

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE’DE YURT İÇİ SAĞLIK PERSONELİ
HAREKETLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Feyzanur ALKAN
1430232541

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ISPARTA – 2016



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Feyzanur ALKAN	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Tez Başlığı	Türkiye’de Yurt İçi Hekim Hareketliliğinin Değerlendirilmesi	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesi	
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 24/06/2016 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için; ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU² ile aşağıdaki kararı almıştır. ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM/SDÜ	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Erdal EKE/SDÜ	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZER/MAKÜ	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrenci, yeni tez konusu belirler.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Feyzanur ALKAN
24.06.2016

ÖZET

TÜRKİYE’DE YURT İÇİ SAĞLIK PERSONELİ HAREKETLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Feyzanur ALKAN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, 141 sayfa, Haziran 2016

Danışman: Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Belirli nedenlerden dolayı sağlık personelinin bir bölgeden diğerine veya kamu-özel hastane arasındaki geçişlerinin meydana getirdiği hareketlilik yapılan çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada sağlık personelinin yurt içi hareketliliğinin nedenlerinin itici-çekici güçler yaklaşımı çerçevesinde belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma, Türkiye’de konuya ilişkin yeterli sayıda çalışma bulunmaması bakımından önem arz etmektedir. Uygulamada hareketliliğe neden olan itici ve çekici faktörlerin neler olup olmadığına, sağlık çalışanlarının kamudan özele geçiş nedenlerine dair analizler yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinde bulunan kamu, üniversite ve özel hastanelerin çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması yapılarak geliştirilen “Türkiye’de yurt içi sağlık personeli hareketliliğinin değerlendirilmesi” anketi kullanılmıştır. Ankette genel olarak, hareketliliğe neden olan itici ve çekici güçlerin neler olduğu ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ayrıca sağlık personelinin “kamudan özele iten unsurların” neler olduğunu ölçmeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Araştırmanın sonucunda; katılımcıların yurt içi hareketliliğe neden olan itici güçlerden en fazla katılım gösterdiği konunun; “güvenlik problemleri” ve “şehrin ekonomik durumu” boyutu olduğu, en az katılım gösterdiği itici gücün ise, “mesleki ve siyasi baskı” boyutu olduğu bulunmuştur. Sağlık personelinin bir yerden başka bir yere göçünü cazip hale getiren ve en yüksek katılımın olduğu çekici güçlerin ise, “eş durumu” ve “ekonomik faktörler” olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımın en az olduğu çekici gücün ise “özel sektörün cazibesi” olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: göç, yurt içi hareketlilik, sağlık personeli

ABSTRACT

EVALUATION OF DOMESTIC HEALTH PERSONNEL MOBILITY IN TURKEY

Feyzanur ALKAN

Süleyman Demirel University, Department of Health Management

Master's Thesis, 141 pages, June 2016

Advisor: Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Because of specific reasons, mobility that medical personnel occurs transitions between public-private hospital or from one region to others forms topic of study that is done and it is aimed that reasons of domestic mobility of medical personnel are pointed out in the perspective of approach of impulsive-attractive forces. This study is significant because there is not enough study about this topic in Turkey. Impulsive and attractive factors that cause mobility and analysis aimed at reasons of health personnel about transition from public to private are done in application. People that work in public, university and private hospitals in İstanbul, Sakarya and Isparta form the study field. The survey of evaluation of domestic health personnel mobility in Turkey that develop by doing literature screening is used as collecting data material. Questions about what impulsive attractive forces that cause mobility can be is asked in the survey. Also, there are expressions that reason what health personnel push from public to private. In the result of this research, topic from impulsive forces that most of participants show participation that causes domestic mobility is “security problems” and “economical situation of the city”. Impulsive force that participation is showed the less is “occupational and political pressure”. Attractive force that enables medical personal to do immigration from one region to another and has the highest participation “partner situation” and economical factors. It is determined that attractive forces that has the less participation is “attractiveness of private sector”.

Key words: immigration, domestic mobility, health personnel

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ÖNSÖZ	vii
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1

I. BÖLÜM

GÖÇ OLGUSU BAĞLAMINDA YURT İÇİ HAREKETLİLİK

1.1. GÖÇ KAVRAMINA GENEL BAKIŞ	3
1.1.1. Göç Olgusu ve Tanımları	3
1.1.2. Uluslararası Göç Olgusu	4
1.1.3. Göç Teorileri	4
1.1.3.1. Ekonomik Göç Teorileri	6
1.1.3.1.1. Neo-Klasik Yaklaşım	6
1.1.3.1.2. İtici ve Çekici Güçler Yaklaşımı	7
1.1.3.2. Tarihsel-Yapısalcı Yaklaşım	8
1.1.3.3. Göç Sistemleri ve İlişkiler Ağı (Network) Teorisi	9
1.1.4. Göç Çeşitleri	10
1.1.4.1. Göçe Karar Verme Açısından Göçler	10
1.1.4.1.1. Zorunlu Göç	11
1.1.4.1.2. Gönüllü Göç	11
1.1.4.2. Ülke Sınırları Esasına Göre Göç Çeşitleri	12
1.1.4.2.1. İç Göç	12
1.1.4.2.2. Dış Göç	14
1.1.4.3. Nitelik Esasına Göre Göç Çeşitleri	15
1.1.4.3.1. İşgücü Göçü	15
1.1.4.3.2. Beyin Göçü	16
1.2. TÜRKİYE’DE İÇ GÖÇ OLGUSU	17
1.2.1. Türkiye’de İstatistiksel Bölgeler Açısından İç Göç Olgusu	17

1.2.2. Türkiye’de İller Açısından İç Göç Olgusu-----	18
1.3. TÜRKİYE’DE İÇ GÖÇ OLGUSUNUN NEDENLERİ-----	23
1.3.1. Türkiye’nin Nüfus Yapısı -----	25
1.3.2. Türkiye’de Göç Süreçleri -----	26
1.3.2.1. Balkan Göçleri -----	26
1.3.2.2. Kentleşme-----	27
1.3.2.3. Kentler Arası Göçler-----	29
1.3.2.4. Yaşam Güzergâhı Kavramı -----	30
1.3.3. İtici Güçler -----	31
1.3.3.1. Bölgesel Eşitsizlikler -----	31
1.3.3.1.1. Coğrafi Eşitsizlikler-----	32
1.3.3.1.2. Ekonomik Eşitsizlikler-----	32
1.3.3.1.3. Sosyo-Kültürel Eşitsizlikler-----	34
1.3.3.2. Siyasal Nedenler ve Terör-----	34
1.3.4. Çekici Güçler -----	35
1.3.4.1. Ekonomik Nedenler-----	36
1.3.4.2. Sosyo-Kültürel Nedenler-----	38

II. BÖLÜM

SAĞLIK PERSONELİNİN YURTIÇİ HAREKETLİLİK OLGUSU

2.1. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ VE GENEL ÖZELLİKLERİ -----	40
2.2. SAĞLIK PERSONELİNİN YURTIÇİ HAREKETLİLİĞİNİ ETKİLEYEN NEDENLER-----	42
2.2.1. Sağlık İmkânlarının Dağılımı-----	43
2.2.1.1. Hastanelerin Sayısı ve Yatak Kapasitesi-----	43
2.2.1.2. Tıbbi Cihazların Dağılımı-----	45
2.2.1.3. Sağlık Personeli Sayısı -----	46
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi -----	47
2.2.3. Sosyo-Kültürel Yapı -----	49
2.2.4. İstihdam Şekilleri-----	50
2.2.5. Gelirdeki Değişmeler -----	51
2.2.6. Eğitim ve Uzmanlaşma-----	53
2.2.7. Yurtiçi Sermaye Yatırımlarının Dağılımındaki Farklılıklar-----	54

2.2.8. Bölgelerarası Güvenlik Sorunu-----	55
2.3. YURTIÇİ SAĞLIK PERSONELİ HAREKETLİLİĞİNİN MUHTEMEL SONUÇLARI -----	56
2.4. SAĞLIK PERSONELİ HAREKETLİLİĞİNİN EN AZA İNDİRİLMESİNE YÖNELİK POLİTİKA VE UYGULAMALAR -----	57

III. BÖLÜM

SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM -----	58
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi -----	58
3.1.2. Problem Cümlesi -----	58
3.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları-----	58
3.1.4. Varsayımlar -----	58
3.1.5. Veri Toplama Yöntemi -----	59
3.1.6. Evren ve Örneklem-----	59
3.1.7. Verilerin Analizi-----	59
3.2. BULGULAR -----	60
3.2.1. Hastane Çalışanlarının Demografik Özellikleri-----	60
3.2.2. Hastane Çalışanlarının Yurt İçi Hareketliliğinin İtici ve Çekici Faktörlerle İlişkili İfadeleri-----	61
3.2.3. Faktör Analizi Sonuçları -----	65
3.2.4. Faktörlerin, İfade Sayıları, Ortalama ve Standart Sapmaları, Alfa Değerleri-----	71
3.2.5. Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri Boyutunun Değişkenlere Göre Karşılaştırılması-----	74
3.2.6. Kamudaki Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması-----	77
3.2.7. Güvenlik Problemleri Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması-----	79
3.2.8. Coğrafi Şartlar Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması ---	81
3.2.9. Mesleki ve Siyasi Baskı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması-----	83
3.2.10. Kişisel Ekonomik Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması-----	85

3.2.11. Ailevi Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	88
3.2.12. Şehrin Ekonomik Durumu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	90
3.2.13. Mesleki Gelişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	92
3.2.14. Ekonomik Faktörler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	94
3.2.15. Mesleki İmkanlar ve Sosyal Çevre Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	96
3.2.16. Özel Sektörün Cazibesi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	98
3.2.17. Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	100
3.2.18. Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	102
3.2.19. Eş Durumu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	104
3.2.20. Hasta Potansiyelinin Fazla Olması Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	107
3.3. TARTIŞMA	110
3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER	119
KAYNAKÇA	121
EKLER	138

ÖNSÖZ

Lisans eğitimimden başlayarak yüksek lisans tezimin hazırlanmasına kadar olan süreçte beni bu yolda hazırlayan ve teşvik eden, bilgisiyle yoluma ışık tutan, çalışma hayatı dışında da üstün meziyetlerine şahit olduğum ve örnek alınacak bir kişiliğe sahip saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e yürekten teşekkür ediyorum.

Bu yolda ilerleme fırsatını sunarak, bana maddi ve manevi desteklerini bir an olsun esirgemeyen aileme canı gönülden teşekkür ederim. Bu zorlu süreçte, hayatımı birleştirdiğim ve tezimin hazırlanmasında büyük emeği bulunan eşim Arş. Gör. Ahmet ALKAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Lisans eğitimime başladığım günden beri, sıkıntılarımı paylaşılabildiğim, sıkılmadan beni dinleyen ve bana öğütlerde bulunan, hocadan ziyade bir abla olarak gördüğüm Dr. Elif AKKAŞ'a teşekkür ederim.

Feyzanur ALKAN

Isparta 2016

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
Akt.	: Aktaran
Çev.	: Çeviren
Der.	: Derleyen
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
Ed.	: Editör
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
KUZKA	: Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SKA	: Serhat Kalkınma Ajansı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TOBB	: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TTBEK	: Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Vd.	: Ve diğeri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YASED	: Uluslararası Yatırımcılar Derneği
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu
SS	: Standart Sapma
$\bar{X}$	: Ortalama Değer
α	: Cronbach Alfa Değer
N	: Katılımcı Sayısı
U	: Mann Whitney U Testi
X^2	: Kruskal Wallis Varyans Analizi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de En Fazla Nüfusa Sahip İller ve Nüfus Oranları (2014).....	19
Tablo 2. Türkiye’de En Az Nüfusa Sahip İller ve Nüfus Oranları (2014).....	19
Tablo 3. Göç Hızı En Yüksek İller.....	20
Tablo 4. Göç Hızı En Düşük İller	20
Tablo 5. İller Arası Göç Eden Nüfus	21
Tablo 6. Net Göç Hızına Göre En Fazla Göç Alan İller	21
Tablo 7. Net Göç Hızına Göre En Fazla Göç Veren İller	22
Tablo 8. İstanbul, Sakarya ve Isparta İllerinin Net Göç Hızı.....	22
Tablo 9. Nüfus, Yıllık Nüfus Artış Hızı, İl- İlçe- Belde- Köy Sayısı ve Nüfus Yoğunluğu, 2014.....	25
Tablo 10. İstihdamın Sektörel Dağılımı (2009-2013).....	37
Tablo 11. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı (2014).....	44
Tablo 12. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları (2014)	46
Tablo 13. Hastane Çalışanlarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	60
Tablo 14. Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesine İlişkin İtici Nedenlere Verilen Cevapların Ortalaması.....	61
Tablo 15. Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Çekici Nedenlere Verilen Cevapların Ortalaması.....	63
Tablo 16. İtici Nedenlerin Faktör Analizi	66
Tablo 17. Çekici Nedenlerin Faktör Analizi	69
Tablo 18. İtici Faktör Boyutlarının İfade Sayıları, Ortalama, Standart Sapmaları ve Cronbach Alfa Değerleri	71
Tablo 19. Çekici Faktör Boyutlarının İfade Sayıları, Ortalama ve Standart Sapmaları, Alfa Değerleri.....	73
Tablo 20. Katılımcıların Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	75
Tablo 21. Katılımcıların Kamudaki Problemler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 22. Katılımcıların Güvenlik Problemleri Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	79

Tablo 23. Katılımcıların Coğrafi Şartlar Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 24. Katılımcıların Mesleki ve Siyasi Baskı Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 25. Katılımcıların Kişisel Ekonomik Problemler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması	86
Tablo 26. Katılımcıların Ailevi Problemler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması	88
Tablo 27. Katılımcıların Şehrin Ekonomik Durumu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması	90
Tablo 28. Mesleki Gelişim Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	92
Tablo 29. Katılımcıların Ekonomik Faktörler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	95
Tablo 30. Katılımcıların Mesleki İmkanlar ve Sosyal Çevre Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	97
Tablo 31. Katılımcıların Özel Sektörün Cazibesi Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	99
Tablo 32. Katılımcıların Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	100
Tablo 33. Katılımcıların Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	103
Tablo 34. Katılımcıların Eş Durumu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	105
Tablo 35. Katılımcıların Hasta Potansiyelinin Fazla Olması Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	107
Tablo 36. Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğine Neden Olan İtici ve Çekici Nedenler	118

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İstihdamın Sektörel Dağılımı, 2009-2013.	37
--	----



GİRİŞ

Göç meselesi, geçmişten günümüze kadar var olan bir olgu olup, kişilerin belirli nedenlerden dolayı hareketliliği olarak nitelendirilmektedir. Bu hareketlilik, yaşanan döneme ait bilgi vermekte olup, zamanın ilerlemesine bağlı olarak değişim gösterebilmektedir.

Geçmişten farklı olarak günümüzde göç hareketinin niteliği, kapsamı ve nedenlerinin değiştiği görülmektedir. Geçmişte genellikle kuraklık, kıtlık, olumsuz iklim şartları ve savaşıardan dolayı gerçekleştirilen bu hareketliliğin, günümüzde daha çok ekonomik ve ailevi sebeplerden kaynaklandığı bilinmektedir. Dolayısıyla göç nedenlerinin zaman içerisinde değişime uğradığı ifade edilebilir. Aynı zamanda göç nedenlerinin değişime uğramasının yanı sıra göçün etki alanının genişlemesi sonucunda sınır ötesi bir hareketliliğe dönüşmesi durumu da söz konusudur. Uluslararası hareketliliğin beraberinde getirmiş olduğu ülkeler arası anlaşmazlıklar da göçün bir diğer sonucunu oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu durum göç edenlerin niteliklerinin değişiminin, göç türünü de değiştirmekte olduğu sonucunu doğurmaktadır. Nasıl ki geçmişte daha çok işgücü göçü yaygınken, günümüzde kalifiye işçilerin beyin göçü yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu anlamda göç hareketinin anlaşılabilmesi adına, göç nedenlerinin yanı sıra göç eden kişilerin nitelikleri, göç edilecek yerin itici ve çekici özellikleri göç teorileri kapsamında değerlendirilmelidir. Yapılan bu çalışmada, yurt içi hareketliliğin ele alınması, uluslararası hareketliliğe ilişkin bilgi verilmediğini göstermektedir.

Yapılan bu çalışmaya göre sağlık çalışanlarının yurt içi hareketliliği; gerek ortaya çıkışı gerekse sonuçları itibarıyla diğer göç türlerinden farklıdır. Sağlık çalışanlarının, görev yaptıkları bölge, şehir veya hastaneden göç etmelerine neden olan ve olabilecek itici güçlerin bulunmasının yanı sıra gidilecek yerde kendilerini çeken faktörlerin var olması sonucunda gerçekleştirilen yurt içi hareketliliğe sağlık personeli hareketliliği adı verilebilir. Hareketliliğin ortaya çıkmasında; ekonomik faktörler, siyasi eğilimler, sosyal ve kültürel faaliyetler, güvenlik faktörü, coğrafi şartlar, eğitim ve uzmanlaşma ve aile yapısı gibi belirleyiciler etkili olmaktadır. Sağlık personelinin yurt içi hareketliliğinin nedenleri kapsamında, ortaya çıkan sonuçlar da farklılık göstermektedir. Bu durumun en dikkat çeken sonucunun; sağlık personelinin yurt içi dengesiz dağılımı olduğunu söylemek mümkündür. Diğer bir sonucun, sağlık

alışanlarının kamudan özele geçiş kararda etkili olabilecek unsurların neler olup olmadığına ilişkindir. Dolayısıyla yapılan bu çalışmanın amacını; sağlık personelinin yurt içi hareketliliğe iten ve çeken unsurların neler olduğunun tespitinin yanı sıra kamudan özele geçiş nedenlerinin iten ve çeken faktörler kapsamında değerlendirilmesi oluşturmaktadır.

Yapılan bu çalışmanın ilk bölümünde; genel olarak g olgusunun tanımı, g türleri, g teorileri, Türkiye’de i g olgusunun oluşumu, yönü ve nedenlerinden bahsedilmektedir. Araştırmanın ikinci bölümünde, Türk sağlık sistemi ve genel zellikleri, Türkiye’nin sağlık haritası bağlamında sağlık çalışanlarının hareketliliğine neden olan unsurların neler olduğu, sağlık çalışanlarının itici ve çekici unsurların etkisinde kalarak kamudan özel sektöre geçiş kararının değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışmanın nc ve son bölümünde ise, “Türkiye’de Yurt içi sağlık personeli hareketliliğinin değerlendirilmesi”ne ilişkin hazırlanan anketin, araştırmanın evrenini oluşturan İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinden seçilen kamu, niversite ve özel hastanelerde çalışan 559 sağlık personeline uygulanması sonucunda elde edilen veriler, SPSS programı ile analiz edilmiştir. Ardından elde edilen bulgular, yapılan çalışmalarla karşılaştırılmış ve çıkan sonuçlar önerilerle desteklenerek belirtilmiştir.

Yapılan çalışmanın, gerek daha önce bu konuda yapılan çalışmaların yetersiz olmasından gerekse bu konuya ilişkin yeterli ilginin gösterilmemesinden dolayı, literatürdeki boşluğu doldurmak adına önemli olduğu düşünülmektedir. Bu konuya ilgi duyan araştırmacılara yol göstereceği mit edilmektedir.

I. BÖLÜM

GÖÇ OLGUSU BAĞLAMINDA YURT İÇİ HAREKETLİLİK

1.1. Göç Kavramına Genel Bakış

İnsanlar yüzyıllar boyunca daha iyi yaşam koşulları elde edebilmek adına bölgeler, ülkeler ve kıtalar arasında hareket etmişlerdir (Gökbayrak, 2009: 56). Kişiler aynı zamanda sosyal, politik, tarımsal, ekonomik ve iklim gibi değişkenlerin tehditlerinden kaçmak ve alternatif yaşam seçeneklerini görmek amacıyla da göç hareketini gerçekleştirmiştir (Carballo ve Mboup, 2005: 2). Bu hareketlilik gerek oluşum yönüyle gerekse nedenlerinden dolayı farklılık göstermekte ve kişilerin yaşamını büyük oranda değiştirmektedir.

Bu bölümde göç olgusunun tanımından hareketle; göç teorileri ve göçlerin çeşitleri literatürden derlenerek kısa ve öz bir şekilde ele alınmıştır.

1.1.1. Göç Olgusu ve Tanımları

Göç, uluslararası sınırları aşarak veya ulusal sınırlar içerisinde süresi, yapısı ve nedenini bağlamaksızın nüfusun yer değişimi (Çiçekli, 2009: 23) olarak tanımlanabilir. Bir diğer tanıma göre ise göç, asıl yerden varılmak istenen yöne doğru gerçekleştirilen hareketliliklerdir (Karpas, 2010: 71). Aynı zamanda göç, coğrafi mekân değiştirme sürecinin toplumsal, ekonomik, kültürel ve politik boyutlarıyla toplumun yapısını değiştiren nüfus hareketleridir (Bayhan, 1997: 85). Literatürde çok sayıda göç tanımına rastlanmakla birlikte, bu tanımların ortak noktasının kişilerin çeşitli nedenlerden dolayı bireysel ya da toplu olarak bir yerden başka bir yere hareketliliğinin olduğunu söylemek mümkündür. Taşçı (2009: 178)'ya göre ise, bu bir yerden başka bir yere hareket eylemi, göçün ekonomik, sosyal, kültürel, siyasi, coğrafi ve diğer açılardan ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Es ve Ateş (2004: 210) göç hareketinin çok yönlü bir karaktere sahip olmasından ileri gelen bu durumun, ülkelerin ve kentlerin nüfuslarının gelişmesini sağlayabileceği gibi, azalmasına da sebep olabileceğini belirtmiştir.

Göç, toplumsal değişmelere bağlı olarak nüfusun mekânda yeniden dağıtılması olarak da tanımlanabilir. Bu mekânsal değişikliklerin göç olarak adlandırılabilmesi için, etki oluşturacak kadar anlamlı bir uzaklık ve sürekliliğe sahip olması gerekmektedir (UNO Manual VI, 1970: 1). Etki oluşturacak kadar anlamlı bir uzaklık tanımı eksik görülmekte, fiziki mesafenin yanı sıra sosyal ve kültürel mesafenin de göz önünde bulundurulması

gerektiği iddia edilmektedir. Bununla ilgili olarak, şehrin gecekondu mahallesinden sosyo-ekonomik seviyesi daha yüksek bir semte taşınmak da kültürel boyutuyla bir göç niteliği taşımaktadır. Tabii ki göç en genel ifadesiyle bir nüfus hareketidir (Sağlam, 2006: 34). Aynı zamanda göç, daha yüksek bir yaşam beklentisine sahip birey ya da toplulukların yaşadıkları yerden kalıcı veya geçici olarak yeni yerleşim yerlerine gitmeye karar vermeleri olarak tanımlanabilir (Pazarlıoğlu, 2007: 121). Birey ya da toplulukların göç etme nedenlerine bağlı olarak gerçekleşen bu hareketin uzaklığı ve süresinin yanı sıra göç hareketinin gerçekleşebilmesi adına öncelikli olarak kişilerin kararlılığı etkili olacaktır.

1.1.2. Uluslararası Göç Olgusu

Küresel entegrasyonun katkı sağladığı insan hareketliliği olarak tanımlanabilen ve küresel değişim üzerinde etkisi her geçen gün artan uluslararası göç olgusu, özellikle 1945 yılından itibaren hızlanmıştır. Göç hareketliliği insanlık tarihinin erken dönemlerinden itibaren var olan bir olgudur ve küreselleşmeyle birlikte meta ve sermayenin dolaşımının hız kazanmasıyla insan hareketliliği uluslararası nitelik kazanmıştır (Castles ve Miller, 2008: 7).

Kişilerin ekonomik veya siyasi nedenlerle doğup büyüdüğü ülkeden farklı bir yere yerleşmesinin neden olduğu yüksek devingenlik yalnızca demografik yapıda değişikliğe sebep olmayarak, katıldığı toplumun dokusunda da yeni birleşmelere yol açmaktadır (Abadan-Unat, 2006: 309). Kişilerin hareketliliğinin hızlanması ve demokratikleşmesi ulusal dillerin oluşumuna öncülük ettiği gibi aynı zamanda ulusal kültürlerin de birleşmesini sağlamıştır (Dingwall, 1999: 139). Bu sayede, küreselleşmenin insan hareketliliğini uluslararası nitelikte etkilemesinin yanı sıra toplumun ruhunda oluşturduğu yeni kimliğe de öncülük ettiği söylenebilir.

1.1.3. Göç Teorileri

Göç akımlarının yaşanmasının asıl sebebi, ticaret ve endüstri merkezlerinde şüphesiz emeğin gerekliliğidir. Bu sebepten dolayı, ülkelerin bir kısmında var olmayan ya da yetersiz olan insan gücünün, nüfusu olması gerekenden fazla olan ülkelere sağlanması ve bu sayede eksik görülenin tamamlanması durumu “göç kanunları” olarak adlandırılan başlık altında incelenecektir. Bu kanunlar şöyledir (Ravenstein, 1885: 198-199);

1. Göçmenler, kısa mesafelerde hareket etmelerinin yanı sıra bu hareketliliğin sınırı, göçlerin büyük ticaret ve endüstri merkezleri doğrultusunda olmasıdır.

2. Göçmenler, gelişimi hız kazanmış bir mekânı doldurmak için harekete geçtiklerinde hedeflerine adım adım ilerlerler. Göç veren yerlerde oluşan boşluklar ise, başka merkezlerden gelen göçerler tarafından doldurulmaktadır.

3. Dağılım süreci bu emilimin tam tersidir ve benzer özellikler gösterir.

4. Her göç akımı, diğerini telafi eden karşı bir akım oluşturur.

5. Göçmenler, genellikle büyük ticaret ve endüstri merkezlerini tercih ederek uzun mesafelerde hareket ederler.

6. Kırsal kesimde yaşayanların göç etme eğilimleri diğer yerlerde yaşayanlara göre daha fazladır.

7. Kadınlar, erkeklere göre daha fazla göç ederler.

1885 yılında Ravestein'in göç olgusu üzerine yazdığı ilk açıklayıcı bilgi niteliği taşıyan "The Laws of Migration", modern göç teorilerine temel oluşturmaktadır (Corbett, 2003: 1). 19. yüzyıl İngiliz iç göçlerinden hareketle oluşturulmuş olan bu göç kanunlarının yedi hipotezden oluştuğu bilinmektedir. Oluşturulan hipotezlere paralel olarak, daha sonra yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar benzerlik göstermiştir. Özellikle, 1850'lerden sonralara kadar, uzun mesafeli göçlerin hâkim olduğu, ancak daha sonraları göç hareketliliğinin kısa mesafelerde gerçekleştiği sonucuna varılmıştır. Ulaşılmak istenen hedefe adım adım ilerlendiği hipotezi her ne kadar test edilmemiş olsa da, göçlerin yönünün kırsal kesimden kentlere doğru olduğu yönündeki madde onaylanmıştır (Grigg, 1977: 41).

Göç teorileri, göç hareketinin nedenleri, nitelikleri, gelişim aşamaları, olumlu ya da olumsuz etkileri ve sonuçları benzer alınarak oluşturulmuştur. Bir diğer ifadeyle hem yaşanan hem de göç edilen ülke, bölge veya kentin itici-çekici unsurları dikkate alınarak formüle edilmiştir (Çakır, 2011: 135). Literatürde geçen ve bu çalışmada incelenecek olan göç teorileri; ekonomik göç teorileri, tarihsel-yapısalcı yaklaşım, göç sistemleri ve ilişkiler ağı (Network) teorisi olup, ekonomik göç teorilerinin alt başlığı olarak ele alınacak olan, neo-klasik yaklaşım ve itici-çekici güçler yaklaşımlarına da değinilecektir.

1.1.3.1. Ekonomik Göç Teorileri

Göç olgusunun yalnızca analize dayalı olarak açıklanacağını düşünen sosyolojik teorilerden farklı olarak, ekonomik göç teorileri uluslararası emek göçüne odaklanmıştır. Bu teoriler, maaşlar ve ülkeler içinde iş bulma piyasasındaki farklılıkları uluslararası faktörler olarak nitelendirmekte ve göç hareketinin esas sebebini, işgücü arzında yaşanan coğrafi farklılıklardan dolayı, işgücü ücretlerinin ülkeler bazında farklılaşması temelinde hareketliliğin ücretlerin yüksek olduğu ülkelere doğru gerçekleşeceği tezini savunmaktadır (Sert, 2012: 32; Abadan-Unat, 2006: 22). Bu durum teorinin temel kavramı olan “insan sermayesi”ni arttırmakta ve dolayısıyla kişilerin gidecekleri ülkede kazanmayı umdukları yüksek ücretlerin göç sırasında maruz kalacakları maliyetten daha yüksek olması kaydıyla pozitif net bir kazanç elde edilmesine imkân sağlamaktadır (Chiswick, 1999: 181). Kişilerin yüksek gelir elde etmek ve refah seviyelerini yükseltmek adına göçü gerçekleştirmiş oldukları düşüncesinden hareketle oluşturulan bu teoriye göre, hedefe varma esnasında yüklenilecek olan maliyet, vardıktan sonra elde edilmesi umut edilenden her zaman daha düşüktür. Nitekim kişilerin göç kararı almalarının arkasında yatan bu neden, ulaşılmak istenen sonuç açısından önem taşıyacaktır.

Bu çalışmada ekonomik göç teorilerine neo-klasik yaklaşım başlığı altında kısaca değinilecektir. Detaylı ele alınmasının yapılan çalışmanın amacına hizmet etmemesi bakımından göz ardı edileceğini belirterek mikro ve makro temelde neo-klasik kuramın ifade ettiği şey açıklanmaya çalışılacaktır.

1.1.3.1.1. Neo-Klasik Yaklaşım

Ekonomik göç teorilerinden olan neo-klasik yaklaşım, yüksek niteliğe sahip kişilerin diğer fiziki sermaye hareketlerinde olduğu gibi daha yüksek kazanç sağladıkları bölge ve ülkelere hareketliliğini temel almaktadır. Ülkedeki yapısal işgücü talep-arz açıklarından ileri gelmekte olan bu durum gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında gelir farklılığına neden olmasının yanı sıra farklı gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerde yaşayan kişilerin marjinal getiri ve verimliliğini de etkilemektedir (Güngör, 2010: 2; Sert, 2012: 33; Abadan Unat, 2006: 22). Aynı zamanda neo-klasik yaklaşımın üzerinde durduğu bir diğer konu, uluslararası göç akımlarının, hedef ülkelerin sınırlayıcı göç kontrol sistemlerine sahip olmaları nedeniyle hedef ülkelerin talebi doğrultusunda belirlenmesidir (Straubhaar, 1986: 835). Bu durum gerektiği ölçüde emeğin talep edilmesiyle, sermaye oranlarının azalışına fırsat vermemeyi ve bu sayede kâr maksimizasyonu sağlamayı

amaçlamaktadır (Lewis, 1954: 147-148). Söz konusu teoriye göre, insan sermayesinin hareketliliği her ne kadar kişilerin karar mekanizmasına bağlı olarak işliyor gibi gözükse de ekonomik anlamda dengenin sağlanması gerek talep edenler gerekse oluşan dezavantajlı durum neticesinde mümkün olmamaktadır.

Ekonomik göç teorilerinden olan ve işgücü piyasaları üzerine odaklanan neo-klasik makroekonomik teoriye göre, göç hareketinin kökeni ve varış yeri arasında oluşan emeğin ücret farklılığı esas değişkeni oluşturmaktadır. Neo-klasik mikro ekonomik teori de, makroekonomik teoride olduğu gibi işgücü piyasalarına odaklanmakla beraber, insanların göçe karar verme sürecinde fayda-maliyet analizi yaptığını savunmaktadır. Bu analiz sürecinde kişisel özelliklerin (eğitim, tecrübe, dil becerisi) yanı sıra ücret, maliyet gibi konular da değerlendirilmektedir (European Commission, 2000: 3-4).

1.1.3.1.2. İtici ve Çekici Güçler Yaklaşımı

Bireylerin göç kararı almalarının altında yatan nedenlere ilişkin yaklaşımlardan en yaygın olanı itici ve çekici güçler yaklaşımıdır (Aşkın vd., 2013: 233). Bu yaklaşıma göre kişileri iten ve çeken faktörler kapsamında göç kararı almalarında etkili olan sebepler, bu kuramı açıklamada çoğu kişinin ilham aldığı Ravenstein'in göç kuramları çerçevesinde açıklanmaktadır.

Lee (1966)'ye göre, kişilerin göç kararı almasında etkili olan faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- Yaşanan yerle ilgili faktörler,
- Varış yerine ilişkin faktörler,
- Kişilerin karşılaştıkları engeller,
- Bireysel faktörler.

Bu faktörlerle ilgili, her yerleşim yerinde kişileri oraya çeken ve oradan iten sayısız unsur bulunmaktadır. Bireyler arasındaki farklılıklardan dolayı bu unsurların itici veyahut çekici olarak nitelendirilmesi de değişecektir. Burada esas belirleyici olan unsur, kişilerin göç kararı almadan önce onları harekete geçirecek faktörlerin neler olduğudur (Lee, 1966: 50). 2002 yılında yapılan bir çalışmaya göre, iç göç hareketlerinde emeğin varış yerindeki çekim faktörünün üretimden çok devlet hizmetlerine duyarlı olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Çiftçi, 2010: 285).

İtme-çekme modelini destekleyen ve müdahil fırsatlar olarak adlandırılan sosyolojik teoriye göre, kişilerin ulaşmak istedikleri hedefe doğru göç hareketlerinin sayısı ile bu hedefteki fırsatların sayısının doğru orantılı olduğu, müdahil fırsatların sayısı ile ters orantı içerisinde olduğu ileri sürülmüştür (Stouffer, 1940: 847). Kişilerin bir yerden göç etme girişiminde bulunmaları veya istekli olmaları durumunun ortaya çıkmasında, varılacak hedefe yönelimi sağlayan fırsatların bulunmasından ileri geldiğini söylemek mümkündür.

Göç akımlarının başlamasında bir diğer etkili olan unsur ise, arz-talep ilişkisi çerçevesinde emeğin alıcı bölgelere doğru hareketliliği sonucunda gerçekleşmiş olmasıdır. Alıcı ekonomilerin belirlemiş olduğu bu süreçte iten faktörlerden çeken faktörlere doğru değişiklik yaşanması söz konusu olabilmektedir (Portes ve Rumbaut, 2014: 49).

1.1.3.2. Tarihsel-Yapısalcı Yaklaşım

Uluslararası göçü açıklamaya yönelik ortaya çıkan tarihsel-yapısalcı yaklaşım, entelektüel temellerini Marksist ekonomi ve dünya sistemi üzerine kurmaktadır. 19. yüzyılda Marx'ın öğretilerinden olan işçi sınıfının gücünün artmaya başladığı fikri ekonomik teoride göz ardı edilmiş, ancak tarihsel-yapısalcı yaklaşımda klasik geleneğin bu özelliği yeniden üretilmiştir. Eşitsiz ekonomik ve siyasal güç dağılımına vurgu yapmakla beraber, göç eylemini sermaye için ucuz bir emek hareketi olarak görmektedir. Bu yaklaşım yatırım ve ticaret işlemlerinin fakir ülkelerin kaynaklarının sömürülmesine imkân verecek şekilde gerçekleştirilmesini desteklemektedir (Cohen, 2006: 160). Sermayenin kitlesel emek gücü arayışı içerisinde olduğu ve bu ihtiyacını gelişimini henüz tamamlayamamış çevrelerden karşıladığı bilinmektedir (Castles ve Miller, 2008: 35). Literatür incelendiğinde bu yaklaşım bazı kaynaklarda merkez-çevre kuramı, bağımlılık kuramı ya da dünya sistemleri kuramı olarak da geçmekte olup, konu bütünlüğü itibarıyla herhangi bir farklılık bulunmamaktadır.

Immanuel Wallerstein'in ortaya koyduğu merkez- çevre kuramına (Carlos, 2001: 1) göre; merkez ve çevre ülkeler kapitalist sistem içerisinde birbirlerinin gelişimini desteklemekte ve merkez ülkelerin çevre ülkelerden sağladığı menfaatler neticesinde bağımlılık ilişkisi hız kazanmaktadır. Bu gelişim, merkez ülkelerin kapitalist gelişimi için kurulmakta olan bu bağımlılık ilişkisi, çevre ülkelerin ihtiyaçlarının karşılanması itibarıyla de önem taşımaktadır. Daha net bir şekilde ifade etmek gerekirse, bu yaklaşımın modern dünyadaki temel işleyişi, kapitalizm ve ulus-devlet temellidir (Çağlayan, 2006: 79-80). Bu

kuramın çıkış noktası olan göçlerin gerçekleşmesinde sömürgecilikle bağlantılı olabilecek bir yapı mevcuttur. Kapitalist merkez ülkeler sızmaya başladıkları çevre ülkelerde uluslararası nitelikte bir hareketliliğe sebep olurlar. Bu durum yeni sistem içerisinde kendine yer bulma çabasında olan bireyin ücretli emeğe dayalı sınai yöntemlerin olduğu bölgeler arasında hareketliliğini artıracaktır. Oluşan döngüde mallar ve sermayeler bir yöne doğru, insanlar ise aksi yöne doğru hareket edecektir (Abadan Unat, 2006: 31-32). Bu sayede sanayileşmiş merkez ülkeler, çevre ülkelerin özellikle beyin göçü ve işgücünü sömürmekte, asimetrik bir bağımlılık ilişkisinin oluşmasına neden olmaktadır (Vural, 2007: 15).

1.1.3.3. Göç Sistemleri ve İlişkiler Ağı (Network) Teorisi

Göç sistemleri teorisi, ülkelerin belirli bir göç sistemi üzerinde oldukları düşüncesinden hareketle, coğrafi olarak birbirlerine yakın olmalarının aksine ekonomik ve siyasal ilişkilerinin ön planda tutulması gerektiği fikri üzerine oluşturulmuştur (Abadan-Unat, 2006: 38-39; Çağlayan, 2006: 82). Bu teoriye göre, bölgesel ve ulusal varlıklar arasında bilgi, hizmet ve malların değişiminin hesaba katılmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Yasal olmayan göçlerin gerçekleşme yollarının tespiti için bilgisayar ağlarından geri dönütün önemine dikkat çekmekte ve göçün teşvikiyle birlikte ortaya çıkan bu trendin, hedef ülkelerin sınırlayıcı politikalarıyla çatıştığı görülmektedir (Coleman, 1993: 231). Aynı göç sistemine dâhil olan ülkelerin ekonomik, sosyal, siyasi ve güvenlik ekseninde birbirlerini destekleyerek hareketliliğini ulus-devlet temelinde uyumlu hale getirmeyi amaçlamaktadır.

Göç sistemleri yaklaşımına göre, herhangi bir göç hareketinin ortaya çıkışı makro ve mikro yapıların etkileşimi sonucunda olmaktadır. Makro yapılar, büyük ölçekli kurumsal yapıları işaret ederken, mikro yapılar uygulamalara ve göçmenlerin kendi düşüncelerine dayanır. Makro ve mikro yapılar göç sürecinde birbirlerine karışarak aralarında net bir ayrıma varılamamaktadır (Castles ve Miller, 2008: 37- 39). Gönderen ülkeler ile hedef ülkeler arasındaki farklılıklar birbirlerinin içinde eriyerek göçe uyumlu bir hal almaktadır.

İlişkiler ağı kuramı, uluslararası göçün zaman ve mekân gibi birçok nedenden etkilenecek ortaya çıktığını ve sürdürülebilirliğini artırdığını ileri sürmektedir. Göç hareketinin sınırsız bir şekilde sürdürülmesinin altında yatan neden, yabancı bir ülkeye giden göçmenleri izleyerek bir ilişkiler ağı oluşturan yeni göçmenlerin gerek soydaşlık ve

dostluk esasına dayanarak destek görmeleri gerekse bu sayede göç maliyetlerini azaltmalarıdır (Abadan-Unat, 2006: 34-35). 1990'lı yıllarda Massey'in ortaya koyduğu bu kurama göre, göç hareketleri şebeke organizasyonlarına benzetilmiştir (IOM, 2003: 14). Nasıl ki şebeke organizasyonlarının rekabet güçlerini sürdürebilmeleri için toplumsal, ekonomik ve teknolojik gelişmeleri takip ederek yapılanmaları gerekliyse, kişilerin de kendi menfaatleri doğrultusunda gelişmelere ayak uydurmaları gerekmektedir. Göç hareketinde de kişilerin gelişmelere adaptasyonu için, aralarında iletişimin bulunduğu (aile, akrabalık, dostluk vb.) çevrelerce destek görmesi yani bir tür şebeke organizasyonu oluşturmaları gerekmektedir. Abadan-Unat (2006: 35)'a göre, ilişki ağları göçmene yalnızca destek vermekle kalmayıp, aynı zamanda toplumsal rollerin yeniden üretimini sağlamaktadır. Mines ve Janvry (1982: 444)'nin yaptığı çalışmaya göre, göç hareketinin ampirik olarak test edilmesi sonucunda, Meksika'dan ABD'ye doğru gerçekleştirilen göç hareketlerinde sosyal ağların ne derece önemli olduğu görülmüştür.

1.1.4. Göç Çeşitleri

Göçler gerek demografik, ekonomik ve toplumsal yapıyı değiştirmesi itibariyle gerekse kişilerin kol emeği ile çalışan, yüksek donanımına sahip uzman, girişimci veya önceki göçmenlerin aile bireylerini içermesi yönünden çeşitli biçimlere sahiptir (Castles ve Miller, 2008: 7). Kaynak ve hedef ülkelerin niteliğine bağlı olarak değişen bu durum esasen göç hareketliliğinin de yönünü belirleyecektir. Yapılan literatür araştırmasında göç çeşitleri; oluşum, sınır ve nitelik esasına dayalı olarak incelenmiştir. Yapılan çalışmada da göç olgusunu anlayabilmek adına göç çeşitlerine bu başlıklar altında kısaca değinilecektir.

1.1.4.1. Göçe Karar Verme Açısından Göçler

Göç olgusu özü itibariyle yalnızca bir sınır geçme hareketi olmayıp, gerek göç edenlerin birbirlerinden farklılık göstermesi, gerek göç hareketinin farklı nedenlerden dolayı gerçekleşmesi, gerekse hareketliliğin farklı bağlamlarda meydana gelmesi durumu göz önünde bulundurularak açıklanması göç olgusunun doğru bir şekilde tanımlanmasını kolaylaştıracaktır (Kümbetoğlu, 2012: 49). Göç hareketliliğine katılacak olan kişilerin, bu karara varmalarında etkili olan unsurların neler olduğu ve hangi şartlar altında bu karara varacaklarının belirlenmesinin önemi göçün yalnızca bir sınır geçme hareketi olmasının ötesinde bir derinliğe sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde göçe karar verme

açısından göçlerin sınıflandırılması; zorunlu göç ve gönüllü göç olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

1.1.4.1.1. Zorunlu Göç

İnsanların hayatta kalabilmek amacıyla doğal afetler, çatışma, kıtlık, salgın hastalık ve etnik baskıların yanı sıra toplumsal, ekonomik ve politik sebeplerden dolayı topluca yer değiştirmesi anlamına gelen zorunlu göç, sığınmacı, mülteci ve yerinden edilmiş insanları kapsar (Öner, 2012: 17). 2011 yılında Suriye'deki çatışmalardan kaçarak Türkiye'ye göç eden mültecilerin gerçekleştirmiş olduğu göç türü zorunlu göç olarak değerlendirilebilir.

Kişilerin içinde bulundukları yaşam koşulları sebebiyle bir bölgeden diğerine göç etmeleri olarak tanımlanan zorunlu göç kararının alınmasında iten ve çeken faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (Gündüz ve Yetim, 1997: 110). Ancak savaşlar ve bir dizi ülke içindeki kargaşadan kaynaklı faktörler, iç göç olgusunun yalnızca itici ve çekici güçler yaklaşımı çerçevesinde ele alınamayacağını, daha çok son dönemde kullanımı artan bir olgu olarak “ülke içinde yerinden edilme” olgusunun bu durumu karşılayacağını göstermektedir (Kaya vd., 2009: 4). Dolayısıyla iç göç hareketliliği kapsamında değerlendirilen zorunlu göç olgusunun mukabili sayılabilecek bir olgu olan yerinden edilme olgusu kullanılmaktadır. Göç etme kararına varılmasının zorunlu olduğu bir durumda kişilerin iten ve çeken faktörlerin etkisi altında kalmasının durum itibarıyla pek de mümkün olmayacağı gerek göçün yapısı gerekse kişilerin o anki ruh halleriyle doğrudan ilişkilendirilebilir. Keser (2011)'e göre zorunlu göçlerin nedenleri çok sayıda olmakla birlikte şiddet/çatışma nedenli olarak ortaya çıkan kan davası ve benzeri göçler, büyük çaplı inşaat faaliyetleri sebebiyle kişilerin yerlerinden edilmesi, göç ettirmek için zor kullanma olarak sıralanabilir. Bunların diğer zorunlu göç sebeplerinden farklılığı ise, kişilerin yaşam alanlarından zorla göç ettirilmeleri ya da göç etmek zorunda kalmalarından ileri gelmektedir (Keser, 2011: 11). Bu bağlamda göçün nedenleri itibarıyla değerlendirildiğinde konunun itici-çekici faktörlerle bütünleştirilmesinin mümkün olmayacağı daha net bir şekilde görülecektir.

1.1.4.1.2. Gönüllü Göç

Göç hareketine katılan kişilerin göç kararını kendi iradeleri doğrultusunda almaları sonucunda ortaya çıkan gönüllü göçler (Üner, 1972: 81) çoğunlukla ekonomik

nedenlerden dolayı (Şen, 2010: 9) gerçekleşmektedir. Kişilerin daha iyi ve kaliteli bir yaşam sürmek, daha iyi bir eğitim almak, sağlık imkânlarından daha fazla yararlanmak bu tür göçlerin diğer nedenlerini oluşturur (Koçak ve Terzi, 2012: 171). Bir diğer kaynağa göre ise ırksal ayrımlar ve dinsel baskılardan uzaklaşmak amacıyla da gönüllü göçlerin gerçekleştirildiği belirtilmiştir (Tezcan, 1985: 178).

Gönüllülük esasına dayanan göçler, bireylerin iradesine bağlı olarak gelişen ve kişilerin kendi ekonomik, sosyal ve kültürel menfaatlerini korumak ya da daha yüksek seviyede menfaat sağlamak amacıyla yapmış oldukları göçlerdir. Diğer bir ifadeyle bu tür göçler, kişilerin içinde bulundukları durumun ulaşmak istedikleri menfaatler için yetersiz olmasından kaynaklandığı da söylenebilir.

1.1.4.2. Ülke Sınırları Esasına Göre Göç Çeşitleri

Göçler, ulusal sınırlar çerçevesinde ele alındığında, sebepleri her ne kadar benzerlik göstermiş olsa da birbirinden farklı sonuçlara sahip olabilmektedir. Ulusal sınırlar bağlamında yapılan iç ve dış göçler, gerek yapı itibariyle gerekse kurallar bütünlüğü açısından farklılıklar gösterir. Dış göçlerde, uluslararası kurallar ve çeşitli sınırlılıklar söz konusu olurken, iç göçler nispeten daha kolay, esnek dönüş ve aile birleşimine sahip göçlerdir (Sağırlı, 2006: 14). Bu iki tür göç arasında belirtilmesi gereken bir diğer ayrım, göç alan ve veren yerler arasındaki fiziksel, kültürel ve ekonomik “uzaklık”, bir diğeri ise göç edenlerin uyum sorunları olmaktadır (İçduygu ve Sirkeci, 1999: 250). İç göçlerin esnek bir yapıya sahip olmasından dolayı uyum sorunlarının çok fazla yaşanmadığı söylenebilir. Ancak yapısal olarak iç göçlerden farklılık gösteren dış göçler için aynı durum söz konusu olmamaktadır. Ülke sınırları esasına göre göçler farklılıklara sahip olmasının yanı sıra araştırma konusunun daha iyi kavranabilmesi amacıyla ayrı başlıklar altında incelenmesi gerekli görülmektedir.

1.1.4.2.1. İç Göç

İç göç, Türkiye’nin 1950’li yıllardan itibaren hızlı bir toplumsal dönüşüm sürecine girmesiyle ifade edilen bir olgudur (Kurban vd., 2006: 15). Nüfus kesiminin doğdukları yer ile en son ikamet ettikleri yer arasındaki fark, bu nüfusun yurt içi göçlerini gösterir (Başol, 1994: 99). Daha genel bir ifadeyle iç göç; bir ülke içinde bölge, kent, kasaba ve köy gibi bir yerden diğerine yerleşmek maksadıyla yapılan nüfus hareketliliği (Üner, 1972: 78) olmakla beraber genel göç ilkeleriyle benzerlik taşımaktadır (Demir,

2008: 21). Bu tür nüfus hareketlerinin oluşumu; kırdan kente, kentten kente, kırdan kıra, kentten kıra şeklinde de ifade edilmektedir (İslamoğlu vd., 2013: 49).

İç göç, eşitsiz gelişmenin ortaya çıkardığı az gelişmiş yerlerden gelişmiş yerlere doğru yapılan ve toplumsal değişimin başlangıcını oluşturan bir dönüşümdür. İç göç ekonomik, toplumsal ve siyasal değişikliklerden etkilenmesinin yanı sıra pek çok alanda değişiklikler meydana getirmektedir (İçduygu ve Ünal, 1998: 41-42). Dolayısıyla toplumsal dönüşümün hız kazandığı göç olgusu, aynı zamanda çıktılarının mahiyeti açısından kendisi de büyük bir dönüşüme sebep olacaktır. Bu neden-sonuç ilişkisi içinde gerçekleşen iç göç hareketinin dönüşüme hız kazandırması da beklenmektedir.

Günümüzde iç göç, belli bir zaman dilimi içinde yaşadıkları yerleşim alanlarını, kendi iradeleriyle o yerleşim alanları dışına taşıyanların miktarı olarak tanımlanabilmektedir. Bu tanımda üzerinde durulması gereken iki önemli husus bulunmaktadır: Birincisi, yaşam alanını değiştirmekten kastın ne olduğu, ikincisi ise zamanda ve mekanda yapılan toplulaştırmanın kişilerin yeni bir topluluğa girmesindeki uyum sorunlarını göz ardı etmesi sorunsalı ile ilgilidir (İçduygu vd., 1998: 9-10). Bu anlamda üzerinde mutabık kalınamamış ve iç göç olgusu çalışmalarını güçleştiren diğer etmenler; alan, yaşanan yer, zaman ve çalışma durumu konusunda olmuştur. Ülkelerin keyfi olarak belirlenen kriterler doğrultusunda alanlara ayrılmış olmasının göç olgusunu tanımlamada sıkıntı oluşturacağı tartışılmaktadır. İkamet edilen yer açısından ise, kişilerin kısa-uzun dönemli ve sürekli göçerlik durumunun devam etmesinin göç niteliği taşıyıp taşıyamamalarında belirsizlik oluşturmaktadır. Göç tanımı kapsamında değerlendirmeye alınabilmek için hangi süreler kapsamında bir yerde kalındığı da yine aynı şekilde önemlidir. Çalışılan yer ile ikamet edilen yerin göç tanımındaki belirsizliği de tartışmaya açık ve üzerinde herhangi bir fikir birliğine varılamamış konular arasında görülmektedir (Özcan, 1998: 78-81; İçduygu ve Ünal, 1998: 45). Dolayısıyla iç göç üzerine ikilemin özellikle coğrafi anlamda yaşam alanı değiştirmek kastından farazi olarak belirlenmiş kriterlerin yetersiz oluşundan kaynaklandığı iddia edilmektedir. Yaşanan yer ve ikamet edilen yerin farklılığından ileri gelen bir diğer tartışmaya göre mekân önem kazanmaktadır. Ayrıca iç göç tanımı kapsamında değerlendirilen kişilerin yaşadıkları uyum sorununa ilişkin tartışmaların yetersiz olduğu da dikkati çekmektedir. Ünal (1998: 91) yapmış olduğu tanımda iç göç hareketinin mesafe boyutuna zaman ve daimilik boyutunu da ekleyerek konuya açıklık getirmeye çalışmıştır.

1.1.4.2.2. Dış Göç

Dış göç, uzun süre kalmak, çalışmak veya yerleşmek maksadıyla bir ülke sınırlarını hem kalıcı hem de geçici olmak üzere her iki yönden aşarak yapılan nüfus hareketleridir (Üner, 1972: 77). Bu tür göçler, uluslararası göç olarak da nitelendirilmektedir. Küreselleşmeyle birlikte ulaşım ve iletişim alanındaki gelişmeler göçmenlerin dolaşımlarını ve bilgi alışverişini kolaylaştırırken, uluslararası göçün oluşumlarından biri olan düzensiz göç ya da sığınmacı göçün ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Yılmaz, 2014: 1689).

Dış göç, 1950’li yıllardan itibaren değişik aşamalardan geçmiştir. 1950’li yıllarda yurtdışına çıkan işçiler küçük gruplar halinde ve stajyer vasfıyla ismen çağrılmışlardır. İkinci aşama olan 1960’lı yıllarda Türk dış göçü önemli bir yapısal değişiklik geçirmiştir. 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1962-1967) ile birlikte artan işgücü ihracatı bir hedef haline gelmiştir. Konuk işçi olarak nitelendirilen göçmenlerin, 1970’li yıllarda kalıcı oldukları kabul edilmiş ve bazı haklar elde etmişlerdir. 1980-90’lı yıllarda, göçmen haklarının ihlâl edilmesinden dolayı kamuoyu oluşturma çabalarının olduğu görülmektedir (Abadan Unat, 2007: 3-10). Bu anlamda daha net bir ifadeyle Türkiye’nin dış göç olgusuyla karşılaşmasının 1960 yılını takip eden yıllarda gerçekleştiğini, hareketliliğin ise 1970’lerden sonra hız kazandığını söylemek mümkündür (Durugönül, 1997: 97). 19. yüzyıla gelindiğinde ise, ekonomide liberal düşüncenin desteklenmesiyle beraber kişilerin çıkarları ile toplumun çıkarlarının çatışmadığı bir ortam oluşmuş, bu durum ekonomik yönelimli dış göçleri hızlandırmıştır (Kutlu, 1992: 7).

Türkiye geçmişten günümüze pek çok karmaşık göç sürecine tanık olmuştur. Bu dış göçlerin oluşumu, gelişmiş ülkelerdeki kişilerin tarım ve sanayi sektörlerinden ziyade hizmet sektörüne olan yoğunluğunun artmasıyla ve bu sayede tarım ve sanayi sektörünün ihtiyacı karşılayacak kişilere olan ihtiyacından ileri gelmiştir. Bu ihtiyacın giderilebilmesi için gelişmiş ülkeler, öncelikli olarak vasıfsız eleman alarak boşluğu kapatmaya çalışmışlar daha sonra ise bu durum yetişmiş ya da eğitilmiş kişilere doğru kaymıştır. Bu bağlamda dış göç alan ülkelerin iki tür davranışta bulunduğu söylenebilir. Bunlardan ilki göçmen kabulü şeklinde ikincisi ise işgücü kabulü şeklindedir (Sağırlı, 2006: 15). Gelişmekte olan ülkelerde yeterli işgücü alanlarının oluşturulamamasından kaynaklanan istihdam sıkıntısı da yurtdışına işçi gönderimiyle kapatılmaya çalışılmıştır (İçduygu vd., 1998: 217). Dış göçlere örnek olan bu tür işçi göçlerinin, daha çok ekonomik nedenlerden

kaynaklanmasının yanı sıra dış göçlerin oluşumunun talep-arz ekseninde işlerlik kazandığı ve çıktıları itibarıyla hem gönderen hem de alıcı ülkelerin menfaatlerine hizmet ettiği söylenebilir.

Göç olgusunun sınıflandırılmasında, özellikle ulusal sınırlar içindeki göç (iç göç) ve uluslararası göç (dış göç) arasında yapısal benzerliklerin olmasının yanı sıra belirtilmesi gereken ayrımlar da vardır. Göç veren ve alan yerler arasındaki "uzaklık" (yalnızca fiziksel değil kültürel ve ekonomik uzaklık); siyasal anlamda göç hareketinin kontrolünün daha belirgin olması ve göç edenlerin uyum sorunlarının farklı düzeylerde olması, dışgöçü içgöçten ayıran önemli yönlerdir (İçduygu ve Sirkeci, 1999: 250). Dolayısıyla dış göçü iç göç olgusundan farklı kılan özelliklerden ilki, birçok alanda mesafenin bulunmasının yanı sıra göç hareketinin gerçekleşmesinin siyasiler tarafından kontrol altına alınması ve belirginleşen uyum sorunlarının göçün niteliğine göre değişiklik göstermesinden kaynaklanmaktadır. Castles ve Miller (2008: 5)'e göre, uluslararası göçler geçmiş dönemlerden beri devletleri ve toplumları şekillendirmesinin yanı sıra son yıllarda küresel kapsamı, yerel ve uluslararası politikadaki merkeziyeti, muazzam ekonomik ve politik sonuçları itibarıyla niteliğinde değişiklikler geçirmiştir. Bu durum hükümetin göç süreçlerini kontrol altına almasının yanında insan yaşamının hızlı bir şekilde dönüşümü ile sonuçlanmıştır.

1.1.4.3. Nitelik Esasına Göre Göç Çeşitleri

Göç olgusunun nitelik esasına göre sınıflandırılması literatürde iki başlık altında toplanmaktadır: İşgücü göçü ve emek göçü. Vasıfsız işçilerin yurt içi ya da yurt dışına hareketliliği işgücü göçü olarak nitelendirilirken, kalifiye ya da diğer bir deyişle yüksek nitelikli uzman kişilerin yurt içi ya da yurt dışına hareketliliği emek göçü olarak adlandırılmaktadır. Bu göç türleri alt başlıklar halinde incelenecektir.

1.1.4.3.1. İşgücü Göçü

Topraktan uzaklaşan çok sayıda köylünün kentlere gelerek tarım dışı sektörlerde yaşamlarını kazanma çabası içine girmesi sürecine işgücü göçü denir. Sürecin en önemli özelliği kırla bağlarını koparmamış ancak kentte enformel/marjinal sektörde geçici işlerde çalışan veyahut sanayi sektöründen işçiliğe geçiş yapmaya çalışan bir işçi kitlesinin ortaya çıkışıdır (İçduygu vd., 1998: 211). Bu durumun ortaya çıkmasındaki en önemli neden, kişilerin bulundukları çevre ve imkânlardan tatmin olmamalarıdır (Ören, 2013: 45).

Ülke içindeki işgücünün dışarıya uzantısı olarak görülebilecek uluslararası işgücü hareketleri ülke nüfusunda olduğu kadar sosyal ve kültürel yapıda da değişikliklere sebep olan bir unsurdur. Bu sayede aktif nüfusun ülkeler arasındaki değişimi işgücü hareketliliğini demografik olarak etkileyecektir (Börtücene, 1967: 1-3). Yapılan çalışmalara göre değişimin yaşandığı bir diğer unsur “ekonomi” olup, uluslararası nitelikte işgücü göçlerini iktisadi rasyonalite yaklaşımı çerçevesinde açıklayarak, kişilerin yüksek gelir elde etme arzularıyla aynı doğrultuda göç eğilimi gösterdikleri tespit edilmiştir (Sjaastad, 1962: 80). Bu durum işgücü alan ve veren ülkeler arasındaki ekonomik gelişme eşitsizliğinden kaynaklanmaktadır (Aldoğan, 1978: 144).

Batı’da endüstrileşme hareketiyle birlikte işgücü ihtiyacı ortaya çıkmış ve bu ihtiyacın karşılanması adına gelişmemiş ülkelere ucuz işgücü temin edilmeye çalışılmıştır (Yılmaz, 2014: 1685). Uluslararası nitelikte işgücü göçleri talebinin özellikle gelişmiş ülkelerde artış göstermesinin nedeni ise, yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak ihtiyaç duyulan işgücünün kıt olması ve sosyal güvenlik sistemlerinde ortaya çıkan sorunlardır (OECD, 2003: 106). Bu emek gücü ihtiyacının karşılanması adına yürütülen yasadışı yollar esas mücadele konusunu oluşturmakta, durumun menfaat temeli üzerine oturtulması göz ardı edilmektedir (Akpınar, 2011: 209).

1.1.4.3.2. Beyin Göçü

El emeği yerine ihtisaslaşmış fikir emeğini kullananların uluslararası hareketliliği beyin göçü olarak nitelendirilmektedir (Erkal, 1980: 73). İnsanların gerekli eğitimini alıp, yetiştiği ülkeden kalıcı veya bir süreliğine daha gelişmiş bir ülkeye doğru gerçekleştirmiş oldukları bu hareketlilik, gelişmekte olan ülkeler için sosyal, ekonomik ve kültürel kaynak kaybı anlamına gelmektedir (Şahinöz, 1982: 49). Bu kayıp, insan gücü kaynaklarına yapılan yatırımlarda isabetsiz bir seçime işaret eder ve nitelikli insan gücünün israfı anlamına gelir (Kurtuluş, 1999: XVI). Gelişmiş ülkeler bu durumu avantaja dönüştürebilmek adına yüksek nitelikli işgücü ve işadamlarını ülkelerine çekebilecek özel programlar oluşturmaktadır (Abadan-Unat, 2006: 351). Bu derece önem arz eden bir konunun güncellenmesi ise 1960 yılı itibarıyla gerçekleşmiştir (Sağırlı, 2006: 25). Yüksek niteliğe sahip uzmanlaşmış kişilerin, gelişmiş ülkelerin kendilerine sunduğu fırsatları değerlendirmek amacıyla gerçekleştirmiş oldukları göç hareketi, hedef ülkenin menfaatlerine hizmet etmekte iken, kaynak ülkenin kaynaklarının sömürülmesine sebep olmaktadır.

1.2. TÜRKİYE’DE İÇ GÖÇ OLGUSU

Uluslararası gelişmeler, sosyo-ekonomik, siyasi ve doğal faktörler, kırsal ve kentsel yerleşim yeri tercihleri arasındaki farklardan kaynaklanan nüfus hareketleri olarak nitelendirilen iç göçler (Murat, 2007: 96- 97) Türkiye’de özellikle 1950’li yıllardan itibaren görülmeye başlanmıştır ve hem bugünkü nüfus yapısını hem de nüfusun ülke içerisinde dağılımını belirlemesi açısından son derece önemlidir (Başel, 2009: 366). Toplumun hızlı bir kapitalistleşme sürecine girmesi, sanayileşme ve tarımda makineleşme sonucunda toprak dağılımındaki dengesizliklerden dolayı kırsal kesimden büyük kentlere göç hareketi başlamış ve dolayısıyla bu durum yerleşim yeri tercihinin etkilemiştir. Ülke içerisindeki iç göç hareketliliğinin daha çok gelişmemiş bölgelerden görece daha iyi yaşam koşullarına sahip bölgelere doğru olduğu görülmektedir (Durugönül, 1997: 97). Bu durum 1980 sonrası dönemde hızlanmış ve beraberinde göç alan ve veren yerlerde birtakım ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi sorunları gündeme getirmiştir (İslamoğlu vd., 2013: 49). Hızlı kentleşme ve birkaç büyük şehirde yoğunlaşan göçlerin beraberinde getirdiği bu gibi sorunlar kentleşme politikaları, dağınık ve küçük kırsal yerleşmelerin verimsizliği ve seçilmiş büyüme merkezleri üzerine ciddi politika tartışmalarını başlatmıştır. 1. Beş Yıllık Kalkınma Planının üzerinde durduğu konu bölgelerarası refah farklılıkları iken, daha sonraki planlar kentleşme ve yerleşme üzerine odaklanılmış belgelerle desteklenmiştir (Tekeli ve Erder, 1978: 51).

Türkiye’de kır ve kent arasında çift yönlü bir akım mevcuttur. Kırdan kente gönderilen nüfus ve ekonomik kaynaklar dönüşerek ya da farklı niceliklere sahip olarak kentten kıra nüfus ve kaynak akımı şeklinde geri gelmektedir. Nitekim bu dönüşümlü hal içerisinde bilgi birikiminin yanı sıra kültürel değerler ve ihtiyaçlar da taşınmaktadır. Kentsel alanlarda sanayi ve hizmetler sektörüne kaynak oluşturan tarım sektörü, diğer taraftan aktarılan kaynaklar sayesinde gelişim kazanmaktadır (Ertürk ve Sam, 2011: 17). Dolayısıyla kentin gelişimi için, kırdan sağlanan nüfus ve kaynak ihtiyacı süreçten geçirilerek kırsal bölgelerin hizmetine sunulmaktadır. Dönüşümün hız kazandığı bu süreç içerisinde kent-kır birbirlerinin devamlılığını sağlamaktadır.

1.2.1. Türkiye’de İstatistiksel Bölgeler Açısından İç Göç Olgusu

Kentleşme ile iç göç olgusu arasındaki ilişkinin birbirine paralel olduğu kabul edildiğinde, Türkiye’deki istatistiki bölgeler açısından kentsel nüfusun oluşumunda iç göçün etkisinin görülmesi kolaylaşacaktır. Bu bağlamda, bölgesel ölçekte kentsel nüfusun

oransal dağılımı Marmara Bölgesi için karakteristik olmuştur. İstanbul ve çevresinin gelişerek Tekirdağ-İstanbul-İzmit hattını oluşturmasıyla birleşik kentsel bir kuşak meydana gelmiş ve bu durum Doğu'da Sakarya ve Kocaeli'ye doğru uzanan sanayi ve şehirleşmenin, Batıya özellikle Silivri-Marmara Ereğlisi, Çorlu ve Çerkezköy'e kaymaya başlamasına sebep olmuştur (Yakar, 2012a: 391). İstatistiki verilere göre bölgelerin aldığı ve verdiği göç doğrultusunda net göç oranları incelendiğinde, özellikle 2007 yılında Doğu Marmara Bölgesinin net göç hızı en yüksek (%12,6) iken, bu durum 2013 yılında Batı Marmara'ya (%14) doğru değişiklik göstermiştir. 2008-2015 yıllarını kapsayan dönemde en düşük net göç hızına sahip bölge ise Kuzeydoğu Anadolu olmuştur (TÜİK, 2008-2015). Bölgelerin istatistiki olarak iç göç hareketliliğine bakıldığında, gelişim hızı en yüksek olan bölgenin Marmara Bölgesi olması gerek sanayileşmenin gerekse hizmetler sektöründeki ilerlemelerin diğer bölgelere göre daha gelişmiş olmasından kaynaklandığını göstermektedir.

1.2.2. Türkiye'de İller Açısından İç Göç Olgusu

Türkiye'de iller açısından iç göç olgusu çok yönlü olmakla birlikte, her il diğerine belli miktarda göç verdiği gibi göç de alabilmektedir. Göç veren bir ilin, verdiği göçten daha fazlasını alması durumunda aradaki fark net göç olarak nitelendirilmektedir (Tandoğan, 1989: 1-19).

1965-1970 yılları arasında illerin nüfus artış oranı değerlendirildiğinde İstanbul ili % 5,49'luk nüfus artışıyla 67 il arasında en yüksek nüfusa sahip olup, bu dönemde sırasıyla Ankara, Diyarbakır, Van, Hakkâri, Siirt, Kahramanmaraş, Bitlis, Şanlıurfa, Gaziantep ve Antalya illerinin önemli oranda göç çeken iller sınıfında oldukları görülmektedir. Ancak 1990 yılında sıralama değişerek Antalya turizm faaliyetlerinin yoğunluğundan dolayı % 4,79'luk oranla göçe en fazla maruz kalan il olmakta ve Kocaeli de sanayileşmenin etkisiyle onu takip etmektedir. 2000 yılı Genel Nüfus Sayımı verilerine göre ise en yüksek nüfus artış hızına sahip illerin sırasıyla; Antalya, Şanlıurfa, İstanbul ve Hakkâri olduğu görülmektedir (DİE, Akt. Kaya vd., 2009: 68).

2014 yılı Türkiye İstatistik Yıllığı verilerine göre, Türkiye'nin en fazla nüfusa sahip ili 14.377.018 ile İstanbul'dur. İstanbul ilini 5.150.072 kişi ile Ankara takip etmektedir. Diğer nüfusu fazla olan iller sırasıyla İzmir, Bursa ve Antalya'dır (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye’de En Fazla Nüfusa Sahip İller ve Nüfus Oranları (2014)

İL	NÜFUS
Türkiye	77 695 904
İstanbul	14 377 018
Ankara	5 150 072
İzmir	4 113 072
Bursa	2 787 639
Antalya	2 222 562

Kaynak: TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2014.

Türkiye’nin en az nüfus oranlarına sahip illeri, 2014 yılı Türkiye İstatistik Kurumu tarafından hazırlanan yıllığa göre tespit edilmiştir. Buna göre, en az nüfusa sahip il olan Bayburt 80.657 kişilik nüfusuyla ilk sırada yer almıştır. Takiben 86.527 olan nüfusuyla Tunceli gelmekte ve bu illeri Ardahan, Kilis, Bartın ve Iğdır takip etmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Türkiye’de En Az Nüfusa Sahip İller ve Nüfus Oranları (2014)

İLLER	NÜFUS
Bayburt	80 657
Tunceli	86 527
Ardahan	100 809
Kilis	128 781
Bartın	189 406
Iğdır	192 056

Kaynak: TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2014.

Araştırma kapsamında ele alınacak illerden olan İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinin nüfus oranlarına bakıldığında, İstanbul ilinin Türkiye’nin en fazla nüfusa sahip illerinden olduğu yukarıda belirtilmişti. Aynı yılın verilerine göre Sakarya ilinin nüfusu 932.706, Isparta ilinin nüfusu ise 418.780’dir. Türkiye’de en fazla ve en az nüfusa sahip illerin; aldıkları göç, verdikleri göç ve bunun sonucunda net göç hızları incelenerek, konuya ilişkin veriler elde edilmeye çalışılacaktır.

Net göç, illerin aldığı göç ve verdiği göç arasındaki fark olup, bu farkın pozitif olduğu iller net göç hızına göre en fazla göç alan iller, diğer durumda ise net göç hızına göre en fazla göç veren iller olarak nitelendirilmektedir.

Tablo 3. Göç Hızı En Yüksek İller

İller	1975-1980		1980- 1985		1985- 1990		1995- 2000	
	Net Göç	Net Göç Hızı	Net Göç	Net Göç Hızı	Net Göç	Net Göç Hızı	Net Göç	Net Göç Hızı
Tekirdağ	4.849	16,5	3.438	10,3	17.907	46,7	51.335	96,8
Muğla	1.659	4,3	3.058	7,0	15.998	32,9	42.921	70,2
Antalya	17.142	26,5	25.339	32,8	82.737	89,7	90.457	64,3
Bilecik	-394	-3,0	1.095	7,9	3.009	19,6	10.105	57,9
İstanbul	288.653	73,4	297.598	60,5	656.677	107,6	407.448	46,1

Kaynak: TÜİK: Göç İstatistikleri: İç Göç İstatistiklerinden derlenmiştir, 1980-2015.

1995- 2000 yıllarını kapsayan dönemde, Tablo 3’de Tekirdağ ili, %96,8 oranı ile en yüksek net göç hızına sahip il olmuştur. En fazla nüfusa sahip olan İstanbul, 407.448 kişi ile en yüksek net göç oranına sahip olmasına rağmen beşinci sırada yer almıştır. Diğer dönemlerde yükselişini sürdüren İstanbul, 1995-2000 yılları arasında hem net göç hem de net göç hızını düşürmüştür. Muğla, Antalya ve Bilecik illerinin net göç oranı her dönem artış göstermekle birlikte, Tekirdağ ve İstanbul’un değişiklik gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4. Göç Hızı En Düşük İller

İller	1975- 1980		1980- 1985		1985- 1990		1995- 2000	
	Net Göç	Net Göç Hızı	Net Göç	Net Göç Hızı	Net Göç	Net Göç Hızı	Net Göç	Net Göç Hızı
Ardahan	-	-	-	-	-	-	-13.526	-106,7
Bartın	-	-	-	-	-	-	-15.658	-86, 8
Sinop	-7.944	-32,6	-9.777	-38,4	-22.569	-88,7	-16.387	-75,7
Siirt	-10.922	-29,5	-18.232	-41,7	-31.311	-140,7	-17.062	-75,1
Zonguldak	8.679	10,8	-18.551	-20,0	-29.368	-29,4	-44.009	-73,8

Kaynak: TÜİK, Göç İstatistikleri, İç Göç İstatistiklerinden derlenmiştir, 1980-2015.

1995- 2000 yıllarını kapsayan dönemde illerin net göç hızlarının en düşük olanları sıralanmıştır. İllerin verilerinin eksikliğinin sebebi, yeni il olmalarından kaynaklanmakta olup o dönemin verileri kapsama alınmamıştır. Ardahan bu değerlendirmelere göre net göç hızı en düşük il olup, ilk sırada yer almaktadır. Takiben, Bartın -86,8 oranla net göç hızı ikinci en düşük il olmakta, daha sonra ise sırasıyla Sinop, Siirt ve Zonguldak gelmektedir. Tablolar incelendiğinde bu negatifliğin süreceği de öngörülmektedir (Tablo 4).

Tablo 5. İller Arası Göç Eden Nüfus

Yıllar	İller Arası Göç Eden Nüfus	
	Sayı	Yüzde (%)
1980	2.700.977	7.03
1985	2.885.873	6.55
1990	4.065.173	8.13
2000	4.788.193	7.88

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Yıllığı, 2009.

Göç olgusu bağlamında Türkiye’de iller arası hareketlilik beş yıllık dönemler halinde Tablo 5’de gösterilmektedir. Buna göre iller arası nüfus hareketliliği 1980 yılında 2.700.977 iken, bu oran 1985 yılına gelindiğinde % 0,8’lik bir artışla 2.885.873’e yükselmiştir. 2000 yılına gelindiğinde % 7,88’lik bir oranla 4.788.193’e ulaşmıştır. Yüzdelere göre yıllar itibariyle iller arası göç eden nüfus sürekli artmakla birlikte, bu durum yurt içi hareketliliğin ne durumda seyrettiğini incelemek açısından da önem taşımaktadır.

Tablo 6. Net Göç Hızına Göre En Fazla Göç Alan İller

İller	Net Göç Hızına Göre En Fazla Göç Alan İller			
	Toplam Nüfus	Aldığı Göç	Verdiği Göç	Net Göç Hızı
Bayburt	80.607	8.912	5.583	42,2
Tekirdağ	906.732	52.994	31.266	24,3
Muğla	894.509	48.219	29.671	21,0
Gümüşhane	146.353	18.811	16.071	18,9
Yalova	226.514	14.680	11.064	16,1

Kaynak: TÜİK, 2014.

2014 Türkiye İstatistik Kurumu'nun net göç hızına göre en fazla göç alan iller sıralamasında 80.607 nüfusa sahip Bayburt ili ilk sırada yer almaktadır. Bunu net göç hızı 24,3 olan Tekirdağ ili takip etmekte olup, sırasıyla Muğla, Gümüşhane ve Yalova illeri gelmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Net Göç Hızına Göre En Fazla Göç Veren İller

İller	Net Göç Hızına Göre En Fazla Göç Veren İller			
	Toplam Nüfus	Aldığı Göç	Verdiği Göç	Net Göç hızı
Çankırı	183.550	14.519	23.080	-45,6
Kars	296.466	10.280	20.020	-32,3
Ağrı	549.435	14.480	30.995	-29,6
Ardahan	100.809	5.323	8.033	-26,5
Yozgat	432.560	16.200	27.722	-26,3

Kaynak: TÜİK, 2014.

Net göç hızına göre en fazla göç veren illerden olan ve Türkiye'nin doğusunda bulunan Kars, Ağrı ve Ardahan illerinin yanı sıra Yozgat ve Çankırı illeri de bulunmaktadır. 2014 yılı verilerine göre, aldığı ve verdiği göç bağlamında değerlendirilen net göç hızı, Çankırı ilinde yaklaşık -45 iken, Kars ilinde -32 civarındadır. Tespit edilen illerde net göç oranının negatif olması, daha çok göç veren iller olmalarının bilinmesi itibarıyla önem taşımaktadır (Tablo 7).

İller arası iç göç olgusunun en düşük ve en yüksek göç olgusuna sahip iller kapsamında; aldığı göç, verdiği göç ve net göç hızına göre sıralanmasının ardından araştırma kapsamında ele alınacak olan Isparta, Sakarya ve İstanbul illerinin hangi kategoriye ait oldukları tespit edilmeye çalışılacaktır.

Tablo 8. İstanbul, Sakarya ve Isparta İllerinin Net Göç Hızı

İller	Dönemler	Daimi İkametgâh Nüfusu	Aldığı Göç	Verdiği Göç	Net Göç	Net Göç Hızı
İstanbul	2014	14.377.018	438.998	424.662	14.336	1,0
	2008	12.697.164	374.868	348.193	26.675	2,1

Tablo 8. (Devamı)

Sakarya	2014	932.706	32.701	28.311	4.390	4,7
	2008	851.292	24.321	20.887	3.434	4,0
Isparta	2014	418.780	17.966	19.930	-1.964	-4,7
	2008	407.463	17.997	16.800	1.197	2,9

Kaynak: TÜİK, İllerin aldığı göç, verdiği göç, net göç ve net göç hızı, 2014.

2008-2014 yılları arasında özelde İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinde, genel de ise tüm Türkiye’de kişilerin ikamet ettikleri yerlerin nüfusu, alınan göç ve verilen göç oranları, net göç ve net göç hızları derlenmiştir. İstanbul ili gerek aldığı ve verdiği göç oranları gerekse içinde barındırdığı daimi nüfus bakımından ilk sıralarda yer almaktadır. 2008 yılında İstanbul ilinin aldığı ve verdiği göç oranlarına bakıldığında ise diğer illere nazaran net göç oranının oldukça yüksek (26.675) olduğu görülmektedir. 2014 yılına gelindiğinde İstanbul ilinin net göç oranı azalarak 14.336’lara düşmüştür. Sakarya ilinin daimi nüfusu 2008 yılında yaklaşık 851 bin iken, 2014 yılında bu sayı 932 bin civarına yükselmiştir. Bu durum alınan ve verilen göç bağlamında değerlendirildiğinde net göç oranına da yansımaktadır. Dolayısıyla 2008 yılında net göçü 3.434 olup, 2014 yılında yaklaşık 4.400’lere yükselmiştir. Önemli sanayi ve ticaret merkezlerine yakın olmasından dolayı, gelişmekte olan Sakarya ilinin nüfusu içgöçlerle birlikte giderek artmaktadır. Isparta ilinin nüfusu 2008 yılına nazaran 2014 yılında artış göstermiş ancak aldığı göç oranı verdiği göç oranından az olduğundan dolayı net göç oranları negatif seviyelere düşmüştür. Bu durum 2014 yılında net göç oranının -1,960 civarında seyretmesine neden olmuştur.

Türkiye’de iller açısından iç göç olgusuna bakıldığında, göç güzergâhlarının kentler arasında değişebileceği gibi bölgeler bazında da değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra göç gibi süreklilik arz eden bir olgunun yönü itibarıyla asla son bulmayacağı, yalnızca bunun minimize edilebileceği de göz ardı edilmemelidir.

1.3. TÜRKİYE’DE İÇ GÖÇ OLGUSUNUN NEDENLERİ

Türkiye’de iç göçün temel nedeni, iller ve bölgelerarası sosyo-ekonomik imkânların dağılımından ileri gelen gelişme farklılıklarıdır. Bölgelerarası dengesizliğin oluşturduğu kısır döngü, üretilen toplumsal refahın dengesiz dağılımına neden olmakta, bu

sayede göç meydana gelmektedir (Başel, 2007: 520). Kısaca göç, hem dengesizliğin nedeni hem de sonucunu oluşturmaktadır.

Türkiye’de ekonomik ve sosyal planlamanın eksik olması köy-kent, bölgeler ve kesimler arası dengesizliğe sebep olmuş ve bundan dolayı iç göçün temel nedenlerinden ilkinin oluşturmıştır. Kırsal kesimden kentlere olan göçün diğer nedeni, kırsal kesimdeki toprak-nüfus dengesinin bozulması ve tarımda makineleşmeyle birlikte kişilerin çalışma alanlarının dışında kalmasıdır. Kırsal kesimin kültürel yapısında bulunan olumsuz uygulamalar, özellikle son yıllarda meydana gelen terör ve şiddet olayları, kentin eğitim, istihdam ve sağlık açısından çekici özelliklerinin bulunması gibi nedenler de bulunmaktadır (Greenwood, 1971: 253; Kızılcı, 1997: 658-659). Öte yandan kentin bireylere sunduğu yaşam koşullarının yanı sıra ulaşım ve teknolojiye gelişmeleri yakından takip edebilme ve elde ettiği geliri tüketime çevirebilecek alternatifler sunması da diğer çekici yanlarını oluşturmaktadır (Okun, 1997: 82).

Türkiye’de iç göç olgusunun gelişimi tarihsel olarak incelendiğinde üç aşamaya ayrılabilir (Akşit, 1998: 22-30):

a) 1950 öncesi göçler; Osmanlı’nın Anadolu nüfusunun yerleştirilmesi veya iskân edilmesi, Zonguldak maden ocaklarında ücretli çalıştırılmak üzere emeğin topraktan koparılması, Ege-Marmara ve Akdeniz bölgelerinin ovalık kesimleri ile dağlık kesimleri arasındaki mevsimlik göçlerinin bilinmesi bu dönemde yapılan iç göçlerin haritasını belirlemede etkili olmuştur.

b) 1950-1985 yılları arası göçler; köylerden kentlere göçün başlayarak zirvelere ulaştığı bir dönemdir. Kırsalın terk edilerek kentlere göçün hız kazandığı bu dönemde köyün iticiliği ön plana çıkmıştır.

c) 1985 sonrası göçler; bölgesel farklılıklar ve etnik sorunların tespit edilmesiyle, bu durumu önlemeye yönelik çalışmaların hız kazandığı bir dönemdir. Bölgesel kalkınma politikaları geliştirilerek, nüfusu dışarı iten bölge konumundan çıkarılarak görece daha kentsel-yerleşik bir bölge haline getirme çabalarının yoğunlaştığı bir dönemi kapsar.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün gerçekleştirmiş olduğu Türkiye göç ve yerinden olmuş nüfus araştırmasına göre göçlerin nedenleri; ekonomik, bireysel, ailevi, güvenlik, geri dönüş ve diğer nedenler şeklinde sınıflandırılmıştır. Araştırma kapsamında değerlendirilen göç sürecine dâhil olmuş kişilerin, yaklaşık %43’ünün ailevi nedenlerden dolayı göç ettiği belirlenmiştir. Göç edenlerin yaklaşık 1/3

bireysel nedenlerle, 1/5 ise ekonomik nedenlerden dolayı göç etmiştir. Güvenlikten dolayı göç edenlerin oranı %3,3 iken, geri dönüş nedeniyle göç edenlerin payı ise %0,3 civarındadır (HÜNEE, 2006: 55). Araştırmanın yapıldığı illerin özelliklerine göre değişiklik gösterebilecek olan bu oranlar, bir başka çalışmada farklı sonuçların elde edilmesine neden olabilir.

1.3.1. Türkiye'nin Nüfus Yapısı

Türkiye’de 1927-1990 yılları arasında 13 kez yapılan nüfus sayımlarında *defacto*¹ yöntemi uygulanmıştır. Nüfus sayımlarında ulaşılan göç verilerinin 1965 yılı öncesinde yalnızca iki sayımda (1927 ve 1950) elde edildiği, 1965’ten sonraki yılların tümünde derlendiği tespit edilmiştir. Ancak göç hareketliliğinin doğrudan ölçülmesine yönelik ilk girişim, 1970 nüfus sayımında yapılmıştır (Demirci ve Sunar, 1998: 131- 132). İlk nüfus sayımına göre Türkiye’nin nüfusu yaklaşık olarak 13 milyon 600 bin olarak tespit edilmiş, bu sayı 2014 yılında 75 milyon 600 civarına yükselerek, 87 yıllık dönem içerisinde 5 kattan fazla artış göstermiştir.

Tablo 9’da görüldüğü üzere, 2012-2014 yılları arasında nüfus yaklaşık olarak aynı oranlarda artmaktadır. Dolayısıyla nüfus yoğunluğu da artış göstermiştir. Yıllık nüfus artış hızı 2013 yılında (13,7) yüksek olup, 2014 yılında düşüş (13,3) göstermiştir. Kentleşmenin de etkisiyle belde ve köy sayısı 2012 yılına oranla diğer yıllarda azalmıştır.

Tablo 9. Nüfus, Yıllık Nüfus Artış Hızı, İl- İlçe- Belde- Köy Sayısı ve Nüfus Yoğunluğu, 2014.

Değişkenler	2012	2013	2014
Nüfus	75.627.384	76.667.864	77.695.904
Yıllık nüfus artış hızı	12,6	13,7	13,3
İl sayısı	81	81	81
İlçe sayısı	892	919	919
Belde ve köy sayısı	36.411	18.608	18.736
Nüfus yoğunluğu	98	100	101

Kaynak: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2014.

Türkiye’de 20. yüzyılın bitimine yakın nüfusun doğurganlık hızında azalma eğilimi görülmesine rağmen iç göç hareketliliğinde herhangi bir düşüş yaşanmamıştır. Bu

¹ Kişilerin nüfus sayımı esnasında bulundukları yerde sayılmasıdır (www.forum.troyuncu.org).

durumun oluşmasına ortam hazırlayan ekonomik, siyasi, sosyal ve demografik yapıdaki değişimler iç göç üzerinde kendini hissettirmiş ve nüfusun yaklaşık %10 kadarı yurtiçinde yer değiştirmiştir. Her 4 kişiden birinin doğduğu il dışında ikamet etmesi de yine bu durumu destekler niteliktedir (Yakar, 2012: 766).

1.3.2. Türkiye’de Göç Süreçleri

Türkiye’de göç süreçlerinin dönemleri incelendiğinde, kentleşmenin giderek hız kazandığı bir periyot olan 1965-1970 yılları arasında, kırdan- kıra iç göçün oranı diğer göç türlerine göre en yüksek olup yaklaşık %17,9’larda seyrettiği görülmektedir. Kırdan kente göçlerin oranı ikincil büyüklükte olmakla birlikte, kırdan il merkezlerine olan göç oranı %17 ve kırdan illere olan göç %27,4 olarak tespit edilmiştir. Üçüncül büyüklükte olanlar ise il merkezleri arasında olan göçlerdir. Diğer dönemlerde ise, kırdan- kıra ve kırdan-kente göçler zamanla azalarak kentten kente göç akımları baskın hale gelmiştir. Özellikle 1980-85 yıllarını kapsayan dönemde kırdan kıra göçler epeyce azalarak %17,9’dan %8,5’a düşmüştür. Yine aynı şekilde kırdan kente göçlerin oranında da %2,5’luk bir azalma görülmektedir (Gedik, 1997: 172). Dolayısıyla göç yönünün yıllar itibariyle değişiminin altında pek çok faktör yatmasına rağmen, özellikle son dönemde kentler arası göçlerin yaygınlık kazandığı söylenebilir. Sanayileşmenin etkisiyle kırdan kente doğru gerçekleşen göçlerin son dönemde azalmasının altında yatan neden de budur.

Türkiye’de göç olgusunun daha iyi incelenebilmesi adına, göç süreçleri dört kategori de incelenebilir (Tekeli, 2007: 449-473). Bu kategoriler;

- Balkanlaşma göçleri,
- Kentleşme,
- Kentler arası göçler,
- Yaşam güzergâhı kavramı.

1.3.2.1. Balkan Göçleri

1860-1927 yılları arasında Osmanlı İmparatorluğu gibi büyük topraklara yayılmış bir sanayi öncesi imparatorluğunun ulus devletlere ayrışması sırasında siyasal nedenlerle ortaya çıkan göçlerdir. Bu göçlerle daha çok ulus devletlerin ortaya çıkışı sırasında karşılaşmaktadır. Balkan göçlerinin hem iç göç hem de uluslararası göç niteliği taşımasının asıl nedeni, Osmanlı topraklarının küçülmesiyle birlikte dışarda kalan kişilerin

içe göç etmesi, diğer taraftan bu kişilerin yeniden göç etmek zorunda kalmalarıdır (Tekeli, 2007: 449-451).

Balkan göçlerinin Osmanlı devleti üzerinde ekonomik etkisi oldukça fazladır. Devletin özellikle dokuma sanayii ve tarımda gerçekleştirilen yeniliklerle ekonomik anlamda küçülmesini telafi etmeye çalıştığı da görülmektedir (Tekeli, 2007: 452). Ekonominin yanı sıra göçün toplumsal ve kültürel etkisi de devlet üzerinde epeyce öneme sahiptir. Hâl böyle olunca, göç eden topluluklarda iyi eğitilmiş ve varlıklı ailelerde yetişmiş kişilerin olması devletin toprak kaybını telafi etmesinde umut olmuştur (Karpas, 2010: 189). Bu göç hareketliliği her ne kadar Cumhuriyetin kuruluşundan önceki dönemlere rastlamış olsa da ulusal Türk devletinin kurulmasından sonra devam ederek günümüze kadar gelmiştir (Ünal ve Demir, 2009: 381; Karpas, 2010: 190-191). Tarihsel süreç göz önüne alındığında bu tür göçler gerek devletin ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi gelişimini gerekse toprak bütünlüğünü olumlu ya da olumsuz yönde etkilemiştir.

1.3.2.2. Kentleşme

Kentleşme, bir ülke veya bir bölgede, belli bir kıstasa göre şehir sayılan yerlerin sayısının çoğalmasının yanı sıra yüzölçümü ve nüfus olarak da büyümesinin belli bir zaman aralığını kapsamaması durumudur (Keleş, 1961: 31). En dar anlamda kentleşme ise, kent sayısının ve kentlerde yaşayan nüfusun nicelik olarak artmasıdır. Bu durumun oluşabilmesi içinse, doğumların ölümleri geçecek nitelikte olması veya kentin göç alması gereklidir. Ancak doğurganlık eğiliminin günümüzde giderek azaldığı düşünüldüğünde, göçler daha aktif bir rol oynamaktadır (Sağır, 1997: 379). Her iki tanımın da ortak noktasının kent sayısı ve bu kentlerin yüzölçümü olarak büyümesi için gerekli olan nüfusun sağlanması olduğuna dikkat çekildiğinde, konuyla ilgisi olduğu bilinen iç göç hareketliliği üzerine eğilim artacaktır. Sezal (1992: 53) bu durumu destekler nitelikte, şehirleşmenin asıl kaynağı ve temel sebebinin iç göçler olduğunu belirtmiştir. Özellikle kır-kent göçleri kentleşmenin kritik bir bileşeni olmakla beraber bunların dönüşümünden kaynaklanmaktadır (Tacoli et al., 2015: 4).

Kentleşme kavramının ortaya çıkabilmesi için gerekli olan iki durum mevcuttur. Bunlardan ilki şehirlerde var olan sanayinin kırsal kesimden nüfusu çekmesi, diğeri ise fazla nüfusun kır tarafından itilmesi şeklinde oluşmaktadır (Keleş, 1997: 3). Çekici etmenler olarak nitelendirilen ve kırsal nüfus fazlasını kente yönelten faktörler (Ertürk ve Sam, 2011: 18);

- Köy ve kent arasındaki gelir farklılığı,
- Eğitim imkânlarının gelişmişliği,
- İstihdam imkânlarının fazlalığı,
- Sağlık hizmetlerinin gelişmişliği,
- Daha iyi yaşam koşulları,
- Kentin cazibesi olarak sıralanabilir.

Kırsal nüfusu yerleşim yerinden iten faktörler olarak sıralanabilecek itici faktörler ise şunlardır (Ertürk ve Sam, 2011: 18);

- Nüfus baskısı,
- Gizli işsizlik,
- İstihdam imkânlarının yetersizliği,
- Eğitim ile artan hareketlilik,
- Tarımda makineleşme,
- Düşük verimlilik.

Kentleşme yalnızca sosyal gelişmeyi hızlandıran değil aynı zamanda iktisadi kalkınmayı da etkileyen bir unsurdur. Nitekim sanayileşmiş ülkelerin kentleşmesi ile sanayileşmesini henüz tamamlayamamış ülkelerin kentleşmesi arasında farklar bulunmaktadır. Sanayileşen ülkelerde kentlerin çekim alanı haline dönüşmesi belirli bir denge oluştururken, diğer durumda kırdan hızla itilen nüfusa kentlerde istihdam imkânları yetersiz kalacaktır. Bu durumda bölgesel dengesizlikler baş gösterecektir (DPT, 1968-1972). Kentleşme iktisadi kalkınmayı etkilediği gibi iktisadi faaliyetlerin nitelik itibarıyla değişimini sağlayacaktır (Es ve Ateş, 2004: 206). Nüfusun kırdan kente göçü bir yandan büyük kentlerin oluşumuna öncülük ettiği gibi diğer taraftan iktisadi, sosyal ve kültürel bazı sorunlara sebep olmaktadır (Gündüz, 2006: 288-289). Alınan karmaşık göç yapısıyla beraber, bu sorunlara ilaveten kentleşmenin de geciktiği görülmektedir (Sezal, 1992: 147-150).

Kentleşme, göç olgusuyla bütünleşmiş bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen kentleşmenin en bilinen ve genel sonuçlarından birini göç olgusu oluşturmaktadır (Başel, 2006: 289-290). Kaynağını kırsal nüfusun beslediği iç göçlerden alan kentleşme hareketi, bir tarafla demografik bir olay olup, aynı zamanda bir toplumsal

değişme sürecini ifade eder (Es ve Ateş, 2004: 208). Göç ve kentleşme olgusu arasındaki bu neden-sonuç ilişkisi bağlamında, kentleşmenin yüksek olduğu mekâna göç hareketi yoğun olmakla birlikte, tam tersine yoğun göç alan yerlerin de kentleşmeye açık olduğu söylenebilir.

Türkiye’de 2. Dünya Savaşından sonra kırdan kente göçlerin büyük bir artış göstermesi hem göçlerin kentlere yığılmasındaki temel etmenlerin belirlenmesi hem de göç edenlerin köken ve sayılarının belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Ancak gerekli verilerin ve konuya ilişkin merakın azlığı araştırmaların kısıtını oluşturmuştur. Bu bağlamda iç göçlerin dolaylı tahmini için tek kaynak olan beş yılda bir yapılan nüfus sayımları 1950’lerden bu yana daha çok gelişmiş tekniklerle ölçülmeye başlanmıştır (Tekeli ve Erder, 1978: 135).

1985 sayımına göre Türkiye’de kentsel nüfusun kırsal nüfusun önüne geçmesinde iki faktör etkilidir: bunlardan ilkinin kırsal ve kasaba türü yerleşkelerin kente dönüşmesinden, diğerinin ise kentlerin nüfusundaki artıştan ileri geldiği bilinmektedir. Kentleşmenin yaşanma süreci iç göçlerle meydana gelen bir nüfus birikimi olarak ele alınabileceği gibi mekânsal olarak da Anadolu’nun orta, kuzey ve doğusundan batıya ve güneye doğru gerçekleşen iç göç hareketliliği ile de mümkün olacağı söylenebilir (Yakar, 2012a: 389).

Göç dönemlerine göre kentleşme süreçlerine bakıldığında, 1945-1950 yılları arasında köylerden kentlere olan göç 204 bin civarındayken, 1950-1955 yılları arasında 904 bine yükselmiş ve bu durumda gerçekleşen dört misli artış ilk sıçramayı oluşturmuştur. 1960-1965 dönemine kadar sabit kalan bu oran, bu dönemde iki misli artış göstermiştir. 1985-1990 arasında ise çok az bir artış göstererek yaklaşık aynı kalmıştır (DİE, 1995; Akt. Akşit, 1998: 25).

Tarihsel bir süreç içerisinde bakıldığında, kentler yapısal olarak köylere sürekli olarak ihtiyaç duymaktadır. Kentlerin endüstrileşmesi beraberinde hızlı bir nüfus artışı getirmiş, bu da köylerden kentlere göç eden insan kaynağı sayesinde karşılanmıştır (Oktik, 1997: 81). Bu devinim içerisinde köy-kent arası mesafenin kısalarak, birbirlerini tamamlamaya başladıkları dikkat çekmektedir.

1.3.2.3. Kentler Arası Göçler

1950’li yıllardan sonra gerçekleşen kırdan kente göçler daha sonraları yapısal dönüşüm geçirerek kentler arası göç niteliği kazanmış ve dış göçün bir basamağını

oluşturmuştur (Yalçın, 2004: 120). Kentleşme sürecinin sona ermesiyle birlikte, tüm iç göçlerin kentler arasında gerçekleşmesinin ve bu durumun ayrı bir kategoriyle ilişkilendirilmesinin nedeni, salt bir yaşam yeri değişikliği olmasının yanı sıra bireyle ilgili bir dönüşüm beklentisi içermemesidir (Tekeli, 2007: 470). Kır-kent arasında gerçekleştirilen göçler kentleşme başlığı altında ele alınmış olup, kentleşme sürecinin bitimini takip eden yıllarda kentler arasında gerçekleşen göçler meydana gelmiştir.

Türkiye’de iller arası göç miktarı her dönem artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun iller arasında göç eden nüfus araştırmasına göre, 1975-1980 yılları arasında iller arasında göç eden nüfus sayısı 2.700.977 iken, 1980-1985 yılları arasında 2.885.873’e yükselmiş, 1990-2000 yılları arasında ise 4.788.193’le zirveye ulaşmıştır (TÜİK, 2005). Bir diğer araştırmaya göre 1950-1985 yıllarını kapsayan dönemde gerçekleşen iç göç hareketliliğinin kentten kente göçü kapsayan nitelikte olduğu vurgulanmıştır (Kaya vd., 2009: 64). Bu veriler ışığında, 1950’li yıllardan sonra iç göç hareketliliğinin artış göstermesi göç güzergâhının hangi doğrultuda geliştiğini göstermesi açısından değerlidir.

1.3.2.4. Yaşam Güzergâhı Kavramı

Bilgi toplumuna geçişle birlikte kapitalin mekânda sürekli yeniden dağıtılması insanların rasyonel olarak daha sık yer değiştirmesini gerektirmiştir. İnsanları durağan bir şekilde düşünmek yerine, yaşamları boyunca belli güzergâhlarda hareket halinde olduklarını göz önünde bulundurmak gerçeğe yakınlık açısından önem taşır. İnsanın yerle ilişkisi bu çerçevede düşünüldüğünde, insanın göçü gerçekleştirmekten ziyade yaşam güzergâhı boyunca hareketliliği ön planda olacaktır (Tekeli, 2007: 472; Südaş ve Balkır, 2013: 23). Bu durumda güzergâhları zaman ve mekânda kesişen insanlar topluluk oluşturacaklar, sorumluluk yüklenecekler ve bu sayede yaşamlarını daha anlamlı hale dönüştüreceklerdir (Tekeli, 2007: 472). Daha önceleri bir yere bağlı olan insanlar, zamanla değişerek güzergâh üzerinde hareket eden birey haline dönüşecek ve bu durum beraberinde bireye ilişkin bir kültürel değişmeyi mümkün kılacaktır. Bireyin nitelikleri ile seçtiği güzergâh arasında ilişkinin var olup olmadığı da bu sayede araştırma konusu haline gelecektir (Tekeli, 1998: 20). Bununla ilgili olarak, yurtdışında eğitim hizmetlerinin gelişmiş olduğu bir yükseköğretim kurumuna giren öğrencinin gerekli eğitimini aldıktan sonra mevcut gelişimini tamamlayabileceği bir başka üniversiteye gitmek istemesi kişinin göç güzergâhına istekleri doğrultusunda karar vermesi açısından örnek gösterilebilir.

1.3.3. İtici Güçler

Köyden kentlere göç temelde, kırsal bölgelerde itici faktörlerin bulunmasından kaynaklanmaktadır. Bu faktörler; demografik artış, ekilebilir toprakların azalması, mevcut toprakların dengesiz dağılımı, tarımsal teknolojilerin artması, tarımsal verimin düşüklüğü, tarımsal gelirin azalması olarak özetlenebilir (Kartal, 1978: 7; Başol, 1994: 107; Es ve Ateş, 2004: 218; Çakır, 2007: 33; Keleş, 2010: 64). Her ne kadar köylerden kentlere yönelik yapılan göçlerde kişilerin köy hayatından kopmalarına sebep olan itici güçlere değinilmekteyse de, bu durum yoğun nüfusa sahip kentlerden diğer bölgelere yapılan göçlerde de bulunmaktadır. “Tersine göç” olarak isimlendirilen bu kavrama göre, kişilerin ekonomik olarak kentsel bölgelerden beklenen faydayı sağlayamamalarından dolayı ortaya çıkmış ve göç edenlerin memleketlerine geri dönmeleri ile sonuçlanmıştır. Bu durumun oluşmasına zemin hazırlayan ve kentin itici faktörleri ise; işsizlik ve geçim sıkıntısı gibi ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlardan ileri gelmektedir (İslamoğlu vd., 2013: 62).

1.3.3.1. Bölgesel Eşitsizlikler

İnsan topluluklarını barındıran kent ve köy yerleşimleri, toplumsal ve ekonomik değişimle birlikte bazı sıkıntıları beraberinde getirmektedir. Her ne kadar kentlerde yaşanan sıkıntıların büyük bir kısmının çözümü köylerde yatmakta ise de bu durum kırsal yörelerin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Kırsal alanlarda karşılaşılan sorunlar başlangıçta yerleşme ve çevre sorunları gibi fiziksel gelişme sorunları olarak görülmekte, daha sonra toplumsal ve ekonomik sorunlarla bütünlük oluşturmaktadır (Keleş, 1994: 166). Göç sebebiyle şehirlerde yaşanan sıkıntılar ise sanayileşme ve kentteki iş imkânlarıyla birlikte nüfus artışının hızlanması ve kentsel nüfusun artması sonucunda gecekondulaşma ve altyapı sorunlarının görülmesi olmaktadır. Dolayısıyla yapılacak her göç hareketi kent-kır arasındaki ekonomik ve yapısal dengesizliği daha da belirginleştirecektir (Başol, 1994:102-103). Bilindiği gibi göç hareketinin nedeni olan bu durum aynı zamanda sonucunu da oluşturmakta ve bundan dolayı çözüm sürecini de içinde barındıran sorunlar silsilesi meydana gelmektedir.

Göçün temel nedeni, bölgelerarası sosyo-ekonomik gelişmişlik farklılığıdır. Yaşanılan bölgesel dengesizlikler; coğrafi dengesizlik, ekonomik dengesizlik ve sosyal dengesizlik olarak üç kategoriye ayrılmaktadır (Öztürk ve Altuntepe, 2008: 1592; Başol, 2007: 540). Ekonomik kaynakların ve fırsatların belirli bölgelerde toplanması, gerek kişi başına düşen milli gelir gerekse insani gelişme unsurları açısından Doğu ve Güneydoğu

Anadolu bölgelerinde geri kalmışlık sorununu gündeme getirmiştir (Aktan, 2002: 1). Bu durumda iş imkânlarının yanında, kalkınma düzeyleri bakımından Doğu ile Batı arasındaki bölgesel dengesizlik belirginleştikçe göç hareketliliği de aynı oranda artacaktır (Çakır, 2011: 138). Bölgelerarası eşitsizliğin iç göç üzerinde etkisinin ele alınması bağlamında coğrafi, ekonomik ve sosyal dengesizliklerin de dikkate alınması gerekliliğinden dolayı konu ayrı başlıklar altında incelenecektir.

1.3.3.1.1. Coğrafi Eşitsizlikler

Belli bir bölgenin ekonomik kalkınması ele alınırken yörenin bölgesel coğrafi özellikleri doğrultusunda yapılacak olan bölgesel planlama haritası çıkarılmaktadır. Ekonomik, toplumsal ve fiziki planlama çalışmalarının yanı sıra gelenek ve göreneklerin de hesaba katılmasıyla oluşturulan bölgesel haritalar, bölgelerarası farklılıkların nedenlerini doğru saptamak amacıyla son derece önemlidir (Arslan, 2005: 275-284). Kişilerin göç kararını etkileyen bölgelerarası farklılıklar göçün coğrafi eşitsizliklerden kaynaklandığının tespiti açısından önem taşır. Dolayısıyla bölgesel eşitsizliklerden biri olan coğrafi dengesizliğin oluşumunda ekonomik ve sosyal dengesizliklerin de belirleyici olmasından dolayı, bu üç belirleyici unsur farklı başlıklar altında değerlendirilmiştir.

1.3.3.1.2. Ekonomik Eşitsizlikler

Göç olgusu, toplumların ekonomik ve toplumsal dönüşümlerinin sonucu ortaya çıkan bir hareketlilik olması sebebiyle “sonuç”, kendisinin toplumsal ve ekonomik dönüşümlere katkıda bulunmasından dolayı da “neden” niteliği taşımaktadır (İçduygu ve Ünal, 1998: 39). Aynı şekilde göçün salt mekânsal bir değişiklik olmayıp, bu durumun dinamiğini oluşturan sorunun gelir yetersizliğinden ileri geldiği bilinmektedir. Gerek göç veren gerekse göç alan yerleşmelerde ortaya çıkardığı süreç açısından farklılıklar bulunmaktadır. Göç veren yerleşme; aktif nüfusunu, asgari düzeyde var olan tasarrufunu, yerel pazar için potansiyel talebini ve genç nüfusuyla elde edebileceği yenilikçi ruhunu kaybetmekte, göç alan yerleşme ise; istihdam, kentsel sistemler, yaşam ve kültürel yapı üzerinde ciddi baskılar hissetmektedir (Dağ, 2007: 185).

Türkiye'de göçün yönüne göre bir sebep-sonuç ilişkisi içerisinde bir sınıflandırma yapıldığında, dış göçün ekonomik amaçlarla yapılmakta olduğu, gelen kişilerinse daha çok sosyokültürel ve siyasi nedenlerle göç ettiği vurgulanmaktadır. Türkiye'de iç göçe ilişkinse, hareket noktası olarak ekonomik kalkınma- sanayileşme- modernleşme üçlüsü rol

oynamaktadır (İçduygu ve Sirkeci, 1999: 249). Ekonomik nedenlerden dolayı ortaya çıkan iç göç hareketliliği istihdam ve işsizlik gibi ekonomi odaklı süreçlerde de ortaya çıkacaktır. İşsizliğin göç üzerindeki etkisi üç durumla açıklanmaya çalışılmıştır: İlk olarak, iş sahibi bir insana göre işsiz bir kişinin göç etmeye daha fazla meyilli olduğu tespit edilmiştir. İkinci tespit, kişilerin yaşadıkları bölgede işsizlik oranı yüksek ve bölgelerarası işsizlik farkı fazla ise, göç etme ihtimali yüksektir. Son olarak, ülke genelinde yüksek işsizlik oranları hâkim ise göç etme eğilimi daha azdır (Pissarides ve Wadsworth, 1989: 739). Buna göre, ücretlerin yüksek olduğu yer işgücünü çekerken, yüksek işsizliğin görüldüğü yerler bireyleri itecektir (Millington, 1994: 90).

Türkiye’de 1950’li yıllardan sonra hız kazanan iç göç ve kentleşmenin temel belirleyicileri siyasal ve ekonomik etkenler olmuştur. Bugünkü ekonomik yapılanmanın ortaya çıkması aşamasında, başlangıçta geçimlik ekonomisi rol oynarken, zamanla uluslararası pazar için üretim yapan bir nitelik kazanmıştır. Bu evrilmenin sonucunda tarımsal faaliyetlerde verimlilik artarken, bir taraftan da kırdan kopuş süreci başlamıştır. Tarıma yönelik koruyucu politikaların yanında beş yıllık kalkınma planları iç göç olgusunu etkilemiştir (İçduygu vd., 1998: 226).

İç göçün ekonomik, sosyal, kültürel, demografik ve siyasi pek çok sebebi olmakla birlikte, esasen ekonomik nedenlerden dolayı gerçekleştiği bilinmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda, net göç veren illerden diğer illere göç eden her 100 kişiden 25’inin ekonomik nedenlerden dolayı göç ettiği, diğer durumdaysa net göç alan illerin yüksek gelir düzeyi sunma imkânına sahip olduğu ortaya konmuştur. Aynı zamanda net göç alan illerde kişi başına düşen ortalama gelirin ülke ortalamasının üstünde olması, nüfusun %70’inin ekonomik nedenlerden dolayı göç ettiğini göstermektedir (Yamak ve Yamak, 1999: 16).

Türkiye’de tarım kesimindeki ekonomik koşullarda son elli yılda büyük değişimler yaşanmış ve bu durum köylüyü dışarı itmiştir. Tarımda verimin düşüklüğü, tarımsal gelirin azlığı, toprakların parçalanması ve tarımda makineleşme gibi nedenlerden dolayı köylünün tarımdan kopuşu hızlanmıştır (Keleş, 2010: 64). Ekonomik anlamda itici faktörlerin başında da köyden-kente yaşanan göçlerin sebepleri gelmekte, topraktan kopuşun yaşandığı bu dönemde kişilerin gelir elde etme çabalarının bir sonucu olarak iç göçün gerçekleştiği görülmektedir.

1.3.3.1.3. Sosyo-Kültürel Eşitsizlikler

Türkiye’de iç göç hareketliliğine neden olan itici güçlerden bir diğeri de sosyo-kültürel nedenlerdir. Kişilerin bilgi, görgü, kültür gibi değer yargılarını yükselten eğitim kurumlarının kırsal bölgelerde bulunmamasından dolayı kentsel yaşam cezbedici görülmekte, bu durum sonucunda göç hareketliliği yaşanmaktadır (Çakır, 2007: 33). Aynı zamanda bilgi iletişim teknolojilerinde görülen gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan değişim süreci de kişilerin yaşam kalitesini artırmak ve daha iyi bir sosyal hayata kavuşmak adına göç etmeye karar vermelerine sebep olmaktadır (Çelik ve Murat, 2014: 6). Nitekim bazen de özellikle kırsal kesimlerdeki kız kaçırma olayları, kan davaları ve arazi kavgaları gibi sosyal meseleler de iç göçe neden olan faktörler arasında sayılmaktadır (Özyakışır, 2013: 18). Göçün sosyo-kültürel boyutunu oluşturan bu gibi faktörler, esas itibariyle bölgesel gelişmişlik farklılıklarından ileri gelmekte, ancak kimi zaman da kültürün etkisiyle oluşmaktadır.

1.3.3.2. Siyasal Nedenler ve Terör

Türkiye’de daha çok uluslararası nitelikte göçler siyasi sebeplerden kaynaklanmakta olup, bu sebepler iç göçlerin gerçekleşmesine de önayak olmuştur. 1980 sonrası özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşanan terör olayları, göçün ekonomik boyutundan ziyade oluşum itibariyle zorunlu bir göç olgusunu gündeme getirmiştir (Başel, 2007: 536). Bölgede yaşanan bu isteğe bağlı olmayan zorunlu göçlerin nedenlerini; terör örgütünün baskısı, terör örgütünün köy ve mezraları hedef alması, geçim kaynağı hayvancılık olan bölgedeki kişilerin ekonomik ihtiyaçlarını sağlayamaması, güvenlik güçlerinin talebi veya korucuların istemi ve orada yaşayan kişilerin güvenli bir hayata sahip olmaları oluşturmaktadır (TBMM, 1998: 242). Aynı zamanda vatani terk etmeye zorlayan siyasi baskılar arasında savaşlar, ihtilaller ve sıkıyönetim, totaliter yönetimler, ülkeden ihraç vb. de sayılabilir (Tümertekin ve Özgüç, 2004: 241). 1990’lı yıllarda köylerin boşaltılmasından sonra bölgede hissedilen güvenlik sorunu nedeniyle göçler artmıştır. Kişilerin yaşadıkları yerlerden kopmalarının nedeni, güvenlik olmasının yanı sıra göç ettikleri bölgelerde yeni bir güvenlik sorunu olan dışlanma ile karşılaşmaları da olabilmektedir (Tezcan, 2011: 28-29). Gerek Türkiye’nin doğusunda yaşanan terör olayları gerekse diğer siyasi etkenler neticesinde vuku bulan iç göçler, kişilerin yalnızca ekonomik nedenlerden dolayı değil, hayatlarını güvende tutmaları gerekliliğinden de kaynaklanmaktadır.

Türkiye göç ve yerinden olmuş nüfus araştırmasına (2006) göre, “göç veren iller tabakası” olarak nitelendirilen Adıyaman, Ağrı, Batman, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Hakkâri, Mardin, Muş, Siirt, Şırnak, Tunceli ve Van illeri içerisinde son yirmi yılda (1986-2005) kırsal yerleşim yerlerinden güvenlik nedeniyle yapılan göçlerin yaklaşık %61’inin terör olaylarının yoğunlukla yaşandığı 1991-1995 yılları arasında gerçekleştiği, en az yoğunluğun ise yaklaşık %2’lik bir oranla 2001-2005 döneminde vuku bulduğu tespit edilmiştir (HÜNEE, 2006: 62). Yine aynı araştırma kapsamında güvenlik nedeniyle yapılan göçlerin, tüm iller kapsama dâhil edildiğinde, %97,7’sinin bu illerden gerçekleştiği tespit edilmiştir.

1.3.4. Çekici Güçler

Göç hareketliliğinin kırsal bölgelerden kentlere doğru gerçekleştiği düşünüldüğünde, nüfusu şehirlere çeken faktörlerin neler olduğunun bilinmesi önem taşımaktadır. Her ne kadar yapılan araştırmalara göre, kente göçün asıl sebebinin kırsal kesimdeki olumsuzluklardan ileri geldiği bilinse de, kentin çekici yönlerinin bulunması da duruma etki etmektedir. Bunlardan en önemlileri ise, istihdam ve daha iyi yaşam şartlarına kavuşma imkânıdır (Başol, 1994: 108-9). İş imkânları sağlayan sanayi ve hizmet kuruluşlarının “kuruluş yerleri” itibariyle gelişmiş bölgelerin kentleri veya yakın çevrelerinde olması nüfusun oraya akmasına neden olmaktadır (Kartal, 1978: 8). Gelişmiş merkezi kentlerde sanayileşmenin fazla olması durumunda ortaya çıkan bu göç hareketliliği, nüfusun belli bölgelerde toplanmasına ve bu sayede büyük şehirlerin meydana gelmesine neden olmaktadır (Duran, 2002: 154).

İtici-çekici güçler yaklaşımı temelinde kent hayatının cazibesinin hangi faktörlerden ileri geldiği konusunda çoğunlukla üzerinde durulanlar; köy-kent gelir farklılıkları, daha kaliteli eğitim hizmetleri, şehrin cazibesi, iş bulma ümidi, daha yüksek hayat standartları ve ulaşım imkânları olmaktadır (Sezal, 1992: 36; Özey, 2012: 461). Daha düzenli bir şekilde ifade edilirse, istihdam ve yüksek gelir fırsatları gibi ekonomik faktörler; güvenlik, sağlık ve eğitim hizmetleri gibi daha iyi yaşam koşullarına ilişkin faktörler iç göçe ilişkin çekici faktörlerdir (Doğan ve Kabadayı, 2015: 16). Yapılan bir araştırmaya göre, ister kentlerin çekim gücünden, isterse köylerin itici gücünden kaynaklansın kırsal alanda yüksek düzeyde kente göç eğiliminin var olduğu tespit edilmiştir (Kurt, 2003: 180). Görüldüğü gibi, iç göç hareketliliğine yalnızca kentlerin çekici güçleri etki etmemekte aynı zamanda bu durumun oluşmasında diğer faktörlerin de

rol oynadığı görülmektedir. Çiftçi (2010: 283)'nin yaptığı araştırmaya göre, küçük iş sahibi kişilerin hedefledikleri mekâna göç etmesinde etkili olan unsur, tarımsal üretim ve devlet hizmetleri hacimlerine duyarlılıklarıdır.

1.3.4.1. Ekonomik Nedenler

Kişilerin yaşadıkları yerlerde ekonomik olumsuzluklarla karşılaşması sonucu o bölgeden başka bir bölgeye göç etme kararı vermeleri ve gidilecek yerde bu ihtiyaçlarını giderebilecekleri düşüncesi bazı nedenlerden ileri gelmektedir. Kişilerin iten faktörler doğrultusunda en çok ekonomik nedenlerden dolayı göç ettikleri düşünüldüğünde gelir düzeylerini yükseltmek ve daha iyi yaşam koşullarına sahip olmak amacıyla çeken faktörlerin etkisi altında kaldıkları söylenebilir.

Teknolojik gelişmeler sonucunda üretim biçiminin değişmesi nüfusun büyük bir kısmının “topraktan kopması”na neden olmuş ve dolayısıyla sanayi ve hizmet sektörlerinde yoğunluk başlamıştır. İş imkânları sağlayan sanayi ve hizmet kuruluşları görece gelişmiş bölgelerin kentleri ya da onların yakın çevrelerine yerleşmektedir. Bu durumda meydana gelen nüfus hareketliliği beraberinde kentleşme olgusunu oluşturmuştur (Kartal, 1978: 4-8). Ekonomik durum bu yönüyle göçün en çekici nedenlerinden birini oluşturmuştur.

Türkiye’de nüfus miktarının her geçen gün artması tarımsal alanların veraset yoluyla parçalanmasının ana sebebini oluştururken, artan nüfusu kapsayacak sanayi merkezlerinin olmayışı nüfusun göç etmesine sebep olmuştur (Başol, 1994: 100). Bu sebeplerle göç eden kişilerin gelir elde etmek, ailelerine finansal destek sağlamak ve daha iyi bir hayat standardına sahip olmak amacıyla bu hareketi gerçekleştirmeleri söz konusudur (İçduygu, 2004: 49).

Göç hareketinin daha çok kırsal yerleşmelerden kentlere doğru olduğu düşünüldüğünde, insanların tarımsal faaliyetlerin yerine diğer faaliyet alanlarından birine dâhil oldukları söylenebilir. Sanayileşme ve kentlerin gün geçtikçe globalleşmesi durumu beraberinde kentlerin istihdam imkânlarını artırmış ve işgücü için göçlerin çekici yanını oluşturmuştur (Yıldırım, 2008: 85). Tarımsal faaliyetlerin önündeki engellerden dolayı işgücünün gelir elde etmek amacıyla göç hareketini gerçekleştirmesi göçün ekonomik boyutunu oluşturmuştur.

2009-2013 yıllarını kapsayan dönemde, istihdamın sektörel dağılımı Tablo 10’da gösterilmektedir.

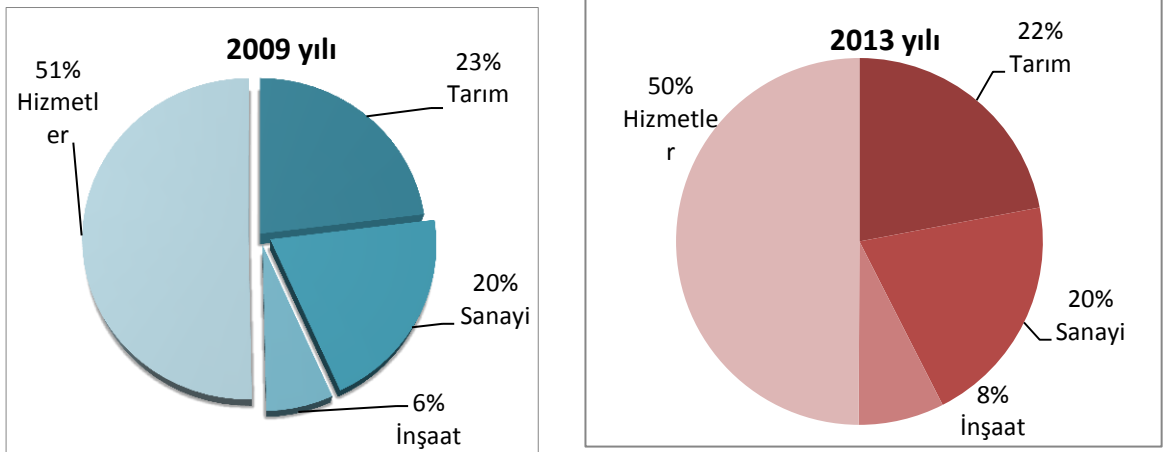
Tablo 10. İstihdamın Sektörel Dağılımı (2009-2013)

İstihdam Edilen Nüfus (1000)	2009	2010	2011	2012	2013
Toplam İstihdam	20.615	21.858	23.266	23.937	24.899
Tarım	4.752	5.084	5.412	5.301	5.487
Tarım Dışı İstihdam	15.784	16.774	17.854	18.636	19.411
Sanayi	4.179	4.615	4.842	4.903	5.096
İnşaat	1.305	1.434	1.680	1.717	1.883
Hizmetler	10.380	10.725	11.332	12.016	12.432

Kaynak: TÜİK, İşgücü İstatistikleri, 2009-2013.

2009-2013 yılları arasında istihdam katılım oranları incelendiğinde, toplam istihdam edilen kişilerin sayısı yıllara göre sürekli artış göstermektedir. Tarım sektöründe görülen istihdamın aynı düzeyde seyrettiği dikkat çekmekte, diğer tarafta hizmet sektöründe gözle görülür bir artış seyretmektedir. Bu durum tarım sektöründe istihdam edilenlerin sanayi, inşaat ve özellikle hizmet sektörüne kaymasından kaynaklanmaktadır. Kırsal yerleşim yerlerinden kentlere doğru olan göç hareketliliğinin neticesinde ortaya çıkan bu durum istihdam şekillerinin de değişimine neden olmuştur.

Şekil 1. İstihdamın Sektörel Dağılımı, 2009-2013.



Kaynak: TÜİK, İşgücü İstatistikleri, 2014.

Şekil 1’de 2009 ve 2013 yıllarının sektörlere göre istihdam oranları net bir şekilde görülmektedir. Her iki yıl arasında dört yıllık bir fark olmasına rağmen, oldukça az bir değişim yaşanmıştır. 2009 yılında Türkiye’de nüfusun yarısından fazlası hizmet sektöründe

istihdam etmekteyken, bu oran 2013 yılında diğer sektörlerin toplamına eşitlenmiştir. Tarım sektöründe istihdamın giderek düştüğü ve 2009-2013 yılları arasında %22’lerde seyrettiği görülmektedir. Belirtilen kaynakta (TÜİK işgücü istatistikleri) 2005 yılı itibariyle tarımsal istihdam oranlarının azalmaya başladığı görülmektedir. Abadan-Unat (2006: 152)’a göre, insan kaynaklarının ihracı kırsal ve kentsel nüfusun demografik yapısında keskin değişimlere neden olmakta, kırsal kesimde çeşitli tarımsal faaliyetler terk edilmektedir.

İstihdamın sektörel dağılımının, istatistiki bölgeler itibariyle sınıflandırılması da göçe ilişkin ipucu vermesi bakımından önemlidir. 2014 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, istihdam oranı en düşük olan faaliyet kolunun tarım sektörü (yaklaşık %21) olduğu, bu oranın büyük bir kısmını ise Kuzeydoğu Anadolu bölgesinin oluşturduğu tespit edilmiştir. Aynı istatistiğe göre, en yüksek paya %51’lik bir oranla hizmet sektörü sahip olmuş, bu orana erişen en yüksek bölgenin Batı Anadolu olduğu bulunmuştur. Sanayi sektöründe ise Doğu Marmara’nın yaklaşık %39’luk bir oranla en yüksek paya sahip olduğu gözlenmiştir (TÜİK, 2014). İstihdamın sektörel dağılımının incelenmesi esasen işgücüne katılım oranlarının da belirlenmesini gerektirir. Faaliyet alanları içerisinde tarımın en düşük oranlara sahip olmasının akabinde istihdamın da en fazla paya sahip olması beklenir. Bu durum istihdam oranının %49 ile Kuzeydoğu Anadolu’ya ait olduğunu göstermektedir. İşgücüne katılım oranı %53 ile Ege Bölgesinde en yüksek orana sahip iken, istihdam oranı %34,8’lik bir oran ile Güneydoğu Anadolu Bölgesinde en düşüktür (TÜİK, 2014). Dolayısıyla istihdam oranları ve istihdamın bölgeler bazında dağılımının tespiti içgöçün belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Kişileri içgöç hareketliliğine yönelten ekonomik faktörlerin belirlenmesi bu anlamda önem kazanmakta ve bölgesel eşitsizliklerin giderilmesinin iç göçe yansımalarının pozitif olacağı düşünülmektedir.

1.3.4.2. Sosyo-Kültürel Nedenler

Türkiye’de iç göç hareketliliğine neden olan çekici güçlerden birisi de, sosyo-kültürel nedenlerdir. Sosyal ve kültürel yapıya dayalı olarak ortaya çıkan göç hareketlerinin nedenleri, özellikle nüfus yapısı, eğitim ve sosyal dokular temelinde ele alınmaktadır (Taşçı, 2009: 189). Ayrıca kentin kişilere sunduğu imkânlar doğrultusunda göçlerin diğer sosyo-kültürel nedenleri; özgürlük ortamının varlığı, toplumsal kontrolün azalması ve bazı kültürel etkinliklerin düzenlenmesi olarak da sıralanabilmektedir (Kurt, 2003: 105). Ancak yapılan bazı araştırmalara göre, kırsal kesimden göç edenlerin yoğun

olduğu kent veya bölgelerde, kültürel faaliyetlere katılımın düşük olduğu gözlenmiştir (Güçlü, 2002: 87). Bu durum, kentlere göç etme eğilimi taşıyan ya da göç etmiş kişilerin sosyo-kültürel nedenlerin etkisinde kalarak bu karara varmış olmalarının, diğer nedenlere göre daha az belirleyici olduğunu göstermektedir.

Kişilerin kırdan kente ya da kentten daha büyük kentlere doğru göç hareketine karar vermelerinde etkili olan bir diğer faktör muhakkak eğitim olmuştur. Kırsal kesimde eğitim imkânlarının yetersizliği ya da diğer bir deyişle kentin eğitim ihtiyacını karşılama potansiyeline sahip olması sebebiyle eğitim faktörünün bireyleri göç etmeye çeken faktörlerden olduğu söylenebilir (Tezcan, 1997: 591; Yalçın, 2004: 116). Öte yandan bu iç göçler, eğitim hizmetinin hem kalitesini düşürmek açısından hem de eğitim maliyetlerini artırması açısından da bazı olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Tezcan, 1997: 591). Ancak göç yoluyla yoğun nüfusa sahip olan kentlerde oluşan sorunları çözmek amacıyla eğitim yine de ayrıcalıklı bir konumda tutulmaktadır. Bir yandan kırsal alanlardan kentlere göç eden niteliksiz işgücü işsizlik oranını artırmakta öte yandan ise eğitimin ön plana çıkmasına yardım etmektedir (Tatlídil, 1997: 601).

Kırdan kente gelenler fiziksel altyapı sorunlarının yanında göç edilen kent ve oradaki toplumla bütünleşme konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar. Kısacası bu durum kültürel, dini, etnik ve siyasi kimlik arayışı içinde olan toplumu bunalıma itmektedir (Görentaş, 2007). Dolayısıyla göç olgusunun çok yönlülüğünün getirmiş olduğu bazı sosyo-kültürel sıkıntılardan birinin de sosyal dokular olduğu söylenebilir. Aynı toplum içerisinde farklı din, dil ve kültüre sahip kişilerin bütünleşme sıkıntıları var olabilmekte ve bu durum toplum ve kişi üzerinde ciddi sıkıntılar oluşturmaktadır.

II. BÖLÜM

SAĞLIK PERSONELİNİN YURTIÇİ HAREKETLİLİK OLGUSU

2.1. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ VE GENEL ÖZELLİKLERİ

1920 yılında Cumhuriyet'in ilanından önce kurulan Sağlık Bakanlığı'nın ilk döneminde sağlık hizmetlerinin kurumlaştırılmasına yönelik herhangi bir çalışma yapılmamış, ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar'ın göreve gelmesiyle Türk sağlık sisteminin kuruluşu gerçekleşmiştir (Savaş vd., 2002: 16). Sağlık alanında önemli gelişmelerin başlangıcı sayılabilecek, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi İle İlgili Kanun, “dar bölgede geniş tabanlı hizmet” modeliyle öne sürülmüş, 1961 yılında koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmesi gerektiği fikri üzerine yasalaşmış, 1963 yılında ise uygulamaya koyulmuştur. Aynı zamanda eşit, sürekli, parasız, entegre ve basamaklı sağlık hizmeti sosyalleştirmenin diğer ilkeleri arasında sayılmıştır (Kurt ve Şaşmaz, 2012: 21). 1963 yılında planlı kalkınma dönemine geçilmesiyle birlikte sağlık hizmetinin sürekli, hakkaniyetli ve nüfusun öncelikleri esas alınarak sunulmasına ehemmiyet verilmek istenen bir dönem başlatılmıştır (Saran, 2007: 656). 1970-80 yıllarını kapsayan dönemde sağlık politikalarına yönelik önemli bir değişim yaşanmamakla birlikte 1983 sonrası dönemde sağlık hizmeti sunan sistemin ‘sorunlu’ olduğu tespitinden hareketle, sistemin iyileştirilmesi adına reform hazırlıkları çözüm olarak görülmüştür (Özdemir, 2001: 282). 1990'lı yıllara kadar devam eden reform tartışmaları üzerine mutabakata varılan konu başlıkları; Genel Sağlık Sigortasının kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek şemsiye altında toplanması, hizmet sunum ve finansmanı arasındaki farkın belirginleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet planlama ve denetlemesinin etkin hale getirilmesi amacıyla yeniden yapılandırılması, hastanelere özerklik verilmesi, aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli hassasiyetin gösterilmesi olarak belirlenmiştir (Sülkü, 2011: 5). Bu durum günümüzde de geçerliliğini koruyan kapsayıcı, bütüncül ve tekçil hizmet sunan sağlık sisteminden, 1980 sonrası ekonomik ve politik açılıma sahip refah yönelimli bir sağlık sistemine doğru geçişi ifade etmektedir (Sargutan, 1993a: 2887). Oluşturulan reformların önünde engel teşkil eden ve üzerinde ciddi tartışmalar yürütülen birkaç konu başlığına dikkat çekilmekte yarar vardır. İlk olarak, sağlık hizmetlerinin artan maliyeti, kişilerin beklenti düzeylerinin yükselmesi, hükümetin ödeme kapasitesinin bilincinde olması ve son olarak geleneksel

yaklaşımlara dönük şüpheli yaklaşımdır (Roberts vd., 2009: 10). Dolayısıyla sağlık reformlarının uygulamaya konmasında gerek ekonomik gerekse sosyal ve politik olarak bazı sorunların var olması, reformların ulaşılmak istenen amaç için yetersiz kaldığını göstermektedir.

Türk Sağlık Sistemi incelemesinin, 2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrası olarak değerlendirilmesi, sistemin geçirdiği dönüşüm sürecinin anlaşılması açısından önem taşımaktadır (OECD, 2008: 11). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu açısından önemli değişiklikleri gündeme getiren bu programa göre; hizmetin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması hedeflenmiştir (Saran, 2007: 666; Sağlık Bakanlığı, 2003: 24). Aynı zamanda insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet gibi bileşenlerden oluşan Sağlıkta Dönüşüm Programı, ‘21. yüzyılda herkese sağlık’ politikası temelinde yol alacaktır (SB, 2003: 25). Sağlıkta Dönüşüm Programının aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin işletme haline dönüştürülmesi olarak belirlediği üç ana stratejisi bulunmaktadır. Bu başlıklar açıldığında, Türkiye sağlık sistemini oluşturan temel bileşenlerden olan birinci basamağın, hastanelerin ve hizmetin finansmanının düzenlemeye tabi tutulduğu görülmektedir (Belek, 2012: 22). Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında daha spesifik olarak belirlediği sekiz bileşenini gerçekleştirmeyi amaçlamıştır. Sağlık Bakanlığı (2003) programın temel bileşenlerini şu şekilde belirlemiştir: 1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, 2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS), 3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sunumu, 4. Bilgi ve becerisi yüksek, motivasyonlu sağlık insan gücü, 5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, 6. Sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmak için kalite ve akreditasyon, 7. Akılcı ilaç kullanımına yönelik kurumsal yapılanma, 8. Bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi (SB, 2003: 26-36). Bu bağlamda belirlenen bileşenlerin gerek sunum aşamasında, gerek organize edilmesinde gerekse finansmanında sağlık hizmetinin niteliğini artırması amaçlanmıştır. Hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasının, her iki alana da gerekli hassasiyetin gösterilmesi anlamında önem taşıdığı görülmektedir. Aynı şekilde Bakanlığın yetki ve sorumluluklarının bir kısmını otonom sağlık işletmelerine devretmesi yoluyla iyileştirmede başarılı olacağı düşünülmüştür. Öte yandan herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası

bağlamında hizmetin adil, hakkaniyete uygun ve eşit bir şekilde hizmet alıcılara sunulması amaçlanmıştır. Daha net bir ifadeyle, hizmetin sunumuna ilişkin bileşenlerin gerçekleştirilebilmesi hizmeti planlayan ve organize eden mekanizmanın iyi bir şekilde işlemesine bağlı gözükmeaktadır.

Sağlık sisteminin oluşumunda idari, finansal, insan gücü bileşenleri ve bunların eşgüdümü esas teşkil etmekte (Turaman, 2012: 94) olup, hizmetin sunumunda ise eğitim, üretim ve yönetim gibi başka sektörler de önemli rol oynamaktadır (Diren, 2001: 252). Sistemleri birbirinden ayıran özellik ise, arz-talep düzenleri ile mali yapılarının oluşumundaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Sargutan, 2005a: 406). Bu anlamda ülkenin ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulmuş sağlık politikalarının, sağlık sisteminin yapı ve işleyişini etkileyen önemli unsurlardan birini oluşturduğu söylenebilir (Sargutan, 2005a: 409). OECD ülkelerinin sağlık politikaları bağlamında sağlık hizmetlerinin mali boyutuna ilişkin hedefleri, hizmete erişimde sıkıntı yaşamaması muhtemel olan yoksul hanelerin mali olarak korunması ve nüfusun tamamının hizmete eşit derecede erişimlerinin sağlanması olarak belirlenmiştir (OECD, 2008: 61). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ele alınan bu durum, hizmetin eşit sunumuna yönelik maddeler içermektedir. Diren (2001: 256)’e göre ise, her ülke kendi koşullarının gerektirdiği şekilde kendi sistemini oluşturmalı ancak bunu yaparken dünyadaki örnekleri iyi bir değerlendirmeye tabi tutmalıdır.

2.2. SAĞLIK PERSONELİNİN YURTIÇİ HAREKETLİLİĞİNİ ETKİLEYEN NEDENLER

Dünya Sağlık Örgütü sağlık çalışanlarının hareketliliğine ilişkin yaptığı çalışmalarda kişilerin iş-yaşam denge modeline göre hareket ettiklerini, giderek finansal fayda elde etmekten daha fazla hak ettiklerini almaya yönelik motive olduklarını, beklentileri karşılanmadığı takdirde iş ve yer değişimini hızlı bir şekilde gerçekleştirecek olduklarını belirlemiştir (WHO, 2009: 10). Dolayısıyla sağlık personelinin bu şekilde dağılım göstermesinin altında pek çok neden bulunmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin hareketliliğini etkileyen sebepler genel anlamda sağlık sisteminin performansını olumsuz yönde etkileyen, yeterli sayıda sağlık personelinin bulunmaması, standartlar doğrultusunda sağlık bakımının sağlanamaması ve hastalarla iletişimin yeterli düzeyde kurulamamasından kaynaklanmaktadır. Bu duruma, daha dar kapsamda, pek çok çeşitli faktörler de sebep olmaktadır. Yaşam tarzına ilişkin faktörler,

topluma sunulacak sağlık hizmeti öncesi gerekli olan eğitimin alınması esnasında iŖe iliŖkin faktörler, sağlık hizmetinde insan kaynağının politika ve planlaması gibi sağlık sistemine iliŖkin faktörler, finansal durum, alıŖma durumu, yönetim stili, uzmanlaŖma ve iŖ ortamında güvenlik ekseninde birleŖen daha pek çok sebep bulunmaktadır. Aynı zamanda sosyo-kültürel çevrenin de hekimlerin yurtiçi hareketliliğini etkilediği bilinmektedir (Dieleman ve Harnmeijer, 2006: 1).

2.2.1. Sağlık İmkânlarının Dağılımı

Son yıllarda sağlıktaki geliŖmelerin artmasına paralel olarak sağlık imkânlarının yükselmesi aynı zamanda eŖsitsizliđi beraberinde getirmiŖtir. Dokümantasyon ve iletiŖim imkânlarının artması, kaynak ve geliŖmelere ulaŖmadaki eŖsitsizliđi daha belirgin hale getirmiŖ, bu durum sonucunda ülkeler arasında ve ülke içerisinde eŖsitsizlik görünür hale gelmiŖtir (Akdağ, 2008: 37). Kamu imkânlarının toplamının fazla veya eksik olduğu durumda eŖsitsizlik belirgin hale gelmekte ve aynı zamanda sosyal ve ekonomik mahrumiyet eŖsitsizliđi yođunlaŖtırmaktadır (Dadashpoor vd., 2016: 160). Bu bağlamda, gerekleŖtirilen reformlar önem kazanmakta ve Dokuzuncu Ulusal Kalkınma Planı bölgelerarası ve kıır-kent arasındaki geliŖmiŖlik farklarının azaltılması temelinde ortaya ıkarılmıŖ somut kalkınma stratejilerinden birini oluŖtırmaktadır (SKA, 2011: 49).

Türkiye'nin sağlık imkânlarından kastın ne olduğu ve bunların ülke içerisindeki dağılımları literatürden derlenerek açıklanmaya alıŖılmıŖtır. Ülkenin sağlık imkânları hizmetin devamlılığının sağlanması adına önem arz eden ve hizmeti sunan nitelikli insan gücünün yanı sıra hizmet sunumunun gerekleŖtirildiđi mekân olan hastane sayısı ve yatak kapasitesi ve aynı zamanda hastaya koyulacak doğru teŖhisin yüksek teknolojiyle üretilen tıbbi cihazlar bağlamında değerlendirilmesinden oluŖmaktadır.

2.2.1.1. Hastanelerin Sayısı ve Yatak Kapasitesi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel sağlık kuruluŖları vasıtasıyla gerekleŖtirilmekte olup, özel sağlık kuruluŖlarına göre kamunun rolünün daha fazla olduğu görülmektedir (AltuniŖ, 2000: 159). Bu bağlamda 2002 yılında Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarının sayısı 1.156 civarındayken, bu sayının 774'n Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler geriye kalan 271'ini ise özel sağlık kuruluŖları oluŖtırmaktadır. 2004 yılında bu rakam toplamda 1.217'ye ykselmiŖ, özel hastanelerin sayısı bu oranın yaklaşık %20'sini oluŖtırmıŖtır. Yıllar itibariyle değerlendirildiğinde özellikle Sağlık Bakanlığı ve

özel hastanelerin sayısındaki belirgin artışın yanı sıra üniversite hastanelerinde de artış görülmektedir. Vakıf ve dernek hastaneleri olarak nitelendirilen diğer yataklı tedavi kurumlarının sayısında ise azalmalar mevcuttur. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı verilerine göre, hastane sayısının en fazla olduğu il İstanbul'dur ve bu ilde toplam 236 hastane bulunmaktadır. Bu durum yatak sayısının da en yüksek olmasını beraberinde getirmiş, 33.581 yatak kapasitesine sahip bir il olarak İstanbul ilk sırada yer almıştır. Ankara, Antalya, Bursa, İzmir ve Konya gibi illerin de hastane sayılarına paralel olarak yatak sayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Yataklı tedavi kurumlarının en az sayıda olduğu iller Bayburt, Tunceli ve Kilis olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2014: 96).

Tablo 11. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı (2014)

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2002	774	50	271	61	1.156
2010	843	62	489	45	1.439
2011	840	65	503	45	1.453
2012	832	65	541	45	1.483
2013	854	69	550	44	1.517
2014	866	69	556	37	1.528

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Türkiye sağlık hizmet sunumu sektörü incelendiğinde en önemli parametrenin niceliksel kapasite altında değerlendirilebilecek olan hastane yatak kapasitesi olduğunu (YASED, 2012: 23) belirtmekte yarar vardır. Bu bağlamda Türkiye'nin hastane yatak sayılarının belirlenmesi adına gerek Avrupa Birliği ülkeleri gerekse diğer OECD ülkeleri ortalamasıyla karşılaştırma yapılması mevcut durumun görülmesini kolaylaştıracaktır. Dolayısıyla 2011 yılında Türkiye'nin 100 bin kişiye düşen kullanılabilir yatak sayısının yaklaşık 253,4 civarında olduğu, AB ülkeleri ortalamasının ise 534,4 olarak bu sayının yaklaşık iki katına sahip olduğu tespit edilmiştir. Aynı istatistiğin diğer OECD ülkeleri kapsamında değerlendirmelerinde, 2013 yılında 100 bin kişi başına düşen yatak sayısının 265 civarında olduğu, 2014 yılında ise 266'ya yükseldiği belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, Türkiye bu anlamda AB ve diğer OECD ülkeleri arasında son sıralarda yer almaktadır

(Küçük, 2015: 29). Türkiye’de mevcut hastane yatak sayısının bölgesel dağılımı incelendiğinde ise, 2014 yılında Batı Anadolu bölgesinde 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısının 34,6 oranıyla birinci sırada yer aldığı, onu takiben Doğu Karadeniz bölgesinin (32,3) geldiği belirlenmiştir. Türkiye’de en az hastane yatak sayısına sahip bölge ise Güneydoğu Anadolu’dur (20,5) (Başara vd., 2015: 77). Ülkenin sağlık hizmet sunumunu doğrudan etkileyebilecek bir unsur olan hastane yatak sayısı, bölgesel eşitsizliği gün yüzüne çıkarabileceği gibi aynı zamanda bölgesel dengesizlik sonucunda ortaya çıkmaktadır.

2.2.1.2. Tıbbi Cihazların Dağılımı

Uzun yıllardan beri sağlık hizmetlerinde kullanılan doğal ve ucuz yöntemler, bilim ve teknolojiye paralel olarak değişiklik göstermiş, bu sayede hem kullanılan teknikler hem de yararlanılan teknolojiler değişim içine girerek çeşitlenmiş ve karmaşıklaşmıştır (Sargutan, 2005b: 113). Sağlık hizmetlerinin metalaştığı bu süreçte, bir yandan emek verimliliği yükselirken bir yandan da emeğe olan bağımlılığı azaltmaya yönelik araç ve yöntemlerin kullanımı artmıştır (Ulutaş, 2011: 134). Dolayısıyla tıbbi cihazların gelişimi sermayenin çift yönlü işlemesini sağlamaktadır. Buna yönelik yapılan yatırımlar hizmetin çıktısını olumlu yönde etkilerken, hizmet sunucularına duyulan ihtiyacı en aza indirmektedir.

Günümüzde sağlık sektörü, AR-GE faaliyetlerinin hız kazandığı ve bu sayede yatırımların yoğunlaştığı alanlardan biri niteliğindedir (www.tubitak.gov.tr., 2013: 106). Tıbbi cihazların mevcudiyet, erişilebilirlik, uygunluk ve hizmet gibi standartlara bağlı olarak değerlendirilmesi (Kiper, 2013: 25) gerekliliğinin yanı sıra bu çerçevede bölgesel ve ülkeler arasında farklılıklar olabileceği de göz ardı edilmektedir. Türkiye’nin tıbbi cihazlar noktasında eksikliğinden kaynaklanan ve giderilmesi hususunda ithalatın büyük rol oynadığı bu alana ayrı bir hassasiyet gösterilmeye başlanmış (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 85; Kiper, 2013: 133) ve bu sebeple son yıllarda sınırlı sayıda yapılan yatırımlar yerli üretimin başlangıcı olması itibarıyla önem kazanmıştır (Ertuğrul, 2013: 47). 2010 yılı sonrasında tıbbi malzemelerin ihracat içerisinde payı giderek artmış ve 2013 yılında 775 milyon dolara ulaşmıştır. Bu gelişmelerin aksine 2014 yılı itibarıyla dış kaynaklardan temin edilen tıbbi malzemelerin oranı %85 civarında seyrettiği tespit edilmiştir (Sarıçay, 2014: 15). Bölgesel olarak değerlendirildiğinde Ankara, İzmir ve İstanbul illerinin yanı sıra son yıllarda Samsun ilinin de tıbbi cihaz üretici ve ihracatçı firmaların yoğunluk kazandığı

yerler arasına dâhil olduğu söylenebilir (Kiper, 2013: 134; Sarıçay, 2014: 15). Bunun yanı sıra tıbbi cihazların bölgesel dağılımındaki eşitsizlikleri giderebilmeleri adına dezavantajlı bölgelerden olan Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu'ya yapılacak olan yatırımlar, o bölgede yaşayan hastaların gerek hizmete erişimini gerekse hizmeti kullanımını pozitif yönde etkileyecektir (Mollahaliloğlu vd., 2009: 73-77). Bu durum hizmet sunumunu gerçekleştirecek olan hekimlerin bölgelerarası dağılımını olumlu yönde etkileyeceği gibi, sözü geçen bölgelerde hekimlerin kendilerini geliştirebilmelerine de katkı sağlayacaktır.

2.2.1.3. Sağlık Personeli Sayısı

Sağlık insan gücü bir ülkenin sağlık hizmetlerinin kesintisiz devamı için hayati öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin devamlılığının gerek toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi gerekse sağlıklı bir hayatın idame ettirilmesinde taşıdığı önem sağlık çalışanlarına olan ihtiyacı daha net bir şekilde açıklamaktadır (YÖK, SB ve DPT, 2010: XV). Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında Türkiye'de sağlık çalışanlarının yetersiz olduğunun tespit edilmesinin yanı sıra coğrafi olarak da bölgesel dağılımın dengesiz olduğu görülmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre, yeteri kadar gelişmemiş kırsal bölgelerde çalışan hekimlerin finansal olarak desteklenmelerine rağmen çalışma yeri tercihlerini büyük şehirlerden yana kullandıkları tespit edilmiştir (Grignon vd., 2012: 10). Demek oluyor ki, sağlık profesyonellerinin bölgesel dağılımında görülen dengesizlikler yalnızca Türkiye'ye has bir durum olmayıp, başka gelişmiş ülkelerde de mevcuttur. Bu durumun çözülmesi adına gerçekleştirilen reformlar Sağlık Bakanlığı personel sayısının artırılmasına yönelik de uygulanmaktadır. Sayan ve Küçük (2012: 175)'e göre, personel sayısı yıllar itibariyle artmakta olup bu durum, mevcut tıp fakültelerinin kontenjanlarının artışı ile açıklanabileceği gibi yeni tıp fakülteleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin açılmasıyla da açıklanabilir.

Tablo 12. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları (2014)

Sağlık Personeli	2002	2010	2012	2014
Uzman Hekim	45.457	63.563	70.103	75.251
Pratisyen Hekim	30.900	38.818	38.877	39.045
Asistan Hekim	15.592	21.066	20.792	21.320
Toplam Hekim	91.949	123.447	129.772	135.616
Hemşire	72.393	114.772	134.906	142.432

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Türkiye’de her yıl bir önceki yıla göre hekim sayısında önemli miktarlarda artış yaşanmış, 2002 yılında toplam hekim sayısı 91.949 iken, 2014 yılında bu sayının 135.616 olduğu görülmektedir. Türkiye nüfusunun yaklaşık 75 milyon olduğu düşünülerek, Dünya Sağlık Örgütü’nün 2013 yılı verilerine göre, 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 176 olarak belirlenmiştir (www.who.int, 2013). Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre ise bu sayının 2013 yılında 174 kişi, 2014 yılında ise 175 olduğu tespit edilmiştir (Başara vd., 2015). Aynı şekilde yıllar itibariyle hemşire sayısında da gözle görülür bir artış yaşanmış, sayı 2002 yılında yaklaşık 72 bin iken, 2014 yılına gelindiğinde yaklaşık iki katına çıkmıştır.

Türkiye’de sağlık insan kaynaklarının coğrafi dağılımının belirlenmesinde kişi başına düşen sağlık personeli sayısı kullanılmakta, gerek hekim sayısı gerek hemşire ve ebe gibi diğer sağlık çalışanlarının nüfusa oranları kriter olarak kullanılmaktadır (Yardım ve Üner, 2013: 489). Yapılan çalışmalara bakıldığında Türkiye’de hekimlerin coğrafi eşitsizliklerden kaynaklanan bölgesel dağılım farklılığının 2002-2014 yılları arasında büyük bir değişiklik geçirdiği görülmektedir. Her iki dönem içerisinde Batı Anadolu’da 100.000 kişiye düşen hekim sayısı en yüksektir ve 2014 yılında 270 kişiyle Türkiye ortalamasının üzerindedir. Ortalamanın üzerinde olan bir diğer bölge Ege olmuştur. 2014 yılı Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre, Türkiye ortalamasının epeyce altında bir oranla Güneydoğu Anadolu bölgesi yer almakta, onu Ortadoğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgesi takip etmektedir (Başara vd., 2015: 143). Sağlık Bakanlığı 2013 yılı verilerine göre, 100 bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısının en yüksek olduğu bölgeler sırasıyla Doğu Karadeniz, Batı Anadolu ve Batı Karadeniz’dir. Bu sayının en az olduğu bölge ise Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Dolayısıyla bölgesel gelişmişlik bu anlamda önemli olmakta, hekim, hemşire ve ebe statüsündeki sağlık personelinin geri kalmış bölgelerden çekilmesine neden olmaktadır. Bu durumda, sağlık personeli noktasında sıkıntı yaşayan yerlerin daha çok gelişimini tamamlayamamış bölgeler olduğu söylenebilir.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi

2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimini etkileyen ‘aile hekimliği’ ve ‘kamu hastane birlikleri’ modellerinde personel istihdamına yönelik pek çok değişiklik yapılmıştır. Sağlık personelinin doğrudan istihdam biçimini etkileyen sözleşmeli ve taşeron uygulamasının yanı sıra dolaylı olarak özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve yabancı sağlık personeli çalıştırma gibi uygulamaların da gündeme getirilmesiyle yeni istihdam alanları

oluşturulmaya çalışılmıştır (Sayan ve Küçük, 2012: 173). Bu anlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı gerek kurumsal yapılanmayı gerekse kurumların işlevlerini köklü bir şekilde değiştirmiş, Bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarını özerkleştirerek yerel yönetimlere devretmiştir. Bu dönüşümler, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve kaliteli sunumunun sağlanması çerçevesinde meşrulaştırmaya çalışılmaktadır (Ataay, 2005: 70). Bu durum sağlık hizmetlerinin metalaştırılma süreci olarak görülmekte, hizmeti sunan kişilerin yerel yönetime ait özelleştirilmiş sağlık işletmeleri bünyesinde sözleşmeli veya taşeron olarak çalıştırılmasına ortam hazırlamaktadır.

Merkezi hükümetin kamu mal ve hizmetleri sağlama yükümlülüğünü yerel hükümetler içerisinde paylaşırma süreci olarak tanımlanan özelleştirme uygulaması (De Mello, 2000: 374) sağlık hizmetlerinin niteliğinin değiştirilmesi yönünde önemli bir adımı oluşturmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözmeye yönelik oluşturulan bu uygulama kamu sağlık harcamalarının azaltılmasını amaçlamıştır (Belek, 1994: 82). Dolayısıyla gerek hizmet sunucuları gerekse hizmeti talep edenlerin bu durumdan etkilenmesi kaçınılmaz olmuştur. Bu durum özelleştirmeye beraber hizmeti talep edenlerin hizmet sunumunda ortaya çıkan maliyete dâhil edilmelerini esas almıştır (Ataay, 2005: 70). Aynı zamanda devletin mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde görevlerini yerine getirebileceği (Gözler, 2011: 207) düşüncesinden hareketle de bu uygulamaya geçilmiştir. Dolayısıyla işletmecilik mantığı çerçevesinde değerlendirilerek kâr amaçlı diğer işletmelerle benzer yönlerin oluşturulmaya çalışıldığı sağlık işletmelerinde hizmeti talep edenlerin finansmanı sağlayacak ve kamu-özel dengesini kuracağı düşünülmüştür. Bu anlamda hizmet sunucularının etkinlik, verimlilik, kalite ve rekabet odaklı bir anlayış çerçevesinde bütünleşecekleri piyasa mekanizmasında elde edecekleri artı değer karşılığı kâr olacak ve bu sayede görevlerini ifa edebileceklerdir.

Özelleştirme uygulamalarıyla birlikte, özel sektör sağlık hizmetlerinin sunumu şu yollarla gerçekleştirilmeye başlamıştır: Özel muayenehaneler, özel poliklinik ve tıp merkezleri, iş yeri hekimleri, özel tanı laboratuvar merkezleri ve özel hastaneler. Belirtilen özel sağlık kuruluşları arasında özel hastanelerin gerek hizmetin kalitesini artırması gerekse kamu hastaneleriyle rekabet ortamını oluşturması bakımından önem taşıdığı görülmektedir (Tengilimoğlu vd., 2011: 161). Özelleştirmenin yansımaları yalnızca kurumların yapılarında meydana gelmemiş, aynı zamanda devletin hizmet sunumundan geri çekilmesiyle sağlık personeli miktarının bölgeler arasında dengesiz dağılımına da

sebepe olmuştur (Sargutan, 1993b: 51). Dolayısıyla özelleştirme uygulamaları sağlık personelinin iller ya da bölgeler arasında hareketliliğine sebepe olduğu gibi kurumlar arası rekabetin de hız kazanmasını sağlamıştır.

2.2.3. Sosyo-Kültürel Yapı

Sosyo-kültürel çevre; devlet, sosyal gruplar ve bireylerin faaliyet gösterdikleri ekonomik, siyasi, sosyal ve tarihi parametreleri kapsamaktadır (Dussault ve Franceschini, 2006: 4). Bu kapsamda değerlendirilen sosyo-kültürel yapılar ise; nüfus, göç, eğitim, sağlık, sosyal hizmetin (KUZKA, 2011: 7) yanı sıra inanç ve geleneklerin toplamından oluşmaktadır (Mcrae, 2004: 4). Kişilerin toplum içerisindeki diğer kişilerle ilişkilerini etkileyen ve davranışlarının şekillenmesini sağlayan bu unsurlar aynı zamanda kişileri birbirinden farklılaştırmaktadır (Hofstede, 1984: 82; Dursun, 2013: 45). Toplumdaki kişiler arasında oluşan bu farklılıkların esasen kişilerin ifade, inanç ve değerleri bağlamında araştırılmaksızın anlaşılması mümkün değildir (Hofstede, 1984: 82). Kişiler arasında farklılığı belirginleştiren bir diğer unsur ise iletişim ve teknolojik değişme olmaktadır (Güler ve Çobanoğlu, 1994: 14). Dolayısıyla kültürel farklılıklar kişilerin hareketliliğini etkileyen unsurlardan biri konumundadır. Nitekim farklı kültürel çevrelerde yetişen bireyler, gerek sağlık hizmeti sunumunun getirdiği takım çalışması gerekse hizmet sunulan halkın kültürel farklılığından dolayı bazı sıkıntılarla karşılaşacaklardır.

Sağlık personelinin bulunduğu bölgede yaşayan kişilerin kültür ve değerlerine uygun olarak hizmet sunması son derece önemlidir (Engiz, 1997: 64). Bu durum, yetiştiği kültüre benzerlik göstermeyen bölgede görev yapmakta olan sağlık personelinin gerek adaptasyonu gerekse hareketliliğini etkileyecektir. Tözün ve arkadaşları (2008: 382)'nın yaptığı çalışmaya göre, sağlık personelinin çalıştığı sosyo-kültürel çevrenin iş doyumunu etkilediği tespit edilmiştir. Nitekim bu durum sağlık çalışanlarının sosyo-kültürel yapıdan kaynaklı iş doyum düzeylerine ilişkin göç kararı almalarında etkili olduğu söylenebilir. Dussault ve Franceschini (2006: 4)'ye göre, aynı zamanda sağlık personelinin kariyer seçimini de etkileyebilecek olan bu durum, yapılan çalışmalarda birçok ülkede hemşire ve genel cerrahların toplum tarafından düşük prestij ve değere sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Dolayısıyla hareketlilik yalnızca sağlık çalışanlarının adapte olamamalarından kaynaklanmayıp aynı zamanda toplumun benimsememesi durumundan da ileri gelmektedir. Kısacası, sağlık çalışanlarının hizmet sunduğu bölgenin sosyo-kültürel yapısıyla uyum sağlaması son derece önemlidir.

2.2.4. İstihdam Şekilleri

Sağlık çalışanlarının planlamasına duyulan ihtiyaç, kaynakların etkili ve verimli kullanımından ileri gelmesinin yanında yetiştirilmeleri sırasında kamu kaynaklarının harcanması ve devlet imkânları dâhilinde istihdam edilmeleri gerekliliğinden ileri gelmektedir. Sağlık işgücünün istihdam edilmesinde, çalışılacak kurumların kadro durumları, doluluk oranları ve istihdam gereksinimi olan kurumların kapasiteleri doğrultusunda ihtiyaç belirlenmektedir (YÖK, SB ve DPT, 2010: 3-4).

Neo-liberal sağlık politikaları dönemi olarak ifade edilen özelleştirme süreci, sağlık çalışanları açısından pek çok yansımayı beraberinde getirmiştir. Sağlık çalışanlarının ticarileşmiş yeni ortama uyumlaştırma sürecinde, iki nokta esas teşkil etmektedir. İlk olarak, kamu hizmetinin özel sektör eliyle verilmesinin ‘özel sağlık sektörü’nün hızla gelişmesini sağlaması, diğeri ise kamuda özel sektör işletmecilik anlayışının hâkim olmasıyla kamu personel rejiminde görülen esnekleşmenin istihdam biçimlerinde sebep olduğu değişimdir (Etiler, 2011: 2-4). 4924 sayılı yönetmeliğe göre, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların taşra teşkilatında eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması esas alınmıştır. Sözleşmeli kadrolar; uzman tabip, tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe gibi sağlık personelinin kapsayan bir istihdam şeklidir (Resmi Gazete, 2015). Bir diğer istihdam şekli, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu olmakla beraber, Sağlık Bakanlığı ve diğer bazı kamu kurum ve kuruluşlarının personeli olan uzman hekim, hekim ve aile sağlığı elemanının, kendilerinin talebi üzerine sözleşmeli olarak çalıştırılması esasına dayanır (Resmi Gazete, 2004). Burada esasen istihdam şeklinin değişikliğine yönelik bir vurgu yapılmakta ve sözleşmelilik esasına dayanan bir kadro türünden bahsedilmektedir. Resmi Gazete’de yayınlanan 657 sayılı kanuna göre, vekil ebe ve hemşirelik statüsünün ortaya çıktığı bir istihdam şekli de mevcuttur (Resmi Gazete, 1965). Ancak 2003 yılında Sağlık Bakanlığı ile SSK arasında yapılan protokollere göre, 2004 yılında mecburi hizmet kaldırılarak yerine sözleşmeli kadrolar ihdas edilmiştir (TTBEK, 2009: 12).

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık kurum ve kuruluşlarının ülke sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde dağılımının sağlanmasının yanında sağlık personelinin ülkede dengeli dağılımının yaygınlaştırılmasını da amaçlamaktadır (Resmi Gazete, 1987). Sağlık personelinin bölgelerarası dengesiz dağılımından kaynaklanan sıkıntıların önlenmesi amacıyla ‘mecburi hizmet’ uygulamasının devreye

sokulması ve bu kapsamda sağlık çalışanının yetersiz olduğu alanlarda çalışan personelin yüksek teşvik edici ücretlendirmelerle o bölgede tutulmaya çalışıldığı görülmektedir (Taşkın, 2001: 246-247). Dolayısıyla kalkınmada öncelikli bölgelerin sağlık personeli ihtiyacının giderilmesi adına yürütülen Devlet Hizmeti Yükümlülüğü sonucunda pratisyen ve uzman hekim sayılarında artış oldukça fazla olmasına rağmen, hemşire sayılarındaki değişim azdır (Mollahaliloğlu vd., 2007: 217). Devlet Hizmeti Yükümlülüğü uygulamasının gerçekleştirilmesi, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nca hazırlanan ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesine göre sıralanması sonrasında belirlenen 300-600 gün aralığındaki çalışma süresini kapsar (Resmi Gazete, 1987). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hekim istihdam şekillerinden biri olan Devlet Hizmeti Yükümlülüğü ya da diğer adıyla mecburi hizmet uygulaması, bölgelerin ve dolayısıyla ilçelerin gelişmişliklerinin tespiti sonrasında istihdam sıkıntısı çekilen yerlerdeki kadroları doldurmak amacıyla hekimlerin görevlerini ifa etmelerini sağlamayı hedeflemektedir. Bu sayede o bölgedeki halkın sağlık ihtiyaçlarından mahrumiyetinin önüne geçilmesi sağlanacak ve hekimlerin gelişmiş bölgelerde yığılması engellenmiş olacaktır.

Yeterli bilgi ve beceriye sahip olamayan pratisyen hekimlerin, sağlık alanından uzaklaşmalarına dayanak oluşturan aile hekimliği uygulamasının da etkisiyle çok fonksiyonlu ara hekim tipi olarak özel hastanelerin, tıbbi teknoloji sektörünün ve ilaç sektörünün ihtiyacını karşıladıkları bilinmektedir. Pratisyen hekimlerin aile hekimliği uygulamasında başrole sahip olmasının beklenmesi gerek eğitimin kapsamını gerekse uygun eğiticiler ve eğitim yönteminin belirlenmesini gerekli kılmaktadır (Demirdizen, 1997: 23). Hekim sayısı itibarıyla Türkiye'nin Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasının altında kaldığı düşünülecek olursa, eğitimi henüz tamamlamış pratisyen hekimlerin, eksikliği gidermek adına aile hekimi olarak istihdam edilmeleri gerekli görülmektedir. Aynı zamanda mecburi hizmet durumunun aile hekimliği uygulamasında bulunmamasından dolayı pratisyen hekimler için aile hekimliği daha fazla tercih edilmektedir.

2.2.5. Gelirdeki Değişmeler

1961 yılında çıkan 209 sayılı yasa ile yürürlüğe giren döner sermaye uygulaması başlangıçta yataklı tedavi kurumlarının ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulmuş, ancak 1989 yılından itibaren çalışanlara ek ödeme yapılması hususunda düzenlenmiştir. 2001 yılından sonra bu düzenleme yataklı tedavi kurumlarının yanı sıra birinci basamak sağlık

kuruluşlarında çalışanları da kapsamı altına almıştır (Etiler, 2011: 6). Sağlık Bakanlığı'nın gerçekleştirmiş olduğu yeni düzenlemeler sayesinde tıbbi hizmetlerin satın alınmasıyla sonuçlanan özelleştirme uygulaması, döner sermaye uygulamasını da beraberinde getirmiştir. 2004 yılında değişikliğe uğrayarak 'performans' başlığı altında yeniden gündeme gelen döner sermaye uygulaması, hizmeti sunan kişiler arasında rekabetin oluşmasına zemin hazırladığı (Pala, 2005: 72-74) gibi, aynı zamanda kurumun kalite ve verimlilik hedeflerine ulaşmasına da katkı sağlamıştır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 395). Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ortaya çıkan sağlık hizmetlerine olan aşırı talebi, kamu hastanelerinde görev yapan personelin verimlilik artışıyla dengelemeye çalıştığı görülmektedir (Sülkü, 2011: 245). Bu anlamda gerçekleştirmeyi planladığı performans sisteminin prim, ikramiye, hisse sahipliği, kârdan pay alma gibi parasal ödüllerle işletilmesinin kamudan ziyade özel sektör için geçerli olduğu bilinmektedir. Bunun yerine özel olarak oluşturulan puanlama sistemlerine dayalı olarak hizmetlerin toplanmasıyla elde edilen toplam parasal miktar çalışanlara dağıtılmaktadır. Performans sisteminin kamunun geneline yaygınlaştırılamamasındaki en büyük engel, ölçüm için gereken kriterlerin belirlenmesi ve ölçülmesinde yaşanan zorluklardır (Erkan, 2011: 424).

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının uzmanlık eğitimi alıp almadıkları da dikkate alınarak yapılacak ödeme tutarlarına ilişkin çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezinin tetkik ve sarf malzeme giderleri, kendisine kayıtlı kişi sayısı ve bulundukları risk grubu, belirlenen standartlar çerçevesinde hastalığın önlenmesine yönelik başarı oranları göz önünde bulundurulur (Resmi Gazete, 2004). Belirtilen kanunun ilgili maddeleri bağlamında, sözleşmeli pozisyonlarda istihdam edilecek aile hekimleri ve aile sağlığı uzmanlarına yapılacak ödeme miktarının belirlenmesinde bu alanda çalışan hekimlerin yurtiçi hareketliliğini etkileyebilecek olan, bölgelerarası sosyo-ekonomik gelişmişlik farkları önem taşımaktadır. Gelişimini henüz tamamlayamamış bölgelerin hekim sıkıntısı çektiği düşünüldüğünde bu durumun açığı kapatmak adına önem arz ettiği düşünülebilir.

Bölgeler bazında incelendiğinde, gelir elde edilmesinde üretim biçimlerinin de rolü olduğu hesaba katılarak bir analiz yapılabilir. Bu bağlamda Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Türkiye ortalama gelir seviyesinin en sonuncu sırasında yer aldığı görülmektedir (Filiztekin ve Çelik, 2010: 121). Bu durum gerek sağlık sektörü çalışanları

gerekse de diğerk sanayi ve hizmet sektörlerinde çalışanları kapsamasının yanı sıra hekimlerin yurt içi dağılımını da olumsuz yönde etkilemektedir. Dolayısıyla bu durumu önlemeye yönelik maddeler içeren İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)'nda hekimlerin yurtiçinde dengeli dağılımının sağlanması amacıyla kurumlar arasında ücret farklılıklarının ortadan kaldırılması amaçlanmıştır (DPT, 1968-1972: 224).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel olmak üzere tüm sektörlerde her geçen yıl hastane sayısı giderek artmaktadır. Gerek Bakanlığa bağlı hastaneler gerekse özel hastanelerin yoğunluk kazandığı iller daha çok gelişmiş bölgelerde yer almakta olup İstanbul, Ankara ve İzmir gibi illeri kapsamaktadır. Dolayısıyla bu durum hekimlerin o illerde yoğunluk kazanmalarına neden olmaktadır. Her ne kadar hekimlerin geri kalmış bölgelere çekilmesi için cazip ücret ödemeleriyle teşviki sağlanmaktaysa da, özel hastanelerin günümüzde hekimlere sunduğu yüksek ücret, eğitim ve uzmanlaşma, prestij gibi unsurlar bu teşvik uygulamalarını zayıflatmaktadır.

2.2.6. Eğitim ve Uzmanlaşma

Sağlık profesyonellerinin eğitim ve uzmanlaşma imkânlarının yetersiz olması yurt içi hareketliliğe neden olan bir unsur olarak düşünülmektedir. Sağlık gibi hayati önem arz eden bir hizmetin sunumunda şüphesiz eğitimin büyük payı vardır. Hal böyle olunca “eğitimin sonu olmayan bir süreç” olduğundan yola çıkılarak, hareketliliğin hem bir nedeni hem de bir sonucu olduğu düşünülebilir.

Sağlık profesyonellerinin eğitimi, gerek hasta ve profesyonellerin göçünün beraberinde getirdiği finans, teknoloji ve bilgi akımının hızlanması gerekse küresel dayanışma sayesinde sınırlar arasında karşılıklı öğrenme fırsatları için son derece önem taşımaktadır (Frenk vd., 2010: 1). Dolayısıyla eğitim, yalnızca yurt içi hareketliliğin bir sonucunu oluşturmamakta, aynı zamanda sınır ötesi bir etkileşim de oluşturmaktadır.

Zorlu bir eğitim sürecinin ardından mesleğe atılan hekimlerin, piyasa koşullarında verdikleri hizmetin değerinin ucuzladığını görmesi ve yalnızca mesleğin teknolojik uygulayıcısına dönüşmüş olmalarını fark etmeleri, kendilerini geliştirme düşüncesini yok etmektedir (Uhri, 2012: 5). Hekimlerin sistem içerisinde ‘hiçlik’ duygusuna kapılmasının engellenmesi adına gerek motivasyon sağlayıcı bir unsur olarak gerekse daha iyi sağlık bakım hizmeti sunulmasını teşvik eden “sürekli mesleki gelişim” uygulaması gündeme getirilmiştir (Sayek vd., 2007: 72). Ancak her ne kadar yeni uygulamalar gündeme getirilmiş olsa da bu sistem içerisinde hekimlerin yan aktör olarak işleyiş göstermeleri

değişmemektedir. Dolayısıyla hekim unvanına sahip olunmadan önce alınan eğitim sonrasında, sistemin işleyişinin fark edilmesi ve içinde bulunulan teknolojik dünyanın birer parçası olunduğunun görülmesi, sonrasında alınması hayal edilen mesleki eğitime gölge düşürmektedir.

Kapitalizmin ortaya çıkardığı iş bölümü ve makineleşme olgusu, zamanla emeğin üretimdeki rolünü azaltmış olup, tıbbi bilginin tümünü kavraması mümkün olmayan hekimleri, uzmanlaşmaya doğru itmiştir (Soyer, 1999: 40). Modern tıbbın temel özelliklerinden biri haline gelen bu durum, buluşlar sonucunda meydana gelmesinin yanı sıra yeni sosyal gereksinimleri karşılamak amacıyla da ortaya çıkmıştır (Terzi, 2009: 154).

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin tercihini belirleyen eğitim ve uzmanlaşma imkânları, özel sağlık kuruluşları ile yapacakları hizmet sözleşmesi bağlamında güvence altına alınmıştır. Sözleşmeye göre hekimin kendi uzmanlık alanında ortaya çıkan yeniliklere ve güncel bilgiye erişiminin sağlanması amacıyla makul bir süre öncesinde hastaneyi bilgilendirmesi durumunda ulusal veya uluslararası kongrelere katılma hakkına sahip olduğu belirlenmiştir (TTB, 2008a: 19). Dolayısıyla eğitim ve uzmanlaşma imkânları, hekimlerin kurumlar arasında geçişleri önünde bir engel teşkil etmemektedir.

2.2.7. Yurtiçi Sermaye Yatırımlarının Dağılımındaki Farklılıklar

Türkiye’de kaynak yetersizliğinden dolayı yatırımların dengesiz dağılımı söz konusudur (Çolak ve Öztürkler, 2012: 2). Bu dengesizliğin giderilmesi adına 1950’li yılların kamu yatırımlarının gerekliliği tartışması yerine günümüzde kamu yatırımlarının hangi ilkelere veya kıstaslara göre yapılacağı tartışması ön plana çıkmıştır. Kamu yatırımı türlerinin çeşitliliği ve coğrafi mekân kısıtının bulunması yapılacak olan yatırımların dağılımını etkileyecektir (Pirili, 2011: 312). Aynı zamanda sektör içerisinde yapılacak olan yatırımların hangi üretim alanlarına ne ölçüde dağıtılacağı da önem arz etmektedir. Ökem ve Çakar (2015: 1155)’a göre, devlet bütçesinin sağlık sektörüne ayrılan kısmının çoğunluğu kamu ve üniversite hastanelerinde personel harcamalarına ayrılmaktadır.

Ülkelerin büyümesine aracılık edecek olan yatırımların gerçekleştirilmesi, ülkelerin sermaye birikimi ve finansman maliyetinin bir yansıması olmasının yanında sermaye piyasalarının üstlendiği rollerle de bağlantılıdır (TOBB, 2008: 1). Nasıl ki bir ülkenin finans kurumlarının, sektörlere fon sağlamada yeterli düzeyde istikrarlı olmaları gerekliyse, aynı şekilde kriz sırasında bu duruma dayanıklılığı da önem taşımaktadır (Ogawa, 2015: 44).

Sağlık sektörünün altyapı ihtiyaçlarının karşılanması adına bina, makine-teçhizat ve ekipmanlara yapılması gereken yatırımlardaki eksiklikler o bölgede personel sayısının yetersiz olmasına neden olmaktadır (Uganda Ministry of Health, 2010: 24). Bunun yanı sıra kronik hastalık, sakatlık ve hastalık risklerinin artmasına paralel olarak sağlık bakım sisteminin güçlendirilmesi için aile hekimleri ve hemşirelerinin sayısının artırılması, personelin hizmet içi eğitimlerinin sağlanması, fiziksel ve teknik kaynakların geliştirilmesi gerekmektedir (Atun vd., 2013: 93). Dolayısıyla sağlık sektörünün hizmetin kesintisiz devamı için ihtiyaç duyduğu üretim faktörlerine yapılacak olan yatırımlar yalnızca beşeri kaynakların temini olmayıp aynı zamanda araçsal kaynakları da gerekli kılmaktadır. Araçsal kaynakların eksikliği hizmeti üretecek insan kaynağının hareketliliğine neden olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre, Türkiye'de hükümetin uyguladığı sağlık reformlarına ilişkin, sağlığa yapılan yüksek yatırımların bakım hizmetlerine eşit bir şekilde erişimi artırmakta ve cepten ödemeleri azaltmaktadır (www.who.int, 2013a). Genel ekonomide ise son yıllardaki eğilimler yabancı yatırımların artacağını öngörmesinin yanında hizmetin çıktısının bölgesel bütünleşmeyi sağlayacağı yönündedir (Schmutzler, 1999: 359).

Türkiye'de 2010 yılı itibariyle kamu yatırımlarının yoğunluk kazandığı bölgeler Marmara, İç Batı Anadolu, Doğu Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu'dur. 2001-2010 yıllarını kapsayan dönemde yatırımlardan en fazla pay almış olan illerin İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Kahramanmaraş ve Artvin olduğu görülmektedir (Genç ve Yumuş, 2012: 9-10).

2.2.8. Bölgelerarası Güvenlik Sorunu

Dönemin Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu 2015 yılında yaptığı konuşmasında, terör bölgelerinde sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin 'güvenli ortam' sorunu olduğunu belirtmiş ve sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmemesi sonucu hizmette aksamalar olduğunu dile getirmiştir (www.memurlar.net). Bu durum terör olaylarının hedefinin sağlık personeline çevrildiğine ilişkin ciddi bir ipucudur. Bu ifadeleri doğrular nitelikte benzer bir konuşma yapan Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı Bayazıt İlhan da, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesindeki sağlık çalışanlarının sıkıntı içinde oldukları ve hastane dışında herhangi bir can güvenliğine sahip olmadıklarını belirtmiştir (www.haberler.com). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının dağılımının ülke

sathında dengelenmesi amacıyla yapılan düzenlemeler de sonuçsuz kalmakta ve bölgede ciddi bir sağlık personeli güvenliği sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu durum personelin can güvenliğine sahip oldukları yerlere hareket etmeleriyle sonuçlanmaktadır. Vural ve arkadaşları (2012: 137)'nin yaptığı çalışmaya göre; sağlık personelinin kurumu benimsemesi ve organizasyonun bir parçası olduğunu hissetmesi durumunda kurumda kaldığı tespit edilmiştir. Ancak çatışma ortamında hizmet veren ve herhangi bir can güvenliğine sahip olmayan sağlık personelinin kuruma bağlılığı da söz konusu olmamakta ve personel devrinin yüksek olabileceği tahmin edilmektedir.

2.3. YURTİÇİ SAĞLIK PERSONELİ HAREKETLİLİĞİNİN MUHTEMEL SONUÇLARI

Sağlık personelinin yurtiçi hareketliliğinin altında yatan nedenler ışığında muhtemel sonuçlar daha net ifade edilebilmektedir. Günümüzde sağlık gibi hayati öneme sahip bir hizmetin sunumunu üstlenmiş personelin gerek devlet eliyle gerekse kendi menfaatleri doğrultusunda hareketliliği söz konusu olmaktadır. Schultz ve Rijks (2014: 63)'in çalışmasında sağlık personelinin hareketliliğine sebep olan faktörler düşük ücret, çalışma koşullarının yetersizliği, uzmanlaşma ve eğitim fırsatlarının yokluğu ve yetersiz sağlık işgücü planlaması olarak sınıflandırılmıştır. Yapılan çalışmada ise daha genel bir ifadeyle ülke içinde sağlık imkânlarının dağılımı, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, sosyo-kültürel yapı, istihdam şekilleri, gelirdeki değişimler, eğitim ve uzmanlaşma imkânları, ülke içerisinde sermaye yatırımlarının dengesiz dağılımı ve güvenlik gibi faktörler hareketliliğin sebebi olarak ele alınmıştır. Sağlık personelinin ülke içerisinde dengesiz dağılımına sebep olan bu unsurlar, devlet tarafından her ne kadar dengelenmeye çalışılsa da özelleştirmenin de etkisiyle hekimlerin tercihlerini pek fazla değiştirememektedir. Batı'da en gelişmiş illerden olan İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa gibi illerin özel hastane sayıları ve bünyelerindeki hekim sayısı bu durumu destekler niteliktedir. Bu durum hizmetin eşit, hakkaniyete uygun ve adil bir şekilde sunumunu ülke sathında engellediği gibi bölgeler arası sermaye yatırımlarının da bu durumu dengelemeye yetmediği görülmektedir. Dolayısıyla sağlık personeli ihtiyacı bulunan bölgelerde hizmetin aksaması söz konusu olmakta ve o bölgedeki halkın ulaşım maliyetleri artmaktadır. Schultz ve Rijks (2014: 7) de sağlık personelinin hareketliliğinin son derece elverişli bir ortam ile sonuçlanmasının yanı sıra büyük dengesizliklere yol açtığını belirtmişlerdir.

2.4. SAĞLIK PERSONELİ HAREKETLİLİĞİNİN EN AZA İNDİRİLMESİNE YÖNELİK POLİTİKA VE UYGULAMALAR

Sağlık çalışanlarının hareketliliği gerek iş ile ilgili gerekse diğer sebeplerden dolayı oldukça farklılık göstermektedir. Bu durum çözüm adına yapılacak stratejilerin de çok yönlü olmasını gerektirmektedir. Sağlık sisteminin insan kaynakları politika ve planlaması gibi makro seviyede ele alınmasını gerektiren; kırsal istihdam imkânlarının daha cazip hale getirilmesi, eğitim hizmetlerinin verimliliğinin sağlanması ve bunların birleştirilmesinin yanı sıra mikro seviyede çalışma koşullarının iyileştirilerek iş memnuniyetinin artırılması, gelişim fırsatları sunma ve teşviklerin sağlanması gibi stratejiler bulunmaktadır (Dieleman ve Harnmeijer, 2006: 1). Özellikle kırsal alanların terk edilerek kentlerde oluşan sağlık personeli yoğunluğunun azaltılması adına hem kırsal hem de kentsel sağlık kuruluşu sayılarının artırılarak gelişimlerini tamamlaması ve güçlendirilmesi esas amaç olarak belirlenmiştir (Akdağ vd., 2011: 18). Türkiye’de sağlık personelinin kırsal alanlardan kentlere kayarak yoğunlaşması durumu göz önünde bulundurulduğunda yapılacak olan politika ve uygulamaların bunu önlemeye yönelik hazırlanması gerektiği görülecektir. Aynı zamanda hükümetin bölgesel gelişmişlik farklılıklarının en aza indirilmesi adına yürüttüğü çalışmalar göç edilen bölgede hem sağlık personelinin tutulmasını sağlayacak hem de bölge sakinlerine sunulacak hizmetin aksamamasını önleyecektir.

Avrupa Birliği hariç uluslararası, ulusal ve bölgesel seviyelerde politika yapımcılar, sağlık ve göç konularıyla ilgili olarak diğer ülkelerde uygulanan politikaların geliştirilmesini kendi ülkeleri için yeterli bulmaktadır (MacPherson vd., 2007: 203). Oysa farklı yapılara veya işleyişe sahip ülkelere uyarlanan politikaların sıkıntı oluşturacağı göz ardı edilmemelidir. Djajic ve arkadaşları (2012: 1016)’nın yaptığı çalışmada; yabancı devletlerin göçe ilişkin stratejilerinin belirlenmesinde önem verdikleri konulardan birinin, yüksek eğitilmiş çalışanların kalıcı göç programları vasıtasıyla stoklanması durumu olduğu belirtilmiştir. Bu sayede nitelikli kişilerin gelişmekte olan ülkelere temin edileceği düşünülecek olursa, stratejilerin olduğu gibi uyarlanmasından öte durumun arka planı görülmeye çalışılmalıdır. Hükümet bu anlamda sağlık personelinin hem ülke içerisinde dengeli dağılımını sağlamalı hem de gelişmiş ülkelere sağlık personeline gelebilecek tekliflere karşı önlemini almalıdır.

III. BÖLÜM

SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın temel amacı, sağlık personelinin göç kararı almasında etkili olan itici ve çekici faktörlerin neler olduğunu belirleyerek göç üzerinde en fazla ve en az etkili olan itici-çekici faktörlerin neler olduğunun tespitini amaçlamaktadır. Yapılan çalışmanın alt amacı ise, göç olgusu bağlamında sağlık çalışanlarının kamudan özele geçiş nedenlerinin itici-çekici faktörler bağlamında ele alınmasıdır.

Araştırmanın önemi, sağlık personeli yurt içi hareketliliğe iten ve çeken nedenlerin belirlenmesinin literatürde var olan boşluğu doldurması açısından, bu çalışma önem taşımaktadır.

3.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problemini; “Türkiye’de yurt içi sağlık personeli hareketliliğinin nedenleri nelerdir?” sorusu oluşturmaktadır. Alt problem cümlesi olarak da “Sağlık personeli kamudan özele iten ve çeken unsurlar nelerdir?” sorusu oluşturmaktadır.

3.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinde bulunan Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hekim, hemşire ve ebeleri kapsamaktadır. Çalışmanın bu üç ilde yapılmasının nedeni İstanbul’un büyük ölçekli, Sakarya’nın orta ölçekli ve Isparta’nın ise küçük ölçekli bir il olmasıdır. Yalnızca bu üç ilde yapılmış olması çalışmanın kısıtıdır. Bu yüzden bu çalışma Türkiye’de çalışan tüm sağlık çalışanlarına genellenemez. Araştırmanın belirli bir zaman aralığında yapılmış olmasından kaynaklı tüm zamanlara genelleştirilmesi durumunda da sınırlılıklar mevcuttur.

3.1.4. Varsayımlar

Araştırma kapsamındaki hastanelerdeki hekim, hemşire ve ebelerin bilgi toplama aracı olarak anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

3.1.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması sonucu, Türkiye’de yurt içi sağlık personeli hareketliliğine neden olan itici-çekici faktörlerin teorik çerçevesi incelenmiştir. Bu bağlamda yapılacak anketin hazırlanmasında soru havuzu oluşturulmuş ve 10 kişilik bir grup içerisinde oluşturulan ifadeler tartışılmıştır. Elde edilen ifadelerin, 50 kişilik pilot uygulama ile test edilmesinden sonra 5’li Likert ölçeği formatındaki ankete son şekli verilmiştir. Anketin uygulanmasında anketör kullanılmamış olup, araştırmacı tarafından yaptırılmıştır.

Anket formunda katılımcıların demografik özellikleri, göç kararı almalarında etkili olabilecek itici-çekici faktörler ve kamudan özele geçiş nedenlerinin tespitine yönelik sorular bulunmaktadır. Göç kararı alınmasında etkili olan ekonomik, sosyal, güvenlik ve ailevi unsurları sorgulayan ifadelerden oluşmaktadır. Konuya ilişkin daha önce kullanılmış bir ölçeğe rastlanmamıştır.

3.1.6. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinde bulunan ve çalışmanın yapılması için belirlenen Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hekim, hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Her ilden 3’er (Sağlık Bakanlığı-üniversite ve özel) olmak üzere toplam 9 hastanede çalışan ve çalışmanın evrenini oluşturan, sağlık personeli sayısı yaklaşık olarak 5.000’dir. Ancak bilindiği üzere bir araştırmada örneklemin ne kadar olacağı konusunda kesin bir sayı vermek mümkün değildir. Araştırmanın verileri 1 Şubat-30 Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kapsamında *kolayda örnekleme yöntemi*² kullanılarak 559 sağlık çalışanına (hekim, hemşire ve ebe) ulaşılmıştır.

3.1.7. Verilerin Analizi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Toplanan veriler aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. “Türkiye’de Yurt içi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesi” anketindeki ifadeleri boyutlandırmak için faktör analizi yapılmıştır. Her bir faktör ortalamasının demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında parametrik olmayan test varsayımlarının yerine getirildiği durumlarda

² Örneklemin rastgele belirlendiği ve uygunluğunun aranmadığı seçim yöntemidir.

Kruskal Wallis Varyans Analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Mann Whitney U Testi), parametrik varsayımların yerine getirildiği durumda ise Varyans Analizi ve T Testi kullanılmıştır.

3.2. BULGULAR

3.2.1. Hastane Çalışanlarının Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının seçilmiş bazı demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 13’de verilmektedir.

Tablo 13. Hastane Çalışanlarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	165	29.5
Kadın	394	70.5
Medeni Durum		
Evli	331	59.2
Evli değil	218	39.0
Yaş (Yıl)		
-29	219	39.2
30-39	196	35.1
40+	135	24.2
Görev		
Hekim	130	23.3
Hemşire	361	64.6
Ebe	67	12.0
Gelir (TL)		
-2499	128	22.9
2500-3499	199	35.6
3500+	148	26.5
Çalışılan İl		
Sakarya	231	41.3
İstanbul	174	31.1
Isparta	154	27.5
Mülkiyet		
Sağlık Bakanlığı	205	36.7
Üniversite	137	24.5
Özel	217	38.8
Toplam	559	100.0

Tablo 13’de de görüleceği üzere araştırmaya katılan hastane çalışanlarının %23.3’ü hekim, %64.6’sı hemşire ve %12.0’si ebelerden oluşmaktadır. Araştırmaya

katılanların 231'i (%41.3) Sakarya'da, 174'ü (31.1) İstanbul'da ve 154'ü (27.5) ise Isparta'da bulunan hastanelerde çalışmaktadır. Katılımcıların mülkiyet açısından ise, 205'i (36.7) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 137'si (24.5) üniversite hastanelerinde ve 217'si (38.8) özel hastanelerde görev yapmaktadır.

Katılımcıların %29.5'i erkek, %70.5'i ise kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 331 hastane çalışanının evli olduğu (%59.2), 218 çalışanın evli olmadığı görülmektedir. Katılımcıların yaş aralığına bakıldığında ise ağırlıklı çoğunluğun yaşı (%39.2) 29 yaş ve altındadır. 30-39 yaşında olan 196 kişi (%35.1) bulunmaktadır. 135 çalışanın (%24.2) yaşlarının ise 40 yaş ve üstünde olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde, 128 hastane çalışanının gelirinin 2499 ve altında, 199 çalışanın gelirinin 2500-3499 arasında olduğu görülmektedir. 3500 ve üzeri gelire sahip 148 çalışan bulunmaktadır.

3.2.2. Hastane Çalışanlarının Yurt İçi Hareketliliğinin İtici ve Çekici Faktörlerle İlişkili İfadeleri

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının Yurt İçi Hareketliliğinin İtici Faktörlerle ilişkili İfadelerine verdikleri cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 14'de gösterilmektedir.

Tablo 14. Türkiye'de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesine İlişkin İtici Nedenlere Verilen Cevapların Ortalaması

No	İtici Nedenlere Yönelik İfadeler	$\bar{X}$	SS
İ.1	Ulaşım imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.	3,85	1,219
İ.2	Doğal afetler göç kararında etkilidir (sel, deprem, vs.).	4,13	1,096
İ.3	Zor iklim şartları göç kararında etkilidir.	3,82	1,132
İ.4	Yüksek seviyede hava kirliliği göç kararında etkilidir.	3,54	1,215
İ.5	İş imkânlarının fazla olduğu bölgelere uzak olunması göç kararında etkilidir.	4,12	1,098
İ.6	Şehrin refah seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.	3,83	1,112
İ.7	Alternatif istihdam imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.	3,75	1,087
İ.8	Sağlık personelinin gelir seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.	3,69	1,283
İ.9	Mevcut hasta kapasitesinin az olması göç kararında etkilidir.	2,56	1,391
İ.10	Özel sağlık kuruluşlarının sayısının az olması göç kararında etkilidir.	2,90	1,384
İ.11	Hayat pahalılığının yüksek olması göç kararında etkilidir.	3,90	1,126

Tablo 14. (Devamı)

İ.12	Mesleki gelişim imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.	3,72	1,118
İ.13	Uzmanlaşma imkânlarının kısıtlı olması göç kararında etkilidir.	3,63	1,191
İ.14	Ailedeki kronik rahatsızlıklar göç kararında etkilidir.	3,68	1,226
İ.15	Ailevi problemler göç kararında etkilidir.	3,68	1,232
İ.16	Yanlış tıbbi işlem sonucunda hastalarla yaşanan kişisel problemler göç kararında etkilidir.	3,06	1,298
İ.17	Mesleki anlamda başka bir sağlık personelinin gölgesinde kalmak göç kararında etkilidir.	2,94	1,285
İ.18	Çocukların daha iyi şartlarda yetiştirilmek istenmesi göç kararında etkilidir.	4,34	0,906
İ.19	Şehrin yaşam şartlarına ayak uydurulamaması göç kararında etkilidir.	3,81	1,138
İ.20	Şehrin nüfus yoğunluğunun fazla olması göç kararında etkilidir.	3,26	1,280
İ.21	Hastalarla yaşanan iletişim problemleri göç kararında etkilidir.	2,80	1,308
İ.22	Şehirde tanıdık (akraba, dost vs.) olmaması göç kararında etkilidir.	3,18	1,328
İ.23	Sosyal imkânların yetersiz oluşu göç kararında etkilidir.	3,70	1,084
İ.24	Aile fertlerinin ahlaki yozlaşmaya uğrayacağı düşüncesi göç kararında etkilidir.	3,49	1,196
İ.25	Şehrin sosyal dokusu göç kararında etkilidir.	3,38	1,127
İ.26	Halkın eğitim seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.	3,08	1,230
İ.27	İş ortamındaki ilişkilerin olumsuz olması göç kararında etkilidir.	3,52	1,167
İ.28	Mecburi hizmet, sözleşmeli veya vekillik durumu göç kararında etkilidir.	3,93	1,113
İ.29	Sendikal baskı göç kararında etkilidir.	2,73	1,289
İ.30	Hükümetin yanlış politikaları göç kararında etkilidir.	3,12	1,378
İ.31	Can güvenliğinin olmayışı göç kararında etkilidir.	4,45	0,962
İ.32	İç karışıklıklar göç kararında etkilidir.	4,32	1,012
İ.33	Şehirdeki ideolojik gruplaşmalar göç kararında etkilidir.	3,86	1,093
İ.34	Şehirde yaşanan töre, kan davası gibi olaylar göç kararında etkilidir.	4,08	1,109
İ.35	Kamuda hasta yoğunluğunun fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	3,10	1,379
İ.36	Kamuda sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik şiddete daha fazla maruz kalmaları özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	3,27	1,378
İ.37	Kamuda bürokratik işlemlerin daha fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	2,96	1,345
İ.38	Kamuda maddi imkânların düşük olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	3,24	1,446
İ.39	Kamuda tıbbi cihaz ve donanımın yetersiz olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	2,78	1,384
İ.40	Kamuda sağlık personeli itibarının düşük olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	2,89	1,408

Tablo 14'e bakıldığında; İ2, İ5, İ18, İ31, İ32 ve İ34'üncü ifadelerin 4'ün üzerinde ortalamaya sahip olduğu gözlenmektedir. Buna göre hastane çalışanlarının genel anlamda göç kararı almalarında etkili olan itici faktörlerin; doğal afetlerin yaşanması (4.13), iş imkânlarının fazla olduğu bölgelere uzak olunması (4.12), çocukların daha iyi şartlarda yetiştirilmek istenmesi (4.34), can güvenliğinin olmayışı (4.45), iç karışıklıkların olması (4.32) ve şehirde yaşanan töre, kan davası gibi olaylar (4.08) olduğu katılımcıların çoğunluğu tarafından benimsenmektedir.

Bunun yanında; hastane çalışanlarının gelir seviyesinin düşük olması (3.69), uzmanlaşma imkânlarının kısıtlı olması (3.63), ailevi problemlerinin olması (3.68), aile fertlerinin ahlaki yozlaşmaya uğrayacağı düşüncesi (3.49) ve kamuda çalışanların fiziksel ve psikolojik şiddete daha fazla maruz kalması özel sektöre geçiş kararında etkili olduğu (3.27) ifadeleri göçün iten nedenlerine ilişkin ipucu vermektedir.

Katılımcılar mevcut hasta kapasitesinin az olması (2.56) ve hastalarla yaşanan iletişim problemlerinin (2.80) göçün iten nedenlerine ilişkin en az orana sahip ifadeler olduğu gözlenmektedir. Bunun yanı sıra sendikal baskının göç kararında etkisi de ortalamanın altında olduğu tespit edilmiştir (2.73). Kamuda tıbbi cihaz ve donanımın yetersiz olması özel sektöre geçiş kararında etkili olduğu (2.78) ifadesi de göze çarpan bir diğer sonuç olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Çekici Nedenlere Verilen Cevapların Ortalaması

No	Çekici Nedenlere Yönelik İfadeler	$\bar{X}$	SS
Ç.1	İklim şartlarının uygun olması göç kararında etkilidir.	3,65	1,214
Ç.2	Şehrin gelişmiş merkezlere yakın olması göç kararında etkilidir.	3,96	1,052
Ç.3	Doğal afetlerin yaşandığı yerlere uzak olması göç kararında etkilidir.	3,79	1,184
Ç.4	Hava kirliliğinin az olması göç kararında etkilidir.	3,49	1,226
Ç.5	Ulaşım imkânlarının kolay olması göç kararında etkilidir.	3,89	1,139
Ç.6	İş imkânlarının yüksek olması göç kararında etkilidir.	4,25	1,007
Ç.7	Yüksek gelir elde etme imkânının olması göç kararında etkilidir.	4,29	1,013
Ç.8	Sosyal refahın yüksek olması göç kararında etkilidir.	4,07	1,039
Ç.9	Daire, arsa, bina gibi gayrimenkullere sahip olunması göç kararında etkilidir.	3,91	1,159
Ç.10	Hasta kapasitesinin yüksek olması göç kararında etkilidir.	3,11	1,297

Tablo 15. (Devamı)

Ç.11	Hayat pahalılığının düşük olması göç kararında etkilidir.	3,76	1,234
Ç.12	Gidilecek yerde sağlık personeli ihtiyacının bulunması göç kararında etkilidir.	3,57	1,233
Ç.13	Eşinin de çalışma imkânı bulacak olması göç kararında etkilidir.	4,12	1,041
Ç.14	Sağlık turizmi imkânlarının iyi olması göç kararında etkilidir.	3,40	1,257
Ç.15	Evlilik göç kararında etkilidir.	4,29	1,036
Ç.16	Mesleki gelişim imkânlarının yeterli olması göç kararında etkilidir.	3,95	1,076
Ç.17	Uzmanlaşma imkânlarına sahip olması göç kararında etkilidir.	3,86	1,156
Ç.18	Ailedeki kronik rahatsızlıklara tedavi imkânının bulunması göç kararında etkilidir.	4,04	1,037
Ç.19	Mesleki anlamda kendini ispat edebilmek göç kararında etkilidir.	3,82	1,084
Ç.20	Çocukların daha iyi şartlarda yetiştirilme imkânına sahip olması göç kararında etkilidir.	4,29	0,920
Ç.21	Sosyo-kültürel faaliyetlerin olması göç kararında etkilidir.	3,81	1,126
Ç.22	İş ortamındaki ilişkilerin olumlu olacağı düşüncesi göç kararında etkilidir.	3,66	1,165
Ç.23	Şehrin kültürünün kişinin yetiştiği kültüre yakın olması göç kararında etkilidir.	3,72	1,190
Ç.24	Tanıdık kişilerin yanında olma isteği göç kararında etkilidir.	3,67	1,175
Ç.25	Şehrin turizm faaliyetlerine açık bir yer olması göç kararında etkilidir.	3,28	1,250
Ç.26	Gelişime açık bir vilayet olması göç kararında etkilidir.	3,60	1,179
Ç.27	Güvenli bir şehir olması göç kararında etkilidir.	4,22	1,059
Ç.28	Sosyal çatışma ortamının olmaması göç kararında etkilidir.	3,90	1,167
Ç.29	Şehrin genel siyasi eğiliminin sağlık personeli ile uyuyor olması göç kararında etkilidir.	3,27	1,300
Ç.30	Sendikal baskıların olmaması göç kararında etkilidir.	2,96	1,327
Ç.31	Hükümetin uyguladığı cazip politikalar göç kararında etkilidir.	3,32	1,331
Ç.32	Maddi imkânların daha yüksek olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	3,71	1,341
Ç.33	Sağlık personeli itibarının fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	3,34	1,365
Ç.34	Daha fazla gelişmiş tıbbi imkânlara sahip olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	3,19	1,330
Ç.35	Bürokratik işlemlerin daha kısa sürmesi özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	2,97	1,340
Ç.36	Hasta yoğunluğunun az olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	2,94	1,395

Tablo 15'e bakıldığında; Ç6, Ç7, Ç8, Ç13, Ç15, Ç18, Ç20 ve Ç27'inci ifadelerin 4'ün üzerinde ortalamaya sahip olduğu gözlenmektedir. Buna göre hastane çalışanlarının genel anlamda iş imkânlarının yüksek olması (4.25), yüksek gelir elde etme imkânı bulunması (4.29) ve sosyal refahın yüksek olması (4.07) durumunun göç etmede çekici etkisinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda eşinin de çalışma imkânı bulacak olması (4.12), evlilik durumu (4.29), ailedeki kronik rahatsızlıklara tedavi imkânının olması (4.04) ve çocukların daha iyi şartlarda yetiştirilme imkânına sahip olunması (4.29) durumları da göç kararı alınmasında göze çarpan çekici unsurlardandır. Güvenli bir şehir olması (4.22) durumu da katılımcılar için bir diğer önemli göç nedenidir.

Hastane çalışanlarının gidilecek yerde sağlık personeli ihtiyacının bulunması (3.57), sağlık turizmi imkânlarının iyi olması (3.40), iş ortamındaki ilişkilerin iyi olacağı düşüncesi (3.66) ve gelişime açık bir vilayet olması (3.60) sebebiyle göç etmeleri yine orta noktanın üzerinde değer almıştır.

Katılımcıların Ç30, Ç35 ve Ç36'ıncı ifadelere verdikleri cevaplar ortalamanın altında olup, "sendikal baskıların olmaması göç kararında etkilidir" ifadesi 2.96 puanına sahiptir. Aynı şekilde kamudan özele geçişin çekici yanını oluşturan bürokratik işlemlerin daha kısa sürmesi (2.97) ve hasta yoğunluğunun az olması (2.94) durumu da diğer göze çarpan sonuçlardır.

3.2.3. Faktör Analizi Sonuçları

Veriler daha anlaşılır yorumlanabilmesi adına faktör analizine tabi tutulmuştur. "Türkiye'de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesi Anketi" 3 kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım olan itici nedenler başlığı altında 40 ifade bulunmaktadır. Çekici nedenler başlığının bulunduğu ikinci kısımda 36 ifade vardır. Demografik verilerin yer aldığı üçüncü kısımda ise 10 ifade bulunmaktadır. İfadeler 1: Kesinlikle katılmıyorum'dan 5: Kesinlikle katılıyorum'a uzanan 5'li Likert tiplmesi ile ölçümlenmiştir. İlk aşamada itici nedenler başlığı altında bulunan 40 ifade faktör analizine dâhil edilmiş ve Varimax döndürme yöntemi ile 9 faktör elde edilmiştir. Daha sonra çekici nedenler başlığı altında bulunan 36 ifade faktör analizine tabi tutulmuş ve yine aynı yöntem yardımıyla 7 faktör elde edilmiştir. Faktör yükü 0.30'tan düşük ifadeler ile 0.10'dan daha az farkla faktörlere yüklenen 5 ifade analizden çıkarılmıştır.

Tablo 16. İtici Nedenlerin Faktör Analizi

İtici Nedenler	Faktör Yüğü
Faktör 1. Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri	
19. Şehrin yaşam şartlarına ayak uydurulamaması göç kararında etkilidir.	0.615
20. Şehrin nüfus yoğunluğunun fazla olması göç kararında etkilidir.	0.669
22. Şehirde tanidik (akraba, dost vs.) olmaması göç kararında etkilidir.	0.578
23. Sosyal imkânların yetersiz oluşu göç kararında etkilidir.	0.596
24. Aile fertlerinin ahlaki yozlaşmaya uğrayacağı düşüncesi göç kararında etkilidir.	0.482
25. Şehrin sosyal dokusu göç kararında etkilidir.	0.666
26. Halkın eğitim seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.	0.689
27. İş ortamındaki ilişkilerin olumsuz olması göç kararında etkilidir.	0.498
Faktör 2. Kamudaki Problemler	
35. Kamuda hasta yoğunluğunun fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.714
36. Kamuda sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik şiddete daha fazla maruz kalmaları özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.709
37. Kamuda bürokratik işlemlerin daha fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.783
38. Kamuda maddi imkânların düşük olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.784
39. Kamuda tıbbi cihaz ve donanımın yetersiz olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.773
40. Kamuda sağlık personeli itibarının düşük olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.805
Faktör 3. Güvenlik Problemleri	
31. Can güvenliğinin olmayışı göç kararında etkilidir.	0.823
32. İç karışıklıklar göç kararında etkilidir.	0.849
34. Şehirde yaşanan töre, kan davası gibi olaylar göç kararında etkilidir.	0.591
Faktör 4. Coğrafi Şartlar	
1. Ulaşım imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.	0.622
2. Doğal afetler göç göç kararında etkilidir (sel, deprem vs.).	0.792
3. Zor iklim şartları göç kararında etkilidir.	0.713
4. Yüksek seviyede hava kirliliği göç kararında etkilidir.	0.719

Tablo 16. (Devamı)

Faktör 5. Mesleki ve Siyasi Baskı	
17. Mesleki anlamda başka bir sağlık personelinin gölgesinde kalmak göç kararında etkilidir.	0.526
29. Sendikal baskı göç kararında etkilidir.	0.645
30. Hükümetin yanlış politikaları göç kararında etkilidir.	0.639
Faktör 6. Kişisel Ekonomik Problemler	
8. Sağlık personelinin gelir seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.	0.622
9. Mevcut hasta kapasitesinin az olması göç kararında etkilidir.	0.646
10. Özel sağlık kuruluşlarının sayısının az olması göç kararında etkilidir.	0.788
Faktör 7. Ailevi Problemler	
14. Ailedeki kronik rahatsızlıklar göç kararında etkilidir.	0.784
15. Ailevi problemler göç kararında etkilidir.	0.773
16. Yanlış tıbbi işlem sonucunda hastalarla yaşanan kişisel problemler göç kararında etkilidir.	0.578
Faktör 8. Şehrin Ekonomik Durumu	
5. İş imkânlarının fazla olduğu bölgelere uzak olunması göç kararında etkilidir.	0.581
6. Şehrin refah seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.	0.662
7. Alternatif istihdam imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.	0.675
Faktör 9. Mesleki Gelişim	
12. Mesleki gelişim imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.	0.699
13. Uzmanlaşma imkânlarının kısıtlı olması göç kararında etkilidir.	0.643

KMO: 0.892

Barlett Testi: 8036.807, $p < 0.000$

Tablo 16’da örneklem büyüklüğünün yeterliliği, verilerin faktör analizine uygunluğu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi yapılmıştır. KMO değeri 0.892 olarak belirlenmiş olup, seçilen örneklem büyüklüğünün analiz için yeterli olduğu görülmektedir. Barlett testi değerleri incelendiğinde ise, değişkenler arası korelasyonun $p < 0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

Yapılan faktör analizi sonucu itici faktörlerin 9 faktöre ayrıldığı görülmüştür. Bu 9 faktör varyansın %60.80’ini açıklamaktadır. Elde edilen faktörler şu şekilde isimlendirilmiştir:

Faktör 1. Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri: Faktör 8 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.689 ile 0.482 arasında değişmektedir. Açıkladığı varyans oranı 11.104 olarak saptanmıştır.

Faktör 2. Kamudaki Problemler: Faktör 6 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.805 ile 0.709 arasında değişmektedir. Açıkladığı varyans oranı 10.327 olarak belirlenmiştir.

Faktör 3. Güvenlik Problemleri: Faktör 3 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.849 ile 0.591 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 6.663 olarak bulunmuştur.

Faktör 4. Coğrafi Şartlar: Faktör 4 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.792 ile 0.622 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 6.181 olarak bulunmuştur.

Faktör 5. Mesleki ve Siyasi Baskı: Faktör 3 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.645 ile 0.526 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 6.116 olduğu tespit edilmiştir.

Faktör 6. Kişisel Ekonomik Problemler: Faktör 3 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.788 ile 0.622 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 5.615 olduğu tespit edilmiştir.

Faktör 7. Ailevi Problemler: Faktör 3 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.784 ile 0.578 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 5.555 olarak bulunmuştur.

Faktör 8. Şehrin Ekonomik Durumu: Faktör 3 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.675 ile 0.581 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 4.805 olarak belirlenmiştir.

Faktör 9. Mesleki Gelişim: Faktör 2 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.375 ile 0.340 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 4.437 olarak saptanmıştır.

Çekici nedenlere ilişkin faktör analizi bulguları Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Çekici Nedenlerin Faktör Analizi

Çekici Nedenler	Faktör Yüğü
Faktör 1. Ekonomik Faktörler	
6. İş imkânlarının yüksek olması göç kararında etkilidir.	0.757
7. Yüksek gelir elde etme imkânının olması göç kararında etkilidir.	0.801
1. Sosyal refahın yüksek olması göç kararında etkilidir.	0.650
2. Daire, arsa, bina gibi gayrimenkullere sahip olunması göç kararında etkilidir.	0.578
11. Hayat pahalılığının düşük olması göç kararında etkilidir.	0.539
Faktör 2. Mesleki İmkânlar ve Sosyal Çevre	
16. Mesleki gelişim imkânlarının yeterli olması göç kararında etkilidir.	0.572
17. Uzmanlaşma imkânlarına sahip olması göç kararında etkilidir.	0.584
19. Mesleki anlamda kendini ispat edebilmek göç kararında etkilidir.	0.670
21. Sosyo-kültürel faaliyetlerin olması göç kararında etkilidir.	0.676
22. İş ortamında ilişkilerin iyi olması göç kararında etkilidir.	0.641
23. Şehrin kültürünün kişinin yetiştiği kültüre yakın olması göç kararında etkilidir.	0.592
24. Tanıdık kişilerin yanında olma isteği göç kararında etkilidir.	0.441
Faktör 3. Özel Sektörün Cazibesi	
32. Maddi imkânların daha yüksek olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.707
33. Sağlık personeli itibarının fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.821
34. Daha fazla gelişmiş tıbbi imkânlara sahip olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.791
35. Bürokratik işlemlerin daha kısa sürmesi özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.739
36. Hasta yoğunluğunun az olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	0.761
Faktör 4: Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik	
1. İklim şartlarının uygun olması göç kararında etkilidir.	0.753
2. Şehrin gelişmiş merkezlere yakın olması göç kararında etkilidir.	0.682
4. Hava kirliliğinin az olması göç kararında etkilidir.	0.516
25. Şehrin turizm faaliyetlerine açık bir yer olması göç kararında etkilidir.	0.529
26. Gelişime açık bir vilayet olması göç kararında etkilidir.	0.594

Tablo 17. (Devamı)

Faktör 5. Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu	
28. Sosyal çatışma ortamının olmaması göç kararında etkilidir.	0.463
29. Şehrin genel siyasi eğiliminin sağlık personeli ile uyuyor olması göç kararında etkilidir.	0.574
30. Sendikal baskıların olmaması göç kararında etkilidir.	0.757
31. Hükümetin uyguladığı cazip politikalar göç kararında etkilidir.	0.747
Faktör 6. Eş Durumu	
13. Eşinin de çalışma imkânı bulacak olması göç kararında etkilidir.	0.648
15. Evlilik göç kararında etkilidir.	0.778
Faktör 7. Hasta Potansiyelinin Fazla Olması	
10. Hasta kapasitesinin yüksek olması göç kararında etkilidir.	0.538
12. Gidilecek yerde sağlık personeli ihtiyacının bulunması göç kararında etkilidir.	0.718
14. Sağlık turizmi imkânlarının iyi olması göç kararında etkilidir.	0.568

KMO: 0.937

Barlett Testi: 1146.695, $p < 0.000$

Tablo 17’de örneklem büyüklüğünün yeterliliği, verilerin faktör analizine uygunluğu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi yapılmıştır. KMO değeri 0.937 olarak belirlenmiş olup, seçilen örneklem büyüklüğünün analiz için yeterli olduğu görülmektedir. Barlett testi değerleri incelendiğinde ise, değişkenler arası korelasyonun $p < 0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

Yapılan faktör analizi sonucu çekici faktörlerin 7 faktörde toplandığı görülmüştür. Bu 7 faktör varyansın %64.18’ini açıklamaktadır. Elde edilen faktörler şu şekilde isimlendirilmiştir:

Faktör 1- Ekonomik Faktörler: Faktör 5 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.801 ile 0.539 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 11.319 olarak bulunmuştur.

Faktör 2. Mesleki İmkânlar ve Sosyal Çevre: Faktör 7 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.676 ile 0.441 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 10.571 olarak bulunmuştur.

Faktör 3. Özel Sektörün Cazibesi: Faktör 5 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.821 ile 0.707 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 10.558 olarak bulunmuştur.

Faktör 4. Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik: Faktör 5 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.753 ile 0.516 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 10.444 olarak bulunmuştur.

Faktör 5. Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu: Faktör 4 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.757 ile 0.463 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 7.886 olarak bulunmuştur.

Faktör 6. Eş Durumu: Faktör 2 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.778 ile 0.648 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 6.890 olarak bulunmuştur.

Faktör 7. Hasta Potansiyelinin Fazla Olması: Faktör 3 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.718 ile 0.538 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 6.517 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Faktörlerin, İfade Sayıları, Ortalama ve Standart Sapmaları, Alfa Değerleri

Yapılan faktör analizi oluşan boyutlara ait bilgiler Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18. İtici Faktör Boyutlarının İfade Sayıları, Ortalama, Standart Sapmaları ve Cronbach Alfa Değerleri

Boyutlar	İfade Sayıları	$\bar{X}$	SS	α
Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri	8	3.423	0.825	0.841
Kamudaki Problemler	6	3.026	1.101	0.881
Güvenlik Problemleri	3	4.288	0.853	0.774
Coğrafi Şartlar	4	3.834	0.887	0.753
Mesleki ve Siyasi Baskı	3	2.926	1.030	0.681
Kişisel Ekonomik Problemler	3	3.048	1.063	0.690
Ailevi Problemler	3	3.472	1.003	0.723
Şehrin Ekonomik Durumu	3	3.898	0.854	0.672
Mesleki Gelişim	2	3.679	1.058	0.817

Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri Boyutu: Bu boyut 8 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler kişileri göçe iten şehir ve sosyal çevreye ilişkin unsurları ortaya koymaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 3.423, faktör güvenilirlik değeri ise (Cronbach Alpha) 0.841 (yüksek seviyede güvenilir) olarak bulunmuştur.

Kamudaki Problemler Boyutu: Bu boyut 6 maddeden oluşmaktadır. İfadeler Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan sağlık personelinin özel hastanelere iten nedenleri ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Boyutun aritmetik ortalaması 3.026 olarak bulunmuştur. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda faktör güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0.881 (yüksek seviyede güvenilir) bulunmuştur.

Güvenlik Problemleri Boyutu: Bu boyut 3 maddeden oluşmakta olup, ifadeler kişilerin göç kararı almalarında etkili olan güvenlik problemlerine ilişkin nedenleri içermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 4.288 olarak bulunmuştur. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda faktör güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0.774 (oldukça güvenilir) bulunmuştur.

Coğrafi Şartlar Boyutu: Bu boyut kişilerin göç kararı almalarında etkili olan coğrafi faktörleri belirlemeye yönelik oluşturulmuştur. 4 maddeden oluşan bu boyutun aritmetik ortalaması 3.834 olarak tespit edilmiştir. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda faktör güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0.753 (oldukça güvenilir) bulunmuştur.

Mesleki ve Siyasi Baskı Boyutu: 3 ifadeden oluşan bu boyut kişilerin yaşadığı mesleki ve siyasi baskı sonucunda göç kararı alıp almadıklarını ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Boyutun aritmetik ortalaması 2.926 olarak bulunmuştur. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda faktör güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0.681 (oldukça güvenilir) bulunmuştur.

Kişisel Ekonomik Problemler Boyutu: Bu boyut 3 ifadeden oluşmaktadır. Aritmetik ortalaması 3.048 olup, kişinin gelir seviyesini olumsuz yönde etkileyebilecek göç nedenlerini belirlemeye yönelik oluşturulmuştur. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda faktör güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0.690 (oldukça güvenilir) bulunmuştur.

Ailevi Problemler Boyutu: Boyut 3 ifadeden oluşmakla beraber aritmetik ortalaması 3.472'dir. Boyutun oluşturulma amacı, kişileri göç kararı almaya zorlayan ailevi problemleri belirlemektir. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda faktör güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0.723 (oldukça güvenilir) bulunmuştur.

Şehrin Ekonomik Durumu Boyutu: Bu boyut kişilerin yaşadıkları şehrin ekonomik durumunun göç kararı alınmasında etkisini belirlemeye yönelik oluşturulmuştur. 3 ifadeden oluşan bu boyutun aritmetik ortalaması 3.898 olmasının yanı sıra güvenilirlik değeri 0.672 olduğu belirlenmiştir.

Mesleki Gelişim Boyutu: Bu boyut 2 ifadeden oluşmaktadır. Kişileri göç kararı almaya iten faktörler arasında mesleki gelişimin yerini tespit etmek amacıyla oluşturulmuştur. Bu boyutun aritmetik ortalaması 3.679 olup, güvenilirlik analizi sonucunda faktör güvenilirlik değeri (Cronbach Alpha) 0.817 (yüksek seviyede güvenilir) bulunmuştur.

İtici faktörlere bakıldığında en yüksek puanı sırasıyla güvenlik problemleri, şehrin ekonomik durumu ve coğrafi şartlar boyutlarının aldığı görülmektedir. Bu durumdan hareketle; hekim, hemşire ve ebelerin bir yerden göç etmesinde en çok bu faktörlerin belirleyici olduğu söylenebilir.

Tablo 19. Çekici Faktör Boyutlarının İfade Sayıları, Ortalama ve Standart Sapmaları, Alfa Değerleri

Boyutlar	İfade Sayısı	$\bar{X}$	SS	α
Ekonomik Faktörler	5	4.053	0.853	0.837
Mesleki İmkanlar ve Sosyal Çevre	7	3.784	0.859	0.874
Özel Sektörün Cazibesi	5	3.228	1.109	0.878
Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik	5	3.592	0.894	0.811
Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu	4	3.360	0.996	0.784
Eş Durumu	2	4.205	0.921	0.724
Hasta Potansiyelinin Fazla Olması	3	3.360	1.006	0.713

Ekonomik Faktörler Boyutu: Bu boyut 5 ifadeden meydana gelmektedir. Boyut, kişilerin göç etmek istedikleri yeri cazip kılan ekonomik faktörlerin neler olduğunu belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Boyutun aritmetik ortalaması 4.053, faktör güvenilirlik değeri ise (Cronbach Alpha) 0.837 (yüksek seviyede güvenilir) olarak bulunmuştur.

Mesleki İmkânlar ve Sosyal Çevre Boyutu: Bu boyut kişilerin göç kararı almalarında mesleki imkânlar ve sosyal çevrenin cazibesini ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Boyutun aritmetik ortalaması 3.784, güvenilirlik değeri ise 0.874 (yüksek seviyede güvenilir) olarak bulunmuştur.

Özel Sektörün Cazibesi Boyutu: Boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Aritmetik ortalaması 3.228 bulunmuştur. Boyutun oluşturulma amacı, kamuda çalışan kişileri özel sektöre çeken unsurların neler olduğunun tespitidir. Faktör güvenilirlik değeri ise (Cronbach Alpha) 0.878 (yüksek seviyede güvenilir) olarak bulunmuştur.

Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik Boyutu: Boyut 5 ifadeden oluşmakla beraber kişilerin gidecekleri yerde coğrafi şartlara ve gelişmişliğe ne oranda önem verdiklerinin tespit edilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Aritmetik ortalaması 3.592 olup, güvenilirlik değeri ise (Cronbach Alpha) 0.811 (yüksek seviyede güvenilir) olarak bulunmuştur.

Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu Boyutu: Boyut 4 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 3.360, faktör güvenilirlik değeri 0.784 (oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur. Boyutun oluşturulma amacı, gidilecek yerde sosyal ve siyasi yapının uygunluğunun çekici bir göç nedeni oluşturup oluşturmadığının tespitidir.

Eş Durumu Boyutu: Bu boyut, kişilerin göç kararı almalarında eş durumunun ne kadar etkili olduğunu ölçmektedir. Boyut 2 ifadeden oluşmasının yanı sıra aritmetik ortalaması 4.205'dir. Faktör güvenilirlik değeri ise (Cronbach Alpha) 0.724 (oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur.

Hasta Potansiyelinin Fazla Olması: Boyut 3 ifadeden oluşmaktadır. Gidilecek yerde hasta kapasitesinin fazla olması göç kararını cazip hale getirip getirmediğini ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Aritmetik ortalaması 3.360 olarak tespit edilmiştir. Faktör güvenilirlik değeri ise (Cronbach Alpha) 0.713 (oldukça güvenilir) bulunmuştur.

Çekici faktörlere bakıldığında en yüksek puanı sırasıyla eş durumu, ekonomik faktörler, mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutlarının aldığı görülmektedir. Dolayısıyla hekim, hemşire ve ebeler için göçü cazip kılan belirleyici faktörlerin bunlar olduğu söylenebilir.

3.2.5. Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri Boyutunun Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların şehir ve sosyal çevre problemleri boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 20'de gösterilmektedir. Yüksek

puanlar, sağlık personelinin yurtiçi hareketliliğe iten faktörlerin, *şehir ve sosyal çevre problemleri boyutundan* ne derecede kaynaklandığını; düşük puanlar ise tam tersine, *şehir ve sosyal çevre problemleri boyutunun* hareketliliğe etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 20. Katılımcıların Şehir ve Sosyal Çevre Problemleri Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	157	3.382	0.817	U=28558.500 p=0.523
Kadın	377	3.441	0.829	
Medeni Durum				
Evli	314	3.406	0.811	U=32455.000 p=0.693
Evli Değil	211	3.439	0.839	
Yaş (Yıl)				
-29	208	3.451	0.808	$X^2=0.601$ p=0.740
30-39	191	3.420	0.812	
40+	128	3.380	0.867	
Görev				
Hekim	127	3.288	0.831	$X^2=6.281$ p=0.043
Hemşire	341	3.492	0.821	
Ebe	65	3.346	0.796	
Gelir (TL)				
-2499	120	3.513	0.834	$X^2=2.139$ p=0.343
2500-3499	192	3.436	0.800	
3500+	142	3.369	0.818	
Çalışılan İl				
Sakarya	223	3.433	0.822	$X^2=4.036$ p=0.133
İstanbul	166	3.320	0.863	
Isparta	145	3.527	0.775	

Tablo 20. (Devamı)

Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	195	3.528	0.791	$X^2=6.042$ $p=0.049$
Üniversite	131	3.292	0.783	
Özel	208	3.408	0.871	

Tablo 20’de görüldüğü gibi, katılımcıların şehir ve sosyal çevre problemleri boyutuna katılımları, cinsiyet durumlarına göre karşılaştırıldığında, erkekler 3.382 ± 0.817 puan, kadınlar 3.441 ± 0.829 puan almışlardır. İş ortamındaki ilişkilerin olumsuz olması, şehirde tanındık olmaması ve şehrin sosyal dokusuna ayak uydurulamaması gibi ifadeler barındıran bu boyuta kadın çalışanlar, erkek çalışanlara nazaran daha fazla katılmaktadır. Ancak puanlar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=28558.500$, $p=0.523$).

Hastane çalışanlarının sosyal çevre problemleri boyutuna katılımları medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında, evli olmayanların katılımının daha fazla olduğu, evli olanların ise katılımının düşük olduğu görülmektedir. Yine de istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmemektedir ($U=32455.000$, $p=0.693$). Katılımcıların gelir durumuna göre şehir ve sosyal çevre problemleri boyutuna katılımları incelendiğinde, 3500 ve üzeri olanların katılımının en yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yine de gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=2.139$, $p=0.343$).

Sosyal imkânların yetersiz olması, şehirde nüfus yoğunluğunun fazla olması gibi konuları kapsayan şehir ve sosyal çevre problemleri boyutundan alınan puanlar hastane çalışanlarının yaşlarına göre karşılaştırıldığında 40 yaş ve üstü olanlar diğer gruplara göre daha düşük puan almışlardır. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=0.601$, $p=0.740$).

Şehir ve sosyal çevre problemleri boyutundan alınan puanlar hastane çalışanlarının görevlerine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=6.281$, $p=0.043$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın hekimler ve hemşireler arasında olduğu anlaşılmıştır. Hemşireler, hekimlere göre şehir ve sosyal çevre problemlerinin göç etmede itici bir faktör olduğuna daha fazla katılmaktadır.

Şehir ve sosyal çevre problemleri boyutu mülkiyetlerine göre değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu

belirlenmiştir ($X^2=6.042$, $p=0.049$). Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde farkın Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan katılımcılar, üniversite hastanelerindekilere göre, şehir ve sosyal çevre problemlerini itici bir güç olarak daha fazla kabul etmektedir.

3.2.6. Kamudaki Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Yurt içi hareketliliğin itici nedenlerinden birini oluşturan *Kamudaki Problemler Boyutunun* demografik değişkenlerle karşılaştırılmasıyla ilgili bulgular Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Kamudaki Problemler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	160	3.213	1.012	U=26648.500 p=0.015
Kadın	384	2.948	1.128	
Medeni Durum				
Evli	324	2.896	1.074	U=29157.000 p=0.003
Evli Değil	212	3.191	1.108	
Yaş (Yıl)				
-29	212	3.186	1.127	$X^2=7.729$ p=0.021
30-39	193	2.889	1.037	
40+	131	2.945	1.119	
Görev				
Hekim	129	3.297	0.919	$X^2=10.825$ p=0.004
Hemşire	348	2.951	1.139	
Ebe	66	2.863	1.131	
Gelir (TL)				
-2499	123	3.169	1.134	$X^2=6.691$ p=0.035
2500-3499	194	2.854	1.074	
3500+	146	3.060	1.096	

Tablo 21. (Devamı)

Çalışılan İl				
Sakarya	229	2.920	1.123	X ² =3.865 p=0.145
İstanbul	166	3.066	1.081	
Isparta	149	3.144	1.081	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	198	2.913	1.134	X ² =8.489 p=0.014
Üniversite	136	2.921	0.973	
Özel	210	3.200	1.130	

Tablo 21'e göre kamudaki problemler boyutunun, cinsiyete göre karşılaştırılması sonucunda erkek ve kadın katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($U=26648.500$, $p=0.015$). Erkek katılımcılar, kadın katılımcılara göre kamudaki problemler boyutuna daha fazla katılım göstermiştir.

Katılımcılar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında, evli olmayanların bu boyuta katılımı daha yüksek olup, evli olanlarla arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($U=29157.000$, $p=0.003$).

Hastane çalışanlarının kamudaki problemler boyutundan aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=7.729$, $p=0.021$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın yaşı 29 ve daha düşük olan grubun, yaşı 30-39 arası gruba göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Hastane çalışanlarından yaşı daha genç olanlar orta yaş kategorisindeki çalışanlara göre itici bir faktör olarak kamudaki problemleri daha fazla dikkate almaktadırlar.

Kamudaki problemler boyutu görev değişkenine göre karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Farkın kaynağını tespit etmek için ikili karşılaştırmalar yapılmış ve farklılığın hekimlerin puanlarının ebe ve hemşirelerin puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır ($X^2=10.825$, $p=0.004$).

Kamudaki maddi imkânların düşük olmasından kaynaklanan ve özel sektöre geçişlerin olabileceği durumunu da kapsayan kamudaki problemler boyutundan alınan puanlar çalışanların gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu anlaşılmıştır ($X^2=6.691$, $p=0.035$). Yapılan ikili karşılaştırmalar farkın, geliri 2500-3499 TL olanların, geliri 2499 TL ve altı olanlar ile geliri 3500 TL ve üstü olanların puanlarından düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Hastane çalışanlarının kamudaki problemler boyutundan aldıkları puanlar mülkiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($X^2=8.489$, $p=0.014$). İkili karşılaştırmalar neticesinde farkın özel sektörde çalışanların Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanlara göre boyuta daha fazla katılmalarından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Katılımcıların çalıştıkları il bazında değerlendirilmesi neticesinde boyuta katılımları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

3.2.7. Güvenlik Problemleri Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların güvenlik problemleri boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 22’de verilmiştir. Yüksek puanlar, hastane çalışanlarının şehirde yaşanan iç karışıklıklar, töre, kan davası gibi olaylar ve can güvenliğinin olmamasının göçün itici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşleri ifade etmektedir.

Tablo 22. Katılımcıların Güvenlik Problemleri Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	162	4.226	0.802	U=28233.000 p=0.043
Kadın	390	4.313	0.873	
Medeni Durum				
Evli	325	4.283	0.834	U=35102.000 p=0.926
Evli Değil	217	4.278	0.895	

Tablo 22. (Devamı)

Yaş (Yıl)				
-29	215	4.274	0.846	X ² =0.440 p=0.802
30-39	194	4.302	0.801	
40+	134	4.276	0.953	
Görev				
Hekim	129	4.286	0.850	X ² =1.519 p=0.468
Hemşire	355	4.307	0.840	
Ebe	67	4.179	0.932	
Gelir (TL)				
-2499	125	4.237	0.889	X ² =0.456 p=0.796
2500-3499	198	4.298	0.861	
3500+	147	4.301	0.862	
Çalışılan İl				
Sakarya	229	4.327	0.815	X ² =0.340 p=0.844
İstanbul	171	4.261	0.898	
Isparta	152	4.258	0.862	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	203	4.315	0.814	X ² =3.624 p=0.163
Üniversite	137	4.365	0.844	
Özel	212	4.212	0.893	

Güvenlik problemleri (faktör 3) boyutundan elde edilen puanlar demografik değişkenlere göre karşılaştırıldığında, kadınların erkeklere oranla boyuta daha yüksek bir katılım gösterdikleri ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($U=28233.000$, $p=0.043$). Medeni durumu evli olanlar ile evli olmayanlar arasında ise anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=35102.000$, $p=0.926$).

Katılımcıların yaş durumu demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında, güvenlik problemleri boyutuna katılımın en yüksek olduğu aralık 30-39 yaş grubudur (4.302 ± 0.801). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=0.440$, $p=0.802$).

Hastane çalışanları görevlerine göre karşılaştırıldığında, hemşirelerin katılımı hekim ve ebelere göre yüksektir (4.307 ± 0.840). Ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($X^2=1.519$, $p=0.468$). Gelir durumuyla ilişkili bir karşılaştırma yapıldığında; geliri 3500 ve üzeri olanların boyuta katılımının, daha düşük gelire sahip olanlardan yüksek olduğu görülmektedir. Ancak gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel fark mevcut değildir ($X^2=0.456$, $p=0.796$).

Çalışılan il değişkenine göre güvenlik boyutundan alınan puanlar karşılaştırıldığında, boyuta katılımın en yüksek olduğu ilin Sakarya, en düşük ilin ise Isparta olduğu görülmektedir. Ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($X^2=0.340$, $p=0.844$).

Güvenlik boyutu puanları mülkiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında üniversite hastanelerinde çalışanların en yüksek, özel hastanelerde çalışanların en düşük puanı aldıkları ancak gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($X^2=3.624$, $p=0.163$).

3.2.8. Coğrafi Şartlar Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların coğrafi şartlar boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 23’de verilmiştir. Yüksek puanlar, ulaşım imkânlarının yetersiz olması, zor iklim şartları, doğal afetler ve yüksek seviyede hava kirliliğinin olmasının göçün itici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 23. Katılımcıların Coğrafi Şartlar Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	163	3.786	0.883	U=29888.000 p=0.353
Kadın	386	3.854	0.888	
Medeni Durum				
Evli	329	3.842	0.897	U=33459.000 p=0.477
Evli Değil	211	3.802	0.872	

Tablo 23. (Devamı)

Yaş (Yıl)				
-29	214	3.824	0.855	X ² =0.330 p=0.848
30-39	194	3.844	0.895	
40+	133	3.812	0.937	
Görev				
Hekim	128	3.705	0.883	X ² =4.799 p=0.091
Hemşire	353	3.892	0.891	
Ebe	67	3.791	0.854	
Gelir (TL)				
-2499	127	3.767	0.926	X ² =1.164 p=0.559
2500-3499	195	3.905	0.800	
3500+	147	3.782	0.964	
Çalışılan İl				
Sakarya	230	3.802	0.873	X ² =0.753 p=0.686
İstanbul	168	3.842	0.931	
Isparta	151	3.875	0.860	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	204	3.911	0.900	X ² =3.689 p=0.158
Üniversite	136	3.836	0.817	
Özel	209	3.758	0.913	

Tablo 23’de de görüleceği gibi, coğrafi şartlar boyutu cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, kadın çalışanların bu boyuttaki ifadelerle erkeklere göre daha çok katıldıkları ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($U=29888.000$, $p=0.353$). Aynı şekilde bu boyuta katılım açısından evli olanlar ile olmayanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=33459.000$, $p=0.477$).

Hastane çalışanlarının coğrafi şartlar boyutuna katılım puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, 30-39 yaş aralığındaki çalışanların diğer gruplara göre daha yüksek puan aldığı ancak gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmıştır ($X^2=0.330$, $p=0.848$).

Coğrafi şartlar boyutuna katılım açısından hastane çalışanları görevlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($X^2=4.799$, $p=0.091$). Aynı şekilde bu boyuttan alınan puanlar hastane çalışanlarının gelir düzeylerine göre de farklılık göstermemektedir ($X^2=1.164$, $p=0.559$).

Katılımcıların çalıştıkları ilin coğrafi şartlar boyutu ile ilişkisine bakıldığında, Isparta'da görev yapanların boyuta katılımı diğer illere göre yüksektir (3.875 ± 0.860). Boyuta katılımın en düşük olduğu il Sakarya'dır (3.802 ± 0.873). Ancak iller arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($X^2=0.753$, $p=0.686$).

Hastane çalışanlarının coğrafi şartlar boyutundan aldıkları puanlar mülkiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanların diğer hastanelere göre yüksek puan aldığı ancak gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($X^2=3.689$, $p=0.158$).

3.2.9. Mesleki ve Siyasi Baskı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların mesleki ve siyasi baskı boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 24'de verilmiştir. Yüksek puanlar, mesleki anlamda başka bir sağlık personelinin gölgesinde kalmanın, sendikal baskı ve hükümetin yanlış politikalarının göçün itici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 24. Katılımcıların Mesleki ve Siyasi Baskı Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	X	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	161	2.913	1.012	U=31286.500 p=0.949
Kadın	390	2.931	1.038	
Medeni Durum				
Evli	326	2.778	0.957	U=28770.000 p<0.001
Evli Değil	215	3.108	1.089	

Tablo 24. (Devamı)

Yaş (Yıl)				
-29	217	3.167	1.062	X ² =20.248 p<0.001
30-39	192	2.767	0.965	
40+	133	2.734	0.975	
Görev				
Hekim	128	2.825	0.895	X ² =1.957 p=0.376
Hemşire	355	2.984	1.055	
Ebe	67	2.815	1.133	
Gelir (TL)				
-2499	126	3.182	1.150	X ² =11.456 p=0.003
2500-3499	195	2.760	0.989	
3500+	147	2.861	0.906	
Çalışılan İl				
Sakarya	228	2.858	0.999	X ² =2.556 p=0.279
İstanbul	173	2.922	1.000	
Isparta	150	3.033	1.106	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	204	2.789	1.018	X ² =6.381 p=0.041
Üniversite	135	2.945	0.861	
Özel	212	3.045	1.124	

Tablo 24’de görüldüğü gibi, mesleki ve siyasi baskı boyutu cinsiyete göre karşılaştırıldığında, erkek çalışanların boyuta katılımının kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=31286.500$, $p=0.949$).

Hastane çalışanlarının mesleki ve siyasi baskı boyutuna katılımları medeni duruma göre karşılaştırıldığında, evli olmayanların katılımı evli olanlara nispeten daha yüksek olup, her iki grup arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($U=28770.000$, $p=0.000$).

Katılımcıların mesleki ve siyasi baskı boyutundan aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=20.248$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın yaşı 29 ve daha düşük olan grubun, yaşı 30-39 arası gruba ve 40 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Hastane çalışanlarından yaşı daha genç olanlar orta ve ileri yaş kategorisindeki çalışanlara göre itici bir faktör olarak mesleki ve siyasi baskıyı daha fazla dikkate almaktadırlar.

Mesleki ve siyasi baskı boyutundan katılımcıların aldıkları puanlar çalışanların görevlerine göre karşılaştırıldığında, en fazla katılımın hemşireler tarafından gerçekleştiği görülmektedir (2.984 ± 1.055). Boyuta en az katılım ise ebeler tarafından olmuştur. Ancak gruplar arasındaki bu farklılıklar anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.957$, $p=0.376$).

Katılımcıların mesleki ve siyasi baskı boyutundan aldıkları puanlar gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($X^2=11.456$, $p=0.003$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, geliri 2499 ve altında olanların puanlarının diğer gruplara göre yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Gelir düzeyi düşük olanlar mesleki ve siyasi baskı boyutunun etkisini daha çok hissetmektedirler.

Katılımcıların mesleki ve siyasi baskı boyutundan aldıkları puanlar çalıştıkları il bazında değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($X^2=2.556$, $p=0.279$).

Hastane çalışanlarının mesleki ve siyasi baskı boyutundan aldıkları puanlar çalıştıkları kuruma göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=6.381$, $p=0.041$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanların özel hastanelerde çalışanlara göre daha düşük puan almalarından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

3.2.10. Kişisel Ekonomik Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların kişisel ekonomik problemler boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 25’de verilmiştir. Yüksek puanlar, özel sağlık kuruluşları sayısının az olması, mevcut hasta kapasitesinin yetersiz olması ve gelir seviyesinin düşük olması durumunun göçün itici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların Kişisel Ekonomik Problemler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	163	3.079	0.994	U=30391.500 p=0.559
Kadın	385	3.035	1.092	
Medeni Durum				
Evli	322	2.902	1.098	U=28511.000 p<0.001
Evli Değil	216	3.233	0.966	
Yaş (Yıl)				
-29	212	3.294	0.989	$X^2=21.441$ p<0.001
30-39	193	2.848	1.052	
40+	134	2.900	1.105	
Görev				
Hekim	128	3.078	1.036	$X^2=0.167$ p=0.920
Hemşire	354	3.041	1.077	
Ebe	65	3.020	1.058	
Gelir (TL)				
-2499	123	3.520	0.996	$X^2=41.106$ p<0.001
2500-3499	195	2.767	1.017	
3500+	147	2.895	1.053	
Çalışılan İl				
Sakarya	228	2.969	1.031	$X^2=4.703$ p=0.095
İstanbul	172	3.005	1.077	
Isparta	148	3.220	1.082	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	201	2.892	1.020	$X^2=69.937$ p<0.001
Üniversite	135	2.585	0.975	
Özel	212	3.492	0.991	

Tablo 25'e göre, katılımcıların kişisel ekonomik problemler boyutundan aldıkları puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, erkek katılımcıların boyuta

katılımlarının kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak her iki grup arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($U=30391.500$, $p=0.559$).

Evli olmayan katılımcıların evli olanlara kıyasla boyuta katılımları daha yüksektir. Bu durum evli olmayan katılımcıların, kişisel ekonomik problemleri itici bir faktör olarak algılamalarında daha belirleyici olduğunu göstermektedir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($U=28511.000$, $p=0.000$).

Hastane çalışanlarının kişisel ekonomik problemler boyutundan aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur ($X^2=21.441$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farklılığın, yaşı 29 ve altında olanların puanlarının diğer gruplara göre yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yaşı genç olan çalışanlar göçte kişisel ekonomik problemlerin itici bir faktör olduğuna daha fazla katılmaktadır.

Hastane çalışanlarının kişisel ekonomik problemler boyutuna katılımları görevlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.167$, $p=0.920$).

Kişisel ekonomik problemler boyutundan alınan puanlar hastane çalışanlarının gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($X^2=41.106$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, geliri 2499 TL ve altı olan grubun puanının diğer gruplara göre yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir düzeyi düşük olanlar doğal olarak kişisel ekonomik problemlerin göç etmek için itici etkisine daha çok katılmaktadırlar.

Hastane çalışanlarının kişisel ekonomik problemler boyutundan aldıkları puanlar il değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($X^2=4.703$, $p=0.095$).

Çalışanların kişisel ekonomik problemler boyutundan aldıkları puanlar mülkiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=69.937$, $p=0.000$). Farkın kaynağını bulmak için ikili karşılaştırmalar yapılmış ve üç grubunda birbirinden farklı olduğu bulunmuştur. Kişisel ekonomik problemlerin itici özelliği en fazla özel hastane çalışanlarında en az da üniversite hastanesi çalışanlarında önemli olmaktadır.

3.2.11. Ailevi Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların ailevi problemler boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 26’da verilmiştir. Yüksek puanlar, ailede kronik rahatsızlıkların olması, ailevi problemler ve yanlış tıbbi işlem sonucu hastalarla kişisel problemlerin yaşanması durumunun göçün itici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 26. Katılımcıların Ailevi Problemler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	162	3.362	1.010	U=29100.500 p=0.155
Kadın	389	3.518	0.998	
Medeni Durum				
Evli	325	3.455	0.985	U=34462.500 p=0.719
Evli Değil	216	3.464	1.031	
Yaş (Yıl)				
-29	217	3.453	0.995	$X^2=0.340$ p=0.844
30-39	191	3.462	1.013	
40+	134	3.505	1.005	
Görev				
Hekim	128	3.432	0.931	$X^2=0.827$ p=0.661
Hemşire	355	3.496	1.023	
Ebe	67	3.412	1.047	
Gelir (TL)				
-2499	124	3.438	1.037	$X^2=2.665$ p=0.264
2500-3499	197	3.565	1.000	
3500+	146	3.385	0.952	

Tablo 26. (Devamı)

Çalışılan İl				
Sakarya	231	3.539	0.959	X ² =3.976 p=0.137
İstanbul	172	3.354	1.010	
Isparta	148	3.504	1.057	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	202	3.585	1.044	X ² =11.849 p=0.003
Üniversite	135	3.600	0.854	
Özel	214	3.285	1.027	

Tablo 26’da da görüleceği gibi, ailevi problemler boyutunun aldığı puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadın çalışanların katılımının, erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=29100.500$, $p=0.155$). Yine medeni durum değişkenine göre de ailevi problemler boyutundan alınan puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=34462.500$, $p=0.719$).

Katılımcıların ailevi problemler boyutuna katılımları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, 40 yaş ve üzerinde olan katılımcıların daha genç yaş grubundakilere göre, daha yüksek puan almışlardır. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.340$, $p=0.844$). Katılımcıların görevlerine göre karşılaştırma yapıldığında ise, boyuta katılımın en fazla olduğu grubun hemşireler, en az olduğu grup ise ebeler olup, gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak önemli değildir ($X^2=0.827$, $p=0.661$).

Hastane çalışanlarının gelir durumlarına göre ailevi problemler boyutuna verdikleri puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=2.665$, $p=0.264$).

Ailevi problemler boyutu çalışılan il’e göre karşılaştırıldığında; Sakarya ilindeki çalışanların en yüksek katılıma sahip olduğu (3.539 ± 0.959), İstanbul’un ise en düşük katılıma sahip olduğu (3.354 ± 1.010) görülmektedir. Ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($X^2=3.976$, $p=0.137$).

Hastane çalışanlarının ailevi problemler boyutundan aldıkları puanlar mülkiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olduğu bulunmuştur ($X^2=11.849$, $p=0.003$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanların puanlarının özel sektör hastanelerinde çalışanların puanlarına göre yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanlar, özel hastanelerde çalışanlara göre ailevi problemlerin itici bir göç nedeni olduğu konusuna daha fazla katılmaktadırlar.

3.2.12. Şehrin Ekonomik Durumu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların şehrin ekonomik durumu boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 27’de verilmiştir. Yüksek puanlar, şehrin refah seviyesinin düşük olması, alternatif istihdam imkânlarının yetersiz olması ve iş imkânlarının fazla olduğu bölgelere uzak olunması durumunun göçün itici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 27. Katılımcıların Şehrin Ekonomik Durumu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	162	3.872	0.825	U=29896.500 p=0.441
Kadın	385	3.910	0.867	
Medeni Durum				
Evli	321	3.859	0.861	U=32440.500 p=0.202
Evli Değil	216	3.938	0.850	
Yaş (Yıl)				
-29	213	3.935	0.814	$X^2=2.482$ p=0.289
30-39	193	3.825	0.843	
40+	132	3.931	0.918	
Görev				
Hekim	129	3.803	0.832	$X^2=3.914$ p=0.141
Hemşire	351	3.959	0.831	
Ebe	66	3.777	0.992	

Tablo 27. (Devamı)

Gelir (TL)				
-2499	123	3.878	0.889	X ² =0.006 p=0.997
2500-3499	198	3.914	0.802	
3500+	145	3.882	0.878	
Çalışılan İl				
Sakarya	229	3.783	0.909	X ² =4.939 p=0.085
İstanbul	171	3.982	0.812	
Isparta	147	3.981	0.797	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	201	3.978	0.832	X ² =3.614 p=0.164
Üniversite	135	3.792	0.862	
Özel	211	3.891	0.866	

Tablo 27’de görüldüğü gibi, şehrin ekonomik durumu boyutunun aldığı puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, erkeklere nazaran kadınların katılımının fazla olduğu görülmektedir. Ancak söz konusu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=29896.500$, $p=0.441$). Katılımcıların medeni durumuna göre şehrin ekonomik durumu boyutu karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($U=32440.500$, $p=0.202$).

Şehrin ekonomik durumu boyutundan alınan puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, 29 ve altında bir yaşa sahip olan katılımcıların, 30-39 yaş aralığında ve 40 ve üzeri yaştakilere göre daha yüksek bir katılıma sahip oldukları görülmektedir. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=2.482$, $p=0.289$). Unvan durumu dikkate alınarak yapılan karşılaştırmada, yüksek katılımdan düşük katılıma doğru sıralama; hemşire, hekim ve ebe şeklinde olduğu Tablo 27’de görülmektedir. Ancak gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3.914$, $p=0.141$).

Hastane çalışanlarının şehrin ekonomik durumu boyutundan aldıkları puanlar gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=0.006$, $p=0.997$).

Şehrin ekonomik durumu boyutuna katılım düzeyleri hastane çalışanlarının bulundukları illere ($X^2=4.939$, $p=0.085$) ve mülkiyete ($X^2=3.614$, $p=0.164$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

3.2.13. Mesleki Gelişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların mesleki gelişim boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 28’de verilmiştir. Yüksek puanlar, mesleki gelişim ve uzmanlaşma imkânlarının kısıtlı olması durumunun göçün itici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 28. Mesleki Gelişim Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	161	3.655	1.047	U=30505.500 p=0.697
Kadın	387	3.689	1.063	
Medeni Durum				
Evli	324	3.584	1.058	U=30419.500 p=0.015
Evli Değil	214	3.808	1.055	
Yaş (Yıl)				
-29	213	3.838	1.034	$X^2=12.461$ p=0.002
30-39	193	3.502	1.009	
40+	133	3.650	1.139	
Görev				
Hekim	129	3.717	1.026	$X^2=1.420$ p=0.492
Hemşire	352	3.693	1.073	
Ebe	66	3.530	1.048	

Tablo 28. (Devamı)

Gelir (TL)				
-2499	122	3.811	1.126	X ² =6.793 p=0.033
2500-3499	195	3.533	1.093	
3500+	148	3.614	0.977	
Çalışılan İl				
Sakarya	229	3.707	1.043	X ² =0.231 p=0.891
İstanbul	170	3.670	1.068	
Isparta	149	3.647	1.074	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	203	3.652	1.069	X ² =10.114 p=0.006
Üniversite	136	3.522	0.924	
Özel	209	3.808	1.115	

Hastane çalışanlarının mesleki gelişim imkânlarını kısıtlayarak iten faktörlerin bulunduğu mesleki gelişim boyutu cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U=30505.500$, $p=0.697$). Katılımcıların mesleki gelişim boyutu eğilimlerine medeni durum açısından bakıldığında ise, evli olanlara kıyasla evli olmayanların katılımının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılık da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=30419.500$, $p=0.015$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre mesleki gelişim boyutuna verdikleri puanlar karşılaştırıldığında 29 yaş ve altında olanların boyuta katılımının, 30-39 yaş aralığında bulunanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve her iki grup arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($X^2=12.461$, $p=0.002$). Dolayısıyla yaşı daha genç olan grubun diğer gruplara göre mesleki gelişimin eksikliğini itici bir faktör olarak değerlendirme eğilimi daha yüksektir.

Hastane çalışanlarının mesleki gelişim boyutundan aldıkları puanlar görevlerine göre karşılaştırıldığında hekimlerin, ebe ve hemşirelere göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmesine rağmen gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=1.420$, $p=0.492$).

Mesleki gelişim boyutuna verilen puanlar hastane çalışanlarının gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde farkın, geliri 2499 TL ve altında olanların puanlarının, geliri 2500-3499 TL arasında olanların puanından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gelir düzeyi düşük olanlar diğer gruplara göre mesleki gelişim gerekçesini itici bir faktör olarak daha fazla düşünmektedirler.

Katılımcıların çalıştıkları ilin mesleki gelişim boyutuyla ilişkisine bakıldığında, katılımın en düşük olduğu şehrin Isparta olduğu göze çarpmaktadır (3.647 ± 1.074). Katılımın en yüksek olduğu il ise Sakarya olmakla beraber, gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($X^2=0.231$, $p=0.891$).

Hastane çalışanlarının mesleki gelişim boyutundan aldıkları puanlar mülkiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farkların olduğu tespit edilmiştir ($X^2=10.114$, $p=0.006$). Farklılığın kaynağını bulmak için ikili karşılaştırmalar yapılmış ve özel hastanelerde çalışanların üniversite hastanelerinde çalışanlara göre mesleki gelişim gerekçesini daha fazla önemsedikleri anlaşılmıştır.

Yurt içi hareketliliğe neden olan itici güçlerin demografik değişkenlerle karşılaştırılmasının ardından çekici güçlerin demografik değişkenlerle karşılaştırılması gerekmektedir. Bununla ilgili olarak, çekici faktörlerin boyutlarından ilki olan ekonomik faktörler boyutu, demografik değişkenlerle karşılaştırılacaktır.

3.2.14. Ekonomik Faktörler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların ekonomik faktörler boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 29’da verilmiştir. Yüksek puanlar, iş imkânlarının yüksek olması, yüksek gelir elde etme imkânının olması, sosyal refahın yüksek olması ve hayat pahalılığının düşük olması durumlarının göçün çekici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 29. Katılımcıların Ekonomik Faktörler Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	163	3.990	0.777	U=27721.500 p=0.042
Kadın	382	4.081	0.883	
Medeni Durum				
Evli	325	3.972	0.899	U=30514.000 p=0.024
Evli Değil	212	4.161	0.763	
Yaş (Yıl)				
-29	212	4.167	0.746	X ² =4.027 p=0.134
30-39	195	3.992	0.899	
40+	131	3.977	0.917	
Görev				
Hekim	130	3.953	0.728	X ² =9.508 p=0.009
Hemşire	348	4.106	0.882	
Ebe	66	3.960	0.906	
Gelir (TL)				
-2499	123	4.128	0.813	X ² =5.964 p=0.051
2500-3499	198	4.071	0.904	
3500+	145	3.924	0.864	
Çalışılan İl				
Sakarya	228	4.010	0.830	X ² =2.561 p=0.278
İstanbul	167	4.093	0.882	
Isparta	150	4.076	0.856	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	201	4.041	0.986	X ² =1.379 p=0.502
Üniversite	135	4.059	0.755	
Özel	209	4.062	0.774	

Tablo 29’da görüldüğü üzere, cinsiyete göre ekonomik faktörler boyutu karşılaştırıldığında erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre daha az katılım

gösterdikleri tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($U=27721.500$, $p=0.042$). Ekonomik faktörlerin kadınlar tarafından daha fazla çekici bir unsur niteliği taşıdığı görülmektedir.

Ekonomik faktörler boyutu medeni durum açısından kıyaslandığında evli ve evli olmayanlar arasında boyuta katılım açısından anlamlı farklılığın bulunduğu görülmektedir ($U=30514.000$, $p=0.024$). Evli olmayanların katılımı, evli olanlara göre daha yüksektir.

Yaş gruplarına göre yapılan kıyaslamada ekonomik faktörler boyutunun çekici bir unsur olduğu görüşüne bütün yaş grupları katılmakla beraber yaşı 29 ve altında olan grubun en yüksek puanı aldığı görülmektedir (4.167 ± 0.746). Ancak gruplar arasındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($X^2=4.027$, $p=0.134$).

Katılımcıların ekonomik faktörler boyutu puanları görev değişkenine göre kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($X^2=9.508$, $p=0.009$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın hemşirelerin puanının hekimlere nispeten daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Gelire göre ekonomik faktörler boyutu karşılaştırıldığında gelirin artışına bağlı olarak, boyuta katılımın giderek azaldığı Tablo 29'da görülmektedir. Dolayısıyla katılımın en yüksek olduğu gelir grubunun 2499 ve altında bulunanların olduğu söylenebilir (4.128 ± 0.813). Ancak gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=5.964$, $p=0.051$).

Son olarak ekonomik faktörler boyutundan alınan puanlar, hastane çalışanlarının bulundukları il ($X^2=2.561$, $p=0.278$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=1.379$, $p=0.502$) göre istatistiksel olarak önemli bir farklılık göstermediği görülmüştür.

3.2.15. Mesleki İmkânlar ve Sosyal Çevre Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 30'da verilmiştir. Yüksek puanlar, mesleki gelişim imkânlarının olmasının yanı sıra sosyo-kültürel faaliyetlere açık bir ortamın olması gibi durumların göçün çekici unsurlarından biri olduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu gibi faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 30. Katılımcıların Mesleki İmkânlar ve Sosyal Çevre Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	159	3.697	0.782	U=26700.500 p=0.062
Kadın	374	3.820	0.888	
Medeni Durum				
Evli	318	3.717	0.868	U=28894.000 p=0.028
Evli Değil	205	3.869	0.841	
Yaş (Yıl)				
-29	209	3.899	0.824	$X^2=6.537$ p=0.038
30-39	188	3.719	0.862	
40+	128	3.681	0.901	
Görev				
Hekim	127	3.692	0.834	$X^2=2.146$ p=0.342
Hemşire	339	3.812	0.858	
Ebe	66	3.796	0.901	
Gelir (TL)				
-2499	118	3.865	0.886	$X^2=2.475$ p=0.290
2500-3499	193	3.764	0.877	
3500+	144	3.710	0.858	
Çalışılan İl				
Sakarya	221	3.813	0.804	$X^2=0.266$ p=0.875
İstanbul	166	3.765	0.952	
Isparta	146	3.760	0.831	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	196	3.831	0.890	$X^2=2.373$ p=0.305
Üniversite	135	3.704	0.818	
Özel	202	3.790	0.854	

Tablo 30’da da görüldüğü gibi, çalışanların mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutundan aldıkları puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadın katılımcıların

puanının (3.820 ± 0.888), erkek katılımcılara göre (3.697 ± 0.782) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=26700.500$, $p=0.062$).

Katılımcıların medeni durumuna göre mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutuna verdikleri puanlar karşılaştırıldığında, evli ve evli olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($U=28894.000$, $p=0.028$). Evli olmayanlar mesleki imkânlar ve sosyal çevre gerekçesini evli olanlara göre daha fazla önemsemektedirler.

Mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutundan alınan puanlar hastane çalışanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($X^2=6.537$, $p=0.038$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farklılığın yaşı 40 ve üzeri olan grubun diğer iki gruba göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Çalışanların yaşı ilerledikçe mesleki imkânlar ve sosyal çevre gerekçesini daha az önemsemektedirler.

Mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutu görev gruplarına göre karşılaştırıldığında, boyuta katılımın en yüksek hemşireler tarafından olduğu (3.812 ± 0.858), en düşük katılımın ise hekimler tarafından gerçekleştiği görülmektedir (3.692 ± 0.834). Ancak gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir ($X^2=2.146$, $p=0.342$).

Mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutundan alınan puanlar hastane çalışanlarının gelir düzeylerine ($X^2=2.475$, $p=0.290$), bulundukları illere ($X^2=0.266$, $p=0.875$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=2.373$, $p=0.305$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

3.2.16. Özel Sektörün Cazibesi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların özel sektörün cazibesi boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 31’de verilmiştir. Yüksek puanlar katılımcıların, özel sektörün ekonomik, teknolojik, siyasi ve sosyal imkânlarının kamu sektörüne göre daha iyi olduğunun göçün çekici unsurlarından birini oluşturduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu gibi faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 31. Katılımcıların Özel Sektörün Cazibesi Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	161	3.273	0.973	U=30352.500 p=0.570
Kadın	389	3.209	1.161	
Medeni Durum				
Evli	326	3.171	1.098	U=32133.000 p=0.084
Evli Değil	216	3.314	1.118	
Yaş (Yıl)				
-29	215	3.268	1.127	X ² =0.736 p=0.692
30-39	194	3.207	1.094	
40+	132	3.190	1.095	
Görev				
Hekim	130	3.410	0.913	X ² =4.900 p=0.086
Hemşire	353	3.194	1.173	
Ebe	66	3.081	1.053	
Gelir (TL)				
-2499	124	3.229	1.168	X ² =1.569 p=0.456
2500-3499	197	3.135	1.149	
3500+	148	3.259	1.063	
Çalışılan İl				
Sakarya	228	3.167	1.141	X ² =1.758 p=0.415
İstanbul	168	3.219	1.076	
Isparta	154	3.327	1.097	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	202	3.207	1.180	X ² =0.300 p=0.861
Üniversite	136	3.223	1.015	
Özel	212	3.250	1.101	

Katılımcıların özel sektörün cazibesi boyutundan aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, erkeklerin boyuta verdikleri puanların kadın

katılımcılara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak her iki grup arasındaki bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($U=30352.500$, $p=0.570$).

Özel sektörün cazibesi boyutuna evli olmayanlar evlilere göre daha fazla katılmaktadırlar ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=32133.000$, $p=0.084$). Aynı boyut yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0.736$, $p=0.692$).

Hastane çalışanlarının görevlerine göre özel sektörün cazibesi boyutu puanları karşılaştırıldığında, hekimlerin, hemşire ve ebelerden daha yüksek puan aldığı ancak gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($X^2=4.900$, $p=0.086$).

Özel sektörün cazibesi boyutuna katılım düzeyleri katılımcıların gelir düzeylerine ($X^2=1.569$, $p=0.456$), çalışanların bulundukları illere ($X^2=1.758$, $p=0.415$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=0.300$, $p=0.861$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

3.2.17. Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 32’de verilmiştir. Yüksek puanlar katılımcıların, iklim şartlarının uygun olması, gelişmiş merkezlere yakın olunması ve şehrin turizm faaliyetlerine açık olması gibi durumların göçün çekici unsurlarından birini oluşturduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu gibi faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 32. Katılımcıların Coğrafi Şartlar ve Gelişmişlik Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	162	3.481	0.833	U=27570.000 p=0.028
Kadın	386	3.638	0.915	
Medeni Durum				
Evli	325	3.521	0.909	U=31033.000 p=0.027
Evli Değil	215	3.688	0.874	

Tablo 32. (Devamı)

Yaş (Yıl)				
-29	216	3.696	0.879	X ² =5.867 p=0.053
30-39	195	3.549	0.917	
40+	130	3.476	0.878	
Görev				
Hekim	129	3.373	0.820	X ² =15.064 p=0.001
Hemşire	353	3.685	0.923	
Ebe	65	3.523	0.801	
Gelir (TL)				
-2499	126	3.650	0.899	X ² =8.041 p=0.018
2500-3499	195	3.626	0.910	
3500+	146	3.400	0.868	
Çalışılan İl				
Sakarya	227	3.655	0.859	X ² =1.772 p=0.412
İstanbul	169	3.540	0.949	
Isparta	152	3.555	0.881	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	201	3.695	0.943	X ² =8.120 p=0.017
Üniversite	135	3.445	0.826	
Özel	212	3.587	0.878	

Tablo 32’de görüldüğü gibi coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutunun, cinsiyete göre karşılaştırılması sonucunda erkek ve kadın katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($U=27570.000$, $p=0.028$). Kadın katılımcılar, erkek katılımcılara göre coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutuna daha fazla katılım göstermiştir. Bu durum, coğrafi şartlar ve gelişmişliğin kadın çalışanlara göre daha fazla çekici bir unsur olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların medeni durumuna göre coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutu puanları karşılaştırıldığında, evli olmayanların bu boyuta katılımının daha yüksek olduğu ve farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir ($U=31033.000$, $p=0.027$).

Coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutu puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında çalışanların yaşı arttıkça puanlarında bir azalma olduğu görülmekle birlikte gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5.867$, $p=0.053$).

Hastane çalışanlarının görevlerine göre coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutu puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=15.064$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, hemşirelerin puanının hekimlerin puanından yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Hemşireler, hekimlere göre coğrafi şartlar ve gelişmişliği daha fazla çekici bir neden olarak görmektedirler.

Hastane çalışanlarının coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutuna katılım düzeyleri gelir grupların göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=8.041$, $p=0.018$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, gelir düzeyi 3500 TL ve üzerinde olan grubun diğer gruplara göre katılım düzeyinin daha düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Gelir düzeyi arttıkça çalışanlar için coğrafi şartlar ve gelişmişlik gerekçesinin çekiciliği azalma eğilimindedir.

Hastane çalışanlarının bulundukları ile göre coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermezken ($X^2=1.772$, $p=0.412$), mülkiyet değişkenine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($X^2=8.120$, $p=0.017$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanların üniversite hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek puanlara sahip olmalarından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Üniversite hastanelerinin daha çok gelişmiş illerde bulunması nedeniyle böyle bir sonuç normal görülebilir.

3.2.18. Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 33’de verilmiştir. Yüksek puanlar katılımcıların, sosyal çatışma ortamının olmaması, sendikal baskıların olmaması, hükümetin uyguladığı cazip politikaların olması gibi durumların göçün çekici unsurlarından birini oluşturduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu

gibi faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 33. Katılımcıların Sosyal ve Siyasi Yapının Uygunluğu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	161	3.187	0.944	U=26661.000 p=0.009
Kadın	386	3.432	1.010	
Medeni Durum				
Evli	325	3.369	0.989	U=34668.000 p=0.952
Evli Değil	214	3.348	1.007	
Yaş (Yıl)				
-29	215	3.388	0.991	$X^2=1.559$ p=0.459
30-39	193	3.391	0.947	
40+	130	3.255	1.068	
Görev				
Hekim	129	3.186	0.918	$X^2=8.265$ p=0.016
Hemşire	351	3.453	1.012	
Ebe	66	3.242	0.978	
Gelir (TL)				
-2499	125	3.376	1.099	$X^2=1.216$ p=0.544
2500-3499	194	3.409	1.021	
3500+	147	3.285	0.877	
Çalışılan İl				
Sakarya	229	3.361	0.959	$X^2=0.074$ p=0.963
İstanbul	168	3.360	1.014	
Isparta	150	3.360	1.039	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	201	3.406	1.023	$X^2=0.422$ p=0.810
Üniversite	136	3.364	0.920	
Özel	210	3.314	1.020	

Hastane çalışanlarının sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutundan aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir ($U=26661.000$, $p=0.009$). Sosyal ve siyasi yapının uygunluğunun kadın çalışanlar için erkek çalışanlara göre daha çekici bir özellik gösterdiği söylenebilir.

Katılımcıların sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutuna katılımları medeni durum açısından karşılaştırıldığında, evli olanlara kıyasla evli olmayanların katılımının daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=34668.000$, $p=0.952$).

Tablo 33’de görüldüğü üzere, katılımcıların yaş gruplarına göre sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutuna verdikleri puanlar karşılaştırıldığında, boyuta katılımın en yüksek olduğu grup 30-39 yaş arasında bulunanlarda olmuştur (3.391 ± 0.947). Katılımın en düşük olduğu grup ise, 40 yaş ve üzerinde bulunanlardır (3.255 ± 1.068). Gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.559$, $p=0.459$).

Hastane çalışanlarının sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutundan aldıkları puanlar görevlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=8.265$, $p=0.016$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın hekim grubunun hemşire grubuna göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Hemşireler, hekimlere göre çekici bir faktör olarak sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutunu daha fazla dikkate almaktadırlar.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutu karşılaştırıldığında, geliri 2500-3499 arasında olanların katılımının diğer gruplara göre yüksek olduğu görülmektedir (3.409 ± 1.021). Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.216$, $p=0.544$).

Hastane çalışanlarının sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutu puanları bulundukları ile ($X^2=0.074$, $p=0.963$) ve mülkiyet değişkenine ($X^2=0.422$, $p=0.810$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

3.2.19. Eş Durumu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların eş durumu boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 34’de verilmiştir. Yüksek puanlar katılımcıların, eşlerin de çalışma imkânı bulacak olması ve evlilik durumunun göçün

çekici unsurlarından birini oluşturduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu gibi faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 34. Katılımcıların Eş Durumu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	162	3.888	0.968	U=22059.000 p<0.001
Kadın	391	4.336	0.869	
Medeni Durum				
Evli	328	4.181	0.916	U=33853.000 p=0.363
Evli Değil	216	4.240	0.920	
Yaş (Yıl)				
-29	216	4.328	0.827	X ² =5.409 p=0.067
30-39	196	4.142	0.962	
40+	132	4.087	1.006	
Görev				
Hekim	129	3.980	1.000	X ² =11.243 p=0.004
Hemşire	357	4.266	0.887	
Ebe	66	4.303	0.885	
Gelir (TL)				
-2499	128	4.246	0.917	X ² =14.516 p=0.001
2500-3499	197	4.291	0.896	
3500+	147	3.989	0.937	
Çalışılan İl				
Sakarya	228	4.282	0.823	X ² =1.593 p=0.451
İstanbul	171	4.111	1.015	
Isparta	154	4.194	0.943	

Tablo 34. (Devamı)

Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	203	4.283	0.898	$X^2=3.137$ $p=0.208$
Üniversite	136	4.172	0.917	
Özel	214	4.151	0.944	

Tablo 34’de de görüleceği gibi, eş durumu boyutunun, cinsiyete göre karşılaştırılması sonucunda erkek ve kadın katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($U=22059.000$, $p=0.000$). Kadın katılımcılar, erkek katılımcılara göre eş durumu boyutuna daha fazla katılım göstermiştir. Bu durum, kadın çalışanların eş durumu faktörünü erkek çalışanlara göre daha fazla çekici bir unsur olarak nitelendirmesinden kaynaklanmaktadır. Katılımcıların eş durumu boyutu puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında, evli olmayanların bu boyuta katılımı daha yüksek bulunmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($U=33853.000$, $p=0.363$).

Hastane çalışanlarının yaş gruplarına göre eş durumu boyutuna verdikleri puanlar karşılaştırıldığında, 29 ve altında bir yaşa sahip olanların boyuta katılımının, yaşı daha büyük olanlara kıyasla yüksek katılım gösterdikleri Tablo 34’de görülmektedir. Ancak oluşan bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=5.409$, $p=0.067$).

Hastane çalışanlarının eş durumu boyutundan aldıkları puanlar görevlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($X^2=11.243$, $p=0.004$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın hekimlerin, hemşire ve ebe grubundakilere göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Hemşire ve ebelerin, hekimlere göre çekici bir faktör olarak eş durumunu daha fazla dikkate aldıkları söylenebilir.

Eş durumu boyutu katılımcıların gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür ($X^2=14.516$, $p=0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, geliri 3500 ve üzerinde olan çalışanların katılımının, daha düşük gelir grubundakilere göre daha az olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Dolayısıyla gelirin artışına bağlı olarak eş durumu boyutu çekici bir unsur olma özelliğini kaybetmektedir.

Eş durumu puanları çalışılan il değişkenine göre karşılaştırıldığında; katılımın en yüksek olduğu il Sakarya olup (4.282 ± 0.823), en düşük ilin ise İstanbul (4.111 ± 1.015) olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.593$, $p=0.451$).

Eş durumu boyutu mülkiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($X^2=3.137$, $p=0.208$).

3.2.20. Hasta Potansiyelinin Fazla Olması Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların hasta potansiyelinin fazla olması boyutundan aldıkları puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 35’de verilmiştir. Yüksek puanlar katılımcıların, fazla hasta kapasitesinin olması, sağlık turizmi imkânlarının gelişmiş olması ve sağlık personeli ihtiyacının bulunması durumlarının göçün çekici unsurlarından birini oluşturduğunu desteklediklerini, düşük puanlar ise katılımcıların bu gibi faktörlerin göç etmede belirleyici olmadıkları yönündeki görüşlerini ifade etmektedir.

Tablo 35. Katılımcıların Hasta Potansiyelinin Fazla Olması Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	164	3.262	0.969	U=28945.500 p=0.121
Kadın	385	3.401	1.020	
Medeni Durum				
Evli	326	3.250	1.003	U=29810.500 p=0.005
Evli Değil	213	3.488	0.982	
Yaş (Yıl)				
-29	215	3.643	0.928	X ² =28.507 p<0.001
30-39	195	3.123	1.052	
40+	131	3.249	0.942	

Tablo 35. (Devamı)

Görev				
Hekim	128	3.052	0.901	X ² =21.467 p<0.001
Hemşire	354	3.483	1.026	
Ebe	66	3.272	0.951	
Gelir (TL)				
-2499	125	3.760	0.950	X ² =36.712 p<0.001
2500-3499	198	3.269	1.018	
3500+	146	3.043	0.967	
Çalışılan İl				
Sakarya	227	3.348	0.914	X ² =4.334 p=0.115
İstanbul	171	3.253	1.152	
Isparta	151	3.498	0.948	
Mülkiyet				
Sağlık Bakanlığı	201	3.250	1.046	X ² =22.493 p<0.001
Üniversite	136	3.125	1.015	
Özel	212	3.614	0.905	

Hastane çalışanlarının hasta potansiyelinin fazla olması durumunu çekici bir unsur olarak değerlendirme durumlarının belirlenmesi açısından cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında, kadın çalışanların katılımının (3.401 ± 1.020), erkek çalışanlara göre (3.262 ± 0.969) yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=28945.500$, $p=0.121$).

Katılımcıların hasta potansiyelinin fazla olması boyutuna katılımları medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evli ve evli olmayanlar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür ($U=29810.500$, $p=0.005$). Gruplar arasında oluşan bu farklılığın, evli olmayanların boyuta katılımının evli olanlara göre yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Çekici bir unsur olarak hasta kapasitesinin yüksek olması durumu evli olmayanlar tarafından daha cazip bulunmuştur.

Hasta potansiyelinin fazla olması boyutundan alınan puanlar açısından hastane çalışanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($X^2=28.507$, $p=0.000$). Yapılan ikili

karşılaştırmalarda farkın 29 yaş ve altındakilerin puanının diğer gruplardan yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Yaşı genç olan çalışanlar hasta potansiyelinin fazla olmasını diğer çalışanlara göre daha fazla önemsemektedirler.

Hasta potansiyelinin fazla olması boyutu görev gruplarına göre karşılaştırıldığında, Tablo 35’de de görüldüğü üzere, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($X^2=21.467$, $p=0.000$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın hemşirelerin, hekimlere göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı bulunmuştur. Hemşireler, hasta potansiyelinin fazla olması boyutunu hekimlere göre daha çekici bulmaktadır.

Hasta potansiyelinin fazla olması boyutu hastane çalışanlarının gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür ($X^2=36.712$, $p=0.000$). Meydana gelen farklılığın sebebinin, 2499 ve altında gelire sahip olanların katılımının, 2500-3499 ve 3500 ve üzerinde gelire sahip olanların katılımına oranla yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Gelirin düşmesine bağlı olarak hasta potansiyelinin fazla olması boyutuna katılım artmaktadır.

Çalışılan ile göre hasta kapasitesinin fazla olması boyutu karşılaştırıldığında, en yüksek katılımın Isparta’dan olduğu (3.498 ± 0.948), en düşük katılımın ise İstanbul’dan olduğu (3.253 ± 1.152) belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=4.334$, $p=0.115$).

Mülkiyet değişkenine göre hastane çalışanlarının hasta kapasitesinin fazla olması boyutuna verdikleri puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak bir farklılığın olduğu görülmüştür ($X^2=22.493$, $p=0.000$). İkili karşılaştırmalar neticesinde farklılığın sebebinin özel hastanelerde çalışanların boyuta katılımının, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanlara göre yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Özel hastanelerde çalışan katılımcılar için hasta kapasitesinin fazla olması boyutu çekici bir faktör niteliğindedir.

3.3. TARTIŞMA

Bu bölümde İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinde bulunan Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan 559 sağlık personeline uygulanan “Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğinin Değerlendirilmesi” anketi ile elde edilen veriler tartışılmıştır.

Türkiye’de yurt içi hareketlilik ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğu, genel göç konusunda yapılmış olup, sağlık çalışanlarının hareketlilik nedenleri literatürde boş bırakılmıştır. Bu anlamda göç olgusunun incelenmesinde çoğunlukla itici-çekici nedenler ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Rebhun ve Goldstein, 2008; Cebula, 2005; Doğan ve Kabadayı, 2015; Filiztekin ve Gökhan, 2008; Molho, 1986; Evcil vd., 2006; Taylor ve Philip, 2001; King, 2012; Coban, 2013).

Araştırmaya katılanların demografik verileri incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunun (%70.5) kadın olduğu belirlenmiştir. Evli olan katılımcılar (%59.2), evli olmayanlara göre yüksek sayıda olup, en fazla katılımcının bulunduğu yaş aralığı 29 yaş ve altında (%39.2) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yarıdan fazlasının (%64.6) hemşire pozisyonunda çalıştığı ve aynı zamanda 2500-3499 aralığında gelire sahip olanların (%35.6) katılımının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun (%41.3) Sakarya’dan olduğu ve özel hastanelerde çalışanların %38.8 ile çoğunluğu oluşturdukları görülmektedir.

Türkiye’de yurt içi sağlık personeli hareketliliğinin değerlendirilmesi amacıyla literatürde en fazla adı geçen itici-çekici nedenler yaklaşımı bağlamında hazırlanmış olan ve araştırma bünyesinde kullanılan anket verilerine göre; hareketliliğe neden olan itici nedenler 9 boyutta toplanmış olup, katılımcılar tarafından en fazla ortalamaya sahip (4.288) olan boyutun güvenlik problemleri olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de 1986-2005 yılları arasında göç nedenlerinin yaklaşık %4’ünü güvenlik problemleri oluşturmakta olup, 14 doğu vilayetinden (Şırnak, Hakkâri, Ağrı, Kars vs.) güvenlik nedeniyle göç edenlerin oranının %16 olduğu bilinmektedir (HÜNEE, 2006: 106). Şehrin ekonomik durumu boyutu bir diğer en yüksek puana (3.898) sahip itici neden olup, çalışanların en az katılım gösterdikleri itici gücün mesleki ve siyasi baskı olduğu belirlenmiştir (2.926).

Sağlık çalışanlarının yurt içi hareketliliğine neden olan çekici güçlerin boyutlarına bakıldığında; eş durumu (4.205) ve ekonomik faktörler (4.053) boyutunun göç etmede en yüksek etkiye sahip çekici güçlerden olduğu belirlenmiştir. Hareketliliğe

neden olması açısından en düşük puana sahip boyutun ise özel sektörün cazibesi (3.228) olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık personelinin şehir ve sosyal çevre boyutunun itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların görev gruplarına göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Ebe ve hemşireler itici güç olarak şehir ve sosyal çevreyi hekimlere göre daha çok önemsemektedirler. Bu durum, şehir ve sosyal çevre problemlerinin ebe ve hemşireler tarafından itici gücünün daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Bu boyut açısından mülkiyet de farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Üniversite hastanelerinde çalışanlar, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanlara göre şehir ve sosyal çevre problemleri boyutunun itici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. Üniversite hastanelerinde çalışanların daha çok gelişmiş şehirlerde olması bu problemi çok fazla yaşamamalarına neden olduğu gibi Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanların atama yoluyla gittikleri şehirlerde bu yönde sosyal ihtiyaçlarını karşılamada sıkıntı yaşadıkları düşünülebilir. Şehir ve sosyal çevre boyutu görev ve mülkiyet dışında diğer demografik değişkenler açısından bir farklılık göstermemektedir.

Sağlık personelinin kamudaki problemler boyutunu itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde, çalışanların cinsiyetlerine göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Erkek katılımcılar itici güç olarak kamudaki problemleri kadınlara göre daha çok önemsemektedirler. Aynı şekilde, evli olmayanların kamudaki problemleri evli olanlara göre daha fazla itici bir faktör olarak nitelendirdiği görülmektedir. Katılımcıların yaş grubu da farklılık nedeni olarak bulunmuş, 29 ve altında yaş grubundaki çalışanların kamudaki problemlerin itici gücünün olduğuna katılımı, yaşı 30-39 arasında olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kamudaki problemlerin hareketliliğe iten bir unsur olduğuna katılımları, çalışanların görev gruplarına göre de farklılaşmaktadır. Hekimler kamudaki problemleri itici bir güç olarak hemşire ve ebelerle göre daha fazla önemsemektedir. Yapılan araştırmalarda hekimleri kamudan özele veya özelden kamuya iten nedenlerin; iş güvencesi, işe uygun ücretlendirme ve şiddete maruz kalma (mobbing) olduğu görülmektedir. Boyuta katılım, her ne kadar özel hastaneler tarafından çoksa da hekimlerin özel hastanelerde şiddete maruz kalma oranı %48'lere çıkmıştır (Saygılı, 2013: 46). Kamudan itici bir neden olan şiddet olaylarının sıkça yaşanması durumu, özel sektörde de kendini göstermeye başlamıştır. Gelir düzeyine göre de aynı farklılaşma görülmekte ve geliri 2500 TL altında olanların kamudaki

problemlerin itici gücünü, 2500-3499 TL arasında gelire sahip olanlara göre daha fazla önemsendiği görülmektedir. Bu boyut açısından mülkiyet de farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Özel hastanelerde çalışanlar, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışanlara göre kamudaki problemler boyutunun itici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. Bu durum, kamuda çalışan sağlık personelinin, kamuda var olan problemleri itici bir güç olarak kabul etmemelerinden veya kamuda eksikliklerin olmadığını kabul etmelerinden kaynaklanmaktadır. Kamudaki problemler boyutu çalışılan ile göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Sağlık personelinin güvenlik problemleri boyutunu itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde, çalışanların cinsiyetlerine göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Kadınlar itici güç olarak güvenlik problemlerini erkeklere göre daha çok önemsemektedirler. Özellikle son yıllarda Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaşanan terör olaylarının, bölge halkının can güvenliğini tehlikeye sokmasının yanı sıra sağlık hizmeti sunan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin hizmetini aksattığı düşünüldüğünde, durumun bir güvenlik probleminin ötesinde olduğu görülebilir. Alp (2013: 5)'e göre bu durum; hastaneler, yollar, sağlık ocakları ve okullar gibi hizmet sunulan yerleri yıkarak, bu şekilde devletin hâkimiyet alanını kırmaya yöneliktir. Bu anlamda, güvenlik problemlerinin kadın sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu baskı, boyutun itici gücünü ortaya koymaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre; Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan yapılan göçlerin %69,6'sının güvenlik problemlerinden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Başbakanlık Aile Araştırmaları Kurumu, 1998: 155). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının can güvenliğinin bulunmaması durumu, güvenlik problemlerinin, hareketliliğe neden olan itici bir güç olduğunu göstermektedir. Güvenlik problemleri boyutu cinsiyet dışında diğer demografik değişkenler açısından bir farklılık göstermemektedir.

Sağlık personelinin coğrafi şartlar boyutunu itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde cinsiyet, medeni durum, görev, yaş, gelir, çalışılan il ve mülkiyet değişkeni açısından farklılık göstermedikleri tespit edilmiştir. Ancak doğal afetler, zor iklim şartları, kısıtlı ulaşım imkânları gibi coğrafi şartlar (Toroğlu, 2007: 75; Şen, 2014: 242) yalnızca sağlık çalışanları için itici bir göç faktörü olmayıp, geçmişten günümüze tüm insanlar için aynı etkiye sahip olmuştur.

Sağlık personelinin mesleki ve siyasi baskı boyutunu itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların medeni durumlarına göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Evli olmayanlar itici güç olarak mesleki ve siyasi baskıyı evlilere göre daha çok önemsemektedirler. Aynı zamanda sağlık personelinin yaş gruplarına göre de bir farklılık bulunmuş olup, yaşı 29 ve altında olan katılımcıların, diğer yüksek yaş grubundakilere (30-39 ve 40+) nazaran mesleki ve siyasi baskı boyutuna katılımının yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gelir düzeylerine göre mesleki ve siyasi baskı boyutuna katılımları farklılık göstermekte ve geliri 2499 TL ve altında olanların boyuta katılımlarının, yüksek gelir grubundakilere göre (2500-3499 TL ve 3500+ TL) fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu boyut açısından mülkiyet de farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Özel hastanelerde çalışanlar, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanlara göre mesleki ve siyasi baskı boyutunun itici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. Bu durum, özelleşme ve yarı özelleşmenin, çalışanlar üzerinde gerek sendikal baskı gerekse hükümetin uygulamış olduğu yanlış politikaların göçün itici yanını oluşturmada daha fazla etkili olduğunu göstermektedir. Taşkiran (2011: 12) yaptığı çalışmada, özel hastanelerde çalışanların sendikalaşmaya yönelik girişimlerinin işten çıkarılma durumu ile sonuçlandığı tespit etmiştir. Mevcut yaşam şartları düşünüldüğünde, bu durum özel hastane çalışanlarının bu boyuta katılımını artırmıştır.

Sağlık personelinin kişisel ekonomik problemler boyutunu itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların medeni durumlarına göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Evli olmayanlar itici güç olarak kişisel ekonomik problemleri evlilere göre daha fazla önemsemektedirler. Aynı zamanda sağlık personelinin yaş gruplarına göre de farklılık olup, yaşı 29 ve altında olan katılımcıların, diğer yüksek yaş grubundakilere (30-39 ve 40+) kıyasla kişisel ekonomik problemler boyutuna katılımının yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gelir düzeylerine göre mesleki ve siyasi baskı boyutuna katılımları farklılık göstermekte olup, geliri 2499 TL ve altında olanların boyuta katılımlarının, yüksek gelir grubundakilere (2500-3499 TL ve 3500+ TL) göre fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu boyut açısından mülkiyet de farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Özel hastanelerde çalışanlar, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanlara göre kişisel ekonomik problemler boyutunun itici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanlar ise üniversite hastanelerinde çalışanlara göre kişisel ekonomik problemler boyutunun itici gücünü daha fazla

önemsemektedir. Bu durum, sağlık personelinin gelir seviyesinin düşük olmasının itici bir unsur olarak kabul görmesinde medeni durum, yaş, gelir ve mülkiyet değişkenlerinin etkili olduğunu göstermektedir. Kişisel ekonomik problemler boyutu diğer demografik değişkenler açısından bir farklılık göstermemektedir.

Sağlık personelinin ailevi problemler boyutunu itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde mülkiyet grubuna göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Özel hastanelerde çalışanlar, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanlara göre ailevi problemler boyutunun itici gücünün olduğuna daha az katılmaktadırlar. Bu durum, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanların ailevi problemlerden dolayı daha fazla yer değişikliği yaptıklarını göstermektedir. Ailevi problemler boyutu mülkiyet dışında diğer demografik değişkenler açısından bir farklılık göstermemektedir.

Sağlık personelinin mesleki gelişim boyutu itici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların medeni durumlarına göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Evli olmayanlar itici güç olarak mesleki gelişimi evlilere göre daha çok önemsemektedirler. Aynı zamanda, çalışanların yaş gruplarına göre de farklılaştıkları görülmüş olup, 30 yaş altındaki katılımcıların boyuta katılımının, 30-39 yaş aralığındakilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Geliri 2500'ün altında olanların boyuta katılımı, 2500-3499 arasında gelire sahip olanlara göre daha yüksek olup, aralarında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Bu boyut açısından mülkiyet de farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Özel hastanelerde çalışanlar, üniversite hastanelerinde çalışanlara göre mesleki gelişim boyutunun itici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. Özel sağlık kurumlarında çalışanların profilinin daha genç olması ve düşük ücret almaları mesleki gelişim imkânlarının yetersizliğini itici bir faktör olarak belirginleştirmiştir. Oysa üniversite hastanelerinde çalışan sağlık personelinin bu durumu oldukça normal görmesi gerek çalışılan kurumun eğitici yönü gerekse uzmanlaşmaya açık olmasından ileri geldiği söylenebilir. Elbette ki bu durumun ortaya çıkmasında eğitici kadrosunun da rolü bulunmaktadır. Yapılan anketlere göre, yöneticilerini yeterli bulan asistanların üniversitedeki oranı yaklaşık %69 civarındayken, kamu hastanelerinde bu oran %31'lerde gözükmemektedir (TTB, 2008: 4). Özel hastanelerde de bu durumun eksikliği tespit edilmiş ve katılımcılar tarafından yüksek katılım almıştır.

Sağlık personelinin ekonomik faktörler boyutunu çekici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların cinsiyetlerine göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Kadınlar çekici bir güç olarak ekonomik faktörleri erkeklere göre daha çok önemsemektedirler. Aynı şekilde medeni duruma göre de farklılaşmanın söz konusu olduğu belirlenmiş olup, evli olmayanların ekonomik faktörlerin çekiciliğini değerlendirmelerinde evli olanlara göre yüksek katılım sağladıkları görülmektedir. Bu boyut açısından görev grupları da farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Hemşireler, hekimlere göre ekonomik faktörler boyutunun çekici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. Bu anlamda hemşirelerin yüksek gelir elde etme imkanına sahip olması durumunun, göç için çekici bir anlam ifade ettiği Gray ve Philips (1993)'in yapmış oldukları çalışmada belirlenmiştir (Mckee vd., 1996; Akt. Yıldırım, 2009: 88). Yapılan çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır. Ekonomik faktörler boyutu cinsiyet, medeni durum ve görev dışında diğer demografik değişkenler açısından bir farklılık göstermemektedir.

Sağlık personelinin mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutunu çekici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların medeni durumlarına göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Evli olmayanlar çekici güç olarak mesleki imkânlar ve sosyal çevreyi evlilere göre daha çok önemsemektedirler. Bu boyut açısından yaş da farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Yaşı 30'un altında olan katılımcılar, 30-39 ve 40 yaş üzeri katılımcılara göre mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutunun çekici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. Mesleki gelişim ve uzmanlaşma imkânlarının yeterli olması veya sosyo-kültürel faaliyetlerin olması durumunun evli olmayan genç kesim için daha ilgi çekici olması ve gelirin az olmasının kişileri bu anlamda motive ettiği söylenebilir. Her ne kadar yapılan çalışmalarda, hekimlerin mesleki gelişimlerini tamamlamak ve uzmanlık yapma isteklerinin olduğundan bahsedilse de (Muula, 2005: 25), yapılan bu çalışmada boyuta katılımın en az olduğu unvan grubunun, hekimler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak mesleki imkânlar ve sosyal çevre boyutu medeni durum ve yaş grubu dışında diğer demografik değişkenler açısından bir farklılık göstermediği de belirtilmelidir.

Sağlık personelinin coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutunu çekici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların cinsiyetlerine göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Kadınlar, erkeklere göre coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutuna daha fazla

katılım göstermektedir. Medeni durum değişkenine göre de farklılık görülmekte olup, evli olmayanlar çekici güç olarak coğrafi şartlar ve gelişmişliği evlilere göre daha çok önemsemektedirler. Hastane çalışanlarının görevlerine göre, coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutunun çekiciliğini derecelendirmeleri değişiklik göstermiş olup, hemşirelerin hekimlere göre boyuta yüksek puan verdiği görülmüştür. Geliri 3500 ve üzeri olan katılımcıların daha düşük gelir gruplarına göre boyuta katılımının az olduğu da bir diğer bulgudur. Bu boyut açısından mülkiyet de farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanlar, üniversite hastanelerinde çalışanlara göre coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutunun çekici gücünün olduğuna daha fazla katılmaktadırlar. İklim şartlarının uygun ve gelişime açık bir vilayet olması durumu; Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan, 3500 ve üzeri gelire sahip olan ve evli olmayan sağlık çalışanları tarafından daha fazla çekici bir neden olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla kamu hastanelerinde atama usulüne ilişkin katılımcıların tercih hakkının, üniversite hastanelerinde çalışan sağlık personeline nazaran daha kolay olması boyutun çekiciliğinin değerlendirilmesinde rol oynadığı görülmektedir. Coğrafi şartlar ve gelişmişlik boyutu yaş ve çalışılan il değişkenleri açısından bir farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların yurt içi hareketliliğini çekici kılan sosyal ve siyasi yapının uygunluğu boyutu incelendiğinde; katılımcılar arasında hem cinsiyet hem de göreve göre farklılıkların olduğu görülmektedir. Kadın katılımcılar, erkeklere göre daha yüksek katılım göstermiş olup, hemşireler ve hekimler arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Özellikle kadın hemşirelerin boyuta katılımının yüksek olmasının altında yatan neden; şehrin güvenliğinin yanı sıra sendikal baskıya maruz kalınmaması durumunun fitraten kadınlara daha fazla çekici bir özellik olarak yansımından kaynaklanmaktadır.

Sağlık personelinin eş durumu boyutunun çekici bir faktör olarak değerlendirilmesinde çalışanların cinsiyetlerine göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Kadınlar çekici bir güç olarak eş durumunu erkeklere göre daha çok önemsemektedirler. Benzer bir çalışmada da; ailevi nedenlerin erkeklere nazaran kadınlar tarafından daha fazla göçün çekici yanını oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (HÜNEE, 2006: 110). Boyuta göre görev de farklılık nedeni olarak bulunmuştur. Özellikle yapılan ikili karşılaştırmalarda hekimlerin, gerek hemşireler gerekse ebe kategorisinde

bulunanlardan düşük katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum geliri de etkilemekte olup, 3500 ve üzeri gelir sahiplerinin daha düşük gelir grubundakilere göre katılımlarının az olduğunu göstermektedir. Eş durumu boyutunun hareketliliği etkileyen çekici bir unsur olduğuna dair elde edilen bu bulgulardan çıkarılacak sonuca göre, kadın katılımcıların eş durumu boyutuna ilişkin daha fazla yer değişikliği yaptığı veya bu durumu desteklediğini göstermektedir. Aynı zamanda hekim gibi yüksek gelir seviyesine sahip sağlık personelinin, eş durumundan dolayı yer değişikliğine katılımının az olduğu belirlenmiştir. Bu durum eş durumunun hekimlerin yer değiştirme kararını etkilemediğini göstermektedir. Eş durumu boyutu cinsiyet, görev ve gelir dışında diğer demografik değişkenler açısından bir farklılık göstermemektedir.

Sağlık personelinin hasta potansiyelinin fazla olması boyutunu çekici bir faktör olarak değerlendirmelerinde çalışanların medeni durumlarına göre farklılaştıkları tespit edilmiştir. Evli olmayanların katılımının, evli olanlara göre yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta kapasitesinin yüksek olması durumundan yola çıkıldığında, gidilecek yerde sağlık personeli ihtiyacının bulunması durumunun evli olmayanlar katılımcılar için daha fazla ilgi çekici olduğu sonucuna götürmektedir. 30 yaş altındaki çalışanların boyuta katılımı ile 30-39 ve 40 yaş üzerindekiiler arasında farklılık görülmüş, yaşı genç olanların daha istekli olduğu belirlenmiştir. Hemşire grubundakiler bu durumu çekici olarak nitelerken, hekimler için aynı durum söz konusu olmamıştır. Gelir seviyesinin 2500 ve üzerinde olması boyutun çekiciliğini azaltmış görülmekte ve özellikle bu durum Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanlarda tespit edilmiştir. Özel hastanelerin boyuta katılımının yüksek olmasının sebebinin; özellikle son yıllarda ülkemizde sağlık turizmi alanında yapılan yenilikler olduğu söylenebilir (Barca vd., 2013: 71). Özel sağlık kuruluşlarının daha fazla kar elde edebilmek amacıyla yatırımlarını bu yönde genişlettikleri düşünüldüğünde, çalışanların da boyuta katılımının yüksek olması kaçınılmaz olmaktadır.

Türkiye’de yurt içi sağlık personeli hareketliliğinin nedenlerinin tespitine ilişkin yapılan araştırmadan elde edilen bulgular çerçevesinde Tablo 36 oluşturulmuştur.

Tablo 36. Türkiye’de Yurt İçi Sağlık Personeli Hareketliliğine Neden Olan İtici ve Çekici Nedenler

İtici Nedenler	Çekici Nedenler
1. Güvenlik problemleri 2. Şehrin ekonomik durumu 3. Coğrafi şartlar 4. Mesleki gelişim 5. Ailevi problemler 6. Şehir ve sosyal çevre problemleri 7. Kişisel ekonomik problemler 8. Kamudaki problemler 9. Mesleki ve siyasi baskı	1. Eş durumu 2. Ekonomik faktörler 3. Mesleki imkân ve sosyal çevre 4. Coğrafi şartlar ve gelişmişlik 5. Sosyal ve siyasi yapının uygunluğu 6. Hasta potansiyelinin fazla olması 7. Özel sektörün cazibesi

Tablo 36’ya göre, sağlık personelinin bir yerden başka bir yere göç ettiren faktörlerin (itici nedenler) sırasıyla güvenlik problemleri, şehrin ekonomik durumu, coğrafi şartlar, mesleki gelişim, ailevi problemler, şehir ve sosyal çevre problemleri, kişisel ekonomik problemler, kamudaki problemler ve son olarak da mesleki ve siyasi baskı olduğu görülmektedir.

Sağlık personelinin yurt içi hareketliliğine neden olan ve bir yere göçü cazip hale getiren faktörlere bakıldığında ise sırasıyla eş durumu, ekonomik faktörler, mesleki imkân ve sosyal çevre, coğrafi şartlar ve gelişmişlik, sosyal ve siyasi yapının uygunluğu, hasta potansiyelinin fazla olması ve son olarak özel sektörün cazibesi geldiği görülmektedir.

3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, hastanelerde sağlık personelinin yurt içi hareketliliğinin hangi sebeplerden kaynaklandığı, çalışanları iten ve çeken nedenlerin neler olduğu ve kamudan özele geçiş nedenleri incelenmiştir. Bu kapsamda, araştırmanın yapıldığı İstanbul, Sakarya ve Isparta illerinde bulunan kamu, üniversite ve özel hastanelerinden oluşan toplam 9 hastaneden 559 sağlık çalışanına ulaşılmıştır.

Ankette bulunan 40 ifadeyle “genel olarak sağlık personelinin hareketliliğe iten nedenlerin neler olup olmadığı”, diğer kalan 36 ifadeyle ise “hareketliliğe neden olan çekici güçlerin neler olup olmadığı” ölçülmüştür.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarını yüksek oranda yurt içi hareketliliğe iten unsurların; güvenlik problemleri ve şehrin ekonomik durumu olduğu tespit edilmiş olup, en az katılımın olduğu itici faktörün; mesleki ve siyasi baskı olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının, bir yerden başka bir yere göçünü cazip hale getiren ve en yüksek katılımın olduğu çekici unsurlar; eş durumu ve ekonomik faktörler olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar tarafından en az çekici unsurun; özel sektörün cazibesi olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlardan hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık çalışanlarının göçünü yönetme politikaları gözden geçirilmelidir. Bununla ilgili olarak yapılan politikaların yabancı devletlerden devşirilen politikalar olmamasına özen gösterilmelidir.
2. Sağlık çalışanlarının ülke içerisinde gerek dengeli dağılımı gerekse eşit hizmet sağlamasının önündeki engeller kaldırılmalıdır. Özellikle hastane ve yatak sayısının, tıbbi cihaz ve donanımın yetersiz olduğu alanlarda çalışmak istemeyerek göç eden sağlık personelinin bu ihtiyaçları temin edilmelidir. Güvenlikle ilgili endişesi bulunan ve dolayısıyla sorunlu bölgelere gitmek istemeyen veyahut oralardan kaçmaya çalışan personelin can güvenliği sağlanmalıdır.
3. Sağlık personelinin yurt içi hareketliliğe iten nedenler göz önünde bulundurularak, eksikliklerin giderilmesi noktasında, Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyon sağlanmalıdır. Şehir ve sosyal çevre

problemlerinin itici bir neden olmasının, eksikliklerin giderilmesi noktasında Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ortak hareket etmelidir.

4. Bir şehrin sağlık personeli açısından çekici hale gelebilmesinin birçok belirleyicisi bulunmaktadır (çekici nedenler). Sağlık personeli yerinde tutabilmek adına bu nedenleri de içine alan kapsamlı politikalar geliştirilmelidir.
5. Sağlık Bakanlığı hastanelerinden, özel sağlık kuruluşlarına geçiş kararında etkili olan ve olabilecek itici güçlerin ortadan kaldırılmasına öncelik verilmelidir.
6. Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları arasında sağlık personeli hareketliliğine neden olan itici-çekici faktörler tespit edilerek, kurumların eksik yönlerinin giderilmesiyle ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmalıdır.
7. Özel hastane bünyesinde çalışan sağlık personelinin, gerekli liyakati kazanmalarını sağlayacak eğitim hizmetinin sunulabilmesi için gerekli şartlar yerine getirilmelidir.
8. Çekici bir unsur olarak en fazla ortalamaya sahip eş durumu faktörüne ilişkin düzenlemeler gözden geçirilmelidir.
9. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan personelin atama usulüne dair yapılacak düzenlemelerin yurt içi dağılımı dengesiz hale getirmekten ziyade, dengeli ve adil bir dağılımı takip etmesi sağlanmalıdır.
10. Özel hastanelerde görev yapan sağlık personelinin, temel özlük haklarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar ilgili birimler tarafından yapılmalı ve sürekli iyileşme odaklı faaliyet göstermelidir.

KAYNAKÇA

- Abadan-Unat, N., (2006), *Bitmeyen Göç*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Akdağ, R., (2008), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdağ, R., Nazlıoğlu, S., Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Öncül, H. G., Erkoç, Y. vd., (2011), *Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akpınar, T., (2011), “Uluslararası Kaçak İşgücü Göçlerine Yönelik Politikalar”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3(30): 201-214.
- Akşit, B., (1998), “İçgöçlerin Nesnel ve Öznel Toplumsal Tarihi Üzerine Gözlemler: Köy Tarafından Bir Bakış” içinde Sirkeci, İ., Aydınğün, İ., İçduygu A. (Der.) *Türkiye’de İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma Yöntemleri Konferansı*, (ss. 22-37), Bolu: Tarih Vakfı Yayınları.
- Aktan, C. C., (2002), “Türkiye’de Bölgelerarası Dengesizlik Sorunu ve Çözüm Önerileri”, içinde Aktan, C. C. (Ed.), *Yoksullukla Mücadele Stratejileri*, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayını, <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/dorduncu-bol/bolgesel-dengesizlik.pdf> Erişim Tarihi: 05.02.2016.
- Aldoğan, Y., (1978), “Fransa’daki Türk İşçileri”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 33(3): 143-161.
- Alp, İ. A. (2013). “Terörün Ekonomik Etkileri”, *Uluslararası Güvenlik ve Terörizm Dergisi*, 4(1): 1-19.
- Altunış, M. G., (2000), “Doğu Anadolu Bölgesindeki Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Yönetim Sorunları”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(1): 159-174.
- Arslan, K. (2005), “Bölgesel Kalkınma Farklılıklarının Giderilmesinde Etkin Bir Araç: Bölgesel Planlama ve Bölgesel Kalkınma Ajansları”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(7): 275-294.
- Aşkın, E. Ö., Yayar, R. ve Oktay, Z., (2013), “Kırsal Göçün Ekonometrik Analizi: Yeşilyurt İlçesi Örneği”, *C. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(2): 231-252.
- Ataay, F., (2005), “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, *Toplum ve Hekim*, 20(1): 65-71.

- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, İ. et al., (2013), “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity”, *The Lancet*, 382(9886): 65-99.
- Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ. G., (2013), “Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3): 64-92.
- Başara, B. B., Güler, C. ve Yentür, G. K., (2015), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara: Sentez matbaacılık.
- Başel, H., (2009), “Sivas’tan Göç ve Göç Edenlerin Sosyo-Ekonomik Nitelikleri- I (1975-1990)”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 56: 366-391.
- Başel, H., (2006), “İç Göçün Sonuçları ve İşgücüne Etkileri”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 51: 288-321.
- Başel, H., (2007), “Türkiye’de Nüfus Hareketlerinin ve İç Göçün Nedenleri”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 53: 516-542.
- Başol, K., (1994), *Demografi*, İzmir: Anadolu Matbaası.
- Bayhan, V., (1997), “Türkiye’de İç Göçler ve Anomik Kentleşme”, İçinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 178-193), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- Belek, İ., (1994), “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Ne İçin? Kim Adına?”, *Toplum ve Hekim*, 9(62): 82-93.
- Belek, İ., (2012), *Sağlıkta Dönüşüm -Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*, İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Börtüçene, İ., (1967), “Milletlerarası İşgücü Hareketleri ve Türkiye”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 18: 1-46
- Carballo, M. and Mboup, M., (20805), *International Migration and Health*, Global Commission on International Migration (GCIM), https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/tp/TP13.pdf, Erişim Tarihi: 09.03.2016.
- Castles, S. ve Miller, M. J., (2008), *Göçler Çağı- Modern Dünyada Uluslararası Göç Hareketleri*, (Çev. Bal, B. U. ve Akbulut, İ.), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Cebula, R. J., (2005), “Internal Migration Determinants: Recent Evidence”, *International Advances in Economic Research*, 11: 267-274.

- Chiswick, B. R., (1999), “Are Immigrants Favorably Self-Selected?”, *The American Economic Review*, 89(2): 181-185, https://www.jstor.org/stable/117103?seq=1#page_scan_tab_contents, Erişim Tarihi: 23.04.2016.
- Coban, C., (2013), “Different Periods of Internal Migration in Turkey from the Perspective of Development”, *American International Journal of Contemporary Research*, 3(10): 58-65.
- Cohen, R., (2006), *Migration and Its Enemies- Global Capital, Migrant Labour and The Nation- State*, Canada: Ashgate Publishing Group.
- Coleman, D., (1993), “Reviewed Work: *International Migration Systems: A Global Approach* by Mary M. Kritz, Lin Lean Lim, Hania Zlotnik”, *European Journal of Population*, 9(2): 230-233. https://www.jstor.org/stable/20164659?seq=1#page_scan_tab_contents
- Corbett, J., (2003), *Ernest George Ravenstein, The Laws of Migration, 1885*, Santa Barbara: CSISS Classics.
- Çağlayan, S., (2006), “Göç Kuramları, Göç ve Göçmen İlişkisi”, *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17: 67-91.
- Çakır, S., (2007), *Kentleşme ve Gecekondu Sorunu: Elazığ Örneği*, Isparta: Fakülte Kitabevi.
- Çakır, S., (2011), “Geleneksel Türk Kültüründe Göç ve Toplumsal Değişme”, *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24: 129-142.
- Çelik, N. ve Murat, G., (2014), “Türkiye’de İç Göç Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Stratejik İç Göç Yönetimi”, *İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*, 25(76): 45-61.
- Çiçekli, B., (2009), *Göç Terimleri Sözlüğü*, Uluslararası Göç Örgütü (IOM).
- Çiftçi, M., (2010), “1995-2000 Dönemi İç Göç Hareketlerinde Emegin Varış Yerlerindeki Çekim Türlerine Göre Mukayeseli Duyarlılık Düzeyleri”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 1(24): 277-292.
- Çolak, Ö. F. ve Öztürkler, H., (2012), “Tasarrufun Belirleyicileri: Küresel Tasarruf Eğiliminde Değişim ve Türkiye’de Hanehalkı Tasarruf Eğiliminin Analizi”, *Bankacılar Dergisi*, 82: 1-43
- Dadashpoor, H., Rostami, F. and Alizadeh, B., (2016), “Is Inequality in the Distribution of Urban Facilities Inequitable? Exploring a Method for Identifying Spatial Inequity in an Iranian City”, *Elsevier Journal*, 52: 159-172.

- Dağ, R., (2007), *Kırsal Kalkınma Siyaseti*, Ankara: Dipnot Yayınları.
- De Mello, L. R., (2000), “Fiscal Decentralization and Intergovernmental Fiscal Relations: A Cross-Country Analysis”, *World Development*, 28(2), 365-380.
- Demir, E. T., (2008), *Göç ve Sosyo Kültürel Değişim*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji (Sosyal Antropoloji) Anabilim Dalı, Ankara.
- Demirci, M., Sunar, B., (1998), “Nüfus Sayımları ile Derlenen İçgöç Bilgisinin Değerlendirilmesi” içinde Sirkeci, İ., Aydingün, İ., İçduygu A. (Der.) *Türkiye’de İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma Yöntemleri Konferansı*, (ss. 125-151), Bolu: Tarih Vakfı Yayınları.
- Demirdizen, H., (1997), “Niçin Ayrı Bir Tıp Disiplini Olarak Genel Pratisyenlik?”, *Toplum ve Hekim*, 12(78): 21-24.
- Dieleman; M. and Harnmeijer, W., (2006), “Improving Health Worker Performance: in Search of Promising Practices”, http://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf, Erişim Tarihi: 02.05. 2016.
- Dingwall, R., (1999), “Professions and Social Order in a Global Society”, *International Review of Sociology*, 9(1): 131-140.
- Diren, H. B., (2001), “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Uygulamadaki Sorunlarımız”, *Yeni Türkiye*, 7(39): 251-256.
- Djajic, S., Michael, M. S., Vinogradova, A., (2012), “Migration of Skilled Workers: Policy Interaction Between Host and Source Countries”, *Journal of Public Economics*, 96(11-12): 1015-1024.
- Doğan, M. G. U. ve Kabadayı, A., (2015), “Determinants of Internal Migration in Turkey: A Panel Data Analysis Approach”, *Border Crossing Transnational Working Papers*, 16-24.
- DPT, “İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972”, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/8/plan2.pdf>, Erişim Tarihi: 06.03.2016.
- Duran, H., (2002), *Endüstri Çağının Dinamikleri*, İstanbul: Değişim Yayınları.
- Dursun, İ. T., (2013), “Örgüt Kültürü ve Strateji İlişkisi: Hofstede’nin Boyutları Açısından Bir Değerlendirme”, *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(4): 43-56.

- Durugönül, E., (1997), “Sosyal Değişme, Göç ve Sosyal Hareketler”, içinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 95-100), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- Dussault, G. and Franceschini, M. C., (2006), “Not Enough There, Too Many Here: Understanding Geographical Imbalances in the Distribution of the Health Workforce”, *Human Resources for Health*, 4(12): 1-16.
- Engiz, O., (1997) “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, içinde Hayran, O.; Sur, H. (Ed.), *Hastane Yöneticiliği*,” Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Erkal, M., (1980), “Beyin Göçü”, *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, 18: 73-80.
- Erkan, A., (2011), “Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması”, *Maliye Dergisi*, 160: 423-438.
- Ertuğrul, E., (2013), *Ankara Tıbbi Cihazlar Sektör Analizi*, Ankara: Ankara Kalkınma Ajansı.
- Ertürk, H. ve Sam, N., (2011), *Kent Ekonomisi*, Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- Es, M. ve Ateş, H., (2004), “Kent Yönetimi, Kentleşme ve Göç: Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 48: 205-248.
- Etiler, N., (2011), “Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri”, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42): 2-11.
- European Commission, (2000), *Push and Pull Factors of International Migration: A Comparative Report*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Evcil, N., Dökmeci, V. ve Kiroğlu, G. B., (2006), “Regional Migration in Turkey: Its Directions and Determinants”, In *European Regional Science Association Conference Papers* (ss. 1-22).
- Filiztekin, A. ve Çelik, M. A., (2010), “Türkiye’de Bölgesel Gelir Eşitsizliği”, *Megaron*, 5(3): 116-127.
- Filiztekin, A. ve Gökhan, A., (2008), *The Determinants of Internal Migration in Turkey*, İstanbul: Sabancı Üniversitesi Yayınları.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Crisp, N., Evans, T. and Fineberg, H. et al., (2010), “Health Professionals for A New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in An Interdependent World”, *The Lancet*, 376: 1923-1958.

- Gedik, A., (1997), "Internal Migration in Turkey, 1965-1985: Test of Conflicting Findings in the Literature", *Review of Urban-Regional Development Studies*, 9(2): 170-179.
- Genç, S. ve Yumuş, F., (2012), *Cazibe Merkezleri*, Özet Rapor, Kastamonu: T. C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı.
- Gökbayrak, Ş., (2009), "Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar", *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2(21): 55-82.
- Görentaş, Z. G., (2007), Türkiye’de Köyden Kente Göçün Yansımaları, <http://akbulutkoyu.blogcu.com/turkiye-de-koyden-kente-gocun-siyasal-yansimalari-i/1372404>, Erişim Tarihi: 02.05.2016.
- Gözler, K., (2011), *Anayasa Hukukuna Giriş, Genel Esaslar ve Türk Anayasa Hukuku*, Bursa: Ekin Yayınevi.
- Greenwood, M. J., (1971), "A Regression Analysis of Immigration to Urban Areas of a Less-Developed Country: The Case of India", *Journal of Regional Science*, 11(2): 253-262.
- Grigg, D. B., (1977), "E. G. Ravenstein and the "Laws of Migration"", *Journal of Historical Geography*, 3(1): 41-54.
- Grignon, M., Owusu, Y. and Sweetman, A., (2012), "The International Migration of Health Professionals", Germany: Discussion Paper Series.
- Güçlü, S. Ö., (2002), *Kentlileşme ve Göç Sürecinde Antalya’da Kent Kültürü ve Kentlilik Bilinci*, Ankara: T. C. Kültür Bakanlığı Yayınları.
- Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z., (1994), *Sosyal Çevre*, Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Gündüz, A. Y., (2006), *Bölgesel Kalkınma Politikası*, Bursa: Ekin Kitabevi.
- Gündüz, M. ve Yetim, N., (1997), "Terör ve Göç", içinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 109-118), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- Güngör, N. D., (2010), "Eğitim, Küreselleşme ve Beyin Göçü", *İz Atılım Üniversitesi Dergisi*, 9: 33-36.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), (2006), *Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması*, Ankara: İsmat Matbaacılık Yayıncılık.
- Hofstede, G., (1984), "Culturel Dimensions in Management and Planning", *Asia Pasific Journal of Management*, 1(2): 81-99.

<http://forum.troyuncu.org/showthread.php?tid=665>, Erişim Tarihi: 05.05.2016

<http://www.haberler.com/ttb-dogu-daki-saglik-calisanlari-zor-sartlar-7974237-haberi/>,
Erişim Tarihi: 02.03.2016.

<http://www.memurlar.net/haber/556368/>, Erişim Tarihi: 10.06.2016.

http://www.tubitak.gov.tr/sites/default/files/64_2013_106.pdf, Erişim Tarihi:
05.04.2016.

http://www.who.int/gho/health_technologies/medical_devices/lists/en/, Erişim Tarihi:
02.08.2015.

IOM, (2003), “An Overview of International Migration”,
http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2003.pdf, Erişim Tarihi:
09.03.2016

İçduygu, A. ve Sirkeci, İ., (1999), *Cumhuriyet Dönemi Türkiye’sinde Göç Hareketleri*,
İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.

İçduygu, A. ve Ünalın, İ., (1998), “Türkiye’de İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma
Yöntemleri” içinde Sirkeci, İ., Aydıngün, İ., İçduygu A. (Der.) *Türkiye’de
İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma Yöntemleri Konferansı*, (ss. 38-55), Bolu:
Tarih Vakfı Yayınları.

İçduygu, A., (2004), *Türkiye’de Kaçak Göç*, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.

İçduygu, A., Sirkeci, İ. ve Aydıngün, İ., (1998), “Türkiye’de İçgöç ve İçgöçün İşçi
Hareketine Etkisi” içinde Sirkeci, İ., Aydıngün, İ., İçduygu A. (Der.) *Türkiye’de
İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma Yöntemleri Konferansı*, (ss. 207-237),
Bolu: Tarih Vakfı Yayınları.

İslamoğlu, E., Yıldırımalt, S. ve Benli, A., (2013), “Türkiye’de Tersine Göç ve Tersine
Göçü Teşvik eden Uygulamalar: İstanbul İli Örneği”, *Sakarya İktisat Dergisi*,
2(4): 46-66.

İstatistiksel Bölgelerin Aldığı Göç, Verdiği Göç, Net Göç ve Net Göç Hızı (2008-2015),
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1067, Erişim Tarihi:
08.06.2016.

Karpat, K. H., (2010), *Osmanlı’dan Günümüze Etnik Yapılanma ve Göçler*, İstanbul:
Timaş Yayınları.

Kartal, K., (1978), *Kentleşme ve İnsan*, Ankara: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi
Enstitüsü Yayınları.

- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2010), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, A., Işık, E., Şahin, B., Elmas, E., Çağlayan, B., Aksoy, P., vd., (2009), *Türkiye’de İç Göçler Bütünleşme mi, Geri Dönüş mü? (İstanbul, Diyarbakır, Mersin)*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Keleş, İ., (1997), “Türkiye’de Göç Eğilimleri ve Şehirleşme Süreci”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(2): 167-188.
- Keleş, R., (1961), *Şehirleşme Hareketleri*, Ankara: Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Keleş, R., (1994), *Yerinden Yönetim ve Siyaset*”, İstanbul: Cem Yayınevi.
- Keleş, R., (2010), *Kentleşme Politikası*, Ankara: İmge Kitabevi.
- Keser, İ., (2011), *Göç ve Zor-Diyarbakır Örneğinde Göç ve Zorunlu Göç*, Ankara: Ütopya Yayınevi.
- Kızılçelik, S., (1997), “Mersin’e Göç Etmiş İnsanların Sağlık Koşulları Üzerine bir Çalışma”, İçinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 657-666), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- King, R., (2012), *Theories and Typologies of Migration: An Overview and a Primer*, Sweden: Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM), Malmö University.
- Kiper, M., (2013), *Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi*, Ankara: Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı Yayınları.
- Koçak, Y. ve Terzi, E., (2012), “Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri”, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(3): 163-184
- Kurban, D., Yüksek, D., Çelik, A. B., Ünal, T. ve Aker, A.T., (2006), *‘Zorunlu Göç’ ile Yüzleşmek: Türkiye’de Yerinden Edilme Sonrası Vatandaşlığın İnşası*, İstanbul: Tesev Yayınları.
- Kurt, A. Ö. ve Tayyar, Ş., (2012), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003”, *Lokman Hekim Dergisi*, 2 (1): 21-30.
- Kurt, H., (2003), *Türkiye’de Kent-Köy Çelişkisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kurtuluş, B., (1999), *Amerika Birleşik Devletleri’ne Türk Beyin Göçü*, İstanbul: Alfa Yayıncılık.

- Kutlu, E., (1992), *Uluslararası İşgücü Hareketi Teorisi Çerçevesinde Türkiye’den AT’ye İşgücü Göçünün Türkiye Ekonomisi Üzerindeki Etkilerinin Analizi*, Eskişehir: T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Küçük, A., (2015), *OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye*, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı İzleme Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı.
- Kümbetoğlu, B., (2012), “Göç Çalışmalarında “Nasıl” Sorusu”, içinde Öner, S. G. ve Öner, N. A., (Der.), *Küreselleşme Çağında Göç*, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Lee, E. S., (1966), “A Theory of Migration”, *Demography*, 3(1): 47-57.
- Lewis, W. A., (1954), “Economic Development With Unlimited Supplies of Labour”, *The Manchester School*, 22(2): 139-191.
- MacPherson, D. W., Gushulak, B. D. and Macdonald, L., (2007), Health and Foreign Policy: Influences of Migration and Population Mobility, *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3): 200-206.
- Martinez-Vela, C. A., (2001), “World Systems Theory”, <http://web.mit.edu/esd.83/www/notebook/WorldSystem.pdf>.
- McKee M, Mossialos E, Belcher P., (1996), “The Influence of European Law on National Health Policy, *Journal of European Social Policy*, 6(4): 263-286.
- Mcrae, R. R., (2004), “Human Nature and Culture: A Trait Perspective”, *Journal of Research in Personality*, 38(1): 3-14.
- Millington, J., (1994), “Migration, Wages, Unemployment and the Housing Market- A Literature Review”, *International Journal of Manpower*, 15(9): 89-133.
- Mines, R. and de Janvry, A., (1982), “Migration to the Unites States and Mexican Rural Development: A Case Study”, *American Journal of Agricultural Economics*, 64(3): 444-450.
- Molho, I., (1986), “Theories of Migration: A Review”, *Scottish Journal of Political Economy*, 33(4): 396-420.
- Mollahaliloğlu, S., Arı, H. O., Öncül, H. G. ve Gürsöz, H., (2009), “Türk Sağlık Sektöründe Tıbbi Cihazların Sayısal Durumu, Bölgesel Dağılımı ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırmalar”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1): 69-86.
- Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., Özbay, H., Çaylan A. K., Ünüvar, N. vd., (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.
- Murat, S., (2007), “Doğum Yerlerine Göre İstanbul Nüfusu ve İç Göçler”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 53: 84-140.

- Muula, A. S., (2005), “Is There Any Solution to the Brain Drain of Health Professionals and Knowledge from Africa?”, *Croatian Medical Journal*, 46(1): 21-29
- OECD, (2003), *Trends in International Migration Annual Report 2002*, Paris: Sopemi.
- OECD, 2008, *Sağlık Sistemi İncelemeleri*, IBRD/Dünya Bankası, http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey_Ch3-tr.pdf, Erişim Tarihi: 02.04.2016.
- Ogawa, K., (2015), “Firm Investment, Liquidity and Bank Health: A Panel Study of Asian Firms in the 2000s”, *Elsevier*, 38: 44-54.
- Oktik, N., (1997), “Köyün Çekiciliği-Kentin İticiliği”, içinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 81-84), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- Ökem, Z. G. ve Çakar, M., (2015), “What Have Health Care Reforms Achieved in Turkey? An Appraisal of the “Health Transformation Programme”, *Health Policy*, 119(9): 1153-1163.
- Öner, N. A. Ş., (2012), “Göç Çalışmalarında Temel Kavramlar”, içinde Öner, S. G. I. ve Öner, N. A. Ş. (Der.), *Küreselleşme Çağında Göç*, (ss. 13-28), İstanbul: İletişim Yayınları.
- Ören, K., (2013), *Çalışma Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Özcan, Y. Z., (1998), “İçgöçün Tanımı ve Verileri ile ilgili Bazı Sorunlar” içinde Sirkeci, İ., Aydıngün, İ., İçduygu A. (Der.) *Türkiye’de İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma Yöntemleri Konferansı*, (ss. 78-90), Bolu: Tarih Vakfı Yayınları
- Özdemir, Y. E., (2001), “Sağlık Reformları- 1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları”, *Yeni Türkiye*, 7(39), 276-293.
- Özey, R., (2012), *Beşeri Bölgeler Coğrafyası*, İstanbul: Aktif Yayınevi.
- Öztürk, M. ve Altuntepe, M., (2008), “Türkiye’de Kentsel Alanlara Göç Edenlerin Kent ve Çalışma Hayatına Uyum Durumları: Bir Alan Araştırması”, *Journal of Yaşar University*, 3(11), 1587-1623.
- Özyakışır, D., (2013), *Göç Kuram ve Bölgesel Bir Uygulama*, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Pala, K., (2005), “Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması”, *Toplum ve Hekim*, 20(1): 72-74.

- Pazarlıoğlu, M. V., (2007), “İzmir Örneğinde İç Göçün Ekonometrik Analizi”, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 14(1): 121-135.
- Pirili, M. U., (2011), “Bölgesel Kalkınmada Kamu Yatırımlarının Rolü: Kuramsal Bir Değerlendirme”, *Ege Akademik Bakış*, 11(2): 309-324.
- Pissarides, C. A. and Wadsworth, J., (1989), “Unemployment and the Inter-Regional Mobility of Labour”, *The Economic Journal*, 99(397), 739-755.
- Portes, A. and Rumbaut, R. E., (2014), *Immigrant America: A Portrait*, England: University of California.
- Ravenstein, E. G., (1885), “The Laws of Migration”, *Journal of the Statistical Society of London*, 48(2): 167-235.
- Rebhun, U. and Goldstein, S., (2009), “Dynamics of Internal Migration Determinants for American Jews, 1985-1990 and 1995-2000”, *Population Research Policy Review*, 28: 143-167.
- Resmi Gazete, (1965), Devlet Memurları Kanunu, Kabul Tarihi: 14.07.1965, Yayınlanma Tarihi: 23.07.1965, Sayı: 12056.
- Resmi Gazete, (1987), Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kabul Tarihi: 07.05.1987, Yayınlanma Tarihi: 15.05.1987, Sayı: 19461.
- Resmi Gazete, (2004), Aile Hekimliği Kanunu, Kabul Tarihi: 24.11.2004, Yayınlanma Tarihi: 09.12.2004, Sayı: 25665.
- Resmi Gazete, (2015), Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Sayı: 29264.
- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M. R., (2009), *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağır, M., (1997), “Sivas’ta Kentleşme İşsizlik ve Göç”, içinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 379-392), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları
- Sağır, M., (2006), *Eğitim ve İnsan Kaynağı Yönünden Türk Beyin Göçü: Geri Dönen Türk Akademisyenler Üzerine Alan Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

- Sağlam, S., (2006), “Türkiye’de İç Göç Olgusu ve Kentleşme”, *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü*, 5: 32-44
- Saran, U., (2007), “Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, içinde Aktan, C. C. ve Saran, U. (Ed.), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, (ss. 647-681), Ankara: İdil Matbaacılık.
- Sargutan, E. A., (1993b), *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi*, Ankara: Sağlık-İş Yayınları.
- Sargutan, E., (1993a), “84 Ülke ve Türkiye’nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri”, <http://www.sargutan.com/page17.html>, Erişim Tarihi: 08.03.2016.
- Sargutan, E., (2005a), “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3): 400-428
- Sargutan, E., (2005b), “Sağlık Teknolojisi Yönetimi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1): 113-144.
- Sarıçay, N., (2014), “Tıbbi Malzeme ve İlaç Sektörüne Damgasını Vuracak Asklepios’lara İhtiyacımız Var”, İzmir Ticaret Odası Ar-Ge Bülten, <http://www.izto.org.tr/portals/0/argebulten/2014kasimargebulten.pdf>, Erişim Tarihi: 02.01.2016.
- Savaş, B. S., Karahan, Ö., Saka, R. Ö., (2002), *Health Care Systems in Transition: Turkey*, European Observatory on Health Care Systems.
- Sayan, İ. Ö. ve Küçük, A., (2012), “Türkiye Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 67(1): 171-203.
- Sayek, İ., Elçin, M., Odabaşı, O. ve Turan, S., (2007), “Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Tıp Eğitiminde Niteliğin Geliştirilmesi İçin Evrensel Standartlar”, Danimarka:Copenhagen Üniversitesi.
- Saygılı, S., (2013), “Özel Sağlık Sektöründe Hekimlerin Çalışma Koşulları, Alan Sorunları”, İçinde *Özel Hekimlik Çalıştayı* (ss. 40-49), İstanbul: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Schmutzler, A., (1999), “The New Economic Geography”, *Journal of Economic Surveys*, 13(4): 355-379.
- Schultz, C. and Rijks, B., (2014), *Mobility of Health Professionals to, From and Within The European Union*, Switzerland: International Organization for Migration.

- Sert, D. Ş., (2012), “Uluslararası Göç Yazınında Bütünleyici Bir Kurama Doğru”, içinde Öner, S. G. I. ve Öner, N. A. Ş. (Der.), *Küreselleşme Çağında Göç*, (ss. 29-48), İstanbul: İletişim Yayınları.
- Sezal, İ., (1992), *Şehirleşme*, İstanbul: Ağaç Yayınları.
- Sjaastad, L. A., (1962), “The Costs and Returns of Human Migration”, *Journal of Political Economy*, 70(5): 80-93.
- Soyer, A., (1999), “Sağlık Çalışanlarının ve Özel Olarak Hekimlerin Değişen Toplumsal ve Sınıfsal Konumu”, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi*, (38-46), Ankara.
- Stouffer, S. A., (1940), “Intervening Opportunities: A Theory Relating Mobility and Distance”, *American Sociological Review*, 5(6): 845-867.
- Straubhaar, T., (1986), “The Causes of International Labor Migrations -A Demand-Determined Approach”, *The International Migration Review*, 20(4): 835-855
- Südaş, İ., ve Balkır, C., (2013), “Türkiye’de Uluslararası Emekli Göçmenlerin Uyum Deneyimleri”, içinde *Göç Yönetimi Uyum Çalıştayı* (ss. 23-24), <http://www.goc.gov.tr/files/dokuman36.pdf>, Erişim Tarihi: 06. 02. 2016.
- Sülkü, S. N., (2011), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Ankara: T. C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- Şahinöz, A., (1982), “Beyin Göçü ve Teknoloji Sorunu”, *Amme İdaresi Dergisi*, 15(4): 49-62.
- Şen, M., (2010), *Türkiye’de İç Göç ve Sosyo-Ekonomik Uyum Süreci: İstanbul’daki Trabzonlular Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Trabzon.
- Şen, M., (2014), “Türkiye’de İç Göçlerin Neden ve Sonuç Kapsamında İncelenmesi”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 1: 231-256.
- T. C. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı (KUZKA), (2011), “2011-2013 TR82 Düzey 2 Bölgesi (Kastamonu, Çankırı, Sinop İlleri) Bölge Planı”, http://www.kuzka.org.tr/dosya/2011-2013_bolge_plani.pdf, Erişim Tarihi: 10.12.2015.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (SB), (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>, Erişim Tarihi: 05.12.2015.

- T. C. Serhat Kalkınma Ajansı (SKA), (2001), *Önce Sağlık! TRA2 Bölgesi Sağlık Altyapısı Mevcut Durum ve Sorunlar*, <http://www.serka.gov.tr/store/file/common/285c03dc96a384a095aae0015539fe4b.pdf>, Erişim Tarihi. 02.01. 2016.
- T. C. Yükseköğretim Kurulu; T. C. Sağlık Bakanlığı; T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, (2010), *Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu*, Ankara: YÖK Yayınları.
- T.B.M.M., (1998), “T.B.M.M. Tutanak Dergisi”, 96. Birleşim, Dönem: 20, Cilt: 53, Yasama Yılı: 3, <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d20/c053/tbmm20053096.pdf> Erişim: 09.06.2016.
- T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, (1998), *Doğu ve Güneydoğu Anadolu’dan Terör Nedeniyle Göçeden Ailelerin Sorunları*, Ankara: Özkan Matbaacılık.
- Tacoli, C., McGranahan, G. and Satterthwaite, D., (2015), “Urbanisation, Rural-Urban Migration and Urban Poverty”, London: IIED Working Paper . <http://pubs.iied.org/pdfs/10725IIED.pdf>.
- Tandoğan, A., (1989), *Türkiye’de 1975- 1980 Döneminde İller Arası Göçler*, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Basımevi.
- Taşçı, F., (2009), “Bir Sosyal Politika Sorunu Olarak Göç”, *Kamu-İş Dergisi*, 10(4): 177-204.
- Taşkın, M., (2001), “Sağlık Politikamız”, *Yeni Türkiye*, : 7(39): 243-250.
- Taşkıran, G., (2011), “Taşeron İşçilerde Örgütlenme Sorunları: Sağlık İşçileri Üzerine Bir Araştırma”, İçinde 3. *Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu* (ss. 1-17).
- Tatlılil, E, (1997), “Hızlı Kentleşmenin Eğitim Politikaları Üzerine Etkileri”, içinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 598-604), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları
- Taylor, J. E. and Philip L. M., (2001), Human Capital: Migration and Rural Population Change,in Bruce L. Gardner and Gordon C. Rausser, (Eds.), *Handbook of Agricultural Economics*, (pp. 457-511), Amsterdam: Elsevier Science, , 2001
- Tekeli, İ. ve Erder, L., (1978), *Yerleşme Yapısının Uyum Süreci Olarak İç Göçler*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

- Tekeli, İ., (1998), “Türkiye’de İçgöç Sorunsalı Yeniden Tanımlanma Aşamasına Geldi” içinde Sirkeci, İ., Aydingün, İ., İçduygu A. (Der.) *Türkiye’de İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma Yöntemleri Konferansı*, (ss. 7-21), Bolu: Tarih Vakfı Yayınları
- Tekeli, İ., (2007), “Türkiye’nin Göç Tarihindeki Değişik Kategorileri”, İçinde Kaya, A. ve Şahin, B. (Der.), *Kökler ve Yollar, Türkiye’de Göç Süreçleri*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 447-475.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., ve Işık, O., (2015), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayınevi.
- Terzi, C., (2009), “Tıpta Uzmanlaşma ve Aşırı Uzmanlaşma: Genel Cerrahi Alanına Özel Olarak Odaklanarak”, *Toplum ve Hekim*, 21(2): 151-158.
- Tezcan, M., (1985), *Eğitim Sosyolojisi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları.
- Tezcan, M., (1997), “Ulusal ve Uluslararası Göçün Eğitimsel Sonuçları”, içinde Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (Der.) 2. *Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç*, (ss. 591-597), Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Sosyoloji Derneği Yayınları
- Tezcan, T., (2011), *Gebze-Küçük Türkiye’nin Göç Serüveni*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Toroğlu, E., (2007), “Niğde İlin’de Göç Faktörleri ve Göçler”, *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 5(1): 75-96.
- Tözün, M., Çulhacı, A. ve Ünsal, A., (2008), “Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir)”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5): 377-384.
- Turaman, C., (2012), *Sağlık Değerlendirme Metodu*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- TÜİK Göç İstatistikleri, (1980-2015),
http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1067, Erişim Tarihi: 08.06.2016.
- Tümertekin, E. ve Özgüç, N., (2004), *Beşeri Coğrafya İnsan, Kültür, Mekan*, İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Türk Tabipleri Birliği (TTB), (2008), *Asistan Hekimler Haklarını Arıyor*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu (TTBEK), (2009) *Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Türk Tabipleri Birliği, (2008a), *Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Yapacakları Hizmet Sözleşmesi*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Türkiye İstatistik Kurumu Yıllığı, 2009, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=158, Erişim Tarihi: 04.05.2016.

Türkiye İstatistik Kurumu Yıllığı, 2014, <http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf>, Erişim Tarihi: 08.06.2016.

Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB), (2008), *Türkiye Sermaye Piyasası Sektör Raporu*, Ankara: TOBB Yayınları.

Uganda Ministry of Health, (2010), “Health Sector Strategic and Investment Plan”, <http://www.health.go.ug/docs/HSSIP10.pdf>, Erişim Tarihi: 02.04.2016.

Uhri, M. (2012), “Umutsuzluk/Gelecekte Beklentinin Azalması ya da Uygulanan Sağlık Politikasına Güvenmeme”, İçinde Hekimlik Sorunları, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimsorunlari.pdf>, Erişim Tarihi: 10.05.2016.

Uluslararası Yatırımcılar Derneği (YASED), (2012), “*Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*”, http://www.ahd.org.tr/Upload/Document/document_YASED_Saglik_Sektoru_Raporu_2013_02_18_15_02_07.pdf, Erişim Tarihi: 02.03.2016.

Ulutaş, Ç. Ü., (2011), *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Ankara: Notabene.

UNO Manual VI, (1970), *Methods of Measuring Internal Migration*, New York: United Nations Publication.

Ünal, S. ve Demir, G., (2009), “Göç, Kimlik ve Aidiyet Bağlamında Türkiye’ye Balkan Göçmenleri”, VI. *Ulusal Sosyoloji Kongresi*, (ss. 377-407), Aydın.

Ünalan, T., (1998), “Türkiye’de İçgöçe İlişkin Veri Kaynaklarının Değerlendirilmesi” içinde Sirkeci, İ., Aydıngün, İ., İçduygu A. (Der.) *Türkiye’de İçgöç: Sorunsal Alanları ve Araştırma Yöntemleri Konferansı*, (ss. 7-21), Bolu: Tarih Vakfı Yayınları

Üner, S., (1972), *Nüfusbilim Sözlüğü*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Vural, D. G., (2007), *Uluslararası Göçmen Kaçakçılığı ve İnsan Ticareti*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uluslararası İlişkiler Anabilim Dalı, Isparta.

- Vural, F., Dura, A. A., Fil, Ş., Çiftçi, S., Torun, S. D. ve Patan, R., (2012), “Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Kurumda Kalma ve Örgütsel Bağlılığa Etki Eden Faktörler”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3): 137-144.
- WHO, (2009), *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention*, France: WHO Press.
- WHO, (2013a), <http://www.who.int/countries/tur/en/>, Erişim Tarihi: 01.01.2016.
- Yakar, M., (2012), “Türkiye’de İç Göçlerin İlçelere Göre Mekânsal Analizi: 1995-2000 Dönemi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1): 741-768.
- Yakar, M., (2012a), “21. Yüzyılın Son Çeyreğinde Türkiye Nüfusunda Ne Değişti?”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(21): 382-402.
- Yalçın, C., (2004), *Göç Sosyolojisi*, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Yamak, R. ve Yamak, N., (1999), “Türkiye’de Gelir Dağılımı ve İç Göç”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1): 16-28.
- Yardım, M. S. ve Üner, S., (2013), “Türkiye’de Hekim Dağılımında Coğrafi Farklılıklar”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5): 487-494.
- Yıldırım, C. ve Yıldırım, S., (2013), “Türkiye Tıbbi Ürünler Sektörünün Avrupa Birliği Ülkeleri İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Çalışma”, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(2): 83-94.
- Yıldırım, M., (2008), “Türkiye’de İç Göç Olgusu, Nedenleri ve Çorlu Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Edirne.
- Yıldırım, T., (2009), “Sağlık Çalışanları ve Uluslararası Göç: Göç Nedenleri Üzerine Bir İnceleme”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62(3): 87-94.
- Yılmaz, A., (2014), “Uluslararası Göç: Çeşitleri, Nedenleri ve Etkileri”, *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(2): 1685-1704.

EKLER

EK 1: Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı: Feyzanur ALKAN

Doğum Yeri ve Yılı: Karasu-1991

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu:

Lisans Öğrenimi: Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü (2014)

Yüksek Lisans Öğrenimi: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2016)

Yabancı Dil:

İngilizce: YDS: 57.50

TÜRKİYE’DE YURT İÇİ SAĞLIK PERSONELİ HAREKETLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma, sağlık personelinin yurtiçi hareketliliğinin nedenlerine ilişkin algı düzeylerinin araştırılmasına yönelik hazırlanmıştır. Anket; I. İtici Nedenler, II. Çekici Nedenler, III. Demografik Bilgiler olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Anketten elde edilecek veriler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz cevapların objektifliği araştırma sonucunu pozitif yönde etkileyecektir. Gerekli hassasiyeti gösterdiğiniz için teşekkür ederim. Bu çalışma Prof. Dr. Ramazan ERDEM danışmanlığında Feyzanur MANAV tarafından yürütülmektedir. (İletişim: feyzanurmanav@hotmail.com)

1						5
Kesinlikle Katılmıyorum	1	2	3	4	5	Kesinlikle Katılıyorum
I.BÖLÜM: İTİCİ NEDENLER: Bir yerden göç ettiren faktörler						
No	İfadeler					
İ.1	Ulaşım imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.2	Doğal afetler göç kararında etkilidir (sel, deprem, vs.).					1 2 3 4 5
İ.3	Zor iklim şartları göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.4	Yüksek seviyede hava kirliliği göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.5	İş imkânlarının fazla olduğu bölgelere uzak olunması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.6	Şehrin refah seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.7	Alternatif istihdam imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.8	Sağlık personelinin gelir seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.9	Mevcut hasta kapasitesinin az olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.10	Özel sağlık kuruluşlarının sayısının az olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.11	Hayat pahalılığının yüksek olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.12	Mesleki gelişim imkânlarının yetersiz olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.13	Uzmanlaşma imkânlarının kısıtlı olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.14	Ailedeki kronik rahatsızlıklar göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.15	Ailevi problemler göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.16	Yanlış tıbbi işlem sonucunda hastalarla yaşanan kişisel problemler göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.17	Mesleki anlamda başka bir sağlık personelinin gölgesinde kalmak göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.18	Çocukların daha iyi şartlarda yetiştirilmek istenmesi göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.19	Şehrin yaşam şartlarına ayak uydurulamaması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.20	Şehrin nüfus yoğunluğunun fazla olması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.21	Hastalarla yaşanan iletişim problemleri göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.22	Şehirde tanıdık (akraba, dost vs.) olmaması göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.23	Sosyal imkânların yetersiz oluşu göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5
İ.24	Aile fertlerinin ahlaki yozlaşmaya uğrayacağı düşüncesi göç kararında etkilidir.					1 2 3 4 5

1		5				
Kesinlikle Katılmıyorum		Kesinlikle Katılıyorum				
		1	2	3	4	5
İ.25	Şehrin sosyal dokusu göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.26	Halkın eğitim seviyesinin düşük olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.27	İş ortamındaki ilişkilerin olumsuz olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.28	Mecburi hizmet, sözleşmeli veya vekillik durumu göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.29	Sendikal baskı göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.30	Hükümetin yanlış politikaları göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.31	Can güvenliğinin olmayışı göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.32	İç karışıklıklar göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.33	Şehirdeki ideolojik gruplaşmalar göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.34	Şehirde yaşanan töre, kan davası gibi olaylar göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.35	Kamuda hasta yoğunluğunun fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.36	Kamuda sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik şiddete daha fazla maruz kalmaları özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.37	Kamuda bürokratik işlemlerin daha fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.38	Kamuda maddi imkânların düşük olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.39	Kamuda tıbbi cihaz ve donanımın yetersiz olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
İ.40	Kamuda sağlık personeli itibarının düşük olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
II. BÖLÜM: ÇEKİCİ NEDENLER: Bir yere göçü cazip hale getiren faktörler						
Ç.1	İklim şartlarının uygun olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.2	Şehrin gelişmiş merkezlere yakın olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.3	Doğal afetlerin yaşandığı yerlere uzak olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.4	Hava kirliliğinin az olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.5	Ulaşım imkânlarının kolay olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.6	İş imkânlarının yüksek olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.7	Yüksek gelir elde etme imkânının olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.8	Sosyal refahın yüksek olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.9	Daire, arsa, bina gibi gayrimenkullere sahip olunması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.10	Hasta kapasitesinin yüksek olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.11	Hayat pahalılığının düşük olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.12	Gidilecek yerde sağlık personeli ihtiyacının bulunması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.13	Eşinin de çalışma imkânı bulacak olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.14	Sağlık turizmi imkânlarının iyi olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.15	Evlilik göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5
Ç.16	Mesleki gelişim imkânlarının yeterli olması göç kararında etkilidir.	1	2	3	4	5

1		5
Kesinlikle Katılmıyorum	1 2 3 4 5	Kesinlikle Katılıyorum
Ç.17	Uzmanlaşma imkânlarına sahip olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.18	Ailedeki kronik rahatsızlıklara tedavi imkânının bulunması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.19	Mesleki anlamda kendini ispat edebilmek göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.20	Çocukların daha iyi şartlarda yetiştirilme imkânına sahip olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.21	Sosyo-kültürel faaliyetlerin olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.22	İş ortamındaki ilişkilerin olumlu olacağı düşüncesi göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.23	Şehrin kültürünün kişinin yetiştiği kültüre yakın olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.24	Tanıdık kişilerin yanında olma isteği göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.25	Şehrin turizm faaliyetlerine açık bir yer olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.26	Gelişime açık bir vilayet olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.27	Güvenli bir şehir olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.28	Sosyal çatışma ortamının olmaması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.29	Şehrin genel siyasi eğiliminin sağlık personeli ile uyuyor olması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.30	Sendikal baskıların olmaması göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.31	Hükümetin uyguladığı cazip politikalar göç kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.32	Maddi imkânların daha yüksek olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.33	Sağlık personeli itibarının fazla olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.34	Daha fazla gelişmiş tıbbi imkânlarla sahip olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.35	Bürokratik işlemlerin daha kısa sürmesi özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1 2 3 4 5
Ç.36	Hasta yoğunluğunun az olması özel sektöre geçiş kararında etkilidir.	1 2 3 4 5

III. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

1. Erkek () 2. Kadın ()

3. Medeni durumunuz:

1. Evli () 2. Evli değil ()

4. Göreviniz:

1. Pratisyen Hekim () 2. Uzman Hekim () 3. Hemşire () 4. Ebe ()

5. Diğer () Lütfen belirtiniz.....

5. Aylık geliriniz (TL):

6. Çalıştığınız kurumun adı:

7. Toplam çalışma süreniz (Yıl):

1. Kamu..... 2. Özel.....

8. Mevcut hastanedeki çalışma süreniz (Yıl):

9. Mevcut ildeki çalışma süreniz (Yıl):

10. Şimdiye kadar çalıştığınız iller:

.....