

**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN KADINLARIN ÇALIŞMA
HAYATINDA KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLER:
KOCAELİ/TÜRKİYE – SAN DİEGO/ABD KARŞILAŞTIRMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Serkan GÜNAL**

**Enstitü Anabilim Dalı: ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
Enstitü Bilim Dalı: İNSAN KAYNAKLARI VE ÇALIŞMA İLİŞKİLERİ**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY

EYLÜL – 2018

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN KADINLARIN ÇALIŞMA
HAYATINDA KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLER:
KOCAELİ/TÜRKİYE – SAN DİEGO/ABD KARŞILAŞTIRMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Serkan GÜNAL (147209007)

Enstitü Anabilim Dalı: ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
Enstitü Bilim Dalı: İNSAN KAYNAKLARI VE ÇALIŞMA İLİŞKİLERİ

Bu tez 21/09/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Adı SOYADI	Kanaati			İmza
Jüri Başkanı <i>(Danışman)</i>	Prof.Dr.Elif YÜKSEL OKTAY	<input type="checkbox"/> Kabul	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Prof.Dr.Ersin KAVİ	<input type="checkbox"/> Kabul	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Doç.Dr.Tuncay YILMAZ	<input type="checkbox"/> Kabul	<input type="checkbox"/> Düzeltme	<input type="checkbox"/> Ret	

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU
BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Güçlükler: Kocaeli/Türkiye – San Diego/ABD Karşılaştırması

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 71 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 14/09/2018 tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen ithenticate intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı %5 'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1.Kaynakça hariç,
- 2.Alıntılar dâhil,
- 3.5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı SOYADI : Serkan GÜNAL
Öğrenci Numarası : 147209007
Ana Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Programı : İnsan Kaynakları ve Çalışma İlişkileri
Türü : () Proje (X) Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Taramayı Yapan Arş. Gör.
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)

Danışman
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)

ÖNSÖZ

Kadının çalışma hayatında yer alması beraberinde birçok sorunla karşılaşmasına da yol açmıştır. Bu durum kadınların çalışma hayatını etkilemiştir. Sorunların sektörel boyuttan ziyade kadın merkezli olduğu söylenebilir. Sağlık sektöründe çalışan kadınlarda da; cam tavan, ücret eşitsizliği, ayrımcılık, cinsel ve psikolojik taciz gibi sorunlar mevcuttur.

Sağlık sektöründe çalışan kadınların sorunlarına değinilerek, fazla araştırma yapılmamış bu konu incelenmeye çalışılmıştır. Mevcut sorun küresel boyutta sayısal verilerle destekleyerek örneklerle açıklanmaya çalışılmıştır. Uygulama bölümünde ise; 2016 yılında San Diego/California-ABD’de 111 sağlık çalışanına, Türkiye’de ise 101 sağlık çalışanına çoktan seçmeli/kapalı uçlu sorular ile araştırma yapılmış ve çalışma bu araştırma sonuçları ile desteklenmiştir.

Araştırma esnasında çalışmalarımı öneri ve fikirleri ile destekleyen bana yol gösteren değerli danışmanım Prof. Dr. Elif Yüksel Oktay’a, araştırma sorularını Amerikan kültürüne uygun hale getirmemde yardımcı olan Kelsey Parker’a, Türkiye’de araştırmayı uygulamamda yardımcı olan arkadaşım Mustafa Keskin’e ve araştırmaya katılarak bu çalışmaya destek sağlayan tüm sağlık çalışanı kadınlara teşekkür ederim.

Çalışmalarım esnasında zaman zaman kendilerini ihmal ettiğim halde desteklerini esirgemeyen, beni yüreklendiren sevgili eşime, anneme ve oğluma teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Serkan GÜNAL

Eylül 2018

İÇİNDEKİLER

BEYAN BELGESİ	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	v
TABLolar	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1 Çalışan Kadın Kavramı	3
1.2. Kadının Çalışma Hayatındaki Tarihsel Gelişimi	4
1.2.1. Sanayi devrimi öncesi	5
1.2.2. Sanayi devrimi sonrası	7
1.2.3. II. Dünya Savaşı sonrası.....	9
1.2.4. Dijital çağ sonrası.....	12
1.3. Türkiye ve ABD’de Genel Olarak Kadın İstihdamı	13
1.3.1. Türkiye’de kadın istihdamı verileri.....	13
1.3.2. ABD’de kadın istihdamı verileri.....	14
1.3.3. Türkiye ve ABD 2000-2016 yılları kadın istihdamı	17
BÖLÜM 2: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KADIN İSTİHDAMI	19
2.1. Türkiye ve ABD’de Sağlık Sektöründe Kadın İstihdamının Tarihsel Gelişimi ..	19
2.1.1. Türkiye’de sağlık sektöründe kadın istihdamının tarihsel gelişimi	19
2.1.2. ABD’de sağlık sektöründe kadın istihdamının tarihsel gelişimi	20
2.2. Türkiye ve ABD’de Sağlık Sektöründe Kadın İstihdamının Mevcut Durumu....	21
2.2.1. Türkiye’de sağlık sektöründe kadın istihdamı verileri	21
2.2.2. ABD’de sağlık sektöründe kadın istihdamı verileri.....	23
2.2.3. Türkiye ve ABD 2000-2016 yılları sağlık sektörü istihdamı verileri kıyaslaması.....	28
2.3. Türkiye’de ve ABD’de sağlık sektöründe çalışan kadınların çalışma hayatına ilişkin problemleri	31
BÖLÜM 3: KOCAELİ/TÜRKİYE VE SAN DIEGO/ABD’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN KADINLARIN ÇALIŞMA HAYATINDA KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLERE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA	37
3.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	37
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.3. Araştırmanın Varsayımları.....	37
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	38
3.6. Araştırmanın Yöntemi.....	38
3.7. Demografik Bulgular	38
3.8. Araştırmanın Değerlendirilmesi.....	40

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKÇA	57
EKLER.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	71



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AID	: Uluslararası Doktorlar Birliği
BİT	: Bilgi ve İletişim Teknolojileri
BLS	: İşgücü İstatistikleri Bürosu
CA	: California
FMLA	: Aile Sağlık İzni Yasası
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	: Uluslararası Para Fonu
LPN	: Lisanslı Pratik Hemşire
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TR	: Türkiye
WB	: Dünya Bankası
U.S.	: Birleşik Devletler

TABLULAR

Tablo 1. Türkiye’de Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler (2015)	13
Tablo 2. ABD’de Yıllar İçerisinde Kadın İşgücünün Yüzdesel Oranları	15
Tablo 3. ABD’de 2014 Yılı Ortalamalarına Göre Kadınların Yoğun Olduğu 25 Meslek	16
Tablo 4. Türkiye ve ABD Genel İşgücü Göstergeleri 2000-2016	18
Tablo 5. Türkiye’de 2000-2016 Yılları Arasındaki Sağlık Personeli Sayıları	22
Tablo 6. ABD’de Sağlık Alanları ve İlgili Meslekler	23
Tablo 7. ABD’de 2000 yılı Sağlık Çalışanları Mesleklerine Göre Sayı ve Kazanç Değerleri.....	24
Tablo 8. ABD’de 2015 yılı Sağlık Çalışanları Mesleklerine Göre Sayı ve Kazanç Değerleri.....	26
Tablo 9. Türkiye-ABD Doktor ve Hemşire Sayıları: 2000-2015	30
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Sağlık Merkezleri	37
Tablo 11. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları	39
Tablo 12. Mesleğe Göre Alınan Ücret	40
Tablo 13. Yaptıkları İşin Eğitimini Alanların Oranı.....	41
Tablo 14. Ayrımcılığa Uğrayanların Oranı	42
Tablo 15. Ayrımcılığa Maruz Kalınan Konular	43
Tablo 16. Çalışma Hayatında Sahip Olunan Haklar Konusundaki Bilinç Düzeyi	44
Tablo 17. Çalışma Hayatında Cinsel Tacize Uğrama Oranı	44
Tablo 18. İşyerinde Sahip Olunan Hakların Kullanılmasında Engel Yaşanıp Yaşanmadığı.....	45
Tablo 19. Çalışırken Ailenin İhmal Edilmesi	45
Tablo 20. Ait Hissedilen Sosyo-Ekonomik Sınıf.....	46
Tablo 21. Ev-İş Hayatı Dengesinin Olup Olmadığı.....	46
Tablo 22. Eğitim Durumu ile Çalışma Yaşamındaki Hakların Bilinci Oranı	47
Tablo 23. Medeni Durum ile Çalışırken Ailenin İhmal Edildiği Algısı Olup/Olmadığı	47
Tablo 24. Medeni Durum ile İş yerinde İnisiyatif Alma İlişkisi.....	48
Tablo 25. İşyeri Kaynaklı Sağlık Sorunu ile Karşılaşma.....	48
Tablo 26. Çalışma Ortamının Sağlığı	49
Tablo 27. İş Tatmini.....	50
Tablo 28. Eğitim Alınan İşin İş Tatmininde Etkisi Olup Olmadığı.....	50
Tablo 29. Yapılan İşin Ücret Karşılığı ile İlişkisi	51
Tablo 30. İşyerinde Mobbinge Uğrama	52

Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Güçlükler Kocaeli/Türkiye-San Diego/ABD Karşılaştırması	
Tezin Yazarı: Serkan GÜNAL	Danışman: Prof.Dr. Elif YÜKSEL OKTAY
Kabul Tarihi:	Sayfa Sayısı: VIII (ön kısım) + 55(tez) + 9 (ekler)
Anabilimdalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bilimdalı: İnsan Kaynakları ve Çalışma İlişkileri	
<p>Kadınlar çalışma yaşamına katıldıkları andan itibaren genellikle ikincil işgücü durumunda kalmışlar ve bu durumun beraberinde getirdiği sorunlar ile çalışmışlardır. Sağlık sektöründe de durum farklı değildir. Bu çalışmada sağlık sektöründe çalışan kadınların sorunlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Kocaeli/Türkiye ve San Diego/ABD'deki farklı meslek gruplarından kadın sağlık çalışanlarına çoktan seçmeli/kapalı uçlu sorular ile araştırma yapılmış, sorunların benzerliği ve hangi ülkenin çalışma koşullarının daha iyi olduğu araştırılmıştır.</p> <p>Araştırmanın sonucunda, Türkiye'deki kadın sağlık çalışanlarının ücret, ayrımcılık, hakların kullanımı konusunda sorunları olduğu saptanmıştır. ABD sağlık çalışanlarının Türkiye'den daha iyi koşullarda çalıştığı tespit edilmiştir. Sağlık personeli sayısının arttırılmasının, doğum ve annelik dönemlerinde esnek çalışmanın sağlanmasının sorunun çözümünde etkili olacağı değerlendirilmektedir.</p>	
Anahtar kelimeler: Çalışma hayatı, Kadın, Sağlık sektörü, Türkiye, ABD	

Yalova University Insitute of Social Sciences Master Thesis Summary

Thesis Title: Working Life Issues Facing Women in Health Sector in Kocaeli/Turkey-San Diego/USA	
Thesis Author: Serkan GUNAL	Advisor: Prof.Dr. Elif YUKSEL OKTAY
Date of Acceptance:	Total Number of Pages: VIII (pre text) +55 (main body) + 9 (appendixes)
Department: Labor Economics and Industrial Relations Field of Study: Human Resources and Labor Relations	
<p>Women have remained as a secondary labor force since they joined the working life and have worked with the problems accompanied by this situation. The situation in the healthcare sector is no different. In this study, it is aimed to analyze the problems of women working in the healthcare sector. A survey was applied to woman healthcare workers from different occupational groups who work in Kocaeli/Turkey and San Diego/USA, and the similarities of the problems and which country has better working conditions were investigated.</p> <p>In the result of the research, it was found that woman healthcare workers have problems about salary, discrimination and use of rights in Turkey. It was also found that healthcare workers work in better conditions in USA than in Turkey. It is evaluated that increasing the number of healthcare workers and providing flexible working hours during maternity and motherhood periods would be effective to solve the problem.</p>	
Keywords: Working Life, Woman, Healthcare Sector, Turkey, USA.	

GİRİŞ

Kadınlar günümüzde çalışma hayatının önemli unsuru olmasına rağmen çeşitli zorluklarla karşılaşmış ve halen karşılaşmaya devam etmektedir. Özellikle sanayi devrimi sonrasında aktif olarak çalışma hayatına katılan kadınlar, II. Dünya savaşı sonrasında iş gücü ihtiyacının artması sebebiyle emek piyasalarında tercih edilen pozisyonda olmuşlardır. Kadın işgücü, çalışma hayatında erkek işgücüne rakip olmakla birlikte çalışan kadın sorunlarını da beraberinde getirmiştir.

Özellikle çalışan kadınların artması ile birlikte, toplumsal yaşamdaki gelişmeler ve bilinçlenen insanlarla beraber eğitim gören kişi sayısında artış olmuştur. Özellikle bilgi çağı diye adlandırılan 2000 yılı sonrası dönemde kadın işgücünde daha büyük bir artış yaşanmıştır.

Bununla birlikte, kadın istihdamındaki artış çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Çalışan kadının ev ve aile hayatındaki sorumlulukları ile bunların oluşturduğu psikolojik faktörler ilgili tartışmaların merkezinde yer almaktadır. Ayrıca kadınlar çalışma hayatında da çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Öncelikli sorun, kadın emeğinin işgücü piyasalarında ikincil durumda oluşudur. Düşük ücretli işler kadın işidir ya da bu işler genellikle kadınlar tarafından yapıldığı için düşük ücretlidir. Ücret ve ikincil işgücü olmanın yanı sıra kadınlar psikolojik veya cinsel tacize maruz kalmakta, kariyer basamaklarında ilerlemekte sorunlar yaşamaktadırlar. Hamilelik ve doğum sonrası dönemlerinin zorluğuna ilaveten çocukların okul çağına kadar sorumluluğunun büyük kısmının da kadında oluşu kariyer basamaklarındaki ilerlemesini sekteye uğratmaktadır. Bazı kadınlar sırf bu yüzden evlilik ve annelik dönemlerini geciktirmektedirler. Hiçbir engel yokken kadınların çalışma yaşamında gözükmeyen engellerle karşılaşması ise başka bir sorunun öznesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık sektörü ise kadın çalışanların tarihin her aşamasında yoğun olduğu bir sektördür. Kadının anaç yapısı bu işkolunda daha fazla yer almasına neden olmaktadır. Sağlık sektörü çeşitli ihtisas alanlarıyla farklı meslekleri bir arada barındıran bir sektördür. İnsan sağlığını kontrol ve tedavi eden bir alan olması nedeniyle psikolojik ve sosyolojik boyutları da mevcuttur.

Kadınlar çalışma hayatının tüm sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de çeşitli zorluk ve ayrımcılıklara maruz kalmaktadırlar. Özellikle ücret eşitsizliği, terfi etmede yaşanan sıkıntılar, çalışma ortamında uğradıkları sözlü ya da cinsel tacizin yanı sıra hasta ve hasta yakınları tarafından sözlü ve psikolojik şiddet bunlardan bazılarıdır.

Türkiye ve ABD'nin sağlık sektöründe kadınların karşılaştırmasında iki ülkenin yüz ölçümü, kültürü, gelişmişlik endeksleri ve nüfus boyutlarıyla farkları bulunsa bile söz konusu kadın olunca sorunlar benzerlik göstermektedir.

ÇALIŞMANIN KONUSU

Araştırmanın konusu, Sağlık sektöründe çalışan kadınların çalışma hayatında karşılaştıkları güçlükler: Kocaeli/Türkiye-San Diego/ABD karşılaştırmasıdır. İki ülkedeki sağlık çalışanı kadınların çalışma hayatında karşılaştıkları sorunlar, hakların kullanımı,

cinsel ve psikolojik taciz, iş tatmini, ücret ve terfi farklılıklarına yönelik sorular ile tespit edilmeye çalışılmıştır.

ÇALIŞMANIN ÖNEMİ

Sağlık sektöründe yapılan çeşitli çalışmalar mevcuttur. Fakat Türkiye ve ABD arasında bu şekilde yapılmış bir saha çalışması mevcut olmadığından iki ülkedeki farklılıkların tespiti açısından önemli bir çalışma olduğu değerlendirilmektedir.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; sağlık sektöründe çalışan kadın sorunlarını araştırmak, Kocaeli/Türkiye ve San Diego/ABD’de kapalı uçlu soru paketi ile yapılmış araştırma ışığında sonuçlarını gözler önüne sermektir.

ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

ABD’deki sağlık çalışanı kadınların ekonomik ve sosyal yönleriyle Türkiye’den daha iyi koşullara sahip olduğu, eğitimi alınan işi yapmanın iş mutluğu ile doğrudan ilişkisi mevcut olduğu, Türkiye’deki sağlık çalışanları işyerinde hakların kullanımı konusunda engeller ile karşılaştığı tezi savunulmaktadır. Bu çalışma neticesinde iki ülkenin kadın sağlık çalışanlarının sorunlarında benzerlik ve zıtlık olup olmadığı saptanmaya çalışılacaktır.

ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada Türkiye’nin Kocaeli, ABD’nin San Diego şehirlerinde toplam 212 sağlık çalışanı kadına 54 sorudan oluşan soru paketi ile araştırma yapılarak sonuçları yorumlanmaya çalışılmıştır. Katılımcılara demografik özelliklerinin yanı sıra sorunların tespitine yönelik sorular yöneltilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

Çalışmada birinci bölümde; kadının çalışma hayatına girişi, çalışma hayatındaki önemi ile sanayi devrimi öncesi ve sonrası, II. Dünya Savaşı ve Dijital çağ sonrası alt başlıkları altında incelenecek, Türkiye ve ABD’nin genel istihdam verileri sunulacaktır. İkinci bölümde ise iki ülkede sağlık sektöründe kadın istihdamının tarihsel gelişimi anlatılacak, Türkiye ve ABD’nin 2000 yılı sonrasında sağlık sektöründeki istihdam verilerine yer verilecektir. Üçüncü bölümde ise; San Diego, California-ABD’de ve Türkiye’de ise Kocaeli şehirlerinde çeşitli özel hastanelerde kadın sağlık çalışanları ile yapılan çoktan seçmeli/kapalı uçlu sorular ile yapılan araştırma değerlendirilecek ve sonuçları yorumlanacaktır.

Çalışmada izlenen yöntem nedeniyle Türkiye ve ABD sağlık çalışanlarının sorunları üzerine yapılan bir saha çalışması mevcut olmadığından dolayı; bu bağlamda yapılacak diğer çalışmalara öncü ve yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1 Çalışan Kadın Kavramı

Çalışma hayatında ve dünya nüfusunda kadın-erkek oranları incelendiğinde, kadınların erkeklere oranının neredeyse eşit düzeyde olduğu görülmektedir. Fakat tarihin her aşamasında olduğu gibi çalışma yaşamına katılan kadınların sosyal ve ekonomik olanakları erkeklerle aynı oranda değildir. Zira ekonomik, sosyal ve buldukları coğrafyanın gelişmişlik seviyeleri her ne olursa olsun kadınların hep arka planda kaldıkları görülmektedir. Zaman içerisinde kadının çalışma yaşamında varlığının artması, var oluş mücadelesini sürdürmesi ve toplumsal yapının değişmesi ile ilerleme kaydetmiştir (Kocacık ve Gökkaya, 2005:195). Toplumların gelişmişlik düzeylerinde kadınların üretime katkılarının önemi büyüktür. Özellikle sosyal, kültürel ve ekonomik olarak bireylerin katkısı ve özgürleşen kadının emeği sayesinde toplumsal refah düzeyleri artmaktadır (Kurtsan'dan aktaran Karabıyık, 2012:240).

Sanayi devriminden sonra kapitalizminin yaygın hale gelmesiyle üretim piyasalarında kadın ve erkek işgücü ayrımı oluşmuştur. Ücretsiz ev işçiliği ve tarım sektörü hariç tutulduğunda, savaş gibi kitlesel durumlar dışında kadın işgücü toplumsal iş yaşamının genel olarak dışında tutulmuş ya da ikincil, vasıfsız ve ucuz emeğin kaynağı olarak görülmüştür. Kapitalizm bu ucuz emek sayesinde çeşitli işlerle kadın işgücünü piyasalara dâhil ederken kadın işgücüne dayalı sömürüyü de beraberinde getirmiştir. Bu anlayış kadın ve kadına dayalı istihdam politikalarının olumsuz şekillenmesine neden olmuştur (Negiz ve Yemen, 2011:196).

Yıllar itibariyle kadın istihdamında artış olmuş ve bu artış işgücü piyasalarını analiz eden bilim insanlarının araştırmalarına da konu olmuştur. Kadının yaşı, doğurganlık özelliği ve eğitiminin işgücü piyasalarına katılmada paralellik aramasına dayalı olan beşeri sermaye teorisi, neo-klasik işgücü modelinde karakteristik özelliklerin incelendiği kadın istihdamı analizine örnek teşkil etmektedir. İşgücü piyasalarını nitelik yönünden analiz etmeye dayalı olan katmanlı işgücü teorisinde ise; yapısal özelliklerinden dolayı piyasalar birincil ve ikincil olarak sınıflandırılır. Bu sınıflandırma neticesinde birincil piyasalar; iyi ücretli olan, erkek egemenliğine dayalı, sosyal güvenliğe sahip formel diye adlandırılan sektörler olarak kabul edilir. İkincil piyasalar ise; sosyal güvenlikten yoksun, düşük ücretli enformel sektörler olarak tanımlanan daha çok kadın işgücüne dayalı çalışma alanlarını içermektedir. Ayrıca sosyal açıdan büyük değişimlerin yaşandığı gelişmekte olan ülkelerdeki düşük maliyetli üretim talebi kadın istihdamını etkileyen önemli unsurlardan biri olmaktadır (Dedeoğlu, 2000:139).

Kadınların çalışma hayatına katılmalarının başlıca nedeni aile ekonomisine ikincil bir gelir oluşturma çabasıdır. Ayrıca, eğitimle donatılan kadın kendi ayakları üstünde durabilme, ekonomik olarak özgür olma, sosyal yaşamda var olma, aldığı eğitimi meslek olarak edinme gibi sebeplerle çalışma yaşamına katılmaktadır. Yıllar geçtikçe erkeklerin kadınların çalışmasına bakış açıları daha olumlu olmaktadır. Örneğin II. Dünya Savaşı sonrasında ABD'de yapılan bir araştırmada "evli bir kadının eşi

geçimini sağlayabileceği halde piyasada çalışmasını onaylıyor musunuz?" sorusuna araştırmaya katılan erkeklerin %18'i evet derken; bu oran 1960'ların sonlarında %50 oranlarına ulaşmıştır (Biçerli, 2007:65).

Küreselleşmeyle beraber ücretsiz ev işçiliği ve enformel tarım işçiliğinden ücretli işgücüne dönüşümüyle, yukarıda da bahsedildiği gibi, kadın istihdamı artmaktadır. Bununla birlikte çalışan kadınların yoğun iş temposunun yanı sıra ev işleri ve çocuk sorumluluğu da fiziksel ve zihinsel yüklerini daha da arttırmıştır. Buna rağmen kadının işgücü piyasasında yer alması aile ekonomisine oldukça katkı sağlayan bir gerçektir (Önder, 2013:43-44). Ayrıca işgücü piyasalarına katılarak kendi ayakları üzerinde durabilen kadınlar, bu sayede belli bir güven ve toplumsal saygı kazanacağını da düşünmektedirler. Lakin tüm bu olumlu yönlerin aksine, kadınların iş yaşamındaki sorunları erkeklere nazaran daha fazladır. Bu da kadın-erkek eşitsizliğine neden olmaktadır (Kılıç ve Öztürk, 2014:108).

Çalışma yaşamında kadın etkisi arttıkça kişi başına düşen gelir, insani gelişmişlik endeksi, hane halkı gelir endeksi, sosyal refah düzeyi gibi toplumların gelişmişlik seviyelerini belirleyen bilimsel kanıtlarda da artış görülmektedir. Dolayısıyla, bu kanıtların artış göstermesi demek; bireysel-toplumsal yaşam standartlarının yükselmesi, sosyal refahın artması ve yoksulluğun azalması gibi olumlu sonuçlara delalet etmektedir (Ecevit, 2010:2). Bunların etkisiyle yaşam standartları gelişen kadınlar iyi aileler kuracak, sosyal ve ekonomik açılardan tatmin olan bireyler ise sağlıklı toplumun parçalarını oluşturacaktır. Bu şekilde refah içerisinde bulunan bir toplumun bireyleri sağlıklı, eğitilmiş ve bilinçli nesiller yetiştirecektir. Böylelikle insan evriminin daha iyi seviyelere gelmesi daha güzel bir dünya açısından mümkün olacaktır.

1.2. Kadının Çalışma Hayatındaki Tarihsel Gelişimi

Kapitalizmin güçlenmesi ve yaygın hale gelmesi neticesinde gelişmekte olan ülkelerde sosyal alanlarda hızlı bir değişim ve dönüşüm yaşanmıştır (Dedeoğlu, 2000:140). Bu değişim ve dönüşümden kadın istihdamı da etkilenmiştir. Özellikle kapitalist düzenin getirdiği kültürel ve yerel etkiler kadın istihdamında önemli bir role sahiptir.

Tarihsel olarak, kadınların çalışma hayatında yoğun olarak yer alması sanayi devrimiyle başlamakla birlikte, kadınların çalışma yaşamında istihdamının ilk örnekleri tarım ve günlük hayatta karşımıza çıkmaktadır.

Kadınların tarım dışındaki alanlarda istihdamının sanayi devrimi ile başladığı kabul görmektedir. Fakat bu varsayımın II. Dünya savaşı sonrasında ivme kazandığına vurgu yapılması gerekmektedir. 1950'li yıllarda, gelişmekte olan ülkeler çoğunlukta olmak üzere, kadınlar tarım sektöründe çalışırken; 1980'li yıllarda, bu oran tarım haricindeki sektörlerde de artış göstermiştir. Gelişmiş ülkelerde kadının ekonomik alanlardaki işgücü artışı büyük ölçekli iken, gelişmekte olan ülkelerde bu artış daha küçük ölçekli fakat yine artış düzeyinde seyretmektedir. Bu kapsamda kadın işgücü, yıllar içerisinde, özellikle sanayi devrimi sonrasındaki ücretsiz aile işçisi konumundan uzaklaşarak kadın

istihdamına katkı yapacak şekilde işgücü piyasalarında boy göstermektedir (Koray,1992:93).

Kadınların tarih boyunca çalışma hayatında yer alma nedenleri olarak; ücretlerdeki artış, eğitim düzeylerinin yükselmesi, teknolojinin etkisi ve doğum oranlarındaki azalma sayılabilir. Her ne kadar kadınlar çalışma yaşamına zor koşullar ve düşük ücret karşılığında katılmış olsalar bile, zaman içerisinde çalışma koşullarında ekonomik ve sosyal gelişmeler olmuştur. Böylelikle çalışma hayatı kadınlara fırsat oluşturmuş, çalışmamak ise toplumsal olarak dezavantaj oluşturacak şekilde gelişmiştir. İlerleyen teknolojinin kadının fiziksel katkısını azaltacak şekilde ev işlerini yapmasına olanak sağlaması, boş zamanlarının artmasına sebep olmuştur. Modernleşen dünya şartları altında şehirlerde artan nüfusun yaşamı giderek zorlaştırması, önceleri çok tercih edilmeyen kadınların çalışma olgusunu zorunlu kılmış ve kadın istihdamının artmasına yönelik bir başka etken olmuştur (Kılıç ve Öztürk, 2014:110).

Kadının çalışma hayatındaki tarihsel gelişimde, sanayi devriminin önemli bir milat oluşu bu dönemlerin ayrı ayrı incelenmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu sebeple müteakip kısımlarda tarihsel olarak kadının çalışma hayatı, sanayi devrimi öncesi ve sonrası başlıkları altında incelenecek sonrasında ise II. Dünya savaşı sonrası ve Dijital çağda çalışma hayatında kadın konularına değinilecektir.

1.2.1. Sanayi devrimi öncesi

İnsanoğlunun yeryüzünde yaşadığı andan itibaren çalışma hayatı; doğayı keşfetme, barınma, yaşamı sürdürme çabalarından dolayı hep var olmuştur. Sanayi devrimi ile birlikte bu çalışma kavramı resmi ve kurumsal düzeylere ulaşmıştır. Sanayi devrimi öncesinde çalışma hayatının unsurlarını genelde köleler ve esirler oluşturmaktaydı. Feodalite sayesinde feodal beyler, lordlar ve aristokratlar çalışma hayatında yer almazlardı. Bu sebeple çalışma yaşamının sanayi devrimi ile başladığını söylemek yanlış olmayacaktır.

İlkel toplumlarda insanlar doğaya karşı ayakta kalabilme ve yaşamlarını sürdürebilme dürtülerinden dolayı, çalışma olgusu toplayıcılık ve avcılıkla sınırlı kalmıştır. Bu dönemlerde insanlarda keşif ve yenilikten ziyade, hayatı idame çabasının ön planda olduğuna vurgu yapılmaktadır. İlkel toplumlarda kadının çalışma yaşamındaki yeri, toplayıcılık olarak görülmektedir. Erkekler avcılık ve güç gerektiren işler üstlenirken kadınlar toplayıcılıkla işbölümüne katkı sağlamaktadırlar (Sezal, 2003:205-206). Meyve, bitki gibi gıda maddelerini toplayarak iş bölümüne dâhil olan kadın; aile içindeki sorumluluklarını da yerine getirmeye devam etmiştir. Ailevi sorumlulukları üstlenen kadın, yaratılış fizyolojisi gereği çocuk doğduğu andan itibaren anne görevini de üstlenmiştir. Çocuk dünyaya geldiği andan itibaren anne çocuk ilişkisinin yakınlık boyutu tartışılmaz düzeydedir. Bu da kadına ek sorumluluklar yüklemektedir (Giddens, 2013: 205).

Sosyal yaşamın köylerde tarımla uğraşarak idame edildiği zamanlarda, şehirlerde zanaatkârlar usta-çırak metodu ile emek yoğun bir şekilde çalışarak yaşamlarını sürdürmekte, insanlar günümüz tabiri ile adeta karınlarını doyurmak için çalışmaktaydılar. Ev ve iş hayatı birbiriyle ayrılmadan devam etmekteydi (Keser, 2009:10). Bu süreçte kadınların durumunda fazla bir değişme olmamıştır. Erkek hegemonyasının egemen olduğu koşullar o zamanın şartlarında da hâkimdi. Erkek ve kadın ayrımı, kentlere göç, kent yaşamının yerleşmesi ve kent-kır ayrımı ile birlikte derinleşmiş; “polis” yaşamlarının yaygınlaşması ile sistematik biçimde yaşam şartlarının şekillenmesiyle oluşmuştur (Thomson, 1991: 79). Yunan uygarlığı ile birlikte tarih sahnesine giren polis devletlerle birlikte, yönetim şekillerinde ve yaşam biçimlerinde bir dizi değişimler meydana gelmiştir. Kadınların köle sınıfından ayrılan çok ciddi vasıflarının olmaması dikkat çekicidir. Kadınların sadece erkeklerin himayesi altında yaşamlarını sürdürmesi verilen değerlerin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Sowerby, 2012: 87).

Zaman içerisinde insanlar tarım ve hayvancılıkla uğraşmaya başlamışlardır. Böylelikle yerleşik hayata geçişler başlamış ve yapılan işler çeşitlenmiştir. Sadece ekim faaliyetlerini yapan, ekim araçlarını üreten ve hayvancılıkla ilgilenen çeşitli toplumsal sınıflar gibi işbölümü de gündeme gelmiş, aynı zamanda verimlilikte de artış olmuştur. Bu sayede insanlar kendi tüketeceklerinden fazlasını üretmeye başlamıştır (Sezal, 2003:206).

Tarım ve toprağın işlenmesi sonucunda toplumsal sınıflar oluşmaya başlamıştır. Burada toprakta çalışan emekçi sınıf ile toprağın sahibi konumunda olan ve emekçinin ürününe sahip olan bir üst otorite mevcuttur. Kölelikle birlikte insanlık tarihinde her işin kölelere yaptırıldığı, barınma ve karın tokluğuna çalıştırıldığı döneme girilmiştir. Bu zamanda köleler için çalışma dışında neredeyse hiç bir aktivite bulunmaz iken, sahipler sadece köleleri çalıştırarak hâkimiyet kurarak spor, sanat ve eğlence gibi kültürel faaliyetlerde bulunmaktaydı. Çalışma ve insanın sosyal hayatının evrimi devam ederken kölelikten sonraki durak feodalite olmuştur. Ortaçağ dünyası ”Derebeyi” adı verilen toprak sahiplerine çalışan serfleriyle birlikte, hiyerarşik düzen içerisinde paylaştırıldığı dönemdir. Feodalitede bir önceki döneme göre köleliğin bireysel düzeyden ailevi düzeye, hatta yaşadığı toprakla birlikte dünyaya geldiği andan itibaren adeta bir mal gibi alınıp satılması söz konusudur (Ören ve Yüksel, 2012:45).

Feodalite, amaçsal olarak ekonomiyi tarıma dayalı hale dönüştürmek için kurulmuş bir yönetim şekli olsa bile, kölelik vasfını serflikle değiştirmiştir. Serflikin yerleşmesi neticesinde işgücünün ailevi boyutlara ulaşması ve değişimi de söz konusudur. Yine bu dönemde kilisenin artan etkisi kadınlarda da etkili olmuş, feodalite öncesine nazaran kadının nüfuzu azalmıştır (Pelizzon, 2009: 67-78). Bu süreçte çalışan nüfus için herhangi bir sosyal hayattan ya da eşitlik, adalet gibi kavramlardan söz edilmemektedir.

Sonuç olarak sanayi devriminden önce çalışma hayatında yoğun bir kadın varlığından bahsetmek pek mümkün değildir. Kadınlar bu dönemde sadece ev işleri, tarım ve hizmetçilik gibi gündelik işlerle çalışma hayatında yer almışlardır.

1.2.2. Sanayi devrimi sonrası

Kadın işgücünün emek piyasalarındaki nüfuzu günümüzde bir ölçüde artmış gibi gözükse de tarih boyunca hiçbir zaman erkek iş gücünün ardında kalmaktan kurtulamamıştır. Bu bağlamda, toplumsal roller açısından kadının öncelikli görevi annelik, doğurganlık ve ev işleri gibi genelde fiziki işler olarak kabul edilirken; erkeğin önceliği daima para kazanmak, eve bakmak ve aile reisliği görevini üstlenmek olmuştur (Özer ve Biçerli, 2004:57).

Sanayi devrimi öncesinde tarımda çalışan ya da köle olarak kullanılan kadın, sanayi devrimiyle birlikte emeğini ücret karşılığında satan konuma dönüşmüştür. Yaşanan bu dönüşüm kadın işgücü kavramının literatüre girmesini sağlamıştır. Sanayi devrimi bu yüzden kadın çalışanların işgücü piyasalarındaki istihdamı açısından milat olarak kabul edilmektedir. Buharın üretim sektöründe, özellikle dokuma endüstrisinde kullanılması ve sanayileşmenin başlaması ile birlikte, öncelikle İngiltere ve Batı dünyasında kadınlar işgücüne dâhil olmuştur (Altan ve Ersöz, 1994: 21).

Sanayileşmenin yaygınlaştığı ilk yıllarda bu kavramın öncüsü olan tekstil sektöründe kadınlar ağır çalışma şartları ve düşük ücret karşılığında 18 saate varan uzun süreli çalışma koşullarına maruz kalmışlardır. 1841-1851 yılları arasında İngiltere’de imalat sektöründeki kadın çalışma oranları %10’luk artış sağlayarak %45 seviyelerine yükselmiştir. Kentlerde yeterli istihdam sağlayamayan kadınlar ise temizlikçilik yaparak çalışma hayatına katılmış ve sanayileşme ile başlayan bu süreç İngiltere’den sonra Fransa ve tüm Avrupa kıtasına hatta Amerika Birleşik Devletlerine yayılacak şekilde gelişim göstermiştir. Önceleri sadece tarım sektöründe iş bulabilen kadınlar sanayileşme ile birlikte imalat, sekreterlik, tezgahtarlık gibi hizmet sektöründe de varlık göstermeye başlamışlardır. ABD’nin kuzeydoğusunda, 1820 yılında, sanayide çalışan kadın oranı %9 seviyelerinden 1932 yılında %33’e yükselmiştir (Özer ve Biçerli, 2004:57).

Endüstriyel üretimin yaygınlaşması ile birlikte insanların ihtiyaçlarını ev koşullarında üretmesine dayanan ev endüstrisi de tarihe karışmıştır. Çünkü insanlar evde kadın ve çocuklarla yapılan ip eğirme ve dokuma işini daha az zahmetli ve ucuz fabrika üretimine tercih etmişlerdir. Bazı kapitalizm karşıtları bu gelişmeleri sosyal birim olan evin parçalanması şeklinde yorumlamaktadır. Wanda Neff, “*ev endüstrisi sisteminde ebeveynler ve çocuklar birlikte çalışmak zorundaydı, ailede tek yönetici olan baba aile kazancını alıyor ve harcamaları yönlendiriyordu*” demektedir. Devamında ise “*fabrika sisteminde aile üyelerinin hepsi kendilerine ait kazançlara sahip oluyor, fabrikanın farklı bölümlerinde yaşıyorlar ve eve sadece uyku ve yemek için geliyorlardı. Ev bir barınaktan başka pek bir şey değildi*” diyerek yeniliklere karşıt görüş olan tutumunu dile getirmektedir (Hessen,1962:192-194).

Hatta bu sanayileşme ve kapitalizm karşıtları zina, fahişelik ve eşini aldatma gibi toplumsal problemlerde bile fabrikaları suçlamaktaydılar. Çünkü onlara göre, “kadının yeri eviydi” ve “çalışan kızlar aile denetiminden uzakta kalmaktaydılar”. Kadınları kendi paralarını kazandıkları için lüks hayat düşkünlüğü ve itaatsizlikle suçlanmaktaydılar. Kadınların fabrikasyon tekstile bile yönelmesini kabul edemiyorlar, keten ve yünün yerini pamuğun almasını fakirlik alameti şeklinde bağnazlıkla karşıyorlardı. Çünkü artık

kadınlar sanayi devrimi öncesi giydikleri kaba eteklikleri ve uzun yıllar giymek zorunda oldukları elbiseleri, pamuklu elbiseler ve iç çamaşırları ile ikame etmeye başlamışlardı. Kadınlar çalışma yaşamında sanayi devrimi ile birlikte daha çok yer almaya başladılar. Bu konuda çeşitli nedenler etkili olmuştur. Bunlardan bazıları; dul kalmış, kısır veya yetişkin geliri olmayan kadınlardı. Bazıları ise eşleri mevsimlik olarak çalışan veya hiç çalışmayanlardı. En büyük çoğunluğu ise kocalarının kazandığı para ev giderlerine yetmediği için çalışma yolunu seçerek ev bütçesine katkıda bulunan kadınlardı. Aslında fabrikasyon üretim ve fabrikalaşma, ortaçağ sefaletinden kurtulma, hayatta kalma ve bir nevi ekonomik bağımsızlık mücadelesi idi (Hessen,1962:192-194).

Sanayi Devrimi ile birlikte toprakta emek yoğun çalışanların yerini makineleşme almıştır. Bu yeni kavramla beraber fabrikalaşma, üretimde standart metotların ve kitlesel üretimin artışıyla insanın önemi azalmıştır. Sanayileşmenin ilk yıllarında işyeri sahipleri makinelerin insan girdisini azaltan etkisini, çalışanlara düşük ücretle çalıştırmak şeklinde yansıtmıştır. Aşırı kar düşüncesiyle olumsuz ve ağır koşullar altında kadınların ve çocukların çalıştırılması dünya üzerinde kapitalizmin yaygınlaşan zalim yüzünü ortaya koymuştur. Üretimin tüm gün boyunca ikili ve uzun süreli vardiyalar halinde devam ettiği; emeğin erkek, kadın ve hatta çocuk çalışanlar tarafından ağır şartlarda, düşük ücret karşılığında satıldığı bu dönem işçi sınıfı olarak tanımlanan topluluğu doğurmuştur (Lordoğlu vd., 2001:21). Bu dönemde popüler olan katı liberal politikalar nedeniyle kadınlar düşük ücretle ve ağır çalışma koşullarında çalıştırılmıştır. 19. yüzyılın yarısından itibaren sanayi devrimini gerçekleştiren Batılı ülkeler başta olmak üzere liberal politikalar yerini müdahaleci devlet anlayışına bırakmıştır. Bu değişiklikle piyasalarda çalışma koşullarında sömürüyü engelleyecek şekilde çeşitli iyileştirme ve yenilikler olmuştur. Çalışma sürelerinin sınırlandırılması, kadınların bazı sektörlerde çalışmasının yasalarla engellenmesi gibi kanunsal yaptırımlar ve politikalar uygulanmaya başlamıştır. Dünya tarihinde her yeniliğin başka bir yeniliği doğurduğu kuramından yola çıkılarak düşünülürse, işgücünün ve özellikle kadın işgücünün sanayileşmeyle birlikte sömürsü sosyal politika biliminin doğuşuna neden olmuştur (Kocacık ve Gökçaya, 2005: 198).

Sanayileşmeye geçilmesi ve sanayileşmenin her alanda görülmeye başlaması tarımsal verimliliğin artmasına neden olmuştur. Bununla birlikte tarımda insan girdisi azalmış; şehirlerde yeni iş alanlarının açılması neticesinde köyden şehirlere göç başlamıştır. Böylece üretimde fabrikasyon ve sanayileşmenin etkisiyle yer alan insan, daha önceden kendi ürettiği birçok şeyi piyasadaki almaya başlamıştır. Sanayileşme ile birlikte çalışma hayatında daha çok yer alan kadının etkisi de oldukça artmıştır. Çünkü daha önceleri vakitlerini evde geçiren kadınlar köyde yaşamının etkisiyle evde kullandığı yiyecek maddelerinin çoğunu kendileri üretirken şehir koşullarında bu mümkün olmamaktadır. Ayrıca sanayileşme evriminin aşama kaydetmesi neticesinde çalışma yaşamına katılan artan düzeyde kadın oranı daha sonraları azalan bir ivme göstermiştir. Bunda sosyal etkinin, eğitimin, emekliliğin ve kişisel gelişimin uzamasının etkileri vardır. Toplumsal gelişmişlik seviyesinin artmasına bağlı olarak kişisel gelişimini tamamlayan kadınlar iş yaşamına katılmaktadır. Dolayısıyla işgücüne katılım eğrisi önce azalmış gibi gözükse de sonraları artma eğilimine girmiştir (Karabıyık, 2012:233).

1.2.3. II. Dünya Savaşı sonrası

Kadınların işgücüne katılımında sanayi devriminden sonra II. Dünya Savaşının da önemli etkisi olmuştur. Sanayileşme sürecinde kilit rol oynayan İngiltere ve ABD’de kadın işgücü yedek olarak düşünülmekteydi. Zorunluluk haricinde kadınlar çalışmazken bilhassa İngiltere’de evli bir kadının çalışması toplum tarafından erkeğin evine ve kadınına bakmadığı algısını yaratmaktaydı (Kılıç ve Öztürk, 2014:110).

Sanayileşme ile birlikte işgücü piyasalarına katılan kadın emekçiler II. Dünya savaşıyla daha da önem kazanmıştır. Bu savaştan işgücü piyasaları da nasibini almış, özellikle kadın işgücü sayısında artış olmuştur. Bu artışta vatanseverlik, savaşa katılım ve geçim sıkıntısı işgücü arzını doğurmuştur. Konuya işgücü talebi açısından yaklaşıldığında ise erkeklerin çoğunluğunun savaşa katılmaları işgücünde erkek varlığının etkisinin azalmasına yol açmıştır. Bu sayede üretim sektöründe kadın işgücü talebi ve ücretlerinde ciddi artışlar yaşanmıştır (Koray vd., 2000: 214-215).

Tüm bunlarda 1929 yılında yaşanan ekonomik buhran ile birlikte dünya üstünde yaşanan kriz ve II. Dünya Savaşı öncesi duruma göre savaş sonrası gelişen fordizmin ve fordist devlet anlayışının etkisi de mevcuttur. Ayrıca sosyal devlet, asgari ücret ve sosyal güvence sistemlerinin kurulması da bu dönemde ortaya çıkmıştır (Aslan,2005: 67-69).

Ayrıca sanayi devrimi sonrasında teknolojiye yaşanan gelişmeler neticesinde yapılan icatlar ev işlerinde emek gücünü aza indirmişdir. Özellikle II. Dünya savaşı sonrasında ev işlerinde kolaylığı sağlayan icatlar küreselleşmenin de etkisiyle kitlelere yayılmıştır. Çamaşır makinesi 1869, ütü ise 1882 yıllarında icat edilmiş olsalar da dünya üzerinde yaygın kullanım II. Dünya savaşı sonralarına denk gelmektedir. ABD’de ev aletlerine 21.yy.da yapılan yatırımın bir önceki yüzyılın iki katı olması bunun en büyük göstergesidir. Günümüz koşullarında çamaşır makinesi, ütü, elektrikli süpürge gibi temel ev aletlerinden yoksun ev neredeyse kalmamıştır. Ev işleri kolaylaşan kadının boş vakitleri artmış; böylelikle emek piyasalarına daha çok katılır hale gelmiştir. Fordist üretiminin verimliliğinin düşmesi ve Japonya’da uygulanan esnek zamanlı çalışmanın olumlu sonuçları olmuştur. Dünya üzerinde kısmi zamanlı, esnek çalışma önemini arttırmış ve hızla yaygınlaşmıştır. Bu üretim sisteminde, çalışma saatlerinin opsiyonlu değişikliği ve tekdüze üretiminin çeşitlenmesi söz konusu olmuştur. İnsan daha ön plana alınmıştır. Bu sayede esnek çalışma ve tam gün olmayan mesai saatleri kadınlar için tercih edilir olmuştur. Fakat artan piyasa, rekabet ve uluslararası maliyeti düşürme çabaları gelişmiş ülkelerde pek rastlanmasa da gelişmekte olan ülkelerde fason üretim ve eve iş verme gibi uygulamaların görüldüğü tespit edilmiştir. Özetle esnek çalışma kadın işgücü oranının artmasını sağlayan nedenlerden biri olmuştur (Özer ve Biçerli, 2004:58-60).

1950’li yıllarda dünya üzerinde çalışan nüfustaki kadınların oranı incelendiğinde, 15-64 yaş arası çalışanlardaki oran gelişmekte olan ülkelerde %50’ye denk gelirken; sanayileşmiş ülkeler arasında %47’dir. Gelişmekte olan ülkelerin endüstrisi tam kapasite düzeyine erişememesinden ötürü çalışan kadınların %87’si tarımda çalışırken, sanayileşmiş ülkelerde tarımda çalışan kadın sayısı %47 seviyesindedir. 1980 sonrasında ise sanayileşmiş ülkelerde çalışan kadın sayısı artmış ve çalışan kadınların %87’si tarım haricindeki sektörlerde istihdam edilmeye başlanmıştır. 1950’li yıllardan itibaren işgücü

piyasalarında kadın işgücünde daima artış meydana gelmiştir. “1950 yılında ekonomik olarak aktif nüfus içinde kadınların payı %36,7 iken bu oran 1975 yılında %40,6, 1985 yılında %41,4 olmuştur” (Koray, 1992:93). 1950 ve 1975 yılları arasında sanayileşme evrimini tamamlayan gelişmiş ülkeler arasında kadınların işgücüne katılımı %53 oranında artış göstermiştir. Endüstrileşme insan girdisini azaltsa bile, insan ihtiyacı devam etmektedir. Kadınlar da iş yaşamına ücretli çalışan olarak dâhil olmuş, ücretsiz aile işçisi konumundan çalışan bireylere dönüşmüşlerdir. Kadınların işgücü piyasasına katılmasının, kadınlar açısından olumlu katkıları olsa da işgücü piyasasındaki kadın-erkek rekabeti, kadın-erkek eşitsizliği ve toplumsal yapıdaki değişiklikler gibi yeni tartışmalara da yol açmıştır (Koray,1992:93).

1960’ların ortalarından itibaren fordizm kendini tüketmeye başlamış, 1974 petrol krizi ise bardağı taşıran son damla olmuştur. Bu soruna ilaç olacak politika arayışları başlamıştır. Ekonomik küçülmeler işsizliğin artması ile baş göstermiş; devletlerin sosyal güvenlik harcamalarının artması ise sorunun nedeni olarak görülmüştür. Yaşanan sorun neticesinde, çözüm yolu olarak “postfordizm” diye adlandırılan esnek birikim teorisi doğmuştur. Bir nevi küresel tekelleşme sonucunda sermayenin uluslararası düzeyde artış göstermek amacıyla yer değiştirerek ucuz emeğe ve uluslararası üretim piyasalarına ulaşması sağlanmıştır (Aslan,2005:96-100).

1974 petrol krizi ve ekonomik bunalım sonucunda postfordizm ile daralan ekonomi dünya üzerinde kapitalizme dayanan ülkelerdeki paranın önemini azaltmış, az gelişmiş ülkelerde ise tüketim durma noktasına gelmiştir. Yeni liberal politikaların uygulanmasıyla birlikte gelişmekte olan ülkelere kapitalist ülkeler tarafından kredi sağlanarak üretimin artırılması düşüncesiyle öncelikle tüketim artırımı amaç olarak görülmüştür. Böylece gelişmiş ülkeler kendi işsizlik sorunlarına çözüm fırsatı yakalamışlardır. 1980’lerin ortalarından itibaren bu fikirler meyvelerini vermeye başlamış; gelişmiş ülkeler işsizlikle ilgili sorunlarını bu şekilde çözerken, gelişmekte olan ülkeler ise kaynaklarının kapitalistler tarafından faiz ve borç yoluyla sömürsünden dolayı bekledikleri büyüme ve gelişimi sağlayamamışlardır. Bunun sonucunda gelişmiş ülkelerdeki işsizlik, gelişmekte olan ülkelere transfer edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerin bu durumdan olumsuz olarak etkilenmesiyle işsizlik oranları artış göstermiştir. Bu işsizlik artışından çalışma piyasasında ikincil işgücü olarak görülen kadınlar olumsuz etkilenmişlerdir. Dünya Bankası (WB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi öncelikle kapitalizme hizmet eden kuruluşlar ve teknolojik gelişmeler ile daha da güçlenen çok uluslu şirketler çalışma piyasasına yeni bir boyut kazandırmıştır. Bu yeni boyut küreselleşme olarak ifade edilmektedir. Piyasaların dünya çapında olması, sermayenin ve emeğin de küresel olması anlamını taşımaktadır (Önder, 2013:42).

Türkiye’de ise kırdan kente olan göç neticesinde; işgücüne kadınların katılımında 1990’lı yıllarda gözle görülür bir düşüş yaşanmıştır. Örneğin; 1955 yılında kadın işgücü %70 düzeyinde iken, bu oran 1990’da %30’lara kadar gerilemiştir. İşgücüne katılımındaki kadın oranının düşüşüyle birlikte ev kadınlarının oranında artış olmuştur. Kadınların işgücü piyasalarında etkisinin ve katılımının azalması, birbiri ile ilişkili sebeplerden kaynaklanmaktadır. Bunlar; tarım sektöründe yoğun olan kadın istihdam oranının

azalması ve makine girdisinin artmasının etkisidir. Bu etkiye karşılık olarak, kırdan kente göçün başlaması sonrasında, kentlerdeki fabrikalar emek fazlalığını istihdam edememişlerdir. Kırsaldan göç neticesinde, tarımda ücretsiz aile işçisi olan kadınlar işgücü piyasalarında yer alamamışlardır. Sosyal bir kavram olan göç en az ekonomik faktörler kadar kadın istihdamını etkilemiştir. Bu konudaki diğer bir sorun ise, kadının kentte formel olmayan bir işte ücretli olarak çalışıyor olsa bile ev hanımı; kırsalda ise ücretsiz olarak tarımda çalışanlar kategorisinde aktif işgücü olarak görülmesidir (Dedeoğlu, 2000:159-160).

Neo-liberal işgücü politikalarının özellikle 1980'lerden itibaren yaygınlaşması neticesinde, ticaret ve sermayenin küresel bazda özgürlüğüne dayanan yaklaşımlar ön plana çıkmıştır. Bu süreçte ülkelerde devletin koruyucu rolü etkisini yitirmiş, refah politikaları rafa kaldırılmış ve özelleştirmeler yaygınlaşmıştır. Tüm dünyada devlet ekonomilerini rahatlatan bu politikalar neticesinde işgücü piyasalarında da çeşitli dönüşümler yaşanmıştır. Yaşanan bu değişim neticesinde, sermaye küreselleşen dünya koşullarında düşük işgücü maliyetlerine cevap verecek biçimde üretim sektörlerini şekillendirmiştir. Bu da işgücü piyasalarındaki kayıt dışı istihdam sorununa dönüşmüştür (Urhan ve Etiler,2011:192).

Üretim sektörlerinin bölünerek taşeron firmalara verilmesi; fason, parça-başı üretim, evde çalışma gibi üretim biçimleri firmaları işgücü ve işçi emniyeti gibi yasal sorumlulukları yerine getirme maliyetlerinden kurtarmış ve kâr artışı sağlamıştır. Emniyetsiz, sosyal güvenceden yoksun ve düşük ücretli çalışma koşullarında genellikle kadınların çalışması dikkat çekicidir. Tüm bu koşullar, kırsaldan kente göç eden/göç etmek zorunda kalan, bilhassa kentteki ekonomik koşulların zorluğu sebebiyle çalışmak zorunda olan kadın emeğinin neden düşük ücretle ve kayıt dışı olarak sermaye tarafından kullanıldığının göstergesidir (Urhan ve Etiler, 2011:192). Kadınları işgücünde enformel sektörde değerlendirmek zordur ama değerlendirmek de gereklidir. Çünkü 1960'lı yıllardan itibaren Türkiye ve dünya şartlarında enformel sektör gelişmiş ve büyük bir çoğunluğu da kadın çalışanlardan oluşmuştur (Dedeoğlu, 2000:163).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın işgücüne talep artmaktadır. Bunun nedenleri arasında; kadın işgücünün toplumlarda ikincil olarak görülmesi yanı sıra kadın çalışanların sabırlı, itaatkâr, örgütlenme eğilimi olmayan çalışanlardan oluşması sayılabilir. İşverenler daima kâr artırımını düşük maliyet ile gerçekleştirmek niyetinde olduklarından dolayı kadın işgücü de düşük maliyetin unsuru sayılmaktadır.

Gelişmekte olan kapitalist ülkelerde kadınların yoğun olarak işgücü piyasalarında çalıştırılmasına yönelik yapısal düzenlemeler mevcuttur. Bu düzenlemeler neticesinde "işgücü feminizasyonu" şeklinde yeni bir kavram karşımıza çıkmaktadır. Dünya düzeyinde işgücü piyasalarında ücretli çalışan kadın sayısında ciddi oranda artışlar meydana gelmiştir. Türkiye'de ise kadın işgücünde kentte ve çeşitli sektörlerde artış olmasına rağmen küresel bazdaki gibi feminizasyon olgusundan söz etmek olanaksızdır. Çünkü feminizasyondan söz edilebilmesi için mevcut istihdamın yarısının ve hatta yarısından fazlasının kadın çalışanlardan oluşması gerekmektedir. Birkaç sektör haricinde kadın işgücünün Türkiye'de feminizasyona yönelmediği görülmektedir (Urhan ve

Etiler,2011:193). Netice itibariyle; sanayi devriminden sonra işgücü piyasaları hızla gelişmiş, kadın işgücü de bu gelişime hızla ayak uydurmuştur. Fakat tüm bu gelişmelere ve mücadelelere rağmen; sanayi devrimi öncesi ve sonrasında, II. Dünya Savaşı sonrasında kadın emeği ikincil işgücü olmaktan kurtulamamıştır.

1.2.4. Dijital çağ sonrası

Teknolojik gelişmelerin artması ile birlikte bilgi ve iletişimde hızla yaşanan gelişmeler neticesinde tüm sektörlerde değişim ve yenilikler baş göstermiştir. Bu değişimlerle birlikte toplumların sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçişi bilgi çağı veya dijital çağ denilen süreci başlatmıştır. Her alandaki teknolojik gelişmelerin sonucu olarak iş ve siyasi hayatın yanı sıra günlük hayatta dahi kullanılan her şey bilgisayar kontrollü ve dijital hale dönüşmüştür. Kitapların, postaların, alışverişin, devlet işlemlerinin başına "e-" getirilerek bilgisayar ortamında daha kısa sürede, zahmetsiz ve kolay yapılabilmesi bu çağın getirdiği kolaylıklara birkaç örnek olarak gösterilebilir (Dinç, 2017:1762-1764).

Dijital çağda ya da bilgi çağında kadının rolüne baktığımızda sanayi devrimindeki var olma çabasının daha modernleştiğini fakat erkekle hala işgücü piyasalarında aynı olmadığını yani cinsiyet ayrışmasının mevcut olduğunu görmekteyiz.

Avrupa Komisyonunun 2018 kadın-erkek raporu bunu doğrular niteliktedir;

- Kadınlar erkeklere nazaran daha düşük düzeylerde istihdam edilmekte, düşük ücretle çalıştırılmakta ve erkeklere göre daha zor terfi etmektedirler.
- Erkeklerin kadınlardan daha fazla kazanması toplumsal cinsiyet farkına işaret etmektedir.
- Yönetimde, siyasette ve karar alma mekanizmalarında erkekler daha fazla varlık göstermektedirler (Avrupa Komisyonu, 2018).

Kadınların dijital sektörde daha kısa süreli çalışma ve işten ayrılma eğilimleri mevcuttur. Avrupa Komisyonunun raporunda da bu konuda söz edilmektedir. Çünkü genellikle kadınlar eğitim ve kariye aşamaları sonrasında genellikle ilk çocuklarını 30-44 yaşları arasında dünyaya getirmektedirler. Çocuk bakımı süresince geçen dönemde işten ayrılmalar, ara vermeler nedeniyle iş hayatından kopmalar meydana gelmektedir (Avrupa Komisyonu, 2018).

Dijital teknolojiler hayatın hemen hemen her alanında insan yaşamına olan etkisi sebebiyle günümüzde büyük bir sektöre dönüşmüştür. Bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) yeni iş alanlarının doğuşuna ve firmaların daha etkin üretim yapmalarına olanak sağlamıştır. BİT'lere her toplumun eşit ulaşma imkânları olmadığı gibi toplumlardaki tüm bireylerde eşit olarak erişilememektedir. Kadınlar bu konuda dünya çapında erkeklerin gerisinde yer almaktadır. Kadın dijital dünyada da dezavantaj konumunda yer alarak cinsiyet ayrımına maruz kalmaktadır. Günümüzde yeryüzünde kadınların sayısı erkeklerden daha azdır. Fakat buna rağmen kadınlar erkeklerden daha az cep telefonu kullanımına sahiptir. Dijital teknolojilere ulaşmada cinsiyet farkı Sahra-altı Afrika'da %45 düzeylerinde, Asya'nın bazı bölgelerinde %50 düzeylerindedir. Kadınlar arasında internet kullanımı Türkiye'de (%-16), İtalya'da (%-6), Almanya'da (%-3) oranlarında erkeklerden daha az düzeyde görülmektedir. Daha eski nesillerde bu oranlar daha da yüksek düzeylerde iken gençler arasında daha az düzeylerde görülmektedir (OECD, 2018:7).

Dijital çağda kadınların mühendislik, BİT gibi çalışma alanlarına ilgilerinin erkekler kadar fazla olmadığını görmekteyiz. 2015 yılında OECD ülkelerinde bu alanlardan mezun olan öğrencilerin sadece %30'unu kadınlar oluşturmakta ve dijital teknolojilerle ilgili çalışmalarda yükseköğretim mezunlarında %20 düzeyinde kadınlar tarafından temsil edilmektedir. Bu konuda birkaç yöreklendirici farklılıklar olsa bile kadın işgücünün bu alanda kat etmesi gereken çok yol olduğu ortadadır. Bilgisayar ve bilgi işlem teknolojilerinde kadınların yokluğu çocukluktan itibaren cinsiyete dayalı bir ayrışmanın göstergesi sayılabilir (OECD, 2018:9).

OECD PISA verileri göstermektedir ki, birçok ülkede kız öğrencilerin bilim ve teknolojiye kariyer yapabilmeleri için gerekli koşulları ve güvenleri mevcuttur. Veriler bilimsel performans yönünden erkeklerle eşit olduklarını gösterse bile, yine en yüksek başarı genelde erkeklerde görülmektedir. Bununla birlikte, bilim insanlarının ekiplerinde en az bir kadının yer alması tarihsel cinsiyet farklılığının azalması yönünde önemli bir işaret olarak görülmektedir. G20 ülkelerindeki kadın bilim insanları (ABD ve Suudi Arabistan hariç) özellikle kimya, eczacılık ve biyo-teknoloji alanlarında erkeklere göre daha az yer almışlardır. 2010-2015 yılları arasında G20 ülkeleri içinde patent alan kadınlar ve onlar tarafından icat edilen yeniliklerin en yüksek oranda Hindistan, Meksika, Türkiye ve Arjantin'de olduğu belirtilmiştir. Fakat, 2010-2015 yılları arasında, sadece kadınlar tarafından yapılan icatların sayısı, patentlerin yaklaşık % 4'ünü temsil etmektedir (OECD, 2018:9-12). Bu da dijital çağda da kadın-erkek cinsiyet ayrışmasının devam ettiğinin göstergesi sayılabilir.

1.3. Türkiye ve ABD'de Genel Olarak Kadın İstihdamı

1.3.1. Türkiye'de kadın istihdamı verileri

Kadınların işgücüne katılım oranı ne kadar yüksek olursa ülkelerin kalkınmaları ve toplumsal gelişmişlik düzeyleri de o derecede artmaktadır. Türkiye'de ise kadınların işgücüne katılım oranları özellikle gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında erkeklere nazaran bir hayli düşüktür. Teorik olarak ilgili politikaların oluşturulamaması ve mevcut politikaların tam olarak uygulanamaması gibi nedenler etkili olmaktadır (Karabıyık, 2012:233). Uygulamada ise köyden kente göç ile birlikte çalışma yaşamında kendine yer bulmakta zorlanan kadın işgücünün ev hanımlığı, temizlik işçiliği, ya da tekstil sektöründe kayıt dışı olarak istihdam edilmesinden kaynaklı etkenler kadın istihdamı oranlarını azaltmaktadır (Önder, 2013:36-37).

Türkiye'de 2016 yılında kadın nüfusu 39 milyon 771 bin 221 iken, erkek nüfus 40 milyon 43 bin 650'dir. Bu oranlarla kadınlar nüfusun %49,8'lik kısmını oluşturmuştur. Fakat kadınların yaşam sürelerinin erkeklerinkinden daha uzun olması nedeniyle bu oran 65 yaş ve üstü nüfusta %56,1'e yükselmektedir (Tük Haber bülteni, İstatistiklerle Kadın, 2017).

Tablo 1. Türkiye'de Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler (2015)

Seçilmiş Göstergeler	Toplam (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
Okur-yazar olmayan nüfus (25+ yaş)	5,4	1,8	9,0
Yüksek okul veya fakülteden mezun nüfus (+25 yaş)	15,5	17,9	13,1
İstihdam oranı (15+ yaş)	46,0	65,0	27,5
İşgücüne katılım oranı (15 + yaş)	51,3	71,6	31,5
İşsizlik oranı (15 + yaş)	10,3	9,2	12,6
Genç işsizlik oranı (15-24 yaş)	18,5	16,5	22,2

Kaynak: Tük Haber Bülteni, İstatistiklerle Kadın 2017. (11.05.2017).

2015 yılı hane halkı işgücü araştırma verilerine göre; 15 yaş üstü nüfusun %46'sı istihdam edilirken, kadın istihdamı %27,5 ile erkek istihdamının yarısından daha azdır. Gelişmiş ekonomiler, OECD ve Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkeler ile kıyaslandığında bu oranın çok az olduğu gerçektir (Tüik Haber bülteni, İstatistiklerle Kadın 2017). Ücretsiz aile ve tarım işçiliği, kayıt dışı sektörün yaygınlığı, köyden kente göç, geleneksel olarak kadının çalışmasını engelleyen toplumsal normlar ("kadının yeri erkeğinin yanındır" gibi) düşük seviyede olan kadın istihdamının nedenlerindedir. Kadın girişimciliği konusunda son yıllarda gerek sosyal politikaların etkisiyle, gerekse AB uyum süreci neticesinde bir takım girişimler olsa bile, mevcut sorunu çözmek için yeterli değildir. Hatta kayıt dışı kadın istihdamı artmakta, toplumsal cinsiyet ayrışması dramatikleşmektedir (Dedeoğlu, 2009:42).

Kadınların işgücüne katılım oranı erkeklere göre çok düşüktür. Maliye Bakanlığının 2015 Ekonomik raporuna göre; kadınların işgücüne katılımı 2004-2007 yılları arasında 0,3 puan iken; 2007-2015 yılları arasında uygulanan koruyucu politikalarla 8,7 puan artış göstermiştir. Günümüzde evlilik ve doğum süreçlerinin kariyer aşamaları sonrasında ilerleyen yaşlara ertelenmesinin buna katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca eğitim düzeyinin artışı kadın istihdamını arttırırken; kayıt dışılığın ve düşük ücretlerin azalmasına da yol açmaktadır. 2015 Eylül verilerine göre; yükseköğretim mezunu kadınların işgücüne katılımı %70,8 düzeyinde iken, okuryazar olmayanların oranı ise %17'de kalmıştır. (Maliye Bakanlığı Ekonomik Rapor, 2015:33). Kadınların işgücüne katılım oranının düşük olmasının sebepleri kapsamında ise; kadınların yeterli eğitim seviyesine ulaşamaması, ücretsiz aile işçiliği, kayıt dışı sektörde istihdam ve düşük ücret gibi birbirine bağlı nedenler sayılabilir.

1.3.2. ABD'de kadın istihdamı verileri

ABD'de 2014 yılı Temmuz ayı itibariyle kadın nüfusu 162 milyon, erkek nüfus ise 157 milyondur. 2014 yılında işgücüne katılan 16 ve üstü yaş kadınların sayısı 75,6 milyondur. Bu sayı ile kadınlar işgücü piyasalarının %47,4'ünü oluşturmaktadır. Tablo 2'de kadınların 1970 ve 2000 yıllarında seçilmiş meslek gruplarındaki yüzdesel oranları görülmektedir. Tablo 2'de görüldüğü gibi, erkek mesleği olarak tanımlanan polis memurluğu, mühendislik, yargıçlık gibi mesleklerde 1970 yılına kıyasla 2010 yılında 5-6 kat artış yaşanmıştır. Bununla birlikte kadın mesleği olarak tanımlanan kayıtlı hemşirelik, dişçi asistanlığı, kasiyerlik gibi 1970 yılında kadın işgücünün yoğun olduğu meslek gruplarında ise azalma olduğunu ve erkeklerin de bu mesleklerde yoğunlaştığını görmekteyiz.

Tablo 2. ABD’de Yıllar İçerisinde Kadın İşgücünün Yüzdesele Oranları

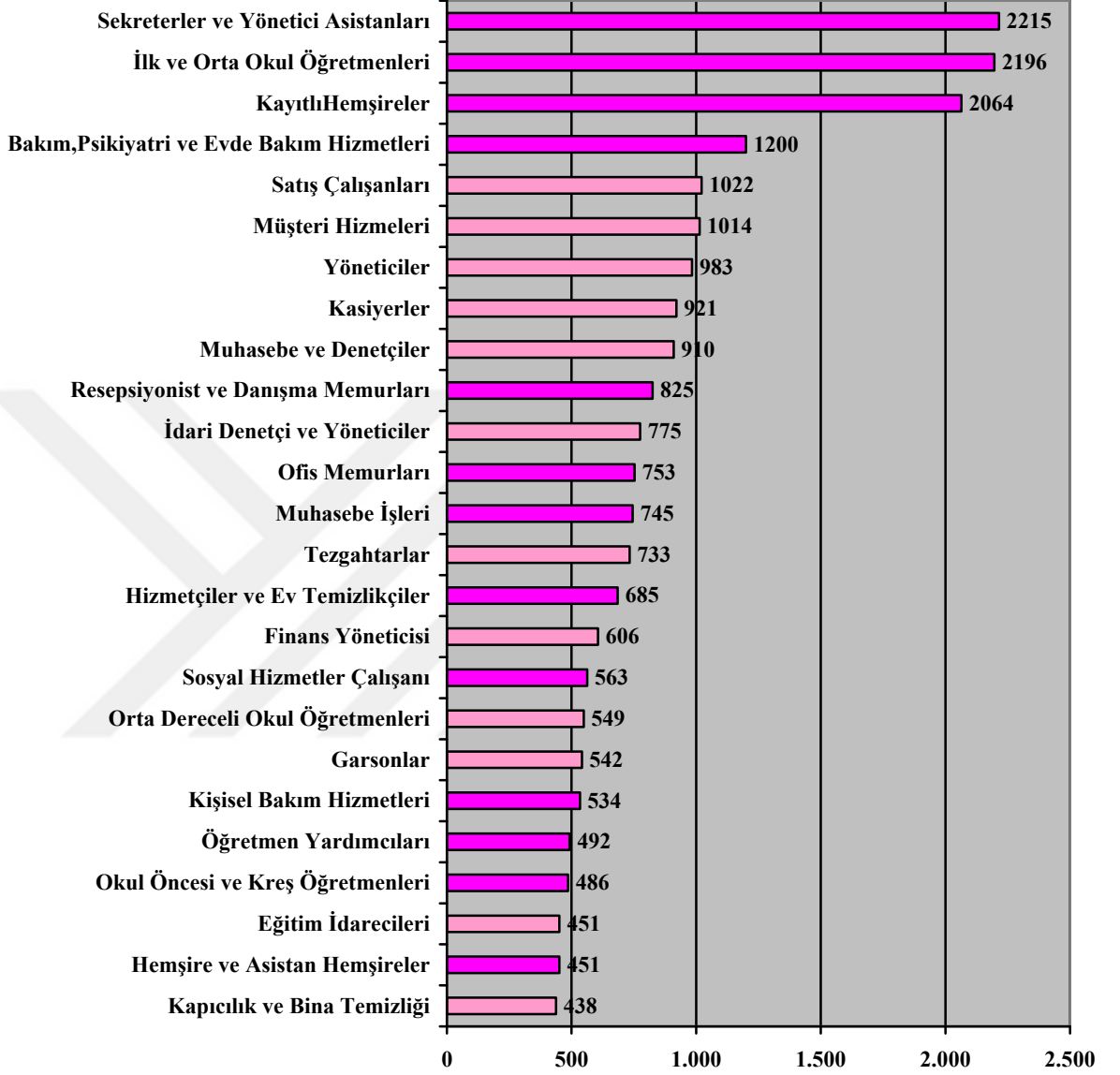
Seçilmiş Meslekler	1970	2010
Kayıtlı Hemşireler	% 97.3	% 91.2
Dişçi Asistanları	% 97.9	% 96.3
Kasiyerler	% 84.2	% 74.7
İlk ve Orta Okul Öğretmenleri	% 83.9	% 79.3
Eczacılar	% 12.1	% 52.6
Muhasebeciler	% 24.6	% 60.0
Bilgisayar Programcıları	% 24.2	% 24.4
Doktorlar ve Cerrahlar	% 9.7	% 32.4
Hukukçular ve Yargıçlar	% 4.9	% 33.4
Polis Memurları	% 3.7	% 14.8
Mühendisler	% 1.3	% 12.7

Kaynak: U.S. Census Bureau News Women’s History Months March 2016.

2014 yılı ortalamalarına göre 15 yaş üstü kadınların yıllık medyan kazançları 39.621 dolar iken; erkeklerin 50.383 dolardır. Tam zamanlı çalışanlar arasında yapılan ankete göre; erkekler bir dolar kazandığında, kadınlar 79 cent kazanmaktadır. Eğitimde ise, 2014 yılında Yüksek Okul (college) derecesinde öğrenim gören ve mezun olan kadınların sayısı 12,7 milyondur. Kadınlar tüm Yüksek Okul öğrencilerinin %55,2’sini oluşturmaktadır. İşgücü piyasalarında ise; işletmecisi kadın olan firmaların fatura kayıtları 2007 yılına göre yüzde 18,7 artarak 1,2 trilyon dolardan 2012 yılında 1,4 trilyon dolara yükselmiştir. 2007 yılında kadınların sahibi olduğu firmaların sayısı 7,8 milyon iken, 2012 yılında 9,9 milyona yükselmiştir. Dolayısıyla ABD’de kadınların işgücü piyasalarında çalışan olmanın yanı sıra işveren olarak da etkinliklerinin arttığı görülmektedir. 2012 yılında kadınlara ait olan şirketlerin yüzdesi 35,8’dir. Bu şirketler genellikle; sağlık ve sosyal yardım hizmetleri (%62,5), eğitim hizmetleridir (%54,2). Diğer hizmetlerde ise %51,8 ile firmaların çoğunluğunu oluşturmaktadır (US Census Bureau, Women’s History Months:2016).

ABD’de kadınların yoğun olduğu 25 mesleğe bakıldığında, Tablo 3’te görüldüğü gibi bunların genelde yardımcı meslekler olduğu, yönetim ve idare alanlarında olmadığı görülmektedir. Ayrıca bu 25 meslekten 13’ü “geleneksel meslekler (traditional occupations)” olarak tanımlanmakta ve %75’inden fazlasının kadın işgücünden oluştuğu alanları içermektedir. Kadınların en yoğun olduğu meslek grupları ise; sekreter ve yönetici asistanları, ilk ve orta dereceli okul öğretmenleri, kayıtlı hemşireler, bakım, psikiyatri ve evde bakım hizmetleridir. Kadınların yoğun olduğu 25 meslek arasında en alt sırada yer alanlar ise; okul öncesi ve kreş öğretmenleri, eğitim idarecileri, hemşire ve asistan hemşireler ile kapıcı ve bina temizleyicileridir.

Tablo 3. ABD' de 2014 Yılı Ortalamalarına Göre Kadınların Yoğun Olduğu 25 Meslek



■ Geleneksel Meslekler

Kaynak: Bureau of Labor Statistics, US Department of Labor. (Tam zamanlı Çalışanlar Arasından 50000 örnek seçilerek hazırlanmıştır.)

1.3.3. Türkiye ve ABD 2000-2016 yılları kadın istihdamı

Türkiye ve ABD'nin 2000 yılından günümüze ekonomik ve demografik verileri -Tablo 4-'de yer almaktadır. İki ülkenin yüzölçümleri, nüfus ve gelişmişlik ölçütleri farklı olsa da yüzdesel ölçütler neticesinde kıyaslama yapabilmek mümkündür.

2000 yılında Türkiye'deki 64,3 milyon nüfusun 23.078.000'nin işgücüne katıldığını ve toplam işgücünün sadece %26,8'inin kadın işgücünden oluştuğunu söylenebilir. ABD'de ise aynı yıl içerisinde 282,2 milyon nüfusun 142.583.000'nin işgücüne katıldığını ve toplam işgücünün neredeyse yarısının (%45,5) kadınlardan oluştuğu görülmektedir.

Yıllar içerisinde işsizlik oranları, özellikle de kadın işsizliği Türkiye'de nüfusa bağlı olarak artış göstermiştir (2000'de %6,3, 2005'de %11,2, 2010'da %13, 2015'de %12,7). ABD'de ise ülkemizdekine benzer olarak kadın işsizliği artış gösterse bile; nüfus fazlalığına rağmen yadsınmayacak şekilde düşük düzeylerde artmıştır. (2000 yılında %4,2, 2005 yılında %5,2, 2010 yılında %8,6).

İki ülke arasında kıyaslanacak bir diğer önemli veri ise; kadın işgücünün toplam işgücüne oranıdır. Türkiye'de yıllar içerisinde iyileştirmeler ve izlenen politikalar ile birlikte kadın işgücü toplam işgücünde yer edinse dahi; bu oran toplam işgücünün 1/4'ü ya da en iyi ihtimalle 1/3'ü kadardır.

Türkiye'de kadın işgücü 2000 yılında toplam işgücünün %26,8'ini oluştururken, 2005 yılında %25,6'sını, 2010 yılında %26'sını oluşturmuş, uygulanan yapıcı politikalar neticesinde ise maksimum %30,3'e kadar yükselebilmektedir. ABD'de ise kadın işgücü sürekli aktif olmuş ve işgücü piyasalarının daima yarısına yakını oluşturmuştur. Bu oran genellikle yüzde %45 düzeylerinde seyretmiştir. 2000 ve sonrasında kadın işgücünün toplam işgücüne oranı: 2000'de %45,5, 2005'te 45,7, 2010'da %46,1, 2015'te %45,8 seviyelerinde gerçekleşmiştir.

İşgücüne katılım oranlarına baktığımızda ise 2000 yılından 2016 yılına kadar ABD'de 15 yaş üstü kadın nüfusta işgücüne katılım oranları daima %55-%60 arasında olurken; Türkiye'de bu oran genellikle %25-%30 düzeylerinde seyretmiştir. Teknolojide, uygulanan politikalarda, köyden kente göç ve özellikle eğitimde yaşanan değişimler neticesinde 2014 yılından itibaren %30 seviyelerinin üzerine çıktığını söylemek mümkündür.

İki ülkedeki tüm farklılıklara rağmen ABD'nin kadın işgücü çalışma hayatında neredeyse erkek işgücü kadar aktiftir. Bunda sanayileşmenin, eğitimin ve gelişmiş ülke olmanın avantajı çok önemlidir.

Tablo 4. Türkiye ve ABD Genel İşgücü Göstergeleri 2000-2016

YIL	ÜLKE	İşsizlik erkek (%)	İstihdam (Bin)	Nüfus (Milyon)	Tüketici Fiyatları Endeksi Değişimi (Yıllık, %)	Kişi Başına GSYH (2010 yılı fiyatlarıyla, ABD Doları)	İşgücü (Bin)	İşsizlik Oranı (%)	İGKO Kadın (% 15+ yaş kadın nüfus)	İşsizlik kadın (%)	Kadın İş Gücü (% toplam işgücü)
2000	Türkiye	6,6	21581	64,3	39	7909	23078	6,5	26,6	6,3	26,8
	ABD	4	136891	282,2	3,4	45056	142583	4	59,1	4,2	45,5
2001	Türkiye	8,7	21524	65,2	68,5	7349	23491	8,4	27,1	7,5	27,5
	ABD	4,9	136933	285	2,8	45047	143734	4,7	58,8	4,7	45,6
2002	Türkiye	10,7	21354	66	29,7	7689	23818	10,3	27,9	9,5	28,4
	ABD	6	136485	287,6	1,6	45429	144863	5,8	58,6	5,7	45,6
2003	Türkiye	10,7	21147	66,8	18,4	7979	23640	10,5	26,6	10,1	27,7
	ABD	6,4	137736	290,1	2,3	46304	146510	6	58,5	5,7	45,7
2004	Türkiye	10,8	19632	67,6	9,4	8607	22016	10,8	23,3	11	25,7
	ABD	5,7	139252	292,8	2,7	47614	147401	5,5	58,2	5,5	45,7
2005	Türkiye	10,5	20067	68,4	7,7	9209	22454	10,6	23,3	11,2	25,6
	ABD	5,2	141730	295,5	3,4	48756	149321	5,1	58,3	5,2	45,7
2006	Türkiye	9,9	20423	69,3	9,7	9723	22751	10,2	23,6	11,1	26
	ABD	4,7	144427	298,4	3,2	49575	151428	4,6	58,4	4,7	45,7
2007	Türkiye	10	20738	70,2	8,4	10058	23114	10,3	23,6	11	26
	ABD	4,8	146047	301,2	2,9	49980	153125	4,6	58,3	4,5	45,7
2008	Türkiye	10,7	21194	71,1	10,1	10005	23805	11	24,5	11,6	26,6
	ABD	6,3	145363	304,1	3,8	49365	154287	5,8	58,6	5,5	45,9
2009	Türkiye	13,9	21277	72	6,5	9399	24748	14	26	14,3	27,7
	ABD	10,4	139878	306,8	-0,4	47576	154143	9,3	58,2	8,1	46,1
2010	Türkiye	11,4	22594	73,1	6,4	10111	25641	11,9	27,6	13	26
	ABD	10,6	139064	309,3	1,6	48374	153889	9,6	57,6	8,6	46,1
2011	Türkiye	9,2	24110	74,2	10,5	10818	26725	9,8	28,8	11,3	29,4
	ABD	9,4	139869	311,7	3,2	48775	153616	8,9	57	8,5	46
2012	Türkiye	8,5	24821	75,2	6,2	10851	27339	9,2	29,5	10,8	30
	ABD	8,3	142469	314,1	2,1	49481	154975	8,1	56,7	8	45,9
2013	Türkiye	8,7	25524	76,1	7,4	11102	28271	9,7	30,8	11,9	30,7
	ABD	7,7	143929	316,4	1,5	49941	155389	7,4	56,3	7,1	45,8
2014	Türkiye	9	25933	76,9	8,2	11246	28786	9,9	30,3	11,9	30,3
	ABD	6,4	146305	318,9	1,6	50728	155922	6,2	56,1	6	45,8
2015	Türkiye	9,3	26621	77,7	8,8	11523	29678	10,3	31,5	12,7	31,1
	ABD	-	148833	321,4	0,1	51638	15729	5,3	56	-	45,8
2016	Türkiye	-	27205	78,6	8,5	-	30535	10,9	32,5	-	31,6
	ABD	-	151436	-	1,3	-	159187	4,9	55,9	-	45,8

Kaynak: Tük.

BÖLÜM 2: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KADIN İSTİHDAMI

2.1. Türkiye ve ABD’de Sağlık Sektöründe Kadın İstihdamının Tarihsel Gelişimi

2.1.1. Türkiye’de sağlık sektöründe kadın istihdamının tarihsel gelişimi

Türk medeniyetlerinde özellikle Orta Asya’da kadının genellikle erkekle eşit tutulduğunu ve değer bulunduğunu görmekteyiz. Türkler İslamiyeti kabul ettikten sonra da durumun bu şekilde devam ettiğini söylemek mümkündür. Özellikle halifeliğin Osmanlı İmparatorluğuna geçtiği 1517 yılından sonra, İslamiyet’in Arap kültürüne bağlı yorumlanması yaygınlaşınca kadın eski etkinliğini kaybetmiş, erkeğin ardında kalarak, evinin kadını, çocukların annesi rolüne bürünmüştür (Ulusoy, 1998:1).

Osmanlı İmparatorluğunda Tıp Okulları mevcuttu fakat Sağlık Meslek Okullarının imparatorluğun son dönemlerinde açıldığını görmekteyiz. Buna rağmen, eğitilmiş olmasa bile usta çırak ilişkisi ile icra edilen ebe, kırık çıkıkçı diye tabir edilen ve ilaçlar hazırlayıp tedavi eden kadınlar her zaman vardı. Florence Nightingale adındaki İngiliz hemşirenin 1854-1856 tarihleri arasındaki çalışmaları İstanbul halkı tarafından saygı ile karşılanmış ve bu tarihten itibaren kadın hemşireliğin yaygınlaşmasına neden olmuştur. Sonraları ise Almanya’daki rahibe hemşireler ve I. Dünya savaşında hasta ve yaralı bakımında görevli hemşireleri bu alanda görmekteyiz (Ulusoy, 1998:2).

Osmanlı İmparatorluğunda ise, çalışan kadın denilince ilk önce gayrimüslimlerin akla geldiğini söylemek mümkündür. Tüm dünyada olduğu gibi Osmanlı devletinde de kadınlar çalışma hayatında kendilerini öncelikli olarak eğitim ve sağlık sektörlerinde göstermişlerdir. Ebe ve hemşire olarak kadınlar 1842’den itibaren eğitim almışlardır. I. Dünya savaşı ile birlikte birçok cephede savaşa katılan Osmanlı İmparatorluğunda, erkek nüfusunun büyük çoğunluğu savaşa gönderilirken; kamu hizmetlerinde, orduda cephe gerisinde ve hastanelerde kadınların istihdamına ihtiyaç olmuştur.

Kurtuluş savaşı sonrasında Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulması ile Atatürk tarafından kadınlara dünyada birçok alanda emsali olmayan eşit haklar sağlanmıştır. Türk kadınının çağdaş, modern, eğitilmiş ve her alanda çalışma yaşamına katılması desteklenmiştir. Bu hızlı değişim yanında kadınların doktorluk, sağlıkçılık ve diğer mesleklerde iş yaşamında olması itiraz ve tepkilere yol açsa bile, çıkarılan kanunlarla çalışma yaşamında kadınların kalıcı olması sağlanmıştır (Hıdıroğlu, 2006:6).

Askeri Doktor olan Besim Ömer Paşa, Japonya’daki kadın hasta bakıcı uygulamalarını benzer bir yöntemle uygulamaya koymuştur. İstanbul’un varlıklı ailelerinin gönüllü olan kızlarına 6 ay süren hasta bakıcı kursu verilmesi suretiyle Müslüman ve Türk kadınları yaralı askerlerin tedavi ve bakımında çalışmışlardır. Cumhuriyet döneminde Atatürk’ün katkılarıyla Besim Ömer Paşa tarafından Kızılay Özel Hemşirelik ve Hastabakıcılık Okulu kurulmuştur. Bu okullara talebin yoğun olmaması üzerine yetimhanelerden öğrenci temini yapılmıştır. Bu okulların yönetici ve öğretmenleri arasında bulunan Alman sağlıkçılar öğrencilere disiplinli bir eğitim uyguluyor, öğrenciler hasta bakımının yanı sıra koğu temizliği gibi işlerden de sorumlu oluyorlardı (Ulusoy,1998:3).

Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında küresel güç olan Amerika Birleşik Devletleri dünya üzerinde eğitim konusunda da etkili olmuş ve destek sağlamıştır. 1950’li yıllardan itibaren Amerikan AID kuruluşundan sağlanan burslarla Kızılay Hemşirelik okulundan bir grup öğrenci Amerika Columbia Üniversitesi’ne lisans eğitimine gönderilmiş ve döndüklerinde Türkiye’de hemşirelik eğitiminin öncüsü olmuşlardır (Ulusoy,1998:5).

2.1.2. ABD’de sağlık sektöründe kadın istihdamının tarihsel gelişimi

ABD’de 20. yüzyılın ikinci yarısına kadar kadınlar sağlık hizmetlerinde önemli rol üsteleniyorlardı. Fakat Amerikan tarihinde doktorluk erkek egemen bir şekilde yürütülüyordu. Tıp fakülteleri sadece erkek öğrenci alıyor; böylece kadınların doktor olması kısıtlanmış oluyordu. 1847 yılında Elizabeth Blackwell Newyork Genoa Tıp fakültesine kabul edilen ilk kadın olarak Amerikan tarihine geçti. Blackwell 1849 yılında doktorluk diplomasını aldı. Meslek hayatını tıpta eşitliği savunarak geçirdi. 19. yüzyıl sonralarına doğru, kadınlar için 19 tıp fakültesi ve 9 kadın hastanesi kuruldu. Böylece kadınlar doktorların yaklaşık %5’ini oluşturacak şekilde yetiştirilmeye başlandı (Staff Care, 2015:2).

Tüm bu yaşanan olumlu gelişmelere rağmen, Amerikan Tabibler Birliği (AMA) tıp fakültelerinde verilen eğitimin kalitesini ölçmek için yeni bir program başlattı. Değerlendirme için eğitim bilimci Abraham Flexner’i görevlendirdi. Flexner ABD ve Kanada’daki tüm tıp fakültelerini inceledi. Raporunda klinik deneyim ve temel bilimler üzerine kurulmuş birçok okulun reform edilmesi gerektiğini bildirdi. Bu reformlar sonucunda kadınların eğitim gördüğü birçok tıp fakültesi kapatıldı veya başka okullarla birleştirildi. 1915 yılında kadın hekimlerin oranı %2,9’a kadar düştü. 1930’lu yıllara gelindiğinde sadece bir tane kadın tıp okulu kalmıştı. 1940 ve 1950’li yıllara kadar bu gelişim durağan bir şekilde devam etti. Tıp fakültelerine giren öğrencilerin %5,5’i; hekimlerin ise %6’sı kadındı. Tıp fakültelerinde cinsiyete dayalı ayrımcılık, cinsel taciz ve erkek egemenliği devam etti (Staff Care, 2015:2).

Stevens’a göre; *“1965 yılında Sağlık reformu öncesi dönem hafızamda hala canlıdır. Bir sağlık öğrencisi genç Amerikan sağlık sistemini ABD’de anlamaya çalışıyordu”*. (Stevens, 1996: 11) diyerek reform öncesi sistemin karmaşıklığını dile getirmekteydi. 1972 yılında uygulanan eğitim reformları ile birlikte cinsiyete dayalı ayrımcılık yasaklandı. Fakat engellemeler devam etmesine rağmen birçok fakülte kadın öğrenci alımına ve entegrasyonuna önem vermeye başladı. 1974 yılına gelindiğinde, tıp öğrencilerinin %22,4’ü kadındı. 1990 yılında ise kadınlar hekimlerin %17’sini oluşturuyordu (Staff Care, 2015:2).

2.2. Türkiye ve ABD’de Sağlık Sektöründe Kadın İstihdamının Mevcut Durumu

Sağlık sektörü, istihdam edilen çalışanlar ve harcanan kaynak itibariyle kamusal hizmetlerin başında gelmektedir. Bu sektör çeşitli meslek gruplarından oluşmaktadır. Genel olarak her ülkede hekim, ebe, hemşire, laborant, sağlık teknisyeni, tıbbi sekreter, hasta bakımı hizmeti sunanlar ortak paydada birer sağlık çalışanı olsalar bile, aslında her biri ayrı ihtisas gerektiren farklı mesleklerdir (Urhan ve Etiler, 2011:194). Bununla birlikte ABD’de olduğu gibi birçok ülkede, sağlık meslekleri sınıflandırılırken diğer ülkelerden farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; Türkiye’de genel olarak “hemşire” tanımı kullanılırken ABD’de bu tanım farklı alt ihtisasları da içerecek bir şekilde sınıflandırılmaktadır¹. Bu kısımda Türkiye ve ABD’nin sağlık çalışanı verileri ayrı ayrı verilecek sonra birlikte kıyaslanacaktır.

2.2.1. Türkiye’de sağlık sektöründe kadın istihdamı verileri

Türkiye’de ihtisas alanlarına göre sınıflandırmanın daha genel düzeyde kaldığını görmekteyiz. Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen insan kaynakları unvanları itibariyle sağlık personelleri; uzman tabip, tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknikeri, diğer sağlık personeli, idari ve teknik personel olarak sınıflandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı Performans Programı, 2017:23).

Türkiye’de sağlık personeli sayılarına ilişkin 2000 ve 2016 yılları arasındaki veriler -tablo 5- ‘de verilmiştir. Bu verilere istinaden sağlık personeli sayılarının yıllar içerisinde artış gösterdiğini söylemek mümkündür. Fakat mevcut durum OECD ülkeleri ve ABD gibi gelişmiş ülkelerin standartlarında değildir. Ayrıca Türkiye’de sağlık sektöründe çalışan kadınların ayrıntılı verilerine ulaşamamıştır. Bu konuda BİMER aracılığı ile sağlık bakanlığına başvurulmuş geçmiş yıllara yönelik olarak ayrıntılı kadın-erkek sağlık personeli sayıları ve ücretlerine ulaşamamıştır.

2000 yılından 2016 yılına kadar yapılan iyileştirmeler, sağlık reformu gibi yenilikler ile nüfus artışı, eğitim gibi demografik artışların neticesinde sağlık personeli sayısında artış görülmüştür. 2000 yılında toplam 85.242 hekim görev yapıyorken, 2015 yılında bu sayı 141.259’a yükselmiştir. Aynı şekilde 2000 yılında 69.550 hemşire mevcutken, 2015 yılında 152.803 hemşire mevcuttur. Fakat tüm bu artışlar gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında yeterli düzeyde değildir.

¹ ABD sağlık çalışanlarının detaylı sınıflandırılması için bkz. US Census Bureau Statistics.

Tablo 5. Türkiye'de 2000-2016 Yılları Arasındaki Sağlık Personeli Sayıları

Yıllar	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
2000	40643	29484	15115	85242	15906	21927	51887	69550	41594
2001	43499	31145	15160	89804	16075	22119	52993	72607	41691
2002	45457	30900	15592	91949	16371	22289	50106	72393	41479
2003	47108	32019	15339	94466	17744	22371	57416	74483	41662
2004	48687	32579	15844	97110	17893	22608	60959	75753	43229
2005	49477	34886	16490	100853	18149	22756	62035	78182	43541
2006	52868	33383	18224	104475	18332	23140	67514	82626	44483
2007	54439	34559	19404	108402	19278	23977	79441	94661	47175
2008	56973	35763	20415	113151	19959	24778	89540	99910	47673
2009	60655	35911	22075	118641	20589	25201	93550	105176	49357
2010	63563	38818	21066	123447	21432	26506	99302	114772	50343
2011	66064	39712	20253	126029	21099	26089	110862	124982	51905
2012	70103	38877	20792	129772	21404	26571	122663	134906	53466
2013	73886	38572	21317	133775	22295	27012	134488	139544	53427
2014	75251	39045	21320	135616	22996	27199	149616	142432	52838
2015	77622	41794	21843	141259	24834	27530	145943	152803	53086

Kaynak: Tüik.

2.2.2. ABD’de sağlık sektöründe kadın istihdamı verileri

ABD’de sağlık sektörü ile ilgili meslekler ve ihtisaslar çok daha fazla ve ayrıntılıdır. Tablo 6’da görüldüğü gibi önce beş ana dala ayrılmış olsa bile kendi içerisinde farklı dallarda meslek gruplarını barındırmaktadır. Bu ayrıntılı branşlaşma her mesleğin daha detaylandırılması, eğitiminin farklılaştırılması, ücret ve çalışma sahalarının farklı olması sonucunu doğurmaktadır.

Tablo 6. ABD’de Sağlık Alanları ve İlgili Meslekler

Alan	İlgili Meslekler
Tıp (Medicine)	Doktorlar, Cerrahlar, Psikiyatrlar, Anestezi Uzmanları (Physicians, surgeons, psychiatrists, anesthesiologists)
Diş Sağlığı (Dentistry)	Diş Doktorları, Ortodontistler, Ağız Cerrahları (Dentists, orthodontists, oral surgeons)
Hemşirelik (Nursing)	Kayıtlı Hemşireler ve Hemşireler (Registered nurses, LPNs)
Sağlık Yardımcıları (Allied Health)	(Dental hygienists, medical technologists, dietitian, physical therapists, behavioral health)
Sağlık Bakım Yardımı (Healthcare Support)	Hasta bakım ve yardımcıları, Masaj terapistleri, Atlet antrenörleri, Ev sağlık yardımcıları (Nursing aids and assistants, massage therapists, athletic trainers, home health aides)

Kaynak: Carnevale, vd., 2012:5

Tablo 8’de 2000 yılında, Tablo 9’da ise 2015 yılına ilişkin sağlık personeli sayıları, mesleklerin detaylı isimleri, kadın-erkek sayılarının dağılımı ve karşılıklı kazançları, kadınların kazançlarının erkeklerin kazancına oranı gibi detaylı veriler sunulmuştur. Bu verilerden yola çıkılarak; 2000 yılında ABD’de sağlık sektöründe toplam 3.793.070 kişi çalışmaktadır. Bu çalışanların 1.180.560’ı erkek, 2.612.500’ü kadındır. Kadınlar sayı olarak erkeklerden daha fazla olmasına rağmen erkeklerin ücretinin %63,8’ini kazanmaktadır.

Aynı tablonun 2015 verilerine bakıldığında ise; ABD’de 6.285.534 sağlık personeli mevcuttur. Bunun 1.728.301’si erkek, 4.557.233’si kadındır. 2000 yılına oranla sağlık personeli sayısı 1,5 kattan daha fazla artış göstermiş, kadınların erkeklere oranı ise neredeyse üç katıdır. Fakat kadınlar hala erkeklerin aldığı ücretin %70,7’si almaktadır. Fazla ücreti olan mesleklerde (doktorlar ve cerrahlar gibi) erkek çalışan sayısının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 7. ABD’de 2000 yılı Sağlık Çalışanları Mesleklerine Göre Sayı ve Kazanç Değerleri

Meslekler Kategorisi	Tam Zamanlı Çalışanlar (Tahmini)			Kadınların Yüzdesele Oranı	Medyan Kazanç (Dolar) (Tahmini)			Kadınların Kazançlarının Erkeklerin Kazancına Oranı
	Toplam	Erkek	Kadın		Toplam	Erkek	Kadın	
Sağlıkçılar ve sağlık teknisyenleri	3.793.070	1.180.560	2.612.500	68,9	41.607	60.513	38.621	63,8
Kayropraktörler	32.670	27.460	5.210	15,9	61.188	66.013	41.739	63,2
Diş Hekimleri	87.100	74.390	12.710	14,6	101.719	109.005	68.698	63,0
Diyetisyenler ve Beslenme Uzmanları	45.910	5.200	40.710	88,7	33.441	35.790	33.240	92,9
Göz Hastalıkları Uzmanları	21.440	17.020	4.420	20,6	79.653	84.639	65.333	77,2
Eczacılar	147.290	89.680	57.610	39,1	68.298	71.310	63.550	89,1
Doktorlar ve Cerrahlar	515.500	393.270	122.230	23,7	122.990	140.541	87.896	62,5
Doktor Asistanları	37.660	15.710	21.950	58,3	42.593	60.290	35.241	58,5
Ayak Hastalıkları Uzmanları	7.770	6.810	970	12,4	84.722	90.948	51.667	56,8
Kayıtlı Hemşireler	1.384.630	129.740	1.254.900	90,6	42.652	46.319	42.401	91,5
Odyometrisler	7.280	2.360	4.930	67,7	46.732	56.921	42.253	74,2
Meslek Terapistleri	31.080	4.420	26.660	85,8	45.467	49.247	45.029	91,4
Fizyoterapistler	79.440	30.050	49.390	62,2	50.599	55.040	48.270	87,7
Radyoloji Terapistleri	8.090	2.680	5.410	66,9	45.321	49.794	43.116	86,6
Sosyal Aktivite Terapistleri	11.210	3.120	8.090	72,1	29.903	33.155	28.625	86,3
Solunum terapistleri	60.810	26.510	34.300	56,4	37.686	40.739	36.012	88,4
Konuşma Terapisti	35.680	2.280	33.390	93,6	41.606	47.672	41.436	86,9
Terapistler,tümü	40.110	12.170	27.940	69,7	32.763	36.111	31.774	88,0
Sağlık Teşhis ve Tedavi Uygulayıcıları, tümü	4.560	2.180	2.390	52,4	35.438	37.492	31.518	84,1
Laborantlar	196.850	55.880	140.970	71,6	35.090	37.178	33.931	91,3
Diş Hijyenistleri	37.400	1.470	35.930	96,1	40.437	43.160	40.363	93,5
Sağlık teşhis, tedavi ve uygulayıcıları ve diğerleri	155.210	51.430	103.770	66,9	37.013	41.728	35.250	84,5
Acil Tıp Teknisyenleri ve Paramedikler	83.330	60.400	22.930	27,5	31.280	32.638	26.893	82,4

Tablo 7'nin devamıdır.

Sağlık Uygulayıcıları Destek Teknisyenleri	168.700	35.020	133.670	79,2	23.019	27.376	22.061	80,6
Hemşireler ve Uzman Hemşireler	353.090	28.000	325.090	92,1	27.411	30.223	27.258	90,2
Sağlık Kayıtçıları ve Danışma Teknisyenleri	59.770	5.370	54.400	91,0	22.102	26.064	21.841	83,8
Gözlükçüler	33.860	13.290	20.570	60,7	27.257	32.231	24.269	75,3
Çeşitli Sağlık Teknisyenleri	53.790	22.240	31.550	58,7	28.979	36.897	25.684	69,6
Diğer Sağlık Hizmet Çalışanları ve Teknisyenleri	48.290	33.000	15.280	31,6	40.207	41.980	34.576	82,4
Servis Meslekleri	8.994.920	4.682.640	4.312.270	47,9	21.817	26.619	18.245	68,5
Sağlık Hizmetleri Destek Meslekleri	1.313.430	174.860	1.138.570	86,7	20.863	24.605	20.486	83,3
Bakım, Psikiyatrik ve Evde Bakım Yardımcıları	853.210	122.460	730.750	85,6	19.865	23.603	19.278	81,7
Meslek Terapistleri ve Yardımcıları	4.980	880	4.100	82,3	30.168	31.107	29.792	95,8
Fizik Terapist asistanları ve Yardımcıları	26.580	7.440	19.130	72,0	28.190	30.145	27.421	91,0
Masaj Terapistleri	20.940	5.230	15.710	75,0	22.215	25.219	21.514	85,3
Dişçi Asistanları	100.140	2.710	97.430	97,3	22.400	25.819	22.361	86,6
Tıp Asistanları ve Diğer Sağlık Destek Meslekleri	307.590	36.140	271.460	88,3	22.107	26.001	21.839	84,0

Kaynak: U.S. Census Bureau, 2000 verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 8. ABD’de 2015 yılı Sağlık Çalışanları Mesleklerine Göre Sayı ve Kazanç Değerleri

Meslekler Kategorisi	Tam Zamanlı Çalışanlar (Tahmini)			Kadınların Yüzdesel Oranı	Medyan Kazanç (Dolar) (Tahmini)			Kadınların Kazançlarının Erkeklerin Kazancına Oranı
	Toplam	Erkek	Kadın		Toplam	Erkek	Kadın	
Sağlıkçılar ve sağlık teknisyenleri	6.285.534	1.728.301	4.557.233	72,5	60.928	80.084	56.629	70,7
Kayropraktörler	35.155	28.258	6.897	19,6	76.291	81.498	61.416	75,4
Diş Hekimleri	95.713	68.320	27.393	28,6	150.649	156.658	120.689	77,0
Diyetisyenler ve Beslenme Uzmanları	61.678	5.866	55.812	90,5	50.322	43.293	50.820	117,4
Göz Hastalıkları Uzmanları	25.706	15.220	10.486	40,8	110.566	121.126	100.790	83,2
Eczacılar	211.639	98.435	113.204	53,5	120.111	121.379	115.189	94,9
Doktorlar ve Cerrahlar	715.361	477.655	237.706	33,2	200.203	221.528	150.975	68,2
Doktor Asistanları	72.551	25.324	47.227	65,1	97.462	106.335	92.087	86,6
Ayak Hastalıkları Uzmanları	5.562	4.038	1.524	27,4	116.654	122.430	100.562	(X)
Odyolojistler	12.077	1.986	10.091	83,6	73.355	82.171	71.948	(X)
Meslek Terapistleri	64.761	8.911	55.850	86,2	69.738	72.440	68.000	93,9
Fizyoterapistler	157.932	58.144	99.788	63,2	75.836	81.239	71.898	88,5
Radyoloji Terapistleri	12.812	4.172	8.640	67,4	80.607	81.022	80.320	(X)
Sosyal Aktivite Terapistleri	7.445	1.668	5.777	77,6	41.480	44.892	40.508	(X)
Solunum Terapistleri	83.930	32.558	51.372	61,2	55.793	61.589	51.928	84,3
Konuşma Terapisti	88.903	5.343	83.560	94,0	61.989	73.661	61.669	(X)
Terapistler, tümü	99.352	21.447	77.905	78,4	46.386	46.534	46.364	99,6
Kayıtlı Hemşireler	2.227.835	267.866	1.959.969	88,0	62.636	68.759	62.268	90,6
Anestezi Hemşireleri	22.833	10.381	12.452	54,5	152.610	170.331	148.873	87,4
Ebeler	4.171	53	4.118	98,7	91.189	-	91.019	(X)
Hemşirelik uygulayıcıları	97.121	10.196	86.925	89,5	96.461	100.847	96.174	95,4
Sağlık teşhis, tedavi ve uygulayıcıları, ve diğerleri	13.144	4.512	8.632	65,7	53.226	72.059	52.231	(X)
Laborantlar	246.437	69.100	177.337	72,0	47.531	51.066	46.582	91,2

Tablo 8'in devamıdır.

Diş Hijyenistleri	68.943	5.525	63.418	92,0	59.700	80.648	56.796	(X)
Teşhis ile ilgili teknisyenler	259.914	89.534	170.380	65,6	56.328	61.703	53.309	86,4
Acil Tıp Teknisyenleri ve Paramedikler	157.142	108.751	48.391	30,8	40.915	42.618	35.720	83,8
Sağlık Uygulayıcıları Destek Teknisyenleri	429.026	92.445	336.581	78,5	31.830	35.843	31.348	87,5
Hemşireler ve Uzman Hemşireler	572.705	69.904	502.801	87,8	38.441	41.171	37.816	91,9
Sağlık Kayıtçıları ve Danışma Teknisyenleri	143.058	13.585	129.473	90,5	37.102	41.133	36.939	89,8
Gözlükçüler	37.530	11.702	25.828	68,8	38.961	46.848	34.335	73,3
Çeşitli Sağlık Teknisyenleri	96.956	33.669	63.287	65,3	40.495	46.975	37.077	78,9
Diğer Sağlık Hizmet Çalışanları ve Teknisyenleri	101.327	57.917	43.410	42,8	57.131	61.243	52.188	85,2
Servis Meslekleri	14.350.547	7.190.596	7.159.951	49,9	26.834	31.254	23.924	76,5
Sağlık Hizmetleri Destek Meslekleri	2.153.516	305.544	1.847.972	85,8	27.470	30.921	27.170	87,9
Bakım, Psikiyatri ve Evde Bakım Yardımcıları	1.214.020	172.611	1.041.409	85,8	25.743	28.461	25.390	89,2
Meslek Terapistleri ve Yardımcıları	12.756	1.574	11.182	87,7	47.302	45.980	48.391	(X)
Fizyoterapist Asistanları ve Yardımcıları	53.025	16.778	36.247	68,4	45.648	47.197	44.485	94,3
Masaj Terapistleri	60.133	15.529	44.604	74,2	30.667	31.658	30.422	96,1
Dişçi Asistanları	165.817	10.936	154.881	93,4	31.502	37.076	31.398	84,7
Sağlık Asistanları	376.800	30.913	345.887	91,8	30.085	32.623	29.872	91,6
Sağlık Kayıtçıları ve Arşivcileri	29.196	1.532	27.664	94,8	32.279	45.282	32.182	(X)
Eczacı yardımcıları	28.588	6.246	22.342	78,2	31.500	36.714	30.968	(X)
Kan Alıcılar (Phlebotomists)	85.128	10.946	74.182	87,1	30.497	32.277	30.295	93,9
Sağlık Destek Çalışanları (tümü)	98.693	33.481	65.212	66,1	30.366	31.975	28.420	88,9

Kaynak: U.S. Census Bureau,2015, American Community Survey verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. (X) İstatistiksel olarak düşük değerleri içerir.

2.2.3. Türkiye ve ABD 2000-2016 yılları sağlık sektörü istihdamı verileri kıyaslaması

Türkiye ve ABD'nin sağlık çalışanlarına ilişkin verilere baktığımızda nüfustaki farklılıklara rağmen ABD'de kişi başına düşen doktor ve hemşire sayıları Türkiye'ye göre çok daha iyi durumdadır. Sayısal verilere göre iki ülkenin yıllara sarıh olarak sağlık personelinin nüfusa oranına bakacak olursak:

2000 yılında Türkiye'de ortalama 754 kişiye bir doktor, 924 kişiye bir hemşire, 134 kişiye 1 sağlık çalışanı düşerken; aynı yıl ABD'de ise; 407 kişiye bir doktor, 98 kişiye bir hemşire, 18 kişiye bir sağlık çalışanı düşmektedir.

2013 yılında ise Türkiye'de 568 kişiye bir doktor, 545 kişiye bir hemşire, 88 kişiye bir sağlık çalışanı düşerken; ABD'de 370 kişiye bir doktor, 89 kişiye bir hemşire, 16 kişiye bir sağlık çalışanı düşmektedir. (Nüfus verileri Tük'ten -Tablo 4-, Sağlık personeli verileri ise OECD'den -Tablo 6- alınarak hesaplanmıştır). Bu bağlamda her iki ülke de vatandaşlarına sağlık hizmetleri konusunda yıllar içerisinde daha iyi koşullar sunmuştur. Fakat ABD'de bu ilerleme gelişmiş ülke olmanın avantajı ile Türkiye'nin neredeyse iki katıdır.

İki ülke arasındaki sağlık çalışanları oranına baktığımızda da durum farklı değildir. Türkiye'de doktor başına düşen hemşire sayısı ve genel hemşire sayısı azdır. Çalışma hiyerarşisi düşünüldüğünde hemşirelerin doktor yardımcısı olduğu göz önünde bulundurulursa, doktor başına düşen hemşire sayısı ne kadar fazla olursa çalışma performansının artacağı; aynı şekilde hemşirelerinde iş yükünün azalacağı yorumunda bulunulabilir. Örneğin;

Türkiye'de 2000 yılında 85.242 doktor varken; hemşire sayısı 69.550'dir. Aynı yıl ABD'de 692.368 doktor varken; 2.869.140 hemşire görev yapmaktadır. 2000 yılında Türkiye'de bir doktora bir hemşire bile düşmezken; ABD'de bir doktora ortalama dört hemşire düşmektedir.

Türkiye'de yıllar içerisinde gerçekleşen nüfus artışı, sağlık reformları, özel hastanelerin yaygınlaşması, kadın çalışanı destekleyici devlet politikaları ve eğitim gören kadın sayısındaki artış gibi nedenlerle çalışan kadın sayısı ile tutarlı olarak sağlık sektöründe çalışan kadın sayılarında da artış yaşanmıştır. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu göz önünde bulundurulduğunda; Türkiye'de 2013 yılındaki hemşire sayısı 2000 yılına göre artmış ve 139.544'e ulaşmıştır. Fakat hâlâ bir doktora bir hemşire düşmektedir. ABD'de ise aynı yıl 3.521.350 hemşire mevcuttur ve bir doktora dört hemşire düşmeye devam etmektedir.

Doktorlar arasındaki kadın ve erkek oranları ele alındığında ise; Türkiye ABD'ye nazaran kadın ve erkek doktor sayılarında birbirine daha yakındır. OECD sağlık çalışanları istatistiklerine göre (bkz. Tablo 6) yıllar içerisindeki doktor sayılarında Türkiye'de 2007 yılına kadar cinsiyete dayalı doktor verileri mevcut değildir. 2007 yılında ABD'de erkek doktorların kadın meslektaşlarına oranı 2,32 iken, 511.961 erkek doktora karşılık, 220.273 kadın doktor mevcuttur. Türkiye'de ise aynı yıl erkek doktorların kadın doktora oranı 1,77'dir. 69.395 erkek doktora karşılık, 39.007 kadın doktor bulunmaktadır. 2013 yılında ise erkek doktorların kadın doktora oranı ABD'de 1,93

iken; Türkiye’de 1,49 olmuştur. Mesleğe dayalı cinsiyet eşitliğinde Türkiye ABD’ye göre daha iyi bir durumda olsa bile, doktor sayısı olarak ABD çok daha iyi bir durumdadır.

İki ülkedeki kadın doktorların yıllar içerisindeki nüfusa oranı incelendiğinde ise; 2007 yılında ABD’de 301,2 milyonluk nüfusta 220.273 kadın doktor görev yapıyorken, Türkiye’de 70,2 milyonluk nüfusta 39.007 kadın doktor görev yapmaktadır. Kadın doktorların nüfusa oranı ABD’de %0,073 iken; Türkiye’de %0,055’tir. 2013 yılında ise; ABD’de 316,4 milyonluk nüfustaki kadın doktor sayısı 276.077 dir. Aynı yıl Türkiye’de ise; 76,1 milyonluk nüfusta 53.630 kadın doktor yer almaktadır. 2013 yılında kadın doktorların nüfusa oranı ABD’de %0,087 iken; Türkiye’de %0.070 dir. Bu verilerden yola çıkılırsa, 2007 ve 2013 yılları arasındaki kadın doktor sayısı açısından Türkiye’de ABD’ye nazaran daha fazla artış görülmüştür. Fakat yüzdesel ve sayısal olarak ABD’nin hâlâ gerisindedir.



Tablo 9. Türkiye-ABD Doktor ve Hemşire Sayıları: 2000-2015

Ülke	Kategori	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ABD	Toplam Sağlık Çalışanı	14933000	15313000	15900000	16434000	16661000	16910000	17416000	17834000	18233000	18632000	18907000	18902000	19405000	19562000	19577000
	Aktif Doktor Sayısı	692368	713375	719431	736211	744143	762438	766836	776554	784199	792805	794862	809492	826001	854698	...
	Kadın Doktor Sayısı	161837	173254	177804	187163	196856	207558	213644	220273	228025	234794	238980	251187	262221	276077	...
	Erkek Doktor Sayısı	485593	495685	497020	504710	503431	510915	509474	511961	512842	514772	513592	516595	522412	533768	...
	Toplam Doktor Sayısı	647430	668939	674824	691873	700287	718473	723118	732234	740867	749566	752572	767782	784633	809845	...
	Aktif Hemşire Sayısı	2869140	2901780	2931820	2929020	3014710	3078090	3137530	3187580	3273260	3312440	3385310	3453710	3498450	3521350	3558920
Türkiye	Toplam Sağlık Çalışanı	479000	462000	506000	522000	456000	511000	569000	560000	594000	591000(B)	590000	693000	808000	858000	972000
	Aktif Doktor Sayısı	85242	89804	91949	94466	97110	100853	104475	108402	113151	118641	123447	126029	129772	133775	135616
	Kadın Doktor Sayısı	...	...	...	...	...	...	...	39007 (E)	41562 (E)	43512 (E)	45275 (E)	46229 (E)	50382 (E)	53630 (E)	54368 (E)
	Erkek Doktor Sayısı	...	...	...	...	...	...	...	69395 (E)	71589 (E)	75129 (E)	78172 (E)	79800 (E)	79390 (E)	80145 (E)	81248 (E)
	Toplam Doktor Sayısı	...	...	...	...	...	...	...	108402	113151	118641	123447	126029	129772	133775	135616
	Aktif Hemşire Sayısı	69550	72607	72393	74483	75753	78182	82626	94661	99910	105176	114772	124982	134906	139544	142432

Kaynak: OECD Healthcare Resources verileri kullanılarak hazırlanmıştır. (E): Tahmini değer.

2.3. Türkiye’de ve ABD’de sağlık sektöründe çalışan kadınların çalışma hayatına ilişkin problemleri

Çalışma hayatında genellikle kadınlar ikincil işgücü veya piyasalarda ihtiyaca yönelik istihdam edildiklerinden dolayı bunu aksine çevirmeye yönelik çaba hep var olmuştur. Zaman içerisinde bu çaba olumlu sonuçlara ulaşmasına rağmen; hala kadınlar işgücü piyasalarında çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Hal böyle iken sağlık sektörünü diğer çalışma yaşamından ve kadınların çalışma yaşamındaki sorunlarından ayırmak mümkün değildir. Sorunların büyük çoğunluğunun kadın-erkek ayrışması kaynaklı olduğundan, sektörlerin bu konuda çok da fazla önemi yoktur. Konu kadının çalışma yaşamında kendini kabul ettirme ve işgücü piyasalarında var olma çabasıdır. Dolayısıyla bu bölümde; çalışma yaşamında kadınların karşılaştıkları sorunlardan genel olarak bahsedilecek, bu sorunlardan sağlık sektöründeki kadın çalışanların ne ölçüde etkilendikleri ele alınacak ve sağlık sektöründe çalışan kadınlara özgü sorunlara değinilecektir.

Çalışan kadınlar; ücret eşitsizliği ve terfi, kayıt dışı çalıştırılma, ev-iş hayatı arasındaki dengeyi kuramama, ailevi problemler ile cinsiyet eşitsizliği gibi birçok sorunla karşılaşmaktadırlar. Diğer önemli sorun ise ayrı bir başlıkla incelenmesi gereken işyeri şiddetidir. Dünya tarihi kadar eski olan şiddetin günümüzde çeşitli biçimleri bulunmaktadır. Genel olarak fiziksel ve psikolojik olarak iki bölümde incelenebilen şiddetin literatür üzerinde bir çok tanımı yer almaktadır. Özet olarak en çok kabul edilen tanımı Avrupa Komisyonu tarafından yapılmış olup buna göre şiddet; çalışanın iş yerinde sorumlulukları çerçevesinde direk ya da dolaylı olarak tehdit edilmesi veya saldırıya maruz kalmasına bağlı olarak güvenliğinin ve sağlığının tehlike altında kaldığı durumlardır. Saldırının içeriği fiziksel olmasının yanı sıra sözünü kesmek, bağırarak, korkutmak, alay etme, aşağılama gibi eylemlerden oluşmaktadır. Bu konu üzerinde yapılan araştırmalar problemi tüm yönleri ile gözler önüne sermese bile sorun olduğuna işaret etmektedir. Çalışanların kültürel yapısının yeterli olmaması, toplumsal düzeyde şikayet mekanizmasının işletilme alışkanlığı olmayışı, işimden yana zarar görürüm ve kimliğim açığa çıkar, mimlenirim korkusu gibi nedenler mevcut sorunda buzdağının sadece görünen yüzüne işaret etmektedir (Aytaç ve Dursun, 2013:68).

Özellikle erkek egemen toplumlarda görülen cinsiyete dayalı işbölümü neticesinde kadın genellikle ev ile ilgili işler ve çocuk bakımında görev almaktadır. Toplumsal davranışlarda süregelen bu ayrışma kadınların genellikle gıda, büro hizmetleri, eğitim ve sağlık sektörlerinde istihdam edilmesine yol açmaktadır (Önder, 2013:58).

Kadının fizyolojisi gereği anne ve eş olan rolü; bu konudaki paha biçilmez değerdeki fedakârlığı işgücü piyasalarına katılmasına engel teşkil etmektedir. Piyasalarda duyulan ihtiyaç neticesinde kadın, işgücü piyasalarına dâhil olsa bile; cinsiyeti dolayısıyla hep ayrıma maruz kalmıştır. Bu ayrışma kadın işgücünün, dikey ve yatay olarak işgücü piyasalarında ayrışmasına ‘Cam Duvarlar’ ya da ‘Cam Tavanlar’ olarak tanımlanmasına neden olmuştur (Urhan ve Etiler,2011:198). Dünya üzerinde bilinen Cam Tavan tanımı ilk kez 1986 yılında Wall Street Journal’da Hymowitz ve Schelhardt tarafından yapılan röportajda İngilizce adı ile ‘‘Glass Ceiling’’ olarak yer almış; ‘‘kadınların işletmelerde bir

üst pozisyona geçerken karşılaştığı her türlü engel ve haksızlık olarak kullanılmıştır”. Kadınların kariyer basamaklarındaki görünmez engeller olarak başlayan tanım engelli, yaşlı ve cinsel yönden farklı grupları da içererek günümüzde geniş boyutta yer almaktadır (Gökkaya, 2014:377).

Postanede çalışan memurlar genellikle kadın iken, postacılar erkektir. Zira sosyal hizmetlerde çalışanlar, büro hizmetlerinde çalışanlar genellikle kadın, devriye polislerinin erkek olması yatay ayrılmaya, doktorların genellikle erkek, hemşirelerin ise kadın oluşu dikey ayrılmaya örnektir. Kadınlar genellikle az yetkili ve düşük ücretli işlerde çalıştırılmaktadır. Oysa kadınların böyle bir isteği bulunmamaktadır. Bu işler ya da meslekler tamamen kadınlar tarafından yapıldığı için düşük ücrete ve statüye sahiplerdir. Farklı bir deyişle; bu meslekler kadınlar tarafından yapıldığı için statüsü veya ücreti düşüktür (Urhan ve Etiler,2011:198).

Cam tavanlar (Glass Ceiling)’da ise kadınlar, aile ve çocuk sorumluluklarından dolayı çalışma ortamlarında üst düzey yönetici konumlarına gelememektedirler. Kadınların mesleki olarak ilerlemesinde iş niteliklerine ve başarılarına bakılmaksızın yazılı olmayan aşılması zor olan engellerdir. Kadınların iş yaşamında annelik görevlerinden dolayı iş yaşamına ara vermek zorunda kalmaları, teknik konularda donanımlı olmadıkları, ev ve iş hayatı dengesini ayarlama çabaları, kadınların gerekli otoriter davranış sergileyememeleri ve duygusallıkları iş hayatında yönetici konumlarına erişmeleri yolundaki engeller olarak sıralanmaktadır (Kocacık ve Gökkaya, 2005:209).

Kadın ve erkek çalışanlar arasındaki cinsiyete dayalı ayrışma ücret eşitsizliğine de neden olmaktadır. Aynı işi yapan iki çalışandan kadın olan erkeğe nazaran daha az ücret almaktadır. Yani eşit işe eşit ücret ödenmemektedir. Zaten kadın çalışanlar kadın olmalarından dolayı mesleki bir ayrışmaya maruz kalmaktadırlar. Ücret eşitsizliği çeşitli ülkelerde sağlık sektörü de olmak üzere çeşitli sektörlerde karşımıza çıkmaktadır. Litvanya’da sağlık çalışanları arasında oluşan ücret eşitsizliği neticesinde kadın sağlık çalışanları tüm önlemlere rağmen, sağlık sisteminin özelleşmesine dayandırılarak erkek çalışanların aldığı maaşın 5/4’ünü almaktadırlar (Urhan ve Etiler, 2011:204).

Kadın ve erkeklerin birlikte çalıştığı yaygın sektörlerden biri olan sağlık sektöründe de cinsiyete dayalı hiyerarşik yapıdan bahsetmek mümkündür. Kadınların işyerinde genellikle yönetici olarak üst konumlara gelememesinin etkeni olarak anne ve eş kimliğinden dolayı vakit bulamaması örnek verilebilir. Bu durum iş gücü piyasalarında erkek çalışanlara avantaj sağlarken; kadınlar için handikaba neden olmaktadır (Urhan ve Etiler, 2011:204-205). Bunun yanı sıra; yönetici kademesinde çalışan kadınlarda; kültürel yargılar ve toplumsal ataerkile dayanan kimlik, kadın-erkek farklılığına dayanan cinsiyetçi ayrışma, ekonomik katkının yetersizliğine inanma, kendine güven eksikliği, başarılı olmanın yalnızlığa neden olacağı korkusu, tek olma özlemi (kraliçe arı sendromu), mobbing’e yenik düşme, kadının geniş açı ile düşünemeyeceği, kadının analitik yaklaşımlar üretemeyeceği şeklinde sıralanan cinsiyetle alakası olmayan fakat cinsiyetle ilişkilendirilmiş sorunlar da karşımıza çıkmaktadır (Negiz ve Yemen, 2011:201-202).

Kadınların çalışma hayatında karşılaştığı sorunlardan birisi de çocuk sahibi olmasıyla birlikte işine zorunlu ara vermesi iş hayatında kariyer gelişiminde geri kalmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda evlilik, anne olma gibi sebeplerle çalışma hayatında birçok kadın ileri seviye eğitim aşamalarına devam edememektedir (Hıdıroğlu, 2006:11). Bu da kadın yönetici sayısının düşük oranlarda seyretmesinin nedeni sayılabilir.

ABD’de sağlık hizmetleri Türkiye’de olduğu gibi kamusal değildir. Özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Kadın hekimler meslektaşlarının %31’ini oluştururken kazanç konusunda karşımıza ücret eşitsizliği çıkmaktadır. Erkek hekimler, her 1 dolar kazandığında kadın hekimler 58 sent kazanmaktadır. Hemşirelerde de durum farklı değildir, sektörün %90’lık gibi büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmasına rağmen erkek meslektaşlarından 12 sent daha az ücret almaktadırlar (Urhan ve Etiler, 2011:204-205).

Türkiye’de 2009 yılı verilerine göre Sağlık Bakanlığında 118.641 hekim, 105.176 hemşire, 49.357 ebe ve 92.061 sağlık memuru görev yapmaktadır. Hekim sayısının hemşire sayısından fazla oluşu nedeniyle hemşirelerin ve ebelerin kendi işi olmayan alanlarda da çalıştırılmalarına ve ekstra iş yüküne sebep olmaktadır (Urhan ve Etiler, 2011:195). Kadın emeğinin yoğun olduğu sağlık sektörü mesleği olan hemşirelikte başlıca stres ve sorun faktörlerini Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) şu şekilde sıralamıştır: Yöneticilerle çatışma, aşırı iş yükü, hastalarla yakın temas ve ölümcül vakalardaki duygusal stres, icapçılık, uzun saatli vardiyalar halinde çalışma (Hıdıroğlu, 2006:55).

Sağlık sektöründeki ve iş hayatındaki sorunlarından bir tanesi de cinsel tacizdir. İş ortamında cinsel tacizin içeriği ülkeler ve kültürel farklılıklar arasında değişkenlik gösterebilir. Fakat genel olarak; sözlü veya fiili taciz, cinselliğe yönelim sağlayan içerikli diyaloglar ve şakalar, hatta tecavüze varan davranışlar sayılmaktadır. Erkeklerin cinselliği farklı algılaması kadınların tacize daha fazla maruz kalması ile sonuçlanmaktadır. Bu konuda fazla araştırma yapılmaması veya tacize uğrayan mağdurların şikayet etmek yerine sessiz kalmayı seçtikleri görülmüştür. Tacize uğrayanın şikayetçi olduğu durumlarda ise dikkate alınmaması veya tacizcinin iş yerindeki konumu olayın örtbas edilmesi gibi sonuçlar doğurması bu mağdurların sessiz kalmasına yol açan nedenlerdendir. Örnek olarak; Ankara’daki bir hastanede Psikiyatri Klinik Şefi doktor hakkında kadın çalışanlar şikâyetçi olmuş ve soruşturma açılmıştır. Fakat eski başhekimin şikayetleri dikkate almadığı basına da yansımıştır (Hıdıroğlu, 2006:12-13).

Sağlık sektöründe karşılaşılan bir diğer sorun olarak fiziksel şiddet karşımıza çıkmaktadır. Her geçen gün haberlerde ve medyada hasta yakınları tarafından şiddete uğrayan doktorlara ve sağlık çalışanlarına rastlanılmaktadır. Fiziksel şiddetin mağdurlarının diğer sorunlar gibi kadın erkek ayrışmasının ötesinde sağlık çalışanlarına yönelik olması sorunun farklı boyutudur.

Gebelik ve emzirme dönemleri de çalışan kadının çalışma hayatında bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemler kadınların doğası gereği duygusal ve fizyolojik olarak hassas olduğu zamanlardır. Ayrıca çalıştığı koşullar gereği hamileliğin olumsuz etkileneceği düşüncesi ya da bebeğini yeteri kadar emziremediği kaygısı stres faktörü olabilmektedir. Bazı çalışanlar sırf bu dönemlerde işten ayrılmakta veya bir takım

işverenler tarafından dolaylı olarak işi bırakma eylemine zorlanmaktadırlar. Sağlık sektöründe çalışan kadınların büyük çoğunluğu hemşirelerden oluşmaktadır. İş sorumlulukları gereği biyolojik, radyolojik, psikolojik ve fiziksel birçok zorluk ile karşılaşmaktadırlar. Hamileliği zor geçiren, düşük yapan hemşire sayılarının yüksek oranda olduğu ve kadın doktorların büyük çoğunluğunun süt izni kullanamadıklarından yakındıkları bilinmektedir. (Hıdıroğlu, 2006:16-19).

Amerika Birleşik Devletleri, ücretli doğum izninin olmadığı Dünya üzerindeki üç ülkeden biridir. Diğerleri, Papua Yeni Gine ve Umman'dır. 1993 yılında kanunlaşan Family Medical Leave Act (FMLA) olarak tanımlanan ücretsiz 12 haftalık izin, iş güvencesini sağlamakla birlikte, çocuk sahibi olma, evlat edinme ve özel ailevi ve sağlık nedenlerini içermektedir. ABD işgücü istatistikleri bürosu (Bureau of Labor Statistics- BLS)'na göre; çalışanların sadece %12'lik bölümü annelik/babalık izninden faydalanabilmektedir. Ayrıca sadece %5'i annelik izninde normal ücretinin daha azına annelik iznini kullanabilmektedir. Günümüzde ücretli doğum izni California, New Jersey, Massachusetts ve Rhode Island gibi ABD eyaletlerinde farklı oranlarda ve zamanlarda karşılanmaktadır. Doğum izni; California'da ücretin %55'i karşılığında 6 hafta iken, New Jersey'de ücretin %65'ine 6 hafta, Rhode Island'da ise 4 haftalık doğum iznine ücretin %60'ı ödenmektedir (Gilpin; 2015).

Yine ABD işgücü istatistikleri bürosu (Bureau of Labor Statistics)'nın başka bir araştırmasına göre; Çalışan kadınlar yaş itibariyle ilk çocuklarına ortalama 26 yaşında sahip olmaktadır. Dolayısıyla işgücündeki %47'si kadınlardan oluşuyorsa, kadın çalışanlar bazı dönemlerde düşük ücretli çalışma durumunda kalmaktadırlar. Bu durumda çalışan kadınların büyük bir çoğunluğu kariyerleri uğruna evliliği ve anne olmayı ertelemektedirler. Massachusetts Üniversitesi çalışmalarına göre, çocuk sahibi olan kadının düşük ücret politikalarından dolayı kazançları %4 azalmaktadır. Oysa baba olan erkeğin kazancı %6 oranında artmaktadır (Gilpin; 2015).

California Center for Economic and Policy'nin 2011 yılında yapmış olduğu bir araştırmaya göre; ücretli izine çıkan kadınların %91'inde hiç kullanmayanlara oranla olumlu etkiler ortaya çıkmıştır. Ekonomistler tarafından ücretli izin kullananların ücretlerinin düşmesine rağmen işten ayrılma olasılığının düşük olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla doğum iznine çıkanların işe geri dönme olasılıkları yüksektir. Teknoloji endüstrisi gibi yüksek gelir getiren sektörler çalışana değer veren politikalar geliştirmektedir. Google bu konuda piyasanın lideri sayılabilir. 2007 yılında Google'ın annelik iznini 12 haftadan 18 haftaya çıkarması ile almış olduğu olumlu sonuçlar üzerine babalık iznini de 12 haftaya çıkartmıştır. Facebook cinsiyet ayrımı yapmaksızın tüm çalışanlarına bebek sahibi olunca 4000 dolar ikramiye ve eşit süreli izin vermektedir. Apple ise, doğumdan önce 4 hafta sonra 16 hafta izin teklif etmektedir. Babalara ve evlat edinenlere 6 hafta izin vermektedir. Yahoo'da annelere 16 hafta, babalara veya evlat edinenlere 8 hafta ücretli izin verilmektedir. Instagram ve Reddit annelere 17 hafta, Twitter 20 hafta olmak üzere tüm babalara veya evlat edinenlere ücretli izin sağlamaktadır. Apple ve Facebook çalışanlarına yumurta dondurmaya dahi teklif etmişlerdir. Bununla birlikte düşük gelirli sektörlerin aynı politikaları devam ettirdiğini

söylemek mümkündür. Çünkü birkaç azınlıktaki şirketin yapmış olduğu personel odaklı iyileştirme federal ya da eyalet kanunlarına dönüşmediği sürece tüm Amerikalıları kapsamayacaktır (Gilpin; 2015).

ABD’de Sağlık Çalışanlarının çoğunluğu kadınlardan oluşmasına rağmen bu oran yıllar geçtikçe azalmaktadır. Lakin sağlık mesleklerinin çatısının erkekler yararına olduğunu da söylemek gerekir. Erkek doktorların kadın doktorlara oranı 3 kat daha fazladır. Sağlık desteği gibi çatının alt basamaklarında bulunan mesleklerde ise çoğunluğu yüzde 90 oran ile kadınlar oluşturmaktadır. Kadın doktor sayısında yüzde 44’lük gibi sürekli bir artış yaşandığı tespit edilse dahi; erkek doktor ve cerrahların aynı dallarda kadın meslektaşlarına göre yüzde 50 daha fazla kazandıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerde de benzer durum söz konusudur. Kadın hemşireler erkeklerden 12 kat daha fazla sayıya sahip olsalar bile kadın hemşireler lisanslı pratik hemşirelerde yoğun iken; erkek hemşirelerin daha fazla kazanç sağlayan kayıtlı hemşirelik dalına yöneldiği tespit edilmiştir (Carnevale, vd., 2012:12).





BÖLÜM 3: KOCAELİ/TÜRKİYE VE SAN DIEGO/ABD'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN KADINLARIN ÇALIŞMA HAYATINDA KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLERE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Araştırma, sağlık sektöründe farklı meslek gruplarındaki kadınların çalışma hayatında karşılaştıkları güçlükleri incelemek; konuya ABD ve Türkiye'deki sağlık çalışanı kadınların sorunlarının farklılıkları ve benzer yönlerini yansıtmak amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Amerika Birleşik Devletlerinin California Eyaletinin San Diego şehrindeki çeşitli özel hastanelerde çalışan 111 kadın sağlık çalışanı ile yüz yüze çoktan seçmeli kapalı uçlu soru paketi ile araştırma yapılmıştır. Çalışma saatlerinde soruları yanıtlama imkânı olmadığından veya işin önemi nedeniyle sorular genellikle vardiya değişimi sonrasında yapılmıştır. Türkiye'de ise; Kocaeli şehrindeki çeşitli özel hastanelerde çalışan 101 sağlık çalışanı ile araştırma yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme toplam 212 kişiden oluşmaktadır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Sağlık Merkezleri

Araştırmaya Katılan Sağlık Merkezleri	Katılan Sayısı
Özel Hastane-1 (San Diego/ABD)	80
Özel Hastane-2 (San Diego/ABD)	31
Özel Hastane-1 (Kocaeli/TR)	39
Özel Hastane-2 (Kocaeli/TR)	35
Özel Hastane-3 (Kocaeli/TR)	27

3.3. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada kullanılan soru paketine katılan bireylerin soruları tam olarak anladığı ve samimi bir şekilde cevapladığı varsayılmıştır.

Araştırmada kullanılan soruların uygulama yönünden yeterli olduğu varsayılmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma ilgili sağlık merkezlerindeki tüm personeli kapsamamaktadır. Rasgele katılımcılar seçilmiş araştırmaya katılmak isteyip/istemedikleri sorulmuştur. Katılımcıların bazı sorularda tereddüde düştükleri değerlendirilmektedir. Bazı katılımcıların araştırmaya katılım konusundaki isteksizlikleri, ABD'de araştırma yapmanın güçlüğü çalışmanın zorluklarını oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanları arasında Türkiye'de 7, ABD'de 4 kadın doktor katılmıştır. Bu sayı analiz açısından yetersiz olduğundan dolayı elimine edilerek değerlendirilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

H1- ABD'deki sağlık çalışanı kadınların Türkiye'ye göre çalışma koşulları daha iyidir.

H2- Eğitimi alınan işi yapmanın işi tatmini ile doğrudan ilişkisi mevcuttur.

H3- Türkiye'deki sağlık çalışanları işyerinde hakların kullanımını konusunda engeller ile karşılaşmaktadırlar.

3.6. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın 3. Bölümünde Kocaeli/Türkiye ve San Diego/ABD'de kadın sağlık çalışanlarına uygulanan çoktan seçmeli/kapalı uçlu soru paketi çalışmasına yer verilmiştir. Araştırmada kullanılan soru paketi 54 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara yaş, medeni hal, eğitim durumu gibi demografik soruların yanı sıra işlerinden memnuniyetleri, cinsel ve psikolojik taciz, ayrımcılık, işin zorluk yn gibi konuya ilişkin sorular sorulmuştur. Cevapların samimi ve gerçeği yansıtması için isim yazmalarına gerek olmadığı belirtilmiştir. Araştırma yüz yüze uygulanmıştır.

Araştırmaya yönelik verilerin analizinde ve yorumlanmasında SPSS 22.0 programını kullanılmıştır. Sonuçlar literatür taraması ile elde edilen bilgilerle yorumlanmıştır.

3.7. Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarına demografik olarak, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma sürelerine ilişkin sorular sorulmuştur. Katılımcıların sorulara göre dağılımını Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları

Değişkenler	Seçenekler	Türkiye Sayı	Türkiye %	ABD Sayı	ABD %
Yaş	Boş	1	1	0	0
	15-19	3	3	2	1,8
	20-24	23	22,8	10	9,0
	25-29	17	16,8	27	24,3
	30-34	15	14,9	26	23,4
	35-39	19	18,8	9	8,1
	40-44	11	10,9	10	9,0
	45-50	8	7,9	9	8,1
	50 veya üstü	4	4,0	18	18
	Toplam		101	100	111	100
Eğitim	Okuma-Yazma bilmiyor	0	0	0	0
	Okur-yazar	0	0	0	0
	İlkokul	0	0	0	0
	Ortaokul	0	0	1	0,9
	Lise	20	19,8	2	1,8
	Yüksek okul /Mes.Yük.Ok.	14	13,9	60	54,1
	Üniversite	61	60,4	40	36
	Yüksek Lisans/Doktora	6	5,9	8	7,2
	Toplam		101	100	111	100
Medeni Durum	Evli	63	62,4	53	47,7
	Bekar	30	29,7	46	41,4
	Diğer	8	7,9	12	10,8
	Toplam		101	100	111	100
Çalışma Süresi	Boş	0	0	1	0,9
	0-6 Ay	6	5,9	1	0,9
	6-12 Ay	5	5,0	3	2,7
	1 Yıl veya Daha Fazla	9	8,9	7	6,3
	2-4 Yıl	11	10,9	10	9,0
	4-6 Yıl	9	8,9	13	11,7
	6-8 Yıl	8	7,9	8	7,2
	8-10 Yıl	7	6,9	8	7,2
	10 Yıl veya Daha Fazla	46	45,5	60	54,1
Toplam		101	100	111	100

3.8. Araştırmanın Değerlendirilmesi

Tablo 12. Mesleğe Göre Alman Ücret

Meslekler	Ülke	Yanıtsız (%)	1500 ve altı (%)	1501-2500 (%)	2501-3500 (%)	3501-5000 (%)	5001-6000 (%)	6500 ve üstü (%)
Yanıtsız	TR	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	ABD	60,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0	0,0
Hemşire/Ebe	TR	11,5	7,7	19,2	38,5	23,1	0,0	0,0
	ABD	25,0	0,0	0,0	11,1	30,6	8,3	25,0
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	18,2	18,2	3,0	45,5	12,1	0,0	3,0
	ABD	40,5	7,1	21,4	14,3	9,5	0,0	7,1
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	8,8	44,1	29,4	11,8	5,9	0,0	0,0
	ABD	45,8	4,2	37,5	4,2	8,3	0,0	0,0
Toplam	TR	13,8	24,5	17,0	30,9	12,8	0,0	1,1
	ABD	37,4	3,7	16,8	12,1	15,9	2,8	11,2

Not: Ücretler; Türkiye’de Lira, ABD’de Dolar cinsindedir.

Kocaeli/Türkiye ve San Diego/ABD’de yapılan araştırmada katılımcılara ne kadar ücret alıyorsunuz diye sorulduğunda ABD’li sağlık çalışanlarının çoğunluğu aldıkları ücreti belirtmemiştir. Belirtenlerin ise, buldukları meslek grubunun yaptığı işin ücreti konusunda değerlendirme yapmak mümkün değildir. Türkiye’deki katılımcılarda ise durum farklıdır. Belli meslek grupları standart ücret almaktadır. Örneğin; Türkiye’de Hemşire/ebe ile Sağlık yardımcı meslekleri grubundan olanlar ortalama 2501-3500 TL ücret alırken; İdari hizmetler meslek grubundan olanların çoğunluğu 1500 TL ve altı ücret almaktadır.

İki ülke açısından hemşire/ebe meslek gruplarını ücret olarak değerlendirecek olursak; ABD’deki hemşirelerin ücret sorusunu yanıtlayanların çoğunun Türkiye’deki meslektaşlarına göre döviz kuru farkına rağmen daha iyi ücret aldıkları görülmektedir.

Tablo 13. Yaptıkları İşin Eğitimini Alanların Oranı

Meslekler	Ülke	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	100,0	0,0
	ABD	100,0	0,0
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	100,0	0,0
	ABD	95,2	4,8
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	50,0	50,0
	ABD	75,0	25,0
Toplam	TR	80,9	19,1
	ABD	91,6	8,4

Türkiye ve ABD’de sağlık çalışanları meslek grupları açısından büyük ölçüde eğitim aldıkları işi yapmaktadırlar. Sağlık sektöründe çalışabilmek için özel bir eğitim almak gerektiğinden dolayı bu gayet normaldir. Fakat söz konusu idari hizmetler/tıbbi sekreter/yönetici asistanı meslek grubu olunca durum farklılık göstermektedir. Bu meslek grubundaki katılımcılardan Türkiye’de olanların yarısı, ABD’de olanların ise 4/3’ü eğitim aldığı alanda çalışmamaktadır. Dolayısıyla idari hizmetler meslek grubunda çalışanlar bu alanda eğitim almasalar bile mevcut işlerini yapabildikleri söylenebilir.

Tablo 14. Ayrımcılığa Uğrayanların Oranı

Meslekler	Ülke	Yanıtız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	0,0%	73,1%	26,9%
	ABD	0,0%	33,3%	66,7%
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	0,0%	54,5%	45,5%
	ABD	0,0%	21,4%	78,6%
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	2,9%	76,5%	20,6%
	ABD	0,0%	33,3%	66,7%
Toplam	TR	1,1%	67,0%	31,9%
	ABD	0,0%	28,0%	72,0%

Sağlık sektöründe çalışan iki ülkenin kadın sağlık çalışanları arasında ayrımcılığa uğrama konusunda ciddi farklılıklar tespit edilmiştir. Çalışma yaşamında ayrımcılığa uğradığını düşünenler arasında farklı meslek grupları ve toplam sağlık çalışanları arasında Türkiye'deki katılımcılar daha fazla ayrımcılığa uğradıklarını düşünmektedirler. ABD'li katılımcıların çoğunluğu ayrımcılıkla karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir.

Türkiye ve ABD'deki katılımcılar arasında ayrımcılığa uğradığını düşünenlerde öncelikli olarak idari hizmetler çalışanları gelmektedir. Hiyerarşik olarak bu meslek grubunun en alt basamakta bulunduğundan dolayı en çok ayrımcılıkla karşılaştığı söylenebilir. Bu meslek grubunda da Türkiye'deki katılımcılar ABD'li meslektaşlarına oranla daha fazla ayrımcılığa uğradığını ifade etmişlerdir.

Tablo 15. Ayrımcığa Maruz Kalınan Konular

Meslekler	Ülke	Boş (%)	Ücret (%)	İzin (%)	Terfi (%)	Kadın olmam nedeni ile (%)	Etnik köken (%)	Din (%)	Diğer (%)
Hemşire/Ebe	TR	42,3	15,4	30,8	7,7	0,0	3,8	0,0	0,0
	ABD	75,0	0,0	2,8	5,6	2,8	11,1	2,8	0,0
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	51,5	3,0	30,3	0,0	0,0	0,0	0,0	15,2
	ABD	88,1	0,0	2,4	0,0	0,0	9,5	0,0	0,0
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	50,0	2,9	26,5	8,8	0,0	0,0	0,0	11,8
	ABD	87,5	0,0	0,0	0,0	4,2	4,2	0,0	4,2
Toplam	TR	48,9	6,4	28,7	5,3	0,0	1,1	0,0	9,6
	ABD	83,2	0,0	1,9	1,9	2,8	8,4	0,9	0,9

Ayrımcılık konusunda bir karşılaştırma yapıldığında ise; Türkiye'deki katılımcıların tüm meslek gruplarında çoğunluğu izin konusunda ayrımcılıkla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. ABD'li katılımcıların çoğunluğu herhangi bir ayrımcılığa uğradığını belirtmese dahi, ayrımcılığa uğradığını düşünenlerin etnik kökenden dolayı ayrımcılığa uğradığını ifade etmesi dikkat çekicidir. Bundan yola çıkılarak etnik köken ile ayrımcılık konusunda ABD'de çok mücadele edilse bile sorunun tam olarak çözülemediğini düşündürmektedir.

Tablo 16. Çalışma Hayatında Sahip Olunan Haklar Konusundaki Bilinç Düzeyi

Meslekler	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	3,8	92,3	3,8
	ABD	0,0	94,4	5,6
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd. Mes. /Laborant/Eczacı	TR	3,0	84,8	12,1
	ABD	7,1	83,3	9,5
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	0,0	82,4	17,6
	ABD	4,2	91,7	4,2
Toplam	TR	2,1	85,1	12,8
	ABD	3,7	88,8	7,5

İki ülkedeki sağlık çalışanı kadınların çoğunluğu çalışma yaşamına yönelik haklarını bildiklerini ifade etmektedirler. Hakların bilincine yönelik meslek grupları incelendiğinde en fazla bilincin hemşire/ebe meslek grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 17. Çalışma Hayatında Cinsel Tacize Uğrama Oranı

Meslekler	Ülke	Evet (%)	Hayır (%)	Emin Değilim (%)
Hemşire/Ebe	TR	15,4	80,8	3,8
	ABD	19,4	77,8	2,8
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	6,1	93,9	0,0
	ABD	9,5	85,7	4,8
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	14,7	85,3	0,0
	ABD	8,3	91,7	0,0
Toplam	TR	11,7	87,2	1,1
	ABD	13,1	84,1	2,8

Sağlık çalışanlarına cinsel tacize uğradınız mı? sorusu yöneltildiğinde evet yanıtı verenler iki ülkede de azınlıktadır. Lakin sorunun iki ülkede de mevcut olduğunu göstermektedir. Türkiye ve ABD’de cinsel tacize uğradığını ifade edenlerin çoğunluğu hemşire/ebe meslek grubundadır. Ayrıca emin değilim seçeneğini işaretleyenlerden yola çıkılarak bu sorunu ifade etmekten çekinenler olduğu da düşünülmektedir.

Tablo 18. İşyerinde Sahip Olunan Hakların Kullanılmasında Engel Yaşanıp Yaşanmadığı

Meslekler	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	0,0	76,9	23,1
	ABD	5,6	8,3	86,1
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	3,0	57,6	39,4
	ABD	7,1	2,4	90,5
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	2,9	61,8	35,3
	ABD	0,0	0,0	100,0
Toplam	TR	3,2	63,8	33,0
	ABD	4,7	3,7	91,6

ABD’de sağlık çalışanı kadınların yüksek çoğunluğu işyerinde haklarının kullanımı konusunda bir sorun yaşamamıştır. Bu cevaplar neticesinde ABD sağlık çalışanlarının işyeri hakları konusunda memnun oldukları söylenebilir.

Türkiye’de ise durum ABD’den farklıdır. Kadın sağlık çalışanları meslek grubu farklılığı olmaksızın hakların kullanımı konusunda iş yerinde sorun yaşamaktadır. En yüksek oranda sorunla karşılaşanların hemşire/ebe meslek grubu mensupları olduğu görülmektedir. Ayrıca bazılarının işten atılırim, kimliğim ortaya çıkar gibi nedenlerle çekimser kaldığı düşünülmektedir.

Tablo 19. Çalışırken Ailenin İhmal Edilmesi

Meslekler	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	3,8	69,2	26,9
	ABD	0,0	41,7	58,3
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	0,0	69,7	30,3
	ABD	2,4	33,3	64,3
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	0,0	70,6	29,4
	ABD	4,2	54,2	41,7
Toplam	TR	1,1	69,1	29,8
	ABD	1,9	40,2	57,9

Türkiye’deki katılımcılar arasında ABD’deki katılımcılara göre çalışırken ailesini ihmal ettiğini düşünenler daha fazladır. Fakat bu sonuçlara istinaden bir yorum yapılamamaktadır.

Tablo 20. Ait Hissedilen Sosyo-Ekonomik Sınıf

Meslekler	Ülke	Yanıtsız (%)	Üst-Sınıf (%)	Orta-Sınıf (%)	Düşük-Sınıf (%)
Hemşire/Ebe	TR	0,0	0,0	92,3	7,7
	ABD	2,8	2,8	91,7	2,8
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	0,0	6,1	69,7	24,2
	ABD	7,1	2,4	76,2	14,3
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	0,0	0,0	73,5	26,5
	ABD	4,2	0,0	87,5	8,3
Toplam	TR	0,0	2,1	77,7	20,2
	ABD	4,7	2,8	83,2	9,3

İki ülkede de sağlık çalışanlarının çoğunluğu kendini orta sosyo-ekonomik sınıfa ait hissetmektedir. Sadece Türkiye'deki idari hizmetler meslek grubundaki katılımcılar kendilerini ABD'deki emsallerine göre daha fazla oranla düşük sınıfa ait hissetmektedirler. Fakat bu değerlendirmenin iki ülkenin kültürel, sosyal ve ekonomik koşullarının farklılıklarının yanı sıra katılımcıların kişisel düşüncelerinin yansımaları olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 21. Ev-İş Hayatı Dengesinin Olup Olmadığı

Medeni Durum	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Evli	TR	1,8	43,9	54,4
	ABD	4,0	40,0	56,0
Bekar	TR	3,3	33,3	63,3
	ABD	0,0	40,0	60,0
Diğer	TR	14,3	28,6	57,1
	ABD	0,0	33,3	66,7
Toplam	TR	3,2	39,4	57,4
	ABD	1,9	39,3	58,9

Türkiye ve ABD'de katılımcıların belli bir cevapta yoğunlaşmaması ev ve iş hayatı dengesinde sağlık sektöründe bir sorun olduğu sonucunu doğurmamaktadır. Bu konudaki sorunların kişilerin ev, iş, aile ortamları ve karakterlerine bağlı olarak ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Tablo 22. Eğitim Durumu ile Çalışma Yaşamındaki Hakların Bilinci Oranı

Eğitim Durumu	Ülke	Yanıtsız %	Evet %	Hayır %
Ortaokul (Middle School)	TR	0,0	0,0	0,0
	ABD	0,0	100,0	0,0
Lise (High School)	TR	10,0	85,0	5,0
	ABD	0,0	100,0	0,0
Yüksek okul / Meslek.Yük.Ok. (College)	TR	0,0	85,7	14,3
	ABD	5,0	86,7	8,3
Üniversite (Univesity Degree)	TR	0,0	86,0	14,0
	ABD	0,0	92,5	7,5
Yüksek Lisans-Doktora (Post Education-Doctorate)	TR	0,0	66,7	33,3
	ABD	25,0	75,0	0,0
Toplam	TR	2,1	85,1	12,8
	ABD	3,7	88,8	7,5

İki ülkede araştırma yapılırken mezun olunan okullar verdikleri eğitim ve denklik açısından tabloda belirtildiği gibidir. Türkiye’de katılımcıların çoğunluğu üniversite mezunu iken, ABD’de katılımcıların çoğunluğu yüksek okul (college) mezunudur.

Araştırmadaki bu soruya katılımcıların çoğunluğu iki ülkede de evet yanıtını vermiştir. İki ülkede de üniversite mezunları en fazla bilince sahip kesimi oluşturmaktadır.

Tablo 23. Medeni Durum ile Çalışırken Ailenin İhmal Edildiği Algısı Olup/Olmadığı

Medeni Durum	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Evli	TR	0,0	77,2	22,8
	ABD	2,0	42,0	56,0
Bekar	TR	3,3	60,0	36,7
	ABD	2,2	40,0	57,8
Diğer	TR	0,0	42,9	57,1
	ABD	0,0	33,3	66,7
Toplam	TR	1,1	69,1	29,8
	ABD	1,9	40,2	57,9

ABD’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni halinin bu soruya yanıtı incelendiğinde; evli, bekar, dul yada boşanmış olanların çoğunlukta olduğundan söz edilemez. Türkiye’de sağlık çalışanı kadınlar özellikle evli olanlar çalışırken ailesini ihmal ettiğini düşünerek çalışmakta olduğu söylenebilir.

Tablo 24. Medeni Durum ile İş yerinde İnisiyatif Alma İlişkisi

Medeni Durum	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Evli	TR	3,5	52,6	43,9
	ABD	4,0	76,0	20,0
Bekar	TR	3,3	56,7	40,0
	ABD	0,0	86,7	13,3
Diğer	TR	0,0	57,1	42,9
	ABD	0,0	75,0	25,0
Toplam	TR	3,2	54,3	42,6
	ABD	1,9	80,4	17,8

İş yerinde inisiyatif alma konusunda ABD’li sağlık çalışanı kadınlar Türkiye’deki meslektaşlarına göre daha fazla inisiyatif almaktadırlar. ABD’de özellikle bekâr olan sağlık çalışanlarının bu konuda daha cesur oldukları söylenebilir. Bunun da nedeninin almış oldukları inisiyatifin olumsuz sonuçlarına tek başına katlanacakları olması düşünülebilir. Fakat sağlık sektörü gibi insan hayatına etki eden bir mesleği icra eden kişinin inisiyatif almasının bir kişinin hayatını kurtarabileceği düşünülmelidir.

Tablo 25. İşyeri Kaynaklı Sağlık Sorunu ile Karşılaşma

Meslekler	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Boş	TR	0,0	0,0	100,0
	ABD	0,0	0,0	100,0
Hemşire/Ebe	TR	0,0	53,8	46,2
	ABD	0,0	33,3	66,7
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	0,0	43,8	56,3
	ABD	2,4	9,5	88,1
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	0,0	48,5	51,5
	ABD	0,0	12,5	87,5
Toplam	TR	0,0	47,8	52,2
	ABD	0,9	17,8	81,3

Türkiye’deki katılımcıların yarısı işyeri kaynaklı sağlık sorunu yaşamıştır. Hemşire/ebe meslek grubunda olanlarda bu oran daha fazladır. Bunun nedeni olarak hemşire/ebe meslek grubu sağlık çalışanlarının temasta bulunduğu perspektifin genişliğinden

kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. ABD’de ise işyeri kaynaklı sağlık sorununda bu oran neredeyse katılımcıların 1/5’i kadardır. Sağlık teknikeri ve idari hizmetler meslek grubu çalışanların ABD’deki meslektaşlarına göre çok daha fazla oranla sağlık sorunu ile karşılaştıklarını belirtmeleri dikkat çekicidir.

ABD’de araştırmaya katılanların çoğunluğu işyeri kaynaklı bir sağlık sorunu yaşamamış ve aynı zamanda sağlıklı ortamda çalıştığını düşünmektedir. –Tablo 26– da görüldüğü gibi sağlıklı ortamında çalıştığını düşünenler ABD’de çoğunluktadır. Türkiye’de ise katılımcıların 2/3’ü sağlıklı ortamda çalıştığını düşünmemektedir. Meslek grupları bazında incelendiğinde oranların daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlıklı ortamda çalıştığını düşünmeyen birinin işyeri kaynaklı sağlık sorunu yaşaması olasılığı da yüksektir.

İki ülkedeki sağlık çalışanı kadınların çalışma ortamı sağlığı hakkındaki algılarının bu oranda zıt oluşunun hastanelerin hijyenik koşullarının farklı olabileceği düşüncesini de oluşturmaktadır.

Tablo 26. Çalışma Ortamının Sağlığı

Meslekler	Ülke	Yanıtız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	0,0	24,0	76,0
	ABD	0,0	80,6	19,4
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	0,0	28,1	71,9
	ABD	2,4	88,1	9,5
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	0,0	37,5	62,5
	ABD	0,0	95,8	4,2
Toplam	TR	0,0	31,1	68,9
	ABD	0,9	87,9	11,2

Tablo 27. İş Tatmini

Meslekler	Ülke	Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	0,0	79,2	20,8
	ABD	2,8	97,2	0,0
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	0,0	87,1	12,9
	ABD	0,0	95,2	4,8
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	0,0	57,6	42,4
	ABD	0,0	95,8	4,2
Toplam	TR	0,0	74,2	25,8
	ABD	0,9	96,3	2,8

Sağlık sektöründeki mesleklere göre iş tatmini de iki ülkede farklılıklar göstermektedir. ABD’li katılımcıların her meslek grubunda neredeyse tamamı işyerinde mutlu olduklarını ifade ederken; Türkiye’deki katılımcılarda bu oran ABD’ye göre daha azdır.

Türkiye’de özellikle idari hizmetler meslek grubunun yarısı iş yerinde mutlu değildir. Bunun nedenleri olarak ücret, hakların kullanılması konusunda karşılaşılan engeller ve en önemlisi olarak eğitimi alınan işin yapılmaması sayılabilir. –Tablo 28– de görüldüğü gibi eğitimi aldıkları işi yapmayan sağlık çalışanlarının iş tatmini düşüktür. ABD’li katılımcılarda iş tatmini yüksek olsa bile eğitimi aldıkları işi yapmayanların eğitimi aldıkları işi yapanların gerisinde olduğu görülmektedir.

Tablo 28. Eğitim Alınan İşin İş Tatmininde Etkisi Olup Olmadığı

Eğitimi Aldığınız İşimi Yapıyorsunuz?	Ülke	İşinizde Mutlu musunuz?		
		Yanıtsız (%)	Evet (%)	Hayır (%)
Evet	TR	0,0	81,7	18,3
	ABD	1,0	96,9	2,0
Hayır	TR	0,0	44,4	55,6
	ABD	0,0	88,9	11,1
Toplam	TR	0,0	74,2	25,8
	ABD	0,9	96,3	2,8

Tablo 29. Yapılan İşin Ücret Karşılığı ile İlişkisi

Meslekler	Ülke	Evet (%)	Hayır (%)	Emin Değilim (%)
Hemşire/Ebe	TR	24,0	72,0	4,0
	ABD	61,1	36,1	2,8
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	21,2	69,7	9,1
	ABD	40,5	38,1	21,4
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	8,8	70,6	20,6
	ABD	41,7	37,5	20,8
Toplam	TR	17,4	70,7	12,0
	ABD	48,6	37,4	14,0

Türkiye yapılan araştırmada katılımcıların çoğunluğu aldıkları ücretin yaptıkları işin karşılığı olduğunu düşünmemektedir. Bu oran meslek gruplarında ciddi farklılıklar göstermektedir. En az memnun olan meslek grubu idari hizmetler çalışanlarıdır. İdari hizmet çalışanlarının çoğunluğunun Türkiye’de asgari ücret aldıkları düşünülürse bu sorunun bu nedenden kaynaklı olabileceği değerlendirilmektedir. Hemşire/ebe ve sağlık yardımcıları meslek gruplarında ise çalışanlarının sayısının ABD’ye göre çok az olması nedeniyle alınan ücretin yapılan işin karşılığı olmadığı, bunun da cevaplara yansıdığı düşünülebilir.

Tablo 30. İşyerinde Mobbinge Uğrama

Meslekler	Ülke	Evet (%)	Hayır (%)
Hemşire/Ebe	TR	61,5	38,5
	ABD	27,8	72,2
Sağlık teknikeri/Sağlık Yrd.Mes./Laborant/Eczacı	TR	66,7	33,3
	ABD	12,2	87,8
İdari hizmetler/Tıbbi Sekreter/Yön.asistanı	TR	52,9	47,1
	ABD	20,8	79,2
Toplam	TR	59,6	40,4
	ABD	19,8	80,2

Çalışma hayatında mobbinge maruz kaldıklarını ifade eden iki ülke sağlık çalışanları arasında Türkiye'deki katılımcılar ABD'li meslektaşlarına göre daha fazladır. Türkiye'de sağlık çalışanlarından araştırmaya katılanların yarısından fazlası mobbinge uğramıştır. ABD'de bu oran Türkiye'deki mağdurların yarısından daha azdır. Meslek grupları incelendiğinde ve ABD ile kıyaslandığı zaman sorunun derinliği daha net görülmektedir. İşyerinde hakların kullanımı konusunda sorunlar yaşanması, iş mutluluğu ortamının oluşturulamamasının mobbing için gerekli psikolojik şartları oluşturduğu değerlendirilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, sağlık sektöründe çalışan kadınların sorunları Kocaeli/Türkiye ile San Diego/ABD’de yapılan araştırma sorularına verilen yanıtlar ışığında incelenmiş, bunların neler olduğu saptanmaya çalışılmıştır. İki ülkenin kadın sağlık personelinin kıyaslaması: ücret, ayrımcılık, taciz, çalışma şartları, hakların kullanımı, mobbing, çalışma ortamının sağlığı, çalışma ortamında mutluluk gibi sorun başlıkları üzerinden ele alınmış ve sorunların çözümüne yönelik öneriler sunulmuştur. Araştırmanın hipotezlerinin doğrulandığı görülmüştür.

Türkiye ve ABD’nin sağlık personeli sayılarında ciddi farklılıklar mevcuttur. İki ülkenin yüz ölçümü, nüfusu gibi demografik verileri aynı olmasa bile; bu sayılar nüfusla kıyaslandığı zaman kişi başına düşen doktor, hemşire ve sağlık personeli sayıları ile doktor-hemşire sayılarında Türkiye’nin geride olduğu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla sağlık personeli sayısında iyileştirmeye ihtiyaç vardır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında ise ABD’de ücretlerin standart olmadığı her işkolunda farklı ücretlerde personel çalıştırıldığı görülmektedir. Türkiye’de ise her işkolunda üretilen işin ortalama bir standart ücreti mevcuttur. Kadın erkek ayrımı gözetmeden yapılan işin ve işi yapanın niteliğine, değerine göre ücret belirlenmesinin sorunun çözümünde etkili olabileceği değerlendirilmektedir. Çünkü bir işin ortalama bir ücreti olduğu zaman işi yapan kişinin ortalama bir performans ortaya koymasına sebebiyet vermektedir. Oysa işin değerine göre ücret verildiğinde kişi verimliliğini arttırmak yönünde teşvik edilecek ve çaba sarf etmesi sağlanacaktır.

Araştırmada ortaya çıkan bir diğer sorun da ayrımcılıktır. Bu konuda ABD’deki katılımcıların azınlığı ayrımcılığa uğradığını ifade etmektedir. Fakat ayrımcılığa uğradığını düşünenlerin çoğu etnik kökeninden dolayı ayrımcılığa uğradığını belirtmiştir. Türkiye’de ise ayrımcılığa uğradığını belirtenlerin çoğunluğu izin, terfi ve ücret şeklinde dağılım göstermekte ve ayrımcılığın hiyerarşik olarak arttığı görülmektedir. Bu konuda kurum kültürünün oluşturulması, izin konularında personele hakkının verilmesi sağlanmalıdır. İzne ihtiyacı bulunan personelin verimliliğinin azalacağı unutulmamalıdır.

Çalışma yaşamında diğer bir sorun olan hakların kısıtlanmasıdır. ABD’li katılımcılar bu konuda sorunla karşılaştıklarını belirtmezken, Türkiye’de bu konuda bir sorun mevcuttur. İki ülkede de katılımcılar çalışma yaşamına ilişkin haklarını büyük ölçüde bildiklerini ifade etseler bile, Türkiye’deki katılımcılar haklarını bilmelerine rağmen hakların kullanımında yaşanan sorun, hakların kullanımı konusunda mücadelede başka sorunların olduğunu işaret etmektedir.

Çalışırken ailesini ihmal ettiğini düşünenler arasında araştırmaya katılanlardan Türkiye’de evliler çoğunluktadır. ABD’de ise böyle bir durum söz konusu değildir. Bu konuda aile yapısının Türkiye’de çok daha önemli oluşu, kadının çalışan kimliğinden ziyade anne ve eş duygularının ön planda olduğu düşünülebilir. Geleneksel toplum kültürü, kişilik yapısı, aile bağlarının bu konuda etkileyici unsur olduğu değerlendirilmektedir.

ABD’li katılımcılar iş yerinde inisiyatif alma konusunda Türkiye’deki katılımcılara göre daha aktiftir. Sağlık sektörü gibi insan sağlığına etki eden bir sektörde inisiyatif alma çok önemlidir. Personelin bu konuda geliştirilmesi ve desteklenmesi sağlanmalıdır. İnisiyatif alabilen kişilerin sorun çözmede, zamanı etkin kullanmada faydalı katkılar sağlayacağı unutulmamalıdır.

Türkiye’deki sağlık çalışanları iş yerinde ABD’li meslektaşları kadar mutlu değildir. ABD’li araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının tamamına yakını işyerinde mutlu olduğunu belirtmektedir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında Türkiye ve ABD’li katılımcılarda mobbing ve yapılan işin ücret olarak karşılığı gibi konularda ciddi oranlarda farklılıklar mevcuttur. İş tatmininde ücret, izin gibi sosyal hakların yanı sıra eğitim gördüğü işi yapmanın ve inisiyatif alabilmenin olumlu etkileri mevcuttur. Fakat mobbingin sık gerçekleştiği bir ortamda çalışma veya yasalar tarafından verilen hakları kullanamama gibi durumların iş mutluluğuna olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada dikkat çeken diğer sorun ise Türkiye’deki katılımcıların sağlıklı ortamda çalışmadıklarını ve iş yeri kaynaklı sağlık sorunu yaşadığını ifade edenlerin ABD’li katılımcılara oranla çok daha yüksek düzeylerde olduğu görülmektedir. Hastane gibi toplum sağlığını tedavi ve kontrol eden kurumlarda hijyen ve sterilizasyon konusunun çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

Türkiye’nin modern, çağdaş ve gelişmiş ülkelerin seviyesine erişebilmesi; ekonomik, sosyal ve siyasi alanlarda kadın etkinliğinin tam anlamıyla sağlanması ile mümkün olacaktır. Son yıllarda yapılan reformların istihdam düzeylerinde bir ivme kazandırdığı ortadadır. Fakat gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında bu rakamların rekabet edilebilirlik düzeyinde olmadığı görülmektedir.

Çalışan kadınların kariyer aşamalarında sektöre uğramamaları için; erteledikleri evlilik ve annelik dönemleri zaman zaman toplumsal sorunlara dönüşebilmekte ve insanlar evlenmemeye başlamakta ya da yaş ilerlemesi sebebiyle hamilelikte sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Ücret eşitsizliği, çalışma hayatında kadının karşılaştığı bir diğer sorundur. Bu durum sağlık sektöründe de farklı değildir. Örneğin; geliri diğer dallara göre daha fazla olan cerrahlar genellikle erkektir. Erkeklerle aynı işi yapan kadın sağlıkçılar onların aldığı ücretin ortalama %70-80’ini kazanırken aynı oranda harcanan emeğin ve ortaya çıkarılan işin eşit ücretlendirilmemesi motivasyonu ve verimi düşürmektedir.

Kadınların işyerinde bir diğer sorun olan cinsel taciz konusu ise sosyal, psikolojik hasarlar doğurabilmektedir. Kadınların büyük bir çoğunluğu tacize maruz kaldığında sessiz kalmayı seçmektedir. Sorunu kendi benliğinde çözmeye çalışan kadın yalnızlaşmakta, çalışma verimi düşmekte ve başta depresyon olmak üzere psikolojik sorunlarla baş başa kalmaktadır. Cinsel tacizin suç kapsamı genişletilmeli, mağdurların kendilerini ifade edebilecek ve ifade ettiğinde mağduriyetin katlanmamasını sağlayacak toplum kültürü inşa edilmelidir.

Çalışma hayatında psikolojik taciz de önemli bir sorundur. Kadınlar psikolojik tacizle karşılaşır olsalar bile aslında bu sorunun cinsiyeti yoktur. Stresörleri arasında iş

arkadaşları, yöneticiler, hastalar bulunmaktadır. O an psikolojik gücü/yetkiyi elinde bulunduran ya da bulundurduğunu düşünen kişi en ufak sıkıntıda işi psikolojik şiddete, bağırma ve hatta fiziksel şiddete dönüştürebilmektedir. Bu sorunun çözümünde en büyük faktör eğitilmiş, hoşgörü sahibi toplumlar yetiştirebilmekten geçmektedir. Toplumları yetiştiren eğitimidir ve en temel eğitim ailede anne eliyle başlamaktadır.

Kadınlar iş koşullarında ne kadar çaba harcasalar da terfi, yükselme ve yönetici konumlarında çalışma konusunda erkekler kadar yer alamamaktadırlar. Cam tavan diye adlandırılan bu kuralsız engellemeler her sektörde karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sektöründe de durum farklı değildir. Hastane başhekimleri, tabipler odası başkanları ve yöneticiler genellikle erkektir. Tabii ki kadınların bu yönetici konumlarına gelememelerinde doğum ve annelik süreçlerinde oluşan kariyer dondurma dönemlerinin de etkisi mevcuttur. Kadınlara daha esnek ve teşvik edici çalışma koşullarının sunulması yönetici olmalarının desteklenmesi cam tavan ayırıştırmasının yok olmasında etkili olacağı değerlendirilmektedir.

ABD'nin sağlık personeli verilerine çok eski yıllardan itibaren ulaşılabilirken; Türkiye'de aynı durum söz konusu değildir. İstatistikî veriler yetersizdir. Gelişmenin şartlarından birisinin de geçmişi değerlendirmek olduğu unutulmamalıdır. Geçmişteki verilerden yararlanılarak yanlışların tekrar edilmemesi ve doğrunun bulunması sağlanabilir.

Araştırma sonuçlarına istinaden San Diego/ABD kadın sağlık çalışanlarının Kocaeli/Türkiye kadın sağlık çalışanlarına oranla her konuda daha iyi şartlarda çalıştığını söylemek mümkündür. Türkiye'deki sağlık çalışanı kadınların sorunlarına yönelik çözüm önerilerini sıralayacak olursak;

1. Türkiye'de sağlık meslek lisesi, sağlık meslek yüksek okullarının sayısının artırılması ile sağlık sektöründe yetişmiş personel sayısı da artacaktır.
2. Sağlık çalışanlarının ücretlerinin standart kısmı haricinde gösterdiği performansla yönelik ilave ücret verilmesi, nöbet ve icap durumlarındaki ek tazminatlarının artırılması motivasyonu ve iş tatminini de arttıracaktır.
3. Gebe ve emziren kadınların çalıştırılma şartlarıyla emzirme odaları ve çocuk bakım yurtlarına dair yönetmelik gereğince bünyesinde kreş/bakımevi açılması 150'den çok kadın çalışanı olan işyerlerinde mümkün olabilmektedir. Bu sayının aşağı çekilmesi ailesini ihmal ettiğini düşünen kadın sağlık çalışanlarının çocuk bakımı konusundaki endişelerini azaltmasının yanı sıra hamilelik sonrasında iş hayatına verilen arayı kısaltabilecektir.
4. Özellikle hamilelik sonrası dönemde çalışma hayatına geri dönüş konusunda azalma görülmektedir. Bu konuda emzirme dönemlerinde sağlık çalışanlarına yönelik olarak; esnek çalışma saatleri ve belli süre nöbet harici olmaları gibi rahatlatıcı ve teşvik edici çalışma koşulları sunulabilir.
5. Mobbing ile mücadeleye yönelik olarak; personele bilgilendirme amaçlı toplantılar/seminerler düzenlenmesiyle bu konudaki bilinç artırılabilir. Ayrıca bu konuda anket uygulanması ve mobbing uygulayanların çalışma ortamından uzaklaştırılması sorunun çözümünde etkili olacaktır.



KAYNAKÇA

- Altan, Ş. ve A.Ersöz; (1994) Kadının Çifte Yükümlülüğü, *Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Bülteni*, Sayı: 2 Mart.
- Aslan, O.E.; (2005), *Kamu Personel Rejimi-Statü Hukukundan Esnekliğe*, Ankara: Todaie Yay.
- Avrupa Komisyonu Fact Sheet, Brüksel, 2018.
https://www.avrupa.info.tr/sites/default/files/201803/EU%20factsheet%20on%20gender%20equality_BC.pdf Erişim tarihi:14.07.2018
- Aytaç, S. ve S.Dursun; (2013), Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, *İÜHF M C. LXXI, S. 1, s. 67-78*,
http://scholar.google.com.tr/scholar_url?url=http://dergipark.ulakbim.gov.tr/iuhfm/article/download/1023021421/1023020211&hl=tr&sa=X&scisig=AAGBfm02wUKdWxEmYm3AmdNVRmrEa1yrMQ&nossl=1&oi=scholar&ved=0ahUKEwiPw8naoOLYAhXGOxQKHULeAskQgAMIJigAMAA, Erişim tarihi:09.05.2017.
- Biçerli, M.K.; (2007), *Çalışma Ekonomisi*, 4. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Bureau of Labor Statistics, US Department of Labor; (2016), 25 Most Common Occupations for Employed Women, 2014 Annual Averages,
https://www.dol.gov/wb/stats/highest_lowest_paying-occupations_2014.htm#chap2
Erişim tarihi:12.05.2017.
- Carnevale A.P., N. Smith, A. Gulish, H.B. Beach; (2012), *Healthcare Executive Summary*, *Georgetown University*, June, <http://health-equity.lib.umd.edu/3938/>
Erişim tarihi:11.05.2017.
- Dedeoğlu, S.; (2000). Toplumsal Cinsiyet Rollerini Açısından Türkiye’de Aile ve Kadın Emeği, *Toplum ve Bilim Dergisi*, Sayı 86, s.139-140,
http://scholar.google.com.tr/scholar_url?url=http://www.birikimdergisi.com/pdf/86.pdf%23page%3D140&hl=tr&sa=X&scisig=AAGBfm1OAaVSBjKCgWjyQg6dnHr5BUb6Lg&nossl=1&oi=scholar&ved=0ahUKEwi8mYijuOLYAhWHIJ0KHdwzAP0QgAMIJigAMAA Erişim tarihi: 25.09.2016.
- Dedeoğlu, S.; (2009), Eşitlik mi Ayrımcılık mı? Türkiye’de Sosyal Devlet, Cinsiyet Eşitliği Politikaları ve Kadın İstihdamı, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2009/2, ss.41-54,
<http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiftM-2uOLYAhUKD5oKHbM4DUIQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fcalismatoplum.org%2Fsayi21%2Fatilgan.pdf&usg=AOvVaw3tdeRf707fExCyeSlqDDS>
Erişim tarihi: 25.09.2016

- Dinç, S.; (2017), Kadınların Dijital Olanaklara Uyumu: Türkiye Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2017, C.22, Kayfor15 Özel Sayısı, s.1761-1783.
<http://iibfdergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/352/files/yil-2017-cilt-22-sayi-kayfor15-yazi18-30122017.pdf> Erişim tarihi:28.07.2018
- Ecevit, Y.; (2010), *İşgücü Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliliği El Kitabı*, Ankara:İŞKUR,Şubat.
https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjL1PvHuOLYAhVLOJoKHTJcAGoQFggvMAA&url=https%3A%2F%2Fstatik.iskur.gov.tr%2Ftr%2Fproje_protokol%2Fkad_ist_des_BC_kitapcik_18022010_sm.pdf&usg=AOvVaw0c5dzOWdUd8pOdBbmzIQzh Erişim tarihi: 25.09.2016
- Giddens, A.; (2013), *Sosyoloji*, Yayıma Hazırlayan: Cemal Güzel, İstanbul: Kırmızı Yay.
- Gilpin, L.; (2015), 10 Things You Need To Know About Maternity Leave in the US,
<https://www.techrepublic.com/article/10-things-you-need-to-know-about-maternity-leave-in-the-us/> Erişim tarihi: 25.09.2016.
- Gökkaya, V.B.; (2014), Cam Tavan, Kadın Ve Ekonomik Şiddet, *The Journal of Academic Social Science Studies*, International Journal of Social Science Doi number:<http://dx.doi.org/10.9761/JASSS2385> Number: 26 , p. 371-383, Summer II, <https://www.jasstudies.com/DergiPdfDetay.aspx?ID=2385> Erişim tarihi: 09.05.2017.
- Hessen, R.; (1962) *The Objectivist Newsletter*, Nisan ve Kasım, Ayn Rand, Kapitalizm: Bilinmeyen İdeal, Çev.: Nejdet Kandemir, İstanbul: Plato Yay., 2004, s.192-194.
- Hıdıroğlu, S.; (2006), *Sağlık İş Kolunda Çalışan Kadınların Çalışma Yaşamı ile İlgili Sorunlarının Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karabıyık, İ.; (2012) Türkiye’ de Çalışma Hayatında Kadın İstihdamı, *Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt XXXII, Sayı I, s.231-260,
http://scholar.google.com.tr/scholar_url?url=http://dergipark.gov.tr/download/article-file/3890&hl=tr&sa=X&scisig=AAGBfm34IiJr2pVQvdNk4a0M8tFOyeOWaA&nossl=1&oi=scholar&ved=0ahUKEwj3_ZCZu-LYAhWNw6YKHf7EAtsQgAMIJigAMAA
Erişim tarihi: 05.08.2016.
- Keser, A.; (2009), *Çalışma Psikolojisi*, Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Kılıç, D. ve S. Öztürk; (2014), Türkiye’de Kadınların İşgücüne Katılımı Önündeki Engeller ve Çözüm Yolları: Bir Ampirik Uygulama, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 47, Sayı 1, Mart, s.107-130,
http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/6c208b46eb2f9b1_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Dergisi Erişim tarihi: 25.12.2016.

- Kocacık, F., V.B. Gökkaya; (2005) Türkiye’de Çalışan Kadınlar ve Sorunları
C.Ü. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1, s.195- 219,
<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1065.pdf> Erişim tarihi: 25.09.2016.
- Koray, M.; (1992), Çalışma Yaşamında Kadın Gerçekleri, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt
25, Sayı 1, Mart, s.93,
[http://dergipark.gov.tr/sufesosbil/issue/11413/136314](http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uac
t=8&ved=0ahUKEwjmrKqCvOLYAhVLxaYKHdV3CHsQFggsMAA&url=http%3A%2
F%2Fwww.todaie.edu.tr%2Fresimler%2Fekler%2F49a812ee1d3205f_ek.pdf%3Fdergi%
3DAmme%2520Idaresi%2520Dergisi&usq=AOvVaw37k2VSH1yswjDh5m9amxNO,
Erişim tarihi: 25.09.2016.</p><p>Koray, M., S. Demirbilek, T. Demirbilek; (2000), <i>Gıda İşkolunda Çalışan Kadınların Koşulları
ve Geleceği</i>, Ankara: T.C. Başbakanlık KSSGM Erişim tarihi: 08.11.2016.</p><p>Lordoğlu, K., N. Özkaplan ve M. Törüner; (2001), <i>Çalışma İktisadi</i>, Ankara: Beta Yayıncılık,
s.21.</p><p>Negiz, N. ve A.Yemen; (2011) Kamu Örgütlerinde Kadın Yöneticiler: Yönetici ve
Çalışan Açısından Yönetimde Kadın Sorunsalı, <i>SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal
Bilimler Dergisi</i>, Aralık, Sayı:24, s.196-214,
<a href=) Erişim tarihi: 25.09.2016.
- Oecd; (2017), Healthcare Resources; <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, Erişim tarihi: 25.04.2017
- Oecd; (2018), Empowering Women in the Digital Age: Where do we stand? At the Margin of the
62nd Session of the UN Commission on the Status of Women, 14 march 2018
New York City, United States.
<https://www.oecd.org/social/empowering-women-in-the-digital-age-brochure.pdf>
Erişim tarihi:14.07.2018
- Önder, N.; (2013) Türkiye’de Kadın İşgünün Görünümü, *ÇSGB Çalışma Dünyası
Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 1, Temmuz-Eylül, s.35-61,
<http://www.calismadunyasi.gov.tr/pdf/sayi1/02.pdf> Erişim tarihi: 05.08.2016.
- Ören, K. ve H.Yüksel; (2012) Emek ve Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı,
HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi Cilt: 1, Yıl: 1, Sayı: 1,
<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/84742> Erişim tarihi: 05.08.2016.
- Özer, M. ve K.Biçerli; (2004) Türkiye’de Kadın İşgücünün Panel Veri Analizi,
Sosyal Bilimler Dergisi s.55-86,
<http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423869751.pdf>
Erişim tarihi: 25.12.2016.
- Pelizzon, S.M.; (2009) *Kadının Konumu Nasıl Değişti? Feodalizmden Kapitalizme*,
Çev.: İhsan Ercan Sadi ve Cem Somel, Ankara: İmge kitabevi.
- Sezal, İ.; (2003), *Sosyolojiye Giriş*, Ankara: Martı Yayınevi, s.205-206.

- Sowerby, R.; (2012) *Yunan Kültür Tarihi - Homerik Çağ, Tarih, Din, Sosyal Yaşam, Spor, Edebiyat, Mitoloji, Felsefe ve Sanat*, Çev.: Özgür Umut Hoşafçı, İstanbul: İnkılâp Yay.
- Staff Care; (2015), Women in Medicine: A Review of Changing Physician Demographics, Female Physicians by Specialty, State and Related Data, https://www.amnhealthcare.com/uploadedFiles/MainSite/Content/Staffing_Recruitment/StaffCare-WP-Women%20in%20Med.pdf Erişim tarihi: 18.01.2018.
- Stevens, R.A.; (1996), Health Care in the Early 1960s, *HEALTH CARE Financing Review/Winter 1996/Volume 18, Number 2*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193636> Erişim tarihi: 15.01.2018.
- T.C. Maliye Bakanlığı; (2016), Yıllık Ekonomik Rapor 2015, Ocak 2016. www.gep.gov.tr/Tablo/Download2.aspx?prmts=1602 Erişim tarihi: 09.05.2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Programı; (2017) , Bakanlık Yayın Numarası:1051, www.shgm.saglik.gov.tr/TR,21355/saglik-bakanligi-performans-programi-2017.html Erişim tarihi: 24.04.2017.
- Thomson, G.; (1991). *Eski Yunan Toplumu Üstüne İncelemeler - Tarih Öncesi Ege*, Çev.: Celal Üster, Cilt: 2, İstanbul: Payel Yay.
- Tüik; (2016), Türkiye- ABD istatistikleri, <https://biruni.tuik.gov.tr/secilmisgostergeler>, Erişim tarihi: 04.06.2017.
- Tüik; (2016), Türkiye’de 2000-2016 Yılları Arasındaki Sağlık Personeli Sayıları, <https://biruni.tuik.gov.tr/secilmisgostergeler>, Erişim tarihi: 04.06.2017
- Tüik Haber Bülteni; (2017), İstatistiklerle Kadın 2016, Sayı:24643, 07 Mart, Erişim tarihi: 11.05.2017.
- Ulusoy, F.; (1998) Türkiye’ de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/396.pdf> Erişim tarihi: 14.01.2017.
- Urhan, B. ve N.Etiler; (2011) Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2011/2, <http://www.calismatoplum.org/sayi29/urhan-etiler.pdf> Erişim tarihi: 08.11.2016.
- U.S. Census Bureau; (2000), Census 2000, Full-Time, Year-Round Workers and Median Earnings in 1999 by Sex and Detailed Occupation1: 20002, <https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/industry-occupation/median-earnings.html> Erişim tarihi: 14.09.2016

U.S. Census Bureau; (2015), American Community Survey, Full-Time, Year-Round Workers and Median Earnings in Past 12 Months by Sex and Detailed Occupation1: ACS 2015, <https://census.gov/data/tables/time-series/demo/industry-occupation/median-earnings.html> Erişim tarihi: 15.03.2017

US Census Bureau; (2016), Women's History Month: March 2016, Profile America Facts For Features: CB16-FF.03 Resend March 10, <https://www.census.gov/newsroom/facts-for-features/2016/cb16-ff03.html> Erişim tarihi: 11.05.2017.



EKLER

EK-1

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma ‘‘Sağlık sektöründe çalışan kadınların çalışma hayatında karşılaştıkları güçlükler: Kocaeli/Türkiye - San Diego/ABD karşılaştırması’’ konulu yüksek lisans tezinin uygulama kısmına yöneliktir.

Not: Bilimsel amaçlı yapılan bu çalışmamızda katılımcıların verdikleri bilgiler gizli tutulacaktır. İsim soyad ve çalıştığınız kurumun adını yazmayınız. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Saygılarımla.

Serkan GÜNAL
Yüksek Lisans Öğrencisi

Elif YÜKSEL OKTAY
Prof. Dr.
Tez Danışmanı

- 1) Hangi yaş grubundansınız?
(a)15-19 (b)20-24 (c) 25-29 (d) 30-34 (e) 35-39 (f) 40-44 (g) 45-50 (h) 50 ve üstü
- 2) Eğitim durumunuz nedir?
(a)Okur yazar değil (f) Meslekokulu
(b)Okur yazar (g) Yüksek okul
(c)İlkokul (h) Üniversite
(d)Ortaokul (i) Lisansüstü
(e)Lise
- 3) Medeni haliniz?
(a) Evli (b) Bekar (c) Diğer
- 4) (Evlisenez veya bir ilişkiniz varsa) Eşiniz/partneriniz çalışıyor mu?
(a) Evet (b) Hayır
- 5) Kaç çocuk sahibisiniz?
(a) Çocuğum yok (b) 1 (c) 2 (d) 3 (e) 4 veya daha fazla
- 6) (Çocuğunuz varsa) Siz çalışırken çocuğunuza kim bakıyor?
(a) Çocuklarımın bakıma ihtiyacı yok,yetişkinler.
(b) Bakıcı
(c) Anaokulu/kreş/yuva vb.
(d) Aile üyeleri (Anane/Babaanne/Dede)
(e) Diğer (Lütfen belirtiniz).....
- 7) Mesleğiniz ? (Lütfen belirtiniz).....
Şu anda yaptığınız iş? (Lütfen belirtiniz).....

- 8) Eğitim aldığınız alanda mı/sektördemi çalışıyorsunuz?
(a) Evet (b) Hayır
- 9) Cevabınız hayır ise, hangi alanda çalışmak isterdiniz?
.....
- 10) Çalışma hayatına neden girdiniz? (Lütfen önem derecesine göre sıralayınız.)
- () Finansal nedenler
() Sosyal statü
() Evde oturmamak için
() Eğitim aldığım işi yapmak için
() Daha özgür hissetmek için
() Diğer (Lütfen belirtiniz.).....
- 11) Kaç yıldır çalışıyorsunuz ?
(a) 0-6 ay (b) 6-12 ay (c) 1 yıl veya daha fazla (d) 2-4 yıl (e) 4-6 yıl
(f) 6-8 yıl (g) 8-10 yıl (h) 10 yıl veya daha fazla
- 12) İşinizde mutlu musunuz?
Evet (b) Hayır
- 13) Aylık kazancınız nedir?.....
- 14) Aldığınız ücretle geçinebiliyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır
- 15) Aldığınız ücretin yaptığınız işin karşılığı olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet (b) Hayır (c) Emin değilim
- 16) Çalışmaya karar verdiğinizde; ailenizin/eşinizin tutumu ne oldu?
(a) Destekleyici (b) Karşı çıktılar (c) Yorum yapmadılar
- 17) İşinizi nereden buldunuz?.....
- 18) Çalıştığınız işte sosyal güvenceniz varmı (sigortalı mısınız)?
(a) Evet (b) Hayır
- 19) İşyerinizde ayrımcılığa uğradığınızı düşünüyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır
- 20) Eğer ayrımcılığa uğradıysanız; Hangi konularda ayrımcılığa uğradınız?
(a) Ücret
(b) İzin
(c) Terfi
(d) Kadın olduğum için
(e) Etnik nedenler
(f) Dini nedenler
(g) Eğitime gönderilmedim
(h) Diğer (Lütfen belirtiniz.).....
- 21) Kadın çalışanlar tarafından ayrımcılığa uğradınız mı?
Evet (b) Hayır (c) Emin değilim

- 22) İşyerinizde psikolojik tacize (mobbing) uğradınız mı?
(a) Evet (b) Hayır
- 23) Psikolojik tacize (mobbing) uğradıysanız, kim tarafından?
(a) Üstlerim/amirlerim
(b) Çalışma arkadaşlarım
(c) Patron
(d) Müşteriler/hastalar
(e) Diğer(Lütfen belirtiniz).....
- 24) Bugüne kadar çalışma hayatınızda cinsel tacize uğradınız mı?
(a) Evet (b) Hayır (c) Emin değilim
- 25) Cevabınız evet ise; Yasal yollara başvurduunuz mu?
(a) Evet (b) Hayır
- 26) Eğer başvurmadıysanız, Lütfen nedenini belirtir misiniz?.....
- 27) Çalışma hayatınıza yönelik haklarınızı biliyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır
- 28) Bugüne kadar işyerinizde haklarınızı kullanmanıza engel oldu mu?
(a) Evet (b) Hayır
- 29) Hangi haklarınızı kullanamadınız?
(a) Hafta-sonu izni
(b) Evlilik izni
(c) Emzirme izni
(d) Öğle arası
(e) Yıllık izin
(f) Diğer (Lütfen belirtiniz).....
- 30) Çalışma hayatına girdiğinizde çevrenizden gelen tepkiler nasıldı?
(a) Olumlu (b) Olumsuz (c) Nötr
- 31) Çalışırken ailenizi ihmal ettiğinizi düşünüyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır
- 32) İş başvurularınızda hiç cinsiyet ayrımcılığı ile karşılaştınız mı?
(a) Evet (b) Hayır (c) Emin değilim
- 33) Terfi etmede kadın olduğunuz için sorun yaşadığınızı düşünüyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır (c) Emin değilim
- 34) Ev ve iş hayatı dengesini ayarlamakta sorunla karşılaştınız mı?
(a) Evet (Lütfen belirtiniz).....
(b) Hayır
- 35) Tam zamanlı mı yoksa kısmi zamanlı mı çalışıyorsunuz?
(a) Tam zamanlı (b) Kısmi zamanlı
- 36) Tam zamanlı çalışıyorsanız; daha esnek koşullarda çalışmak ister miydiniz?
(a) Evet (b) Hayır
- 37) (Çocuğunuz varsa lütfen cevaplayınız) Ev-iş-çocuk dengesini ayarlamakta bunalıyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır

- 38) (Evliliyseniz) Eşiniz ev işlerinde veya çocuk bakımında size yardım ediyor mu?
(a) Evet (b) Hayır
- 39) İş yerinizden kaynaklı sağlık sorunu yaşadınız mı?
(a) Evet (b) Hayır
- 40) Depresyon ilacı kullanıyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır
- 41) İşyerinizde inisiyatif alabiliyor musunuz (kararlara katılma)?
(a) Evet (b) Hayır
- 42) Bazı görevlerin özellikle kadın olduğunuz için size verildiğini düşünüyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır (c) Emin değilim
- 43) İşyerinde kadın olmanın daha avantajlı olduğunu düşünüyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır (c) Emin değilim
- 44) Bazı işlerin kadın işi bazılarının ise erkek işi olduğunu düşünüyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır (c) Emin değilim
- 45) (Cevabınız evet ise) Hangi işler kadın işidir?.....
- 46) Sağlıklı ortamda çalıştığınızı düşünüyor musunuz?
(a) Evet (b) Hayır
- 47) Hangi ekonomik sınıfa ait olduğunuzu düşünüyorsunuz?
(a) Üst sınıf (b) Orta sınıf (c) Düşük sınıf
- 48) İşyerinizde şu anda yaşadığınız sorunları tanımlaya bilirmisiniz?
.....
- 49) Çocuğunuzun sizinle aynı işi yapmasını istermisiniz?.....
- 50) Size göre; Sağlık sektöründe çalışan kadınlar ne tür sorunlarla karşılaşılıyor?
.....
- 51) Sendikali mısınız?
(a) Evet (b) Hayır
- 52) Cevabınız hayırsa ; (Lütfen nedenini belirtiniz)
.....
- 53) Cevabınız evet ise; Sendikanız hangi amaca hizmet ediyor?.....
- 54) Cevabınız evet ise; Neden sendikali oldunuz?.....

EK-2

Dear Participant,

This research 'Working Life Issues Facing Women in the Health Sector in the USA' is the theme for the implementation of the Master's thesis.

Note: The information given by the participants of this study, conducted for scientific purposes, will be kept confidential. Do not write your name, surname, or the name of the organization you work. Thank you for your cooperation.

My Best Regards

Serkan GUNAL
Post Education Student

Elif YUKSEL OKTAY
Professor
Thesis Counselor

- 1) To which age group do you belong?
(a)15-19 (b)20-24 (c) 25-29 (d) 30-34 (e) 35-39 (f) 40-44 (g) 45-50 (h) 50 or above

- 2) What is your educational status?
(a) Illeterate (f) College
(b) Literate (g) University degree
(c) Primary school (h) Post education - Doctorate
(d) Middle school
(e) High school

- 3) What is your marital status?
(a) Married (b) Single (c) Other

- 4) (If you are married or in a relation) Does your spouse/partner work?
(a) Yes (b)No

- 5) How many children do you have?
(a) None (b) 1 (c) 2 (d) 3 (e) 4 or more

- 6) (If you have children) Who looks after your children while you are at work?
(a) My children don't need to be cared for.
(b) Baby-sitter
(c) Kindergarten/grade school/secondary school
(d) Family members (Grandmom or Granddad)
(e) Other (Please specify).....

- 7) What is your educational background ? (Please specify).....
What is your current job ? (Please specify).....

- 8) Do you work in the profession in which you have been educated?
 (a) Yes (b) No
- 9) If your answer is no, what is your preferred field?.....
- 10) Why have you entered the work force life? (Please order the importance.)
- Financial reasons
 - Social status
 - I prefer not to stay at home
 - to do the profession that I have been educated to do.
 - I want to feel more independent
 - Other (Please specify.)
- 11) How many years have you worked ?
- (a) 0-6 months (b) 6-12 months (c) 1 year or more (d) 2-4 years (e) 4-6 years
 - (f) 6-8 years (g) 8-10 years (h) 10 years or more
- 12) Are you happy with your job?
 (a) Yes (b) No
- 13) How much money do you earn per month?.....
- 14) Do you earn money enough to make a living wage?
 (a) Yes (b) No
- 15) Do you think that the work you are doing is the equivalent to wages you receive?
 (a) Yes (b) No (c) Not sure
- 16) When you decided to work, what was the attitude of your family / your partner?
 (a) Supportive
 (b) Opposed
 (c) Did not comment
- 17) How did you find your job?.....
- 18) Do you have social security at your work?
 (a) Yes (b) No
- 19) Are you now or have you ever been discriminated against in the workplace?
 (a) Yes (b) No

- 20) If you have been discriminated against, what was the basis for discrimination?
- (a) Wage
 - (b) Day off
 - (c) Promotion
 - (d) Because I am a woman
 - (e) Ethnicity
 - (f) Religious reason
 - (g) I wasn't sent to training
 - (h) Other (Please specify.)
- 21) Have you ever been discriminated against as a woman worker?
- (a) Yes (b) No (c) Not sure
- 22) Have you suffered any psychological harassment in the workplace (bullying)?
- (a) Yes (b) No
- 23) If you have been exposed to bullying, who was the bully?
- (a) My superior
 - (b) My colleagues
 - (c) The company's owner
 - (d) Customers
 - (e) Others (Please specify.)
- 24) In your working life so far, Have you ever suffered sexual harassment?
- (a) Yes (b) No (c) Not sure
- 25) If your answer yes, Did you seek legal redress?
- (a) Yes (b) No
- 26) If not, Could you specify the reasons that you didn't pursue legal action?.....
- 27) Do you know your legal rights related to working life?
- (a) Yes (b) No
- 28) Have you ever been prevented from using your legal rights in the workplace?
- (a) Yes (b) No
- 29) Which benefit haven't you used so far in your career?
- (a) Permission weekend
 - (b) Maternity leave
 - (c) Breast-feeding permission
 - (d) Lunch-break
 - (e) Annual leave
 - (f) Other (Please specify).....

- 30) What kind of reactions did you meet in those around you when you joined your work-life?
 (a) Affirmative (b) Negative (c) Neutral
- 31) Do you think you've neglected your family while you work?
 (a) Yes (b) No
- 32) Have you ever faced gender discrimination while applying for a job?
 (a) Yes (b) No (c) Not sure
- 33) Do you think you have had or will have trouble getting a promotion because you are woman?
 (a) Yes (b) No (c) Not sure
- 34) Have you ever had problems balancing your work and home life?
 (a) Yes (Please specify).....
 (b) No
- 35) Do you work full-time or part-time?
 (a) Full-time (b) Part-time
- 36) If you work full-time, would you want to work with more flexible working conditions?
 (a) Yes (b) No
- 37) (Please answer if you have kids) Do you feel suffocated/overwhelmed balancing your work and home life?
 (a) Yes (b) No
- 38) (If married) Does your husband help you with household chores or child care?
 (a) Yes (b) No
- 39) Have you had any work-related health problems?
 (a) Yes (b) No
- 40) Do you take any medication for depression?
 (a) Yes (b) No
- 41) Can you take initiatives in the workplace (participate in decisions)?
 (a) Yes (b) No
- 42) Do you think that some tasks have been given to you because you are a woman?
 (a) Yes (b) No (c) Not sure

43) Do you sometimes think that being a woman in the workplace is more advantageous?
(a) Yes (b) No (c) Not sure

44) Do you think some tasks are better suited for male or female in the work life?
(a) Yes (b) No (c) Not sure

45) (If your answer yes) What kind of tasks are better suited for women?
.....

46) Do you work in a healthy environment?
(a) Yes (b) No

47) To which socioeconomic class do you belong?
(a) Upper-class (b) Middle class (c) Lower-class

48) Can you describe the problems in the workplace that you live in now?
.....
.....
.....

49) Would you want your child to do same job as you?
.....
.....
.....

50) In your opinion, what kind of problems do women in the health sector face?
.....

51) Are you members of any labor union?
(a) Yes (b) No

52) If your answer 'No', please specify your reason.....
.....

53) If your answer 'Yes'; What purpose does your labor union serve?
.....
.....

54) If your answer 'Yes'; Why did you join your labour union?
.....
.....

ÖZGEÇMİŞ

08.07.1983 tarihinde Eskişehir’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Eskişehir’de tamamladı. 1997 yılında Beylerbeyi Deniz Astsubay Hazırlama Okuluna girdi. 2001 yılında mezun oldu. 2011 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi bölümünden mezun oldu. Halen Türk Deniz Kuvvetlerinde görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

