneler olarak değerlendirmiş ve Sağlık Bakanlığının 2009 verilerine göre 955 hastanenin yıl boyunca %50 yatak doluluk oranının altında kalan 245 devlet hastanesi saptanmıştır. Veri zarflama analizi sonucunda, 21 hastanenin etkin olduğu ve 224 hastanenin etkin olmadığı anlaşılmıştır. Uzman doktor sayısı yeterli gibi görünmesine karşın, uzmanlık alanları arasındaki dağılımın etkin olmadığı saptanmıştır. Etkin olan hastanelerden etkin olmayan hastanelere personel alınması ve yeni yatırımlar yerine bir kısım hastanelerin küçültülmesi veya kapatılması önerilmiştir. Benzer şekilde Atmaca ve diğerleri (2012), Ankara'da faaliyette bulunan özel hastanelerin faaliyet etkinliğini veri zarflama analizi yöntemiyle incelemişlerdir. Etkin olmayan hastanelerin hedeflenen etkinlik düzeyine ulaşabilmeleri için uygun rekabet ortamının sağlanmasının önemli olduğu vurgulanmıştır.

III- ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Çalışmada, birincil ve ikincil veri kaynaklarından yararlanılmıştır. Birincil veriler, özel hastanelerde finansal sıkıntı ve yeniden yapılandırma konusuna odaklanan ve tarafımızca hazırlanan anket formu aracılığıyla elde edilmiştir. Anket formunda yer alan sorular özgün olup, konuya ilişkin teorik çerçeve esas alınarak oluşturulmuştur. İkincil veriler ise, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından hazırlanan ve internet sitesinde yayınlanan İstatistik Yıllıklarından, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası (TCMB) internet sitesinde yer alan sektör bilançolarından ve SGK tarafından internet sitesinde yayınlanan sağlık istatistiklerinden elde edilmiştir. Sektör bilançolarında özel hastanelere ilişkin veriler; Q-İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri, Q-86 insan sağlığı hizmetleri ve Q-861 Hastane hizmetleri sınıflaması altında sunulmaktadır. Bu çalışmada Q-861 Hastane hizmetleri sınıfına ait sektör bilançoları esas alınmıştır. Kamu hastaneleri, döner sermaye sistemine tabi olup, finansal yönetim uygulamaları Kamu Hastaneleri Birlikleri bünyesinde yürütülmektedir. Bu çalışmada özel sağlık sektörüne odaklanılarak, kamu hastaneleri kapsam dışında tutulmuştur. Adana ilinde faaliyet gösteren özel hastanelerin listesi, Adana İl Sağlık

Müdürlüğü internet adresinden elde edilmiştir. Adana ilinde 14 tane özel hastane faaliyette bulunmakta olup, iki tanesinin sahibi aynı kişi olduğu için çalışmada bir birim olarak dikkate alınmıştır. Hastanelerden bir tanesi çalışma sürecinde kurulmuş olup, araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu çerçevede özel hastanelerin tamamına anket formu resmi kanallar üzerinden ulaştırılmış olup, anket geri dönüş oranı %50 olarak gerçekleşmiştir. Araştırma, sağlık hizmet sunumuna taraf resmi kurumlara bildirilerek gerekli izinler alınarak, onların desteği ile gerçekleştirilmiştir.

Türkiye’de hastanelerin Borsa İstanbul’a kayıtlı olmamalarından kaynaklı olarak bağımsız denetim kuruluşlarınca denetlenmiş bilanço ve gelir tablolarına ulaşılammaktadır. Bu nedenle çalışmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket çalışması, işletmelerin finansal yönetim sürecinde karar verme yetkisine sahip olan yöneticilere ve/veya işletme sahiplerine uygulanmıştır. Ankette, likert ölçek ve çoktan seçmeli sorulara yer verilmiştir. Ölçek soru türünde, 5’li likert ölçeğinden yararlanılmış olup, “Hiç önemli değil-Çok önemli” ifadesi ile “Hiçbir zaman-Daima” ifadelerine yer verilerek 0 ile 4 puan aralığında değerlendirilmesi istenmiştir. Anketten elde edilen bulgulara ilişkin güvenilirlik analizi, Cronbach Alfa yöntemiyle yapılmış ve %83,2 güven istatistiğine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın analizlerinde, örnekleme ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Örneklem sayısı göz önünde bulundurularak, parametrik olmayan (nonparametrik) testlerden yararlanılmıştır. Parametrik olmayan testler, örneklem dağılımına ilişkin katı varsayımlar içermemekte, daha az koşulun varlığı durumunda bile anlamlı sonuçlar sunabilmektedir. İki bağımsız grup arasındaki farklılığın test edilmesinde, Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır.

IV- BULGULAR

Araştırmada, özel hastanelerin genel özellikleri, kurumsal yönetim yapısı, finansal yönetim kararları, sermaye yapısı kararları, finansal sıkıntı ve yeniden yapılandırma süreci incelenmiştir. Adana’da faaliyette bulunan özel hastanelerin işletme yönetimi kapsamında genel özelliklerinin bilinmesi, hedef kitlenin tanınması ve bu doğrultuda finansal politikalar üretilmesini olanaklı hale getirecektir. İlk olarak anketi yanıtlayan kişinin eğitim durumu, işletmede çalışma süresi ve işletme ortağı olup olmadığı belirlenmiştir. Buna göre ankete katılanların %50’si işletme ortağı iken, diğer %50’sinin işletmede ortak olmadıkları anlaşılmıştır. Bu kişilerin işletmedeki çalışma süreleri,

%50'sinin 1-5 yıl, %33'ü 11-15 yıl ve %17'si 16-20 yıl olarak belirlenmiştir. Anket sorularını cevaplayan kişilerin uzun süredir özel sağlık sektöründe faaliyette buldukları anlaşılmaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde ise, %17'si orta ve lise, %33'ü lisans düzeyinde, %33'ü yüksek lisans ve %17'si doktora ve üstü eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. Bu doğrultuda, ankete verilen cevapların, alanında uzman iyi eğitilmiş ve sektörü yakından tanıyan kişilerden elde edildiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan özel hastanelere ait genel sağlık verilerinin incelenmesi, sağlık hizmeti sunumunu hangi düzeyde gerçekleştirdikleri hakkında fikir verecektir. Bu doğrultuda araştırmaya katılan hastanelere ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış ve Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Ortanca	Minimum	Maksimum	Standart Sapma
Hastane Yaşı	6,5	5,5	2	13	4,2308
Poliklinik Sayısı	23	24	5	44	16,2942
Yatak Doluluk Oranı	0,712	0,8	0,23	0,92	0,2840
Yıllık Ayaktan Hasta Sayısı	124752	145000	16683	242079	85862,9
Yıllık Yatan Hasta Sayısı	9391	5300	3343	23621	9631,96
Hastanenin Toplam Alanı (m ²)	8,449122	8,5017	7,1884	9,4727	0,7953
Hastane Yatak Sayısı	3,9585	3,9557	2,6391	5,0304	0,8224
Toplam Çalışan	191	106	18	544	198,858
Doktor	32	23	10	82	26,172
Hemşire	60	33	4	174	66,557
Diğer Çalışan	119	97	4	288	111,327

Not: Tanımlayıcı istatistikler 6 adet özel hastanenin ankette verdikleri bilgiler kullanılarak hesaplanmıştır. Hastanenin toplam alanı (m²) ve hastane yatak sayısı değişkenleri, ilgili değerlerin ln(Toplam Alan m²) ve ln(Yatak Sayısı) şeklinde doğal logaritması alınarak hesaplanmıştır.

Tablo 1'de özel hastanelerin minimum 2 ile maksimum 13 yıl arasında bir faaliyet yılına sahip oldukları ve bunun ortanca değerinin 5,5 yıl olduğu görülmektedir. Ortalama tesis yaşı, bir muhasebe ölçüsü olarak tüm fiziksel varlıkların yaşının ölçüsüdür. Hastaneler hizmet sunumunda teknoloji yoğun faaliyette bulunan ekonomik birimlerdir. Bu durum, teknolojik açıdan gelişmelerin takip edilmesi ve yeniliklerin hizmet sunumuna yansıtılmasını zorunlu kılmaktadır. Hastanelerde tesis yaşının büyük olması, yenileme yatırımlarının gerektireceği harcamaların da yüksek olabileceği hakkında fikir vermektedir. Diğer önemli bir göstergesi poliklinik sayısıdır ve sunulan hizmetin çeşitliliğine göre değişmektedir. Araştırmaya konu özel

hastanelerde 5 ile 44 arasında farklı alanda poliklinik hizmeti sunulduğu belirlenmiş olup, ortanca 24 adet farklı uzmanlık alanı üzerinden müşterilere ulaşıldığı belirlenmiştir. Bu bulgu, Adana’da çok çeşitli uzmanlık alanlarında sağlık hizmetine ulaşılabilme olanağının olduğunu ve özel hastanelerin hizmet çeşitliliği açısından gelişmiş bir seviyede faaliyette bulduklarını göstermektedir. Hastanenin yatak doluluk oranı, bir yıl içinde yatakların ne oranda hasta tarafından kullanıldığı hakkında bilgi vermektedir. Yatak doluluk oranı, Sağlık Bakanlığı tarafından “(Yatılan Gün sayısı x 100)/(Yatak Sayısı x 365)” şeklinde hesaplanmaktadır (TKHK, Sağlık İstatistik Yıllıkları, 2013: 133). Literatürde yatak doluluk oranının, hastanenin performansı ve etkinliği açısından bir gösterge olarak sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Molinari vd., 1993; Nerenz ve Neil, 2001; La Forgia ve Harding, 2009). Bu oran, hastanenin yatak kapasitesinin artırılması veya azaltılması kararında belirleyici bir ölçüt olarak da kullanılabilir. Adana’daki özel hastanelerin yatak doluluk oranı ortalama %71,2 seviyesinde tespit edilmiştir. Türkiye’de hastanelerin 2013 yılında ortalama yatak doluluk oranı %66 seviyesindedir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde %69,3, özel hastanelerde %50,5 ve üniversite hastanelerinde %74,1 civarında gerçekleşmiştir. Akdeniz Bölgesi’nde yatak doluluk oranı ortalama %73,7 olup, araştırmaya katılan özel hastanelerin yatak doluluk oranı buna paralel olarak elde edilmiştir (TKHK, Sağlık İstatistik Yıllıkları, 2013, s.108-109). Türkiye geneli üzerinden değerlendirilecek olur ise, Adana’daki özel hastanelerin kapasite kullanım oranlarının, faaliyet performanslarının ve sağlık hizmet sunumunda gösterdikleri etkinliğin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir. Hastanelere müracaat eden yıllık ayaktan hasta sayısı ortalama 124752 kişi ve bu hastalardan yıllık yatan hasta sayısı ortalama 9391 kişi civarında gerçekleştiği saptanmıştır. Hastanelerin kapasitesi ve ölçeği hakkında bilgi veren göstergeler arasında hastane yatak sayısı, hastanenin toplam m2 alan ölçüsü ve çalışan sayısı sıklıkla kullanılmaktadır. Araştırmaya katılan özel hastanelerin toplam alanlarının büyüklüğü birbirine yakın seviyelerde bulunmaktadır. Hastane yatak sayıları ise, minimum 2,6391 ile maksimum 5,0304 arasında olup, ortalama 3,9585 civarındadır.

Hastanelerde çalışan personelin mesleki dağılımı, doktor, hemşire ve diğer olmak üzere üç kategoride değerlendirilmiştir. Hastanelerde personelin çalışma usulleri farklılık gösterebilmektedir. Özel hastaneler yönetmeliği madde 19’da doktorların özel hastanelerde çalışma usulleri, kadrolu çalışma,

kısmi zamanlı çalışma ve ihtiyaç durumunda danışmanlık sunma şeklinde sınıflandırılmaktadır. Araştırmaya katılan hastanelerde yarı zamanlı çalışan personel oranının %1-25 arasında olduğu saptanmıştır. Kısmi zamanlı personel oranı, hastanede personele ilişkin yaşanabilecek sorunlar hakkında fikir vermektedir. Katı sözleşme kurallarına bağlı olmadan çalışan nitelikli personelin, finansal sıkıntı durumunda iş değiştirme olasılığı yüksektir. Söz konusu oranın yüksek olması, hastanenin sunduğu sağlık hizmetinin aynı standartlar üzerinden devamlılığının sağlanabilmesinde sorun yaşanabileceğini gösterirken, oranın düşük olması elde edilebilecek nitelikli sağlık hizmetinin sürekli olacağına işaret etmektedir.

Resmî Gazete’de yayımlanan 11/3/2009/27166 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin 6. maddesinde “Genel hastaneler, aşağıdaki şartları taşımak kaydıyla yirmi dört saat süreyle düzenli ve sürekli olarak ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti sunulan özel hastanelerdir.” ve 7. maddesinde “Dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet veren özel hastanelerdir.” ibaresi bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hastanelerin biri dal hastanesi, diğerleri genel hastane statüsünde faaliyette bulunmaktadır. Finansal sıkıntı ve yeniden yapılandırma konusunda hastanelerden elde edilen bilgiler, genel hastane sınıfı açısından genellenebilir niteliktedir.

Bir ticari işletme olarak araştırmaya katılan hastanelerin hukuki yapıları incelenmiş, %67’si limited şirket ve %33’ü anonim şirket statüsünde faaliyette bulunmaktadır. Hastanelerin hukuki yapıları, sermaye piyasalarından yararlanabilmeleri açısından önemlidir. Anonim şirketler fon kaynağı ihtiyacı, hisse senedi ihraç edilerek karşılanabilir iken, limited şirketlerde bu mümkün değildir. Çalışmada ayrıca, hastane zincirine bağlı olarak faaliyette bulunup bulunmadıkları araştırılmıştır. Bir gruba dahil olarak faaliyet gösterilmesi durumunda, belirli standartlar altında sağlık hizmeti sunumu, stratejik ve uzun süreli planların daha uzman ve nitelikli tepe yönetim tarafından yapılması, reklam ve tanıtımların merkezi yönetimce planlanması ve marka faydalarının elde edilebilmesi mümkün olabilmektedir. Araştırmaya katılan hastanelerin bir hastane zincirine bağlı olmadıkları belirlenmiştir.

Özel hastanelerin gelir düzeyini etkileyen önemli bir faktör, hastalardan

alınabilecek fark ücretinin SGK tarafından hastane sınıflandırması temelinde belirlenmesidir. Buna göre, fark ücreti, hastanelerin hizmet kalitesi, doktor sayısı, çalışan güvenliği, hizmet çeşitliliği ve kapasitesine göre değişebilmektedir. A sınıfına giren bir hastane hastadan en fazla %70 fark ücreti talep edebilir iken, E sınıfı %30 fark ücreti alabilmektedir. Araştırmaya katılan hastanelerin, A ve B grubunda yer aldıkları belirlenmiştir. Özel hastanelerin sınıflamanın üst sırasında yer aldıkları ve kapsamlı sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirdikleri anlaşılmaktadır.

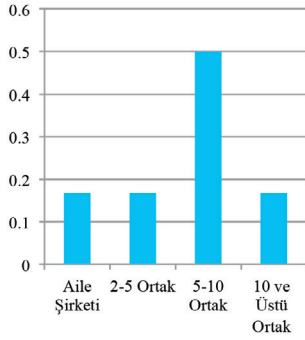
Son yıllarda Türkiye’de sağlık turizminin önemli bir gelir kaynağı olabileceği öngörülmektedir. Bu kapsamda Adana’daki özel hastanelerin sağlık turizmi potansiyeli incelenmiştir. Başka bir ülkeye giderek sağlık hizmetinden yararlanan kişi, “uluslararası hasta” olarak tanımlanmaktadır. Araştırmaya konu firmaların %17’sinin uluslararası hasta profiline sahip olduğu belirlenmiştir. Uluslararası hasta profiline sahip olan hastanelerde, bu kesimin toplam hasta içindeki oranı ise, %1-25 arasında saptanmıştır. Adana’nın, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ne coğrafik olarak yakınlığı, bu adaya da sağlık hizmeti sunmasına olanak sağlamaktadır. Diğer yandan, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinden önemli derecede hasta kabul edilmektedir. Adana, Türkiye’nin güney sınırına yakın kapsamlı sağlık hizmeti sunulan bir merkez olarak, komşu ülkeler açısından da pazar niteliğine sahip bulunmaktadır.

A- Özel Hastanelerde Kurumsal Yönetim Yapısı

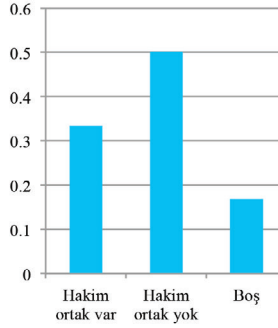
Özel hastaneler işgücü yoğun faaliyette bulunmakta olup, organizasyonun yönetilmesi ve insan kaynaklarının planlanması bütün olarak işletmenin devamlılığı açısından önemlidir. Firmaların yönetim yapıları, finansal karar verme sürecinde önemli bir unsurdur. Hastanelerin yönetimi ve sahipliği arasındaki ayrım dikkate alındığında, yöneticiler ile hissedarların finansal karar sürecindeki tercihleri, kişisel faydaların maksimize edilmesi temelinde farklılık gösterebilmektedir. Temsil Teorisi’nin (Agency Theory) açıklama getirdiği bu durum, işletmenin bütün olarak finansal kararlarını ve yatırım politikalarını etkileyebilmektedir. Yöneticinin karar sürecinde işletmenin faydasına olmayabilecek davranışlarda bulunma ihtimali dikkate alınmakta ve temsil maliyeti olarak ifade edilmektedir. Bu maliyetlerin azaltılmasında Kurumsal Yönetim (Corporate Governance) uygulamalarından bir araç olarak yararlanılabileceği son yıllarda gittikçe

önem kazanmaktadır. Bu çerçevede Adana'da faaliyette bulunan özel hastanelerin yönetim ve sahiplik yapıları incelenmiş, hastanelerin sahiplik yapısı Grafik 6, ortaklık yapısı Grafik 7 ve yönetim kurulunun bileşimi Grafik 8 aracılığıyla sunulmuştur.

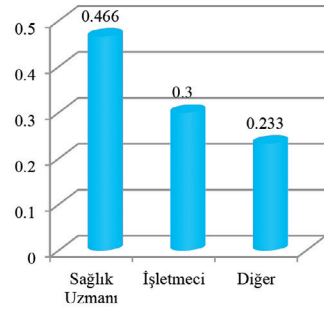
Grafik 6. Sahiplik Yapısı



Grafik 7. Ortaklık Yapısı



Grafik 8. Yönetim Kurulunun Bileşimi



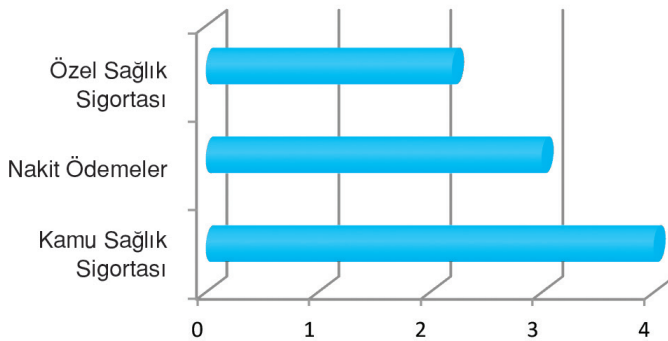
Grafik 6'de özel hastanelerin sahiplik yapısına bakıldığında, 5-10 ortaklıktan oluşan bir sahiplik yapısının diğerlerine oranla yaygın olduğu görülmektedir. Aile şirketi yapısının oldukça az rastlandığı, özel hastanelerin sıklıkla ortaklık üzerinden kurulduğu anlaşılmaktadır. Hastane ortaklarının özelliği yani işletmede hakim ortağın olup olmadığı, bütün kararlarda olduğu gibi finansal karar sürecinde de büyük önem arz etmektedir. Özellikle finansal sıkıntı ve iflas sürecinde tercih edilecek yöntemin temel belirleyicilerinden birisidir. İşletme sahipliğinde %50 ve daha fazla sahiplik payını elinde bulunduran kişi veya kurum hakim ortak olarak ifade edilmektedir. Bulgular, özel hastanelerde 5-10 ortak arasında yönetimin paylaşıldığını ve bunlar arasında hakim ortağın bulunmadığı yönetim yapısının çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Grafik 7'de özel hastanelerin %50'sinde hakim ortağın olmadığı görülmektedir. Hastanenin hakim ortağı bulunması veya bulunmaması durumunun karar sürecine etkileri Mann Whitney testi aracılığıyla incelenmiştir. Test sonuçları, sağlık sektöründeki önemli risk unsurları arasında sermaye yetersizliği (p:0,076) ve nitelikli personelin işten ayrılması (p:0,076) konularının iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğunu göstermiştir. Ek olarak, finansal sıkıntıya yol açan faktörlerden likidite yetersizliği (p:0,068) ve finansal sıkıntı durumunda

uygulanan yöntemlerden personel sayısını azaltmak ($p:0,068$) konularında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İşletmelerin kurumsal yönetim uygulamaları açısından, yönetim kurulunun oluşturulması önemli bir araçtır. Özel hastanelerde yönetim kurulunun olup olmadığı ve kurulu oluşturan kişiler araştırılmıştır. Özel hastanelerin %83'ünün yönetim kuruluna sahip oldukları belirlenmiş olup, %17'si ise bu soruya yanıt vermemiştir. Yönetim kurulunun bileşimi Grafik 8'da görülmekte olup, yönetim kurulunda sağlık uzmanı oranı %46,6 civarında gerçekleşmiştir. Sağlık alanında uzman kişilerin (uzman doktorlar) yönetim kurulunda büyük oranda yer almaları uluslararası düzeyde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur.

B- Özel Hastanelerde Finansal Yönetim Kararları

Hastanelerin bir işletme olarak faaliyetlerini devam ettirebilmeleri, elde ettikleri gelirin bu geliri elde etmek için katlandıkları maliyetten fazla olmasıyla doğru orantılıdır. Hastanelerin öncelikli gelir kaynakları ve bu kaynakların sürekliliği finansal planlama açısından önemlidir. Hastanelerin gelir kaynakları, kamu sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları ve hastaların cepten ödemeleri üzerinden değerlendirilmiştir. Katılımcılar, “hiç önemli değil(0)-çok önemli(4)” aralığında likert ölçek üzerinden önem derecesini belirtmişlerdir. Gelir kaynaklarının önem derecelerine ilişkin ortalama değerler esas alınarak Grafik 9 hazırlanmıştır.

Grafik 9. Hastanelerin Gelir Kaynakları

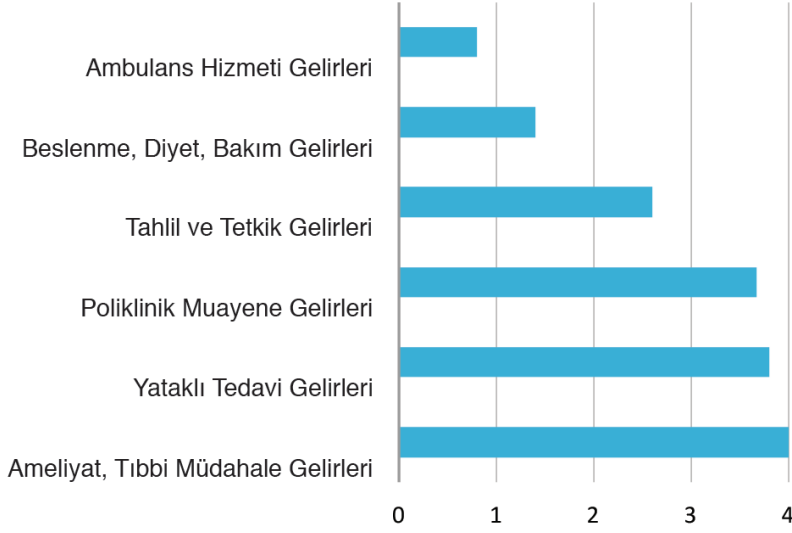


Grafik 9'a göre, özel hastanelerin gelirleri sırayla, kamu sağlık sigortası, hastaların nakit ödemeleri ve özel sağlık sigortaları üzerinden sağlanmaktadır. İlk sırada kamu sağlık sigortası bulunmakta ve özel hastanelerin en önemli gelir kaynağını oluşturmaktadır. Buna göre, ülkenin sağlık politikalarındaki reform çalışmaları, özel hastanelerin finansal yönetim kararlarında belirsizlik riski yaratabilecek en önemli unsurdur. Bu durum gerçekleşmiş veriler üzerinden Grafik 2'de de izlenebilmektedir. Sağlık Uygulama Tebliği'nin 2008 yılında hayata geçirilmesiyle özel sağlık sektörünün yaşadığı gelir kaybı açıkça görülmektedir. İkinci sırada bireylerin nakit ödemeleri bulunmakta olup, ülkenin genel ekonomik yapısındaki dağlanmalardan etkilenebilecek bir özelliğe sahiptir. Bireylerin gelirlerindeki muhtemel bir azalma, acil olmayan sağlık hizmeti ihtiyacının ertelenmesine yol açabilmektedir. Hastane tarafından hali hazırda sabit giderleri karşılanan hizmet birimlerinin gelir sağlayamaması, önemli bir maliyet unsuru oluşmasına neden olacaktır. Diğer yandan, Türkiye'de sağlık hizmeti sunumuna kamu kaynakları üzerinden ulaşılabilirlik iken, bireylerin sağlık hizmetini nakit harcama yaparak özel hastanelerden elde etmeleri, özel sektörün nitelikli sağlık hizmeti sunumunda önemli seviyelere ulaştığının bir göstergesi olabilir.

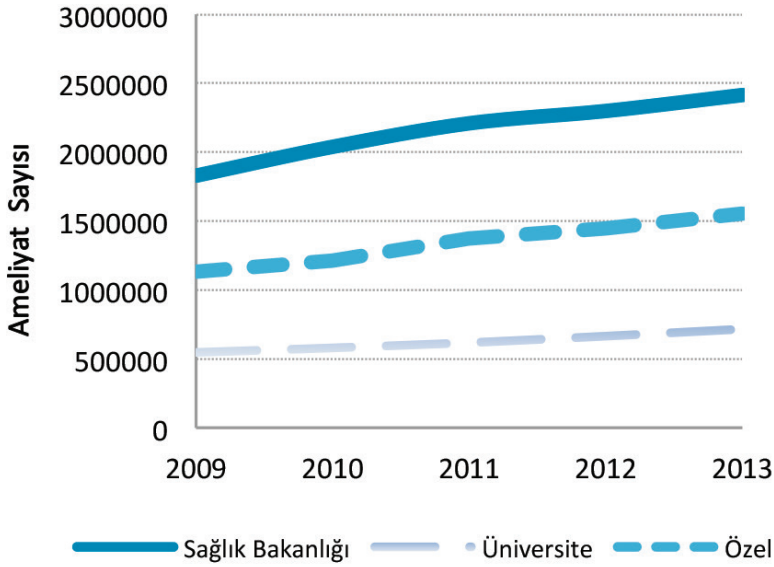
Özel hastanelerde sunulan hizmetlerin gelir yaratma kapasitesi, faaliyetlerin planlanması ve çeşitlilik derecesinin belirlenmesi açısından önemlidir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin gelir yaratma kapasitesi önem derecelerine göre değerlendirilmiş ve ortalama önem dereceleri Grafik 10'da sunulmuştur. Buna göre özel hastanelerin gelir yarattıkları en önemli hizmet grubu, ameliyat ve tıbbi müdahale gelirleri olarak saptanmıştır. Bu konuda Türkiye genelinde özel sektörün gösterdiği gelişme, hizmet sunucularına göre ameliyat sayılarını gösteren Grafik 11'de görülmektedir. Bireysel girişimler üzerine kurulan özel hastanelerin, ameliyat gibi ileri teknoloji ve nitelikli iş gücü gerektiren hizmet sunumunda kamu hastanelerinin artış oranı kadar performans göstermiş olmaları sektörün gelişmişlik düzeyinin bir göstergesidir.

Özel hastanelerin ikinci çok önemli gelir kaynağı, yataklı tedavi hizmetleri üzerinden elde edilmektedir. Yataklı tedavi hizmetleri, hastanede servis hizmetleri üzerinden sunulmaktadır. Bu süreçte, temel otelcilik oda hizmetlerinin sağlanması, hasta izleme ve tedavi hizmeti aşamasında ihtiyaç duyulacak teknolojik cihazların kullanılması ve nitelikli iş gücü gerekmektedir. Bununla birlikte, bireylerin hastanede kaldıkları zaman

Grafik 10. Hastane Hizmetlerinin Gelir Yaratma Kapasitesi



Grafik 11. Hizmet Sunucularına Göre Ameliyat Sayıları

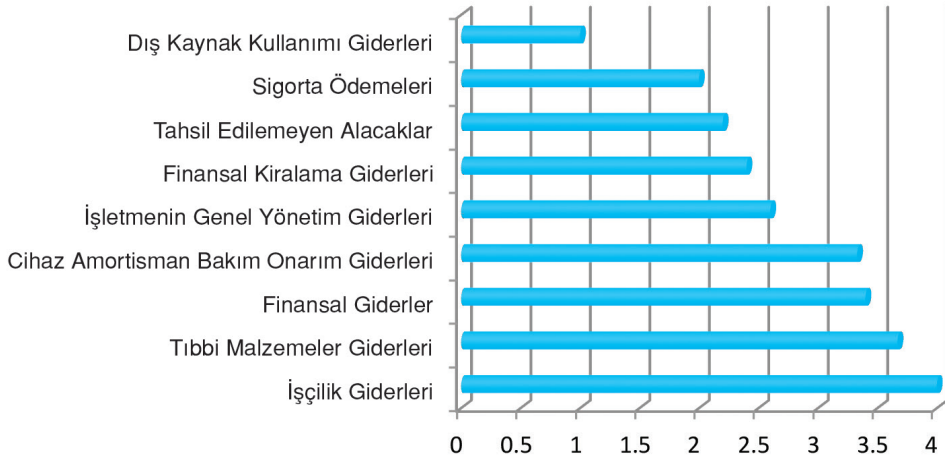


Kaynak: Grafik TKHK Sağlık İstatistik Yıllıklarından (2013) yararlanılarak, yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

diliminde hastane yönetimi açısından çok büyük yasal yükümlülükler getiren beklenmedik riskler (hastane enfeksiyonu) ortaya çıkabilmektedir. Yataklı tedavi hizmetleri büyük oranda duran varlık yatırımı gerektiren ve sabit giderleri yüksek olan sağlık hizmetidir. Üçüncü sırada önemli olan gelir kaynağı ise, poliklinik muayene gelirleri olarak saptanmıştır. Hastanelerde poliklinik hizmetleri başlıca, tıbbi uzmanlık alanında nitelikli sağlık hizmeti sunulmasına dayanmaktadır. Duran varlık yatırımı çok az olup, özel bilgi ve uzmanlık gerektiren işgücüne bağlı olarak gelir yaratılmaktadır. Bu özelliklerinden dolayı, özel hastanelerin gelir kaynakları arasında poliklinik hizmetlerinin önemli paya sahip olması, hastane yönetimi ile çalışan uzman hekimler arasındaki iş sözleşmelerinin özenle hazırlanmasını gerekli kılmaktadır. Belirtilen üç önemli gelir kaynağı da sağlık hizmeti sunumunda çok önemli riskleri içeren hizmetlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla, hizmet sunumunda sözleşmelerin hukuki açıdan nitelikli olması, iç denetimin gelişmiş standartlara bağlı olması ve hastane bünyesinde risk yönetim biriminin oluşturulması işletmenin devamlılığında hayati önem taşımaktadır.

Özel hastanelerdeki harcama kalemleri incelenmiş ve oluşan giderlerin önem derecelerine ilişkin ortalama değerler Grafik 12’de sunulmuştur.

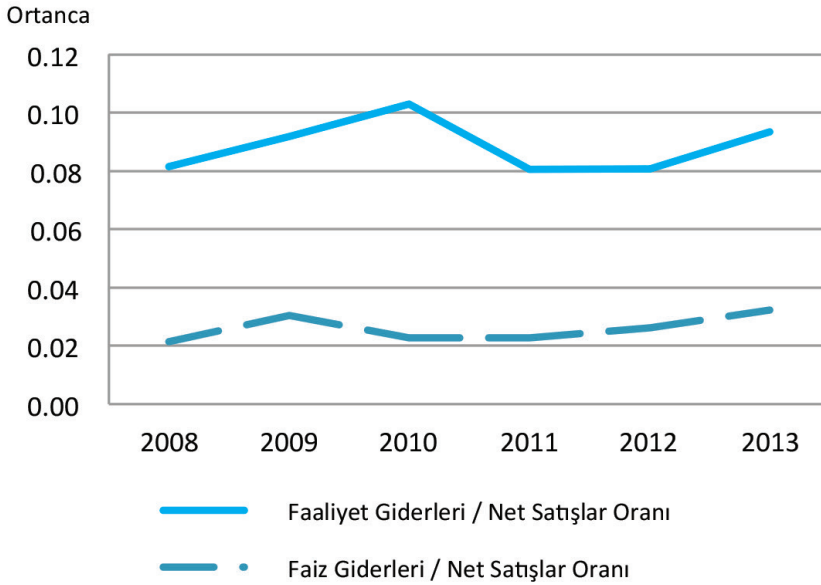
Grafik 12. Hastanelerin Harcama Kalemleri



Grafik 12’de özel hastanelerin maruz kaldıkları en önemli gider, işçilik gideri olarak belirlenmiştir. Nitelikli iş gücü gerektiren sektör, bu durumun ortaya çıkardığı yüksek miktardaki işçilik giderlerine katlanmak durumunda kalmaktadır. İkinci sırada ise, tıbbi malzeme giderleri yer almaktadır. Hastanelerde kullanılan tıbbi malzemeler çoğunlukla ithal ürünlerden oluşmakta ve bu durum önemli derecede döviz kuru riski doğurmaktadır. Üçüncü sırada finansal giderler ve dördüncü olarak cihaz amortisman bakım onarım giderleri önemli giderler olarak belirtilmiştir. Hastanelerde sürekli değişen ileri teknoloji cihazlar kullanılarak tanı, tahlil, tetkik ve tıbbi müdahaleler yapılmaktadır. Bu cihazların bakımlarının hastaneler açısından önemli giderler oluşturduğu anlaşılmaktadır.

Türkiye’de özel hastanelerin satış gelirlerini elde ederken maruz kaldıkları faaliyet giderleri ve finansman giderleri TCMB tarafından yayınlanan sektör bilançoları aracılığıyla incelenmiştir. Elde edilen veriler Grafik 13’te yer almaktadır.

Grafik 13. Özel Hastanelerde Gider Oranları



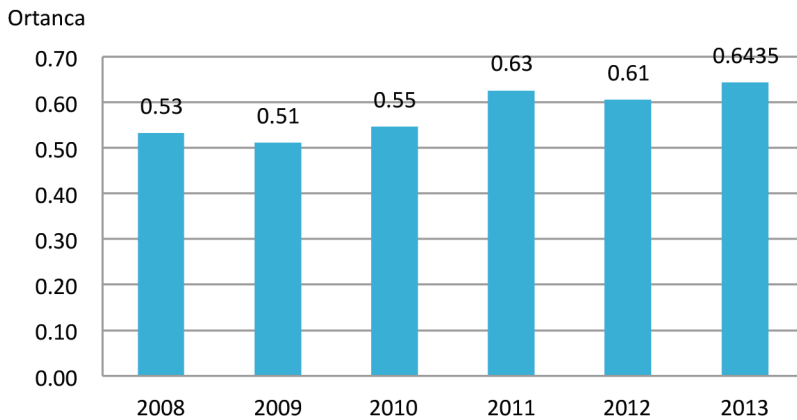
Kaynak: TCMB Sektör Bilançolarından yararlanılarak grafik yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 13'te özel hastanelerin faaliyet giderleri ve faiz giderlerinin 2008 yılında SUT fark ücreti kararıyla birlikte satışlardaki azalmaya bağlı olarak arttığı anlaşılmaktadır. Bunun devamında 2009 yılında finansal krizin olumsuz etkisinin yaşandığı görülmektedir. Kriz ortamlarında satış gelirlerinin azalması, büyük işçilik giderlerine sahip hastaneleri yok olma eşiğine getirebilmektedir. Bu gider kalemlerinin kolaylıkla azaltılamaması, hastanelerin finansal krizle mücadele edebilmelerini güçleştirmektedir. Benzer şekilde, kriz ortamında tıbbi malzeme maliyetlerinde artış, bu sürece daha da olumsuz etki yapmaktadır.

C- Özel Hastanelerde Sermaye Yapısı Kararları

Sermaye yapısı kararları, firma varlıklarının hangi kaynaklar üzerinden finansmanın sağlandığına odaklanmaktadır. Bu çerçevede araştırmaya katılan özel hastanelerin Toplam Borç/Toplam Varlıklar Oranı'na ilişkin tutumları incelenmiştir. Özel hastanelerin %17'sinin borç finansmanını kullanmadıkları anlaşılmıştır. Hastanelerden %33'ü sermaye yapısında %1-25 oranında ve diğer %33'ü de %51-75 oranında borca yer verdiklerini belirtmişlerdir. Türkiye genelinde özel hastanelerin borç finansmanına yönelik tutumları TCMB sektör bilançoları üzerinden değerlendirilmiş ve Grafik 14'te gösterilmiştir.

Grafik 14. *Toplam Borç/Aktif Toplam Oranı*

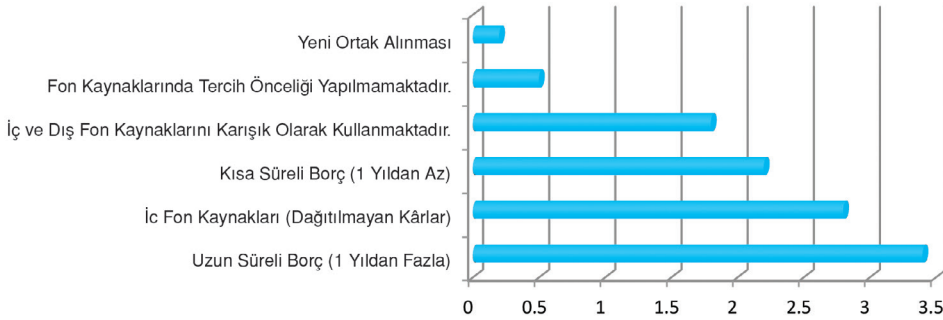


Kaynak: TCMB Sektör Bilançolarından yararlanılarak grafik yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 14'te Türkiye'deki özel hastanelerin borçlanma oranınının 2009 finansal kriziyle birlikte yükseldiği dikkati çekmektedir. Adana'da faaliyette bulunan özel hastanelerden %51-75 oranında borç finansmanına yer verenlerin bu konudaki tutumları Türkiye genelinde elde edilen bulgu ile uyumlu olarak tespit edilmiştir.

Özel hastanelerin fon ihtiyacı duyduklarında, farklı özelliklere sahip fon kaynakları arasından hangisinin öncelikli olarak tercih edildiği araştırılmıştır. Bu konu sermaye yapısı kararları çerçevesinde değerlendirilmekte, klasik ve modern teoriler tarafından farklı öngörülerde bulunmaktadır. Bu teorilerden birisi olan Finansal Hiyerarşi Teorisi (Pecking Order Theory) asimetrik bilgi maliyetlerini esas alarak, en az asimetrik bilgi maliyetine konulan fon kaynağından başlamak üzere fon kaynakları arasından tercih sıralaması sunmaktadır. Buna göre, ilk sırada iç fon kaynakları yer alırken, ikinci sırada borç finansmanı, üçüncü sırada melez fon kaynakları ve son olarak hisse senedi ihracı önerilmektedir. Özel hastanelerin fon kaynağını hangi sıklıkla tercih ettiklerine ilişkin ortalama değerler Grafik 15'te sunulmuştur.

Grafik 15. *Fon Kaynakları Tercih Sıralaması*

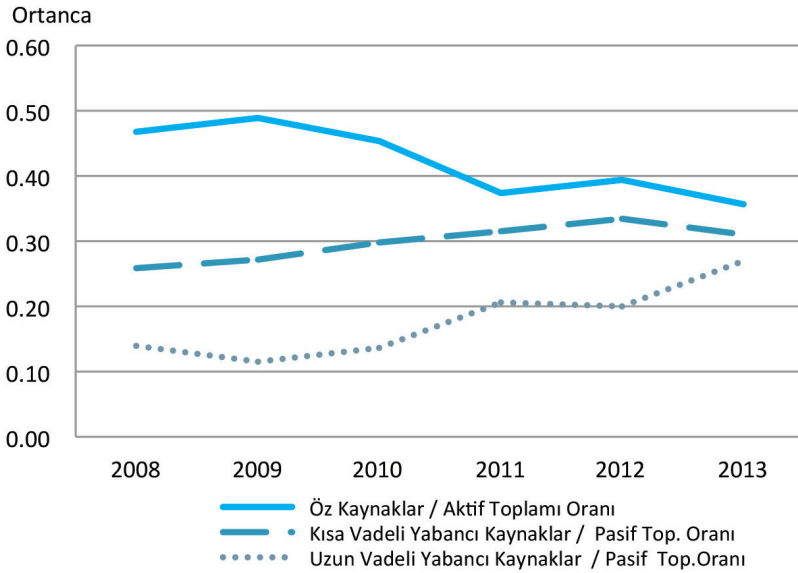


Grafik 15'te fon kaynakları tercihinde ilk sırada uzun süreli borçlanmanın tercih edildiği görülmektedir. İşletmeler, borç finansmanının maliyeti olan faiz ödemeleri kadar faizin vergi kalkını avantajından yararlanabilmektedir. Sermaye yapısında borca yer verilerek, firma değerini artırabilme olanağı elde edilmektedir. Ancak bu fayda belirli bir noktaya kadar olmakta, daha fazla borçla finansmana yer verilmesi halinde borç verenler açısından geri ödenmeme riski artarak borçlanma maliyeti yükselmektedir. Özel

hastanelerde ilk sırada borç finansmanına yer veriliyor olması, vergi faydasından yararlanıldığına işaret etmektedir. İkinci sırada, iç fon kaynaklarının tercih edildiği tespit edilmiştir. Daha sonra kısa süreli borç ve iç ve dış fon kaynaklarının karışık kullanıldığı görülmektedir. Bu sıralama sermaye yapısı teorilerinden Finansal Hiyerarşi Teorisi'ne uyumlu kararlar alındığına işaret etmektedir.

Türkiye'de TCMB sektör bilançoları esas alınarak özel hastanelerin özsermaye oranı, kısa süreli borçlanma oranı ve uzun süreli borçlanma oranı incelenmiştir. Bu oranların 2008-2013 dönemine ilişkin gösterdiği eğilim Grafik 16'da sunulmuştur.

Grafik 16. Türkiye'de Özel Hastanelerin Borçlanma Yapısı



Kaynak: TCMB Sektör Bilançolarından yararlanılarak grafik yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

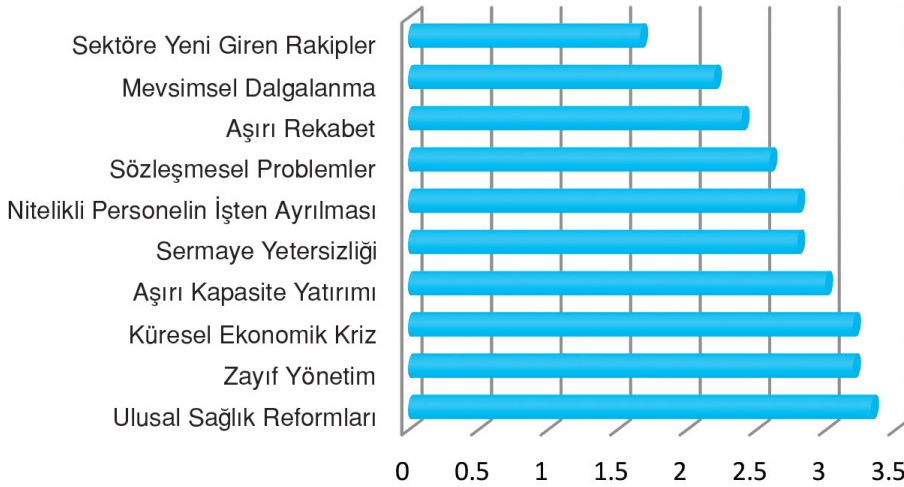
Grafik 16'da 2009 finansal krizi sonrasında özel hastanelerin özsermaye oranlarının azalmaya başladığı, 2011-2012 yıllarında bir düzelme görülmesine karşın tekrar düştüğü görülmektedir. Bu dönemde özsermaye ile uzun süreli borç finansmanının kısmen bir birine ikame edildiği anlaşılmaktadır. Kısa süreli borçlanma oranı ise, istikrarlı bir şekilde 2012 yılına kadar

artmış ve son yıllarda azalma eğilimi göstermiştir. Özellikle 2012 yılı ve sonrasında özel hastaneler uzun süreli fon kaynaklarını artırırken, kısa süreli borçlanmadan kaçındıkları ortaya çıkmaktadır. Bu bulgu, araştırmaya katılan özel hastanelerin fon kaynağı tercihinde uzun süreli borç finansmanını ilk sırada tercih ediyorum olmalarıyla uyumlu bulunmuştur.

D- Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntıya Yaklaşım ve Yeniden Yapılandırma

Hastanelerde risk başlıca, sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan riskler ve bir işletme olarak faaliyetlerin yürütülmesinden kaynaklanan riskler olmak üzere iki açıdan değerlendirilebilir. Hizmet sunumu aşamasında yaşanabilecek problemler, hizmeti alan kişiler ve denetleyici kurumlar açısından sonuçlar doğurmakta ve bir dizi hukuki yaptırımlara konu olmaktadır. Ayrıca, küresel çapta salgın hastalık riski ve ulusal sağlık reformları gibi hastane yönetiminin öngöremeyeceği riskler söz konusu olabilmektedir. İşletme temelinde ise, sistematik risk ve sistematik olmayan risklere maruz kalınabilmektedir. Araştırmaya konu özel hastanelerin karşı karşıya kaldıkları risk faktörlerine ilişkin önem derecelerinin ortalama değerleri Grafik 17’de sunulmuştur.

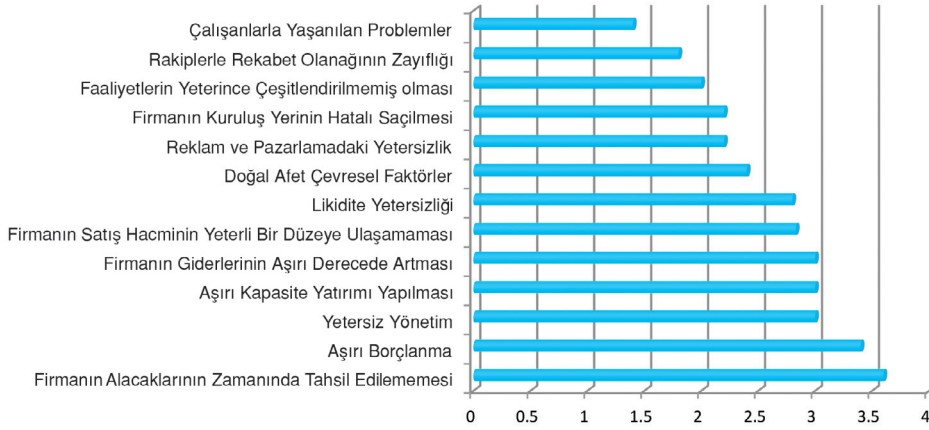
Grafik 17. Özel Hastaneler Açısından Risk Faktörleri



Grafik 17’de özel hastanelerin maruz kaldıkları risk faktörleri arasında ilk sırayı, ulusal sağlık reformları almaktadır. Jahur ve Quadir (2012) ile Maizel ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmalarda politika değişimlerinin sağlık işletmelerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Diğer önemli risk faktörleri, zayıf yönetim ve küresel ekonomik kriz olarak belirlenmiştir. Hastane işletmesinin yönetiminden kaynaklı olan ve sistematik olmayan bir risk faktörü olarak zayıf yönetim konusu, özel hastanelerin işletme yönetimi konusunda uzman bilgi ve deneyime ihtiyaç duyduklarına işaret etmektedir. Önemli bulunan bir diğer risk faktörü ise, hastanelerde aşırı kapasite yatırımının olmasıdır. Aşırı kapasite yatırımı, hastane yönetiminin finansal kararlarında optimal olmayan bir yol izlendiğini ve özellikle yatırım projelerinin değerlendirilmesi aşamasında çok önemli teknik bilgi açığının olduğunu ortaya koymaktadır. Risk faktörlerinden sermaye yetersizliğinin önemli bulunması, hastanelerde kaynak planlaması sürecinde sorun yaşandığı ve bunun önemli seviyede olduğuna işaret etmektedir. Benzer önem derecesine sahip olan diğer bir risk faktörü nitelikli personelin işten ayrılması şeklinde tespit edilmiştir. Bu unsur özel hastanelerin faaliyetlerini devam ettirebilmelerinde çok büyük öneme sahiptir. Ancak, bu problemin ilk sıralarda yer almamış olması, kısmen de olsa hastanelerin bu konuya yönelik özel uygulamalar geliştirdiklerini göstermektedir. Özel hastaneler açısından, aşırı rekabet, mevsimsel dalgalanma ve sektöre yeni rakiplerin girmesi faktörlerinin göreceli olarak daha az önemli olduğu belirlenmiştir.

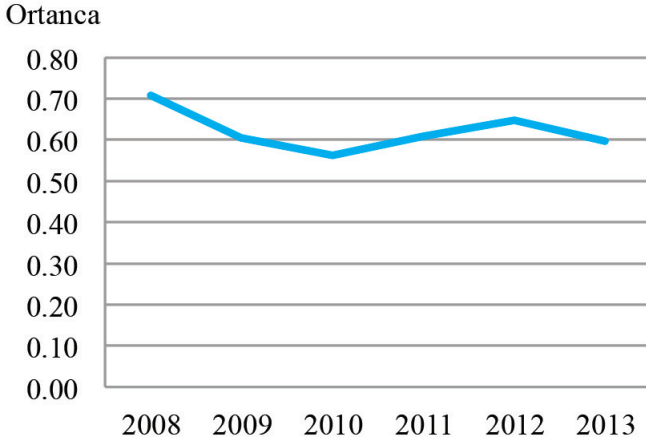
Finansal sıkıntı, vadesi gelen borçları ödemede güçlük yaşanması olarak tanımlanabilir. Araştırmaya katılan hastanelere “Son 3 yıl içerisinde işletmeniz vadesi gelen borçlarını ödeme gücüğü yani finansal sıkıntı yaşadınız mı?” sorusu yöneltilmiş ve %83 oranında hayır, %17 oranında evet cevabı alınmıştır. Özel hastanelerde finansal açıdan sıkıntıya yol açabilecek faktörler değerlendirilmiş ve önem derecelerinin ortalama değerleri Grafik 18’de sunulmuştur.

Grafik 18’de özel hastaneleri finansal sıkıntıya iten en önemli faktör, hastane alacaklarının zamanında tahsil edilememesi olarak görülmektedir. Hastanelerde alacakların tahsil edilememesi durumu, çalışma sermayesi yönetimi açısından sıkıntı yaşandığına işaret etmektedir. Benzer bulguya Türkiye verileri kullanılarak analizlerin yapıldığı Özgülbaş ve diğerleri (2008) çalışmasında ulaşılmış ve sağlık işletmelerinde alacak yönetiminde

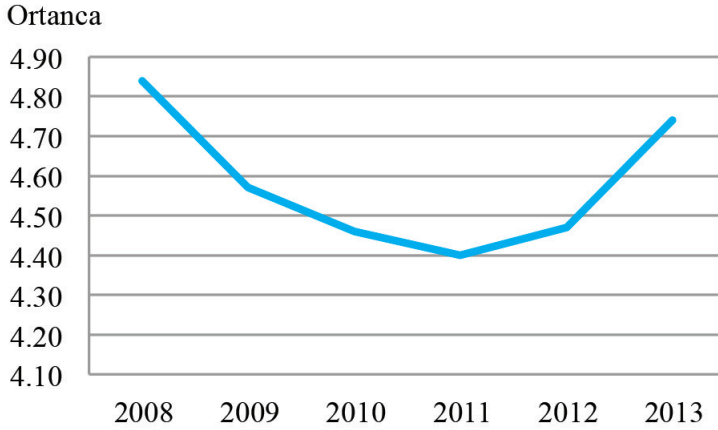
Grafik 18. Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntıya Yol Açabilecek Faktörler

yaşanılan problemlerin, alacakların tahsil süresinin uzamasına ve performansın olumsuz etkilenmesine yol açtığı saptanmıştır. İkinci sırada önemli finansal sıkıntı nedeni, aşırı borçlanma olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu iki problem, hastane faaliyetlerinden ziyade finansal yönetim kararlarına dayalı olarak ortaya çıkabilecek sorunlardır. Özel hastanelerin finansal yönetim konularında desteğe ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır. Üçüncü sırada yer alan yetersiz yönetim probleminin finansal sıkıntıya iten önemli faktörler arasında görülmesi, bu çıkarımı doğrulamaktadır. Literatürde Maizel ve diğerleri (2009), yönetimde yaşanan aksaklıkların sağlık işletmelerinin performansını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Dördüncü sırada, aşırı kapasite yatırımı yapılması yer almakta olup, bu faktör de önceki faktörlere paralel olarak, işletmenin yatırım kararlarının verilmesinde ve planlamasında hatalar yapıldığına işaret etmektedir. Diğer önemli faktörler, firma giderlerinin aşırı derecede artması, firmanın satış hacminin yeterli bir düzeye ulaşmaması, likidite yetersizliği, doğal afet ve çevresel faktörler, reklam ve pazarlama yetersizliği ve firmanın kuruluş yerinin hatalı seçilmesi olarak değerlendirilmiştir.

Özel hastanelerde alacakların zamanında tahsil edilememesi finansal sıkıntıya iten en önemli faktör olarak saptanmıştır. Bu konu, Türkiye genelinde özel hastanelerin Kısa Vadeli Alacaklar oranı ve Alacak Devir Hızına ilişkin 2008-2013 dönemi üzerinden incelenmiş ve ortanca değerleri Grafik 19 ve Grafik 20’de sunulmuştur.

Grafik 19. Kısa Vadeli Alacaklar /Dönen Varlıklar Oranı

Kaynak: TCMB Sektör Bilançolarından yararlanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 20. Alacak Devir Hızı

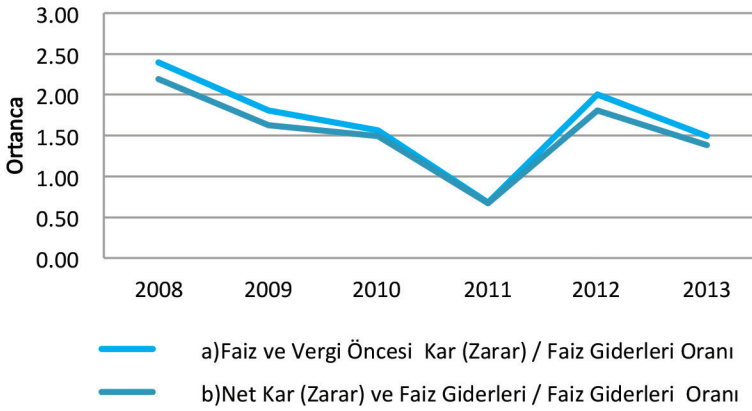
Kaynak: Sektör Bilançolarından yararlanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 19’da özel hastanelerin kısa vadeli alacaklarının 2008 yılında azalmaya başladığı ve 2010 yıllarında en düşük seviyelerde olduğu görülmektedir. Grafik 20’de ise, aynı yıllarda alacak devir hızının azaldığı belirlenmiştir. Bu ise, hastanelerin alacakları tahsil etme sürelerinin uzadığı anlamına gelmektedir. Özel hastanelerin son yıllarda alacakları

tahsil etme sürelerinde etkinliği artırdıkları ve alacak devir hızlarının arttığı anlaşılmaktadır. Bu veriler, ankete katılan özel hastanelerin finansal sıkıntı açısından yaptıkları değerlendirmelere uyum göstermektedir.

Sermaye yapısında borca yer veren bir firmanın mali yapısı değerlendirilirken, faiz ödemelerini karşılayabilme gücü önemlidir. Türkiye genelinde özel hastanelerin 2008-2013 döneminde Faiz Karşılama Oranı'na ilişkin ortanca değerleri Grafik 21'de yer almaktadır.

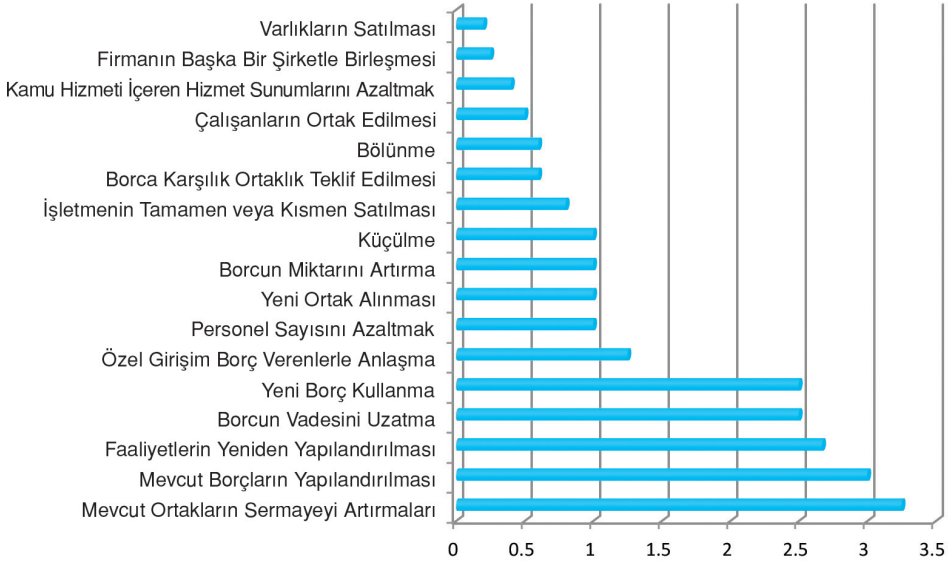
Grafik 21. Faiz Karşılama Oranı



Kaynak: TCMB Sektör Bilançolarından yararlanılarak grafik yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 21'de özel hastanelerin ödemek zorunda oldukları faizi, faiz ve vergi öncesi kâr üzerinden karşılayabilme oranları ve vergi ödemeleri gerçekleştirildikten sonra kalan tutar üzerinden faiz giderlerini karşılayabilme oranları görülmektedir. Türkiye'de özel hastanelerin 2008 yılında Sağlık Uygulama Tebliği çerçevesinde yürürlüğe giren fark ücretine getirilen sınırlamanın önemli etkisi olduğu görülmektedir. Buna göre, hastanelerin faiz karşılama oranlarının azaldığı, 2011 yılında en düşük seviyeye ulaştığı anlaşılmaktadır.

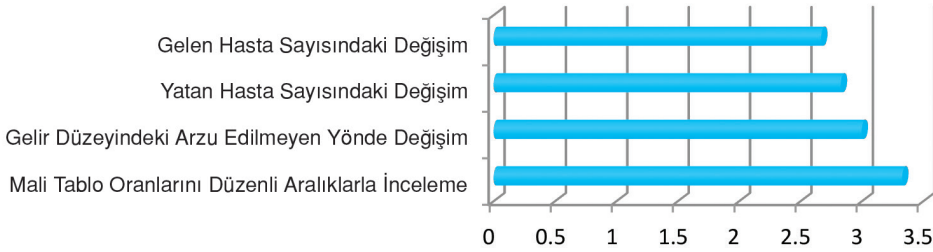
İşletmeler finansal sıkıntıya çözüm bulmada farklı yaklaşımlar uygulayabilmektedir. Özel hastanelerin finansal sıkıntı durumunda nasıl kararlar aldıkları ve finansal sıkıntıda tercih ettikleri yöntemlerin uygulanma sıklığına ilişkin ortalama değerler Grafik 22'de sunulmuştur.

Grafik 22. Finansal Sıkıntı Durumunda Tercih Edilen Yöntemler

Grafik 22’de özel hastanelerin finansal sıkıntı durumunda en çok başvurdukları yöntem, mevcut ortakların sermayeyi artırmaları şeklinde görülmektedir. İkinci sırada sıklıkla tercih edilen yöntem, mevcut borçların yapılandırılmasıdır. Hastanelerin en çok tercih ettikleri yöntemler arasında ilk iki sırayı sermaye bileşimi yani finansal yeniden yapılandırma yöntemlerinin aldığı dikkati çekmektedir. Mevcut ortakların sermayeyi artırmaları, hastane sahipliğinde yönetimin yeni bir ortak ile paylaşılma istenmediği anlaşılmaktadır. Bu tutum, finansal hiyerarşi teorisine uyum göstermektedir. Üçüncü sırada, hastane faaliyetlerinin yeniden yapılandırılması sıklıkla tercih edilmektedir. Özel hastanelerde, farklı risk ve getiri özelliklerinin sahip çeşitli faaliyetler üzerinde gelir sağlanabilmektedir. Bu faaliyet yapısının finansal sıkıntıda bir çözüm olarak değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Finans literatüründe faaliyetlerin çeşitlendirilmesi yoluyla firma performansının artırılacağı ve riskinin azaltılabileceği kabul edilmektedir (Berger ve Ofek, 1995; Yücel ve Önal, 2015). Bu uygulamanın hastanelerin finansal yönetiminde hali hazırda uygulandığı saptanmıştır. Borcun vadesinin uzatılması ve yeni borç kullanma yöntemlerinin daha az sıklıkla tercih edildiği görülmektedir. Bunun dışında kalan yöntemlerin kullanım sıklığı göreceli olarak az olarak belirlenmiştir.

Finansal sıkıntı sürecine girilmeden erken uyarı yöntemleri kullanılmalı ve önlem alınmalıdır. Finansal sıkıntı yaşanmadan önce bu durumun tahmin edilebilmesi, hastanelerin finansal sıkıntı maliyetlerine katlanmalarına engel olacaktır. Bu doğrultuda hastanelerde uygulanan finansal sıkıntı erken uyarı sistemlerinin ortalama tercih edilme sıklığı Grafik 23'te sunulmuştur.

Grafik 23. *Finansal Sıkıntıyı Önlemede Erken Uyarı Sistemleri*



Grafik 23'te finansal sıkıntının erken tespit edilmesinde en çok başvurulan yöntem, mali tablo oranlarını düzenli aralıklarla incelemedir. Mali tablolar kullanarak, finansal yapı oranları, faaliyet oranları, kârlılık oranları ve çalışma sermayesinin etkinliğini gösteren likidite oranları üzerinden firma performansı ve riski hakkında fikir sahibi olunabilmektedir. Bu veriler geçmiş muhasebe değerleri üzerinden hesaplanmakla birlikte, tahmin yöntemleri kullanılarak gelecekteki tahmini oranlar elde edilebilmektedir. İkinci sırada sıklıkla kullanılan yöntem, gelir düzeyinde arzu edilmeyen yönde değişimlerin incelenmesidir. Özel hastanelerde satış gelirleri, etkinlik ve performans hakkında fikir vermektedir. Satış gelirlerindeki azalmalar, hastanede performansın azaldığı ve kaynakların etkin kullanılmadığına işaret etmektedir. Üçüncü sırada tercih edilen yöntem ise, yatan hasta sayısındaki değişim olarak belirlenmiştir. Yataklı tedavi hizmeti gelirleri, özel hastanelerin gelir kaynakları arasında ikinci sırada yer almakta olup, bu gelir kaynağının gösterdiği değişim bütün olarak hastanenin faaliyetlerini etkileyebilecektir. Özel hastaneler tarafından sıklıkla tercih edilen diğer iki yöntem ise, yatan hasta sayısı ve gelen hasta sayısının incelenmesidir. Poliklinik hizmetleri gelirindeki değişimin de finansal sıkıntının erken tespitinde sıklıkla kullanıldığı saptanmıştır.

SONUÇ

Bu çalışmada, özel hastanelerde finansal sıkıntı ve yeniden yapılandırma konusu Adana'da faaliyette bulunan özel hastanelere anket uygulanarak araştırılmıştır. Buna ilaveten Türkiye genelinde özel hastanelere ait veriler işlenerek mevcut yapı hakkında tespitlerde bulunulmuştur. Türkiye'de sağlık sisteminin gelişimi ve özel sektöre etkileri değerlendirilmiştir. Anket çalışması sonucunda, özel hastanelerin hangi şartlar altında faaliyetlerini gerçekleştirdikleri ve finansal kararlar aldıkları belirlenmiştir. Buna göre, özel hastaneler ortaklardan oluşan sahiplik yapısı altında faaliyet göstermekte ve bu ortaklar arasında çoğunlukla hakim ortak bulunmamaktadır. Yönetim kurulunda sağlık uzmanı oranı görece olarak daha fazladır. Yarı zamanlı çalışan personel oranı %1-25 arasında gerçekleşmektedir. Temel gelir kaynaklarını, kamu sağlık sigortası oluşturmaktadır. En çok gelir elde ettikleri hizmet grupları, ameliyat ve tıbbi müdahale uygulamaları, yataklı tedavi hizmetleri ve poliklinik hizmetlerinden oluşmaktadır. En önemli harcama kalemleri, işçilik giderleri, tıbbi malzeme giderleri ve finansal giderlerden oluşmaktadır. Ulusal sağlık reformları, zayıf yönetim ve küresel ekonomik kriz sağlık sektörünü etkileyen önemli risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Fon kaynakları arasından yaptıkları tercih sıralaması, uzun süreli borç, iç fon kaynakları ve kısa süreli borç finansmanı şeklinde tespit edilmiştir. Firmanın alacaklarının zamanında tahsil edilememesi, aşırı borçlanma ve zayıf yönetim konularının finansal sıkıntıya yol açabilecek önemli faktörler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Finansal sıkıntı durumunda sıklıkla tercih edilen yöntemler, mevcut ortakların sermayelerini artırmaları ve mevcut borçların yeniden yapılandırılması ve faaliyetlerin yeniden yapılandırılması şeklinde saptanmıştır. Finansal sıkıntının erken tespit edilmesinde, mali tablo oranlarındaki değişimlerin izlenmesi yönteminin sıklıkla kullanıldığı belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular ışığında özel hastanelerin yaşadığı finansal yönetim konusundaki problemler, işletme yönetiminde önemli teknik bilgi açığının olduğuna işaret etmektedir. Bu problemler başlıca, finansal planlama ve yatırım kararları sürecinde sorun yaşanması, sermaye yapısı kararları ve çalışma sermayesi yönetiminde aksaklıklar, faaliyet planlanmasında konusunda etkinlikten uzak kararlar alınması şeklindedir. Bu doğrultuda hastanelerde başta finansal yönetim olmak üzere yönetsel faaliyetlerdeki

bilgi açığının kapatılması ve alanında uzman kişilerden yararlanılması, daha yüksek firma değerine ulaşılabilmesine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, sağlık sektöründe finansal sıkıntı sürecine odaklanacak çalışmalara yol göstermesi ümit edilmektedir.

Kaynakça

- Adana Sağlık Müdürlüğü, Özel Hastaneler, [<http://www.adanasm.gov.tr/Sayfa.aspx?id=26>] (20.09.2014).
- Altman, E. I. (1968), “Financial Ratios, Discriminate Analysis and the Prediction of Corporate Bankruptcy” *Journal of Finance*, Vol. 23(4): 589-609.
- Altman, E. and E. Hotchkiss (2006), “Corporate Financial Distress and Bankruptcy: Predict and Avoid Bankruptcy, Anaylze and Invest in Distressed Debt”, 3. Edition, New Jersey, John Wiley and Sons.
- Atmaca, E.; Turan, F., G. Kartal ve E. S. Çiğdem (2012), “Ankara İli Özel Hastanelerin Veri Zarflama Analizi ile Etkinlik Ölçümü”, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 16, Sayı: 2, Aralık, 135-153.
- Augurzy, B.; Engel, D., C. M. Schmidt and C. Schwierz (2012), “Ownership and Financial Sustainability of German Acute Care Hospitals”, *Health Economics*, 21: 811-824.
- Aytekin, S. (2011), “Yatak İşgal Oranı Düşük Olan Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Performans Ölçümü: Bir Veri Zarflama Analizi Uygulaması”, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 30, Sayı 1, 113-138.
- Bahçe, S.; Köktaş, A. M. ve D. Abukan (2014), “Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı”, *EECON 2013, International Conference on Eurasian Economies*, 17-18 September 2013-St. Petersburg, Russia. 299-307.
- Beaver, W. H. (1968), “Market Prices, Financial Ratios, and the Prediction of Failure” *Journal of Accounting Research*, Autumn, p. 179-192.
- Berger, P. G. and E. Ofek (1995), “Diversification’s Effects on Firm Value”, *Journal of Financial Economics*, 37, 39-65.
- Büyüksavaş, A. (2010), “Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Duffy, S. Q. and B. Friedman (1993), “Hospitals With Chronic Financial Losses: What Came Next?”, *Health Affairs*, 12, No. 2: 151-163.
- Gilson, S. C. and M. R. Vetsuypens (1993), “CEO Compensation in Financial Distressed Firms: An Empirical Analysis”, *The Journal of Finance*, 48/2: 425-458

- Jahur, M.S. and S. M. N. Quadir (2012), “Financial Distress in Small and Medium Enterprises (SMEs) of Bangladesh: Determinants and Remedial Measures”, *Economia. Seria Management*, Vol. 15, Issue 1: 46-61.
- La Forgia, G. and A. Harding (2009), “Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance in Sao Paulo, Brazil”, *Health Affairs*, Vol. 28, No. 4, 1114-1126.
- Maizel, S.; Passarelli, S. ve G. D. Pillari (2009), “The Financial Crisis Facing America’s Hospital Industry: Part I”, *American Bankruptcy Institute Journal*, Vol. XXVII, No. 10, January.
- Maizel, S.; Lane, M. and D. Spitzer (2011), “Financially Distressed Healthcare Facilities: Restructuring and Insolvency Options”, *American Bankruptcy Institute Journal*, November 16.
- Molinari, C.; Morlock, L., J. Alexander, ve C. A. Lyles (1993), “Hospital Board Effectiveness Relationships between Governing Board Composition and Hospital Financial Viability”, *Health Service Research*, August, 28:3, 358-377.
- Nerenz, D. R. ve N. Neil (2001), “Performance Measures for Health Care Systems”, Michigan State University, Virginia Mason Medical Center, May 1.
- Numanoğlu, Tekin, R. (2011), “Hasta Yatış Süresini Etkileyen Faktörler: Türk Sağlık Sistemi Açısından Bir Değerlendirme”, Başkent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ohlson, J. A. (1980), “Financial Ratios and Probabilistic Prediction of Bankruptcy”, *Journal of Accounting Research*. Vol.18, No. 1, Spring: 109-131.
- Özgülbaş, N.; Koyuncuğil, A. S., R. Duman ve B. Hatiboğlu (2008), “Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi”, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 40, 120-131.
- Padilla, A. J. and A. Requejo (2000), “Financial Distress, Bank Debt Restructurings, and Layoffs”, *Spanish Economic Review*, 2: 73-103.
- Saraçoğlu, B.; Sülkü, S. N. ve Ş. Açıkgöz (2012), “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri”, *Ekonomik Yaklaşım*, Cilt:23, Özel Sayı, 269-282.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), www.sgk.gov.tr.
- Tarcan, G. Y.; Tarcan, M., H. Özgen (2010), “The Effect of Technology and Quality on Hospital Financial Performance: Assessment of Hospital Director Opinions in Ankara Provincial Centre”, *2010 Northeast Decision Sciences Institute Proceedings*, March, 592-597.
- Türkiye Cumhuriyeti Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, [https://portal.muhasebat.gov.tr/mgmportal/faces/khbDetay_yeni?_adf.ctrl-state=6owpmwxmb_159&_afRLoop=310052694334162] (15.09.2014).
- Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası (TCMB), Sektör Bilançoları, [http://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/TCMB+TR/TCMB+TR/Main+Menu/Istatistikler/Reel+Sektor+Istatistikleri/Sektor+Bilançoları], 15.11.2014.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084] (18.11.2014).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı, [http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/829_DB_21_saglik-istatistik-yilliklari], (26.11.2014).

Üçdoğruk, Ş. (1996), “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonometrik Analizi: Eşbütünlüşme Testi”, *Ekonomik Yaklaşım*, Cilt 7, Sayı 21, Yaz, 101-112.

Yeşilyurt, M. E. ve F. Yeşilyurt (2006), “Kadın, Doğum ve Çocuk Hastanelerinde

Girdi Tıkanıklığı ve Aylık Girdilere Bağlı Kayıpların Analizi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 7(2), 41-54.

Yücel, E. and Y. B. Önal (2015), “Industrial Diversification and Risk in an Emerging Market: Evidence from Turkey”, *Emerging Market Finance & Trade*, Online, pp. 1-15. [http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1540496X.2015.1011544#abstract] (15.03.2015).

İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Değerlendirme Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Occupational Health and Safety Application Performance Evaluation Scale: Validity and Reliability Study

Engin ÜNGÜREN*

Tayfur Süleyman KOÇ**

ÖZ

Çalışma ortamında meydana gelen iş kazaları, çalışma hayatının önemli sorunlarından birini teşkil etmektedir. Günümüzde iş sağlığı ve güvenliği alanında pek çok gelişme olmasına rağmen, iş kazası rakamları halen yüksektir. İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sunarak; iş kazalarının önlenmesinde, çalışanların fiziksel ve ruhsal yönden kendilerini iyi hissetmesinde ve ayrıca işletme verimliliğinin, kurumsal imajının ve müşteri memnuniyetinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. İşletmelerin bu uygulamalara yönelik performans ölçümlerini gerçekleştirmeleri, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili stratejilerinin ve faaliyetlerinin mevcut durumu ya da başarısı ile ilgili bilgi toplamalarına yardımcı olmaktadır. Bu çalışmanın amacı da iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının etkinliğine yönelik bir performans değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesidir. Çalışma Antalya ili Alanya ilçesinde faaliyet gösteren konaklama işletmeleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları performans ölçeğinin beş faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiş ve ölçeğin güvenilir ve geçerli bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: İş sağlığı ve güvenliği, performans, performans değerlendirme, konaklama işletmeleri

ABSTRACT

Occupational accidents that occur in working life is the one of the major problems of working life. Today, despite many developments in the field of occupational health and safety, occupational accident statistics are still high. A safe and healthy working environment by providing occupational health and safety practices, plays an important role in the prevention of occupational accidents, increasing operational productivity and profitability, *promotion of corporate image*, customer satisfaction and employees to feel good about themselves in the physical and spiritual aspects. The study is aimed to improve the performance evaluation scale to be used in evaluating the performance of occupational health and safety practices. Research was carried out on accommodation businesses that operated in the province of Antalya Alanya district. As a result of research has shown that Occupational Health And Safety Application Performance evaluation scale consists of five-factor structure and revealed that it is a reliable and valid scale structure.

Keywords: Occupational health and safety, performance, performance evaluation, accommodation businesses

* Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Alanya İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü
enginunguren@akdeniz.edu.tr

** Akdeniz Üniversitesi, İşletme Ana Bilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü
tayfurkoc@gmail.com

GİRİŞ

20. yüzyılın ortalarına kadar, iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemeye yönelik uygulamaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Ancak günümüzde bu uygulamaların yerine getirilmesi, işletmeler için önemli bir görev ve sorumluluk haline gelmiştir (Kang, 2009:47). İşletmelerin en önemli kaynağı olan insan faktörünün maruz kaldığı iş kazaları ve meslek hastalıkları, iş sağlığı ve güvenliği üzerine çeşitli uygulamaların ve stratejilerin geliştirilmesine neden olmuştur. Fakat günümüzde iş sağlığı ve güvenliği alanında pek çok gelişme olmasına rağmen, iş kazası istatistikleri halen yüksektir. Bu nedenle tüm dünya genelinin iş sağlığı ve güvenliği üzerine daha çok eğilmesi ve yeni stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Alli, 2008:3).

Günümüzde işletmeler iş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları, faaliyette buldukları ülkenin yasal mevzuatına uygun olarak çeşitli standartlar ya da modeller çerçevesinde icra etmektedirler. Türk İş Hukuku'nda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili temel yasal düzenleme 6331 sayılı İSG Kanunu'dur. 6331 sayılı Kanun'un 4. maddesine göre işveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izlemeli, denetlemeli ve ortaya çıkan uygunsuzlukların giderilmesini sağlamalıdır. Kanun'un 4'üncü maddesi, işverenin işyerinde meydana gelebilecek kaza ve hastalıklara karşı çalışanlarını koruma ve gözetme sorumluluğunu oluşturan temel yasal düzenlemedir. Bu hükme göre, işverenin yükümlülüğü sadece önlem almaktan ibaret olmayıp, çalışanların mevzuata ve işyerinde konulan iş sağlığı ve güvenliği talimatlarına uyup uymadıklarını devamlı surette izlemeyi, kontrol etmeyi ve denetlemeyi de içermektedir. Bu denetleme süreci çeşitli yöntem ve araçlarla yapılabilir. Kanunda veya yönetmeliklerde bu izleme görevinin nasıl yapılacağı açıklıkla ortaya konmamış, işverene bu konuda esneklik tanınmıştır. Bu çerçevede, iş sağlığı ve güvenliği performans ölçeğinin geliştirilmesi işverenin izleme ve denetim yükümlülüğünü yerine getirmesinde yardımcı olacak önemli araçlardan biri olabilir. Bu çalışmanın amacı, işletmeler için son derece önem arz eden iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına yönelik bir performans ölçeğinin geliştirilmesi ve literatüre kazandırılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda, Türk İş Hukuku'nun iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düzenlemelerinin temeli olan 6331 sayılı Kanun ve Kanun'la ilgili olan bazı yönetmelikler çerçevesinde bir ölçek geliştirilmiş ve ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır.

I- İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Her geçen gün daha da önem kazanan ve ülkelerin kalkınma düzeylerinin bir belirleyicisi haline gelen iş sağlığı ve güvenliği, çalışanları iş kazaları ve meslek hastalıklarından koruyarak onlara sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sunmak için yapılan sistemli çalışmalar şeklinde tanımlanmaktadır (Tozkoparan ve Taşoğlu, 2011:184). İş sağlığı ve güvenliğinin temelinde günlük hayatta sıklıkla kullanılan iki adet kavram yer almaktadır. Bu kavramlar sağlık ve güvenliktir. Kelime anlamı olarak sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan tamamen iyi olma halini ifade etmektedir (Larson, 1996:181). Sağlık kavramını sadece patolojik bulguların yokluğu olarak ifade etmek doğru bir yaklaşım değildir. Yukarıdaki tanımda görüldüğü gibi insanın psikolojik ve sosyal yönü de sağlık kavramı içerisinde değerlendirilmektedir. Sağlık, yaşamın devamı için gerekli olan en önemli unsurdur ve hukuk sistemi içerisinde korunması gereken temel haklardan biridir (Susser, 1993:419). İş sağlığı ve güvenliğinin temelinde yer alan bir diğer kavram ise güvenliktir. Güvenlik, “emniyet içerisinde olma” ya da “tehlikelerden uzak olma” anlamlarına gelmektedir (Harms-Ringdahl, 2005:15; Demirbilek, 2005:4). Daha kapsamlı bir ifadeyle her türlü fiziksel, ruhsal, maddi ve manevi tehlikelerden uzak olmak ya da bunların kontrol altında tutulmasıyla ortaya çıkan bireysel veya toplumsal iyi olma hali, güvenliğin tanımını oluşturmaktadır (Maurice vd., 2001:238).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ortak yayınladığı bir bildiriye göre iş sağlığı ve güvenliği; çalışanların sosyal, ruhsal ve mesleki iyi hallerini olabilecek en yüksek seviyeye getirmeyi ve bu durumu sürdürmeyi amaçlayan ve bu bağlamda iş ortamındaki zararlı etmenlerden çalışanları koruyup, onları uygun bir iş pozisyonuna yerleştirmeyi hedefleyen bir bilim dalıdır (Barnett-Schuster, 2008:2). Ayrıca iş sağlığı ve güvenliği tıp, mühendislik, işletme, ekonomi vb. gibi pek çok bilim dalı ile ilişki halinde olan çok disiplinli bir yaklaşım olarak tanımlanabilir. Çalışma ortamının nasıl daha güvenli hale getirileceği ve olası risk faktörlerinin nasıl minimize edileceği sorusu, iş sağlığı ve güvenliğinin bir diğer tanımına işaret etmektedir (Erickson, 1996:11).

Sağlık ve güvenliğin bireyler için temel birer ihtiyaç aynı zamanda kamu otoritesi tarafından korunması gereken temel birer insan hakkı olduğu ifade edilebilir. Bu bağlamda sağlık ve güvenlik hakkı, bir işletmenin ya da

genel olarak tüm işletmelerin çalışanları için de geçerli olmalıdır. Çünkü günümüzün çalışma hayatında bireyler, sağlık ve güvenliklerini tehdit eden pek çok risk faktörünün etrafında çalışmaktadırlar. Yapılan işin niteliğine göre önem derecesinin değişmesiyle birlikte, tüm çalışma ortamlarında çeşitli sağlık ve güvenlik riskleri mevcuttur (Bohle ve Quinlan, 2000:7). Herhangi bir makinenin ya da iş sürecinin güvenli olarak kabul edilebilmesi için çevresine zarar verme riskinin olabildiğince en düşük düzeyde olması gerekmektedir. Yaşamın her alanında risklerden kaçınmak, bir amaç olarak ele alınabilse de pratikte böyle bir şey mümkün değildir (Harms-Ringdahl, 2005:15). Bu bağlamda çalışma ortamındaki risk faktörlerinin nasıl minimize edileceği sorusu, iş sağlığı ve güvenliğinin bir diğer tanımına işaret etmektedir (Erickson, 1996:11).

Çalışma ortamındaki sağlık ve güvenlik koşullarının yetersiz olması durumunda iş kazası ve meslek hastalıkları ile karşı karşıya kalınabilmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıklarına yönelik küresel anlamda çalışmalarda bulunan Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) göre dünya genelinde her on beş saniyede bir işçi, iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu hayatını kaybetmektedir. Ayrıca her on beş saniyede yüz altmış işçi, iş kazasına maruz kalmaktadır. ILO'nun tahminlerine göre iş kazası ve meslek hastalıkları, her yıl 2.3 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Bu ölümlerin 350 bini ölümcül iş kazaları, 2 milyonu da meslek hastalıkları sonucu oluşmaktadır. Ayrıca her yıl 313 milyon iş kazası meydana gelmekte ve bu kazaların büyük çoğunluğu belirli bir süre iş göremezlik durumunu ortaya çıkarmaktadır. ILO'nun açıklamasına göre iş sağlığı ve güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmamasının ekonomik maliyeti, dünya geneli gayri safi yurtiçi hasılanın %4'ü kadardır (<http://ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm>). Bu bağlamda iş kazası ve meslek hastalıklarının yol açtığı ekonomik maliyetleri, iş sağlığı ve güvenliğinin önemini ortaya koyan ekonomik gerekçeler şeklinde ifade etmek mümkündür.

İş sağlığı ve güvenliğinin neden önemli olduğunu ortaya koyan ekonomik gerekçeleri dışında diğer gerekçeleri de bulunmaktadır. İşletmelerin yasa ve yönetmeliklerde yer alan talimatlara aykırı hareket etmeleri sonucunda karşılaştıkları cezai yaptırımlar, iş sağlığı ve güvenliğinin yasal gerekçelerini yansıtmaktadır. İş sağlığı ve güvenliğinin ekonomik ve yasal gerekçeleri dışında, çok daha önemli olan sosyal gerekçeleri de bulunmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği her şeyden önce, işletmeler açısından sosyal bir

sorumluluk olarak ele alınmalıdır. Çünkü işletmelerin çalışanlarına sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sunmaları, toplum nezdinde önemli bir görev olarak algılanmaktadır. Toplum, yaşanan kaza ya da faciaları büyük bir üzüntüyle karşılamaktadır (Hughes ve Ferett, 2012:8-9; Barnett-Schuster, 2008:3-4). Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliği işletmeler tarafından sadece yasal bir yaptırım olarak değil aynı zamanda toplumsal ve etik bir görev olarak ele alınmalıdır.

II- İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Günümüzün işletmelerinde iş kazası ve meslek hastalıklarından korunmak, ayrıca yasal mevzuata uyum sağlamak amacıyla İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri (İSGYS) kullanılmaktadır. Bu sistemlerin temel amacı sağlık ve güvenlik ile ilgili tehlike kaynaklarının belirlenmesi, tehlikelerin risk düzeyinin ölçülmesi ve kontrol altına alınması, denetim ve kontrol mekanizmalarının yapılandırılması ve böylece olumlu bir performans elde edilerek sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulması yönünde işletmelere yardımcı olmaktır (Özdemir ve Topçuoğlu, 2009:31). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) tanımına göre iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi, bir işletmenin sağlık ve güvenlik ile ilgili kurumsal hedeflerine ulaşmak için birbirleri ile etkileşim halinde olan pek çok uygulamayı bir araya getirdiği bir yapıdır (Robson vd., 2007:331).

İSGYS, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaların nasıl icra edileceği ile ilgili bir model ya da rehber olarak da kabul edilebilir. İSGYS'lerin önemli bir bileşeni de performans ölçümüdür. İş sağlığı ve güvenliği performansının değerlendirilmesi, örgütün bu konudaki amaç ve hedeflerine ne ölçüde ulaştığı yönünde veri elde etmesini sağlar. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliği performansının değerlendirilmesiyle, örgütün hangi birimlerinin bu konuda olumlu performans gösterdiği belirlenebilir ve mevcut sorun kaynakları bulunarak iyileştirme sağlanabilir (Lingard vd., 2011:31).

ILO tarafından geliştirilen ILO-OSH 2001 standardı, İSGYS'lerin örneklerinden biridir. İlgili standarda göre bir işletmedeki iş sağlığı ve güvenliği yönetimi toplamda altı adet bileşenden oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla politika geliştirme, örgütlenme, planlama, uygulama, değerlendirme ve sürekli gelişimdir. Değerlendirme süreciyle işletmenin iş sağlığı ve güvenliği yönünde ortaya koyduğu performansın izlenmesi, ölçülmesi ve

periyodik olarak gözden geçirilmesi sağlanmalıdır. Bu uygulamaların icra edilmesinde kimlerin yetkili ve sorumlu olduğu önceden belirlenmelidir. Ayrıca işletmenin büyüklüğüne, faaliyette bulunduğu alana ve iş güvenliği ile ilgili hedeflerine göre performans göstergeleri hazırlanmalıdır (ILO, 2009). Performans göstergeleri işletmenin iş sağlığı ve güvenliğine yönelik hedeflerini gerçekleştirebilmesi için belirlenen, işletmeden işletmeye değişiklik gösteren ve başarılı bir performans değerlemesi yapabilmek için gerekli olan bileşenlerdir (Redinger vd., 2002:45).

İngiliz Standartlar Enstitüsü (BSI) tarafından geliştirilen OHSAS 18001 standardı da tüm dünyada kabul görmüş olan ve risk analizine dayalı yönetim sistemlerinden biridir. OHSAS 18001 standardında planlama, uygulama, kontrol ve önlem alma faaliyetleri bir döngü içerisinde ele alınmakta ve bu döngü içerisinde sürekli iyileştirmenin eş zamanlı olarak icra edilmesi vurgulanmaktadır. Kontrol aşamasında işletme tarafından uygulanan yönetim sisteminin performansının değerlendirilmesi ve bu yönde ölçüm ve denetim uygulamalarının ortaya konması açıklanmaktadır (Oflluoğlu ve Sarıkaya, 2005:3-9).

Yapılan bazı çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği performansını ölçmeye yönelik çeşitli modeller geliştirilmiştir. Örneğin Redinger ve diğerleri (2002), işletmelerin iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemlerini değerlendirebilmeleri ayrıca iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorumlu kişilerin yardım alabilmeleri için Evrensel Değerlendirme Ölçeğini (UAI) hazırlamışlardır. Ölçek toplamda dört adet boyuttan oluşmaktadır. Birinci boyut yönetimin iş sağlığı ve güvenliğine olan bağlılığı ve bu hususta yeterli kaynak ayırması ile ilgilidir. İkinci boyut yasal düzenlemelere uygun hareket etmeyi ve işletme içerisindeki iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemini bu düzenlemelere göre yapılandırmayı kapsamaktadır. Üçüncü boyut, iş sağlığı ve güvenliği konusunda örgüt üyelerinin yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi yönünde örgütün tutumunu irdelemektedir. Dördüncü boyut ise iş sağlığı ve güvenliği konusunda çalışanların katılımlarının sağlanması ile ilgilidir (Redinger vd., 2002:43-44).

Performans ölçümüne yönelik bir başka çalışma Burke ve diğerleri (2002) tarafından ortaya konmuştur. Araştırmacılar tarafından genel güvenlik performansı adında kapsamlı bir model geliştirilmiştir. İlgili modelde iş performansı, güvenlik performansı, güvenlik iklimi ve güvenlik eğitimi ile

ilgili toplamda 200 adet çalışmadan ayrıca bazı kuruluşların eğitim planlarından yola çıkılarak dört boyuttan oluşan bir ölçek geliştirilmiştir. Bu boyutlar kişisel koruyucu donanımların kullanımı, risk azaltıcı iş uygulamalarına katılım, sağlık ve güvenliğe yönelik bilgi iletişimi ve çalışanların hak ve sorumluluklarını yerine getirmesidir (Burke vd., 2002:432-434). Yurtdışında yapılan bir başka çalışmada ise güvenlik iklimi esas alınmış ve çalışanların güvenlik ile ilgili algılamalarını değerlendirmek üzere bir ölçek geliştirilmiştir. İlgili çalışma İskandinav Bakanlar Kurulu'nun (Nordic Council of Ministers) finansal desteği ile yürütülmüştür. Araştırmacılar tarafından güvenlik ikliminin çeşitli yönleri dışında, çalışanların bireysel motivasyonuna katkı sağlayan olumlu çalışma koşulları da dikkate alınmıştır. İskandinav Güvenlik İklimi Ölçeği olarak adlandırılan ölçek toplamda yedi boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan boyutlar şunlardır (Kines vd., 2011:635-644):

- Yönetimin Güvenlik Önceliği, Güvenliğe Olan Bağlılığı ve Bu Konudaki Yeterliliği
- Yönetimin Güvenlik Konusundaki Personel Güçlendirme Faaliyetleri
- Yönetimin Güvenlik Konusundaki Adaleti
- Çalışanların Güvenliğe Olan Bağlılığı
- Çalışanların Güvenlik Önceliği ve Risklere Yönelik Tavrı
- Güvenlik İletişimi, Güvenlik Eğitimi ve Çalışma Arkadaşlarının Güvenlik Konusundaki Yeterliliğine İlişkin Güven
- Çalışanların Güvenlik ile İlgili Yönetim Sistemine İlişkin Güvenleri

Sonuç olarak işletmelerin ve yöneticilerin iş sağlığı ve güvenliği performansının değerlendirilmesi konusunda yardım alabilecekleri çeşitli standartlar ve araştırmalar mevcuttur.

III- TÜRK İŞ HUKUKUNDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

Türk İş Hukuku'nda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili temel yasal düzenleme 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'dur. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 20 Haziran 2012 tarihinde kabul edilmiştir. İlgili kanunun 1. maddesine göre İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun amacı,

işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir. 6331 sayılı Kanun'da iş sağlığı ve güvenliğine yönelik performans değerlendirmesi ile ilgili işverene atfedilen doğrudan bir yükümlülük bulunmamaktadır. Ancak Kanun'un çeşitli maddelerinde performans değerlendirme konusuyla dolaylı yönden ilişkili olan ya da bu amaca hizmet eden çeşitli talimatlar yer almaktadır. Örneğin 6331 sayılı Kanun'un 4. maddesine göre işveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izlemeli, denetlemeli ve ortaya çıkan uygunsuzlukların giderilmesini sağlamalıdır. Yine işverenin bir diğer yükümlülüğü olan risk değerlendirmesi ile ilgili 10. maddeye göre, iş sağlığı ve güvenliği yönünden çalışma ortamına ve çalışanların bu ortamda maruz kaldığı risklerin belirlenmesine yönelik gerekli kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Türk İş Hukuku'nda işletmelere yüklenen bir diğer yükümlülük, iş sağlığı ve güvenliği kurullarının oluşturulmasıdır. 6331 sayılı Kanun'un 22. maddesine göre elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturulması gerekmektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkındaki Yönetmeliğin 8. maddesine göre bu kurulların temel görevi, işyerinin niteliğine uygun bir iş sağlığı ve güvenliği iç yönerge taslağı hazırlayarak işverenin veya işveren vekilinin onayına sunmaktır. Ayrıca hazırlanan yönergenin uygulanışının izlenmesi, izleme sonuçlarının rapor haline getirilerek alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi, işyerinin iş sağlığı ve güvenliği durumuyla ilgili yıllık rapor hazırlanması, o yılki çalışmaların değerlendirilerek elde edilen tecrübeye göre ertesi yılın çalışma programında yer alacak hususların belirlenmesi, iş sağlığı ve güvenliği kurullarının diğer görevleri arasındadır. Sonuç olarak Türk İş Hukuku'nda işverenin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili performans değerlendirme uygulamalarını icra etmesine yönelik bir zorunluluk bulunmamaktadır ancak işverenin ve kurulların izleme ve denetim görevlerini yerine getirebilmeleri açısından bu uygulamaların yardımcı araçlardan biri olduğu ifade edilebilir.

IV- ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

“Ölçme, belirli bir amaç için yapılır ve amacı, ölçme konusu olan özellik bakımından bireyler, olaylar ya da nesnelere hakkında değerlendirme

yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına, dolayısıyla değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm sonuçlarına ve ölçütün uygun olmasına bağlıdır. Bunun için de ölçüm aracının standardize olması istenir” (Ercan ve Kan, 2004:211). Bu kapsamda araştırmanın temel amacını, bir iş yerinde uygulanan iş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin performansını belirleyen bilimsel bir ölçeğin geliştirilmesi ve alan yazınına kazandırılması oluşturmaktadır. Geliştirilen bu ölçek yardımı ile iş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin bir işletmede ne kadarının sağlıklı bir şekilde gerçekleştirildiğinin ortaya konması ile beraber bu uygulamaların işletmenin verimliliği, karlılığı, çalışan performansı, çalışan tatmini vb. gibi çeşitli örgütsel değişkenlere yönelik etkileri ve derecelerinin belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

V- ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA GRUBU VE VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmanın evrenini Alanya’da faaliyet gösteren ve basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen konaklama işletmelerinin çalışanları oluşturmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bazı yükümlülüklerin 50 ve üzeri personel istihdam eden işletmeleri kapsamı nedeniyle, 50 ve üzeri personel istihdam eden konaklama işletmelerine anket dağıtılmıştır. Konaklama işletmelerine toplamda 1410 adet anket dağıtılmıştır. Anketlerden 766’sı geri dönmüştür. Ancak hatalı ve eksik doldurulan 32 adet anket değerlendirme dışına alınmıştır. Bu bağlamda çalışmanın örneklemini 734 konaklama işletmesi çalışanı oluşturmaktadır. Krejcie ve Morgan’ın (1970) evren hacminin büyüklüğüne karşılık örnekleme büyüklüğünü gösteren tablolarına göre, 734 kişilik örneklemin 100.000 kişi üzerindeki bir evreni temsil edebilecek düzeyde olduğu ifade edilebilir (Ural ve Kılıç, 2005:43). Elde edilen verilerin analizi ile ilgili hesaplamalarda SPSS for Windows ve Lisrel paket programlarından yararlanılmıştır. Sonuç olarak 734 adet anket, değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu bağlamda çalışmanın örneklemini 734 konaklama işletmesi çalışanı oluşturmaktadır. Katılımcıların, 516’sını (%70,3) erkek, 205’ini (%27,9) kadın çalışanlar oluşturmakta olup genel yaş ortalaması ise 31,7’dir.

Genel tarama modeline uygun olarak yürütülen bu çalışmada, iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları performans ölçeğinin önermeleri hazırlanırken 20.06.2012 tarihinde kabul edilen ve 11.09.2014 tarihinde son şeklini alan

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve bu kanunla ilgili olan bazı yönetmelikler esas alınmıştır. İlgili yönetmelikler; 15.05.2013 tarihinde yürürlüğe giren Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 18.06.2013 tarihinde yürürlüğe giren İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, 02.07.2013 tarihinde yürürlüğe giren Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik ve 11.09.2013 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği'dir. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili önermeler hazırlanırken, kanun ve yönetmeliklerde ifade edilen işverenin ve çalışanların genel yükümlülükleri esas alınmıştır. İşverenin genel yükümlülükleri, işveren vekili olarak yöneticileri de kapsadığı için yönetimin yükümlülükleri şeklinde dikkate alınmış ve önermeler bu doğrultuda oluşturulmuştur. Ölçekte yer alan her bir maddenin gerçekleşme düzeyini belirlemek için "Tamamen Katılıyorum (5)", "Katılıyorum (4)", "Kısmen Katılıyorum (3)", "Katılmıyorum (2)" ve "Hiç Katılmıyorum (1)" şeklinde Likert tipi beşli dereceleme ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili önermeleri yüksek puanla cevaplamaları, işletmelerindeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının sağlıklı bir şekilde uygulandığı anlamına gelmektedir.

VI- ANALİZ VE BULGULAR

Çalışmanın amacı doğrultusunda, geliştirilmiş olan iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları performans ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliliğini belirlemek için; açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayısı ile testin güvenilirliği belirlenmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için alanda uzman kişilerin görüşüne başvurulmuş ve Lawshe tekniği ile de ölçeğin kapsam geçerliliği ortaya konmuştur. Verilerin açıklayıcı faktör analizi ile doğrulayıcı faktör analizleri SPSS ve Lisrel programı kullanılarak elde edilmiştir.

A- Ölçeğin Kapsam Geçerliği

"Ölçümlerin amaca hizmet edebilmesi, ölçme aracının ölçülmek istenen değişkeninin ölçüsü olabilecek ölçümler vermesine bağlıdır. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Ölçeğin geçerlik düzeyi onun geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya

da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile $+1.00$ arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar yüksek hizmet ediyor demektir. Geçerliliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır.” (Ercan ve Kan, 2004:214).

Tablo 1. *Kapsam Geçerliliği Oran Tablosu*

Önermeler	n	n/2	KGO= [n(n/2)]-1	Sonuç	Önermeler	n	n/2	KGO= [n(n/2)]-1	Sonuç
Önerme1	10	5	+1	Kabul	Önerme22	10	5	+1	Kabul
Önerme2	10	5	+1	Kabul	Önerme23	10	5	+1	Kabul
Önerme3	10	5	+1	Kabul	Önerme24	7	5	+0,4	Ret
Önerme4	8	5	+0,6	Ret	Önerme25	10	5	+1	Kabul
Önerme5	10	5	+1	Kabul	Önerme26	10	5	+1	Kabul
Önerme6	9	5	+0,8	Kabul	Önerme27	10	5	+1	Kabul
Önerme7	10	5	+1	Kabul	Önerme28	10	5	+1	Kabul
Önerme8	10	5	+1	Kabul	Önerme29	7	5	+0,4	Ret
Önerme9	10	5	+1	Kabul	Önerme30	10	5	+1	Kabul
Önerme10	9	5	+0,8	Kabul	Önerme31	8	5	+0,6	Ret
Önerme11	10	5	+1	Kabul	Önerme32	9	5	+0,8	Kabul
Önerme12	10	5	+1	Kabul	Önerme33	10	5	+1	Kabul
Önerme13	10	5	+1	Kabul	Önerme34	7	5	+0,4	Ret
Önerme14	10	5	+1	Kabul	Önerme35	10	5	+1	Kabul
Önerme15	9	5	+0,8	Kabul	Önerme36	10	5	+1	Kabul
Önerme16	10	5	+1	Kabul	Önerme37	7	5	+0,4	Ret
Önerme17	10	5	+1	Kabul	Önerme38	10	5	+1	Kabul
Önerme18	10	5	+1	Kabul	Önerme39	10	5	+1	Kabul
Önerme19	10	5	+1	Kabul	Önerme40	7	5	+0,4	Ret
Önerme20	9	5	+0,8	Kabul	Önerme41	7	5	+0,4	Ret
Önerme21	9	5	+0,8	Kabul	Önerme42	6	5	+0,2	Ret

Ölçeğin kapsam geçerliği için, iş sağlığı ve güvenliği uzmanları ile iş sağlığı ve güvenliği konularında çalışan ve araştırmaları olan öğretim üyelerinden oluşan alanda uzman 10 kişi belirlenmiş ve bu kişilerin görüşlerine başvurulmuştur. Uzman görüşlerinin sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için kapsam geçerlik oran ve indeksi kullanılmıştır. Uzmanlar her bir önermenin anlaşılabilirliğine yönelik önermeleri 1 ile 4 puan arasında puanlandırmışlardır. Her bir sorunun anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 puan “önerme hedeflenen yapıyı ölçmez”, 2 puan “önerme hedeflenen yapı ile ilişkili ancak gereksiz”, 3 puan “önerme hedeflenen yapı ile uygun” ve 4 puan “önerme hedeflenen yapı için çok uygun” şeklinde ifadelerle açıklanmaktadır. Bu puanlandırma sistemine

göre her hangi bir önermeye ilişkin uzman görüşleri toplanarak kapsam geçerlilik oranları (KGO) elde edilmiştir. Elde edilen kapsam geçerlilik oranları (KGO) Tablo 1’de gösterilmiştir. KGO değerlerinden negatif ya da 0 değerini içeren önermeler ölçekten çıkarılmıştır. Lawshe $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde 10 uzman görüşüne göre içerik geçerliliği oranlarının minimum değerlerini 0,62 olarak belirlemiştir (Yurdugül, 2005:2).

Hesaplanan kapsam geçerlilik oranları 0,62 üzerinde olan önermelerin ölçülmek istenilen özelliği ölçtüğü kabul edilmiş ve ölçekte bırakılmış; 0,62 altında olan 9 önerme ölçek dışına alınmıştır. Sonrasında ise örnekleme dahil edilmeyen bir otelde 20 kişiye yönelik pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışmaya katılan 20 kişiden 6’sı departman yöneticisidir. Pilot çalışmada katılımcılardan anket formlarını doldurmaları ve hatalı, eksik ya da anlamsız olan önermeler ile ilgili görüş bildirmeleri istenmiştir. Anket formunu dolduran altı departman yöneticisi ile bizzat görüşülmüştür. Yapılan görüşmeler sonrasında önermelerin anlaşılır olduğu görülmüştür. Ayrıca pilot çalışmaya katılan departman yöneticileri, oteldeki çalışma pozisyonu (departman yöneticisi, departman çalışanı) ile ilgili sorunun kendilerini ifşa ettiğini belirtmişlerdir. Bu sebeple katılımcıların çalışma pozisyonlarını belirlemek üzere hazırlanmış olan soru, anket formundan çıkarılmıştır. Toplamda ölçekteki 33 önermenin ölçülmek istenilen özelliği ölçtüğü kabul edilmiştir.

B- Ölçeğin Geçerliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğin yapı geçerliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

1- Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Öncelikli olarak ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s Alpha) hesaplanmış ve Tablo 2’de gösterilmiştir. Ölçeğin geçerliliğini belirlemek için ise açıklayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmıştır. Faktör analizinden sonra belirlenen her bir faktörün de güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek için yapılan AFA’da öncelikle bütün maddeler arasında korelasyon matrisi incelenerek, önemli oranda anlamlı korelasyonların olup olmadığına bakılmış ve maddelerin faktör analizinin yapılabilmesine uygunluk gösterir nitelikte anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür. Faktör analizi yapılmadan

önce örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Bartlett testiyle test edilmiştir. Elde edilen KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) değeri (0,959) verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Araştırma verilerinden anlamlı faktörler veya değişkenler çıkarılabileceğini gösteren Bartlett's Test of Sphericity değerinin ($\chi^2=8092,546$; $df=453$; $Sig.=000$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular verilerin faktör analizine tabi tutulabileceğini göstermektedir.

İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları performans ölçeğinin 33 madde ile varimax döndürme yöntemine göre gerçekleştirilen temel bileşenler faktör analizinde, faktör sayısı konusunda herhangi bir kısıtlamaya gidilmemiş ve ölçeğin beş faktörde toplandığı gözlenmiştir. Analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlerin sayısının tespit edilmesinde öz değeri 1'den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır. İki faktördeki yük değerleri arasında 0.10'dan az fark olan maddeler ile ortak varyans değeri 0,50'nin altında kalan üç adet önerme, ölçekten çıkarılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen ölçeğin faktör yük değeri, açıkladığı varyans oranı ve özdeğerlerine ilişkin bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde, öz değeri 1'in üzerinde olan 5 faktör görülmektedir. Başlangıç öz değerleri bakımından, birinci faktör ile diğer faktörler arasındaki öz değer farkının büyük oluşu sebebiyle, ölçeğin bir bütün olarak belli bir yapıyı ölçtüğü söylenebilir. Faktör analizi sonucu elde edilen beş faktörün toplam varyansı açıklama oranı %62,36 düzeyinde gerçekleşmiştir. Kabul edilebilir miktar olan %40'ın (Scherer vd., 1988:765) üstü olduğu düşünüldüğünde, bu çalışmada elde edilen varyans miktarının ölçeğin beş faktörden oluşan bir ölçek olarak değerlendirilmesine olanak verdiği söylenebilir.

İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları performans ölçeğinin birinci faktörünün öz değeri 13,01 ve varyansı açıklama oranı %43,39 olarak hesaplanmıştır. Sekiz önermeden oluşan birinci faktör, "*İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetmelik Önlem ve Tedbirler*" olarak adlandırılmıştır. İkinci faktörünün öz değeri 1,81 ve varyansı açıklama oranı %6,05 düzeyinde hesaplanmıştır. Yedi önermeden oluşan ikinci faktör "*Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Kriterlerine Göre Çalışması*" olarak isimlendirilmiştir. Altı önermeden oluşan üçüncü faktörünün öz değeri 1,53 ve varyansı açıklama oranı %5,12

Tablo 2. İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Faktör 1: İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetimsel Önlem ve Tedbirler	Faktör Yükleri	Özdeğer	Varyansı Açıklama Oranı
B Otelimizin çalışanlarına sağlık ve güvenlik ile ilgili gerekli koruyucu ekipmanlar sağlanır.	,764	13,01	43,39
B Otelimizde sağlık ve güvenlik ile ilgili tedbirlere uyulup uyulmadığı denetlenir.	,741		
B Otelimizde sağlık ve güvenlik ile ilgili gerekli tedbirler alınır.	,636		
B Otelimizde sağlık ve güvenlik için gerekli olan teknik ekipmanlar bulunur.	,619		
B Otelimizde çalışanlara herhangi bir iş verilirken, sağlık ve güvenlik yönünden işe uygun olup olmadıkları dikkate alınır.	,598		
B Otelimizde düzenli aralıklarla risk değerlendirmeleri yapılır.	,583		
B Otelimizde sağlık ve güvenliği tehdit edebilecek faktörlere yönelik (kaygan zemin vb..) uyarı levhaları bulunur.	,557		
B Otelimizin olası bir acil duruma karşı (yangın gibi), tüm çalışanların bildiği bir eylem planı vardır.	,512		
Faktör 2: Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Kriterlerine Göre Çalışması	Faktör Yükleri		
B Çalışma arkadaşlarım işyerinde sağlık ve güvenlik açısından bir tehdit ile karşılaştıkları anda, derhal otel yönetimine haber verir.	,736	1,81	6,05
B Çalışma arkadaşlarım iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinden öğrendikleri bilgileri, iş yaparken uygular.	,699		
B Çalışma arkadaşlarım işlerini yaparken, kendi sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmez.	,663		
B Çalışma arkadaşlarım işlerini yaparken, diğer personelin sağlık ve güvenliğini tehlikeye düşürmez.	,639		
B Çalışma arkadaşlarım işyerindeki makine, araç ve gereçleri kurallara uygun bir şekilde kullanır.	,603		
B Çalışma arkadaşlarım işlerini yaparken, sağlık ve güvenliklerini riske atar.	,580		
B Çalışma arkadaşlarım kendilerine verilen koruyucu ekipmanları doğru bir şekilde kullanır.	,572		
Faktör 3: Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Farkındalık ve Bilinç Düzeyleri	Faktör Yükleri	Özdeğer	Varyansı Açıklama Oranı
B Çalışma arkadaşlarım, meslek hastalıkları ve nedenleri hakkında bilgi sahibidir.	,747	1,53	5,12
B Çalışma arkadaşlarım, iş hayatları ile ilgili yasal hak ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibidir.	,736		
B Çalışma arkadaşlarım, meslek hastalıklarından korunma yolları hakkında bilgi sahibidir.	,731		
B Çalışma arkadaşlarım, otelimizdeki sağlık ve güvenlik risklerinden korunma hususunda bilgi sahibidir.	,717		
B Çalışma arkadaşlarım, patlama ve yangın tehlikelerinden korunma hususunda bilgi sahibi değildir.	,680		
B Çalışma arkadaşlarım, koruyucu ekipmanların nasıl kullanılacağı hakkında bilgi sahibidir.	,657		
Faktör 4: İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Uygulamaları	Faktör Yükleri	Özdeğer	Varyansı Açıklama Oranı
B İş sağlığı ve güvenliği eğitimleri, belirli bir plan ve program dahilinde çalışanlara duyurulur.	,772	1,24	4,14
B İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimler, anlaşılır bir dille sunulur.	,719		
B Otelimizde iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri düzenlenir.	,661		
B İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimler, uygulamalı olarak gösterilir.	,582		
B Otelimize yeni bir araç veya ekipman alırsa, doğru bir şekilde nasıl kullanılacağı hakkında eğitim verilir.	,569		
Faktör 5: İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetim ve Çalışanlar Arasında İş Birliği ve İletişim	Faktör Yükleri	Özdeğer	Varyansı Açıklama Oranı
B Otel yönetimi, çalışanların sağlık ve güvenlik ile ilgili endişelerini dikkate alır.	,843	1,09	3,64
B Otelimizin çalışanları, sağlık ve güvenlik ile ilgili konularda endişelerini rahatlıkla ifade edebilir.	,819		
B Otelimizde iş sağlığı ve güvenliği konusunda uzmanlar, yönetim ve çalışanlar arasında işbirliği bulunmaktadır.	,481		
B Risk değerlendirmesi ile elde edilen bilgiler, otel çalışanları ile paylaşılır	,444		
Kaiser-Meyer-Olkin			,959
Bartlett's Test of Sphericity		8092,546; df 435; Sig. 000	
Toplam Varyansı Açıklama Oranı			% 62,36
Cronbach's Alpha			,949

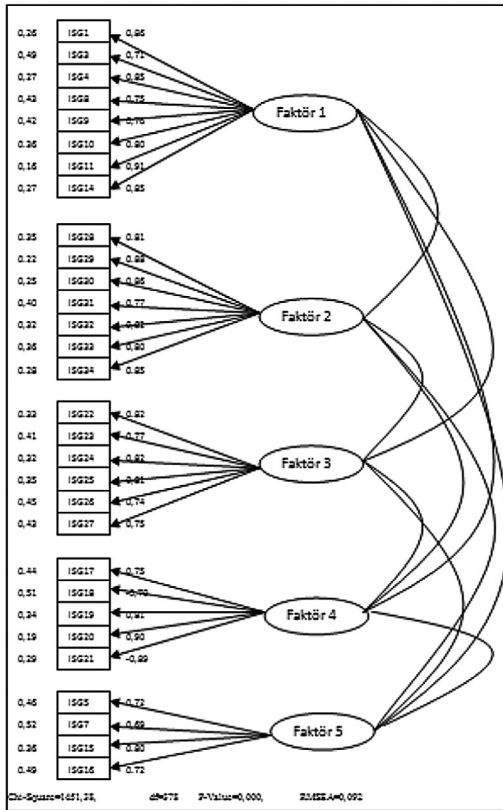
olarak hesaplanmış ve “Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Farkındalık ve Bilinç Düzeyleri” şeklinde adlandırılmıştır. Beş önermeden oluşan dördüncü faktörün öz değeri 1,24 ve varyansı açıklama oranı %4,14 düzeyinde hesaplanarak, “İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Uygulamaları” şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçeğin son faktörünü oluşturan beşinci faktör dört önermeden oluşmaktadır. Öz değeri 1,09 ve varyansı açıklama oranı

%3,64 olarak hesaplanan beşinci faktör “İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetim ve Çalışanlar Arasında İş Birliği ve İletişim” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 3. İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Katsayıları

Faktörler	n	Cronbach's Alpha
İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetimsel Önlem ve Tedbirler	8	,906
Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Kriterlerine Göre Çalışması	7	,921
Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Farkındalık ve Bilinç Düzeyleri	6	,918
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Uygulamaları	5	,878
İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetim ve Çalışanlar Arasında İş Birliği ve İletişim	4	,809

Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi



Ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) $\alpha=0,949$ düzeyinde çok yüksek bir değer olarak belirlenmiştir. Güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin güvenilir olduğunun söylenebilmesi için alfa katsayısının aldığı değer 0,60'dan büyük olması gerekmektedir. Elde edilen güvenilirlik katsayısına göre ($\alpha=0,949$) ölçeğin güvenilir olduğu ifade edilebilir. Ayrıca Tablo 3 gösterildiği gibi ölçeğin her alt boyutu için güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre ölçeğin tüm alt boyutları 0,80 ve üzeri Cronbach's Alpha değeri almaktadır. Bu sonuç, İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Ölçeğinde yer alan boyutların içsel tutarlılığının yüksek olduğunu ve alt boyutların güvenilir olduğunu göstermektedir.

2- Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Yapısal Eşitlik Modeli (YEM), değişkenler arasındaki ilişkilerin tanımlanarak test edilmesine izin veren regresyona dayalı istatistiksel bir tekniktir (Güzeller, 2005:20). YEM altında yer alan tekniklerden Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), gözlenen ölçümlerin, kovaryans ve varyans kaynaklarını keşfetme ve ortaya çıkarma amacıyla kullanılmaktadır. Brown (2006) göre DFA, gözlenen değişkenler aracılığıyla örtük değişkenleri açıklamaya çalışmaktadır. Örtük değişken, birden fazla gözlenen değişkeni etkileyen ve bu örtük değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamakta ve test etmektedir (Akt: Şekercioğlu, 2009: 98). DFA’da amaç, değişkenler arası ilişkilere dayalı olarak faktör ya da faktörleri keşfetmektir. DFA, ölçeğin genel yapısına, belirlenen faktörlerin kalitesine ve ölçeğin ölçmek istediği değişkeni ne derece açıkladığına ilişkin çeşitli uyum istatistikleri vermektedir. DFA sonucunda, modelin yeterliliğinin belirlenmesinde kullanılan uyum indeksleri 30’dan fazladır. Uyum istatistikleri modelin kabul edilip edilemeyeceğine ilişkin bir takım kabul edilebilir sınır değerler kullanılarak yorumlanmaktadır. Yani analizler sonucunda üretilen uyum istatistiklerinin belli değerlerin üzerinde veya altında olması istenmektedir. Bir modelin kabul edilebilir olması için χ^2 değerinin anlamlı çıkmaması istenmektedir (Şimşek, 2007:22).

Bir başka hesaplama χ^2 değerinin serbestlik derecesine (df) bölünmesiyle yapılır ve bu oranın iki veya altında olması modelin iyi bir model olduğunu, iki ile beş arasında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Şimşek, 2007:38). Ancak bu iki tür değer dışında üretilen uyum istatistiklerinden en yaygın olarak kullanılanlar; Goodness Of Fit Index (GFI), Adjustment Goodness Of Fit Index (AGFI), Normed Fit Index (NFI), RFI (Relative Fit Index), IFI (Incremental Fit Index) ve Non-Normed Fit Index (NNFI)’in 0,90 üzeri bir değer ve Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)’nın 0,10 ve altında bir değer üretmesi ve Root Mean Square Residual (RMR)’nin ,10’un altında bir değer üretmesi iyi bir uyumu ifade etmektedir (Schermelleh-Engel vd., 2003:38).

Uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair literatürde tam bir uzlaşma bulunmamaktadır (Şimşek, 2007:41). Alan yazın incelendiğinde, tek bir uyum indeksinden ziyade tüm indekslerin bir arada değerlendirildiği görülmektedir (Gerbing ve Anderson, 1993:43; Tanaka vd., 1990:230; MacCallum ve Austin, 2000:215; Netemeyer vd., 2003:45; Kline, 2005:32).

Tablo 4. İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Ölçeği T-Değerleri, Faktör Yükleri ve Uyum İndexleri

FAKTÖRLER	ÖNERME	FAKTÖR YÜKÜ	VARYANS (%)	T-DEĞERİ
Faktör 1: İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetmelik ve Tedbirler	ISG1	0.86	0.26	10.45
	ISG3	0.76	0.49	11.30
	ISG4	0.85	0.27	10.59
	ISG8	0.75	0.43	11.18
	ISG9	0.76	0.42	11.15
	ISG10	0.80	0.36	10.96
	ISG11	0.90	0.16	9.51
	ISG14	0.85	0.27	10.57
Faktör 2: Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Kriterlerine Göre Çalışması	ISG28	0.81	0.35	10.73
	ISG29	0.88	0.22	9.88
	ISG30	0.86	0.25	9.74
	ISG31	0.77	0.40	10.84
	ISG32	0.82	0.32	10.33
	ISG33	0.80	0.36	10.52
	ISG34	0.85	0.28	10.05
Faktör 3: Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Farkındalık ve Bilinç Düzeyleri	ISG22	0.82	0.33	10.43
	ISG23	0.77	0.41	10.82
	ISG24	0.82	0.32	10.58
	ISG25	0.81	0.35	10.84
	ISG26	0.74	0.45	10.95
	ISG27	0.75	0.43	11.84
Faktör 4: İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Uygulamaları	ISG17	0.75	0.44	11.17
	ISG18	-0.70	0.51	11.18
	ISG19	0.81	0.34	10.65
	ISG20	-0.90	0.19	9.25
	ISG21	-0.89	0.29	10.56
Faktör 5: İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetim ve Çalışanlar Arasında İş Birliği ve İletişim	ISG5	0.72	0.46	11.28
	ISG7	0.69	0.52	11.22
	ISG15	0.80	0.36	10.19
	ISG16	0.72	0.49	11.07

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, modelin gerçek veriler ile iyi bir uyum sergileme durumunu gösteren Ki-kare değeri [$\chi^2/sd = 1451,38$; $sd=378$, $p < .001$], $\chi^2/sd=3,84$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı ve kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Diğer uyum indekslerinden olan RMSEA=0,092; GFI=0,97; AGFI=0,68; RMR=0,34 standardize edilmiş RMR=0,04; CFI=0,97; IFI=0,97; RFI=0,95 NFI=0,96 ve NNFI=0,96 olarak bulunmuştur. AGFI değerlerinin bir miktar düşük olduğu görülmekle birlikte, uyum indekslerine genel olarak bakıldığında modelin iyi uyum verdiği görülmektedir. Ayrıca, ölçekte yer alan tüm ifadeler için t değerlerinin 1,96'dan büyük olduğu, kısaca bütün değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu durum, ölçeğin beş faktörlü yapısının doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulandığını ortaya koymaktadır. Elde edilen bu sonuçlardan İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Ölçeğinin tutarlı ve istatistiksel olarak geçerli olduğu ifade edilebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının performanslarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere ölçek geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma basit tesadüfî örnekleme yöntemi ile seçilen, 50 ve üzeri personel istihdam eden konaklama işletmelerinin çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin güvenilirliği bilimsel çalışmaların ilk koşullarından biri olduğu için öncelikli olarak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik testleri yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) $\alpha=0,949$ olarak hesaplanmıştır. Bu oran ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Her alt boyutun güvenilirlik katsayılarının ise 0,80 ve üzeri değere sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, alt boyutların da güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kapsam geçerliğini belirlemek için için, iş güvenliği uzmanları ile iş sağlığı ve güvenliği konularında çalışan kişilerin görüşüne başvurulmuş ve ölçeğin içerik geçerliğine sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek üzere açıklayıcı faktör analizi (AFA) ile doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek üzere gerçekleştirilen açıklayıcı faktör analizi (AFA) sonucunda beş alt boyut elde edilmiştir. Bu boyutlar “İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetmelik ve Tedbirler”, “Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Kriterlerine Göre Çalışması”, “Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Farkındalık ve Bilinç Düzeyleri”, “İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Uygulamaları” ve “İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yönetim ve Çalışanlar Arasında İş Birliği ve İletişim” şeklinde isimlendirilmiştir. Elde edilen bu beş alt boyut toplam varyansın %62,36'nı açıklamaktadır.

Ölçeğin beş bileşenli bir yapı göstermesinin ardından yapının uygunluğunun belirlenmesi amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, Ki-kare değeri ($\chi^2/sd=3,84$) modelin gerçek veriler ile iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca DFA analizi sonucunda, modelin yeterliliğinin belirlenmesinde GFI, AGFI, NFI, RFI, IFI, NNFI, RMSEA ve RMR uyum indekslerinden yararlanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeksi değerleri, ölçeğin açıklayıcı faktör analizi ile ortaya çıkan modeli doğruladığı ve ölçeğin faktör yapısının geçerli bir model olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak çalışmada uygulanan analizlerden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde 30 madde

ve beş alt boyuttan oluşan İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Performans Ölçeği'nin kabul edilebilir geçerli bir model olduğu saptanmıştır.

Bir kavramın ölçülebilirliği, o kavramın hangi düzeyde uygulandığını ortaya koymakla birlikte, hangi konularda sorunlar yaşandığını ayrıntılı biçimde inceleyebilme olanağı sunmaktadır. Araştırmada Türk İş Hukuku'nun iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düzenlemeleri temelinde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına yönelik bir performans ölçeğinin geliştirilmiştir. 6331 sayılı İSG K anun'unun 4. maddesine göre işveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izlemeli, denetlemeli ve ortaya çıkan uygunsuzlukların giderilmesini sağlamalıdır. Bu bağlamda çalışmada geliştirilen iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları performans ölçeğinin, işverenin iş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları denetlemesinde, yaşanan sorunların belirlenmesinde ve gerekli olan önlemlerin alınmasında kullanılabilecek yararlı bir ölçüm ve denetim aracı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada geliştirilen iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları performans ölçeğinin uygulanması, ilgili işletmelerde çalışanların algılarına dayanmaktadır. Dolayısıyla ölçek, çalışanların, yönetici ve işverenlerin iş güvenliği konusundaki ilgi, bilinç ve algı düzeylerine bağlı olduğundan subjektif bir özellik taşımaktadır.

Kaynakça

- Alli, B. O. (2008), "Fundamental Principles of Occupational Health and Safety", International Labor Office, Geneva.
- Barnett-Schuster, P. C. (2008), "Fundamentals of International Occupational Health and Safety Law", (Aberdeen University Press).
- Bohle, P. ve M. Quinlan (2000), "Managing Occupational Health and Safety: A Multidisciplinary Approach, Macmillan Education AU".
- Burke, M. J.; Sarpy, S. A., P. E. Tesluk, K. Smith-Crowe (2002), "General Safety Performance: A Test of a Grounded Theoretical Model", *Personnel Psychology*, 55(2): 429-457.
- Demirbilek, T. (2005), *İş Güvenliği Kültürü*, (Legal Yayıncılık), İstanbul.
- Ercan, İ. ve İ. Kan (2004), "Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3): 211-216.
- Erickson, P. (1996), "Practical Guide to Occupational Health and Safety", (Academic Press), San Diego.
- Gerbing, D. W. ve J. C. Anderson (1993), "Monte Carlo Evaluations of Goodness-of-Fit Indices", in *Testing Structural Equation Models*, K.A. Bollen ve J.S. Long (eds.), Newbury Park, CA: pp.40-65.

- Güzeller, C. O. (2005), “Orta Öğretim Kurumları Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavının Geçerliliği, Doktora Tezi”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Harms-Ringdahl, L. (2005), “Safety Analysis: Principles and Practice in Occupational Safety”, (CRC Press), New York.
- Hughes, P. ve E. Ferrett (2012), “Introduction to International Health and Safety at Work”, (Routledge Press), New York.
- ILO (2009), “Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems: ILO-OSH 2001” [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_107727.pdf], (10.06.2015).
- Kang, S. K. (2009), “Seoul Declaration on Safety and Health at Work”, *Industrial Health*, Vol. 47, No. 1, 1-3.
- Kines, P. ; Lappalainen, J., K. Mikkelsen, E. Olsen, A. Pousette, J. Tharaldsen, et al (2011), “Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ-50): A New Tool For Diagnosing Occupational Safety Climate”, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 41: 634-646.
- Kline, R. B. (2005), “Principles and Practice of Structural Equation Modeling (Methodology in the Social Sciences)”, 2nd Edition, the Guilford Press.
- Larson, J. (1996), “The World Health Organization’s Definition of Health: Social Versus Spiritual Health”, *Social Indicators Research*, No. 38: 181-192.
- Lingard, H.; Wakefield, R., P. Cashin (2011), “The Development and Testing of a Hierarchical Measure of Project OHS Performance”, *Engineering, Construction and Architectural Management*, 18(1): 30- 49.
- MacCallum, R. C. ve J. T. Austin (2000), “Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research”, *Annual Review of Psychology*, 51: 201–226.
- Maurice, P.; Lavoie, M., L. Laflamme, L. Svanström, C. Romer ve R. Anderson (2001), “Safety and Safety Promotion: Definitions for Operational Developments”, *Injury Control and Safety Promotion*, 8(4): 237-240.
- Netemeyer, R. G.; Bearden, W. O., S. Sharma (2003), *Scaling Procedures: Issues and Applications*, Sage Publications, U.S.A.
- Ofluoğlu, G. ve G. Sarıkaya (2005), “OHSAS 18001 İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemi”, *Kamu-İş Dergisi*, Cilt: 8, No: 3.
- Özdemir, Ş. ve H. Topçuoğlu (2009), “İş Sağlığı ve Güvenliği Performans Ölçümü ve İzleme”, *Mühendis ve Makine Dergisi*, Cilt: 50, Sayı: 592, 30-33.
- Redinger, C. F.; Levine, S. P., M. J. Blotzer, M. P. Majewski (2002), “Evaluation of an Occupational Health and Safety Management System Performance Measurement Tool—III: Measurement of Initiation Elements”, *AIHA Journal*, No: 63, 41-46.
- Robson, S.; Clarke, A., K. Cullen, A. Bielecky ve C. Severin (2007), “The Effectiveness of Occupational Health and Safety Management Interventions: A Systematic Review”, *Safety Science*, Vol. 45, 329-353.

- Scherer, R. F.; Wiebe, F. A., D. C. Luther, J. S. Adams (1988), "Dimensionality of Coping: Factor Stability Using the Ways of Coping Questionnaire", *Psychological Report*, 62(3): 763-770.
- Schermelleh-Engel K.; Moosbrugger, H., H. Müller (2003), "Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures", *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2): 23-74.
- Susser, M. (1993), "Health as a Human Right: An Epidemiologist's Perspective on the Public Health", *American Journal of Public Health*, 83(3): 418-426.
- Şekercioğlu, G. (2009), "Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarında Faktör Yapısının Farklı Değişkenlere Göre Eşitliğinin Test Edilmesi-Çocuklar İçin Benlik Algısı Profili'nin Uyarlanması ve Bir Uygulama" Doktora Tezi, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.
- Şimşek, Ö. F. (2007), *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*, (Ankara: Ekinoks).
- Tanaka, J. S.; Panter, A. T., W. C. Winborne ve G. J. Huba (1990), "Theory Testing in Personality and Social Psychology with Structural Equation Models", in C. Hendrick ve M. S. Clark (eds.) *Research Methods in Personality and Social Psychology*, 217-243, Newbury Park, (California: Sage).
- Tozkoparan, G. ve J. Taşoğlu (2011), "İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları ile İlgili İşgörenlerin Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma", *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(1): 181-209.
- Ural, A. ve İ. Kılıç (2005), *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*, (Ankara: Detay Yayıncılık)
- Yurdugül, H. (2005), "Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması" XIV. Eğitim Bilimleri Kurultayı, 28-30 Eylül, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 30.06.2012 Tarihli ve 28339 Sayılı Resmi Gazete.
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 15.05.2013 Tarihli ve 28648 Sayılı Resmi Gazete.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, 18.01.2013 Tarihli ve 28532 Sayılı Resmi Gazete.
- İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, 18.06.2013 Tarihli ve 28681 Sayılı Resmi Gazete.
- Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik, 02.07.2013 Tarihli ve 28695 Sayılı Resmi Gazete.
- Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği, 11.09.2013 Tarihli ve 28762 Sayılı Resmi Gazete. [<http://ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm>] (10.06.2015).

Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları

Access Situation of the 81 Provinces in Turkey to Health Services Provided by Public

Mehmet GÖZLÜ*
Hüseyin TATLİDİL**

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerine erişim ile ilişkili değişkenler vasıtasıyla Türkiye'deki illerin sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin incelenmesi ve buna göre sıralanmasıdır. Bu çalışmada kullanılan veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Sağlık Bakanlığı (SB), Kiralama Danışmanlık Merkezi (KDM) Kiralama ve Yönetim Danışmanlık Limited Şirketi ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistiklerinden elde edilmiş ve bu verilere Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0 paket programı yardımıyla Temel Bileşen Analizi (TBA) uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlık hizmetlerine erişimi en yüksek iller İstanbul, Gaziantep ve Kocaeli, en düşük iller ise Bayburt, Ardahan ve Tunceli olarak bulunmuştur. Vatandaşlar -sağlık sisteminin talep boyutu- ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini mümkün olan en kısa zamanda ve en yüksek kalitede, aynı zamanda maliyet etkili bir şekilde almak istemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri ve bunlardan hangilerinin daha önemli olduğunu bilmek sağlık politikalarının daha etkili üretilmesine ve kaynakların daha verimli kullanılmasına yardımcı olabilecektir. Bu çalışma kapsamında sağlık hizmetlerine erişimle ilgili bu engeller belirtilmiş ve veriler analiz edilerek iller sıralanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, erişim, erişim seviyeleri, sağlık hizmetlerine erişim

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate and rank the level of provinces in Turkey through variables related with health services access. The data used in this study were taken from Turkish Statistical Institute (TURKSTAT:TUIK), Ministry of Health (MoH:SB), Leasing Consultancy Center Company (KDM) Leasing and Management Consultancy Limited Company and Social Security Institution's (SSI:SGK) statistics and these data were applied Principal Component Analysis (PCA) via Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0. According to analysis results, the highest access to health services ranking belong to İstanbul, Gaziantep and Kocaeli, and the lowest belong to Bayburt, Ardahan and Tunceli. Citizen who is demand side of health system wants to take needed healthcare in shortest available time and highest quality and cost effectively ways. Therefore, knowing barriers to access to healthcare services and which of them are/is more important can help to produce more efficient health policy and use more effective resources. In this study, barriers to access to healthcare services were specified and provinces were ranked by analyzing the data.

Keywords: Health, access, access levels, access to health services

* Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Sağlık İdaresi Bölümü
mgozlu04@hacettepe.edu.tr

** Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü
tatlidil@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Toplumun genel refah seviyesinin artırılması için iyileştirilmesi gereken sektörlerden birisi de sağlıktır. Sağlık sektöründe dışsallıkların yüksek olduğu göz önüne alındığında bireylerin sağlıklı veya sağlıksız olması toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Sağlık sistemleri de sağlığı etkileyen bir faktör olduğundan, genel olarak kaliteli bir sağlık hizmetinin kolay erişilebilir olması, sağlık hizmetinin toplum sağlığına olan katkısının daha yüksek olacağını düşündürmektedir. Bu nedenledir ki uluslararası ve ulusal sağlık kuruluşları sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine yönelik önemli hedefler belirlemişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1999 yılında benimsenen “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” politikasının 10 küresel hedefinden birisi “Genel kapsamlı, temel ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasıdır” (WHO, 1999:174). Sağlık hizmetlerine erişimin teşvik edilmesi Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde sağlık politikalarını üretenlerin temel amaçlarından birisidir (Docteur ve Oxley, 2003:10). 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) 8 ana temasından birisi de “Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi” unsurudur (Sağlık Bakanlığı, 2007:17). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yayınlanan 9. Kalkınma Planı’nda birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi temel önceliklerden birisi olarak belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2006:87).

Bu çalışmada ilk olarak sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller kaynak taraması yardımıyla tespit edilecektir. Daha sonra bu engellere neden olan faktörler değişken olarak kullanılarak, iller sağlık hizmetlerine erişim durumlarına göre sıralanacaktır. Çalışmanın en önemli faydası sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve sunumundan sorumlu olan kişi, kurum ve kuruluşlara sağlık hizmetlerine erişimle ilgili daha rasyonel karar almalarına yönelik bilgi sunacak olmasıdır. Çalışma ayrıca, kişilerin yaşam yeri seçiminde dikkate alabilecekleri sağlık hizmeti unsurunun daha objektif kriterlere göre değerlendirilmesine yardımcı olacaktır.

I- GENEL KAVRAMLAR

A- Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili yoğun çalışmalar olmasına rağmen,

bu karmaşık kavramın en iyi nasıl tanımlanması gerektiği yönünde bir fikir birliğine henüz varılamamıştır (Russell vd., 2013). Temelde erişimle ilgili iki ana temanın bulunduğu söylenebilir. Birinci görüş erişime, nüfus özellikleri (gelir, sigorta kapsamı, sağlık hizmetleri kullanma davranışları gibi) ile sağlık hizmeti sunum sistemi özellikleri (kaynak dağıtımı, işgücünün organizasyonu ve olanaklar gibi) arasındaki uyum olarak bakmaktadır. Diğer görüşteki araştırmacılar ise erişimin, sağlık hizmeti kullanım oranı, memnuniyet durumu gibi bireylerin sağlık hizmetleri alması sonucunda elde ettiği sonuçların değerlendirilmesiyle en iyi şekilde açıklanabileceğini savunmaktadır (Aday ve Andersen, 1974:209).

Sağlık hizmetlerine erişim; toplumun ve bireylerin sağlık hallerinin devamı veya sağlık hallerinin sağlanması amacıyla ihtiyacı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeline sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulması şeklinde tanımlanabilir (Kurt, 2007:70).

Erişim, hizmeti sunanın konumuyla hizmet alıcısı konumunun birbirine uyma derecesidir (Çelik, 2011:334). Sağlık hizmetlerine erişim, klinisyenleri, bakıcıları, diğer sağlık çalışanlarını ve bilgisayar uygulamalarını da içine alan sağlık bakım sunucularıyla hizmeti alanların, sanal veya yüz yüze etkileşimde bulunma durumunun potansiyel kolaylığını göstermektedir (Fortney vd. 2011:641).

Sağlık hizmetlerine erişim çok boyutlu bir kavram (Russell vd. 2013:62) olsa da genel olarak sağlık hizmetlerine mevcut erişim ve algılanan erişim olmak üzere iki ana boyutta ele alınabilir. Sağlık hizmetlerine mevcut erişim, erişimin doğrudan gözlenebilen ve tarafsız bir şekilde ölçülebilen boyutlarını ifade etmekteyken sağlık hizmetlerine algılanan erişim ise erişimin bireysel olarak belirtilen sübjektif yönlerini ifade eder (Fortney vd. 2011:641).

Sağlık hizmetlerine erişim, hazır bulunma, coğrafik, masrafları karşılayabilirlik, yerleştirme, zamanlama, kabul edilebilirlik ve farkında olmak üzere toplam yedi boyut altında incelenebilir (Russell vd. 2013:64). Bilgi işlem teknolojilerinin sağlık sistemlerine girmesi ve e-sağlık uygulamalarının yaygınlaşması nedeniyle artık erişimin dijital bir boyutunun da olduğu ayrıca vurgulanmaktadır (Fortney vd. 2011:639).

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili Levesque ve arkadaşları (2013) tarafından

ilgili literatür taranarak elde edilen tanımlarla ve boyutlarla ilgili görüşler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Sağlık Bakım Hizmetlerine Erişimin Tanımları ve Boyutları

Yazarlar	Tanımlar	Boyutlar
Bashshur vd. 1971	Erişilebilirlik, nüfus ile tıbbi olanaklar ve kaynaklar arasındaki fonksiyonel ilişkidir.	
Donabedian, 1973	Erişilebilirlik, kaynaklar ve nüfus arasındaki düzenlemelerin derecesini ifade eden kavramdır.	
Salkever, 1976	Erişilebilirlik, kaynak özellikleriyle nüfus özelliklerinin birleştirilmesidir.	Finansal Erişilebilirlik Fiziksel Erişilebilirlik
Aday & Andersen, 1974	Erişim, sağlık bakım sistemine giriştir.	Zemin Hazırlayan Faktörler Fırsat Veren Faktörler Sağlık Bakım İhtiyacı
Penchansky & Thomas, 1981		Masrafları Karşılatabilirlik Ulaşılabilirlik Yerleştirme Hazır Bulunma Kabul Edilebilirlik
Dutton, 1986	Kullanım, hasta niteliklerinin çarpımı, sonucu ve sistem özelliklerinin toplamı olarak değerlendirilir.	Finansal Faktörler Zaman Faktörü Örgütsel Faktörler
Frenk, 1992	Erişim, bakımı arayan ve elde etmek isteyen nüfusun yeteneğidir. Erişilebilirlik ise sağlık bakım kaynaklarının nitelikleri ile sağlık bakımını arayan ve elde etmek isteyen nüfusun özellikleri arasındaki düzenlemelerin derecesidir.	
Margolis vd. 1995	En iyi olası sonucu elde etmek için kişisel sağlık hizmetlerinin zamanında kullanılmasıdır.	Finansal Kişisel Yapısal
Haddad & Mohindra, 2002	Sağlık hizmetlerini ve türlerini kullanma fırsatıdır.	Hazır Bulunma Masrafları Karşılatabilirlik Kabul Edilebilirlik Yeterlilik
Shengelia vd. 2003	Kapsam: sağlık bakım ihtiyacı durumunda gerekli olan sağlık müdahalelerini alabilme olasılığıdır. Kullanım: kullanılan sağlık bakım hizmetlerinin ve işlemlerinin miktarıdır.	Fiziksel Erişim Kaynakların Hazır Bulunması Kültürel Kabul Edilebilirlik Masrafları Finansal Olarak Karşılatabilirlik Bakımın Kalitesi
Peters vd. 2008	Erişim, sağlık hizmetlerinin fiili kullanımını kapsayacak şekilde ele alındığında, sağlık hizmetleriyle sağlık hizmetleri kullanıcıları arasındaki uyumun farkı şeklinde ifade edilebilir.	Kalite Coğrafi Erişilebilirlik Hazır Bulunma Finansal Erişilebilirlik Hizmetin Uygunluğu

Kaynak: Levesque, Harris ve Russell, 2013:3

Tablo 1'den de anlaşılacağı üzere birçok yazar tarafından sağlık hizmetlerine erişimle ilgili farklı tanımlamalar yapılmış ve erişimle ilgili değişkenler farklı boyutlar altında incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında sağlık hizmetlerine erişim “bireylerin ihtiyaç duyabileceği sağlık hizmetlerine istediği zamanda, istediği yerde ve tatmin edici kalite düzeyinde mevcut sağlık hizmeti arz koşulları çerçevesinde ulaşılabilme olasılığı” olarak tanımlanmış ve sağlık hizmetleri erişimine etki ettiği düşünülen değişkenler “demografik özellikler, finansal engeller, sağlık hizmetleri altyapısı, ulaşım ve sağlık tesisi kullanımı ve memnuniyet oranı olmak üzere beş boyut altında incelenmiştir.

B- Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok sosyo-ekonomik ve fiziksel faktörler vardır (Çelik, 2011:334). Sağlık hizmetlerine erişim, genel olarak finansal, coğrafik, sosyo-kültürel, örgütsel ana başlıklarıyla incelense de (Eskiocak, 2007:15) daha geniş bir bakış açısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, kullanabilme, kabul edilebilirlik gibi noktaları da göz önüne alıp değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok faktör ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler Tablo 2'de sunulmuştur (Kurt, 2007:71).

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

A) Bireysel	B) Toplumsal
• Cinsiyet	•Sosyal sınıfların varlığı
• Yaş	•Politik gücün kimde olduğu
• Öğrenim düzeyi	•Siyasi iktidarın/SB'nin sosyo-politik tercihleri
• Etnik köken	•Mevzuatların yeterliliği
• Dil farklılığı	•İTB'nin çalışmaları, sağlık politikalarına müdahil olma düzeyi
• Din farklılığı	• Sağlık kurumunun varlığı
• Kültür farklılığı	•Sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı
• Gelir düzeyi	•Hizmetin var olması
• Çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri	•Hizmetin yeterli olması (niceliği), halkın taleplerine yanıt verme durumu
• Yerli veya göçmen olunması	• Hizmetin niteliği
• Sağlık güvencesi	• Hizmetin sürekliliği
• Hizmet hakkında bilgi sahibi olunması	• Hizmetin merkezîyetçi olma durumu
• Özel gruplar (Bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar)	• Hizmetin ücretli olması
	• Basamaklı sevk sisteminin olup olmaması
	• Coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri
	• Coğrafi bölgesel farklılıklar
	• Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı
	• Ülkenin başlıca sağlık sorunları

Kaynak: Kurt, 2007:71-72

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen önemli bir değişken sağlık sigortasının kapsamıdır. Sağlık sigortasının olmaması sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük risk faktörüdür. Özellikle sağlık bakım hizmetlerini sunan ve finans eden kurumların birbirinden farklı olduğu ülkelerde, sağlık sigortasının kapsama durumunun yüksek olması sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktadır (Docteur ve Oxley, 2003:11). Sosyal güvencesi olanlar için ise sağlığa erişimi etkileyen faktörler dört başlık altında değerlendirilebilir. Bu faktörler (Docteur ve Oxley, 2003:15):

- Sağlık sigortasının kapsamı/finansal bariyerler
- Hekimlerin yetersizliği/dengeli dağıtılmaması
- Hizmetin zamanında mümkün olup olmama durumu
- Sosyo-kültürel bariyerlerdir (dil, coğrafik ayırım, kültürel değerler, ekonomik durum veya bu faktörlerin kombinasyonu).

Sağlık hizmetlerine erişim konusunda Kaya (1992) tarafından yapılan bir çalışmada Ankara ilinde; **a)** sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, nüfusun demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği, **b)** sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, nüfusun sosyo-ekonomik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışmada demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet ve medeni durum, aile reisine yakınlık, bulunulan ilçe, okuma-yazma durumu, bitirilen en son okul, çalışma durumu, çalışmama nedeni, çalışma şekli, meslek grupları, iktisadi faaliyet kolları, herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olup olmama durumu, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu ve hane halkı geliri kullanılarak, halkın sağlık hizmetlerine erişim düzeyi araştırılmıştır. Çalışma sonrasında hane halkı geliri, sigorta kapsamında bulunma durumu, yaş grupları, medeni durum, bulunulan ilçe, bitirilen en son okul ve genel sağlık durumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, cinsiyet, aile reisine yakınlık, çalışma durumu, çalışma nedeni ve bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Kaya, 1992).

Blazer, Landerman, Fillenbaum ve Horner (1995) tarafından Kuzey Carolina'daki yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve bu sağlık hizmetlerini kullanma durumu üzerine yapılan bir çalışmada cinsiyet, ırk, eğitim, gelir, medeni durum, iş statüsü, sigorta kapsamı durumu, sağlık kuruluşuna uzaklık veya ulaşım durumu ve sağlık hizmetlerinden

memnun kalma durumu incelenmiştir. Çalışma sonrasında gelir, sigortalı olma durumu ve bakımı elde etme maliyeti, erişimi etkileyen en önemli değişkenler olarak tespit edilmiştir.

Goins, Williams, Carter, Spencer ve Solovieva (2005:208-210) tarafından yapılan bir çalışmada ise sağlık hizmetine erişimin önündeki engeller; ulaşım zorlukları, sınırlı sağlık hizmeti arzı, kaliteli sağlık bakım hizmetlerinin yetersizliği, sosyal izolasyon ve finansal kısıtlılıklar olarak 5 grupta incelenmiştir.

Eskiocak (2007) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmetlerine erişim durumuna göre sosyalleşme yasası ve aile hekimliği karşılaştırılmış ve bu çalışma kapsamında, gelir durumu (yoksulluk), iş sahibi olma (çalışma durumu), sağlık güvence durumu, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, din, dil, etnik köken, kültür farklılığı gibi özellikler, hizmetler hakkında bilgi sahibi olma durumu, sağlık hizmetinin var olması, sağlık kurumunun varlığı, coğrafi uzaklık ve ulaşım giderleri, sağlık insan gücü (hekim ve hekim dışı personel) varlığı gibi değişkenler kullanılmıştır. Çalışma sonucunda yerleşim yerinin sağlık ocağına uzak olmasının sağlık ocağından yararlanmayı azalttığı, kişinin bir sağlık güvencesine sahip olmasının, eğitim düzeyinin yüksek olmasının, ailenin gelir düzeyinin yüksek olmasının ve kadının evde söz sahibi olmasının sağlık hizmetlerine erişimi olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.

Jones, Shi, Hayashi, Sharma, Daly ve Ngo-Metzger (2013:488) tarafından yapılan ağız sağlığı hizmetlerine erişim hakkındaki çalışmada, bu hizmetlere erişimin, gelir durumu, ırk ve etnik köken, dil, sigortalı olma durumu ve sigorta türü ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bu faktörlerin de hizmeti maddi olarak karşılayamama durumu, hizmet sunumunun yeterli olmaması, ulaşım yetersizliği ve düşük sağlık okuryazarlık düzeyi gibi etmenlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışma öncesinde sağlık hizmetlerine erişim durumlarına göre illerin sıralanmasına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Çelik (2013) tarafından yapılan bir çalışmada değişken olarak; bir hastaneye, hastane yatağına, uzman hekime, pratisyen hekime, hekime, dış hekime, eczacıya, sağlık memuruna, hemşireye ve ebeye düşen kişi sayısı kullanılarak kümeleme analizi yapılmış ve iller 7'li, 10'lu ve 15'li kümelere ayrılarak yorumlanmıştır.

II- ARAŞTIRMA

A- Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Kaynaklar incelendiğinde erişimle ilgili çalışmalarda genellikle, kır/kent dağılımı, yaş grupları, eğitim durumu, cinsiyet durumu, medeni durum, gelir düzeyi, sigortalı olma durumu, sağlık kuruluşuna ulaşım durumu, özellikle çok uluslu ülkelerde dil, ırk, sağlık kurumu hakkındaki olumlu veya olumsuz düşüncelerin değişken olarak kullanıldığı görülmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmetleri erişimine etki ettiği düşünülen değişkenler beş ana grup altında 26 alt değişken olarak ele alınmıştır. Araştırmada kullanılan veriler TÜİK, Sağlık Bakanlığı 2012 Sağlık İstatistikleri Yıllığı, SGK 2012 İstatistik Yıllığı'ndan elde edilmiştir. TÜİK, 2001 yılından itibaren illere göre kişi başına düşen milli geliri hesaplamadığından bu veri için KDM şirketinin yapmış olduğu araştırma sonucunda elde edilen veriler kullanılmıştır. Bütün verilerin en son yayınlandıkları ortak yıl 2012 yılı olduğundan, hemen hemen bütün değişkenlere ait 2012 yılı (kesit) verileri kullanılmıştır. Tablo 3'te söz konusu olan bu gruplar ve değişkenler verilerek, temin kaynağı, yılı ve birimi belirtilmiştir.

Tablo 3'te sıralanan değişkenlerin tümü açık olmakla birlikte memnuniyet oranı olarak belirtilen değişkeninin açıklanması yararlı olacaktır. Sağlık Bakanlığı (2014) tarafından Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi için yapılan çalışmada Sağlık Tesisi ve Memnuniyet Oranı kısmında belirtilen memnuniyet oranı, European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) ölçeği kullanılarak elde edilen memnuniyet puanlarından istifade edilerek hesaplanmıştır. EUROPEP ölçeği, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan European Working Party on Quality in Family Practice (EQuIP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiş hasta memnuniyetini ölçmek için kullanılan bir ölçek olup 2002 yılında Türkçe'ye uyarlanarak Türkiye genelinde hasta memnuniyetini belirlemek için kullanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014:3).

Tablo 3. Sağlığa Erişimi Etkileyen Değişkenler

S.No	Değişken İsimleri	Veri Kaynağı	Yıl	Birim
A)	Demografik Özellikler			
1	Cinsiyet Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	%
2	Eğitim Durumu*	Sağlık Bakanlığı	2012	%
3	Kır/Kent Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	%
4	Yaş Grupları**	Sağlık Bakanlığı	2012	Yaş Grubu
5	Ortanca Yaş	TÜİK	2012	Ortanca
6	Nüfus Artış Hızı	TÜİK	2012	%
B)	Finansal Engeller			
1	İllere Göre Kişi Başına Düşen Milli Gelir	KDM Danışmanlık	2012	TL
2	İllerin GSYİH'sından Sağlığa Ayrılan Pay	TÜİK	2012	%
3	Sigorta Kapsamı	SGK	2012	%
C)	Sağlık Hizmetleri Altyapısı			
1	Hekim/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
2	Hemşire/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
3	Diş Hekimi/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
4	Eczacı/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
5	Ebe/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
6	Diğer Sağlık Personeli/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
7	Hasta Yatağı Sayısı/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
8	Aile Hekimi/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	%
9	112 İstasyonu/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
10	112 Ambulans/Nüfus	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
D)	Sağlık Tesis Kullanımı ve Memnuniyet Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	
1	1. Basamakta Kişi başı Başvuru Sayısı	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
2	2. ve 3. Basamakta Kişi başı Başvuru Sayısı	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
3	Diş Hekimine Kişi başı Başvuru Sayısı	Sağlık Bakanlığı	2012	Kişi başı
4	Memnuniyet Oranı	Sağlık Bakanlığı	2012	%
E)	Ulaşım			
1	İl ve Devlet Yolu	TÜİK	2012	Km/Yüzölçümü
2	Köy Yolu	TÜİK	2012	Km/Yüzölçümü
3	Motorlu Taşıt Sayısı/Nüfus	TÜİK	2012	%

* Eğitim durumu ilköğretim okullaşma oranı, ortaöğretim okullaşma oranı ve ön lisans veya lisans mezunu oranı olmak üzere üç grup altında değerlendirilmiştir.

** Yaş Grupları 0-14 yaş arası, 15-64 yaş arası ve 65 yaş üstü olmak üzere üç grup altında analiz edilmiştir.

Memnuniyet puanları aşağıdaki yedi boyuttan elde edilen değerlerin ortalaması alınarak hesaplanmıştır:

1. Doktor – Hasta İlişkisi (1-6. Soru),
2. Sağlık Hizmeti (7-11. Soru),
3. Enformasyon ve Destek (12-15. Soru),
4. Sağlık Hizmetinin Organizasyonu (16-17. Soru),
5. Ulaşılabilirlik (18-23. Soru),
6. Genel Değerlendirme (24-26. Soru),
7. EUROPEP Soruları (1-23. Soru).

Bu analizde memnuniyet oranının hesaplanmasında anket sorularına verilen iyi ve çok iyi (4 ve 5) seçenekleri kullanılmıştır. Memnuniyetsizlik oranı ise anket sorularına verilen çok kötü ve kötü (1 ve 2) seçeneklerini kapsamaktadır. “Ne iyi ne kötü” seçeneği “Orta” olarak değerlendirilmiştir. “Ankette Fikrim yok / ilgisiz” seçeneğinin işaretlenmesi halinde bu soru değerlendirilmeye alınmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014:4).

B- Kullanılan Analiz: Temel Bileşen Analizi

Klasik çok değişkenli istatistiksel analizlerde “n” tane bireye ilişkin “p” tane değişken (özellik) incelenmektedir. Bu özelliklerin birçoğunun birbirleriyle ilişkili (bağımlı) ve “p” sayısının çok büyük olması analizde sorun yaratmaktadır. Zira çok sayıda değişkenle çalışmak, işlem yükünü artırmanın yanı sıra değişkenlerin (yaklaşık olsa da) bağımsızlığını zedelemekte ayrıca bu tür çalışmalarda elde edilen sonuçların yorumunda da bazı güçlükler olabilmektedir. Bilgisayar olanaklarının çok geliştiği günümüzde işlem yükü bir sorun olarak görünmese de çok sayıda değişkene ilişkin analiz sonuçlarının yorumlanması ve özetlenmesi gerçekten zor olabilmektedir. Böyle durumlarda başvurulan tekniklerin en önemlisi Temel Bileşen Analizidir (TBA-PCA: Principal Component Analysis) (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

TBA, dik (ortogonal) dönüşüm kullanarak aralarında yüksek ilişki bulunan değişkenleri aralarında ilişki bulunmayan bir dizi doğrusal bileşenlere dönüştürerek bağımsızlaştıran ve boyutları indirgeyen bir yöntemdir. Bu yöntem veri matrisine ilişkin özdeğerler ve özvektörleri bularak veri kümesine ait değişkenlerin daha düşük boyutlarda temsil edildiği bir

koordinat düzlemine taşınmasını sağlar. Veri kümesine ait fazlalıkların en aza indirgenmesini ve aynı zamanda farklılıkların maksimum hale getirilmesini gerçekleştirir (Çatalbaş, 2014:14).

C- Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada dâhil edilen değişkenlerin (özellikle teknik araç ve gerecin) hepsinin aynı amaç için kullanılabildiği ve aynı özellikte olduğu varsayılmıştır. Daha somut ifade etmek gerekirse, kullanılan 112 ambulansları, kişi başına düşen motorlu taşıt sayısı ve yatak sayısı gibi değişkenlerin teknik özellik bakımından eşit olduğu ve aynı amaç için kullanılabileceği düşünülerek analize dâhil edilmiştir. Aynı şekilde hizmet veren sağlık personelinin de bütün illerde hasta bakım faaliyetlerinde aynı görevleri yaptığı, bireyler arası uygulamalarda bir farklılık bulunmadığı, dolayısıyla benzer miktarda ve benzer kalitede sağlık hizmeti ürettiği varsayılmıştır.

Bir diğer kısıtlılık, milli gelir, sağlığa ayrılan pay, sigortalılık kapsama durumu gibi özellikle finansal verilerde il içi dağılımın homojen olduğu varsayılmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sadece 1. basamak sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyi araştırılması yapıldığından, çalışmada kullanılan memnuniyet oranı 1. basamak sağlık hizmetlerinde memnuniyet oranını ifade etmektedir. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri memnuniyet oranına ait veri bulunamadığından çalışmaya dâhil edilememiştir.

Analiz kısmının daha kolay yorumlanması açısından sayısal verilerde yuvarlama işlemi yapılmıştır.

III- BULGULAR

Analiz kapsamında ilk olarak kullanılan değişkenler arasındaki ilişkilere (korelasyon) bakılmış olup; ortanca yaş ile 0-14 yaş oranı arasında %96'lık, 15-64 yaş oranı ve 0-14 yaş oranı arasında %93'lük, ortaöğretim okullaşma oranı ve 0-14 yaş oranı arasında %91'lik bir korelasyon bulunmuştur. Bu nedenle (tekrarın önlenmesi amacıyla) 0-14 yaş arası nüfus oranı değişkeni çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Ayrıca Kadın% - Erkek% ve Kır% - Kent% birbirlerini yüzde yüze tamamladığından bu değişkenlerden sadece büyük olanlar değerlendirilmeye alınmıştır. TBA'nin uygunluğu için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testi uygulanmış olup, bu veri setine %77,9 oranında TBA'nın uygulanabileceği sonucuna ulaşılmıştır (P=0,0001). İkinci olarak kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler bulunarak Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Kullanılan Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	S.Sapma	N
Erkek Nüfus Oranı (%)	50,44	1,28	81
Kentsel Nüfus Oranı (%)	54,95	18,16	81
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	8,80	3,11	81
15-64 Yaş Arası Nüfus Oranı (%)	66,26	4,32	81
Nüfus Artış Hızı (%)	8,87	14,02	81
Ortanca Yaş	30,17	5,26	81
İlköğretim Okullaşma Oranı (%)	98,37	1,75	81
Ortaöğretim Okullaşma Oranı (%)	71,49	13,95	81
Ön lisans veya Lisans Mezunu Oranı (%)	9,04	2,17	81
Kişi Başına Düşen Gelir (TL)	13290,42	11500,07	81
Hane halkı Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay (%)	1,93	0,32	81
Sigorta Kapsamı (%)	95,43	2,47	81
Toplam Hekim (%)	0,15	0,04	81
Diş Hekimi (%)	0,02	0,01	81
Eczacı (%)	0,03	0,01	81
Hemşire (%)	0,18	0,04	81
Ebe (%)	0,08	0,02	81
Diğer Sağlık Personeli (%)	0,18	0,05	81
On Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	26,04	8,93	81
Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	3523,50	242,82	81
112 İstasyon Başına Düşen Nüfus	34138,89	15075,51	81
112 Ambulans Başına Düşen Nüfus	18235,84	9833,68	81
1. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	2,94	0,91	81
2. ve 3. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	5,06	0,78	81
Kişi Başı Diş Hekimine Başvuru Sayısı	0,49	0,13	81
İl ve Devlet Yolu Uzunluğu (km) / Yüzölçüm	8,88	2,33	81
Köy Yolu Uzunluğu (km) / Yüzölçüm*	49,20	36,05	81
Bin Kişi Başına Düşen Motorlu Taşıt Sayısı (%)	91,52	43,98	81
Memnuniyet Oranı (%)	90,45	10,59	81

* TÜİK'ten alınan veri setinde İstanbul ve Kocaeli için köy yolu değerleri olmadığından, kayıp (eksik) bilgi sorununun giderilmesi amacıyla bu iller için en küçük değer olan 17,42 değerine yakın değerler (sırasıyla 17,35 ve 17,25 değerleri) atanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen 81 ildeki kadın (%49,56) ve erkek (%50,44) oranlarının birbirine çok yakın olduğu gözlenmektedir. Kent nüfus oranının (%54,95) kır nüfus oranından (%45,05) yaklaşık %10 fazla olduğu tespit edilmiştir. Ortanca yaşı 30 olan illerin en fazla nüfusun bulunduğu yaş grubu %66 ile 15-65 yaş grubudur. Bunu yaklaşık %25 ile 0-14 yaş grubu ve yaklaşık %9 ile 65 yaş ve

üzeri yaş grubu takip etmektedir. İllerin eğitim durumu göz önüne alındığında ortalama %98'lik bir ilköğretim okullaşma oranı, %71'lik bir ortaöğretim okullaşma oranı ve %9'luk bir ön lisans veya lisans mezunu oranı olduğu gözlenmiştir. İllerin ortalama kişi başı geliri 13.290 TL olduğu ve bu gelirin yaklaşık %2'lik kısmının sağlık harcamalarına ayrıldığı söylenebilir. Genel sağlık sigortasının ülke genelinde kapsama oranı ise %95 civarındadır.

Her on bin kişiye yaklaşık 26 yatak, 18 hemşire, 18 diğer sağlık personeli, 15 hekim (asistan, uzman ve aile hekimi), 9 ebe, 3 eczacı ve 2 diş hekimi düşmektedir. Her bir aile hekimine ortalama olarak 3.524 kişi, her bir 112 istasyonuna 34.139 kişi ve her bir 112 ambulansına 18.236 kişi düşmektedir.

Ortalama olarak bir kişi bir yılda yaklaşık 3 kez birinci basamak sağlık hizmetlerine, 5 kez ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ve iki yılda 1 kez de diş hekimine müracaat etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine müracaat edenlerin yaklaşık %90'lık bir kesimi kurumdan memnun olarak ayrılmaktadır.

İller ortalama olarak yaklaşık 9 km il ve devlet yolu (km)/yüzölçümüne (km²), 49 km köy yolu (km)/yüzölçümüne (km²) sahiptir. Ayrıca ortalama olarak her bin kişiye 92 motorlu taşıt düşmektedir.

Yukarıda tablo biçiminde verilmiş olan değişkenlerin tümünün normal dağılımlı oldukları varsayımı altında, bu verilere Temel Bileşenler Analizi uygulanmış ve önemli bulunan yedi temel bileşene ilişkin aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 5. Temel Bileşenler Özdeğerleri ve Varyans Açıklama Oranları

Bileşen No	Özdeğer	Açıklanan Varyans %	Birikimli Açıklanan Varyans %
1	10,504	36,219	36,219
2	5,061	17,451	53,67
3	2,244	7,737	61,407
4	1,856	6,401	67,808
5	1,527	5,265	73,074
6	1,085	3,741	76,814
7	1,003	3,46	80,275

Önemli bulunan yedi temel bileşen tarafından orijinal değişkenlerin varyanslarının açıklanma oranları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6. Orijinal Değişken Varyanslarının Yedi Temel Bileşen Tarafından Açıklanma Oranı

Değişkenler	Açıklanan Varyans	Değişkenler	Açıklanan Varyans
Erkek (%)	,889	Hemşire (%)	,916
Kentsel Nüfus Oranı (%)	,795	Ebe (%)	,760
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	,893	Diğer Sağlık Personeli (%)	,779
15-64 Yaş Arası Nüfus Oranı (%)	,914	10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	,830
Nüfus Artış Hızı (%)	,700	Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	,714
Ortanca Yaş	,942	112 İstasyon Başına Düşen Nüfus	,819
İlköğretim okullaşma oranı	,342	112 Ambulans Başına Düşen Nüfus	,830
Ortaöğretim okullaşma oranı	,903	1. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	,777
Ön lisans veya Lisans Mezunu Oranı	,870	2. ve 3. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı	,789
Kişi Başına Düşen Gelir (TL)	,737	Kişi Başı Dış Hekimine Başvuru	,609
Hane halkı Harcamasından Sağlığa Ayrılan Pay (%)	,710	İl ve devlet yolu (km)/Yüzölçü	,796
Sigorta kapsamı (%)	,827	Köy yolu (km)/yüzölçüsü	,836
Toplam Hekim (%)	,854	Kişi Başına Düşen Motorlu Taşıt Sayısı ‰	,915
Dış Hekimi (%)	,857	Mcmnuniyet Oranı (%)	,781
Eczacı (%)	,895		

Analizden elde edilen yeni değerlere göre bir değişken hariç diğer bütün değişkenlerin varyans açıklama oran değerleri 0,610 ile 0,942 arasındadır. Söz konusu değişkenlerin değeri 1'e yaklaştıkça değişkenlerin modeldeki ağırlığı ve buna bağlı olarak önemi artmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013:46).

Analiz sonucunda birinci temel bileşen üzerinde; Ortaöğretim Okullaşma Oranı, Ortanca Yaş, Eczacı/Nüfus, 15-64 Yaş Arası Nüfus Oranı, Kişi Başına Düşen Motorlu Taşıt Oranı, Dış Hekimi/Nüfus, Hemşire/Nüfus, Ön lisans ve Lisans Mezunu Oranı, 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı, Diğer Sağlık Personeli/Nüfus, 2. ve 3. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı, 1. Basamakta Kişi Başı Başvuru Sayısı, Kişi Başı Dış Hekimine Başvuru Sayısı, Toplam Hekim/Nüfus, On bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı ve İlköğretim Okullaşma Oranı değişkenleri, ikinci temel bileşen üzerinde; 112 Ambulans Başına Düşen Nüfus, 112 İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sigorta Kapsamı, Kentsel Nüfus Oranı, Ebe/Nüfus, Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus değişkenleri, üçüncü temel bileşen üzerinde; İl ve Devlet Yolu uzunluğu (km/yüzölçümü), Hane halkı Harcamasından Sağlığa Ayrılan Pay değişkenleri, dördüncü temel bileşen üzerinde Köy Yolu (km/yüzölçümü) değişkeni, beşinci temel bileşen

üzerinde; Erkek Nüfus Oranı değişkeni, altıncı temel bileşen üzerinde; Kişi Başına Düşen Gelir, Memnuniyet Oranı değişkenleri ve son olarak yedinci temel bileşen üzerinde ise sadece Nüfus Artış Hızı değişkeninin yer aldığı görülmüştür.

A- İllerin Sıralanması

Bu çalışma öncesinde illerin sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin belirlenmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak belirli bir ilin ilçelerinin, çeşitli yaş gruplarının ve çeşitli hizmet dallarının (kanser, ağız bakım gibi) sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler üzerine ve illerin kümelenmesine yönelik bazı çalışmalar bulunmaktadır. Kalkınma Bakanlığı tarafından illerin sosyo-ekonomik gelişmişlik durumlarına göre sıralaması yapıldığından, bu çalışmadan elde edilen il sıralamasıyla SEGE-2011 il sıralaması karşılaştırılarak Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. İllerin SEGE-2011 ve Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyleri Sıralanması

No	SEGE-2011*	Sağlık Hiz. Erişim	No	SEGE-2011*	Sağlık Hiz. Erişim	No	SEGE-2011*	Sağlık Hiz. Erişim
1	İstanbul	İstanbul	28	Karabük	Balıkesir	55	Aksaray	Hakkâri
2	Ankara	Gaziantep	29	Zonguldak	Zonguldak	56	Niğde	Amasya
3	İzmir	Kocaeli	30	Gaziantep	Manisa	57	Tokat	Uşak
4	Kocaeli	Ankara	31	Trabzon	Muğla	58	Tunceli	Ordu
5	Antalya	Antalya	32	Karaman	Düzce	59	Erzurum	Kırıkkale
6	Bursa	Bursa	33	Samsun	Adıyaman	60	K.Maraş	Niğde
7	Eskişehir	İzmir	34	Rize	Aksaray	61	Ordu	İğdir
8	Muğla	Şanlıurfa	35	Düzce	Kırklareli	62	Gümüşhane	Trabzon
9	Tekirdağ	Adana	36	Nevşehir	Van	63	Kilis	Erzurum
10	Denizli	Hatay	37	Amasya	Siirt	64	Bayburt	Bartın
11	Bolu	Tekirdağ	38	Kütahya	Çanakkale	65	Yozgat	Tokat
12	Edirne	Mersin	39	Elazığ	Muş	66	Adıyaman	Kırşehir
13	Yalova	Sakarya	40	Kırşehir	Kilis	67	Diyarbakır	Yozgat
14	Çanakkale	Konya	41	Kırıkkale	Edirne	68	Kars	Kastamonu
15	Kırklareli	Batman	42	Malatya	Karabük	69	İğdir	Burdur
16	Adana	Mardin	43	Afyon	Kütahya	70	Batman	Kars
17	Kayseri	Aydın	44	Artvin	Elazığ	71	Ardahan	Isparta
18	Sakarya	Kayseri	45	Erzincan	Bitlis	72	Bingöl	Giresun
19	Aydın	Diyarbakır	46	Hatay	Bolu	73	Şanlıurfa	Erzincan
20	Konya	Yalova	47	Kastamonu	Afyon	74	Mardin	Sinop
21	Isparta	Denizli	48	Bartın	Malatya	75	Van	Çankırı
22	Balıkesir	Şırnak	49	Sivas	Bilecik	76	Bitlis	Bingöl
23	Manisa	Eskişehir	50	Çorum	Sivas	77	Siirt	Gümüşhane
24	Mersin	Osmaniye	51	Sinop	Karaman	78	Şırnak	Artvin
25	Uşak	Ağrı	52	Giresun	Nevşehir	79	Ağrı	Bayburt
26	Burdur	K.Maraş	53	Osmaniye	Çorum	80	Hakkâri	Ardahan
27	Bilecik	Samsun	54	Çankırı	Rize	81	Muş	Tunceli

* Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, 2013:50.

SEGE-2011 çalışmasında 81 il sadece birinci temel bileşen skorlarına göre sıralanmış olmasına karşın (Kalkınma Bakanlığı, 2013:46) bu çalışmada yedi temel bileşen skorları dikkate alınarak sıralama yapılmıştır. İllerin tüm faktörlerde sahip olduğu sıralamalarla ilgili faktörlerin, açıklanan varyans yüzdeleriyle çarpılmasıyla toplam faktör değişkeni elde edilmiş ve iller bu toplam faktör değişkeninin değerine göre sıralanmıştır.

SEGE-2011 ile sağlık hizmetlerine erişim sıralamaları arasında ilişkinin tespit edilmesi amacıyla Spearman sıra korelasyon analizine başvurulmuş ve bu iki sıralama arasında orta derecede, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,427$ ve $p=0,000$). Bu iki sıralama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunsa da ilişkinin düşük çıkmasının en önemli üç nedeni vardır. Bunlardan ilki, bu iki çalışmada kullanılan değişkenlerin birbirinden oldukça farklı olmasıdır. İkincisi ise SEGE-2011 çalışmasında bireye ilişkin (kişi başına, % gibi) karşılaştırılabilir değişkenlerin yanı sıra il veya şehir merkezine ilişkin (organize sanayi bölgesinde üretim yapılan parsellerin Türkiye içindeki payı, il ihracatının toplam ihracat içindeki payı, ildeki banka kredilerinin Türkiye içindeki payı, yeni kurulan şirketlerin toplam sermayesinin Türkiye içerisindeki payı, il vergi gelirlerinin Türkiye içindeki payı olmak üzere toplam yedi değişken) değişkenlerin kullanılmış olmasıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2013). Son olarak, SEGE-2011 sıralamasında veri seti tarafından açıklanabilen bilginin %38’ni açıklayan birinci temel bileşene göre illerin sıralanmış olmasıdır.

SEGE-2011 sıralamasının en altında yer alan Şanlıurfa, Batman, Mardin, Diyarbakır, Şırnak, Ağrı, Adıyaman, Van, Siirt ve Muş illerinin sağlık hizmetlerine erişim sıralamasında daha üst sıralarda yer alması, bu illerde uygulanan devlet hizmet yükümlülüğü (mecburi hizmet) uygulamasıyla ve sağlık yatırımlarının yeterli miktarda yapılmasıyla açıklanabilir.

SONUÇ

İlgili literatürde sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, genel olarak masrafları karşılayabilirlik (finansal erişilebilirlik), ulaşım (coğrafi erişilebilirlik), kabul edilebilirlik, hizmetin hazır bulunması, yeterlilik, zamanlama gibi çeşitli boyutlar altında incelendiği gözlenmiştir. Bu çalışma kapsamında, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, demografik özellikler, finansal engeller, sağlık hizmetleri altyapısı, sağlık tesisi kullanımı ve memnuniyet oranı ve ulaşım olmak üzere beş kategoride

incelenmiştir. Temel bileşen analizindeki varyansları açıklama oranları dikkate alındığında, bu çalışmada sağlık hizmetleri erişimine etki eden en önemli boyutlar; sağlık hizmetleri altyapısı, demografik özellikler ve ulaşım imkânları olarak tespit edilmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişimin ilk şartı, sağlık hizmetlerinin elde edilebilir olmasıdır. Hizmetin elde edilmesi de teknoloji ve kaynak dağıtımı ile ilişkilidir. Teknoloji ve kaynak dağıtım kararlarının ise politik süreç ve baskı, ekonomik etkiler, örgütsel ve profesyonel düşünceler gibi faktörlerden etkilendiği ifade edilmektedir (Çelik, 2011:334). Düşük sağlık hizmeti erişim sıralamasına sahip iller bu kapsamda değerlendirildiğinde, öncelikle bu illerde hizmetin varlığının sağlanmasına yönelik kararların alınması gerekmektedir. Bunun için de karar verme yetkisine sahip kamu otoritesi, kaynak dağıtımı yaparken illerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayacak şekilde kaynakların tahsis edilmesini garanti altına almalıdır. Etkin bir kaynak tahsisi sağlanması halinde, hizmetin olmaması veya yeterli kalitede sunulmaması gibi nedenlerle farklı illere sağlık hizmeti almak için gitmek zorunda olan bireyler, buldukları illerde sağlık hizmetlerine erişebilecektir. Bu durum hastaların daha kısa sürede sağlık hizmetlerine ulaşmalarına, hastanın kendisinin ve refakatçilerinin yaşadığı işgücü kayıplarının azalmasına ve sağlık yönünden bazı illerde yoğunlaşmanın önlenmesine katkıda bulunacaktır.

Bireyleri sağlık hizmeti almaya yönlendiren faktörlerin başında zemin hazırlayıcı faktörler, sağlık hizmeti ihtiyacı ve kolaylaştırıcı faktörler gelmektedir. Yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken ve eğitim seviyesi gibi değişkenleri içeren zemin hazırlayıcı faktörler (Andersen vd. 1983:52) bireylerin hizmet kullanımını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir (Çelik, 2011:334). Bu nedenle kamu yöneticileri sorumlu oldukları bölgede sağlık hizmetlerine erişimle ilgili politikaları geliştirirken demografik özellikleri göz önünde bulundurmalıdır. Yöneticiler yaş, cinsiyet, ırk gibi değişkenlere müdahale edemeseler de eğitim durumu gibi müdahale edilebilir değişkenlere odaklanmalıdır. Özellikle genel okuryazarlıkla ilgili olan sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılmasına yönelik politikaların izlenmesi, %64,6'lık sorunlu ya da yetersiz sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olan Türkiye'de (Durusu Tanrıöver vd. 2014) sağlık hizmetlerine erişim konusunda atılacak önemli bir adım olacaktır.

Coğrafi olarak sağlık hizmetlerine erişim (ulaşım) kavramı hizmetin

sunulduğu yer ile hizmeti alanların bulunduğu yer arasındaki mesafenin aşılabilme kolaylığını ve yeteneğini ifade etmektedir. Bu nedenle iki temel bileşeni vardır. Birincisi hizmet sağlayıcılarının hizmeti kullananlara coğrafi olarak uzaklığı, diğeri ise hizmeti alacakların mesafeleri aşabilme kabiliyetidir (Russell vd. 2013:63). Kamu yöneticileri sağlık kuruluşlarının yer seçimi kriterlerinde bu hususları mutlaka değerlendirmeli, toplumun en kolay şekilde ulaşmasını sağlayacak yerlerin seçilmesine azami önem göstermelidir. Ayrıca yolların ve toplu taşıma araçlarının toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunulması sağlık hizmetlerine ulaşımı, dolayısı ile erişimi olumlu yönde etkileyecektir

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller ne olursa olsun kamu yöneticilerinin bireylerin sağlıklı olması yönünde sorumluluğu bulunmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" hükümleri bulunmaktadır (Resmi Gazete, 1982). Kamu tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir kesime ayrımcılık ve/veya ayrıcalık tanınmaması gerektiğinden, kamu yöneticileri, ülke genelinde, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri kaldırmakla, sağlık hizmetleriyle ilgili kaynakları dengeli bir şekilde dağıtmakla ve toplumdaki her kesimin sağlık hizmetlerinden eşit ve hakkaniyetli bir şekilde faydalanmasını sağlamakla yükümlüdür.

Sağlık hizmetlerine erişim önündeki engeller sadece sağlık sektöründen kaynaklanmaması nedeniyle yasada belirtilen bu yükümlülük sadece sağlık yöneticilerinin değil bütün kamu yöneticilerinin üzerindedir. Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili engellerin neler olduğu ve hangi boyutlar altında incelenmesi gerektiği kamu yöneticilerinin öncelikle karşılaştığı sorunlar arasındadır. Üstelik bu engellerden bazılarının müdahale edilmesi mümkün iken bazılarının müdahale edilememesi yöneticilerin işlerini daha da zorlaştırmaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili bariyerlerin kaldırılması her ne kadar zor bir süreç olsa da bazı uygulamalarla bu engellerin aşılmasına katkı sağlanabilir. Öncelikle hizmetin hazır bulunmasıyla ilgili olarak, kamu yöneticileri illerde sağlık altyapılarının geliştirilmesine odaklanmalıdır.

Bu altyapılardan en önemlisi olan sağlık insan gücünün geliştirilmesi için hâlihazırda istihdam edilmiş personelin yıpranmasını önleyici, iş verimliliğini arttırıcı ve personeli güçlendirici politikaların benimsenmesi gerekmektedir. Eğer mevcut insan gücü yeterli değil ise başka bölgelerden (ülkelerden) yetenekli sağlık personeli alınarak veya ülkedeki sağlık personelinin eğitim süreci hızlandırılarak sağlık işgücüne yeni girişlerin önü açılmalıdır. Coğrafi erişilebilirlik ve zamanlama sorunlarının üstesinden gelebilmek için, bireylerin kolay ulaşabileceği yerlere sağlık kuruluşlarının yapılması, bunun mümkün olmadığı durumlarda mobil hizmet veren sağlık ünitelerinin kurularak hizmet vermesi sağlanabilir. Ayrıca teletıp uygulamalarının sağlık sistemleriyle bütünleştirilmesi coğrafi erişilebilirliğin sağlanmasında önemli bir adım olacaktır. Hizmeti almak için kat edilmesi gereken mesafe bütün bireyler tarafından eşit şekilde algılanmadığı, mesafeler eşit olsa bile bireylerin bu mesafeleri “uzak” veya “yakın” olarak değerlendirebileceği bu boyut kapsamında dikkat edilmesi gereken bir husustur (Çelik, 2011:334). Bireylerin sağlık hizmeti almak için katlanmak zorunda olduğu doğrudan ve dolaylı giderlerin kamu tarafından karşılanması, masrafları karşılayabilirlik (finansal bariyerler) sorunu yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracaktır. Kaynakların uygun şekilde yerleştirilmemesi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşayan bireylerin sorunlarını çözmek için, sağlık hizmeti sunma amacıyla bir araya getirilen kaynakların yerleşim birimleri arasında ihtiyacı karşılayacak şekilde tahsisi sağlanmalıdır. Etnik, din, kültür gibi bireylerin sunulan sağlık hizmetlerini kabul edip etmeme davranışlarını etkileme potansiyeli olan faktörlerin sağlık hizmetlerinin organizasyonunda göz önünde bulundurulması ve hizmetlerin bu faktörlere göre planlanıp sunulması sağlık hizmetlerine erişimin kabul edilebilirlik boyutuna çözüm getirebilir. Son olarak, bireylerin kişisel sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi olmalarına, sağlık sorunlarına yönelik sağlık kuruluşlarının hangi birimlerinden hizmet alacaklarını bilme ve hizmet sunucularıyla bu yönde iletişim kurabilme becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi, erişimin farkında olma boyutuna çare olabilir (Russell vd., 2013:62-69).

Genel olarak değişkenler arasındaki bağımlılık yapısının yok edilmesi ve/veya boyut indirgeme yani değişkenlerin daha az sayıda ve belirli temel bileşenlerde toplanması amacıyla kullanılan TBA, başlı başına

bir analiz olduğu gibi başka analizler için veri hazırlama tekniği olarak da kullanılmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013:3). Bu çalışmada iller erişim durumlarına göre sıralansa da buradaki en önemli sorun sağlık hizmetlerine erişim konusundaki en avantajlı ve en dezavantajlı gruplar arasındaki farklılıklardır. Bu çalışma kapsamında bu sorun analiz edilmese de bu yönde yapılacak çalışmalar sağlık hizmetlerine erişim hususunda önemli bir açığın kapatılmasına katkıda bulunacaktır.

Kaynakça

- Andersen, M. Ronald; McCutcheon, Allan, Lu Ann Aday, Y. Grace Chiu and Ralph Bell (1983), “Exploring Dimensions of Access to Medical Care”, *Health Services Research*, 18:11 p.49-74.
- Aday, Lu Ann and Ronald Andersen (1974), “A Framework for the Study of Access to Medical Care”, *Health Services Research*, 9(3) p.208-220.
- Blazer, G. Dan; Landerman, K. Lawrence, Gerda Fillenbaum, and Ronnie Horner (1995), *Health Services Access and Use Among Older Adults in North Carolina: Urban vs Rural Resident*, *American Journal of Public Health*, Vol. 85, No. 10 ss.1384-1390.
- Çatalbaş, Mehmet Cem (2014), *Temel Bileşenler Analizi ve Kanonik Korelasyon Analizi ile İmge Tanıma ve Sınıflandırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Çelik, Yusuf (2011), *Sağlık Ekonomisi*, (Ankara: Siyasal Kitabevi).
- Çelik, Şenol (2013), “Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye’deki İllerin Sınıflandırılması”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Sayı: 14 (2) ss. 175-194.
- Docteur, Elizabeth and Oxley, Howard (2003), *Health-Care Systems: Lessons From The Reform Experience*, OECD Health Working Papers. [https://www1.oecd.org/els/health-systems/22364122.pdf] (25.3.2014).
- Durusu Tanrıöver, Mine; Yıldırım, H. Hüseyin, Nihan Ready Demiray, Banu Çakır ve Erdal Akalın (2014), “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması”, Birinci Baskı, (Ankara: Sağlık-Sen Yayınları).
- Eskiocak, Muzaffer (2007), “Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Hizmet Sunumu Sistemi midir?” Muzaffer Eskiocak (Ed), “Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Model Midir?” İçinde (s. 12-22), (Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları).
- Fortney, C. John; Burgess, F. James, B. Hayden Bosworth, M. Brenda Booth and J. Peter Kaboli (2011), “A Re-conceptualization of Access for 21st Century Healthcare”, *Journal of General Internal Medicine*, 26 (suppl 2) p.639-647.

Goins, R. Turner; Williams, A. Kimberly, W. Mary Carter, Melinda Spencer and Tatiana Solovieva (2005), "Perceived Barriers to Healthcare Access Among Rural Older Adults: A Qualitative Study", *The Journal of Rural Health*, Vol. 21, No. 3 p. 206-213.

Jones, Emily; L.Hayashi, Shi, A. Seiji, Ravi Sharma, Charles Daly and Quyen Ngo-Metzger (2013), "Access to Oral HealthCare: The Role of Federally Qualified Health Centers in Addressing Disparities and Expanding Access", *American Journal of Public Health*, Vol.103 No: 3 p.488-493.

Kalkınma Bakanlığı (2013), İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011). [<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Yaynlar/Attachments/548/SEGE-2011.pdf>] (23.03.2014).

Kaya, Sıdıka (1992), "Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Kurt, Öner (2007), "Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? Aile Hekimleri Bu Sorunu Çözebilir Mi?", Muzaffer Eskioçak (Ed), "Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?" İçinde (s. 69-78), (Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları).

Levesque, Jean-Frederic; Harris, F. Mark and Grant Russell (2013), "Patient-Centred Access to Healthcare: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations", *International Journal for Equity in Health*, p. 12-18.

Resmi Gazete (9 Kasım 1982, 1. Mükerrer), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.

Resmi Gazete (1 Temmuz 2006), Doku-zuncu Kalkınma Planı 2007-2013.

Russell, J. Deborah; Humphreys, S. John, Ward Bernadette, Marita Chisholm, Penny Buykx, Matthew McGrail and John Wakerman (2013), "Helping Policy-Makers Address Rural Health Access Problems", *The Australian Journal of Rural Health*, Vol.21, p.61-71.

Sağlık Bakanlığı (2007), Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları).

Sağlık Bakanlığı (2013), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, (Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık).

Sağlık Bakanlığı (2014), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2012, (Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları).

World Health Organization (WHO) (1999), Health 21 The Health For All Policy Framework For The Who European Region. [www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heng.pdf] (05.04.2014).

[www.tuik.gov.tr] (25.03.2014).

[<http://www.netyol.com/1011/turkiyenin-en-zengin-illeri.html>] (31.03.2014).

[www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler] (02.04.2014)

Gelecek Nesillerin Yaşam Fırsatları İçin Ciddi Bir Tehdit: Çocuk Yoksulluğu

A Significant Threat for the Life Chances of the Next Generations: Child Poverty

Banu METİN*

ÖZ

Bu çalışmada, gelecek nesillerin yaşam fırsatları açısından yarattığı tehdit nedeniyle çocuk yoksulluğu konusu incelenmektedir. Çocukluk dönemindeki yoksulluğun olumsuz yansımaları hem çocukların büyüme ve gelişme süreçlerinde hem de yetişkinlik dönemlerindeki başarı ve kazanımları üzerinde görülmektedir. Ayrıca, yoksulluğun nesiller arası geçişkenliği olan bir toplumsal risk olması, bu sorunun bir kısır döngüye dönüşme olasılığını da artırmaktadır. Bu nedenle, yoksullukla mücadelenin çocuklardan başlaması büyük önem taşımaktadır. Her ne kadar son birkaç on yılda beslenme, barınma, eğitim, sağlık gibi temel insani kapasitelerde küresel ölçekte önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da beş yaş altında ölen çocuk sayısı dünya genelinde halen 6,6 milyon gibi önemli bir boyuttadır. Bu ölümlerin büyük bir kısmının önlenemez nedenlerden kaynaklanmakta olması ise üzerinde ayrıca durulması gereken bir konudur. Bu olumsuz tablo, çocukların en temel hakları olan yaşama ve büyüme haklarının birçok ülkede tehdit altında olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, çocuk yoksulluğu ile mücadeledeki başlıca hedef, öncelikle çocukların yaşam haklarının korunması olmalıdır. Çocuk Haklarına Dair Sözleşmede belirtilen hakların gerçekleştirilmesi konusunda bütün ülkeler sorumluluklarını yerine getirmelidir. Bu açıdan, çocuk yoksulluğu ile mücadelenin bir politika önceliği olarak belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk yoksulluğu, yoksunluk, çocuk hakları, çocukların gelişimsel süreçleri, çocuk yoksulluğu ile mücadele

ABSTRACT

In this paper, child poverty is explored because of its threat on the life chances of next generations. The negative effects of child poverty are seen both on the growth and development process of children and on their accomplishments in adulthood. In addition, the fact that poverty is an intergenerational social risk raises the vicious cycle potentiality of this problem. For this reason, it has great importance that combatting poverty should begin with children. Although there has been great progress globally in the basic human capabilities such as nutrition, housing, education and health over the last decades, the number of children who die under the age of five is still 6, 6 million in the world. The fact that these deaths are mostly from preventable causes is another point to be emphasized. This adverse scene shows that the fundamental rights of children to survive and develop are unrealized in many countries. Consequently, the main objective of combatting child poverty should first and foremost be the protection of children's fundamental right to survive. All countries should fulfill their responsibilities to implement the rights of children contained in the Convention on the Rights of the Child. In this regard, it is very important to recognize fighting child poverty as a political priority.

Keywords: Child poverty, deprivation, child rights, developmental process of children, combatting child poverty

* Arş. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, banumetin@gazi.edu.tr

GİRİŞ

Yoksulluğun çocuklar ve toplum için kısa ve uzun dönemdeki istenmeyen sonuçları konusunda özellikle son yıllarda önemli ölçüde çalışma gerçekleştirilmiştir. Çocukluk dönemindeki yoksulluk fiziksel büyümeye, zihinsel gelişime, davranış problemleri ve depresyon gibi nedenlerle sosyo-duygusal gelişime zarar vermektedir. Ayrıca, yoksul çocukların fiziksel suistimallere uğrama olasılıkları daha fazladır. Aslında, ekonomik anlamda baskının olduğu çevrelerde ebeveynlerin çocukları üzerindeki etkinlik düzeyleri de azalmaktadır. Çocukluk dönemindeki yoksulluğun süresi ve kronikliği, aynı zamanda çocukların IQ düzeylerini, eğitimsel başarılarını ve daha sonra ücret oranları ve çalışma saatleri açısından yetişkinlik dönemindeki üretkenliklerini önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Aslında, buradan çıkarılacak sonuç açıktır: Bugünün çocukları arasında yüksek düzeylerde seyreden ekonomik yoksunluğun etkileri, sadece yarının yetişkinleri tarafından tam anlamıyla anlaşılabilir (Lichter, 1997:122).

Çocukluk dönemindeki deneyimlerle yetişkinlik dönemindeki sonuçlar arasındaki nedensel ilişkiyi incelerken her bir sosyal bilim farklı yönleri vurgulamaktadır. Psikologlar genellikle çocukluğun ilk dönemlerine yoğunlaşmaktadırlar ve yetersiz aile gelirinin normal çocuk gelişimini nasıl engellediğini araştırmaktadırlar. Sosyologlar, gençlerin yükseköğretime devamlarını ve mesleki başarılarını etkileyen önemli bir faktör olarak çocukluk ve ergenlik döneminde ailelerin sosyo-ekonomik durumlarının önemine işaret etmektedirler. Ekonomistler ise daha çok, çocukların yetişkinlik dönemindeki ücretlerini ve kazançlarını geliştirmenin bir aracı olarak ebeveynlerin çocuklarına yaptıkları yatırımlarla ilgilenmektedirler. Bu farklı teorik paradigmalarda ortak olan husus, çocukluk dönemindeki olumsuz ekonomik koşulların üretkenliğe yansıyan boyutunda güçlü bir iletim hattı olarak işlev gören eğitimin önemine işaret etmesidir (Hill ve Sandfort, 1995:99). Burada, eğitimin niceliksel boyutu kadar niteliğinin de önemli olduğu vurgulanması gereken bir husustur. Eğitim sürecinde kazanılan beceriler, bu becerilerin işgücü piyasası taleplerini ne ölçüde karşıladığı, eğitimde fırsat eşitliğini sağlamaya dönük politikaların yeterliliği vb. hususlar bireylerin gelecekteki yaşam fırsatları üzerinde belirleyici olmaktadır.

Çocukluk döneminin yetişkinlik döneminden ayrılan kendine özgü koşulları

nedeniyle, yoksulluğun çocuklar üzerindeki yansımaları daha şiddetli olmaktadır. Dolayısıyla, çocuk yoksulluğu, yoksullukla ilgili araştırmalarda ayrıca incelenmesi gereken bir çalışma alanı niteliğindedir. Bu çerçevede, çalışmada öncelikle çocuk yoksulluğu kavramsal düzeyde ele alınmakta ve çocuk yoksulluğunu etkileyen faktörler üzerinde durulmaktadır. Daha sonra, çocuk yoksulluğu, küresel düzeydeki boyutları, çocukların gelecekteki yaşam fırsatları üzerindeki etkileri, çocukların korunması ve çocuk haklarına ilişkin başlıca uluslararası belgeler ışığında çocuk yoksulluğu ile mücadelede öne çıkan temel politikalar itibariyle bir bütünsellik içinde analiz edilmeye çalışılmaktadır.

I- ÇOCUK YOKSULLUĞU KAVRAMI VE ÇOCUK YOKSULLUĞUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

A- Çocuk Yoksulluğu Kavramı

Yoksulluk, çocuklar üzerinde, yetişkinlere göre çok daha tahrip edici etkilere sahip olabilmektedir. Çocuklar, yoksulluğu, kendi zihinsel, fiziksel, duygusal ve ruhsal gelişimlerine zarar veren koşullar olarak yaşadıkları için, çocuk yoksulluğunun tanımını düşük hane halkı geliri ya da düşük tüketim düzeyi gibi geleneksel kavramsallaştırmaların ötesinde genişletmek özellikle önem kazanmaktadır (UNICEF, 2004:16). Bu nedenle de 1980'li yılların başından itibaren çocuk yoksulluğu genel yoksulluktan ayrılarak farklı bir araştırma alanı haline gelmeye başlamıştır. Bu alandaki çalışmalar çocuk yoksulluğunun hane ve yetişkin birey yoksulluğundan daha yüksek düzeylerde olduğunu göstermektedir (Dayıoğlu, 2007:83). Çocuk yoksulluğu, UNICEF'in Dünya Çocuklarının Durumu 2005 Raporu'nda, çocukların haklarına sahip olmalarını, toplumun tam ve eşit üyeleri olarak tam potansiyellerini ve katılımlarını başarmalarını engelleyen, hayatta kalmak, büyümek ve gelişmek için gerekli olan maddi, ruhsal ve duygusal kaynaklardan yoksun olma hali olarak tanımlanmaktadır (UNICEF, 2004:18).

B- Çocuk Yoksulluğunu Etkileyen Faktörler

Az gelişmiş ülkelerde hem gelir olanaklarının hem de eğitim, sağlık, güvenli su, barınma vb. olanakların yeterli olmaması çocuk yoksulluğu açısından önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde genel yoksulluk düzeyleri için geçerli olan olumsuz sosyo-ekonomik koşullar,

çocuklar söz konusu olduğunda daha da şiddetli bir görünüm sergilemektedir. Gelişmiş ülkelerde çocuk yoksulluğu az gelişmiş ülkelerdeki kadar şiddetli bir görünüme sahip olmamakla birlikte, ortalama yaşam standardının gerisinde kalma hali olarak görece yoksulluk boyutuyla son yıllarda artış eğilimini devam ettirmektedir.

OECD ülkeleri arasında yüksek düzeylerde seyreden çocuk yoksulluğu oranları, konu ile ilgili araştırmaların artmasında etkili olmuştur. Dünyanın gelişmiş ülkelerinin pek çoğunda, çocuk yoksulluğu oranlarının yükselmesinin ardındaki temel nedenlerin sorgulandığı bir araştırmada, aile ve demografik yapıdaki değişimler, işgücü piyasası koşulları ve kamusal politikalar üzerinde durulmaktadır (UNICEF, 2005:14). Örneğin, ortalama ebeveyn olma yaşının ve ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yükselmesi, buna karşılık ailedeki ortalama çocuk sayısının azalma eğilimine girmesi çocuklar için gerekli ekonomik kaynakların artması anlamına gelmektedir. Ancak, bu değişimin istihdam fırsatları ve ücret düzeyleri başta olmak üzere hane refahı açısından belirleyici olan işgücü piyasası koşulları ile bir denge içinde olması gerekmektedir. Diğer yandan, pek çok ülkede tek ebeveynli aile sayısında artış görülmektedir ki bu durum çocuk yoksulluğu riskini artıran bir gelişmedir. Diğer belirleyici bir etmen de işgücü piyasası ile ilgili gelişmelerdir. Özellikle 1990'ların başından itibaren teknolojiye ilişkin gelişmeler, bilginin ve değişen koşullara uyum sağlamanın önemli bir değer olarak yükselmesi, özelleştirme ve küreselleşme eğilimlerinin hız kazanması birçok OECD ülkesinde insanların yaşamlarında piyasanın daha büyük bir rol oynamasını beraberinde getirmiştir. Piyasa aracılığıyla refahın sağlanamadığı durumlarda yoksulluk riskinin artması kaçınılmazdır. Ailelerin karar alma süreçlerini etkilemesi anlamında, hükümetlerin harcama öncelikleri ve uyguladıkları kamusal politikalar da çocuk yoksulluğu üzerinde belirleyici bir diğer etmendir (2005:15-16).

Çocuk yoksulluğunun nedenleri, ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeylerine, gelir dağılımı eşitsizliğinin boyutlarına, işgücü piyasalarının yapısına, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin sosyo-kültürel yaklaşımlarına, aile yapılarına, ebeveynlerin özellikle de annelerin eğitim düzeylerine kadar değişik ölçeklerde pek çok etkene bağlı olarak şekillenmektedir. Ayrıca, belirtmek gerekir ki çocuk yoksulluğuna dair nedensellik ilişkisinde yoksulluğun nesiller arası geçişkenliği olan bir toplumsal risk olma özelliği de üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Toplumsal riskleri refah rejimlerinin yapı taşları olarak niteleyen Esping-Andersen, yoksulluk riskinin nesiller arası toplumsal risklere önemli bir örnek teşkil ettiği üzerinde durmaktadır. Bugünün yoksul çocuklarının yarının yoksul yetişkinleri haline gelmesi, yoksulluğun bir nesilden diğerine geçişken olduğunu göstermektedir. Amerikan refah sisteminde yoksul ailelerin çocuklarının okuldan ayrılma, işsizlik ve ikinci nesil refah bağımlıları haline gelme riskiyle oldukça yüksek oranlarda karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Aileden miras olarak çocuklara geçen yoksulluk riski sosyal sermaye eşitsizliğini derinleştirmektedir. Bu tür eşitsizlikler ailede üretildikleri ve daha sonra piyasada şiddetlendikleri için nesiller arası risklerin, refah devleti aktif olarak yaşam fırsatlarını yeniden dağıtmadığı sürece azalması olası görünmemektedir (Esping-Andersen, 1999:42). Zira artan gelir eşitsizliği ile birlikte ebeveynlerin çocuklarının geleceğine yatırım yapma kapasiteleri de eşitsizleşmekte, bu durum çocuk yoksulluğu oranları üzerinde belirleyici olmaktadır. ABD için yapılan bir araştırma, yoksul ailelerin çocuklarının %42 olasılıkla yetişkin olduklarında da yoksul olacaklarını ortaya koymaktadır (Esping-Andersen, 2011:155-156). Beşeri sermayenin yaşam fırsatlarını belirleyici önemli bir etken olduğunu dikkate aldığımızda, zorunlu eğitimin yaygınlaştırılması gibi beşeri sermayeye erişimde fırsat eşitliği sağlanmasına yönelik politikaların miras olarak devralınan eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir role sahip olduğu kuşku götürmemektedir. Ancak, fırsat eşitliği elbette sadece eğitim alanıyla sınırlı kalmamalı, kamusal sosyal hizmet alanlarına bütünüyle nüfuz edebilmelidir (Esping-Andersen, 1999:43).

ABD ve özellikle Kuzey Avrupa ülkeleri başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesi arasında çocuk yoksulluğu oranları açısından ortaya çıkan farklılıkta, işgücü piyasası kurumlarının işleyişindeki ve refah devletinin etkinlik düzeyindeki farklılıklara dikkat çekilmektedir. İşgücü piyasasına katılım ve istihdam oranları, yaratılan işlerin niteliği ve sağladığı sosyal güvenlik, ücret düzeyleri, uygulanan işgücü piyasası politikaları işgücü piyasasının işleyişiyle ilgili öne çıkarken; refah devleti tarafından sağlanan sosyal transferler başta olmak üzere refah politikalarının niteliği ve kapsamı da refah devletinin etkinliğini belirlemektedir (Jantti ve Danziger, 1994:48-49; Heuveline ve Weinshenker, 2008:189). ABD’de görece olarak yüksek düzeylerde seyreden çocuk yoksulluğu oranlarının açıklanmasında, özellikle çocuklu kadınlardan oluşan ailelere yönelik

kamusal gelir transferlerinin düşük düzeylerde bir iyileştirici etkiye sahip olması üzerinde durulmaktadır. Bu konuda vurgulanan bir diğer önemli husus da ABD’de yoksul çocuklara yönelik gelir transferinin büyük ölçüde gelir ya da ihtiyaç testine dayalı refah programları şeklinde yürütülmesi, dolayısıyla sınırlı bir kapsama sahip olmasıdır. Buna karşın, Avrupa ülkelerinde çocuklara yönelik refah programları daha ziyade, çocuk sahibi bütün ailelere sağlanan çocuk ödenekleri gibi evrensel sosyal sigorta uygulamalarına dayanmaktadır (Lichter, 1997:26). Bununla birlikte, Avrupa ülkeleri de kendi içerisinde çocuk yoksulluğu oranları bakımından homojen bir görüntü arz etmemektedir. İspanya, İtalya, Yunanistan ve Portekiz gibi Güney Avrupa ülkeleri diğer Avrupa ülkelerine göre çok daha yüksek çocuk yoksulluğu oranlarına sahiptir. Kuzey Avrupa ülkelerinde çocuk yoksulluğu oranlarının görece olarak düşük seyretmesi, bu ülkelerin sadece yüksek gelir düzeyine sahip olmalarıyla açıklanamaz. Sosyal demokrat refah modelini yansıtan refah sistemleriyle, söz konusu ülkelerde eşit vatandaşlık temelinde evrensellik ilkesinin benimsendiği refah politikaları önemli bir rol üstlenmektedir.

UNICEF’in öncülüğünde 2012 yılında gerçekleştirilen ve ekonomik gelişmişlik düzeyleri yüksek 35 ülkede (27 AB üyesi ve Avustralya, Kanada, İzlanda, Norveç, Japonya, Yeni Zelanda, İsviçre ve ABD’den oluşan) görece çocuk yoksulluğunun incelendiği bir araştırmada, hanehalkının demografik özellikleri, hanehalkı üyelerinin işgücü piyasasındaki konumları başta olmak üzere hanehalkının sosyo-ekonomik koşulları, hanehalkı gelirine yönelik vergilendirme ve transfer politikaları gibi faktörlerin çocuk yoksulluğu ile güçlü bir ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır. Örneğin, çocuklu geniş aileler, genellikle daha yüksek düzeyde bağımlılık oranlarına sahiptir. Dolayısıyla geniş ailelerde yaşayan çocukların yoksulluk karşısında daha kırılgan bir konumda oldukları görülmektedir. Hanehalkının yapısıyla ilgili olarak ortaya çıkan bir başka sonuç da özellikle genç bekâr annelerden oluşan tek ebeveynli hanehalklarının yüksek düzeyde bir kazanç istikrarsızlığı özelliği göstermesi nedeni ile bu ailelerde çocuk yoksulluğu oranlarının daha yüksek olmasıdır (Bradshaw vd., 2012:11-12).

Çocuk yoksulluğu ile yakından ilişkili bir başka önemli faktör de hanehalkının sosyo-ekonomik koşullarıdır. Hem yüksek hem de düşük gelirli ülkelerde, başta annelerin eğitim düzeyi olmak üzere, hanehalkı üyelerinin eğitim düzeylerinin çocukların yaşam ve gelişim fırsatları üzerinde güçlü

bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu alandaki bir diğer önemli faktör de hanehalkı üyelerinin işgücüne katılım durumlarıdır. Araştırmada, çalışma yoğunluğunun yüksek olduğu hanelerde yaşayan çocuklarda yoksulluk oranlarının daha düşük olduğu ortaya konulmaktadır (2012:13-15).

Hükümetlerin vergiler ve sosyal transferlerle müdahalesi de çocuk yoksulluğu ile ilişkili bir diğer önemli etken olarak araştırmada incelenmiştir. Ailelere yönelik kamusal harcamaların yüksek olduğu ülkelerde genel olarak yoksulluk oranlarının düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Vergi ve transferlerin çocuk yoksulluğunun azaltılması noktasında en düşük etkiye sahip olduğu ülkeler Yunanistan, İtalya, Japonya, ABD ve İspanya olarak öne çıkmaktadır. Bu ülkeler vergi ve transfer öncesi yüksek çocuk yoksulluğu oranları ile dikkati çekmektedir (2012:20-21).

II- ÇOCUK YOKSULLUĞUNUN ÖLÇÜLMESİ VE DÜNYADA ÇOCUK YOKSULLUĞUNUN GENEL GÖRÜNÜMÜ

A- Çocuk Yoksulluğunun Ölçülmesi

Yoksulluğun çok boyutlu doğasından kaynaklanan nedenlerle genel anlamda yoksulluğun ölçülmesi konusundaki tartışmalar, çocuk yoksulluğunun ölçülmesi açısından da geçerlidir. Ölüm, hastalık, açlık, okur-yazar olmama, evsizlik ve güçsüzlük gibi yoksulluğun birçok boyutunu tek bir ölçüt içerisinde birleştirmek zordur. Bununla birlikte, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın insani gelişme endeksi ve ondan türetilen insani yoksulluk endeksi (UNDP, 1990, 1997) insan refahının gelir açısından ölçümüne güçlü bir alternatif oluşturmuştur. Ancak, yoksulluğu geniş bir bakış açısından ölçmek önemli olmasına rağmen ne Dünya Bankasınca kullanılan gelir ölçütleri ne de Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının bileşik endeksleri spesifik olarak çocuk yoksulluğunu değerlendirmek için tasarlanmamıştır (UNICEF, 2004:18-19).

Çocuk yoksulluğunun boyutları konusunda ülkeler arası karşılaştırmaya olanak veren OECD verilerinde çocuk yoksulluğu gelire dayalı olarak ölçülmektedir. Çocuk yoksulluğunun gelire dayalı olarak ölçülmesindeki geçerli varsayımlardan biri, genellikle, hanehalkı gelirinin çocukların kullanımı için gerekli maddi kaynaklar konusunda temel bir yönlendirici olduğudur. Ancak, bir ailenin ekonomik kapasitesi ve harcama gücü sadece hanehalkı gelirine bağlı değildir. Hanehalkının tasarruf gücü, borçları, konut

sahipliği durumu, daha önceki kazançlar gibi birçok faktör burada etkilidir. Bir başka önemli husus da farklı ülkelerdeki çocuk yoksulluğu oranları karşılaştırılırken gelir ölçütlerinin, sağlık, çocuk bakımı, okul öncesi ve diğer kademedeki eğitim gibi hizmetlerin bazı ülkelerde ücretsiz ya da parasal destekle sunulduğunu, diğer ülkelerde ise bu şekilde gerçekleştirilmediğini hesaba katamayacak olmasıdır. Söz konusu durumlar, şüphesiz hanehalkının kullanılabilir gelirini önemli ölçüde etkilemektedir (Adamson, 2012:9).

Gelire dayalı görelî çocuk yoksulluğuna ilişkin OECD tarafından yayınlanan veriler çocuk yoksulluğu konusunda gelir boyutunun dışında bir bilgi sunmamaktadır. Dolayısıyla, çocukların yaşadıkları yoksunluklar konusunda sınırlı bir görüntü vermektedir. Çocuklar kendilerine özgü ihtiyaçlardan yoksun kalma konusunda yetişkinlere göre daha savunmasızdırlar. Çocukları, yetişkinlerin aksine, tüketim üzerinde egemenliğe sahip ekonomik birimler olarak değerlendirmek mümkün değildir. Ayrıca, çocuklar, temel ihtiyaçlarının yerine getirilmesi için kamu yetkilileri tarafından sunulan eğitim, sağlık ve diğer kamusal hizmetlere yetişkinlere nazaran daha fazla bel bağlamak durumundadırlar. Bazı ülkelerde kız çocuklarına yönelik ayrımcılık sadece hanehalkı düzeyinde değil, aynı zamanda makro düzeyde çocuk yoksunluğuna bir cinsiyet boyutu eklemektedir. Bu nedenle, çocuk yoksulluğunun çok boyutlu yoksunlukları içerecek şekilde ölçülmesi önem kazanmaktadır (Neubourg vd., 2012:2-3).

B- Dünyada Çocuk Yoksulluğunun Genel Görünümü

Çocuk haklarının korunması ve hayata geçirilmesi için faaliyetlerde bulunan UNICEF'in Dünya Çocuklarının Durumu 2005 Raporu, küresel ölçekte çocuk yoksulluğu konusunda önemli bilgiler sunmaktadır. Rapora göre, dünyada çocukların sayısı 2,2 milyardır. Bu rakamın 1,9 milyarını geliştirmekte olan ülkelerdeki çocuklar oluşturmaktadır. 1 milyar çocuk, yoksulluk içinde yaşamaktadır. UNICEF'in öncülüğünde Bristol Üniversitesi ve Londra Ekonomi Okulu (London School of Economics) tarafından gerçekleştirilen uygulamalı bir araştırma, geliştirmekte olan ülkelerdeki çocukların yedi alanda şiddetli yoksunluğa maruz kaldığını ortaya koymaktadır (UNICEF, 2004:20).

1- Çocukların Şiddetli Yoksunluk Yaşadığı Alanlar

Mutlak yoksulluğun yaşamın çeşitli alanlarındaki tezahürü olarak da ifade

edebileceğimiz bu yoksunluklar aşağıda belirtilmektedir (2004:20-22):

a- Beslenme/Gıda Yoksunluğu

Gelişmekte olan dünyadaki beş yaş altı çocukların %16'dan fazlası ciddi olarak kötü beslenmektedir. Bu çocukların neredeyse yarısı Güney Asya'da yaşamakta ve birçoğu hastalıklara karşı güçsüz ve kırılabilir durumdadır.

b- Su Yoksunluğu

Yaklaşık 400 milyon çocuk, güvenli suya erişime sahip değildir. Bu sorun, özellikle Alt-Sahra Afrika'da ciddi bir durumdur. Güvenli suyun olmaması hastalıkların başlıca kaynağı olmakla birlikte, aynı zamanda, çocukların verimliliğini ve okula katılımlarını da olumsuz etkilemektedir.

c- Hijyen Yoksunluğu

Gelişmekte olan dünyadaki her üç çocuktan biri hijyen olanaklarına erişime sahip değildir. Bu durum çocukların hastalanma riskini büyük ölçüde yükseltmekte, yaşam fırsatlarına zarar vermekte ve eğitimden tam olarak yararlanabilme olasılıklarını azaltmaktadır.

d- Sağlık Yoksunluğu

Yaklaşık 270 milyon çocuk, sağlık hizmetlerine erişime sahip değildir. Güney Asya'da ve Alt-Sahra Afrika'da her dört çocuktan biri sekiz temel aşından herhangi birine ulaşmamaktadır.

e- Barınma Yoksunluğu

Gelişmekte olan ülkelerdeki 640 milyondan fazla çocuk ciddi barınma yoksunluğu yaşamaktadır. Alt-Sahra Afrika'daki çocuklar açık bir biçimde en yoksun durumda olanlardır. Bununla birlikte, uygun barınma olanaklarından yoksunluk hem Güney Asya'da hem de Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da yaygındır.

f- Eğitim Yoksunluğu

Gelişmekte olan ülkelerdeki 140 milyondan fazla çocuk hiçbir zaman okula gitmedi. Bu oran Alt-Sahra Afrika'da kızlar arasında %32'dir. Cinsiyet ayrımı Kuzey Afrika'da en fazladır. Dünya genelinde ise kızların %16'sı erkeklerin %10'u okul fırsatını tamamen kaçırmaktadır.

g- Bilgi Yoksunluğu

Gelişmekte olan ülkelerde 300 milyondan fazla çocuk bilgiden yoksundur. Çocukların, televizyon, radyo, telefon ya da gazetelere erişimleri bulunmamaktadır. Bu çocuklar, kendi hakları ve olanakları konusunda bilgilenmelerini mümkün kılacak mekanizmalardan ve topluma etkin bir şekilde katılabilme olanaklarından mahrumdurlar.

UNICEF tarafından yayınlanan Dünya Çocuklarının Durumu 2014 Raporu'nda da çocuk yoksulluğunu yansıtan önemli veriler bulunmaktadır. Her ne kadar UNICEF'in 2005 Raporunda yer alan gelişmekte olan ülkelerdeki şiddetli çocuk yoksunluğu ölçütleri ile birebir karşılaştırma yapmaya olanak sağlamasa da bu Rapor çocuk yoksulluğuna ilişkin güncel veriler sunmaktadır. Raporda, dünya genelinde çocukların durumu ile ilgili ilerleme kaydedilen alanlardan biri olarak beş yaş altı ölüm oranlarındaki azalmaya dikkat çekilmektedir. Ayrıca, ilköğretime kaydolma oranlarında en az gelişmiş ülkelerde bile önemli bir artış yaşanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde 1990 yılında ilköğretime kayıt yaptıran çocukların oranı %53 iken, bu oran 2011 yılında %81'e yükselmiştir. Ancak, ilerleme kaydedilen söz konusu alanlara rağmen, hala, çocuk haklarının ihlalinin sürdürüldüğüne de şahit olunmaktadır. 2012 yılında beş yaş altında ölen çocuk sayısı dünya genelinde 6,6 milyondur. Bu ölümlerin büyük bir kısmı önlenemez nedenlerden kaynaklanmaktadır. Çocukların en temel hakkı olan yaşam ve büyüme hakları bu şekilde tehdit altındadır. Dünya çocuklarının %15'i, çocukların ekonomik sömürüden korunma haklarını tehlikeye atan ve öğrenme ve oyun oynama haklarını ihlal eden çocuk işçiliğinde yer almaktadır (UNICEF, 2014:3).

2- Göreli Çocuk Yoksulluğu

Çocuklar şiddetli bir yoksunluk içinde olmadıklarında bile yoksulluk yaşayabilirler. Toplumdaki standartlara yakın maddi koşullara sahip ailelerde büyümek çocuklar için önemlidir. Göreli yoksulluk, çocukların yaşaması, büyümesi ve gelişmesi için eşit olmayan fırsatlar anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, gelir eşitsizliklerinin hem ülkeler arasında hem de birçok gelişmekte olan ülkede hızlı ekonomik büyüme dönemlerine rağmen son on yılda yükselmiş olması tedirgin edicidir. Çin'de ve Hindistan'da nüfusun büyük bölümleri son yıllardaki hızlı ekonomik büyümeden sadece sınırlı bir şekilde faydalanabilmiştir (UNICEF, 2004:27). Benzer şekilde, OECD ülkelerinde çocuk yoksulluğuna yönelik araştırmalar göreli yoksulluk içinde

yaşayan çocukların oranının (gelirin ulusal medyan gelirin yarısından daha az olduğu hanelerde yaşayan çocuklar) 1980'lerin sonlarından itibaren yükseldiğini göstermektedir.

Tablo 1. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Görelî Çocuk Yoksulluğu Oranları (%)

Yıllar/ Ülkeler	1983	1990	2000	2005	2008	2009	2010	2011
Avusturya	-	-	-	8	7	8	8	9
Belçika	-	-	-	9	11	12	12	-
Şili	-	-	-	-	-	22	-	23
Danimarka	-	3	2	2	4	4	3	3
Finlandiya	-	2	3	3	5	4	3	4
Fransa	-	-	9	9	9	10	10	10
Almanya	-	5	8	-	7	10	9	8
Yunanistan	-	-	-	14	16	15	17	20
İtalya	-	-	12	-	15	17	17	17
Japonya	-	-	14	-	-	15	-	-
Hollanda	-	7	9	10	9	10	9	-
Norveç	-	-	3	-	5	4	5	5
Portekiz	-	-	-	15	16	15	16	16
İspanya	-	-	-	21	17	19	20	21
İsveç	2	-	3	-	6	7	8	9
Türkiye	-	-	-	-	-	27	27	28
Birleşik Krallık	-	15	15	13	12	11	9	9
ABD	-	-	21	20	21	19	21	20

* Kaynak: OECD, Child Poverty Statistics, (Erişim): <http://www.stats.oecd.org>, 05.10.2014

Tablo 1'deki karşılaştırılabilir veriler incelendiğinde, yeni binyılın başlangıcında sadece Finlandiya, Danimarka ve İsveç gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde çocuk yoksulluğunun %5'in altında nispeten düşük bir seviyede olduğu görülmektedir. Tablodaki veriler, çocuk yoksulluğu oranlarının Birleşik Krallıktaki görelî azalma dışında, diğer ülkelerin önemli bir bölümünde arttığına işaret etmektedir. Bu gelişmede şüphesiz, 1980 sonrası süreçte neoliberal ekonomi politikalarının refah devletleri üzerinde sosyal harcamaların azaltılması yönünde yarattığı baskının da etkisi bulunmaktadır. Türkiye, 2011 yılı itibariyle görelî çocuk yoksulluğu oranlarının en yüksek olduğu ülke olarak tabloda yer alırken, Türkiye'yi Şili, İspanya, ABD,

Yunanistan, İtalya ve Portekiz izlemektedir.

UNICEF Araştırma Ofisi tarafından son yıllarda gelişmiş ülkelerdeki çocukların yoksunluklarının ve refah konumlarının çok boyutlu ölçümüne ilişkin kapsamlı çalışmalar yürütülmektedir. Avrupa Birliği'nde ve gelişmiş ülkelerde çocuk yoksulluğunun incelendiği yakın zamanlardaki araştırmalar, hem maddi hem de maddi olmayan yoksunlukları içeren göstergelere dayalı olarak çocuk yoksulluğunun kendine özgü yapısının ortaya konulması ihtiyacına vurgu yapmaktadır (Roelen ve Notten, 2011:2). Örneğin, Avrupa ülkelerindeki çocuk yoksulluğunun ölçümü konusunda gerçekleştirilen UNICEF araştırmasında, beslenme, giyim, eğitimle ilgili gereksinimler, sosyal ilişkiler, boş zaman ve oyun alanlarında toplamda on dört maddeden oluşan yoksunluk kriterlerini içeren bir çocuk yoksunluğu endeksi geliştirilmiştir. Genel olarak bakıldığında, İskandinav ülkelerinde ve Hollanda'da çocuk yoksunluğu oranı %10'un altındadır. Almanya, Fransa, İspanya, Birleşik Krallık, Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, Malta ve Slovenya'da bu oran %11-20 arasında değişiklik göstermektedir. Yeni AB üyesi ülkelerde ve İtalya ve Yunanistan'da ise çocuk yoksunluğu oranı yaklaşık %25'tir. Bu araştırmadaki önemli bir diğer bulgu da çok sayıda çocuğun, ebeveynlerinden en az birinin göçmen olduğu hanelerde yaşadığı ülkelerde, söz konusu çocukların yoksunluk oranlarının çok daha yüksek düzeyde olmasıdır (Neubourg vd., 2012: 33).

UNICEF'in yakın tarihli bir başka çalışmasında ise 29 gelişmiş ülkede çocukların refah konumları beş farklı boyutta incelenerek ülkeler sıralamaya tabi tutulmuştur. Maddi refah, sağlık ve güvenlik, eğitim, davranışlar ve riskler, barınma ve çevre olmak üzere toplam beş boyutta çocuk refahının incelendiği çalışmada, sıralamada üst grupta yer alan ülkeler arasında Hollanda, Norveç, İzlanda ve Finlandiya öne çıkarken; alt grupta yer ülkeler arasında ise Yunanistan, ABD, Litvanya ve Romanya dikkati çekmektedir (UNICEF, 2013:2).

III- ÇOCUKLARIN KORUNMASI VE ÇOCUK HAKLARINA İLİŞKİN ULUSLARARASI BELGELER

Uluslararası alanda çocukların korunması ve çocuk haklarına ilişkin ilk önemli gelişmeler, 1. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkmıştır. Savaşların yarattığı olumsuz koşullardan en çok etkilenen kesimlerin başında, şüphesiz, çocuklar gelmektedir. Çocukların korunması konusundaki ilk uluslararası bildirge ise Milletler Cemiyeti tarafından 1924 yılında kabul edilen Cenevre

Çocuk Hakları Bildirgesi'dir (UNICEF, 2004:2).

İnsan haklarının dile getirildiği en önemli belgelerin başında gelen ve 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde de özel olarak çocuklara dikkat çekilmektedir. İlgili maddede, çocukların özel bakım ve yardım haklarına işaret edilerek, evlilik içinde ya da dışında doğmuş olmalarına bakılmaksızın tüm çocukların aynı toplumsal korumadan yararlanacağı belirtilmektedir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, md.25).

Çocukların korunması konusunda uluslararası alandaki önemli bir diğer gelişme de 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Bildirgesi'dir. Çocukların ayrımcılığa maruz kalmama hakkını tanıyan bu Bildirge, aynı zamanda onların eğitim, sağlık ve özel olarak korunma haklarını öne çıkarmaktadır. Çocuk hakları konusundaki en önemli gelişme ise 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun oy birliği ile kabul ettiği Çocuk Haklarına Dair Sözleşmedir. Sözleşme 1990 yılında yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Sözleşme, daha önceki uluslararası bildirgelerde, çocukların gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olmaları nedeniyle özel güvence ve korunma gereksinimlerine işaret eden hususlara atıfta bulunarak, çocukların yaşam hakkı başta olmak üzere, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, dinlenme, oynama ve yaşlarına uygun eğlence etkinliklerinde bulunma, ekonomik sömürüye, cinsel suistimale ve her türlü ayrımcılığa ve sömürüye karşı korunma haklarını teminat altına almaktadır.

Dünyada neredeyse bütün ülkelerin katılımıyla kabul edilen ve onaylanan Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeye taraf olan devletler, çocukların kendi potansiyellerini tam olarak geliştirmelerine olanak tanıyacak koşulları yaratmayı taahhüt etmektedirler. Bu koşulların yaratılmasında asgari düzeyde çocuk refahını sağlama ve çocukların refahını yükseltmek için mücadele etme sorumluluğunu üstlenmektedirler. Bu nedenle, çocukların refah konumlarının izlenmesi, düşük gelirli ülkelerden orta gelirli ve gelişmiş ülkelere kadar bütün ülkeler için önem arz etmektedir (Martorano vd., 2013:6).

Çocukların korunmasına ilişkin önemli bir diğer sözleşme de 1999 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından kabul edilmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 182 sayılı Kötü Şartlardaki Çocuk İşçiliğinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Acil Önlemler Sözleşmesi, çocuk işçiliğinin

büyük ölçüde yoksulluktan kaynaklandığını ve uzun vadeli çözümünün sosyal gelişmeye ve özellikle yoksulluğun azaltılmasına bağlı olduğunu vurgulamaktadır (UNICEF, 2004:2).

IV- ÇOCUK YOKSULLUĞUNUN ÇOCUKLARIN GELECEKTEKİ YAŞAM FIRSATLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

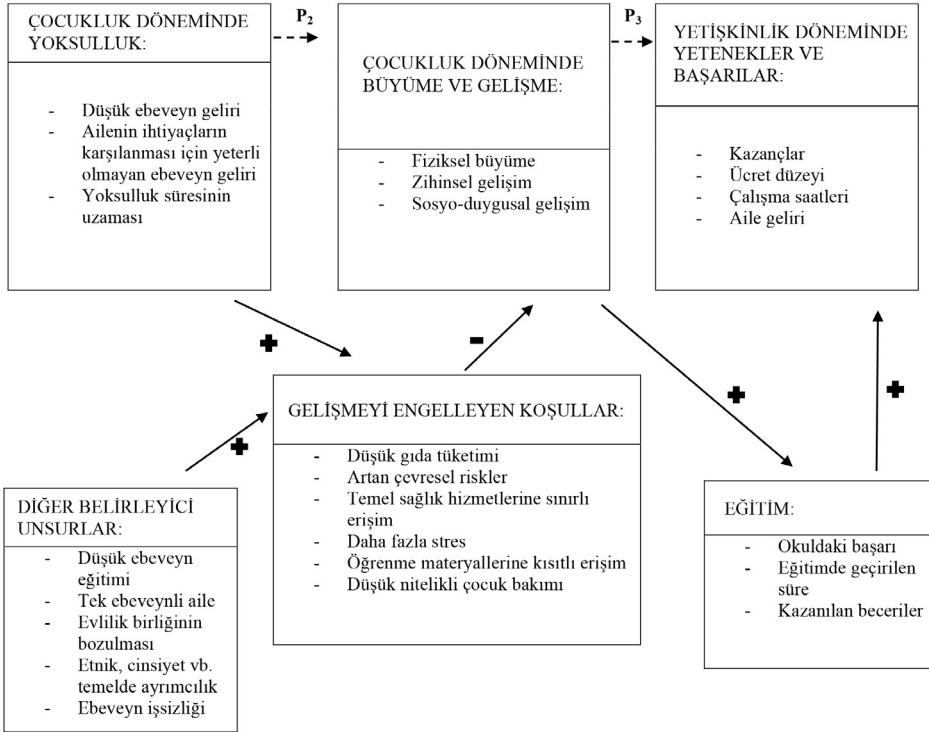
Erken çocukluk döneminde çocukların zihinsel ve fiziksel gelişimlerine yönelik çalışmalar, yaşamın ilk beş yılındaki aile gelirinin çocukluk dönemine ait gelişimsel sonuçlarla önemli bir ilişki içerisinde olduğunu öne sürmektedir. Bu yöndeki çalışmalar, yoksul ailelerin gelirlerinin yükseltilmesinin çocukların yetenekleri ve başarıları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Duncon vd., 1998:421). Çocukların ruh sağlığı da şüphesiz, ailenin yoksulluk durumuyla yakından ilgilidir. Yapılan araştırmalar, yoksul çocukların yoksul olmayanlara göre daha fazla ruh sağlığı problemlerine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, onların yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde okuldaki başarıları, işgücü durumları ve evlilik gibi özel yaşamlarına dair alanlarda etkisini gösterebilmektedir (McLeod ve Shanahan, 1996:207).

Çocukluk dönemindeki yoksulluğun olumsuz etkileri çocukların gelecekteki yaşam fırsatlarıyla ilgili olarak da belirleyici bir rol üstlenmektedir. Çocuk yoksulluğu, yeterli olmayan bir fiziksel büyüme, zihinsel gelişim bozukluğu (genel IQ düzeyi, matematik becerisi, okuma becerileri ve genel öğrenme becerileri gibi alanlarda) ve sosyo-duygusal gelişim sorunları (davranış problemleri, bağımlılık, anksiyete vb.) üzerinde etkili olmaktadır (Hill ve Sandfort, 1995:106). Çocukluk dönemindeki yoksulluğun yaşam seyri içerisinde çocukların büyüme ve gelişim süreçleri ve daha sonraki dönemlerdeki yetenekleri ile olan nedensel ilişkisi ve bu süreçlerde etkili olan koşullar Şekil 1'de gösterilmektedir. Şekil 1'deki noktalı oklar, çocukluk dönemindeki yoksulluk ile çocukluk dönemindeki gelişme ve çocukluk dönemindeki gelişme ile yetişkinlik dönemindeki üretkenlik arasındaki mevcut nedensel ilişkileri betimlemektedir.

Çocukluk dönemindeki yoksulluğu yansıtan düşük ebeveyn geliri, çocukların ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanamaması ve yoksullukta geçirilen sürenin uzaması gibi faktörler, çocukların büyüme ve gelişim süreçlerini ve yetişkinlik dönemindeki üretkenlikleri olumsuz etkilemektedir. Şekilde yansıtılan önemli bir diğer husus, çocukluk dönemindeki fiziksel, zihinsel

ve sosyo-duygusal gelişimin eğitimsel kazanımlar üzerindeki, eğitimsel kazanımların ise yetişkinlik dönemindeki üretkenlik ve başarılar üzerindeki olumlu etkisidir.

Şekil 1. Çocukluk Dönemindeki Yoksulluğu Çocukların Gelişimsel Süreçleri ve Daha Sonraki Dönemlerde Kazandıkları Yeteneklerle İlişkilendiren Nedensel Bağlantı Zinciri



Kaynak: Hill ve Sandforth, a.g.m., s.100

V- ÇOCUK YOKSULLUĞU İLE MÜCADELE

Çocuk yoksulluğu ile mücadele, daha önce de ifade edilen çocukluk döneminin kendine has özellikleri ve çocuk yoksulluğunun yaşamın seyri içerisinde ortaya çıkarabileceği etkiler nedeniyle sadece genel anlamda yoksulluk karşıtı politikaların sonuçlarına bağlanabilecek bir sorun değildir. Belirtilmesi gereken önemli bir diğer husus da çocuk yoksulluğu ile mücadelenin ve çocuklara yatırım yapmanın bir tercihten ziyade zorunluluk olmasıdır. Zira 191 ülke tarafından onaylanan Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, sözleşmeye taraf devletleri çocuk haklarının yerine getirilmesi

konusunda zorlamakta, bir diğer ifadeyle söz konusu ülkeler için bağlayıcı bir nitelik arz etmektedir. Çok boyutlu ve birbiriyle ilişkili pek çok unsurun bir arada değerlendirilmesini gerektiren çocuk yoksulluğu ile mücadelede öne çıkan hususlar ana hatlarıyla aşağıda ele alınmaktadır.

A- Temel İnsani Kapasitelerin Geliştirilmesi

Yoksulluk hiç şüphesiz, az gelişmiş ülkelerdeki çocukları en temel insani kapasitelerden yoksun bırakarak onların yaşam haklarını tehdit etmektedir. Bu anlamda, az gelişmiş ülkelerde yoksulluğun çocuklar üzerindeki yansımaları gelişmekte olan ve özellikle de gelişmiş ülkelere göre çok daha şiddetli olmaktadır. Bu durum, çocuk yoksulluğu ile mücadele konusunda söz konusu ülkelerdeki politika önceliklerinin şekillenmesi açısından da önem taşımaktadır. Nitekim UNICEF'in dünyanın az gelişmiş ülkelerindeki çocuk yoksulluğu ile mücadelede öne çıkardığı politikalara bakıldığında, bunların daha ziyade, eğitim, sağlık, güvenli su, barınma gibi temel insani kapasitelerin geliştirilmesi alanlarında yoğunlaştığı görülmektedir.

UNICEF'in temel eğitim konusundaki vurgusu ve bu yöndeki desteği özellikle erken çocukluk dönemindeki zihinsel ve psikososyal gelişime odaklanmaktadır. UNICEF aynı zamanda sağlıklı ve güvenli koşullarda çocukların evrensel temel eğitimlerini tamamlamalarının önemine de vurgu yapmaktadır (UNICEF, 2001:1). Temel sağlık hizmetleri alanında ise en önemli hedeflerin başında, çocuklar ve kadınlardaki hastalık ve ölüm oranlarının azaltılması gelmektedir. Çocukların kötü ya da yetersiz beslenmelerinin önlenmesi de çocuk yoksulluğu ile mücadelede önemli bir başka faktördür. Yetersiz beslenmenin önlenmesine yönelik tedbirler pek çok UNICEF programında yer almaktadır. Bu programlar, çocukların temel besin açıklarının kapatılmasını, küçük çocukların büyüme ve gelişme süreçlerinin izlenmesini, emzirme eğitimlerini ve çocukların bakımına ve beslenmesine yönelik uygulamaları içermektedir (UNICEF, 2000:22-24).

Güvenli içme suyuna ve yeterli hijyen olanaklarına erişim çocuk yoksulluğunun azaltılmasına katkı sunabilecek bir diğer etmendir. Zira söz konusu olanakların yetersizliği, çocuklardaki kötü beslenmesinin, hastalık ve ölümlerin önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Ayrıca, özel olarak korunması gereken çocuklar, çocuk yoksulluğu açısından ayrıca üzerinde durulması gereken bir kesimi oluşturmaktadır. Engelli çocuklar, şiddete, cinsel istismara ya da işgücü piyasalarında tehlikeli işlerde veya olumsuz çalışma koşullarında çalıştırı-

larak emek sömürüsüne maruz kalan çocuklar, sokaklarda yaşayan çocuklar, çocuk yaşta evlilik yapanlar, HIV/AIDS riski olan çocuklar özel olarak korunması gereken kesimlere örnek teşkil etmektedir. Bunların dışında, savaş altında olan ya da bu tehdidin söz konusu olduğu ülkelerde yaşayan çocuklar da yoksulluğu yetişkinlere göre daha şiddetli yaşamaktadır. Çocuk işçiliğiyle, çocuk istismarı ve çocuklara yönelik ayrımcılıkla mücadele edebilmek için nitelikli eğitim hizmetleri başta olmak üzere temel kamusal hizmetlerin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesi büyük önem taşımaktadır (2000:26-28).

Az gelişmiş ülkeler açısından önemli bir diğer sorun da bu ülkelerin büyük bir kısmının Ağır Borçlu Yoksul Ülkeler (Heavily Indebted Poor Countries) arasında yer almasıdır. Ağır borç yükü, hiç şüphesiz bu ülkelerde diğer pek çok alanda olduğu gibi çocuk haklarının gerçekleştirilmesi alanında da gösterilen ilerlemenin yavaş olmasında önemli bir etkidir. Zira bu ülkelerde temel kamusal hizmetlere ayrılan bütçe kaynakları oldukça sınırlı bir düzeyde kalmaktadır. Bu nedenle, ilgili ülkelerin borç yüklerinin azaltılması ve bu ülkelere finansal destek sağlamak amacıyla 1996 yılında IMF ve Dünya Bankası tarafından Ağır Borçlu Yoksul Ülkeler Girişimi (Heavily Indebted Poor Countries Initiative) başlatılmıştır. Ancak, her ne kadar az gelişmiş ülkeler için umut yaratmış olsa da bu Girişim yavaş seyretilmekte ve beklenen etkiyi tam olarak gösterememektedir (UNICEF, 2001:22-24).

B- Çocukların Refahını Önceleyen Bir Politika Çerçevesinin Benimsenmesi

Çocukların durumlarının iyileştirilmesi yukarıda bahsedilen alanlardaki müdahalelerle birlikte, destekleyici bir politika çerçevesi de gerektirmektedir. Bu anlamda, yoksulluğun azaltılması ve sosyal içermeye yönelik politika reformları büyük önem taşımaktadır. Çocuk yoksulluğu oranlarının azaltılması alanında başarılı olan ülkelerdeki deneyimlere bakıldığında, uygulanan sosyal politikalarda ekonomik ve sosyal hakların aynı derecede önemli olduğuna vurgu yapıldığı görülmektedir. Bununla bağlantılı olarak ilgili ülkelerde temel sosyal hizmetlere ve çocukların korunmasına daha fazla harcama yapılmakta ve kamusal hizmetlerin sunumunda ve özellikle daha savunmasız ve kırılgan olan çocukların korunmasında toplumsal katılım desteklenmektedir (UNICEF, 2000:30).

Gelişmiş ülkelerde çocuk yoksulluğunun azaltılmasında öne çıkan politikalar, yoksul çocukların ortalamasının altında seyreden yaşam standartlarının

iyileştirilmesi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Araştırmalar son on yıl boyunca, sanayileşmiş batılı ülkelerde çocuk yoksulluğunun azaltılmasında kamu refah politikalarının oynayabileceği önemli rolü göstermektedir. Örneğin, ülkeler arası karşılaştırmalarda, demografik özelliklerin ya da aile özelliklerinin daha yüksek çocuk yoksulluk oranları ile ilişkili olup olmadığını belirleyen temel faktörün uygulanan refah politikaları olduğu vurgulanmaktadır (Engster, 2012:121). Yapılan araştırmalarda, refah devleti transferlerinin ve ebeveyn istihdamının gelişmiş ülkelerde çocuk yoksulluğu oranlarındaki değişkenliği açıklamadaki önemine işaret edilmektedir. Örneğin, refah devleti transferlerinden önce Kuzey Avrupa ülkelerinin ortalama %16,1 olan çocuk yoksulluğu oranının, transferlerden sonra ortalama %3,4'e gerilediği görülmüştür. Buna karşılık, piyasa merkezli ABD'de refah devleti transferlerinin çocuk yoksulluğunun azaltılmasındaki görece etkisi çok daha düşük düzeyde kalmaktadır. Dolayısıyla, kamu vergi ve transfer sistemi çocuk yoksulluğu oranlarının belirlenmesinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir (2012:122).

Çocuk yoksulluğu oranlarının azaltılmasında sosyal transferler kadar önemli bir diğer etken de ebeveyn özellikle de anne istihdamıdır. Çocuk yoksulluğu ile ilgili tartışmalarda temel konulardan biri de düşük gelirli çocuklu ailelere yönelik yardımların yeterliliğinin artırılması ile yoksul ailelerde istihdamı artıran politikaların desteklenmesi arasında uygun bir dengenin sağlanmasıdır. OECD ülkelerinde çocuk yoksulluğu ile mücadeleyi konu edinen bir çalışmada, çocuk yoksulluğunun ebeveynlerin istihdam durumu ile ne ölçüde ilişkili olduğu araştırılmıştır. Bu çalışmada, çocuk yoksulluğu oranlarının çalışanın olmadığı ailelerde, en az bir ebeveynin istihdamda yer aldığı ailelere göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Whiteford ve Adema, 2006:235). Bu nedenle, ebeveyn istihdamını destekleyen politikalar çocuk yoksulluğu açısından önem kazanmaktadır. Bunlar, vergi yardımları, eğitim ve yetiştirme programlarını içeren aktif istihdam politikaları, işgücü piyasasında işgücü arz ve talebini eşleştirme programları, istihdam teşvikleri, çalışan ebeveynler için çocuk bakım hizmetlerinin sağlanması vb. politikaları içermektedir (OECD, 2009:171).

Son yıllarda pek çok batılı refah devletinde çocuk yoksulluğu ile mücadelede aile politikalarının potansiyel değerine işaret eden çalışmalar artmaktadır. Aile politikası konusunda çalışanlar, sanayileşmiş batılı ülkeleri çocuklu aileleri desteklemedeki farklı stratejilerine dayalı olarak farklı aile

politikası rejimleri içerisinde sınıflandırmaktadır. Aile politikası rejimi, 18 yaşın altında çocuğa sahip aileleri destekleyen bir politika seti olarak tanımlanmaktadır. Ağırlıklı olarak Kuzey Avrupa ülkelerinde bulunan “iki kazananlı rejimler”, ücretli ebeveyn izinleri ve kamu çocuk bakım desteği gibi annelerin istihdamını kolaylaştıran aile programları için yüksek düzeyde destek önermektedir. Ağırlıklı olarak Kıta Avrupası ülkeleri ile ilişkilendirilen “genel aile desteği rejimleri”, kadınların çocukların bakımını üstlendiği ve erkeklerin de öncelikli kazananlar olduğu yerlerde geleneksel aile düzenlemelerini teşvik etmektedir. Bu nedenle, ücretli ebeveyn izinleri ve çocuk bakım hizmetlerinin payı bu ülkelerde görece olarak daha sınırlıdır. Hem liberal hem de Güney Avrupa devletlerini içeren “düşük aile desteği rejimleri” ise ailelere sınırlı bir destek sağlamaktadır ve bireyleri, piyasa ya da genişletilmiş aile ilişkileri aracılığıyla kendi bakım düzenlemelerini yapmaları için teşvik etmektedir (Engster ve Stensöta, 2011:83- 87).

Şekil 2. Çocuk Yoksulluğuna İlişkin Nedensellik Bağında Öne Çıkan Politikalara Yönelik Basitleştirilmiş Bir Açıklama

Anne, Baba ile İlgili, Ailesel ya da Çevresel Koşullar	Çocukluk Dönemindeki Yoksulluk	Çocukluk Dönemindeki Büyüme ve Gelişme	Yetişkinlik Dönemindeki Beceriler ve Başarılar
P1	P2	P3	
Yörünge P1’de Kullanılan Politikalar (Çocukluk dönemindeki yoksulluğun önlenmesi ya da azaltılması)	Yörünge P2’de Kullanılan Politikalar (Gelişimsel koşullardaki yetersizliklerin telafi edilmesi)	Yörünge P3’te Kullanılan Politikalar (Yetişkinlik dönemindeki sonuçları iyileştirmeye yönelik programlar)	
<ul style="list-style-type: none"> * Ekonomik büyüme * Kazanılmış gelirden vergi indirimi * Asgari ücret * İşsizlik sigortası * Çocuk destek uygulaması * Bakıma muhtaç çocuğa sahip ailelere destek * Sosyal güvenlik * Ek güvenlik gelirleri 	<ul style="list-style-type: none"> * Gıda yardımları * Okul öğle yemeği/kahvaltı programı * Konut teşvikleri * Yoksullar için sağlık yardım ve hizmetleri * Çocuk aşıları *Günlük bakım * Özel gereksinimi olan çocuklar için eğitim * Yükseköğrenim için finansal destek * Ebeveyn eğitimi, aile destek programları * Ruh sağlığı programları * Erken/periodyk tarama, teşhis ve tedavi 	<ul style="list-style-type: none"> * İş eğitimi programları * Mesleki rehabilitasyon * Toplum merkezli gençlik kuruluşları * Aile destek programları * Ruh sağlığı programları 	

Kaynak: Hill ve Sandforth, a.g.m., s. 93

Engster ve Stensöta, nakit aile ve vergi yardımları, ücretli ebeveyn izinleri ve kamu çocuk bakım desteği olmak üzere üç aile politikasını esas alan çalışmalarında, aile politikaları ile çocukların refahı arasındaki ilişkiyi test etmişlerdir. Araştırma sonuçları, ücretli ebeveyn izinlerinin ve kamusal çocuk bakım hizmetlerinin yüksek düzeylerde olduğu “iki kazananlı rejimlerin” düşük düzeylerdeki çocuk yoksulluğu oranları ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (2011:82).

Aile politikaları ve çocuk yoksulluğu arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer kapsamlı çalışmada, araştırmacılar, refah devletlerinin kadınların ve erkeklerin toplumdaki rollerine ilişkin farklı varsayımlarına dayalı olarak strateji geliştirdiklerini savunmaktadırlar. Bu çalışmada, aile yardımlarının ve küçük çocuklara yönelik bakım hizmetlerinin, özellikle bekâr annelerden oluşan ailelerde, daha düşük çocuk yoksulluk oranları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Misra vd., 2007:804).

Çocuk yoksulluğu ile mücadele AB ülkelerinin gündeminde son yıllarda önemli bir yer teşkil etmektedir. Birleşik Krallık gibi yüksek düzeydeki çocuk yoksulluğu oranlarını azaltmış ya da İsveç örneğinde olduğu gibi çocuk yoksulluğu oranlarını görece sınırlı bir düzeyde tutabilmiş ülke örnekleri, çocuk yoksulluğunun azaltılmasının sadece genel anlamda yoksulluk karşıtı politikaların bir ürünü olmadığını, bu sorunla mücadelenin çok boyutlu ve birbiriyle entegre çocuk, aile ve kadın dostu bir stratejiyi gerektirdiğini göstermektedir. Bu stratejinin temeli Çocuk Haklarına Dair Sözleşmede belirtilen hakların gerçekleştirilmesine dayanmaktadır (Hoelscher, 2006:257). İş ve aile sorumluluklarını uyumlaştıran aile dostu işgücü piyasası ve istihdam politikaları, istihdamda yer almayan kişilerden oluşan hanehalklarında çocukların temel yaşam standartlarını güvence altına alan nakit yardımlar, iş ve aile yaşamının uyumlaştırılmasını kolaylaştıran kamu tarafından desteklenen çocuk bakım hizmetleri, bütün çocukların eğitime eşit koşullarda katılımını destekleyici politikalar, barınma, sağlık ve diğer temel kamusal hizmetlere erişimin sağlanması, özel olarak korunmaya ihtiyaç duyan çocuklara yönelik destekleyici hizmetler bir bütün olarak çocuk yoksulluğuyla mücadelenin çok boyutlu yapısını ortaya koymaktadır (2006: 263-269).

SONUÇ

Yoksulluk hane içerisindeki kırılgan ve savunmasız konumları nedeniyle çocuklar üzerinde yetişkinlere göre daha olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan yoksulluğun olumsuz etkileri yaşam döngüsü içerisinde çocukların fiziksel, zihinsel, sosyo-duygusal gelişimleri üzerinde, eğitim süreçlerinde ve üretkenlik düzeylerinde hissedilmektedir. Ayrıca, bu alanda yapılan araştırmaların da göstermiş olduğu gibi, bugünün yoksul çocuklarının yarının yoksul yetişkinleri haline gelmesi ve nesilsel döngü ile yoksulluklarını kendi çocuklarına devretmeleri sorunun önemini daha da artırmaktadır. Bu kapsamda, erken çocukluk dönemindeki yoksulluğun yaşam boyu yaratacağı etkiler son yıllarda giderek artan sayıda çalışmanın konusunu oluşturmuştur.

Gelişmekte olan ve özellikle de az gelişmiş ülkelerde çocuk yoksulluğu, beslenme, barınma, eğitim, sağlık gibi en temel insani kapasitelerden yoksunluk boyutuyla öne çıkmaktadır. Dolayısıyla, bu ülkelerde öncelik, söz konusu alanlardaki yetersizliklerin giderilmesi konusunda yoğunlaşmıştır. Gelişmiş ülkelerin büyük bölümünde, bu tür yoksunluklar önemli ölçüde çözüme kavuştuğu için çocuk yoksulluğu ortalama yaşam standardının gerisinde kalma hali olarak görelî yoksulluk boyutuyla dikkatleri çekmektedir.

OECD ve AB ülkelerinde, çocuk yoksulluğu konusunda son yıllarda yapılan araştırmalarda bu sorunla mücadelede aile politikalarının sahip olduğu öneme işaret edilmektedir. Çocuk bakım hizmetlerinin niteliği, ebeveyn özellikle de anne istihdamını destekleyen politikalar, çocuklu ailelere yönelik nakit yardımlar ve vergi kolaylıkları aile politikaları arasında öne çıkmaktadır. Farklı refah geleneklerine sahip ülkelerde aile politikalarının niteliği ve kapsamındaki farklılaşmaya bağlı olarak çocuk yoksulluğu oranları değişiklik göstermektedir. Bununla birlikte, gözden uzak tutulmaması gereken husus, 1980 sonrası süreçte, küreselleşme ve neoliberal politikaların etkisiyle refah devletlerinin sosyal harcamalarını azaltmaları yönünde bir zorlama ile karşı karşıya kalmalarıdır. Sosyal harcamaların baskılanması ve refah hizmetlerinin temininde piyasanın daha belirleyici bir rol üstlenmesi, şüphesiz birçok OECD ülkesinde söz konusu süreçte çocuk yoksulluğu oranlarının artmasında etkili olan önemli bir gelişmedir. Eğer çocuk yoksulluğu ile etkin bir şekilde mücadele edilmezse, bugünün yoksul çocuklarının yaşamın sonraki aşamalarında karşılaşılabilecekleri sorunlar

dikkate alındığında, refah devletlerinin bugünkü maliyetlerinin çok daha üzerinde maliyetlerle karşı karşıya kalmaları da kaçınılmaz olacaktır. Bu açıdan bakıldığında, çocuk yoksulluğu ile mücadelenin refah devletlerinin aktif katılımı olmaksızın gerçekleştirilmesi, genel anlamda yoksullukla mücadelenin sonuçlarına bırakılması ya da ertelenmesi mümkün değildir.

Kaynakça

- Adamson, Peter (2012), "Measuring Child Poverty: New League Tables of Child Poverty in the World's Rich Countries" *Innocenti Report Card 10*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Bradshaw, Jonathan; Chzhen, Yekaterina, Gill Main, Bruno Martorano, Leonarda Menchini and Chris de Neubourg (2012), "Relative Income Poverty Among Children in Rich Countries", *Innocenti Working Paper 2012-01*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Dayıoğlu, Meltem (2007), "Türkiye'de Çocuk Yoksulluğu: Ölçüm Yöntemleri ve Yoksulluğun Belirleyicileri", *TİSK Akademi*, Cilt.2, Sayı.3, 83-105.
- Duncon, Greg J; Yeung, W. Jean, Jeanne Brooks-Gunn and Judith R. Smith (1998), "How Much Does Childhood Poverty Affect the Life Chances of Children", *American Sociological Review*, Vol.63, No.3, 406-423.
- Engster, Daniel and Helena Olofsdotter Stensöta (2011), "Do Family Policy Regimes Matter for Children's Well-Being?", *Social Politics*, Vol.18, Number.1, 82-124.
- Engster, Daniel (2012), "Child Poverty and Family Policies Across Eighteen Wealthy Western Democracies" Daniel Engster, *Journal of Children and Poverty*, Vol.18, No.2, 121-139.
- Esping-Andersen, Gosta (1999), "Social Foundations of Postindustrial Economies", *Oxford University Press*, New York.
- Esping-Andersen, Gosta (2011), "Tamamlanmamış Devrim Kadınların Yeni Rollerine Uymak", (Çev. Selin Çağatay), (İletişim Yayınları, İstanbul).
- Heuveline, Patrick and Matthew Weinschenker (2008), "The International Child Poverty Gap: Does Demography Matter?", *Demography*, Vol.45, No.1, 173-191.
- Hill, Martha S. and Jodi R. Sandfort (1995), "Effects of Childhood Poverty on Productivity Later in Life: Implications for Public Policy", *Children and Youth Services Review*, Vol.17, No.1/2, 91-126.
- Hoelscher, Petra (2006), "What Works? Preventing and Reducing Child Poverty", *European Journal of Social Security*, Vol.8, No.3, 257-277.
- Jantti, Markus and Sheldon Danziger (1994), "Child Poverty in Sweden and the United States: The Effect of Social Transfers and Parental Labor Force Participation", *Industrial and Labor Relations Review*, Vol.48; No.1, 48-64.
- Lichter, Daniel T. (1997), "Poverty and Inequality Among Children", *Annual Review of Sociology*, Vol.23, 121-145.

- Martorano, Bruno; Natali, Luisa, Chris de Neubourg and Jonathan Bradshaw (2013), "Child Well-Being in Advanced Economies in the Late 2000s", *Working Paper 2013-01*, UNICEF Office of Research, Florence.
- Mcleod, Jane D. and Michael J. Shanahan (1996), "Trajectories of Poverty and Children's Mental Health", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.37, 207-220.
- Misra, Joya; Moller, Stephanie and Michelle J. Budig (2007), "Work-Family Policies and Poverty for Partnered and Single Women in Europe and North America", *Gender and Society*, Vol.21, No.6, 804-827.
- Neubourg, Chris de; Bradshaw, Jonathan, Yekaterina Chzhen, Gill Main, Bruno Martorano and Leonardo Menchini (2012), "Child Deprivation, Multidimensional Poverty and Monetary Poverty in Europe", *Innocenti Working Paper 2012-02*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- OECD (2009), *Doing Better for Children*, OECD Publishing, Paris.
- OECD, *Child Poverty Statistics*, <http://www.stats.oecd.org>.
- Roelen, Keetie and Geranda Notten (2011), "The Breadth of Child Poverty in Europe: An Investigation Into Overlap and Accumulation of Deprivations", *Innocenti Working Paper 2011-04*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- UNDP (1990), *Human Development Report 1990, Concept and Measurement of Human Development*, (Oxford University Press), New York.
- UNDP (1997), *Human Development Report 1997, Human Development to Eradicate Poverty*, (Oxford University Press), New York.
- UNICEF (2000), *Poverty Reduction Begins with Children*, New York, USA.
- UNICEF (2001), *Poverty and Children Lessons of the 90s for Least Developed Countries*, New York, USA.
- UNICEF (2004), *The State of the World's Children 2005*, New York, USA.
- UNICEF (2005), "Child Poverty in Rich Countries 2005", *Innocenti Report Card No: 6*, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- UNICEF (2013), "Child Well-being in Rich Countries: A Comparative Overview", *Innocenti Report Card No: 11*, UNICEF Office of Research, Florence.
- UNICEF (2014), *The State of the World's Children 2014*, New York, USA.
- Whiteford, Peter and Willem Adema (2006), "Combating Child Poverty in OECD Countries: Is Work the Answer?", *European Journal of Social Security*, Vol.8, No.3, 235-256.

Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi: Diyabet Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Quality of Life in Oral Health: Effect of Diabetes Mellitus On Quality of Life

Seda SÖNMEZ*

Mehmet TOP**

ÖZ

Bu çalışmanın amacı diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığında yaşam kalitesi ve genel sağlık yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmektir. Çalışma evrenini Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı merkezine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya ilişkin veriler diyabet hastalarından (n=259) ve sosyo-demografik özellikleri açısından eşleştirilen kontrol grubuna (n=268) farklı sosyodemografik özellikleri içeren sorulardan ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçekleri olan OHIP-14 ve OHQoL-UK ve genel sağlık yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36'dan oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi ve genel sağlık yaşam kalitesi diyabet hastası olmayan bireylerden daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu araştırmada diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığı yaşam kalitesi ve genel sağlık statüsünü anlamlı bir şekilde farklılaştırdığı bulunmuştur. Ayrıca araştırmada cinsiyetin yaşam kalitesi ve sağlık statüsünü etkileyen önemli bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarının diş hekimliği uygulamalarında sağlık yöneticilerine ve karar vericilere diyabet hastalığına ilişkin kanıt dayalı önemli bilgiler sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Diyabet, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, ağız ve diş sağlığı

ABSTRACT

The aim of this study to evaluate the effect of diabetes mellitus disease on oral health related quality of life and general health related quality of life. This study is also evaluate effects on oral health related quality of life of general health related quality of life dimensions. Outpatients of a public dental hospital, which is located in Kırıkkale province, are the universe of the study. Data were collected from diabetic patients (n=259) and socio-demographic variables matched controls (n=268) by the application of a survey form including different questions about socio-demographic features, and oral health related quality of life surveys OHIP-14 and OHQoL-UK and general health related quality of life survey SF-36. As a result of the study diabetes mellitus was a important variable for diffences in quality of life and general health status in oral health ($p<0,05$). Also, quality of life and general health status in oral health changed significantly in term of gender. The survey results are expected to provide important evidence based information on diabetes disease to health managers and decision makers in dental practices.

Keywords: Diabetes mellitus, oral health related quality of life, health related quality of life, oral health

* Arş. Gör. Uzm., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sedakaya117@gmail.com

** Doç. Dr. (Sorumlu Yazar), Hacettepe Üniversitesi, İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, mtop@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (1948) sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmalarında daha önemli hale gelmiş ve sağlık kavramının multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınmasına öncülük etmiştir (Testa ve Simonson, 1996:835; Atchison, 2002:15). Sağlığın bu tanımı, iyilik hali kavramını hastalığın ve herhangi bir engelin olmaması durumundan ayırmakta ve bu nedenle yapılan araştırmalarda sağlığın tüm bileşenleri dikkate alınmalıdır (Atchison, 2002:15).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) kavramı çok boyutlu ve kapsamlı bir kavram olması nedeniyle tanımının detaylı bir şekilde yapılması gerekmektedir. SYK tanımlanırken kapsamına göre üç sınıfa ayırmak mümkündür. Kavramın tanımları için yapılan bu sınıflamalar yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi belirli bir alanı değil, yalnızca ölçülmek istenen duruma bakış açısına göre şekillenmektedir. Sınıflamada yer alan tanım kategorileri en dar kapsamdan en geniş kapsama doğru ilerlemektedir. Bu sınıflamanın ilk kategorisinde fiziksel yetersizlik, zihinsel sağlık problemleri, semptomlar ve çalışma durumu ile ilgili yetersizliklerin yer aldığı hekim görüşünü kapsayan tanımlamalar yer almaktadır. Sağlık sistemi öncelikle var olan problemlerin doğruluğunu dikkate almaktadır. Bu özelliği nedeniyle negatif bir yaklaşım içerisindedir ve yetersizliklere ve onların çözümüne odaklanmaktadır (Ferrans, 2005:18).

Sınıflamada yer alan ikinci kategori belirli bir hastalığın etkisine ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Burada sağlık hizmeti sunucuları tarafından çoğunlukla ele alınan durumlar yer almakta, bununla birlikte hastalığın bireyin yaşamını etkileyen diğer boyutları da dikkate alınmaktadır. Örneğin, hastalığın birey için yaratmış olduğu finansal problemler bu kategoride incelenmektedir. Bu tanımlamada yer alan örnekler, fonksiyonellikten daha geniş kapsamlı olan iyilik hali kavramını ifade etmektedir. İyilik hali kavramı her ne kadar pozitif bir yaklaşımı çağırırsa da, hastalığın iyilik hali üzerindeki etkilerine odaklandığı için negatif bir ifadedir (Ferrans, 2005:18-19).

Sağlıklı Yaşam Kalitesi tanımlanmasında son kategoride belirli bir hastalığı olan bir bireyin yaşam kalitesine odaklanılmaktadır. Bu

genişlikteki bakış açısı, hastalığın bireyin yaşamındaki tüm alanları etkilemesini daha iyi ifade etmektedir. Bununla birlikte önceki iki kategoride dikkate alınan konulara ek olarak bu kategoride yaşam kalitesine pozitif bakış açısıyla da yaklaşılmaktadır. Örneğin, burada kişilerarası ilişkilerin gelişmesi, bireyin değerlerindeki ve önceliklerindeki değişimler gibi boyutlar da yer almaktadır. Özellikle hastalık ilerlemiş ve yaşamın sonuna gelinmişse, hayatın anlamını bulma ve vicdanen rahatlatma gibi var olma ile ilgili konular da göz önünde bulundurulmaktadır (Ferrans, 2005:19).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının bu üç bakış açısını da dikkate alarak genel bir tanımı yapılacak olursa bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlık algılarını ve bunların birbirleriyle olan etkileşimini, sağlık risklerini ve koşullarını, işlevselliği, sosyal desteği ve sosyoekonomik statüyü ve çevresel anlamda toplumun sağlık algısını ve işlevselliğini etkileyen kaynakları, koşulları, politikaları ve uygulamaları içeren çok boyutlu bir kavramdır (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Literatürde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve sağlık statüsü kavramları çoğunlukla birbirleri yerine kullanılmaktadır (Van der Steeg vd, 2004:1052). Ancak bu iki kavram birbirleriyle ilişkili olmakla birlikte farklılık göstermektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı daha çok bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlara ilişkin iyilik hali ile ilgili sübjektif değerlendirmesidir. Sağlık statüsü kavramı da bu üç boyutu kapsamakta ve yalnızca fonksiyonelliği değerlendirmektedir. Sonuç olarak sağlık statüsü bireyin fonksiyonellik düzeyinden ne kadar rahatsızlık duyduğunu dikkate almamaktadır (Van Son vd, 2013:1392). Başka bir deyişle sağlık statüsü bireyin günlük yaşamında kısıtlılık yaşayıp yaşamadığını değerlendirirken, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin bu kısıtlılıklardan ne ölçüde rahatsızlık duyduğunu değerlendirmektedir (Van der Steeg vd, 2004:1052).

Geliştirilen yeni tanı ve tedavi yöntemleri gibi sağlık alanındaki ilerlemeler özellikle kronik hastalığı olan bireylerde yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Bu gelişmelerin yaşam süresinin uzaması üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinse de, aynı zamanda beraberinde fiziksel ve psikolojik iyilik hali üzerinde uzun dönemde zararlı etkilerinin de var olduğu bilinmektedir. Örneğin, yapılan kanser araştırmalarıyla geliştirilen yeni tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde yaşam süresi uzamakta, ancak bu durum zehirlenmelere karşı bireyin savunmasız kalmasına ve dolayısıyla bu tedaviler

uygulanırken hastanın, ailesinin ve tedaviyi uygulayan uzmanların bu konuda yaşadıkları endişe artmaktadır (Cimprich ve Paterson, 2002:47-48). Kronik hastalıklarda uygulanmakta olan tedavinin temel amacı ise, hastalığın etkisini azaltarak bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır (Carr vd, 2003:10). Ayrıca geliştirilen yeni tedaviler ile ilgili yapılan yaşam kalitesi çalışmalarından elde edilen sonuçlar ile maliyet etkililiğin değerlendirilmesine de ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece artan yaşam süresinin kalitesinin veriye dayalı olarak değerlendirilmesinde, geliştirilen yeni tedavilerin maliyet- etkililik değerlendirilmesinde ve sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç ile ilişkili olarak uzun ve kısa dönemli sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde yaşam kalitesi çalışmalarından yararlanılmaktadır (Cimprich ve Paterson, 2002:47-48).

I-AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı fonksiyonel, psikolojik ve sosyal faktörlerin ve yalnızca ağız ve yüz bölgesine ait ağrı ve rahatsızlıkların bireyin iyilik halini nasıl etkilediği ile ilgili değerlendirmesini ifade etmektedir (Inglehart ve Bagramian, 2002:2). Başka bir deyişle, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi, bireylerin beslenmesini, uyumasını, diğer bireylerle iletişim kurmasını ve kendilerine olan özgüvenlerini etkileyen değişkenleri ve ağız ve diş sağlıklarından duydukları memnuniyeti kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (Satcher, 2000:7).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ağız ve diş sağlığı alanında, karşılıklı altı dişin çiğneme gibi oral fonksiyonlarını yerine getirebilmesi ve iyilik hali için yeterli bir özellik olarak ilk kez İkinci Dünya Savaşı sırasında dikkate alınmış ve sunulan hizmetlerin uygunluğunun değerlendirilmesi için kullanılmıştır (Cunningham ve Hunt, 2001:152). 1980 ve 1990 yılları arasında ağız ve diş sağlığına özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin geliştirilmesi için metodolojik çalışmalar yapılmıştır. 1996 yılında ise, bu alanda yapılmış olan metodolojik araştırmalar üzerine ilk uluslararası konferans düzenlenmiştir (Slade, 2002:30). Ağız ve diş hastalıkları oldukça sık görülmekte ve sonucunda bireyleri yalnızca fiziksel olarak değil, aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan da etkilemektedir. Bu da önemli düzeyde bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve fiziksel ve zihinsel fonksiyonellik, dış görünüş ve kişilerarası ilişkiler gibi birçok yaşam kalitesi boyutunu etkilemektedir (Cunningham ve Hunt, 2001:152-153).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı birbiriyle ilişkili olan üç varsayıma ayrılmaktadır. Bunlar: (1) ağız içi boşluğu değerlendirmelerden elde edilen bir sonuçtur, (2) ağız içi boşluğunu etkileyen koşullar, genel sağlığı da etkilemektedir, (3) sistemik hastalıklar ve genel sağlık yaşam kalitesi ağız içi boşluğunu ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir. İlk varsayım herhangi bir bireyin ağız sağlığının optimum düzeyde olmasını önermektedir. Örneğin, ağız içi boşluğunda ağrı ya da rahatsızlığın olmaması istenen bir durumdur. İkinci varsayım ağız ve diş sağlığının genel sağlığın bir bileşeni olduğu varsayımına dayanmakta ve ağız ve diş sağlığı genel sağlık yaşam kalitesine katkıda bulunmaktadır. Üçüncü varsayımda ise, genel sağlığın da ağız ve diş sağlığı üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir ve birçok sistemik hastalık ağız içi boşluğunda komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu da bireyin hem genel sağlık yaşam kalitesinin hem de ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Gift ve Atchison, 1995:NS61).

Locker (1988), DSÖ'nün Uluslararası Sakatlık, Özürlülük ve Handikap Sınıflamasını kullanarak ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı için çok boyutlu kavramsal bir model geliştirmiştir. Bu modele göre, hastalıklar herhangi bir anatomik işlev kaybı ya da anormallikler olarak ifade edilen sakatlıklara neden olmaktadır. Meydana gelen sakatlıklar örneğin diş kaybı sonucunda bazı seslerin tam olarak çıkarılamaması gibi fonksiyonel sınırlılıklara neden olmaktadır. Yaşanan sakatlık sonucunda fonksiyonel sınırlılıkların yanı sıra ağrı ve rahatsızlık hissi de ortaya çıkmaktadır. Hem ortaya çıkan fonksiyonel sınırlılıklar hem de bireyin duyduğu rahatsızlık sonucunda fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutta engellikler meydana gelmektedir. Burada engellikler günlük faaliyetlerin yerine getirilmesindeki sınırlılıkları ifade etmektedir. Yaşanan engellikler son olarak handikapların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Engellikler, hem fonksiyonel sınırlılıklar hem de rahatsızlık hissi olduğu zaman ortaya çıkma eğilimindedirler ve handikaplar ise hem engellikler hem fonksiyonel sınırlılıklar hem de rahatsızlık hissi olduğu zaman ortaya çıkma ihtimali daha yüksek olmaktadır (Schütte ve Walter, 2010:1848).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı da alt boyutlara ayrılmaktadır ve yalnızca bir boyutun ölçülmesiyle değerlendirilememektedir. Bu alt boyutlar arasında, (1) yaşamın devamlılığı boyutunda ağız kanseri gibi hastalıkların olmayışını

ve dişlerin varlığını, (2) hastalık/sakatlık boyutunda ağız içerisinde herhangi bir rahatsızlığın ya da doğuştan gelen bir engelin olmamasını, (3) fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonellik boyutunda çiğneme, konuşma, gülme gibi fonksiyonların yerine getirilebilmesini ve sosyal çevre ile iletişimin kurulabilmesini, (4) sağlık algısı boyutunda ağız ve diş sağlığının mükemmel olarak algılanmasının sağlanmasını ve memnuniyetin artırılmasını, (5) bireysel fırsat boyutunda ise, bireyin ağız ve diş sağlığını etkileyecek herhangi bir sosyal ya da kültürel dezavantajının olmamasını içermektedir (Gift ve Atchison, 1995:NS61-NS65; Atchison, 2002: 19–26; Patrick ve Erickson, 1993:77).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı, sağlık hizmetleri sunumuna ve araştırmalarına yeni bir bakış açısı kazandırmış, yalnızca ağız içi boşluğunun değil, bireyin hem ağız ve diş sağlığı hem de genel sağlığının dikkate alınmasını sağlamıştır. Böylece, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetlerinin sunumuna, bu alanda yapılan araştırmalara ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili verilen eğitimlere önemli katkılarda bulunmaktadır (Inglehart ve Bagramian, 2002:3).

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda (2010-2014) “diyabet hastalığının erken tanı ve tedavisinin sağlanması ve diyabete bağlı komplikasyon insidansının 2014 yılı sonuna kadar azaltılması” olarak belirtilen alt hedef doğrultusunda Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014) yayınlanmıştır. Bu planın amacı, önemli bir mortalite ve hastalık yükü sebebi olan, diyabet hastalığının erken tanı ve tedavisinin sağlanması, ilgili risk faktörleri konusunda halkın bilinçlendirilmesi ve diyabete bağlı komplikasyon sıklığının Dünya Sağlık Örgütü hedeflerine indirilmesidir. Plan kapsamında yer alan “diyabetli hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi” amacının “diyabetli bireylere yönelik bakım hizmetlerinin geliştirilmesi” hedefinde “diyabetli bireyin ağız-diş sağlığı konusunda düzenli takibinin sağlanması” sıralamadaki ilk etkinlik olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011:31-36).

Çalışmanın bundan sonraki kısmında diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerine olan etkileri ile ilgili Türkiye’de ve Dünya’da yapılmış güncel çalışmalardan bahsedilmiştir.

Sandberg ve Wikblad (2003) diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığı ve genel sağlık yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada 102 tip 2 diyabet hastasından oluşan deney grubu ve 102 diyabet hastası olmayan katılımcıdan oluşan kontrol grubu oluşturmuşlardır. Diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmek için ağız içerisindeki dişlerin sayısı ve ortaya çıkan oral komplikasyonlar değerlendirilmiş ve diyabet hastalarında ağız kuruluğu hissinin olduğu ve ağız ve diş sağlıklarından genel olarak memnun olmadıkları ortaya çıkmıştır. Genel sağlık yaşam kalitelerini değerlendirmek için SF-36 ölçeği kullanılmış ve diyabet hastalığının fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyon ve genel fiziksel sağlık boyutları üzerinde önemli rol oynadığı gözlenmiştir.

Eren ve diğerlerinin (2004) diyabet hastalığına bağlı olarak gelişen komplikasyonların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada diyabete bağlı komplikasyonu olan 50 ve olmayan 54 katılımcıya olmak üzere toplam 104 tip 2 diyabet hastasına WHOQOL-Bref (TR) ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda diyabete bağlı komplikasyonu olan hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesine ilişkin alt boyutların, diyabete bağlı komplikasyonu olmayan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Allen ve diğerleri (2008) diyabet hastalarının periodontal hastalıkların riski ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi hakkındaki bilgileri ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutumlarını değerlendirmek için 31-79 yaş arasındaki 101 diyabet hastasına ulaşmıştır. Ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitelerini değerlendirmek için OHIP-20 ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların %43'ünün ağız ve diş sağlığı problemlerinden dolayı beslenmelerinden memnun olmadıkları gözlenmiştir. Diyabet hastalarının ağız ve diş sağlığı ve genel sağlıklarına ilişkin tutumlarının geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Kamarul ve diğerlerinin (2010) zayıf glisemik kontrollü tip 2 diyabet hastalarında genel sağlık yaşam kalitesini belirlemek için yaptıkları çalışmada 150 katılımcıya SF-36 ölçeği uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre diyabet hastalarında SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, genel fiziksel sağlık ve zihinsel sağlık boyutlarından elde edilen sonuçların düşük olduğu bulunmuştur.

Oyapero ve diğerlerinin (2011) diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada toplamda 53 kişiye OHIP-14 ölçeği uygulanmış ve araştırma sonucunda katılımcıların %43.3'ü ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşadıkları problemlerden dolayı yaşamlarının daha az tatmin edici olduğu ve %40.2'sinin de günlük faaliyetlerini yerine getiremedikleri bulunmuştur. Sonuç olarak diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir.

De Pinho ve diğerlerinin (2012) diyabet hastalarında periodontal hastalıkların ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada 300 hastaya OHIP-14 ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda periodontal hastalıkların diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.

Porojan ve diğerlerinin (2012) diyabet hastalarında genel sağlık yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmaya dahil edilen 50 tip 2 diyabet hastasına SF-36 ölçeği uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre SF-36 ölçeğinin tüm boyutları için diyabet hastalığının bireylerin yaşam kalitesini düşüren önemli bir etken olduğu ifade edilmiştir.

Kofahl ve diğerlerinin (2013) Almanya'da ve Türkiye'de yaşayan Türk katılımcılardan oluşan tip 2 diyabet hastalarının yaşam kaliteleri arasında farklılık olup olmadığını karşılaştırmak için yapmış oldukları çalışmada Türkiye'de 111 bireye, Almanya'da ise 294 bireye WHOQOL-Bref-26 ölçeği uygulanmıştır. Aradaki farklılıklar yaş, cinsiyet, eğitim ve hane halkı büyüklüğüne göre değerlendirilmiştir. Ölçeğin fiziksel ve psikolojik boyutlarında anlamlı bir farklılık gözlemlenmez iken, sosyal ve çevre boyutunda Almanya'da yaşayan bireylerin yaşam kalitesi değerleri Türkiye'de yaşayan bireylerden daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca Türkiye'de yaşayan bireylerde eğitim ve yaşam kalitesi arasında Almanya'da yaşayan bireylere göre daha güçlü pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Mohamed ve diğerlerinin (2013) diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi için yaptıkları çalışmaya 154 tip 2 diyabet hastası olan ve 303 diyabet hastası olmayan birey olmak üzere toplamda 457 katılımcıya Ağız ve Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (OIDP) ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda diyabet hastalarında kronik periodontitis ve diş

kaybının diyabeti olmayan bireylere göre daha fazla olduğu bulunmuş ve diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi diyabet hastası olmayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur.

Nikbin ve diğerlerinin (2014) diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada 350 tip 2 diyabet hastasına Genel Ağız ve Diş Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) ve Ağız Sağlığı Etki Profili (OHIP) ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma sonucunda diyabet hastalarının ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemlerinin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini düşürdüğü gözlenmiştir. Ayrıca OHIP ölçeğinin GOHAI ölçeğine göre ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemleri belirlemede daha etkili olduğu belirtilmiştir.

II- GEREÇ VE YÖNTEM

A- Çalışmanın Yöntemi

Bu çalışma anket esasına dayalı, kesitsel bir çalışmadır. Araştırma Kasım 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne ağız ve diş sağlığı hizmeti almak için gelen bireyler üzerinde yapılmıştır. Bu bireyler, diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması için diyabet hastalığı grubu ve diyabet hastalığı olmayan grup olarak ikiye ayrılmış; tip 2 diyabet tanısı konmuş 20 yaş üstü bireyler Grup 1'i (deney grubunu); diyabet hastalığı olmayan 20 yaş üstü bireyler ise Grup 2'yi (kontrol grubu) oluşturmuştur. Gruplar oluşturulurken bireysel özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, bireyin hastaneye geliş nedeni, diyabet hastalığı dışında diğer kronik hastalıkların varlığı) dikkate alınmaya çalışılmıştır.

Çalışmada genel sağlık yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 (Short Form-36), ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için de OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) ve OHQoL-UK (Oral Health Related Quality of Life - United Kingdom) ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yetişkin bireylere uygulanan ölçekler olması ve diyabet türleri içerisinde prevalansı en yüksek grubun tip 2 diyabet olması nedeniyle araştırmanın deney grubu için tip 2 diyabet hastaları seçilmiştir. Literatür incelemesi ve 2 periodontolog, 2 protez uzmanı ve 3 dâhiliye uzmanı ile yapılan görüşmeler sonucunda diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesini ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkileyen bireysel

değişkenlerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, bireyin hastaneye geliş nedeni ve diyabet hastalığı dışında başka kronik hastalığın varlığı olduğu belirlenmiştir. Diyabet hastalığı genel sağlık yaşam kalitesini ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca genel sağlık ve ağız ve diş sağlığının da birbirlerini etkilediği literatürde ifade edilmiştir. Çalışmada ayrıca katılımcıların almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılan ödemeler, katılımcıların cepten yaptığı ödemeler ve toplam ödemeler (hem SGK tarafından hem de cepten yapılan ödemeler) açısından da incelenmiştir.

B- Araştırmanın Amacı

Sağlık alanında meydana gelen teknolojik gelişmeler özellikle kronik hastalıklarda yaşam süresinin uzamasını sağlamış, ancak beraberinde bireyin yaşam kalitesinin de ne yönde etkilendiği sorusunu gündeme getirmiştir. Dünya’da ve Türkiye’de toplumun büyük bir çoğunluğunu etkileyen kronik hastalıklardan birisi de diyabettir. Diyabet hastalığının bireylerin genel sağlık yaşam kalitesini nasıl etkilediği daha önce yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler tüm Dünya’da ve Türkiye’de önemli sağlık konuları arasında yer almaktadır. Diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığı üzerine olan etkileri yapılan klinik çalışmalar ile ortaya konmuştur. Ancak diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesiyle ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu araştırma, diyabet hastalığının bireysel değişkenleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni, diyabet hastalığı dışında diğer kronik hastalık varlığı) dikkate alarak, genel sağlık yaşam kalitesi ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Türkiye’de daha önce diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmemesi ve Dünya’da da bu değerlendirmeye özgü çalışmaların sınırlı olması araştırmanın önemini artırmaktadır.

C- Evren ve Örneklem

Araştırma örneklemini Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne Kasım 2013 ile Nisan 2014 tarihleri arası başvuran toplam 527 hasta oluşturmaktadır. Diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi ve ağız ve diş sağlığına

bağlı yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini değerlendirmek için diyabet hastalığı olan ve olmayan hastalar 2 farklı grupta değerlendirilmiştir. Grup 1’de (deney grubu) tip 2 diyabet tanısı konmuş olan 20 yaş üstü bireyler yer alırken, Grup 2’de (kontrol grubu) da diyabet hastalığı olmayan 20 yaş üstü bireyler yer almaktadır. Hastanenin bilgi sisteminden elde edilen verilere göre 2012 yılında tip 2 diyabet tanısı konmuş toplamda 282 birey ağız ve diş sağlığı hizmeti almak için hastaneye başvurmuştur. Diyabet grubunda toplamda 259 birey yer alırken, diyabet olmayan grupta 268 kişi yer almaktadır. Genel sağlık yaşam kalitelerini ölçmek için SF-36 (Short Form-36) ölçeği, ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitelerini ölçmek için de OHIP-14 (Oral HealthImpact Profile-14) ve OHQoL-UK (Oral HealthRelatedQuality Of Life-United Kingdom) ölçekleri uygulanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli olan izin hastane başhekimliğinden alındıktan sonra anket uygulanan bireylerin de tek tek bilinçli rızasına başvurulmuş olup, birebir görüşme yöntemi ile anketler uygulanmıştır.

D- Veri Toplama Aracı

Araştırmada Kısa Form SF 36 Ölçeği, Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14) Ölçeği ve Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHQoL-UK) Ölçeği veri toplamak amacıyla kullanılmıştır.

1- Kısa Form-36 (SF-36) Ölçeği:

Kısa form-36 ölçeği RAND Corporation tarafından yapılan Tıbbi Sonuçlar Araştırması’nda (MedicalOutcomesStudy) kullanılan indeks ve profillerin seçilmiş sorularından yola çıkarak uluslararası çalışmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ya da sağlık statüsünü ölçmek için John Ware tarafından geliştirilmiştir (Jenkinson vd, 1993:1437; Wood-Dauphinee, 2000:283; Ware ve Sherbourne, 1992:474).

Ölçekte fiziksel fonksiyonellik (10 soru), sosyal fonksiyonellik (2 soru), fiziksel rol kısıtlamaları (4 soru), duygusal rol kısıtlamaları (3 soru), akıl ve ruh (mental) sağlığı (5 soru), enerji/vitalite (4 soru), ağrı (2 soru), genel sağlık algısı (5 soru) olmak üzere sekiz alt boyutu bulunmakta ve toplamda 36 sorudan oluşmaktadır. Soruların cevapları 2’li, 3’lü, 5’li ve 6’lı Likert tipindedir (Jenkinson vd, 1993:1437). Ölçekten toplam bir puan elde edilememekte; genel fiziksel sağlık ve genel akıl ve ruh (mental) sağlığı olmak üzere iki özet boyutu bulunmaktadır (Ware ve Gandek, 1998:905).

Ölçeğin skorlanması iki aşamada gerçekleşmektedir. İlk aşamada her bir soruya verilen cevap 0 ile 100 arasında değişen skorlara dönüştürülmektedir. Burada 0 en düşük yaşam kalitesi değerini ifade ederken, 100 de en yüksek yaşam kalitesi değerini ifade etmektedir. İkinci aşamada her boyutu oluşturan soruların bir önceki aşamada aldığı puanlar toplanır ve ortalaması alınır. Böylece her boyuta ilişkin skorlar elde edilmiş olur. Genel fiziksel sağlık ve genel akıl ve ruh (mental) sağlığı toplam skorlarını elde etmek için de aynı yöntemle fiziksel sağlık ile ilişkili tüm soruların ortalama değeri fiziksel sağlık toplam skorunu; akıl ve ruh sağlığı ile ilgili tüm soruların ortalama değeri de akıl ve ruh sağlığı toplam skorunu ifade etmektedir. Yalnızca bireyin geçen yıla göre sağlığını değerlendirdiği soru ölçeğin skorlanmasına dahil edilmemektedir. Alınan puanın 0'a yakın olması istenmeyen kötü sağlık durumunu ifade ederken, 100'e yaklaşması ise istenen iyi sağlık durumunu ifade etmektedir (Ware ve Sherbourne, 1992; Hays ve Shapiro, 1992; Stewart vd, 1992). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve diğerleri tarafından 1999 yılında gerçekleştirilmiştir.

2- Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14) Ölçeği:

Ağız Sağlığı Etki Profili, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşanan rahatsızlıklar, sakatlıklar ve yetersizliklerin kapsamlı bir şekilde ölçülmesi adına 1994 yılında Slade ve Spencer tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin kapsadığı boyutların tanımlanmasında Locker'ın (1988) ağız sağlığı modeli kullanılmıştır. Ölçek, fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handicap olmak üzere 7 boyut ve 49 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin modeli Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslar arası Sakatlık, Özürlülük ve Handikap Sınıflaması'na dayanmaktadır. Cevap kategorileri 5li Likert tipinde olup, "Her zaman" ve "Hiçbir zaman" arasında değişmektedir. Ölçek yetişkin bireylere uygulanmaktadır (Slade 1997a, 94-95).

49 soruluk olan orijinal ölçek, Slade (1997b) tarafından 14 soruya indirilmiştir. Elde edilen bu yeni formun da ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini ölçmede yeterli olduğu ve orijinal formula karşılaştırıldığında %94'lük bir geçerlilik elde edildiği ifade edilmiştir (Aktaş vd, 2009:61). OHIP-14 formunda da yine aynı boyutlar yer almakta ve her bir boyut için iki soru sorulmaktadır. Ölçeğin skorlanmasında sorulara verilen cevaplardan hiçbir zaman için 0, nadiren için 1, bazen için 2, sıklıkla için 3 ve her zaman için 4 puan verilmektedir. Boyutlara

ve ölçeğin toplamına ilişkin skor bu puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Sonuç olarak ölçekten elde edilebilecek olan en düşük puan 0 olurken, elde edilebilecek en yüksek puan da 56 olmaktadır. Soruların tamamının olumsuz formda olması nedeniyle ölçekten elde edilen puanın 0'a yaklaşması ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin iyi olduğuna işaret ederken, 56 puana yaklaşması ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir (Slade, 1997a:96-97). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Mumcu ve diğerleri (2006) tarafından yapılmış ve ölçeğin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiş ve ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,94 olarak bulunmuştur.

3- Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHQoL-UK) Ölçeği:

Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık ölçeği Dünya Sağlık Örgütü'nün "yapı-fonksiyon-yetenek-katılım" modeline dayanarak 2000 yılında McGrath ve Bedi tarafından ağız ve diş sağlığının bireylerin ağız ve diş sağlıklarına ve genel sağlıklarına ilişkin yaşam kalitesini hem pozitif hem de negatif yönde etkileyebileceği görüşüne dayanarak oluşturulmuştur (Mumcu vd, 2006:145; Aktaş vd, 2009:61). Ölçekte toplamda 16 soru ve semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru) ve sosyal durum (4 soru) olmak üzere 4 boyut bulunmaktadır. Cevap kategorileri "Çok kötü etkiliyor" ve "Çok iyi etkiliyor" arasında değişen 5'li Likert tipindedir. Değerlendirme her boyut ve ölçekten elde edilen toplam puan için yapılmaktadır. Buna göre çok kötü etkiliyor için 1, kötü etkiliyor için 2, etkisi yok için 3, iyi etkiliyor için 4 ve çok iyi etkiliyor için 5 puan verilmektedir. Sonuç olarak ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 16 ve en yüksek puan da 80 olmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin iyi olduğunu ifade ederken, düşük olması ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin kötü olduğunu ifade etmektedir (McGrath ve Bedi, 2002:522; Aktaş vd, 2009:61). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Mumcu ve diğerleri (2006) tarafından yapılmış ve ölçeğin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiş ve ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,96 olarak bulunmuştur.

E- Verilerin Toplanması

Araştırmada yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmelerin yapılması için kullanılan veri toplama araçlarının bireylere uygulanabilmesi adına gerekli izin Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliğinden alınmıştır. Kişisel bilgi formu, SF-36 ölçeği ve OHIP-14 ve OHQoL-UK ölçeklerinden oluşan anket formu gelen hastalara gönüllülük esasına dayalı olarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Katılımcılara anketin uygulama amacı anlatılmış, anket içerisinde yer alan veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiş ve sorulara açık ve net cevaplar vermeleri istenmiştir. Edinilen kişisel bilgilerin gizli kalacağı konusunda katılımcılar bilgilendirilmiştir. Veri toplama araçlarının uygulanmasında ortalama görüşme süresi 20-25 dakikadır.

Araştırmada ayrıca deney ve kontrol grubunda yer alan bireyler adına Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından anketin uygulandığı dönemde verilen hizmetler için yapılan toplam ödemeler ve bireylerin bu hizmetler için yapmış olduğu cepten ödemeler de değerlendirilmiştir. Bireyler yalnızca protez tedavisi için katılım payı ödemektedirler. Gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 katılım payı alınmaktadır (www.sgk.gov.tr). Bu verilerin elde edilmesi için kişisel bilgi formunda yer alan hastanın adı ve soyadı ve protokol numarası sorularından faydalanılmıştır. Hastanenin bilgi işlem ve faturalama biriminden destek alınarak, ödemeler ile ilgili veriler toplanmıştır.

F- Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda örneklem grubundan elde edilen veriler araştırmanın amacına yönelik olarak kullanılmak üzere SPSS 21.0 programı ile değerlendirilmiştir. Öncelikle normal dağılıma uygunluk çalışması yapılmış ve veri analizinde ulaşılan örneklem sayısının çok olması durumunda normal dağılımın sağlanabileceği (Lumley vd, 2002:166; Alpar, 2012:130) olasılığından hareket edilmiş ve bu duruma uygun olan hipotezlerin test edilmesinde parametrik testlerden faydalanılmıştır.

Araştırmada SF-36, OHIP-14 ve OHQoL-UK ölçekleri ve alt boyutlarının diyabet hastası olan ve olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Student T testi kullanılmıştır. Diyabet hastası olan ve olmayan katılımcıların ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan ödemeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

III- BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular tablolar eşliğinde açıklanmaktadır.

Tablo 1. *Diyabet Hastası Olan Katılımcıların Bazı Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı (n=259)*

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	196	75,70
Erkek	63	24,30
Medeni Durum		
Bekar	27	10,40
Evli	232	89,60
Yaş Grupları		
≤59	118	45,56
≥60	141	54,44
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	244	94,20
Lise ve üzeri	15	5,80
Hastaneye Geliş Nedeni		
Muayene	14	5,40
Diş eti problemi	70	27,00
Diş çürüğü	18	6,90
Diş çekimi	15	5,80
Protez	134	51,70
Kanal tedavisi	8	3,10
Diğer Kronik Hastalık Varlığı		
Var	162	62,50
Yok	97	7,50

Araştırmada yer alan katılımcılardan 259'unu diyabet hastaları oluşturmaktadır. Diyabet hastalarında cinsiyet değişkenine bakıldığında büyük bir çoğunluğunu kadınların (%75,70) oluşturduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan prevalans çalışmasına göre (TURDEP I) de tip 2 diyabetin kadınlarda daha yaygın olduğu bulunmuştur. Medeni duruma göre bakıldığında diyabet hastalarının %89,60'ının evli, %10,40'ının bekâr olduğu görülmektedir. Diyabet hastalarının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, 59 yaş ve altında %45,56 katılımcı yer alırken, 60 yaş ve üzerinde %54,44 katılımcı yer almaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında çoğunluğun ilköğretim ve altında (%94,20) yer aldığı görülmektedir. Diyabet hastalarının hastaneye geliş nedenine

bakıldığında çoğunluğunun protez tedavisi (%51,70) ve diş eti problemi (%27) nedeniyle geldiği görülmektedir. Literatürde de anlatıldığı gibi diyabet hastalığı diş eti hastalıklarına (periodontal hastalıklar) neden olmaktadır ve diş eti hastalıkları da diş kayıplarına yol açmaktadır. Diyabet hastaları bu sebeple protez tedavisi ve diş eti problemi nedeniyle hastaneye daha fazla gelmektedirler. Ayrıca diyabet hastalığının oral komplikasyonlar dışında birçok hastalığa daha yol açtığı ifade edilmişti. Araştırmada yer alan diyabet hastalarının da %62,50'sinde diyabet hastalığı dışında başka kronik hastalıklar görülmektedir. Bu hastalıklar; kalp hastalıkları (%4), hipertansiyon (%75) ve birden fazla (%21) kronik hastalık olarak bulunmuştur (Tablo 1'e bakınız).

Tablo 2. *Diyabet Hastası Olmayan Katılımcıların Bazı Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı (n=268)*

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	135	50,40
Erkek	133	49,60
Medeni Durum		
Bekar	5	1,90
Evli	263	98,10
Yaş Grupları		
≤59	160	59,70
≥60	108	40,30
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	251	93,66
Lise ve üzeri	17	6,34
Hastaneye Geliş Nedeni		
Muayene	37	13,80
Diş eti problemi	15	5,60
Diş çürüğü	14	5,20
Diş çekimi	88	32,80
Protez	73	27,20
Kanal tedavisi	41	15,30
Diğer Kronik Hastalık Varlığı		
Var	50	18,70
Yok	218	81,30

Araştırmada yer alan katılımcılardan 268'ini diyabet hastası olmayan bireyler oluşturmaktadır. Cinsiyet değişkenine bakıldığında katılımcılardan %50,40'ını kadınların, %49,60'ını erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların %59,70'inin 59 yaş ve altında ve

%40,30'unun da 60 yaş ve üzerinde yer aldığı görülmektedir. Eğitim düzeyi değişkeni dikkate alındığında katılımcıların büyük bir çoğunluğunun ilköğretim ve altında (%93,66) olduğu görülmektedir. Diyabet hastası olmayan katılımcıların hastaneye geliş nedeni değişkenine bakıldığında katılımcıların en fazla diş çekimi (%32,80) ve protez tedavisi (%27,20) için geldiği görülmektedir. Katılımcıların diyabet hastalığı dışında başka bir kronik hastalığı varlığına bakıldığında, %81,30'unun başka bir kronik hastalığı olmadığı yalnızca %8,70'inin diyabet hastalığı dışında kronik hastalığı olduğu görülmektedir (Tablo 2'ye bakınız).

Tablo 3. OHIP-14 Ölçeğinin Diyabet Hastalığına Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Diyabet Hastalığı	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Fonksiyonel Sınırlılık	Var	259	3,28	1,96	<0,001*
	Yok	268	0,62	0,95	
Fiziksel Ağrı	Var	259	5,02	1,67	<0,001*
	Yok	268	2,62	1,20	
Psikolojik Rahatsızlık	Var	259	4,91	1,26	<0,001*
	Yok	268	3,54	0,86	
Fiziksel Yetersizlik	Var	259	4,97	1,67	<0,001*
	Yok	268	3,18	1,26	
Psikolojik Yetersizlik	Var	259	3,51	1,88	<0,001*
	Yok	268	0,27	0,64	
Sosyal Yetersizlik	Var	259	3,21	1,85	<0,001*
	Yok	268	0,12	0,48	
Handikap	Var	259	1,68	1,71	<0,001*
	Yok	268	0,05	0,23	
Toplam Puan	Var	259	26,62	9,40	<0,001*
	Yok	268	10,44	4,22	

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 3'de OHIP-14 ölçeğinin diyabet hastalığının varlığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHIP-14 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için diyabet hastası olan katılımcıların, diyabet hastası olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin ters puanlanmasından dolayı diyabet hastalarında OHIP-14 ölçeğine göre ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi diyabet hastası olmayan bireylere göre daha düşüktür. Sonuç olarak diyabet hastalığı ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir değişkendir.

Tablo 4. OHQoL-UK Ölçeğinin Diyabet Hastalığına Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Diyabet Varlığı	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Semptom	Var	259	3,31	0,93	<0,001*
	Yok	268	4,88	0,71	
Fiziksel Durum	Var	259	9,22	2,04	<0,001*
	Yok	268	13,24	1,05	
Psikolojik Durum	Var	259	10,81	2,24	<0,001*
	Yok	268	13,76	1,02	
Sosyal Durum	Var	259	7,77	1,82	<0,001*
	Yok	268	10,71	0,70	
Toplam Puan	Var	259	31,26	6,27	<0,001*
	Yok	268	42,60	2,90	

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 4’de OHQoL-UK ölçeğinin diyabet hastalığının varlığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHQoL-UK ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için diyabet hastası olan katılımcıların, diyabet hastası olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak diyabet hastalığı ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin düşmesinde OHQoL-UK ölçeğine göre de önemli bir değişkendir.

Tablo 5’de SF-36 ölçeğinin diyabet hastalığının varlığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde SF-36 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için diyabet hastası olan katılımcıların, diyabet hastası olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak diyabet hastalığı genel sağlık yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir değişkendir.

Tablo 6’da diyabet hastası olan ve olmayan bireyler için hem SGK tarafından, hem hastanın cepten yaptığı hem de yapılan toplam ödemelerin dağılımı ve diyabet hastası olup olmama durumuna göre karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yapılan tüm ödemelerin diyabet hastalarında ortalama daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeni diyabet hastalarının çoğunluğunun protez tedavisi için hastaneye gelmesidir. Bunun nedeni diyabet hastalarında literatürde de bahsedildiği gibi diş eti problemlerinin çok sık görülmesi ve iyi kontrol edilemeyen diyabet hastalığı sonucunda

Tablo 5. SF-36 Ölçeğinin Diyabet Hastalığına Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Diyabet varlığı	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Fiziksel Fonksiyon	Var	259	46,79	20,45	<0,001*
	Yok	268	73,83	18,74	
Fiziksel Rol Kısıtlamaları	Var	259	34,94	38,63	<0,001*
	Yok	268	62,31	34,38	
Ağrı	Var	259	35,52	20,62	<0,001*
	Yok	268	62,76	21,86	
Genel Sağlık	Var	259	22,89	14,41	<0,001*
	Yok	268	59,66	22,83	
Vitalite/Enerji/Canlılık	Var	259	46,89	19,25	<0,001*
	Yok	268	64,91	16,35	
Sosyal Fonksiyon	Var	259	48,11	24,05	<0,001*
	Yok	268	80,69	20,01	
Duygusal Rol Kısıtlamaları	Var	259	36,67	38,90	<0,001*
	Yok	268	72,42	33,28	
Mental Sağlık	Var	259	54,30	14,52	<0,001*
	Yok	268	77,26	11,61	
Genel Fiziksel Sağlık	Var	259	31,50	7,50	<0,001*
	Yok	268	43,03	9,19	
Genel Mental Sağlık	Var	259	40,03	8,53	<0,001*
	Yok	268	52,06	7,22	

*:p<0,05 anlamlı farklılık

diş kayıplarının yaşanmasıdır. Protez tedavisi için yapılan ödemelerin yüksek olması ve yalnızca protez tedavisi için hastaların cepten ödeme yapması da yapılan cepten ödemelerin yüksek çıkmasına neden olmuştur. Sonuç olarak diyabet hastalığı ağız ve diş sağlığı ile ilgili olarak yapılan ödemelerde önemli bir değişkendir. Ancak ödemelerin farklılık gösterip

Tablo 6. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yapılan Ödemelerin Diyabet Hastalığına Göre Karşılaştırılması

Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yapılan Ödemeler	Diyabet hastalığı	N	Ortalama	Standart Sapma	p
SGK Tarafından Yapılan Ödeme	Var	259	285,15	340,20	<0,0001*
	Yok	268	150,34	209,92	
Hastanın Cepten Yaptığı Ödeme	Var	259	24,82	34,06	<0,0001*
	Yok	268	12,12	27,28	
Toplam Ödeme	Var	259	309,98	370,24	<0,0001*
	Yok	268	162,46	234,43	

*: p<0,05 anlamlı farklılık

göstermediğini belirlemek için yalnızca diyabet hastalığının varlığı yeterli bir faktör değildir.

Tablo 7. *Diyabet Hastası Olan ve Olmayan Katılımcılarda OHIP-14 Ölçeğinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması*

Cinsiyet	OHIP-14 BOYUTLARI	Diyabet Hastası Olan		Diyabet Hastası Olmayan		p
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Kadın	Fonksiyonel Sınırlılık	3,40	1,95	0,53	0,83	<0,001*
	Fiziksel Ağrı	4,99	1,74	3,07	1,10	<0,001*
	Psikolojik Rahatsızlık	4,89	1,31	3,48	0,88	<0,001*
	Fiziksel Yetersizlik	4,99	1,73	3,50	1,01	<0,001*
	Psikolojik Yetersizlik	3,66	1,90	0,28	0,57	<0,001*
	Sosyal Yetersizlik	3,25	1,81	0,10	0,39	<0,001*
	Handikap	1,74	1,78	0,06	0,24	<0,001*
	Toplam Puan	26,97	9,70	11,02	4,01	<0,001*
Erkek	Fonksiyonel Sınırlılık	2,90	1,98	0,72	1,07	<0,001*
	Fiziksel Ağrı	5,13	1,46	2,17	1,14	<0,001*
	Psikolojik Rahatsızlık	4,98	1,14	3,61	0,84	<0,001*
	Fiziksel Yetersizlik	4,90	1,51	2,87	1,41	<0,001*
	Psikolojik Yetersizlik	3,06	1,78	0,28	0,71	<0,001*
	Sosyal Yetersizlik	3,10	1,98	0,15	0,57	<0,001*
	Handikap	1,49	1,48	0,05	0,22	<0,001*
	Toplam Puan	25,57	8,41	9,86	4,37	<0,001*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 7’de diyabet hastası olan ve olmayan bireylerin OHIP-14 ölçeğine göre cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde diyabet hastası olan kadınların diyabet hastası olmayan kadınlara göre ve diyabet hastası olan erkeklerin diyabet hastası olmayan erkeklere göre OHIP-14ölçeği boyutları ve toplam puanı için almış oldukları puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu ifade ettiğinden, diyabet hastası olan kadın ve erkeklerin diyabet hastası olmayan kadın ve erkeklere göre ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Aradaki bu farklılık yapılan Student T testi ile de istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Tablo 8. Diyabet Hastası Olan ve Olmayan Katılımcılarda OHQoL-UK Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Cinsiyet	OHQoL-UK BOYUTLARI	Diyabet Hastası Olan		Diyabet Hastası Olmayan		p
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Kadın	Semptom	3,42	0,95	4,81	0,67	<0,001*
	Fiziksel Durum	9,29	2,12	12,85	0,82	<0,001*
	Psikolojik Durum	10,83	2,31	13,55	0,87	<0,001*
	Sosyal Durum	7,94	1,89	10,42	0,51	<0,001*
	Toplam Puan	31,59	6,54	41,63	2,35	<0,001*
Erkek	Semptom	2,98	0,83	4,95	0,76	<0,001*
	Fiziksel Durum	9,02	1,79	13,65	1,12	<0,001*
	Psikolojik Durum	10,75	2,02	13,98	1,12	<0,001*
	Sosyal Durum	7,27	1,52	11,02	0,75	<0,001*
	Toplam Puan	30,27	5,31	43,59	3,09	<0,001*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 8’de diyabet hastası olan ve olmayan bireylerde OHQoL-UK ölçeğinin cinsiyete göre karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde diyabet hastası olan kadın ve erkeklerin diyabet hastası olmayan kadın ve erkeklere göre ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanından daha düşük değerler aldığı görülmektedir. Buna göre diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi düzeyi cinsiyete göre diyabet hastası olmayan bireylerden daha düşüktür. Aradaki farklılık yapılan Student T testi ile de istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

SONUÇ

Bu araştırmada genel sağlık yaşam kalitesi, ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin diyabeti olan ve olmayan bireylerde farklılık gösterip göstermediği incelenmiş, diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi ve ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkileri cinsiyete göre değerlendirilmiştir.

Araştırmada ağız sağlığı etki profili ölçeğinin toplam puanından diyabet hastası olan bireylerin (26,62) diyabet hastası olmayan bireylere (10,44) göre ortalama daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Ölçeğin tümünün olumsuz sorular içermesi nedeniyle diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin diyabet hastası olmayan bireylere

göre daha kötü olduğu sonucuna varılmaktadır. Ayrıca diyabet hastası olan bireyler ölçeğin tüm boyutlarında (fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handikap) diyabet hastası olmayan bireylere göre ortalama daha yüksek puan almışlardır. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçeğine göre de ölçekten elde edilen toplam puandan diyabet hastalarının (31,26) diyabet hastası olmayan bireyler (42,60) ile karşılaştırıldığında daha düşük puan aldığı görülmektedir. Ayrıca ölçeğin tüm boyutlarında (semptom, fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal durum) da diyabet hastaları daha düşük puan almışlardır. Buna göre diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi düzeyinin diyabet hastası olmayan bireylere göre daha kötü olduğu ve diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesini düşüren önemli bir değişken olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Mohamed ve diğerlerinin (2013) 154 tip 2 diyabet hastası ve 303 diyabet hastası olmayan birey üzerinde yapmış olduğu çalışmada kullanılan Ağız ve Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (OIDP) ölçeğine göre de diyabet hastalarının ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitelerinin diyabet hastası olmayan bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Araştırmada bireylerin genel sağlık yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılan SF-36 ölçeğinden elde edilen ortalama puanlara bakıldığında, diyabet hastalarının fiziksel sağlık bileşeni (31,50) ve akıl ve ruh sağlığı bileşeni (43,03) özet boyutlarından diyabet hastası olmayan bireylere (sırasıyla 40,03 ve 52,06) göre daha düşük aldığı görülmüştür. Buna göre genel anlamda diyabet hastalarının genel sağlık yaşam kalitelerinin diyabet hastası olmayan bireylerden daha kötü olduğu sonucuna varılmaktadır. Ayrıca ölçeğin tüm boyutlarından (fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlilik, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol kısıtlamaları, akıl ve ruh sağlığı) diyabet hastaları ortalama olarak daha düşük puan almışlardır. Sonuç olarak diyabet hastalarında genel sağlık yaşam kalitesi düzeyi daha düşük bulunmuş ve diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişken olduğu sonucuna varılmıştır. De Pinho ve diğerleri (2012) diyabet hastalarında diş eti hastalıklarının ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada 300 hastaya ağız sağlığı etki profili ölçeğini (OHIP-14) uygulamış ve diyabet hastalarında diş eti problemlerinin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır.

Diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalara bakıldığında, Sandberg ve Wikblad (2003) 102 tip 2 diyabet hastası ve 102 diyabet hastası olmayan birey üzerinde diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada diyabet hastalığının SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyonellik ve fiziksel sağlık bileşeni boyutları üzerinde önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Kamarul ve diğerlerinin de (2010) glisemik kontrolü zayıf olan 150 tip 2 diyabet hastası üzerinde genel sağlık yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, akıl ve ruh sağlığı boyutlarından ve fiziksel sağlık bileşeninden elde edilen sonuçların düşük olduğu bulunmuştur. Porojan ve diğerleri ise 2012 yılında tip 2 diyabet hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmada bireylerin SF-36 ölçeğinin tüm boyutlarından düşük puanlar aldığını ve diyabet hastalığının bireylerin yaşam kalitesini düşüren önemli bir etken olduğunu bulmuşlardır.

Bu araştırmada hasta faturaları da incelenmiş; ağız ve diş sağlığı hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan ödemeler, bireylerin cepten yaptığı ödemeler ve hem SGK hem de cepten yapılan toplam ödemeler açısından diyabet hastası olan ve olmayan bireyler karşılaştırılmıştır. Diyabet hastaları için SGK tarafından yapılan (285,15), bireylerin cepten yaptığı (24,82) ve toplam ödemelerin (309,98) ortalaması, diyabet hastası olmayan bireyler (sırasıyla 150,34 / 12,12 / 162,46) adına yapılan ortalama ödemelerden daha yüksek bulunmuştur. Bunun temel nedeni diyabet hastalarının çoğunluğunun implant üstü bölümlü ya da tam protez tedavisi için hastaneye gelmesidir. 2013 yılı Sağlık Uygulama Tebliği Ek 2/C diş tedavileri ücret listesine göre implant üstü bölümlü protezin ücreti 193,50 TL ve implant üstü tam protezin ücreti de 150 TL'dir. Diyabet hastalarının çoğunlukla protez tedavisi için gelmesinde diş eti problemlerinden dolayı yaşadıkları diş kayıpları etkili olmaktadır. Diyabet hastalarında diş eti problemlerinin görülme sıklığının diyabet hastası olmayan bireylere göre 3 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Ryan vd, 2003). Ayrıca Loe (1993) yapmış olduğu araştırmada diş eti hastalıklarını diyabetin altıncı komplikasyonu olarak ifade etmiştir. Bu da diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığının oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Eldarrat (2011) ve Kejriwal ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmalarda diyabet

hastalarının ağız ve diş hastalıkları gelişme riskine karşı bilgi sahibi olmadıkları ve bu nedenle konuyla ilgili farkındalıklarının da düşük olduğu bulunmuştur. Bu sebeplerden dolayı diyabet hastaları diş eti hastalıklarının gelişme riskine karşı önlem almamakta ve diş kayıpları yaşanana kadar da diş hekimine başvurmamaktadırlar.

Diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Nikbin ve diğerleri (2014) 350 tip 2 diyabet hastasına ağız sağlığı etki profili (OHIP-14) ve genel ağız ve diş sağlığı değerlendirme (GOHAI) ölçeklerini uygulamış ve diyabet hastalarında ortaya çıkan ağız ve diş sağlığı hastalıklarının ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini düşürdüğünü bulmuşlardır. Oyapero ve diğerleri (2011) de ağız sağlığı etki profili ölçeğini uygulamış ve diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

Ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın önemli ve bütüncü bileşenlerinden biridir. Ağız ve diş hastalıkları genel sağlığı etkilemekte ve sistemik hastalıklar da ağız boşluğu içerisinde birtakım semptomların gelişmesine neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ağız ve diş sağlığı ve genel sağlık birbirleriyle etkileşim içerisinde. Örneğin, şiddetli bir diş eti hastalığı kalp ve damar hastalıkları riskini artırabilir. Diğer taraftan diyabet hastalarında da diş eti hastalıkları önemli ve yaygın bir komplikasyon olarak ortaya çıkmaktadır (Beaglehole vd, 2009:18-19). Genel sağlık yaşam kalitesinin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre hem diyabet hem de diyabet hastası olmayan bireylerde genel sağlık yaşam kalitesi boyutlarından fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik, akıl ve ruh sağlığı, enerji/canlılık ağız sağlığı etki profili toplam puanını ve fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık ve akıl ve ruh sağlığı boyutları da ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçeği toplam puanını anlamlı yönde etkilediği belirlenmiş, dolayısıyla da genel sağlık yaşam kalitesi ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmiştir.

Sonuç olarak diyabet hastalığı ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini ve genel sağlık yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabet hastalığının prevalansının her geçen gün hem dünyada hem de Türkiye’de artış göstermesi ve ağız ve diş sağlığı problemlerinin de yine hem dünya

hem de Türkiye genelinde en önemli toplum sağlığı problemlerinden olması çalışmanın önemini artırmaktadır. Türkiye’de ilk defa diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçların özellikle ağız ve diş sağlığına yönelik belirlenen politika ve planlara, geri ödeme kararlarına, diş hekimliği uygulamalarına ve diyabet hastalarının ağız ve diş sağlığına ilişkin farkındalıklarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen Diyabeti Önleme ve Kontrol Programı (DiabTürk) Eylem Planı’na göre diyabet hastalarında yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlardan birisidir. Amaca yönelik olarak belirlenen etkinlikler içerisinde diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığı takiplerinin yapılması yer almaktadır. Bu çalışmanın DiabTürk tarafından belirlenen amaca ulaşmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini yükseltmek ve daha etkili yönetmek için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığına ilişkin düzenli takiplerin yapılması sağlanmalı ve buna ilişkin elde edilen veriler entegre bir sağlık bilgi sisteminde saklanmalıdır.
- Diş hekimlerinin diyabet hastalığı konusundaki farkındalıklarının artırılmasına yönelik programların yapılması ve varsa eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekmektedir.
- Diyabet hastası olan ve olma riski taşıyan bireylerin ağız ve diş hastalıkları konusunda bilgilendirilmesini sağlayacak plan ve programlar yapılmalı ve amaç ve hedeflere ulaşmada uygulanan etkinlikler denetlenmelidir.
- Diyabet hastalarında koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Konuyla ilgili daha sonra yapılacak çalışmalarda ulusal veya farklı illerde bulunan ağız ve diş sağlığı merkezlerinde diyabet hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve genel sağlık statüsü üzerine geniş ölçekli çalışmaların yapılması önerilmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezlerinde ve diş hastanelerinde, üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinde (diş eğitim hastaneleri) ve özel sektöre ait ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş polikliniklerinde diyabet hastalarının ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi karşılaştırmalı olarak araştırılabilir. Ayrıca diyabet ve

diğer kronik hastalıkları kapsayacak şekilde araştırmalar zenginleştirilebilir. Buna benzer araştırmalar eř zamanlı olarak Türkiye’de ve diğer ölkelerde yapılarak uluslararası karşılaştırmalar yapılabilir. Ayrıca diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili ortaya çıkan komplikasyonların maliyetleri ayrıntılı incelenebilir. Bu maliyet çalışmalarında bireye ve Sosyal Güvenlik Kurumuna olan maliyet yükleri analiz edilebilir.

Kaynakça

- Aktaş, B.; Ceylan, G., E. Mumcu, Ö. Aksüzek, F. Ünalın (2009), "Protetik tedavide yaşam kalitesi değerlendirme yöntemleri", *İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, 43(1-2):59-65.
- Allen, E. M.; Ziada, H. M., D. O'halloran, V. Clerehugh, P. F. Allen (2008), "Attitudes, Awareness and Oral Health Related Quality of Life in Patients With Diabetes", *Journal Of Oral Rehabilitation*, 35(3), 218-223.
- Alpar, R. (2012), "Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik", (Ankara: Detay Yayıncılık).
- Atchison K. A. (2002), "Understanding the "Quality" in Quality Care and Quality of Life (Chapter 3)" in: Inglehart M. R and R. A. Bangramian, "Oral Health Related Quality of Life", Quintessence Publishing Co Inc. Chicago, pp. 13-28.
- Beaglehole, R.; Benzian, H., J. Crail, J. Mackay (2009), "The Oral Health Atlas: Mapping a Neglected Global Health Issue", Geneva: FDI World Dental Federation.
- Carr A. J.; Gibson B, P. G. Robinson (2003), "Is Quality of Life Determined by Expectations or Experience?" in: "Quality of Life", (Edited by: A. J. Carr, I. J. Higginson and P. G. Robinson), (2003), Navarra: BMJ Books.
- Centers for Disease Control and Prevention (2000), "Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health Related Quality of Life", Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Cimprich B and A. G. Paterson, "Health-Related Quality of Life: Conceptual Issues and Research Applications (Chapter 5)" in: Inglehart M. R., R. A. Bangramian, "Oral Health Related Quality of Life", Quintessence Publishing Co Inc. Chicago 2002: 47-54.
- Cunningham, S. J. and N. P. Hunt (2001), "Quality of Life and its Importance in Orthodontics", *Journal of Orthodontics*, 28(2), 152-158.
- De Pinho, A. M. S.; Borges, C. M., M. H. N. G. de Abreu and A. M. D. Vargas (2012), "Impact of Periodontal Disease on the Quality of Life of Diabetics Based on Different Clinical Diagnostic Criteria", *International Journal of Dentistry*, 2012.
- Elderrat A. H. (2011), "Awareness and Attitude of Diabetic Patients About Their Increased Risk For Oral Disease", *Oral Health Prev Dent*, 9(3), 235-41.
- Eren, İ. E. İ.; Erdi, Ö. E. Ö. and İ. Ç. İ. Çivi (2004), "Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi", *Klinik Psikiyatri*, 7, 85-94.
- Ferrans, C. E. (2005), "Definitions and Conceptual Models of Quality of Life", in: J. Lipscomb, C. Gotay, C. Synder (Eds.) *Outcomes Assessment in Cancer: Measures, Methods, and Applications*, New York: Cambridge University Press, pp. 14-30.
- Gift, H. C. and K. A. Atchison (1995), "Oral Health, Health, and Health-Related Quality of Life", *Medical Care*, NS57-NS77.

- Hays, R. D. and M. F. Shapiro (1992), "An Overview of Generic Health-Related Quality of Life Measures for HIV Research", *Quality of Life Research*, 1(2), 91-97.
- Inglehart, M. R. and R. Bagramian (2002), *Oral Health-Related Quality of Life*, Chicago: Quintessence Publication Co., Inc.
- Jenkinson C.; Coulter A. and L. Wright (1993), Short form 36 (SF36) "Health Survey Questionnaire: Normative Data for Adults of Working Age", *BMJ: British Medical Journal*, 306(6890), 1437-1440.
- Kamarul I. M.; Ismail A. A. A., L. Naing, M. W. B. Wan (2010), "Type 2 Diabetes Mellitus Patients With Poor Glycemic Control Have Lower Quality of Life Scores as Measured by the Short Form-36", *Singapore Med J*, 51(2): 157-162.
- Kejriwal, S.; Bhandary, R., B. Thomas (2014), "Assessment of Knowledge and Attitude of Diabetes Mellitus Type 2 Patients About Their Oral Health in Mangalore", India, *Universal Research Journal of Dentistry*, 4(1), 44.
- Koçyiğit H.; Aydemir Ö, G. Fişek vd. (1999), "Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği: Romatizmal Hastalığı Olan Bir Grup Hasta ile Çalışma", *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-106.
- Kofahl, C.; Doğan, M., G. Doğan, E. Mnich and O. Von Dem Knesebeck (2014), "Quality of Life of Turkish Type 2 Diabetics in Germany and Turkey-A Comparison Between Hamburg and İstanbul", *Ethnicity & Health*, 19(6), 617-630.
- Locker, D. (1988), "Measuring Oral Health: A Conceptual Framework", *Community Dent Health*, 5(1), 3-18.
- Löe, H. (1993), "Periodontal Disease: The Sixth Complication of Diabetes Mellitus", *Diabetes Care*, 16(1), 329-334.
- Lumley T.; Diehr P., S. Emerson, L. Chen (2002), "The Importance of the Normality Assumption in Large Public Health Data Sets", *Annual Review of Public Health*, 23:151-169.
- McGrath C. and R. Bedi (2002), "Population Based Norming of the UK Oral Health Related Quality of Life Measure (OHQoL-UK)", *British Dental Journal*, 193:521-524.
- Mohamed, H. G.; S. B. İdris, M. F. Ahmed, O. E Bøe, Mustafa K., İbrahim S. O. and Åström, A. N. (2013), "Association Between Oral Health Status and Type 2 Diabetes Mellitus Among Sudanese Adults: A Matched Case-Control Study", *PloS one*, 8(12), e82158.
- Mumcu G.; İnanç N, T. Ergun, K. İkiz, M. Güneş, U. İşlek, S. Yavuz, H. Sur, T. Atalay ve H. Direskeneli (2006), "Oral Health Related Quality of Life is Affected by Disease Activity in Behçet's Disease", *Oral Disease*, 12:145-151.
- Nikbin, A.; Bayani, M., N. Jenabian, M. Motallebejad and I. Babol (2014), "Oral Health-Related Quality of Life in Diabetic Patients: Comparison of the Persian Version of Geriatric Oral Health Assessment Index and Oral Health Impact Profile: A Descriptive-Analytic Study", *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13(1), 32.
- Oyapero, A.; Adeniyi, A. A., B. O. Ogunbanjo and A. O Ogbera (2011), "Periodontal Status and Oral Health Related Quality of Life Among Diabetic Patients in Lagos State University Teaching Hospital Ikeja". *Nigerian Journal of Clinical Medicine*, 4(1).

- Patrick, D. L. and P. Erickson (1993), "Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation", *Oxford University Press*, New York.
- Porojan, M.; Poantă, L. and D. L. Dumitra^ocu (2012), "Assessing Health Related Quality of Life in Diabetic Patients", *Rom J Intern Med*, 50(1), 27-31.
- Ryan M. E.; Carnu O. and A. A. Kamer (2003), "The Influence of Diabetes on the Periodontal Tissues", *J Am Dent Assoc*, 134, 34-40.
- Sandberg, G. E. and K. F. Wikblad (2003), "Oral Health and Health-Related Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients and Non-Diabetic Controls", *Acta Odontologica*, 61(3), 141-148.
- Satcher, D. (2000), Oral Health in America, A Report of the Surgeon General. Office of Public Health and Science. United States Department of Health and Human Services, [<http://silknih.gov/public/hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf>], (01.05.2014).
- Schütte, U. and M. Walter (2010), Oral Health-Related Quality of Life, In *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (pp. 1839-1853), Springer New York.
- Slade, G. D. (1997a), The Oral Health Impact Profile, In: G. D. Slade (Ed.), "Measuring Oral Health and Quality of Life", Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina, pp. 93-104.
- Slade, G. D. (1997b), "Derivation and Validation of a Short Form Oral Health Impact Profile", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-290.
- Slade, G. D. (2002), "Assessment of Oral Health-Related Quality of Life (Chapter 4) In: M. R. Inglehart and R. A. Bangramian, Oral Health Related Quality of Life". Quintessence Publishing Co Inc. Chicago 2002:13-28.
- Stewart, A. L., and J. E. Ware (Eds.) (1992), *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*, (Duke University Press).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011), Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, Ankara, Yayın no:816.
- Testa M. A., D. C. Simonson (1996), "Assessment of Quality of Life Outcomes", *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- Van der Steeg, A. F. W.; J. De Vries and J. A. Roukema (2004), "Quality of Life and Health Status in Breast Carcinoma", *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 30(10), 1051-1057.
- Ware Jr, J. E. and B. Gandek (1998), "Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project" *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware Jr, J. E. and C. D. Sherbourne (1992), "The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework And Item Selection", *Medical Care*, 473-483.
- Wood-Dauphinee, S. (2000), "The Canadian SF-36 Health Survey: Normative Data Add to its Value", *Canadian Medical Association Journal*, 163(3), 283-284.

SGD YAYIN İLKELERİ

1. Sosyal Güvenlik Dergisi altı aylık periyotlarla yılda iki kez yayımlanır.
2. Sosyal Güvenlik Dergisi, Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyet alanına ve sosyal güvenlik, sosyal politika ve endüstri ilişkileri disiplinine katkısı olabilecek her alanda çalışmalara yer vererek ülkemizin düşünsel birikimine katkıda bulunmak, toplumda sosyal güvenlik ve sosyal politika bilincini geliştirmek, geleceğe dönük hedef ve beklentileri ortak bir noktada buluşturmak amacıyla yayımlanmaktadır.
3. Dergiye gönderilen yazılar başka bir yerde yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Yazıların uzunluğu yazım kurallarında belirtilen formatta kaynakça hariç en az 5.000 en fazla 8.000 sözcük olmalıdır.
4. Yazılar yayımlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dâhil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayımlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan bilimsel amaçlarla kullanılmak şartıyla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.
5. Yazılar Sosyal Güvenlik Dergisi'ne e-posta olarak gönderilecektir. SGD'ye gönderilen yazıların yazım bakımından son denetimlerinin yapılmış olduğu, yazı için "basıla" verildiği kabul edilecektir. Teslim edilen metinde yazım yanlışlarının olmasının üzerinde olması yazının geri çevrilmesi için yeterli görülecektir. Yazarın adı-soyadı, kısa özgeçmişi, çalıştığı kurum varsa akademik unvanı, açık adresi, elektronik posta adresi ve telefon numarası ayrı bir sayfada gösterilecektir.
6. Dergiye gönderilen yazılar önce Yayın Kurulunca dergi ilkelerine uygunluk açısından incelenir. Uygun görülmeyenler düzeltilmesi için yazarına iade edilir. Düzeltme yapılmış yazılar en geç 2 ay içerisinde Yayın Kuruluna geri gönderilmelidir. Değerlendirme için uygun bulunanlar ilgili alanda iki bağımsız hakeme gönderilir. Hakemlerin ismi gizli tutulur ve raporlar beş yıl süreyle saklanır. Hakem raporlarından biri olumlu biri olumsuz olursa üçüncü hakeme gönderilebilir veya Yayın Kurulu, hakem raporlarını inceleyerek nihai kararı verir. Yazıların değerlendirilmesi sürecinde "kör çift hakem" sistemi uygulanır.
Dergide yayımlanmayan yazılar iade edilmez.
7. SGD'de de Türkçe ve İngilizce dillerinde yazılmış yazılar yayımlanır. Yazı bu dillerden hangisinde yazılmış olursa olsun en az 150 en çok 200 sözcükten oluşan Türkçe ve İngilizce özetler de yazının sonuna eklenerek gönderilecektir. Aynı şekilde, hangi dilde yazılmış olursa olsun yazının başlığının Türkçe ve İngilizce olarak yazıya eklenmesi, ayrıca yine Türkçe ve İngilizce olarak en az 3, en fazla 5 anahtar sözcüğün belirtilmesi gerekmektedir.
8. SGD'de de "yargı kararı incelemeleri"ne yer verilebilir.
9. Yazarlara "Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Ödenecek Telif ve İşleme Ücretleri Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde telif ücreti ödenecektir.
10. Yazara yazının yayımlandığı dergiden 5 adet gönderilecektir.
11. SGD'ye yazı gönderenler Sosyal Güvenlik Dergisi yazı yayımlama ilkelerini kabul etmiş sayılırlar.

SGD YAZIM KURALLARI

1. Yazı, word formatında, 1,5 satır aralığında, ana bölümlerine 12 punto; dipnot, özet, kaynakça, tablo gibi bölümlerinde ise 10 punto harf büyüklüğünde ve (Times New Roman) karakterinde yazılmalıdır.
2. Yazar tarafından yazıda yer alması istenilen görsel malzeme basım tekniklerine uygun olmalıdır.
3. Tablolar ve şekiller metin içinde yer almalıdır. Bütün tablolar ve şemalara başlık ve sıra numarası verilmelidir. Denklemlere de ayrıca sıra numarası verilmeli ve sıra numarası parantez içinde sayfanın sağ tarafında yer almalıdır.
4. Tablolar ve şekiller ayrıca “Excel” formatında gönderilmelidir.
5. Yazının giriş ve sonuç bölümlerine numara verilmemelidir. İzleyen bölümler yalnızca ilk harfleri büyük olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

I. Yollamalar, Dipnot ve Kaynakça

Yazar dipnot yerine metin içinde yollama yapmayı tercih edebilir. Metin içinde yollama yapılması halinde yollamalar parantez içinde gösterilecektir. Metin içinde yapılacak yollamalar ayraç içinde gösterilecektir. Kaynakça da bu yollama sistemine uygun olarak hazırlanacaktır. Aşağıda farklı nitelikteki kaynakların metin içindeki yollamalarda ve kaynakçadaki yazılış biçimleri örneklerle gösterilmiştir:

a) Tek yazarlı kitaplar ve makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):
(Arıcı, 1999:26).

Aynı yazarın, aynı yıl birden fazla eserine yollama yapılması durumunda:
(Arıcı, 1999a:35, 1999b:40).

Kaynakçada:

Arıcı, Kadir (1999a), *Sosyal Güvenlik Dersleri*, (Ankara: Basımevi/Yayınevi Adı)

Arıcı, Kadir (1999b), *Kitap Adı*, (Ankara: Basımevi/Yayınevi Adı)

Metin içindeki yollamada (makale):

(Alper, 1997:10).

Kaynakçada:

Alper, Yusuf (1997), “Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Yaşının Tespiti”, *Dergi Adı*, Cilt, Sayı, sayfa aralığı.

b) İki yazarlı kitaplar ve makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):
(Tuncay ve Ekmekçi, 2011:188).

Kaynakçada:

Tuncay, Can ve Ömer Ekmekçi (2011), *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, (İstanbul: Basımevi/Yayınevi Adı)

Metin içindeki yollamada (makale):

(Tiryaki ve Tatar, 2000:125).

Kaynakçada:

Tiryaki, Derya ve Mehtap Tatar (2000), “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (1),103-132.

c) İkiiden çok yazarlı kitaplar ve makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):

(Fişek, Özşuca vd., 1998:98).

Kaynakçada:

Fişek, Gürhan; Özşuca, Şerife Türcan ve Mehmet Ali Şuğle (1998), *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*, Ankara: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Sosyal Sigortalar Kurumu Yayın No: 598.

İkiiden çok yazarlı makaleler de yukarıdaki örneğe göre kaynakçada yer alacak ve yollamalar da bu örneğe göre yapılacaktır.

d) Derleme yayınlar içinde yer alan makaleler:

Metin içindeki yollamada:

(Riddell, 1994:53).

Kaynakçada:

Riddell, Peter (1994), "Major and Parliment," *The Major Effect*, (Ed: Dennis Kavanagh ve Anthony Seldon), London: Macmillan, 46-63.

Metin içindeki yollamada:

(Üstündağ ve Yoltar, 2007:73-76).

Kaynakçada:

Üstündağ, Nazan ve Çağrı Yoltar (2007), "Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü, Bir Devlet Etnografisi", *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), İstanbul: İletişim Yayınları, 55-9.

e) Kurum Yayınları:

Metin içindeki yollamada:

(Sosyal Güvenlik Kurumu, 2012:Sayfa No).

Kaynakçada:

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2012), *Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik*, Ankara.

f) İnternet Kaynakları:

Metin içindeki yollamada:

(Makal, 2006).

Kaynakçada:

Makal, Ahmet (2006), "Zonguldak ve Türkiye Toplumsal Tarihinin Acı Bir Deneyimi Olarak İş Mükellefiyeti", [http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/makal/ZOKEV.pdf] (05.02.2013).

Metin içindeki yollamada:

(SGK, 2012).

Kaynakçada:

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2012), *Ev Kadınlarına Sağlanan Farklı Sigortalılık Şartları ve Emeklilik İmkânı* (20.12.2012), [http://www.sgk.biz.tr/evkadinlarina-saglanan-farklisigortalilik-sartlari-ve-emeklilik-imbani/] (10.07.2013).

g) Bunların dışında adı uzun çeşitli resmi yayınlara ya da mevzuata metin içinde yapılacak yollamalarda kısaltmalar kullanılmalıdır. Örneğin Devlet Memurları Kanunu için DMK, Ateşli Silahlar ve Bıçaklar Hakkında Kanun için ASBHK gibi.

h) Yollamalar dışındaki açıklamalar için dipnot kullanılmalıdır.