

**3.KENT VE SAĞLIK SEMPOZYUMU**  
**EŞİTSİZLİKLER KAÇINILMAZ MIDIR?**

27-28 MAYIS 2011

**SEMPOZYUM KİTABI**

Editör  
**Evrin EKİZ GÖZLER**

**Bursa – 2011**





**3.KENT VE SAĞLIK SEMPOZYUMU**  
**“EŞİTSİZLİKLER KAÇINILMAZ MIDIR?”**

**SEMPOZYUM KİTABI**

Birinci Baskı

Baskı Yılı : 2011

ISBN NO:  
978-605-5867-44-7

Baskı ve Cilt  
Özsan Matbaacılık

Kapak Tasarım  
**Nejla AKGÜN**

Not: Bu kitapta yer alan konuşma metinlerinin ve bildiri özetlerinin içeriği ile ilgili sorumluluklar yazarların kendilerine aittir

## SUNUŞ

Değerli Katılımcılar,

Bu yıl Kent ve Sağlık Sempozyumlarının üçüncüsünü yapıyoruz. İlk sempozyumda da sağlığın sosyal belirleyicileri ve gelir eşitsizliği - sağlık ilişkisine büyük yer ayrılmıőtı. Bu yıl ise sempozyumun tamamı eşitsizlikler konusuna ayrıldı.

Nancy Adler, “Bir insan hakkında sadece bir şey bilerek sağlığını ve ne kadar yaşayacağını tahmin etmek için sosyal sınıfını öğrenin” diyor. Gerçekten de hem gelişmekte olan hem de endüstrileşmiş ülkelerde sosyal sınıfların sağlığı arasında fark var ve bu fark basamaklı olarak değişiyor. Bir alt sınıftan üst sınıfa geçildiğinde sağlık daha iyi oluyor ve yaşam uzuyor. Kişi başına gelirin düşük olduğu ülkeler için bu bulgu şaşırtıcı değil; ancak en zengin ülkelerde de aynı durum söz konusu. Ayrıca gelir eşitsizliği azaldıkça tüm toplumun sağlığı daha ileri gidiyor.

Halk sağlıklıları olarak hep sağlık için risk etmenlerinin ortaya çıkartılması ve bu risklerle mücadele için çalıştık. Bugün artık çok önemli bir sağlık riski olarak gelir eşitsizliğini ele almamız, etkilerini ortaya koymamız, çareleri göstermemiz ve hükümetleri eşitsizliklerin giderilmesi için önlem almaya yönlendirmemiz gerekiyor.

Bu sempozyumun bu yolda atılmış çok önemli bir adım olacağını düşünüyorum tüm katılımcılara ve emeği geçenlere teşekkür ediyorum.

**Prof. Dr. Necla Tugay Aytekin**

Uludağ Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Başkanı ve  
Sempozyum Onursal Başkanı

Değerli Katılımcılar,

Uzun bir aradan sonra 27 -28 Mayıs 2011 tarihlerinde Nilüfer Belediyesi, Uludağ Üniversitesi ve Bursa Tabip Odası işbirliği ile Üçüncü Kent ve Sağlık Sempozyumunu “Eşitsizlikler Kaçınılmaz mıdır?” temasıyla düzenliyoruz.

Günümüzde uygulanan neoliberal politikalar sonucu küresel yoksulluk artmış, ülkeler arası ve ülke içi zengin ve yoksul arasındaki uçurum giderek büyümüş ve uçurumun yansımaları sonucunda eşitsizlikler daha da derinleşmiştir. Derinleşen eşitsizliklerin nedenlerini ortaya koymak, kentsel alanda yansımalarını saptamak ve yerel yönetimlerin eşitsizlikleri daraltmada rolü olup olmadığını değerlendirmek bu sempozyumun temelini oluşturmaktadır. Sorunun çözümüne ilişkin bir yol haritası çıkarmak amacıyla konuyu ilgili her uğraştan uzman kişiler ve kentlilerle tartışmayı umuyoruz.

Sempozyumun davetli konuşmacı metinleri ve sözlü bildirimlerden oluşan kitabı ile eşitsizlikler konusundaki çalışma alanına önemli katkı yapacağımızı düşünüyoruz.

Etkinliğimizde yer alan, bilimsel katkı koyan ve emek harcayan herkese sonsuz teşekkürlerimizi sunarım.

**Mustafa Bozbey**

Nilüfer Belediye Başkanı  
ve Sempozyum Onursal Başkanı

Değerli katılımcılar,

Kentlilerimizi daha sağlıklı bir geleceğe taşımamızın yollarını aradığımız Kent ve Sağlık Sempozyumlarının ilkinde “sağlıklı bir çevrede yaşamak”, ikincisinde “sağlıklı kent planlama” temalarını gündeme getirmiş, yoğun tartışmalar ve paylaşımlar gerçekleştirmiş ve önemli sonuçlar elde etmiştik.

Uzun bir aradan sonra üçüncü Kent ve Sağlık Sempozyumunu Nilüfer Belediyesi, Uludağ Üniversitesi ve Bursa Tabip Odası işbirliği ile “Eşitsizlikler Kaçınılmaz mıdır?” temasıyla gerçekleştiriyoruz.

Eşitsizlikler, sınıflar arasındaki haksız ve kaçınılabilir yaşamı olumsuz etkileyen farklılıkların azaltılması/ yok edilmesi bakımından büyük önem taşıdığı halde, bilinçli bir biçimde toplumun gündeminden uzak tutulmaktadır. Eşitsizlikler doğrudan yaşamı etkilemektedir ve başta hekimler olmak üzere sağlık alanı ile ilgilenenlerin tümünün ve yaşama eşitlikçi bir izdüşümden bakan herkesin üzerinde duyarlılıkla durması gereken çok önemli bir sorun alanıdır.

Küresel kapitalizmin egemen olduğu günümüzde, uygulanan neoliberal ekonomi politikalarının sonucu olarak yoksulluk giderek artmakta, ülkeler arası ve ülke içi zengin ve yoksul arasındaki uçurum da buna bağlı olarak derinleşmektedir. Erişkinlerin en zengin %1'i küresel mal varlıklarının %40'ına sahip iken, tersine en alttaki %50, küresel servetin yalnızca %1'ine sahiptir ve bu durum yıllar geçtikçe zenginlerin yararına değişmektedir.

Derinleşen eşitsizliklerin nedenlerini ortaya koymak, kentsel alanda yansımalarını saptamak ve yerel yönetimlerin eşitsizlikleri daraltmada rolü olup olmadığını değerlendirmek amacıyla düzenlediğimiz sempozyumun, konuyu ilgili her uğraştan uzman kişiler ve kentlilerle tartışmak ve eylem planları yapmak için uygun bir ortam yaratacağını umuyor, katılımınız için teşekkür ediyoruz.

Eğer Sempozyum eşitsizlikleri toplumun gündemine getirmek için bir fırsat sağlamış olursa, bundan büyük bir mutluluk duyacağız.

**Prof. Dr. Kayıhan Pala**

Bursa Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı ve  
Sempozyum Başkanı

**BİLİM KURULU**

## İÇİNDEKİLER

SUNUŞ .....	4
<b>DAVETLİ KONUŞMACI METİNLERİ</b>	
HEALTH INEQUALITIES AND FAIR SOCIETY .....	18
<b>SAĞLIK HAKKI VE TİCARİLEŞME...</b> .....	26
TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER .....	30
<b>SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK KONUSUNDA YÖNTEM.....</b> .....	31
SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE SOSYAL SINIFIN ETKİSİ: MANİSA ÖRNEĞİ .....	39
<b>TÜRKİYE'DE EŞİTSİZLİKLER: KALICI EŞİTSİZLİKLERE GENEL BİR BAKIŞ .....</b>	45
SAĞLIKTA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM VE EŞİTSİZLİKLERE ETKİSİ .....	63
<b>“EŞİTSİZLİKLERİN GÖRÜNÜR KILINMASINDA MEDYANIN ROLÜ EŞİTSİZLİKLERİN KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARI İLE SUNUMU” .....</b>	73
EŞİTSİZLİKLERİN GİDERİLMESİNDE YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ .....	76
<b>EŞİTSİZLİKLER KAÇINILMAZ MIDIR? İZMİR, KARŞIYAKA ÖRNEĞİ .....</b>	82
YALVAÇ'IN SOSYO KÜLTÜREL DOKUSU VE GELECEĞE YÖNELİK KENTSEL YÖNETİM POLİTİKALARI İÇERİSİNDE HASSAS GRUPLARIN ÖNEMİ.....	85
<b>“EŞİTSİZLİKLERİN AZALTILMASINDA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ”.....</b>	93
EŞİTSİZLİKLER KAÇINILMAZ MIDIR? YEREL YÖNETİMLER NE YAPABİLİR? .....	99
<b>SÖZLÜ BİLDİRİLER</b>	
<b>BİR NİTELİKSEL ARAŞTIRMA: YENİ ÖLÜM BİLDİRİM SİSTEMİNİN İŞLEYİŞ SORUNLARININ İZMİR İLİ ÖRNEĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ .....</b>	104
ÇOCUK SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN OYUN ALANLARINDA YAŞANAN EŞİTSİZLİKLER: KONYA ÖRNEĞİ.....	106
<b>DURKHEİM VE RAWLS AÇISINDAN SOSYAL EŞİTSİZLİKLERİN NEDENLERİ VE GİDERİLME YOLLARI .....</b>	108
EŞİTSİZLİKLER KARŞISINDA TOPLUMDAN YANA PSİKOLOJİ PRATIĞI MÜMKÜN MÜ? .....	109
<b>İKİ KERE EŞİTSİZLİK: OBEZ BİR ENGELLİ OLMAK .....</b>	110
KADINLARIN YOKSULLUK VE ZENGİNLİK KAVRAMSALLAŞTIRMASI.....	111
<b>KAMUSAL ALAN VE KAMUSAL MEKÂNIN DÖNÜŞÜMÜ MEYDAN'DAN AVM AVLUSUNA: BURSA KENT MEYDANI ÖRNEĞİ .....</b>	112
KIRSAL KADINLARIN MADDİ YAŞAM DENEYİMLERİ VE KENTSEL EMEK PİYASASI .....	114
<b>MEKANDA VE YAŞAMDA EŞİTSİZLİK - ÇAMLIPINAR MAHALLESİ ÖRNEĞİ .....</b>	115
TOPLUMSAL CİNSİYET VE MEKAN: ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ .....	116
<b>TÜRKİYE'DE ERİŞKİNLERDE AŞIRI KİLOLULUĞA İLİŞKİN SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLER BÖLGELERARASI BİR DEĞERLENDİRME .....</b>	117
TÜRKİYE'NİN İSTATİSTİKİ BÖLGELERİ ARASINDAKİ BEBEK ÖLÜM HIZI EŞİTSİZLİKLERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER .....	118
<b>POSTER BİLDİRİLER</b>	
<b>GÖÇ VE KADIN.....</b> .....	122
GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ ERGENLERDE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER .....	123
<b>KENTSEL YEŞİL ALANLARIN YAŞAM KALİTESİNE KATKILARININ TANIMLANMASI - İSTANBUL ÖRNEĞİ.....</b> .....	125
KKTC'NDE SAĞLIK HAKKI VE EŞİTLİK .....	126
<b>KÖYDEN KENTE GÖÇ EDEN KADINLARIN FARKLILAŞAN MEKÂN KULLANIM PRATİKLERİ .....</b>	127
MODERNİTE VE DINDARLIKTA KADIN-ERKEK EŞİTSİZLİĞİ .....	128
<b>SAĞLIĞIN TANIMI VE SAĞLIKTA EŞİTLİK İLİŞKİSİ.....</b> .....	130
YAYA ÜST GEÇİTLERİ KULLANIMININ EŞİTSİZLİKLER BAĞLAMINDA İRDELENMESİ .....	131



- Prof. Dr. Ayşe AKIN (Başkent Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Feride AKSU TANIK (Ankara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Birgül AYMAN GÜLER (Ankara Üniv. Siyasal Bil. Fak. Siy. Bil. ve Kamu Yön. Böl.)  
Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN (Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD (emekli))  
Prof. Dr. Korkut BORATAV (Ankara Üniv. Siyasal Bil. Fak. İktisat Böl. (emekli) )  
Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU (Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD )  
Prof. Dr. Neslihan DOSTOĞLU (Uludağ Üniv. Mimarlık Fak. Mimarlık Böl. )  
Prof. Dr. İrfan ERDOĞAN (Gazi Üniv. İletişim Fak. Halkla İliş. ve Tanıtım Böl. )  
Prof. Dr. Seyhan ERDOĞDU (Ankara Üniv. Siyasal Bil. Fak. Çalışma Ekon. ve End. İliş. Böl. )  
Prof. Dr. Melih ERSOY ( ODTÜ Mimarlık Fak. Şehir ve Böl. Planlama Böl.)  
Prof. Dr. Çağatay GÜLER (Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU (Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR (İstanbul Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ (Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Kayıhan PALA (Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Sinan SÖNMEZ (Atılım Üniv. İşletme Fak. İktisat Böl.)  
Prof. Dr. İlhan TEKELİ (ODTÜ Mimarlık Fak. Şehir ve Böl. Plan. Böl. (emekli))  
Prof. Dr. Necla TUGAY AYTEKİN (Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL (Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. Faruk ATAAY (Akdeniz Üniv. İkti. ve İdari Bil. Fak. Kamu Yönetimi Böl.)  
Doç. Dr. Ferruh AYOĞLU (Karaelmas Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. İlker BELEK (Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. Murat CİVANER (Uludağ Üniv. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD)  
Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU (Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK (Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. Tacettin İNANDI (Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. Emel İRGİL (Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. Bülent KILIÇ (Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Doç. Dr. Semra SOMERSAN (Bilgi Üniv. Fen Ed. Fak. Sosyoloji Böl.)  
Doç. Dr. Murat Cemal YALÇINTAN (Mim. Sinan Üniv. Mimarlık Fak. Şehir ve Böl. Plan. Böl.)  
Doç. Dr. Mehmet ZENCİR (Pamukkale Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Yrd. Doç. Dr. Ayşen CANDAS (Boğaziçi Üniv. Siyaset Bil. ve Ulus. İliş. Böl.)  
Yrd. Doç. Dr. Ata SOYER (Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Yrd. Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ (Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)  
Öğr. Gör. Dr. Ahmet SOYSAL (Dokuz Eyl. Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)





### **SEMPOZYUM ONURSAL BAŞKANLARI**

Prof. Dr. Nejla TUGAY AYTEKİN  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı

Mustafa BOZBEY  
Nilüfer Belediye Başkanı

### **SEMPOZYUM BAŞKANI**

Prof. Dr. Kayıhan PALA                      Bursa Tabip Odası Başkanı

### **SEMPOZYUM SEKRETERİ**

Evrım Ekiz Gözler                              Nilüfer Belediyesi

### **DÜZENLEME KURULU**

Nejla Akgün	Nilüfer Belediyesi
Dr.Emrullah Aksoy	Bursa Tabip Odası
Saliha Dülger	Bursa Tabip Odası
Turgay Erdem	Nilüfer Belediyesi
Dr.Kenan Ergus	Bursa Tabip Odası
Hülya Güven	Nilüfer Belediyesi
Aşıyan Karaçay	Nilüfer Belediyesi
Aylin Kıral	Nilüfer Belediyesi
Serap Martkaya	Bursa Tabip Odası
Şafak Pala	Nilüfer Belediyesi
Dr. Şeref Tuzcu	Nilüfer Belediyesi
Yrd. Doç. Dr. Alpaslan Türkkan	Uludağ Ün. Tıp Fak.
İlknur Yavuz	Nilüfer Belediyesi



## BİLİMSEL PROGRAM

**1. Gün**                      **27 Mayıs 2011**

08.00 - 09.00      *Kayıt*

09.00 - 09.30      *Açılış*

09.30 - 10.30      *Konferans*

*Eşitsizlikler ve Adil Toplum*

*Oturum Başkanı :*

**Prof. Dr. Necla Tugay Aytekin**

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi*

*Halk Sağlığı AD Başkanı*

*Konuşmacı :*

**Dr. Michael Grady**

*Londra Üniversite Koleji Öğretim Üyesi*

*Marmot Araştırma Ekibi Üyesi*

10.30 - 11.00      *Çay kahve arası*

11.00 - 12.00      *Konferans*

*Eşitsizliklerin İktisadi Temelleri*

*Oturum Başkanı :*

**Doç. Dr. Tacettin İnandı**

*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi*

*Halk Sağlığı AD*

*HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği) Başkanı*

*Konuşmacı:*

**Metin Çulhaoğlu**

*Gazeteci – Yazar*

12.00 - 13.30      *Öğle Yemeği*

13.30 - 14.30      *Konferans*

*Eşitsizliklerin Gösterilmesinde Yaşanan Zorluklar*

*Oturum Başkanı :*

**Doç. Dr. Bülent KILIÇ**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi*

*Halk Sağlığı AD*

*Konuşmacı:*

**Mustafa Sönmez**

*Gazeteci*



14.30 -15.00 Çay kahve arası

15.00 - 16.00 Konferans  
**Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler**

*Oturum Başkanı :*  
**Prof. Dr. Feride Aksu Tanık**  
**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Halk Sağlığı AD Başkanı**

*Konuşmacı :*  
**Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu**  
**Kocaeli Üniversitesi**  
**Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

16.00 - 16.30 Çay kahve arası

16.30 - 18.30 Davetli Bildiriler  
*Oturum Başkanı :*  
**Doç. Dr. Murat Civaner**  
**Uludağ Üniversitesi**  
**Tıp Fakültesi Deontoloji AD**

**Antalya’da Sınıfsal Eşitsizlikler**  
**Doç. Dr. İlker Belek**  
**Akdeniz Üniversitesi**  
**Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

**Sağlık Hizmetlerine Erişimde Sosyal Sınıfın Etkisi Manisa Örneği**  
**Uzm. Dr. Nasır Nesanır**

**Nilüfer’de Sağlıkta Eşitsizlikler**  
**Yrd. Doç. Dr. Alpaslan Türkkkan**  
**Uludağ Üniversitesi**  
**Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

**İstihdamın Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgisi**  
**Doç. Dr. Yücel Demiral**  
**Dokuz Eylül Üniversitesi**  
**Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

**Türkiye’de Tedavi Edici Hizmetlere Erişim Açısından Eşitsizlikler**  
**Uzm. Dr. H. Aslı Davas Aksan**  
**Ege Üniversitesi**  
**Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

19.00 Kokteyl, Fotoğraf Yarışması Ödül Töreni ve Konser



**2. Gün**

**28 Mayıs**

09.00 - 10.15

*Davetli Bildiriler*

*Oturum Başkanı :*

**Prof. Dr. Hamdi Aytekin**

**Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi**

**Halk Sağlığı AD (Emekli)**

**Türkiye’de Eşitsizliklere Genel Bir Bakış**

**Yrd. Doç. Dr. Ayşen Candaş**

**Boğaziçi Üniversitesi**

**Siyaset Bilimi ve Uluslar Arası İlişkiler Böl.**

**Toplumsal cinsiyet eşitliği : Türkiye nerede?**

**Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu**

**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

**Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm Ve Eşitsizliklere Etkisi**

**Yrd. Doç. Dr. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar**

**Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Sağlık Kurumları Yönetimi Böl.**

10.15 - 10.30

*Çay kahve arası*

10.30 - 12.00

*Sözlü bildiri sunumları*

**Bir Niteliksel Araştırma: Yeni Ölüm Bildirim Sisteminin İşleyiş Sorunlarının İzmir İli Örneğinde Değerlendirilmesi**

**Raziye Özdemir Bilim Uzmanı Ebe, E.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Doktora Öğrencisi**

**İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kontrol Birimi, İzmir Kanser Kayıt Merkezi,**

**Doç. Dr. Zeliha Öcek Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

**Çocuk Sağlığı ve Güvenliği Açısından Oyun Alanlarında Yaşanan Eşitsizlikler: Konya Örneği**

**Öğr. Gör. Dr. Mehmet Lütfi Hidayetoğlu, Selçuk Üniversitesi, Güzel Sanatlar Fakültesi,**

**İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Bölümü**

**Durkheim ve Rawls Açısından Sosyal Eşitsizliklerin Nedenleri ve Giderilme Yolları**

**Prof. Dr. Ahmet Ulvi Türkbağ, Galatasaray Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Hukuk**

**Felsefesi ve Sosyolojisi AD**

**Eşitsizlikler Karşısında Toplumdan Yana Psikoloji Pratiği Mümkün Mü?**

**Toplumsal Dayanışma İçin Psikologlar Derneği Adına Gülşah Toy, Psikolog**

**İki Kere Eşitsizlik: Obez Bir Engelli Olmak**

**Gülbiz Alkan, Sosyolog, Nilüfer Belediyesi Engelliler Hizmet Birimi**

**Gülşah Toy, Psikolog Nilüfer Belediyesi Engelliler Hizmet Birimi**



**Kadınların Yoksulluk ve Zenginlik Kavramsallaştırması**

**Yrd.Doç.Dr Fatime Güneş, Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü**

**Kamusal Alan Ve Kamusal Mekânın Dönüşümü Meydan’dan AVM Avlusuna: Bursa Kent Meydanı Örneği**

**Pınar Yurdadön, Şehir Plancısı, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, İstanbul Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü Kentleşme ve Çevre Sorunları AD yüksek lisans öğrencisi**

**Kırsal Kadınların Maddi Yaşam Deneyimleri ve Kentsel Emek Piyasası**

**Yard. Doç. Dr Nadide Karkıner Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü**

**Mekanda ve Yaşamda Eşitsizlik- Çamlıpınar Mahallesi Örneği**

**Ar. Gör. Dr. Evren Erdin, Dokuz Eylül Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Şehir ve Bölge Planlama Bölümü,**

**Yrd. Doç. Dr. Hayat Zengin Dokuz Eylül Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Şehir ve Bölge Planlama Bölümü**

**Toplumsal Cinsiyet ve Mekan: Eskişehir Örneği**

**Buşra Demircioğlu Dumlupınar Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Sosyoloji Bölümü**

**Türkiye’de Erişkinlerde Aşırı Kiloluluğa İlişkin Sosyoekonomik Eşitsizlikler:**

**Bölgelerarası Bir Değerlendirme**

**Öğr. Gör. Işıl Ergin, Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD ,**

**Uzm. Dr. Hür Hassoy Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir Türkiye,**

**Prof. Dr. Anton Kunst, Academic Medical Centre (AMC), Amsterdam Üniversitesi, Halk Sağlığı AD, Amsterdam, Hollanda.**

**Türkiye’nin İstatistikî Bölgeleri Arasındaki Bebek Ölüm Hızı Eşitsizlikleri İle İlişkili Faktörler**

**Doç. Dr. Zeliha Öcek, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,**

**Doç. Dr Meltem Çiçeklioğlu Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

12.00 - 13.00 Öğle yemeği

13.00 - 14.00 Panel  
Kent, Küreselleşme ve Eşitsizlikler

**Oturum Başkanı :**

**Nizamettin Kaya**

**TMMOB Mimarlar Odası Bursa Şube Başkanı**

**Konuşmacılar :**

**Küreselleşme İle Derinleşen Eşitsizliklerin Mekansal Yansımaları**

**Doç. Dr. Murat Cemal Yalçınan**

**Mimar Sinan Üniversitesi Mimarlık Fakültesi**

**Şehir ve Bölge Planlama Bölümü**



*Kentlerimizde Planlama, Sınıfsal Sonuçları ve Mekansal Adalet*  
**Doç. Dr. Çağatay Keskinok**  
*ODTÜ Mimarlık Fakültesi*  
*Şehir ve Bölge Planlama Bölümü*

14.00 - 14.30 Çay kahve arası

14.30 - 16.15 *Panel*  
*Eşitsizliklerin Görünür Kılınmasında Medyanın Rolü*

*Oturum Başkanı :*  
**Özcan Yazıcı**  
*Bursaport Genel Yayın Yönetmeni*

*Konuşmacılar :*  
*Eşitsizlik Olgusu ve Kütle İletişim Araçlarının Kullanımı*  
**Prof. Dr. İrfan Erdoğan**  
*Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi*  
*Halkla İlişkiler ve Tanıtım AD*

**Ferai Tınç**  
*Hürriyet Gazetesi yazarı*  
*Uluslar arası Basın Enstitüsü Türkiye sorumlusu*

**Esat Kaplan**  
*Olay TV Haber Müdürü*

**Fırat Yılmaz**  
*AS TV Haber Müdürü*

**Erdinç Karakaş**  
*Line TV Haber Merkezi Sorumlusu*

16.15 - 16.30 Çay kahve arası

16.30 - 18.30 *Yuvarlak Masa Toplantısı*  
*Eşitsizliklerin Azaltılmasında Yerel Yönetimlerin Rolü*

*Oturum Başkanı :*  
**Erdem Saker**  
*Bursa Büyükşehir belediyesi Eski Başkanı*

*Konuşmacılar :*

**Bülent Tanık**  
*Çankaya Belediye Başkanı*  
*Çankaya / ANKARA*



*Ahmet Kurt*  
*Tonya Belediye Başkanı*  
*Tonya / TRABZON*  
*Doğu Karadeniz Belediyeler Birliği Adına*

*Cevat Durak*  
*Karşıyaka Belediye Başkanı*  
*Karşıyaka / İZMİR*  
*Ege Belediyeler Birliği Adına*

*Tekin Bayram*  
*Yalvaç Belediye Başkanı*  
*Yalvaç / ISPARTA*  
*Akdeniz Belediyeler Birliği Adına*

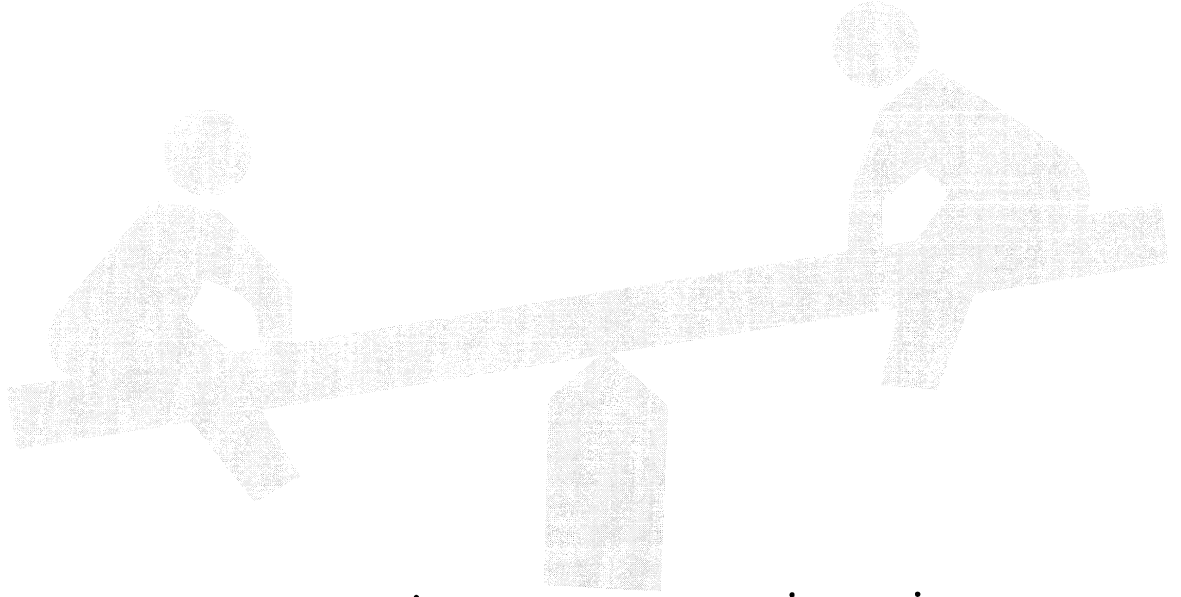
*Mehmet Ellibeş*  
*Gölcük Belediye Başkanı*  
*Gölcük / KOCAELİ*  
*Sağlıklı Kentler Birliği Adına*

*Mustafa Bozbey*  
*Nilüfer Belediye Başkanı*  
*Nilüfer / BURSA*

18.30 - 19.00 *Kapanış*







## **DAVETLİ KONUŞMACI METİNLERİ**



## HEALTH INEQUALITIES AND FAIR SOCIETY

**Dr Michael GRADY\***

*\*Marmot Review Team, University College London.*

### Introduction

This paper provides a synopsis of the evidence and recommendations of the WHO Commission on the Social Determinants of Health Report (2008)<sup>1</sup> and summarises the relevant evidence and recommendations from the Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010 'Fair Society, Healthy lives.'<sup>2</sup> Priority issues, the evidence base and future policy direction will also be considered with particular reference to delivery systems and the role of Local Government.

### Context

There has been greater attention given to the issue of health inequalities in recent years. Tackling Health Inequalities is one of the key priorities of the European Commission Health Strategy 'Together for Health 2008-2013.'<sup>3</sup> Additionally, the WHO Commission on the Social Determinants of Health 'Closing the Gap in a Generation'<sup>4</sup> marked a key milestone in international, regional and national attention concerning the social determinants of health. This report aimed to create and mobilise an action on the social determinants in order to achieve health equity and the absence of avoidable, systematic differences in health between groups and within and between countries.

The Commission proposed three principle of action to tackle health inequalities:

1. Improve the conditions of daily living – the circumstances in which people are born, grow, live work and age.
2. Tackle the inequitable distribution of power, money and resources – the structural drivers of those conditions of daily life – globally, nationally and locally.
3. Measure the problem, evaluate action, expand the knowledge base, develop a workforce which is trained in the social determinants of health and raise public awareness of the issues.

Recommendations for action were set out to address:

Early child development and education, the built environment and sustainable development, employment arrangements and working conditions, social protection, health care systems, health equity in all policies,

1 Commission on the Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation. WHO and Commission on Social Determinants of Health.

2 Marmot M. (2010) Fair Society, Healthy Lives. Marmot Review.

3 European Commission (2007) White paper. Together for Health : A strategic approach for the EU 2008-13 <http://ec.europa.eu/health/ph.overview/documents/com2009en.pdf>.

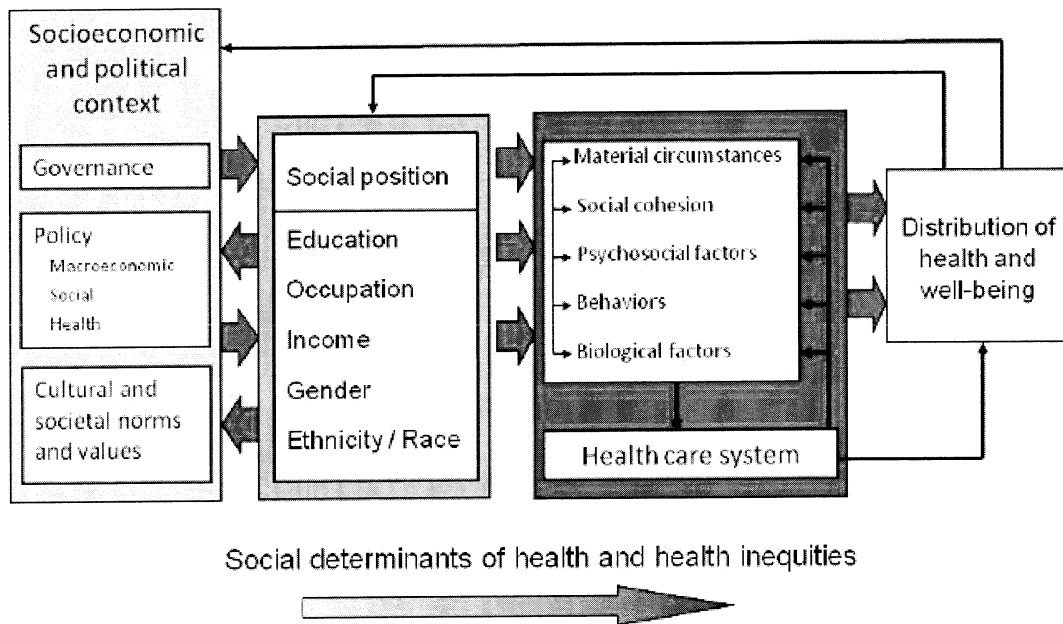
4 Commission on social determinants of health (2008) op cit



fair financing, market responsibility, gender equity, political empowerment and voice, global governance and monitoring ,training and research. These recommendations and the overarching conceptual framework for the review provide a coherent evidence base for analysis and action to address health inequalities.

The conceptual framework for the Commission on the Social Determinants of Health review is set out at Figure 1.

Figure 1 Commission on Social Determinants of health.



### Fair Society, Healthy Lives<sup>5</sup>

Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review) was commissioned by the English Government to consider the best evidence and to make recommendations to guide policy and practice for the period after 2010 taking a short, medium and long term view.

The review commissioned ten major task groups to examine the evidence and to make recommendations.

*The tasks groups were :*

Early Child Development	Economic Analysis
Employment Arrangements and Working Conditions	Delivery Systems and Mechanisms
Social Protection.	Priority Public Health Conditions
The Built Environment	Social Inclusion and Social Mobility

5 Marmot M. (2010) op cit

The evidence which emerged was clear. Health Inequalities arise from social inequalities and relate to health through experience in early childhood, education, working conditions and employment, level of income distribution communities and places and public health conditions.

These conditions lead to an accumulation of both disadvantage and health hazard throughout life with early childhood experiences having a most profound lifelong effect.

The stress and lack of control that results from disadvantage and adverse conditions leads to poor mental wellbeing and physical health. This persistent inequality of social class is overlaid with disadvantage of gender, ethnicity, sexual orientation, disability, age, religion and belief.

Robust evidence showed education to be a key determinant of life chances with boys, some ethnic minority groups and the less well-off failing to flourish from a remarkably young age.<sup>6</sup> Other reviews have confirmed this finding.<sup>7</sup>

Differences in health are not a division between the best off and the worst but are often observed as gradients with life expectancy declining with every step down the socio-economic scale. Social policy and activity to address health inequities in England have, for the most part, targeted the most vulnerable and disadvantaged groups.<sup>8</sup> This seems to be a general weakness in approach. Evidence from a number of European Cities and Regions suggests that a lack of understanding of the social determinants of health and the relevance of the social gradient means initiatives are all too frequently targeted at the most disadvantaged. The evidence of the social gradient challenges that approach.

If health inequalities are graded then all people lose out proportionate to their position on the gradient with the exception of those at the very top. It is right to focus special efforts on those who are the most disadvantaged but this alone will not address the steepness of the social gradient in health. Focussing only at the bottom of the gradient means tackling only part of the problem and even if successful fail to tackle inequalities which exist for other socio-economic groups.

There is evidence that the steepness of the social gradient in health varies within and between countries and also varies over time.<sup>9</sup> The review argues that to reduce the steepness of the gradient actions need to be taken which are universal but with a scale and intensity proportionate to disadvantage. The greater the disadvantage the greater the intensity of effort and investment required to achieve similar outcomes.

The evidence of the English review also identified that inequalities accumulate across the life course and relate to socio-economic status with early child experience having the most profound effect throughout life. Economic disadvantage is reinforced to the next generation exacerbated by other inequalities driven by gender, ethnicity, religion, disability sexual orientation or belief. The cumulative effects of hazard and disadvantage throughout life produce a finely graded social patterning of ill health and premature death. In particular educational inequalities have an impact over the life span not just in educational attainment. Differences in participation in education start early in life and persist throughout life impacting on life chances, wealth, and access to housing and poorer health.

The evidence identifies a clear social gradient in health related to educational status with graduates being

6 Equality and Human Rights Commission (2011) How fair is Britain: The 1st Triennial Review. EQHR London

7 Allen G (2011) Early Intervention: The Next Steps. HM Government .London

8 Marmot M (2010) op cit

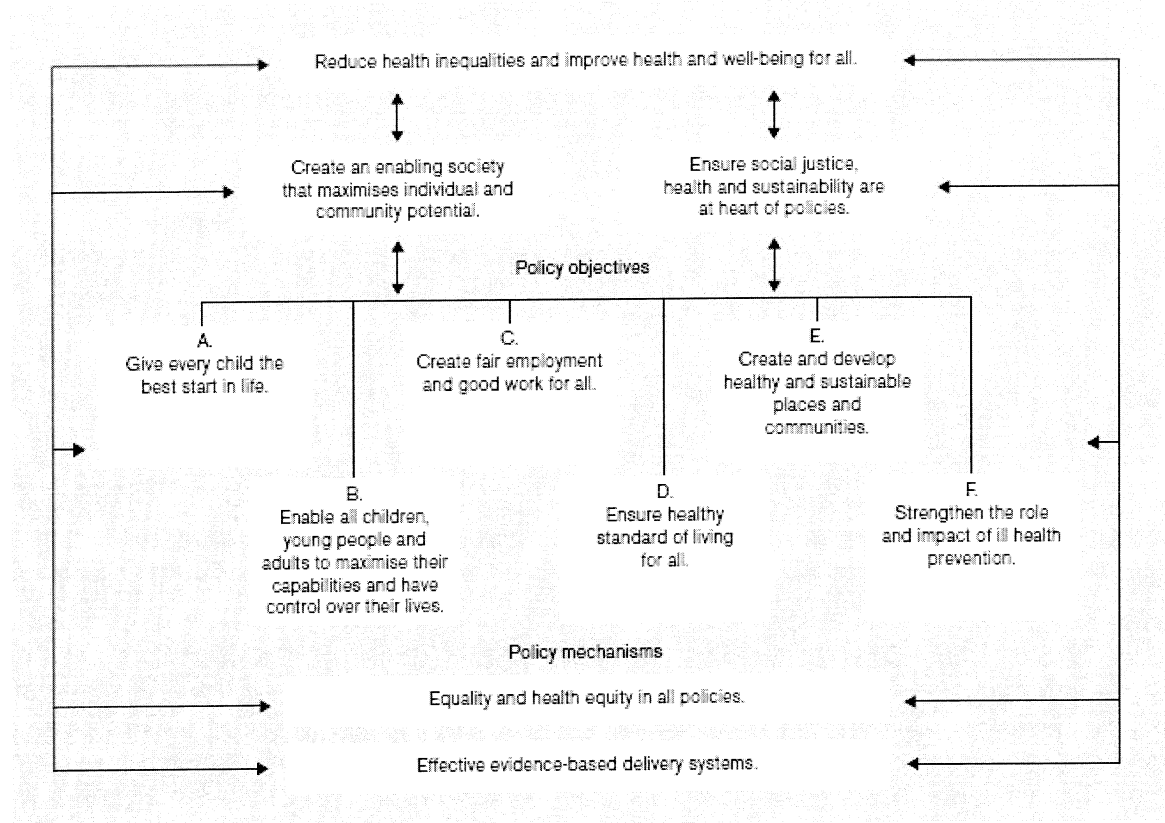
9 Siegler V, Landford A, and Johnson B (2008) Regional differences in male mortality using the National Statistics Socio-economic classification 2001 -3 . ONS



significantly healthier than those with no qualification.

The Marmot strategic review developed an explicit conceptual framework (Figure2)

Figure 2: Conceptual framework: Fair Society, Healthy Lives



This clarifies the overall aim of the review was to reduce health inequalities and health and wellbeing for all. This linkage of health and wellbeing was seen as an important development. Mental wellbeing was identified as having a significant influence on shaping physical health as well as being important to individuals and as a societal measure. Evidence demonstrates that mental wellbeing is a key determinant of physical health, educational attainment, health behaviour, employment and earnings as well as social relations engagement and a sense of belonging.

On this basis the review proposed two overarching policy goals:

- Creating an enabling society that maximises individual and community potential
- Ensuring social justice, health and sustainability are at the heart of all policy making.

Giving people and communities a 'voice' was seen as an essential prerequisite to addressing health inequalities

and prompting equity. “Democracy has to be judged not just by the institutions which formally exist but by the extent to which differing voices from diverse sections of people can actually be heard”.<sup>10</sup>

The review then recommended action in England is taken on the social determinants of health through 6 policy objectives:

- Give every child the best start in life.  
Early childhood experience has a profound effect on health and development throughout life with the foundations of key aspects of development (physical, intellectual and emotional) laid at this stage.
- Enable all children, young people and adults to maximise their capabilities and have control over their lives  
Educational attainment is one of the key predictors of physical health and mental wellbeing as well as income, employment and quality of life.
- Create fair employment and good work for all.  
Being in good employment is protective of health and wellbeing. Getting people into work is of critical importance. Work needs to be able to offer a decent wage, opportunities for development flexible and offer protection from adverse conditions which can damage health.
- Ensure healthy standard of living for all.  
Income levels from wages and social protection systems should support healthy living including nutrition, physical activity, social interaction, transport etc.
- Create and develop healthy and sustainable places and communities.  
Places and communities are important for physical and mental wellbeing. Social capital within communities promotes resilience and wellbeing.
- Strengthen the role and impact of ill health prevention.  
Ill health prevention and early detection should be scaled up across the social gradient.

Action consistent with these policy recommendations is essential if the social determinants of health inequalities are to be tackled across the social gradient and if greater fairness and social justice are to be developed. Individual health and wellbeing is influenced by the circumstances of people’s lives, their access to services, employment and relative income significantly by the place and social networks within which they live. Many urban areas are marked by spacial segregation by social class with concentrations of unhealthy or potentially unhealthy housing and poor social networks with a lack of social support across the social gradient.<sup>11</sup>

#### Social capital and health.

Levels of social capital are shaped by the ability of communities to have a voice and participate and influence decisions about resource allocation and the future. Communities facing the abrasive effects of multiple deprivations are perceived as being less safe less safe with lower levels of trust and less reciprocity.<sup>12</sup> Low levels of stress, isolation and depression are often marked features of such communities. The most powerful sources of such stress can be identified as low social status, lack of social network and stress in early life.<sup>13</sup> People who are socially isolated have a significantly greater chance of dying prematurely with social networks

10 Sen A (2010) The Idea of Justice. Penguin Books .London

11 Young Foundation (2009) Sinking and Swimming: Understanding Britain’s unmet need. <http://www.youngfoundation.org/files/images/YF-needsreport-screen.pdf>

12 Home Office (2001) Citizen Survey: People, Families and Communities. HMSO. London

13 Wilkinson R and Pickett K. (2009) The Spirit Level. Peguin.London



providing and promoting higher levels of resilience.<sup>14</sup>

Addressing health, wellbeing and resilience.

Evidence concerning the development of individual and collective resilience is growing although there is still some way to go. There is evidence of the interlinkage of health and social capital. People who have stronger social networks self-report as being happier.<sup>15</sup> Participation which leads to overall improvement in life skills improves self-confidence and self-esteem. Increased social contact and social support enhances self-confidence and social status reducing isolation and stress.<sup>16</sup> Individuals need communities and communities need individuals to thrive.<sup>17</sup> This suggests that opportunities need to be created to enhance participation to address the inequalities gap which undermines the solidarity which binds citizens and wider society. “A politics of the common good would make the case for building the infrastructure of civic life drawing people out of gated communities and into the common space of democratic citizenship”.<sup>18</sup> Such an approach focussed on co-production of health and wellbeing encourages communities to participate on an equal basis and to exercise knowledge and capabilities which increase self-confidence and self-reliance.

The Health Inequalities Challenge.

The challenge is significant and the barriers to progress considerable. The Marmot Review undertook a critique of policy implementation in England in the past decade. Policy approaches have struggled to reduce health inequalities although overall life expectancy has risen dramatically for all social groups. In summary the following issues emerged from the analysis:

- Initiatives have not systematically addressed the causes of the causes of ill health but focussed on easier more proximal causes through behaviour change programmes.
- There has been a lack of focus on the social gradient.
- Crosscutting action and an all policy focus on health equity has been hampered by a lack of coordinated policies across government departments.
- Social policy has seen a proliferation of small scale targeted policies with short timescales and a quick win ethos.

Similar issues can be evidenced from experience across the European Region. Multi-disciplinary and multi-agency partnership working has proved difficult and lack of coordination has resulted in contradictory policy objectives and initiatives. The lack of alignment at a national region and local level of policy limits the level of synergy which can be achieved to impact on intransigent health inequalities. There is also a lack of evidence of what works and the ability to transfer what works across agency and disciplinary boundaries.

Collaborative Partnerships.

14 Marmot M (2010) op cit

15 Grady M (2010) Community Development and Health Improvement. Doctoral Thesis. [www.mdx.ac.uk](http://www.mdx.ac.uk)

16 Bynner J and Hammond C. (2004) The Benefits of Adult Learning in Schuller T et al (Eds) The Benefits of Learning; the impact of learning on health, family life and social capital.

17 Friedli L. (2009) Mental Health, Resilience and Inequalities. WHO Regional Office for Europe. Denmark.

18 Sandell M (2009) A new politics of the common good. Lecture 4: Reith Lectures 2009.p11. <http://download.bbc.co.uk/cm/http/radio4/transcript/2009/20096/reith/anewpolitics.rft> 09.07.09



If 'the causes of the causes' of health inequalities are multi-factorial across early childhood development, education, work, place and community, transport and income, it is unlikely that any single strategy or action which relies on intervention in one part of the system will be effective or create the synergy necessary to reduce overall health inequalities. Concerted effort, of sufficient scale and intensity will be required across the whole range of interacting factors that shape health and wellbeing and promote resilience and mutual support. This includes early child development and education, employment and working conditions, housing, place shaping and neighbourhoods, transport and an adequate standard of living to participate fully in society and influence decision-making.

Addressing health inequalities requires adopting a 'whole system' approach to addressing complex, multi-causal and adaptive problem and new forms of political, civic and executive leadership founded in public participation.<sup>19</sup> The implementation challenges lies in collaborative partnership working between a wide range of public, private and voluntary and community organisations. This kind of whole system partnership must aim to secure shared understanding, joint priorities, and policy alignment at all levels underpinned by shared values and collective alignment of available finance.<sup>20</sup>

Such partnerships would focus on creating the conditions within which individual people and communities would take control of their of health and lives. This would allow a move to greater co-production of strategy and action to address collective health and wellbeing. This lays at the core of a progressive universalist approach to health inequalities.

#### The Social Determinants of Health and Local Government.

There has been growing interest in the role local government can play in addressing the social determinants of health. In part this has developed as a consequence of decentralisation and localism and evidence that centrally driven policy should provide inspirational and consistent leadership based on influence whilst promoting more dispersed local leadership to support local delivery based on co-production and the encouragement of public participation shift power away from the centre and facilitating local action with local solutions.

The Marmot Review has argued for a greater emphasis on the role of local government in addressing the social determinants of health in England. This was seen as consistent with English Local Government's role in:

- Providing community leadership and extending civic participation
- Securing the health and wellbeing of local people and communities
- Place shaping and place shielding
- Acting as a major source of local investment, employment and income.

Across Europe there is considerable interest in local government action to address health inequalities. The considerable diversity in government structures, legislation and accountability suggests there are significant difference in the power and influence to act with different levels of understand and capacity. Nevertheless, there is a clear commitment to address the social determinants. To capitalise on that commitment consideration will need to be given to developing capacity and capability in partnerships working, policy alignment and action learning.

<sup>19</sup> Bennington J and Hartley J (2009) Whole System Go! Improving Leadership across the whole public system. Action is essential because of the human and economic costs.

<sup>20</sup> Seymour M (2009) Do Local Strategic Partnerships provide collaborative advantage for health improvement. Unpublished Masters Dissertation.





## Conclusion

The burgeoning volume of evidence from major national and international reviews has extended understanding and identified health inequalities arise from inequalities in the social determinants of health and are finely graded according to a person’s social position. The lower a person’s social position, the worse her or his health. The social determinants include early years, education, income distribution, work, places and communities and public health systems.

Where avoidable by policy means they are unjust and unfair. Values of social justice, health and sustainability at the heart of all policies will provide a sound value base for collaborative action.

Improvement in health inequalities means empowering people and communities to create the conditions within which they can take control of their lives and health to promote health and wellbeing, equity and community cohesion which enable people and communities to flourish.

Strategies and policies need to be crosscutting at all levels ‘Health inequities are multi-causal and requires sophisticated partnership and collaboration across governmental and organisational boundaries. This calls for a ‘whole system’ approach. The action taken should focus on the social determinants of health across the whole population and be proportionate to disadvantage. Strategies which intervene on one part of the system or target a specific group will generally have insufficient impact or will affect only a minority.

The public sector has a specific role in providing clear political, civic and executive leadership focussed on public participation, identifying individual and communal needs and assets to inform strategic choices for taking action on the social determinants of health. Experience suggests broad principles for action can be developed but solutions are not straightforward and need to be tailored to specific geographic and cultural contexts. Local Government with a focus on local participation has an important contribution to make in engaging local people and communities and orchestrating local stakeholders to achieve collaborative partnership to address health inequalities.



## SAĞLIK HAKKI VE TİCARİLEŞME...

Mustafa SÖNMEZ\*

\*Gazeteci -Yazar

Dünyada ve ülkemizde sağlık harcamaları hızla artıyor. Türkiye'nin de içinde bulunduğu OECD ülkelerinde, milli gelirin yüzde 7'sine ulaşan sağlık harcamalarının 2020'de yüzde 16'ya çıkacağından söz ediliyor. Türkiye'de milli gelirin yüzde 6'sını bulan sağlık harcamaları da bu anlamda, genel eğilimden farklı bir yerde değil.

Bir “sosyal hak” olan sağlıktaki harcama artışı, ilk anda kulağa hoş geliyor. Bunun, insanlık için, özellikle alt ve orta sınıflar için olumlu bir gelişme olduğu izlenimi doğuyor. Nitekim, AKP iktidarı da kendi dönemlerinde sağlıktaki harcama artışını, üstün bir performans gibi takdim ediyor. Acaba öyle mi? Her sağlık harcaması artışını olumlamak mı gerekir? Harcamanın niteliği, amaca uygun olup olmadığı, harcamayı kullanan özneye, yani halka bir maliyeti olup olmadığı önemli değil mi?

\*\*\*

Sağlık harcamalarına odaklandığımızda, harcamaların ne kadarının ihtiyaçtan, ne kadarının kısıktırılmış, “ürettilmiş” harcama olduğunu sorgulamamız gerekiyor. Sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetine erişimi olmayan ya da az olanlara kamusal bir destek anlamı taşımayabilir de. Sağlık harcamalarının artışını, isteyen bir “sağlıksızlık” olarak da okuyabilir.

Dünyamız hızla kirletiliyor. Havası, suyu, kirletiliyor, sağlıksız gıda üretimi önlenemiyor ve daha çok hastalandığımız için daha çok tedaviye ve ilaca ihtiyaç duyduğumuz için de sağlık harcamaları artıyor olabilir. İşyerlerinde iş cinayetleri, meslek hastalıkları arttığı için de sağlık harcamaları artıyor olabilir. Krizden krize sürüklenen kâr ve sermaye birikimine odaklı kapitalizmin ürünü işsizlik, işsiz kalma korkusu, yabancılaşıma, yalnızlaşma arttıkça ruhsal hastalıklar ve bütün bunlar için yapılan harcamalar artıyor olabilir. Dolayısıyla her harcamanın artış nedenini iyi sorgulamak gerekiyor.

Tabii ki en ideali, hastalıkların azalması, koruyucu hekimlik sayesinde azalan hastalıklarla birlikte tedavi ve ilaca; dolayısıyla sağlık harcamasına da ihtiyacın azalması. Ama, özellikle 1980 sonrası daha sık krize giren küresel kapitalizm, ne yazık ki, havayı, suyu, çevreyi, iklimi kirleterek, mal ve hizmet üretme biçimlerini insani hallerden çıkararak fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkları çoğaltıyor. Yine kapitalizmin besin kaynaklarından olan otomobilleşme ile hızlanan trafik kazaları ciddi kayıplara ,yaralanmalara yol açarak sağlık sorunlarını büyütüyor. Özetle, bizatihi kapitalizm, hem hastalık üretiyor hem de bunun için gerekli harcamaları tetikliyor, çoğaltıyor.

\*\*\*

Karşı karşıya olduğumuz olgunun bu yanını unutmadan, bir başka gerçeği de ifade etmemiz gerekir. Krizler içinde ilerlese de, kapitalist bir bağlam içinde yaşansa da, dünyada mal ve hizmet üretimi, insanlığın doğaya karşı hakimiyeti artıyor. Nüfus ile birlikte , mal ve hizmet üretimi de artıyor. Bu artan gelir, kuşkusuz, ülkeler ve



ülke içinde sınıflar arasında farklı bölüşülüyor, adaletsiz dağılıyor. Ama yine de, toplumların refahının görece artışına tanık oluyoruz. Dünya egemenlerinin tasarladıkları işbölümüne bağımlı olsa da ülkelerin ürettikleri mal ve hizmet artıyor, nüfusun işgücüne katılımı, istihdamı ve haneye giren gelirinde görece artışlar oluyor. Görece iyi beslenme, fiziksel koşulların iyileşmesi ile bebek ölümleri azalıyor, hayatta kalma ümidi artıyor, yaşam süresi uzuyor ve yaşlı nüfusla beraber sağlık harcamaları da artıyor.

Ulus devletler, üretilen mal ve hizmetten aldıkları vergilerin bir kısmı ile hem gerekli işgücünün işe yarar kalması hem de toplumsal bir talebi, bir insan hakkını karşılamak üzere sağlık bütçelerini biraz daha büyütüyorlar. Bunun yanında çalışan nüfustan sosyal sigorta primi kesilerek sağlık harcamalarına katkıları sağlanıyor. Bütün bunlar, sağlık harcamalarını artıran dinamikler.

\*\*\*

Günümüzde sağlık harcamaları söz konusu olduğunda, toplum adına sorgulanması gereken önemli bir nokta, sağlığa ayrılan kaynakların ne kadarının bir **“sağlık hakkı”** olarak topluma döndüğü, sağlıkta kullanılan kaynağın temininde ve kullanılmasında adil davranılıp davranılmadığıdır.

Sağlık hizmetinin, salt bir kamusal hizmet olarak sunulduğu dönem geride kaldı. Şimdi, **“kaynak verimliliği”**, özelleşme, ticarileşme, piyasalaşma, dolayısıyla kâr ve sermaye birikimi alanına sokulmuş bir sağlık hizmeti **“üretim ve tüketim”** biçimi var. Hizmeti üretenlere daha ziyade **“işgücü”** olarak bakıldığı bir dönemdeyiz artık. Meta üretiminin geçerli olduğu her alandaki gibi sağlıkta da işgücüne en azı ödeyip en çok çıktıyı alma güdüsü baskındır günümüzde. Bu da uzman hekiminden niteliksiz hastane çalışanına kadar her tür **“işgücü”**nü en düşük maliyetle kullanma çabası demektir.

Sağlık hizmetini **“tüketen”**e de, ödediği vergiler ve sosyal sigorta priminin karşılığı olarak en ekonomik üretimi hizmeti sunma çabası var. Dahası, artık aldığı sağlık hizmetine karşılık, alıcı, elini cebine atıp biraz daha ödeme yapmaya zorlanıyor.

Bu metalaşmış, ticarileşmiş sağlık sürecinin kamu ayağının yeni patronu **“sosyal sigorta kurumları”**. Sağlığa harcanan sigorta primleri ve devletin vergi gelirlerinden gelen kaynakları, sağlık harcamasına dönüştürmede baş rol bu kurumların. Kamu hastaneleri ise artık bir **“tedarikçi”**, bir tür **“atölye”** olarak kullanılıyor. Onlardan, en az maliyetli hizmet alınmaya çalışılıyor. Bunun da yolu, kamu sağlık personelinin birim zaman içinde, en düşük maliyetle tedavi üretmesini sağlamak. Bu paradigmanın yeni ve yükselen aktörü ise, kâr ve sermaye birikimi esasına göre çalışan özel sağlık kurumları.

\*\*\*

Sağlıkta neoliberal paradigmanın Türkiye’de işleyişi, dünya genelinden farklı değil. Sağlıkta metalaşmanın, ticarileşme ve piyasalaşmanın rehberi, IMF-Dünya Bankası tarafından hazırlandı ve uygulandı. Bunu, bu kurumlarla yapılan anlaşma maddelerinde açıkça görebilmekte ve yine bu kurumlara hükümetlerce verilen niyet mektuplarında ne kadar yol alındığını okuyabilmekteyiz.

**“Sağlıkta Dönüşüm”** adı altında yaşama geçirilen uygulamalarda ulaşılmak istenen **“yeni düzen”** artık şekillenmeye başlamıştır. Neoliberal paradigma, birçok kamusal hizmette olduğu gibi, sağlığa tahsis edilmiş kamusal kaynakların **“en verimli biçimde”** kullanılmasını öngörüyor. Konu, sağlık hizmeti üretilirken kullanılan bina, ısıtma, iletişim, ulaşım, araç-gereç vb. nin akılcı kullanımı, savurganlığın önlenmesi olarak ele alınsa, buna kimsenin bir itirazı olamaz. Ama burada hedeflenen, bunların yanında, kamu sağlık çalışanlarının ekonomik demokratik haklarından da **“tasarrufa gidilmesi”**, bu çalışanların **“Taylorist”** yöntemlerle çalıştırılmasıdır. Neoliberal yaklaşım, sağlık gibi, özen, sorumluluk, özveri isteyen meşakkatli bir servis üretiminin bu özelliğini fazla önemsemeyen, sağlık çalışanından, birim zaman içinde daha çok başvuruya yanıt vermesini ve bunun en

düşük ücret maliyeti ile gerçekleştirilmesini ister durumda.

\*\*\*

**“Sağlıkta Dönüşüm”** ile oluşturulan **“yeni düzen”**in netleşen yanı, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun, sağlık hizmeti üretiminde ve tüketiminde baş aktör yapılmasıdır. 2010 başında kamu çalışanlarının sağlık harcamalarından sorumlu kılınan SGK’nın, 2012’de de 10 milyona yaklaşan yeşil kartlı yoksullardan sorumlu hale getirilmesi ile, SGK, asli sağlık **“işveren”**i olacaktır. Bu anlamda sağlığın patronajı Sağlık Bakanlığı’ndan SGK’nın bağlı olduğu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na geçiyor. Üniversite hastanelerinin de Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastaneleri yapılması ile birlikte, Sağlık Bakanlığı’nın hastaneleri, bu işbölümünde SGK’dan iş alan tedarikçi kurumlar haline geliyor.

SGK çatısı altındakilerin hizmet alacağı diğer tedavi kurumları, özel hastaneler. Hatırlatalım ki, 2009 yılına gelindiğinde SGK’nın yaptığı sağlık harcamalarından özel hastaneler şimdiden yüzde 30 dolayında pay alacak kadar **“sektörel gelişme”** göstermiş durumdadır. Neoliberal yaklaşım, hizmet tedarikinde özelin alanının gelecek yıllarda daha da genişletilmesini, bu anlamda özel hastaneciliğin teşvikini öngörüyor ve fiiliyatta da sağlık yatırımlarının yüzde 75’ini özel sektör gerçekleştiriyor. Özel hastanecilik, zincir yapılar olarak ilerlerken **“tıp turizmi”** kavramını da kapsayarak **“sağlık-konaklama”** bütünleşimi ile hızla gelişiyor. Buna özel sigortacılık ile bütünleşmeyi de eklemek gerekiyor.

Böylece, öteden beri bir sanayi olarak gelişen ilaç endüstrisine, tıbbi cihazlar sanayisi, medikal sektöre, şimdi hızla gelişen özel hastanecilik ekleniyor ve kâr amacı ile sağlık üretimi biraz daha başatlık kazanıyor. Üst-orta, üst gelir gruplarına azami kâr amacı ile hizmet satan özel hastaneler, SGK’nın sağlık harcamalarından daha fazla pay almaya, tedaviyi de en iyi fiyatlarla satmaya çalışıyorlar. Sağlık girişimcileri, kapitalistleri, bundan sonra da, güçlendikleri ölçüde, sağlık politikalarını belirleme ve artırılacak sağlık harcamalardan daha fazla pay alma çabası içinde olacaklardır.

Neoliberal eğilim, koruyucu hekimliği kulak arkası ederek, sağlık pazarını derinleştirmenin, sağlık endüstrisini genişletmenin çabası içinde. Merkezi bütçede doğrudan sağlığa ayrılan kaynaklar azaltılırken SGK’ya yapılan bütçe transferleri üstünden kaynak kullanımı artırılıyor. SGK da, hükmettiği kaynaklardan sağlık harcamalarına ayırdığını belli bir oranda tutarak, o sınırlar içinde başvuruları karşılamayı hedefliyor. Bunu yaparken de, kamu hastanelerinden hizmeti en hesaplı fiyatla almaya çalışıyor. SGK, hizmet tedarikinde özel hastaneciliğe yüzünü daha çok dönüyor ve özendiriyor. Böylece sağlıkta kapitalistleşmenin hızlanmasında kamu kaynakları her geçen yıl daha çok kullanılıyor. Bunun yanında, harcamalara vergisi ve sigorta primi ile katkıda bulunan halk, bir de cepten harcamalara zorlanıyor.

\*\*\*

1990 sonrası hızlandırılan sağlıkta metalaşma, ticarileşme, piyasalaşma sürecine çeşitli biçimlerde karşı çıkmak gerekiyor. Bu hem sağlık hizmeti üretenlerin, hem de sağlık hizmeti alanların sorumluluğu. Kamu sağlık hizmetinin tedariki, tamamen kamu hastanelerinden yapılmalı, yavaşlatılmış sağlık yatırımlarına yeniden hız verilmeli ve eksik sağlık personeli sayısı artırılmalıdır. Bunun için gerekli kaynaklar, hem merkezi bütçeden, başka harcama kalemlerinin ödenekleri (örneğin polis, asker harcamaları) azaltılmak suretiyle sağlanabileceği gibi, etkili vergi denetimleri ve gücü olanlardan daha çok vergi alınarak kolaylıkla yaratılabilir.

SGK yönetiminde sigortalı işçi, memur ve Bağkurluların temsili sağlanmalı, ayrıca emekliler, yaşlılar ve özürlüleri, yeşil kartlıları temsil edenler de yönetimde yer almalıdır. SGK’nın prim alacaklarının tahsilatının etkin biçimde gerçekleştirilmesi önlemi bile tek başına, SGK üstünden sağlık bütçesini artırmayı mümkün hale getirecektir.

Sağlık hizmeti üreten sağlık çalışanlarına uygulanan Taylorist yöntemlere karşı çıkılmalı, taşeron uygulamaları



sonlandırılmalı, hastane yönetimlerine çalışanların temsilcilerinin katılımı sağlanmalı ve etkinlik çalışmaları, böyle bir geniş katılım mekanizması ile sağlanmalıdır.

\*\*\*

Sağlık hakkı, sağlıklı bir ortamda yaşama hakkı ve sağlık hizmetlerine ulaşma hakkıdır. Sağlıklı bir ortam demek, her şeyden önce, herkesin işinin, gelirinin olması anlamına gelir. İş, geliri olmayanların da asgari geçinme, barınma, beslenme ihtiyaçlarının sosyal devlet hizmeti olarak karşılanmasını gerekir. Böylesi bir “**sosyal koruma**”, bir dizi hastalığı daha baştan önlemiş olacaktır.

Sağlıklı çevre, sağlıklı gıda üretimi, temiz kentler, birçok hastalığın daha baştan önünün kesilmesi demek. Bu anlamda işyerlerinde ve yerleşim yerlerinde sağlıklı ortam, hastalığın üremesinin önünü keser, tedavi ve ilaca ihtiyacı da baştan azaltır. İlköğretimden başlayarak temel sağlık eğitimi ve beden eğitimine ağırlık verilmesi de önemli.

Sağlıkta özelleşme ve ticarileşmeden kamu kaynağı desteği çekilmeli ve sağlığın bir kamu hizmeti olarak sunumuna dönülmeli. Sağlık hizmetini örgütlemeye, koruyucu hekimliğe, bunun için de sağlık ocağı sistemine ağırlık vermek önemli. Ülkemizdeki kamu sağlık hizmetleri birikiminin en iyi yansıması, 6000’i aşan sağlık ocağı ve 12 bin civarındaki sağlık evidir. Daha sonra yozlaştırılmaya çalışılsa da, hemen hiçbir çevre ülkede görülmeyen bu avantaj, AKP Hükümetince tahrip edilmiş, görmezden gelinmiştir.

Sağlık ocaklarında verilen “**birinci basamak sağlık hizmeti**”, koruyucu hizmetlerin yanında ayaktan tedavi ve acil tedavi hizmetlerini kapsar. Tam gün çalışan bir sağlık ekibince yürütülen birinci basamak sağlık hizmetinde yurttaşlara, olası risklerden korunma yollarının, acil müdahalenin öğretilmesi önemli.

Sağlık ocaklarının bağlı olduğu 50-100 yataklı ikinci basamak hastanelerde yine koruyucu hizmetlere ağırlık verilebilir. Bunu 400-500 yataklı üçüncü basamak hastaneler izler.

Hem ilkeler, hem ayrıntılar kuşkusuz tartışmaya açıktır. Önemli olan, sağlıkta metalaşmaya kararlı bir karşı çıkıştır ; sağlıktan kar ve sermaye birikimi sağlanmasına ilkesel olarak kırmızı ışık yakmaktır.



## TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

Onur HAMZAOĞLU\*

*\*Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Önceden ‘uyumlu’ hale gelmiş bir düzende nasıl ki adalet uygulanamaz ve kullanılamaz durumdadır, toplumun bütün üyelerinin gereksinimlerinin karşılanması hedefini önüne koymuş, hayatın öznesinin “insan” olduğu bir toplumsal yaşantıda da eşitsizlik(ler)den söz edilemez. Böyle bir toplumsal yaşantı içerisinde toplumun üyelerinin, sağlıkla ilgili benzerliklerinin yegane kaynağı biyomedikal ve davranışsal farklılıkları olacaktır.

Bu çalışmada, Türkiye’de sağlıkta eşitsizlikler, öncelikle sağlık sonuçları üzerinden ele alınacaktır. Bu amaçla, toplumsal sağlık göstergeleri ile sağlık hizmeti sunum göstergeleri yerleşim yeri (kent-kır), bölgesel farklılıklar açısından ele alınacak ve yıllar içerisindeki değişimleri incelenecektir. Sağlık sonuçlarıyla ilgili göstergeler ayrıca, eşitsizliklere yol açtığı kabul edilen ve ara kaynaklarından birisi olan hanehalkı refah düzeyi durumuna ve eldeki daha da sınırlı verilerle ana diline göre değerlendirilecektir.

İlk kez Maslow tarafından tanımlanan ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisine göre, insan gereksinimlerinin hiyerarşik bir düzeni olduğu, dolayısıyla gereksinimlerin karşılanmasının da bu sıralamayla paralellik gösterdiği kabul edilmektedir. Bu kabule göre, fizyolojik gereksinimler karşılanmadan, daha üst düzeydeki gereksinimler karşılanmamaktadır. Söz konusu teoriden hareketle, insanların birinci önceliklerinin beslenme gereksinimlerinin karşılanması olduğunu söyleyebiliriz. Beslenme gereksinimlerini karşılayabilenler sırasıyla giyinme, barınma, ulaşım, eğitim, sağlık, kültür ve eğlence vb. bir sıralamayla diğer gereksinimlerini karşılamakta eğilimindedirler. Kısaca insanlar, kazandıkları para ile öncelikle karınlarını doyurmakta, kalırsa diğer alanlara yönelik harcama yapmaktadır. Başka bir ifadeyle, reel gelirleri düşük olanların harcama alanlarındaki en büyük payı dolayısıyla ilk sırayı gıda sağlamak için yaptıkları harcama alır. Reel gelirleri arttıkça toplam harcamaları içinde gıda harcamalarının payı da azalmakta, arka sıralara doğru gerilemektedir.

Söz konusu teoriden kaynak alan saptamayı, Türkiye üzerinden tartışabilmek için bölgesel hanehalkı tüketim harcamaları ile bölgesel tüketim harcamaları içerisinde gıda harcamalarının payı değerlendirilecektir. Bu bölüm aynı zamanda sağlıklı olmak için zorunlu

olan öğeler arasında ilk sırada yer alan yeterli ve dengeli beslenebilme koşulları da dolaylı olarak değerlendirilmiş olacaktır.

Çalışmanın temel sınırlılığı bağımlı değişken olarak ele alınan sağlık sonuçlarıyla ilişkisi değerlendirilen bağımsız değişkenler arasında ‘sınıf’ değişkeninin yer almamasıdır. Bu durum ülke genelini yansıtan sağlıkla ilgili araştırmalarda sınıfsal konumun bağımsız değişken olarak yer almamasından kaynaklanmaktadır. Bu sınırlılığı bir derece giderebilmek için Marksist sınıf analizinden hareketle bağımsız değişkenler arasında sınıfın da yer aldığı araştırma sonuçları paylaşılacaktır.



## SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK KONUSUNDA YÖNTEM

İlker BELEK\*

\*Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

### Sağlıktaki Eşitsizliklerle Neden İlgileniyoruz ?

Günümüz gerçekliğinde hem sosyoekonomik düzlemdeki hem de sağlıktaki eşitsizlikler çok önemli bir sorun konumunda. Daha da önemlisi ilaç ve tıbbi teknoloji alanlarındaki bütün gelişmelere, pek çok ülkede yüksek miktardaki sağlık harcamalarına rağmen sağlıktaki eşitsizlikler varlığını sürdürüyor ve hatta artıyor. Bütün bu nedenlerle sağlıktaki eşitsizlikleri halk sağlığı sorunlarının üzerine binen, ayrı bir halk sağlığı sorunu olarak ele almakta ve özel mücadele stratejileri geliştirmekte gereklilik var.

Bugün dünya ülkelerinin yarısında kırsal kesimdeki bebek ölüm hızı kentlerdekinin 1.4 katı. En düşük gelirli %20'lik nüfus diliminde, en yüksek gelirli %20'lik dilimdekini 1.9 katı. Ülkelerin %64'ünde becerili bir sağlık personeliyle gerçekleştirilen doğumların oranı kentlerde kıra göre en az %20 daha yüksek. En az eşitsizliğin gözlemlendiği kırsal aşılanma oranında bile ülkelerin %10'unda kır kent farkı en azından %20 oranında (WHO 2009: 118).

Türkiye'deki durum da farklı değil. Uygulanan piyasacı, vahşi kapitalist sağlık politikaları, katkı payları, sağlıkta özelleştirme stratejileri ve her şeyin ötesinde yaşamı daha sağlıksız duruma getiren genel sosyoekonomik ortama bağlı olarak, bütün iddialarına ve çok yüksek miktarda gerçekleştirdiği sağlık harcamasına rağmen (2002 yılında 12.4 milyar Dolar olan toplam harcama miktarı 2008'de 44.4 milyar Dolara ulaştı: TÜİK 18 Şubat 2011) AKP iktidarında da sağlıktaki eşitsizlikler pek çok gösterge bakımından arttı. Aşağıdaki tabloyu bunu göstermek üzere hazırladık.

Tablo: Türkiye'de yıllara göre değişen sağlık göstergeleri için kır/kent ve doğu/batı oranları

	1998		2003		2008	
	Kır/kent	Doğu/batı	Kır/kent	Doğu/batı	Kır/kent	Doğu/batı
BÖH	1.56	1.88	1.70	2.57	1.50	2.44
Postneonatal ÖH	2.17	3.85	2.25	2.57	1.56	2.14
Bodurluk	1.75	3.03	2.04	4.09	2.29	4.67
Sağlık kuruluşu dışında doğuran	2.04	4.15	2.48	5.49	3.50	6.95
Doğum öncesi bakım alamayan	2.21	4.36	2.95	4.57	3.14	6.61
Tam aşılanmamış çocuk	1.31	1.55	1.71	2.42	1.84	3.57
AP kullanmayan	1.24	1.97	1.35	1.63	1.21	1.63

Kaynak: Belek İ, Hamzaoğlu O 2000; NEE-HÜ 2004'den ve NEE-HÜ 2009'den yararlanılarak hesaplandı

### Sağlıktaki Eşitsizliği Nasıl Tanımlıyoruz ?

Whitehead (1992: 431) sağlıktaki eşitsizliklerin önlenabilir ve toplumsal düzeyde kabul edilemez niteliklerine vurgu yapar. Musgrove ise, sağlık hizmetinde eşitsizlik söz konusu olduğunda, insanların hizmeti kullanma yeterliliklerinin engellenmesinden söz eder.

Bütün bunlar göz önüne alındığında sağlıktaki eşitsizlikleri şöyle tanımlayabiliriz: Sağlıktaki eşitsizlik, doğal değil toplumsal-sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdiği; önlenemez, önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikteki; bireysel değil, toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, savaşılmaması gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik değil, aynı zamanda ahlaki bir sorun olarak da kavranması gereken; toplumsal gruplar arasındaki sağlık düzeyine ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin farklılıklardır (Belek İ 1998: 102). Sağlıktaki eşitsizlik bir sağlık sorunudur.

Tanımdan da anlaşılacağı gibi temel olarak iki tür sağlık eşitsizliği vardır: Sağlık düzeyinde eşitsizlik ve sağlık hizmeti kullanımında eşitsizlik.

Her birisi için değişik göstergeler üzerinden eşitsizlikler izlenebilir. Sağlık düzeyindeki eşitsizlik için negatif sağlık göstergesi olarak bebek ölüm hızı, pozitif sağlık göstergesi olarak da yaşam umudu kullanılır. Sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlik ise sağlık hizmetine ilişkin (yılda hekime başvuru sayısı, bağışıklama oranları gibi) göstergelerle ölçülür ve izlenir.

### **Sağlıktaki Eşitsizliğin Bireysel Ölçekli Nedenleri ya da Sağlıktaki Eşitsizliği Hangi Sosyoekonomik Faktörlerle Açıklayabiliriz ?**

Eşitsizlik yazınında mesleki statü, eğitim ve gelir düzeyi, bireysel ölçekte sosyoekonomik konumu tanımlayan ve eşitsizliğin bireysel ölçekteki belirleyicisi olarak kabul edilen faktörlerdir (Kunst AE, Mackenbach JP 1995).

Üçü genellikle yakından ilişkili olsalar ve bireyin sosyoekonomik hiyerarşideki konumunu tanımlasalar da sağlıkla ayrı ayrı ilişkilidirler. Örneğin gelir temel refah göstergesidir, yaşamsal olanakları tanımlar. Eğitim, gelirin sağlık için ne derece kullanılabilmesini belirler. Mesleki statü ise prestij, kontrol gibi iş ortamına ilişkin özelliklere bağlı olarak sağlık üzerinde ayrı bir etkiye sahiptir (Kunst AE, Mackenbach JP 1995: 35).

Bireylerin gelir, eğitim ve meslekleri tarafından belirlenen sosyal hiyerarşi içindeki konumları onların sosyoekonomik statüleri olarak bilinir. Bunu kavramsallaştıran Weber bireylerin hiyerarşi içindeki konumlarını sınıf ve statü kavramları üzerinden inceler. Burada sınıf ve statü diğer üç sosyoekonomik göstergenin bir “toplamı” olarak ortaya çıkar. Weber’de sınıf bireylerin kendilerinin kontrol ettikleri maddi kaynakları ve fiziksel yaşam koşullarını yansıtır ya da böyle ölçülür. Statü ise, sosyoekonomik olanakların yaşam tarzı, eğitim gibi daha sosyal boyutunu ifade eder (Calvert P 1982: 96-98). Weber, sınıf derken ekonomik konumu ve çıkarları anlar, ekonomik çıkarlar ise piyasayla bağlantılı olarak belirirler (Weber M 1993: 271-272).

Böylece sağlıktaki eşitsizliğin bireysel ölçekli belirleyicileri eğitim, gelir, meslek ve sınıf olarak tanımlanır. Weber’de sınıf konumu diğer üçünün bileşik, genel ölçü birimi olarak şekillenir. Weber’de sınıf piyasa ortamındaki güç ilişkileri çerçevesinde beliren gruplaşmalardır. Bu gücü tanımlamak için de eğitim, gelir ve meslek değişkenleri kullanılmaktadır. Bu durumda Weber’de sınıf ve diğer üç değişken birbirinin yerine geçen bir özellik de gösterirler. Bu bakış açısına göre sınıf ayrı bir toplumsal gerçekliği değil, gücün somut bir göstergesini ifade eder. Weber’in sınıf kuramının en sorunlu yanı burasıdır. Amerikan ekolü sınıfsal sağlık eşitsizliklerini araştırırken bu yaklaşımı benimser. Eğitim ve geliri çoğu kez birbirinin yerine ya da bir biçimde birleştirerek sosyoekonomik ya da sınıfsal konumu tanımlamak üzere kullanır. Avrupa ekolünde ise mesleki konum aynı iş için tercih edilir.

Marksizm ise sınıfa sağlıktaki eşitsizlikleri ölçmeye yarayan basit matematiksel bir anlam yüklemeyi.





Marksizm’de tam tersine sınıf bütün toplumsal gerçekliğin, toplumsal güç ilişkilerinin temel birimi ve tarihsel sürecin temel dinamiğidir.

Marksizm’de bireylerin sınıfsal konumlarını belirleyen gerçeklik onların üretim araçları karşısındaki konumları yani üretim aracına sahip olup olmadıkları ya da sahip oldukları üretim aracı kütesidir (Carchedi G 1975).

Marks sınıfların temelinde üretim araçları mülkiyetini gördüğü için sınıfları kabaca üretim aracına sahip olanlar ve olmayanlar biçiminde ikiye ayırıştırır. Sonra da bunların ortasına orta sınıfı yerleştirir. Orta sınıf kapitalist ekonomi içindeki konumları sabit olmayan üst meslek gruplarını içerir (Marks K 1978: 923-927).

Böylece ister Weber ister Marks tarafından bakılsın bir sonuç değişmez: Sınıf bir biçimde sağlıktaki eşitsizliklerin belirleyicisi ve temel ölçüm aracı olarak devreye girer. Weber’de bileşik bir indeks olarak Marks’ta ise daha kuramsal ve siyasal gerekçelerle.

Marksist ekolün sınıfı temel eşitsizlik belirleyicisi olarak görmesinin nedeni, sınıfı toplumsal dinamiklerin üzerinde şekillendiği temel toplumsal özne olarak tanımlamasıdır. Toplumsal değişim sınıf mücadelesiyle gerçekleşir. Bu sürecin öznesi sınıftır.

Ancak yukarıda ifade edilen kuramsal ve siyasal unsurların ötesinde, Marksist yöntemin neden Weberci yönetime tercih edilmesi gerektiği noktasında ampirik bazı gerekçeler de söz konusu edilebilir.

Örneğin, Weberci sınıf çözümlemesinin en sorunlu yanı meslek, gelir ve eğitim gibi sosyoekonomik değişkenlerin bireylerin gerçek ekonomik konum ve güçleri hakkında fikir veremeyebilmesidir (Callinicos A, Harman C 1994: 21-46). Nitekim “hekim” olarak kodlanan kişi özel bir hastanenin sahibi olan bir hekim de olabilir, kamuda yalnızca ücretle çalışan bir hekim de.

Weberci ekole ilişkin bir diğer sorunlu nokta, sınıf analizinin sosyoekonomik değişkenlerin tek tek kullanılarak yapıldığı durumlara ilişkindir. Bu Amerikan sosyal bilimlerine hakim olan ekoldür. Burada bireyler bir yönleriyle düşük ya da yüksek eğitilmiş, bir yönleriyle düşük ya da yüksek gelirli, vb değerlendirilirler. Bu analizde bireyler farklı eğitim, gelir ve meslekteki konumlanışlarıyla ele alınırlar, ancak bir bütünlükleri yoktur. Oysa gerçekte, birey belli bir sınıfsal geçmişe sahip olan bir ailenin evladıdır ve tamamen bununla bağlantılı olarak belli bir gelire, eğitime ve mesleğe erişimi üst belirlenmiştir. Böylece burada Marksist sınıf kavramı kapsayıcı bir bütünlük, bir kişilik olarak ortaya çıkar.

### **Antalya Eşitsizlik Araştırmasınının Gerekçesi ve Amacı Neydi ?**

Antalya’da bir eşitsizlik araştırmasına yukarıda eşitsizliklerin önemi bağlamında saptadığımız gerekçelerle karar verdik. Araştırmayı bir izlem araştırması olarak planladık. Böylece zaman içinde gruplar arasındaki eşitsizliklerin seyrini saptamayı da hedefledik. İzlem araştırmasının güçlükleri nedeniyle alanı daraltmanın uygun olacağını düşündük. Alanı daraltınca ulaşacağımız nüfus özelliklerinin eşitsizlikleri saptamayı olanaksızlaştıracak derecede homojenize olmaması için yapıları tamamen farklı olan bir gecekonduda bir de merkez mahalleyi araştırma mekanı olarak belirledik.

Araştırmaya 1997 yılında 1092 kişiyle (596 gecekonduda ve 496 merkez olmak üzere) başladık. 1999’da bunların 841’ine (%77.6) (470’i gecekonduda ve 371’i merkezde olmak üzere), 2002 yılında da 515’ine (%47.2) (326’sı gecekonduda ve 189’u merkezde olmak üzere) ulaştık.



Temel olarak üç amacımız vardı: 1- Eşitsizlikleri gelir, eğitim gruplarına, mahallelere ve sınıflara göre saptamak. 2- Eşitsizliklerin zaman içindeki değişimini izlemek ve zaman içinde hangi grupların ya da sınıfların eşitsizlikten daha fazla derecede mağdur olduğunu anlamak. 3- Ampirik ölçekte, eşitsizlikleri açıklamak bakımından sınıf, gelir, eğitim ve mahalle değişkenlerinden hangisinin daha üstün olduğunu ortaya çıkarmak. Bu sonuncu amaca ulaşmak için yalnızca 1997 yılı verilerini (diğer iki yıldaki katılım oranı anlamlı derecede düşmüş olduğu için) kullandık.

### **Antalya'da Toplumsal Sınıfları Nasıl Belirledik ?**

Temel olarak Korkut Boratav'ın (1995) sınıf şemasını kullandık.

Daha işin başında üretim aracına sahip olanlar (kendi işine sahip olanlar) ve üretim aracına sahip olmayanlar (ücretliler-maaşlılar) şeklinde bir ayrıştırma yaptık. Bu Carchedi'ninkiyle (1975: 362-383) uyumlu bir yaklaşımdır.

Bundan sonra bu iki sınıfı kendi içinde ayrıştırdık. Kendi işine sahip olanların mülklerindeki özel mülkiyetin bir göstergesi olarak çalıştırdıkları işçi-emekçi sayısını kabul ettik. 1-2 işçi çalıştıran kendi işine sahip olanları, küçük; daha çok işçi-emekçi çalıştıranları da orta-büyük burjuva olarak tanımladık. Küçük burjuvaların kendileri de sermaye mülkiyetine sahip olmanın ötesinde, yönetsel işlevleri üstlenebilirler, hatta doğrudan üretim sürecinin içinde yer alabilirler. Mülkiyet miktarı arttıkça kendi işine sahip olan birisi öncelikle doğrudan üretim işinden sıyrılacak ve giderek yönetim işlevlerini de profesyonel yöneticilere devredecektir.

Kendi işine sahip olanların içinde yukarıdaki katmanların dışında bir de yalnızca kendi hesabına çalışanlar yer alır. Bunlar yanlarında işçi-emekçi çalıştırmayan, ancak kendi küçük işletmesine sahip olanlardır. Burada yalnızca kendi işine sahip olanın emeği geçerlidir. Bu gruba örneğin, küçük esnaf ve zanaatkarlar, marjinal sektörde çalışanlar (seyyar satıcılar, ayakkabı boyacıları), serbest meslek sahipleri (yalnızca kendi işyerinde çalışan hekim, mühendis, diş hekimi, avukat gibi meslek grupları) girer.

Kısacası bu sınıf kendi içinde oldukça heterojen bir yapıya sahiptir. Ancak tanımlaması yine de tamamen objektif bir mantık zemininde gerçekleştirilir. Heterojenitesi nedeniyle kendi içinde daha alt ayrıştırmalara da gidilerek, sınıf atlama potansiyeli taşıyan özel çalışan hekim, mühendis, avukat gibi katmanlarla, kaderine mahkum olan marjinal sektör çalışanları ve esnaflar ayrı katmanlarda toplanabilirler. Bu araştırma örneğimizin büyüklüğüyle ilişkili bir tercih olacaktır.

Ücretli ve maaşlıları ise en baştan mavi ve beyaz yakalı olarak iki ayırdık. Mavi yakalıları hizmet veya sanayi sektöründe daha çok el emeğiyle üretim yapan işçileri; beyaz yakalıları ise yine hangi sektörde olursa olsun daha çok kafa emeğiyle üretim yapanları (emekçiler) ifade eder.

Emekçi olarak tanımladıklarımızı da Boratav'ın önerisine uygun olarak kendi içinde üçe ayırdık: Yüksek nitelikliler, beyaz yakalıları ve niteliksiz hizmet emekçileri. Yüksek nitelikliler, yüksek eğitim almış, elit meslek grupları içindekileri ve en önemlisi kendi başına iş kurma nesnel olanağına sahip olanları içerir. Bunlar herhangi bir işverenin yanında çalışmaya zorunlu kalmadan yaşamlarını idame ettirebilecek profesyonel olanaklara sahiptirler. Beyaz yakalıları belli bir eğitime ve mesleki uzmanlaşmaya gerek duyan, ancak yüksek niteliklilerden belirgin derecede daha az nitelik gerektiren mesleklerdeki (hemşirelik, banka memurluğu, polislik, sekreterlik gibi) bireylerdir. Ve kendi başlarına iş kurma olanakları yoktur. Niteliksiz hizmet emekçileri ise şoför, bekçi, tezgahkar gibi belli bir mesleki formasyon eğitimine gerek olmaksızın da içinde yer alınabilecek mesleklerle sahip olanlardır.



Antalya araştırmasında işsizleri mavi yakalılarla birleştirerek analizleri gerçekleştirdik. Aslında işsizleri tamamen farklı bir katman olarak ele almak gerekir. Ancak sayılarının azlığı bizi böyle bir yola itti. Emeklileri ise emekli oldukları anda yaptıkları işteki sınıfsal konumlarına göre bir işe dahil ettik. Bu Antalya araştırmasının Boratav şemasıyla farklılık gösteren yönüydü.

Şurası önemlidir: Bu kentli bir sınıf şemasıdır.

Sonuç olarak tanımladığımız kentli sınıflar şunlardır:

1- Üretim araçlarına sahip olanlar:

- Yalnızca kendi hesabına çalışanlar: Yanında kimseyi istihdam etmeyenler.
- Küçük burjuvalar: Yanında 1-2 kişiyi istihdam edenler
- Orta-büyük burjuvalar: Yanında 2'den çok kişiyi istihdam edenler.

2- Üretim araçlarına sahip olmayanlar:

- Mavi yakalılar
- Niteliksiz hizmet emekçileri
- Beyaz yakalılar
- Yüksek nitelikliler

Bu sınıflamayı yapabilmek için esas olarak iki soru yeterlidir:

1- Yaptığımız iş nedir ? (Emekli olanların emekli oldukları andaki işleri tanımlanacak)

2- Yaptığımız işteki konumunuz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır ?

- Kendi işimde çalışıyorum, yanımda kimseyi istihdam etmiyorum
- Kendi işime sahibim, yanımda ..... kişiyi istihdam ediyorum
- Başkasının işinde ücretli-maaşlı olarak çalışıyorum

### Antalya'da Sağlıkta Eşitsizlikler Hakkında Tanımlayıcı Bulgular

Önce sınıfların sosyoekonomik durumunu gösteren bir tabloya yer verelim. Görüldüğü gibi sınıf şemamız sosyoekonomik eşitsizlikleri göstermek açısından yeterlidir. Tablodan görüldüğü gibi aylık kişi başı gelir sınıf skalası yükseldikçe yükseliyor. Eğitim yılı ise ücretli-maaşlıların kendi içinde ve kendi işine sahip olanların kendi içinde önemli korelasyon sergiliyor. Küçük burjuvalar beyaz yakalılardan, orta-büyük burjuvalar da yüksek niteliklilerden daha eğitimsizler.

Tablo: Sınıfların Sosyoekonomik Durumu (Antalya 1997)

	Mavi Yakalı	Niteliksiz Hizmet	Beyaz Yakalı	Yüksek Nitelikli	Kendi Hesabına	Küçük Burjuva	Orta-Büyük B
Aylık Gelir/Kişi (Dolar)	75.2	70.8	179.0	292.0	116.3	270.3	739.6
Eğitim Yılı	5.8	6.0	9.8	13.2	7.8	8.8	11.2

Kaynak: Belek İ 2000: 95

Şimdi değişik sosyoekonomik değişkenler ile sağlıktaki eşitsizlik göstergeleri arasındaki ilişkiye bakalım.



Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi bütün sosyoekonomik değişkenler değişik sağlık sorunlarıyla belirgin korelasyon gösteriyor.

*Tablo: Mahalle, Gelir, Eğitim ve Sınıf Değişkenlerine Göre Sağlık Sorunlarının Sıklığı (%) (veriler yaşa göre standardize edildi) (Antalya 1997)*

	n	Psikolojik Sorun	İyiden Kötü Algilanan Sağlık	Geçici Yeti Yitimi
<b>Mahalle</b>				
Gecekondü	593	42.4	44.6	34.1
Merkez	494	29.5	25.6	22.1
<b>Eğitim yılı</b>				
0	58	54.0	51.8	44.5
1-5	442	36.9	42.0	34.3
6-8	103	35.4	35.7	30.6
9-11	214	37.5	28.7	23.7
12, +	268	26.2	22.9	15.0
<b>Kişi başı aylık gelir (Dolar)</b>				
50 den az	193	48.2	42.2	40.5
50-99.9	370	37.8	41.1	30.3
100-149.9	127	32.6	38.8	31.6
150-199.9	135	27.3	24.8	22.1
200, +	260	30.8	21.9	19.5
<b>Sınıf</b>				
Mavi yakalı	346	46.4	42.7	34.1
Niteliksiz	114	41.8	56.6	41.1
Beyaz yakalı	186	31.1	25.4	16.9
Yüksek	166	27.9	25.0	25.3
Kendi hesap	129	33.9	28.4	25.8
Burjuva	132	22.7	24.6	17.9

*Kaynak. Belek İ 1999: 58*

### **Eşitsizliklerle En Fazla Derecede İlişki Gösteren Değişken Hangisiydi ?**

Amaçlarımız arasında, değişik sosyal, sınıfsal değişkenlere göre sağlıktaki eşitsizlikleri belirlemenin ötesinde, hangi değişkenin eşitsizlikleri en fazla derecede belirlediğini açığa çıkarmak da bulunuyordu. Bunun için bir dizi (toplam sekiz modelleme yaptık) ileri analiz (aşamalı lojistik regresyon) gerçekleştirdik.

Model 1 temel modeldir ve yalnızca sağlık üzerinde zaten etkili oldukları bilinen yaş, cins ve medeni durumu içerir. Dolayısıyla Model 1 bir kontrol modelidir. Bundan sonra Model 1'e sınıf, eğitim, gelir ve mahalle değişkenlerini sırasıyla ve ayrı ayrı ekleyerek Model 2-5'i oluşturduk. Bu değişkenlerin temel modelin serbestlik derecesinde ve LLR değerinde ne ölçüde ilerleme sağladıklarına baktık. Bilindiği gibi bağımsız değişkenin, bağımlı değişken üzerindeki etkisi ne kadar fazlaysa LLR değerindeki ilerleme o kadar çoktur. Aşağıdaki



tabloda görüldüğü gibi temel modelin LLR değerinde en fazla ilerleme sağlayan değişken sınıftır. Bundan sonra Model 6-8’i oluşturduk. Bunun için yaş, cins, medeni durum ve sınıf değişkenlerinden oluşan Model 2 üzerine sırasıyla eğitim, gelir ve mahalle değişkenlerini teker teker ekledik. Böylece hangi değişkenlerin birbirinin etkisini zayıflattığını, ortadan kaldırdığını ve etkinin hangi aşamada zayıfladığını ya da ortadan kalktığını araştırdık.

Sonuç şudur:

a) Eğitim, psikolojik sağlık üzerinde, sınıfın etkisine ek anlamlı bir etki göstermektedir. Ancak gelir ve mahallenin böyle bir ek etkisi yoktur.

b) Algılanan sağlık ve yeti yitiminde, ne eğitimin, ne gelirin, ne de mahallenin, sınıfın gösterdiği anlamlı etkiye ek bir etkisi bulunmaktadır.

Bütün bu bulgular, üç sağlık değişkeni üzerinde de en fazla derecede ve neredeyse tek başına sınıfın etkili olduğunu gösteriyor.

*Tablo: Lojistik regresyon Modellerinin Karşılaştırılması (Antalya 1997)*

	Psikolojik Sağlık LLR farkı	Algılanan Sağlık LLR farkı	Geçici Yeti Yitimi LLR farkı
1. Temel model LLR Yaş+cins+medeni	1402	1352	1113
2. 1 + sınıf (2-1 LLR)	53*	69*	53*
3. 1 + eğitim (3-1 LLR)	45*	38*	31*
4. 1 + gelir (4-1 LLR)	33*	43*	36*
5. 1 + mahalle (5-1 LLR)	26*	51*	33*
6. 2 + eğitim (6-2 LLR)	26*	9	9
7. 2 + gelir (7-2 LLR)	8	8	8
8. 2 + mahalle (8-2 LLR)	0	5	2

*Kaynak. Belek İ 1999: 59*

\*p 0.001’den küçük

### **Sonuç: Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar Neler ?**

Sağlıktaki eşitsizlikler bir halk sağlığı sorunudur. O nedenle bilimsel araştırmaların, politik çalışmaların yoğunlaştırılması gereken bir konudur.

Sağlıktaki eşitsizliklerin zemininde sosyoekonomik faktörler vardır. Biz Antalya’daki araştırmada bunların bireysel ölçekli olanlarını araştırdık. Gelirin, eğitimin ve sınıfsal konumun eşitsizlikler üzerinde etkili olduğunu bulduk.

Ancak eşitsizlikler üzerinde etkili olan faktörler bakımından daha ilerisini de söyleyebiliriz. O da şudur: Sosyal sınıfın, sağlıktaki eşitsizlikler üzerindeki etkisine (ki biz üç sağlık göstergesini ele aldık) gelir, eğitim ve bireylerin yaşadıkları mahalle ek bir etki koymamaktadır.

Sınıf olgusuna zaten politik nedenlerle vurgu yapıyoruz: Sınıf tanımlanabilir, gücü olan sosyal bir öznedir.



Üretim ortamındaki ilişkiler üzerinden, üretim araçlarının mülkiyetiyle bağlantılı biçimde tanımlanır. O nedenle sömürülen sınıfın üretim sürecindeki gücünü fiilen harekete geçirerek, üretimi yavaşlatması, durdurması, kapitalist üretim ilişkilerini tehdit edecek bir yapıdır. Sınıfın gücü buradan gelir. Gelir, eğitim ya da herhangi bir başka sosyoekonomik değişken üzerinden tanımlanacak sosyal grupların elinde böyle bir güç yoktur.

Ancak bütün bunların ötesinde sınıfın diğer faktörlere göre ampirik bir üstünlüğünü de saptamış olduk.

Bu iki nedenle sınıfı, sağlıktaki eşitsizlikleri izlemek açısından temel değişken olarak öneriyoruz.

### KAYNAKLAR

1. Belek İ (1998) *Sınıf, Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul.*
2. Belek İ (1999) *Sosyal Sınıf, Eğitim, Gelir ve Mahalle: Hangisi Sağlık En Önemli Belirleyicidir ? Antalya'da Bir Araştırma, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 2(1-2): 49-74.*
3. Belek İ (2000) *Sınıflar ve Eşitsizlik: Antalya'da İki Bölge, Yedi Sınıf, Amme İdaresi Dergisi, 33(2): 79-101.*
4. Belek İ, Hamzaoğlu O (2000) *Son 20 Yılda Sağlıktaki Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar. Toplum ve Hekim Dergisi, 15(4): 265-277, 2000.*
5. Boratav K (1995) *İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul.*
6. Callinicos A, Harman C (1994) *Değişen İşçi Sınıfı (Çeviren: O Akınhay), Z Yayınları, İstanbul.*
7. Calvert P (1982) *The Concept of Class, St Martin's Press, New York.*
8. Carchedi G (1975) *Reproduction of Social Classes at the Level of Production Relations, Economy and Society, 4: 1-86.*
9. Kunst AE, Mackenbach JP (1995) *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, WHO, Copenhagen.*
10. Marks K (1978) *Kapital Cilt 3, Sol Yayınları, 1. Baskı, Ankara.*
11. NEE-HÜ (2004) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara.*
12. NEE-HÜ (2009) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara.*
13. TÜİK (18 Şubat 2011) *Sağlık Harcama İstatistikleri 2008, Haber Bülteni, Sayı: 34.*
14. Weber M (1993) *Sosyoloji Yazıları (Çeviren: T Parla), İletişim Yayınları, İstanbul.*
15. WHO (2009) *World Health Statistics 2009, www.who.int/whosis/whostat/EN\_WHS09\_Full.pdf*
16. Whitehead M (1992) *The Concepts and Principles of Equity and Health, International Journal of Health Services, 22(3): 429-445.*



## SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE SOSYAL SINIFIN ETKİSİ: MANİSA ÖRNEĞİ\*

N.NESANIR<sup>1</sup>, G.DİNÇ<sup>2</sup>, S.CAMBAZ<sup>3</sup>, P.BAYSAN<sup>4</sup>, M.ŞERİFHAN<sup>5</sup>, S.DEVECİ<sup>3</sup>, T.PALA<sup>6</sup>, C.ÖZCAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Toplum Sağlığı Merkezi, Düzce

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu

<sup>4</sup>İl Sağlık Müdürlüğü, Tokat

<sup>5</sup>Toplum Sağlığı Merkezi, İzmit

<sup>6</sup>Sağlık İstasyonu, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Aliağa

### Giriş

Ahlaki ve etik boyutu olan eşitsizlik gereksiz, önlenebilir ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Sağlıkta eşitsizlik kavramı çeşitli sosyal gruplar arasında var olan, sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan, bu nedenle ortadan kaldırılabilir ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıklar şeklinde tanımlanabilmektedir<sup>1</sup>

### Amaç

Bu çalışmada sağlık güvencesi varlığının ve sosyal sınıfın Manisa'daki ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşma üzerine etkisi değerlendirilmektedir.

### Gereç ve Yöntem

#### Araştırma grubu

Araştırmanın verileri 2005 yılı Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (MNSA) kapsamında toplanmıştır. Manisa Merkez İlçe nüfusunu (N=232.760) temsil eden 11.284 hane halkı bireyine ait veriler 1 Mart 2005 - 30 Haziran 2005 tarihleri arasında anketörler tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Örnek grubunun seçiminde sağlık evi nüfuslarına orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, her birinde 10 hane bulunan 327 kümeye ulaşılmıştır. Küme başı haneler sağlık ocağı ev halkı tespit fişlerinden sistematik rasgele örnek seçim yöntemi ile belirlenmiştir. Her küme için rasgele seçilen küme başı haneye sahada gidilmiş ve hane halkı ile görüşme yapılmış, ardından küme başı olarak belirlenen evin ön kapısına soldan en yakın beşinci eve geçilerek 10 hane tamamlanmıştır. Her küme için örneğe girecek hanelerin seçiminde önceden, rasgele belirlenmiş kuralları içeren bir saha rehberi kullanılmıştır. Örnek grubuna giren 3270 haneden 53'ü görüşmeyi reddetmiş (%1.6), 114 hane ile (%3.5) ikinci kez adrese gidilmesine rağmen evde bulunamaları nedeni ile görüşülemediği görülmüştür.

#### Veri Toplama

Hane halkı bilgileri, hanelerde yaşayan toplam 11.284 kişi için toplanmıştır. Veriler örneğe giren kişiler 18 yaşından büyükse ve evde ise kişinin kendisi ile görüşülerek elde edilmiştir. Çocuklar veya evde bulunmayan yetişkinler için ise veriler hane halkı reisinin eşinden elde edilmiştir.

Anket formu bireylerin yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, sağlık güvencesi, kronik hastalık durumu ve sağlık hizmeti kullanımı konusundaki verileri içermektedir. Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili veriler, bireylerinin son on beş günde sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığını, son on beş günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alıp almadığını, son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görüp görmediğini içermektedir.



## Tanımlar

Özel sigorta, Bağ-kur, SSK, Emekli Sandığı ve yeşil kartlılar "sağlık güvencesi var"; sağlık güvencesi olmayanlar "sağlık güvencesi yok" şeklinde tanımlanmıştır.

Hanenin işe/mesleğe dayalı sosyal sınıfı, Korkut Boratav'ın kentsel sosyal sınıf şemasına göre belirlenmiştir.<sup>2</sup> Bu sınıflamaya göre hanenin sosyal sınıfını hane reisi belirlemektedir. Hanede önce erkeğin sosyal sınıfı sorulmuş ve alınan cevaba göre hanenin sosyal sınıfı belirlenmiş, erkek yoksa kadının sosyal sınıfı hanenin sosyal sınıfı olarak kabul edilmiştir. Burada sınıflar kentsel alanda küçük işveren (bir veya iki sigortalı işçi çalıştıran), orta-büyük işveren (üç ve üzeri sigortalı çalıştıran), yüksek nitelikli ücretli (mühendis, avukat, doktor gibi), yüksek nitelikli kendi hesabına çalışan (kendi bürosu olan avukat, mühendis gibi), beyaz yakalı ücretli (polis, öğretmen, hemşire gibi), mavi yakalı işçi (marangoz işçisi, elektrik işçisi gibi), küçük esnaf/zanaatkar (yanında sigortalı kişi çalıştırmayan bakkal gibi), niteliksiz hizmet işçisi (bekçi, şoför, tezgahkar gibi), ve işsiz olmak üzere tasnif edilmiştir. Emekli olup çalışmayanlar daha önce yaptıkları işe göre değerlendirilmiştir.

"Üst sosyal sınıf"ta küçük ve orta/büyük işveren, yüksek eğitilmiş olup kendi hesabına çalışanlar, yüksek eğitilmiş ücretliler; "orta sosyal sınıf"ta beyaz yakalı, mavi yakalı, küçük esnaf/zanaatkar, "alt sosyal sınıf"ta niteliksiz hizmet işçisi ve "işsiz"de ise işsizler yer almaktadır.

## Analiz

Veriler, SPSS for Windows 11.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiş, istatistiksel karşılaştırmalarda tek değişkenli analizlerde ki kare, çok değişkenli analizlerde ise lojistik regresyon kullanılmıştır

## Bulgular

Katılımcıların %4.5'i üst sosyal sınıfta %60.0'ı orta sosyal sınıfta %27.0'ı alt sosyal sınıfta yer almakta olup %8.5'i işsizdir. Hanelerdeki kişilerin %89.8'inin sağlık güvencesi bulunmaktadır (Tablo- 1).

Tablo-1: Katılımcıların Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	n	%
<b>Yaş grubu*</b>		
0-6 yaş	1148	10,2
7-14 yaş	1565	13,9
15-44 yaş	5671	50,3
45-64 yaş	2091	18,5
65 yaş ve üstü	805	7,1
Toplam	11280*	100,0
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	5653	50,1
Kadın	5631	49,9
Toplam	11284	100,0
<b>Sosyal sınıf**</b>		
Üst sosyal sınıf	510	4,5
Orta sosyal sınıf	6761	60,0
Alt sosyal sınıf	3032	26,9
İşsiz	959	8,5
Toplam	11262*	100,0





<b>Sağlık güvencesi</b>		
Yok	1147	10,2
Var	10137	89,8
<b>Toplam</b>	<b>11284</b>	<b>100,0</b>
<b>Kronik hastalık</b>		
Yok	9770	86,7
Var	1498	13,3
<b>Toplam</b>	<b>11268*</b>	<b>100,0</b>

\*Yaş için 4; sosyal sınıf için 22; kronik hastalık için 16 kişinin verisi eksiktir.

Araştırma kapsamına giren kişilerin %8,3'ü son 15 gün içinde ayakta tanı ve tedavi hizmeti aldığını belirtmiştir. Son 15 günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma 0-6 yaş ile 45 yaş ve üzerindeki (p<0.001), kadınlarda (p<0.001), kronik hastalığı olanlarda (p<0.001), sağlık güvencesi olanlarda (p<0.001) ve üst sosyal sınıflarda (p<0.001) diğer gruplara göre daha yüksektir. Son 15 gün içinde sağlık sorunu olan bireylerin % 89.2'si herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur (Tablosu verilmemiştir.).

Tablo 2'de sosyal sınıf, sağlık güvencesi, sağlık sorunu yaşama, ayakta tanı ve tedavi hizmetlerini kullanma arasındaki ilişkiler yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına düzeltilen lojistik regresyon modelleri bakımından değerlendirilmiştir. Son on beş günde işsizlere göre üst sosyal sınıfta 1.73 (1.08-1.46), orta sosyal sınıfta 1.46(1.03-2.06), alt sosyal sınıfta 1.53 (1.07-2.20) kat daha fazla ayakta tanı ve tedavi hizmeti kullanımı olmuştur. Son on beş günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma oranı ise sağlık güvencesi olanlarda sağlık güvencesi olmayanlara göre 2.57 (1.75-3.78) kat fazla olmuştur (Tablo-2).

**Tablo-2: Son 15 Günde Ayakta Tanı ve Tedavi Hizmeti Alma Üzerine Etkili Olan Faktörlerin Dağılımı\***

<b>Faktörler</b>	<b>Beta</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>% 95 Güven Aralığı</b>
<b>Sosyal sınıf</b>				
Üst sosyal sınıf (n=510)	0.544	0.021	1.73	1.08-2.73
Orta sosyal sınıf(n=6760)	0.381	0.030	1.46	1.03-2.06
Alt sosyal sınıf(n=3029)	0.430	0.019	1.53	1.07-2,20
İşsiz(n=958)			1	
<b>Sağlık güvencesi</b>				
Var (n=10125)	0.947	<0.001	2,57	1,75- 3,78
Yok (n=1132)			1	

\*yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre düzeltilmiş

Araştırma kapsamına giren kişilerin % 6.3'ü son bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmeti aldığını belirtmiştir. Son 15 bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmeti alma 0-6 yaş ile 45 yaş ve üzerindeki (p<0.001), kadınlarda (p<0.001), kronik hastalığı olanlarda (p<0.001), sağlık güvencesi olanlarda (p<0.001) ve üst sosyal sınıflarda (p<0.001) diğer gruplara göre daha yüksektir(Tablosu verilmemiştir.).

Tablo 3'de sosyal sınıf, sağlık güvencesi ile yatarak tanı ve tedavi hizmetlerini kullanma arasındaki ilişkiler yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına düzeltilen lojistik regresyon modeileri bakımından değerlendirilmiştir. Farklı sosyal sınıfların yaş, cinsiyet ve kronik hastalığa göre düzeltilmiş yatarak tanı ve tedavi görme riskleri benzerdir. Son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görme ise sağlık güvencesi olanlarda sağlık güvencesi olmayanlara göre 3.37 (2.11-5.40) kat daha fazladır (Tablo-3).



Tablo-3: Son Bir Yılda Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmeti Alma Üzerine Etkili Olan Faktörlerin Dağılımı\*

Faktörler	Beta	p	OR	% 95 Güven Aralığı
<b>Sosyal sınıf</b>				
Üst sosyal sınıf (n=510)	0.025	0.891	1.02	0.71-1.46
Orta sosyal sınıf(n=6760)	0.256	0.130	1.29	0.92-1.80
Alt sosyal sınıf(n=3029)	-0.241	0.378	0.78	0.46-1.34
İşsiz(n=958)			1	
<b>Sağlık güvencesi</b>				
Var (n=10125)	1.214	<0.001	3.37	2.11-5.40
Yok (n=1132)			1	

\*yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre düzeltilmiş

## Sonuçlar

Çalışmaya göre son on beş günde sağlık sorunu olan bireylerin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı % 89.2'dir. MNSA 1999'da sağlık sorunu olanların % 68.5'inin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır.<sup>3</sup>

Bu çalışmada son bir yılda yatarak tedavi görme oranı % 6.3 bulunmuştur. 1995 Türkiye Sağlık Hizmeti Kullanım Araştırmasına göre bütün ülkede son bir yılda yatarak tedavi görme oranı % 4.2, kentlerde % 4.7 Manisa'nın da dahil olduğu Marmara ve Ege bölgelerinde % 4.8'dir.<sup>4</sup> 2002-2003 yılı Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırmasına göre son altı ayda yatarak tedavi görme oranı % 3.6'dır. Manisa'nın da dahil olduğu batı bölgelerinde % 3.8'dir.<sup>5</sup> Bu çalışmada son bir yılda yatarak tedavi görme yüzdesinin daha yüksek bulunmasının temel nedeni bu dönemde sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun sayıca fazlalığı olabilir.

Bu çalışma ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirliğinde bir artış olduğunu göstermekte birlikte alt sosyal sınıflar ile üst sosyal sınıflar ve sağlık güvencesi olanlar ile olmayanlar arasındaki sağlık hizmeti kullanımı eşitsizliği ortadan kalkmamıştır. Sosyal sınıf ve sağlık güvencesini yaş, kronik hastalık ve cinsiyete göre düzelttiğimizde ayakta tanı ve tedavi hizmetleri kullanımı üzerine sosyal sınıf ve sağlık güvencesi değişkenlerinin etkili olduğu yatarak tanı ve tedavi hizmeti kullanımı üzerinde ise sadece sağlık güvencesi değişkeninin etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar **gerek ayakta gerekse yatarak tanı ve tedavi hizmetinden yararlanmada bireylerin sağlık sigortasının olup olmamasının belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir.**

Bu çalışmada ayakta tanı ve tedavi hizmetleri kullanımında sosyal sınıflar arasında fark bulunmasının ve yatarak tanı ve tedavide ise fark bulunmamasının önemli bir nedeni hastaneye yatış gerektiren sağlık sorunlarının daha ciddi ve ertelenemez olma özelliği olabilir.

Bu çalışmada sosyal sınıflar arasında ayakta tanı ve tedavi hizmetinde fark görülmesi bir başka nedeni bizim işsizliği ayrı bir sınıf olarak değerlendirmemiz olabilir.

İşsizler başta olmak üzere daha alt sosyal sınıflarda ve sağlık güvencesi bulunmayanlarda sağlık hizmeti kullanımı daha düşüktür. Bu konudaki eşitsizliklerin kaldırılması için tüm toplumu kapsayacak bir sağlık sigortası uygulaması ve işsizliği önleyecek politikaların uygulanması önerilebilir.



### **Kaynaklar**

1. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services* 1992;(22)3:429-45.
2. Boratav K. *Sınıfların ve Grupların Sosyoekonomik Nitelikleri. Boratav K, editörler. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. 2.Baskı. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları; 2004. p.33-60.*
3. Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. *Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999. 1.Baskı. Manisa: C.B.Ü Tıp Fakültesi Masaiüstü Yayıncılık; 2001. p.123.*
4. The Ministry of Health, of Turkey. *Health Services Utilization Survey in Turkey . 1st ed. Ankara: Survey Research Group-BIGTAS; 1996. p.66,164,166.*
5. The Ministry of Health, of Turkey. *Turkey National Health Accounts Household Health Expenditures 2002-2003. 1st ed. Ankara: Ablan Tanıtım Organizasyon Matbaası; 2006. p.29,30.*

\*Bu çalışma, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(4):1263-71. sayısında “ Affects of Social Classes and Social Security on Access to Health Care in Manisa : A Research For Inequalities.” adıyla makale biçiminde yayımlanmıştır.

## İSTİHDAM VE EŞİTSİZLİKLER

Yücel DEMİRAL\*

*\*Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Kapitalizmin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra başlayan ve çalışma yaşamında tam istihdam adı ile anılan altın çağı 1960 lı yıllarda sona ermiştir. Bu yıllardan sonra gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomilerde giderek derinleşen bir ekonomik daralma dönemi yaşanmış ve kar oranlarındaki düşüşe bağlı olarak 80'li yıllarda sistemin yaşamını tehdit edecek boyutlara ulaşan krizin çözümüne yönelik bir dizi yapısal önlemler gündeme gelmiştir. Türkiye'de de benzer değişimler yaşanmış ve önce 24 Ocak kararları ve ardından gelen darbe ile yapısal uyum programı uygulamaya konulmuştur. Bu programlar çalışma yaşamında geniş anlamı ile esneklik olarak isimlendirilen dönüşüme ve yeni ve atipik çalışma biçimlerini gündeme getirmiştir. Bu anlamda çalışmanın esnek biçimlerine olanak sağlayan iktidar sisteminin kavranması önemlidir. Sennett, esnekleşmenin ardındaki iktidar sistemini üç temel öge ile açıklamaktadır: Bunlar; kurumların yapısal ve kökten dönüşümü, üretimin esnek uzmanlaşması ve iktidarın merkezileşme olmadan yoğunlaşmasıdır. İstihdam yapısındaki bu değişimin toplum sağlığına yansımaları sorusu sağlığın politik yapısının irdelenmesini gerekli kılmaktadır. Sağlık politik olarak ele alındığında eşitlik bir değer olarak güncelliğini korumakta ve giderek merkezi bir önem kazanmaktadır. Eşitlikçi politikaların ana kaynağı olan komünizmin küresel yenilgisine rağmen eşitliğin önem kazanması paradoks olarak görülmektedir. Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde sosyal yardım, ya da cemaat dayanışması gibi mekanizmalarla ve uluslararası politikalarda yoksulluğun önlenmesi gibi söylemlerle eşitlik kavramı sıklıkla toplumun gündeminde yer almaktadır. Dahası en sağ ve tutucu politikacılar bile fırsat eşitliği, kanunlar önünde eşitlik gibi bir söylem kullanmak zorunda kalmaktadırlar. Bunlar giderek derinleşen eşitsizliklere neden olan küresel sistemin hayatta kalmak için takındığı bir maskedir. Bu çerçevede ele alındığında eşitlik için en temel gereksinimlerin karşılanmasına yönelik politikalar belirlenir. Bunlar sağlığı da içeren ısınma barınma, güvenlik gibi maddi yoksunluklardır. Böylece bir yanda açlık yaşanırken diğer tarafta bolluk ve tüketim çılgınlığı yaşanması birbirinden ayrı sorunlarmış gibi algılanır. Bu sınırlar içinde ele alındığında refah toplumu, sosyal devlet uygulamalarının eşitsizlikleri azaltacağı düşünülmüştür. Bu yaklaşımlar yoksulluğun azalmasında sınırlı da olsa başarılı olmuştur, ancak toplumun ekonomi araçlarını kontrol etme ya da bu araçlara sahip olma güçleri gelişmedikçe görece eşitsizliklerin önlenmesinde ilerleme sağlanamaz ve gelirin yeniden paylaşımı ihtiyacı ortadan kalkmaz.



## TÜRKİYE’DE EŞİTSİZLİKLER: KALICI EŞİTSİZLİKLERE GENEL BİR BAKIŞ\*

*\*Bu yazı, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumundan Yrd. Doç. Dr. Ayşen Candaş, Volkan Yılmaz, Sevda Günseli ve Dr. Burcu Yakut Çakar’ın tamamladığı Eşitsizlikler araştırmasının verilerininin, gerek 25 Haziran 2010’da Boğaziçi Üniversite’sindeki uluslararası konferansta, gerekse 7 Mart 2011 tarihinde London School of Economics Contemporary Turkish Studies Seminars çerçevesinde Yrd. Doç. Dr. Ayşen CANDAS tarafından yapılmış sunumunun son veriler eklenerek revize edilmiş bir özetidir.*

2010 yılında Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu olarak *Türkiye’de Eşitsizlikler: Kalıcı Eşitsizliklere Genel Bir Bakış* adlı bir rapor yayınladık. Bu yazıda geçen yıl tamamlamış olduğumuz ve her yıl yeni verilerle destekleyerek yeniden yayınlayacağımız *Eşitsizlikler* raporunun temel kavram, soru ve bulgularını özetleyeceğim. Eşitsizliklerin çeşitleri ve demokratik bir toplumun eşitsizliklere yaklaşımının ne olması gerektiği konusundaki yaklaşımımızı paylaşacağım.

*Eşitsizlikler* araştırmasına başlarken amacımız, *gelir dağılımı, istihdam, eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve siyasi katılım* alanlarında, ulusal ve uluslararası planda yazılmış çeşitli raporlara yansıyan verileri bir araya getirip, Türkiye’deki eşitsizliklerin birarada bir fotoğrafını çekmek, bunun yanı sıra, üstüste binen, artan, katlanan eşitsizlik türlerinin, *hangi gruplar üzerinde özellikle yoğunlaştığını* saptayabilmektir. Bu amaçla 2000-2010 döneminde, üstte sayılan alanlarda yapılmış bütün araştırmaların bulgularını bir araya getirdik. İncelediğimiz raporların herbiri, eşitsizliğin tek bir vechesine, örneğin istihdama, ya da gelir dağılımına, odaklanırken, bizim amacımız değişik alanlardaki eşitsizliklerin hepsinin birarada oluşturduğu resmi ortaya çıkarmak ve bu eşitsizliklerin en çok hangi gruplar tarafından deneyimlendiğinin bir haritasını çıkarabilmektir. Raporları birbirine ardına okurken ve bulgularını not ederken, eşitsizlik alanlarının aslında birbirinden bağımsız ele alınamayacağını daha da netlikle gördük. Zira bir alandaki eşitsizlik hemen diğer alanlara da aktarılıyor, eşitsizlikler istihdamdan gelir dağılımına, gelir dağılımından eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik alanlarına yayılıyor. *Kalıcı eşitsizlikler*, işte tam da bu şekilde, başladıkları noktada kalmayıp her alana yayılan, deneyimlendikleri ilk boyutta sabit kalmayan, büyüyüp katlanıp yayılarak kalıcılaşan ve yeniden üretilen bir eşitsizlikler bütünü. Başka bir deyişle, kalıcı eşitsizlikler nesilden nesile, boyuttan boyuta ve mekandan mekana aktarılan eşitsizlikler. Aklımızdaki başlıca sorulardan biri bu kalıcı, yani kendini yeniden üreten ve katlanarak yayılan eşitsizlik bütününden en fazla payı alan kimlik ve gruplardan bahsedip bahsedemeyeceğimizi.

Bulgularımıza geçmeden tanımlarımız ve genel yaklaşımımız üzerinde durmam gerekiyor. ‘Eşitsizlikler’ derken ne kastediyoruz? Bütün eşitsizlikler aynı tür eşitsizlik midir? Bütün eşitsizlikleri tek bir mekanizma ile dönüştürebilir miyiz? Ve en temel soru: Eşitsizlikler dönüştürülebilir mi?

Yanıtlamaya sondan başlarsak, eşitsizlikler *kader* değildir ve dönüştürülebilirler. Eşitsizlikler sadece ve sadece, ‘doğal’ kabul edildikleri, siyasallaştırılmadıkları ve sorunlaştırılmadıkları ortamlarda, *kader haline gelecek şekilde kalıcılaşır*. Demokratik toplumlar eşitsizlikleri dönüştürmek, eşit oldukları kabul edilen vatandaşlarına eşit haklar sağlamak, ve eşit hakların eşit etkinlikte icrasını mümkün kılacak uygulamaları da hayata geçirmekle *yükümlüdürler*.



*Eşitsizlik* derken *ne* kastediyoruz? Araştırmamız çerçevesinde tanımlandığı şekliyle eşitlik, eşit vatandaşlık fikrinin dayandığı ve demokratik devletlerin vatandaşlarına sağlaması gereken tarzda bir eşitliğe gönderme yapıyor. Dolayısıyla ‘bir ideal olarak eşitlik nedir?’ gibi geniş, kuramsal ve muğlak bir alandan çok, demokratik bir haklar rejiminde eşit haklara sahip olduğu varsayılan fertlerin, bu hakların icrasına eşit erişimlerinin sağlanmasının *asgari düzeyde neleri gerektirdiği* üzerinde duruyoruz. Araştırma sonucu ortaya çıkan resim, gelir dağılımı, istihdam, eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik ile siyasi temsil alanlarında, vatandaşların hakların icrasına eşit erişimi açısından *çok boyutlu* mağduriyetler yaşamakta olduğunu netlikle sergiliyor. Mağduriyetler çok boyutlu olduğu için, bu mağduriyetleri gidermeyi hedefleyen eşit vatandaşlığın tesisine yönelik çözümlerin de *çok boyutlu, dönüştürücü ve bütünsel* olması gerektiği ortaya çıkıyor.

Eşitsizliğin farklı türleri var. Eşitsizliğin türüne göre, gerek o alanda dönüştürücü olabilecek nitelikte sosyal politikaların uygulanması, gerekse anayasal ve yasal planda dönüştürücü olabilecek nitelikte siyasi reformlar yapılması gerekiyor.

Tekrar vurgulamak gerekirse, *eşitsizliklerin her türlü dönüşürülebilir*, ancak çoğulcu bir toplumda varolan farklılıkların tezahürlerine ayrımcılık uygulanması sorunu ile sosyoekonomik eşitsizlikler, ikisi de eşitsizlik inşa ediyor olmasına rağmen, birbirinden farklı problemlerdir. Dolayısıyla ayrımcılık, dışlama ve marjinalize etme yoluyla sistematize edilen tarzdaki eşitsizlikleri dönüştürmek için uygulanacak politikalar, sosyoekonomik planda yaşanan eşitsizlikleri dönüştürücü ve yeniden dağıtımcı sosyal hakları hayata geçiren politikardan farklı olmak zorunda. Eşitsizlikler çok yönlü ve çok boyutlu olduğu için onları dönüştürebilecek nitelikte mekanizmalar da çok yönlü bakmak ve çok boyutlu yaklaşmak durumunda.

*Kalıcı eşitsizlikler* kavramı, özellikle de eşitliğin prensip edinilmediği siyasi ortamlarda süreklileşen ve adeta kendilerine doğallık atfedilmeye başlanan eşitsizliklere dair bir kavram. Toplumsal eşitliği hedefleyen siyasi müdahalelerin mevcut olmadığı durumlarda, bir alandaki eşitsizlik sıklıkla başka alanlara da aktarılıyor. Örneğin, zorunlu göçe maruz kalan bir aileye doğan ve kente göç eden bir çocuk, büyük olasılıkla ortaöğretimi bitirmeden kayıtsız ve sosyal güvenceden yoksun bir işte çalışmaya başlıyor. Uzun çalışma saatleri içerisinde örgütlenmeye fırsat bulamıyor, olur da örgütlenirse bu nedenle işten atılması ihtimal dahilinde oluyor. Eşitsizliğin kalıcılaşmasının sonucunda, zamanla bu çocuğun umutları ve hayattan beklentileri varolan adaletsizliklerin kabulüne göre şekillenip törpülenebiliyor. Kalıcı eşitsizliklere maruz kalanlarda oluşabilecek en büyük hasar, umut, beklenti ve taleplerinin azla yetinmeye, şartlara uyum sağlamaya yönlenmesi olabiliyor. Sosyal güvenceden yoksun istihdam hayatı, ilerki yaşlarında sağlığa erişimini de etkileyecek olan bu kişinin birgün doğabilecek çocuğu da, aynı imkansızlıkların içine doğup, ebeveynlerinin yaşadığı adaletsiz döngüyü miras alarak büyük ölçüde tekrarlayacak. Oysa tüm kalıcı eşitsizlikler, dönüştürücü sosyal politikalar, demokratik kurumlar ve özgürleştirici yasalar yoluyla azaltılabilir, hatta tümüyle ortadan kaldırılabilirler.

### **Eşitlik ne değildir?**

Eşitsizlikleri dönüştürmek için, eşitsizlik türlerinin ne olduğuna ve bunların ne tür müdahalelerle dönüştürülebileceği sorusuna odaklanılması gerekiyor. Tersten söylersek, demokratik bir siyasi rejimde eşitlikten ne anlaşılması gerektiğini anlamak için belki ilk yapılması gereken, *eşitlikten neyin anlaşılmasını gerektirdiğini belirlemek*. Çoğulcu bir topluma sahip olan Türkiye’de, hem kültürel çeşitlilik, farklı aidiyetler ve farklı yaşam tarzları mevcut, hem de derin ve kalıcı sosyoekonomik eşitsizliklerle içiçe geçmiş ayrımcılık



tezahürleri. Dolayısıyla böylesi bir toplumda toplumsal eşitliğe dair iki nokta vurgulanabilir:

*Birincisi, karmaşık bir toplumda amaçlanması gereken eşitlik bir tektipleşme ideali olamaz. Çeşitlilik ve çoğulculuk arzeden bir toplumda, ancak çoğulculuğun sürekliliğine, farklılıkların özgürce yaşanmasına imkan veren tarzda bir eşitliği savunabiliriz. Demokratik bir toplumda savunulacak eşitlik anlayışı, yaşam stillerini, anadilleri, etnik aidiyetleri, inanışları, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimi ya da farklı varoluş ve mutlu olma biçimlerini tektipleştirmeyi hedefleyemez.*

İkinci olarak: *demokratik olduğu ölçüde sosyal olan devletin birincil görevi, geçmişten miras alınan eşitsizlikleri dönüştürüp eşit vatandaşlık vaadini hayata geçirmektir. Eşitsizlikler hakların kişiler ve gruplar tarafından eşit etkinlikte icrasına imkan verecek ölçüde dönüştürülmelidir. Burada dönüşmesi gereken toplumun kurum, kural ve pratikleridir. Fırsat eşitliğinin kağıt üstünde tanındığı, ancak gerek sosyoekonomik gerekse toplumsal statü hiyerarşisi itibarıyla güçsüz konuma doğan fertlerin ve grupların fırsat eşitliğinin hayata geçmesini sağlayacak sosyal politikaların uygulanmadığı ortamlarda, içine doğulan ortamda zaten varolan ve fertlerin aslında seçmemiş, sorumlusu olmadığı eşitsizlikler, hem daha da derinleşir, hem de nesilden nesile aktarılır. Nesilden nesile aktarılan, demokratik ve sosyal devletin görevini yapmadığı ortamda ailelerin ve fertlerin kaderiymiş gibi algılanan ve sosyal hareketliliği imkansız kılan eşitsizlikler, kalıcı eşitsizliklerdir ve bunların dönüştürülmesi eşit vatandaşlık açısından kesin olarak gereklidir. Dolayısıyla eşitlik, hem toplumun kendini demokratikleştirmesi için amaç olarak saptanarak toplumu organize edecek olan temel prensip, hem de kurum ve pratikleri dönüştürecek bir süreç olarak algılanmalıdır.*

Böylesi bir eşitlik tahayyülü, toplumda paylaşılan ortak adalet duygusunu prensip ve kurallara döken anayasal düzlemin yanı sıra, bu prensiplerin hayata geçirilmesi amacıyla uygulanacak politikalar düzeyinde de kurumsallaşmalıdır. Jürgen Habermas'ın belirttiği gibi, *anayasalar demokratik toplumlarda bitmeyen ve bitmeyecek süreçlerdir*, zira toplumlar dinamiktir, adalet talepleri kamu vicdanına seslenmeyi sürdürürken ve toplum dönüşürken, hem geçmişten miras alınan eşitsizlik türleri dönüştürülmeyi bekler, hem de yeni eşitsizlik türleri ortaya çıkabilir. Demokratik rejim, eşit özgürlüğü herkes için mümkün kılacak olan kamusal imkanlara eşit erişimi sağlamalıdır ki; vatandaşlar, kendilerinin belirleyeceği özgürlük anlayışı doğrultusunda, özgürce ve birlikte yaşayabilsinler ve adalet duygularıyla beraber, ortak yaşam alanlarını da birlikte, adil ve demokratik bir yöne doğru dönüştürmeye devam edebilsinler.

### **Analitik Olarak Ayrıştırılabilir ama Toplumsal Hayatta İççe Geçen İki Eşitsizlik Türü<sup>21</sup>**

Varolan adaletsizlik ve eşitsizlik tezahürleri arasında, başlıca iki tür dönüştürülmesi gereken kalıcı eşitsizlik alanı görülmekte ve bunlar hem kendi kategorileri içinde hem de birbirleriyle iççe geçmiş şekilde karşımıza çıkmakta.

Bunlardan ilki, nispeten yoksul konuma doğan fertlerin, doğdukları şartlardaki imkansızlıkların

21 Tanınma ve yeniden dağıtım taleplerine yolaçan sorunların kaynağının farklı olduğunu, fakat toplumsal hayatta bu sorunların iççe geçtiğini vurgulayan bir kuramsal literatür son yıllarda oldukça önem kazandı. Bakınız “From Redistribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a ‘Postsocialist’ Age,” *New Left Review*, no. 212 (July/August 1995) s. 68 - 93 ve Nancy Fraser and Axel Honneth, *Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange*, trans. Joel Golb, James Ingram, and Christiane Wilke (London: Verso, 2003).



sonuçlarını, bütün tezahürleriyle beraber tek başlarına omuzlayarak sosyalleşmelerine sebep olan sosyoekonomik temelli kalıcı eşitsizlikler. Bu tarz eşitsizlik, nesnel sosyoekonomik koşulların yarattığı imkansızlıklara, yoksunluklara dair. Sosyoekonomik koşullar içerisinde gelir seviyesi, mülkiyet, ikamet edilen yer, içinde yer alınan sosyal ağlar ve benzeri etkenler yer alıyor. Örneğin, belli bir gelir seviyesindeki bir hanenin içine doğmak, alınacak eğitimin seviyesini ve kalitesini, alınacak sağlık hizmetlerinin kalite ve seviyesini, kişinin gelecekte istihdam içerisindeki konumunu, hatta erişilmesi mümkün olan siyasi katılımın derecesi ve niteliğini doğrudan etkileyebiliyor.

Mutlak surette dönüştürülmesi gereken ikinci tür kalıcı eşitsizlik, fertlerin ve bu fertlerin ait oldukları grupların sosyoekonomik konumlarından ziyade, toplumsal statülerine ve toplumsal hiyerarşideki konumlarına ilişkin olarak ortaya çıkıyor. Eşitsizliğin kalıcı şekilde yerleşmiş olduğu toplumlar, sadece gelir seviyesinin ve maddi olanakların gelecekte beklenilebilir hayat kalitesine dair umutları bile etkilediği ve biçimlendirdiği toplumlar değil, aynı zamanda *Weberyan* manada statü toplumları. Bu toplumlarda gelir seviyesi ne olursa olsun etnik kökene ve/veya anadile bağlı, din ya da mezhebe dayalı, ya da toplumsal cinsiyet, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelime dayalı kimlik, çoğunluğun eğilimlerinden veya egemen ideolojiden ayrıştığı ölçüde aşağı görülme ve denk addedilmeme sebebi olabiliyor. Yazılı kurallara bağlı olmadığı durumlarda bile pratiklere sinmiş olabilen bu toplumsal hiyerarşi ve statü anlayışı, fertleri statü skalasında ait oldukları düşünülen konuma göre sınıflandırıp, fertlerin ve grupların birbirleriyle kurdukları ilişkileri yapılandırabiliyor. Her türlü ayrımcılığın yaygın olduğu ve bu ayrımcılık türlerine karşı kamunun yasak koymadığı, ayrımcılığa uğrayanlara yasal güvence sağlamadığı toplumlarda, toplumun çoğunluğundan ya da egemen ideolojisinden ayrılan bir farklılığa sahip olarak doğmak ya da böyle bir farklılığı sonradan edinmek, kişinin eğitim alıp almayacağını, işten atılıp atılmayacağını, hatta siyaseten kendini temsil edip edemeyeceğini belirleyebiliyor. *İlk kalıcı eşitsizlik türüne sosyoekonomik eşitsizlik, ikinci kalıcı eşitsizlik türüne ise ayrımcılık diyoruz.*

Toplumsal hayat şüphesiz ki sosyoekonomik eşitsizliklerle ayrımcılık arasındaki bu analitik ayrımın temsil ettiğinden çok daha karmaşık bir yapı sergiliyor. Bazen yazılı olmayan kurallarla işleyen toplumsal hiyerarşideki statüsü eşit kabul görmediği için, gelir düzeyi nispeten yüksek birilerinin ayrımcılığa uğradığını görebiliyoruz, bazense gelir düzeyi düşük olan iki kişiden toplumsal statü hiyerarşisindeki yeri sebebiyle bir tanesinin daha da dezavantajlı durumda olabileceğine, diğerininse sırf çoğunluğun aidiyet duygularını paylaştığı için en azından toplumla daha kaynaşmış hissedebildiğine tanık oluyoruz. Üstelik sosyal olgulardaki içiçe geçme ve karmaşıklık düzeyi o kadar yüksek ki, çoğu zaman başta kimliği yüzünden ayrımcılığa uğramış olanın, zamanla bir de yoksullaşması ya da yoksul olanın zamanla yoksul olduğu için de dışlanması ve ayrımcılığa maruz kalması gibi, kalıcı eşitsizlik türleri açısından ‘birbirine geçişli’ durumlar oluşuyor. Günümüzün karmaşık toplumlarında eşitsizliğin nedenlerinin ve tezahürlerinin bu içiçe geçme durumunun ya da eşitsizliğin çok boyutluluğunun istisnadan çok kural durumunda olduğunu anlamamız büyük önem taşıyor.

Kadınların deneyimlediği eşitsizlikler, bu çokboyutluluğun ve içiçe geçmiş eşitsizliklere maruz kalma durumunun önemli bir örneği. Kadınlar, eşitsizlikleri, toplumsal cinsiyet temelli bir iktisadi işbölümünün tezahürleri şeklinde, yani aynı anda hem sosyoekonomik hem de ayrımcılığa ilişkin boyutları olan, dönüştürülmesi için her ortamda eşit katılım hakkının hayata geçirilmesine, sosyal haklara, pozitif ayrımcılığa ve bir zihniyet değişikliğine mutlak şekilde ihtiyaç duyulan şekilde deneyimliyorlar.





İster başta sosyal ve ekonomik koşullardan kaynaklanmış, ister başta denk görülmemesi, eşit değerde davranılmama ve dışlanma durumundan kaynaklanmış olsun, oluşan tüm eşitsizlik türlerinin içiçe geçtiği durumlarda, eğer toplumsal eşitliği şiar edinen bir hukuk sistemi ve vaadedilen eşitliği pratiğe geçiren sosyal politikalar uygulanmıyorsa, eşitsizlikler kalıcılıklarını pekiştirip derinleşiyor. Eşitsizlikler derinleşirken, fertler kamusal imkanlardan eşit derecede faydalanamıyor, kağıt üzerinde tanımlı bir fırsat eşitliği hayata geçirilemiyor, kişilerin kamu alanlarına ve imkanlarına eşit erişimleri yanında siyasi temsile erişim imkanları da kısıtlanmış oluyor. Gerek çeşitli sebeplerle çoğunluktan ayrılan konumlarıyla ayrımcılığa, gerekse sosyoekonomik eşitsizliklerden dolayı nesiller boyu yoksulluğa ve sömürüye mahkum bırakılan gruplar, zamanla *aynı anda* hem ayrımcılık hem de yoksulluğa maruz kalıyor ve seslerini duyuramadıkları için toplumun siyasi gündeminden koparak, marjinalize oluyor ve sorunları başta meclis olmak üzere her türlü siyasal kamu alanına taşınmadığı müddetçe de görünmez hale geliyorlar.

İşte bu tür bir marjinalleşme deneyimiyle beraber, toplumsal eşitsizlik türlerinin, alandan alana aktararak birbirine geçmiş tezahürleri, zamanla onları dönüştüren bir siyasi irade yoksa, adeta ‘doğal’ olmuşlar ‘öyle olmalıymış’lar gibi addediliyor, ve aslında kalıcı eşitsizliklere maruz kalmış olmanın tezahürleri olan koşullar, sanki bile isteye seçilip üretilmişler gibi algılanmaya başlıyorlar. Zaman zaman kalıcı sosyoekonomik eşitsizliklerin ve ayrımcılıkların beraber deneyimlenmesinden türemiş, kast sistemine benzer, sosyal hareketliliğin yok olduğu grup deneyimlerinin tezahürleri ‘kültür’ olarak algılanıyor ve çeşitliliğin korunması biçiminde değerlendiriliyor. Örneğin, nesiller boyu hem ayrımcılığa hem de yoksulluğa maruz bırakılmış Roman kökenli yurttaşların, çiçek satmalarına engel olunmaması, çiçek satmalarının teşvik edilmesi ya da müzikleri ile toplumsal olarak tanınmaları ve takdir görmeleri, eşit yurttaşlar olarak yaşayabildiklerini aslında göstermiyor. Bu yüzden, Romanlara tüm kamu imkan ve hizmetlerine eşit erişimlerinin ayrımcılığa maruz kalmaksızın sağlanması yerine, devletin Romanların ‘özel’ kültürel öğeleri olarak tanıdığı ‘müziyen olma’ ya da ‘çiçek satma haklarını’ koruması, toplumsal eşitliği hedefleyen bir yaklaşım olarak kabul edilemez. Eşit vatandaşlıktan, kamu imkanlarına eğitime ve sağlığa eşit erişim olanağından ve bu sorunların siyasallaşmasına imkan verecek siyasi temsilden dışlanmanın uzun vadeli sonucu, toplumsal hiyerarşiye dayalı, kast sistemine benzer, özünde ayrımcı bir toplumsal işbölümünün, doğalmış ve serbest iradeyle oluşmuş gibi görülebilmesi olabiliyor. Eşitlik ideali ve eşitliğin tesis edilmesine yönelik politikalar bu yaklaşımın çok ötesinde bir siyasi vizyonu ve iradeyi gerektiriyor. Bu bağlamda, *farklılığın tanınup eşitliğin amaçlanmadığı siyasi rejimler, ancak apartheid rejimleri, kast sistemi, ya da birlikte yaşamak yerine yanyana, kaynaşmadan ve ayrı kurullarla yaşamayı kurumsallaştıran ve nüfusu oluşturan grupları birbirinden izole eden ‘millet’ sistemlerini üretebiliyorlar*. Bu ortamlarda farklılıklarla beraber eşit derecede özgür yaşama imkanı yok oluyor, bunun yerine yanyana ve hiyerarşik şekilde konumlanan, beraber sosyalleşip karışmadan ve eşit özgürlüklere değil farklı kurallara bağlı yaşam tarzlarını yasallaştıran ve güçsüzün güçlüye bağımlılığını kural haline getiren ve miras alınan *hiyerarşiyi doğallaştıran* ortamlar oluşuyor.

İkinci olarak, farklılıkların ve çeşitliliğin gerçekliğini ve dolayısıyla demokratik bir toplumda çoğulculuğun gerekliliğini reddedip, eşitliği ‘aynılık’ şeklinde benimseyen siyasi rejimler de mümkün. Bu rejimler de, tektipleştirmeyi kurumsallaştırıyorlar, karmaşık bir toplumu oluşturan fertlere, çoğunluğun kimliğini ya da ‘doğru’ kabul edilen bir kimliği bütün detaylarıyla giydirmeye çabalyorlar.



Günümüzün karmaşık toplumlarında farklılıkların ‘verili’ olduğunun ve çoğulculuğun demokratikliğin ölçütü olduğunun reddi, fertler açısından iki olumsuz sonuç doğurabiliyor. Bu sonuçlardan ilki, topluma, ekonomiye, siyasete eşit koşullarda katılabilmek ve kamunun imkanlarından faydalanabilmek için ferдин kimliğini bastırması gerekiyor, ve kişinin kendiliğini reddetmesi katılımın koşulu haline getiriliyor. Bu durumda fert, kamu imkanlarından faydalanabilmek ve/veya siyasi temsile eşit erişim imkanı elde etmek için ya statü hiyerarşisinde aşağı görülen kimliğini saklamak zorunda kalıyor, ki bu tektipleşme ile sonuçlanıyor; ya da bunu yapmaktansa, kamu imkanlarına başvurmadan vazgeçiyor, ortak bir adalet mefhumunun bulunmadığına, kamu vicdanına seslenemeyeceğine kanaat getirip, topluma özgürce, kendiliğini bastırmadan entegre olma ve eşit vatandaş olarak tanınma talebinden vazgeçiyor. Bu da demokratikleşemeyen, hatta temel değerler temelinde parçalanmakta olduğu için toplumsallığını da yitirmeye başlayan bir toplum döngüsü yaratıyor.

Farklılıkların varlığının reddinin bir diğer sonucu da, toplumu oluşturan fertlerin farklı ihtiyaçlarına ‘kör’ kalan ve eşitliği yalnızca formel bir prensip düzeyinde tanıyan politikaların, fertler açısından *eşit yapabilirlikleri* beraberinde getirmemesi. Yasal düzlemde herkese evrensel bir biçimde tanınan haklar rejimi, politikalar düzeyinde toplumsal eşitsizlikleri dönüştürmeyi amaçlamadığı ya da farklı ihtiyaçlar olabildiğini görmezden geldiği durumda, eşitlikçi gücünü kaybedebiliyor. Örneğin, kadınların da erkeklerin de çalışma hakkının yasal olarak tanındığı bir ülkede, kadının toplumda üstlendiği ve özgürce çalışıp çalışmama kararını vermesinin önünde engel oluşturan *bakım yükünü* azaltmayı hedefleyen kamu politikaları yoksa, orada hakların eşit yapabilirliklere yol açmadığını söyleyebiliriz. Kadın istihdamına yönelik politikalar, eğer bakım yükünü kadın ve erkeğin eşit şekilde paylaşması prensibi yönünde planlanmazsa, kadının evde oturup çocuk ve yaşlılara bakması durumunu doğallaştırırsa ve evde kalıp bakımı üstlenen kadınlara maaş bağlamakla yetinilirse, yine eşitsizliğin dönüştürüldüğünden bahsetmek mümkün olamıyor. Bu durumda aileye ek gelir sağlanmış oluyor ama toplumsal cinsiyetçi işbölümüne dair olan zihniyet de pekiştirildiği için kadın-erkek arasındaki eşitsizlik baki kalıyor. Benzer şekilde, görme engelli bir öğrencinin her öğrenci gibi okulun tüm hizmetlerinden faydalanma hakkı olmasına rağmen, *Braille* alfabesi ile basılmış eğitim materyalleri kısıtlıysa, o öğrencinin farklı ihtiyacının görmezden gelinmesinden kaynaklanan bir eşitsizlik ortaya çıkıyor. Eşitsizliklerin nasıl politikalarla dönüşeceği konusuna odaklanırken, toplumu oluşturan grupların farklı ihtiyaçlarına göre de düşünmek gerekiyor. Formel düzlemde kalan eşitlikçi bir anlayış farklılıkların doğurduğu farklı ihtiyaçları hesaba katmayabileceği için dönüştürücü olamıyor.

### **Bulgular**

Araştırmamızda öne çıkan, değerlendirmelerimize göre en çarpıcı eşitsizlik alanları şöyle:

- **Gelir dağılımı adaletsizliği**
- 2000li yılların ortasında Türkiye OECD ülkeleri<sup>22</sup> arasında Meksika’dan sonra gelir dağılımı en adaletsiz ülke.<sup>23</sup>

22 OECD ülkeleri şunlardır: Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Macaristan, Japonya, Meksika, Yeni Zelanda, Polonya, Slovakya, Güney Kore, Şili, Estonya, Slovenya ve İsrail.

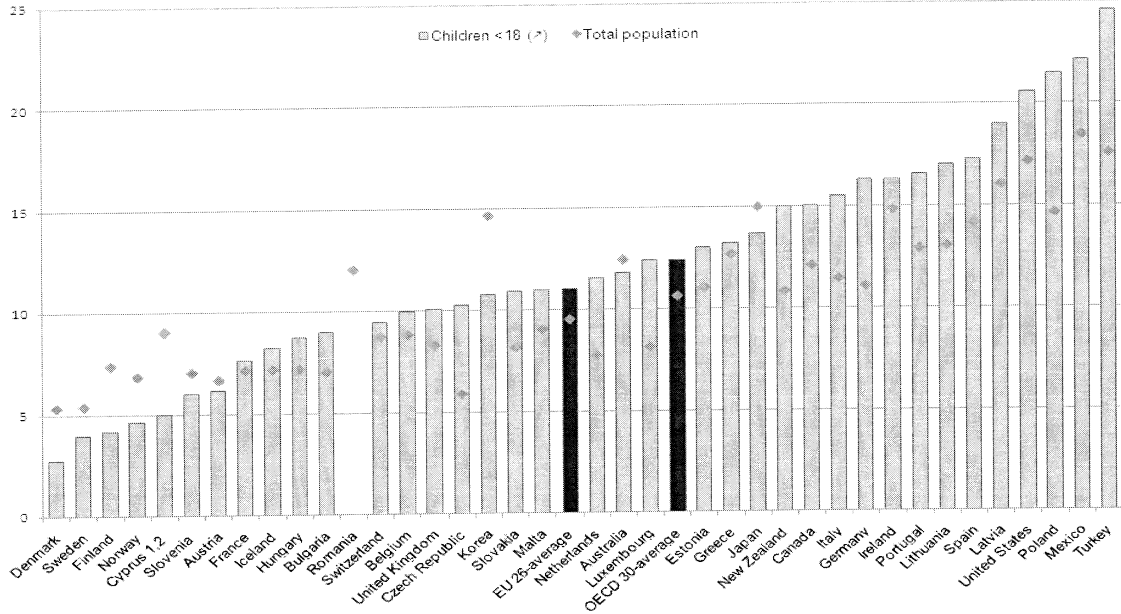
23 Organization for Economic Co-operation and Development. (2008) *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, s. 25. (İng.)



- 2009 yılında Türkiye’de en zengin yüzde 20’lik nüfusun geliri, en yoksul yüzde 20’lik nüfusun gelirinin 8,5 katı ve bu oran tüm AB üye ülkelerinden yüksek.<sup>24</sup>
- Toplam gelirden nüfusuna oranla en düşük payı alan bölgeler Güneydoğu ve Ortadoğu Anadolu bölgeleri.<sup>25</sup>

### Gelir yoksulluğu

- 2009 yılında Türkiye’de fertlerin yüzde 18,08’i gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamakta.<sup>26</sup>
- Türkiye’nin çocuk yoksulluğunda çok kötü bir sicili bulunuyor.<sup>27</sup> 2004 yılı verilerine göre, Türkiye OECD ülkeleri arasında çocuk yoksulluğu oranı en yüksek olan ülke.<sup>28</sup>



24 Türkiye İstatistik Kurumu. (2011) “2009 Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması”, *Haber Bülteni Sayı 41*, Şubat, Ankara. (T.)

25 Erdem, T. (2007) “Gelir Farklılıkları”, *Radikal gazetesi*, 5 Nisan 2007. (T.)

26 Türkiye İstatistik Kurumu. (2011) “2009 Yoksulluk Çalışması Sonuçları”, *Haber Bülteni Sayı 3*, Ocak, Ankara. (T.)

27 United Nations Children’s Fund. (2006) *Child Poverty in Turkey 2006*, Ankara, s. 5. (İng.)

28 Organizational for Economic Co-operation and Development. (2008) *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, s. 154. (İng.)



- 2009 yılında gıda ve gıda dışı yoksulluk oranı kırsal kentlerden daha yüksek. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlarda 2008 yılında yüzde 34,62 olan yoksulluk oranı 2009 yılında yüzde 38,69'a yükseldi.<sup>29</sup>

#### **Çalışan yoksulluğu**

- 2009 yılında ülke genelinde yoksulluk oranı yüzde 18.08 iken, tarımda çalışanların yaklaşık yüzde 40'ı yoksul.<sup>30</sup>
- 2009 yılında yevmiyeli çalışanlar arasında yoksulluk oranı yaklaşık yüzde 26.86, kendi hesabına çalışanlar arasında yüzde 22.49 ve ücretsiz aile işçileri arasında ise yüzde 29.58.<sup>31</sup>

#### **Vergilendirmede adaletsizlik**

- 2005 yılında tüketim üzerinden alınan vergiler toplam vergi gelirinin yüzde 70'ine ulaştı. Bu nedenle, gelirine oranla en büyük yükü en düşük gelir grubu taşıyor.<sup>32</sup>

#### **İşgücüne katılımın önündeki engeller**

- 2007 yılında Türkiye kadınların işgücüne katılım oranı yüzde 30'un altında, aynı oran OECD ülkeleri ortalamasında yüzde 62, Avrupa Birliği-19'un<sup>33</sup> ortalamasının ise yüzde 64.<sup>34</sup>
- 2002 yılında engelliler arasında işgücüne katılım oranı yüzde 21,71 iken, engelli kadınlar arasında işgücüne katılım oranı yaklaşık yüzde 7.<sup>35</sup>
- Üçüncü çocuktan sonra kentli eğitimli ve çalışan az sayıda kadının da çalışma hayatına geri dönemediği görülüyor<sup>36</sup>:

29 Türkiye İstatistik Kurumu. (2011) “2009 Yoksulluk Çalışması Sonuçları”, *Haber Bülteni Sayı 3*, Ocak, Ankara. (T.)

30 Türkiye İstatistik Kurumu. (2009) “2008 Yoksulluk Çalışması Sonuçları”, *Haber Bülteni Sayı 205*, Aralık, Ankara. (T.)

31 A.g.e.

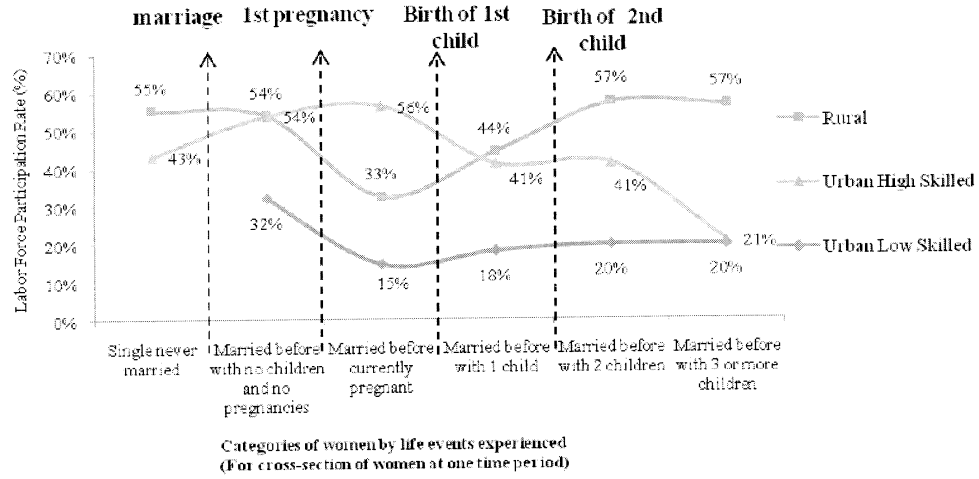
32 Zenginobuz, E. Ü., Özertan, G., Sağlam, İ., Gökşen F. (2006) *Yurttaşların Cebinden Devletin Kasasına: Türkiye'de Kim Ne Kadar Vergi Ödüyor?*, Açık Toplum Enstitüsü Türkiye Temsilciliği ve Boğaziçi Üniversitesi Araştırma Fonu, Mayıs 2006, İstanbul, s. 92. (T.)

33 AB-19 ülkeleri şunlardır: Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç, Birleşik Krallık, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya ve Slovakya.

34 World Bank. (2009) *Female Labor Force Participation in Turkey: Trends, Determinants, and Policy Framework*, Human Development Sector Unit-Europe and Central Asia Region, Report No 48508-TR, s. i. (İng.)

35 Devlet İstatistik Enstitüsü ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA). (2004) *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002*, Ankara, s. 15. (T.)

36 World Bank. (2009) *Female Labor Force Participation in Turkey: Trends, Determinants, and Policy Framework*, Human Development Sector Unit-Europe and Central Asia Region, Report No 48508-TR, s. i. (İng.), s. 12.



Source: Aran and others (2009).

Kadın istihdamı 1988'deki yüzde 34,3'lük seviyesinden 2008'deki yüzde 21,6'ya gerilemiş durumda. Bunun bir sebebi tarımın çözülmesi.

Dünya Bankasının *Türkiye'de Kadın İstihdamı* 2006 raporuna göre "1980'lerde Avusturya, Hollanda, İsviçre gibi ülkelerle hemen aynı seviyede kadın istihdamı oranlarına sahip olan Türkiye, bunu tarımda kadınların yüksek oranda istihdam edilmelerine borçluydu. Benzer oranlar sergileyen ülkelerde kadın istihdam oranları artarken Türkiye'de tam tersi oldu. 2006 yılı itibarıyla, Türkiye, Avrupa, Orta Asya ve OECD ülkeleri arasında en düşük kadın istihdam oranına sahip olan ülke konumunda."

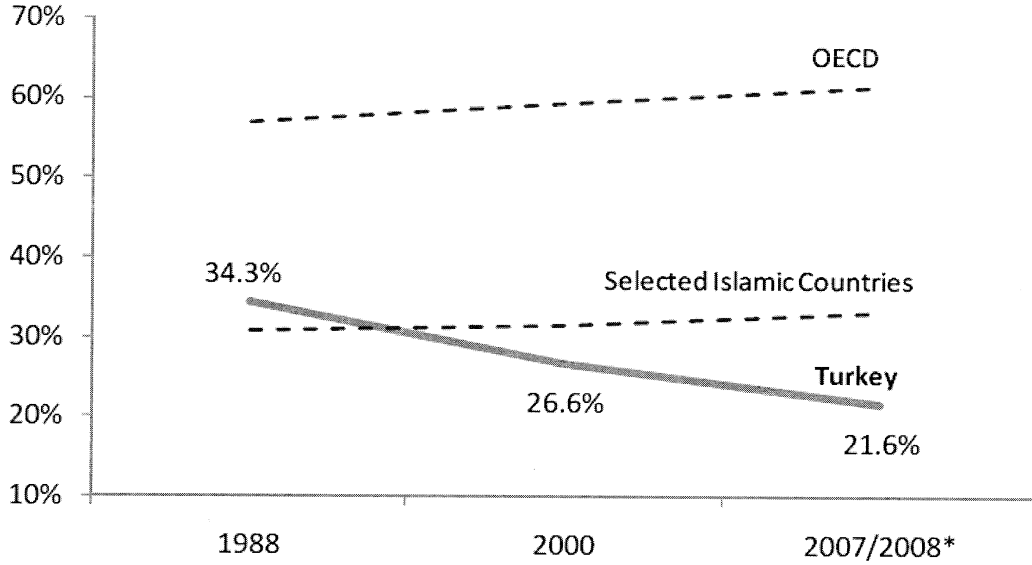
"Türkiye'deki kadın istihdamı benzer büyüklük ve gelişmişlik düzeyindeki Müslüman ülkelerdeki kadın istihdam oranlarından da düşük."

2000'li yıllarda Müslüman nüfuslu ülkelerde kadın istihdamı artarken Türkiye'de kadın istihdamı aynı ivme ile azalmaya devam etmekte<sup>37</sup>:

37 World Bank. (2009) *Female Labor Force Participation in Turkey. Trends, Determinants, and Policy Framework*, Human Development Sector Unit-Europe and Central Asia Region, Report No 48508-TR, s. i. (İng.), s. ii.



Figure ES.1: Female LFP Rates, 1988– 2008



Source: Dayioglu and Kirdar (2009), WDI, TÜİK, OECD Stat Extracts. \*Latest available year.

Note: See Chapter I, Figure I.2. for more information on Selected Islamic countries and data definitions.

### İşsizlik

- 1980 yılından 2004 yılına dek çalışma çağındaki nüfus 23 milyon kişi artmasına rağmen, sadece 6 milyon yeni iş yaratılabilmiş durumda.<sup>38</sup>
- İşsizliğin yüksek olduğu illerin bölgelere dağılımına bakıldığında da, özellikle Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu illeri başı çekiyor.<sup>39</sup>
- Kadınların uzun süreli işsizlerin içerisindeki payı, erkeklere kıyasla çok daha yüksek. İş bulma umudunu kaybeden ve bu nedenle iş aramayan kadınların, işsiz kadınlara oranı yüzde 32 iken; erkeklerde aynı oran yüzde 18.<sup>40</sup>

38 World Bank. (2006) *Turkey Labor Market Study*, Poverty Reduction and Economic Management Unit-Europe and Central Asia Region, Report No. 33254-TR, s. ii. (İng.) Benzer bir biçimde, bir TÜRK-İŞ raporunda, Türkiye ekonomisinin toplam yüzde 29.5 büyüdüğü 2000-2006 döneminde yaratabildiği yeni istihdamın yalnızca yüzde 3.5 düzeyinde olduğu not ediliyor. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ). (2007) *Çalışanların Ekonomik ve Sosyal Durumu*, Ankara, s. 43. (T.)

39 Türkiye İstatistik Kurumu. (2009) “Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması Sonuçları 2006-2007”. (T.)

40 Gürsel, S., Güner, D., Darbaz, B. (2009) “Kadınlar Daha Uzun Süre İşsiz Kalıyor”, *Bahçeşehir Üniversitesi Ekonomik ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi (BETAM) Araştırma Notu No. 47*, İstanbul. (T.)



- Türkiye’de, genç işsizliği uzun yıllardır toplam nüfusun işsizlik oranının neredeyse iki katı düzeyinde seyrediyor.<sup>41</sup>

#### **Kayıtdışı istihdam**

- 2009 Ağustos’ta kayıtdışı istihdam, toplam istihdamın yüzde 45,7’sini, tarım dışı istihdamın ise yüzde 30,8’ini oluşturuyor.<sup>42</sup>
- Kayıtdışı istihdam edilenlerin maaşları kayıtlı çalışanlardan düşük ve çalışma saatleri kayıtlı çalışanlardan yüksek.<sup>43</sup>
- Kentlerde kayıtdışı istihdama eklenen nüfus aslında yakın dönemde kırdan kente göç etmiş, çalışma çağındaki eğitim seviyesi düşük nüfus.<sup>44</sup>

#### **Uzun çalışma saatleri**

- Türkiye’de yaklaşık olarak her iki emekçiden biri yasal üst sınırın üzerinde haftalık çalışma sürelerinde çalışmak durumunda kalıyor.<sup>45</sup>

#### **Çocuk işçiliği**

- 2006 yılında Türkiye’de zorunlu eğitim çağındaki olan 6-14 yaş grubundaki çocukların 318 bini çalışıyor.<sup>46</sup>
- 6-17 yaş grubundaki çocukların yaklaşık yüzde 6’sı iktisadi getirisi olan bir işte çalışıyor ve bu çocukların yaklaşık yüzde 70’i okula devam etmiyor.<sup>47</sup>
- Diyarbakır, Batman, Adana, Adıyaman, Şanlıurfa ve Gaziantep’te mevsimlik tarım işçisi toplam 23.683 çocuk bulunuyor. Bu çocuklar, zorunlu sekiz yıllık temel eğitimleri sırasında ortalama olarak yılda 70 gün okullarından ayrı kalıyorlar.<sup>48</sup>

41 Yentürk, N., Başlevent, C. (2007) “Türkiye’de Genç İşsizliği”, *İstanbul Bilgi Üniversitesi Gençlik Çalışmaları Birimi Araştırma Raporu No. 2*, Eylül 2007, s. 8. (T.)

42 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2009) “Hanehalkı İşgücü Araştırması 2009 Ağustos Dönemi Sonuçları (Temmuz, Ağustos, Eylül 2009)”, *Haber Bülteni No. 199*, 16 Kasım, Ankara. (T.)

43 Dayıoğlu, M., Ercan, H. (2009) “Labor Market Policies and Institutions with a Focus on Inclusion, Equal Opportunities and the Informal Economy,” s. 45-46. (İng.)

44 A.g.e., s. 3.

45 DİSK/Sosyal-İş Sendikası. (2010) *1 Mayıs’ın Doğuşundan Bugüne Değişmeyen Talep: İnsanca Çalışma Süresi*, Mayıs 2010. (T.)

46 Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu (TİSK) ve Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ). (2001) *Dünyada ve Türkiye’de Çalışan Çocuklar*, Yayın no. 281, Ankara, s. 13. (T.)

47 Türkiye İstatistik Kurumu. (2007) *Çocuk İşgücü Araştırması 2006*, Haber Bülteni Sayı 61, 20 Nisan. (T.)

48 Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası. (2007) *Eğitim Sen Mevsimlik Tarım İşçiliği Nedeni ile Eğitimine Ara Veren İlköğretim Öğrencileri Araştırması*, Ankara (T.)



### **Toplu iş sözleşmesi kapsamındaki çalışan oranının düşüklüğü**

- 2006 yılı için Türkiye’de toplu iş sözleşmesi kapsamındaki çalışanların oranı yüzde 13,3.<sup>49</sup> AB üye ülkelerinin çoğunluğunda ise, çalışanların yüzde 70’inden fazlasının toplu iş sözleşmeleri kapsamında olduğu görülüyor.<sup>50</sup>

### **İş kazaları ve işe bağlı sağlık problemleri**

- Türkiye’de her 32,996 işçiye bir iş müfettişi düşüyor, ILO’ya göre gelişmekte olan ülkelerde her 20,000 işçiye bir iş müfettişi düşmesi gerekiyor.<sup>51</sup>
- 2007 yılında yaklaşık 80 bin iş kazasından 1043’ü ölümlle sonuçlandı.<sup>52</sup>
- Türkiye, 2000’li yıllar boyunca iş kazasında yaşamını yitiren maden işçisi oranının yüz binde 70’in altına hiç düşmediği tek ülke.<sup>53</sup>

### **Çalışma yaşamında ayrımcılık**

- Türkiye’de kadınların aldıkları ücretin benzer işlerde çalışan erkeklerin aldıkları ücrete oranı 0,62. Toplumsal cinsiyet temelli ücret eşitsizliğinde Türkiye dünya sıralamasında 125 ülke arasından 84. sırada.<sup>54</sup>
- Türkiye’de kamu kurumlarında çalışan anadili ve mezhebi toplumun çoğunluğundan farklı olanlara karşı açık ayrımcılık vakaları mevcut.<sup>55</sup>
- Türkiye’de çalışma yaşamında LGBTT bireylere karşı işe kabul etmeme ve işten çıkarmaya varan ayrımcı uygulamalar yaygın.<sup>56</sup>

### **Sosyal güvenceden yoksunluk**

- 2006 yılı için Yeşil Kart dahil hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar nüfusun yüzde 19,8’i. Bu sosyal

49 Darbaz, B., Uysal-Kolaşın, G. (2009) “Türkiye Toplu Sözleşmede AB’nin Çok Gerisinde”, *Bahçeşehir Üniversitesi Ekonomik ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi (BETAM) Araştırma Notu 28*, 10 Mart, s. 1. (T.)

50 International Labour Organization. (2008) *Global Wage Report 2008/2009*, Geneva, s. 38. (İng.)

51 Commission of the European Communities. (2009) *Turkey 2009 Progress Report*, No. SEC(2009)1334, Brüksel, s. 63. (İng.)

52 Sosyal Haklar Derneği. (2008) *2007 Yılı İş Kazaları Raporu*, İstanbul. (T.) İş kazalarına dair ayrıntılı bir başka döküm için bkz. İnsan Hakları Derneği. (2009) “Türkiye İnsan Hakları İhlalleri Raporu”, s. 664-675. erişim: <[http://www.ihd.org.tr/images/pdf/2008\\_yili\\_insan\\_haklari\\_ihlalleri\\_raporu.pdf](http://www.ihd.org.tr/images/pdf/2008_yili_insan_haklari_ihlalleri_raporu.pdf)> 24 Ocak 2010. (T.)

53 Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu Sosyal-İş Sendikası. (2010) *Türkiye’de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Raporu: Madencilik Sektörüne İlişkin Temel Veriler*, 25 Şubat 2010. (T.)

54 World Economic Forum. (2009) *The Global Gender Gap Report* (eds.) Hausmann, R., Tyson, L. D., Zahidi, S., Geneva, s. 179. (İng.)

55 İnsan Hakları Derneği. (2009) “Türkiye İnsan Hakları İhlalleri Raporu”, s. 694. erişim: <[http://www.ihd.org.tr/images/pdf/2008\\_yili\\_insan\\_haklari\\_ihlalleri\\_raporu.pdf](http://www.ihd.org.tr/images/pdf/2008_yili_insan_haklari_ihlalleri_raporu.pdf)> 24 Ocak 2010. (T.)

56 Commission of the European Communities. (2009) *Turkey 2009 Progress Report*, No. SEC(2009)1334, Brüksel, s. 26. (İng.)





güvenceden yoksun kesimin en yoksul yüzde 30'luk gelir grubu içinde yer aldığı görülüyor.<sup>57</sup>

- 2005 yılı için 65 yaş üzeri nüfusun yüzde 37'sinin 2022 yaşlılık maaşı dahil emeklilik maaşı yok.<sup>58</sup>
- Sosyal güvenlik kapsamında olmayan kadınların oranının Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çok yüksek olması (sırasıyla yüzde 84 ve yüzde 87), sosyal güvenlik alanda da bölgesel ve cinsiyet temelli eşitsizliklerin örtüştüğünü gösteriyor.<sup>59</sup>
- 15-24 yaş grubundaki gençlerin yüzde 54'ü sosyal güvencesiz çalıştırılıyor.<sup>60</sup>

### **Eğitime erişimin önündeki engeller**

- 1999-2005 yılları arasında, yani 6 yıl içerisinde, yaklaşık 440 bin çocuk ilköğretim diplomasına sahip olamadan hayata atıldı.<sup>61</sup>
- Türkiye'de okul öncesi okullulaşma oranı tüm OECD ülkelerinin gerisinde.<sup>62</sup>
- Türkiye'de 15-19 yaş aralığındaki genç kızların yarısı ne eğitimde ne istihdamda.<sup>63</sup>
- 2002 yılında genel nüfus içerisinde okur yazar olmayan kişilerin payı yüzde 12,9 iken, engelli yurttaşlar arasında bu oran yüzde 36,3.<sup>64</sup>

### **Eğitimde eşitsizlikler**

- Anadili Kürtçe olan yurttaşların yüzde 46'sı ilköğretim mezunu değilken, ilköğretim mezunu olmayan anadili Türkçe olan yurttaşların oranı yüzde 9 seviyesinde. Benzer bir biçimde, yüksekokul ya da üniversite mezunu olma oranı araştırmaya katılan anadili Türkçe olan yurttaşlar arasında yüzde 10 düzeyinde iken, aynı oran anadili Kürtçe olanlarda yüzde 2, Türkçe ve Kürtçe dışında bir anadili olanlarda ise yüzde 7.<sup>65</sup>
- Okul öncesi, ilköğretim ve ortaöğretimde İstanbul, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgeleri öğrenci/öğretmen oranı en yüksek İBBS bölgeleri olarak göze çarpıyorlar.<sup>66</sup>

57 Gürsel, S., B. Darbaz ve U. Karakoç. (2009) “Yeşil Kart: Türkiye'nin En Maliyetli Sosyal Politikasının Güçlü ve Zayıf Yanları”, *Betam Araştırma Notları*, No.39, İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi, s. 2-4. (T.)

58 Brook, A.M. ve Whitehouse, E. (2006) “The Turkish Pension System: Further Reforms to Help Solve the Informality Problem”, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 44, s. 20-21. (İng.)

59 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, s. 54. (T.)

60 Dayıoğlu, M., Ercan, H. (2009) “Labor Market Policies and Institutions with a Focus on Inclusion, Equal Opportunities and the Informal Economy,” s. 36. (İng.)

61 Gökşen, F., Cemalcılar, Z., Gürlesel., C. F. *Türkiye'de İlköğretim Okullarında Okulu Terk ve İzlenmesi ile Önlenmesine Yönelik Politikalar*, AÇEV, KA-DER ve ERG, s. 5. (T.)

62 Education for All International Coordination (2009). *Overcoming Inequality Why Governance Matters*, Oxford University Press. (İng.)

63 Organization for Economic Co-operation and Development. (2009) *Doing Better for Children*, s. 43. (İng.)

64 Devlet İstatistik Enstitüsü ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı. (2004) *Türkiye Özürlüler Araştırması*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. (T.)

65 Gürsel, S., Uysal-Kolaşın, G., ve Altındağ, O. (2009) “Anadili Türkçe Nüfus ile Kürtçe Nüfus Arasında Eğitim Uçurumu Var,” BETAM Araştırma Notu #049, 13 Ekim 2009. (T.)

66 MEB (2009). *Millî Eğitim İstatistikleri, Örgün Eğitim 2008-2009*, MEB Resmi İstatistik Programı,



- Dershaneleşme ve özel okulların sayısındaki artış, vasıf kazandıran eğitimi gelir düzeyinin bir fonksiyonu haline getiriyor.<sup>67</sup>
- Türkiye’de düşük gelirli ailelerin çocukları düşük, yüksek gelirli ailelerin çocukları ise yüksek eğitim alıyorlar.<sup>68</sup>
- Mevcut eğitim sistemi ailenin sosyo ekonomik durumunun öğrenci başarısı üzerinde yarattığı dezavantajları ortadan kaldıramıyor.<sup>69</sup>

Raporda öne çıkanlar arasında, siyasi temsil alanındaki eşitsizlikler farklı bir nitelik taşıyorlar. Bu farklılığın nedeni şu: Örgütlenme özgürlüğünün engellendiği, kısıtlandığı ya da örgütlenenlerin suçlu muamelesi gördüğü ortamlar, ifade özgürlüğünün miras alınmış kalıcı eşitsizlik ve ayrımcılıklara endeksli şekilde seçici biçimde tanındığı ortamlar, daha fazla demokrasi yerine daha çok adaletsizlik ve eşitsizlik üretme döngüsüne giriyorlar. Bu bağlamda örneğin, çalışma yaşamına dair bunca eşitsizlik bulunurken, Türkiye’de demokratikleşme çabasının sendikal haklar alanına yansımaması ciddi bir sorun. Sendikalar güçsüz kıldıkça, sosyal haklar da, sosyal güvenlik meseleleri de iş güvenliğine dair sorunlar da bir türlü gelmeleri gereken yer olan siyasi gündemin merkezine yerleşemiyorlar. Oysa kimliği ne olursa olsun sosyoekonomik açıdan toplumun en alt kademesinde yaşam mücadelesi veren, görülmemiş derecede uzun saatler boyunca geçinmelerini sağlaması imkansız ücretler karşılığında çalışan ve buna rağmen yoksullaşmaya devam eden sosyal grupların insanca yaşam talepleri, ancak sendikal hakların ve sendikal örgütlenme özgürlüğünün ve toplu sözleşme hakkının tanınması sayesinde seslendirilebilir ve taleplerinin kamusal niteliği siyasallaşabilir. Benzer şekilde ayrımcılığın çeşitli tezahürlerinden en fazla pay alan gruplar maruz kaldıkları adaletsizliklerin ne olduğunu ve nasıl dönüştürülebileceğini en iyi ifade edecek kimselerdir. Tam da bu grupların siyasete eşit etkinlikte katılamaması, ülkenin demokratikleşmesi için en acil olan taleplerin siyasallaşamamasına sebep olmakta ve bu durum adaletsizlik döngüsünü perçinlemekte hatta mühürlemektedir. Bu bağlamda öne çıkan sorun alanları şöyle:

#### **Siyasi temsilin önündeki engeller**

- Seçimlerde uygulanan yüzde 10 barajı AB üye ülkelerinin tümündeki seçim barajlarından yüksek.<sup>70</sup>
- Parti kapatmalar sürüyor (son örnek, *Demokratik Toplum Partisi*).
- Sendikal haklar uluslararası standartlarda tanınmıyor ve bu nedenle Avrupa Birliği müzakere sürecinde

Ankara, s. 32-44. (T.)

67 Bakış, O., Levent, H., İnşel, A., Polat, S. (2009). *Türkiye’de Eğitime Erişimin Belirleyicileri*, Eğitim Reformu Girişimi, İstanbul, s. 22. (T.)

68 *A.g.e.*, s. 6. (T.)

69 Dinçer, M. A., Uysal Kolaşın, G. (2009), “Türkiye’de Öğrenci Başarısında Eşitsizliğin Belirleyicileri,” *Eğitim Reformu Girişimi*, İstanbul, s. 14, (T.)

70 Avrupa Konseyi Venedik Komisyonu. (2010). *Report on Thresholds and Other Features of Electoral Systems Which Bar Parties from Access to Parliament*. (İng.)

[http://www.venice.coe.int/docs/2010/CDL-AD\(2010\)007-e.pdf](http://www.venice.coe.int/docs/2010/CDL-AD(2010)007-e.pdf)



“Sosyal Politika ve İstihdam” faslı açılmıyor.<sup>71</sup>

- Bedensel engellilerin oy kullanması için gerekli koşullar sağlanmıyor.<sup>72</sup>
- Türkiye meclisteki kadın milletvekili oranına göre 188 ülke içerisinde 109. sırada.<sup>73</sup>

Bu tablo, Türkiye’nin gelir dağılımı, istihdam, eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik ve siyasi temsil gibi temel vatandaşlık alanlarında ciddi boyutlarda kalıcı eşitsizliklerle karşı karşıya olduğunu gösteriyor. Türkiye tüm bu alanlarda gerek OECD ülkeleri, gerekse adayı olduğu Avrupa Birliği’nin üyelerinin tümünden daha kötü durumda.

Bunun temel nedeni, Türkiye’nin kaynaklarına oranla eşitsizliklerle mücadelede ve yurttaşlarına insani refah sağlamada bugüne dek pek de olumlu bir performans sergilememesi. 2009 yılında Türkiye’nin milli gelir temelinde yapılan dünya sıralamasında dünyanın en büyük 17. ülkesi olduğu ortaya çıktı. Her ne kadar bu bir ulusal övünç kaynağı olarak kabul edilse de, İnsani Gelişim Endeksi’nde Türkiye’nin sicili pek de iç açıcı değil. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı’nın 2009 yılı İnsani Gelişim Raporu’na göre Türkiye kişi başına gayri safi yurt içi hasıla sıralamasında 63. sırada iken, insani gelişim endeksi sıralamasında 182 ülke arasında 79. sırada. 2010 yılında ise 169 ülke arasında 83. sırada.

Türkiye’nin 2009 yılındaki insani gelişim endeksindeki sıralaması, kişi başına gayri safi yurt içi hasıla sıralamasından 16 basamak daha düşük. İnsani Gelişim Endeksi ve kişi başına gayri safi yurt içi hasıla sıralaması arasındaki fark 15 basamaktan daha yüksek olan ülkelerden bazıları şöyle: Singapur (16 basamak), Kuveyt (23 basamak), Birleşik Arap Emirlikleri (31 basamak), Umman (15 basamak), Suudi Arabistan (19 basamak) ve Rusya (16 basamak).<sup>74</sup> Türkiye’de etkin, çoğulcu, katılımcı ve özgürlükçü bir demokrasi ile uzun vadeli, yeniden dağıtıcı ve dönüştürücü sosyal politikaların yokluğunun yanısıra, sosyal harcamaların azlığı sebebiyle, Türkiye, vatandaşlarına *ülkenin iktisadi kaynaklarının çok daha gerisinde bir düzeyde refah* sağlayabiliyor. Türkiye’nin iktisadi kaynakları ile vatandaşlarına sağladığı refah arasındaki bu uçurum ancak kalıcı eşitsizliklere karşı kapsamlı bir mücadelenin başlatılması ile kapatılabilir.

Raporda incelenen alanlarda ortaya çıkan kalıcı toplumsal eşitsizlikleri dönüştürürken nelere dikkat edilmesi gerektiğini şöyle özetleyebiliriz:

1. Demokratik eşitlik ideali ve eşitliğin tesisine yönelik olarak gerek anayasal düzenlemeler gerekse yasa düzeyinde oluşturulacak politikalar, hem sosyoekonomik eşitsizliklerin tezahürlerini, hem de cinsiyet, din ve

71 Aktar, C. (2009) “Sosyal Haklar Faslı-Tıkanan AB Müzakere Sürecine İyi Bir Örnek”, *Bahçeşehir Üniversitesi Ekonomik ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi Araştırma Notu # 54*, 23 Kasım 2009. (T.)

72 AB (2009). *2009 Yılı Türkiye Düzenli İlerleme Raporu*, Avrupa Toplulukları Komisyonu, s. 8. (T.) [http://www.abgs.gov.tr/files/AB\\_Iliskileri/AdaylikSureci/IlerlemeRaporlari/turkiye\\_ilerleme\\_rap\\_2009.pdf](http://www.abgs.gov.tr/files/AB_Iliskileri/AdaylikSureci/IlerlemeRaporlari/turkiye_ilerleme_rap_2009.pdf)

73 Kadın Adayları Destekleme ve Eğitime Demeği. (2010), *İstatistikler*. (T.) <http://www.ka-der.org.tr/?p=istatistik>

74 United Nations Development Programme. (2009) *Human Development Report 2009-Overcoming Barriers: Human Mobility and Development*, Palgrave Macmillan, New York, s. 171-172. (İng.)

inanç, engellilik, yaş, etnik köken ve cinsel yönelim temelindeki her türlü ayrımcılığı da yok etmeyi hedeflemeli. Çünkü kalıcı eşitsizlik türleri, gerek farklılıkları cezalandıran ayrımcılıklardan, gerekse sosyoekonomik koşul ve imkanların adaletsiz dağıtımından türer. İlk başlangıç noktası hangisi olursa olsun kalıcı ayrımcılıklarla kalıcı sosyoekonomik eşitsizlikler zamanla onları deneyimleyen gruplar üzerinde yoğunlaşıp birleşir ve içiçe geçer. Eşit vatandaşlık vaadi, ancak ve ancak iki kaynaktan beslenebilen, ama pratikte ve zaman içinde içiçe geçen kalıcı eşitsizliklerin hepsiyle aynı anda mücadele edilirse gerçekleştirilebilir. Bu bağlamda, demokratik eşitlik hem bir prensip hem de bir süreç olarak algılanmalı ve gerek yasalar gerekse politikalar, kalıcı eşitsizliklerin çok boyutluluğunu gözönünde bulundurmalıdır.

2. Bu rapor içerisinde incelenen alanlar ve bu alanlardaki araştırmaların sonuçları, yalnızca ayrımcılığı vurgulayan perspektiflerin ya da sadece sosyoekonomik eşitsizliklerin altını çizen yaklaşımların toplumsal eşitsizlikleri anlamada yetersiz olduğunu gösteriyor. Sadece yeniden dağıtım ya da sadece ayrımcılığı yasaklayan politikalar tek başlarına yeterli değil. İstatistikleri ve/veya ayrımcılığı gösteren anekdotları yorumlarken bile, kalıcı eşitsizlik türlerinin varlığının, bunların geçişkenliğinin ve bütünselliğinin farkında olmak gerekiyor. Bu farkındalık, toplumsal eşitsizliğin nedenlerini anlamada ve bu eşitsizliklerle mücadelede *her türlü indirgemeciliğin ve özcülüğün* önüne geçecektir. Toplumsal eşitsizliklerle bütünsel olarak mücadele etmeyen politikalar, adaletsizlikleri yeniden üretme olasılığını bünyesinde barındırır.

3. Sosyal politikalar ve vergi politikaları, *yeniden dağıtım* bir anlayışla yeniden düzenlenmelidir. Sosyoekonomik eşitsizlikler kadar ayrımcılıkların uzun vadeli tezahürleri ve toplumsal statü ve hiyerarşiye dayalı adaletsiz iş bölümüyle mücadelede yeniden dağıtım mekanizmalarının kullanılması şarttır.

4. Eğitim, sağlık ve gelir dağılımı gibi alanlar birbiri ile sıkı ilişki içerisinde. Bir alandaki sosyoekonomik eşitsizlik, diğer alanlara da aktarılır ya da sirayet eder ve adaletsizlik pekişir. Örneğin, kaliteli eğitime erişimin gelire endeksli olduğu ortamlarda, gelir yoksulluğu eğitim alanında da toplumsal eşitsizliği besler. Gelir yoksulu haneye doğan bir çocuğun düşük eğitimli olması ise, ferdin ilerki yaşamındaki istihdam olanaklarını da belirleyerek toplumdaki dezavantajlı konumunu yeniden üretir.

5. Sosyoekonomik eşitsizliklerle mücadelede birbirini tamamlayan iki yaklaşım öne çıkmakta: Bu yöntemlerden ilki, sağlık ve eğitim gibi temel hizmetlerin herkese, ücretsiz ve kamu tarafından sağlanmasıdır. İkincisi ise, tüm bu hizmetlerin toplumsal eşitsizlikleri yeniden üretmeyecek, yani sosyal hareketliliğe izin verecek bir biçimde sunulmasıdır. Başka bir deyişle toplumsal eşitliği tesis etmek isteyen politikalar, herkese parasız eğitim sağlamakla yetinemez. Eşitliği prensip edinen bir yaklaşım, sağlanan eğitim hizmetinin kalitesinin gelir düzeyine göre sistematik olarak farklılaşmasına izin veremez.

6. Politika alanlarının karşılıklı ilişki halinde olması zaman zaman geliştirilecek politikalar açısından fırsat da oluşturabilmektedir. Örneğin, zorunlu ilköğretim süresince devlet okullarında okuyan tüm çocuklara ücretsiz ve kaliteli sıcak yemek uygulamasına geçilmesi hem okula aidiyeti arttırıcı hem de çocuk yoksulluğu ile mücadeleye katkı yapacak bir politika olarak yürürlüğe konulabilir. Benzer bir biçimde, tüm çocuklara sağlanacak ücretsiz ve kaliteli okulöncesi eğitim, eşitsizliğin nesilden nesile aktarımını azaltacaktır.

7. Türkiye’de kalkınma politikalarının insana yaraşır istihdam olanakları yaratacak şekilde kurgulanması gerekmektedir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ikamet eden vatandaşlar ile genç kadınların, yaratılacak insana yaraşır istihdam olanaklarından öncelikle faydalandırılmaları gerekmektedir.



8. Her türlü ayrımcılıkla mücadele edilmesinin en önemli yollarından biri hukuki garantilerin sağlanması ve özerk ve etkin ayrımcılık karşıtı yasal mekanizmaların kurulmasıdır. Buna ek olarak, sosyoekonomik eşitsizliklerle ayrımcılığın içiçe geçmişliği gözönünde bulundurularak, her politika alanında farklı ihtiyaçların ve toplum içerisindeki çoğulculuğun dikkate alınması gerekmektedir. Örneğin, toplumsal cinsiyet yaklaşımı tüm politika alanlarında anaakımlaştırılmalıdır. Fakat bunu yaparken toplumsal cinsiyete dayalı işbölümünün de yeniden yapılanması, bakım hizmetlerinin kadın ve erkekler arasında eşit dağılımı hedeflenmelidir. Benzer şekilde engellilik de tüm politika alanlarında anaakımlaştırılmalıdır ve bunu yaparken eve kapatıp izole eden değil toplum hayatına ve kamu alanına eşit katılımı ve engelli fertlerin aileleri dahil kimseye muhtaç olmamalarını sağlayıcı politikalar tercih edilmelidir.

9. Katılımcı ve adem-i merkeziyetçi bir siyaset ortamı, örgütlenme ve ifade özgürlüklerinin önündeki yasakların kaldırılması yoluyla, toplumsal grupların sorun ve mağduriyetlerini hem nüfusa oranları itibariyle ve hem de yaşadıkları mağduriyetlerin derecesi nispetinde seslendirmelerinin önünü açar. Bu bağlamda, demokratikleşmeye yönelik *siyasi reformlar*, toplumu eşitlik yönünde dönüştürücü işlev gören, eşitliği tesis etmeye yönelik sosyal politikaları *tamamlayan bir sürecin parçası* olarak düşünülmelidir. Özellikle seçim barajının aşağı çekilmesi, parti kapatmaların önüne geçilmesi, sendikal özgürlüklerin uluslararası standartlar düzeyinde garanti altına alınması, ve toplumun her alanında siyasette olduğu kadar istihdamda *kadınların eşit temsili* uygulamasının hedeflenmesi ivedilikle ele alınması gereken önlemler olarak ortaya çıkmaktadır.

10. Çoğunluktan azınlık kimliğiyle, refah düzeyi yüksek olanlardan sosyal ve ekonomik imkansızlıkları sebebiyle ayrışan gruplar da kendi içlerinde homojen değillerdir. Azınlıkların içinde de azınlıklar, mağdur grupların içinde de mağduriyet dereceleri iyice yüksek olan gruplar vardır. Eşitsizliklerle etkin mücadele, kişi temelinde tanımlanmış özgürlükleri, medeni, siyasi, kültürel ve sosyal hakları sosyal politikalar yoluyla da destekleyerek garantilemek ve hakların bütünsel şekilde icrasını mümkün kılmaktan geçer. Evrensel beyannamelerde kabul edilmiş haklar kişi temelinde tanımlandıkları için azınlık içindeki azınlık, mağdurlar arasında mağdur olanların da sorunlarına eğilebilirler. Aynı zamanda bu haklar kolektif şekilde icra edildiklerinde de o grubun ortak çıkar ve adalet arayışlarını seslendirme görevini yerine getirebilirler. Siyasi haklar ve örgütlenme özgürlüğüne ilişkin haklar ancak kolektif şekilde icra edilebilen haklardır.

11. Özellikle istihdam alanında toplumsal eşitliği hedefleyen, çalışmanı koruyan etkin kamu politikalarına acilen ihtiyaç duyulmaktadır. İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için iş müfettişi sayısının artırılması ve kamunun iş denetimi alanında aktifleşmesi, çocuk işçiliğinin bütünlüklü politikalarla tamamen yok edilmesi, kadınların işgücüne katılımlarının teşvik edilmesi için kamunun bakım hizmetlerinde aktif rol almasının sağlanması, engellilerin istihdama eşit katılımları için gerekli destek teknolojilerinin kamu tarafından sağlanması, istihdamda her türlü ayrımcılığın önlenmesi, toplu sözleşmenin yaygınlaştırılmasına yönelik düzenlemeler yapılması, çalışma saatlerinin insani düzeylere çekilmesi bu alanda öne çıkan başlıklar.

12. Raporda bir çok kez değinildiği gibi gelir yoksulluğu kağıt üstünde tanınan eşit hak ve özgürlükleri icra edilemez hale getiriyor ve eğitim ve sağlığa erişim gibi alanlara da eşitsizlikleri pekiştirecek bir biçimde sirayet ediyor. Bu nedenle, temel kamu hizmetlerine eşit erişimin sağlanması amacıyla, bu alanlarda gelinin etkisini azaltacak düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca herkesin insanca yaşamak için belirli bir gelire sahip olması gerektiğinden hareketle, vatandaşların gelir hakkı yasal olarak tanınmalı ve asgari gelir desteği politikaları ile

bu hak hayata geçirilmelidir.

13. Türkiye’de tüm hak ve özgürlüklerin evrensel ölçütlerde anayasal düzeyde tanınması, bu bağlamda yasalardaki eşitlik anlayışının ayrımcılığın her türü ile mücadele edecek şekilde düzenlemesi gerekiyor. Örneğin, anadilin, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve yaşın anayasadaki eşitlik maddesine eklenmeleri önem taşıyor. Bu bağlamda, her türlü ayrımcılıkla mücadele edecek kurumlar kurulmalı ve bu kurumlar özerk olarak yapılandırılmalıdır.

Bitirirken şunu ifade etmekte fayda var: eşit vatandaşlık vaadeden bir anayasal demokraside eşit vatandaşlığın gereklerini anayasa ve sosyal politika düzleminde tanımlayarak hayata geçirmek, ortak toplumsal siyasi irademiz haline gelmek zorundadır. Eşit vatandaşlık konusu bizzat siyasetin yapılanmasına dairedir ve dar bir siyasi alana ya da tek tek partilere yüklenemeyecek kadar temel, anayasal düzlemdeki bir meseledir. Bu konudaki farkındalığın artırılması, eşitliğin demokratik kamu vicdanının geçerliliğine dair temel bir prensip olarak herkesce benimsenmesi gereken bir şart olduğunun vurgulanması, *Eşitsizlikler* konulu araştırmanın yapmayı umduğu en önemli katkıdır.



## SAĞLIKTA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM VE EŞİTSİZLİKLERE ETKİSİ

Gülbiye YENİMAHALLE YAŞAR\*

*\*Yrd.Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Son çeyrek yüzyılda insanlığın on yıllar boyu elde etmiş olduğu kazanımlar aşınarak Keynesçiliğin, kalkınmacılığın, sosyal devletin yerini liberalleştirme ve özelleştirmeler ile neoliberalizm almaktadır. Ekonomik büyümenin her derde deva, serbest piyasanın ve serbest ticaretin de ekonomik büyümenin en geçerli yolu olduğu inancına dayanan neoliberalizm, kapitalizm tarihinde yeni bir evre olarak karşımıza çıkmaktadır. 1974-75'te yaşanan ekonomik krizle başlayan, 1980'li yılların sonunda Sovyet blokunun dağılmasıyla hızlı bir gelişme gösteren neoliberalizm, 1989 yılında Britanya'da Margaret Thatcher'in, 1991 yılında ABD'de Ronald Reagan'ın benimsediği neoliberal ekonomi politikaları ile gündeme gelmiştir. 1990'lı yıllara ulaşıldığında tartışmasız bir kabulde neredeyse bir dogma haline gelmiş (Savran, 1998), ancak daha 2008-2009 ekonomik krizi öncesinde ciddi bir yara almıştır.

Tarihsel olarak bakıldığında kapitalizmin neoliberalizmden önce iki farklı evre geçirdiği söylenebilir. Bu evrelerden ilki, Sanayi Devrimi ile birlikte 19.yüzyılda Britanya'da doğarak kıta Avrupası'na, Kuzey Amerika'ya ve Japonya'ya yayılan, sermayenin yoğunlaşması ile ortaya çıkan dev boyutlu tekellerin uluslararası alanda yarattığı keskin bir rekabet ve yeryüzünü paylaşma dönemidir. Birinci Dünya Savaşı ve Rusya'daki Ekim Devrimi (1917) ile sona eren bu süreç klasik sömürgecilik dönemi olarak adlandırılmaktadır. İkinci evre 1929'da başlayan ve Büyük Depresyon olarak anılan derin ekonomik kriz, Ekim Devrimi'nin ürünü genç Sovyet Devleti'nin varlığı ve bu ikisine tepkinin birleşik bir ürün olarak yükselen faşizmin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra (Soğuk Savaş döneminde) doğurduğu Keynesyen ekonomi politikalarıdır (Savran, 1998). Bu politikaların üç temel özelliği; devlet müdahalesi, sosyal devlet ve kamu sektörünün genişlemesidir.

### Sağlıkta Neoliberal Dönüşüm

Dünya kapitalizminde 1970'li yılların ortalarında başlayan ve neoliberalizmi doğuran uzun dönemli ekonomik kriz, soğuk savaş döneminin istikrar mekanizmalarının sermaye için birer ayak bağı haline geldiği bir dönemdir. Birincisi, Keynesyen politikalar kriz içinde bir ekonomiyi suni biçimde şişirerek hem enflasyonist tehlikeler yaratmakta hem de karsız üretim biçimlerinin tasfiye olmasını engellemektedir. Sosyal devlet tüm vatandaşlara sunduğu sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerle bir yandan çalışan sınıfların direniş gücünü arttırmakta, öte yandan kriz yaşayan ülkelere mali açıdan yük oluşturmaktadır. Ayrıca verimsiz ve karsız işletmelerin yaşamasını sağlayan kamu sektörü de gereksindiği sübvansiyonlarla kriz içindeki kamu maliyesini zorlamaktadır. Öte yandan üçüncü dünya ülkelerinin uyguladığı korumacı ve ithal ikameci ekonomi politikaları krizin aşılması için uluslararası sermayenin yaratmak istediği yeni uluslararası işbölümü ve rekabetin önündeki engeller olarak durmaktadır (Savran, 1998).

Bu sorunlarla baş edebilecek stratejinin ana boyutlarını küreselleşme ve piyasa ekonomisi oluşturmaktadır. Son çeyrek yüzyılın en çok tartışılan kavramlarından biri olan küreselleşme, sermayenin uluslararası alandaki akışı önünde duran politik, sosyal, kültürel, teknolojik ve çevresel her tür engeli ortadan kaldırmak amacına odaklıdır (Lee, Fustukian ve Buse, 2002). Piyasa ekonomisi ise 'özel girişimcilik', 'verimlilik', 'etkinlik', 'rekabet', 'esneklik', 'yerelleşme' ve 'bireycilik' gibi piyasa tarzı araçlara odaklanmaktadır. Bu noktada küreselleşme neoliberal ideolojinin hegemonik söylemi olarak işlev görmektedir (Yeldan, 2003).



Neoliberal politikaların önemli bileşenleri olarak: (a) ekonomik politikalarını belirleyenler arasında devlet eliyle kalkınma stratejileri yerine piyasa tabanlı kalkınmadan yana politika tercihlerinde bulunulması (b) küresel politika kararlarının merkezi düzeyde G7 ülkelerince belirlenmesi (c) belirlenen bu kararların Dünya Bankası (WB), Uluslar arası Para Fonu (IMF) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi uluslararası aktörler tarafından yürürlüğe sokulması (Price, Pollock ve Shaoul, 1999) (d) piyasa gücünün çok uluslu şirketlerin, finansal gücün ise çok uluslu bankaların elinde toplanması (e) az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bu küresel güçlerin hakimiyetine sokulması göze çarpmaktadır. Bu politikaların en önemli bileşenleri kuşkusuz özelleştirme ve liberalleştirme olmuştur (Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010a).

Bu dönemde sağlıkta genel olarak iki ana reform ekolü gözlenmektedir. Birincisi 1970’li yıllardan bu yana uygulanan ve maliyetleri azaltmaya yönelik reform politikası, ikincisi ise 1990’lı yıllardan bu yana uygulanan ve piyasa tarzı mekanizmaları yaratmak, genişletmek ve yönetmek amacıyla sağlık sistemlerini yeniden yapılandıran, diğer bir anlatımla metalaştıran bir politikadır (Lister, 2008).

Birinci tip reform politikaları bütçe sınırlaması ve maliyetleri bireylere yüklemenin pervasız araçları olarak gündeme gelmişken, ikinci tip reform politikaları hizmet satın alan ile hizmeti sunanın ayrılması, yerelleşme, rekabet, destek hizmetlerinin taşeronlaştırılması, hastanelerin şirketleştirilmesi, kullanıcı katkıları, özel sağlık sigortası ve kamu-özel ortaklığı uygulamaları ile gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerini yeniden metalaştıran bu süreç, sağlık hizmet alanını özel sermaye için bir birikim alanı olarak açma hedefine dayalıdır. Kamu sağlık hizmetleri yoksulluk, barınma, endüstriyel çevre kirliliği yerine maliyet, üretkenlik, verimlilik, tercih, vergilendirme, bürokrasi, refah, kendi kaynaklarıyla ayakta durma terimleriyle dile getirilmeye başlanmıştır.

Bu çerçevede ABD’de özel kuruluşların sağlık hizmetlerini daha verimli sunduğu, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesinin kendi kendine yeterliğe zarar vereceği ve bunların sosyalist uygulamalar olduğu iddiaları, Avrupa’da ise giderlerin kısılması ve verimlilik kavramları rağbet görmeye başlamıştır (Leys, 2011). İkinci tip reformların en belirgin özelliği, sağlık veya sağlık sistemi gereksinimlerinden değil, ekonomik ve ideolojik etkenlerden kaynaklanmalarıdır (Lister, 2008). Bu nedenle sağlıkla ilgili sorunları çözemedikleri gibi, eşitsizlikleri arttırma ve kamusal sağlık hizmetleri harcamalarını yanlış dağıtma riski taşımaktadırlar (Ollila, Koivusalo ve Baru 2002). Bu bağlamda, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık politikası reformlarının çok azının bu ülkelerce başlatılmış veya sürdürülmüş olmasının özel bir önemi vardır (Lee ve Goodman, 2002).

### **Sağlıkta Neoliberal Dönüşümün Eşitsizliklere Etkisi**

Neoliberal döneme geçmeden önce “kapitalizm sağlıkta ilerleme sağlar” iddiasının sorgulanması ile başlamak yerinde olacaktır. Geçtiğimiz 125 yıllık dönemde sağlık alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır. İlk önemli gelişme ortalama ömrün uzamasıdır. 1850 yılında İngiltere ve Galler’de 40 yıl olan ortalama yaşam süresi, 1950 yılına gelindiğinde 70 yıla yükselmiştir. Bu tarihten itibaren ortalama yaşam süresi her on yılda yaklaşık iki buçuk yıl artmaya devam etmektedir. Bu süreç, farklılıklara rağmen dünyanın geri kalanında da benzer bir şekilde işlemiştir. Epidemiyolojik dönüşüm olarak da adlandırılan bu süreçte, bulaşıcı hastalıklar ana ölüm nedeni olmaktan çıkarak, yerlerini bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bırakmışlardır. Bu dönüşümün kapitalizm sayesinde mümkün olduğu konusunda yaygın bir kanı bulunmaktadır. Ancak kapitalist sanayileşmenin bulaşıcı hastalık tehdidini daha da arttırdığı, bu tehdidin üstesinden gelecek önlemlere kapitalistlerin genellikle direnç gösterdiği dikkate alındığında, dönüşümün aslında kapitalizme rağmen olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Benzer bir direnç 1880’li yıllarda gündeme gelen sosyal sigortacılık sistemi için söz konusudur (Leys, 2011).





Ölüm oranlarının gerileyerek ortalama ömrün uzamasının o dönemde söz konusu olan piyasacı sağlık hizmetlerinden kaynaklanmasını beklemek gerçekçi değildir. Richard Easterlin'e göre birinci neden, 19. yüzyılın büyük bölümünde hızlı ekonomik büyümenin yaşandığı ülkelerdeki ortalama ömürde önemli bir artış yaşanmasına rağmen, yaşam süresi üzerindeki asıl iyileşmelerin işçilerin gelirlerinin artmasına bağlı beslenmenin iyileşmesinin bir sonucu değil, hastalıklardan korunma önlemlerinin etkinlik kazanmasının bir sonucudur. İkincisi, herkes için temiz su, aşılama, kanalizasyon, hane içi hijyen, mikropsuz gıdalar gibi önleyici tedbirler kolektif etkinlik gerektiren ve herkese fayda sunan kamu hizmetleridir. Kapitalist piyasa bu ürünleri hiçbir zaman sunmaya yanaşmamıştır. Üçüncüsü, koruyucu önlemlerin sağlık alanında ortaya çıkardığı çarpıcı iyileşmeler yüksek maliyetli olmadığı için kapitalizmin sunduğu ulusal gelir artışına da bağlı değildir. Bu nedenle 1950'lerin Çin'inden, 1960'ların Küba'sı, 1970'lerin Kerala (Hindistan)'sına kadar en yoksul ülkeler bile yaşam süresinde önemli iyileşmeler kaydedebilmiştir. Son olarak, “Pasteur, Koch ve Fleming gibi son derece sade laboratuarlara sahip bilim adamlarının ihtiyaçları kendilerinden iki yüzyıl önce yaşamış öncülerinden daha fazla olmadığı için araştırmaların maliyeti de oldukça düşüktü ve bu maliyetler kapitalist büyümeye dayanmıyordu (Leys, 2011).

Ortalama ömrün uzamaya devam ederek 2000'li yıllarda 80 yılı aşması, ekonomik büyümenin nihayetinde yaşam süresini uzattığı ve dolayısıyla sağlık politikasının da ana hedefi olması gerektiği ileri sürülmektedir. Ancak “daha fazla refah daha fazla sağlık” tezini kanıtlayan yeterli delil mevcut mudur? Gelişmiş kapitalist dünyada ortalama ömürde kaydedilen önemli artış, yukarıda anılan koruyucu önlemlerin zamanla genişlemesi ile mümkün olmuştur. Beslenme koşullarındaki iyileşme ve kişisel tüketimin diğer unsurları daha sonra gelmekte, sağlık hizmetlerinin payı ise yalnızca yüzde 10-15 düzeyinde kalmaktadır. Ayrıca zaman içindeki iyileşmeler gelirin en yüksek olduğu ülkelerde değil, eşite en yakın dağıtıldığı ülkelerde ortaya çıkmıştır (Leys, 2011).

Kapitalizmin zorlanmadan başarabildiği tek şey, eşitsizlikleri tekrar tekrar üretmektir. Kapitalizmin eşitsizlik yaratması ilk olarak, emek sürecindeki artık değere sermaye sahipleri tarafından kar veya rant olarak el konulması; ikinci olarak ise, vergi sistemi, eğitim, sağlık, uzun süreli tıbbi bakım ve sosyal güvenlik gibi sosyal hizmetler, konut edindirme, ulaştırma, kamusal alanlar, kütüphaneler gibi sosyal alt yapılar gibi kamu politikaları üzerinde sermayenin yarattığı etki yoluyla gerçekleşmektedir. Bu durum, 1970'lerde başlayan neoliberalizm çağında doruk noktasına ulaşmış, ülkeler arasında ve ülke içindeki eşitsizlikler daha da derinleşmiştir.

Günümüzde her ülkede zenginler ve güçlüler yoksullara göre daha uzun ve daha sağlıklı yaşamaktadır. ABD'nin sağlık düzeyi en yüksek on bölgesinde beyaz erkekler siyahlara göre 15 yıl daha fazla yaşamaktadır. Britanya'da 1930-32 aralığında vasıfsız erkek işçiler arasındaki ölüm oranı meslek sahibi olanlara göre 1,2 fazla iken, fark 1991-93 arasında 2,9 kata ulaşmıştır. Bu gruplar arasındaki ortalama yaşam süresi farkı da açılmıştır. 1972-76 arasında 5,4 olan yıl farkı, 2002-2005 döneminde 7,3 yıla yükselmiştir. 30 OECD ülkesi değerlendirmeye alındığında, ülke içi eşitsizliklerin ülkeler arasında görülen eşitsizliklerden çok daha ağır bastığı gözlemlenmektedir. OECD dışındaki ülkelerde de durum çok farklı değildir. Peru'daki çocuk ölümlerinin yüzde 40'ından fazlası halkın en yoksul yüzde 20'lik kesiminde yaşamaktadır ve en zengin kesimle aradaki fark sekiz kattan fazladır. Genellikle yoksul ülkelerde durum daha vahimdir. Sağlıklı geçen ortalama ömürde en yüksek değerler yaklaşık 73 yıl ile Japonya ve İsveç'te söz konusu iken, Angola yalnızca 29 yılda kalmaktadır. Beş yaşına erişmeden ölme olasılığı Swaziland'da doğan bebeklerde İsveç'te doğanlara oranla 30 kat, Kamboçya'da doğanlarda Kanadalılara göre 17 kat yüksektir. 15 yaşındaki Kanadalı bir erkeğin 60 yaşına ulaşma şansı Rusya Federasyonu'ndakilerden 5 kat fazladır. Rusya'da ortalama ömür 1989 yılından bu yana gerilemektedir. 2004 yılındaki ortalama ömür 1965 yılı seviyesinin altındadır (Coburn, 2011).

Refahla ilişkili bu eşitsizlikler kıtlıkla ilişkili değildir, aksine kaynakların ihtiyaçlara kıyasla çok kötü

dağıtılmasından kaynaklanmaktadır. Tüm dünyada gelir uçurumunun arttığı gözlenmektedir. Bugün, son 40 yıla oranla gelir uçurumu ikiye katlamıştır ve en üst yüzde yirmilik dilim en alt yüzde yirmilik dilimden 16 kat daha fazla tüketmektedir. Birleşmiş Milletler İnsani Gelişme Raporu'na göre (UNDP, 1999), en çok kazanan yüzde beşlik gelir dilimi ile en az kazanan yüzde beşlik gelir dilimi oranı 1988 yılında 80/1 iken, 1995 yılında 120/1'e ulaşmıştır. Gerçekte dünya nüfusunun beşte birinin reel gelirleri düşmektedir. 1993 yılında dünyanın en zengin yüzde 1'i dünya yoksullarının yüzde 57'si kadar gelire sahiptir. Aynı kaynağa göre dünyanın en çok kazanan 225 kişinin geliri dünya nüfusunun yüzde 47'sinin gelire eşittir. Dünyanın en zengin 3 milyarderi en az gelişmiş ülkelerin Gayri Safi Milli Hasıla'larının yüzde 48'ine sahiptir (Shahmanesh, 2007).

Küresel eşitsizlik, gelir yerine refah karşılaştırıldığında daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Economist'e göre dünyada 10 kişiden biri 1.000 ABD dolarına sahipken kalan dokuzu 1 ABD dolarına sahiptir. Ülkelerarası eşitsizlikler 1993 yılından itibaren düşüş eğilimine girmiştir. Ancak bunun en önemli nedeni Çin ve Hindistan ekonomilerindeki büyümedir. Bu iki ülke çıkarıldığında eşitsizliklerin artmaya devam ettiği gözlenmektedir. Öte yandan ülkeler içerisindeki eşitsizlikler gelişmiş ülkelerde bile artmaya devam etmektedir. Son çeyrekte ücretler OECD ülkeleri dahil her yerde düşmeye devam etmektedir. Dünya nüfusunun yarısı günde 2 ABD dolarının, bir milyardan fazla kişi de günde bir ABD dolarının altında bir gelire yaşamını sürdürmektedir (Shahmanesh, 2007). Sağlıkta eşitsizlikler yalnız refahla ilişkili değildir. Cinsiyet, etnik kimlik de eşitsizliklerde önemli bir rol oynamaktadır (Coburn, 2011).

Eşitsizlikler nasıl sağlıksızlık üretmektedir? Bu oldukça tartışılan ve karmaşık bir süreçtir. Wilkinson'a göre zayıf ekonomik ve toplumsal statü, patojenik fizyolojik tepkilerin ortaya çıkmasının başlıca nedenidir. Sağlıkta toplumsal etmenlerce önemli oranda belirlendiği görüşü Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu tarafından hazırlanan raporlarla da desteklenmektedir. Ancak bu teoriyi çok fazla ileri götürmemek için dikkatli davranmak gereklidir. Nitekim sağlık hizmetleri kimi zaman daha belirleyici olabilmektedir (Coburn, 2011; Leys, 2011).

Bireyin yaşamı boyunca ortaya çıkan sağlıksızlık nedenlerini farklı tarihsel ve toplumsal yapılar çerçevesinde irdelemek önemlidir. Örneğin mide kanseri, tüberküloz, felç gibi yaşamın son dönemlerinde ortaya çıkan belirli hastalıklar, çocuklukta yaşanan ve daha yok yoksul ailelerde gözlenen bazı deneyimlerle bağlantılı iken, diğer bazıları ilk gençlik döneminde niteliksiz kol işlerinde rastlanan kazalar, işyeri yaralanmaları ile ilişkili olabilmektedir. Yaşamın herhangi bir döneminde alınan tıbbi yardımın yetersiz kalmasının da etkili olduğu bilinmektedir. Bu durum yoksulluk, cinsiyet, etnik köken, engellilik gibi dezavantajlı gruplarda (tersine hizmet yasası-sunulan hizmetin miktarı ile hizmete duyulan ihtiyaç arasındaki ters orantı) daha çok gözlenmektedir. Smith'e göre, toplumsal yapıya göre şekillenmiş beslenme, sağlık ve çevresel etki deneyimleri bireyin doğum ağırlığı, boyu, kilosu, akciğer işlevleri gibi ileriki yaşlarında ortaya çıkacak sağlık durumunun belirleyicileridir (Leys, 2011).

Sınıf örgütlenmesi ve siyaseti sağlık ve sağlıktaki eşitsizlikler bakımından hayati bir önem taşımaktadır. 20. Yüzyılın ilk yarısında emek hareketinin yükselişiyle toplum sağlığının önem kazanması, 1980'lerin sonlarında tekrar bir kenara itilmesi bu durumun en önemli kanıtlarından biridir. Bu tarihten sonra halk sağlığının rolü, küresel salgın tehlikelerine verilecek tepkilerin planlanmasına ve toplumsal eğitim yoluyla bireylerin yaşam tercihlerinin şekillendirilmesine indirgenmiştir. Ayrıca 1950'lerin sonlarında güçlü bir emek hareketinin bulunduğu hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin ve gerek genel vergiler gerekse sosyal sigortacılık yoluyla sağlık güvencesinin bütün nüfusa yayılması yönünde önemli adımlar atılmıştır. 1965 yılında ABD bile çok yoksullar için Medicaid, 65 yaşın üzerindeki için Medicare isimli ücretsiz kamu hizmetlerini başlatmıştır. Öte yandan sosyalist ülkelerde devlet eliyle halkın tümüne sunulan ücretsiz sağlık hizmeti standart bir uygulama halini almıştır (Leys, 2011).



### Sağlıkta Eşitsizlikler<sup>75</sup>

Durumun vahametini ortaya koymak amacıyla sağlıkta eşitsizlik örneklerini arttırmakta yarar görülmektedir. Küresel sağlık durumuna bakıldığında, toplam ölümlerin %25'inin önlenebilir hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir. 830 milyon kişi sağlık hizmetlerine erişememektedir ve yaklaşık aynı sayıda insan yeterli beslenememektedir. 40 milyon kişi AIDS hastalığı ile yaşamaktadır. Dünya nüfusunun üçte biri (iki milyar) tüberküloz hastasıdır. Yılda yaklaşık 300-500 milyon insan sıtmaya yakalanmaktadır. Yaklaşık 30 bin kişinin uyku bozukluğu bulunmaktadır ve layşmanyaz, bağırsak kurdu ve şistozomiyas gibi bulaşıcı hastalıklar çok hızlı artmaya başlamıştır. HIV, tüberküloz ve sıtmadan yılda sırasıyla 3.5 milyon, 2.4 milyon ve 1 milyon insanın öldüğü tahmin edilmektedir. İyileşme gözlenmesine rağmen, dünya nüfusunun beşte biri güvenli içme suyuna erişememektedir ve 2.5 milyon kişi temel tuvalet imkanına sahip değildir. Bütün hastalıkların %80'i ve hastaneye kabullerin %50'si güvenli olmayan su tüketiminden kaynaklanmaktadır. 2025 yılına kadar 2.7 milyon kişinin ciddi bir su sorunu ile karşılaşacağı tahmin edilmektedir (Shahmanesh, 2007).

Öte yandan sağlık harcamaları küresel hastalık yükü ile ters orantılıdır. Dünya nüfusunun %84'ünü oluşturan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler küresel gelirin yalnızca %18'ini elde etmektedir. Ayrıca bu ülkeler küresel hastalık yükünün %93'ünü taşımalarına rağmen küresel sağlık harcamalarının yalnızca %11'ini gerçekleştirmektedirler (WHO, 2000). Bu durum bu ülkelerin sağlığa yeterli kaynak ayıramadıklarını ve sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadıklarını göstermekle birlikte bu durumun yol açtığı eşitsizlikleri de ortaya koymaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık %5'ini oluşturan ABD, dünyanın toplam sağlık bütçesinin %40'ının üzerinde harcama yapmaktadır. Bu harcamalar o kadar verimsiz bir sistem içinde idare edilmektedir ki her bir dolar sağlık priminin yalnızca %50-60'ı doğrudan sağlık hizmeti sunucularına gitmekte, kalanı yönetim maliyetlerine harcanmaktadır. 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının %31'i yönetim maliyetlerinden oluşmaktadır (Woolhandler, Campbell ve Himmelstein, 2003). Nijerya ile neredeyse aynı nüfusa sahip Japonya, sağlık hizmetlerine Nijerya'nın 270 katı daha fazla harcama yapmaktadır. Kar elde etme arayışı ile medikal ve farmasötik araştırmalar genellikle yüksek gelirli ülkelerin sağlık önceliklerine odaklanmaktadır. Araştırma kaynaklarının sadece %10'u insanlığın %90'ını ilgilendiren hastalıklara ayrılmıştır (Lister, 2008).

Küresel sağlık dengesizliğini ortaya koyan önemli sağlık göstergelerinden biri doğuşta yaşam beklentisidir. Doğuşta yaşam beklentisi konusunda hem gelişmekte hem de gelişmiş ülkelerdeki eşitsizlikler sürmektedir (Beaglehole ve Bonita, 2008). 2000-05 döneminde doğuşta yaşam beklentisi dünya geneli için 66 yıl iken, yüksek gelirli OECD ülkelerinde 78.9 yıl, Sahra-altı Afrika ülkelerinde ise 49.1 yıldır. 1970-75 dönemi ile kıyaslandığında merkez ve doğu Avrupa ülkeleri ile eski sosyalist ülkelerde düşüş gözlenmektedir (68.7 yıldan 68.2 yıla) (UNDP, 2007). Avrupa'da ölüm yaşının ortancası (medyan) 75 yıl ilen Afrika için sadece 5'tir, yani Afrika'da ölenlerin yarısı beş yaşına ulaşamamaktadır (Lister, 2008). Bugün doğan çocuğun 65 yaşına ulaşma olasılığına bakıldığında durumun daha vahim olduğu görülmektedir. Bu oranın dünya ortalaması kadınlar için %72 erkekler için %63.1 iken, yüksek gelirli OECD ülkelerinin kadınları için %90.3, erkekleri için %82.4, sahra altı Afrika ülkelerinin kadınları için %43.3 erkekleri için ise %37.8'dir (UNDP, 2007).

Çocuklar da bir toplumun sağlığının aynalarındandır. Dünyada beş yaşına ulaşmadan ölen çocukların sayısı Birleşmiş Milletler Binyıl Gelişme Hedefleri (UNMDGs)'nin oldukça altındadır. 1980 yılında 13.5 milyon olan rakam 2005 yılında ancak 9.7 milyona gerileyebilmiştir. 1990-2015 yılları arasındaki düşüşün %27 olacağı tahmin edilmektedir. Oysa UNMDGs hedefi %67'dir (Beaglehole ve Bonita, 2008). WHO'ya göre her gün 30 bin çocuk beş yaşına ulaşmadan ölmektedir. Bu rakam yaklaşık altı önlenebilir nedenin ¾'ünü ve yaygın hastalıkların %54'ünü oluşturmaktadır. Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %98'i gelişmekte olan

75 Bu ve bundan sonraki bölümler büyük oranda Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010 çalışmasına dayanarak hazırlanmıştır.



ülkelerde meydana gelmektedir (Lister, 2008). Çocukların %53’i beyinlerinin en çok geliştiği ilk beş yılda yetersiz beslenmektedir. 1/6’sı okul yaşına erişememekte, ¼’ü beşinci “grade”e girmeden ölmektedir. Her yıl doğan 136 milyon çocuktan 3.2 milyonu ölü doğmaktadır ve 4 milyonu genellikle önlenebilir nedenlerle bir yaşına gelemeden ölmektedir. Bir tahmine göre, her yıl 14 milyon çocuk (60 Hiroşima’ya eşit) açlıktan ölmektedir. Bugün Zambiya’da doğan bir çocuk sadece 33 yaşına ulaşabilmektedir. Zimbabve’de doğan bir çocuğun 15 yaşına gelmeden HIV enfeksiyonuna yakalanma oranı %75’tir (Shahmanesh, 2007). Nikaragua’da 1998 yılında aşırı yoksul çocukların yoksul olmayanlara kıyasla 50 kat daha sık hastalandıkları belirlenmiştir (Lister, 2008).

Anne ölüm oranları UNMDGs beklentilerinin en düşük gerçekleşenidir. Her yıl 500 bin anne ölmektedir ve ölüm oranları ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre çok farklılaşabilmektedir. Örneğin Avustralya’da yüzbinde 4 olan oran Sierra Leone’de 2100’e yani 500 katın üzerine çıkmaktadır (Beaglehole ve Bonita, 2008).

Öte yandan ülkelerarasındaki bu eşitsizlikler coğrafi bölgelere, kır kent ayrımına, toplumsal cinsiyete, farklı cinsel tercihleri olan gruplara ve ırka dayalı olarak ülkeler içerisinde de yaşanmaktadır. Hastalığın en temel nedenlerinden biri olan yoksulluk kadınlasmaktadır. Tüm yoksulların %70’ini kadınlar oluşturmaktadır. HIV/AIDS hastaları hariç, akıl hastaları ve yaşlılar ayrımcılığa sunuk kalan en önemli iki grubu oluşturmaktadırlar (Lister, 2008). Ayrıca nüfusun yaşlanması, kentleşme, risklerin küreselleşmesi ve küresel çevresel değişiklikler halk sağlığının yeni gündemini oluşturmaktadır (Beaglehole ve Bonita, 2008).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık reformları bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Ancak günümüzde sağlık sektörü için öngörülen reformların eşitsizlikleri azaltmaktan ziyade arttırdıkları belirtilmektedir. Ayrıca bu reformlar, sağlıkla ilgili sorunları çözemedikleri, kamusal sağlık hizmeti harcamalarını yanlış dağıtma riski taşıdıkları ve dolayısıyla sağlık gereksinimlerini karşılamaktan ziyade ekonomik ve ideolojik etkenlerden kaynaklanan politikalar oldukları gerekçesiyle ciddi eleştirilere maruz kalmaktadırlar. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin temel reform programlarının çok azı ülke içinden önerilip hayata geçirilmiştir. Bu politikalar genellikle WB ya da diğer uluslararası kuruluşlar tarafından başlatılmıştır.

Benzer bir durum Türkiye için de geçerlidir. 2003 yılında gündeme gelen “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” WB görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir projedir. SDP’nin gerek sağlık sistemi sorunlarına gerekse çözüm önerilerine ilişkin önerileri WB’nin iki ciltlik “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” isimli yayını ile birebir örtüşmektedir (WB, 2003). Ayrıca WB ile imzalanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”ne 2004 yılından bu yana kredi desteği sağlanmaktadır.

### **Türkiye’de Sağlıkta Piyasa Ekonomisine Geçiş**

Türkiye’de sosyal devletin tasfiye edilmesi 1977 yılında ilk belirtileri ortaya çıkan ekonomik bunalımın doğurduğu 24 Ocak 1980 kararları ile başlamıştır. Bu kararlar, IMF’nin empoze ettiği standart istikrar politikası paketi ile daha çok WB tarafından geliştirilen yapısal uyum programını içermektedir (Boratav, 2006). İktisat politikası ağırlıklı bu kararlar, 1980’li yılların sonuna doğru sağlık politikasını doğrudan etkilemiş, özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetleri önemli oranda aşındırılmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2008).

1980 sonrası dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin düzenleyici devlet anlayışla yer değiştirmesidir. Bu anlayışla, 1980’li yılların başlarında sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, kamuda çalışan hekimlere muayene açma izni verilmiş ve ilaç katkı payları uygulamaya sokulmuştur. İkinci önemi değişiklik 1987 yılında çıkarılan



3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ile kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve sözleşmeli personel istihdam edebilmesine olanak tanınmasıdır. Ancak Anayasa Mahkemesi tarafından önemli maddeleri iptal edilen yasa uygulama olanağını büyük ölçüde yitirmiştir.

Üçüncü önemli gelişme, 1990 yılında WB projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığı (SB)'na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün kurulmasıdır. Dördüncü önemli gelişme 1993 yılında SB'nca Ulusal Sağlık Politikası Belgesi'nin hazırlanmasıdır. Belge 2000 yılına kadar; merkezi olmayan bir sağlık sistemi kurulacağını; aile hekimliği uygulamasına geçileceğini; hastanelerin özleştirileceğini; sağlık personelinin merkezi olmayan politikalarla istihdam edileceğini; bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkarılacağını; hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılacağını; kamu kaynaklarında etkinlik ve verimlilik ilkeleri ile hareket edileceğini; hizmetlerin sözleşmeler yoluyla sağlanacağını; genel sağlık sigortası sisteminin kurulacağını; hizmet alanların maliyetlere katılacağını ve rekabetin yaratılacağını duyurmaktadır.

Çeşitli nedenlerle hayata geçirilemeyen bu politikalar, bu kez “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı ile 2003 yılında yeniden gündeme gelerek aşamalı bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. On bir bileşene sahip Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin SB'nı planlayıcı ve denetleyici bir yapıya büründüren düzenlemesi, Genel Sağlık Sigortası sistemi, birinci basamak hizmet sunumunda aile hekimliği modeli, ikinci basamak hizmet sunumunda kamu hastane birlikleri, performans dayalı çalışma ile sözleşmeli çalışma WB'nın sağlık sektörü için önerdiği yerleştirme, fiyatlandırma ve özleştirme araçları ile tam olarak örtüşmektedir.

Bakanlığın görevinin politika belirleyici, düzenleyici ve denetleyici rolle sınırlandırılacağını, bu anlayışa yönelik olarak “...Bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılacağını...” belirten bileşen hizmetlerin yerleştirileceğini duyurmaktadır. GSS sistemi, bir yandan yerleştirmenin hayata geçirilebilmesi için sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılırken, diğer yandan sağlık sektöründe hizmet satın alma uygulamasına geçişi öngörerek hizmetlerin fiyatlandırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır (Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010b). Ayrıca teminat paketi kapsamındaki hizmetler için yeni kullanıcı katkıları uygulanırken teminat paketi dışında kalan hizmetlerin cepten ödemelerle karşılanması yoluna gidilmektedir. Öte yandan temel sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulaması ile kamu hastaneleri ise Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile özleştirilmekte ve işletmeleştirilmektedir (Yenimahalleli Yaşar, 2010).

### **Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler**

Sağlık sektöründe neoliberal politikaları her alanda hakim kılan yeni dünya düzeni nedeniyle Türkiye’de de dünyada gözlenen değişimler yaşanmış, sağlık harcamalarının hızlı artışına rağmen sağlık durumunda beklenen iyileşmeler gözlenememiş, bazı bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı ile sağlıkta eşitsizlikler derinleşmiştir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı hızla artıp 1985-2005 yılları arasında %2.2’den %5.7’ye çıkmasına rağmen, halen 2005 yılında %8.9 olan OECD ortalamasının çok gerisindedir. Ayrıca sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların yanı sıra artan yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımı bozukluğu gibi sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle bu artış sağlık göstergelerine beklendiği düzeyde yansımamıştır.

Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi OECD ortalaması (78.9 yıl) ile karşılaştırıldığında 2006 yılında 71.6 yıl ile yaklaşık yedi yıl daha düşüktür. Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi ülkenin gelir düzeyine göre de düşüktür. Bebek ölüm hızları açısından bakıldığında Türkiye, 2006 yılında binde 22.6 ile OECD ülkeleri içerisinde en yüksek orana sahiptir ve 5.2 oranına sahip OECD ülkeleri ile arasında dört kat kadar bir fark bulunmaktadır. Türkiye’de bebek ölüm hızı gelir ve sağlık harcaması düzeyi benzer ülkelerin hızlarından da

daha yüksektir. Anne ölüm hızı 2005 yılında yüz binde 28.5 ile OECD bölgesinin en yüksek ikinci ülkesidir. Anne ölüm oranı OECD ortalamasının 3 katından fazladır ve gelir ve sağlık harcaması düzeyi benzer ülkelerin hızlarından daha yüksektir.

Öte yandan sağlık göstergelerinde yıllar içerisinde olumlu gelişmeler görülmesine rağmen, gelir grupları, bölgeler, kır-kent arasında önemli farklılıklar söz konusudur. 1998 yılında binde 48.4 olan bebek ölüm hızı en düşük birinci gelir grubunda binde 68.3'e yükselmekte, en yüksek beşinci gelir grubunda ise binde 29.8'e düşmektedir. Aynı yıl binde 42.2 olan kentteki bebek ölüm hızı, kırdaki 58.6'ya çıkmaktadır (WB, 2005). Daha da üzücü olan aradaki farkın açılıyor olmasıdır. 1978 yılında 1.2 olan kır/kent farkı, 1998 yılında 1.38'e, 2003 yılında ise 1.69'a çıkmıştır. Benzer bir şekilde 1978 yılında batıdaki bir bebek ölümüne karşın doğuda 1.4 bebek ölürken, 2003 yılında 1.9 bebek ölmüştür. 2003 yılında batıda binde 22 olan bebek ölüm hızı, güneyde 29, Orta Anadolu'da 21, kuzeyde 34, doğuda ise 41'e ulaşmaktadır (Hamzaoğlu ve Özcan, 2005; Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006).

2000-2004 yılları arasında Brusella, şark çıbanı ve ısırtıklar gibi zoonotik hastalıklarda belirgin bir artış gözlenmiştir. Ayrıca koruyucu hizmet yetersizliğine bağlı olarak “Kırım Kongo kanamalı ateşi” önemli bir sorun haline gelmiştir. Su ve gıda ile bulaşan özellikle ishalleri hastalıkların görülme sıklığı hala yüksektir. Sadece sağlık ocağı polikliniklerine başvuran ishalleri olgu sayısı 2002 yılında 869.700 iken 2005 yılında 1.413.333' çıkmış, yani yüzde 62.5'lik bir artış göstermiştir. Tifo ve Amipli dizanteri İç Anadolu ve Marmara'da dikkati çeken artışlar söz konusudur. Hepatit A, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki artışını sürdürmektedir. Aşıyla korunabilir hastalıklar açısından boğmaca ve kızamıkta azalma gözlenmesine rağmen, Hepatit B'de belirgin bir artış söz konusudur. 2000-2004 yılları arasında hastalığın görülme hızı % 66.6 oranında artmasına rağmen, Karadeniz (% 225.6), Güney Doğu Anadolu (% 170), İç Anadolu (% 119.9) ve Marmara (% 119.8) bölgelerinde artışlar çok daha fazladır. Türkiye'de sayısı tam olarak bilinmeyen tüberküloz WHO 2004 verilerine göre yüz binde 55 olarak bildirilmektedir. İstanbul'daki tüberkülozlu sayısı ülke ortalamasının iki katından fazladır. 2006 yılında 2004 yılına oranla % 36 oranında artış gösteren tüberkülozun nedenleri; yoksulluk, marjinal yaşam biçimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve göç olarak belirtilmektedir. Buna rağmen, 2000 yılında 24 olan göğüs hastalıkları hastane sayısı 2005 yılında 22'ye gerilemiş, yatak sayısı da 6.335'ten 4.760'a düşmüştür. Çünkü veremi saptamak, tedavi etmek, izlemek ve hastanede kontrol altında tutmak “performans” değeri olmayan işlemlerden sayılmaktadır (TTB, 2007).

### **Sonuç yerine**

Hem dünyada hem de Türkiye'de sağlık sektöründe gözlenen eşitsizlikleri daha da genişletmek olasıdır. Sağlığı sosyal devlet anlayışı çerçevesinde bir hak olarak görmeyen ve devletin bu hakkı yerine getirmek üzere ödevlere sahip olduğu anlayışından uzaklaşarak sağlık sektörünü neoliberal politikalarla yeniden düzenleyen yeni dünya düzeninin, bu eşitsizlikleri ortadan kaldırması pek mümkün görünmemektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke deneyimleri, verimlilik, eşitlik ve etkililik hedeflerine sahip neoliberal sağlık politikalarının iddia ettikleri hedeflere ulaşabildiğini (veya ulaşabileceğini) gösteren yeterli kanıtı sahip değildir. Buna rağmen bu politikalarda ısrar edilmesi, sağlık ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik ve adaletsizliklerin ortadan kalkmak yerine daha da derinleşmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle sağlık durumunu iyileştirmek ve sağlık sistemini eşitlikçi ve adaletli bir yapıya bünydürmek amacıyla sosyal devlet anlayışı çerçevesinde kamuya dayalı bir sağlık sistemi kurulması tartışmalarını yeniden gündeme taşımak gereklidir.



### **Kaynakça**

- Beaglehole, R ve Bonita, R (2008). *Global Public Health: A Scorecard. The Lancet, Dec 6 – Dec 12 (372): 1988-1996.*
- Boratav, K (2006). *Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2005. Gözden Geçirilmiş 10.Baskı. İmge Kitabevi.*
- Coburn, D (2011). *Eşitsizlik ve Sağlık. Haz. Leo Panitch – Colin Leys, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları içinde, Yordam Kitap, 54-73, İstanbul.*
- Hamzaoğlu, O ve Özcan, U (2005). *Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.*
- Hamzaoğlu, O ve Yavuz, CI (2006). *Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine. Mülkiye, XXX (252): 275-296.*
- Lee, K, Fustukian, S ve Buse, K (2002). *An Introduction to global health policy. Lee K, Buse K, Fustukian S (eds). Health Policy in a Globalising World içinde. Cambridge University Press, 3-17.*
- Lee, K ve Goodman H (2002) *Global Policy Networks: the propagation of the health care financing reform since the 1980s. Lee K, Buse K ve Fustukian S (eds) Health Policy in a Globalising World içinde, Cambridge University Press, 97-119.*
- Leys, C. (2011). *Sağlık ve Kapitalizm. Haz.Leo Panitch – Colin Leys, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları içinde, Yordam Kitap, 15-42, İstanbul.*
- Lister, J (2008). *Sağlık Politikası Reformu Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz? Küresel “Sağlık Reformu” Endüstrisinin Eleştirel Klavuzu, İnsev Yayınları.*
- Ollila, E, Koivusalo, M ve Baru, R (2002) *Globalization and National Health Policies: Guest Editors’ Introduction, Global Social Policy, 2(3): 243-45.*
- Price, D, Pollock, AM ve Shaoul, J (1999). *How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. The Lancet, 354 (Nov 27): 1889-1892.*
- Savran, S (1998). *Yeni Dünya Düzen(sizliği), Küreselleşme, Özelleştirme. Yay.Haz.Soyer A.Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler içinde. Türk Tabipleri Birliği, 7-19.*
- Shahmanesh, M (2007). *Neoliberal Globalisation and Health: A Modern Tragedy. Critique, 35 (3): 315-338.*
- Türk Tabipleri Birliği (2007). *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP.*
- United Nations Development Programme (1999). *Human Development Report 1999. Oxford University Press.*
- United Nations Development Programme (2007). *Human Development Report 2007/2008:Fighting Climate Change. Human Solidarity in a Devided World. Oxford University Press.*

Woolhandler, S, Campbell, T ve Himmelstein, DU (2003). *Costs of health care administration in the United States and Canada. The New England Journal of Medicine*, 349 (8): 768-775.

The World Bank (2003). *Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu, İki Cilt, Rapor No:24358-TU. Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi. Avrupa ve Orta Asya Bölgesi.*

The World Bank (2005). *World Development Report 2006: Equity and Development. The World Bank and Oxford University Press.*

World Health Organisation (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation.*

Yeldan, E (2003). *Neoliberalizmin İdeolojik Bir Söylemi Olarak Küreselleşme. Derleyenler: Köse AH, Şenses F, Yeldan E. İktisat Üzerine Yazılar I. Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar içinde. İletişim Yayınları, 427-451.*

Yenimahalleli Yaşar, G (2008). *Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler. Mülkiye, XXXII (260): 157-192.*

Yenimahalleli Yaşar, G (2010). *Health Transformation Programme: An Assesment, International Journal of Health Planning and Management, Published online in Wiley Online Library(wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/hpm.1065*

Yenimahalleli Yaşar, G ve Uğurluoğlu, E (2010a), *Neoliberalizm, Küreselleşme ve Sağlık, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 9(1): 53-65.*

Yenimahalleli Yaşar, G ve Uğurluoğlu, E (2010b). *Can Turkey’s General Health Insurance System Achieve Universal Coverage? International Journal of Health Planning and Management, 25: 1–14. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/hpm.1079*





## “EŞİTSİZLİKLERİN GÖRÜNÜR KILINMASINDA MEDYANIN ROLÜ: EŞİTSİZLİKLERİN KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARI İLE SUNUMU”

İrfan ERDOĞAN\*

\*Prof. Dr., Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım AD

### Eşitsizlik

Eşitsizlik yapısaldır.

Bu sempozyumda ele aldığımız konu bağlamında da, yapısal kavramı, akla gelebilecek hemen her şeyi içerir. Ben sadece en önde gelenlerinden, en belirleyici olanlarından bahsedeceğim. İnsan asla eşit olarak doğmaz; eşitsizlikler hem biyolojik/fizyolojik/gensel tarihsel bağlamda vardır hem de insan toplum içinde doğduğu için, doğar doğmaz toplumsal eşitsizliklerin bir parçası olur.

- Fizyolojik/biyolojik eşitsizlik, insanın vücut ve beyin yapısıyla ve de yetenekleriyle ilgili eşitsizliktir. Bu doğaldır ve aynı zamanda doğal olanın bir şekilde bozulmuş, aksamış, eksik veya hatalı biçimdir. Bu tür eşitsizliği önleme yolu “aryan ırkı” veya “fizyolojik sorunu olmayan bebeği” yaratma gibi “gen” kontrolü ve “dölemede uygun gen özelliklerini seçerek” çözülmeye çalışılmaktadır. Fakat herkesin her fizyolojik özelliğiyle aynı olma olasılığı oldukça azdır.
- Toplumsal eşitsizlik, yaşamın örgütlenmesiyle ortaya çıkan eşitsizliktir. Bu tür eşitsizliklerin doğası toplumsal üretim tarzı ve ilişkilerinin karakterine göre şekillenir ve değişir. İş bölümünün olduğu veya yaratıldığı her üretim koşulunda, eşitsizlikler de kaçınılmazdır. Elbette, sorun iş bölümünde değil, iş bölümünün nasıl biçimlendiğindedir. Günümüzde egemen olan üretim tarzı özel mülkiyet ilişkilerine dayanır. Dolayısıyla, çok mülklülerden başlayarak mülksüzlere kadar giden bir eşitsizlik yapısı vardır. Toplumsal eşitsizlik doğal değildir; örgütlenme biçiminin bir sonucudur. “Örgütlenme biçimini” belirleyen, tutan ve değiştiren insanlar olduğu için, eşitsizlikleri yaratan ve sürdüren de insanlardır.

Örgütlü yaşamda eşitsizlikler kaçınılmaz ise, o zaman sorun nedir?

İnsan toplum içinde eşittir veya değildir, özgürdür veya değildir; bireydir veya değildir. Toplum dışında, eşitlik, özgürlük ve birey olma gibi konular var olamaz.

Özgürlük ve eşitlik ilişkiseldir: Asla, bir kişinin özgürlüğünün bittiği yerde veya eşitliğinin bittiği yerde bir diğer insanın özgürlüğü başlamaz. Bu nedenle, birilerinin özgürlüğü arttıkça, birilerinin özgürlüksüzlüğü artar. Bu nedenle, birilerinin özgürlüğünün artmasıyla gelen güçlenme ile birlikte, birileri güçsüzeleştirilir. Birilerinin özgürlüğünün ve gücünün artmasıyla eşitsizlikler de artar ve derinleşir.

Günümüzde, maddi ve düşünsel/duygusal/inançsal yaşamın yeniden üretilmesinde, üretilenin dağıtılmasında, dağıtılanın kullanılması ve tüketilmesinde, tüm bunlarla birlikte yaratılan zenginliklerin bölüşülmesinde hem ülkeler içinde ve hem de ülkeler arasında derin eşitsizlikler vardır. Çünkü neyin nerede ve nasıl üretilceğine, nereye ve nasıl dağıtılacağına, elde elden faydaların nasıl bölüşüleceğine karar verenler ekonomik ve siyasal güce sahip olanlardır. Sorun maddi ve maddi olmayan üretimin, dağıtımın, tüketimin ve

bölüşümün karakteri sorundur. Dolayısıyla, çözüm de maddi ve maddi olmayan üretimin, dağıtımın, tüketimin ve bölüşümün doğasının yeniden düzenlenmesiyle ortaya çıkabilir.

Eşitsizliğin maddi ilişkilerle sürekli yeniden-üretimi, aynı zamanda eşitsizliğin bilişlerde, düşüncelerde, duygularda, inançlarda ve duyarlılıklarda, eşitsizlik koşullarını ve durumunu destekleyecek biçimde yeniden-üretimle desteklenir, meşrulaştırılır, normalleştirilir ve evrenselleştirilir. Bu çarpık düşünsel, inançsal ve duygusal yapı kitlelerin egemen dünya görüşünü ve ilişkisel psikolojisini oluşturur. Bu oluşturulan ile eşitsizlikten en çok mağdur olan kitleler eşitliğin ve eşitlik arayanların düşmanı yapılı; çünkü eşitlik arayanlar dinin, imanın, demokrasinin, özgürlüğün, insan haklarının düşmanı olarak ilan edilirler. Böylece, örneğin, tarih boyu, kitleler kitleleri bastıran ve gereğinde de öldüren “kendilerine düşman” insanlar olarak, kendi köleliklerinin ve efendilerinin özgürlüklerinin garantisi olurlar. Günümüzde de, kitlelerin özellikle ücretli/maaşlı köle olarak çalışanlarının ve çalışmayan işsizlerinin, muhtemelen önemli bir kısmı, kendi ücretli/maaşlı köleliklerini, kendilerine bahşedilmiş en büyük özgürlük olarak görürler. Bu görme, onları hakkaniyet ve eşitlik arayanların da düşmanı yapan biliş ve davranış yönetiminin bir parçasıdır.

### **Kitle İletişim Medyasında Sunumu**

Kitle iletişim medyasının günümüzdeki örgütlenme ve iş yapış biçimi, biraz önce açıkladığım üretim, dağıtım, tüketim ve bölüşüm yapısının karakterini yansıtır. Dolayısıyla, “eşitsizliklerin görünür kılınmasında medyanın rolü” birbirini tamamlayan iki grup içinde toplanabilir: Medyada sunulan içeriklerde (a) eşitsizlikleri gizlemek ve (b) eşitsizlikle ilgi sunumlar yapıldığında da, eşitsizlikleri meşrulaştırmaktır.

Eşitsizliklerin Kitle İletişim Araçları ile Sunumunun karakterini bilimsel olarak bilmek için, medyanın sunduklarının içeriğini nicel ve nitel veriler toplayarak değerlendirmek gerekir. Ben bildiğim birikmiş bilgilerden ve kendi gözlemlerinden hareket ederek, medyadaki eşitsizliklerle ilgili sunumların önde gelen bazı karakterlerini genel özellikleriyle açıklamaya çalışacağım:

1. Medyada (örneğin sinemada, televizyonda, dergilerde, radyoda) “eşitsizliklerle” ilgili konuların işlenmesine çok ender rastlarız. Çünkü bu konu:
  - a. endüstriyel ve siyasal çıkar yapılarının hoş karşılamayacağı ve medyayı bu nedenle “cezalandıracağı” konulardan biridir. Siz, yaygın medyada hiç ücret politikalarının tartışıldığını gördünüz mü? Hiç televizyonlarda insanların karın tokluğuna çalıştırıldığı hakkında medyada bir haber veya herhangi bir diğer içeriğe rasladınız mı?
  - b. Eşitsizlik “magazinleştirilmiş” bir medya dünyasının ve bu magazinleştirilmiş dünyanın magazinleştirilmiş-bilincini taşıyan izleyici/okuyucularının “ilgisini çekmez”; rating yapmaz.
  - c. Buna paralele olarak, “itin insanı ısırması” medyanın içerik ölçülerinden biri değildir; çünkü itler sürekli ısırılmaktadır, bu rutindir, alışlagelmiştir ve normal görülür: Endüstrilerin fazla mesai vermemesi normalleştirilmiştir, keyfi işe alma ve asgari ücret verme normalleştirilmiştir. Onun yerine, iti insan ısırırsa, o zaman medya onu konu olarak ele alır ve güç yapılarının çıkarına uygun bir şekilde çarpıtılmış olarak sunar.



- d. Eşitsizlik konu dışı bırakılmalıdır, çünkü medya şirketleri eşitsizliğin ve sömürünün en yüksek seviyede uygulandığı yerler arasındadır.
2. Medyada her eşitsizlik yok sayılmaz veya gündem dışı bırakılmaz. Bazı eşitsizlikler ve eşitsizliğin sonuçları gündeme alınır ve işlenir.
  - a. Bu işlemlere bakıldığında, yaygın medyada eşitsizliğin kaynağı olarak, üretim tarzı ve ilişkilerinin örgütleniş biçimi verilmez. Onun yerine, kaynak olarak birey (ve bireysel beceri, yetenek, çaba, çalışma, motivasyon) verilir; çözüm olarak da yine bireysel seviyede açıklamalar getirilir. Birey sorumlu tutulur.
  - b. Filmlerden dizilere ve çocuk dergilerine kadar her medyada yapılan sunumlarda, eşitsizlik doğallaştırılır, meşrulaştırılır, evrenselleştirilir, normalleştirilir.
  - c. Bazı eşitsizliklerin sonuçları sunulduğunda da, bu sonuçlar yaşamın normal sonucu olarak sunulur; kadere, şansa ve kısmete bağlanır.
  - d. Dilenciler ve hayat kadınları gibi toplumsal-yapısal eşitsizliklerin sonuçları, hayat kadınlarını Tem 5 karayolunda kamerayla kovalayarak ve mercedes arabası olan ve insanları kandıran “dilenciler” çerçeveleri içinde sunulur.
3. Medyada, özellikle sinema/tv filmlerinde ve dizilerde “eşitsizlik” sözü edilmeden, olayları öyküleme biçimleri içinde, eşitsizlik daima işlenir: Sözler ve görüntüler ile eşitsizlik yüceltilir; sanki bir başarının (veya başarısızlığın) getirdiği normal bir sonuç gibi sunulur; kazananlar kutsanır ve gıpta edilir ve hatta kıskanılır; kaybedenler değersizleştirilir ve gerektiğinde de kötülenir,

### **Medya ile ilgili çözüm**

Var olan örgütlü çıkar ve güç ilişkileri yapısında çözüm yok, çünkü medya ancak böyle olabilir, başka türlü olamaz; başka türlü olabilseydi, zaten olurdu.

Medya ile ilgili sorunlar ve çözümler şiddet ve ahlak çerçevesi içine çökertilir. Bu çökertme, en ahlaksız ve kurnaz yollardan biridir; çünkü sorun medyada şiddet veya içerikteki ahlak değildir; sorun bu şiddet ve ahlakı da içeren iş yapış biçimidir. Bu iş yapış biçiminin değişmesi de giderek daha da, güç yapılarının çıkarımı yaygınlaştırma ve genel çıkarı güçlülerin özel çıkarını gerçekleştirecek biçimde gerçekleştirme biçiminde olmaktadır. Bizim ülkemizde bile son elli yıla baktığımızda, medyanın toplumun genel çıkarını gözetme gibi bir yapıdan tümüyle uzaklaştığını görürüz.

Medya ile ilgili bir diğer çözüm de “oto-sansür/denetim” denen sahtekarlıktır: Devlet sansürü gitti ve oto-sansür geldi; medya bağımsız ve özgür oldu. Oto-sansür “sahibinin sesinin” (çıkarcının) ne ve nasıl olduğunu bilen medya personelinin, ürettiği içeriği, hiçbir dış baskı olmaksızın, “sahibinin sesine” göre ayarlamasıdır. Dikkat edersek, oto-denetim, tarih boyu var olan en sinsî, en alçak ve en sahtekar sansür şeklidir. Bu sansür doğrunun, haklının, gerçeğin ve eşitsizlik konularının çarpıtılarak ele alındığı bir medya dünyasının ve bu dünyanın mental çevresinin bütünleşik bir parçasıdır.



## EŞİTSİZLİKLERİN GİDERİLMESİNDE YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ

Ahmet KURT \*

*\*Sosyal Hizmet Uzmanı, Tonya Belediye Başkanı - Doğu Karadeniz Belediyeler Birliği Yönetim Kurulu Üyesi.*

Yeryüzünde insan hâkimiyetinin başladığı tarihten bugüne eşitlik, eşitsizlik mücadelesi hep var olmuştur. Düşünme, değerlendirme, uygulama ve organizasyon kabiliyeti ile eşitsizliklerin giderilmesi adına insanoğlu teoriler üretmiş, içinden kahramanlar çıkarmış, dini ritüeller, mitolojik söylenceler geliştirmiş, eşitsizliğin adına "haksızlık", "adaletsizlik", "kader" demiş, uğruna türküler çağırmış, ağıtlar yakmış, şiirler söylemiştir. Velhasıl eşitsizlikleri giderme konusunda insanoğlu devamlı uğraş içerisinde olmuştur.

Eşitliğin - eşitsizliğin tanımı , seçmenlerin halkın temsilcilerinin demokratik yönetimi olan yerel yönetimlerin eşitsizlikleri gidermedeki rolünü irdelemek gerekir;

Eşitsizlik sözlük anlamı olarak: "İki ya da daha çok şeyin eşit durumda olmaması", eşitlik ise; "yasalar yönünden insanlar arasında ayırım bulunmaması" durumudur. Bedensel ruhsal başlıkları ne olursa olsun insanlar arasında toplumsal ve siyasal haklar yönünden ayırım bulunmaması hali olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye'de Mahalli idareler 1960'lardan sonra kamuoyunun dikkatini çeken kuruluşlar haline gelmişlerdir. Bu durumun çeşitli nedenleri vardır. Bunların başında kanımızca Türkiye'nin köklü bir mahalli idari geleneğine sahip olmayışı hususu gelmektedir.

Mahalli idareler; devletin merkezi idari örgütü yanı sıra mahallinde kararlar alınması ve hizmetlerin yerleştirilmesi amacıyla kurulan kuruluşlardır.

Mahalli idareler devlet sınırları içinde yerleşmiş irili ufaklı insan topluluklarının ( köy, belde, kent vs ) ortak ve yerel nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak maksadıyla belli bir hukuk düzeni içinde oluşturulmuş anayasal kuruluşlardır.

Mahalli idarelerin tanımından da anlaşılacağı üzere hukuki, idari, ekonomik ve siyasal gücü vardır.

Merkezi idarenin yürütmekte güçlük çektiği yerel düzeydeki kamu yatırımlarını yürütme görevini, Köy İdaresi, Belediye İdaresi ve İl Özel İdaresi olarak örgütlenmiş mahalli idareler üstlenmiştir.

Eşitsizliklerin giderilmesinde yerel yönetimlerinin rolünü ülke genelinden ayırarak değerlendirmek mümkün olmadığından; Doğu Karadeniz Bölgesine gözlem, tecrübe ve kaynak taraması yapılmak sureti ile yaklaşmıştır. Sunumda bilimsel araştırmaya dayalı bulguların kullanılamaması sunumun sınırlılığını oluşturmaktadır.

### BÖLGELER ARASI FARK

Mahalli idare sıfatını kazanmış olanların kendi sınırları içinde doğal güzellikleri, vergi potansiyelleri, beşeri kapital birikimleri birbirine eşit değildir. Fakir bölgelerle zengin bölgelerin mahalli idareleri aynı vergileme yetkilerini kullandıkları halde elde edecekleri toplam hâsılatla nispi bir eşitlik sağlayamayacaklardır. Bu durumda, çeşitli mahalli idarelerin kendi bölgelerinin sakinlerine sunacakları hizmetlerin kalitesi de eşit



olmayacak, nicelik ve nitelikleri bakımından büyük farklılıklar meydana gelecektir. Oysa ülke bir bütündür ve devlet ülkenin tümünden sorumludur. Çoğunlukla tarihsel ve coğrafi faktörlerin sebep olduğu bu bölgeler arası eşitsizliği gidermek için kaynakların bölüştürülmesinde hem yatay hem de dikey adaletin gerçekleştirilmesi gerekir. Eşitlere eşit muameleyi yansıtan yatay adalet, belediyeler arasında eşitliğin sağlanmasına vesile olur. Farklı muameleyi yansıtan dikey adalet ise il, belde, köy gibi ayırım yapılmamak sureti ile eşitliğin sağlanmasına vesile olur.

Buradaki eşitlik basit bir sayısal eşitlik değildir. Toplam fayda da eşitliğin sağlanması söz konusudur. Bu da ancak, gider ve gelir bölüşümünü kapsayan; merkezi idare ile mahalli idareler arasındaki ilişkilerin adil ve rasyonel olduğu, genellikle kabul edilebilen esaslara göre düzenlenmesi sureti ile gerçekleştirilir.

Doğu Karadeniz’in Coğrafi yapısı, dağınık yerleşim geleneği ve iklim koşulları hemşerilik bilinci içinde eşit hizmet alma hakkına sahip bireylerin eşit hizmet almasına engel teşkil eder.

Karadeniz Bölgesi dışındaki bölgelerde konut başına ortalama 8 metre yol, 5 metre su hattı düşerken Doğu Karadeniz bölgesinde konut başına 60 metre yol, 20 metre su hattı düşmektedir. Rakamların yüksekliğinde dağınık yerleşim şekli ana etken olmakla birlikte yaylacılık kültürünün yaygın oluşu ve Doğu Karadeniz halkının %70’e yakının yayla evinin olmasının etkisi yüksektir. Buna bağlı olarak Doğu Karadeniz Bölgesinde yerel yönetim hizmetleri ülkenin diğer bölgeleri ile kıyaslandığında maliyet onlarca kat artmaktadır. Bölgesel eşitsizlik örneği olarak Doğu Karadeniz bölgesinin yerel yönetimlerinin aldığı pay farklı değildir.

Ulaşım ve altyapı hizmetlerinin bireylere eşit sunulmamasında Doğu Karadeniz ‘e özgü bir başka durum ise; kişi başına merkezi hükümetten alınan katkı ile aynı şahsa kent merkezi, köy ve yaylada hizmet götürme zorunluluğudur. Doğal olarak tüm bireylerin yaylası olmadığından veya köy bağlantısı bulunmadığından hizmet birim değerleri açısından farklılıklar ortaya çıkmakta ve eşitsizliğe sebebiyet vermektedir. Doğu Karadeniz insanında önemli yeri olan yayla kültürü nedeniyle ikametgâh olarak kentli ise de ilişkiler açısından köylüdür. Yaylası, köyü, mezarası ile irtibatı devam eder ve burası içinde ayrı hizmet ister.

Bütün bu sosyolojik nedenlere bağlı olarak her ev bir köy niteliği kazandığından eşit, zamanında ve kaliteli hizmet sunumu gerçekleşmemektedir.

### **ÖZÜRLÜLER, GENÇLER, YAŞLILAR VE OBEZİTE**

Özürlülerin, hayatın her alanında ve ayrımcılığa uğramadan ve kimseye muhtaç olmadan hayatlarını sürdürmeleri, temel bir insan hakkı konusudur. Ülkemizde yapısal çevre, fiziksel düzenlemelerin yetersizliği ve çeşitli engellerin varlığı nedeniyle özürlüler tarafından güçlüklerle ya da yardım olarak kullanılabilirler. Özürlülerin toplum yaşantısına en az özürlü olmayanlar ile eşit fırsatlarda katılabilmelerinin sağlanmasında mekânsal düzenlemeler önemli yer tutmaktadır. Uygun yapısal çevre oluşturulmadığında konutunda dahi yaşamakta zorlanan özürlüler en temel kamusal hizmetler olan sağlık, eğitim, rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanamamakta, sportif ve kültürel etkinliklere katılamamakta, park ve bahçelerde vakit geçirememektedirler. Kısaca toplum hayatından dışlanarak yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadırlar.

İnsan olarak eşit hizmet almada güçlüklerle karşılaşan özürlülerin önündeki engelleri kaldırmakla görevli kurumlardan birisi de yerel yönetimlerdir. Her ne kadar son yıllarda yerel yönetimlerin görev alanlarında insan hakları odaklı yoğunlaşma olmuş ise de ekonomik sınırlılıklar nedeniyle hayallerin gerçekleştirilemediğini söylemeliyiz.



2010 yılı 17.11.2009 tarihli Başbakanlık oluru ile Herkes İçin Ulaşılabilirlik Eylem Yılı ilan edilmiştir. Uyarıya rağmen Doğu Karadeniz Bölgesi'nin, engebeli coğrafi yapısı, yerleşim, iklim koşulları özellikle ortopedik ve görme engelliler için dezavantaj oluşturmaktadır. Aynı coğrafi yapı işitme engelliler için kısmi avantajdır.

Doğu Karadeniz Belediyeleri, engelsiz yaşam koşulları oluşturma adına, sokak, cadde, park ve benzeri yerlerin fiziki koşullarını iyileştirmeye çalışmaktadır. Bütçe imkânları uygun belediyeler özellikle sahil dolgu alanında engelsiz yaşam parkları inşa etmekte, trafik geçişlerini ve umumi tuvaletleri engellilere göre düzenlemektedir. Coğrafi engellerinde olumsuz etkisi ile özürülülerin eşit hizmet almasında en fazla zorlandığı bölgenin Doğu Karadeniz Bölgesi olduğunu düşünüyorum. Son yıllarda geliştirilen evde bakım hizmeti ve özürülülere ödenen ücretler yerel yönetimlere yansıyan özürülü yükünü azaltmıştır.

Doğu Karadeniz Bölgesine has futbol tutkusu nedeni ile gençlerin büyük bir çoğunluğu vaktini halı sahalarda geçirmektedir. İl ve ilçe belediyelerinin büyük bir çoğunluğunun gençlere yönelik halı sahaları, gençlik merkezleri ve ücretsiz internet kafeleri mevcuttur.

Doğu Karadeniz Bölgesinde geleneksel aile yapısı korunmakta olduğundan yaşlılara genel olarak aile sistemi içerisinde bakılmaktadır. Doğu Karadeniz Belediyeler Birliği geliştirdiği “şefkat evi” projesi ile bakıma muhtaç yaşlıların sokağından, arkadaşlarından koparılmadan ikamet ettikleri mekanlarda bakımını hedeflemektedir. Projeyi kabullenen belediyelerin bir kısmı uygulamayı başlatmıştır.

Kalkınan, gelişen Dünya ülkelerinde sosyal sorun haline gelen, ülkemizde ise yeni yeni karşılaşmaya başlanan obezite sorunu dağınık yerleşim tarzı ve engelli coğrafi özellikler nedeniyle Doğu Karadeniz’de henüz sorun haline gelmemiştir. Bunda Karadeniz’e has beslenme alışkanlıklarının da etkisi fazladır.

## CİNSİYET

20. yüzyılda insan haklarının korunması ve geliştirilmesi konusundaki kazanımların kadınları ve kız çocuklarını kucaklayıp kucaklamadığı sorunu “Kadının İnsan Hakları” ile “Kadın Erkek Eşitliği” tartışmalarını zorunlu kılmıştır. Genel olarak eşitlikten “Yasa Önünde Eşitlik” anlaşılır. Bu eşitlik anlayışı “Otorite karşısında” herkesin eşit haklara sahip olduğu ilkesinden yola çıkar ve herkesin (eşit muamele görme) talebini ifade eder. Her bireyin farklı toplumsal koşullarda yaşadığı, toplumun sunduğu olanaklardan eşitsiz bir biçimde yararlandığı ön kabulünden hareket edildiğinde ise haklar mücadelesinin ana çerçevesini “Herkesin Eşit Koşullarda Yaşama Olanaklarına Kavuşturulması” oluşturur. Bu kavrayış farklı insanlara farklı olanaklar sunarak eşitliği sağlamayı hedefler.

Orta Asya Türklüğünde kadının toplumsal konumunun “Hatun” unvanı ile devlet yönetimine katılması nedeniyle bugünden iyi olduğunu söyleyebiliriz. Türklerin Orta Asya’dan Anadolu’ya gelmeleri farklı kültürler ve dinlerden etkilenmeleri sonucu kadın toplumsal statü kaybetmiştir.

Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitliği politikalarının zeminini Cumhuriyet devrimleri oluşturmaktadır. 1923 yılında Cumhuriyet’in kuruluşunu takip eden yıllarda kadın erkek arasında tam bir eşitlik olması gerekliliğine olan inançla gerçekleştiren devrimlerle, bir yandan modern bir devlet yapısı oluşturulurken, öte yandan da büyük bir toplumsal değişim gerçekleştirilmiştir. Türkiye Cumhuriyet’in kurulduğu 1923 yılını izleyen ilk on yılda yapılan reformlar, kadının yurttaşlık hakkını kazanmasının yanında Türk toplumunun yeniden yapılanmasını sağlamıştır. 1924 Tevhidi Tedrisat Kanunu, 1926 Medeni Kanunu, 1930 Belediye Seçimlerine Katılma, 1934 Seçme ve Seçilme Hakları kadınların Türkiye Cumhuriyet’indeki önemli kazanımlarıdır.



Türkiye, Anayasa ve yasalarıyla kadın-erkek eşitliğini güvence altına almış, ayrıca Birleşmiş Milletler kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi sözleşmesi öncelikli olmak üzere, Avrupa Sosyal Şartı, Çocuk Hakları Sözleşmesi, İLO, OECD, AGİK, gibi kuruluşların sözleşme, karar ve tavsiyeleri, Kahire Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planı, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı ve Pekin Deklarasyonu ve Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde ulusal mevzuatına aktarması gereken kadın-erkek eşitliği ile ilgili AB direktifleri doğrultusunda politikalar geliştirmeyi, yasal düzenlemeler yapmayı ve bu yasaları uygulamaya geçirmeyi taahhüt etmiştir

Doğu Karadeniz Kadınına değerlendirirken çalışma hayatı ile sosyal hayatı ayırmak gerekir. Kadınlara yüklenen roller, geleneksel fikirler, kadınların düşük eğitim düzeyi, çocuk özürlü ve yaşlı bakım imkânlarının yetersizliği ve kısa süreli işlerde ödenen düşük ücretlerin etkili olduğu söylenebilir.

Doğu Karadeniz kadınının özgüveni, kararlara katılımının Türkiye'nin bazı bölgelerinden yüksek olduğu düşüncesindeyim. Erkeklerin ortamında bulunur, fikrini söyler, karşıt görüş geliştirir, soru sorar. Genel olarak evli Doğu Karadeniz kadını eşi gurbette olduğundan evin reisliğini üstlenmiştir. Bu üstlenmişlik çoğu zaman eşinin dönüşünde de devam eder.

Karadeniz kadını yüklediği roller itibari ile her işi yapar. Bu özelliğinden dolayı Karadeniz Bölgesi dışındaki bölgelerden evlilik teklifi alır.

Dağınık yerleşim yapısının da etkisiyle bireysel başarıyı önemser. Kendi kendine yetme çoğu kadının genel karakteridir. Büyükşehirlere has yeterince aydınlanmamış yerlerde kadın tacizi, otobüs duraklarında taciz gibi istenmeyen olaylara Doğu Karadeniz'de çok rastlanmaz. Aksine Doğu Karadeniz kadını tek başına çay bahçesine, fındık bahçesine, mısır bahçesine, ormana, yaylaya, yayla şenliğine, çarşı ve pazara da, gider. Evlilik niyeti dışındaki cinsel içerikli yaklaşımlar, yöre geleneğinde şiddetli tepki görür ve kan davalarına sebep olabilir.

Doğu Karadeniz kadınının geleneksel iş rolü yok gibidir. Kadına biçilen geleneksel işlerin yanında erkeğe biçilen geleneksel işleri de yapar. Üstlendiği iş rolleri gereği zaman zaman erkeğini korur. Bazen de küçümser. Bütün bu geleneksel ve toplumsal rolüne rağmen Doğu Karadeniz kadınının eğitim, istihdam, siyasal durumu Türkiye geneli paralellik sergiler.

Doğu Karadeniz Belediyeler Birliği'ne üye belediyelerin meclislerinde 17 bayan meclis üyesi görev yapar. Bir ilçe belediye başkanı, 6 İl Genel Meclis Üyesi bayandır. Bölgede birde bayan milletvekili mevcuttur.

Doğu Karadeniz Bölgesi'nde kızların ilköğretimden yoksun bırakılması durumu yaşanmamaktadır. Ancak 50 yaş üstü okur-yazar olmayan kadınların oranı Türkiye rakamı olan 3 milyon 125 bin 244 kişi içinde oransaldır.

Belediyeler okur-yazar olmayan kadın oranını düşürmek için kurslar düzenlemekte, bazen merkezi idare ile işbirliği yapmaktadır. Ayrıca Doğu Karadeniz kadınına yönelik istihdamı artırmak maksatlı yetenek kazandırma ve sosyalizasyon kursları düzenlemektedir. Doğu Karadeniz Belediyeleri içerisinde evde hasır bilezik, gümüş kazaz işlemeciliği ve kadının iş yükünü azaltmak maksatlı el traktörü alımı, süt sağım makinesi projeleri dikkat çekici olanlardır.

Doğu Karadeniz Belediyeler Birliği'ne bağlı il belediyelerinden sadece Trabzon ilinde kadın sığınma evi ve toplum merkezi vardır. Kadın dayanışması ve ürün satışına yönelik hanımeli pazarı uygulaması il ve

ilçe belediyelerinde mevcuttur. Milli Eğitim Bakanlığı, Halk Eğitim Merkezleri faaliyet programları haricinde zaman zaman sağlık, hukuk, kadına yönelik şiddet, beden bakımı konularında konferans, seminer veya paneller düzenlenmektedir. Çocuklu kadınların iş yükünü hafifletmek maksatlı kreş uygulaması il merkezleri haricinde uygulanmamaktadır.

Toplum liderliği özelliği nedeniyle yerel yönetimler halka dokunan; inandırıcılık düzeyi yüksek idari yapılarıdır. Bu özellikleri nedeniyle eşitsizliklerin giderilmesi, sosyal sorunların çözülmesinde daha etkin kullanılmalıdırlar.

### SONUÇ, DEĞERLENDİRME

Doğu Karadeniz Bölgesinde coğrafi koşulların ve yerleşim şeklinin getirdiği hizmet sunumu, engellilere yönelik hizmetler ve kadının genel durumu haricinde eşitsizliğe konu olabilecek ırk, dil, din, mezhep, alt kültür faktörleri etkili değildir.

Kadına yönelik şiddet, ensest, ikinci evlilik Türkiye geneli ile paralellik arz eder.

Göç almadığı, göç verdiğinden göçe bağlı eşitsizlikler değerlendirme dışı tutulmuştur.

Eşitsizliğin giderilmesinde rol yüklenen yerel yönetimlerin etkinliğini sınırlayan, personel, mali kaynak ve yasal sorunlar çözümlenmelidir.

Kadına, özürlüye, yaşlıya, gence, çocuğa, alt kültür grubuna, uzağa düşene hizmet götürmede stratejik planlar yapılmalı. Yerel yönetimlerin yaptığı bu planlar diğer yerel yöneticiler, Sivil Toplum Kuruluşları ve merkezi idare ile koordine edilerek karara bağlanmalıdır.

İl ve ilçe merkezlerinde yerel yönetimlerle organik bağı olan yeterli meslek elemanı istihdam edilmiş, toplum merkezleri kurulmalı ve bu merkezler eşitsizliklerin giderilmesinde var olan toplum kaynaklarını harekete geçirmelidir.

İlçe belediyeleri bünyesinde gençlik merkezleri oluşturulmalı, gençleri irdeleyen sorgulayan, uygulayan, yetenek kazanan gençler olarak bilinçleştirecek bu merkezler toplum merkezleri ile koordineli çalışmalıdır.

Doğu Karadeniz Bölgesi'nde özellikle tarım sektöründe çalışan kadınların iş yükünü azaltacak araçlara yönelik yararlı projeler (fındığı, çayı daha kolay toplama, eğimli arazide makineli tarım yapma, süt sağım vs.) hayata geçirilmeye çalışılmalıdır.

Dağınık ve engebeli arazi yapısının sınırladığı özürlülerin hareket kabiliyetini artırıcı uygulamalar geliştirilmeli, bilişim teknolojisinin kullanılabilirliği artırılmalıdır.

Doğu Karadeniz Bölgesi'nde toplulaştırmanın uygulanabilirliği üzerine ikna edici ve teşvik edici çalışmalar yapılmalıdır.

Kırsal alanda kadın hakları eğitimi yapılmalı, kadının yerel hizmetlerden yararlanması kolaylaştırılmalıdır. Kadın girişimcilerin sayısının artırılması için kollektif hareket yeteneğine yönelik yerel yönetimlerin koordinasyonunda teşebbüslere geçilmelidir. Yerel yönetimlerin bütçelerinin belirli oranı kadınlara yetenek kazandırmaya ve kendi işlerini kurmaya ayrılmalıdır.



Toplumsal cinsiyet eşitsizliği toplumsal kurgunun ürünüdür. Yasalardaki eşitsizlik söylemi pratikte anlam bulmuyor. Özellikle siyasal eşitsizliğin giderilmesi için yerel yönetimlerin meclis ve idarelerine kadın kotası konulmasını Doğu Karadeniz Bölgesi özelinde önerebiliriz.

## EŞİTSİZLİKLER KAÇINILMAZ MIDIR? İZMİR, KARŞIYAKA ÖRNEĞİ

Cevat DURAK\*

*\*İnş. Müh., Karşıyaka Belediye Başkanı*

Dünyada ve ülkemizde özellikle 19. yüzyılın ikinci yarısında tırmanan neoliberal uygulamalar, toplum içindeki gelir dağılımını olumsuz yönde etkilemiş, eşitsizlik artmış, sınıfsal katmanlarda derin uçurumlar oluşmuştur. Genel olarak dünyada, özelinde ise ülkemizde oluşan olumsuzluklar, her geçen gün daha fazla kronikleşmektedir. Bu bağlamda, Nilüfer Belediyesi ve Uludağ Üniversitesi'nin ortaklaşa düzenlediği bu sempozyumun, sorunun çözümüne ciddi katkılar yapacağına düşünüyorum.

Çağın koşullarına uygun insanca yaşama alanlarını oluşturma, sorunları yerinde saptama, akılcı ve verimli çözümler üretme, belde halkına mutlu huzurlu olabilecekleri yaşam alanları sunma önceliğimiz olmalıdır.

24 mahalle ve 2 köye sahip 54.3 km<sup>2</sup> lik bir alanı kapsayan Karşıyaka, çoğu emeklilerden oluşan 312 000 kişilik bir nüfusu barındırmaktadır.

Çarpık kentleşme, içinde barındırdığı nüfus açısından değerlendirildiğinde bir yandan sosyal dengesizliği açığa çıkarırken, diğer yandan suç oranlarında da artışlara neden olmaktadır. Kentin hızlı göç alması, ya da başka nedenlerle kontrol dışı gelişen yapılaşma, beraberinde kayıt dışılığı da taşımaktadır. Hal böyle olunca, yerleşim alanlarının tespiti, kayıt altına alınmaları zorlaşmakta, dolayısıyla buralar yasa dışı işler yapanlar için barınak haline dönüşmektedir.

Kentlerimizin varoşlarında neredeyse gettolaşan bu yapı, yerel yönetimlerin en önemli sorunlarının başında gelmektedir.

Yasa dışı yapılaşma, yukarıda saydığımız olumsuzlukların yanı sıra zaman içinde kendi kültürünü de yaratmıştır. Günümüze kadar ulaşmış geleneksel kültürümüz, ya da çağdaş ülkelerde benimsenmiş yaşam tarzıyla ilişkilendirilemeyecek bu tarz kentlerimizin yapısını da olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla aynı kent içinde yaşam tarzları, kültürleri, sosyo ekonomik yapısı çok farklı iki ayrı toplum oluşmaktadır. Böylesine bir yapı kent insanını da birbirinden hızla uzaklaştırmakta, hatta zaman zaman nedensiz düşmanlıklara kadar uzanmaktadır.

Yukarıda bir bölümünü saymaya çalıştığımız gerekçelerden yola çıktığımız da açıkça göreceğimiz gibi, çarpık kentleşme çok yönlü ele alınmalı, yerel yöneticilerin konunun çözümünde daha etkin olabilmeleri için gerekli yasal düzenlemeler derhal yapılmalıdır.

Karşıyaka Belediyesi diğer tüm kentlerimizde olduğu gibi, değişik zamanlarda aldığı hızlı göçlerle belli ölçülerde de olsa çarpık kentleşmeden nasibini almıştır. Ben ve ekibim göreve geldiğimiz 2004 Mart ayı itibarıyla Karşıyaka'daki en önemli sorun olarak gördüğümüz çarpık kentleşmeyi masaya yatırdık. Yalı Mahallesi'nde oluşan kaçak ve sağlıksız yapıları tek tek tespit ettik. Burada yaşayan mahalle sakinleriyle defalarca toplantılar yaptık. Kaçak yapı sahiplerinin ikna edilmesi yaptığımız projenin en önemli ayağını oluşturmaktaydı.



Bu önemli bölümü başarıyla geçtik ve kaçak yapı sahibi yurttaşlarımızla tam bir mutabakat sağladık. Daha sonra Örnekköy semtinde oluşturduğumuz arsaları projeye dahil ettik. TOKİ ile masaya oturarak Yalı Mahallesi’nde çarpık kentleşme sonucu oluşmuş imar affı yapı sahiplerinin mağduriyetini önlemek için Örnekköy Mahallesinde proje kapsamında oluşturulan 808 konut için sözleşme imzalandı. Dairelerin 2 yıl içerisinde tamamlanmasını sağladık. Yalı Mahallesi’ndeki yurttaşlarımıza ait kaçak yapıların tespit edilen enkaz bedellerini yeni konutlara mahsup ederek, evlerin tahsislerini tamamladık. Enkaz bedelleri yetersiz olan yurttaşlarımızın geriye kalan borçlarını aylık 130-200 lira arası rakamlarla 10-15-20-25 yıla kadar yaydık. Bu bölgedeki sosyal yarayı yaşayanların mağduriyetini önleyerek yapı sahibi yurttaşlarla birlikte düzenlediğimiz davullu zurnalı törenle binaların yıkımlarını yaptık.

Mekansal ve sosyal eşitsizliklerin gözlemlendiği Örnekköy mahallemizdeki ikinci uygulamamız ise, roman vatandaşların yaşadığı 14 hektarlık bir alan olmuştur. Bölge İzmir’in en eski roman yerleşimlerinden biridir. Örnekköy’de yaşayan Roman vatandaşların en büyük sorunlarının işsizlik ve eğitim olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak bu bölgede yaşayan insanlar geçimlerini hurda, çöp ve kağıt toplayarak kazandıkları için, yaşam alanlarında da bunun etkileri görülmektedir. Bölgenin belli noktalarında çöp ve hurda yığınları oluşmaktadır. Hurdaların kentin çeşitli bölgelerinden taşınması için hayvanların çektiği araçlar kullanılmaktadır. Bu yaşam tarzı kentlilik ile bağdaşmayan garip görüntülerin oluşmasına, ciddi kültürel farklılıkların meydana gelmesine, sosyo-ekonomik olarak uçurumların oluşmasına, kent bütünlüğünün ve bilincinin yok olmasına neden olmaktadır.

Karşıyaka Belediyesi ikinci Kentsel Dönüşüm çalışmalarını bu bölge için başlatmıştır. Bu çalışmanın amacı kentsel dönüşüm ile alanda yaşayan insanları başka bir yere taşımak yerine, aynı bölgede düşük katlı konutlarda yaşam koşullarını iyileştirmektir. Alanda, gençlere meslek edindirme olanaklarının sağlanması, müzik, dans konularında eğitim alabilecekleri mekanların oluşturulması, kendi kültürlerini ve becerilerini yansıtabilecekleri hediyelik eşya satış alanları yaratılması hedeflenmektedir.

Bölge insanı birlikte yaşamayı sevdiği için, planlamada yer alacak konut tiplerinin iç avluya açılacak şekilde yapılması hedeflenmiştir. Ayrıca, projede ada içerisinde ortak kullanılan bölgelerde bol miktarda yeşil alan ve çocuk oyun alanlarının bulunması hedeflenmektedir.

Bölgede inşa edilecek konutlarda Güneş Pili kullanılması planlanmıştır. Böylece kentin bir bölümü temiz enerjiye kavuşacak, diğer yandan bölge halkı her geçen gün daha da pahalılaştan enerji fiyatlarından korunacaktır.

## KENT GÜVENLİĞİ

Belediyemiz Kent sokaklarında suçun engellenmesine yönelik çalışmalar yaparken, bu konuda diğer kurumlarla da sürekli işbirliği olanakları araştırılmaktadır. Karşıyaka bölgelere ayrılarak “Toplum Destekli Polis Büro Amirliği” ne bağlı ekiplerce sürekli izlenmektedir. Benzer anlayışla ilçemizde Belediye, Milli Eğitim, Emniyet ve gönüllülerin işbirliği ile “Okul Timleri” kurulmuştur. Oluşturulan timler okul ve çevresindeki suç oranlarının ciddi biçimde düşmesine neden olmuştur.

## EŞİTLİKÇİ ADIMLAR

Bilindiği üzere kentlerdeki ailelerin ekonomik eşitsizlikleri, beraberinde çocuklarının eğitimlerine de olumsuz

yansımaktadır. Dolayısıyla “Eğitimde Fırsat Eşitliği” ilkesi neredeyse sadece söylemde kalmış durumdadır. Bu gerçekten hareketle Karşıyaka Belediyesi “Karşıyaka Gençlik Merkezi”ni (KARGEM) kurmuştur. KARGEM bünyesinde dar gelirli ailelerin çocuklarına hiçbir ücret alınmadan ilköğretimden üniversiteye kadar eğitim verilmektedir. Gerek okul içi, gerek orta öğretim, gerekse de Üniversitelere hazırlık için dersane formunda verilen eğitimler sonrasında, başarı oranı yüzde seksenlere kadar yükselmiştir. Yine aynı merkezde ekonomik durumları çok kötü olan ailelerin öğrenci çocuklarına eğitim malzemesi yardımı ile burs ta verilmektedir. Bu uygulama tam anlamıyla olmasa da “Eğitimde fırsat eşitliği” ilkesini Karşıyaka büyük ölçüde de hayata geçirmiştir.

### KADIN SORUNLARI

Türkiye maalesef kadın sorunlarıyla ilgili ciddi kusurları olan bir ülke konumundadır. Her yıl binlerce kadın kötü muamele uğramakta, bu olumsuzluk sonucunda yine yüzlercesi intihara kadar uzanan davranış bozuklukları göstermek zorunda kalmaktadır. Bu realitede bir anlamda cinsiyet kökeninde eşitsizlik olarak kabul edilebilir bir durumdur. Karşıyaka Belediyesi Kadına uygulanan bu yanlış davranış biçimini gidermek, kadınlarımızı kötü muameleden kurtarmak, onlara toplum içinde hak ettikleri yeri sağlamak amacıyla çeşitli projeleri hayata geçirmiştir. Bunların başında, birisi kendi olanaklarımızla, diğeri Birleşmiş Milletler Örgütü’nün finanse ettiği “Kadın Sığınma Evleri” gelmektedir. Ayrıca yine kadınların sıkıntılarıyla ilgili kendilerine değişik konularda destek olmak amacıyla 6 adet “Kadın Danışma Merkezi” açılarak hizmete sokulmuştur. Her gün bu merkezlerimizde yüzlerce kadına görevli ve gönüllü uzmanlarca sosyal, psikolojik, hukuksal destek verilmektedir.

Değerli katılımcılar;

Burada Ege Belediyeler Birliği adına bulunmama rağmen, konuşmamın büyük bölümünü Karşıyaka örneklerine ayırarak sanırım biraz bencillik ettim. Elbette Karşıyaka “Eşitsizliklerin giderilmesinde” bir rol modelidir. Ancak Burada İzmir Büyükşehir Belediyesi ve değerli Başkanım Aziz Kocaoğlu’nun uygulamalarından kısacada olsa bahsetmek gerek. Büyükşehir Belediyemizin Kadifekale ve Bayraklı heyelan bölgelerinde gerçekleştirdiği kent yenileme uygulamaları, devasa boyutlarıyla çok önemli projelerdir. Her biri ortalama Anadolu’daki bir kent büyüklüğünde olan uygulamalardır. Her iki projenin de sıfır hata ile hayata geçirilmesi ayrıca büyük bir başarıdır. Yine Büyükşehir Belediyemizin ve diğer Ege belediyelerinin eşitsizliklerin giderilmesi adına hayata geçirdikleri irili ufaklı yüzlerce proje bulunmaktadır. İşte tüm bu örneklerden yola çıkıldığında Ege belediyelerinin eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, ya da belli bir seviyeye çekilmesi adına Türkiye’ye öncülük ettiğini söyleyebiliriz.

Değerli konuklar;

“Eşitsizliklerle mücadele” anlayışımızı yukarıda sunmaya çalıştığımız birkaç somut örnekle anlatmaya çalıştık. Burada faaliyet raporunu andıran tüm detayları anlatmak yerine, böylesi bir mantığı ortaya koymanın daha doğru olacağını düşündük. Bu bağlamda sempozyum düzenleyicilerine, sunum yapan uzmanlara ve katılımcılarına, Ege Belediler Birliği adına teşekkür ediyor, hepinize sevgi ve saygılar sunuyorum.



## YALVAÇ’IN SOSYO KÜLTÜREL DOKUSU VE GELECEĞE YÖNELİK KENTSEL YÖNETİM POLİTİKALARI İÇERİSİNDE HASSAS GRUPLARIN ÖNEMİ

**Tekin BAYRAM\***

\*Ziraat Yük. Müh. , Yalvaç Belediye Başkanı

### ÖZET

İçinde bulunduğumuz yüzyılın en önemli kavramlarından biri de küreselleşmedir. Küreselleşmeyi oluşturan unsurlar ekonomik olduğu kadar toplumsal ve yerel yaşamda da kendini göstererek, sosyal eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Bu nedenle insanlara en yakın yönetim katmanı olan yerel yönetimler küresel etkinin alanına çekilmektedir. Önümüzdeki süreçte kent yönetimleri için bu etkiler büyük önem taşımakta olup geleceğe yönelik çalışmalarda yerel yönetimleri yeni atılımlar yapmaya yönlendirmektedir.

Yalvaç belediyesi, kendi kültürel dokusunu koruyarak bir bütünlük içerisinde toplumun gelişmesi için en uygun olanaklar sağlayarak daha sağlıklı bir sosyal çerçeve çizmek için gerekli çalışmalar içerisinde. Belediye, bu çalışmalar kapsamında oluşabilecek olan sosyal eşitsizliklere karşı mücadelede, hassas grupların en az şekilde etkilenmeleri için geleceğe yönelik kentsel yönetim politikaları oluşturmaya başlamıştır.

Çalışmaları günümüzde ve gelecekte daha etkin ve verimli kılmak için tüm hassas gruplarla ilgili bir ön araştırma yapılmış olmasına karşın, çağdaş yönetim teknikleri içerisinde tüm grupların katılımı tam olarak sağlanamamıştır. Vazgeçmeyip gündemden uzak kalmayarak sürekli yenilikleri takip etmek gün geçtikçe katılımın daha da çok olmasına neden olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Küreselleşme, Sosyal Eşitsizlik, Yerel Yönetimler, Yalvaç İlçesi Kentsel Yönetim Politikaları, Hassas Gruplar

## GİRİŞ

Yaşanabilir sağlıklı bir kent için sağlık ve sağlığı ilgilendiren tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve kent yoksulluğu ile mücadele etmek amacıyla işbirliği içerisinde çalışmalar yapılmalıdır. Kentlerin ayrılmaz dinamikleri olan bireyler, gerek kişisel beklentileri gerekse yaşam ihtiyaçları gereği değişken bir yapıya sahiptirler. Bireylerin Sosyoekonomik durumları, eğitim düzeyleri, kültürel yapıları, yaşları ve yerleşim konumları değişkenlikte etkin rol oynamaktadır. Bu değişken yapı içerisinde beliren yoksulluk, şiddet, sosyal dışlanma, kirlilik, standardın altında olan barınma, göçmenler, sağlıksız yerleşim planlaması, kadın ve çocuk haklarının göz ardı edilmesi, sivil toplum kuruluşlarının eksikliği gibi konular, kentlerin mihenk taşlarını kaydırmakta ve sağlıklı şehir planlamasının önüne geçmektedir. Yerel yönetimler olarak, hem kamuya olan sorumluluğu hem de insan olmanın getirdiği sosyal sorumluk neticesinde; sivil toplum kuruluşları, kamu kurumları ve kentte yaşayan bütün paydaşlar ile uyumlu bir şekilde çalışarak, sürekli kalkınmayı ve sürdürülebilir sağlığı yaşamalı ve yaşatmalıyız (Altepe, 2010).

Günümüzde hızla büyüyen kentlerde ekonomik olduğu kadar toplumsal ve yerel yaşamda da sosyal eşitsizlikler derinleşerek küresel bir hal almaya başlamıştır. Bu nedenle insanlara en yakın yönetim katmanı olan yerel yönetimler küresel etkinin alanına çekilmektedir. Önümüzdeki süreçte kent yönetimleri için bu etkiler büyük önem taşımakta ve geleceğe yönelik çalışmalarda yerel yönetimleri yeni atılımlar yapmaya yönlendirmektedir (Fırat, 2007).

Bu küresel sorunun çözümüne yönelik geliştirilen yaklaşımlar, soruna nereden ve nasıl bakıldığına bağlı değişmektedir. Artan işsizlik ve yoksulluk riskine karşı, sosyal güvenceye olan gereksinimi arttırırken, paradoksal olarak bu güvenceye en fazla gereksinimi olan hassas grupların, güvence sisteminin dışında kaldığı görülmektedir. Bu sosyal dışlanmışlık durumu, gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan toplumlarda sosyal hizmetlere olan gereksinimleri arttırmaktadır (Fişek, 2009).

Küreselleşme ve beraberinde getirdiği eşitsizlikler, en belirgin ve öncelikli etkisini insan ve toplum sağlığı üzerinde göstermektedir. Dolayısıyla, artan eşitsizliklere karşı çözüm yollarının geliştirilmesinde, sosyal sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi öncelikli eylem alanları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal eşitsizliklere karşı çözüm yolu arayışlarında, sosyal hizmetlerin çağdaş sağlık anlayışı içindeki yeri, bu temelde kurumsallaşmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Ancak burada da küreselleşme, bu hizmetleri karşılayacak olan sosyal devletin finansal kaynaklarını eritmekte ve meşrutiyetine saldırıda bulunmaktadır.

Kendi kaynakları yetersiz ya da ekonomik yönden sıkıntıda olan yerel yönetimler bu sorunu aşmak için çözümü kendi kentlerinde bulunan vakıflarla işbirliği yaparak aşma çabasına girmişlerdir. Bu çalışmalara en güzel verilebilecek örnekler arasında Yalvaç Belediyesinin yapmış olduğu çalışmalarda yer almaktadır.

Bu çalışmada, tarihi ve kültürel dokusunu yitirmeden günümüze kadar gelebilen nadir kentlerden biri olan Yalvaç İlçesinde, Yalvaç Belediyesi ve Yalvaç Güçsüzlere Yardım Sağlık ve Eğitim Vakfının hassas gruplara yönelik yapmış olduğu çalışmalara yer verilmiştir.

İlk olarak hassas gruplara yönelik mevcut durum tespit edilerek, çözümler ve fırsatlar hakkındaki önerilere yer verilmiştir.

Konuyla ilişkin çalışmalarla ilgili bilgiler Yalvaç Belediyesi ve Yalvaç Güçsüzlere Yardım Sağlık ve Eğitim Vakfı 'ndan sağlanmıştır.



## 1- YALVAÇ'IN SOSYO KÜLTÜREL DOKUSU VE GELECEĞE YÖNELİK

### KENTSELYÖNETİM POLİTİKALARI

Sürdürülebilir ve güvenli yaşam ilkeleri çerçevesinde kentsel yenileme ve yerleşme projelerin özellikle kamu-özel sektör işbirliği ile ülkemizin kalkınma ve dinamizmine ayak uyduracak hızlı kalıcı kaliteli ve yaşanabilir çözümler üretecek bir model ile gerçekleştirmelidir. Yeni Toplumcu Belediyecilik anlayışı içerisinde yerel yönetimlerin başlıca amacı, yaşamın her alanında fırsat eşitliği sağlayıcı, bireyin yaşam alanlarının zenginleştirildiği, çağdaş kent yaşamında yabancılaşmanın kırılmasının sağlandığı, ölçülebilir, paylaşılabilir, kültürün ve sanatın her alanda ulaşılabilirliği, sosyal eşitsizliklerin giderilerek, sağlıklı bir kent olma gelişiminin sağlanarak kültür, sanat ve sosyal dayanışmada yaratıcı, zenginleştirici, bütünleştirici, geliştirici, değiştirici, katılımcı bir anlayışı tesis etmektir. Sorunların çözümünde en etkili olabilecek kişi ise kentin yerel yöneticisidir. İyi bir yönetici halkıyla yönetim arasında sağlıklı bir ilişki kurarak; kentleşme sorunlarının çözümünde büyük mesafe kat edebilir.

Bugün kentlerde yaşanan sorunlar bütün dünyada ortaklaşmış bir nitelik göstermektedir. Her kentin yerel düzeyde birtakım sorunları bulunmaktadır. Ancak küresel düzeyde var olan sorunlar gittikçe daha da derinleşmektedir. Son yıllarda çevresel faktörlerin etkisiyle bu sorunlar daha da büyümüş ve ortak bir yaklaşımı gerektirmiştir. Kentleşme Çağında insanların yaşadıkları şehirlerde katılımcı rol üstlenmeleri, toplumun yaşam standartlarını ve fiziksel çevre kalitesinin iyileştirilmesine yönelik projelerin seçilmesi hedeflenmektedir (Burdett, 2009).

Yalvaç Belediyesi'nin bu yaklaşıma yönelik olarak gerek kendi bünyesinde gerekse Vakıf bünyesinde başlatmış olduğu projeleri ortak bir yaklaşım içerisinde uygulamak için yönetim politikaları oluşturmuştur. Uygulanacak olan bu kentsel yönetim politikalarının amacı;

- Sosyal yardıma ihtiyacı olan herkes için ulaşılabilir olmak,
- Toplumda meydana gelebilecek eşitsizlikleri önleyen kentsel bütünleşmeyi sağlayacak değişim ve gelişimlerden yana olmak,
- Sosyal eşitsizliği önlemeye yönelik bireyler için sağlıklı çevre ve mekânlar sağlamak
- Toplumun şekillendiricileri olan kadınlar, engelliler ve yaşlıların sağlıklı bir kent parçasında gelecek kaygısı ve korkusu yaşamadan, bireysel haklarına saygılı bir yaşam sürmelerini hedeflemek
- Engelli bireylerin ve yakınlarının yaşamaktan mutluluk duyacakları ulaşılabilir kaliteli bir yaşam sağlamak
- Herkesin gelişebilme olanağına sahip olması için Belediye olarak üzerine düşen görevi en iyi bir şekilde yerine getirerek insanlar arasındaki eşitsizliğin artmasını engellemek
- Oluşabilecek eşitsizliklere karşı daha fazla iş ve yeni fırsatlar yaratıp bir yönetim politikası oluşturmaktır.

İnsanları kentin mevcut sorunları karşısında bir araya getirmeyi hedefleyen ve çözüm önerileri geliştiren insan ve çevre öncelikli bir yaklaşım sergileyen sağlıklı bir kent olmak için yapılması gereken bu hedefler toplumun refahını artırarak, toplum arasındaki diyalogu geliştirip güçlendirerek, kentin huzur ve güvenliğine büyük katkı sağlayacaktır. Grupların sosyal, siyasal, kültürel ve ekonomik alanlardaki konumunu güçlendirmeye yönelik yapılacak olan bu projeler Yalvaç'ın kalkınması yolunda önemli bir adımdır.

Bu projeler, Yalvaç’ın sosyo kültürel ve ekonomik koşulları dikkate alınarak yasal çerçevelere uygun bir şekilde hazırlanmıştır. Günümüzde yaşanan ekonomik sorunlar altında bu grupların kendi kültürel değerlerini yok etmeden, bu grupların toplumsal yaralarını sararak eşitsizliklere uğramamaları için gerekli yardım çalışmalarına başlanmıştır. Belediyeden yapılan yardımlar daha çok kadınlar üzerinde yoğunlaşmış ve kadınların ekonomik özgürlüklerini kazanmaları için kadın sanat evleri ve kadınlar pazarı açmıştır. Engelli ve Yaşlı vatandaşlara yönelik çalışmalar ise Yalvaç Gücsüzlere Yardım Sağlık ve Eğitim Vakfı bünyesinde yapılmaktadır. Vakıf başkanlığını da yürüten belediye başkanı, vakıf gönüllülerini devreye sokarak vakıf bünyesinden yaşlılara yemek ve yardım yapmaktadır. Engelli vatandaşlarımız için engelliler rehabilitasyon merkezi yapımına başlatmıştır.

### 1.1. KADIN SANAT EVLERİ

Hızlı sanayileşme ve teknolojik gelişmelerle birlikte Yalvaç’ta barınma sorunu yaşanmaya başlanmıştır. Eski evlerde oturan vatandaşlar yeni tarzlarda yapılmış binalara taşınmışlar, eski evlerin bazılarında kasaba ve köylerden gelen vatandaşlar yerleşirken bazıları ise kendi kaderine bırakılmıştır. Terk edilen ve kendine özgü bir kimliği olan bu evlerin sosyal yaşama tekrar kazandırılması için, kentsel yenileşme çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmaların amacı, hızlı kentleşmenin yarattığı sağlıksız konutların temizlenerek fiziksel bir bütünleşmeyi oluşturup sosyal anlamda yeniden kazanılması ve insanların aktif rol üstlenerek yaşama, üretime katılması ve bir bütünlük içerisinde teşvik edici ve destekleyici kentsel politikalar oluşturup ortak sorumluluk alma bilincini kazanmaları için yeniden yapılandırılmaktır. Bu sayede yoksul kesim ve kentin geri kalanı arasındaki sosyo ekonomik farklılıklar ve sosyal dışlanışlık azaltılarak, bu evlerde daha sağlıklı ortamda sanatsal ve kültürel değerler yaşatılacaktır.

Yalvaç’ın en önemli parçası olan sosyo kültürel açıdan, zengin tarihi geçmişi ile bugünü geleceğe bağlayan büyük öneme sahip olan bu evler koruma kurulu tarafından koruma altına alınmıştır. Bu evleri sağlıksız ve bakımsız durumlarından kurtarılıp tekrar etkin hale getirmek için bazı kurumlar yardımıyla Yalvaç Belediyesi tarafından restorasyonu yapılmaktadır. Kültürel ve sosyal dokusuna tekrar kazandırılan evler eski otantik havası eşliğinde, kadın sanat evi, kent müzesi ve pansiyon olarak faaliyete geçirilip Yalvaç canlılık katması için gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

Açılacak olan kadın sanat evlerinde Yalvaçlı kadınlara yönelik bir eğitim verilerek toplum arasında oluşabilecek eşitsizliğe mağdur kalmamaları amaçlanmaktadır. Sanat evlerinde, kadınlar bireysel yeteneklerini geliştirip üreterek, çevrelerinde meydana gelecek değişimlere daha rahat uyum sağlayıp boş zamanlarını değerlendirme fırsatı bulabileceklerdir.

### 1.2. KADINLAR PAZARI

Yalvaç Belediyesi tarafından ilçede yaşayan kadınların, üretim ve sosyal hayatın içine çekme amaçlı olarak “Kadınlar El Emeği Pazarı” kurulacaktır. Söz konusu Pazar, Kültür Merkezi arkasında yeni düzenlenen meydana oluşturulacaktır.

Yalvaç Belediyesi tarafından, çarşı merkezine yakın konumda, Kültür Merkezi arkasında yeni inşa edilen meydana tamamen kadınlara ait Pazar oluşturulacaktır. Oluşturulacak olan bu pazarda, kimyasında üretmek olan kadınlarımızın, kendi evlerinde ürettikleri el emeği göz nuru el işlerini, Geleneksel Yalvaç Yemeklerini ve bahçelerinde ürettikleri taze sebze ve meyveleri getirerek kendileri için düzenlenmiş bu meydana satmalarına imkân tanınarak, aile bütçelerine gelir sağlamaları desteklenecektir. Yalvaç Belediyesi söz konusu pazarla, kadınların ekonomik özgürlüklerini kazanarak sosyal hayatta uğrayacakları eşitsizlikleri yok etmeyi amaçlamaktadır.





Belediye, turistleri ve halkı bu pazara yönlendirmek için gerekli düzenleme ve tedbirleri alarak, her şeyden önce burada sağlıklı bir şekilde rahat ve huzurlu bir alışveriş yapılacak bir mekân düzenlemesi yapmıştır.

Kimlikli bir kent olma çabası içinde kendilerine önemli görevler düştüğünün bilinci içerisinde olan kadınlar, Yalvaç'ta turizmin geliştirilmesinde, evlerinde yaparak satmak için kadınlar pazarına getireceği el ürünlerinin ve Yalvaç'ın geleneksel yemeklerinin çok önemli bir girişim olduğunun farkındadırlar.

### **1.3. YAŞLILARA YAPILAN AŞEVİ HİZMET FAALİYETLERİ**

#### **a) Yemek Yardımı:**

Cumhuriyet Mahallesi Cezaevi Karşısı Yakupoğlu Camii avlusunda bulunan ve hacı Selahattin YAKUPOĞLU tarafından yaptırılıp, içinin malzemeleri temin edilerek Vakfa devredilen Aşevinden,28 mahallede toplam 86 aileye yaklaşık 330 kişiye günde iki öğünlük yemek verilmektedir. Aşevinin gıda eksiklerinin büyük bir kısmı hayırsever insanların zekâtlarından temin edilmektedir. Bir yıllık et ihtiyacı her yıl olduğu gibi 2010 yılında da vekâletle bir kurban bedeli 400.00TL. olarak belirlenmiş olup 145 adet kurban parasının toplam tutarı 58.000.00.TL.dir. Bu parayla 21 adet büyükbaş kurbanlık alınmıştır. Kurbanlıklar, Aşevinin arkasında sağlık şartlarına uygun olarak kurulmuş olan kesimhanede kesilerek Aşevinde bulunan derin donduruculara yerleştirilmiştir.

#### **b) Kuru Gıda ve Kömür Yardımı**

Bazı insanların ihtiyaçlı fakat genç olması sebebi ile insanların perhiz yapmasından dolayı periyodik olarak 55- 60 arası aileye kuru gıda yardımı yapılmaktadır. Ayrıca ihtiyaçlı insanlara toplanan giyim eşyalarından yardım yapılmaktadır.

#### **c) İftar Yemeği Hizmeti**

Her yıl Ramazan ayı boyunca Kültür Sarayı Düğün salonunda günde 300-350 arası fakir insanlara yemek verilmiş, iftar yemeği veren hayırseverlerden 15.000.00.TL. finansal destek toplanmıştır. Hayırseverlerden günlük 500,00. TL. Alınarak aynı gün parayı veren şahıs adına iftar yemeği verilmiştir.

### **1.4. DİĞER YARDIM FAALİYETLERİ**

#### **a) Giyecek Yardımı**

İstanbul'da bulunan ve konfeksiyon işi ile işgal eden Yalvaçlı hemşerilerimiz tarafından 2010 yılında gönderilen takım elbiseler ve mont ile yine İstanbul'dan gelen 5000m. Civarında kumaş, ceket ve pantolon olarak diktirilmiştir. Yine Ankara, İstanbul ve İzmir'de ikamet eden hayırsever vatandaşlarımızdan temin edilen 3000 çift civarında ayakkabının 1550 çifti okullara elbiselerle birlikte fakir ve ihtiyaç sahibi insanlara dağıtılmış ve dağıtılmaya devam etmektedir.

#### **b) Burs Yardımı**

2010 öğretim yılında 96 öğrencimize aylık 75 TL. Burs verilmeye başlanmış bunun için 2010 yılında 46.000.00 TL. Burs verilmiştir. Bu bursların büyük kısmı gönüllü kişiler tarafından karşılanmaktadır.

### **1.5. ENGELLİLER İÇİN YAPILAN ÇALIŞMALAR**

Engelli vatandaşlara iyi bir eğitim ve güvenli bir gelecek kazandırma amacı ile engelli vatandaşlarımızın



kendi kendilerine yetebilen, buldukları toplum ve çevreye katkı sunabilen ve üretebilen sağlıklı bireyler olarak hayatlarını devam ettirmelerini sağlamak için eğitim ve rehabilitasyon merkezleri kurma çalışmalarına başlanmıştır.

Kurulacak olan rehabilitasyon merkezinin ileriye yönelik hedefleri

- Engelli vatandaşlarımızın eğitim ve yetenekleri doğrultusunda beceri kazandırmak,
- Gerek vakıf bünyesinde kurulacak korumalı iş atölyelerinde, gerekse diğer iş yerlerinde üretime katılmalarını sağlamak,
- Uygun işlere yerleştirip izleyerek gerekirse destek eğitimi vermek,
- Ailenin ve toplumun engelliler konusunda aydınlatılması ve özürünün toplumla kaynaşabilmesi için gerekli bilimsel inceleme ve araştırmalar yapmak veya yaptırmak,
- Eğitim ve iyileştirme ile ilgili yayımları takip etmek,
- Gerektiğinde mahallelerde yaşayan engellilere yaşadıkları yerlerde hizmet sunmak,
- Kimsesiz kalan engellileri vakfın korumasına alarak, yaşamları boyu himaye, eğitim ve istihdamlarını sağlamaktır.

Kaymakamlığa bağlı olan Yalvaç Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından açılan engelliler okulunun İlçeye yetersiz gelmesi nedeniyle, Yalvaç Belediyesi yeni bir engelli okulu için devreye girerek, belediyeye ait olan araziye Yalvaç Güçsüzlere Yardım Sağlık ve Eğitim Vakfı'na kiraya vermiştir.

Yukarıdaki amaç ve hedefler doğrultusunda çalışmalarına başlayan vakıf yöneticileri, 2010 yılında Yalvaç ilçesinde 1.596m<sup>2</sup>'lik araziye, 1.750.00TL'lik yıllık kira bedeliyle, 30 yıllığına kiralamıştır. Engellilerin barınma, eğitim ve rehabilitasyonu ile istihdamının sağlanması planlanan “ Engelliler Rehabilitasyon Merkezi ”nin ilk adımı 2009 yılında atılmıştır. Şuanda yapım aşamasında olan rehabilitasyon merkezi en kısa sürede tamamlanarak hizmete sunulacaktır.

Ayrıca ilçedeki engelli vatandaşlar düşünülerek, Yalvaç belediyesi tarafından kaldırım düzenlemeleri çalışmalarında cadden kaldırımlara rampalı geçişler yapılmıştır. İnşili çıkışlı aşamada yapılan rampaların her biri andezit taşı ile kaplanmıştır.

## 1.6.SORUNLAR

Yalvaç küresel etkinin meydana getirdiği eşitsizliklerden kurtulabilecek potansiyele sahip olmasına rağmen bu değerlerini tam olarak kullanamamaktadır. Bunun tek nedeni halkın değerleri konusunda amaçsız ve isteksiz olmasıdır. Bunu önlemek için yapılacak olan yardımların kimlere yapıldığına çok dikkat edilmesi gereklidir. Dikkat edilmeden yapılan yardımlar toplumu tembelliğe yönlendirip büyük ekonomik kayıplara neden olabilir. Bu nedenle yardımlar mümkün olduğunca üretime yönelik yapılması gerekmektedir.

Halk kendisi için düzenlenen eğitim programlarına ilgisiz kalmakta olup bazılarının gereksiz görmektedir.

## 1.7.ALTERNATİFLER

Yalvaç ilçesi sosyo kültürel ve turizm açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Bunlar şu şekilde belirtilebilir:



Bölgenin ana yollara uzaklığı sayesinde dışarıdan fazla göç almaması nedeniyle, toplumda meydana gelebilecek eşitsizlikler yok denecek kadar azdır.

Kültürel değerlerini kaybetmeden günümüze kadar gelebilmesi nedeniyle her aile kendi anne ve babasına ölüncüye kadar kendisi bakar.

Yalvaç'ın her mahallesinde geleneksel mahalle fırını vardır. Bu fırınları kadınlar işletmektedir. Kadınlar bu fırınlarda ekmek yapıp ekonomik olarak ailelerine destek olmaktadır.

## 2.ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Yalvaç ilçesi daha öncede değinildiği gibi ana yollara uzak olması nedeni ile fazla göç almamıştır. Bu nedenle toplum arasında eşitsizliklerin oluşmasını engellediğinden ileride oluşabilecek farklılıklar için önceden önlem alınmalıdır. Bu sayede kültürel farklılıklar en aza indirgenmiş olabilir.

Yalvaç'ın ekonomik ve sosyal yönden beklenen seviyeye ulaşabilmesi için halkı kendi değerleri doğrultusunda istekli hale getirmek için yapılan çalışmalardan vazgeçilmeyerek devam etmeli, gerektiğinde bu konuda araştırma yapılması için yardım alınmalıdır.

Daha sağlıklı bir çevrede yaşamak için, halka yönelik kültürel aktiviteler düzenlenmelidir.

Çevrede korumaya muhtaç olan hassas gruplara yardım konusunda yardım etmek için halka yönelik toplantılar yapılmalı veya mahalle muhtarlarıyla beraber bir uzman eşliğinde birlikte çalışmalar başlatılmalıdır.

## 3.SONUÇ

Bilindiği gibi sağlık sadece mikroplardan korunmak değil, toplumun birlik ve beraberlik içinde rahat ve huzurlu bir yaşam sürmesi için fiziksel çevre, sosyal ve ruhsal açıdan iyi bir halde olmasıdır. Kimlikli bir kent oluşturan toplumlar uygarlık düzeyine ulaşabilmek için bu bütünlüğün farkındalığı içerisinde çevrelerindeki hassas gruplara daha farklı yaklaşmaktadırlar.

Yalvaç gerek sosyal gerekse çevre yönüyle henüz kirlenmemiş nadir kentlerden biridir. Ancak bu durum gelecekte de aynı kalacak demek değildir. Çevre yollarının genişlemesi ve çoğalmasıyla dışarıdan yabancıların gelmeye başlaması kültürel farklılıkların oluşmasına başlamıştır. Bu nedenle hassas gruplar arasında çıkabilecek eşitsizlikleri gidermek insanlara daha yakın olan yerel yönetimlere düşmüştür. Yerel yönetimler bazı durumlarda ekonomik olarak güçlük çektiğinden projeler aksamaktadır. Bu gibi durumlarda vatandaşlardan gönüllü gruplar oluşturup çalışmalara katılım sağlanmalıdır.

## KAYNAKÇA

**ALTEPE, Recep**, "Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Ürgüp Buluşması",

<http://www.skb.org.tr/2010/05/17/urgup-bulusmasina-yogun-katilim>, Erişim Tarihi  
(30 Mart 2011)

**BURDETT, Richard**, "Yapmaya Çalıştığımız, Bir Kent Belirlemek ve O Kente Ayna Tutmak" <http://www.arkitera.com/s167-yapmaya-calistigimiz-bir-kent-belirlemek-ve-o-kente-ayna-tutmak.Html>, Erişim Tarihi(22 Nisan 2011)

**FIRAT, Serap**, "Artuklu Mirasının Mardin'nin Kentsel ve Sosyo-Kültürel Dokusundaki Rolü ve Geleceğin Kentsel Yönetim Politikalarını Kurgulamada Önemi",  
1.Uluslararası Artuklu Sempozyumu, Mardin,  
[www.serapfirat.com/bildiriler/kentler2a.htm](http://www.serapfirat.com/bildiriler/kentler2a.htm), Erişim Tarihi (30 Mart 2011)

**FİŞEK, Gürhan - GÖKBAYRAK, Şenay**, "Küreselleşme ve Sosyal Sağlık",  
<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyalsaglik.htm>, Erişim Tarihi(30 Mart 2011)



## “EŞİTSİZLİKLERİN AZALTILMASINDA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ”

Mehmet ELLİBEŞ\*

*\*Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Başkan Vekili, Gölcük Belediye Başkanı*

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlık sadece hastalığın olmaması durumu değildir, sağlık; fiziksel, zihinsel ve sosyal esenlik halidir. Ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardı, ırk, din, politik inanç veya sosyal ve ekonomik koşullar arasında bir ayırım yapmaksızın her insanın temel haklarından biridir.

Dünya Sağlık Örgütü şartında (1946) tanımlanmış olan sağlık kavramı, sağlık politikalarının sadece sağlıklı ilgili olan profesyonellerin alanına girdiği geleneksel inanişaya karşı çıkmaktadır.

Sağlık birçok mesleğin ve temsilciliğin merkezi amaçlarından biri olmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı bir çevre yaratılması ve korunması konusunda yerel yönetimlerin anahtar bir role sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık esenliğin ve kaliteli yaşamın ön koşullardan birisidir. Sağlık fakirliğin azaltılması, sosyal bütünleşmenin sağlanması ve ayrımcılığın yok edilmesi amacıyla yapılan çalışmaların ne derece başarıya ulaştığını gösterebilecek bir araçtır.

Sağlıklı Şehir Projesi Şehirde yaşayan ve çalışan insanların fiziki, psikolojik ve çevresel refahlarını geliştirmeyi amaçlayan uzun dönemli bir kalkınma projesidir. Sağlıklı Şehirler Projesi bir şehrin ne olduğu ve sağlıklı şehrin ne olması gerektiğinden yola çıkar. Yaklaşımına göre “şehir”; yaşayan, nefes alan, büyüyen, sürekli değişen bir iç dinamiğe sahip karmaşık bir organizmaya benzetilebilir. Sağlıklı şehir çevresini geliştirebilen ve kaynaklarını genişletebilen bir şehirdir. Sağlıklı şehir kavramı bir sonuç değil, aynı zamanda bir yöntemdir. Sağlıklı şehir sadece belirli bir sağlık düzeyine ulaşmış şehir değil, sağlık bilincine sahip ve onu geliştirmek için çaba harcayan şehirdir. Nitekim herhangi bir şehir var olan sağlık statüsüne bakılmaksızın sağlıklı şehir olabilir; gerekli olan başarmak için bir yapı ve işleyişe sahip olmak ve sağlık için kesin karar almaktır.

Şehir sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi için giderek artan önemde ve ilginç bir faaliyet alanıdır. Birçok çalışma ve rapor, yoksulluk, şiddet, sosyal dışlanma, kirlilik, standardın altında olan barınma, orta ve genç yaştaki insanların karşılanamayan ihtiyaçları, evsiz insanlar ve göçmenler, sağlıksız yerleşim planlaması, katılımcı çalışmaların eksikliği ve eşitsizlik ile sürdürülebilir gelişme konusuna ciddi şekilde eğilme ihtiyacı şeklinde sıralanabilecek sağlık alanında büyüyen tehditleri vurgulamaktadır. Avrupa Bölgesi’nde Sağlıklı Şehirler Projesi, bu tür problemlere bütüncül bir yaklaşımın değerini göstermektedir. Bu, açık bir politik taahhüdü, kurumsal değişim ve sektörler arası ortaklığı, sağlık ve yaşam koşullarının tüm açılarını hedefleyen yenilikçi faaliyetleri, Avrupa ve ötesindeki şehirler arasında yoğun bağlantıları içeren bir süreç aracılığıyla, yerel düzeyde herkes için sağlık temalı politika ve programları geliştirmek için etkili ve popüler bir mekanizmadır.

DSÖ Avrupa Bölgesindeki otuzdan fazla ülkeden 1000’in üzerinde şehir ve kent, sağlıklı şehir sıfatını almıştır. Bunlar; ulusal, bölgesel, metropoliten ve tematik sağlıklı şehirler ağlarının yanı sıra, daha ileri aşamadaki sağlıklı şehirler için DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı ile de bağlantılıdır. Bu ağlara katılan şehirler, korunmasız grupların ihtiyaçlarına, yaşam stillerine, çevre sağlığına hitap eden sektörler arası işbirliği, toplumsal gelişim inisiyatifleri ve programlarını baz alan, şehir sağlık profilleri ve şehir sağlık planları ve stratejilerini ve Gündem 21’i içeren geniş bir program ve ürün aralığını geliştirmekte ve uygulamaktadırlar.

DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı, sorumluluk ve yeniliği geliştirmek için anahtar bir yapılanmayı temsil etmekte ve değerli bir uzmanlığın, meşruluğun ve devam eden öğrenmenin bir kaynağıdır. Ulusal ağlar ve uluslararası-ulusal düzeyde çok sayıda bulunan tematik/konu bazlı ağlar, tüm geleneksel politik, profesyonel, bölgesel ve sektörel sınırların ötesine geçen dinamik işbirliği ve yenilik ağı içinde gelişmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlıklı Şehirler Projesi, Avrupa ölçeğinde sağlığı karar vericilerin gündeminde

ön sıralara yerleştirmeyi, ve 21.yy’da ve Yerel Gündem 21’de herkes için Sağlık stratejisinin prensipleri ve hedefleri doğrultusunda sağlık ve sürdürülebilir kalkınma için kapsamlı yerel stratejiler geliştirmeyi amaçlayan uzun dönemli bir uluslararası gelişim inisiyatifidir. Eninde sonunda Sağlıklı Şehirler yaklaşımı, şehirde yaşayan ve çalışan insanların fiziksel, zihinsel, sosyal ve çevresel gönençlerini arttırmaya çabalamaktadır.

Projenin 4. Aşaması tamamlanmış ve 5. Aşaması(2009-2013) devam etmektedir. Her beş yıllık dönem, kendini bu işe çok iyi adanmış proje şehirlerinin networkleri tarafından uygulanan spesifik hedef ve sonuçlara odaklanmıştır. Bu şehirler, resmi bir başvuru sürecini takip ederek DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı’na DSÖ tarafından atanmışlardır. Her beş yılda, her aşamanın başlangıcında yeni bir network kurulmuş ve eskisi lağvedilmiştir.

1. Faz (1987-1992), DSÖ proje şehirleri ağı içerisinde 35 şehri kapsamıştır. Değişim rolü üstlenecek üyelerin yeni yapılar yaratmak ve şehir içerisinde sağlık için çalışmanın yeni yollarını araştırmak hedeflenmiştir.

2. Faz (1993-1997), daha önce 1. Fazda herhangi bir ağa katılmamış 13 şehir de dahil olmak üzere 39 şehri kapsamıştır. Bu faz, sağlıklı toplum politikası ve kapsamlı şehir sağlık planlaması konusunda odaklanmakla beraber yeni faaliyet alanlarını da kapsamıştır. Haziran 2000’deki Atina Konferansı ile 2.Faz tamamlanmış ve 3.Faz başlamıştır.

3. Faz (1998-2002) 50 şehri kapsamıştır. Sağlık gelişimi için bütünleşmiş planlamaya odaklanılmış ve hedef olarak eşitlik, sürdürülebilir kalkınma ve sosyal gelişme belirlenmiştir. Şehirlerden sistematik olarak izleme ve değerlendirme çalışmaları talep edilmiştir.

Geçen yılların ardından Sağlıklı Şehirler, geniş bir uzmanlık yapısı kurmuştur. DSÖ ile katılımcı şehirler ve ulusal ağlar, sektörler arası işbirliği, toplumsal gelişim inisiyatifini baz alan ve korunmasız grupların ihtiyaçları, hayat tarzları ve çevresel sağlıklarına hitap eden geniş bir program ve ürün aralığı geliştirmiş ve uygulamıştır.

4. Faz 2003 – 2008 yılları arasını kapsamıştır. Üye ve aday sayısı 100’e yaklaşmıştır. 4. Faz’da Ana tema olarak Sağlık Etki Değerlendirmesi, Sağlıklı Yaşlanma, Sağlıklı Şehir Planlaması ve Fiziksel Aktivite ve Aktif Yaşam konularına odaklanılmıştır. Üye Şehirler bu konularda çalışmalar yapmak, projeler üretmek ve deneyimlerini paylaşmaktan sorumlu olmuşlardır.

5. Faz 2009-2013 yıllarını kapsamaktadır. Zagreb Sağlıklı Şehirler Bildirisi DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı V. Faz’ının ana konularını, hedef ve prensiplerini açıklamaktadır. V. Faz’ın genel konusu sağlık ve tüm yerel sağlık politikalarında sağlık alanında eşitliktir. Tüm politikalarda sağlık konusu kamu sağlığının sadece sağlık sektörünün bir ürünü olmadığı buna karşın sağlığın sağlık sektörü dışındaki sektörlerden büyük ölçüde etkilendiği düşüncesi üzerine temellenmiştir. Sağlık ve esenlik birçok toplumsal sektör için giderek artan bir şekilde ortak bir değer haline gelmektedir. Sağlam kanıtlar sağlık sektörü dışındaki sektörlerin eylemlerinin önemli hastalıklarla ilişkili risk faktörlerini ve sağlığın belirleyicilerini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymuştur. Tüm politikalarda sağlık konusu ulaşım, barınma ve kentsel gelişim, çevre, eğitim, tarım, maliye, vergi ve ekonomi gibi alanlardaki politikalarla ilişkilidir. Bunlara ek olarak, tüm politikalarda sağlık sadece kamu sağlığı veya ulusal seviyeler ile sınırlanmamıştır. Bu konu sağlık alanında yerelde elde edilebilecek sonuçlar ve belediyelerin kamu sağlığı konusundaki rolleri açısından çok büyük bir potansiyele sahiptir. Tüm politikalarda sağlık, sağlık ve esenlik ile ilgili konuları strateji ve planların merkezinde yer alan değerler olarak entegre edilmesi için toplumun tüm sektörlerini harekete geçirmeyi hedefleyen yatay bir yaklaşımdır. Sağlığın belirleyicileri, sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi için verilen belirgin bir taahhüt olmadıkça tam anlamıyla ele alınmış olmayacaktır.

Ana tema 1 “Önemseyen ve Destekleyici Çevreler”: Sağlıklı bir şehir her şeyin üzerinde tüm vatandaşlarını kapsayıcı, destekleyici, duyarlı ve vatandaşlarının farklı ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilen bir şehir olmalıdır.

## Önemli Konular

- Tüm çocuklar için daha iyi sonuçlar: Çocuk hizmetleri vermek, tüm genç vatandaşları desteklemek ve çocukların yaşamlarını sistematik olarak iyileştirmeyi amaçlamak. Çocukluğun ilk dönemlerine yatırım yapmak sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmanın en iyi yollarından birisidir.
- Yaş dostu şehirler: Yaşlı insanların sağlık ihtiyaçlarına cevap veren politikalar ve kapsamlı eylem planları oluşturmak ve bu çalışmalarda katılımçılık, güçlendirme, bağımsız yaşam, destekleyici ve güvenli fiziksel ve sosyal çevreler ve erişilebilir destek ve hizmetler konularına vurgu yapmak.
- Göçmenler ve sosyal bütünleşme: Sistematik olarak göçmenlerin sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını gündeme taşımak ve entegrasyon, tolerans ve kültürel anlayış konularını desteklemek.
- Aktif vatandaşlık: Toplumsal katılımçılık ve toplumun güçlendirilmesi için etkin bir altyapı oluşturmak ve gerçekleştirilecek eylemler için toplum geliştirme tekniklerini kullanmak ve sosyal ağ oluşturma imkanlarını geliştirmek.
- Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler: Toplumun ve özellikle de dezavantajlı grupların sistematik ihtiyaç değerlendirmesine dayanan duyarlı, yüksek kaliteli ve herkesin erişebileceği sağlık ve sosyal hizmetlerin savunuculuğunu yapmak ve geliştirmek.
- Sağlık bilinci: Toplumun sağlık bilincini arttıracak programlar geliştirmek ve uygulamak. Sağlık bilinci insanların sağlıklarını geliştirmek veya sağlık seviyelerini korumak için gerekli kararları almalarına yardımcı olacak temel sağlık bilgilerini ve karmaşık sağlık sistemleri tarafından sağlanan hizmetleri alma, işleme ve anlama kapasitesi anlamına gelmektedir.

Ana tema 2 “Sağlıklı Yaşam”: Sağlıklı bir şehir sağlıklı yaşam tarzlarını destekleyen şart ve imkanları sağlar.

## Önemli Konular

- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi: Topluma dayalı entegre yaklaşımlar kullanarak ve risk faktörleri ile hastalıkların sosyal belirleyicilerini gündeme taşıyarak bulaşıcı olmayan ve kronik hastalıklarla mücadele etmek amacıyla oluşturulan yerel ortaklıkların güçlendirilmesi için verilen çabaları arttırmak.
  - o Yerel sağlık sistemleri: Kalp hastalıkları, kanserler, solunum yolları hastalıkları ve alkol ile ilişkili hastalıkları önlemek, kontrol altında tutmak ve yönetmek için halk sağlığı hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri dahil olmak üzere yerel sağlık sistemlerinin kapasitesini arttırmak.
  - o Dumansız şehirler: Kamusal alanlarda ve çalışma alanlarında tütün kullanımının engellenmesine yönelik politikalar oluşturmak ve uygulamak.
  - o Alkol ve uyuşturucu: Alkol ve uyuşturucu kullanımının engellenmesi için sektörler arası eylem planları geliştirmek.
  - o Aktif yaşam: Aktif yaşam, fiziksel aktivite ve yaya ulaşımını şehir gelişim plan ve politikalarının ana konularından birisi haline getirmek.
  - o Sağlıklı gıda ve beslenme: Sağlıklı gıdaya eşit erişim imkanlarını ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile ilgili

bilinci arttırmak.

o Şiddet ve yaralanmalar: Kadın, çocuk ve yaşlılar ve trafik ve ev kazaları dahil olmak üzere şehir içerisinde şiddet ve yaralanmalar ile ilgili tüm konuları kapsayan plan ve politikalar oluşturmak

o Sağlıklı ortamlar: insanların günlük yaşamları (örn. mahalleler, okullar çalışma alanları) ile ilişkili sağlıklı yaşam ve esenlik ile ilgili programları desteklemek.

o Esenlik ve mutluluk: Esenlik ve mutluluğu destekleyen, stresi azaltan ve toplulukların dirençliliğini arttıran faktör ve koşulları ve bu konulardaki bilinci geliştirmek ve bu konularda araştırmalar yapmak.

Ana tema 3 "Sağlıklı Kentsel Çevre ve Tasarım": Sağlıklı bir şehir, tüm vatandaşlar tarafından erişilebilir olan ve sağlıklı, rekreasyon ve esenliği, güvenliği, sosyal etkileşimi, kolay erişilebilirliği, özsaygıyı, kültürel kimliği destekleyici fiziksel ve yapay bir çevre sunar.

Önemli Konular:

- Sağlıklı şehir planlaması: şehir planlaması süreçlerine, program ve projelerine sağlık konusunu entegre etmek ve bu amaca ulaşabilmek için yeterli kapasite, politik ve kurumsal taahhütleri sağlamak. Master planlarına, ulaşımda erişilebilirliğe ve mahalle planlamasına özel önem vermek.
  - Barınma ve dönüşüm: planlama ve tasarım yoluyla entegre ulaşım sistemlerine, herkes için daha iyi barınma koşullarına, sağlığı geliştirici dönüşüm planlarına, fiziksel aktivite ve rekreasyon amaçlı yeşil ve açık alanlara erişimi arttırmak.
  - Sağlıklı ulaşım. Çok genç insanlar ve kısıtlı hareket imkanlarına sahip olan bireyler de dahil olmak üzere herkes için erişilebilirliği arttırmak ve araba kullanmadan istenilen yere ulaşmalarını kolaylaştırmak.
  - İklim değişikliği ve kamu sağlığı ile ilgili acil durumlar: Şehirlerde iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkileriyle mücadele etmek ve global ekonomi, insanların serbest hareketi gibi konuların etkilerine, kamu sağlığı krizlerine hazır olmak ve anında müdahale edebilmek.
  - Güvenlik: şehir ve mahallelerin tasarım ve planlarının sosyal etkileşime izin vermesini sağlamak, güvenlik hissini arttırmasına imkan vermek ve herkes için özellikle de çocuklar ve yaşlılar için hareket imkanını arttırmak.
  - Gürültü ve kirliliğe maruz kalma: İnsanları özellikle de çocukları zehirli ve sağlığa zarar veren salınımlara (kapalı ve açık alan hava kirliliği, kamu ve çalışma alanlarında tütün dumanı ve gürültü de dahil olmak üzere) karşı koruyucu uygulamaları geliştirmek ve kullanmak.
  - Sağlıklı kent planlaması: yürüme ve bisiklete binmeyi kolaylaştıran ve sosyal olarak destekleyici çevreler oluşturmak. Kentsel tasarımlarda şehirlerin çok yönlü ve birbirinden farklı kültürel varlıklarını güçlendirmek ve tüm vatandaşların güvenlik, erişilebilirlik, konfor ve aktif yaşam konusundaki beklentilerini karşılayabilecek kentsel tasarımlar hazırlamak.
- Yaratıcılık ve yaşanabilirlik: yaratıcılığı arttıran politika ve kültürel aktiviteleri geliştirmek, insan ve sosyal sermayeyi, sosyal uyumu ve sosyal değişimi destekleyerek toplumun gelişmesine katkıda bulunmak.



2008 yılında “Tüm yerel politikalarda sağlık ve sağlık alanında eşitlik” başlığı ile tüm SKB üyesi kentlerce imzalanan Zagreb deklarasyonu bizler için bir rehber niteliğindedir.

Zagreb deklarasyonunu destekleyen belediye başkanları yerelde yapacakları çalışmalarda aşağıdaki konuları dikkate alacağını belirtmiştir.

“DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı 5. Fazı’nın (2009-2013) ana hedefi olan sağlık ve tüm yerel sağlık politikalarında eşitlik amacına ulaşmak için burada politik destek ve dayanışmayı arttıracığımızı ve 5. Faz’da yapılacak çalışmalarda aşağıdakilerin dikkate alınacağını bildiririz:

- şehirlerimizi geliştirmek için yapılacak çalışmalarda, sağlık etkilerini değerlendirmek için oluşturulacak süreçlerde ve tüm sektörlerin hedeflerimize en üst seviyede destek verebilmesi için yapılacak kapasite geliştirme çalışmalarında sağlığı, sağlık alanında eşitliği, sosyal adaleti ve sürdürülebilir kalkınmayı vizyonumuzun ana değerleri haline getireceğiz;
- etik yönetişimi bu değerleri temel alan politika ve stratejilerle geliştireceğiz, şeffaflık ve hesap verilebilirlikle ilgili güçlü mekanizmalarla destekleyeceğiz;
- Şehirlerimizdeki sahip olduğumuz liderlik rolü ile stratejik ortakları ve paydaşları bir araya getirecek ve aralarındaki iletişimi iyileştirecek ve ortak kaynaklarımızı kullanarak fiziksel ve ruhsal sağlığa tehdit oluşturan yaşam koşullarını, sosyal, ekonomik ve çevresel koşulları iyileştireceğiz;
- kamu sektörü, özel sektör ve gönüllü sektör tarafından başlatılan eylem planlarında ve tüm yerel sağlık politikalarında örnek oluşturarak eşitliği aktif olarak geliştireceğiz; ve
- spesifik hedeflere ve ölçülebilir sonuçlara sahip entegre ve sistematik yaklaşımlar yerleştirecek ve mümkün olduğu durumlarda disiplinler arası ve sektörler arası çalışmalarını destekleyecek sağlık alanında ve kurumsal bazda değişimler geliştireceğiz. “  
Son yirmi yılda Sağlıklı Şehirler, ortaya çıkan kamu sağlığı tehlikelerini ve kentsel çevre üzerindeki etkilerini dikkate alan ve bu tehlikelere cevap veren çok uluslu eşsiz bir kamu sağlığı yerel eylem girişimi olarak hizmet vermiştir.

Zagreb deklarasyonunda Yeni tehlikeler ve zorluklar başlığı altında Yerel Yöneticiler olarak aşağıdaki konuları dikkate alacağını belirtmiştir.

“Kazandığımız bu bilgiler ile hareket ederek ortaya çıkan yeni tehlike ve zorluklarla mücadele için aşağıdaki konularda çalışacağız:

- Sağlık alanındaki eşitsizliklerin ve sosyal dışlanmanın azaltılması, çocuklarımız, yaşlılarımız ve göçmenler dahil olmak üzere hassas gruplara özel önem verilerek özel sağlık tehlikelerinin önlenmesi ve gündeme taşınması. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin sadece insan saygınlığını incitmediğini aynı zamanda sosyal istikrar ve ekonomik performansı da etkilediğinin farkındayız.
- Erken ölüm, sakatlık ve çok büyük ekonomik kayıplara sebep olan bulaşıcı olmayan ve kronik hastalıkların, yaralanma ve şiddet olaylarının oluşturduğu artan yükün sağlıklı yaşam ve esenliğin desteklenebileceği koşulların oluşturulması ile önlenbilir olduğunu kabul ediyoruz.
- İklim değişikliği dahil olmak üzere ortaya çıkan kamu sağlığı tehlikeleri ve bu gibi tehlikelerin hem çevre



hem insan sağlığı hem de kritik öneme sahip altyapı sistemlerine olan etkileri konusunda çalışacağız; ve

- Yapay çevre ve yeni teknolojilerin insan sağlığını nasıl etkilediği ve şehirlerimiz ve mahallelerimizle ilgili olarak planlama, tasarım, bakım, geliştirme, yeni teknolojilerin kullanımı ve idare sistemlerimizin sürdürülebilir kalkınma ile nasıl uyumlu hale getirilebileceği konularında çalışacağız. “

Zagreb deklarasyonunda “ortaklık” başlığı altında Yerel Yöneticiler olarak aşağıdaki konuları dikkate alacağını belirtmiştir.

Şehirler kendi başlarına hareket edemezler. DSÖ Avrupa Bölgesi içerisindeki ulusal ve bölgesel yönetimler anahtar öneme sahip rollere sahiptir. Modernleşmenin, çok yönlü ekonomik kalkınma ve kentsel gelişimin hızı ve sürdürülebilirliği üzerinde büyük etkileri bulunmaktadır. Aynı zamanda sağlık ve sağlığın belirleyicileri konusunda mali ve kanuni çerçeveyi belirlemektedir. Bu sebeplerden dolayı bizler;

Avrupa bölgesindeki ulusal ve bölgesel yönetimleri:

- Ulusal sağlık politikalarının yerel boyutunun önemini ve ulusal sağlık, eşitlik ve sürdürülebilir kalkınma konularındaki stratejik hedeflere ulaşmada şehirlerin büyük katkılar verebileceğini kabul etmeye;
- Yerelde sağlığı analiz eden ve önerilecek çözümleri içeren ulusal sağlık stratejilerinde sektörler arası ve katılımcı yaklaşım kullanılarak şehirlerin deneyim ve görüşlerini kullanmaya;
- Sağlık alanında eşitlik ve sürdürülebilir kalkınma politikalarının desteklenmesi için mümkün olması halinde ek kaynakların ve yasal enstrümanların nasıl sağlanabileceğini incelemeye;
- Avrupa’da Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağlarını koordinasyon ve kapasite artırma rolleri açısından desteklemeye; ve
- DSÖ’nün yönetim ve diğer ilgili uluslararası forumlarına katılacak üye ülkelerin delegasyonlara yerel hükümetlerinden katılımcıların dahil edilmesini teşvik etmeye; davet ediyoruz. “ denmektedir.

Sağlıklı Kentler Birliğinin 2009-2013 yıllarını kapsayan 5. Fazında kentlere rehberlik edecek ana ilkeleri Zagreb Bildirisinde ortaya konan değer, prensip ve eylemlerin Sağlıklı Şehirler çalışmalarında yer almasının şehirlerimizde yaşayanların sağlık ve esenliklerini büyük ölçüde arttıracığına ve birçok insanın ölümüne ve Avrupa ve ötesinde insanların ıstırap çekmesine yol açan sosyal adaletsizlikleri büyük ölçüde azaltacağına inanmaktayız.

Kaynaklar:

*SKB (2009) Türkiye’de Sağlıklı Şehirler Hareketi 2005’ten 2009’a Bursa*

*DSÖ (2009) V.Faz (2009-2013) DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı: Hedef ve Koşullar*

*DSÖ (2008) Sağlıklı Şehirler Zagreb Bildirisi “Sağlık ve tüm yerel politikalarda sağlık alanında eşitlik” Zagreb*

*<http://www.skbi.org.tr> erişim tarihi:01/05/2011*



## EŞİTSİZLİKLER KAÇINILMAZ MIDIR? YEREL YÖNETİMLER NE YAPABİLİR?

**Mustafa BOZBEY\***

*\*İnşaat Yük. Müh., Nilüfer Belediye Başkanı*

### **Eşitsizlik nedir?**

Eşitsizlik nedir sorusuna yanıt vermeden önce karşıtı olan eşitliğe değinmenin ve buradan yola çıkarak eşitsizliği sorgulamanın bizi sorunun kaynağına götürmesi açısından yararlı olacağını düşünüyorum. Eşitlik kavramını tanımlamada kullanabileceğimiz en önemli araç ise İnsan Hakları Evrensel Bildirgesidir. 30 maddeden oluşan bu bildirgenin ilk maddesinde “Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar.” ifadesi ile eşitliğe atıfta bulunulmuştur. Evet ama durum gerçekten de böyle midir? Sistem tarafından kategorilere ayrılmış insanlar gerçekten de doğduklarında eşit midirler? Yoksa insanlar arasındaki tüm sınıfsal ayrımların içine mi doğarlar? Londra’nın Chelsea mevkiinde doğan bir çocuk ile Filistin’in Gazze Şeridinde dünyaya gözlerini açan bir çocuk eşit mi doğmuştur? Burada anlatmak istediğim sistemin sınıflara ayırdığı insanların eşitsiz konumlarının bu sistemle kalıcı olduğudur. Ancak eşitsizlikler arasında ki uçurumun derinleşmesi ya da daralması konusu tartışmaya açıktır. Eşitsizlikler arasındaki aralığın değişmesi politik ve ekonomik stratejilerle belirlenebilir. Tüm bunlar uluslar arası politikalara, ulusal politikalara ve de yerel politikalara bağlı olabilir.

“Neo-liberal politikaların derinleştirdiği eşitsizlikleri en aza indirmek için belediyelerin yapacağı bir şey var mıdır?” sorusunu kent yöneticileri olarak kendimize sormalıyız. Ülke düzeyindeki politikalarla yerel düzeydeki politikaları birbirinden ayrılabilir mi? Bugün uluslar arası ve ulusal politik kararlar tabi ki yerel politikaları da belirler. Ama bu belediyelerin bu konuda hiçbir şey yapmayacağı ya da yapamayacağı anlamına gelmemelidir.

Her ne kadar uluslar arası arenada üretilen politikalar eşitsizliklerin giderek derinleşmesine neden olsa da yerel düzeydeki biz politikacılar bulunduğumuz alanda bize verilen yetkileri daha demokrat ve hakça kullanarak bölgemizdeki eşitsizliklerin daraltılması için çaba gösterebiliriz.

### **Eşitsizlikler ve Belediyecilik**

Belediyecilik tanımına bir göz atacak olursak yapılan tüm hizmetlerin topluma hizmet etmekle bağdaşması beklenmektedir. Belediyecilik ya da kent yönetimi topluma hizmeti ancak politik bir güç ile sağlayabilir ve bu politik güç toplumda ne kadar eşit paylaşırsa o kadar eşit hizmet üretilmesi sağlanabilir. Bunun yanı sıra belediyeler kentin yeniden üretilmesini sağlayan en önemli dinamik olarak görülmelidirler.

Her şeyden önce toprak ya da kentsel mekanın hangi şekilde kullanılacağına ve yeniden üretimine karar verme mekanizması belediyelerin ellerinde şekillenmektedir. Her ne kadar günümüz politik konjonktüründe kent planlamayı belirleyen piyasa mekanizmaları da olsa planlama yetkisine sahip olmak belediyelerin daha hakça ve eşitçe bir planlama pratiğini kentsel yaşama yansıtmasını sağlayabilir. Tüm kamu hukuku kamu yararı üzerine kurulmuştur. Kamu yararı ortak iyi olma halinin geliştirilmesi olarak tanımlanabilir. Bunun nasıl temeliendirileceği önem kazanmaktadır.

Kent nasıl eşitçe şekillenir? Kentsel hizmetlerin, kamusal fonksiyonların kentte eşitçe dağıtılmasına yönelik atılacak adımlar bizi daha eşit bir kente götürebilir. Kentsel yaşam kalitesini arttıracak değerlerin sahiplenilmesi

bu değerler üzerinden kentin tanımlanması gerekmektedir. Yaşanabilirlik bu değerlerin en önemlisidir. Yaşanabilir bir kent ise insan haklarının var olduğu bir kenttir. Ancak insan haklarının var olduğu bir kentte yurttaşlıktan söz edilebilir. Yurttaşlık ise kente ilişkin kararlara katılmak, kent yönetimine ortak olmakla bütünlüştür. Katılımcı bir kent yönetiminin geliştirilebildiği ve halkın karar mekanizmalarında var olduğu bir kentte eşitsizliklerden daha az bahsedilmesi olasıdır.

Tüm bu tanımlamaların ardından Nilüfer’de eşitsizliklere müdahale etmek için nasıl bir çaba veriyoruz sorusunu yanıtlamak yerinde olacaktır.

### **Nilüfer ve Eşitlik**

Bursa’nın yeni gelişme alanı olan Nilüfer kentinin 2009 yılı nüfusu 282.991 olarak bilinmektedir. Kentsel alan büyüklüğü ise 2008 yılında yürürlüğe giren 5747 sayılı kanun ile 7.840 hektar alandan 23.324 hektar alana çıkmıştır. Bursa’nın bir yandan en yeni yüzü olmuş bir yandan da en eski yaşama tanıklık etmiş kentimiz yoğun organize sanayi ve konut alanlarını barındırmaktadır. Nilüfer’deki yapılaşma genel olarak çok katlı ve düzenli konut alanları, iki organize sanayi bölgesi ve yeni eklenen kırsal alanlardan oluşmaktadır. Kentin sosyo ekonomik durumu ülkemizdeki diğer kentlerle karşılaştırıldığında oldukça yüksek bir seviyededir. Ancak kent bölgesel olarak incelendiğinde sosyo-ekonomik açıdan düzeyleri farklı alanlar olduğu bilinmektedir.

### **Nilüfer Halk Sağlığı Projesi**

Sınıfsal bir tanımlama yapacak olursak dezavantajlı gruplar ya da sosyo-ekonomik açıdan düşük seviyede olanların yaşam şansının daha düşük olduğu, kronik hastalıklara yakalanma ve sakatlık riskinin daha fazla olduğu, başarısız tedavi görme ve yetersiz sonuç alma durumunun daha fazla olduğu ve hizmetlerden yararlanma olasılığının daha düşük olduğunu biliyoruz. 2000 yılından bu yana Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana bilim dalı ile birlikte yürüttüğümüz Halk Sağlığı projemiz Nilüfer’de sağlığa erişim ile ilgili eşitsizliklere bir ölçüde olsun müdahale etmek için ortaya atılmıştır. Üniversite ile birlikte kentimizde sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde Halk Sağlığı Merkezleri kurduk ve bu merkezlerde koruyucu sağlık hizmetleri, poliklinik hizmetleri ve bilimsel araştırmalar ve tıp fakültesi öğrencilerine eğitim hizmeti verilmesini sağladık. Proje sonuçları sürekli hizmet sağlanmasının yurttaşların sağlıkları açısından önemli sonuçlar verdi.. Sağlığa erişimi kolaylaştırmak ve ücretsiz olarak yurttaşlarımızı izleyerek hastalanmalarını engellemeye çalışmak hem toplumcu bir belediye anlayışı demektir hem de eşitsizlikleri bizim gündemimizde tutmamızı sağladı.

### **Yönetim Ortaklık –Mahalle Komiteleri**

2009 yılı yerel seçimlerinin ardından hem yeni mahallelerimizi Nilüfer’deki kentlilik dokusuna dahil etmek için hem de katılımcılık adına aldığımız yolu bir adım daha öteye taşımak için tüm mahallelerimizde Mahalle Komiteleri yapılanmasını başlattık. Bugüne kadar kent yönetimine dair söyleyecek sözü olanlarla ortaklıklar kurduk. Şimdi ise her mahallede yapılan Mahalle Komitelerimizle yurttaşlarımız doğrudan kent yönetimine katılıyorlar. Yeni dönem yapılanmasını tamamlayan Nilüfer Kent Konseyi, Kadın Meclisi, Gençlik Meclisi ve Mahalle Komitelerimizde alınan kararlar artık doğrudan Nilüfer Belediye Meclisi gündemine taşınmıyor. Böylelikle Nilüferliler kent yönetiminde doğrudan söz ve karar sahibi oluyor kent adına alınan kararlara doğrudan katılıyorlar. Kentte tüm yurttaşlarımızın söz sahibi olmasının ve yönetime katılmasının eşitsizlikleri azaltmada önemli olduğunu biliyoruz ve herkesin temsil edildiği bir yönetim biçimi hedefliyoruz.



### **Bizim Ev – Engelliler Sosyal Yaşam Destek Merkezi**

Nilüfer’de yaşayan 9 yaş ve üzeri fiziksel, zihinsel, görme ve işitme engelli ve aileleri için ailelere kendilerine ayıracak zamanı sağlamak ve engellilerin yaşama katılma kapasitelerini arttırmak için kurduğumuz Bizim ev eşitsizliklere bir müdahale yöntemi olabilir.

Engellilik durumunun bir kısıtlılık hali olduğunu, yaşama eşit koşullarda tam ve etkin katılımı engelleyen tutumlar ve çevre koşullarının etkileşiminden kaynaklandığını kabul ederek;

\*Engelliliği insan hakları ve eşitlik kavramları çerçevesinde değerlendiriyoruz.

\*Tüm insan hakları ve temel özgürlüklerin evrensel, bölünmez, birbiriyle bağlantılı ve karşılıklı bağımlı olma niteliği ile engelli bireylerin bu haklardan herkes kadar ve herkes gibi yararlanmaları gerekliliğine öncelik veriyoruz.

\*Engelliliğe ilişkin konuların eşitliği sağlamakla ilgili stratejilerin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmasının da önemini vurguluyoruz.

### **Eşitlik Birimi**

Yasal düzenlemelerde bir ayırım olmasa da kentli nüfusun yarısını oluşturan kadınların kentli haklarını kullanabilmeleri, öncelikle kadınların gereksinimlerini ortaya çıkarabilmeyi ve onların yaşam koşullarına uygun katılım ve hizmet düzenlemeleri yapmayı gerektirir.

Yapılan çalışmalarda herkese eşit yerel kamu hizmeti anlayışının sonuçta eşitlik sağlamadığı, yerel hizmet sunumunda kadınların gereksinimlerinin özellikle dikkate alınması gerektiği açıkça görülmektedir. Bu gereklilik genellikle kadınların gündelik yaşam yükünü azaltmaya yönelik, kadınlara özel yerel hizmetlerin sunumuna ilişkin yerel uygulamalar olarak düşünülmektedir. Ancak, kadınların kentli haklarını tam olarak kullanabilmeleri, tüm yerel politikaların program, proje ve uygulama aşamasında özel olarak cinsiyet açısından değerlendirilip gerçekleştirilmesiyle sağlanabilir.

Kentsel yaşamda kadın ve erkek arasında sadece biyolojik farklılıkların ortaya koyduğu eşitsizliklerin var olduğu düşüncesinin aksine, toplumsal olarak kadın ve erkeğe yüklenmiş farklı rollerden kaynaklanan eşitsizliklerin var olduğu, ayrımcılık amaçlı olarak yapılmassa da kadının toplum içindeki yeri ve konumundan kaynaklanan bir eşitsizliğin varlığı, farklı dezavantajlı sosyal gruplar içindeki kadında (engelli, yoksul, cinsel eğilim vb) bu durumun daha da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Avrupa’da ‘‘Eşitlikçi Kenti’’ hedefleyen CEMR projesi çerçevesinde yürütülen projeler Avrupa kentlerinin birçoğunda hayata geçirilen uygulamalar haline dönüştürülmüştür. (bazı örnekler: Frankfurt (Almanya), Rotterdam (Hollanda), Viyana (Avusturya), Roma (İtalya))

Tüm bu çalışmalar sonucunda, CEMR tarafından Mayıs 2006 da ilkeleri Avrupa’da ki yerel ve bölgesel yönetimlerin, tüm faaliyet alanlarını cinsiyet eşitliği yaklaşımıyla şekillendirmeleri, kadın erkek eşitliğini sağlamak için parasal ve insan kaynağı belirli olan eylem planı ve programları geliştirerek uygulamaları esasına dayalı ‘‘Yerelde Kadın Erkek Eşitliği Şartı’’ yayımlanmıştır.

Kentsel politikalar ve yerel hizmet sunumu açısından kapsamı daha geniş olan ‘‘Eşitlikçi Kent’’ bağlamında

“Kadın Dostu Kent”i genel olarak; kadınların kentli haklarının yaşama geçirildiği, yerel karar süreçlerine ve karar mekanizmalarına katılımlarının sağlandığı, kadınların yaşam koşullarını iyileştirici, hayatın her alanında kadın erkek eşitliğini sağlayacak yerel eşitlik politikalarının oluşturulduğu ve bu politikaların yerel yönetim anlayışına yerleştirilerek eşitliği sağlayıcı yerel hizmet sunumlarının gerçekleştirildiği kent olarak tanımlayabiliriz.

Belediyemiz yukarıda da belirttiğimiz sebeplerden ötürü yaklaşık iki yıl evvel ‘hayatı ve kenti eşitliyoruz’ sloganıyla Eşitlik Birimi’ni kurmuş ve çalışmalarını sürdürmektedir.

Yine belediyemiz kent bazındaki istatistikî verilerin cinsiyet ayrımlı olarak toplanmasını ve kadınların kentsel hizmetlere yönelik gereksinmelerini ve taleplerini ortaya çıkaracak şekilde yapılmasına başlamıştır.

Yeni yapılan kaldırımlar, pazar alanlarının giriş çıkışları, üst geçitler, parklar, spor alanları vs. kadınlar tarafından daha rahat kullanabilecekleri gibi tasarlanmaktadır. Yine yukarıda bahsettiğimiz toplumsal cinsiyet rollerinin dağılımından dolayı bebek arabalarını, Pazar arabalarını sıklıkla kadınlar kullandığı için cinsiyete duyarlı tasarımlar yapmaktayız.

Sosyo-kültürel mekânlar ve etkinlikler kadınların katılımının sağlanmasına yönelik olarak sayılarının ve ulaşılabilirliklerinin artırılmasına özen gösterilmiştir. Genelde bakıcılık işi (çocuk, engelli, yaşlı, hasta) kadınlara yüklendiğinden ve kadınlar istihdamda, karar mekanizmalarında yer alamadıkları için sosyo-kültürel mekânlara ve etkinliklere erişimleri zor olduğundan yaşam alanlarına yakın yerlerde bu etkinlikleri planlamayı ya da ücretsiz şekilde ulaşımını sağlayarak katılımlarını gerçekleştiriyoruz.

### **Toplum İçin Kültür ve Sanat**

Nilüfer Belediyesi olarak kültür ve sanatın yaşam ve insan arasındaki en güçlü bağ olduğunu bilerek bu alandaki hizmetlerimizi önemsiyoruz. Kültür ve sanat hizmetlerimizi ise tüm yurttaşlarımızın yararlanabileceği eşit bir zeminde organize etmeye çalışıyoruz. Amacımız hizmet sunumumuzu kentin her bir köşesine yaymak ve tüm yurttaşlarımızın etkinliklerimizden yararlanabilmesi için çok düşük bir ücretle bunu sağlamaktır. Kentin farklı bölgelerinde erişilebilir kültür evleri oluşturduk. Bunun yanı sıra Nilüfer’de Kadın Hayata yakın projesi hem toplumsal cinsiyet eşitsizliği hem de kent içindeki bölgesel eşitsizliğin azaltılması açısından önemlidir. Bu proje ile eskiden belde olup şimdi Nilüfer’in yeni mahalleleri olan bölgedeki kadınları kültür ve sanat ile buluşturup onları bu yaşamsal bağ ile bütünleştirmeyi hedefliyoruz.

### **Sonuç**

Yukarıda sözü edilen tüm bu hizmetler aslında toplumcu bir belediye için verdiğimiz uğraşların bir ürünüdür. Önemli olan yerel düzeyde iyi sosyal politikalar üretmek ve bunları kesintisiz sürdürebilmektir. Bu uğraşlar kesintiye uğradığı ölçüde yurttaşlar haklarının bilincinden uzaklaşacak ve hizmetleri önemsememeye başlayacaktır. Toplumcu bir bakış açısı için yapılması gereken yaşanabilir yani insan haklarının olduğu ve yurttaşların bunun bilincinde olduğu, sürdürülebilir hizmetlere halkın katıldığı ve hizmetleri şekillendirdiği bir ortam yaratmaktır. Evet belki neo-liberal politikaların şekillendirdiği kentlerde eşitsizlikler derinleşmeye devam edecektir ancak iyi sosyal politikalar eşitsizliklerin daraltılmasında bilinç kazanılması ve yönetime katılma açısından bir rol oynayabilir.



## **SÖZLÜ BİLDİRİLER**



## BİR NİTELİKSEL ARAŞTIRMA: YENİ ÖLÜM BİLDİRİM SİSTEMİNİN İŞLEYİŞ SORUNLARININ İZMİR İLİ ÖRNEĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Raziye ÖZDEMİR\* , Zeliha ÖCEK\*\*

\*Bilim Uzmanı Ebe, E.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Doktora Öğrencisi İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kontrol Birimi, İzmir Kanser Kayıt Merkezi

\*\*Doç. Dr. , Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

### Giriş

Bu çalışmada, ülkemizde 2009 yılında uygulanmaya başlayan yeni ölüm bildirim sisteminin kabul edilebilirlik, basitlik ve faydalılık kriterleri açısından İzmir ilinde sistemin farklı aşamalarında görev alan kişilerin görüşleri aracılığı ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu niteliksel çalışmanın araştırma grubunu, İzmir’de ölüm belgesini doldurmakla yükümlü üç aile hekimi, üç kamu/özel hastane hekimi, iki belediye hekimi; kuruluşlar düzeyinde belgelerin kontrolünü ve veri akışını sağlayan dört toplum sağlığı merkezi referans hekimi, bir hastane referans hekimi, bir belediye referans hekimi; Sağlık Müdürlüğü düzeyinde dört yetkili; Türkiye İstatistik Kurumu Bölge Müdürlüğü yetkilisi oluşturmuştur (n=19).

Çalışmanın verileri derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanmış, bu görüşmeler Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tarafından sörveyans sistemlerini değerlendirmeye yönelik olarak önerilen kabul edilebilirlik (ilgili kişi/kuruluşların sisteme katılım konusundaki isteklilikleri), basitlik (sisteminin yapısının karmaşık olmaması ve uygulama kolaylığı) ve faydalılık (sörveyansı yapılan hastalık/olaylara ilişkin bilgilerin sağlığı geliştirme faaliyetlerinde kullanılması) kriterlerini sorgulamayı amaçlayan 12 açık uçlu soruyu içeren bir rehber çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Yaklaşık 30 dakika süren görüşmeler kişilerin çalıştıkları kuruluşlarda gerçekleştirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi uygulanmıştır. Ses kayıtları görüşme yapılan gün çözümlenmiş ve rehberdeki konu başlıklarına göre tüm görüşmelerde ifade edilen görüşler bir araya toplanmıştır. Ardından metin iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak tekrar okunarak görüşmelerde ortaya çıkan tema ve alt başlıklar belirlenmiş, iki ayrı analizin karşılaştırılmasının ardından dört ana tema ve dokuz alt başlık ortaya çıkmıştır.

### Bulgular

Görüşmelerde ortaya çıkan konular dört başlıkta toplanmıştır.

1. Yeni Sistemin Uygulanma Gerekçesi: Araştırma grubunun tümü, ölüm istatistiklerinin sağlık hizmetleri için temel veri kaynağı olduğunu, yeni sistemle birlikte hekimlerde farkındalık düzeyinin arttığını, daha detaylı ve kaliteli istatistikler üretilbileceği belirtilmiştir.

2. Yeni Ölüm Belgesine İlişkin Görüşler: Görüşülen kişiler yeni belgenin eskisinden iyi olduğunu düşünmektedir ancak, belgenin otokopi özelliği nedeniyle ikinci ve üçüncü örneklerdeki yazıların okunmadığı, ölüm ve ikamet yeri adreslerinin ayrı yazılacağı bölümünün bulunmadığı, çeviri şeklinde hazırlandığından bazı kısımların ülkemiz koşullarına uygun ve anlaşılır olmadığı gibi eleştiriler getirilmiştir.





3. Yeni Sistemin Yasal Alt Yapısı ve İşleyiş Etkisi: On kişi yeni sistemdeki düzenlemelerin mevzuatla uyumlu hale getirilmeden ve yasal alt yapı oluşturulmadan uygulamaya geçirildiğini; işleyişin halen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na dayanarak sağlandığını ve kanun hükümlerinin günümüz koşullarını karşılamadaki yetersizliğini; sistemin planlama aşamasındaki eksikliklerin il düzeyindeki çabalarla giderilmeye çalışıldığını dile getirmiştir. Uygulamada, ölüm belgesini kimin düzenleyeceği ve özel merkezlerin yetki ve sorumluluklarının neler olduğu konusunda sorunlar yaşandığı; yeni sistemde tüm hekimlerin belgeyi düzenlemekle yükümlü olmalarına karşın, aile hekimlerinin sorumluluk almaktan kaçındığı; aile hekimleri ve belediye hekimleri arasındaki gerginliklerin sisteminin işleyişini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

4. Ölüm İstatistiklerinden Yararlanma: Ölüm verilerinin Sağlık Müdürlüğü veya kişi/kuruluşlar düzeyinde herhangi bir alanda kullanıldığına ilişkin bulgu elde edilememiştir.

#### Tartışma ve Sonuç

Hekimlerin ölüm istatistiklerinin öneminin bilincinde olmalarına karşın, sistemin planlama aşamasındaki eksiklikler nedeniyle ortaya çıkan sorunlar sisteme karşı güvensizliğe yol açmıştır. Bu nedenle sistemin kabul edilebilirliğinin yeterli olduğunu söylemek güçtür. Yeni sistemde görev ve sorumlulukların net tanımlanmış olmasına karşın, bu tanımlamaların yasalarda karşılık bulmaması sistemi eskisinden daha karmaşık hale getirmiş, dolayısıyla basitlik kriteri sağlanamamıştır. Faydalılık değerlendirildiğinde, hekimlerin çalışma alanlarında ölüm istatistiklerinden yararlanmadığı ve çalışmaların bilgi toplama aşamasından ileriye gidemediği görülmüştür. Sonuç olarak, yeni ölüm bildirim sisteminin kabul edilebilirlik, basitlik ve faydalılık kriterleri açısından geliştirilmesi gerektiği görülmüştür.



## ÇOCUK SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN OYUN ALANLARINDA YAŞANAN EŞİTSİZLİKLER: KONYA ÖRNEĞİ

Mehmet Lütfi HİDAYETOĞLU\*

*\*Öğr. Gör. Dr., Selçuk Üniversitesi, Güzel Sanatlar Fakültesi, İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Bölümü*

### Giriş

Bireylerin çocukluk dönemindeki fiziksel, duygusal ve sosyal faaliyetleri, yetişkinlik dönemindeki özelliklerini şekillendirmektedir. Kent içi çocuk oyun alanları, küçük bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik ve zekâ gelişimlerini tamamlamaları açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle çocukların güvenli ve sağlıklı bir çevrede yetişmesi için gerekli olan uygun oyun alanlarının oluşturulması çok önemlidir. Bununla beraber, çocukların oyun hakları yasal süreçlerle de garanti altına alınmıştır. “Çocuk Hakları Bildirgesi’nin” 4. ilkesi ve “Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin” 31. maddesi, çocukların oyun oynama hakları olduğunu ve bunun için uygun ortamların sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Çağdaş şehir yaşamının bir gereği olarak çoğunlukla yerel yönetimler tarafından oluşturulan çocuk oyun alanlarının, çocuk gelişimi açısından öngörülen faydalarının elde edilebilmesi, sağlıklı, güvenli ve verimli bir şekilde kullanılabilmesi gerekmektedir. Oyun alanlarındaki donanımların hangi tür malzemelerden yapılacakları, boyutları, biçimlenme özellikleri ve birbirleri arasındaki mesafeleri, ilgili standartlarla belirlenmiştir. Çocuk oyun alanlarında yaşanan kazalar ve yaralanmalarla ilgili yapılmış çalışmalarda çoğunlukla standartlara uygun üretimler yapılmadığı ya da uygulama ve montaj sırasında ciddi hatalar yapıldığı görülmektedir.

Halen yürürlükte olan uluslararası sözleşmeler ve standartlar olmasına karşın kent içi oyun alanlarının yeterli nicelik ve nitelikte olmadığı düşünülmektedir. Kent içerisindeki bazı semtlerde oyun alanlarına daha fazla yer verildiği ve kentte yaşayan çocuklara eşit şartlarda oyun alanı oluşturulmadığı görülmektedir. Ayrıca oyun alanlarının güvenlik standartlarına uygunluğu ile ilgili ciddi sorunlarla karşılaşmaktadır. Son yıllarda oyun elemanları yaygın olarak plastik ve metal malzemelerden üretilmekte ve parklarda bu donanımlara yer verilmektedir. Bu malzemeler özellikle üretim hataları ve bakım problemleri ile birleştiğinde, çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, çocuk sağlığı ve güvenliği açısından oyun alanlarında yaşanan mekânsal eşitsizlikleri vurgulamaktadır. Genel anlamda bu çalışma ile kentte yaşayan çocukların oyun alanlarından ne ölçüde faydalanabildikleri, mevcut oyun alanlarının standartlara uygunluğu, malzeme tercihi ve uygulama problemlerinin oluşturduğu sağlık ve güvenlik sorunları, oyun alanlarının konumlandırıldığı çevrenin çocuklar üzerindeki etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla oyun alanlarının; mevcut durumunu, kullanılan donanımların standartlara uygunluğunu, çocuk sağlığı ve güvenliğini tehlikeye düşürebilecek malzeme, boyut ve uygulama problemlerini ve kentsel çevre ile uyumunu ölçen bir değerlendirme formu oluşturulmuştur. Konya’nın çeşitli bölgelerindeki oyun alanları bu form ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçları standartlara uygunluk, çevre ile uyum, bakımlılık, malzeme kullanımı, güvenlik ve sağlık koşulları başlıkları altında toplanmıştır. Elde edilen verilerin ortalamaları hesaplanmış, istatistiksel olarak güvenilirlikleri tespit edilmiş ve sonuçlar sistematik olarak yorumlanmıştır. Ayrıca oyun alanlarında karşılaşılan sorunlara ilişkin somut örnekler yer verilmiştir.

### **Bulgular**

Yapılan incelemeler sonucunda Konya örneğindeki oyun alanlarının kentin içerisinde uygun şekilde dağılmadığı, gelişen ve merkeze yakın semtlerde oyun alanlarının daha yoğun ve yeni olduğu, daha önce yapılmış birçok eski oyun alanının ise bakımsız bırakıldığı tespit edilmiştir. Oyun alanlarının bulunduğu çevreden uygun şekilde ayrılmadığı ve tehlikelere açık olduğu görülmüştür. Oyun alanlarının standartlara uygunluğuna bakıldığında ise özellikle güvenlikle ilgili olan kritik ölçü ve donatı konumlandırmalarının uygun olmadığı, kaza ve yaralanmalara sebebiyet verebileceği görülmüştür. Oyun alanlarının donatımında kullanılan malzemelerin ise çoğunlukla plastik ve metal olduğu ve bu malzemelerin çocukların sağlığı açısından ciddi tehlikeler barındırdığı tespit edilmiştir. Bu araştırmalar kentte yaşayan çocukların oyun alanlarından eşit, güvenli ve sağlıklı bir şekilde yararlanamadığını göstermektedir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Çalışmanın sonuç kısmında ise tespit edilen problemler ışığında ideal bir oyun alanı için gerekli olan çevre özellikleri, malzeme seçimleri, sağlık ve güvenlik tedbirleriyle ilgili önerilerde bulunulmuş, doğru tasarım / uygulama örneklerine yer verilmiştir. Ayrıca çocuk oyun alanlarında yaşanan mekânsal eşitsizliklerin kaçınılmaz olmadığı, doğru seçimler ve düzenlemeler ile daha uygun ve sağlıklı ortamlar sağlanabileceği vurgulanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Oyun alanları, Çocuk parkları, Güvenlik, Sağlık, Konya

## DURKHEİM VE RAWLS AÇISINDAN SOSYAL EŞİTSİZLİKLERİN NEDENLERİ VE GİDERİLME YOLLARI

Ahmet Ulvi TÜRKBAĞ\*

*\*Prof. Dr. Galatasaray Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Hukuk Felsefesi ve Sosyolojisi AD*

Sosyal eşitsizlikleri nedenleriyle ilgi soyolojide temel teorik açıklamalardan biri Durkheim'a aittir. Ona göre liberal-kapitalist sanayi toplumlarının özündeki sorun, bu toplumları birarada tutan dayanışma türü ile ahlak arasındaki bir tür “uyumsuzluktur”. Dahası Yine Durkheim hukuku toplumsal yapının bir tür göstergesi olarak aldığından, hukuk uygulamaları ve biçimleri ile toplumsal dayanışma türleri arasından doğrusal bir bağlantı bulunduğunu ileri sürmektedir. Bu çerçevede en önemli nokta onun doğal eşitsizlikler, sosyal eşitsizlikler, toplumsal dayanışma ve hukuk (hukuk türleri ve özelde sözleşme tipleri) arasında kurduğu bağlantıdır. Durkheim burada yalnızca sosyal eşitsizliklerin nedenlerini saptamamakta, aynı zamanda onların hangi koşullarda ve ne ölçüde kabul edilebilir olduğunu ortaya koymaktadır. Ardından da sosyal eşitsizliklerin giderilmesi için önerilerde de bulunmaktadır.

Siyaset ve hukuk teorisinde günümüzde adalet, dolayısıyla eşitlik sorunuyla ilgili en önemli karakter kuşkusuz John Rawls'tur. Rawls, Durkheim'dan yaklaşık yüzyıl sonra sosyal eşitsizliklerin ne zaman kabul edilebilir olduklarını yani eşitsizliğin aynı zamanda haksızlık ya da adaletsizlik olmayacağı koşulları yalnızca teorik olarak tartışmakla kalmamış aynı zamanda bunun nasıl bir siyasi ve hukuki yapıda gerçekleştirilebileceğini saptamaya çalışmıştır. Bu amaç için A Theory of Justice (Bir Adalet Teorisi) adlı kitabında devletin ve toplumun temeli olan sosyal sözleşmeden, en basit vergi uygulamasına kadar adil bir sosyal ve hukuksal yapının izini sürmektedir.

Yukarıda özetlenenler doğrultusunda bu metnin amacı sosyal eşitsizlikler konusunda hukuka ağırlıklı rol veren iki önemli yaklaşımı özetlemek, toplumumuzdaki durumu bu yaklaşımlara açısından değerlendirmek, bunların eşitsizlikleri gidermek için öngördükleri çözüm ve çarelerin değerini toplumumuzdaki eşitsizliklerden (kayırmacılık, namus cinayeti vb.) somut örnekler de vererek tartışmaktır.

## EŞİTSİZLİKLER KARŞISINDA TOPLUMDAN YANA PSİKOLOJİ PRATIĞI MÜMKÜN MÜ?

Gülşah TOY\*

*\*Psikolog, Toplumsal Dayanışma İçin Psikologlar Derneği*

Günümüzde psikoloji, teoride ve pratikte politik ve tarihsel olanın üzerini örtebilmektedir. Bireyin işlevselliğine ve uyumuna odaklandığında toplumsal bağlamın sorgulanmasını geri plana itmektedir. Böylece egemen psikoloji, eşitsizliklerin görünmez hale gelmesine ve yeniden üretilmesine hizmet etmektedir (Parker, 1999; 2003). Bu yüzden eşitsizliklerin karşısında bir psikoloji pratiği için psikoloji bilimini yapı bozumuna uğratarak alternatif uygulamalar üretmek gerekmektedir (Batur, 2008). Bu bağlamda bildiride “Toplumdan yana bir psikoloji mümkün müdür, bunun için hangi bakış açılarından yararlanılabilir?”, “Ötekileştirmeyen bir psikolojide ezilenlerle ilişkiler nasıl kurgulanabilir?” soruları irdelenecektir.

Bu amaçlar doğrultusunda ana akım psikoloji pratiğinin eleştirel bir okuması yapılacak; eleştirel psikoloji pratiğine ilişkin tartışmalara ve uygulamalarına yer verilerek toplumdan yana bir psikolojinin ilkeleri değerlendirilecektir. Daha sonra Türkiye’deki alternatif uygulamalara örnek olarak Toplumsal Dayanışma için Psikologlar’ın deneyimleri aktarılacaktır (İstanbul’da sokak çocukları ile ilgili yapılan çalışma, Tekel İşçileriyle Dayanışma gibi..).

Sonuç bölümünde, verilen bilgilerden yola çıkılarak Türkiye’deki psikoloji pratiğinin eşitsizlikler karşısında nasıl bir tavır aldığı tartışılacaktır. Ayrıca dayanışmacı bir psikolojinin toplumun her kesimi tarafından ulaşılabilir olması gerektiği ilkesinden yola çıkılarak Türkiye’de psikososyal hizmetlerin ezilenler ve dezantajlı gruplar için ne kadar ulaşılabilir olduğu sorgulanacaktır.

Kaynakça:

Batur, S. 2008, Türkiye’de Psikolojinin Kurumsallaşmasında Toplumsal ve Politik Belirleyenler, Toplum ve Bilim. 107, 217-230.

Parker, I. 1999, Annual Review of Critical Psychology. Discourse Unit, Vol. 1, pp. 3-18.

Parker, I. 2003 Critical Psychology: Critical Links. Academy for the Study of the Psychoanalytic Arts. Discourse Unit, Vol. 1, pp. 3-18

## İKİ KERE EŞİTSİZLİK: OBEZ BİR ENGELLİ OLMAK

Gülbiz ALKAN\*, Gülşah TOY\*\*

\* Sosyolog, Nilüfer Belediyesi Engelliler Hizmet Birimi

\*\* Psikolog, Nilüfer Belediyesi Engelliler Hizmet Birimi

### Giriş:

Bu bildiri, bir ortopedik engellinin sahip olduğu haklara ve alması gereken hizmetlere ulaşırken yaşadığı sorunları ve bu sorunların onun sosyal yaşama katılımına ve psikolojisine etkilerini ele almaktadır. Amaç, bu vakadan yola çıkarak engellilere ilişkin eşitsizliklerin ve sonuçlarının sorgulanmasıdır.

B.G., 13 yaşında yaşadığı bir kaza sonucu omurilik felci geçiren, engel oranı % 94 olup şu anda yaklaşık olarak 150 kilo olan; fazla kilosundan ve gerekli araçlara sahip olmamasından dolayı evden çıkamayan bir ortopedik engellidir. Bu durum onun çoğu engellinin ulaşabildiği hak ve hizmetlerin büyük bir kısmına erişimini engellemektedir.

### Gereç, Yöntem ve Bulgular:

B.G.'nin yaşam öyküsüne ilişkin kendi anlatımları, B.G ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, Nilüfer Belediyesi Engelliler Hizmet Birimi'ne başvurularında ve devamındaki süreçte verdikleri bilgiler, fotoğraf ve röportajlar bu çalışmanın yöntem araçlarıdır. Ayrıca B.G.'nin Temmuz 2010'dan itibaren psikoloğuyla yaptığı düzenli görüşmelerin gözlemleri veri olarak kullanılmaktadır.

Veriler B.G.'nin yaşamsal aktiviteleri, sosyal yaşamı ve ruhsal duygusal durumunun birbirleriyle ilişkileri incelenecektir. B.G.'nin beklentileri, verdiği hak mücadeleleri ve bu mücadelenin sonuçları, onun duygusal durumuyla ilişkilendirilmektedir.

### Tartışma ve Sonuç:

B.G.'nin durumu bütünsel olarak değerlendirildiğinde sosyal haklarına ve sağlık haklarına ulaşımın sosyal yaşamını ve dolayısıyla duygusal durumunu etkilediği gözlemlenmektedir.

B.G. örneğine dayanılarak engellilere ilişkin düzenlemelerdeki kapsamın yetersizliğinin yol açtığı eşitsizlikler tartışılacaktır.



## KADINLARIN YOKSULLUK VE ZENGİNLİK KAVRAMSALLAŞTIRMASI

**Fatime GÜNEŞ\***

*\*Yrd.Doç.Dr, Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü*

Türkiye tarımında toplumsal cinsiyet ilişkileri ve üretim ilişkileri tartışılırken tarımın kadınsılaşmasından söz edilir. Bu çerçevede iki ayrı bakış açısı ortaya çıkar. Birinci görüş tarımda kadınların ücretsiz çalıştığını göz ardı ederek tarımsal üretime kadınların egemen olduğunu ve toprağın mülkiyetine sahip olmadıkları halde tarımsal işletmenin sahibi olduklarını iddia eder. İkinci görüş ise sahip olmadığı topraklar üzerinde ücretsiz hane emeği olarak çalışan kadınların erkeğin uzun dönemli mevsimlik işçiliği ve cinsiyete dayalı işbölümü nedeniyle sömürülerinin derinleştiğini iddia eder. Zira tarımda küçük meta üreticisi hanelerin yapısal özellikleri küçük toprak sahipliği, kadının ücretsiz hane emeği, erkeğin uzun dönemli mevsimlik işçiliği, geçimlik üretim ve cinsiyete dayalı işbölümü ile tanımlanır. Tarımda kadının kente göçü ise erkeğin kentte iş bulması, ya da kentte işi olan erkeklerle evlenmesi aracılığı ile gerçekleştiği için kentsel sektörlerde erkekler gibi iş bulması zorlu bir süreçtir.

Tarımsal üretimde gittikçe daha fazla çalışan kadınların kentsel emek piyasasında ücretli iş bulma olasılıkları düşüktür. Özellikle 1980 darbesinden sonra neoliberal politikalar adı altında dayatılan ve emeğe önemli bir saldırı gerçekleştirilen dönemle birlikte tarım sektörünün zayıf bir sektör haline gelmesi kadının konumunu kırsal alanlarda olumsuz etkilemiştir. Dahası kırsal alanlardan göç eden kadınları kentsel alanlarda düşük ücretli ve güvencesiz işlere yatkın hale getirmiştir.

Bu bildirinin amacı köyde yaşayan, kente göç etmiş ve göç etmek üzere olan kadınların kendi maddi yaşam pratikleri aracılığı ile emek piyasasındaki yerlerini çözümlemektir. Kadınlar baskıyı ve ezilmeyi bu maddi pratikler içerisinde yaşadıkları için toplumun temel dinamiklerini ve baskın yapılarını daha iyi anlayacakları varsayılmaktadır. Dolayısıyla, Bursa'nın Kemalpaşa ilçesine bağlı Eskişehir'e, Eskişehir'in Sarıcakaya ilçesine bağlı Kapıkaya ve Mayıslar köyünde kadınlarla yapılan mülakatlarda onların maddi yaşam deneyimleri aracılığı ile kentteki ve köydeki emek kullanma biçimleri karşılaştırılacaktır. Bunun için bu köylerden Bursa'ya ve Eskişehir'e farklı nedenlerle göç eden kadınlarla da yapılacak derinlemesine mülakatlar kadınların yalnızca emek kullanma biçimlerini ortaya çıkarmakla kalmayacak, onların beklentilerini ve emek piyasası hakkındaki bilgilerini de kadınların maddi yaşam deneyimlerini çözümleyen feminist bakış kuramı ile çözümleyecektir.



## KAMUSAL ALAN VE KAMUSAL MEKÂNIN DÖNÜŞÜMÜ MEYDAN'DAN AVM AVLUSUNA: BURSA KENT MEYDANI ÖRNEĞİ

Pınar YURDADÖN\*

*\*Şehir Plancısı, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, İstanbul Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü Kentleşme ve Çevre Sorunları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi*

Bugün çeşitli kentsel aktörler (buna ulus üstü aktörler ve kısmen merkezi aktörler de dahildir) tarafından kentsel mekânla ilgili olarak ciddi bir manipülasyon dalgası yaşatılmaktadır. Yeni konut projeleri, yeni yollar, yeni arazi kullanımı türleri kentsel mekânda hızla yayılmakta ve bu neredeyse el değmemiş bir alan bırakmamacasına olmaktadır. Bu istila durumu elbetteki öncelikle kamu tasarrufundaki alanlarda gerçekleşmektedir. Meselenin trajik olan yanı ise söz konusu alanların yeniden kamuya kazandırılma iddiası ile klasik kamusal alan anlayışının nostaljik bulunması ve “yeni kamusal alanlar” olma iddiası taşıyan birbiriyle alakalı alakasız birçok işlevi içeren alışveriş merkezi gibi monoblok yapıların kentsel mekânda ama mekândan bağımsız, kopyalanıp yapıstırılabilir bir nesne olarak yer almasıdır.

Yeni kamusal alanlar olduğu iddia edilen alışveriş merkezleri 19. Yüzyılda kapitalizmin gelişmesi ile gelişen tüketim anlayışının devamı olarak bugün karşımıza çıkabilmektedir. Bu anlayış değişimi alışverişi ihtiyaç bağımlı olmaktan çıkararak amaçsallaştırmış ve sosyal, kültürel bir aktivite olarak sunmuştur. Alışverişin kendisi gibi elbetteki yapıldığı mekânlar da bu değişimden payını almıştır. Kent merkezlerinin çöküntüleştirildiği, uydu kentlerin ve yeni konut sitelerinin parlayan bir yıldız gibi sunulduğu günümüzde alışveriş merkezlerinin yeni bir yaşam anlayışı kurgusu içinde yeni bir yaşam alanı olması şaşırtıcı değildir. Bu hem kamusal alanın “kamusal”lıkla ilgili boyutunun hem de özel alanla kurduğu ilişkinin değişmesi demektir. Kamusal alan tüketebilir olanın alanı olurken, kent parçaları mahremleştirilme ile karşı karşıya kalmakta, dolayısıyla özel alan kamusal alanın sınırlarını daraltmaktadır.

Çalışmada kamusal alan sorunsalından yola çıkarak kamusal mekânın şekillenışı, tarihsel süreç içerisinde kamusal mekân olarak meydanların kentsel yaşamdaki yeri incelenmiş ve kamusal bir alan yaratma iddiası ile ortaya çıkmasına rağmen alışveriş merkezi ve avlusuna son bulmuş olan Bursa Santral Garaj Kentsel Dönüşüm Projesi irdelenmiştir. Çalışma tümdengelimci bir yaklaşımla ele alınmıştır. Kamusal alan ve mekân ilişkisini irdelemek üzere kamusal alan, kamusal mekân ve yön veren anlayışlar üzerine kuramsal çalışma gerçekleştirilmiş, toplanan verilere dayanılarak Bursa kenti özelinde Bursa Kent Meydanı Alışveriş Merkezinin oluşum süreci ele alınmış, tümevarımcı bir yaklaşımla çalışma desteklenmiştir.

Birinci bölümde Habermas, Sennett ve Arendt’in kamusal alan anlayışları; ikinci bölümde kamusal mekân üzerinde tasarım özellikleri, kamusal mekân olan meydanların tarihsel süreçteki evrimi ve Osmanlı kentindeki durumu ile kamusal mekânın dönüşümü, tüketim ideolojisi ve alışveriş merkezleri; üçüncü bölümde ise Bursa’da kamusal mekânın değişimi ve dönüşümü, kentsel yapılı çevre, günümüzdeki kentsel dönüşüm projeleri ve Kent Meydanı AVM ele alınmıştır.

Bu kurgu ile şekillenen çalışma, kamusal alan ve kamusal mekânın dönüşümünün (bireysel alanın da dönüşümünü içerir) parçalı ve uyumsuz gözükmeyle birlikte aslında sistemli bir sürecin parçası olduğunu;



toplumsal belleğin, mekânın tarihselliğinin erozyona uğra(tıl)dığını ve yeşil alan kullanımı, çeşitli sosyo-kültürel ya da sportif etkinliklere katılım vb. gibi gündelik kamusal ihtiyaçların alışveriş merkezlerine hapsedilerek ticarileştirildiğini, pompalanan tüketim anlayışının zaten sermayece araçsallaştırılan mekânın bu durumunun ivmelendirildiğini Bursa örneğinde göstermektedir.



## KIRSAL KADINLARIN MADDİ YAŞAM DENEYİMLERİ VE KENTSEL EMEK PİYASASI

Nadide KARKINER\*

*\*Yard. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü*

Türkiye tarımında toplumsal cinsiyet ilişkileri ve üretim ilişkileri tartışılırken tarımın kadınsılaşmasından söz edilir. Bu çerçevede iki ayrı bakış açısı ortaya çıkar. Birinci görüş tarımda kadınların ücretsiz çalıştığını göz ardı ederek tarımsal üretime kadınların egemen olduğunu ve toprağın mülkiyetine sahip olmadıkları halde tarımsal işletmenin sahibi olduklarını iddia eder. İkinci görüş ise sahip olmadığı topraklar üzerinde ücretsiz hane emeği olarak çalışan kadınların erkeğin uzun dönemli mevsimlik işçiliği ve cinsiyete dayalı işbölümü nedeniyle sömürülerinin derinleştiğini iddia eder. Zira tarımda küçük meta üreticisi hanelerin yapısal özellikleri küçük toprak sahipliği, kadının ücretsiz hane emeği, erkeğin uzun dönemli mevsimlik işçiliği, geçimlik üretim ve cinsiyete dayalı işbölümü ile tanımlanır. Tarımda kadının kente göçü ise erkeğin kentte iş bulması, ya da kentte işi olan erkeklerle evlenmesi aracılığı ile gerçekleştiği için kentsel sektörlerde erkekler gibi iş bulması zorlu bir süreçtir.

Tarımsal üretimde gittikçe daha fazla çalışan kadınların kentsel emek piyasasında ücretli iş bulma olasılıkları düşüktür. Özellikle 1980 darbesinden sonra neoliberal politikalar adı altında dayatılan ve emeğe önemli bir saldırı gerçekleştirilen dönemle birlikte tarım sektörünün zayıf bir sektör haline gelmesi kadının konumunu kırsal alanlarda olumsuz etkilemiştir. Dahası kırsal alanlardan göç eden kadınları kentsel alanlarda düşük ücretli ve güvencesiz işlere yatkın hale getirmiştir.

Bu bildirinin amacı köyde yaşayan, kente göç etmiş ve göç etmek üzere olan kadınların kendi maddi yaşam pratikleri aracılığı ile emek piyasasındaki yerlerini çözümlemektir. Kadınlar baskıyı ve ezilmeyi bu maddi pratikler içerisinde yaşadıkları için toplumun temel dinamiklerini ve baskın yapılarını daha iyi anlayacakları varsayılmaktadır. Dolayısıyla, Bursa'nın Kemalpaşa ilçesine bağlı Eskikızılelma, Eskişehir'in Sarıcakaya ilçesine bağlı Kapıkaya ve Mayıslar köyünde kadınlarla yapılan mülakatlarda onların maddi yaşam deneyimleri aracılığı ile kentteki ve köydeki emek kullanma biçimleri karşılaştırılacaktır. Bunun için bu köylerden Bursa'ya ve Eskişehir'e farklı nedenlerle göç eden kadınlarla da yapılacak derinlemesine mülakatlar kadınların yalnızca emek kullanma biçimlerini ortaya çıkarmakla kalmayacak, onların beklentilerini ve emek piyasası hakkındaki bilgilerini de kadınların maddi yaşam deneyimlerini çözümleyen feminist bakış kuramı ile çözümleyecektir.



## MEKANDA VE YAŞAMDA EŞİTSİZLİK - ÇAMLIPINAR MAHALLESİ ÖRNEĞİ

Evren ERDİN\*, Hayat ZENGİN\*\*

\*Ar. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Şehir ve Bölge Planlama Bölümü,

\*\*Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Şehir ve Bölge Planlama Bölümü

Mekanda ve Yaşamda Eşitsizlik- Çamlıpınar Mahallesi Örneği İzmir 1940’lı yıllardan itibaren göç ve gecekondulaşma deneyimini yoğun biçimde yaşayarak yapılanmış, bugünkü fiziksel şemasını da bu yapılanma üzerine üretmiştir. Kente yönelen göç akışı tarihsel süreç içerisinde farklı etkileşimlerin ürünü olmakla birlikte, özellikle 1980 sonrası süreçte ağırlıklı yoksul göçü olması sebebiyle kente çökme biçiminde belirgin farklılaşmalar açığa çıkmıştır. 2000’ler sonrası ise, pek çok kentte olduğu biçimi ile sözkonusu göç ve yoksulluk alanları için yeni bir dönem haline gelmiştir. Zira İzmir’de kentsel politikalar ve planlama çalışmaları içerisinde “Kentsel Dönüşüm” odaklı çalışmalar ağırlık kazanırken, ağırlıklı kendisine sözkonusu yoksulluk alanları üzerinde alan açmaya başlamıştır. Bu anlamda İzmir’in Buca ilçesi, kentin ilk göç sürecinden itibaren çalışma alanlarına yakınlığı bakımından farklı bölgelerden gelenlerin yer seçtiği özel bölgelerden biri olarak bu dönüşümün önemli parçalarından biri haline gelmiştir. Bugün özellikle ilçenin güneyinden geçen çevre yolu ile bütünleşen alanlarda bu dönüşüm çarpıcı görünümüne açığa çıkarmıştır. Çamlıpınar Mahallesi böyle bir yapılanma sürecinden etkilenmekte olan geniş bir bölgenin araya sıkışmış özgün nitelikler taşıyan mahallelerinden biridir. Buca Merkez ilçesine bağlı sözkonusu mahalle, bugün pek çok sorunla birlikte karşımızda durmaktadır. Sunulacak bildiri, bu sorunların fiziksel biçimleniş, altyapı olanakları, kentsel kullanım nitelikleri vb. parametreler açısından, dolayısıyla da “Mekansal Eşitsizlikler” temelinde değerlendirmesini yapmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda mekansal biçimleniş ile, sağlık koşullarında ortaya çıkan etki, hem yaşam kalitesi hem de birey sağlığı çerçevesinde tartışmaya açılacaktır.

Anahtar kelimeler: Eşitsizlik, Dönüşüm, Planlama, Yaşam Kalitesi, Kent Sağlığı

## TOPLUMSAL CİNSİYET VE MEKAN: ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ

Buşra DEMİRCİOĞLU\*

*\*Dumlupınar Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Sosyoloji Bölümü*

Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine dayalı ataerkil düzende kadın ve erkek, belirli cinsiyet rolleri ile bütünleştirilerek çeşitli kalıplara sıkıştırılmaktadır. Bu roller gereği, kadın ve erkeklerin yaşam alanlarında da eşit olmayan düzenlemeler meydana gelmektedir. Kentsel kamusal mekânın örgütlenmesinde, kadınlar çeşitli sınırlamalarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu durumu Fatmagül Berktaş (www.bianet.org), "kent kimin hakkı" sorusu ile açıklamaktadır. O'na göre, "Kent, kamusal alanın mekânıdır, oysa kadınlar tarihsel olarak kamusal alandan dışlanmışlardır. Oraya girmelerine izin verildiği zaman da bu, belirli kısıtlamalarla ve çeşitli kurallara tabi olarak yapılmıştır." Buna benzer biçimde toplumsal cinsiyet ile kentsel mekan arasındaki ilişkiyi açıklayan Akın Atauz da, kentsel mekânın kesin bir çizgiyle kadın ve erkek mekânı olarak ayrılmadığını; fakat kadınlara ait küçük mekânlar ve erkeklerin oluşturduğu büyük mekânlar olmak üzere iki türden oluştuğunu söylemektedir. Küçük mekânlar deyince konut ile çevresine ait bölümlerin akla geldiğini ve buraların kadınlara ait mekânlar diye adlandırıldığını belirten Atauz, "Kent kamusal mekânları da, kültürün izin verdiği ölçüde, kadınların gündüzleri kısmen ve seyrek olarak kullandıkları mekânlar arasındadır" der (www.yapi.com.tr). Buna karşın, I. Uluslararası Dünden Bugüne Eskişehir Sempozyumu'nda (2004, Mayıs) yaptığı konuşmada Engin Ataç, Eskişehir'de insanların her zaman sokaklarda ve caddelerde rahat bir şekilde gezerken alışveriş yapabildiğini belirtmiştir. Bu çalışma ise, kentsel mekânda gerçekleşen değişimin, toplumsal cinsiyet ilişkilerini nasıl etkilediğini Eskişehir örneğinde sorgulamaktadır.

Eskişehir, Anadolu ve Osmangazi Üniversitelerinin varlığıyla birlikte, özellikle son on yıl içerisinde hızlı bir kentsel değişim sürecine girmiş, alışveriş merkezlerinin açılması, tramvayın kullanılmaya başlanması ve konut inşasının kent içinde ve çevresinde artış göstermesi gibi yeni mekânsal örgütlenmelerin yaşandığı bir kent olmuştur. Kentsel mekândaki yeni düzenlemeler beraberinde kentte yaşayan halkı etkilemiş, kentte gece yaşamı canlanmış ve kamusal mekânların kullanımı artmıştır. Örneğin, Porsuk Çayı çevresinde bulunan köprüler ve oturma alanları yenilenerek ışıklandırmalar artırılmış, yaya alanları yeniden düzenlenerek insanların rahat, özgür ve güvenli bir şekilde yürüyebileceği mekânlar haline getirilmiştir (E.B.B.Stratejik Planı, 2010: 18, 19). Bu çalışma ise, Eskişehir'in mekânsal değişiminin kadınların kent içi hareketliliğini nasıl etkilediğini, kamusal mekân kullanımlarının nasıl farklılaştığını ve ne gibi sınırlamalarla karşılaştıklarını, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri temelinde çözümlemeyi amaçlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Toplumsal cinsiyet, kentsel kamusal mekân, kadın, Eskişehir.



## TÜRKİYE’DE ERİŞKİNLERDE AŞIRI KİLOLULUĞA İLİŞKİN SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLER: BÖLGELERARASI BİR DEĞERLENDİRME

**Işıl ERGİN\*, Hür HASOY\*\*, Anton KUNST\*\*\***

*\*Öğr. Gör., Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.*

*\*\*Uzm. Dr., Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir Türkiye.*

*\*\*\*Prof. Dr., Academic Medical Centre (AMC), Amsterdam Üniversitesi, Halk Sağlığı AD, Amsterdam, Hollanda.*

### Giriş ve Amaç:

Obezite ve aşırı kilolulukta sosyoekonomik eşitsizliklerin izlediği patern Türkiye için henüz saptanmış değildir. Bu çalışma, Türkiye’de aşırı kiloluluk sıklığındaki sosyoekonomik eşitsizlikleri iki temel değişken olarak eğitim ve refah düzeyi üzerinden incelemeyi ve bölgelerarası bir değerlendirme yapmayı hedeflemiştir. Yöntem: Bu kesitsel araştırmada Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2002 yılında yürütülen Dünya Sağlık Araştırması (World Health Survey-WHS) veri tabanı kullanılmıştır. Araştırmanın 20 yaş üzeri nüfusa ait verileri değerlendirmeye alınmış, özbildirime dayalı boy ve kilo verileri bulunan 3790 kadın ve 4057 erkeğin verileri çalışmaya dahil edilmiştir. BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> olanlar aşırı kilolu olarak değerlendirilmiştir. Sosyoekonomik değişkenler arasında veri kaybının en az olduğu iki değişken üzerinden (eğitim ve refah düzeyi) sınıflama yapılmıştır. Refah düzeyi skorunun hesaplanmasında hanenin sahip olduğu eşyalar üzerinden toplam 11 skorluk bir değerlendirme yapılmıştır. Sosyoekonomik değişkenlerle aşırı kiloluluk arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Türkiye ve bölgeler için yaşa standardize prevalans hızları hesaplanmıştır. Analizlerde cinsiyet ve TNSA bölgelerine göre (Batı, Akdeniz, Orta, Karadeniz, Doğu) tabakalama yapılmıştır.

### Bulgular:

Yaşa standardize aşırı kiloluluk prevalansı kadınlarda 48.4% ve erkeklerde 46.1%’dir. Erkeklerde, eğitim sistematik bir fark yaratmazken, refah düzeyleri karşılaştırıldığında en yüksek refah gruplarında anlamlı fark görülmektedir. Kadınlarda ise aşırı kiloluluk sıklığı en düşük eğitim gruplarında ve orta refah düzeyi gruplarında anlamlı düzeyde artmaktadır. Eşitsizliklerin boyutu bölgelerarası küçük farklılıklar göstermekle birlikte Doğuda eşitsizliklerin hem yönü hem de boyutu değişmektedir. Doğuda her iki cinsiyette de aşırı kiloluluk sıklığı yüksek sosyoekonomik gruplarda artmaktadır. Sonuç: Türkiye’de aşırı kiloluluktaki sosyoekonomik eşitsizlikler Avrupa ülkelerine, özellikle de güneydeki ülkelere benzer bir patern göstermektedir. Doğu’da gözlenen patern ise bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ile uyumlu biçimde obezite epidemisinin sosyoekonomik eşitsizlikler açısından daha erken bir aşamasında olduğunu göstermektedir. Diğer bölgelerin benzer aşırı kiloluluk sıklıkları göstermesi ve eşitsizlikler açısından benzer bir patern sergilemesi, bölgeler arasında varolan kültürel ve coğrafi farklılıkların bu eşitsizlikleri belirgin şekilde etkilemediğine işaret etmektedir. Eşitsizlikler paternindeki en büyük farklılığın gözlemlendiği Doğu bölgesi, bu eşitsizliklerin ekonomik büyüme, modernizasyon, ve gıda pazarlarının küreselleşmesi gibi değişikliklerle daha önemli oranda şekillendiğini göstermektedir.

## TÜRKİYE’NİN İSTATİSTİKİ BÖLGELERİ ARASINDAKİ BEBEK ÖLÜM HIZI EŞİTSİZLİKLERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeliha ÖCEK\*, Meltem ÇİÇEKLİOĞLU\*

\*Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

### Giriş

Bu çalışmada Türkiye'nin 12 bölgesi (İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey-1) arasındaki bebek ölüm hızı (BÖH) eşitsizlikleri ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, bölgeler sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi; kadınların statüsü; üreme sağlığı ve hizmetlerinin düzeyi; çocuk sağlığı ve hizmetlerinin düzeyi ve sağlık kaynaklarının düzeyi bakımından karşılaştırılmış, bu özellikler bakımından en iyi durumda olan bölgelerin sahip olduğu olanaklara tüm ülkenin erişmesi durumunda BÖH'da sağlanabilecek azalma düzeyi saptanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Bu ekolojik çalışmada dört ayrı kaynaktan (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008; Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2008, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması; Türkiye İstatistik Kurumu 2008 Bölgesel İstatistikleri) elde edilen bölge düzeyindeki veriler beş başlık altında toplanmıştır; 1) sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi (11 değişken); kadınların statüsü (36 değişken); üreme sağlığı ve hizmetleri (24 değişken); çocuk sağlığı ve hizmetleri (17 değişken) ve sağlık kaynakları (7 değişken). Her bir başlık için temel bileşenler analizi uygulanarak, birinci temel bileşen için hesaplanan faktör değerine göre bu başlık açısından en avantajlı ve dezavantajlı bölgeler belirlenmiştir. BÖH, Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009’dan alınmıştır. Her bir başlık açısından en avantajlı ve dezavantajlı bölgelerin BÖH’ları arasındaki oranın yanı sıra en avantajlı bölgelerin BÖH’ları hızları aracılığı ile topluma atfedilen risk yüzdesi hesaplanmıştır. Ayrıca, bölgelerin BÖH’ları ile beş başlıkta aldıkları faktör değerleri arasındaki ilişki Spearman Korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Batı Marmara çocuk sağlığı, üreme sağlığı ve kadın statüsü bakımından Türkiye'nin en iyi durumda olan bölgesidir ve tüm ülkenin bu değişkenler bakımından Batı Marmara ile aynı olanaklara sahip olması bebek ölümlerinin % 36.6'sını önleyebilecektir. Sağlık kaynakları bakımından en avantajlı bölge Batı Anadolu'dur. Tüm ülkenin Batı Anadolu ile aynı kaynaklara sahip olması bebek ölümlerinde % 11.5 oranında bir azalma sağlayabilecektir. İstanbul'un sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi diğer bölgelerden oldukça yüksektir. Tüm bölgelerin İstanbul düzeyinde bir gelişmişliğe ulaşması durumunda bebek ölümlerinin % 26.7'si önlenebilecektir. Ortadoğu Anadolu, çocuk sağlığının yanı sıra kadın statüsünün de en kötü durumda olduğu bölgedir. Burada doğan bir bebeğin ölme olasılığı Batı Marmara'da doğan bir bebeğe göre 2.18 kat daha fazladır. Üreme sağlığı açısından ise en dezavantajlı bölge Güneydoğu Anadolu'dur; Batı Marmara'ya göre 2.18 katlık bir risk artışı söz konusudur. Kuzeydoğu Anadolu sağlık kaynaklarının ve sosyoekonomik düzeyin en düşük olduğu bölgedir. Bu özellikler açısından avantajlı bölgeler ile karşılaştırıldığında Kuzeydoğu Anadolu'da doğan bir bebeğin bir yaşını tamamlamadan ölme olasılığı sırasıyla 1.53 ve 1.85 kat daha yüksektir.

Korelasyon analizi sonucuna göre BÖH ile üreme sağlığı arasında çok güçlü bir korelasyon vardır ( $r=-0.965$ ;  $p=0.000$ ). Bunu çocuk sağlığı ( $r= -0.891$ ;  $p< 0.000$ ), kadının statüsü ( $r=-0.881$ ;  $p=0.000$ ), sosyoekonomik düzey ( $r=-0.807$ ;  $P= 0.002$ ) ve sağlık kaynakları ( $r=-0.347$ ;  $p=0.269$ ) izlemiştir.



## Tartışma ve Sonuç

Gerek en avantajlı ve dezavantajlı bölgelerin BÖH oranı ve topluma atfedilen risk yüzdesi gerekse BÖH ile arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde üreme sağlığı ve hizmetlerinin düzeyinin bebek ölümlerinin en güçlü belirleyicisi olduğu söylenebilir. Bunu, çocuk sağlığının izlemesi beklenen bir sonuçtur. Ama hemen ardından kadın statüsünün gelmesi bebek ölümlerindeki eşitsizliklerin azaltılmasında kadınların sağlığının ve statüsünün geliştirilmesinin en önemli strateji olduğunu yansıtmaktadır.







## **POSTER BİLDİRİLER**

## GÖÇ VE KADIN

Nurdan ŞAHİN\*, Necla SARI\*\*

\*Öğr. Gör. Balıkesir Üniversitesi, Bandırma Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği.

\*\*Öğr. Gör. Balıkesir Üniversitesi, Bandırma Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.

### GİRİŞ:

Göç, sosyal yapı içindeki birey ve grupların ekonomik, toplumsal veya siyasal nedenlerle bir yerden başka bir yere giderek ikamet etmeleridir. Göç nedeniyle oluşan uyumsuzluklar, göç alan bölgelerde yeterli sağlık kuruluşunun olmaması, göç edenlerin gelir düzeyinin düşük olması, sağlık sigortasına sahip olmamaları, geleneksel sağlık kalıplarına sahip olmaları gibi nedenler özellikle kadınların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu makale Türkiye’de göçün kadın sağlığı üzerine olan etkileri hakkında bilgi vermek amacıyla yazılmıştır.

### GEREÇ VE YÖNTEM:

Konu ile ilgili literatür ve son beş yılda yapılmış bazı araştırmalar incelenmiştir.

### BULGULAR:

Karşı karşıya kaldıkları risk faktörleri nedeniyle göç eden kadınlarda beslenme bozukluğu, adolesan gebelik, küretaj, düşük, sık doğum, düzensiz adet kanamaları, depresyon, ailede rol karmaşası, aile içi şiddet gibi problemlere sık olarak rastlanmaktadır.

### TARTIŞMA VE SONUÇ:

Göç eden kadınların sağlıklarının korunması, geliştirilmesi için sağlıkları üzerine etkili olan değişkenler, yaşam şekilleri, sağlık davranışları yerel yönetimler, sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve geliştirilmelidir. Sosyal destek ağının güçlendirilmesi, anne ve çocuk için ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlıklı aile ilişkilerine yönelik eğitimler düzenlenmesi, koruyucu yasaların çıkarılması gerekmektedir.



## GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ ERGENLERDE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Suzan HAVLIOĞLU\* İbrahim KORUK\*\*

\*Hemşire, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı AD

\*\*Yrd.Doç.Dr, Harran Üniversitesi Halk Sağlığı AD

**Amaç:** Araştırmada, göçebe mevsimlik tarım işçisi ergenlerde yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, yaşam kalitesi düzeyinin sorun davranışlar ve sosyo-ekonomik değişkenlerle ilişkisini ortaya koymak amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırma, Şanlıurfa kent merkezindeki üç sağlık ocağına bağlı tarım alanlarında çalışan 13-16 yaş arası göçebe mevsimlik tarım işçisi ergenler üzerinde yapıldı. Örnek büyüklüğü 203 olarak hesaplandı. Araştırmanın verisi, “13-16 Yaş Ergenler İçin Kiddo Kindl Yaşam Kalitesi Ölçeği”, gençlerin sorun davranışlarını değerlendirmek için “Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18)”, sosyo-demografik özellikleri sorgulayan ve üç adet kadercilik sorusunu da içeren yapılandırılmış bir anket kullanılarak toplandı. Ölçekler ve anket araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Araştırmanın verileri SPSS 11.5 istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. Veri analizinde, t testi, mann-whitney u testi, pearson corelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi ve çoklu regresyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırma grubunun ortalama yaşı 14.4±1.1 yıl olup %60.0’i kızlardan ve %39.9’u erkeklerden oluşmuştur. Ergenlerin %58.1’ i (n=118) okula devam etmemektedir. Okula devam etmeme kızlarda %75.4, erkeklerde ise %32.1’ dir. Ergenlerin annelerinin %96.0’ ı okuma yazma bilmemektedir ve sadece %4.0’ı ilkokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Ergenlerin babalarının %42.4’ü ilkokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Ergenlerin ailelerinin %87.7 ’si aylık asgari ücretin altında gelire sahiptir. Ergenlerin %90.1’ inin aileleri 7 ve üzeri kişiden oluşmaktadır. Ergenlerin %43.8’i en az 3 ay tarlada kalmakta ve %38.4’ ü tarla çevrelerine kurulmuş çadırlarda yaşamaktadır.

Yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde; bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile 52.8±25.3, 63.7±22.6, 52.8±25.5, 66.0±17.6, 69.6±14.7, 53.7±16.8 ve 60.3±13.2 olarak hesaplanmıştır. Sorun davranışları toplam puanı 41.5±16.4 bulunmuştur.

Yaşam kalitesinin, cinsiyet(t=-4.18 p=0.00), kişinin çalışma amaçlı göç durumu(t=-1.96 p=0.05), konut durumu(F=4.42 p=0.00), okula gitme süresi(r=0.01 p=0.01), tarlada kalma süresi(r=0.01 p=0.01), sorun davranışları puanı(r=0.00 p=0.01) ve ‘mücadeleyi sonuna kadar sürdürürüm’(F=5.15 p=0.00), ‘her şey olacağı yere varır’(F=4.14 p=0.01) kadercilik soruları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur .

Yaşam kalitesinin, yaş, kardeş sayısı, ailede yaşayan kişi sayısı, okula devam durumu, konuşulan dil, baba öğrenim, anne öğrenim, başka işte çalışma, ailesinin çalışma amaçlı göç durumu, aylık gelir, tarımdan sağlanan kazanç ve ‘kaderim buymuş diye düşünürüm’ kadercilik sorusu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Bağımsız değişkenlerin birlikte değerlendirildiği çoklu regresyon modeli sonucunda, kadın cinsiyette yaşam kalitesi 4.3 puan azaltılmaktadır(p<0.05). Sorun davranışları puanındaki bir birimlik artış yaşam kalitesini

0.2 puan azaltmaktadır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Eğitim devamsızlığını ve tarım alanında çocuk işçiliğini önlemek için kamuoyunda farkındalık yaratılması ve yasaların uygulanması konusunda çaba gösterilmesi gerekmektedir. Ayrıca tarım işçilerinin temel sağlık hizmetine ulaşımını kolaylaştıracak ergen sağlığını da merkezine alan gezici sağlık hizmeti benzeri modeller geliştirilmelidir.



## KENTSEL YEŞİL ALANLARIN YAŞAM KALİTESİNE KATKILARININ TANIMLANMASI - İSTANBUL ÖRNEĞİ

Elif Kısar KORAMAZ\*, Handan TÜRKÖĞLU\*\*

\*Dr., İstanbul Metropolitan Planlama ve Kentsel Tasarım Merkezi (İMP) – BİMTAŞ,

\*\*Prof. Dr., İTÜ Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü

Sosyal bir hukuk devleti olan KKTC’de, bireylerin sağlık hakkına sahip olduğu Anayasada düzenlenmiştir. KKTC Anayasası m. 45’e göre “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir”. Bu doğrultuda, bireylerin sağlık hakkından yararlanmasını sağlamak Devlet için bir yükümlülük olmasına rağmen uygulamada KKTC sağlık sistemi bu yükümlülüğü yerine getirebilecek yapıya sahip değildir.

KKTC sağlık sisteminde, kamu ve özel sağlık kurumları yer almaktadır. Kamu sağlık kurumları, ilk basamak tedavi hizmeti veren 18 kurum ile 4 genel hastaneden oluşmaktadır. 2009’da yılında ilk basamak tedavi hizmeti veren kurumlara 117265, genel hastanelerin polikliniklerine ise 306331 hasta başvurmuştur. Aynı yıl, bu kurumlarda çalışan toplam doktor sayısı ise 287’dir. Buna göre, doktor başına yaklaşık 1475 hasta düşmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde arz talep dengesi sağlanamamıştır. Öte yandan, kamu sağlık kurumları yasada belirlenen nüfusa göre örgütlenme prensibinin aksine sadece merkezi yerlerde örgütlenmiştir. Bu durum ise sağlık hizmetine ulaşma bakımından güçlükler yaratmaktadır. Ayrıca, kamu sağlık sisteminde uygulamada tam gün çalışma prensibinin benimsenmemesi ve kamu sağlık kurumlarının teknik donanım açısından eksikliklerinin olması kamudan alınan sağlık hizmetinin niteliğini zayıflatmaktadır. Zira, 2009 yılında kamu sağlık kurumlarına başvuran 1913 hasta gerekli teknik donanımın olmaması nedeniyle yurt dışına sevk edilmiştir.

Kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan eksiklikler, özel sağlık hizmetlerinin güçlenmesini sağlamıştır. Özel sağlık kurumları, yaklaşık 600 özel klinik ile toplam 500 yatak kapasiteli 9 özel hastaneden oluşmaktadır. Özel sağlık kurumlarının sayı itibarıyla fazla olması, her bölgede kolay erişilebilen bir şekilde konumlanabilmesini sağlamıştır. Ayrıca, tam gün sağlık hizmetinin sağlanabilmesi, teknik donanım bakımından daha çok imkana sahip olması gibi sebeplerle özel sağlık hizmetleri daha cazip görülmektedir. Ancak, özel sağlık hizmetinin ücretli olması ve bu alandaki sağlık harcamalarını da kapsayan genel sağlık sigortası sisteminin olmaması nedeniyle, bu hizmetlerden sadece ekonomik gücü olanlar yararlanabilmektedir.

Sonuç olarak, KKTC sağlık sistemi bireylerin eşit olarak sağlık hakkından yararlanabilmesini sağlayamamaktadır. Bu sorunun başlıca nedenleri, kamu sağlık kurumlarının sayı ve teknik donanım açısından yetersiz olması, sağlık hizmetlerinin tam gün verilmemesi ile özel sağlık kurumlarında sağlanan sağlık hizmetlerini kapsayan bir genel sağlık sigortası olmamasıdır.

Anahtar kelimeler: KKTC, sağlık, eşitlik, sağlık hakkı.



## KKTC’NDE SAĞLIK HAKKI VE EŞİTLİK

Şölen KÜLAHÇI SERENGİL\*

*\*Doktor (PHD) DAÜ Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Bölümü*

Sosyal bir hukuk devleti olan KKTC’de, bireylerin sağlık hakkına sahip olduğu Anayasada düzenlenmiştir. KKTC Anayasası m. 45’e göre “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir”. Bu doğrultuda, bireylerin sağlık hakkından yararlanmasını sağlamak Devlet için bir yükümlülük olmasına rağmen uygulamada KKTC sağlık sistemi bu yükümlülüğü yerine getirebilecek yapıya sahip değildir.

KKTC sağlık sisteminde, kamu ve özel sağlık kurumları yer almaktadır. Kamu sağlık kurumları, ilk basamak tedavi hizmeti veren 18 kurum ile 4 genel hastaneden oluşmaktadır. 2009’da yılında ilk basamak tedavi hizmeti veren kurumlara 117265, genel hastanelerin polikliniklerine ise 306331 hasta başvurmuştur. Aynı yıl, bu kurumlarda çalışan toplam doktor sayısı ise 287’dir. Buna göre, doktor başına yaklaşık 1475 hasta düşmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde arz talep dengesi sağlanamamıştır. Öte yandan, kamu sağlık kurumları yasada belirlenen nüfusa göre örgütlenme prensibinin aksine sadece merkezi yerlerde örgütlenmiştir. Bu durum ise sağlık hizmetine ulaşma bakımından güçlükler yaratmaktadır. Ayrıca, kamu sağlık sisteminde uygulamada tam gün çalışma prensibinin benimsenmemesi ve kamu sağlık kurumlarının teknik donanım açısından eksikliklerinin olması kamudan alınan sağlık hizmetinin niteliğini zayıflatmaktadır. Zira, 2009 yılında kamu sağlık kurumlarına başvuran 1913 hasta gerekli teknik donanımın olmaması nedeniyle yurt dışına sevk edilmiştir.

Kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan eksiklikler, özel sağlık hizmetlerinin güçlenmesini sağlamıştır. Özel sağlık kurumları, yaklaşık 600 özel klinik ile toplam 500 yatak kapasiteli 9 özel hastaneden oluşmaktadır. Özel sağlık kurumlarının sayı itibariyle fazla olması, her bölgede kolay erişilebilen bir şekilde konumlanabilmesini sağlamıştır. Ayrıca, tam gün sağlık hizmetinin sağlanabilmesi, teknik donanım bakımından daha çok imkana sahip olması gibi sebeplerle özel sağlık hizmetleri daha cazip görülmektedir. Ancak, özel sağlık hizmetinin ücretli olması ve bu alandaki sağlık harcamalarını da kapsayan genel sağlık sigortası sisteminin olmaması nedeniyle, bu hizmetlerden sadece ekonomik gücü olanlar yararlanabilmektedir.

Sonuç olarak, KKTC sağlık sistemi bireylerin eşit olarak sağlık hakkından yararlanabilmesini sağlayamamaktadır. Bu sorunun başlıca nedenleri, kamu sağlık kurumlarının sayı ve teknik donanım açısından yetersiz olması, sağlık hizmetlerinin tam gün verilmemesi ile özel sağlık kurumlarında sağlanan sağlık hizmetlerini kapsayan bir genel sağlık sigortası olmamasıdır.

Anahtar kelimeler: KKTC, sağlık, eşitlik, sağlık hakkı.



## KÖYDEN KENTE GÖÇ EDEN KADINLARIN FARKLILAŞAN MEKÂN KULLANIM PRATİKLERİ

Ayşın K. TURHANOĞLU\*

*\*Yard. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü*

Mekân, toplumsal olarak üretilmekte ve politik, ekonomik ve kültürel ilişkiler çerçevesinde örgütlenmektedir. Bu örgütlenme süreci aynı zamanda ataerkil ilişkilerin üretilmesini ve yeniden üretilmesini içermektedir. Bu bağlamda köyde ve kentte, farklı mekânsal temsil biçimlerinin inşa edilmesiyle farklı mekânsal pratikler yaratılmaktadır. Köyden kente göç eden kadınlar, bu mekânsal farklılaşmayı, toplumsal cinsiyet rol ve ilişkilerinin üretildiği ve yeniden üretildiği her iki yerleşim alanında da deneyimlemiş olmaktadır. Fakat göç eden kadınların, kentsel mekânlara ulaşım ve kullanım biçimleri, ne tam anlamıyla köydekine benzemekte ne de kentli kadınların mekânsal pratikleriyle örtüşmektedir. Bu durum, kadınların üretim sürecine katılımı ile yakından ilişkilidir. Köyde kadınlar, ücretsiz ev-içi emeği ve tarımsal faaliyetlerde ücretsiz aile işçisi ve ücretli mevsimlik işçi konumlarında üretim sürecine katılmaktadırlar. Bu anlamda kadının ücretli ve ücretsiz emeği, onun köydeki mekânsal pratiklerini şekillendirmekte, dolayısıyla ev, bahçe, tarla vb. mekânlara ulaşımına ve onları kullanımına temel sağlamaktadır. Kente göç eden kadınlar ise, tarımsal faaliyetlerdeki bilgi ve becerilerinin kentin işgücü piyasasında geçerli olmaması nedeniyle bu piyasadan dışlanmakta ya da ikincil konumda, yarı zamanlı, düşük ücretli ve güvencesiz işlerde yoğunlaşmaktadırlar. Genellikle enformel sektörde, temizlik, çocuk bakıcılığı vb. işlerde çalışmaktadırlar. Bu durum, kadının kentsel mekânları kullanımının, evler ve yakın çevresi ile sınırlanmasına yol açmaktadır. Bu çalışma, köyden kente göç eden kadınların, farklılaşan mekân kullanım biçimlerini çözümlmeyi amaçlamaktadır.



## MODERNİTE VE DİNDARLIKTA KADIN-ERKEK EŞİTSİZLİĞİ

Zafer CİRHİNLİOĞLU\*, Fatma Gül CİRHİNLİOĞLU\*\*

\*Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyoloji Genel Sosyoloji AD

\*\*Yrd.Doç.Dr. Psikoloji Sosyal Psikoloji AD

Eşitsizliklerin yaygın şekilde ve tam manasıyla anlaşılmasının bir nedeni de doğal ve toplumsal eşitsizlikler arasında ki ayrımın yeteri kadar kavranılmamış olmasıdır. Doğal eşitsizlikler doğuştan gelen ve ancak doğal koşulların değişmesi ile değişebilecek türden ancak çoğu zaman değişmesi mümkün olmayan eşitsizliklerdir. Örneğin kadın ve erkek biyolojik eşitsizliği doğal bir eşitsizliktir. Toplumsal eşitsizlikler ise insanların toplu olarak yaşamalarından ortaya çıkan eşitsizliklerdir. Örneğin kiminin zengin kiminin fakir olması, eğitimde, ekonomide eşitsizlikler ya da kız çocuklarının kadın rolüne uygun olarak yetiştirilmesi ile belirginleşen eşitsizlikler, toplumsal eşitsizliklerdir.

Modernitenin Batı Avrupa toplumlarında ortaya çıkışı Aydınlanma dönemiyle olmuştur. Aydınlanma ile özgürleşen birey, bilimle ilerleyebilmiş, sanayi devrimini gerçekleştirmiş, refah toplumunu yaratabilmiştir. Ancak modernite aynı zamanda kendi hasımlarını da yaratmıştır. Günümüzde birçok düşünür moderniteyi aşırı rasyonelleşmeyi artırması, çevreyi yok etmesi, insan aklını tekilleştirmesi nedenleriyle suçlamaktadır.

Modernitenin karşısına genelde geleneklere dönüş yani tarihi keşfetme fikri konmaktadır. Bu yaklaşıma göre, modernite gelenekleri unutmuş olduğundan insan aklı tekleşmiştir. Bireyin yeniden kendine gelebilmesinin ipuçları geleneklerde bulunabileceği düşünülmektedir. Oysa modernite geleneklere bir tepki olarak ortaya çıkmıştı ve geleneklerin terk edilmesini önkoşul olarak ileri sürmüştü.

Türkiye gibi geleneklerinden tam manasıyla kurtulamamış ve moderniteye geçememiş toplumlarda gelenekler neredeyse dindarlıkla aynı anlama gelmektedir. O halde dindarlık karşısında bireylerin tutumu geleneklere tutunmayı temsil edebilmektedir.

Modernitenin kadın-erkek eşitsizliklerine getirdiği çözümler dindarlığın-gelenekselciliğin hızla tırmanışa geçtiği günümüzde nasıl erozyona uğramaktadır? Modernite kendi ilkesi olan özgürleştirmenin kurbanı mı olmaktadır? Gelenekselle beraber kadın daha mı özgürleşecek yoksa yeni bir tür modernleşme anlayışıyla yeni rollere uygun hale mi getirilecektir?

Günümüzdeki çok gelişmiş kapitalist toplumlar ile Türkiye gibi onların izinden gitme durumunda olan toplumların da cevaplaması gereken türden sorulardır bunlar.

Bu çalışmada temel olarak modernitenin ilkeleri hatırlatıldıktan sonra dindarlık konusunda daha önce yapılmış çalışmaların sonuçlarına dayanılarak kadın erkek eşitsizliklerine ilişkin ortaya atılan düşüncelerden bazıları sergilenecektir.

Modern toplumlarda kadınların erkeklere göre daha dindar oldukları genel kabul görmektedir. Dolayısıyla bu eğilimin kaynakları sorgulanmaktadır. Çeşitli araştırmalar ve kuramlar kadının eşitsiz konumunun bunda en temel rolü oynadığını ileri sürmektedirler. Örneğin toplumsallaşma kuramına göre dindarlıktaki cinsiyet farklılıklarının altında yatan neden kadın ve erkeklere farklı değerler, roller ve davranış normlarını model olarak sunan ve böylece onların kültürel olarak farklılaşmasına yol açan toplumsallaştırma mekanizmalarıdır. Yapısal konum kuramı ise bu eğilimi, kadınların aile içindeki bakım verici ve annelik rollerinin bir parçası olmalarıyla ilişkilendirmekte ve özellikle, dini katılımın modern, laik dünyaya katılım ile azaldığını belirtmektedir.



Kadınların laik dünyanın tam olarak bir parçası olma olasılıklarının daha düşük olmasından dolayı (örneğin, ev dışında daha az istihdam edilmeleriyle) erkeklere göre daha az laikleşmektedirler.

Sonuçta, modernitenin eleştirilmesi modern ilkelere vazgeçilmesini gerektirmediği yaklaşımı ileri sürülecektir. Bu bağlamda kadının dindarlığının/gelenekselliğinin anlaşılmasının yeni modern yolların çizilmesine yardımcı olacağı vurgulanacaktır. Geleneksellikler içerisinde toplumsal eşitsizliklerin üstesinden gelinmesinin mümkün olmadığı aslında bu mücadelenin modernite projesi olduğu modernlik karşıtlarının bu mücadelenin daha ileri taşınmasını arzuladıklarını ancak eleştirileri ile modernliği yıpratmaları bu aşınmanın gelişmekte olan ülkelerin kalkınma ve modernleşmelerini olumsuz etkilediği dile getirilecektir.

\*\*Bu bildiri, Zafer Cirhinlioğlu'nun yürüttüğü ve Üzeyir Ok ve Fatma Gül Cirhinlioğlu'nun araştırmacı olarak görev aldıkları, “Dindarlık, Ruh Sağlığı ve Modernite” konulu TÜBİTAK tarafından desteklenen bir proje kapsamında hazırlanmıştır.

## SAĞLIĞIN TANIMI VE SAĞLIKTA EŞİTLİK İLİŞKİSİ

Elif ATICI\*

*Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD*

Toplumların sağlık hizmeti anlayışını ve bu hizmetin nasıl yapılandırılacağını belirleyen etkenlerden biri de sağlığın nasıl tanımlandığı ve algılandığıdır. Başlangıçta tek boyutlu bir olgu olarak ele alınan sağlık kavramında süreç içerisinde bilimsel-teknolojik gelişim ve toplumsal değişimin sonucu olarak çok etkenli ve bütüncül bir yaklaşımın benimsendiği görülmektedir. Tarihsel perspektiften değerlendirildiğinde bilinmeyi bilme çabası ve hastalığa odaklı anlayıştan hastaya ve sağlığa odaklı anlayışa geçişin sonuçlarından biri olarak sağlık bir hak ve sorumluluk paylaşımı olarak kabul edilmiştir. Temel evrensel bir hak olarak eşitliği sağlık alanına uyarladığımızda her bireyin sağlıklı yaşam koşullarına sahip olmada ve sağlık hizmetine ulaşmada eşit fırsatlara sahip olması gerekliliği ortaya çıkar. Burada kastedilen eşitlik bedensel, zihinsel, ruhsal, sosyal ve ekonomik konumda başkalarını ne olursa olsun insanlar arasında toplumsal haklar yönünden bir ayrımın bulunmaması gerekliliğidir. Buna göre her insan yasalarla tanınmış hak ve yükümlülüklerde aynı koşullardadır. Eşitliğin kabulü ideal olanı hedefleme, insan yaşamını değerli kılan bir toplumun standart kurallarını oluşturma ve bir anlamda hakkaniyetle örtüşmeyen durumların önünde yasal engel oluşturmayı sağlar. Ancak eşitliğin eşitsizliği ortadan kaldırması sadece hak ve yükümlülüklerin tanımlanması ile olanaklı olmayıp her insanın ekonomik ve sosyal anlamda kaynakların ve fırsatların kullanımında da eşit güç ve paya sahip olması ile gerçekleşebilir. Günümüzde biyo-psiko-sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak ifade edilen sağlık tanımında ise bireylerin farklılıkları/eşitsizliği vurgulanmaktadır. Hastaya odaklı/hasta merkezli bu yaklaşım bireysel farklılıkların kabulünü gerektirir. Sağlık tanımının içerisinde hukuksal bir kavram olan eşitlik yoktur. Eşitlik ilkesi sağlık kavramı içerisindeki yerini ancak her insanın sağlıklı yaşam koşullarına sahip olmasında ve koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşmasında bulabilir ki bunu sağlamak her devletin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetinin bu boyutunda eşitlik ilkesi ölçüt olarak alınırken bireysel farklılıkların kaçınılmaz olduğu tedavi hizmetlerinde ise gereksinim ilkesi doğrultusunda hareket edilmelidir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin bir boyutunda evrensel bir hak olarak eşitliğin sağlanması zorunluluğu varken diğer boyutunda eşitsizliğin kaçınılmazlığı sonucu gereksinim ilkesinin ölçüt olarak alınması gerekmektedir.



## YAYA ÜST GEÇİTLERİ KULLANIMININ EŞİTSİZLİKLER BAĞLAMINDA İRDELENMESİ

Bilgehan YILMAZ ÇAKMAK\*, Saim KORUR\*\*

Ar. Gör., Selçuk Üniversitesi, Mimarlık Bölümü Bina Bilgisi AD  
Ar. Gör., Selçuk Üniversitesi, Mimarlık Bölümü Yapı Bilgisi AD

### ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre engellilik, bir yetersizlik veya özür nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesidir. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2003 yılında yapmış olduğu araştırmalara göre ülkemiz nüfusunun %12,29'u engelli kişilerden oluşmaktadır. Nüfusu 1.750.000 olan Konya ilimizde ise 26.450'den fazla engelli olduğu bilinmektedir. Fakat engelli bireylere, yaşlı, hasta, bebek arabalı, hamile ve çocuklu kent kullanıcılarını da eklediğimiz zaman, fiziksel çevre düzenlemeleri bakımından etkilenen kişi sayısının daha da artabileceği göz önüne alınmalıdır. Artan bu orana göre, günlük yaşantımızda cadde ve sokaklarda çok sayıda engelli kişi ile karşılaşmamamızın nedeni engelli kişilerin mevcut olmaması değil, bu kişilerin kentsel dış mekan kullanımlarından yardım almadan faydalanabilmelerinin olanaksız olmasıdır. Engellilerin de toplumun her bireyi kadar tüm olanaklardan bağımsızca yararlanabilmeleri, ancak yeni tasarımlar ve düzenlemeler yapılırken tüm gereksinimlerin göz önünde bulundurulmasıyla mümkündür.

**Problem:** Endüstrileşme hareketleriyle hızla büyüyerek plansızca oluşan kentler, insanların toplu yaşamlarını zorlaştırmaktadır. Bunun sonucunda hem fiziksel hem de ruhsal olarak yıpranan insanların verimleri de ciddi boyutlarda düşmektedir. Hatalı kentsel tasarımların, fiziksel açıdan herhangi bir engel taşımayan insanlar üzerinde bile nasıl bir verim kaybına yola açtığı göz önünde bulundurulursa, geçici veya kalıcı engel taşıyan insanların ne gibi sorunlarla karşı karşıya kaldığı daha iyi anlaşılacaktır. Herkesin eşit haklarla kullanabilmesi gereken sosyal ve toplumsal mekanlardan olan yaya üst geçitleri ne yazık ki tüm kentlilere eşit imkanlar sunmamaktadır. Sağlıklı kentsel çevrelerin oluşturulabilmesi, sadece kentlerdeki fiziki engellerin ortadan kaldırılmasıyla değil, aynı zamanda tüm bireyleri kapsayan bütüncül ve evrensel bir bakış açısıyla toplumsal mekanları düzenlemekle mümkün olacaktır. Çalışmada, kente mimari perspektiften bakarak, engellilerin kenti kullanım aşamasında karşılaştıkları sorunlar problem olarak belirlenmiş ve kente ait kamusal alanlardan biri olan yaya üst geçitleri bağlamında incelenmiştir.

**Çalışma Alanı ve Yöntem:** Konya ili araç-yaya trafiğinin yoğun olarak kesiştiği Konya-İstanbul çevre yolu güzergahında bulunan ve yaya geçişinin zorunlu olduğu noktalarda uygulanan yaya üst geçitleri, araştırma alanı olarak belirlenmiştir. Seçilen araştırma alanı üzerinde bulunan yaya üst geçitleri, kullanıcı profili, gün içerisindeki kullanım yoğunlukları ve mimari kimlik açısından değerlendirilmiş, eğitim-konut ve işyeri-konut bağlantı yoğunluğu bulunan 4 adet yaya üst geçidi analiz edilmiştir. Belirlenen yaya üst geçitleri morfolojik kart tekniği kullanılarak incelenmiş ve kent kullanıcılarının gereksinimlerine ne ölçüde cevap verdiği karşılaştırmalı analiz yöntemi uygulanarak ortaya konulmuştur.

**Bulgular:** Düşey sirkülasyon elemanları (merdiven ve asansör), boyut, kullanım, güvenlik, malzeme, yaklaşım ve kentlilerin kullanımına uygunluk kriterleri açısından değerlendirilen yaya üst geçitlerinin birçoğunun, konumları itibarıyla yaya-arac trafiği yoğunluğu açısından doğru noktalarda bulunduğu ancak evrensel tasarım ilkeleri bakımından incelendiğinde merdiven evi ölçüleri, asansör kullanımı, yaya yaklaşımı, güvenlik gibi kriterler açısından tüm kullanıcıların gereksinimlerine cevap vermediği görülmüştür.



3. KENT VE SAĞLIK SEMPOZYUMU  
"EŞİTSİZLİKLER KAÇINILMAZ MIDIR?"

ÜST GEÇİTLER ÖLÇÜTLER		1- S.Ü. ALAEDDİN KEYKUBAT KAMPÜSÜ YAYA ÜST GEÇİDİ	2- MOBİLYACILAR YAYA ÜST GEÇİDİ	3- GAZETECİ ORHAN SAMUR YAYA ÜST GEÇİDİ	4- ANADOLU İ. İ. L. YAYA ÜST GEÇİDİ
KİMLİK BİLGİLERİ	YERİ	Istanbul yolu üzeri kampüs geniş ölü	Istanbul yolu üzeri Mobilyacılar kavşağı ölü	Istanbul yolu üzeri Aydınlıkevler tranvay durağı ölü	Istanbul yolu üzeri Anadolu imam hatip lisesi ölü
	VAZİYET PLANI				
	TAŞIYICI SİSTEM ve GENİŞLİK	betonarme / 2.30 m	betonarme / 2.50 m	betonarme / 3.00 m	betonarme üzeri alum komp. kapl. / 3.95
	PLANI				
ÜST GEÇİDE ULAŞIM VE YAKLAŞIM ÖZELLİKLERİ	KALDIRIM GENİŞLİĞİ/YÜKS.	10 m / 15 cm	3 m / 10 cm	3 m / 10 cm	10 m / 3 cm
	KALDIRIM RAMPASI/EGİMİ	eğim % 8 / sıfırlanmamış ulaşım zor	rampa yok, kaldırım dar ulaşım kolay	rampa yok, kaldırım dar ulaşım zor	rampa yok, kaldırım geniş ulaşım kolay
	KALDIRIM MALZEMESİ	kilitli parke taşı	kilitli parke taşı	kilitli parke taşı	kilitli parke taşı
	TOPLU ULAŞIM DURAKLARINDAN YAKLAŞIMI	uzak / zor	yakın / kolay	uzak / zor	yakın / kolay
ASANSÖR ÖZELLİKLERİ	KONUMU		asansör yok	asansör yok	
	KAPI GENİŞLİĞİ	90 cm/yeterli	---	---	90 cm/yeterli
	YAKLAŞIMI		---	---	
	KULLANIMI	herkese açık	---	---	sadece engelli kartı olanlar kullanabiliyor
MERDIVEN ÖZELLİKLERİ	KONUMU				
	TAŞIYICI SİSTEM ve MALZEME	betonarme taşıyıcı demir korkuluk	betonarme taşıyıcı demir korkuluk	betonarme taşıyıcı beton korkuluk	Yürüyen Merd; çelik konstr. Normal Merd; betonarme
	RİHT YÜKS.	17 cm	16 cm	ort. 18 cm/değişken rht yüks.	Yürüyen Merd; 18 cm Normal Merd; 17 cm
	GENİŞLİĞİ	1.10 cm	1.50 cm	2.00 cm	Yürüyen Merd; 120 cm Normal Merd; 150 cm
	KULLANIM RAHATLIĞI				
SAĞLAMLIK					
	İYİ	İYİ	İYİ	İYİ	
ÜST GEÇİT KULLANICI ÖZELLİKLERİ	AĞIRLIKLI KULLANICI PROFİLİ	öğrenci	işçi, sanayi esnafı	işçi, sanayi esnafı	öğrenci
	KULLANIM YOĞUNLUĞU				
	GÖRME VE BEDENSEL ENGELLİ	UYGUN	UYGUN	UYGUN DEĞİL	UYGUN
	BEBEK ARABALDI YAŞLI/HAŞTAÇOCUK KULLANICI	UYGUN	UYGUN	UYGUN DEĞİL	UYGUN
	GÜVENLİK EKİPMANLARI	kamera var aydınlatma var / YETERSİZ	kamera yok aydınlatma var / YETERLİ	kamera yok aydınlatma var / YETERSİZ	kamera var aydınlatma var / YETERLİ
	KULLANICI GÜVENLİĞİ	GÜVENSİZ	GÜVENSİZ	GÜVENSİZ	GÜVENLİ



**Sonuç:**

Yaya üst geçitleri sadece birer mimari öge olarak algılanmamalı, toplumsal mekanları birbirine bağlayan ve kullanıcıları kamusal ve sosyal alanlara taşıyan önemli bir bağlayıcı eleman olarak tanımlanmalıdır. Üst geçit kullanıcıları ise, bağlayıcı elemanları her şart ve koşulda kullanabilen, eşit haklara sahip tüm kentliler olarak görülmelidir. Yerel yöneticiler, bu sorumluluk ve bilinçte davranarak evrensel ve bütüncül bakış açısı ile kentlilere sahip oldukları hakları kullanma konusunda eşit imkanlar sağlamalıdır. Mimarlık mesleği bu anlamda en önemli araç olup, bu araç uzman kişiler tarafından doğru biçimde kullanılarak kentlilere sunulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaya üst geçitleri, eşitsizlikler, engelliler.



## YAZAR İNDEKSİ

ALKAN, GÜLBİZ .....	110
ATICI, ELİF .....	130
BAYRAM, TEKİN .....	85
BELEK, İLKER .....	31
BOZBEY, MUSTAFA .....	99
CANDAŞ, AYŞEN .....	45
CİRHİNLİOĞLU, FATMA GÜL .....	128
CİRHİNLİOĞLU, ZAFER .....	128
ÇİÇEKLİOĞLU, MELTEM .....	118
DEMİRAL, YÜCEL .....	44
DEMİRCİOĞLU, BUŞRA .....	116
DURAK, CEVAT .....	82
ELLİBEŞ, MEHMET .....	93
ERDİN, EVREN .....	115
ERDOĞAN, İRFAN .....	73
ERGİN, İŞİL .....	117
GRADY, MİCHAEL .....	18
GÜNEŞ, FATİME .....	111
HAMZAOĞLU, ONUR .....	30
HAVLIOĞLU, SUZAN .....	123
HASSOY, HÜR .....	117
HİDAYETOĞLU, MEHMET LÜTFİ .....	106
KARKİNER, NADİDE .....	114
KISAR KORAMAZ, ELİF .....	125
KOÇAK TURHANOĞLU, AYŞİN .....	127
KORUK, İBRAHİM .....	123
KORUR, SAİM .....	131
KÜLAHÇI SERENGİL, ŞÖLEN .....	126
KUNST, ANTON .....	117
KURT, AHMET .....	76
NESANIR, NASİR .....	39
ÖCEK, ZELİHA .....	104
ÖZDEMİR, RAZİYE .....	104
SARI, NECLA .....	122
SÖNMEZ, MUSTAFA .....	26
ŞAHİN, NURDAN .....	122
TOY, GÜLŞAH .....	109,110
TÜRKBAĞ, AHMET ULVİ .....	108
TÜRKOĞLU, HANDAN .....	125
YENİMAHALLELİ YAŞAR, GÜLBIYE .....	63
YILMAZ ÇAKMAK, BİLGEHAN .....	131
YURDADÖN, PINAR .....	112
ZENGİN, HAYAT .....	115



