

**ÖZEL BAKIM MERKEZLERİNİN KADIN
ÇALIŞANLAR ÜZERİNE ETKİSİ: SAMSUN İLİ
ÖRNEĞİ**

DAMLA NUR MACİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

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

**ÖZEL BAKIM MERKEZLERİNİN KADIN ÇALIŞANLAR
ÜZERİNE ETKİSİ: SAMSUN İLİ ÖRNEĞİ**

DAMLA NUR MACİT

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI**

AKADEMİK DANIŞMAN

Doç.Dr.Sebiha Kablay

Ordu - 2017

T.C.

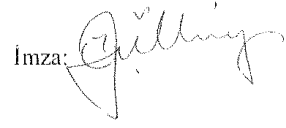
ORDU ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından 13/04/2017 tarihinde yapılan sınav ile Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

İmza:



Üye : Doç. Dr. Sebiha Kablay
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Anabilim Dalı, Ordu Üniversitesi

İmza:



Üye : Yrd. Doç. Dr. Nihan Cigerci Ulukan
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Anabilim Dalı, Ordu Üniversitesi

İmza:



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

10.05.2017.




Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Doç. Dr. Gökhan ÖZSOY
Enstitü Müdürü

ÖĞRENCİ BEYAN METNİ*

Yüksek Lisans Tezi olarak savunduğum “Özel Bakım Merkezlerinin Kadın Çalışanlar Üzerine Etkisi: Samsun İli Örneği” adlı çalışmamın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmadan yazdığımı ve yararlandığım kaynakların “Kaynakça” bölümünde gösterilenlerden farklı olmadığını, belirtilen kaynaklara atıf yapılarak yararlandığımı belirtir ve onurumla doğrularım.

13/04/2017


Damla Nur Macit

*Form gerekli düzenlemeler yapılarak bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

ÖZET

[Macit, Damla Nur]. *[Özel Bakım Merkezlerinin Kadın Çalışanlar Üzerine Etkisi Samsun İli Örneği]*, [Yüksek Lisans Tezi], Ordu, [2017].

Bu çalışma; özel bakım merkezlerinin kadın istihdamına olan etkisini incelemek ve çalışan kadınların ev ve iş yaşantılarında karşılaştıkları sorunları ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma Samsun il ve ilçelerinde yer alan özel bakım merkezlerinde 60 çalışan ile gerçekleştirilmiştir.

Yapılan çalışmada elde edilen bulgular şunlardır: Kadın çalışanlar özel bakım merkezlerinde hastaların saldırgan davranışlarından olumsuz etkilenmektedir ve hastalarla iletişim problemi yaşamaktadır. Bu durum kadınların ev yaşantılarına da yansımakta ve onların psikolojik dengelerini bozmaktadır. Aynı zamanda kadınların medeni durumları evdeki sorumluluklarını etkilemektedir. Bekar kadınlar evli ve çocuklu kadınlara oranla daha sosyal ve daha sağlıklı bir yaşama sahiptir. Medeni durum kadınların çalışma yaşamına katılmalarını da etkilemektedir. Özellikle evli ve çocuk sahibi olan kadınlar aile ekonomisine katkı sağlamak adına çalışma hayatına dahil olmaktadır. Çocuk sahibi olmak kadınlara iş ve ev hayatında sorumluluklar yüklemektedir. Çocuklarla erkeklere oranla kadınlar daha fazla ilgilenmektedir ve bu durum da kadınların iki kat yorulmalarına neden olmaktadır.

Kadınların çalışma hayatındaki konumlarını medeni durum kadar eğitimleri de etkilemektedir. Aldıkları maaştan yaptıkları mesleğe kadar eğitim etkili olmaktadır. Ayrıca eğitimle doğru orantılı olarak sendikalaşma olgusundan da uzak olan kadınlar sınıf olma bilincinden uzaktır.

Kadınların bakım elemanı olarak daha iyi şartlarda çalışmalarını adına yasal düzenlemeler getirilmelidir. Aynı zamanda toplumda kadına bakış açısı da değişmeli ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığına yönelik algı da azaltılmalıdır.

Anahtar Kelimeler:

Toplumsal cinsiyet, ataerkil toplum, kadın istihdamı, sağlık, bakım hizmetleri

ABSTRACT

[Macit, Damla Nur]. *[The Effect Of Special Care Centers On Women Employees: A Sample From The Province Of Samsun]*, [Master's Thesis], Ordu, [2017].

This work was done to study and research the impact of special care centers on women's employment and to reveal the problems women face in their home and work lives. The study was carried out with 60 employees in Samsun's provinces and districts in special care centers.

Findings obtained in the study are as follows: Female employees are negatively affected by aggressive behaviors in special care centers and they have communication problem with patients. This situation also reflects women's lives at home and disrupt their psychological balances. At the same time, the marital status of women affects their responsibilities at home. Single women have a better and healthier life than married and with child women. The marital status also affects the participation of women in working life. Especially, married women who have children are included in the working life in order to contribute to the economy. Having a child carries responsibilities in business and home life. Women are more interested in their children than men and in this case women are twice as tired.

Women's positions in the working life are affected by their education as well as their marital status. Education is influential to both their profession and their salary that they get. In addition, women who are far away from unionization are far from conscious of being a class.

Legal arrangements should be made on behalf of women's good working conditions as maintenance personnels. In the same way, the point of view of women in society must be changed and the perception of gender discrimination should be reduced.

Keywords:

Gender, patriarchal society, women's employment, health, care services

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı :	DAMLA NUR MACİT
Doğum Yeri ve Tarihi :	SAMSUN / 1991
Eğitim Durumu	LİSANS
Lisans Öğrenimi :	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Yüksek Lisans Öğrenimi :	ORDU ÜNİVERSİTESİ
Bildiği Yabancı Diller :	İNGİLİZCE
Bilimsel Etkinlikleri :	
İş Deneyimi	
Uygulamalar :	
Projeler:	
Çalıştığı Kurumlar:	Betaş Test ve Analiz Laboratuvar / İnsan Kaynakları Sorumlusu Progıda An Olam Group Company / İnsan Kaynakları Personeli
İletişim	
E-Posta Adresi :	damlamacit@hotmail.com
Telefon:	
İş:	0531 103 3805
Ev:	
Cep:	0507 345 7882
Tarih ve İmza:	

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tez konumun belirlenmesi, çalışmanın yürütülmesi ve yazımı esnasında hem öneri ve yardımlarıyla hem de moral desteği ile gelişmemde çok büyük katkısı olan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sebiha Kablay'a ve önerileri ile bana her zaman katkıda bulunan Yrd. Doç. Dr. Çağatay Edgücan Şahin ile yüksek lisans ders dönemindeki katkı ve emekleri için diğer bölüm hocalarım Doç. Dr. Gürol Özcüre, Yrd. Doç. Dr. Umut Ulukan ve Yrd. Doç. Dr. Nihan Ciğerci Ulukan'a teşekkürü borç biliyorum. Ayrıca yazım esnasında önerileri ile bana destek olan Ordu Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Mukaddes Esra Aysan'a da çok teşekkür ediyorum.

Bu uzun ve emek isteyen süreçte bana her zaman destek olan sevgili aileme, özellikle anketleri yaparken bana her zaman yardımcı olmaya çalışan Samsun Özel Bakım Merkezlerinin tüm yöneticilerine teşekkür ediyorum. Her zaman yanımda olan ve eğitim hayatım boyunca desteğini benden esirgemeyen babam Kani Macit'e, annem Hülya Macit'e ve abim Aykut Can Macit'e de teşekkür ediyorum. Sevgili annemin en zor anlarımda bana moral olarak verdiği destekleri ve tezimin yazılma aşamasındaki teşvik etme çabalarını unutamam. Ve tabii ki bu zorlu yolda mutlu olacağımı bildiği için maddi ve manevi hep yanımda olan sevgili nişanlım Fatih Kaya'ya da teşekkür ederim.

Son olarak burada adını anmadığım veya atladığım tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve yakınlarıma da bana her zaman destek oldukları için teşekkür eder, şükranlarımı sunarım.

Damla Nur Macit

Samsun, 2017

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	IV
BİLDİRİM	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ	V
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	VI
TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM	4
TOPLUMSAL CİNSİYET KAVRAMI VE KURAMSAL YAKLAŞIMLAR	4
1. Toplumsal Cinsiyet Kavramı	4
2. Anaerkillik ve Ataerkillik Kavramları	7
3. Aile ve Kadın	10
4. Kuramsal Yaklaşımların Kadına Bakışı	13
4. 1. Aydınlanmacı Liberal Feminizm	14
4. 2. Kültürel Feminizm	16
4. 3. Marksist ve Sosyalist Feminizm	18
4. 4. Radikal Feminizm	21
II. BÖLÜM	24
GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE KADIN İSTİHDAMI	24
1. Tarihsel Süreçte Kadın İstihdamı	24
1. 1. Sanayi Devrimi Öncesi Kadın İstihdamı	24
1. 2. Sanayi Devrimi Sonrası Kadın İstihdamı	26
1. 3. Fordist Dönemde Kadın İstihdamı	28
1. 4. Küreselleşme Sürecinde Kadın İstihdamı	29
2. Türkiye’de Kadın İstihdamı	31
2. 1. Cumhuriyet Öncesi Dönem	31
2. 2. Cumhuriyet Dönemi	33
2. 2. 1. Erken Cumhuriyet Dönemi	33
2. 2. 2. 1960 – 1980 Dönemi	37
2. 2. 3. 1980 Sonrası Cumhuriyet Dönemi	39
3. Günümüzde Türkiye’de Kadın İstihdamı	41

3. 1. Türkiye'de Kadın İstihdam Oranı	41
3. 2. Türkiye'de Kadınların İşgücüne Katılım Oranı	42
3. 3. Türkiye'de Kadın İşgücünün Eğitimi	46
3. 4. Türkiye'de Kadınların Sendikal Faaliyetleri.....	49
4. Türkiye'de Çalışan Kadınların Sorunları.....	52
4. 1. Çalışma Yaşamından Kaynaklanan Sorunlar.....	53
4. 2. Kayıtdışı İşlerde Çalışma	54
4. 3. Ücretlendirmede Eşitsizlik.....	55
4. 4. Toplumsal Yaşamdan Kaynaklanan Sorunlar.....	55
III. BÖLÜM	57
TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIKTA ÇALIŞAN KADINLAR	57
1. Tarihsel Süreçte Türkiye Sağlık Sistemi	57
1. 1. Cumhuriyet Öncesi Dönem	58
1. 2. Cumhuriyet Sonrası Dönem	59
1. 3. Neoliberal Politikalar	61
2. Sağlık Hizmeti ve Özellikleri.....	62
2. 1. Sağlık Kavramı	63
2. 2. Sağlık Hizmeti Kavramı	65
2. 3. Sosyal Güvenlik Kavramı.....	67
3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	69
3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	70
3. 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	72
3. 3. Rehabilitasyon Hizmetleri	73
4. Neoliberalizm ve Sağlık Sektörü.....	74
4. 1. Liberalizm - Neoliberalizm Ayrımı	75
4. 2. Sosyal Devlet Kavramının Önemini Yitirmesi	78
5. Sağlıkta Dönüşüm Programı	81
5. 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amacı ve Yansımaları.....	82
5. 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamaları	84
5. 2. 1. Aile Hekimliği.....	84
5. 2. 2. Kurumların Birleştirilmesi.....	86
5. 2. 3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası	88
5. 2. 4. Tam Gün Yasası	90

5. 2. 5. Performansa Dayalı Ücretlendirme.....	92
5. 2. 6. Taşeronlaşma	94
5. 2. 7. Hasta Hakları	97
5. 3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Kadın Sağlık Çalışanlarına Yansımaları.....	100
6. Sağlık Sektöründe Özelleştirme Bağlamında Özel Bakım Merkezleri	101
7. Çalışan Kadınlara Yönelik Yasal Güvenceler	103
7. 1. Analık Hali.....	104
7. 2. Süt İzni ve Emzirme Ödeneği.....	108
7. 3. Gece Nöbetleri ve Çalışma Süreleri.....	109
8. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri	111
IV. BÖLÜM.....	114
ALAN ARAŞTIRMASI.....	114
1. ARAŞTIRMANIN KONUSU	114
2. ARAŞTIRMANIN AMACI	114
3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	115
4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	115
5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	116
6. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	118
7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	119
8. ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	120
8. 1. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	120
8. 2. Çalışanların Meslek ve Kurumla ilgili Özellikleri	121
8. 3. Çalışmaya Katılanların İş Yaşantıları ile ilgili Özellikleri	125
8. 3. 1. Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İş Yaşantıları Arasındaki İlişki	125
8. 3. 2. Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ev Yaşantıları Arasındaki İlişki	138
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	148
EKLER.....	152
KAYNAKÇA.....	155

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Teşvik-i Sanayi Kanunu Kapsamına Giren Kuruluşlarda İşçi ve Ustabaşılar İçinde Kadınlar (1932 – 1934)	34
Tablo 2. İş Kanunu Kapsamına Giren Ücretliler İçerisinde Kadın ve Çocuk Çalışanlar (1937 – 1947)	35
Tablo 3. Planlı Dönemde Kadın İşgücü İstihdamına Yönelik Göstergeler	37
Tablo 4. TÜİK, İşgücü İstatistikleri – İşgücüne Katılma Oranı	40
Tablo 5. Mevsim Etkilerinden Arındırılmamış Temel İşgücü Göstergeleri	42
Tablo 6. Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler	44
Tablo 7. Eğitim Durumuna Göre İşgücü Durumu	45
Tablo 8. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri	114
Tablo 9. Çalışanların Meslek İle İlgili Özellikleri	115
Tablo 10. Çalışanların Kurum İle İlgili Özellikleri	117
Tablo 11. Çalışmaya Katılanların İşlerini Nasıl Buldukları ve Yaşları Arasındaki İlişki	119
Tablo 12. Çalışmaya Katılanların Aldıkları Ücreti ile Yaşları Arasındaki İlişki	120
Tablo 13. Çalışmaya Katılanların İş Yaşamında Karşılaştıkları Zorluklar ve Yaş Arasındaki İlişki	120

Tablo 14.	Çalışmaya Katılanların Sendikaya Üye Olma Durumu ve Yaş Arasındaki İlişki	122
Tablo 15.	Çalışmaya Katılanların Sendikaya Üye Olmama Nedenleri ve Yaş Arasındaki İlişki	123
Tablo 16.	Çalışmaya Katılanların İşlerini Nasıl Buldukları ve Medeni Durum Arasındaki İlişki	124
Tablo 17.	Çalışmaya Katılanların Çalışma Saati ile Medeni Durum Arasındaki İlişki	125
Tablo 18.	Çalışmaya Katılanların Aldıkları Ücret ve Sahip Oldukları Ücret Arasındaki İlişki	126
Tablo 19.	Çalışmaya Katılanların Yaptıkları İşin Eğitimlerine Uygun Olduğu Düşüncesi ile Eğitim Arasındaki İlişki	127
Tablo 20.	Çalışmaya Katılanların Aldıkları Ücret ile Eğitimleri Arasındaki İlişki	128
Tablo 21.	Çalışmaya Katılanların Fazla Mesai Yapılma Durumu ile Meslek Arasındaki İlişki	129
Tablo 22.	Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumlulukları ile Medeni Durum Arasındaki İlişki	131
Tablo 23.	Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumluluklarla Nasıl Başa Çıkıldığı ve Medeni Durum Arasındaki İlişki	133
Tablo 24.	Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumlulukları ile Çocuk Durumu Arasındaki İlişki	135
Tablo 25.	Çalışmaya Katılanların Tatile Gitme Durumu ile Çocuk Sayısı Arasındaki İlişki	136
Tablo 26.	Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumlulukları ile Eğitim Arasındaki İlişki	137
Tablo 27.	Çalışmaya Katılanların İş Yaşamını Etkileyen Ev İşleri ile Eğitim Arasındaki İlişki	139
Tablo 28.	Çalışmaya Katılanların Evde Kaç Kişi Yaşadığı ile Meslek Arasındaki İlişki	140
Şekil 1.	Sağlığı Etkileyen Faktörler	60
Şekil 2.	Sağlık Hizmetleri	65

KISALTMALAR

TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
BİGM	: Başbakanlık İstatistik Genel Müdürlüğü
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
İKO	: İşgücüne Katılma Oranı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
CEDAW	: Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
BST	: Beşeri Sermaye Teorisi
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu
KEİG	: Kadın Emeği ve İstihdamı Girişimi
DİSK	: Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu
TÜRK – İŞ	: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
ETUC	: Avrupa Ticaret Birliği Konfederasyonu
IMF	: Uluslararası Para Fonu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
SSGSS	: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri

- DB** : Dünya Bankası
- BAĞKUR** : Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu
- SYDTF** : Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik FonU
- DPT** : Devlet Planlama Teşkilatı
- KHK** : Kanun Hükmünde Kararname
- SGK** : Sosyal Güvenlik Kurumu
- SSGSSK** : Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- GSMH** : Gayri Safi Milli Hasıla
- SES** : Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

GİRİŞ

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet birbirlerinden farklı kavramlardır ve özüne inildiğinde biyoloji ve sosyolojiyi temel almaktadır. Kadın ve erkekler biyoloji alanında cinsiyet ayrımında yer alırken; sosyoloji alanında ise toplumsal cinsiyet ayrımında yer alır ve bu ayrım ataerkil toplumlar üzerinden oldukça baskın şekilde uygulanmaktadır. Kadınlar gerek aile içinde gerekse işgücü piyasalarındaki emekleri ile toplumda hep önemsiz ve ikinci planda olan bireyler olarak yer almaktadır. 1976'lı yıllardan bu yana feminist teoride de yer alan toplumsal cinsiyet kavramı kadınlarla erkekler arasındaki biyolojik ayrımın yanı sıra toplumsal açıdan da kadınların ayrı bir kategoriye yerleştirildiğine dikkat çekmektedir. Toplumsal cinsiyet kavramının biyolojik bir temeli olmadığı vurgulanan ve önemle araştırılan hususlar arasında yer almaktadır.

Kadınlara yüklenmekte olan toplumsal roller onları ev işi, ütü, çamaşır, bulaşık, hasta bakımı, yaşlı bakımı gibi rutinleşen işlerden uzak tutamamıştır. Kadınlar istihdam edilirken bile işgücü piyasalarında yer alan bu tarz işlerde tercih edilmişlerdir. Bunun en güzel örneği de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeni bir anlam kazanan bakım sektörüdür. Devlet elinin zamanla geri çekildiği bu alanda açılan özel hasta bakım merkezleri kadın ağırlıklı işçilerle çalışmaktadır. Gerek hastaların bakım, temizlik işleri gerekse özel bakım merkezlerinin yemek, bulaşık, temizlik gibi işleri bu alana kadınları çekmeyi engelleyememiştir. Çalışma ve ev hayatında benzer işleri yapan kadınların rutinleşen ve erkekler açısından önemsiz ve ikinci planda olan emekleri onları zamanla psikolojik sorunlara itmiştir. Toplumsal cinsiyet de temelinde bu olguları açıklamayı hedeflemiş; kadınlık ve erkeklik kavramlarının biyolojik değil toplumsal kökenli olduğunu vurgulayarak ayrı bir alan inşa edilmiştir.

Tüm bu sebeplerden dolayı bu çalışmanın temel amacı da bilimsel araştırma yöntemlerini kullanarak toplumsal cinsiyet yaklaşımı adı altında kadınlık kavramının, kadın emeğinin, sağıktaki yeniliklerin kadın istihdamına yansımalarının, özel bakım merkezlerinin kadın çalışanların hem iş hem ev hayatlarına olan etkisini araştırmayı

amaçlamaktadır. Çünkü özel bakım merkezlerinin açılması ile kadınların istihdam alanı onlara yüklenen toplumsal roller ile büyük bir benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada teorik olarak konu ile ilgili kavramların tam anlamıyla açıklığa kavuşturulması için literatür taraması yapılmıştır. Buna dayanarak çalışmanın birinci bölümünde; toplumsal cinsiyet kavramı ve kuramsal yaklaşımlar ele alınmış, ataerkillik ve anaerkillik kavramlarına değinilerek kadının aile içerisindeki konumu belirtilmiştir. Ayrıca kuramsal yaklaşımlar içerisinde feminizm olgusu ayrıntılı olarak ifade edilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde; geçmişten günümüze kadın istihdamı dönemlere ayrılarak incelenmiş, kadınların istihdam ve işgücüne katılım oranları belirtilmiştir. Buna bağlı olarak, kadınların ev içi görevleri ve istihdam edilme şekilleri arasındaki bağlantı özel bakım merkezleri açısından değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bu çalışma ile Samsun ilinde bulunan özel bakım merkezlerinde çalışan kadınların ekonomik, sosyal, psikolojik ve fizyolojik sorunları araştırılacak kadın çalışanların ev ve iş yaşantılarındaki ilişki de belirtilecektir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; Türkiye’de sağlık sektörü ve sağlıkta çalışan kadınların özellikleri ayrıntılı olarak ifade edilmiştir. Sağlık sektörünün tarihçesi, dönüşümü, devlet yapılarıyla sağlık politikalarının ilişkisi, kadınların bu alanda tercih edilme nedenleri de ayrıca incelenip belirtilmiştir.

Bu araştırma alan araştırması ile yapılacaktır. Alan araştırması için Samsun ilinde yer alan özel bakım merkezleri seçilmiştir. Samsun ilinin seçilmesinin nedenlerini belirtecek olursak; öncelikle Samsun ili Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında Aile Hekimliği gibi temel uygulamaların ilk olarak faaliyete geçirildiği pilot iller arasındadır ve büyükşehir olmasından dolayı bünyesinde yakın çevredeki diğer illere oranla daha fazla hasta bakım merkezi barındırmaktadır.

Araştırmanın dördüncü bölümünü alan araştırması oluşturmaktadır. Alan araştırması için belirlenen il Samsun, yer ise Samsun’da yer alan özel bakım merkezleridir. Samsun’da yer alan özel bakım merkezlerinde toplam 188 kadın çalışmaktadır ve araştırma dahilinde 60 kadın ile görüşme imkanı elde edilmiştir. Görüşme esnasında anket ve derinlemesine görüşme uygulanmıştır. Alan araştırmasının temel amacını oluşturan özel bakım merkezlerinin kadın çalışanlar üzerine etkisi

anketler ve birebir görüşmelerle değerlendirilerek incelenecektir. Bu değerlendirme esnasında toplumun kadınlara yüklemiş oldukları sorumluluklar ve bu sorumlulukların kadınların çalışma hayatına olan etkisi incelenecek ve kadınların sosyal ve psikolojik yönden etkilenme dereceleri belirlenecektir.

Sonuç bölümünde ise bu çalışmanın genel bir değerlendirmesi yapılacak, ilk üç bölümdeki teorik bilgilerin dördüncü bölümde alan araştırması ile desteklenip desteklenmediği araştırılarak konu ile ilgili çözüm ve önerilere yer verilecektir.



I. BÖLÜM

TOPLUMSAL CİNSİYET KAVRAMI VE KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

1. Toplumsal Cinsiyet Kavramı

Kadınlık ve erkeklik değişmeyen biyolojik bir temele dayanır; ancak cinsiyet bu temelden ibaret değildir (Bora, 2014: 37). Cinsiyet biyolojinin alanına girerek sabit özelliklerle tanımlanırken, toplumsal cinsiyet bir toplumda kadınların ve erkeklerin birbirlerine karşı bağımlı karakterini ifade eder ve sosyal bilimlerin alanına girer (Toksöz, 2012: 65). Beden, kültür gibi sabit kategoriler toplumsal cinsiyeti kader haline getiremez. Toplumsal cinsiyet beden, kültür ve iktidar gibi normların harmanlanması ile oluşmuş *tarih yüklü* bir alandır (Arpacı, 2013: 131). En genel tanımıyla ise sosyal açıdan kadın ve erkeğe verilmiş olan roller ve sorumluluklardır (Palabıyık, 2013: 226).

Cinsiyet (sex) kavramı kişinin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri olarak tanımlanırken; *toplumsal cinsiyet (gender) kavramı* ise kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eder (Akın ve Demirel, 2003: 73). İngilizcede “gender” olarak ifade bulan toplumsal cinsiyet kavramı ilk defa 1950’li yılların ortalarında psikolojide kişilik patolojilerinin tedavisi alanında kullanılmıştır ve bu kapsamda toplumsal cinsiyet kimlik olarak kavramlaştırılmış, toplumsal cinsiyet kimliği de bir kişinin kadın ya da erkek olduğuna dair öz algısı olarak oluşturulmuştur (Marshall, 2000; akt. Sayer, 2011: 9). Bireyin biyolojik cinsiyeti bağlamında belirlenen demografik bir kategori olan cinsiyet kavramını nüfus cüzdanlarında yazan cinsiyet kavramının anlamı ile uyumlaştırabiliriz. Toplumsal cinsiyet ise kadın ve erkek olmaya toplumun yüklediği anlam ve beklentileri ifade etmektedir. Biyolojinin yanı sıra psikolojiyi de kapsayan bir terimdir toplumsal cinsiyet, ayrıca bireyi kadınsı ya da erkeksi biçiminde tanımlayan psiko-sosyal özelliklerdir (Bayhan, 2013: 153). Bir başka tanıma göre toplumsal cinsiyet (gender); “kadınlarla erkekler arasında toplumsal olarak oluşturulan ve yine toplumsal olarak beklenen farklılıklara gönderme yaparak kullanım alanı bulan bir kavramdır.” (Toker, 2009; akt. Çiftçi,

2010: 1356). Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet üzerine yapılan bu ayrı tanımlamalara rağmen yine de iki kavram tamamen birbirinden farklıdır diyemeyiz. Çünkü toplumun kadınlardan ve erkeklerden olan beklentileri kadınların ve erkeklerin fiziksel yapılarına dayanan gözlemlerden pek de farklı değildir. Yani, toplumsal cinsiyet kültürel ve toplumsal bağlamda biraz da olsa cinsiyet terimini içerisinde barındırmaktadır (Dökmen, 2004: 4-5).

Feminist teoride toplumsal cinsiyet kavramının en eski kullanımı 1976'da Sussex Üniversitesi'nde kadınların tâbiyeti konusunda düzenlenen atölye çalışması sırasında. Çalışmaya katılanlar kadınların ve erkeklerin biyolojik varlıklar olduğunu ama kadınların tâbiyetinin toplumsal olarak kurgulandığını söylemişlerdir (Toksöz, 2011: 64).

Toplumsal performansı ifade eden toplumsal cinsiyet kadının ne olduğunu göstermektedir. Yani, kadınlar biyolojik cinsiyetten, dişilikten farklı bir algı ile toplumsal cinsiyet içerisinde yer almaktadır (Young, 2009: 42). Bu kavram cinsiyet, eril ve dişil kavramlarının hem üretildiği hem de doğallaştırıldığı bir mekanizma olarak kabul edilmektedir (Butler, 2009: 75). Delphy'ye göre toplumsal cinsiyet terimi cinsiyet terimi ile beraber düşünülmemekte; cinsiyet boş bir kap ve toplumsal cinsiyet ise içerik olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda içerik her zaman değişebilirken; kap olarak kabul edilen cinsiyet doğanın değişmeyen bir parçasıdır (Delphy, 2001; akt. Köse, 2013: 43).

Toplumsal cinsiyet kavramını ilk kullanan akademisyenler arasında yer alan Ann Oakley'e göre "Toplumsal cinsiyet bir kültür meselesidir, erkek ve kadınların 'eril' ve 'dişil' olarak sosyal sınıflandırılmasına işaret eder... Toplumsal cinsiyet rolünün biyolojik kökeni yoktur, cinsiyet ile toplumsal cinsiyet arasındaki bağlantılar gerçekte hiç de doğal değildir." (Bhasin, 2003; akt. Erdoğan, 2010: 9).

Toplumsal cinsiyet ekonomik eşitsizlik açısından ücretli iş - ücretsiz ev işi, işgücü piyasalarından işin cinsiyete göre bölüşümü - ki bu da kadınların düşük ücretli ve kötü koşullu işlerde çalışmasına neden olur - gibi kategorileşmeleri gösterir. Bu eşitsizliği gidermek de ekonomik eşitsizliğin ortadan kaldırılması ile ilgilidir. Ancak sadece ekonomik eşitsizlik ile açıklanamayacak olan toplumsal cinsiyet erkek egemen

kültür ile oluşan baskı ve dışlanmaya da neden olur. Yani, ekonomik eşitsizlikler ortadan kaldırılrsa da toplumsal eşitsizlik kolay kolay kaldırılamaz. Fraser’a (2003) göre, toplumsal cinsiyet sınıf ve statüyü birbirine bağlayan bir kategoridir ve ekonomik ya da kültürel alandaki değişimler tek başına yeterli olmaz (Yıldız, 2015: 43). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından erkeklerin ücretli işlerde çalıştığı zaman kadınların hem ücretli işlerde hem de ev içi ücretsiz işlerde çalıştığı toplam zamandan oldukça azdır (EC, 2014; akt. Özateş, 2015: 44).

Toplumsal cinsiyet farklılığını tanımlarken biyolojik determinizm ve sosyal inşacılık olmak üzere iki yaklaşım öne çıkmıştır. Biyolojik determinizm, biyolojik ya da genetik karakterlerle insan davranışlarını açıklarken; sosyal inşacılık cinsiyet ile toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiyi zayıf bir ilişki olarak açıklamıştır. Çünkü günümüzde kol ve beden gücüne dayanmayan işlerin ortaya çıkmasından dolayı kadınların hemen hemen her işe uygun görülmeleri ve aynı zamanda erkeklerin de ev işlerinde eşlerine yardım edebilmeleri kadın ya da erkek bedenine sahip olmakla ilişkilendirilmemiştir. Biyolojik determinizm ise, doğacı görüşü benimseyerek erkeklerin kuvvet gerektiren hane dışı işlerde yoğunlaşmasını, kadınların ise hane içindeki işleri üstlenmelerini esas almaktadır (Bayhan, 2013: 154).

Cinsiyet kavramının yanı sıra “cinsel kimlik duygusu, sosyal cinsel rol ve toplumsal cinsiyette eşitlik” kavramları da toplumsal cinsiyet ile ilişkili kavramlardır. Bu kavramların ortaya çıkışında Freud’un büyük rolü vardır (Öztürk, 2011: 18). “*Cinsel kimlik duygusu*, kendini dişi veya erkek hissetmektir (Özbay ve Öztürk; akt. Öztürk, 2011: 19). *Sosyal cinsel rol*, toplumda kadın ya da erkekten beklenen rollere uygun davranışları benimsemiş olmaktır (Özbay ve Öztürk; akt. Öztürk, 2011: 19). *Toplumsal cinsiyette eşitlik*, fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetleri elde etmede bireyin cinsiyeti nedeniyle ayrımcılık olmaması/yapılmamasıdır (Graglia, 1998; akt. Öztürk, 2011: 19).” Freud asıl sorunun kadın ve erkeğin biyolojik yapısından kaynaklanmadığını belirtmiştir. Bunun yerine psikolojik baskıları esas almıştır ve bunun sorumlusu olarak da çocuk erkek doğmuşsa erkeksi özellikleri, dişi cinsiyetle doğmuşsa dişiliği bireylere entegre etmeye çalışan toplumu öngörmüştür. Yani, sosyoloji ve psikolojiyi etkileşim halinde kabul etmiştir (Bayhan, 2013: 160).

Görüldüğü üzere toplumsal cinsiyet kavramı birçok başka kavrama da değinmektedir. Toplumsal cinsiyet kavramının bu denli tartışılmasının ve gündeme gelmesinin en önemli nedenlerinden bir tanesi de toplum yapısıdır. Çünkü toplumsal cinsiyet kavramı toplum ile doğrudan ilişkilidir. Aile yapısı, sosyolojik düzen ve özellikle anaerkil ve ataerkil toplum yapısı toplumsal cinsiyet kavramını şekillendirmektedir. Bu yüzden anaerkil ve ataerkil toplum yapısını incelemekte fayda vardır.

2. Anaerkillik ve Ataerkillik Kavramları

İnsanlık tarihi çok eski bir geçmişe dayanmaktadır. Antropologlar tarafından yapılan araştırmalar sonrasında yeryüzünde insanların varlığının 4 milyar yıllık bir geçmişe sahip olduğu anlaşılmıştır. Araştırma sonuçları ilk insanların yaşadığı zamanlarda topluma anaerkil düzenin hakim olduğunu göstermektedir (Arsoy, 2011: 1-2). 19. yüzyıl kadın hareketinin önemli şahsiyetlerinden biri olan Matilda Joslyn Gage de Hıristiyanlık öncesinde anaerkil dönemin var olduğunu kabul ederek anaerkil dönemde tüm yaşamların kutsal sayıldığını ve hatta hayvanların bile kurban edilmediğini dile getirmiştir (Donovan, 2015: 91).

Kadının toplumun yaşaması, üremesi ve sağlıklı olması için üstlendiği roller ana soyunu geçerli kılmıştır. Her şeyin kaynağı, doğa anadır. Dinsel inanışta toprak dişidir. İnsan da tüm diğer canlılar gibi ondan gelmiştir (Erdem ve Sayılğan, 2011: 104). Ataerkillik öncesinde kadın toprak, ana, tanrıça olarak kabul edildiğinden kutsal sayılmıştır ve erkek de ona sonsuz saygı duymuştur. Simone de Beauvoir'in araştırmalarına göre anaerkil düzenlerde de toplum erildi ve siyasi üstünlük erkeklere aitti, kadın da erkek de birbirine bağımlıydı. Bu karşılıklı bağımlılık ilişkisi kadının köle olmasını engellemişti. Claude Lévi-Strauss'a göre ise anaerkillikten ataerkilliğe geçilmesinin sebebi erkeğin dayı değil baba olmayı seçmesiydi. Yani, erkekler yeğenlerinden daha fazla çocuklarına düşküdü (Direk, 2009: 17-18).

Aile ve devlet idaresinde annenin veya anne soyundan gelen en yaşlı bir kadının hakim olduğu toplum düzenine anaerkil düzen denmektedir (http://www.enfal.de/sosyalbilimler/a/020.htm#_ftn1, 2015). Bir başka ifadeyle, "insan

soyunun anne tarafından geldiği görüşü baskın olan toplumlara ‘anaerkil’, babanın soyundan geldiği görüşü baskın olan anlayışa ise ‘ataerkil’ toplum adı verilmektedir (Arsoy, 2011: 2).

İlkel devirlerde kadınların daha çok tarım işleriyle erkeklerin ise avcılık ve toplayıcılıkla ilgilenmeleri kadına toplumda iyi bir statü sağlamıştır. Bu tarz anaerkil düzenin hakim olduğu toplumlarda kadın ile erkeğin eşit olduğu ve birbirlerinin yaptığı işe saygılı olduğu söylenebilir (Budak, Doğan ve Harlak, 1991: 2). Ana-merkezli avcı-toplayıcı toplumlarda erkek ve kadın kendi açısından eşit güce sahiptir. Günlük gıda maddelerinin çoğu kadınlar tarafından sağlanmaktadır ve bu da erkek avcılardan çok kadınlara ihtiyaç olduğunun kabul edilmesine neden olmuştur. Aynı zamanda doğurganlıkta erkeğin rolünün anlaşılabilmesi kadını tamamen toplumun yaratıcısı ve soy bağının devamı olarak görülmesini sağlamıştır (Özateş, 2015: 18). Ancak zamanla erkekler birçok alanda boy göstermeye başlayınca tarım sektörünü de ele geçirerek kadınları ev içi işlere hapsedmeye başlamışlardır (Arsoy, 2011: 3). Yapısal değişimler sonrasında üretim ilişkilerindeki değişimle birlikte nasıl anaerkil aileden ataerkil aile anlayışına geçilmişse, kadının toplumdaki ve dolayısıyla aile içindeki yeri de toplumsal yapıya göre belirlenerek değişmiştir (Bebel, 1966: 13). Üretim araçlarının gelişmesi ve bu araçların erkeğin egemenliği altına girmesiyle kadın, toplumsal yapıda geriye itilmiş ve ataerkil toplum yapısına geçiş hızlanmıştır (Erdem ve Sayılğan, 2011: 101). İnsanoğlunun doğuşundan bu yana erkeklerin biyolojik özellikleri oldukça baskındır. Kadınlar egemen olduğu dönemlerde bile hem güvenilmez hem de kırılğandırılar. Kısa bir dönem için egemenlik kadınlarda olsa da erkekler kendi biyolojik ayrıcalıkları ile ataerkil sistemi getirmişler ve hakimiyet yapısını değiştirmişlerdir (LDS, C.I.; akt. Direk, 2009: 19).

Ataerkil kelime anlamı olarak erkek iktidarı demektir. Kelime Türkçeye Fransızca’dan girmiş ve Batı dillerinde ataerkillik manasına gelen “patriarka” kelimesi ise (patria) baba kelimelerinden türemiştir (Arsoy, 2011: 6). “Ataerkillik, erkekler arası sosyal ilişkileri belirleyen maddi bir temeli olan hiyerarşik düşünce yapısı ile oluşmuş, ‘kadınlar üzerinde egemenlik kurma biçimi’ olarak adlandırılmaktadır (Hartman, 1981; akt. Arıkan, 1997: 15).” Patriyarşi (ataerkillik) aile ilişkilerinin temelinde erkekler bulunur. Kimin kiminle evleneceğine erkekler karar verir ve mülk erkeklere miras kalarak kuşaktan kuşağa geçer. Paternalist bir toplumda erkek egemenliği sürer. Bu

egemenlik erkeklerin babalık rolüne dayanır (Sennet, 2011: 61-62). *“Ataerkilliğin saygınlık kalıpları yaşa dayalıdır, kadınlar ve erkekler için farklı hiyerarşiler söz konusudur, cinslerin faaliyet alanları ayırıştırılmıştır (ve hatta mekânda da ayırıştırılarak kurumsallaştırılabilir), nihayet, kadınların emeğine ve üreme kapasitelerine evlenerek dahil olduğu erkek soyu tarafından el konulur (Kandiyoti, 2015: 328).”*

Ataerkil sistem kadının toplumdaki eşitsiz konumunun yanı sıra emeği yönünden de eşitsizliğe maruz kalmasına neden olur. Erkekler arasındaki maddi dayanışma kadınların emeği üzerindeki denetim ile sonuçlanır. Bu da kadının piyasa-ev-devlet üçlüsünde erkek egemenliği ile varlığını sürdürmesine neden olur. Meydana gelen erkek dayanışması sonucunda kadınlar ev içerisindeki işlerle uğraşmak zorunda kalır, aynı zamanda evde çocuk ve yaşlı bakımıyla da ilgilenererek tamamen erkeklere bağımlı hale gelir ve bu da ataerkil sistemin devamlılığını zorunlu kılar (Toksöz, 2012). Yani, ataerkillik kapitalizm ile birleşerek kadının eşitsizliğini artırır ve kadın emeğini ikinci plana atar (Özateş, 2015: 24). Bir başka deyişle, ataerkil sistem kendi içinde var olan hiyerarşik özelliği ile erkeği ve kültürü merkeze yerleştirerek kadını ve doğayı ikinci plana atar (Demir, 2013: 12). Kapitalizm ve ataerkil yapı birbirini desteklemektedir. Kapital, kârı için kadını ve kadının emeğini değersizleştirmektedir (Demir, 2013: 28).

Ataerkil toplumlarda kadınların güçsüz yetiştirilmesi sistemin devamı için önemlidir. Kadınlara çocukluklarından itibaren kendi ayakları üzerinde durmaları değil, evlenip baba evinden koca evine geçmeleri öğretilmektedir. Aynı zamanda mutlu olabilmek için de baba evinde babaya; koca evinde ise kocaya itaat etmeleri anlatılmaktadır. Çünkü itaat namus ile eşleştirilmekte ve ailenin namusunun korunması için kadınların baskılanması, itaatkar yetiştirilmesi gerekli kılınmaktadır (Yavuz, 2015: 121).

Ataerkillik sadece sistem kavramıyla açıklanabilecek bir kavram değildir; sistem üstü bir olgudur ve daha çok bir yapılanmayı ifade eder (Demren, 2003: 1). Erkekler tarafından kurulmuş ataerkil sistemde kuralları erkekler belirler ve kadınlar bu sistemin içerisinde yer alabilmek için ataerkilliğin belirlediği kuralları benimsemek ve bu doğrultuda hareket etmek zorundadırlar (Demren, 2003: 2). Ataerkillik bir günden ertesi güne değişen ve oluşan bir yapılanma değildir. Eski masallar, efsaneler, anaerkillik ve ataerkillik arasındaki mücadele ataerkilliği meydana getirmiştir (Kollontai, 2000: 32).

Cinsiyetler arasındaki ayrımlar, erkeklerin daha ağır işleri üstlenmesi kadınların ise daha hafif işleri yapması erkeği ön plana çıkarmıştır. Ancak zamanla değişen dünya şartlarında kadınlar da ücretli işçi haline gelmeye başlamış ve tıpkı erkekler gibi dışarıda çalışarak toplumda kadın ile erkek arasındaki uçurum kalkmaya başlamıştır. Endüstrileşme ile birlikte de kadınların erkeklere boyun eğmesi giderek azalmış ve eskiden erkeğin gücüyle yaptığı işler makineler yardımıyla yapılmaya başlayınca kadınlar ile erkekler aynı konuma gelmeye başlamıştır (Arsoy, 2011: 10).

3. Aile ve Kadın

Aile, tarihsel zamanı şekillendiren doğal bir yapıdır ve sürekli düzeltilip çeki düzen verilmesi gereken doğal bir toplumsal kurumdur (Sancar, 2014: 199). Bir başka ifadeyle *“aile, kan bağı ya da yasal bağlarla birbirine bağlı olan insanlardan oluşmuş, mahrem ilişkilerle örülmüş bir yapıdır ya da aile zaman içinde ayakta kalmayı ve değişikliklere uyum göstermeyi başarmış, çok esnek bir toplumsal birimdir diyebiliriz.”* (Öztürk, 2011: 16). Aile her yerde bulunan temel ve evrensel biyolojik ihtiyaçların bir ifadesi olarak tanımlanmaktadır ve çekirdek aile de temel sosyal işlevleri yerine getirmektedir. *“Aile, içinde evsel ve cinsel ilişkilerin ve toplumsallaşmanın gerçekleştiği doğal ve birincil bir birimdir. Aile üyeleri arasındaki ilişkiler özgül ve tektir ve aile dışındaki ilişkilerden farklıdır. Ailede anne ve çocukların arasında, özellikle yaşamın ilk yıllarında, köklü ve gerekli bir bağımlılık ilişkisi kurulur.”* (Ecevit, 1993: 9-10). Hartmann’a (1981) göre ise aile, bir dinamik değişim kaynağı, bir aktör ya da bir sosyal kendilik olarak ifade bulmaktadır ve aile birleşik bir çıkar grubu değil; birbiriyle ilişkili sosyal mekanizmaların örtüşen ya da çatışan güçlerinin cisimleştiği bir alandır (Öğüt, 2013: 65).

Toplumsal kalıp yargılarına göre herhangi bir insana yönelik beklentilerin şekillenmesi cinsiyet ile doğrudan ilişkilidir. Erkeklerden güçlü olmaları, ailelerini geçindirmeleri; kadınlardan ise sabırlı, anlayışlı olmaları, ev ile ilgili işleri düzenlemeleri beklenmektedir (Günay ve Bener, 2011: 159). Yani aile kendi içerisinde kadın ve erkeğe ait rolleri ve akrabalık ilişkilerini barındırmaktadır (Dedeoğlu, 2000: 142). Aile odaklı toplumsal yaşamda aile içi, yakın çevre ve akrabalar arası ilişkiler genellikle kadınların düzenlenmesine bırakılmış alanlardır (Sancar, 2014: 195). Ev içi

alan geleneksel baskıcı sistemin canlılığını koruduğu bir alandır ve bu yüzden de kadını ikinci plana atarak baskı altında tutmaktadır (Günaydın, 2013: 111).

“Evin dünyanın pisliklerinden uzak, masum ve temiz bir yer olarak tasarlanması, erkeklerin ‘dış’ dünyaya açılırken kadın ve çocukları bu temiz yerde bırakmaları, içinde yaşadığımız kültürün en belirleyici ve güçlü örüntülerinden biri, belki de birincisidir. Evin ve ailenin böyle kutsallaştırılması, orada olup bitenlerin tamamen görünmez kılınmasına hizmet etmiştir. Böylelikle, aile içindeki eşitsizlikler, şiddet ve tahakküm, istismar ve baskı, ‘özel’ alanın sorunları olarak görmezden gelinirken, evdeki iktidar ilişkilerinin ‘dış’ dünyadakilerle sürekliliğinin de üzeri örtülmüştür” (Bora, 2014: 59-60).

Ev içerisinde kadının en belirgin görevlerinden birisi anneliktir. Ortaçağ’da anneler ve çocuklar baba otoritesine sahip oldukları için aynı kategoride kabul edilmişlerdir. Hatta erkek çocuklar büyüyünce baba statüsüne yaklaştığı için annenin üstünde bir konuma yerleşmişlerdir. Aile içerisindeki baba otoritesi kralın ve tanrının otoritesini ifade etmiştir. O dönemde Tanrı için kilise, kral için asker ve polis, baba için ise anne çoban köpeği rolündedir. Anne bu rolünü çocuklarını güderek babanın otoritesine hazırlayarak gerçekleştirmiştir. Evliliklerde ise sevgi yerine saygı ve iyi bir toplumsal sınıfa sahip namuslu kızlar tercih sebebi olmuştur. Yani, Ortaçağ’da hayallerdeki zırhlı ve yakışıklı şövalyelerin yerini kadınların gerçek hayatta karşı karşıya kaldıkları korku ve şiddet almıştır (Çeler, 2013: 169). Annelik, cinsiyet farklılaşmasına ve çalışma yaşamı ile ailede hiyerarşiye yol açan sosyal bir kurumdur (Walzer, 2001; akt. Seçer, 2010: 16). Günümüzde annelik oldukça kutsal bir görev olarak ifade bulmuşsa da Ortaçağ’da doğurganlığın acı ile ifade edilmesi çok daha gerçekçidir ve Firestone kitabında kadının asıl ezilme nedeninin çocuk doğurması ve çocuk yetiştirmesi olduğunu belirtmiştir (Köse, 2013: 41). Bugün kadınların omuzlarına çöken, çift olarak yaşamak ve özellikle de çocuğun doğumudur. Çocuğun gelmesi zaten kadının evde geçirdiği saatleri belirgin bir şekilde arttırmaktadır (Badinter, 2011: 24). Ev kadını olarak adlandırılan çalışmayan annelerin bu şekilde adlandırılmasının nedeni düşük bir toplumsal statüye sahip olmalarıdır (Mies, Thomsen ve Werlhof, 2014: 249). Çalışan anne kavramı ise, çocuğu ya da çocukları olan ve haftada en az 10 saat ev dışındaki bir işte çalışan kadın olarak ele alınır (Arkedie, 2007; akt. Seçer, 2010: 31).

Ailenin yapısında ve kadın erkek rollerinin belirlenmesinde eğitim düzeyinin önemi büyüktür. Eğitim düzeyi yüksek olan kadın kendi seçim özgürlüğüne göre eşini

seçmekte, evlilik ile çalışma hayatını aynı seviyede devam ettirebilmekte ve böylece ailenin gelir düzeyini de artırarak aile içindeki ve toplumdaki söz hakkını da arttırmaktadır (İmamoğlu, 1993: 61).

Aile kavramına yönelik olarak vurgulanması gereken bir başka konu ise onun toplumdaki bağımsız, durağan ve mutlak bir kavram olmadığıdır. Aile, tarihsel ve toplumsal koşullara göre değişik biçimler ve içerikler kazanmaktadır (Dedeoğlu, 2000: 142). Aile, birey ve toplumun devam ettirilmesinde en temel organizasyonlardan biridir ve bu devamlılık da çocuklar ile sağlanır. Yani aile ulusal, dinsel ve etnik açıdan kutsaldır. Bu öneminden dolayı aile kurumuna devlet, din ve tüm var olan otoriteler müdahale etmektedir (Bayhan, 2013: 148). Geleneksel aile tipinde kadınlar genellikle ev işleriyle uğraşırken; erkekler dışarıdaki işlerle ilgilenmişlerdir. Yani erkekler tamir, bahçe bakımı gibi işler yaparken; kadınlar yemek pişirme, ev temizliği ve çocuk bakımı gibi işlere yönelmişlerdir (Şafak, Çopur ve Özkan, 2011: 2). Kırsal üretim yerine fabrikalaşmanın ortaya çıkması ailede önemli dönüşümler meydana getirmiştir. Üretim faaliyeti aileden ayrılınca kadınların aile içindeki konumu da değişime uğramıştır ve böylece sanayileşmenin yoğunlaştığı coğrafyalarda kadın emeği ucuz, kolay sömürülen bir iş gücü kaynağı olarak piyasaya dahil olmuştur (Sancar, 2014: 29). Kadınlar bu denli gelir getirici işlerde çalışsalar dahi hane içi çalışmalarını sonlandırmamış ev temizliği, çocuk, hasta, yaşlı bakımı gibi işlerin de büyük kısmını üstlenmeye devam etmişlerdir. Ancak, karşılığı ödenmeyen bu çalışma üretken sayılmamış ve piyasa ekonomisinin bu tarz karşılıksız emekten sağladığı fayda da göz ardı edilmiştir (Dedeoğlu, 2011: 86). Geleneksel ve kentsel aile yapılarının yanı sıra kadınlık ve erkeklik değerleri arasında ayrımları yeniden şekillendiren modernlik kavramı ise insanlar tarafından düzenlenebilir bir toplum hayal etmektedir (Sancar, 2014: 196). Farklı bir bakış açısıyla modern tekeşli-aile, kadının açık ya da gizli ev köleliği üzerine kurulmuştur ve ailede erkek burjuvadır, kadın proletaryayı temsil eder. Modern ailede erkeğin kadın üzerindeki egemenliğinin sonlandırılması ikisi arasındaki gerçek bir toplumsal hak eşitliğinin kurulmasına bağlıdır (Marx, Engels ve Lenin, 1992: 161).

Geleneksel ailelerde çiftler evliliği çocuk sahibi olmak ile bağlantılı kabul ederken; modern ailelerde daha ileri yaşlarda ve çok daha gerçekçi amaçlarla evlilik planları yapılmaktadır. Modern ailelerde kadınlar gelire daha fazla katkı sağlamaktadırlar. Bunun yanı sıra geleneksel ailelerde kadınlar erkeklerin hayatına çok

fazla müdahale etmemekte; modern ailelerde ise eşler birbirlerinin arkadaşlarından, hissettiklerinden haberdar olarak hayatlarını daha iç içe devam ettirmektedirler. Geleneksel ailelerde kadın kendini iç dünyasında çok daha yalnız hissederken; modern ailelerde bu durum biraz daha azalmaktadır. Aile içi kararlar açısından geleneksel ailelerde kadınla erkeğin kendi istediklerini gerçekleştirmeleri konusunda kadınlar geri planda kalırken; modern ailelerde daha özverili bir davranış şekli görülmektedir (İmamoğlu, 1993: 65-66).

4. Kuramsal Yaklaşımların Kadına Bakışı

Kadınların birey olma çabalarını ifade eden kavrama feminizm denmektedir (Güç, 2008: 663). Ancak bu yoldaki insanların farklı anlayış ve düşüncelere sahip olmaları feminizme yönelik genel geçer bir tanımın yapılmasını zorlaştırmıştır (İşler, 2004:2).

Sancar'a (2009) göre feminist kuram başlangıç noktasının ataerkillik olduğu modern kapitalist toplumlarda erkek egemenliğini çözümlenecek kuramsal araçları geliştirme çabasından ortaya çıkmaktadır (Akis, Özakin ve Sancar, 2009: 58). Ortaçağ'a kadar dayandığı iddia edilse de feminizm 17. yy'da sanayileşme ile birlikte İngiltere'de meydana gelmiştir ve bu süreç sonrasında geleneksel aile yapısının da değişmesi ile birlikte birinci dalga feminizm ortaya çıkmıştır ve kadın ikinci plana itilmiştir. İkinci dalga feminizm ise 1960'lı yılların sonrasında ortaya çıkmıştır ve birinci dalga feminizmdeki gibi kadın erkek arasında eşit haklara razı gelmek yerine kadınları tamamen erkek egemenliğinden kurtarmayı amaçlamıştır (Altınbaş, 2006: 22).

Kökünü Latineden alan feminizm kavramı kadın anlamına gelen "*Femine*" kelimesinden türetilmiştir ve dar anlamda kadınları ilgilendiren şeyler olarak tanımlanabilirken (Tür, 2010; akt. Akyeşilmen, 2015: 5); geniş anlamda ise kadınların hem topluma hem de erkeklere karşı siyasi, ekonomik, kültürel ve hukuki eşitliklerine yönelik mücadeleleri olarak tanımlanabilmektedir (Akyeşilmen, 2015: 5).

Feminizm, kadın ve erkek arasındaki güç ilişkilerini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bununla birlikte kadınların sömürülmesini, dışlanmasını, baskı altında

olmasını engellemeye çalışan siyasal bir harekettir (Altınbaş, 2006: 22). Kadın ile erkek arasındaki iktidar ilişkisini temel alarak değişim amacı güden siyasal bir hareket olarak feminizmi tanımlayabiliriz. Bu siyasal hareket erkeklerin ön planda bulunmasının yanı sıra erkek odaklı toplumsal normların sona ermesi ve kadınsı değerlerin de ön plana çıkarılmasını amaçlamaktadır (Çaha, 2010: 55).

Gürkan'a (2015: 9) göre: *"Bazı çevrelerce feminizm erkek düşmanlığı olarak nitelendirilmektedir. Hâlbuki feminizm, en genel çerçevede cinsiyet ayrımına ve ataerkil düzene karşı çıkan bir doktrindir. Feminizm taraftarları, kadın ve erkeğin eşit haklara sahip olması gereğini savunduğu gibi, bu iki cins arasındaki hiyerarşik her türlü ilişkiyi ve kadının toplumdaki ikincil konumunu kesinlikle reddeder. Bu karşı çıkma sadece erkeklere değil, kadının ikincil konumunu savunan kadınlara karşı da mevcuttur. Feministlere göre insanlar toplum içinde farklı roller üstlenmektedir. Bu rolleri üstlenirken de herhangi bir cinsiyet ayrımı yapılması yanlıştır. Kadın, gerek evde (özel alan) , gerekse toplumda (kamusal alan) kendine yüklenen görevleri her zaman layıkıyla yerine getirmiştir ve getirecektir de. Bu açıdan bakıldığında, feminizme göre özel alanla kamusal alan arasındaki çizgi ortadan kaldırılmalı, kadın tüm haklarını elde etmelidir."*

Ataerkil sistem toplumun tüm yapılarına yayıldığı için feminizm olabildiğince kapsamlı bir şekilde tanımlanmalıdır ve kendi içinde de farklı kategorilere ayrılmaktadır. Aynı şekilde toplumsal cinsiyet olgusu da karmaşık yapıları içerisinde barındırdığından ancak Feminizmin farklı tanımlamaları ile çözümlenebilme imkanı bulmaktadır (Erdem, 1994: 67). Feminizm kendi içinde Aydınlanmacı Liberal Feminizm, Kültürel Feminizm, Marksist ve Sosyalist Feminizm ve Radikal Feminizm olarak gruplara ayrılmaktadır.

4. 1. Aydınlanmacı Liberal Feminizm

Marry Wollstonecraft, Frances Wright, Sarah Grimke ve J. Stuart Mill tarafından gelişimine katkı sağlanan Aydınlanmacı Liberal Feminizm feminist teori açısından tarihte ilk sıralarda yer almaktadır ve bu yüzden de birçok kaynakta açıklanmaktadır.

Aydınlanma çağında erkeklerin sahip olduğu doğal haklara kadınların da sahip olabileceği düşüncesi eminstleri harekete geçirmiştir (Donovan, 2015: 22). Çünkü, liberalizm Avrupa'da uzun süren özgürleşme sürecinin sonucunda ortaya çıkmıştır ve aynı zamanda da hak ve özgürlüklere vurgu yapmaktadır (Öztürk, 2011: 50). Kadının eş ve anne olarak evine ait olması düşüncesi sanayi devrimi ile birlikte değişmeye

başlamıştır. Fabrikalaşmanın oluşması ve küçük ev atölyelerinin değerini kaybetmesi ev ile iş yaşantısını birbirinden ayırmıştır. Böylece de aydınlanma düşüncesi desteklenmiştir (Donovan, 2015: 25).

Liberal Feminist savunucuları rasyonalitenin tüm insanlara Tanrı aracılığıyla verildiğine inanmışlardır. Frances Wright ve Sarah Grimke bireyin düşünce yapısının geleneklerden ve toplumsal kurumlardan daha güvenilir olduğunu savunmuştur ve ayrıca kadın-erkek arasındaki ontolojik benzerlikleri de vurgulamıştır (Donovan, 1988; akt. Altınbaş, 2006: 26). J. Stuart Mill ise Aydınlanmacı Liberalizm bağlamında geliştirdiği felsefesinde mutluluk, eşitlik ve adaleti esas almıştır. Bireysel özgürlüğün, insanların kendi kararlarını kendisinin alıyor olmasının toplum yararı açısından önemine değinmiştir. Bundan ziyade kadınların eşitliğinin de toplumun mutluluğunu artıracığını ifade etmiştir (Küçük, 2006: 95).

1765-1769 yılları arasında yayımlanan Blackstone'un 'Commentaries on the Laws of England' (İngiltere Kanunları Üzerine Yorumlar) adlı eseri ile birlikte kadınların hiç bir yasal hakkının bulunmadığı vurgulanmıştır. Ayrıca kadının evlilik ile birlikte kocasının himayesine girdiği belirtilerek bu durum Blackstone tarafından şu şekilde ifade bulmuştur:

"Evlilik ile birlikte kanun önünde eşler tek bir kişi haline gelirler. Bunun anlamı şudur: Evlilik sırasında kadının yasanın tanıdığı bir varoluşu kalmamıştır ya da en azından, onu himayesi altına alan erkeğin varoluşuyla ortaklaşmıştır" (Donovan, 2015: 26).

Marry Wollstonecraft'ın 'Vindication of the Rights of Women' (Kadın Haklarının Savunusu, 1792) isimli eserine göre kadının hayattaki tek gerçek amacının erkeğe hizmet olduğunu öğreten toplumsallaşma süreci kadının köle kalmasına neden olmuştur (Kayhan, 1999; akt. İşler, 2004: 31).

Elisabeth Cady Stanton tarafından 19-20 Temmuz 1848 yılında yazılan ve New York'ta yayımlanan 'Declaration of Sentiments' (Duygular Bildirgesi) 100 kadın ve erkek tarafından imzalanarak temel doğal haklar doktrinini kadınlara uyarlayan ilk eser olmuştur (Donovan, 2015: 29). Bildirgeye göre:

"Bütün erkekler ve kadınlar eşit yaratılmışlardır, yaratıcıları tarafından verilmiş ve vazgeçilemez haklara sahiptirler ki, bunların arasında yaşam, özgürlük ve mutluluğun peşinden koşma

hakkı vardır, bu hakları korumak için güçlerini yönetilenlerin rızalarından alan hükümetler kurulmuştur” (Donovan, 2015: 30).

Aynı zamanda Duygular Bildirgesi’nde kadınların ikinci sınıf olarak nitelendirilmelerinin ve ezilmelerinin suçlusunun erkekler olduğu iddia edilmiştir (Donovan, 2015: 31). 19. yüzyılda Liberal Feministler her anlamda erkeklerle eşit haklara sahip olma yolunda mücadele vermişlerdir. O dönemlerde çalışan bir kadın şehirde aynı işi yapan bir erkeğin yarısı, taşrada ise üçte biri oranında ücret almıştır (Öztürk, 2011: 54).

Öztürk (2011)’e göre Liberal Feminizm’in en önemli özelliklerine bakacak olursak:

- Eğitimde fırsat eşitliği
- Ekonomik eşitlik
- Siyasal ve hukuki eşitlik
- Özel alanın yeniden düzenlenmesinin talep edilmesi

Donovan (2015)’e göre ise Liberal Feministlerin temel düşünceleri:

- Akla inanç
- Kadının ve erkeğin ruhları ile akılcı yeteneklerinin aynı olduğu inancı
- Toplumsal değişime ve toplumun dönüşümüne etki etmenin en iyi yolunun eğitim olduğuna inanç
- Bireyin diğer bireylerden ayrı olarak gerçeği arayan, akılcı ve bağımsız bir aktör olarak hareket eden bir varlık olduğu görüşü

Sonuç olarak, Liberal Feminist anlayışını benimseyen kuramcılar erkek ve kadının her alanda eşit olmasını istemektedirler. Hukuken kadınların tüm haklara erkekler gibi sahip olmaları inancını benimsemektedirler. Yani hak ve özgürlüklerde eşitliği sağlamayı hedeflemektedirler (Öztürk, 2011: 63-64).

4. 2. Kültürel Feminizm

Margaret Fuller’in “Woman in the Nineteenth Century” (19. Yüzyılda Kadın, 1845) adlı eseri ile başlayan Kültürel Feminist geleneğinin temelinde siyasal

dönüşümün yanı sıra kültürel dönüşüm yatmaktadır (Donovan, 2015: 73-75). Bu görüşü temsil eden feministler eleştirel düşünme ve kendini geliştirmenin önemini vurgularken; kadınlarla erkekler arasındaki benzerlikler yerine kadınlık niteliklerinin kişisel kuvvet, gurur ve kamusal yenilenme kaynağı olarak kabul edilmekte olan farklılıkları üzerinde durmuşlardır (Donovan, 2015: 73-74).

Aydınlanmacı Liberal Teori'nin aksine Fuller'in sevgi dolu ilişkileri ve bir topluluğa olan bağlılıkları ile ilgili kaygıları Kültürel Feminizm teorisi içermektedir. Kadınların birey olarak değil de hep birlikte kim olduklarını keşfetmeye ihtiyaçları olduğunu savunan Fuller: "Ben şu anda, kadınların en iyi yardımcılarından birbiri olduğuna inanıyorum" demiştir (Donovan, 2015: 78). Fuller, kadınların özgürleşmesi ile dünyanın iyileşmesi arasında bir temas kurmuştur (Donovan, 2015: 81). Aynı zamanda kadınların gelişmesinin toplumu da radikal olarak geliştireceğini vurgulamıştır (Özsöz, 2008: 53).

Stanton ve Anthony 1870'lerden itibaren Geleneksel Liberal Düşünce'nin sınırlarını aşarak kendilerini bu anlayışın ilerisine götürecek analizlerde bulunmuşlardır. 1868'den 1870'e kadar yayınladıkları gazeteleri "The Revolution" (Devrim) ile fuhuş, tecavüz, zührevi hastalıklar ve çalışan kadınların koşulları üzerinde durmuşlardır. Aynı zamanda da kıyafet reformunu ve kadın için en elverişli eğitimi savunmuşlardır (Papachristou, 1875; akt. Donovan, 2015: 81-82).

Sarah Grimké çalışan kadınlar için eşit işe eşit ücret isterken aynı zamanda 1868 yılında The Revolution'da (Devrim) ve Ulusal İşçi Birliği Komitesi Kadın İşçileri başkanı Anthony tarafından da bu istek dile getirilmiştir. Bununla birlikte kadınlar için sendika ve 8 saat çalışma süresi hakkı da talep edilmiştir. Ancak, bu talep reddedilmiştir. Tüm bunların sonucunda da Stanton, Anthony ve işçi hareketi arasındaki fikir birliği sona ermiştir (Foner, 1979; akt. Donovan, 2015: 82).

Kültürel Feminizm'i geliştiren bir diğer isim de Charlotte Pekins Gilman'dır. Çalışmalarını Sosyal Darwinizm üzerine temelleştiren Gilman Kültürel Feminizm geleneğini de devam ettirmiştir (Donovan, 2015: 93). Bu hipotez bağlamında Gilman'ın oluşturduğu ilk önemli çalışması "Woman and Economics"tir (Kadın ve Ekonomi, 1898). Bu esere göre kadının ekonomik olarak bağımlı kılınması onun gelişimini

engellemektedir (Donovan, 2015: 96). Gilman'a göre annelik güçleri ve sevgisi toplumu bir arada tutmaktadır. Kadının yıkmaktan çok koruma güçleri vardır (Öztürk, 2011: 82).

Gilman "The Home" (Yuva, 1903) adlı eseri ile de aile kurma ve yuva kavramına birçok radikal düşünce getirmiştir (Donovan, 2015: 103). Gilman'ın önerdiği radikal düşünceler:

"Ev işleri meslekleştirilmelidir. İnsanlar yemek yapma, beslenme ve çocuk yetiştirme konularında eğitilmeli ve verdikleri hizmetler karşılığında para kazanmalıdırlar. Bu hizmetlerden birçoğu, çamaşır yıkamak gibi, kolektifleştirilmelidir. Çocuklar kolektif bakımevlerinde yetiştirilmelidir. Ev içi emeğin yeniden düzenlenmesi ile kadınlar, 24 saat ücretsiz daimi zulümden kurtulacaklardır ve ücret karşılığında 8 saat çalışacaklardır. Kadınların kamusal dünya ile bütünleştirilmeleri, kamusal ile özeline bütünleşmesi, kamusal alandaki erkek egemenliğini sona erdirecek, sonuç olarak da Gilman'ın daha önceki çalışmalarında belirttiği erkek merkezli hükümlerini bitirecektir. Dahası kadınların eve hapsedilmeleri sona ererse, kamusal dünyanın sokakları kadınlar ve çocuklar için yeniden güvenli olacaktır (Donovan, 2015: 104-105)."

Kültürel Feminizm'in bir başka yönü ise anaerkilliği ortaya çıkarmasıdır. Bu teori ülkemizde de halen var olan ataerkillik anlayışını anaerkilliğin karşısına almıştır. Ataerkil sistemin baş gösterdiği toplumlarda tüm ihtiyaçların erkekler tarafından karşılanmasını kabul eden bir sistem mevcuttur. Ataerkil sistemle pazarlık eden kadınların varlığından bahseden Deniz Kandiyoti (1997), özellikle zengin ailelerde kendi bulduğu bir kızla evlenmek isteyen bir gencin karşısında ailenin en yaşlı ve sözü geçen kadın üyesini bulması ile ataerkil geleneğin bu yaşlı kadının gelinini dışlayacağından bahsetmiştir. Aynı zamanda belki de dışlanan gelin kayınvalide olduğunda kendi gelinine de aynısını yaparak ataerkil pazarlığı devam ettirecektir (Kandiyoti, 1997; akt. Öztürk, 2011: 85-86).

Sonuç olarak, günümüzde Kültürel Feminist anlayışı bütün insanların eğitilebileceğini kabul etmiştir. Aynı zamanda da bu teori feminizmin en önemli geleneklerinden biri olarak kalmıştır (Donovan, 2015: 130).

4. 3. Marksist ve Sosyalist Feminizm

Sosyalist Feminizm, Marksist Feminizm'in temel alınması ve Radikal Feminizm eleştirileri sonucunda gelişmiştir (Çakır, 2008: 185). Sosyalist Feminizm, sosyalizm ve

feminizmin yan yana gelmesiyle oluşmuş bir kavram değildir (Holmstrom, 2002; akt. Bilmiş, 2006: 22).

Sosyalist Feminist Kuram, kadınların ezilmişliği konusunda sosyal, psikolojik ve ideolojik fenomenlerin altında yatan maddi bir kökeni vurgulamaktadır. Kadınların ezilmişliğini toplumsal gelişmenin içinde kabul etmektedir. Sosyalist Feministler, ev işi, çocuk doğurmak ve çocuk bakımı ile kadınların ezilmişliği arasındaki bağlantıyı geniş bir yelpaze içerisinde tanımlamaktadırlar (Vogel, 2015: 77-78).

Sosyalist Feministler her zaman olmasa da genellikle proletarya ve kadınlar arasındaki benzerliği kabul etmişlerdir (Donovan, 2015: 137). Sosyalist Feminizm kadınların kurtuluşu için tek başına kadınların ezilmesine neden olan sebepleri tespit edip ortadan kaldırmanın yeterli gelmeyeceğini iddia etmektedir (Bilmiş, 2006: 25). Bazı sosyalist feministler kadınların ücretli emekçi statüsüne dikkat çekerken; bazıları ise kadınların hangi sınıfa bağlı oldukları konusunda tereddüte düşmüşlerdir. Bir başka sosyalist feminist kesim ise kadının aile, anne ve eş olmasındaki rolü üzerinde yoğunlaşmaktadır (Donovan, 2015: 161-163-164).

Sosyalist Feministler yaşamış oldukları farklı deneyimler sonucunda kadınların görmüş oldukları baskıyı tanımlamış ve bununla mücadelenin yollarını aramışlardır (Bilmiş, 2006: 26). MacKinnon'a göre (2003) Sosyalist Feminizm'de belli başlı üç yaklaşım söz konusudur. Bunlardan birincisi feminizmi Marksizm'in içinde eritmeyi hedefleyen eşleyip eritme yaklaşımı; ikincisi Marksizm'den Feminizmi türetmeyi hedefleyen türetilmiş tabii kılma yaklaşımı ve nihayet son olarak da feminist yöntemin kendisinin Marksizm'e uygulandığı karşılıklı ikame etme yaklaşımıdır (Öztürk, 2011: 90).

Marksist Feminist Teori'den bahsetmemiz gerekirse, bu teorinin başta gelen isimleri Engels ve Marx olmuştur. Marksist Teori temelinde sınıf kavramını barındırırken feminizme uyarlanma aşamasında cinsiyet kavramını ön plana almıştır. Ancak, Marksizm'in Feminizm tanımının erkek odaklı olması ve kadınlar yerine işçi sınıfını esas alması feministler tarafından eleştirilmiştir (MacKinnon, 2003; akt. Akyeşilmen, 2015: 18). Engels'in "erkek burjuvazidir ve kadın ise proletaryayı temsil eder." sözünden hareketle tıpkı ezilen grubun otoriteye başkaldırması gibi kadınların da

erkeklere karşı haklarını araması arasında bir ilişki kurulmuştur ve Engels'in bu tanımlaması Feminizm açısından değerlendirmeye alınmıştır (Gürkan, 2015: 17).

Liberal Feminist'lerin kadın sorununa getirmiş oldukları fırsat eşitliği çözümlerinin uygulanıp uygulanamayacağı sonucunda ortaya çıkmış olan Marksist Feminist Teori'nin (İşler, 2004: 33) üç ana teması vardır. Bunlardan birincisi tıpkı kapitalizmin işçileri sömürdüğü gibi erkeklerin de kadınları sömürmesi; ikincisi kadın emeğinin sömürülmesi sonucunda kadının kendi emeğine yabancılaşması ve son olarak da üçüncüsü ev işinin ücret karşılığı olmasıdır (Öztürk, 2011:89-90).

İlkel toplumlarda ev içi işler kadınlarda toplanırken ev dışındaki işler ise erkeklerin himayesi altındaydı. Ancak, Engels'e göre zamanla ev dışındaki üretimin önem kazanması sonucunda artı değer erkekte birikti ve böylece de kadın erkeğin kölesi haline geldi (İşler, 2004: 34). Engels'e göre kadınların kurtuluşu ancak geniş çaplı olarak üretime katılmalarıyla gerçekleşti ve ev içi emeğin de kamusal bir endüstriye dönüştürülmesi bu aşamada önem arz etti (İmançer, 2002; akt. İşler, 2004: 34).

Marksist Feminist Teori'ye göre ev işi devamlı ve tekrar edici bir nitelikte olduğundan kadının emeğinin yabancılaşmasına neden olmaktadır (İşler, 2004: 34). Yabancılaşma kavramı Marx'ın bütün teorisinin temelini oluşturmaktadır (Donovan, 2015: 137). Yabancılaşma genel bir anlamsızlık içinde olmayı ifade eder (Çakır, 2008: 193). Günümüzde hemen hemen her şeyi açıklamada kullanılan yabancılaşma kavramı sanayi devrimi sonrasında ekonomik refaha ulaşmanın insanların psikolojik doygunluklarını sağlamalarına yeterli gelmemesi sonucunda insani değerlerde açılan yarayı ifade etmektedir. Toplum yapısını üretim ilişkileri üzerinden açıklayan Marx insanlar arasındaki farklı refah düzeylerini toplumsal sınıflarla ilişkilendirirken; bireyler tarafından yapılan işe kişinin kendisinin bir yabancı gibi uzaklaşıyor olmasını yabancılaşma olarak nitelendirmiştir (Ofloğlu, 2008; 120).

Marksist ve Sosyalist Feministler kadınların üreme ve cinsellik gibi sorunlarıyla doğrudan ilgilenmemişlerdir. Ancak aile kurumu, kadın emeği ve kapitalizm arasındaki ilişkiye dayanarak feminizme farklı bir bakış açısı getirmişlerdir (Çakır, 2008: 194-195). Sosyalist Feminist yaklaşım fiili olarak çok fazla etkili olmamıştır. Ev içi emek ya da kadının aile içindeki konumundan kaynaklanan sorunların aksine gerçekteki sorunun

kadının kadın olmasından dolayı yani onun insani kimliğine duyulması gereken saygı sorunu olduğundan sadece ev içi ücret ödeyerek ya da yabancılaşma kavramının engellenmesi ile bu sorun giderilemeyecektir. Bu nedenle de Marksist ve Sosyalist Feminizme tepki olarak Radikal Feminizm doğmuştur (Öztürk, 2011: 90).

4. 4. Radikal Feminizm

1960'ların sonlarında ve 1970'lerin başlarında bir grup kadın hareketi tarafından oluşturulan ve New York ve Boston'da yeni soldaki erkeklerin kadınlara ve kendi yoldaşları olan solcu kadınlara davranışları sonrasında geliştirilen kuramdır (Donovan, 2015: 265). Radikal Feministler erkek egemen toplumun tümüne savaş açarak bu güne kadar oluşturulan kuramlardan çok farklı bir anlayışa yönelmişlerdir (İşler, 2004: 32). Radikal Feminist'in temsilcileri kadınların erkekler tarafından ezilmesine yol açan her anlayışı ve durumu sorgulamışlardır (Ramazanoğlu, 1998; akt. Bilmiş, 2006: 15).

Radikal Feministler'e göre cinsiyet ayrımcılığı düzeltilecek bir olgu olmamasının yanında aslında tamamen ortadan kaldırılması gereken bir olgudur (Muhittin, 2009; akt. Akyeşilmen, 2015: 17). Kadınlara karşı ortaya koyulan ayrımcılığın asıl nedeni kadın ve erkekler arasındaki biyolojik farklılıklardır. Ancak, radikaller kadın erkek eşitliği yerine kadınların farklılığını esas almışlardır (Tickner, 2001; akt. Akyeşilmen, 2015: 17).

Aile kurumu Radikal Feministler tarafından reddedilmiştir. Çünkü aile kadınların erkeklerle olan hizmetini meşrulaştırarak ataerkil toplum içerisinde erkeğin egemen rolünün yeniden üretimine neden olmaktadır (İmançer, 2002; akt. İşler, 2004: 33).

Liberal ve Marksist Teoriler'in kadın sorununa kalıcı bir çözüm bulamamaları sonucunda Radikal Feminizm bu teorilere tepki olarak doğmuştur ve bu konudaki ilk temel eser de Shulamith Firestone'un 1971 yılında yayınladığı "Dialectic of Sex" (Cinsiyetin Diyalektiği) adlı eseri olmuştur. Bu esere göre kadınlar Feminist devrim sonucunda tam kurtuluşa kavuşacaklardır (Donovan, 2001 ve Demir 1997; akt. Öztürk, 2011: 92). Bu yüzden de Radikal Feministler köklü ve devrimci bir değişimin temelini feminizmde olduğuna inanmışlardır (Donovan, 2001; akt. Öztürk, 2011: 92).

Radikal Feministler evliliği tamamen reddetmişler ve genelde de ömür boyu evlenmemeyi tercih etmişlerdir. 1970 yılında yayınlanan Kate Millet'in yazdığı "Sexual

Politics” (Cinsel Politika) ve Sulamith Firestone’un yazdığı “The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution” (Cinselliğin Diyalektiği: Feminist Devrimin Meselesi) adlı eserler de Radikal Feminizm için en temel eserlerdir (Donovan, 2015: 272).

Ataerkil ideoloji, kadınları erkeklere hapseden ve erkek egemenliğini esas alan bir ideolojidir. Millet, aileyi ve ataerkilliği ideolojik telkinin kaynağı olarak görmüştür (Donovan, 2015: 274). Bir grup Radikal Feminist ise tecavüzü kadınları terörize etmek için kullanılan bir araç olarak görerek bu konuda tez geliştirmişlerdir.

Radikal Feministlere göre annelik kavramının kadınlar için vazgeçilmez olup olmadığı da sorgulanmalıdır. Eğer aileler kız çocuklarına anneliği aşılamazsa kadınların anne olmak isteyecekleri şüphelidir. Anne olma isteği kız çocuklarına toplum ve medya araçları ile işlenmektedir (Demir, 1997; akt. Öztürk, 2011: 97). Bir grup Radikal Feminist çocuk için biyolojik anneliği savunurken; diğer bir grup ise çoklu anneliğin çocuğun toplumsallaşması açısından daha iyi olacağını savunmaktadır (Demir, 1997: 66-67).

Radikal Feministlerin bakış açısına göre kadınlar kendileri ile ilgili kararları kendileri vermeli yani kendi kontrollerini ele geçirmelidirler. Dilin, kültürün, medya araçlarının hatta edebiyatın bile kadına bakış açısı ve kadını ifade edişi değiştirilerek yeniden düzenlenmelidir. Böylece yıllardır kadını ezen ve ikinci sınıf vatandaş haline getiren gelenekler sona erecektir (Demir, 1997; akt. Öztürk, 2011: 98).

1970’lerden bu yana biyolojik farklılıkların kadın ezilmişliği üzerindeki etkilerini reddederek çağdaş üretimin olduğu toplumlarda kadının ev içi üretimi ile erkekten daha çok sömürüldüğünü iddia eden Fransız Feminist Christine Delphy en önemli makalelerinden biri olan “Baş Düşman” da yapmış olduğu kuramsal tahlilleri üç aşamada özetlemiştir (Delphy, 1999; akt. Bilmiş, 2006: 19). Delphy’ye göre (1999):

- *Ev içi mal ve hizmetlerin doğası ile üretilme tarzı arasındaki ilişkileri tahlil etmek,*
- *Kadınların sınıfsal bir tahliline girişmek,*
- *Bu tahlilden yola çıkarak hareketin siyasi perspektiflerini ve politik ittifaklarını ana çizgileriyle belirlemek (Delphy, 1999; akt. Bilmiş, 2006: 19).*

Delphy, “*Baş Düşman*” da tüm evli kadınların ortak bir ezilmişlik yaşadığını, bu yüzden de kadınların kurtuluşunun herkesi kapsayan bir kadın seferberliği ile olacağını iddia etmektedir (Delphy, 1999; akt. Bilmiş, 2006: 20).



II. BÖLÜM

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE KADIN İSTİHDAMI

1. Tarihsel Süreçte Kadın İstihdamı

İlk çağlardan günümüze kadar toplumda var olma savaşı veren kadınların bu savaşı sadece ekonomik nedenler yüzünden gerçekleştirdiklerini söylememiz yanlış olur. Düşük ekonomilerden yüksek ekonomilere geçiş süreçlerinde dahi kadınlar istihdam içerisinde yer alsalar da her zaman topluma kabul edilme uğraşı vermişlerdir (Afşar ve Öğrekçi, 2015: 67).

Kadınların toplumsal gelişimleri açısından eğitim ve gelir getiren bir işte çalışmaları oldukça önem arz etmiştir. Çünkü statüsü yükselen kadın hem toplumsal anlamda hem de iş gücü piyasalarında söz sahibi olma seviyesini arttırmıştır. Böylece de erkeklerle aynı konuma ulaşmaları kolaylaşmıştır (Çiftçi, 2010: 1357).

Tarih boyunca insanlar yaşam tarzlarında oldukça büyük değişiklikler meydana getirmişler ve bu değişiklikler kendilerinden önceki toplumları yok ederek yepyeni yaşam tarzları yaratmıştır. Bunlardan ilki tarımsal devrim olarak belirlenebilirken; ikinci olarak endüstri devrimi ve son olarak da sonuçlarının çok daha farklı aile ve üretim süreçlerine neden olduğu teknolojik devrim kabul edilebilir (Toffler, 2008: 16).

İnsanlığı bu denli önemli biçimde etkileyen olaylar çalışma ve üretim şekillerini dönem olarak sanayi devrimi öncesi, sanayi devrimi sonrası ve son olarak da küreselleşme dönemi olarak gruplara ayırmıştır. Bu çalışma biçimleri kadınların çalışma şartlarında da oldukça büyük farklılıklar getirmiştir.

1.1. Sanayi Devrimi Öncesi Kadın İstihdamı

Marksist Yaklaşım kadınları işçi sınıfının bir parçası olarak kabul ediyor olsa da birçok kurama göre kadınlar işçilerden de aşağı bir konumda kabul edilmiştir. Sanayi

Devrimi öncesinde kadınların ve çocukların emeklerine baba ev içinde el koymuştur ve kadınlar sadece emek sömürüleri ile değil aynı zamanda ataerkil ve geleneksel toplum yapısının dayattıklarıyla da baş etmek zorunda kalmışlardır (Yıldız, 2015: 27).

Göçebe yaşam tarzını benimseyen avcı-toplayıcı toplumlarda erkekler avcılık yaparak kadınlar ise toplayıcılık işiyle uğraşarak belki de ilk ekonomik iş bölümüne katılmalarını gerçekleştirmişlerdir (Şenel, 1985; akt. Yorgun, 2010: 170). Zamanla kadınların iş hayatında aldıkları roller ev hayatında yaptıkları işlerin bir uzantısı olarak belirmeye başlamıştır ve kadınlar hem ev içi işlerde hem de erkeğin geri planında kalarak iş dünyasına yavaş yavaş girmeye başlamıştır (Yorgun, 2010: 170).

Avcı-toplayıcı toplumlarda bebekli anneler avcılığa engel olacakları için bebekleri ile birlikte geride bırakılmışlardır. Yeterli yiyecek stoğu kalmayan anneler uzun süren avcılık dönemlerinde kabilelerin dönmesini beklerken tohumları olan otlar aramak zorunda kalmıştır ve tohumları ayıklarken ağızından düşen parçaların yanına bir süre sonra tekrar gittiğinde yeşerdiğini görüp o alanları işaretlemiştir. Yani üretim ilişkileri açısından kadın tarımdaki ilk işçi olarak kabul edilmiştir (Kollontai, 2000: 16). Belki de bu yüzden kadın ilk dönemlerde oldukça büyük bir öneme sahip olmuştur.

Sanayi Devrimi öncesi feodal toplumda insanlar fabrikalar ya da atölyelerde çalışmıyorlardı. Çünkü o zamanlar ne fabrika ne de atölyeler vardı. Tüm insanlar toprakta çalışarak çiftçilikle uğraşıyorlardı. Büyük malikâne sahipleri olan lordların her türlü işlerini yapıyorlardı. Bu köylülere köle anlamına gelen “serf” deniyordu (Huberman, 2013: 12-15). En verimli topraklar o dönemde şövalyelerin elindeydi ve köylü kadınların köylü erkeklerden hiçbir farkı yoktu. İkisi de adına çalıştıkları şövalyeler için gece gündüz tarlalarda ekip biçme işleriyle uğraşıyorlardı (Kollontai, 2000: 66).

Avcı-toplayıcı toplumlardan sonra ilkel kapitalist toplumlarda yani köleliğin var olduğu toplumlarda yeterli tarım seviyesine ulaşan kabileler çömlekçilik, dokumacılık, askerlik gibi mesleklere yönelmişlerdir. Tarım sonrasında zanaatin de gelişmesiyle halk kâr peşinde koşmuş ve ekonomi de giderek güçlenmeye başlamıştır. İşte bu şekilde tarımın etkisini kaybederek zanaat işlerine kayması durumunda kadın da tarımda aldığı rolden gelen eski gücünü yavaş yavaş kaybetmeye başlamıştır (Kollontai, 2000: 32).

Başka tarihlerde olduğu gibi emek tarihinde de erkek emekçilere daha çok önem verilirken kadınlar ücretli emekte yer alsalar da ihmal edilmişlerdir (Makal, 2010: 13). Marx, erkek aile reisinin köleleri olarak kadınları tanımlarken (Mew, 1959; akt. Mies, Thomsen ve Wherlhof, 2014: 39); Lenin ise “ev içi köleler” olarak kadınları tanımlamıştır (Lenin, 1962; akt. Mies, Thomsen ve Wherlhof, 2014: 39).

Özel mülkiyet ve aile kurumunun önem kazanması sonrasında kadınlar çok büyük çoğunlukta olmasa da üretime katılmışlardır. Loncalara üye olup zanaatkarlık yapmışlar ve böylece şehir refahına katkı sağlamışlardır. Ancak yine de aile içinde kocasının ya da babasının vesayeti altında bulunmuşlar ve ekonomi için ikincil işlerde yer aldırılarak erkeklerin emekleriyle geçinmeye mecbur bırakılmışlardır (Kollontai, 2000: 81).

Sanayi Devrimi yaşanmadan önce ham madde ile ilgili tüm işlemler işçinin evinde yapılıyordu. Erkeğin sattığı ya da dokuduğu ipliği ise kadın veya varsa kız çocuklar eğiriyorlardı (Marx, Engels ve Lenin, 1992: 17). Görüldüğü üzere kadın o dönemlerde ev içerisinde ücretsiz aile işçisi olarak istihdamdaki yerini alıyordu. Köylü işletmelerinde yani tarımsal faaliyetlerde yine kadınlar üretimde temel rol oynuyorlardı (Marx, Engels, Lenin, 1991: 86).

1. 2. Sanayi Devrimi Sonrası Kadın İstihdamı

Sanayi Devrimi dönemini, tarım toplumlarından makineli üretime dayalı topluma ve geleneksel aile yapısından modern aile yapısına dönüşü esas alan bir topluma geçiş olarak tanımlayabiliriz (Giddens, 2012; akt. Afşar ve Öğrekçi, 2015: 76). Bu dönemlerde kırdan kente göç süreci ve birtakım etkin değişimler yaşanmıştır (Ragon, 2010; akt. Afşar ve Öğrekçi, 2015: 77).

Sanayileşmeye sadece fabrikaların hayatımıza girmesi demek yanlış olur. İnsan hayatının her alanını kapsayan ve bambaşka bir toplum düzeni getiren Sanayi Devrimi kendinden önceki toplum yapısının aksine etkili ve verimli bir uygarlık yaratmıştır (Toffler, 2008: 31). Bir arada yaşayıp tarımla uğraşan büyük aileleri parçalamış, kadınların, çocukların ve hatta yaşlıların aile içerisindeki rollerini ve tanımlarını değiştirerek modern aile yaşantısına geçişi meydana getirmiştir (Toffler, 2008: 56). Sanayi Devrimi sonrasında kadınlar, fabrikalarda çalışmaya başlamaları ile birlikte yeni

haklar elde etmişler ve toplumsal cinsiyet algısında da büyük değişiklikler meydana getirmeye başlamışlardır. Böylece kadınların Sanayi Devrimi ile birlikte hem iş hayatlarında hem de toplumsal kabul edilirliklerinde yenilikler meydana gelmiştir (Daver, 1968; akt. Çiftçi, 2000: 1357).

İngiltere’de buhar makinesinin ve pamuk işleyen makinelerin bulunmasıyla başlayan Sanayi Devrimi sonrasında fabrikalarda çok da fazla yetenek ve kuvvet gerektirmeyen işlerde erkekler yerlerini kadınlara kaptırmaya başlamışlardır. Çünkü el kıvraklığı ve yatkınlığı açısından kadınlar ve çocuklar bu işlere daha uygun görülmüşlerdir. Ayrıca kadınların ucuz emek olmaları da onların bir başka tercih sebebi olmuştur. Bu durum da zamanla köyden gelen genç kızların tıpkı işverenin kölesi gibi on dokuz-yirmi iki saat arası çalıştırılmalarına kadar ilerlemiştir (Marx, Engels, Lenin, 1992: 27-36).

Kadın işçiler Sanayi Devrimi ile birlikte her ne kadar istihdam oranlarını artırmaya başlasalar da fabrikalarda çalışmakla kalmamış, evde de bakım işleriyle ve ev işleriyle ilgilenmişlerdir. Kadınların bu iki yönlü çalışmaları günümüze kadar da etkisini sürdürmüştür (Koray, 2008; akt. Afşar ve Öğrekçi, 2015: 78). Kadınların bu şekilde ikili çalışmaları cinsiyet ayrımcılığına ve ev içinde de erkekle kadın arasındaki eşitsizliğin dış dünyaya yansımaya neden olmuştur (Kymlicka, 2006; akt. Afşar ve Öğrekçi, 2015: 78).

Fabrika üretimi kadını giderek yutmaya başlamıştır ve kadın, kapitalistler tarafından zamanla daha fazla sömürülerek kölelik dönemlerine geri dönmüştür. Özellikle yoksul sınıflara ait kadınlar daha fazla ekonomik bağımlılık yaşamışlardır. Aile ve toplum içinde ikinci planda olmalarının yanına bir de işçi sınıfında eziliyor olmaları eklenmiştir. Ancak kadınlar zamanla Sanayi Devrimi’nin vazgeçilmezleri olarak ekonomiye işçi kimlikleriyle büyük katkılar sağlamışlar ve nihayet ekonomik saygınlık kazanarak ayaklar altında olan kadın eşitliğini mücadele ile kazanmaya başlamışlardır (Kollontai, 2000: 102-103).

Sanayinin gücünü elinde bulunduran girişimciler her ne kadar kadın gücünün erkek gücünden daha aşağı olduğunu kabul etseler de; erkekler yerine daha ucuz olan kadın emeğini satın almak için erkek işçileri gözlerinin yaşına bakmadan işten

çıkarmışlardır. Bu yüzden fabrikaların yaygınlaştığı dönemlerde kadınlar istihdam açısından çok daha tercih edilir olmuştur (Kollontai, 2000: 113).

Kadının ucuz işgücü olmasının yanı sıra Sanayi Devrimi ile birlikte tarımın öneminin azalması ve erkeklerin fabrikalarda çalışmasının artması sonrasında ev içerisinde yapılan çocuk bakımı, ev işleri gibi rutin işler kadına kalmış ve üretken olarak kabul edilmemiştir. Bununla birlikte bu işleri yapan kadın da hiçbir ücret elde etmemiştir. Dışarıda ücretli bir iş olarak kabul edilen bu işler aile içerisinde iş olarak görülmemiş, yani hiç kimse evi bir pazar haline dönüştürememiştir. Aslında ücreti kimin ve neye göre vereceği de tartışma konularının başında gelmiştir (Fidan, 2000: 119).

1. 3. Fordist Dönemde Kadın İstihdamı

Sanayi üretiminde kitlesel üretimi hedef alan Fordist dönem artan talebi standartlaştırmayı hedef almaktadır (Saklı, 2007: 3). Fordizm ile üretimin artması sonrası verimliliğin de artacağı hedeflenmiştir. Ancak, üretim ile aynı oranda artmayan tüketim nedeniyle beklenen verimlilik artışı gerçekleştirilememiştir (Selçuk, 2011: 4133).

Fordist dönemi kadın istihdamı ile ilişkilendirdiğimizde bu dönemde kadın istihdamında bir artış gerçekleşmiştir. Sanayileşmenin ve seri üretimin yanı sıra 2. Dünya Savaşı da kadın istihdamının gelişmesine ayrı bir katkı sağlamıştır. Erkeklerin savaşa gittiği bu dönemde kadınlar aile gelirlerine katkı sağlamak adına çalışma hayatına dahil olmuşlardır. Savaş sonrasında erkeklerin geri dönüşü ile kadınların bir kısmı çalışmayı bıraksa da diğer kısmı çalışma hayatında kalmayı sürdürmüştür (Bozkurt Çakır, 2016: 56).

1. ve 2. Dünya Savaşı sırasında kadından beklenen tek şey üretime katılması olmuştur. Savaş boyunca da kadınlar cephe arkasında üretimin devamlılığını sağlamışlardır. Savaş döneminin beklenenden daha uzun sürmesi ve stokların tükenerek emek gücü kaybının yaşanması kadınların üretime dahil olması için birtakım teşvikleri gerekli kılmıştır. Ancak bu teşviklere rağmen savaşın her an sona erme ihtimali göz önünde bulundurulmuş ve kadınlar her durumda kolayca işten çıkarılabilecek şartlarda çalışma hayatına dahil edilmiştir

(<https://sosya.wordpress.com/2012/07/11/feodalizmden-kapitalizme-kadin-emeginin-degisimi/>, 2017).

Kadınlar her dönemde olduğu gibi Fordist dönemde de üretimin devamlılığına katkı sağladığı halde işgücü piyasalarında gereken önemi görememiş ve ikinci sınıf olarak üretimdeki yerini almıştır. Bunun sonucu olarak kadınlar uzun yıllar boyunca eşit işe eşit ücret verilmeyen, yüksek çalışma saatlerinde çalışmaya devam etmiştir. Tüm bu emeklerine rağmen her koşulda ilk vazgeçilen grup olmuş ve erkeklere oranla daha kötü çalışma koşullarına mahkum bırakılmıştır. Tüm bu sebeplerden dolayı kadınlar insan onuruna yakışmayacak tüm çalışma koşullarıyla o yıllarda karşı karşıya kalmıştır.

1. 4. Küreselleşme Sürecinde Kadın İstihdamı

1980'ler ile birlikte ekonomik değişimler yaşanmaya başlamış ve neoliberal politikaların da etkisiyle birlikte özelleştirme politikaları hız kazanmıştır. Bu politikalar sonrasında devlet işletmeleri özelleştirilmiş, işten çıkarılan ilk kesim de kadınlar olmuş ve küreselleşme toplumsal bağlamda birçok şeyi etkilediği gibi kadınları da olumsuz etkilemiştir (<http://bianet.org/bianet/kadin/45619-kuresellesme-ve-calisma-yasaminda-kadin>). Bununla birlikte sosyal devlet, sınıf barışı, sosyal haklar gibi uzun süredir süre gelen değerlerden küreselleşme olgusu ile vazgeçilmeye başlanmıştır (Eser, 1997; akt. Ecevit: 31).

Refah devleti zihniyeti yerini yavaş yavaş rekabet devleti zihniyetine bırakmaya başladığı yıllarda işgücü piyasalarında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Esneklik uygulamaları bağlamında yeni ücret politikaları geliştirilmiş ve uluslararası finans faaliyetleri artarken üretim geliştirmekte olan ülkelere kaydırılmıştır (Uyanık, 2008: 213). Tüm bu gelişmeler de küreselleşme adı altında tüm dünyaya yayılmıştır.

Küreselleşme gelişen teknolojiler ile birlikte istihdam açısından değerlendirildiğinde insan gücüne duyulan talebi azaltmış ve nitelikli işgücü arayışına daha fazla önem vermiştir. Bu büyük değişim işsizliği artırmış ve bu duruma uyum sağlayamayan işyerlerinin kapatılmasına neden olmuştur (Aytuğ, 2011: 61).

Literatürde 1960'lı yıllardan sonra rastlanan küreselleşme kavramı 1980'li yıllar sonrasında tam anlamıyla kullanılmaya başlanmıştır (Aytuğ, 2011: 46). Dünyada

kapitalizmin yaygınlaşmasıyla etkin hale gelen küreselleşme sosyal, kültürel, siyasi hayatımızı etkilerken çalışma hayatını da doğrudan etkilemekte ve ülkeler arasındaki rekabeti hızlandırmaktadır. Bu durum da esneklik uygulamalarını, sömürüyü, taşeronlaşmayı ve daha birçok rekabete dayalı uygulamaları yaygınlaştırmaktadır (Uçkan, 2002: 5-6). Küreselleşmenin getirdiği en büyük değişimlerden biri de işgücü piyasalarındaki esneklik uygulamalarıdır. Esneklik birçok yazar tarafından farklı tanımlanmaktadır. Esneklik, *Ekonomik durum istikrarsız olduğu zaman çalışma saatlerinin ve işgücünün buna uyarlanmasıdır.*” veya *“Hızlı değişiklik bağlamında bir zorunluluktur, değişebilme yeteneğini ifade eder.”* (Zengingönül, 2003; akt. Aytuğ, 2011: 61-62). Başka bir ifadeyle; esneklik kavramı standardın dışındaki istihdam biçimlerini hedef almaktadır ve güvencesiz çalışmayı ön plana getirmektedir (Savran, 2007: 161).

Son yirmi yıldır gündemde olan ve emek piyasalarını da etkileyen küreselleşme kavramı sosyal bilimlerde kullanılmaya başlamasından bu yana değişikliklere uğramış ve her yazar tarafından farklı tanımlanmıştır (Parlak, 2004: 43-44). Bir tanıma göre küreselleşme: *“...ülkeler arasında sermayenin, paranın, malların ve emeğin dolaşımını zorlaştıran engellerin azaltılarak dünya ekonomisinin serbestleştirilmesi ve dünyanın ekonomik bir bütün oluşturma sürecinin hızlandırılmasıdır.”* (Bahçekapılı, 1994; akt. Uçkan, 2002: 6). Bir başka tanıma göre ise küreselleşme *“...ülkeler arasında daha ucuz ve etkin iletişim, artan uluslararası ticaret ve uluslararası yatırım, sermaye sahipliğinin daha fazla ülkeler-aşırı hale gelmesi gibi çeşitli eğilimleri bir araya getirmektedir.”* (Bayoumi, 1999; akt. Uçkan, 2002: 6).

Küreselleşmenin karşımıza getirdiği en önemli kavramlardan bir tanesi de atipik çalışma kavramıdır ve bu kavram kadın istihdamı ile oldukça ilişkili bir kavramdır. Normal çalışma biçimlerinin aksine belirli süreli iş sözleşmelerine, işçinin iş yerinde değil de kendi evinde ya da başka bir yerde kısmi sürelerle çalışmasını ifade eden bu kavram standart çalışma şekillerini tamamen esnetmektedir (Karadeniz, 2011: 84). Küreselleşme güvencesizlik ve kurlsızlaştırmayı tamamen hayatımızın bir parçası haline getirmiştir (Standing, 2011; akt. Ulukan ve Yılmaz, 2016: 90). Emek piyasalarında kadınların erkeklere göre işsizlik, istihdam, işgücüne katılım, kırılabilirlik, mesleki ve sektörel ayrışma konularında dezavantajlı konumda oldukları ILO tarafından oluşturulan “Kadın İstihdamında Küresel Eğilimler” başlıklı raporda belirtilmiştir (ILO, 2012; akt. Ulukan ve Yılmaz, 2016: 91).

Bilim ve teknolojinin gelişmesi sonrasında gündeme gelen küreselleşme olgusu kadınların istihdamını artırsa da bu artışla birlikte kadınlar genellikle güvencesiz, düşük ücretli ve sosyal güvenceden yoksun işlerde çalışmak zorunda kalmışlardır. İşte kadınların bu değişen çalışma biçimleri onların emeklerini tercih edilen alternatif emek haline dönüştürmüştür (Kılınç, 2015: 122).

2. Türkiye’de Kadın İstihdamı

1950’lerden sonra başlayan kırdan kente göçün yarattığı kentleşme sonucunda kadınlar işgücü piyasasında gerçek anlamda yer almaya başlamışlardır. Zamanla sektörler arasındaki değişimler ve kalkınma ile birlikte kadınlar gelişmekte olan ülkelerde tarım sektöründe yoğunlaşırken; gelişmiş ülkelerde ise hizmetler sektöründe yoğunlaşmışlardır (Berber ve Eser, 2008: 2).

Artan sosyal sorunlara çözüm bulmak ve sürdürülebilir kalkınmayı sağlamak adına kadın istihdamına ağırlık vermek oldukça önemlidir. Bu amaçla kadınların işgücüne katılımlarına yönelik politikalar hayata geçirilmelidir. Her ne kadar tarih boyunca toplumsal değerlere göre kadının yerinin evi olarak görülmesinden ötürü kadınlar işgücü piyasalarının dışında kalmış olsa da değişimler sonucunda kadınların ekonomik kalkınmada başrol oynaması gerektiği sonucuna varılmıştır (Karabıyık, 2012: 2332).

2. 1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Cumhuriyet öncesi Osmanlı toplumunda kadının konumu klasik Türk aile yapısı ile uyumaktadır. Yani, ailenin reisi olan baba para kazanma yükümlülüğü altındayken, anne olan kadının ev işleriyle ve çocuklarla ilgilenme yükümlülüğü bulunmaktadır; ancak para kazanma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Zaten Osmanlı Devleti’nde daha çok kır ya da köylerde yaşayan halk sanayiden uzak olduğundan kadınların çalışmasına çok da ihtiyaç duyulmamaktadır. Kadınlar sadece kırsalda tarlalarda, şehirlerde ise küçük atölyelerde çalışmaktaydılar (Özger, 2012: 420).

Osmanlı Devleti tarım toplumu olduğu için tarımda hemen hemen tüm yük kadının omuzlarındaydı ve kadınlar sadece bununla da kalmayıp çalışmalarını evde de devam ettiriyorlardı. Üretken olmayı kentte iş yaşamına katılmakla eş değer tutan toplum yapısı henüz kadınları bu alanlarda kabul etmediği için kadının da üretken olmadığını düşünmekteydi. Nüfus sayımlarında dahi göz ardı edilen kadınlar sanayi istatistiklerine bile 1913'lü yıllarda dahil olmuştu. Ancak, kadınlar Anadolu'da sadece tarımda değil maden ve ticaretle de etkin olarak yer almışlardı (Çakır, 2013: 343).

Osmanlı Devleti'nde Tazminat Fermanı ile başlayan Batılı anlamda modernleşme hareketleri sonrasında kadının toplumdaki yeri de değişmeye başlamış ve toplum içerisinde birtakım kadın hareketleri meydana gelmiştir (Özkiraz ve Arslanel, 2011: 2). Tanzimat sonrasında II. Meşrutiyet ile birlikte Türk kadınına eğitim imkanları sağlanmıştır (Alkan, 1988; akt. Özkiraz ve Arslanel, 2011: 2). Eğitimde kadınlara daha fazla hak sağlanması ile birlikte onlara memuriyet hakkı tanınmıştır ve bununla birlikte de yıllardır sahip oldukları vakıf kurucusu olmaları hakkı da ellerinden alınmamıştır (Özger, 2012: 420). Savaş döneminde başlanılan devlet dairelerinde kadın memur çalıştırılma uygulamasına savaşın bitmesiyle son verme eğilimleri olmuştur; ancak işten çıkarmalar çoğalsa da genelleşmemiştir (Makal ve Toksöz, 2012: 43).

Kadınlar memuriyetten başka birçok dalda ekonomik faaliyette bulunmuşlardır. Örneğin; Bursa'da yaygın olarak yapılan ipekçilik ve kumaş ticareti oradaki kadınların tekstil işlerinde çalıştığına işaret etmektedir (Maydaer, 2006: 11). Bursa'daki bu fabrikalarda kışları 7.5, yazları 13.5, bütün sene ortalama ise haftada 52.5 saat kadın ve kız çocuklar çalışmaktadırlar (Makal ve Toksöz, 2012: 45). İstanbul İplik Fabrikası'nda neredeyse 300 kadın ve çocuk 1902'li yıllarda çalışıyorken; Adana'daki çırçır atölyelerinde yine kadın ve çocuk emeği kullanılıyordu. Bununla birlikte Rumeli'de Birinci Dünya Savaşı'na kadar Müslüman kadınlar fabrikalarda çalışmazken savaş sonrası fabrikalarda çalışmaya başlamışlardır (Makal, 2012: 41-42).

İşçi kadınlara ek olarak aileleri ticaret ile uğraşan kadınlar miras kalma yoluyla ya da aile geleneğini devam ettirme yoluyla ticaretle uğraşmışlardır (Maydaer, 2006: 13).

Kadın istihdamında yer alan bir başka olgu ise tarım kesimi olmuştur. Osmanlı'da kadınlar yüzyıllar boyunca tarımdaki çalışmasını sürdürmüştü. Bununla birlikte evlerde kurulu tezgâhlarla halıcılık, dokumacılık gibi faaliyetlerde de bulunmuşlardır (Makal ve Toksöz, 2012: 40).

2. 2. Cumhuriyet Dönemi

2. 2. 1. Erken Cumhuriyet Dönemi

Sanayileşme anlamında bu dönemde çok da iyi bir gelişme sağlanamamıştır. 1932 yılına kadar İzmir İktisat Kongresi'nde belirlenen liberal politika izlenirken; 1932 yılından sonra ise devletçi politikalar uygulanmaya başlanmıştır. 1936 yılında da 3008 sayılı İş Kanunu oluşturularak çalışma hayatı ilk defa düzenlenmiştir. 1946 yılında çok partili sisteme geçilmiş, 1945-1960 yılları arasında liberal ve dışa açık ekonomi uygulanmaya başlanmıştır. Sonrasında işçileri kapsayan ilk "İşçi Sigortaları Kurumu" kurulmuştur (Tokol ve Alper, 2014: 62-65).

1960 ve belki de 1950 öncesi dönem olarak adlandırabileceğimiz Erken Cumhuriyet Dönemi emek ile ilgili konuların çok fazla incelenmediği bir dönemdir (Makal, 2011: 16). Bu dönemde özellikle köyden gelen işçiler daha çok fabrikalarda çalışmış ve sonrasında da köylerine dönmeyi planlamışlardır. Bu yüzden de sınıf bilinci kazanamamışlardır (Makal, 2011: 67). Ancak genel olarak kadınlara yönelik çalışmalara bakacak olursak Tanzimat ve özellikle II. Meşrutiyet döneminde başlayan hareketlenme, Cumhuriyet dönemindeki olumlu gelişmelere ön ayak olmuştur (Erdem ve Yiğit, 2010: 159).

Kurtuluş Savaşı sırasında tüm dış güçlere karşı tepkisini en çalışkan şekliyle gösteren Türk kadını için Cumhuriyet kurulmadan 7 ay önce Atatürk şu sözleri söylemiştir:

"Hanımlar, Efendiler,

Bu son senelerin inkılap hayatında, hummalı fedakarlıklarla mahmul mücadele hayatında, milleti ölümden kurtararak halâsa ve istiklale götüren azm ü faaliyet hayatında her ferd-i milletin mesaisi, gayreti, yad ve daima şükran ile tekrar edilmek lazım gelen bir himmet vardır ki, o da Anadolu kadınının ibraz etmiş olduğu çok ulvi, çok yüksek, çok kıymetli fedakarlıktır. Dünyanın hiçbir yerinde,

hiçbir milletinde, Anadolu köylü kadınının fevkinde kadın mesaisi zikretmek imkanı yoktur ve dünyada hiçbir milletin kadını “Ben Anadolu kadınından daha fazla çalıştım, milletimi halâsa ve zafere götürmekte Anadolu kadınından daha fazla çalıştım, milletimi halâsa ve zafere götürmekte Anadolu kadını kadar himmet gösterdim.” diyemez (www.atam.gov.tr/ataturkun-soylev-ve-demecleri/konyada-kadınlar-ile-konusma).

Atatürk bu düşüncelerinden dolayı yasalarla kadınları hak ettikleri konuma ulaştırmaya çalışmıştır (Erdem ve Yiğit, 2010: 160).

Cumhuriyet Dönemi'nin ilk yıllarında kadınlar örgütlenmeye başlamışlar ve Haziran 1923'te Kadınlar Halk Fırkası adıyla bir siyasi örgüt kurmuşlardır (Toprak, 1998: 30-31). Kadınların ilk amaçlarının siyasi olmadığı bu Fırka kurulurken toplumsallaşma ve eğitime önem verilmiştir. Çünkü kadınlar er ya da geç siyasi haklara da kavuşacaklarına inanmışlardır. Bu inanışları da boşa olmamış ve 3 Nisan 1930 yılında ilk siyasal hak olan Belediye seçimlerinde seçme ve seçilme hakkı, sonrasında da 1934 yılında Anayasa ve Seçim Kanunu'nda yapılan yasa değişikliği ile seçme ve seçilme hakkı tanınmıştır. Bu girişimler sonrasında da 1 Mart 1935 yılında TBMM'de 18 kadın milletvekili yer almıştır (Toprak, 1994: 7-8-9).

Cumhuriyet'in kurulması sonrasında ekonomi ve işçilere yönelik olarak yapılan İzmir İktisat Kongresi'nde “Emekçi kesimin çalışma koşullarını belirleyen Amele Grubu'nun İktisat Esaslarının 1. maddesinde Amele namıyla hitap edilmekte olan kadın ve erkek erbab-ı say ve amele bundan böyle işçi denilmesi şeklinde belirlenmiştir.” (Afet İnan ve Güç, 1982; akt. Minibaş, 1995: 341).

“Bu kongrede kabul edilen öneriler ise şu şekildedir:

- *Amele olarak tanımlanan kadın ve erkek emek kesiminin işçi olarak tanımlanması,*
- *Sendika hakkının tanınması ve Tatil-i Eşgal Kanunu'nun yeniden düzenlenmesi,*
- *Tarım kesimi hariç olmak üzere 8 saatlik çalışma süresinin kabulü,*
- *Asgari ücretin tespiti,*
- *Haftada bir gün işçilere dinlenme günü olarak verilmesi, 1 Mayıs'ın Türkiye İşçiler Bayramı olarak kanunen kabulü, ücretli hafta ve bayram tatili (Minibaş, 1995: 341).*

Erken Cumhuriyet Dönemi'nde kadınlara yönelik yasal düzenlemeler de oluşturulmuştur. Bunlar; “1924 Tevhid-i Tedrisat Kanunu, 1925 Kılık Kıyafet Kanunu ve 1926 Türk Medeni Kanunu'dur.” Tevhid-i Tedrisat Kanunu ile kız ve erkeklere eğitim anlamında eşitlik sağlanmış; Kılık Kıyafet Kanunu ile kadınların peçe ve çarşaf giymesi zorunluluk olmaktan çıkmış; Medeni Kanun'un kabulü ile de kadınlar her alanda erkeklere eşit bir hale getirilmiştir (Erdem ve Yiğit, 2010: 162).

Türkiye Cumhuriyeti 2. Dünya Savaşı'na katılmamıştır; ancak savaş yıllarının etkisini fazlasıyla yaşamıştır. Erkekler askeri alanlara kaydırılırken kadınlar da iş yaşamına tekrar dönüş yapmıştır. Bu durum da kadınların eğitim sorununu ortaya çıkarmış ve köy enstitülerindeki kız öğrencilerin sayısında 1944-1945 yıllarında yükselme görülmüştür (Minibaş, 1995: 344). Bununla birlikte kızlar 1921'den itibaren İstanbul Üniversitesi'ne alınmaya başlanmıştır. 1922 yılında ise kızlar ilk defa Tıp Fakültesi'ne girmiştir ve Türkiye'nin ilk kadın doktoru Safiye Ali olmuştur. Yine 1921-22 yılları arasında 4 kız öğrenci hukuk fakültesine kaydını yaptırmıştır (Erdem ve Yiğit, 2010: 167-168).

1960'lı yıllara kadar olan süreçte kadının çalışma hayatına baktığımızda tarım sektörü önümüze çıkmaktadır. Bu alanda da kadınlar genellikle ücretsiz aile işçisi olarak çalışmakta ve makine kullanımını erkekler gerçekleştirirken kadınlar daha çok hasat dönemlerinde tarlada çalışmalarını sürdürmektedir. Tarım dışı sektörlerde ise kadınlar daha çok halıcılık ve dokumacılıkla uğraşmakta, küçük atölyelerde ya da ev tipi tezgâhlarda çalışmaktadır (Eldem, 1994; akt. Makal, 2001: 119).

Makal (2010)'a göre, 1927 Sanayi Sayımı sonuçlarına baktığımızda 14 yaşından büyüklerde 124 444 işçiden 29 533'ü kadındır. 14 yaşından küçüklerde ise 22 684 işçiden 8 107'si kızdır. Aynı kuruluşlarda çalışan 7 817 memurdan 1 609'u kadındır. 10 941 patrandan ise sadece 155'i kadındır. O dönemde 65 245 sanayi kuruluşunun sadece bir kısmı Teşvik-i Sanayi Kanunu kapsamında yer almaktadır. Tablo 1'de Teşvik-i Sanayi Kanunu kapsamına giren kuruluşlarda çalışanların cinsiyetleri verilmiştir (Makal, 2010: 22):

Tablo 1: Teşvik-i Sanayi Kanunu Kapsamına Giren Kuruluşlarda İşçi ve Ustabaşlar İçinde Kadınlar (1932 – 1934)

Yıllar	14+ Yaş Kadın		14- Yaş Kadın		Toplam Kadın	
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)
1932	12 713	25.13	761	47.74	13 474	25.80
1933	13 052	21.89	1 476	57.19	14 528	23.55
1934	15 579	24.17	919	51.11	16 498	24.91

Kaynak: Tökin, 1946; akt. Makal, 2010: 22’ deki verilerden düzenlenmiştir.

Kadınların çalışma hayatına gerçek anlamda entegre olmaya başlamaları kırdan kente göçün başladığı 1950’li yıllara denk gelmektedir. İstanbul ve Ankara o yıllarda en fazla göç alan şehirlerdendir. Bu iki ili İzmir ve Kocaeli takip etmektedir. Türkiye’de iç göçe dahil olanların %27.9’unu İstanbul, %53.9’unu ise diğer iller almıştır (Yazan, 1993: 70). İstanbul işçileri iş bulabildikleri taktirde aile içinde kadın- çocuk demeden çalışma hayatına katılmıştır. Tekstil, sigara ve gıda sektörlerinde kadınlar yoğunlaşmıştır. 1950’lere kadar kadınlar tekstilde erkek işçilerden 2-4 kat daha az ücret alırken; tütün fabrikalarında erkekler 400-450 kuruş, kadınlar ise 225 kuruş almıştır (Baydar, 1999: 211). Şehirde kalma süresi uzadıkça aileler kızlarını eğitime yöneltmeyi isteseler de birçoğu okumak yerine çalışmayı tercih eden kırsal kökenli bu kadınların diğer bir kısmı da ailesinin maddi durumundan dolayı çalışmaya mecbur kalmıştır. Vasıfsız işler yapan bu kadınlar genelde küçümsenmişler; ama işveren tarafından da iyi bir işgücü olarak görülmüşlerdir. Çünkü hem verilen işi özenle yapmışlar hem de daha ucuza itaatkâr bir şekilde çalışmışlardır (Koray, 1999: 250-251).

İş Kanunu yürürlüğe girdikten sonra bazı eksiklikler olsa da kadın çalışanlara yönelik 1937-1938 ve 1943 yıllarına yönelik bilgilere ulaşılabilmektedir. Tablo 2’de İş İstatistikleri’ne göre yıllar itibariyle bağımlı çalışanların cinsiyet ve yaş dağılımına ilişkin bilgiler verilmiştir (Makal, 2010: 23):

Tablo 2: İş Kanunu Kapsamına giren Ücretliler İçerisinde Kadın ve Çocuk Çalışanlar (1937 – 1947)

	1937		1943		1947	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuk (12-18 yaş)	23 347	8.80	51 871	18.86	20 845	7.21
Kadın	50 131	18.89	56 937	20.70	50 851	17.59
Erkek	191 863	72.11	166 275	60.45	217 451	75.20
Toplam	265 341	100.00	275 083	100.00	289 147	100.00

Kaynak: BİGM, 1945; Çalışma Dergisi, 1978; akt. Makal, 2010: 23'teki verilerden düzenlenmiştir.

Tablo 1 ve 2'den çıkarılacak sonuçlara göre kadın istihdamında belirli bir farklılık gözükmemektedir. Yıllar arasındaki oran çok da fazla değişmemektedir. Bununla birlikte kadınlar genellikle bu dönem süresince hemen hemen aynı işler çevresinde dolanmış ve farklı iş kollarında çalışmamışlardır. Ayrıca ücret konusunda da erkeklerin çok gerisinde oldukça güvencesiz şartlarda çalışmışlardır. Osmanlı dönemine kıyasla çok büyük değişikliklerle ve güvencelerle karşılaşmamışlar, iş hayatında da önemli bir konuma ulaşmamışlardır. Sonuç olarak Erken Cumhuriyet Dönemi boyunca kadınların istihdam olanakları çok fazla çeşitlenmemiş ve olumsuz çalışma koşulları devam etmiştir.

2. 2. 2. 1960 – 1980 Dönemi

Başlangıç bölümüne insan hak ve özgürlükleri ilkesi eklenen 1961 Anayasası halkoyuna sunulmuş; ayrıca aynı Anayasa ile devlete önemli görevler yüklenmiştir. Örneğin, ilk defa sendika, toplu sözleşme ve grev hakkı anayasa ile güvence altına alınmıştır. Bu değişikliklerden sadece işçiler değil tüm çalışanlar etkilenmiş ve sendika hakkına sahip olmuşlardır. İşte bunun gibi sebeplerden dolayı Türkiye'de 1960'lı yıllar birçok açıdan dönüm noktası olarak kabul edilmiştir. (Tokol ve Alper, 2014: 65). 1961 Anayasası ile devlet kalkınma planlarını uygulamış olsa da kendi uygulama dönemini esas alan istihdam politikası belirlendiğinden işsizlik çok da fazla azalmamıştır. Bunun yanı sıra kadınların istihdamına yönelik de uygun ve bilinçli bir politika izlenememiştir (Minibaş, 1995: 345).

1950 sonrası eğitim ve göç sayesinde toplumda sosyal hareketlilik sağlanmaya başlamıştır. Köyden kente göç ile birlikte kentli olma düşüncesi tek başına kişilere ya da

ailelere sosyal statü kazandırmaya yetmiştir. Zamanla üretim faktörlerinin tarım dışına kayarak kentlerde tüccarlık ile birlikte gelişmesi ve çeşitlenmesi, kentin sağladığı olanaklar bireyleri ve özellikle erkekleri daha babaları ölmeden evden dışarı çıkmaya yöneltmiştir. 1960'lı yıllar ile birlikte de göç yurt dışına işçi olarak gidilmesi ile yeni bir boyut kazanmıştır (Özbay ve Öztürk, 1998: 144).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1970'li yıllara kadar dünyadaki birçok ekonomi gelişmeye başlamıştır ve tarımdaki etkinliğin azalmasıyla sanayileşme sürecine geçiş yaşanmıştır. Tarımın ülke toplamındaki payının azalması ile kadınların çalışma yaşamındaki yeri olumsuz etkilenmiştir. Ancak kentlerde özellikle varlıklı ailelerin kızları eğitime yönelerek uzmanlaşma gerektiren mesleklerde çalışmaya başlasa da bu oran oldukça düşük kalmıştır. Düşük gelirli ailelerin kızları ise bu uzmanlık gerektiren işlerde çalışan varlıklı ailelerin kızlarının evde bakımlarını üstlenerek ev hizmetleri sektöründe yer almışlardır. 1963 yılından itibaren hazırlanmış olan beş kalkınma planının ilk dördünde ise kadın istihdamına yönelik uygulamalara yer verilmemiştir (Toksöz, 2011: 219-224).

Tablo 3'te 1960-1980 dönemine ait kadın istihdamı göstergeleri yer almaktadır.

Tablo 3: Planlı Dönemde Kadın İşgücü İstihdamına Yönelik Göstergeler

Yıllar	Toplam Nüfus	Toplam İşgücü	Kadın Nüfus	Kadın Nüfus (%)	Kadın İşgücü	Erkek İşgücü	İKO Kadın (%)	İKO Erkek (%)
1960	27.775	11.613	13.590	48.97	-	-	-	-
1965	31.391	12.496	15.394	49.04	-	-	-	-
1970	35.605	13.905	17.597	49.43	5.813	8.092	33.03	44.93
1975	40.348	15.534	19.605	48.59	6.204	9.333	31.67	44.97
1980	44.737	17.007	22.040	49.27	6.928	10.149	31.43	44.71

Kaynak: DİE, İstatistiklerle Kadın 1972-1992; DİE, İstatistik Göstergeler (Statistical Indicators) 1923-1995; DİE; akt. Küçükkalay, 1998: 41.

Tablo 3 incelendiğinde kadın istihdamına yönelik bazı saptamalar yapılabilir. Tablo 3'e göre, kadın nüfusu toplam nüfusun hemen hemen yarısı kadardır, ancak işgücüne katılım oranları erkeklerin gerisinde kalmaktadır. Erkekler 1960-1980 dönemleri arasında kadınlara göre çok daha iyi konumdadırlar.

Ecevit (1995)'e göre 1960 döneminde yer alan bazı göstergeler şu şekildedir:

- *Tarım dışı sektörlerde her 100 çalışandan sadece 9'u kadındır.*
- *Sanayi sektöründe her 100 çalışandan sadece 15'i kadındır.*
- *Hizmetler sektöründe her 100 kadından sadece 6'sı kadındır.*

Kadınların tarım dışı üretime daha az oranda katılıyor olmaları, eğitim seviyelerinin düşük olması ve ücretli iş olanaklarının az olması ile ilişkilidir (Özbay, 1995: 134).

60'lı yıllarda kalkınma planları ile hedeflenen 4 temel amaçtan bir tanesi de sosyal adaletin sağlanarak ücret, sigorta gibi eşitsizliklerin giderilmesidir. Ancak bu yıllarda ücret açısından önemli ayrımlar gözlemlenmektedir. 1965'te SSK'lı erkekler günlük 4.10 lira daha fazla alırken; 1969'da bu fark 5.51'e yükselmiş ve 1973'te ise 226.69'a kadar artmıştır (Minibaş, 1995: 346). 1970'li yıllarda ilkökul sonrasında köyde ortaokul olmamasından dolayı kız çocukları eğitimlerine devam edememişlerdir. Kente gidip okumaya devam etmeleri de oldukça masraflı görülmektedir. Ancak bunun yerine evdeki işlere yardım etmeleri ve o dönemde normal görülen evlilik yolu ile statülerini arttırmaları aileleri tarafından desteklenmiştir. Böylece de kadınlar evlilik yoluyla da eğitimlerini tamamlayamayıp erkeğe bağımlı hale gelmişler ve ataerkil düzenin etkisi altında kalmışlardır (Özbay, 1995: 146).

2. 2. 3. 1980 Sonrası Cumhuriyet Dönemi

1979 yılının sonlarına doğru ekonomik bunalım ülkeyi derinden etkilemiştir. 1980 sonrası dönemi önceki dönemlerden ayıran özellik bilgisayar ve iletişim teknolojilerinin gelişerek bilgi akışını kolaylaştırması ve böylece de mali sermaye hareketlerinin artmasıdır (Toksöz, 2011: 132). 1980 sonrası dönemde "24 Ocak 1980 Kararları" ile uygulamaya geçen neo-liberal politikanın etkileri ülke çapında belirli olmuştur. Bununla birlikte "12 Eylül 1980 Askeri Darbesi" sonrasında kapatılan siyasi partiler, sendikalar ve bunlarla birlikte grev ve lokavt yasaklarıyla da ülke çapında sosyal yaşamda, çalışma yaşamında birçok değişiklik meydana gelmiştir. (Tokol ve Alper, 2014: 67). 24 Ocak 1980 Kararları 1988 yılının sonuna kadar zenginleşerek iktisat politikalarına damgasını vuracak şekilde ilerlemiştir. 1982 Anayasası ise çalışma hayatını disipline ederek baskı altında tutmayı hedeflemiştir (Boratav, 2003: 150). 24

Ocak 1980 Kararları sonrasında Türkiye dış politikalarla dünya sistemine entegre olmuş ve kapitalizmle etkileşime geçmiştir. Bunun sonuçları olarak da sermaye birikimi için ucuz emek yaratılmaya başlanmıştır (Minibaş, 1995: 347). Aynı zamanda bu dönemde ithal ikameci büyüme modelinden ihracata dayalı büyüme modeline geçilmiş ve rekabet edebilme adına işletmeler sosyal güvencelerden yoksun düzensiz çalışma koşullarını esas alan enformelleşme sürecine dahil olmuştur. Bunun sonrasında da formel sektörde çalışanlara oranla enformel sektörde çalışanlar güvenceye çok daha fazla ihtiyaç duymuşlardır (Lordoğlu, 1998: 6).

Yukarıda bahsedilen uygulamalar ve politikalarla kadın işgücü fazlasıyla etkilenmiştir. Bunun en büyük nedenlerinden biri kadınların işverenler tarafından çalışma hayatında tercih edilmemeleri sonucunda ucuz işgücü olmaları ve kırdan kente göç sonrasında kadınların enformel sektör içerisinde yoğunlaşmalarıdır (Minibaş, 1995: 347). Aynı zamanda son 30 yılda kadınların istihdam içerisindeki payında büyük değişiklikler yaşanmamıştır. Genel toplumsal yapı içerisindeki erkek egemen anlayış kadınları sosyal hayatlarından çalışma hayatlarına kadar değersizleştirmiştir (Özar, 2012: 267).

Enformel istihdamın yaygınlaşmasıyla 1980'lerin sonu, 1990'ların başında kadın istihdamında bir artış yaşanmaya başlamıştır. Enformel sektörde kadınlar geçici işçi, ücretsiz aile işçisi, parça başı işçi gibi işlerde çalışmışlardır. Neo-liberal politikalar ile giderek korunmasız bir hale gelen kadın işçiler düşük gelirli işlerde güvencesiz bir şekilde çalışmışlar ve böylece kapitalizm ve ataerkillik arasındaki uyum güçlenerek büyümüştür (Toksöz, 2011: 157).

1990'lı yılların sonlarına gelindiğinde devlet tarafından kadın girişimciliğini destekleme çalışmaları yapılmıştır. Girişimcilik kursları açılmış ancak o dönemlerde yine bu kurslar sertifika vermekten çok daha etkili olamamıştır. 1999 yılında ise ev eksenli çalışan kadınlar kendi aralarında örgütlenmişlerdir. Bu gelişmeleri uluslararası ve ulusal dinamikler tetiklemiştir (Özar, 2012: 279). Ancak bu gelişmelere rağmen yine de kadınların genel istihdam alanları, çalıştıkları sektörler çok da değişmemiştir. Örneğin; kadınlar tekstil, konfeksiyon ve gıda işkollarında yine yoğun olarak çalışmışlardır. 2006 yılında bu iş kollarında kadınların payının %64 olması buna en büyük kanıtı oluşturmuştur. Tarım sektörü açısından kente göç sonrasında kadınlar bu

sektörden uzaklaşmışlar; ama yine de bir kısım kadın ucuz işgücü olarak tarım sektöründeki yerini korumaya devam etmiştir. Hizmet sektöründe ise kadınların payı 2007 yılında %38'e ulaşmıştır (Toksöz, 2011: 227-236).

Yukarıdaki örnekte de görüldüğü gibi Türkiye'deki kadın işçiler cinsiyetçi düşünce tarzı nedeniyle iş hayatında birçok ayrıma maruz kalmıştır. Minibaş (1995)'a göre 75 yıllık süreçte Türkiye'de 3 tip kadınla karşılaşmıştır:

- Gelenekçi, ataerkil düzenle uyumlu ve bu tür düşünceleri benimseyen ve de savunanlar,
- Geleneksel rol ayırımına karşı ama bu ayırım doğrultusunda yaşayanlar,
- Kendi rollerinin senaryosunu kendileri yazanlar.

3. Günümüzde Türkiye'de Kadın İstihdamı

3.1. Türkiye'de Kadın İstihdam Oranı

Kırdan kente göçün beraberinde getirdiği kentleşme sonrasında 1950'li yıllarda kadınlar işgücü piyasalarında yer almaya başlamışlardır. 1. Dünya Savaşı, 2. Dünya Savaşı gibi tarihi derinden etkileyen olaylarda erkeklerin savaşa gitmesi kadınları işgücü piyasasına dahil etmiştir. Ancak savaşın bitmesi ile birçok kadın geleneksel ev işlerine geri dönmüştür (Berber ve Eser, 2008: 3).

Geçmişte tarım sektöründe yer alan kadınlar günümüzde ise hizmet sektörünün içerisinde istihdama dahil olmaya başlamıştır. Ancak az gelişmiş ülkelerde kadınlar tarımda ücretsiz aile işçisi olarak yer almaya devam etmiştir. Eğitim, sosyal olanaklardaki gelişmeler, kadın ve erkek arasındaki fırsat eşitliğinin sağlanması gibi etmenler kadınlara geçmişe göre işgücü piyasalarında daha fazla yer tanımış olsa da istihdam piyasasındaki kadın-erkek eşitsizliği giderilememiştir. Kadınlar çalışma hayatından dışlanarak ikinci plana itilmiş ve genellikle de kayıt dışı istihdamda yer almıştır (Çakır, 2008: 27).

Kamu idarelerinin denetimi dışında kalan her türlü ekonomik faaliyeti ifade eden kayıt dışılık milli gelir hesaplamalarında da dikkate alınmamaktadır (Sarılı, 2002: 32).

Ücretsiz aile işçiliği, evde çalışma, bakım hizmetleri kadınlarda görülen kayıt dışı çalışmanın en güzel örneklerindedir (Karadeniz, 2011: 101). Kadınların düşük ücretli ve güvencesiz şekilde kayıt dışı çalıştırılması işverenler açısından maliyeti düşürdüğü için tercih edilmektedir. Bu şekilde çalışarak yoksulluk seviyesinde yer alan kadınlar sosyal güvenceden eksik şekilde çalışmaya razı gelmiştir. Tabii ki bu durumun en önemli tetikleyicisi de ekonomik yetersizlikler ve işsizlik oranlarının yüksek olmasıdır.

2016 Ocak SGK verilerine göre kayıt dışı istihdam oranı %33,49 olarak hesaplanmıştır ve sektörel faaliyet olarak baktığımızda da en büyük kayıt dışılık tarım, ormancılık ve balıkçılık faaliyet kolunda gerçekleşmiştir. Bunun oranı da %82,09 olarak hesaplanmıştır

(http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/kayitdisi_istihdam_orani). TÜİK verilerine göre ülke genelindeki çalışan nüfusu dikkate aldığımızda 2016 yılı Şubat ayı kayıt dışı istihdam oranı erkeklerde %27,59; kadınlarda ise %42,55 olarak gerçekleşmiştir. Tarım sektöründeki kayıt dışı istihdam oranı ise erkeklerde %70,84; kadınlarda %94,60 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2016 Şubat). Genç bir sektör olan sağlık sektörüne bakıldığında; %57 oranıyla kadınlar bu sektörde daha ağırlıklı olarak istihdam edilmektedir. Sağlık sektöründeki 35 yaş altı kadınların oranı %66 olurken; 45 yaş üstü kadınlarda bu oran %35'e gerilemektedir (<http://bianet.org/bianet/emek/122636-turkiye-de-saglik-iscucu>).

3. 2. Türkiye’de Kadınların İşgücüne Katılım Oranı

Belirli bir yaş, cinsiyet ve ırktaki kişilerin işgücünde olma ihtimalini gösteren kavrama işgücüne katılım oranı (İKO) denmektedir. İşgücüne katılım oranının artması ekonomik faaliyet oranını artırırken; azalması aktif nüfusun daha büyük bir kısmını ekonomik aktivite dışında bırakmaktadır (Biçerli, 2011: 53).

İşgücüne katılım oranı işgücünün önemli bir göstergesidir. Nüfus sayısı ve nüfusun yaş – cinsiyet yapısı yine işgücünü belirlemede önemli bir etkidir. İşgücüne katılma oranlarında bölgeler arası farklılıklara bakıldığında erkeklere oranla kadınlarda büyük farklılıklar görülmektedir. Çocukluk, yaşlılık ve hamilelik gibi faktörleri bir kenara bırakırsak, kadınların çalışmasını engelleyen sosyal ve kültürel faktörler de İKO üzerinde etkili olabilmektedir. Türkiye’de birçok ülkeyle benzer şekilde kadınlarda

işgücüne katılma oranı erkeklere göre çok daha düşüktür (Tuna ve Yalçıntaş, 1999: 70-71). Günümüze bakıldığında kadınların işgücüne katılımı giderek artmasına rağmen yine de istenilen oranlara ulaşamamıştır (Tablo 4).

İşgücüne katılım oranı = İşgücü / İktisaden faal nüfus x 100 formülü ile hesaplanmaktadır ve Türkiye açısından işgücüne katılımdaki temel eğilimler üç başlıkta toplanmaktadır (Mehmet ve Kılıç, 2009: 27):

- İşgücüne katılma oranı kentlere kıyasla kırsal bölgelerde daha yüksektir.
- İşgücüne katılma oranı kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksektir.
- İşgücüne katılma oranı açısından kadın-erkek farklılaştırması, kırsal bölgelere kıyasla kentlerde daha fazladır.

Tablo 4 Türkiye’de işgücüne katılım oranlarını göstermektedir.

Tablo 4: Türkiye’de İşgücüne Katılım Oranı (%) (2005 – 2016)

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
44,9	44,5	44,3	44,9	45,7	46,5	47,4	47,6	48,3	50,5	51,3	52,7

Kaynak: TÜİK, İşgücü İstatistikleri

Tablo 4’e bakıldığında İKO’nun 2005 yılında %44,9 iken 2016 yılında %52,7’ye çıktığı görülmektedir. Ancak İKO 2006 ve 2007 yılında gerilemiştir. O yıllarda meydana gelen bu gerilemenin başlıca sebepleri (Mehmet ve Kılıç: 2009: 28):

- İş bulma ümidini kaybeden bireylerin iş aramaktan vazgeçmesi
- Özellikle kadınlar açısından düşük ücretlerle işgücü piyasasına dahil olmak yerine ev işleri ve çocuk bakımı gibi faaliyetler yoluyla aile bütçesine daha fazla katkı sağlanacağı düşüncesi
- Kayıt dışı istihdamın yaygın olması
- Köyden kente göç nedeniyle kadınların işgücü piyasasının dışında kalması
- Daha önceki dönemlerdeki sosyal güvenlik sistemi uygulamaları nedeniyle erken yaşta emekliliğin tercih edilmesi şeklinde sıralanabilir.

Genel yapısıyla İKO’yu incelemenin yanı sıra özelde kadın – erkek olarak bir ayrıma gitmek işgücü piyasalarını anlamak açısından oldukça önem arz etmektedir. Kadınların işgücüne katılmaları 1915 Balkan Savaşları’nda erkeklerin orduya gitmek

zorunda kalmasıyla başlamıştır ve savaş sonrasında tekrar ev içi işlerine dönmeleri ile devam etmiştir (Mardin, 2000; akt. Berber ve Eser, 2008: 3). Türkiye’de kadınların işgücüne katılma oranları çocuk bakımı, yaşlı bakımı, ev içi işler gibi sebeplerle düşük seyrete de küreselleşme sonrasında aile gelirinin kadının çalışmasına muhtaç bir konuma gelmesi zaman içerisinde düşük ücretlerle de olsa kadınları işgücü piyasalarına çekmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 7 Mart 2016’da yayınladığı “İstatistiklerle Kadın” bültenine göre; Türkiye’de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde istihdam oranı 2014 yılında %45,5 olup, bu oran erkeklerde %64,8, kadınlarda ise %26,7 olmuştur. Benzer şekilde 15 ve yukarı yaş kadınlarda 2014 yılı işgücüne katılma oranı %30,3 olarak belirlenirken; erkeklerde bu oran %71,3 olarak belirlenmiştir.

Tablo 5 verilerine bakıldığında 2016 Şubat ayı işgücü nüfusu 29 milyon 680 bin kişi olarak belirlenmiştir. Aynı yıl işgücüne katılma oranı %50,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu gösterge erkeklerde %70,9, kadınlarda ise %31,1 olmuştur. Aynı yıl istihdam oranı toplamda %45,3 olurken erkeklerde %63,8 ve kadınlarda %27,2 olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde işsizlik oranı toplamda %10,9; erkeklerde %10,1 ve kadınlarda %12,7 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 5’teki verilere bakıldığında Türkiye işgücü piyasalarında kadınların işgücüne katılım oranlarının erkeklere göre düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun temel sebebi erkeklerde işgücünü belirleyen faktörlerin demografik ve ekonomik koşullar etrafında şekillenmesi olurken; kadınlarda sosyal, kültürel ve geleneksel bir özellik taşımasıdır (Murat, 2000; akt. Kurnaz ve Atalay, 2013: 14). Bunun yanı sıra, ekonomik ve teknolojik gelişmeler, hizmet sektöründeki gelişmeler, kültürel değişimler, kadın eğitiminin yükselmesi, toplumsal cinsiyet temelli iş bölümünün dönüşümü ve bakım hizmetlerine yönelik uygulanan sosyal politikalar, çalışma hayatında değişen kurallar da kadın istihdamının yıllar geçtikçe yükselmesine katkıda bulunmuştur (Kurnaz ve Atalay, 2013: 15).

Tablo 5: Mevsim Etkilerinden Arındırılmamış Temel İşgücü Göstergeleri (Şubat 2016)

	Toplam	Erkek	Kadın
15 ve daha yukarı yaştakiler (Bin kişi)			
Nüfus (Bin kişi)	58 433	28 866	29 597
İşgücü (Bin kişi)	29 680	20 478	9 202
İstihdam (Bin kişi)	26 456	18 419	8 037
Tarım (Bin kişi)	4 876	2 785	2 091
Tarım dışı (Bin kişi)	21 580	15 633	5 946
İşsiz (Bin kişi)	3 224	2 060	1 165
İşgücüne dahil olmayanlar (Bin kişi)	28 753	8 388	20 365
İşgücüne katılma oranı (%)	50,8	70,9	31,1
İstihdam oranı (%)	45,3	63,8	27,2
İşsizlik oranı (%)	10,9	10,1	12,7
Tarım dışı işsizlik oranı (%)	12,7	11,3	16,3
15 – 64 yaş grubu			
İşgücüne katılma oranı (%)	55,6	76,4	34,5
İstihdam oranı (%)	49,4	68,6	30,2
İşsizlik oranı (%)	11,1	10,2	12,9
Tarım dışı işsizlik oranı (%)	12,8	11,3	16,4
Genç nüfusta (15-24 yaş) işsizlik oranı	18,6	17,4	20,7

Kaynak: TÜİK, İşgücü İstatistikleri / Haber Bülteni, Şubat 2016 verileri. Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Türkiye’de 80’li yılların sonlarına doğru kadınların işgücüne katılma oranları %34 civarında olurken bu oran kırdan kente göç sonrasında giderek düşüş göstermiştir. Çünkü kırdan kente göç eden kadın, işgücü piyasası dışında kalmıştır. Bunun en büyük sebeplerinden bir tanesi de eğitim sorunu olarak belirlenmiştir. Toplumsal cinsiyet rolleri, ataerkil aile yapısı her alanda olduğu gibi işgücü piyasalarında da kadınların var olmasını olumsuz olarak etkilemiştir. Ancak, Türkiye toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak adına pek çok uluslararası sözleşmeye taraf olmuştur ve bunlardan bir tanesi de “Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi (CEDAW) Sözleşmesidir.” Bunun aksine Türk kanunlarında belirtilmemiş olsa da kadınların iş yaşamını düzenleyen 156 sayılı Ailevi Sorumlulukları olan İşçilerle ve 177 sayılı Ev Eksenli Çalışma ile ilgili ILO sözleşmeleri de bulunmaktadır (Aslantepe, 2012: 160-166).

3. 3. Türkiye’de Kadın İşgücünün Eğitimi

1776 yılında yayımlanan “Ulusların Zenginliği” adlı kitabında Adam Smith pahalı bir makine yardımıyla alışılmışın dışında şeyler üretileceğini ifade ederken eğitilmiş işçiyi de buna benzetmiştir. Aynı zamanda eğitilmiş işçinin eğitim süresince zaman kaybettiği halde sonrasında daha verimli bir hale gelerek normal işçilerden daha yüksek ücret alarak aradaki kaybı kapattığını ileri sürmüştür. Bir süre bu görüşler göz ardı edilmiş olsa da sonrasında 1950’li yıllarda Jakob Mincer, Gary Becker gibi ekonomistler Smith’in bu görüşlerinden yararlanarak “Beşeri Sermaye Teorisi” (BST)’ni geliştirmişlerdir. Eğitim birçok birey için geleceğe yapılan yatırım olarak görülse de bazı bireyler için de maliyet olarak görülmüştür. Çünkü bireyler eğitim süresince hem zaman kaybetmişler hem kitap, harç ücreti gibi ödemeler yapmışlar ve hem de psikolojik olarak yıpranmışlardır (Biçerli, 2011: 253-255). Gelişmekte olan ülkelerin gelişimini engelleyen en önemli faktörlerden bir tanesi de vasıflı işçi eksikliğidir. Bu yüzden eğitim hem istihdam hem de işgücü piyasaları için önemli bir konumdadır (Tuna ve Yalçıntaş, 1999: 68). Buna rağmen kadınların eğitime katılımları erkeklere nazaran hep daha düşük olmuştur. 2014 verilerine de bakıldığında bu durum açıkça gözler önüne serilmektedir. 2014 yılında okur-yazar olmayan nüfus oranı kadınlar %9,2 olurken; erkeklerde %1,8 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2014).

Türkiye’de ülkenin ve sanayinin gelişimi açısından eğitim her zaman önem arz etmiştir. 1930 ve 1940’lı yıllarda eğitim eksikliğinden dolayı birçok kurumda yabancı uyruklu insanlar istihdam edilmiştir. Bu yüzden de nitelikli işgücü yetiştirmek için çözüm yolları üretilmiştir ki bunun için de devlet fabrikalarında kurslar açılmıştır (Makal, 2011: 143-146).

Kadın ve erkek eşitsizliği eğitimde bariz bir şekilde görülmektedir. Çünkü eğitim süresince erkek egemen toplum kadınları annelik ve kadınlık rolleriyle bağdaştıran mesleklere yöneltmiştir. Kadınlar ilk, orta ve yüksek öğretim kurumlarında bu ayrımcılığı yaşamışlardır. En basit örnekle ilkokul kitaplarında geleneksel roller ifade bulmuş ve Aliler top oynarken, Sunalar ip atlamış, babalar para kazanmış ve anneler ise alışverişe gidip yemek hazırlamıştır. Benzer şekilde meslek okullarında erkekler tornacılık, marangozluk gibi dallara yönelirken kız öğrenciler sekreterlik, hemşirelik gibi alanlara yönelmek zorunda bırakılmışlardır (Gök, 2015: 161-167).

İŞKUR verilerine bakıldığında Türkiye’de kadınlar hem okuma yazma oranı hem de eğitimlerine göre işgücüne katılma oranları olarak erkeklerden daha geride kalmıştır. 2014 yılında 25 ve daha yukarı yaşta olan ve okuma yazma bilmeyen toplam nüfus oranı %5,6 iken bu oran erkeklerde %1,8, kadınlarda %9,2’dir. Lise ve dengi mezunu olan 25 ve daha yukarı yaştakilerin toplam nüfus içindeki oranı %19,1 iken bu oran erkeklerde %23,2 ve kadınlarda ise %15’tir. Yüksekokul veya fakülte mezunlarına bakıldığında bunların toplam nüfus oranı %13,9’dur. Bu oran erkeklerde %16,2, kadınlarda %11,7 olarak belirlenmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519>).

Tablo 6: Cinsiyete Göre Seçilmiş Göstergeler, 2014

Seçilmiş göstergeler	Erkek	Kadın
Okur-yazar olmayan nüfus oranı (25+ yaş) (%)	1,8	9,2
Yüksekokul veya fakülteden mezun nüfus oranı (25+ yaş) (%)	16,2	11,7
İstihdam Oranı (15+ yaş) (%)	64,8	26,7
İşgücüne katılma oranı (15+ yaş) (%)	71,3	30,3
Genç işsizlik oranı (15-24 yaş) (%)	16,6	20,4

Kaynak: TÜİK, İstatistiklerle Kadın, Haber Bülteni, 2015

Tablo 6’ya göre Türkiye’de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılım oranı 2014 yılında %50,5 olup bu oran erkeklerde %71,3, kadınlarda ise %30,3’tür. İşgücüne katılım oranını eğitim durumuna göre incelendiğinde kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe işgücüne katılım oranlarının arttığı görülmektedir. Okur-yazar olmayan kadınların işgücüne katılım oranı %16, lise altı eğitimli kadınların işgücüne katılım oranı %25,8, lise mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %31,9, mesleki veya teknik lise mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %39,8 ve yükseköğretim mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %71,3 olmuştur (TÜİK, 2015).

TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması’na bakıldığında 2014 yılında yüksek öğretim mezunu düzeyinde bir kadın çalışanın yıllık ortalama esas iş geliri, aynı eğitim düzeyinde bir erkek çalışanın yıllık ortalama esas iş gelirinden %1,3 oranında düşük

gerçekleşmiştir. Bu fark en fazla %1,8 ile lise altı eğitim düzeyinde gerçekleşmiştir (TÜİK, 2015).

TÜİK Şubat 2016 Eğitim Durumuna Göre İşgücü İstatistikleri Tablo 7’de gösterilmiştir. Tablo 7’ye bakıldığında yükseköğretim mezunu kadınlarda işgücüne katılma oranı %71,3, erkeklerde %86,2 olarak gerçekleşmiştir. Yükseköğretim mezunu kadınların istihdam oranı %61,2, erkeklerde ise %80,1 olmuştur. Aynı mezunların işsizlik oranları ise kadınlarda %14,3, erkeklerde de %7,1’dir.

Tablo 7: Eğitim Durumuna Göre İşgücü Durumu, Şubat 2016

Eğitim durumu	İşgücüne katılma oranı			İstihdam oranı			İşsizlik oranı		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam	50,8	70,9	31,1	45,3	63,8	27,2	10,9	10,1	12,7
Okur-yazar olmayan	16,6	30,1	13,8	15,3	24,7	13,3	8,1	18,0	3,7
Lise altı eğitimliler	47,0	67,5	25,9	41,9	60,2	23,2	10,8	10,9	10,7
Lise	53,0	69,5	32,3	45,5	61,1	25,8	14,2	12,1	20,0
Mesleki veya teknik lise	65,9	81,9	40,3	58,8	75,0	32,8	10,7	8,4	18,5
Yüksek öğretim	79,6	86,2	71,3	71,7	80,1	61,2	9,9	7,1	14,3

Kaynak: TÜİK, İşgücü İstatistikleri, Şubat 2016

Tablo 7’de eğitim ve işgücü arasında daha önce de belirtildiği gibi doğru orantılı bir ilişki mevcuttur. Kadınların eğitim seviyesi arttıkça işgücüne katılma eğilimleri de artış göstermiştir. Aynı zamanda erkeklerle kadınların arasındaki fark eğitim seviyesi arttıkça azalmıştır. Ama genel olarak Tablo 7 incelendiğinde erkekler kadınlara nazaran her zaman daha yüksek seviyelerde işgücü piyasalarında yer almışlardır. Yine de eğitim seviyesi kadınların yaşamlarında daha iyi konuma ulaşmaları açısından etkili olmuştur. Sonuç olarak, istisnalar olsa da eğitim seviyesi yükseldikçe kadın ve erkeklerin cinsiyetten kaynaklı ayrımcılığa maruz kalmaları azalmıştır.

Eğitim seviyesi ileri düzeyde olan kadınlar eğitimlerinin karşılığını alabilmek adına çalışmaktadırlar ki bu beyaz yakalı kadınların en büyük çalışma nedenleri

arasında yer almaktadır. Bununla birlikte eğitim seviyesi düşük olan kadınlar da ekonomik yetersizlikler ve aile bütçesine katkı sağlamak için çalışma hayatında yer almaktadırlar. Ancak eğitim seviyesi ne olursa olsun istihdam piyasasında yer alamayan kadınlar vardır ki bunun en büyük nedeni “ev işleri ile meşguliyettir.” Ev eksenli çalışmanın giderek yaygınlaşmasına rağmen kadınlar kendilerini “çalışan” yerine “ev kadını” olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda ev işlerinin evin diğer üyeleri ile paylaşılmaması, yaşlı ve hasta bakımının kadınlar üzerine yıkılması, kadınların çalışmaması gerektiğine inanan toplumsal yargı da kadınları istihdam piyasasından uzak tutmaya yetmiştir (Sosyal-İş Sendikası, 2010: 19).

Eğitimin kadınların çalışma şartlarını iyileştirmesinin yanı sıra ülkemizde gözden kaçabilen bir durum daha mevcuttur. Bu da çocukların ve genç kızların öğrenciyken yaz tatillerinde tekstil, gıda ve hizmet işlerinde geçici olarak çalışmalarıdır. Çoğu anne baba çocuklarının yaz tatillerinde çalışmalarını faydalı görmektedir. Ancak birçok çocuk ya da genç kız bu şekilde çalıştıktan sonra okulu yarıda bırakarak iş hayatında kalmayı tercih edecek konuma gelmiştir. Tabi ki bu durumda ailelerin maddi olanaklarının kısıtlı olması, okul hayatında başarısız olan genç kızların okuldan uzaklaşması, ailelerin muhafazakarlıkları gibi etkenler de mevcuttur (Kümbetoğlu, Üser ve diğerleri, 2012: 152-154).

3. 4. Türkiye’de Kadınların Sendikal Faaliyetleri

Sendikacılığın gelişimi dünyada ve Türkiye’de farklılık göstermiştir. Batı dünyasında sendika meslek grupları arasında ticari birlik anlamına gelen “trade union” kelimesi ile ifade bulurken; Türkiye’de bu kavram sendika olarak kabul edilmiştir (Yüksel, 2014: 133). Dünyada 1700-1800 yılları arasında tüm işçilerin ve özellikle kadın ve çocuk işçilerin çalıştırılmamaları gereken işlerde çalıştırılması, çalışma saatlerinin 16 ile 18 saat arasında yoğunlaşması toplumsal huzursuzlukları, aile dağılmalarını arttırırken insanları bu duruma tepki koymaya itmıştır. Bunun sonucunda da sendikal faaliyetler ile işçiler lehine uygulamalar getirilmiştir. Dünyadaki gelişmelerin yanı sıra Türkiye’ye bakıldığında sanayileşme sürecinin geç yaşanması sendikalaşma sürecini de geç dönemlere bırakmıştır. 1961 Anayasası ile hukuk devleti bağlamında işçilere sendika kurma, grev ve toplu iş sözleşmesi hakları verilmiştir (Çelik ve Bingöl, 2014: 84).

Sendika, “İşçilerin ve işverenlerin çalışma ilişkilerinde ekonomik, sosyal hak ve menfaatlerini korumak ve geliştirmek için oluşturdukları tüzel kişiliğe sahip kuruluşlardır.” (Çelik ve Bingöl, 2014: 85). Bir başka tanıma göre sendika, “İşçilerin çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunları çözüme kavuşturmak, ortak hak ve çıkarlarını korumak amacıyla kurulan ve kurumsal bir nitelik taşıyan örgütlenmelerdir.” (Yüksel, 2014: 133). 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanunu’nun 2. maddesinde belirtilen tanımına göre ise sendika, “İşçilerin veya işverenlerin çalışma ilişkilerinde, ortak ekonomik ve sosyal hak ve çıkarlarını korumak ve geliştirmek için en az yedi işçi veya işverenin bir araya gelerek bir iş kolunda faaliyette bulunmak üzere oluşturdukları tüzel kişiliğe sahip kuruluşları ifade etmektedir.”

İşçi sendikaları sosyal politikanın oluşumuna oldukça büyük katkı sağlamaktadır. Çünkü sendikalar çalışma koşullarını iyileştirip, gelir düzeyi düşük grupların ücretlerinin artırılması için çalışmalarda bulunmaktadır (Tokol ve Alper, 2014: 80). Yani, sendika faaliyetlerinin ve sendikaya üye olmanın faydaları oldukça fazladır. Biçerli (2011)’ye göre sendikaya üye olmanın faydaları:

- Pazarlık gücünün artması,
- Daha adil ücret yapısının sağlanması,
- İş ve gelir güvenliği sağlanması,
- İşyerinde uygun çalışma ortamının yaratılması.

Sendikaların mevcut faydalarına rağmen özellikle 1980 sonrasında işverenler işyerlerinde sendikasız ve örgütsüz işçi çalıştırma eğilimine yönelmiştir. Sendikasızlığı desteklemek adına da sıklıkla taşeron işçi alımına başvurmuşlardır (Urhan, 2005;akt. Kümbetoğlu, User ve Akpınar, 2012: 107). Bununla kalmayıp kentlerde sendika üyesi olan işçilerden ‘kara listeler’ oluşturan işverenler işçi seçimlerini bu yönde gerçekleştirmişlerdir (Kümbetoğlu, User ve Akpınar, 2012: 107).

DİSK Sendikalaşma ve Toplu İş Sözleşmesi Raporu’na (2016) bakıldığında kayıtdışı işleri de kapsayan fiili sendikalaşma oranı %9,7 olarak hesaplanmıştır. 2012-2016 yılları arasında sendikalı işçi sayısı 1 milyondan 1,5 milyona çıkmıştır. Erkek işçilerde sendikalaşma oranı %13 iken, kadın işçilerde %7 olarak belirlenmiştir (<http://disk.org.tr/2016/08/sendikalasma-ve-toplu-is-sozlesmesi-raporu/>). KEİG 2009 verilerine göre Türkiye’de sendikalı işçilerin sadece %10’u kadındır. Yani, sendikalarda yönetim erkek sendikacıların elindedir (Kümbetoğlu, User ve Akpınar, 2012: 107).

Kadınlar, aile içerisindeki sorumluluklarından dolayı sendikalarla çok fazla ilgilenememişlerdir ve sendikalar da karşılık olarak kadınların sorunlarıyla pek fazla ilgilenmemiştir. Birçok sendika sadece ücret politikası ile sendikacılık faaliyetlerini sınırlandırmış, kadınların çalışma hayatlarında daha rahat edebilmeleri için toplu iş sözleşmelerine maddeler eklettirecek çalışmalarda bulunmamışlardır (Toksöz ve Erdoğan, 1998: 71). Bu engellerin yanında kadınların sendikaya üye olmaları konusunda başka engeller de vardır. Bunlara iyi bir örnek, kadınların sendikalaşma anlamında oldukça zor olan sektörlerde çalışmalarınıdır. Çünkü bu tarz sektörlerde sendikalı olmak bir yana kadın işçiler sosyal güvenlik kapsamında dahi çalıştırılmamaktadır. Gündelik hizmetler, eve iş verme sistemi kadınların sendikalaşmasını engelleyen en önemli sorunların başındadır (Toksöz ve Erdoğan, 1998: 69). Kadınlar güvencesiz çalışma koşullarından dolayı sürekli iş değiştirme tehdidi ile karşı karşıya olduklarından sendikalara yaklaşmamaktadırlar (Seçer, 2009: 30). 1997 yılında toplam sendikalı işçi sayısı 2.713.839 iken, sendikalı kadın işçi sayısı 371.402'dir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 1996 yılında yayınlanan Çalışma Hayatı İstatistiklerine göre sendikalı kadın işçi sayısı 161.118'dir. Yani bir önceki yıla göre ciddi artışın görüldüğü kadın işçiler arasındaki sendikalaşma oranı ülkenin geneline göre yorumlandığında pek de gerçekçi olmadığı ortadadır. Çünkü giderek sendikalaşmanın azaltılmaya çalışılması, taşeron işçi kavramlarının yaygınlaştırılması gibi olumsuzluklar arasında kadın işçilerin sendikalaşma oranının artış göstermesi pek de olası değildir (Toksöz ve Erdoğan, 1998: 70). Günümüze baktığımızda ise 3.330.516 kadın işçiden 254.121'i sendika üyesidir ve bu %7,6 gibi bir oranı ifade etmektedir (DİSK, 2016).

DİSK 1994 yılında düzenlediği 9. Genel Kurulu'nda her ne kadar kadın üye sayısının artırılması konusuna değinse de bu amacını 3 yıl sonra 1997 yılında gerçekleştirdiği 10. Genel Kurul toplantısında da yine sözlü olarak vurgulamıştır. Ancak 2000 yılında yapmış olduğu 11. Genel Kurul'da daha geniş düzenlemelerde bulunmuştur. Bunun için kadınların mevcut sorunlarını göz önünde bulundurarak çalışma hayatında hem daha aktif hem de sendikalarda daha etkin bir şekilde yönetilmeleri konusunda söylemlerde bulunulmuştur (Özar, 2012: 284-286).

TÜRK-İŞ ise 8 Mart 2005 yılında ILO ve UNFPA işbirliği ile "Kadın Emegi Platformu"nu kurmuştur. Bu platformun kurulması sonrasında sadece teorik anlamda

çalışmalarla kalınmamış hükümet temsilcilerine de kadın işçilerin sendikalaşma hakları ile ilgili ziyaretlerde de bulunulmuştur (Özar, 2012: 289).

Sendikaların üyelerinin hakları için savaşaacağı görüşünü esas alırsak; sendikalı işçiler sendikasız işçilere oranla sadece daha fazla ücret almakla kalmazlar. Aynı zamanda bu işçilerin sosyal güvenlik, eşit ücret, aile-iş hayatı düzenlenmesi gibi hakları da olur (Blau ve Ferber, 1992; akt. Beken, 2015: 160). Sendikaya üye olmanın mevcut iyi yönlerine karşılık kadınların aşağıdaki sebeplerden dolayı üye olmaları engel olarak görülmektedir (ETUC, 2007; akt. Beken, 2015: 173).

- Aile sorumluluklarından dolayı zamanın yokluğu,
- Kadınların kendine güvenlerinden yoksun olmaları,
- Toplantıların ve programların düzenlenme şekli,
- Kadınlar ve kadınlara yönelik liderlik konularında belli bir düzenin olmaması.

Yukarıda bahsedilen sebeplerle birlikte kadınların sendikalaşma oranlarının tek bir nedene bağlı olmadığı ortadadır. İstihdam yapıları, işgücü piyasalarında yer alma oranları, ailenin ve toplumun kadına ve kadının çalışmasına karşı tutumu, cinsiyet konulu söylemler... v.b. sendikalaşma ve kadınlar konusunda önem arz etmektedir. Sendikalaşmanın giderek azaldığı bir dönemde kadınların sendikalara kazandırılması oldukça güç bir durum meydana getirmektedir.

4. Türkiye’de Çalışan Kadınların Sorunları

Tarihin her döneminde ekonomik ve sosyal kalkınmanın bir yanını kadınlar diğer yanını erkekler oluşturmuştur. Kadınların hemen hemen her toplumda erkeklerin gerisinde kaldığı bir gerçektir. Kadınların toplumun gerisinde kalmasının çeşitli nedenleri vardır. Üretimin her aşamasına katkıda bulunan kadınlara yeterli önemin verilmemesi, yoksulluktan en fazla etkilenen kesimlerden birinin kadınlar olması sosyal politika açısından onlara yönelik çalışmaları yıllar geçtikçe artırmıştır (Kocacık ve Gökkaya, 2005: 195-196).

Sanayi Devrimi ile birlikte kadınların çalışma yaşamına entegre olması gerçekleşmiştir. Artık kadınlar da fabrikalarda tıpkı erkekler gibi çalışmaya başlamışlardır. Ülkemiz açısından Türkiye Cumhuriyeti ile birlikte kadınlara sosyal ve siyasal açıdan birçok hak tanınmış ve kadının toplumdaki değeri arttırılmıştır. Buna rağmen günümüzde hala kadınlar iş hayatına dahil olma, kayıtlı çalışma, eğitimine uygun iş bulma konusunda bir takım sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır.

4. 1. Çalışma Yaşamından Kaynaklanan Sorunlar

Kadınlar çalışarak elde ettikleri faydaların yanı sıra ev hayatında ve toplum içerisinde birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ev hayatında özellikle anne olarak karşılaştıkları sorunlar psikolojik açıdan kadınlarda önemli rahatsızlıklara neden olmaktadır (Kocacık ve Gökkaya, 2005: 204).

Kadınların evdeki sorumlulukları “ev içi emek”, “ev emeği” şeklinde farklı şekillerde ifadelendirilirken büyük ölçüde kadınlar tarafından yapılan bu iş veya emek biçimi üzerine önemli tartışmalar yapılmıştır. Ev emeği üzerine yürütülen tartışmalar, hanelerin sadece birer tüketim mekanı değil aynı zamanda üretim biçimleri olduklarını ortaya çıkarmıştır (Akduran, 2012: 46-47).

Kadınlar iş hayatında fırsat eşitliğini sağlamak için eğitim seviyelerini yükseltmektedirler. Çünkü eğitilmiş erkek işverenler dahi bazı işleri “erkek işi” olarak görmekte ve bu da kadınları birçok sektörde iş hayatının gerisinde bırakmaktadır. Kocacık ve Gökkaya’ya göre (2005); kadınların iş hayatında karşılaştıkları belli başlı sorunlar şunlardır:

- Eğitim ve mesleki eğitimde eşitsizlik
- İş bulma ve yükseltilmede eşitsizlik
- Ücretlendirmede eşitsizlik
- Sosyal haklardan yararlanmada eşitsizlik
- Cinsel taciz

4. 2. Kayıtdışı İşlerde Çalışma

Kayıtdışı (enformel) istihdam; *“faaliyetler ya da çalışanların bildirilmemesi, rastlantısal ya da kısa süreli işler, belirli bir eşiğe ulaşmayan iş süreleri ya da ücretleri kapsayan işler, kayıtsız bir işletme ya da hanehalkına bağlı olan bir kişi adına çalışma, işin görüldüğü yerin işverene ait olduğu mekanlar dışındaki işler, ya da iş mevzuatının uygulanmadığı veya çeşitli gerekçelerle tanınmadığı işler gerçekleştiğinde söz konusu olacaktır”* (Daza, 2005; akt. Erdur, 2007: 55). Bir başka tanıma göre kayıtdışı istihdam; *mal ve hizmet üretimi olmasına karşılık ekonominin geleneksel ölçüm yöntemleriyle, bütünüyle tespit edilemediğinden milli muhasebe kayıtlarında yer almayan ve gayri safi milli hasıla büyüklüklerine yansımayan faaliyetlerin tümüdür”* (Temel vd. 1994; akt. Metin, 2011: 11).

Kayıtdışı istihdamın ortaya çıkmasında 1970’li yıllarda beliren neoliberal politikalar rol oynamaktadır. Bu politikalar ile sosyal devletten düzenleyici devlete geçiş aşaması yeniden yaşanmıştır (Kablay, 2014: 158). Neoliberal politikalar sonrasında esnekleşen işgücü piyasaları kadınları çalışma yaşamına çok daha fazla entegre etmiş olsa da bu anlamda kadın-erkek ayrımcılığını giderememiştir (Toksöz, 2011; akt. Ulukan ve Yılmaz, 2016: 89).

Kadınların istihdam konusunda yaşadıkları en büyük sorunlardan biri kayıtdışılıktır ve en çok tarım ve ticarete bu durum karşımıza çıkmaktadır. Kayıtdışı çalışmanın bir başka yönü ise esnekliktir. Çalışan kadınlar açısından esneklik onların pazarlık gücünü düşürmüş hatta onları haklarını sorgulayamaz bir konuma sokmuştur (Kümbetoğlu, User ve Akpınar, 2012: 13-21).

Kayıtdışı çalışan bir birey her şeyden önce sosyal haklardan faydalanamaz ve belki de en önemlisi sağlık hakkından, emeklilik hakkından mahrum kalarak iş kazası gibi durumlarda da hakkını arayamaz (<http://seal.atilim.edu.tr/turkiyede-kayit-disi-istihdam>). Kırdan ücretsiz aile işçisi olarak kentte ise eğitimsiz kadının çalışma yaşantısına entegre olması için güvencesizliğinin bir göstergesi olarak ortaya çıkan kayıtdışı istihdam son yıllarda en güzel örneğini ev eksenli çalışma ile göstermektedir. Sağlıksız çalışma koşullarında sosyal güvenceden yoksun olarak bu şekilde çalışan kadınlar çok uzun saatler boyunca çalışmak zorunda kalmaktadır (Metin, 2011: 8).

4. 3. Ücretlendirmede Eşitsizlik

İşçinin iş dışındaki nitelikleri ile işveren tarafından farklı bir muameleye maruz kalması ayrımcılık olarak nitelendirilir. Kadınlar da iş hayatında terfi, ücret, işe alınma gibi durumlarda erkeklere göre farklı değerlendirilerek gözle görülür bir ayrımcılıkla karşı karşıya kalırlar (Biçerli, 2005; akt. Sayar ve Özkan, 2010: 92).

Çalışan yoksulların önemli bölümünü kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır ve yoksul ailelerde çalışmak zorunda olan kadınlar kayıtdışı sektörde düşük ücretli ve güvencesiz çalışmaktadır (ILO, 1985; akt. Çakır, 2008: 35). Bunun yanı sıra kayıtdışı olarak çalışan kadınlar ücretlerini de el altından alarak mevcut şartlara razı gelmek zorunda bırakılmaktadır (Erdut, 2007: 59). Eşit işe eşit ücret yasalarına rağmen erkeklere nazaran hep daha az ücret almak zorunda bırakılan kadınlar ekonomik kriz gibi dönemlerde de ya işten çıkarılan ilk kişiler olmuşlardır ya da yarı zamanlı çalışmaya yönlendirilmişlerdir (Arat, 1996; akt. Duruoğlu, 2007: 63).

Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklerden daha az ücret alması bir yana genelde asgari ücret altı bir ücrete razı geldikleri anlaşılmaktadır. Bunun arkasında yatan neden ise cinsiyet ayrımcılığı bir yana işverenin işçiyi bir meta olarak görmesinden kaynaklanmaktadır. Yine genç kadınlar kocası ve çocukları olmadığı için sorumlulukları az olarak görülmüş ve çok daha az bir ücrete çalıştırılmışlardır. Bu noktada da ataerkillik ve kadının ikinci planda kalması, ona toplum tarafından yüklenen rol etkili olmaktadır (Duruoğlu, 2007: 76).

4. 4. Toplumsal Yaşandan Kaynaklanan Sorunlar

Küresel düzeyde meydana gelen değişiklikler, neoliberal politikalar sonrasında oluşan esneklik kadınların çalışma hayatından dışlanmasına neden olsa da tam anlamıyla konuya açıklık getirememektedir. Dünyadaki değişimin yanı sıra geleneksel bakış açısı ve ataerkil aile yapısının kadını çalışma hayatından uzak tutması ya da kadınların çalışmayı tercih etmemesi konuyu analiz etmede daha da aydınlatıcı olmaktadır (Ecevit, 1995; akt. Çakır, 2008: 27).

Toplum içinde cinsiyet ayrımına göre şekillenen işbölümü kadınlara ev içi işleri uygun görürken; erkeklere ev dışındaki işleri uygun görmüştür. Bu durum da eşitsiz bir

işbölümü dağılımına neden olmuştur. Çünkü bu yolla kadınların eğitimi ve çalışması kısıtlanmış ve böylece iş hayatından da uzaklaştırılmıştır (Fidan, 2000: 120).

Toplumun kadınlara yüklemiş olduğu “anne-eş” rolü kadını her zaman için işgücü piyasalarından uzak tutmakla kalmamış aynı zamanda düşük ücretlerde yarı zamanlı olarak çalışmalarına da neden olmuştur. Yani kadının yerinin ev olduğu düşüncesi eğitilmiş kadınlara bile toplum tarafından entegre edilmeye çalışılmıştır. Kadınlara yüklenen bu roller onların tercihlerini de değiştirmiştir. Birçok kadın ev işlerini aksatmayacak işler seçmiştir (Kuzgun ve Sevim, 2004: 15-16). Toplumda “başarılı kadın” olgusu iş hayatına göre değil iyi anne ve iyi eş kavramlarına göre belirlenerek geleneksel anlamda kalıplaşmıştır (Balkır, 1989; akt. Kuzgun ve Sevim, 2004: 16).

III. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIKTA ÇALIŞAN KADINLAR

1. Tarihsel Süreçte Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye tarihinde sağlık sektörüne genel bir bakış açısıyla bakıldığında Anadolu'da birçok farklı medeniyetin yer aldığı ve bunların da birbirlerinden farklı sağlık uygulamaları gerçekleştirdikleri gözlemlenmektedir. Selçuklu döneminden Osmanlı dönemine kadar süregelen ve hatta ilerleyen yıllarda Cumhuriyetin de kurulmasıyla farklılaşan, anayasada zamanla yer almaya başlayan ve genelden özele yayılan bir sağlık politikası uygulamasının varlığından açık bir şekilde bahsedilebilir (Bulut, 2015: 111).

Devlet sağlık hizmetlerini doğrudan ya da dolaylı yollardan finanse ederek bir kamu politikası olarak vatandaşa sunmalıdır. Bu yüzden çok eski dönemlerden bu yana sağlık sektörü devletlerin önemle üzerinde durduğu bir konu olmuştur. Bununla kalmayıp iktidar sahipleri aynı zamanda sağlık sektörünün gelişimi için gerekli teçhizat, teknolojik uyarlamalar, piyasaya göre uyumlaştırma, nitelikli işgücüne yer verme gibi politikalar uygulamaya çalışmışlar ve aynı zamanda eczaneler, hastaneler, klinikler, doktorlar, hemşireler ve köy sağlık çalışanları ile bu hizmeti sunmak adına birtakım girişimlerde bulunmuşlardır (Erdem, 2012: 73).

Geçmişten günümüze Türkiye'de sağlık sektöründeki gelişmeler yapılan farklı politikalar kapsamında Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet sonrası olarak 2 bölüme ayırarak incelenebilir. Ancak bundan önce sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi kamu hizmetlerinin ülkemiz açısından dönüşümüne de değinilebilir. Sosyal devlet algısının değişmesi sonrasında kamu hizmeti anlayışı yurttaşlık hakkından ziyade müşteri odaklı olmaya başlamıştır. Bu durum hizmet alan vatandaşın yaşam biçimini ve hizmeti sunan kamu görevlisinin çalışma biçimini de farklı yönlerde değiştirmiştir. Kamu görevlileri daha esnek ve güvencesiz çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalmıştır (Kablay, 2014:

158). Çok eski dönemlerde savaşlar, yoksulluk gibi nedenler sağlık uygulamalarını ve uygulanma türlerini çeşitlendirirken günümüzde de küreselleşme ve teknolojik gelişmelerle piyasa ve devlet yapısının farklılaşması da sağlık uygulamalarını çeşitlendirerek değiştirmiştir.

1. 1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Türkler Orta Asya'dan Batı'ya göç ederken birbirinden farklı yerlerde yaşamışlar ve savaşçı kimliklerinden dolayı da savaşta yaralananları tedavi amacıyla çeşitli tıp tesisleri kurmuşlardır. İslamiyet öncesinde Şamanizm inancına sahip olan Türkler bazı hastalıkların kötü ruhlardan geldiğine inanmışlar ve bu yüzden de sağlık alanına önem vermişlerdir. Uygurlar döneminde de pozitif tıp mistik tıp anlayışına göre daha fazla gelişmiş ve usta çırak ilişkisi ile tabiplik eğitimi devam etmiştir (Arıkan, 2014: 3).

Selçuklular döneminde bedelinin ödenmesi şartıyla erişilebilecek sağlık hizmetleri ve yoksul halka yönelik de Vakıf Tıp Okulları ve Hastaneleri kurulmuştur. Yine savaş zamanı develerden oluşan gezici hastaneler oluşturulmuştur. Selçuklu döneminden sonra Osmanlı döneminde ise sistemli bir sağlık uygulamasına geçilmeye başlanmıştır. Mevcut vakıf hastanelerini koruyan Osmanlı Devleti ek olarak başka hastaneler de açmıştır. Fatih Sultan Mehmet 15. yüzyılda hekimbaşı kurulunu oluşturarak sarayda yaşayanların sağlık durumlarıyla ilgilenilmesini, hekimlerin bilgilendirilmesini amaçlamış ve hatta hekimlik görevi için uygun görülmeyenlerin hekimliklerinin ellerinden alınması adına çalışmalar yapmıştır. Hekimbaşının talebi üzerine de Avrupa tarzı eğitim gören bir orduya ve hekimlere ihtiyaç duyulduğu yönünde Şeyhülislamın fetva vermesi ile 14 Mart 1872 yılında Tıphane kurulmuştur. Hekimlere yüksek ücretler verilse de sonrasında artan enflasyon ile hekim ücretleri artırılamamış ve hekimlere para karşılığı hasta bakma hakkı verilmiştir. Bununla birlikte de eskiden bu yana süregelen hasta ve hekim arasında bir bağ oluşturulmuştur (Bulut, 2015: 111-112). Kanuni Esasi'de sağlık hakkına ve bu konuya ilişkin kavramlara yer verilmemiştir. 1876 Anayasası'nda ise kişisel özgürlükler ve mesken dokunulmazlığına yönelik bazı düzenlemeler yer almıştır (Er, 2011: 44).

Osmanlı döneminde hayır kurumları aracılığıyla da yoksul halka sağlık hizmeti sunulmuş; ancak bu çalışmalar sadece İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi

büyük illeri kapsamıştır. Sağlık etkinliklerinin yanı sıra, besin kontrolü, temiz suya erişim gibi sosyal olanaklar da devlet eliyle sağlanmış olsa bile bu da büyük illerle sınırlı kalmış ve toplumun tamamına yayılamayan hizmetler zaten devletin asli görevi olarak da o dönemlerde görülmemiştir. Bunun sonucunda da salgın hastalıklar gibi önemli konularda halk tıp merkezlerinden ziyade alternatif yöntemlere yönelme eğiliminde olmuştur. 19. yüzyıla kadar bu şekilde devam eden sistemde Osmanlı Devleti her konuda olduğu gibi sağlık alanında da Batı'yı örnek almaya başlamıştır (Akdur, 1999: 392).

1. 2. Cumhuriyet Sonrası Dönem

1923 yılında Cumhuriyet kurulduktan sonra sağlık alanında düzenli çalışmalar yapmak adına girişimlerde bulunulmuştur. Bu kapsamda Cumhuriyet öncesi dönemde olduğu gibi büyük illeri kapsayan sağlık politikalarının aksine tüm yurdu kapsayan planlamalar gerçekleştirilmiştir. Köyler de dahil olmak üzere tüm ülkedeki doktorlar, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık personeli eğitilmiş ve örnek olarak da Numune Hastaneleri kurulmuştur. O dönemde sık sık rastlanan bulaşıcı hastalıklar için ise Hıfzısıhha Okulu ve Enstitüsü açılmıştır (Bulut, 2015: 113). Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kurulduğu ilk yıllarda sağlık alanına yönelik ciddi çalışmalar yapılmış ve Doktor Adnan Adıvar ilk sağlık bakanı seçilerek bazı çalışmalarda bulunmuştur. Bu amaçla o dönemde sağlık alanında yapılacak düzenlemelere yönelik hiçbir kanun olmadığından günümüzün sağlık sisteminin alt yapısını oluşturacak kanunların çıkarılmasını sağlamıştır (Akdur, 2008: 62).

1923-1938 yıllarını Atatürk dönemi olarak adlandıracak olursak bu dönemde sağlık kapsamında 13 yasa, 6 tüzük ve yönetmelik yürürlüğe girmiştir. Aynı zamanda 1921 yılında Sağlık Bakanlığı görevine getirilen Dr. Refik Saydam da sağlık alanındaki çalışmaların tüm yurda yayılması amacıyla elinden geleni yaparak illerde valiye bağlı Sağlık Müdürleri, ilçelerde kaymakama bağlı danışmanlar atamış ve hükümet tabibi örgütlenmesi aracılığıyla da hizmet sunulmasını gerçekleştirmiştir (Bulut, 2015: 113). 1921 Anayasası 11. madde içeriğinde “.....Sıhhiye.... işlerinin tanzim ve idaresi vilâyet Şuralarının salâhiyeti dahilindedir.” ifadesi ile sağlıkla ilgili ilk düzenlemeye anayasa kapsamında yer verilmiştir (Yeginboy ve Sayın, 2008: 2). 1923 yılına gelindiğinde tüm

ülkede 344 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe sayısı mevcutken 1935 yılında bu üç kattan fazla artmıştır (Bulut, 2015: 114).

1924 Anayasası'nda sağlık ile ilgili herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Sadece 17 Şubat – 4 Mart 1923 tarihleri arasında gerçekleştirilen 1. İzmir İktisat Kongresi'nin ilk oturumunun kapanış maddelerinde sağlık kavramı ilk defa ele alınmış ve şu şekilde ifade bulmuştur: *“Birçok savaşlar ve zorunluluktan dolayı azalan nüfusumuzun artması ile beraber sağlıklarımızın, hayatlarımızın korunması en birinci amacımızdır. Türk; mikroptan, pis havadan, salgından ve pislikten çekinir, bol ve saf hava, bol güneş ve temizliği sever. Ata mirası olan binicilik, nişancılık, avcılık, denizcilik gibi beden eğitiminin yayılmasına çalışır. Hayvanlarına da aynı dikkat ve özeni göstermekle beraber cinslerini düzeltir ve sayılarını çoğaltır.”* (Yeginboy ve Sayın, 2008: 2). 1938 yılına gelindiğinde 13 yasa ve 2032 maddeden oluşan 22 tüzük ve yönetmelik yürürlüğe girmiştir ve hemşirelik, eczacılık, Türk Tabipler Birliği, Hastane Yönetimi gibi konular da yasa içerisinde yer almıştır. 1945 yılında ise işçilerin sağlığı ve güvenliğine yönelik bir kanun yürürlüğe girmiştir (Bulut, 2015: 114).

Doktor Refik Saydam Dönemi'nden sonra sağlık bakanlığı görevine Doktor Behçet Uz getirilmiş ve 1946-1950 yılları arasında görev yapmıştır. 1946 yılında 9. Milli Tıp Kongresi yapılmış ve “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” yürürlüğe sokulmuştur. Bu çalışma ile tüm sağlık hizmetlerinin entegre olarak yurda yayılması ve merkezi hükümet görev ve sorumluluklarına getirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu plan ile ülkenin 7 sağlık bölgesine ayrılarak her bölgenin örgütlenmesi yeterli görülmüştür. Bu kapsamda her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezi ve 2 hekim ile birlikte bir de ebe, sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire olması öngörülmüştür. Koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüten bu sağlık merkezlerinin kurulması tamamlanınca bir de bölgede tıp fakültelerinin açılması amaçlanmıştır (Dirican, 1970; akt. Akdur, 2008: 64).

Demokrat Parti Dönemi'nin yaşandığı 1950'li yıllarda hastanelerin yönetimi tek bir merkezde toplanmaya başlanmış ve hastanecilik merkezi hükümetin görev ve sorumluluğuna verilmiştir. Bu kapsamda tüm yurtda hastane sayıları artmaya başlamıştır; ancak bu tarihten sonra liberal politikaların gündeme gelmeye başlamasıyla her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de yavaş yavaş özelleştirmeler başlamış; böylece de ülkede yayılan hastane sayısında bir azalış meydana gelmiştir. Tüm bunların sonucu olarak da halkın sağlık talepleri karşılanamayınca SSK hastaneleri gibi sağlık

hizmetleri üreten kuruluşlar kurulmuştur. Bunun arkasından KİT'ler de kendi sağlık merkezlerini kurmaya başlamıştır (Akdur, 2008: 65).

1960'li yıllarda Türkiye, İnsan Hakları Beyannamesini imzalayarak "Sağlıklı doğup sağlıklı yaşamının insan hakkı olduğu ve bunu sağlamanın da kamu görevi olduğu" anlayışını kabul ederek Dünya Sağlık Örgütü doğrultusunda bir düzenlemeye gitmiştir (Bulut, 2015: 115). 1961 Anayasası'nın 3. Bölüm VII. Kısım 49. maddesinde: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar geliri ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." şeklinde belirtilmiştir.

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile yeni bir döneme geçilmiş ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ikinci plana atılmış ve 1961-2003 yılları arasında gelişerek ilerleyen sağlıkta özelleştirme politikaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sürekliliğini devam ettirmiştir. 224 sayılı Kanun'un kabulü ile sağlığın bir insan hakkı olduğuna vurgu yapılmış ve o dönemde Nusret Fişek'in de katkılarıyla sağlık ocakları kurularak sağlık sektörü halkın ulaşımına yaklaştırılmıştır. Başka ülkelerin sağlık politikalarını inceleyerek en iyiye ulaşmayı hedefleyen Nusret Fişek sosyalleştirmeye yoğunlaşarak en mantıklı sağlık politikası için çalışmalarını sürdürmüştür. 1980 sonrası özelleştirme politikaları ile sağlık kavramının içi boşaltılmaya başlamış ve sosyalleştirme kavramından uzaklaşmıştır (Kurt ve Şaşmaz, 2011: 23).

1. 3. Neoliberal Politikalar

Temelinin 1970'li yıllara dayandığı ancak 1980'li yıllarda etkisini göstermeye başlayan neoliberal politikalarla birlikte sağlık alanı da farklı bir boyuta ulaşmıştır. 24 Ocak 1980 kararları ile özelleştirme dönemi başlamış ve 1961 Anayasası'nın aksine 1982 Anayasası'ndaki sağlık tanımlamalarında da değişiklikler yaşanmıştır (Akdur, 2008: 66). Bu kapsamda 1982 Anayasası'nın 17. maddesinde yaşama hakkına yönelik bir düzenlemeye gidilmiştir ve: "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz."

denilmiştir. 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde ise: *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* ifadesi yer almıştır.

1980’li yıllarda başlanmış olsa da 1990 sonrasında eğitim ve sağlık alanlarında meydana gelen piyasalaştırma çalışmaları Dünya Bankası ve IMF tarafından Türkiye’ye empoze edilmiştir. Devleti, devlet eliyle yürütülen programları küçültmeyi hedefleyen bu çalışma piyasayı tamamen özel sektöre açarak devletin ekonomi üzerindeki aktif rolünü sıfırlamayı planlamıştır. 2000’li yılların ortalarına doğru da ikinci kuşak bir özelleştirme kapsamında çalışmalar yapılmış ve sağlık da bu çalışmalardan en çok etkilenen alanlardan biri olmuştur (Sönmez, 2011: 33). Dünya Bankası’nın kredi desteği ile merkezîyetçi bir yapıda bulunan ve çok da etkili olmadığı iddia edilen sağlık sektörü “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında değişikliğe uğratılmıştır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı’nın yapısı yeniden oluşturulmuş, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması getirilmiş, sağlık hizmet sunumu yeniden yapılandırılmış, e-sağlık sistemi kurularak özelleştirme kapsamındaki temel politikalar gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Sonrasında ise aile hekimliği uygulamasına geçilerek birinci basamak olarak kabul ettiğimiz sağlık hizmetlerinin yapısı değiştirilmiştir (Ataay, 2005; akt. Erençin ve Yolcu, 2008: 124).

Kısaca, dünyada değişen politikalara bağlı olarak Türkiye’de de sağlık sistemi ile birlikte birçok alan neoliberal politikalar sonrasında özelleştirmelerle birlikte yeni uygulamalara ayak uydurmaya başlamış ve bu bağlamda çeşitli değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişiklikler ilerleyen bölüm ve başlıklarda daha ayrıntılı ve kapsamlı olarak incelenecektir.

2. Sağlık Hizmeti ve Özellikleri

Sağlık ve sağlıkla ilgili kavramlar sosyal güvenlik kavramı ile ilişkilidir. Çünkü sosyal güvenlik herhangi bir nedenle kısmen ya da tamamen çalışamaz duruma düşen

bireylere insan onuruna yaraşır bir asgari yaşam sürmeleri için gelir ve destekleri sağlar. Sağlık yardımları yapar ve yoksulluğu da ortadan kaldırmak adına çalışmalarda bulunur (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 5).

Sağlık hizmetleri eskiden devlet eliyle sağlanırken günümüzde devlet ve özel sektöre bağlı karma bir sistem ile yürütülmektedir. Sağlık hizmetleri toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm ülkeyi ilgilendirmektedir (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunumalternatif.pdf>). Bu başlık altında da sağlık kavramı, sosyal güvenlik kavramı, sağlık hizmeti kavramı ve türleri ayrıntılı olarak incelenecek ve açıklanacaktır.

2. 1. Sağlık Kavramı

Yaşadığımız süre boyunca sağlık ve hastalık kavramları oldukça büyük önem taşımaktadır. Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir çevrede yaşama imkanının sunulması ve mevcut sağlık düzeyinin yükseltilmesi tüm hükümetlerin temel amaçlarından biridir. Sağlık kurumlarının sağladıkları hizmetleri, amaçlarını ve yönetim şekillerini anlayabilmek için sağlık kavramını çok iyi anlamamız gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 17). Hammurabi Kanunlarına kadar dayanan bu kavramda Babil Kralı Hammurabi, hizmet veren hekimlerin sorumluluklarını ve alacakları ödülleri dahi belirlemiştir (Ersoy, 1989;akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 17).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık: *“Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedençe, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.”* (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47). Türkçe sözlükte sağlık, vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, sıhhat olarak tanım bulurken; sağlık hakkı ise; *“Kişinin, toplumdan, devletten, sağlığın korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesidir.”* (Er, 2011: 18-21). 1947 yılında uluslararası bir belge olan yani Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında yer alan düzenlemeye göre: *“Sağlık ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı olmaksızın doğuştan kazanılan bir haktır.”* Bu durum hükümetlere önemli sorumluluklar yüklemiştir ve 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde hükümetlerin kendi halklarına *“tıbbi bakım verme”* hakkı zorunluluk olarak getirilmiştir (Pala, 2007: 3).

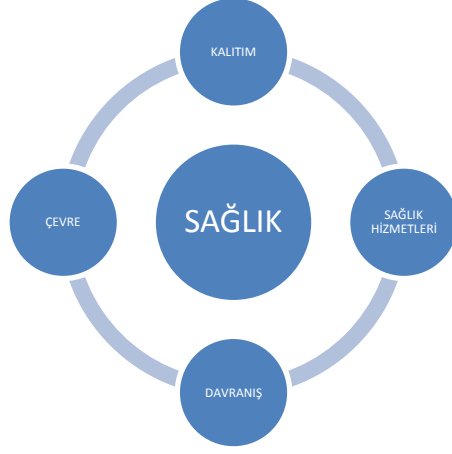
Görüldüğü üzere sağlık hakkı geçmişten günümüze temel haklardan biri olarak kabul edilmiştir. Ülkemizde ve dünyada da sürekli değişime uğramıştır. Sağlık hakkı da bu yüzden hem ülkemizde hem de dünyada yaşam hakkı ile aynı önemde kabul edildiği için birçok gelişimde bulunmuştur.

Tıbbi sosyoloji alanında sağlık ve hastalık kavramları hala tartışma konusudur. Klasik tıp anlayışına baktığımızda sağlık, biyolojik bir durumdur ve hastalık da bireyin biyolojik yapısındaki bozukluklar olarak kabul edilmektedir. Yani, hastalık sağlığın olmayışı, sağlık ise hastalığın olmaması durumudur. Bu kapsamda hastalığı tanımlarken de öz değerlendirme ve profesyonel değerlendirme olarak iki kavram kullanılmaktadır (Black ve Gruen, 2005; akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 18). Bireyin kendi hastalığı ile ilgili yaptığı değerlendirme öz değerlendirme olarak kabul edilirken; nesnel ve bilimsel tanımlamalara dayandırılarak bir hekim tarafından teşhis edilen durum ise profesyonel değerlendirmedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 18).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık vazgeçilemez bir servet olma özelliği göstermektedir. Sağlık, kişilere göre hastalığın olmama durumudur (Öztek, 2001; akt. Eren: 1). Hastalık ise hekimler için; *“Objektif bir durum olup insan vücudundaki organlar ya da sistemlere ilişkin patolojiyi tanımlar.”* Bireyler için ise; *“Subjektif bir durum olup bireyin olağan dışı semptomlarını algılaması ve değerlendirmesi ile ilgilidir.”* (<http://www.sdplatform.com/Dergi/629/Saglik-ve-hastalik.aspx>). Sağlık ve hastalık kavramları birbiriyle alakalı olduğu için hastalık tanımının yanı sıra bir sigorta dalı olarak da hastalık kavramı karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde hastalık sigortası Türk sosyal güvenlik sisteminde fizyolojik riskler kapsamına alınmıştır. Hastalık sigortası dünyada ilk olarak da Almanya'da Bismarck tarafından 1883 yılında ortaya atılmıştır. Türkiye'de ise ilk hastalık sigortası 1921 yılında 151 sayılı Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun ile kurulmuştur (Gerek ve Oral, 2009: 9) ve çalışanların bir bölümü sigorta kapsamına alınmıştır.

Sağlıklı olma durumunu yapılan araştırmalara göre dört ana madde etkilemektedir. Bunlar, Henrick L. Blum'un bütüncül sağlık modelinde belirtilmiştir ve çevre, davranış (yaşam biçimi), sağlık hizmetleri ve kalıtım (genetik) olarak ifade bulmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 19).

Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Schulz, Johnson, 1976: 5; akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012.

Şekil 1’de sağlığı etkileyen faktörler arasında ekolojik denge, nüfus, kültürel sistemler ve doğal kaynaklar da etkilidir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinden yararlanmak ve bunlara sahip olmak vatandaşların en temel haklarından biridir ve devlet ister kendisi isterse özel sektör aracılığıyla bunları halkına sağlamalıdır. Sosyal güvenliğin bir parçası olan sağlık toplum huzuru açısından önemli olduğu kadar adaletli ve eşit bir toplumun var edilerek sosyal politika sorunlarının azaltılması için de önemlidir. Sağlıkla ilgili olan sosyal güvenlik kavramı bir alt başlıkta ayrıntılı olarak incelenecektir.

2. 2. Sağlık Hizmeti Kavramı

Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu amacıyla yapılan çalışmaların hepsi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Akdur, 1999: 5). Öztekte (2001) göre; “Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan çalışmalara sağlık hizmetleri denir.” (Sevim, 2006: 4). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi’ne göre sağlık hizmetleri; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.” (http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240). 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun gereğince sağlık hizmetleri

yukarıdaki tanımla hemen hemen aynı olarak ifade edilmiştir. İnsanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bununla kalmayıp mevcut iyilik halinin sürekliliğini sağlayarak toplumsal refah ve mutluluğu artırmak amacıyla sunulan hizmetler sağlık hizmetleridir (Kitapçı, 1999; akt. Göktaş, Erdem vd. 2005: 57).

Blum'un çevresel sağlık modeline göre, sağlık hizmetleri birey ve toplumun sağlık seviyelerinin korunması ve yükseltilmesi sürecinde sanıldığından daha az bir etkiye sahiptir. Yani, sağlık sisteminin çok iyi işliyor oluşu, sağlık statüsünün iyi olduğuna işaret değildir. Bu modele göre, sağlık yöneticileri sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için sağlık hizmetleri dışında kalan faktörlere de yoğunlaşmalıdır. Buna bağlı olarak 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Alma Ata Bildirgesi'nde de, toplum sağlığının geliştirilmesi için sağlık ve diğer sektörler arasında bağlantı kurulması gerektiği belirtilmiştir (DSÖ, 1978; akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 29).

Bir kamusal mal olarak sağlık hizmetlerine bakıldığında diğer kamu hizmetlerine göre sağlık hizmetlerinin üzerinde çok daha fazla durulması gerekmektedir. Bu hizmetler olabilecek en yüksek kalitede sunulmalıdır (Bekaroğlu, 2005; akt. Göktaş, Erdem vd. 2005: 57). Sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde yerel faydaları vardır ve aynı zamanda da piyasada üretilebilmektedir. Yani hem yerel hem de sınır ötesi etkileri olduğundan bu iki dışsallık sağlık hizmetine kamusal mal özelliği kazandırmıştır. Bulaşıcı hastalıklar küresel bir boyutta değerlendirilebilirken; bir kişiyi ya da ülkeyi bulaşıcı hastalıklardan korumak yaratılan dışsal faydalardır (Mutlu, 2006: 58).

Eğitim, barınma, istihdam gibi faktörler de sağlık hizmetlerinin yanında toplumun ve bireyin sağlığını etkilemektedir. Birey ve toplum yararına belki de daha fazla etkisi olan bu faktörler yine de ilk olarak sağlık durumunu yükseltmeyi amaçlamamaktadır (Black, Gruen, 2005; akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 35). Belki de bu yüzden sağlık hizmetlerine diğer etmenlerden daha fazla ve öncelikli olarak önem verilmelidir.

Ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeyini gösteren faktörlerden birisi de sağlık hizmetlerini sunma biçimidir. Hasta/müşteri için gerekli ortam sağlanmalı, doktor ve gerekli sağlık ekibi güven unsuru içinde sağlık hizmetini

sunmalıdır. Bu kapsamda hastalar ve hasta yakınları her açıdan memnun edilmelidir. Sağlık kuruluşları içerisinde de uygun rekabet ortamı yaratılarak sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki başarı yükseltilmelidir (Göktaş, Erdem vd., 2005: 57).

Değişen dünya şartlarında toplumun da sağlık hizmetlerinden beklentileri artmaktadır. Hastalıkların azaltılması, yaşam süresinin uzatılması, olası zararlı semptomların giderilmesi gibi alışlagelmiş beklentilerin yanında insanlar sağlıklı olsalar bile daha güzel görünmek, daha iyi hissetmek gibi beklentilere de girmişlerdir. İşte bu durum kozmetik cerrahisi ve yaşam süresini uzatan ilaçların kullanımını ve bunlara olan eğilimi artırmıştır (Greenwald, 2010; akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 35).

2. 3. Sosyal Güvenlik Kavramı

Gelişmiş ve sanayileşmiş Avrupa ülkelerinin aksine kavram olarak sosyal güvenlik ilk kez ABD’de 1935 yılında “Sosyal Güvenlik Kanunu” ile kullanılmıştır ve kısa sürede yaygınlaşarak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile ILO sözleşmelerinde yer almıştır. Sosyal güvenlik kavramını açıklarken sosyal ve güvenlik kavramlarını ayrı ayrı tanımlamak gerekmektedir. Bu kapsamda güvenlik insanların bir tehlike durumundan uzak durması olarak tanımlanabilirken; sosyal kelimesi ise topluma ait ve toplumla ilgili bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Tokol ve Alper, 2014: 203-204). Sosyal güvenlik ise, insanların yaşadıkları süre boyunca karşılaştıkları olası ekonomik ve sosyal risklere karşı gerekli önlemleri alarak kendilerine gelir sağlamak amacıyla oluşturulan kamu harcama programlarıdır (Gümüş, 2010: 4). Bir başka tanıma göre sosyal güvenlik, hastalık, doğum, iş kazası, iş göremezlik, yaşlılık ve ölüm gibi sebeplerden dolayı ortaya çıkabilecek rahatsızlıklardan toplumun bir dizi kamu düzenlemesi aracılığıyla kendisini korumasıdır (Güvercin, 2004: 89). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin hedef aldığı sosyal güvenlik tanımında ek olarak beslenme ve barınmaya yönelik her ihtiyacın karşılanması da esas alınmıştır. Sosyal güvenlik, “*mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir.*” (Ayhan, 2012: 43). Başka bir deyişle, sosyal güvenlik bir ülkede yaşayan halkın bugününü ve yarınını güvence altında tutmayı amaçlayan kurumlar bütünüdür ya da Talas’a (1983) göre, herhangi bir riskten geliri veya kazancı geçici ya da sürekli kesilmiş kişilerin yaşama ihtiyacını karşılayan bir sistemdir (Tuncay ve

Ekmekçi, 2013: 2). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1944 yılındaki Philadelphia Konferansı'nda yapmış olduğu tanıma göre sosyal güvenlik, *“Halkın hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm nedeniyle geçici veya sürekli olarak kazançtan yoksun kalması durumunda düşeceği yoksulluğa karşılık, tıbbi bakımdan dolayı çocuk sayısının artması ve analık halinde korunmasına ilişkin genel önlemler sistemidir.”* (Tokol, 2000; akt. Kantarcı, 2003: 78).

Değişen dünya şartlarına göre zamanla farklı uygulamalar esas alındığı için sosyal güvenlik kavramı da dar ve geniş anlamda tanımlanarak bir ayrıma tabi tutulmuştur. Arıcı'ya (1999) göre dar anlamda sosyal güvenlik, *“Çalışanların çeşitli sosyal risklerle karşılaşmaları halinde ortaya çıkan gelir kesilmesini telafi etmeye yönelik tedbirler olarak tanımlanmaktadır.”* Geniş anlamda sosyal güvenlik ise, *“nedeni ne olursa olsun insanların gelirlerinin kesilmesinin yanı sıra bir gelire sahip olsalar bile bu gelirin yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan yoksullukla mücadeledir.”* (Tokol ve Alper, 2014: 205-206).

Osmanlı Devleti'nde ilk ve toplumun en temel sosyal güvenlik sistemi aile olmuştur. Yani, aile içerisindeki muhtaç kişilerin bakımı yine aile içinden karşılanmıştır. Bununla birlikte komşuluk, akrabalık ve hemşehrilik de en büyük yardımlaşma kurumları olarak toplumda yer almıştır. İslamiyet'in bir getirisi olarak sadaka, fitre, zekat ve kurban da ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmış ve Darüşşifalar sağlık ve eğitim alanında hizmet veren kuruluşlar olarak o dönemde var olmuştur. Tanzimat Fermanı ile çalışanlara yönelik sosyal güvenlik düzenlemeleri kapsamında tekaüt sandıkları kurulmuştur (Alper, 2013: 3-8). Bu sandıklar aracılığıyla hastalanan üyelere tedavi amaçlı yardımlar yapılmış ve ayrıca yaşlanan, mesleğini devam ettiremeyecek konuma gelen usta, kalfa ve çırakların da geçimi sağlanmıştır (Güvercin, 2004: 91).

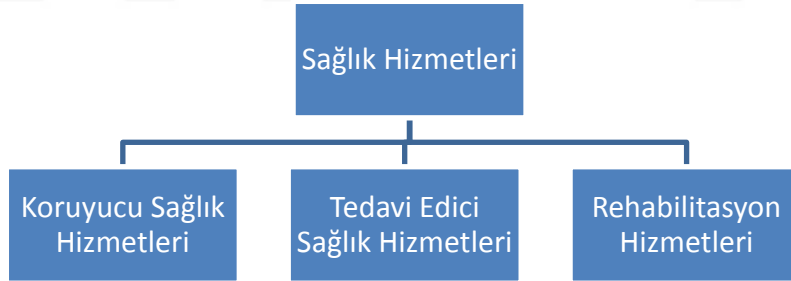
Cumhuriyet Dönemi'ne bakıldığında çok yapılı ve sürekli değişime uğrayan bir sosyal güvenlik sisteminin var olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu yüzden en genel açıklamasıyla öncelikle işçilere yönelik bir sosyal güvenlik uygulaması getirilmiştir ve 1945 yılında 4792 sayılı Kanun ile “İşçi Sigortaları Kurumu” oluşturulmuş ve bu Kanun 1946 yılında yürürlüğe girmiştir. 1965 yılında ise bu Kurumun adı 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” ile birleştirilerek “Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)” olarak değiştirilmiştir. Memurlar için 1949 yılında kabul edilen ve 1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu” esas alınmıştır. Bağımsız çalışanlara yönelik olarak ise 1972'de tüm yurttaki kullanılmak üzere yürürlüğe giren “Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

Kanunu” çıkarılmıştır. Tarım kesiminde çalışanlar için 1983 tarihli 2925 sayılı “Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu” ile ücretli ve geçici olarak çalışan işçiler güvence altına alınmış, yine 1983 tarihli 2916 sayılı “Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu” ile ise bağımsız çalışan çiftçiler güvence altına alınmıştır (Alper, 2013: 16-18).

Son olarak, sağlıkta dönüşüm uygulamaları kapsamında tüm ülke genelinde Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu” ile oluşturulmuştur. GSS, *“kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden eşit, kolay ulaşılabilir ve etkin bir şekilde yararlanabilmelerini sağlayan sağlık sigortası”* olarak tanımlanmıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 495-496).

3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Şekil 2. Sağlık Hizmetleri



Sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve sağlığı bozacak faaliyetlerin yok edilmesi koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır ki bu hizmetler toplumun bütününe yöneliktir. Sağlığı bozulan kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Bakım hizmetleri rehabilitasyon hizmetleri içerisinde değerlendirilmektedir. Burada amaç erken teşhis ile hastanın kısa sürede tedavi edilmesidir. Bu hizmetlerin finansmanına hastalar tamamen ya da kısmen katılmaktadır (Tengilimoğlu ve Çalık, 2000; akt. Orhaner, 2006: 4).

Bir devlet vatandaşlarına sağlıklı bir yaşam sağlamayı hedeflemelidir ve bu konudaki temel alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm

programları kapsamında yapılan yenilikler ile sağlık alanı birçok değişik uygulama ile karşı karşıya kalmıştır. Bu başlık altında temel olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve son olarak da rehabilitasyon hizmetleri kapsamlı olarak sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri olarak incelenecektir (elikay ve Gümüş, 2010: 179). Sağlık hizmetlerini belirleyen bu sınıflandırma Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul edilmiştir (Sevim, 2006: 6).

3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumda yaşayan bireylerin hasta olmalarını önlemek ve hastalıklarını teşhis etmek için yapılan faaliyetlere koruyucu sağlık hizmetleri denmektedir. Bu tedaviler bireyi hastalıktan korumakla birlikte erken teşhis ile hastalığın tekrar ortaya çıkmasını ve olası hastalık durumlarında tekrarlamasını engellemek adına yapılır (Fişek, 1982; akt. Sevim, 2006: 6). Maliyeti düşük, etkisi büyük olduğu için klasik bir kamu malı olarak kabul edilen koruyucu sağlık hizmetleri kişinin ve dolaylı olarak da toplumun sağlığını korumak için her türlü tedbiri almaktadır (Üzmez, 2006: 42). Her türlü sağlık riskini minimum seviyeye indirmeyi amaçlayan koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin hayat standardını da bu yolla geliştirmeyi hedeflemektedir (Aydın, 2006; akt. elikay ve Gümüş, 2010: 184).

SSGSS Kanunu'nun koruyucu sağlık hizmetleri tanımlamasına göre: "Kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla, kişiye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleridir." (m. 3/23). Ancak Kanun'da her ne kadar kişiye yönelik sağlanacak sağlık hizmetleri ifadesi kullanılsa da bu hizmetler çevreye yönelik de sağlanmaktadır.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık evi, sağlık ocağı, AÇSAP (Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri), verem savaş dispanseri, sıtma savaş birimleri, deri ve tenasül hastalıkları dispanserleri, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi, toplum sağlığı merkezi, aile hekimliği ve aile sağlığı merkezi, toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından sağlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 46). Bu kurumların sağladığı hizmetler en genel olarak; erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi ve sağlık eğitimidir (Akdur, 1999: 6). Ayrıca, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-ocuk sağlığı, verem-sıtma-trahom-frenji-

cüzzam denetimi gibi faaliyetler de bu kapsama girmektedir (Üzmez, 2006: 42). Daha sonra bu hizmet aile hekimlerine verilmeye başlanmıştır.

Tedavi hizmetlerinden daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini içeren birinci basamak sağlık hizmetleri bireylerin sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Genellikle uzmanlaşmamış doktorlar, sağlık personeli tarafından sağlık hizmetleri bu basamak dahilinde sunulur. Sağlık evleri, sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, dispanserler bu tür kurumlara örnek olarak gösterilebilir. Bu basamakta koruyucu sağlık hizmetleri sağlanırken sınırlı sayıda tedavi hizmetleri de sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 41).

112 acil sağlık hizmet birimi ve üniversitelerin mediko-sosyal birimleri de birinci basamak sağlık üniteleri arasındadır. Özel sağlık kuruluşları kapsamında ise özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren merkezler ve ayrıca özel eczaneler de birinci basamak sağlık hizmetleri kategorisinde yer almaktadır (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 536).

Birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığıyla sağlık ile ilgili eşit kaynak dağılımı politikası esas alınmaktadır. Ayrıca toplumun sorunlarına odaklanma, sorunları en kısa yoldan çözüme kavuşturma ve toplumun bilgi edinmesini sağlama amaçlanmaktadır (Starfield, 1999; akt. Öcek ve Soyer, 2007: 12). Birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik yönergenin 3. maddesine göre bu kuruluşlar Valilik onayı ile açılmakta ve kapanmaktadır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise negatif dışsallığı engellemeyi hedeflemektedir. Bunlar çevre kirliliğinin önlenmesi amacıyla yapılan faaliyetler, bataklıkların kurutulması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi ve toplumu bilinçlendirme çabalarıdır (Sargutan, 2005; akt. Çelikay ve Gümüş, 2008: 184).

Gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri oldukça önemlidir. Bu ülkelerde özellikle sigaraya yönelik verilen mücadeleler dikkat çekmiştir. Bireylerin sigarayı bırakması için dolaylı vergilerin artırılması, hamilelerin sigara ve alkol kullanımına yönelik bilinçlendirilmesi gibi faaliyetlerle önlemler alınmıştır (Grossman, 2004; akt. Sevim, 2006: 7). ,

3. 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaların iyileştirilmesine yönelik her türlü sağlık hizmetini kapsayan tedavi edici sağlık hizmetleri geniş bir alanda yer alan sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 514). Özel muayeneler, uzmanlardan oluşan hastaneler, günlük tedaviler ile taburcu edilebilen hastalar için merkezler, çok büyük hastaneler bu grupta yer almaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 56). Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri şeklinde ayrılan sevk zinciri uygulaması bu grup altında incelenmektedir. Sosyal güvenliğin önemli bir parçası olan bu kategorideki hizmetler Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasında da yer almaktadır. Bu hizmetlerden faydalanan kimse hem kendisini iyileştirerek hem de kendisi iyileştiği için toplum sağlığına zarar vermeyerek özel bir fayda elde etmektedir. Aynı zamanda emeğin de bir üretim faktörü olmasından dolayı sağlıklarına kavuşan bireyler üretimi artırarak maliyetlerin düşmesini sağlamaktadır (Nadaroğlu, 1998; akt. Sevim, 2006: 7).

Sağlık sektörü genel olarak daha çok tedavi edici sağlık hizmeti vermektedir ve sağlık harcamaları da daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır (Derişoğlu, 2013: 33). Ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde bakım hizmetleri bu gruba girmektedir. Ayakta tedavi hem pratik hem de en az maliyete sahiptir ve ilaç tedavisi ile koyulan teşhis doğrultusunda hasta iyileştirilmektedir. Yataklı tedavi ise yapılan sağlık hizmetleri arasında en maliyetli olanıdır (Akdur, 2006; akt. Çelikay ve Gümüş, 2008: 185).

Tıbbi muayene, müdahale, tedavi, organ nakli, tetkik ve tahliller, analıktan doğan hastalıkların tedavisi, ağız ve diş muayenesi ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri, tüm bu tedaviler için gerekli araç ve gereçlerin sağlanması tedavi edici sağlık hizmetlerinin kapsamına girmektedir (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 514).

Hemşire, eczacı, psikolog gibi uzman tıp ve sağlık personelinin bulunduğu farklı büyüklüklerdeki hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı hizmetler ikinci basamak sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tedavi edilemeyen hastaların tedavisi bu kurumlarda gerçekleştirilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 41).

Bu kapsamda resmi kuruluş olarak devlet hastaneleri, bunlarla entegre olmuş ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığı kapsamındaki ağız ve diş sağlığı merkezleri, belediye ve kamu kurumlarına ait hastaneleri son olarak da 2016'da kaldırılan Türk Silahlı Kuvvetlerinin (TSK) eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastanelerin ikinci basamak hizmet veren kurumlar arasında sayılabilir. Özel kuruluşlar kapsamında ise özel hastaneler, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ile açılan tıp merkezlerini sayılabilir (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 536).

3. 3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Geleneksel anlamdaki sağlık hizmetleri bireyin iyileştirilmesi, gerekli tedavilerin uygulanması, yeterli orandaki ilaç ve araç gereçlerin edinilmesini kapsarken; günümüzde sağlık alanındaki yenilikler ile bireylerin topluma kaynaştırılması ve bunun için de hastalarının bakımının devam eden hizmetler ile tamamlanması hedef olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda da taburculuk, rehabilitasyon ve gerektiği durumlarda evde bakım hizmetlerine ağırlık verilmiştir (Akdemir ve Birol, 2003; akt. Akdemir ve Akkuş, 2006: 83).

Kaza ve hastalık sonucunda sakatlanan bireylere yüksek işlevsel beceriler kazandırmak amacıyla programlı bir şekilde tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetlerde bulunulması rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Çünkü doğuştan ya da hastalık-kaza sonrasında kişilerin kaybettiği bedensel ya da zihinsel yeteneklerinin tekrar kazandırılması rehabilitasyon hizmetlerinin ana amaçları arasındadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 39).

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon; ruhen ya da bedensel olarak iş yapabilme yeteneğini tamamen ya da kısmen kaybeden bireylerin bu yeteneklerini kazanabilmeleri için ortez, portez, işitme cihazı gibi araçların sağlanmasını içermektedir. Sosyal rehabilitasyon ise; sakat kalmış bireylerin toplumla entegre edilmesini sağlayarak yeni iş öğrenme yeteneğinin geliştirilmesini ve böylece ekonomik hayata bu bireylerin entegre olmasını amaçlamaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2008: 186). Bu kapsamda tıbbi rehabilitasyon sağlık kurumlarınca sağlanırken; sosyal

rehabilitasyon sosyal hizmet ve bunlara bağılı personel tarafından gerçekleştirilmektedir (Akdur, 1999: 6).

Yaşlı ve hasta bakım hizmetleri rehabilitasyon hizmetlerinin içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde hasta ve yaşlı bakımı evde gerçekleştirildiğı gibi hasta bakım merkezlerinde de gerçekleştirilmektedir. Evde bakım ilk olarak 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul'da uygulanmıştır. 1994 yılında ise Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde Yaşlılara Hizmet Merkezi kurularak bu bakım özel kurumlarla ücretli olarak da sağlanmaya başlamıştır (Bahar ve Parlar, 2007: 35).

Tedavi amacının ön planda olduğı bu hastanelerde birinci ve ikinci basamak hastanelerde verilmeyen hizmetler verilmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarının yer almadığı bu basamakta eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, üniversitelere bağılı dış hekimliğı fakülteleri, kabul edilmiştir (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 536).

Halk ikinci ve üçüncü basamak hizmet kuruluşlarına oranla birinci basamak hizmet kuruluşlarına daha kolay erişebilmektedir. Ancak buna rağmen birinci basamak hizmet kuruluşlarında yapılması mümkün tedavileri ikinci ya da üçüncü basamak kuruluşlarda yaptırırsa sağlık harcamalarını ve maliyetini artıracaktır. Bu da sağlık performansının düşmesine yol açacaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 42).

4. Neoliberalizm ve Sağlık Sektörü

Petrol krizleri ve sonrasında ortaya çıkan borç krizleri devletleri çok zor duruma sürüklemiştir. Sosyal güvenlik kurumları ve devletin vatandaşına sağlamakla yükümlü olduğı diğer sosyal olanaklar altından kalkılamaz bir ağırlık haline dönüşmüştür. Bunun sonrasında da sosyal devletin tanımı ve rolü oldukça değişmiş ayrıca neoliberal politikalar da anlam kazanmıştır (Karafazlı, 2013: 3). 1970'lerde başlayan kapitalizm krizi ile birlikte neoliberalizm tüm dünyada hakim olmaya başlamıştır. Bunun en etkili olduğı alanlardan bir tanesi de sağlık sektörü olmuştur (Atalay, 2015: 60). Devlet

küresel ekonomik koşullarla baş etmeye çalışırken sağlık alanında artan maliyetleri de azaltmayı hedeflemiştir. Neoliberal politikalar ve sağlık sektörü işte bu kapsamda birleşmiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan sağlık uzmanları ve politikacılar bu fikre giderek alışmış ve sağlık reformunu uygulamak adına çalışmalar başlatmıştır (Ağartan, 2015: 38).

İhracata dayalı büyüme modelini ithal ikameci model yerine tercih eden neoliberal politikaları, IMF ve DB gibi uluslararası kuruluşlar özellikle gelişmekte olan ülkelere bir çare adı altında zorunluluk olarak uygulamışlardır (Kablay ve Aka, 2008; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 41). Neoliberal politikalar ile dönüşüme uğramak zorunda kalan sağlık hizmetleri de devlet tarafından sağlanan değil finanse edilen bir hizmet haline getirilmiş ve yeni bir piyasa yaratılmıştır (Leys, 2007; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 42). Buna bağlı olarak da bu politikalar devletin sosyal yönündeki değişim ve amaçlarındaki farklılaşmayı ifade etmiştir (Aka, Kablay ve Demir, 2012: 43).

Neoliberalizmi ve sağlık sektörüne olan etkisini anlayabilmek için öncelikle liberalizm-neoliberalizm kavramlarını incelemek ve bu kapsamda sosyal devlet kavramına ve bu kavramın zamanla önemini yitirme nedenlerine bakmak gerekmektedir.

4. 1. Liberalizm - Neoliberalizm Ayrımı

1970’li yıllardan önce devlet, sorunları çözmek adına bir araç olarak görülmüştür. Fakat 1970’lere gelindiğinde asıl sorunun devlet olduğu kanısına varılmıştır (Owen ve Schultze, 1976; akt. Rosanvallon, 2004: 51). Günümüze gelindiğinde pek çok ülke kuralsızlaştırma politikalarını uygulamaktadır. Fiyat serbestisi ve kamu müdahalelerinin azaltılması liberalizm modeline alternatif yöntemler üretmenin temel hedeflerini oluşturmaktadır. Yani, liberalizm devletin etkin rol oynamasındaki reddediş ve pazarın düzenleme gücünün yüceltilmesi üzerine kurulmaktadır. Devletin piyasada ve ekonomide etkin rol oynaması reddedilmekte ayrıca doğal düzenin varlığı kabul edildiğinden devlet sadece var olan düzene müdahale etmeden koruma sağlamalıdır anlayışı görülmektedir (Rosanvallon, 2004: 51-54). Piyasa temelli olan liberal anlayış sosyal politika olarak sadece dışlanmışlara yönelik

asgari desteklerin yapılması gerektiğini varsaymaktadır (Buğra, 2012: 47). Martinez ve Garcia'ya (1997) göre liberalizm: *“1776'da Adam Smith'in Ulusların Zenginliği adlı kitabıyla Avrupa'da meşhur olan Liberal Ekonomi Okulu'nun ekonomik meselelere devlet müdahalesinin engellenmesini savunan; üretimde kısıtlama, ticarete sınırlama ve gümrük vergisi olmaksızın oluşacak bir serbest ticaret piyasasının ulusların kalkınması için en iyi yol olduğunu öne süren, birey odaklı, serbest rekabeti özendirilen bir ekonomik ideolojidir.”* (Ersöz, 2010: 6).

“Neo-” ön eki ile neoliberalizm 20. yy'a gelindiğinde gücünü yitirmiş olan liberalizmin yeni bir şekilde siyasal anlam kazanmasıdır. Neoliberalizm için tek bir tanımlamadan bahsetmek imkansızdır. Harvey'e (2005) göre neoliberalizm, küresel kapitalist sınıfın iktidarını onarma projesidir; Saad-Filho ve Johnston'a (2005) göre zamanla artan zenginlik ve iktidar gücünün çok uluslu şirketler ve elit grupların elinde toplanmasıdır (Çitçi, 2008: 5). Birikim krizleri ve kârlılıkla birlikte başlayan kapitalizmdeki değişimi anlatmak adına 1970'lerin başlarında neoliberalizm ortaya çıkmıştır (Harms, 2004; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 3). Ekonomik liberal geleneğin bir uzantısı olmasına rağmen neoliberal politika birçok konuda liberal politikadan ayrılmaktadır. Neoliberalizmin ayırt edici yönü; politika hatalarına yönelik eleştirilerde bulunur, piyasa güçlerine destek verir ve devlete daha küçük bir rol biçer (Zafir, 2009: 69). Piyasa yaptırımını açısından liberalizm hem bireysel hem de toplumsal özgürlüğü esas almaktadır. Neoliberalizmde ise sadece birey ve piyasaların seçim özgürlüğü önemlidir (Thatcher, 1987; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 4). Adam Smith'in “Ulusların Zenginliği” adlı eserinde ilk kez ifade bulmuş olan liberal düşüncenin temelleri üzerine neoliberal düşünce kurulmuştur. Klasik liberaller için malların üretimi ve dağıtımında piyasa bir araçtır. Neoliberalerde ise pazar ahlakidir ve yaşamın tüm yönlerine uygulanmalıdır. Yani pazarlar kişilere ve topluma çoklu fayda sağlamaktadır (Prechel ve Harms: 2007; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 4).

Martunissen'e (1997) göre neoliberal görüşün devlet ve devlete yönelik eleştirileri aşağıdaki gibidir (Zafir, 2009: 70):

- *“Kamunun üstlendiği alt yapı yatırımları etkinlikten uzaktır.”*
- *“Özel sektör üzerindeki kontroller, kısa vadeli sorunlara maliyet yaratan çözümler önermeleri nedeniyle eleştirilmiştir. Bebek endüstrilerin kısa vadede korunmaları olumlu görülebilirse de bu endüstriler, dünya fiyatlarının oldukça üzerinde maliyetlerle,*

rekabetçi olmayan bir biçimde üretim yapmaya devam ettiklerinden, uzun dönemdeki olumsuzlukları, kısa dönemdeki getirileri bertaraf edebilir.”

- *“Devletin üretime doğrudan katılımı, özel sektörün kapasite kullanımının düşük düzeyde kalmasına ve aşırı istihdamın ortaya çıkmasına neden olur. Bu kayıplar da kamu maliyesinde açıkların artmasına yol açmaktadır.”*
- *“Kamu sektörü, monolitik değildir. Aynı kamu çıkarına sahip olmayan pek çok farklı politika mevcut olduğundan, bunlar aralarında tutarlı olamayabilirler. Rant-kollamaya yönelik pragmatik siyaset anlayışıyla siyasetçilerin kendilerine, yakın çevrelerine ve destekleyicilerine ayrıcalık sağlamaları da güvenilirliği zedelemektedir (Tanzi, 2000: 49-51)*
- *“Bürokrasi etkinlikten uzaklaşabilmekte ya da yozlaşabilmektedir”.*

Küreselleşme ve kapitalizmi tüm dünyaya yaymakta olan neoliberalizm kamu yönetimi ve kamu personel rejimini de değişime uğratmaktadır. Buna yönelik olarak da kamu kesiminde rekabetçi ortamları yaratma ve rekabet etiğini ortaya çıkarmaktadır. Böylelikle esneklik, güvencesiz istihdam, performansa dayalı ücretlendirme, belirli süreli iş sözleşmeleri gibi çalışma biçimlerini de gündeme getirmektedir (Larbi, 2005; akt. Kablay, 2014: 88). Neoliberalizm sonrasında yapılan kamu reformları çok kapsamlı amaçları içermektedir. Bunlardan birincisi 1990’larda daha da etkili hale gelen minimal devlet yapısından düzenleyici devlet yapısına geçiştir. Bu geçişte devletin ekonomiyeye olan yapısı olabildiğince azaltılmıştır. Reform hareketinin ikinci önemli yeniliği ise yerelleştirme adı altında yapılan değişikliklerdir. Bu yenilik ile kamu hizmetleri yerel yönetimlerin egemenliği altına verilmiş ve merkezi yönetimin yetki alanı biraz da olsa daraltılmıştır. Bu çalışmalar doğrultusunda devletin egemenliğinin azaltılması ve sivil toplumun güçlendirilmesi ile demokrasinin daha kolay sağlanabileceği amaçlanmıştır (Ataay, 2007: 5). Aslında neoliberal politikalar kamu hizmetini hedef almıştır ve devletin bu hizmetleri kendi eliyle yürütmesini engellemiştir (Kablay, 2013: 163).

Son dönemlerde sorunun temel kaynağı olarak görülen kamusal mekanizmalardan uzaklaşarak piyasa mekanizmaları yaygınlaştırılmıştır. Bu amaç için de özelleştirme ile küreselleşme aynı anda uygulanmıştır. Demokratikleşmenin önündeki en büyük engel olarak görülen ulus-devlet geri plana itilerek küreselleşme ile bu sorun çözülmeye çalışılmıştır. Küreselleşme ile birlikte özelleştirme ve yerelleşme de bu sorunun çözümünde başrolü üstlenmiştir. Küreselleşme ile ulus-devlet ortadan kalkarak özgürleşme süreci başlamıştır. Özelleştirme ile devlet sınırlandırılarak

bireylerin yaratıcı kimlikleri ile girişimci yönleri ön plana çıkmıştır. Yerelleşme ile ise bireyin kendi kendini yönetimi mümkün hale gelmiştir. Böylelikle büyük bir özgürleşme ve demokratikleşme süreci başlamıştır (Güler, 2005: 25-26).

Reform yapmayı gerektiren en önemli unsurlardan bir tanesi de ideolojidir. Son zamanlarda hükümetleri en çok etkileyen akım da “Yeni Muhafazakarlık” anlayışıdır. Bu anlayış devletin sosyal hizmetler üzerindeki baskın rolünü eleştirmektedir. Sağlık sektörü açısından doktorların ve hastaların piyasadaki mevcut yeri sorgulanmış ve hastalara daha fazla haklar sağlanarak onlar müşteri kategorisine alınmıştır (Ağartan, 2007; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 45). Zamanla yeni bir ilaç endüstrisi oluşturulmuş ve özel hastaneler de yaygınlaşmıştır. Böylece kamunun bu alandaki etkisi azaltılarak özelleştirilmesinin önü açılmıştır (Sönmez, 2011; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 46).

4. 2. Sosyal Devlet Kavramının Önemi Yitirmesi

Liberal hukuk devleti işçi-işveren ilişkilerine Sanayi Devrimi'nin ağır çalışma şartlarında oldukça derin izler bırakmıştır. İnsan dışı çalışma biçimleri işçi sınıfının temel sorunu haline gelmiştir ve 1850'li yılların sonrasında sosyalist fikirler işçi sınıfını etkilemeye başlamıştır. 1881 yılında Bismarck ile sosyal devlete geçiş sağlanmış ve modern devletler de siyasal temellerini kurmuşlardır. Almanca'da “rechtstaate” ve İngilizce'de ise welfare state (refah devleti) olarak anlam bulan sosyal devlet kurucu bir devlettir. Yani toplumdaki siyasal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir. İşte bu noktada hukuk devletinden ayrılmaktadır; çünkü hukuk devleti sosyal düzene müdahale edemezken, sosyal devlet müdahale edebilmektedir. Sosyal devlet, bireyin sahip olduğu soyut haklarla hukuk önünde eşit olmasını değil, sosyal ve ekonomik anlamda eşit olmasını esas almaktadır. Sosyal devlet, insan onuruna yaraşır bir hayatı vatandaşlarına sağlamak zorundadır (Başbuğ, 2010: 81-86).

Devletin ekonomiye aktif müdahalelerini öngören bir anlayışı temsil eden sosyal devlet kavramı piyasa ekonomisinin başarısızlıklarını ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Asa Briggs'e göre sosyal devlet, “*piyasa güçlerinin rolünü azaltmak amacıyla bilinçli bir şekilde örgütlü kamu gücünün kullanıldığı*” düzenleyici, yeniden dağıtıcı, müdahaleci ve girişimci bir devlettir (Özdemir, 2005 ve Briggs, 2000; akt. Alp, 2009: 266).

20. yy kapitalizminin devlet biçimlerinden biri olan sosyal devlet kendisinin de içinde bulunduğu üç kavram üzerinden ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi sosyal yardım hizmetleridir. Bu hizmetler muhtaç kesimlere yöneliktir. İkinci kategori sosyal güvenlik hizmetleridir. Kaza sigortası, sağlık sigortası ve emeklilik sigortası ilk olarak Almanya’da uygulanmıştır. Son olarak sosyal devlet kamusal araçlarla ekonomik ve toplumsal yaşama doğrudan ya da dolaylı yoldan müdahaleyi esas almaktadır (Güler, 2006: 31).

Halkın isteklerine uyarak toplumsal refahı sağlamak, insanların maddi ve manevi varlığının gelişmesi için çabalamak sosyal devletin temel amaçları arasındadır (Duman, 1997; akt. Yüksel, 2007: 281). Bununla birlikte sosyal devlet, dayanışmayı artırmayı, fırsat eşitliği, çıkar paralelliği dengesini kurmak (Fıkdıklı, 1999; akt. Yüksel, 2007: 281), çocuk yoksulluğu ile mücadele etmek, düşük gelirli olanları desteklemek ve istihdamı artırmak gibi amaçlara da sahiptir (Banks, 2005; akt. Yüksel, 2007: 281).

Klasik liberal anlayış Sanayi Devrimi’nin toplum içerisinde yarattığı zıtlıklara aldırış etmemiştir ve sosyal devlet anlayışı da bu kapsamda düşünce temellerini ortaya atmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Bu kapsamda vatandaşa bir takım sosyal ve ekonomik haklar sağlanmaya başlanmıştır. 19. yy’da batı devletleri hiçbir şeye karışmayan pasif niteliğinden sıyrılarak vatandaşlarının özgür olabilmeleri için tedbirler alarak müdahalelerde bulunmaya başlamıştır. Yani, gerçek anlamda özgürlüğü hedeflemiştir (Bulut, 2003: 175).

Gökbunar ve Kovancılar’a (1998) göre sosyal devletin esas alındığı toplumlarda üç ilke göz önüne çıkmaktadır:

- *İktisadi faaliyetlerin sosyal ve kolektif olarak sosyal refahın maksimizasyonu amacıyla düzenlenmesi,*
- *Vatandaşların bazı temel ihtiyaçlarının toplumsal olarak karşılanma haklarının olması ve piyasa mekanizmasının başaramadığı durumlarda devletin bu gereksinimleri karşılama yükümlülüğünün olması,*
- *Daha keyfi, daha kişiselleştirilmiş kararlara ve daha çok zora dayanan itaat ettirme biçimlerinin tersine, formal eşitlik ve objektif kuralların varlığı.*

Sosyal devlet 1945-1975 yılları arasında “Altın Çağ” diye adlandırılan dönemlerini yaşamıştır. Birçok sosyal alanda da kurumsallaşmıştır. 20. yy’a gelindiğinde ise sosyal devlet refah devleti olarak adlandırılmaya başlanmıştır. 1980 sonrası dönemde ise “yapısal uyarılma” dönemine geçilmiştir.

Ülkemizde dönüşüm 24 Ocak 1980 Kararları ile yaşanmıştır. Sonrasında neoliberal politikalar ile mevcut düzen eleştirilmiş ve devletin küçülmesi, eski özelliğinden sıyrılması, özelleştirilme yasalarının uygulanması gündeme getirilmiştir (Güleç, 2008: 50). Bu dönemde neoliberal politikalar ile birlikte küreselleşme kavramı da gündeme gelmiş ve devletin ekonomideki rolünü giderek küçültmesi hedeflenmiştir. Ayrıca kapitalizmin bir aşaması olan çok uluslu şirketlerin ekonomik gücü ellerinde tutması sosyal devleti ve sosyal politika anlayışını zor duruma sokmuştur. Ekonomik gücü daralan ülkeler -ki bunlar özellikle gelişmekte olan ülkeler olmuştur- sosyal olanaklarını toplumun muhtaç kesimlerine sağlayamamış ve toplumun dezavantajlı kesimini dışlamıştır. Bu da sosyal devlet anlayışının önemini yitirmesine ve sanayi kapitalizminin ilk yıllarında yaşanan kötü günleri anımsatmasına neden olmuştur (Bulut, 2003: 192).

1980’li yıllarda ekonomik anlamda devletin karar ve uygulama yetkilerinin kaldırılması olan deregülasyon ve devletin sahip olduğu malları özel şirketlere devretmesi ya da işletmesini vermesi olarak tanımlanan özelleştirme politikaları ile sosyal devlet anlayışı terk edilmiştir. Sonrasında da devlet her şeye müdahale eden yapısından uzaklaştırılmış sadece özel sektör ve piyasanın düzgün işlemesi için gözetmen rolünü üstlenmiştir. Yani, devlet sosyal devletten uzaklaşırken sermayenin çıkarlarını gözetken ve birçok rolünden sıyrılan bir konuma gelmiştir. Devlet sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetlerinden olabildiğince sıyrılmış ayrıca eşitsizlik giderek artsa da bu rolünden vazgeçmemiştir (Güler, 2006: 33-35).

Sağlıkta Dönüşüm politikaları adı altında piyasa ile uyumlu hale getirilen sağlık hizmetleri hastanelerin özerkleştirilmesini ön plana çıkarmıştır. Bunun sonrasında kamu hizmeti verenler de özel işletmecilik anlayışıyla hareket etmek zorunda bırakılmış ve esnek çalışma şekilleriyle karşı karşıya kalmışlardır (Aysan, 2015: 89).

5. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler 1990'lı yıllardan itibaren refah devletinin dönüşümü ile birlikte farklı reformlar gerçekleştirmişlerdir. Bu reformlara temel neden olarak da sağlık krizini göstermişler ve bununla baş etmek adına sağlık politikalarını değiştirme gereği duymuşlardır (Ağartan, 2015: 37).

Türkiye açısından mevcut değişikliklere bakacak olursak; 2002 tarihinde Acil Eylem Planı'nın sağlık ile ilgili öngördükleri şunlardır:

“Bir yıl içinde;

- *Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırmaya dönük çalışmalar başlatılacak,*
- *Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır,*
- *Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,*
- *Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,*
- *Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak,*
- *Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.”* (Bilaloğlu, 2015: 15).

2003 yılının Aralık ayında sağlıkta reform programı Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında AKP Hükümeti tarafından kamuoyuna açıklanmıştır. Kamu sektörünü yeniden yapılandırmayı amaçlayan çalışmalarla benzerlik gösteren bu çalışma sağlık sektöründeki verimliliğin artırılmasını ve maliyetlerin düşürülmesini hedeflemiştir (Ağartan, 2012: 262).

T.C. Sağlık Bakanlığı resmi web sitesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında yer alan belgelere göre bu programın temel ilkeleri şu şekildedir:

(<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>)

- *İnsan merkezlilik,*
- *Sürdürülebilirlik,*
- *Sürekli kalite gelişimi,*
- *Katılımcılık,*
- *Uzlaşmacılık,*
- *Gönüllülük,*

- *Güçler ayrılığı,*
- *Desantralizasyon,*
- *Hizmette rekabet*

Aynı web sitesinden erişilen bilgilere göre SDP'nin bileşenleri ise:

- *“Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,*
- *Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,*
- *Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,*
- *Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,*
- *Etkili, kademeli sevk zinciri,*
- *İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,*
- *Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,*
- *Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,*
- *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,*
- *Akılcı ilaç ve malzeme yönetimine kurumsal yapılanma,*
- *Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi”*

5. 1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı ve Yansımaları

Neoliberal politikaların bir uzantısı olarak “sağlık reformları” adıyla dile getirilen yapısal değişiklikler “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın temelini oluşturmuştur. Bu program ile devlet sağlık hizmeti sunumundan çekileceğini açık bir dille ifade etmiştir. Böylece de Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir (Pala, 2017: 46).

Sağlık Bakanlığı kendi kurumlarından hizmet vermeye yoğunlaştığı için yeni politikalar geliştirerek sektörü yönlendirememiştir. Kamu hastaneleri ile özel hastaneler arasında belirli bir iletişim ve ağ olmadığından hizmet gereksinimlere karşı yetersiz kalmıştır. İşte tüm bu olumsuzluklardan dolayı SDP kamu ve özel sektör arasında koordinasyon sağlayarak kaynakların en iyi şekilde planlanarak kullanılmasını hedeflemiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 71).

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması bu programın amaçları arasındadır. İnsanların hastalanmasının önlenmesi, daha iyi sağlık şartlarına kavuşturulması etkililik

amacını ifade etmektedir. Kaynakların verimli kullanılarak maliyetlerin düşürülmesi verimlilik amacını ifade etmektedir ve son olarak herkesin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması ise hakkaniyet amacına yöneliktir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması hedeflenmiştir. Sağlık alanında kâr elde etmek isteyenler bu yollarla sağlık alanına yatırım yapmışlardır (Soyer, 2006; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 62). Bunlarla birlikte hasta açısından sağlık hizmetine en hızlı şekilde ulaşmak hedef kabul edilirken; kurum açısından ise maliyet verimliliği hedef kabul edilmiştir (BSB, 2011; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 62).

Neoliberal politikalar ile birlikte gündeme gelmiş olan sağlıkta dönüşüm üzerine yapılan reformların temel amacı özelleştirmenin sağlanmasıdır. Neoliberalere göre tıpkı diğer mallar gibi bir meta olarak kabul edilen “sağlık” daha etkili olabilmesi açısından piyasaya sunulmalıdır. Ancak bu durum her ne kadar verimliliğin artırılması amacıyla yapılsa da sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli bir biçimde sunulamaması sorununu da beraberinde getirmektedir (Yıldız, 2008: 32).

Daha önceki neoliberal düzenlemelerin sağlık sistemi üzerine etkilerini güçlendiren SDP maliyeti düşürme yolundaki amaçlarını karşılayamamıştır ve sağlık hizmeti sunumundaki temel hedef olan insanların hastalanmasının önlenmesi yolundaki amaçlardan da uzak kalmıştır (Yavuz, 2017: 96).

SDP'nin getirdiği değişiklikler ve yenilikler sağlık harcamaları ve sağlıkta finansman konusuna değinilmesini gerekli kılmıştır. Yapılan araştırmalara göre OECD ülkeleri Türkiye'ye oranla üç buçuk kat daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır. Finansman açısından da 2006 yılındaki uygulama ile kurumlar tek çatı altında birleştirilmiş ve sosyal sigortacılık yöntemi ile finansman ağırlığı artma eğilimi göstermiştir. SDP ile harcama ve finansmanların yanı sıra sağlık emek gücü içerisinde yer alan çalışanlar da etkilenmiştir. Sayı bakımından yetersizlik, ülke çapındaki dengesiz dağılım, uzman-pratisyen hekim dengesizliği, hekim hemşire dengesizliği karşılaşılan sorunlar arasındadır. Bu durum eleman konusunda yetersizlik ile beraber yeni istihdam biçimlerini gündeme getirmiştir. 2003 tarihli 4924 sayılı Yasa'da “*Eleman*

temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli” tanımlanmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 124-129).

Devletlerin küresel ekonomik ortama uyum sağlayamamaları ekonomik anlamda kriz yaşamaları sağlık harcamalarını da hakkıyla karşılayamamalarına neden olmuştur. İşte bu reform programının temel nedenlerinden birisi de finansal olarak açıklanmıştır. Bunun sonucunda da Dünya Bankası, IMF ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen politikalar doğrultusunda bir işbirliği ortamı yaratılmıştır (Kart, 2013: 105).

5. 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamaları

Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar küreselleşme adı altında sağlık sektörünü özelleştirme çalışmalarında bulunmuşlardır. Ülkemizde de 1989 yılından başlayarak yeni düzene uyum sağlamak adına reformlar yapılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta dönüşüm adı altında hazırlanan proje ile aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özertleştirilmesi gibi unsurlar esas alınmıştır. Bu unsurlar dönüşüm programını desteklemiş ve tamamlamıştır (Öztek, 2006: 2).

Neoliberal politikaların yaygınlaşması ve sağlıkta özelleştirme çalışmalarının SDP ile geliştirilmesi sonrasında meydana gelen yeni uygulamalar aşağıda ayrıntılı olarak incelenmiştir.

5. 2. 1. Aile hekimliği

Resmi Gazete’de 2004 yılında yayınlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”a göre aile hekimi şu şekilde tanımlanmıştır: *“Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermeye yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.”*

Aile hekimliği bir gereksinim sonucunda doğmuştur ve bu gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından savunulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri de 1969 yılında yeni bir uzmanlık alanı olarak aile hekimliğini tanımıştır. Amacı erken tanı

koymak olan aile hekimleri hastalara görüşme odasında, klinik ya da hastanelerde ve gerekli durumlarda da hastaların evlerinde hizmet sunmaktadır. Bu hekimler kişilere, ailelere birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunlarıdır (Dikici, Ayanoğlu vd., 2007: 412).

Aile Hekimliği (AH) kavramı 1970’li yıllarda Türkiye’de ilk kez tartışılmaya başlanmıştır ve 1980’li yıllara gelindiğinde de dünyada 10 yıldır kabul edilen aile hekimliği uygulaması Türkiye’de de Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (Algın, Şahin ve Top, 2004: 251).

Bir model olarak ele alındığında aile hekimliği uygulaması aile hekimliği uzmanlığına dayanmaktadır. Ulusal bir sağlık sistemi olarak düzenlendiğinde ise aile hekimliği finansman, örgütlenme, yasal düzenleme ve insan gücü ile koordine bir şekilde değerlendirilir ve sistem içinde aile hekimliği uzmanlığı temel alınmaz (Aksakoğlu, Kılıç ve Uçku, 2003: 4).

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olmak üzere iki üye vardır. Aile hekimliği için pratisyen hekimler ilk eğitim 10 gün ve ikinci eğitim daha uzun süreli olan iki aşamalı bir eğitimden geçmektedirler. Aile sağlığı elemanı ise hemşire, ebe ve sağlık memurlarından seçilmektedir. Bunun sonucunda da aile hekimine bağlı patron/işçi niteliğinde bir ilişki yaratılmaktadır (BSB, 2011; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 67-68).

5510 sayılı Kanun’un 70. maddesine göre aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır. Aile hekimliği hizmetlerinden herhangi bir ücret alınmamaktadır. Ancak aile hekimliğinden sevk almadan sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran bireylerden katılım payı alınmaktadır (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 532-533). Aile Hekimleri birinci basamakta hizmet vermesinden dolayı geniş bir yelpazeye hitap etmektedirler. Bu nedenle de hem yeniliklere ayak uydurabilmeli ve hem de tüm klinik branşlara ilgi duymalıdır (Yıkılkan, Türedi vd., 2013: 26).

Aile hekimliği birimleri sağlık ocaklarının kapatılarak işletme mantığı çerçevesinde sağlık hizmeti satmayı öngörmüştür. Bu uygulama sonrasında koruyucu hekimlik anlayışı terk edilerek birey merkezli tedavi edici sağlık hizmetlerine geçilmiştir (Halkevleri, 2008; akt. Gül ve Ergün, 2010: 325).

Aile hekimliği uygulamasının getirdiği yeniliklerin yanı sıra sistem oldukça fazla eleştiriye maruz kalmıştır. Gül ve Ergün'e (2010) göre bu eleştirilerden bazıları şunlardır:

- Aile hekimliği bilgi sistemi uygulamanın yapılması aısında oldukça yavaş ve teknik destek aısından yetersizdir. Bu da mesai saatleri içinde sistemin aksak işlemesine neden olmaktadır.
- Hastanın doktor-hasta ilişkisine yönelik ilişik kesme işlemlerini yapabilmesi için yapılan işlemler pratiklikten uzaktır.
- Ölüm bildirimini gibi durumlarda sistemden silinen bireyler yeni doktorun göreve başlaması ile tekrar sisteme geçirilmekte ve bu da fazla ödemeye neden olarak kamu zararını artırmaktadır.
- Prematüre doğumlar, sisteme canlı doğum olarak girilememekte ve bu da prematüre doğum yapan anneleri gebe olarak sisteme kaydetmektedir.

Aksakoğlu, Kılıç ve Uçku'ya (2003) göre sistemin eleştirileri:

- Kâr amacı güden bir model olduğundan toplumun gereksinimlerini karşılamaya yönelik oluşturulan aile hekimliği uzmanlığı yetersiz kalmaktadır.
- Aile hekimi bireysel yönüyle toparlayıcı ve bütünleyici yönüyle pratisyen hekimin tamamen zıttıdır.
- Hekimlikleri boyunca alanda herhangi bir çalışma yapmayan aile hekimleri bölge/alan yönetimi kavramından uzaktırlar. Amaçları müşteriye memnun etmektir.
- Hekim seçme özgürlüğü, her aileye bir hekim düşmesi bahsedildiği gibi işlememektedir.

5. 2. 2. Kurumların Birleştirilmesi

Küresel ve yerel düzeyde incelendiğinde sosyal güvenlik reformu gerekli görülmüştür. Küresel rekabet, yaşlanan nüfus, sermaye hareketliliği gibi nedenler de sosyal güvenlik sisteminin değiştirilmesini zorunlu kılmıştır (Borsch-Supan, 2000; akt. Bayri, 2004: 236). Bu tarz sorunlar sonrasında 1980'li yıllarda sosyal güvenlik

kuruluşlarının rekabetçi bir anlayış içerisinde değiştirilmesi ve özel kesime yer verilmesi öngörülmüştür (Temiz, 2004; akt. Arap, 2006: 26).

Sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal sigorta programları Türkiye'deki formel sosyal güvenlik sistemini oluşturmaktadır. 1961 Anayasası ile 506 sayılı sosyal Sigortalar Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanun o güne kadar dağınık durumda olan sosyal sigorta kollarını birleştirerek kendi bünyesinde toplamıştır. 1961 Anayasası'ndan sonra çıkarılan en önemli kanun ise 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'dur. 1982 Anayasası'na gelindiğinde 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. 2003 yılında 4904 sayılı Türkiye İş Kurumu Kanunu ve 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Teşkilatı Kanunu kabul edilmiştir. Ve nihayet 2006 yılında 5502 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesi ile Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur (Tuncay ve Ekmekçi, 2013:83-84).

Mevcut yapının sistemlilik ve düzenden yoksun olması kurumlardaki reformu gerekli kılmıştır. Bu da tek çatı altında kurumların toplanmasını meydana getirmiştir. Tek çatı altında toplanma kararı ile kurumlar arasında birlik ve beraberlik sağlanmıştır. Kurumların birleştirilmesi yöntemiyle her ne kadar her kurum farklı birey kesimine hitap etse de aynı çatı altında birleştirilmesi esas alınmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan "Emeklilik Sigortası Sistemi ve Emeklilik Sigortaları Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı" ile 506, 1479, 2108, 2925 ve 5434 sayılı Kanunlar yürürlükten kaldırılmıştır ve bunun sonucunda da sosyal güvenlik kurumları ortadan kalkmıştır (Makas, 2004: 67-69). 2003 yılında ise Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile emeklilik sandığı hariç tutularak sosyal güvenlik kurumları yeniden yapılandırılmıştır. İŞKUR yeniden yapılandırılmış, sosyal güvenlik de üst bir semsiye altında toplanmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu'nda (SSK) başkanlık modeli uygulanmış, sağlık ve sigorta işlemleri de birbirinden ayrılmıştır (Gökbayrak, 2010: 148).

2001 yılında bireysel emeklilik sistemine yönelik düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 20 Mayıs 2006 tarihinde ise 5502 sayılı Kanun yürürlüğe girmiş ve bu Kanun ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) devredilmiştir. Böylece emeklilik ve sağlık programları ile primli ve primsiz

programların ayrı ayrı yönetilmesi amaçlanmıştır. 2008'in Nisan ayında ise Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası yürürlüğe girmiştir ve bu düzenleme ile de toplumun tüm bireyleri aynı çatı altında toplanmıştır (Bayri, 2013: 25-26).

5. 2. 3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun (SSGSSK) amacı; "Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemek" olarak belirtilmiştir (5510 sK, md. 1). SSGSSK ile bütün çalışanları kapsayacak şekilde çalışanların mesleki statülerindeki farklılıklar hedef tutularak sigortalılık ilişkileri tek bir kanuna endekslenmiştir. Değirmek gerekirse (Alper, 2013: 77):

- 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile hizmet akdine bağlı olarak çalışanlar,
- 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu ile kendi adına bağımsız çalışanlar,
- 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile memur statüsünde çalışanlar,
- 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ile tarım kesiminde geçici işlerde bağımlı olarak çalışanlar,
- 2926 sayılı Tarımda Kendi Nam ve Hesabına Çalışanlar Kanunu ile ise tarım kesiminde kendi adına bağımsız çalışanlar yani çiftçiler

sosyal sigortalar kapsamına alınmışlardı. 5510 sayılı SSGSSK sektörü ve statüsü ne olursa olsun bütün çalışanları sigorta kapsamına almıştır (Alper, 2013: 78).

Bu sistem kişilerin önce sağlıklarının korunmasını ve sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaları halinde ise meydana gelebilecek harcamaların finansmanını hedef almıştır. Yani, finansman ön plana çıkarılmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS), sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan bir sigorta koludur. Ayrıca, GSS sağlık hizmetlerini dışarıdan satın alma yoluyla yerine getirmektedir. Dahası herkesi kapsama alarak toplumun tüm kesimlerine sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır. Bununla

birlikte sisteme dahil olanlar belli bir prim ödeme yükümlülüğü altına sokulmuş; ödeme gücü olmayanların primlerini ise devlet ödemekle görevlendirilmiştir. Bu sisteme katılım zorunlu kılınmıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 496).

SSGSS'nin ortaya atılmasındaki en büyük gerekçelerden biri “*kara delik*” olarak adlandırılan bütçe açıkları olmuştur (Öztürk ve Çelik, 2008: 8). IMF, 8. Niyet Mektubu'nda mevcut olan üç kurumun birleştirilmesi ile emeklilik sistemine ilişkin açıkların 2007 yılına kadar sürekli olarak azalmasının ve uzun dönemde de bu açıkların GSMH'nin %1'i seviyesine düşürülmesinin amaçlandığını belirtmiştir. Ancak, sosyal güvenlik sisteminin finansman açıklarının gerçek nedeni işsizlik ve kayıtdışı istihdamdan kaynaklanmaktadır. Bu sorunlara köklü çözüm getirilememesi hiçbir modelin sosyal güvenlik sorunlarını çözmesine yardımcı olamayacaktır (Güzel, 2005: 73).

SSGSSK ile gündeme gelen bir diğer konu ise emeklilik üzerine olmuştur. Bu uygulamadan sonra çalışmaya başlayan herkes SSGSS'nin emeklilik hükümlerine dahil edilmiştir. Bu kanunun yürürlük tarihinden önce çalışan kamu görevlileri emeklilik hakları bakımından emekli sandığı hükümlerine tabi olacaktır. Ancak Genel Sağlık Sigortası hükümleri de eski çalışanlara uygulanacaktır. Eski işçi ve esnaf ise yasadan önceki hükümlerine bağlı kalacak; 5510 sayılı Kanun sonrasında çalışmaya başlayanlara ise yeni kanun hükümleri uygulanacaktır. Çalışanlara prim gün sayılarını doldursalar da her durumda yaş şartlarını beklemeleri zorunlu kılınmıştır. İşte bu durum da çalışanları mevcut süre zarfında güvencesiz çalışmaya itecektir. Ayrıca yaşlı işçilerin işsiz kalmasına, bunun yerine genç ve daha ucuz olan genç işsizlerin çalıştırılmasına neden olacaktır (Öztürk ve Çelik, 2008: 18-19).

Kadınlar açısından 5510 sayılı Kanunu inceleyecek olursak (Ergün, 2008: 214):

- Devletin küçültülmesi, kamu hizmetlerinin daraltılması ve sonrasında da sosyal hizmetlerin sunumunun daraltılması bakım hizmetlerini kadınların üzerine yıkmıştır. Bunun sonucunda sosyal güvenlik sistemi kadınları toplumda üretime katkıda bulunan bireyler olarak görmek yerine onları ev hayatının içine itmiştir (KEİG, 2008).

- Kadın nüfusunun yaklaşık %47'si ev kadınından oluşan ülkemizde ev eksenli çalışma adı altında kadınları iş hayatına yönelten yasa sadece kadınların doğasından kaynaklanan mesleklerde çalışmalarına izin vermektedir. Ev içinde çalışan kadınlara prim ödeme zorunluluğu getirilmiş olsa da bu primleri ödeme imkanları oldukça zor olarak görülmektedir.
- Bu kanun ile eşitlenen emeklilik yaşının kadın ve erkekte aynı olması kadınlar açısından bir diğer ayrımcılık oluşturan nedendir. Yeni uygulamaya göre kadınların emzirme ödeneği alabilmesi için doğumdan önceki 120 gün prim ödemeleri gerekmektedir. Bununla birlikte çocuksuz, çalışan ya da geliri olan dul eşin ölüm aylığı miktarı da düşürülmüştür (SES, 2008).
- Uygulamanın getirdiği prim ödeme zorunluluğu ile yetim, çalışmayan ya da evli olmayan kadınlar da GSS primi ödemekle zorunlu bırakılmışlardır. 18 yaşını dolduran ve yüksek öğrenimine devam etmeyen kız çocukları da çalışmamaları halinde hastalık riski anlamında sigorta dışında bırakılmıştır.

Özetle, sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası getirdiği olumlu özelliklerin yanında toplum açısından olumsuz düzenlemelere de sahiptir. Devletin değişen rolü, kamu hizmetlerinin eski rolünün kalmaması sosyal politika açısından hem korunmaya muhtaç kişileri ve hem de toplumun yeniden üretimini sağlayan kadınları zor durumda bırakmaktadır.

5. 2. 4. Tam Gün Yasası

5947 sayılı Kanun kamuoyunda Tam Gün Yasası olarak ifade bulmuştur. Bu Kanun SDP'nin önemli bir aşamasını oluşturmaktadır. Bu yasa ile doktorların ve öğretim elemanlarının tam gün çalışmasının yanı sıra doktorların performans dayalı ücret sistemine geçirilmesi esas alınmıştır. Doktorlar açısından kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan doktorlara tam gün çalışma zorunluluğu getirilerek dışarıda çalışmaları da yasaklanmıştır. Bunun dışında SGK ile anlaşması olan özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler yine SGK ile anlaşması olan özel sağlık kuruluşlarında çalışacaklardır. Kamu kurum ve kuruluşlarıyla sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve

kuruluşları ile devletle sözleşmeli vakıf üniversitesinde çalışan doktorlara muayenehane açma yasağı getirilmiştir. Bunun aksine SGK ile anlaşması olmayan özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere ise SGK ile anlaşması olmayan vakıf üniversitelerinde çalışma izni verildiği gibi özel muayenehanelerinde çalışmalarında da bir sakınca görülmemiştir (Özalp, 2015: 261-262). Bu yasa ile doktorların ya tam zamanlı olarak kamu hastanelerinde ya da tam zamanlı özel hastane veya özel muayenehanelerde çalışacak olması öngörülmüştür (Tekingündüz, Orhan ve Karadağ, 2010: 184).

Tam Gün Yasası ile hekimlerin ve diğer personelin döner sermaye gelirinden alacakları payın düzenlenmesi kararlaştırılmıştır. Bu sistemde asıl amaç performansa dayalı ödeme olmuştur. Ama bu sistem ile hekimlerin arasındaki çalışma barışı zedelenmiş, motivasyonlarında düşüş gerçekleşmiş, mesleki saygı ve doyum konusunda da sıkıntılar yaşanmıştır (Tükel, 2009: 16).

Tam Gün Yasa Tasarısı ile birlikte olumlu ve olumsuz uygulamalar Anayasa Mahkemesi ve Danıştay'a başvurularak değerlendirilmeye alınmış; ancak yine de yasa çoğunlukla çalışanların zararına olmuştur. En olumlu uygulama, çalışma saatinin 40 saate indirilmesidir. Bu ayrıntılar dışında yine de gündemde en çok üzerinde durulan konu tam gün çalışma ve özel muayenehanelerin kapatılmasıdır. Ancak açılan davalarla bu olumsuzluklar tam bir netliğe kavuşmamıştır. Muayeneler kapatılarak halka yarar sağlanıyormuş düşüncesi yaratılmış; fakat muayeneler kapatıldığı halde kamu kaynakları özel amaçlara açık bırakılmıştır. Yani, tam bir işletmecilik mantığı ile sağlık sektörü yeniden şekillendirilmek istenmiştir (Aka, Kablay ve Demir, 2012: 73).

Bu uygulama yıllardır Tabip Odaları tarafından tartışılmaktadır. Bu Yasa'nın iki temel hedefi mevcuttur. Bunlardan birincisi, kamuda çalışan doktorların sadece kamuda çalışmalarını sağlayarak muayenehanelerinin kapatılması; ikincisi ise mesai saatini sabah 8'den akşam 5'e kadar belirlemektir (Gedikli, 2008; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 74).

5. 2. 5. Performansa Dayalı Ücretlendirme

Bir ülkenin kalkınmasında, sosyal ve politik yönünün istikrarlı olarak gelişmesinde ücretin önemli bir rolü vardır. Ücretin yönetimi oldukça güçtür ve bunun adaletli olarak dengelenebilmesi için de çeşitli ücretlendirme yöntemleri geliştirilmiştir. Yalçın'a (1994) göre ücret; bir insanın belirli bir hizmet için emeğine ödenen bedeldir. Ayrıca Anayasamızın 55. maddesine göre de ücret emeğin karşılığı olarak belirtilmiştir (Ergül, 2006: 92-94).

Aynı işi yapan personele yönetim objektif değerlendirmeler sonucunda farklı ödemeler yaparak ücreti belirleyebilmektedir ve bu sisteme de performansa dayalı ücret sistemi adı verilmektedir. Ancak bu sistemde temel nokta objektiftir. Kamu sektöründe rekabetin olmayışı kamu yönetiminin daha iyi çalışmasını engellemektedir. Ancak objektiflik sağlanabilirse bu ücretlendirme sistemi ile rekabet güçlendirilebilir ve sağlıklı şekilde işleyebilir. Tam tersi durumda ise yani objektiflik tam anlamıyla sağlanamazsa adil karar alma yapısı bozulur ve bu da idare ile personelin arasındaki ilişkiyi gerginleştirebilir (Kestane, 2003: 130).

Performans odaklı yönetim sistemi ilk defa Beer ve Ruth tarafından 1776 yılında kullanılmıştır. Çalışanların performanslarını planlama, değerlendirme ve geliştirmeyi esas alan bir sistemdir (Özkök, 2010; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 74). Bu sistemde ücret ile performans ortak bir noktada birleşir. Daha önce belirlenmiş hedeflere göre performans analiz edildikten sonra ücret, ikramiye gibi ödemelerin de seviyesi belirlenir. Performansa dayalı ücretin ana mantığı da bundan oluşmaktadır (Kestane, 2003: 132).

Türkiye'de kamu yönetimi açısından performansa dayalı ücretlendirme sistemi ilk olarak kamu iktisadi teşebbüslerinde uygulanmıştır. 22 Ocak 1990 tarihli 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurumlarda göreve devamlılığı özendirme amacıyla teşvik ilkeleri benimsenmiştir (Ceylan, 92: 62).

Aslında özel sektörde kendisini gösteren performansa dayalı ücret sistemi 1980'li yıllardan sonra kamu sektörü için de temel reform araçlarından biri olmuştur. Ömür boyu sabit ücreti esas alan memurların hayatı eleştirilere maruz kalmış ve geleneksel memur sisteminin yapısının katı olması, personel performanslarının

değerlendirilememesi de eleştirilmiştir. Bu yüzden özellikle İskandinav ve Anglo-Sakson ülkelerinde bu reform hareketleriyle performans sistemi uygulanmıştır (Christensen, 2011; akt. Kablay, 2014: 90).

Kamu kurumlarında performansa dayalı ücret uygulamasını yaparken dikkat edilmesi gereken bazı unsurlar mevcuttur. Bunlar; çalışma barışının korunması, personelin motivasyonunun artırılması, değerlendirmeler sırasında saydamlığın sağlanması, personelin değerlendirme sürecinin aktif bir parçası haline gelmesi, kurum yapısının uygun olması halinde önceliğin objektifliğe verilmesi, ücret etkisinin asgari düzeyde tutulması, personel hedefleri ile kurumsal hedefler arasında bağ oluşturulması, aylık artışın sağlanması veya ikramiye verilmesi, merkezi ve bölgesel düzeyde farklı sistemlerin oluşturulmasıdır (Eraslan ve Tozlu: 41-46).

Performansa dayalı ücretlendirme sisteminden sağlık alanı da kendi payını almıştır. Bu hizmetlerdeki esnekleşme kamu hizmetindeki yemek, temizlik gibi bölümlerin taşeronla devredilmesi ile gerçekleşmeye başlamıştır. Özelleştirmelerin yanı sıra sözleşmeli çalışan sayılarının da artırılması güvenceli istihdamın en büyük engelleyicisi olmuştur (Kablay, 2014: 89). Performansa dayalı ücretlendirme sistemine göre hekim kendi çıkarlarını artırmayı hedeflemelidir. Bunun için de hastaya ayırdığı vakti kısaltarak iş gününü uzatıp kısa zamanda çok iş yapmalıdır. Çünkü hekimin kazancı gün içinde baktığı hasta sayısına göre belirlenmektedir (Ulutaş, 2011; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 75).

Sağlık Bakanlığı'nda performans uygulaması 2001 yılında "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" ile başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da hızlanmasıyla tüm sistemin performansa dayalı hale getirilmesi temel amaç olmuştur. Personele teşvik amacıyla bu uygulama öncesinde bireysel performans çalışmasına geçilmiştir ve personele ek ödemeler yapılmıştır. Bu ek ödemeler kurum tarafından "0" ve "1" arasında belirlenecek performans katsayısı ile hesaplanana kadar tavan sayısı "1" olarak kabul edilmiştir. 2007 yılına gelindiğinde performans değerlendirme iş ve işlemleri "Performans Yönetimi ve Kontrol Geliştirme Daire Başkanlığı"nın kurulması ile bu kuruma devredilmiştir. 2009 yılından sonra tekrar bu işlemler Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görev alanına geri verilmiştir (Sayan ve Şahan, 2011: 36-37). Performansa dayalı ücretlendirme ile sağlık çalışanlarının

rekabeti artırılarak aralarındaki parçalanma da güçlendirilmiştir. Ortaya çıkan bu rekabet tüm sağlık personelini derinden etkilemiştir. Bu durum da sağlık sektöründe çok tabakalı bir yapının oluşmasına neden olmuştur. Bir takım çalışması olan sağlık sektörü de bu yolla aradaki barışı ve çalışma huzurunu kaybetme yolunda ilerlemiştir (Kablay, 2014: 94).

Ceylan 'a (2009) göre performansa dayalı ödeme sisteminin meydana getirdiği olumsuzluklar (Çakıroğlu ve Seren, 2016: 41):

- *Bireysel ve Kurumsal Performans Sistemi, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlamış ve döner sermayenin dağıtımında eşitsizlik meydana getirdiği gibi sağlık çalışanları arasında da çatışmaya neden olmuştur.*
- *Bölgeler arasında performansa dayalı puan farklılıkları meydana gelmiş, aldıkları ek ödemeler arasında ciddi farklılıklar oluşmuştur.*
- *Hekimler daha fazla performans puanı toplamak amacıyla baktıkları hasta sayılarını artırmıştır. Bu uygulama hekim dışı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyenleri vb.) iş yoğunluğunun artmasına, hastaya ayrılan zamanın azalmasına ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmuştur.*
- *Müşteri odaklı anlayış egemen olmuş, sağlık temel insan hakkı olmaktan çıkmış, sağlıkta özelleştirme uygulamalarının temelleri atılmıştır.*
- *Sağlık hizmeti sunanlar ve hizmeti alanlar arasında maddi kavramlar girmiş ve bu iki grup karşı karşıya gelmiştir.*

Performans değerlendirme sistemi hekim ve sağlık personelinin çalışma ortamını ve motivasyonunu olumsuz etkilerken hasta haklarını da zedelemektedir. Sağlık alanında birçok şeyin ticarileşmesi, devletin bu alandan elini çekerek özelleştirmelere olanak sağlaması ve bu alanı sponsorlara devretmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca pek çok tıp bilimci ortaya çıkan ürünler üzerinden de ticari çıkarlar elde etmektedir (Deppe, 2009; akt. Aka, Kablay ve Demir, 2012: 81).

5. 2. 6. Taşeronlaşma

Esnekleşme kavramı çalışma hayatında yeni çalışma biçimleri ortaya çıkarmıştır. Taşeronlaşma, yarı zamanlı çalışma, kayıt dışı istihdamın artması gibi birtakım olguları meydana getirmiştir. Bununla birlikte küreselleşme olgusu da üretim ve istihdam biçimleriyle bağlantılı olarak çalışma hayatında köklü değişimlere neden olmuştur. Emeğin tanımı ve işgücü piyasalarındaki konumu giderek değişmiş bu durum da

sendikasızlık, düzensiz çalışma koşulları, düşük ücret gibi sorunları meydana getirmiştir (Tezsezer, 2010: 63). Ayrıca emek sürecinde ikili bir yapı yaratılmasına ön ayak olan taşeronlaşma iş güvencesini de tehdit ederek esnek istihdam kavramını da ortaya atmıştır (İltan, 2008; akt. Aysan, 2015: 7).

Memurluk statüsünde meydana getirilmek istenen değişim üst düzeylerde sözleşmeli personel aracılığıyla yapılırken; alt düzey memurluklarda taşeronlaşma ya da geçici iş ilişkisi kurularak sağlanmıştır (Aslan, 2003; akt. Kablay, 2014: 166). Taşeronlaşma dilimize Fransızcadan giren bir kelimedir ve Türk Dil Kurumu tarafından yapılan tanımlamaya göre; büyük bir işin bir bölümünü yaptırmayı, yani büyük müteahhitten iş alan küçük müteahhiti ifade etmektedir (1998; akt. Kaya, 2015: 258). En kısa anlatımıyla taşeronluk; bir kurumun çalışanlarının başka bir kurumun sunduğu hizmeti yapmasıdır (Sönmez, 2011; akt. Çakıroğlu ve Seren, 2016: 40). Sermaye bakımından mal ve hizmet üretiminde riskleri dışsallaştırmaya yarayan taşeronlaşma, firma ölçeğinde kârlılık ve teknik stratejisinin en iyi istihdam şeklidir. Taşeronlaşmanın en temel sonuçlarından bir tanesi istihdamı güvencesiz bir hale getiriyor olmasıdır. Bu sistem işin hem niteliğini hem de anlamını tamamen değiştirmektedir (Özüğurlu, 2009; akt. Kablay, 2014: 167). 4857 sayılı İş Kanunu'nda taşeronluk sistemi "alt işveren" terimi altında ele alınmıştır. Bu Kanun'un 2. maddesine göre: "*Bir işverenden, işyerinde yürüttüğü mal veya hizmet üretimine ilişkin yardımcı işlerinde veya asıl işin bir bölümünde işletmenin ve işin gereği ile teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işlerde iş alan ve bu iş için görevlendirdiği işçilerini sadece bu işyerinde aldığı işte çalıştıran diğer işveren ile iş aldığı işveren arasında kurulan ilişkiye asıl işveren-alt işveren ilişkisi denir.*"

Taşeron çalışmada devlet üst işveren olarak yerini almaktadır. Çalışanların kendileri tamamen metalaşmaktadır. Bu ilişkide asıl işveren ise taşerondur. Bu çalışma şekli Post-Fordist dönemin çalışma şeklidir ve taşeron olarak çalışanlar özel hukuk hükümlerine tabi tutulmuştur. 1990'lı yıllarda yaygınlaşmaya başlayan bir çalışma şekli olan taşeronlaşma kamu hizmetlerinde çalışacak kişilerin eşit olarak o işlerde çalışmasını engellemektedir (Aslan, 2006; akt. Kablay, 2014: 167). Taşeron sistemi 1988 yılında 318 sayılı KHK ile Yardımcı Hizmetler Sınıfında başlamıştır ve 2000 yılında "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri" ve "Teknik Hizmetler Sınıfı" ile memurluk sistemine girmiştir (Aslan, 2005; akt. Kablay, 2014: 167).

1980'li yıllarda neoliberal politikalar ile başlayan devletin küçülmesi, özel sektörün piyasalardaki önemini artırması çalışmaları kamu sektörüne de taşeronlaşmanın girmesine neden olmuştur. Kamu sektöründeki taşeron uygulaması ilk kez belediyelerdeki temizlik işleri ile uygulanmaya başlanmıştır. Devletin kamu sektörüne taşeronlaşmayı getirmesiyle iki amaç hedeflenmiştir. Bunlardan ilki, kriz süreci olduğundan devletin istihdamdaki payını azaltmayı planlamasıdır. Bu da özelleştirme ile mümkündür. İkinci olarak da devlete bağlı işçiler emekli olduktan sonra devlet yeni bir istihdam alanı yaratmamayı planlamıştır (Kaya, 2015: 259-260). Taşeronlaşma uygulaması ile işyerlerindeki işler bölünebildiği kadar bölünüp ayrı taşeronlara verilmektedir. Böylece işçilik maliyetleri düşürülmekte, işçilerin toplu sözleşme gibi hakları ellerinden alınarak imkansız hale getirilmektedir (Şakar, 2010: 30).

Kamudaki taşeron uygulaması beraberinde birçok sorun getirmektedir. İş güvencesini ortadan kaldırarak ücretleri baskılamaktadır. İş güvenliği olmayan bu işçiler genellikle en ağır işleri yapmakla karşı karşıya bırakılmaktadırlar. Bu da onların düzensiz, stres dolu çalışmalarına neden olmaktadır (Suğur, 2012; akt. Kaya, 2015: 261).

Taşeron çalışma şekli despotik emek rejimini ifade etmektedir. Bu emek türünde baskı hüküm sürmektedir. Çalışanlar ağır çalışma koşulları ile karşı karşıya bırakılmaktadır. Ana firma ile taşeron firma arasındaki bağımlılık ana firmayı güçlü kılmaktadır. Yani kendi çalışanlarına daha iyi koşullar sağlarken, taşeron firma çalışanlarını geriletmektedir. Ayrıca taşeron firmalar arası rekabet ana firmadan iş alabilmek için en kötü çalışma koşullarını hazırlamaktadır. Üretim ve emek sürecinin parçalanmasına neden olmaktadır. Taşeron firma çalışanlarının parçalanmış yapısı örgütlenme özgürlüklerini ellerinden almıştır (Özdemir, 2010: 42-43).

Yıllardır süregelen taşeronlaşma çalışmaları giderleri en aza indirmeyi planlayan sağlık sektöründe de önemli bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Önceden memurlar tarafından yapılmakta olan işler zamanla sözleşmeli ve geçici personel aracılığıyla yapılmaya başlanmıştır. Güvenlik ve yemek işleriyle sağlıkta başlayan taşeronlaşma süreci hemşire, teknisyen, tıbbi sekreter gibi kadroların ilgili kurumlarda istihdam edilmesiyle de devam etmektedir. Bu sayıya üniversite hastanelerini de

eklediğimizde mevcut sayı 150 bine yaklaşmaktadır. İş güvencesinin giderek azaldığı bu sistemde asıl mağdur taşeron firma çalışanıdır. Ucuz işgücü yaratarak devam ettirilen taşeronlaşma ile düşük ücretlerle güvencesiz şartlarda, örgütlenme ve sendika hakkından yoksun bırakılan bireyler çalıştırılmaktadır (Sönmez, 2011: 94-97).

Taşeronlaşma ile kamu sağlık giderlerini en aza indirmek amaçlanmıştır. Çok önceden memurlar tarafından işler zamanla güvencesiz ve düşük ücretlerle çalışan taşeron elemanlara yaptırılmaya başlanmıştır. Yapılan ihaleler sonucunda binlerce çalışan taşeron şirketlerin himayesi altına verilmiştir. Ucuz işgücü yaratılmasını teşvik eden taşeron çalışma şekli kişileri sendikalaşma, iş güvencesi gibi konularda mahrum etmiştir. Ayrıca çeşitli uygulamalarla da taşeron firmalar işçilerin kıdem tazminatını almalarını dahi engellemiştir (Sönmez, 2011: 95-97).

Hem sağlık hizmeti üretenlerin hem de sağlık hizmeti alanların en büyük sorumluluklarından biri, 1990 yılları sonrasında hızlanan sağlıkta metalaşma, ticarileşme sürecine dur demektir. Eksik sağlık personelinin sayısı artırılarak, kamu hastanelerine gerekli yatırımlar yapılarak bu eksiklikler giderilebilir. Başka harcama kalemleri azaltılarak ya da etkili vergi sistemleri ile sağlığa verilmesi gereken öneme odaklanılmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarına uygulanan taşeronlaşma sistemine karşı çıkılmalı ve bu uygulamalar sonlandırılmalıdır. Sağlık hakkının getirdiği herkesin sağlıklı olmasının sağlanması amacı sağlığın sosyal koruma altına alınmasını gerekli kılmalıdır. Bu yüzden de sağlıkta özelleştirme yerine kamu hizmeti tarafından sağlanması uygulamasına geri dönmelidir (Sönmez, 2011:105-106).

5. 2. 7. Hasta Hakları

Bireylerin insan olmalarından dolayı kazandığı haklar insan hakları olarak tanımlanabilirken (Donnelly, 1995); hasta hakkı insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanması olarak tanımlanmıştır. Hastanın desteklenmesi ve toplum açısından güçlendirilmesi hasta haklarının temel amaçlarındandır. Tabii ki bu amacın başında insana duyulan saygı, insanların tıbbi anlamda bilgilendirilmesi, özel hayata saygı, mahremiyet, bakım ve tedavi devamlılığının sağlanması yer almaktadır (Sütlaş, 2000; akt. Zaybak, Eşer ve İsmailoğlu, 2012: 105). Haksız, yersiz ve gereksiz uygulamalardan hastayı korumayı hedefleyen hasta hakları moral ve etik standartlardan

oluşmaktadır (Barker, 1999; akt. Zengin, Erbaycu vd, 2013: 106). Hasta hakları merkezine insan onuruna yaraşır bir hayatı sağlamayı hedef almıştır. Bu haklar insana sadece insan olmasından dolayı verilmiş ve insan hakları kategorisinde yer almıştır. Ülkeler de anayasalar, kanunlar ve yönergelerle hasta haklarını güvence altına almıştır.

Hastaların, yaşamlarını düzgün şekilde devam ettirebilmeleri için belli düzenlemelere ihtiyaçları vardır. Hasta hakları da hasta bireylerin çıkarlarının korunmasını amaçlamaktadır. İnsanların isteklerini gerçekleştirebilmeleri için öncelikle sağlıklı olmaları gerekmektedir. Bu da hasta haklarına verilen önemi arttırmıştır. Sağlık ihtiyacı sadece hasta bireylerde bulunmamaktadır. Sağlıklı bireyler de mevcut sağlıklarını koruyabilmek adına hasta haklarına başvurmaktadır (Issı, 2008; akt. Tanrıverdi, 2012: 104).

Hasta haklarının tarihi 50 yıl kadar geriye dayanmaktadır. Amerika’da 1970’li yıllarda hekim-hasta arasındaki ilişkinin güven ilişkisi olduğu mahkemelerde belirtilmiştir. O dönemde hasta haklarını ayrıntılı olarak ele alan belge, “Hasta Hakları Beyannamesi” yayınlanmıştır. Daha sonra 1981 yılında Lizbon Bildirgesi Dünya Tıp Birliği tarafından yayınlanmıştır. Sonrasında bu belge Bali’de 1995 ve Santiago’da 2005 yılında güncellenmiştir. Ayrıca Amsterdam’da 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu tarafından Avrupa Merkezli Hasta Hakları Sözleşmeleri yayınlanmış ve 2002 yılında da Roma Sözleşmesi yayınlanmıştır (Önal, 2012: 8). Kısaca, hasta hakları konusu 70’li yıllarda gündeme gelmeye başlamıştır. Yani, 80’li yıllar insan haklarına kadar dayanan böyle önemli bir düzenlemenin uluslararası bir alana yayıldığı yıllar olmuştur. 90’lı yıllarda durum daha da ciddileşerek yasal boyuta taşınmış ve son olarak 2000’li yıllara gelindiğinde ise önemle üzerinde durularak uygulamaları hızlandırılan bir hak haline dönüşmüştür.

Türkiye açısından hasta hakları düzenlemesine bakıldığında 1998 yılında “Hasta Hakları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Hasta hakları açısından ayrıntılı bilgileri ve düzenlemeleri içeren bu yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır. İlgili Bakanlık tarafından 2003 yılına geldiğinde “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yayınlanmış ve 2005 yılında da yenilenmiştir (Bostan, 2005; akt. Bostan, 2007: 3).

1998 yılında yayınlanan Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre uyulması gereken bazı ilkeler mevcuttur. Bunlar:

- *“Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.*
- *Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.*
- *Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.*
- *Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.*
- *Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.*
- *Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.”*

Hasta hakları sağlık alanının ticarileşmesi sonrasında ve reform hareketleri ile birlikte hasta-hekim ilişkisinden çıkarak müşteri memnuniyetine dönüşmeye başlamıştır. Hastalar memnunluk durumlarını aldıkları tıbbi hizmet yerine hekimlerin ya da yardımcı personelin kendilerine karşı olan tutumları ile değerlendirmeye başlamışlardır. Üstelik haklı ya da haksız fark etmeksizin hasta hakları adı altında mevcut düzeni tehtid edici ve hastanelerdeki huzuru kaçırıcı hareketler sergileyen hastalar hemşire, sağlık memuru, hekim, teknisyen gibi sağlık çalışanlarını da zor durumda bırakmışlardır. Ancak, hasta hakları sadece sağlık personelinin hastalara iyi davranmasını içermemektedir. Bu hakların içeriğinde mahremiyete saygı, hastanın istediği tedaviyi uygulama özgürlüğü gibi haklar da yer almaktadır. En çok eleştirilere maruz kalan durumlardan bir tanesi de hasta haklarının tüketici hakları ile aynı kategoriye koyulmasıdır. Bu kapsamda tüketici hakları ve hasta hakları birbirinden ayrılmalı, hasta haklarının insanın sahip olduğu temel haklardan bir tanesi olduğu unutulmamalıdır. Ancak tüm bunlara rağmen sağlık alanındaki değişimler hastanın müşteri konumuna gelmesini ve sağlık hakkının da tüketici hakkından benzersiz bir hale

dönüşmesine engel olamamakla birlikte bu uygulama sağlık çalışanlarına da psikolojik ve fizyolojik şiddet olarak yansımıştır (Kablay, 2013: 67).

Hastalarla birebir görüşen ve tedavi süreleri boyunca iletişim halinde olan hekimlerin yanı sıra yardımcı sağlık personeli ve hatta güvenlik görevlileri dahi hasta hakları konusunda ılımlı ve bilgili olmalıdırlar. Bu yüzden kurum içerisinde konuya yönelik eğitimler de tamamlanmalıdır. Sağlık çalışanları varlık nedenlerinin hastalar olduğunu unutmamalıdırlar ve hastaların mevcut sorunlarıyla birebir ilgilenmek yerine hastanelere hasta hakları biriminin kurularak en iyi şekilde işlemesi konusunda yönetimle ortaklaşa çalışmalıdırlar. Aksi takdirde hastaların sorunları ile daha gergin bir çalışma ortamı içerisinde kalabilirler. Sağlık çalışanları kesinlikle hastalar arasında adaletli davranmalı ve hastaların istemediği tedavileri uygulamamalıdırlar. Tüm bu yeni ve gündemde olan konular hakkında ayrıca bilgilenmeli ve kendilerini geliştirmelidirler.

5. 3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Kadın Sağlık Çalışanlarına Yansımaları

Sağlıkta Dönüşüm Programı insan sağlığının üzerinden daha fazla para kazanmayı amaçlayan bir reform hareketidir. Bir insan hakkı olan sağlık hakkı paraya endekslenmiştir ve özel hastanecilik de çeşitli teşviklerle özendirilmiştir. Ayrıca bu reform ile kamusal kaynakların sağlık alanına olan harcaması azaltılmış ve bu ödemenin hasta sahibi ya da yakınlarından elde edilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hakkını talep eden insanların yanında sağlık personeli de bu reform hareketinden etkilenmiş bu uygulamanın en önemli sonuçlarından biri olan performans sistemi ile karşı karşıya kalmışlardır (Sönmez, 2011: 91-92). Mevcut durumu yukarıda bahsedilen taşeronlaşma, aile hekimliği gibi uygulamalar takip etmiştir. Yapılan reform hareketinden belki de toplumun onlara yüklediği rollerden dolayı en çok da kadın işçiler etkilenmiştir. Çünkü bakım elemanı, hemşirelik, temizlik elemanı gibi işlerde kadınlar hem çalışma şekillerinden ve hem de düşük ücrete razı olmalarından dolayı tercih edilmişlerdir.

1990'ların başında esnekleşmenin gündeme gelmesi ile kadın istihdamında da bir artış gözlenmiştir. Bu durum güvencesiz ve korumasız olan enformel sektörün gelişmesiyle de ilişkilendirilmiştir (Toksöz, 2011; akt. Ulukan ve Yılmaz, 2016: 89).

Kadının çalışması ikincil bir gelir olarak görülmüştür. Ayrıca kadınlar evdeki sorumluluklarını aksatmayacak sendikalaşma anlayışından uzak, otoriteye boyun eğen sabır ve tekrara dayalı işleri kabul etmişlerdir. İşverenler de kadın çalışanların bu özelliklerinden yararlanmış ve özellikle sağlık sektöründe onları tercih etmişlerdir. Kadın çalışanların sayısındaki hızlı artış ise sağlık sektörünün feminizasyonuna neden olmuştur (Urhan ve Etiler, 2011: 192-193).

Sağlık sektöründe çalışan kadınlar diğer sektörlerde çalışan kadınlar gibi toplumsal cinsiyet kaynaklı sorunlar yaşamaktadır. İş-aile çatışmaları, ev ile iş arasındaki sorumlulukların hepsini üstlenmeleri, kayıt dışı ve sigortasız çalışmaları bunlardan bazılarıdır (Aytaç ve Dursun, 2013: 67). Güvencesizlik konusunda verilebilecek en güzel örneklerden bir tanesi kadınların yoğun olarak çalıştığı hemşirelik, ebelik, teknisyenlik ve tıbbi sekreterlik gibi mesleklerde farklı kadro ve özlük haklarına tabî tutulmalarıdır. Hemşireler 657 sayılı Kanun uyarınca 4/A fıkrasına göre kadrolu, 4/B kadrosuna göre sözleşmeli, üniversite vakfının elemanı olarak sözleşmeli, 4924 sayılı Kanun uyarınca sözleşmeli olmak üzere istihdam edilmektedirler (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 23).

Özel sağlık kuruluşlarının sayısının artması ile kadın sağlık çalışanlarının yoğunlaştığı hemşirelik mesleğinde çalışma saatleri uzatılmış, nöbet sayıları arttırılmış ve daha az ücretle daha az güvenceye sahip çalışanlar istihdam edilmiştir. Mevcut işsizlikten korkan ve bu yüzden örgütlenemeyen kadın çalışanlar sosyal hayatlarına daha az zaman ayırmış ve hem mesleki anlamda hem de psikolojik anlamda hastalanmışlardır. Bu da onların verimsiz ve istemeyerek çalışmalarına neden olmuştur. Yani bu durum onlara bir çeşit mesleki tükenmişlik yaşatmıştır.

6. Sağlık Sektöründe Özelleştirme Bağlamında Özel Bakım Merkezleri

Bakıma Muhtaç Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği 16.08.2013 yılında Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik kapsamında özel bakım merkezi şu şekilde tanımlanmıştır: “*Bakıma muhtaç engelli bireylerin bakımı için yatılı veya gündüzlü hizmet veren, gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılan sosyal hizmet kuruluşu statüsündeki özel bakım kurumlarıdır*” (Madde 4/e). Yine 4. maddeye göre

bakıma muhtaç engelli birey ise hayatını başkasının yardımı ile idame ettirebilen ağır engellilik durumu belgelendirilmiş kişileri ifade etmektedir.

Hasta bakım merkezleri sağlıkta özelleşme çalışmaları sonrasında gündeme gelmiştir ve hızla yaygınlaşmıştır. Her ilde sayısı giderek artan hasta bakım merkezleri gerek hastaları gerekse çalışanları bakımından oldukça hassas ve üzerinde durulması gereken bir alandır. Bu yüzden Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından denetimleri sıkı bir şekilde yapılmaktadır. Bu kurumlarda çalıştırılması gereken personel: Bakım elemanları ki kanunda bakıcı personel şeklinde yer almaktadır, meslek personeli (sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikolojik danışman, gerontolog, çocuk gelişimci ve ergoterapist unvanı olanlar, özel eğitim bölümü mezunları), sağlık personeli (hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni ve teknikeri, evde hasta bakım teknikeri) ve usta öğretici şeklinde belirtilmiştir. Ayrıca halk eğitim merkezleri tarafından görevlendirilen ve hastaların etkinlik yaparak sosyal yönlerinin geliştirilmesi amacıyla resim öğretmenleri de bu kurumlarda çalıştırılmaktadır. Bu merkezlerde kişisel bakım ve psiko-sosyal destek hizmetleri verilmektedir (Bakıma Muhtaç Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği).

Bakım merkezlerinde çalışan tüm personel organize olarak ve hastaların mevcut durumunu göz önünde bulundurarak çalışmak zorundadır. Hastaların bakıma muhtaç olmaları, onların normal insanların dışında davranışlar sergilemeleri çalışan personelin en başta anlayışlı ve sabırlı olmalarını gerektirmektedir. Bu durum hastaların sağlıkları açısından oldukça önemlidir ve hasta yakınları açısından da en çok dikkat edilen konulardan bir tanesidir. Engelli olan bu bireylerin yaşamlarını en iyi şekilde devam ettirebilmeleri için sorumlulukları çok fazla olan personel de göstermek zorunda oldukları üstün performans dolayısıyla yıpranmaktadırlar. Bu durum onlarda duyarsızlaşma, yorgunluk, psikolojik bozukluklar ve mesleki anlamda tükenmişlik gibi sorunlara yol açmaktadır.

Sağlık personeli bakım merkezlerinde bulunan tüm hastaların ilaç kontrollerinden koruyucu sağlık hizmetlerine kadar birçok görevi üstlenmektedir. Bu tarz kurumlarda hem hastaların hem de kurumun hijyeni oldukça önemlidir. Bu da belki de kurumun en önemli çalışan grubu olan bakıcı personel tarafından yapılmaktadır. Hasta sayısına ve cinsiyetine göre belirlenmiş bakıcı personel kendi sorumluluğu altında

olan hastaların tuvalet, yeme içme, banyo gibi temel ihtiyaçlarının görülmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastaların şiddet eğiliminin kontrollerini de bu personel takip etmektedir.

Çalışan ve hasta durumu bakımından hassas bir kurum olan hasta bakım merkezlerinde yönetmelikte de belirtildiği üzere hizmet içi eğitim verilmelidir. Madde 28’de belirtilen bu eğitimlerin amacı merkezde sunulan hizmetin kalitesini arttırmaktır. Merkez, istihdam ettiği personele göreve başlanılan 3 ay içinde ilk eğitimini verdikten sonra her yıl en az 10 saatlik hizmet içi eğitimi sağlamalıdır. Bu hizmet içi eğitimin içeriği de Bakanlık tarafından belirlenmektedir.

Bakım merkezlerinde yapılan bakım hizmetleri dolayısıyla bu sektör daha çok kadınları istihdam etmektedir. Geçmişten günümüze kadınlara atfedilen evde bakım hizmetleri piyasalaşmış haliyle özel bakım merkezlerine taşındığında yine kadın çalışanlar tercih edilmektedir. Çünkü kadın çalışanlar genellikle eğitim düzeylerinin düşük olması ve bildikleri iş olması dolayısıyla zorluk yaşamamak düşüncesiyle bu alana yönelmektedir. Ancak bu işin yorucu ve yıpratıcı oluşu ve evde de hemen hemen aynı işleri yapıyor olmaları kadınlarda büyük psikolojik sorunlara yol açmaktadır.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bakım hizmetleri genellikle evde hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmektedir. Özellikle küçük yerleşim yerlerinde birçok hasta yakını bakıma muhtaç durumda olan hastasını bakım merkezlerine vermeyi kendilerine yakıştıramamaktadır. Ancak olayı bu şekilde değerlendirmek oldukça yanlış bir bakış açıdır. Bu tarz hastaların tedavi süresince profesyonel insanlar tarafından kontrolünün sağlanması onların daha kaliteli yaşamaları açısından bir gereksinimdir. Fakat özel bakım merkezlerine sadece maddi gücü yeterli olan hastalar verilmektedir. Bu nedenle bu merkezlerin kamusal yönden sosyal devlet düşüncesiyle devlet kontrolü altına alınması toplum sağlığı açısından zorunluluktur.

7. Çalışan Kadınlara Yönelik Yasal Güvenceler

Sosyal politika bakımından kadınlar korunması gereken ayrıcalıklı konumda yer almaktadır. Olumsuz iş koşulları, toplum tarafından meydana getirilen tepkiler kadınları

zor durumda bırakmaktadır. Bu yüzden yasal düzenlemeler ile kadınlar koruma altına alınarak onlara daha iyi bir iş ortamı sağlanmalıdır. Kadınlar iş hayatında karşılaştıkları sorunlardan dolayı daha çok hemşirelik, öğretmenlik gibi mesleklere yönelmektedir. Onların mühendis olmasını engelleyecek hiçbir kanun olmamasına rağmen yazılı olmayan kurallar onları bu tarz mesleklerden uzaklaştırabilmektedir (Gelegen, 2001; akt. Demir ve Yirmibeşoğlu, 2016: 836).

Kadınların çalışma hayatları ve ev hayatları içerisindeki yaşamlarını daha iyi geçirmeleri bakımından birtakım yasal düzenlemeler getirilmelidir. Ülkemizde varolan mevcut sistem daha çok analık hakkı ve süt iznine yönelik oluşturulmuştur. Ancak düzenleme açısından olumlu yönlerin yanında eksik ve tamamlanması gereken yönler de vardır. Bu bağlamda evde bakım hizmetleri ve bunlara herhangi bir düzenleme getirilmemiş olması üzerinde önemle durulması gereken ayrı bir konudur. Ancak devlet son zamanlarda Torba Yasa uygulamaları ile evde hasta bakanlara yönelik farklı uygulamalar getirmiştir. Bunlardan en yaygın olanı da evde yaşlı bakanlara belirli oranlarda aylık bağlanmasıdır. Evde hasta ya da yaşlı bakanların genelini kadınlar oluşturmaktadır ve bu durum kadınların bu alanda da toplumsal cinsiyet vurgusuyla bakım rolünü üstlendiklerini açık şekilde gözler önüne sermektedir. Devlet evde engelli hastasına bakanlara asgari ücretin yarısı kadar prim ödeyerek emekli olma imkanı sunmuştur (İŞKUR, 2017).

Bu başlık altında kadınlara yönelik düzenlenmiş olan analık hakkı, süt izni, gece nöbetleri ve çalışma süreleri ile emzirme imkanları değerlendirilecektir. Tezin genel konu dağılımı açısından daha önemli olan evde bakım hizmetleri ise bu sebeple ayrı bir başlık altında ayrıntılı olarak incelenecektir.

7. 1. Analık Hali

Son 25 yıldır kadının çalışma hayatındaki yeri giderek artmıştır. Gelişmiş ülkelerde kadınlar daha çok hizmet sektöründe yer alırken; gelişmekte olan ülkelerde ise tarım sektöründe yoğunlaşmışlardır. Çalışan kadınların analık hakkı ise git gide daha çok gündeme taşınmaya başlamıştır. Çalışan kadınların analık hakkı bir sorun olarak görülmüş ve bu sorun ilk kez 1919 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) kurulması ile belirli standartlara ulaştırılmıştır. Bu amaçla "3 sayılı Analığın Korunması

Sözleşmesi” ile kadınlara doğum izni, parasal ve tıbbi bakım alma, iş güvencesi gibi haklar tanınmıştır (Canbaz, Sünter vd, 2005: 39-40).

Türkiye’de kadın işçilerin doğum yapma hallerine yönelik olarak çalıştırma yasağı ve işverenin fesih hakkının sınırlandırılması Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile mümkün olmuştur. İlgili düzenleme bu Kanun’un 155. maddesinde açıklanmıştır: “Kadın işçinin kendisinin ve doğacak çocuğunun sağlığına zarar vermeyeceği doktor raporu ile belirlenmedikçe, kadın işçilerin doğumdan önce üç hafta ve doğumdan sonra üç hafta içinde ‘fabrika, imalathane ve umumi ve hususi müesseselerde çalışması ve çalıştırılması’ yasaktır.” Bu süre zarfında da iş sözleşmesinin askıda kalacağı belirlenmiştir (Ekonomi, 2009: 14).

Anayasamıza göre kadınlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunması gereken kişiler olarak kabul edilmiştir (md/50). Aynı zamanda 5510 sayılı SSGSS Kanunu kapsamında da analık hali belirtilerek anne ve çocuk sağlığına yönelik verilen önem üzerinde durulmuştur.

4857 sayılı İş Kanunu’nun 74. maddesine göre kadın işçilerin analık hali durumunda doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz olmak üzere toplam on altı hafta boyunca çalıştırılmamaları gerekmektedir. Çoğul gebelik halinde bu sekiz haftalık süreye iki hafta daha eklenmelidir. Bu süreler kanun tarafından belirlenmiştir. Ancak kadın çalışan sağlık bakımından kendisini iyi hisseder ve mevcut iyi olma durumunu doktor onayı ile tasdiklerse doğumdan önceki üç haftaya kadar çalışabilir. Yani, bu süreler kadın çalışanın isteğine bırakılmıştır. Doğumdan önce izinli sayıldığı günlerde çalışan kadın işçinin çalıştığı süreler doğumdan sonraya eklenerek kullanılır. Yine erken doğum gibi hallerde kadın işçiye kullanamadığı süreler doğum sonrasında verilir. Aynı kanun uyarınca kadın işçinin sağlık durumunda bir problem olursa bu süreler artırılabilir.

İşverenlerin 4857 sayılı Kanun’a göre bir başka sorumluluğu ise kadın işçiye gerekli kontrollerini yaptırabilmesi için ücretli izin vermesidir. Kanun analık durumunun özel olarak korunması gerektiğini kabul etmiş ve her açıdan kadın çalışanın yanında olmuştur. Bu kapsamda ağır ve hamileliğe uygun olmayan işlerde çalışan hamile kadınlar için hekim raporu ile kadınların daha hafif işlere ücretinde hiçbir

indirim yapmaksızın geçirilmesini güvence altına almıştır. Yine kadın işçiye isteği halinde gerekli izin süresinin doldurulmasından sonra altı aylık ücretsiz izin hakkı da kanun tarafından güvence edilmiştir.

2016 yılında kabul edilen 6663 sayılı Torba Yasa uyarınca; kadın işçiler doğum yapmaları halinde analık izni sonrasında birinci doğumda 60 gün, ikinci doğumda 120 gün, sonraki doğumlarda ise 180 gün, günlük çalışma saatinin yarısı kadar izin kullanabilme hakkına sahip olmuşlardır. Bu durum 3 yaşını doldurmamayan çocuğu evlat edinenler için de uygulamaya alınmıştır. Ayrıca haftalık çalışma süresinin yarı süresi kadar çalışan kadın işçilerin ücretlerinin ve çalıştıkları süreye denk gelen kısmının prim ve ücretleri işveren tarafında karşılanacaktır. Kalan kısım ise İşsizlik Sigortası Fonu'ndan karşılanacaktır. Analık izni ve yarı zamanlı çalışma süresi bittikten sonra çocuğun ilkökul çağına gelene kadar kısmi süreli çalışma istekleri hak olarak sağlanacaktır ve iş sözleşmesinin feshinde bu neden kullanılamayacaktır (<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6663.html>).

5510 sayılı Kanun'un hastalık ve analık hali başlıklı 15. maddesinin II. bendinde analık hali şu şekilde ifade edilmiştir: "4/a ve 4/b kapsamındaki sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan eşinin, kendi çalışmalarından dolayı gelir veya aylık alan kadının ya da gelir ve aylık alan erkeğin sigortalı olmayan eşinin gebeliğinin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özrürlük halleridir." Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere sigortalının ya da sigortalı erkeğin sigortalı olmayan eşinin doğumdan sonraki 8 haftalık süresi analık hali olarak kabul edilirken; ikiz, üçüz gibi çoğul gebelik durumlarında bu süre 10 hafta olarak kabul edilmiştir. 5510 sayılı Kanun ile bu hak Bağ-Kur kapsamındaki bireylere ilk kez tanınmıştır. 4/c kapsamında yer alan bireylere en çok 30 güne kadar ücretli hastalık izni tanınmış; eşi doğum yapan erkeğe ise 4/c kapsamındaysa 7 gün izin hakkı verilmiştir. Analık izni kapsamında 4/c'li personele doğumdan önce 8 ve doğumdan sonra 8 hafta olan izin süreleri çoğul gebelik halinde 10 hafta olarak belirlenmiştir. Aynı kanuna göre aday çırak, çırak ve işletmelerde mesleki eğitim gören öğrenciler bu sigorta kapsamı dışında tutulmuştur (md. 5/b). Ek 5. maddeye göre de iş sözleşmesi ile tarım işinde süreksiz çalışanlar analık sigortası dışında tutulmuşlardır (Mutlay, 2014; akt. Aycan ve Yirmibeşoğlu, 2016: 840).

506 sayılı Kanun'da 180 günden önce çocuk düşürme hali hastalık sigortasına dahil edilmiştir. Ancak, 5510 sayılı Kanun ile bu ayırım ortadan kaldırılarak gebelik ve analık haline bağlı tüm hastalıklar analık sigortası kapsamına alınmıştır. Ayrıca analık hakkından yararlanmak için çocuğun evlilik dışı ya da evlilik içi olması şartı aranmamıştır (Saraç, 2005; akt. Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 391-392). Açıklamalardan da anlaşılacağı üzere kadın sigortalının her durumda analık hakkından yararlanabilmesi sağlanmıştır.

Analık hali kadın çalışanların belirli süre de olsa iş hayatından uzak kalmalarına neden olmaktadır. Bu yüzden 5510 sayılı Kanun geçici iş göremezlik ödeneğini öngörmüştür. Analık hali için geçici iş göremezlik ödeneğine hak kazanabilmek için sigortalı kadın doğumdan önceki 1 yıl içinde en az 90 gün kısa vadeli sigorta primi belirtmek zorundadır ve aynı zamanda prim ve prime ilişkin herhangi bir borcunun olmaması gerekmektedir (md. 18/c). Anlaşılacağı üzere analık sigortasına bağlı olarak geçici iş göremezlik ödeneği sadece sigortalı kadına verilmektedir. Sigortalı erkeğin çalışmayan eşine verilmemektedir (Tuncay ve Ekmekçi, 2013: 393).

5510 sayılı Kanun'a göre sigortalı kadınlar için borçlanma süreleri belirlenmiştir. Bu durumda sigortalı kadın ücretsiz doğum ya da analık izni süreleri kapsamında iki defaya mahsus olmak üzere doğum tarihinden sonra iki yıllık süreyi geçmemek kaydıyla hizmet akdine istinaden işyerinde çalışmaması ve çocuğunun yaşaması şartıyla talepte bulunulan süreleri Sosyal Güvenlik Kurumu'na borçlanabilir (md. 41/a).

Ülkemizde Cumhuriyet'in ilanından sonra daha da önem kazanan çalışan kadının analık hakkı üzerinde gün geçtikçe değişiklikler yapılmıştır. Kanun hükümlerinden de anlaşılacağı üzere analık halini kadınların iş hayatında yer alması açısından bir ayırım yapma nedeni olarak işverenlerin olumsuz yönde kullanmaları engellenmiştir. İş Kanunu, SSGSS Kanunu ve T.C. Anayasası'nda da kadınların istihdamları konusunda daha özenli davranılması ve sırf gebelik durumlarından dolayı dışlanmamaları gerektiği belirtilmiştir.

7. 2. Süt İzni ve Emzirme Ödeneği

Çalışan annelerin en büyük sorunlarından bir tanesi emzirme koşullarına yöneliktir. Ülkemizde birçok kadın hem bilgi yetersizliği ve hem de çalışma koşullarından dolayı anne sütünü bıraktırmak zorunda kalmaktadır. Tabii ki annelerin bebeklerini işyerlerinde kendi sütleriyle besleyebilmeleri için de kreş gibi sosyal haklara ihtiyaçları vardır (Anne Hakları Bildirgesi, 2001; Gökdemirel, Bozkurt vd., 2008: 222).

4857 sayılı Kanun'un Analık Halinde Çalışma ve Süt İzni başlıklı 74. maddesine göre: "Kadın işçilere bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam bir buçuk saat süt izni verilmektedir. Bu sürenin hangi saatler arasında ve kaç bölünerek kullanılacağını işçi kendisi belirlemektedir ve bu süre günlük çalışma süresinden sayılmaktadır." (md. 74/6).

5510 sayılı Kanun'da ise yeni doğum yapmış anneler için emzirme ödeneği 16. madde kapsamında belirtilmiştir. Bu maddede emzirme ödeneği şu şekilde yer almıştır: "Analık sigortasından sigortalı kadına veya sigortalı olmayan karısının doğum yapması nedeniyle sigortalı erkeğe, 4/a ve 4/b kapsamındaki sigortalılardan; kendi çalışmalarından dolayı gelir veya aylık alan kadına ya da gelir veya aylık alan erkeğin sigortalı olmayan eşine, her çocuk için yaşaması şartıyla doğum tarihinde geçerli olan ve Kurum Yönetim Kurulunca belirlenip Bakan tarafından onaylanan tarife üzerinden emzirme ödeneği verilir." (md. 16/3).

Emzirme ödeneğine hak kazanabilmek için 4/a kapsamındakiler doğumdan önceki bir yıl içinde en az 120 gün kısa vadeli sigorta kolları primi bildirmek zorundadır ve 4/b kapsamındakiler ise doğumdan önceki bir yıl içinde 120 gün kısa vadeli sigorta primi bildirip genel sağlık sigortası prim ve prime ilişkin herhangi bir borçlarının bulunmaması gerekir (5510 sK, md. 16/4). 5510 sayılı Kanun öncesinde geçerli olan 506 sayılı Kanun'da 120 gün olan bu süre 90 gün olarak belirlenmişti. Bu durumda 5510 sayılı Kanun'da artan sürenin çalışan kadınların aleyhine olduğu açıktır. Çünkü emzirme ödeneğinden yararlanabilmek için belirtilen süre yeni Kanun ile uzatılmıştır.

Doğumdan önceki 15 ay içinde en az 120 gün kısa vadeli sigorta primi bildirilmesi halinde emzirme ödeneği sigortalı kadına veya analık sigortasından yararlanacak erkeğe sigortalılık ilişkisi sona erdikten sonra da verilmektedir. Ancak

bunun şartı çocuğun sigortalılık şartı sona erdikten itibaren en geç 300 gün içinde doğmuş olmasıdır (5510 sK, md. 16/5).

7. 3. Gece Nöbetleri ve Çalışma Süreleri

Kadının doğum ve annelik süreci boyunca korunması için ciddi önemler alınmasının yanı sıra ikincil işgücü olarak görüldüklerinden sanayiye ait ağır işlerde, gece dönemlerinde ve yer altı işlerinde çalışmalarına yönelik düzenlemeler getirilmiştir. (Taşkent ve Kurt, 2014: 30). 5510 sayılı SSGSS Kanunu, T.C. Anayasası, Türk Borçlar Kanunu ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kadınlara yönelik birçok düzenleme getirmiştir. Ancak gece çalışma sürelerine ilişkin düzenleme 4857 sayılı İş Kanunu'nda belirtilmiştir.

Çalışma hayatı açısından baktığımızda gece en geç 20:00'de başlayıp sabah ise 06:00'ya kadar geçen ve en fazla 11 saat süren çalışma şekli gece çalışmasıdır. Tabii ki bazı işlerin daha sağlıklı yapılabilmesine ve ileri-geri saat uygulamasına göre bu sürelerin değiştirilmesi mümkün kılınmıştır (4857 sK, md. 69). Sanayiye ait işlerde on sekiz yaşını doldurmamış çocuk ve genç işçilerin gece çalıştırılması yasaklanmıştır. Ancak on sekiz yaşını doldurmuş kadınlar için böyle bir düzenleme Kanun maddesinde belirtilmemiştir ve bu konuya dair ayrı bir yönetmelik düzenlenmiştir (4857 sK, md. 73).

2013 yılında çıkarılan “Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik” on sekiz yaşını doldurmuş olan kadınların gece çalışmasına yönelik düzenlemeler getirmiştir. Bu yönetmeliğe göre kadınların gece çalışması yedi buçuk saat ile sınırlandırılmıştır (md. 5). Ancak sağlık çalışanları açısından konuya baktığımızda hemşire, bakıcı personel, hekimler vb. hastanelerde gece boyunca yedi buçuk saatten fazla çalışmaktadırlar. Özellikle hemşirelik ve bakıcı personel olarak daha çok istihdam edilen kadın çalışanlar yönetmelikteki yedi buçuk saat olan süreyi fazlasıyla aşmaktadır. Buna yönelik herhangi bir açıklama ya da düzenleme getirilmemiştir.

“Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik (24 Temmuz 2013, Sayı: 28717)” uyarınca kadınları en çok ilgilendiren maddelerinden bir tanesi de 9. madde olmuştur. Çünkü bu maddede gece çalışan

kadınların hamilelik ve analık durumlarına ilişkin düzenlemeler getirilmiştir. 9. maddeye göre:

- *“Kadın çalışanlar, gebe olduklarının doktor raporuyla tespitinden itibaren doğuma kadar, emziren kadınlar ise doğum tarihinden başlamak üzere kendi mevzuatlarındaki hükümler saklı kalmak kaydıyla bir yıl süreyle gece postalarında çalıştırılmazlar.*
- *Ancak emziren kadın çalışanlarda bu süre, anne veya çocuğun sağlığı açısından gerekli olduğunun iş yerinde görevli iş yeri hekiminden alınan raporla belgelenmesi halinde altı ay daha uzatılır.”*

Gece çalışması çalışanlar açısından oldukça riskli ve tercih edilmeyen bir çalışma şeklidir. Gece çalışanlar bu çalışma şeklinde fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan oldukça fazla etkilenirler. Gece çalışmasından dolayı bireyler uyku düzeninin bozulması, vücut ısısındaki değişiklikler, kasların gerilmesi, yorgunluk ve sindirim problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunun yanı sıra psikolojik olarak da bu durumdan etkilenmekte ve depresyon, uykulu olma durumu, dikkat eksiklikleri gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bu da onları sinirli ve huzursuz bireyler haline getirmektedir. Gece çalışmasının özellikle kadınlar üzerindeki en önemli etkileri sosyolojiktir. Aile hayatında anne ve eş olma durumları kadınlara karşı olan beklentiyi yükseltmektedir. Bu yüzden gece çalışıp psikolojik ve fizyolojik olarak yıpranan kadınlar bir de aile ortamında yorulduklarında sorunları ikiye katlanmaktadır. Aile içerisinde ev işleri ve çocuklar ile daha fazla ilgilenmek zorunda bırakılan kadınlar bu görevlerini tam anlamıyla yerine getiremediklerinde ailevi ve toplumsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Ancak eğitim seviyesinin yükselmesi yaşanan bu olumsuz durumu giderek azaltmaktadır. Gece çalışmak zorunda kalan anne evde olmadığı zamanlarda, baba çocuklarla ve ev işleriyle ilgilenmektedir. Kalıplaşmış yapının dışında olan bu tutum toplumsal huzur açısından büyük bir önem arz etmektedir (Bacak ve Kazancı, 2014: 138-144).

Sonuç olarak her ne koşulda olursa olsun gece çalışmak oldukça yıpratıcı bir çalışma şeklidir. Vardiyalı sistemin en yaygın çalışma şekillerinden biri olan gece çalışması en çok sağlık sektöründe görülmekte olup; bu sektörde çalışanlar giderek kendi içlerine dönmekte, sosyal yaşantılarını ister istemez kısımlamaktadır. Aile ve dost toplantılarına katılamamakta ve hatta çocuklarıyla dahi en iyi şekilde ilgilenmekte

zorlanmaktadır. Bu olumsuzlukların giderilmesi açısından hem yasal anlamda yeni düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmekte hem de kadınlara eşleri tarafından yardım edilmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

8. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımı sağlayarak sağlık düzeylerini iyileştirmeyi ve geliştirmeyi amaçlayan hizmete evde bakım hizmeti denmektedir (Özer ve Şantaş, 2012: 96). Dünya Sağlık Örgütü’nün evde bakıma yönelik yapmış olduğu tanım ise şu şekildedir: “Formal ya da informal şekilde yetişmiş bireylerce hastaya kendi evinde bakım hizmeti verilmesidir.” (Danış, 2004; akt. Çavuş, 2013: 37). Bu tanıma göre sağlık çalışanları formal ve hasta bakıcılar ise informal kelimesi ile ifade edilmiştir. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” de evde bakım hizmetine yönelik bir tanımlamada bulunmuştur. Bu tanım: “*Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması evde bakım hizmetleridir.*”

Türklerin İslamiyet’i kabul etmedikleri ve göçebe oldukları dönemde sağlık hizmetlerinin evde yürütüldüğü kabul edilmektedir. Anadolu Selçukluları’nda sağlık hizmetleri halka çarşılarında ve evlerde sunulmuştur (Yasa, 2002; akt. Karabağ, 2007: 47). Osmanlı Dönemi’nde ise sağlık hizmetleri orduya yönelik yürütülmüş ve halk içinde kurulmuş olan sağlık evlerinde verilmiştir (Akdur, 1998; akt. Karabağ, 2007: 47).

Ülkemizdeki son gelişmelere baktığımızda evde bakım hizmetleri uygulaması oldukça yenidir ve çok geniş bir kanuni çerçevesi de yoktur. Ancak gelişen dünya koşulları, insani değere verilen önem bu bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandırmıştır. Ülkemizde daha çok özel kurumlar tarafından gerçekleştirilen bu hizmetler bir takım yarar ve zararlara sahiptir. Evde bakım hizmetlerinin yararları şu şekilde sıralanabilir (Elevli, 2012: 50):

- Maliyet açısından yararlı olduğu gibi hastaların kendi ortamlarında bakılmasına olanak sağlar,
- Aile bireylerinin üzerindeki bakım yükünü profesyonel sağlık elemanları ile azaltarak aile bireylerinin sosyal yaşantılarına katkı sağlar,
- Bireyin günlük rutin davranışları profesyonel şekilde organize edilerek bakım hizmetleri verilir ve bu da hastaların bu durumdan en az şekilde etkilenmelerini sağlar,
- Hastaların sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini artırır.

Yararları olduğu kadar zararları da olan evde bakım hizmetlerinin mevcut dezavantajlarına bakacak olursak (Özer ve Şantaş, 2012: 98):

- Yeni bir sektör olması denetim sorununu beraberinde getirmektedir.
- Sağlık personelinin alıştığı bir ortam dışında sağlık hizmeti verecek olması onu olumsuz etkileyerek konsantrasyonunu bozabilir.
- Profesyonel sağlık elemanı olmayan aile bireylerine yüklenen yük onları olumsuz etkileyerek psikolojilerinin bozulmasına neden olabilir.
- Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması hastayı tedirgin edebilir.

Görüldüğü üzere evde bakım hizmetlerinin hem hasta hem de bakan kişi açısından olumlu ve olumsuz yönleri mevcuttur. Hasta sorunları çözülürken üzerine olumsuzlukların geliyor olması çok da tercih edilen bir durum olmamaktadır. Bu yüzden profesyonel destek gereklidir. Ancak ekonomik yetersizlik ve toplumdaki geleneksel anlayışın değişmemesi evde bakıma muhtaç olanların aile bireyleri tarafından bakılmasını mecbur kılmıştır. Bu durum da beraberinde başka sorunlara neden olmuştur.

Yaşlı sayısındaki artış ve evde daha çok yaşlıların bakılıyor olması bu sektörün canlanmasına hız kazandırmıştır. Çünkü çekirdek aile yapısının yaygınlaşması, insanların kentlerde kendi içlerine dönerek bencilleşmeleri aile bireyleri ve akrabalar arasındaki ilişkiyi koparmıştır. Bu da ev içinde ya da özel bakım merkezleri aracılığıyla hasta ve yaşlı bireylerin bakılmasına olanak sağlamıştır. Ancak bu şekilde profesyonel olarak evde bakım hizmetlerinin sağlanmasının yanında bir de ev bireyleri tarafından ki

özellikle kadınlar tarafından bakılmakta olan yaşlıların olması kadınları her konuda olduğu gibi bu konuda da dezavantajlı duruma sokmuştur. Erkekler genellikle dışarıda ücretli çalışmayı tercih etmiş, evde olan kadınlar ise ev içindeki bütün sorumlulukları üstlenmiştir. Evin tüm ihtiyaçlarını karşılayan erkekler için de kadınlar ev içinde sıkıntı yaşamalarını diye tüm ev ve bakım işlerini sorunsuz halletmek için uğraşmışlardır (Özateş, 2015: 98).

Ülkemizde aile bireyleri tarafından gerçekleştirilen evde bakım oldukça yaygındır. Bu bakım için belirli bir ücret ödenmesi devlet tarafından sağlanmıştır. “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” 5., 6. ve 7. maddelerinde gerekli evrakların tamamlanarak yardım alınıp alınamayacağı belirlenmesini ön görmüştür. Özellikle yoksul aileler açısından bu gelir oldukça faydalı olarak görülmüştür. Çünkü bakım hizmetleri fazlasıyla masraflıdır. Bir eleştiri olarak; evde bakımın karşılığı olan bu ücret kadınları giderek daha da eve hapsedmektedir. Her ne kadar kadınlar evdeki hastalarını gönüllü olarak bakıyor olsalar da yine de bu durum onları sosyal açıdan zedelemektedir. Kadınlar için bu işler giderek rutinleşmekte ve stres kaynağı haline gelmektedir. Aynı zamanda evde bakıma muhtaç kişiye bakan kadının kendine bakması ve sosyal yaşantısına zaman ayırması toplum açısından da bir bencillik olarak kabul edilmekte ve bu da sosyal bir baskı yaratmaktadır (Öztürk, 2011; akt. Özateş, 2015: 145). Ayrıca yorulduklarında ailenin diğer bireylerinden bekledikleri yardım ve desteği göremeyen kadınlar duygusal bir çöküntü yaşamaktadır.

IV. BÖLÜM

ALAN ARAŞTIRMASI

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Araştırmanın konusu; sağlık alanındaki reform uygulamaları sonrasında yeni bir sektör haline gelen özel bakım merkezlerinin kadın istihdamı üzerindeki etkisini belirlemek ve kadının evde ve çalışma hayatında üstlendiği rolü sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan incelemektir.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Türkiye’de 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında sağlık hizmetleri piyasayla uyumlu hale getirilmeye başlanmıştır. Kamu eliyle sağlanan sağlık hizmetlerinin bazılarının özelleştirilmesi ve hastanelerin özleştirilmesi amaçlanmıştır. Bu uygulamaların bir sonucu olarak da hasta bakımının bazı alanları özel kuruluşlar tarafından sağlanmaya başlamıştır. Bu alanlardan birisi de hasta bakım merkezleridir.

Bu çalışmanın amacı; sağlıkta dönüşüm ile birlikte Türkiye’de önem kazanan hasta bakım merkezleri ve bu merkezlerde çalışan kadınların istihdamına, çalışma koşullarına yönelik sorunları ortaya koymaktır. Kadının toplumdaki yeri dolayısıyla hasta bakım işlerine yöneltilmesi ve ataerkil toplumun bir uzantısı olarak kadınların üstlendiği rol, aile içindeki ve iş hayatındaki sorumlulukları, ‘ikinci vardiya’ (Hochschild ve Machung, 1989) olarak tanımlanan durumun çalışan kadının hayatına olan yansımaları araştırma kapsamında incelenecektir. Bu bağlamda kavramsal çerçeve ve alan araştırması ile birlikte sosyal politika açısından mevcut durumla ilgili yeni politikaların geliştirilmesi amaçlanmıştır.

3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık alanında ve bu alandaki kişilerin çalışma biçimlerinde oldukça önemli değişikliklere neden olmuştur. Uygulamaya konulan sağlık reformları sonrasında özellikle de kadınların istihdamına ihtiyaç duyulan alanlar ortaya çıkmış ve bu da kadın istihdam oranını etkilemiştir. 1970'lerin sonrasında meydana gelen esnekleşme hareketleri sağlık alanında da etkisini göstermiş ve neoliberal politikaların da yaygınlık kazanmasıyla yeni istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır.

Sağlık alanı kadınların yaygın olarak istihdam edildiği sektörlerden biridir. Hemşirelik çok eski yıllardan günümüze kadar daha çok kadınlar tarafından tercih edilen bir meslektir. Bunun yanı sıra ataerkil toplumun kadınlara yüklemiş olduğu çocuk, yaşlı ve hasta bakım işleri de günümüzde her ne kadar özel kurumlar tarafından yapılsa da yine bu kurumlar kendi bünyelerinde kadınları istihdam etmektedirler. Bu durum bakım elemanı, temizlik personeli gibi ağır iş yükü olan alanlarda kadınların tercih edilmesini toplumsal alışkanlık olarak günümüze kadar getirmektedir. Hem düşük ücretlerle hem de vardiyalı iş saatlerinde yoğun şekilde çalışarak psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilenen kadınlar zamanla bu sektörün en çok sömürülen dezavantajlı grubu haline getirilmektedir. Bu yüzden bu alanda yapılan bir çalışmanın toplumsal ve sağlık alanındaki çalışma ilişkileri açısından geçmişte yaşanmış olan sorunları ortaya koymak ve gelecekte de yaşanacak sorunlara ışık tutmak için önemli olduğu düşünülmektedir.

4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışmada hem özel bakım merkezlerinde çalışan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmış hem de onların karşı karşıya kaldıkları ağır çalışma şartlarının yanı sıra ev hayatındaki sorumlulukları üzerinde durulmuştur.

Çalışmada yapılan alan araştırmasında nitel (mülakat- yüz yüze görüşme) ve nicel (survey-anket-soru kağıdı formu) teknikler kullanılmıştır. Araştırma öncesi ve araştırmanın sonuna kadar literatür araştırması yapılarak elde edilen kaynaklar okunmuş

ve kavramsal çerçeve oluşturulmuş, daha sonra hipotezler geliştirilerek bu hipotezlerin sınanabilmesi için yapılandırılmış anket formu hazırlanmıştır. Anket araştırmacı tarafından üç bölüm olarak hazırlanmıştır ve toplamda 27 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm sosyo-demografik verileri içeren 9 sorudan oluşmaktadır. Bunlar; yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, sahip olunan çocuk sayısı, eğitim ve meslek bilgisini öğrenmeye yönelik sorulardır. İkinci bölüm çalışanların iş yaşantısını içeren 14 sorudan oluşmaktadır. Bunlar; iş yaşantısının nasıl başladığı, işlerini nasıl buldukları, kaç yıldır bu meslekle uğraştıkları, daha önceki meslekleri, yaptıkları işin eğitimlerine uygun olup olmaması, çalışma koşulları, iş yaşamında yaşadıkları sorunlar, bu işe girmeden önce yaptıkları işler, işe girmeden önce yaptıkları sağlık kontrolleri, işyerindeki izin ve rapor hakları, sendikaya üye olup olmama ve nedenlerine yönelik sorulardır. Son olarak üçüncü bölüm çalışan kadınların ev yaşantılarını çözmeye yönelik 7 sorudan oluşmaktadır. Bunlar; evde kaç kişi yaşadıkları, ev yaşantılarındaki sorumlulukları, ev yaşantılarındaki sorumluluklarla nasıl başa çıktıkları, ev işlerinde yardım alıp almadıkları, evde en çok hangi işten bunaldıkları, evde bakıma muhtaç çocuk, yaşlı olup olmadığı ve tatile gidip gitmeme durumları ile ilgili sorulardır.

Araştırma kapsamına alınan 60 kadın çalışana ilişkin bilgiler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini Samsun ilinde var olan özel bakım merkezlerinde çalışan 188 kadın çalışan oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında Samsun ili seçilmesinin nedenleri; öncelikle Samsun ili Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında aile hekimliği gibi temel uygulamaların ilk olarak faaliyete geçirildiği pilot iller arasındadır ve büyükşehir

olmasından dolayı bünyesinde yakın çevredeki illere oranla daha fazla hasta bakım merkezi barındırmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise 60 kadın oluşturmaktadır. Samsun ilinde özel bakım merkezlerinde çalışan kadın çalışanların meslek dağılımı aşağıdaki gibidir:

- Hasta bakım elemanı,
- Hemşire,
- Resim öğretmeni ve
- Psikolog

Araştırma örnekleminin hasta bakım elemanı, hemşire, resim öğretmeni ve psikologlardan oluşmasının daha yararlı olacağı düşünülmüştür. Bunun nedenlerinden ilki özel bakım merkezlerinde en çok bakım elemanlarının istihdam edilmesi ve iş yüklerinin oldukça ağır olmasıdır. Ayrıca bakım elemanları hem iş yerinde hem de evde benzer işleri yaptıklarından çalışmanın amacına ulaşmak için en uygun grubu oluşturmaktadır. Hemşireler de kurumdaki yüksek sorumlulukları, bakım merkezlerinin vardiyalı çalışmaları sonucunda ortaya çıkabilecek iş hayatına yönelik sorunları incelemek açısından önem arz etmektedir. Resim öğretmenleri hasta bakım merkezlerinde kalan hastaların sosyalleşmesi adına görev aldıkları için hem hastalara hem de çalışanlara aynı mesafede kalarak çalışma ortamını objektif gözle görebilmeleri açısından önemli bir kategoriyi oluşturmaktadır. Son olarak özel bakım merkezlerine müdür olarak genellikle psikologların alınması ve hasta-çalışan arasındaki psikolojik dengenin sağlanması araştırmanın doğru değerlendirilmesi açısından psikologlarla görüşülmesini de zorunlu kılmıştır.

Araştırmanın Samsun ilinde yer alan özel bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yapılması uygun bulunmuştur. Özel ve kamu hastanelerindeki bakım elemanları araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

Araştırma kapsamında T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan alınan görüşme izni sonrasında 60 kadın çalışanla anket ve derinlemesine görüşme yapılmıştır. Ancak bu görüşmeler kapsamında izinde olanlar ve vardiyalı çalışmaları nedeniyle ulaşılamayan bazı kadın çalışanlarla görüşülememiştir.

6. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Bakım emeği ataerkillik kapsamında kadına atfedilen rolleri tetiklemektedir. Beden ile doğrudan ilişkili olan bakım aynı zamanda mahrem ile ilgili bir konudur. Bu yüzden de bakım hep aile içinde ve özel alanla sınırlı kalmıştır. Zamanla aile sorumluluğundan kopan bakım ise metalaşarak piyasaya açılmıştır. Türkiye’de bakım emeğinin 5 ayrı ayağı vardır:

1. Geleneksel olarak aile içinde yapılan ve ücretsiz kadın emeği ile sağlanan bakım,
2. Hane içerisinde kayıt dışı çalışan vatandaş ya da göçmen kadınların emeğine dayalı olan ve güvencesiz atipik işleri tetikleyen bakım,
3. Özel şirketler tarafından hanelere gönderilen kayıtlı; ama güvencesiz atipik işler meydana getiren bakım,
4. Hane dışında bir kuruluş tarafından gerçekleştirilen kayıtlı, tam zamanlı; ancak güvencesiz bakım,
5. Hane dışında kamu kuruluşu tarafından sunulan ya da hizmet ücreti kamu tarafından sağlanarak özel kuruluşlarca gerçekleştirilen bakım (Topçuoğlu, 2017: 180).

Bu çalışma kapsamında bakımın 4. ayağı olan özel kuruluşlar tarafından sağlanan bakım hizmeti incelenmiştir.

Özel bakım merkezlerinde çalışan resim öğretmeni, müzik öğretmeni, psikolog, sosyolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve bakım elemanları arasından çalışma açısından daha iyi bir sonuca ulaşabilmek için bakım elemanları ve hemşireler ile görüşülmüştür. Çalışmaya farklı başvuru süreçlerinden geçerek İŞKUR ya da çalıştıkları kurum tarafından eğitim ile hasta bakım sertifikası edinmiş kadın bakım elemanları dahil edilmiştir.

Araştırma Samsun ili ve ilçelerindeki özel bakım merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Bu merkezlerde vardiyalı çalışma sistemi olduğu için vardiya dönüşümleri takip edilerek tüm çalışanlarla görüşme sağlanması amaçlanmıştır; ancak yine de raporlu, izinli çalışanlarla görüşme imkanı elde edilememiştir. Samsun genelindeki hasta bakım merkezlerinde toplam 188 kadın çalışan vardır. Bunlardan 60

tanesiyle görüşülmesinin nedeni hem her noktaya ulaşım sağlanamaması hem de vardiyalı sistemin varlığından dolayı bazı çalışanlara ulaşma zorluğu olmuştur.

Araştırmaya başlama esnasında öncelikle özel bakım merkezleri görüşme yapılmasına izin vermemiş ve yaşanan bu sorun sonrasında T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan yazılı izin belgesi talep edilmiştir. İzin gelme süresi 3 ayı bulduğundan derinlemesine görüşme ve anket uygulamaları planlanan zamanda gerçekleşmemiştir. Ancak alınan izin sonrasında planlı bir şekilde görüşmeler tamamlanmıştır.

Derinlemesine görüşmeler ve anketler uygulanırken özel bakım merkezlerinin müdürleri Bakanlık izni dolayısıyla herhangi bir sorun çıkarmamış ve objektif bir ortamda görüşmelerin yapılmasını sağlamışlardır.

7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Çalışmanın hipotezleri belirlenirken araştırmacının özel bakım merkezlerinin müdürleri ile görüşmeleri ve sahada gözlemledikleri etkili olmuştur. İş yerinde ve evde benzer işlerin yapılmasının çalışanlarda bıkkınlık yarattığı araştırmacının dikkatini çekmiştir. Ayrıca eğitim seviyelerinin düşük olması haklarını aramaları ve örgütlenme açısından bilinçsiz olduklarını göstermiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan hemşire, psikolog gibi elemanların da örgütlenme ve çalışma düzenine önem vermemeleri araştırmacının dikkatini çeken bir başka ayrıntı olmuştur.

Çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Kadın çalışanlar özel bakım merkezlerinde hastalar ile iletişim sırasında hastaların saldırgan davranışlarına maruz kalır.
2. Kadınlar özel bakım merkezlerinde çalışırken psikolojik ve fizyolojik olarak zarar görür.
3. Çalışanların aldıkları ücret yaşları arttıkça artar.
4. Kadınların medeni durumları evdeki sorumluluklarını etkiler.
5. Çalışanların çocuk sahibi olmaları evdeki sorumluluklarını artırır.

6. Çalışanların meslekleri ev işlerinde profesyonel yardım almalarını etkiler.

8. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınlardan anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır. Analizlerde sadece anlamlı ilişki çıkan bulgular değerlendirmeye alınmış; ancak anlamsız çıktığı halde derinlemesine görüşmelerde analiz edilen dikkate değer bulgular da bu bölümde kullanılmıştır.

8. 1. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan kadınlar farklı yaş gruplarındadır. Aynı zamanda bu kadınlar birbirinden farklı eğitim ve medeni duruma sahiptir. Çalışmaya katılan kadınlardan 19-30 yaş arasındakilerin oranı %36,7, 31-40 yaş arasındakilerin oranı %40 ve 40 yaş üstündekilerin oranı ise %23,3'tür.

Çalışmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 8'de ayrıntılı olarak ifade edilmiştir.

Tablo 8: Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	19-30 Yaş	22	36,7
	31-40 Yaş	24	40,0
	40 Yaş üstü	14	23,3
	Toplam	60	100,0
Medeni Durum	Bekar	17	28,3
	Evli	38	63,3
	Boşanmış	4	6,7
	Eşi Ölmüş	1	1,7
	Toplam	60	100,0
Çocuk Durumu	Var	37	61,7
	Yok	23	38,3
	Toplam	60	100,0

Çocuk Sayısı	1	5	13,5
	2	22	59,5
	3	10	27,0
	Toplam	37	100,0
Eğitim Durumu	İlk Okul Mezunu	17	28,3
	Orta Okul Mezunu	10	16,7
	Lise Mezunu	17	28,3
	Yüksek Okul Mezunu	6	10,0
	Üniversite Mezunu	10	16,7
	Toplam	60	100,0

Medeni duruma bakıldığında, çalışan kadınların %28,3'ü bekar, %63,3'ü evli, %6,7'si boşanmış, %1,7'sinin ise eşi vefat etmiştir. Evli kadınların çalışma yaşamında daha fazla yer alması ekonomik sıkıntılarının var olmasından kaynaklanmaktadır. Bekar kadınlar kendi isteklerini daha rahat karşılayabilmek ve eğitimlerinin karşılığını alabilmek adına çalışırken; evli kadınlar daha çok ailesinin ve çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamak adına kendi isteklerinden mahrum kalarak çalışma hayatında yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki kadın çalışanların %61,7'si çocuk sahibi iken; %38,3'ü ise çocuk sahibi değildir. Bu durum da çocuk sahibi olan kadınların çalışmaya daha çok ihtiyaç duyduklarını kanıtlamaktadır. Çocuk sahibi olan kadın çalışanlardan %13,5'i 1 çocuk sahibi, %59,5'i 2 çocuk sahibi ve son olarak da %27'si 3 çocuk sahibidir. Kadın çalışanların çocuk sayılarının az olması daha çok ekonomik ve sosyal nedenlerden kaynaklanmaktadır. Ancak çalışan kadınların %86,5'inin çocuk sayısı 2 ve daha fazladır. Bu durum kadınların çalışma hayatına girmesi konusunda en önemli nedenler arasındadır. Çalışmaya katılanlardan %28,3'ü ilkokul mezunu, %16,7'si ortaokul mezunu, %28,3'ü lise mezunu, %10'u yüksekokul mezunu ve %16,7'si ise üniversite mezunudur. İlkokul ve lise mezun sayılarının çoğunlukta olmasının nedeni yapılan görüşmelerin bakım elemanları üzerinde yoğunlaşmasıdır.

8. 2. Çalışanların Meslek ve Kurumla İlgili Özellikleri

Çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlasını (%71,7) hasta bakım elemanları oluşturmaktadır. Özel bakım merkezlerinde hasta bakım elemanı olarak çalışan kadınların sayısı diğer meslek gruplarındaki kadınların sayısına oranla çok daha fazla olduğundan araştırma kapsamının ana grubu kadın hasta bakım elemanları olarak belirlenmiştir ve bu oranlar Tablo 9'da ifade edilmiştir.

Tablo 9: Çalışanların Meslek İle İlgili Özellikleri

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Meslek	Hasta Bakım Elemanı	43	71,7
	Hemşire	5	8,3
	Psikolog	6	10,0
	Resim Öğretmeni	2	3,3
	Aşçı	4	6,7
	Toplam	60	100,0
İş Yaşantısının Nasıl Başladığı	Başvuru	8	13,3
	Kurs	22	36,7
	Tanıdık Aracılığıyla	19	31,7
	Staj Sonrası	5	8,3
	İş Teklifi Sonrası	1	1,7
	İşkur Aracılığıyla	3	5,0
	Tavsiye İle	1	1,7
	Gönüllü Olarak	1	1,7
	Toplam	60	100,0

Meslek durumuna göre dağılıma bakıldığında çalışmaya katılan hasta bakım elemanlarının oranının %71,7, hemşirelerin oranının %8,3, psikologların oranının %10, resim öğretmeni oranının %3,3 ve aşçıların oranının ise %6,7 olduğu görülmektedir. Ancak hasta bakım merkezlerinde ayrı meslek grubu olarak aşçıların bulunmamaktadır. Yani aşçıların aslında hasta bakım elemanlarının yüzdesi içinde yer almaktadır. Kadın hasta bakım elemanlarından mutfak konusunda yetenekli olanlar öğle tatiline yakın tüm personele yemek pişirmekte ve bu görev tanımları ayrıca belirtilmemektedir. Kurumlar kendi bünyelerinde 1 psikolog, vardiyayı karşılayacak şekilde 2-4 hemşire ve hastaların eğitimleri ve etkinlikleri açısından halk eğitim tarafından görevlendirilen 1 tane resim öğretmeni çalıştırdıkları için bu meslek gruplarının oranı daha azdır.

Sosyo-demografik özelliklerin dışında çalışanlara meslekleri ve çalışma koşulları ile ilgili de bazı sorular sorulmuştur. Bunlardan birincisi bu meslekteki iş yaşantılarının nasıl başladığı üzerinedir. Sırası ile çalışanları bu mesleğe başlatan nedenler şu şekilde sıralanabilir; iş başvurusu ile (%13,3), kurs aracılığıyla (%36,7), tanıdık vasıtasıyla (%31,7), staj sonrasında (%8,3), işveren tarafından yapılan iş teklifi ile (%1,7), İŞKUR aracılığıyla (%5), kurumda çalışanların tavsiyesi ile (%1,7) ve gönüllü olarak (%1,7) bulunmuştur. Kadın çalışanların halk eğitim ya da İŞKUR tarafından açılan kurslar aracılığıyla iş bulma imkanlarının artması yüksek oranda (%36,5+%5=%41,5)

belirlenmiştir. Çalışanların bu mesleği ne kadar zamandır yaptıkları da mesleğin yıpratıcı olup olmamasının değerlendirilmesi açısından araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışanların %26,7'si 0-6 ay, %10'u 6-12 ay ve %63,3'ü de 1-2 yıldır bu mesleği yapmaktadır. Anketlerin uygulanması sırasında ekonomik yetersizlikler, düşük eğitilmiş çalışanların başka iş bulma konularında özgüvenlerinin olmaması bu mesleği yapmaya devam etmelerinin nedenlerinden biri olarak gözlemlenmiştir. Bununla birlikte derinlemesine görüşmelerde anlaşıldığı üzere evdeki sorumluluklardan yorulan ve çalışmayı sosyalleşme olarak kabul eden kadın çalışanlar uzun süredir bu mesleği yapmakta ve bakım merkezinde bakmakta oldukları yaşlılarla aralarındaki manevi bağdan bahsetmektedirler. İçlerinden bir çalışan bu durumu şu şekilde ifade etmektedir:

“Her geçen gün hastalara bağlanıyoruz. Özellikle yaşlıların bize muhtaç olduğunu gördükçe işimizi Allah rızası için yapmaya başlıyoruz ve çalışma şartlarımız zor da olsa kabulleniyoruz. Çünkü bir gün kendimizin de yaşlanacağını düşünüp bu şekilde motive oluyoruz. Hastalar ölünce uzun süre kendimize gelemiyoruz.”

Çalışanların Kurum ile ilgili özelliklerini ifade eden çalışma süreleri, alınan ücret miktarı, ücret farklılıklarının neye göre belirlendiği, çalışma saatleri, fazla mesai yapılma durumu, yıllık izin süreleri, evlilik ve ölüm izin süreleri, çalışma listelerini kimin yaptığı, çalışanlara kıyafet verilmesi ve çalışanların sosyal hakları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Çalışanların Kurum İle İlgili Özellikleri

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Çalışma Süresi	0-6 Ay	16	26,7
	6-12 Ay	6	10,0
	1-2 Yıl	38	63,3
	Toplam	60	100,0
Alınan ücret	1500 Ve Altı	51	85,0
	1500 üstü	9	15,0
	Toplam	60	100,0
Ücret Farklılığının Neye Göre Belirlendiği	Mesleğe Göre	42	70,0
	Performansa Göre	16	26,7
	Tecrübe	2	3,3
	Toplam	60	100,0
Çalışma Saati	8	60	100,0
	Toplam	60	100,0
Fazla Mesai Yapılma Durumu	Evet	11	18,3

	Hayır	49	81,7
	Toplam	60	100,0
Yıllık İzin Süresi	14	36	78,3
	20	10	21,7
	Toplam	46	100,0
Evlilik İzin Süresi	3	60	100,0
	Toplam	60	100,0
Ölüm İzin Süresi	3	60	100,0
	Toplam	60	100,0
Çalışma Listelerini Kimin Yaptığı	İşveren	58	96,7
	Psikolog	2	3,3
	Toplam	60	100,0
Çalışanlara Kıyafet Verilmesi	Evet	58	96,7
	Hayır	2	3,3
	Toplam	60	100,0
Çalışanların Sosyal Olanakları	Yemek Ve Servis	34	56,7
	Yemek Ve Yol Parası	4	6,7
	Yemek	22	36,7
	Toplam	60	100,0

Çalışanların kurum ile ilgili özelliklerine bakıldığında çalışanlar %26,7'si 0-6 ay arası, %10'u 4-12 ay arası ve %63,3'ü de 1-2 yıl süre ile bu işi yapmaktadır. Kurumdan alınan ücrete bakıldığında çalışanların %85'i 1500 TL ve altı ücret alırken; %15'i 1500 TL üstünde ücret almaktadır. Kurumda ücret farklılıkları mesleğe göre (%70), performansa göre (%26,7) ya da tecrübeye göre (%3,3) belirlenmektedir. Aynı meslek içerisinde meydana gelen farklılıklar ise bize performansa dayalı ücret ilkesinin de esas alındığını kanıtlamaktadır. Çalışmaya katılan kadınlardan bazıları ücret farklılıklarının işverenlerin insiyatifinde olduğunu dile getirmektedir. Ayrıca tanıdık yoluyla işe girenlerin ücretlerinin daha yüksek olduğunu belirten çalışanlara bakıldığında özel bakım merkezlerindeki ücret ayrımcılığı da açık şekilde ifade bulmaktadır. Vardiya sisteminin olmasından dolayı çalışanların çalışma süreleri 8 saat ile sınırlıdır. Ancak, çalışanlara fazla mesai de yaptırılmaktadır. Kurumlardaki çalışanların %18,3'ü fazla mesai yaptığını söylerken; %81,7'si fazla mesai yapmadıklarını belirtmiştir. İzinler konusunda ise kurumların kanun hükümlerine uydukları belirlenmiştir. Kıdeme göre yıllık izin sürelerini esas alan özel bakım merkezleri çalışanlarının ani hastalık durumlarında da ekstra izin ya da rapor uygulamasını kullanmaktadırlar. Ayrıca evlilik ve ölüm izinleri de çalışanlara 4857 sayılı İş Kanunu'na uygun şekilde verilmektedir. Çalışanların vardiyalara göre çalışma listeleri işverenler (%96,7) ve psikologlar (%3,3)

tarafından yapılmaktadır. Ancak yapılan gözlemler ve bire bir görüşmeler sonucunda çalışanların ifadesi ile çalışma listeleri oluşturulurken işverenlerin tanıdıklarına “torpilli” davrandıkları saptanmaktadır. Çalışanlara kurum tarafından işyerinde kullanmaları için kıyafet verilip verilmediğinin belirlenmesi açısından sorulan soruda çalışanların %96,7’si evet derken %3,3’ü hayır demektedir. Kurumun çalışanlarına sağladığı sosyal haklara baktığımızda çalışanların %36,7’si yemek ve servis hakkının olduğunu, %6,7’si yol ve yemek parası aldıklarını, %36,7’si ise sadece yemek hakkının olduğunu söylemektedir.

8. 3. Çalışmaya Katılanların İş Yaşantıları ile ilgili Özellikleri

8. 3. 1. Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İş Yaşantıları Arasındaki İlişki

Bu bölümde çalışanların bazı sosyo-demografik özellikleri ile iş yaşantıları arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Sırası ile yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sahibi olanların çocuk sayısı, eğitim, meslek arasında bu ilişki aranmıştır.

İlk olarak çalışmaya katılanların işlerini nasıl buldukları ve yaşları arasındaki ilişki incelenecek olursa; çalışmaya katılanların işlerini hangi yolla buldukları ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özel bakım merkezleri belli bir eğitime tabi tutulmamış elemanları bakım elemanı olarak tercih etmemektedir. Bu merkezler ya kendi bünyelerinde ya da başka kurumlar aracılığıyla hasta bakım sertifikası alan kişileri bakım elemanı olarak kurum içerisinde istihdam ettirmektedirler. Bu kapsamda çalışanların bir kısmının işlerini eğitim aldıktan sonra buldukları saptanmaktadır. Bu durum rakamsal olarak Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Çalışmaya Katılanların İşlerini Nasıl Buldukları ve Yaşları Arasındaki İlişki

		19-30 yaş		31-40 yaş		40 yaş üstü		p
		n	%	N	%	n	%	
İşi Nasıl Bulduğu	Eğitim aldıktan sonra	5	%22,7	17	%70,8	8	%57,1	X ² =12,142 p=0,016
	Tanıdık aracılığıyla	16	%72,7	7	%29,2	5	%35,7	
	İnternet aracılığıyla	1	%4,5	0	%0,0	1	%7,1	

Gruplar 19-30, 31-40 ve 40 yaş üstü olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılıp 19-30 yaş grubu arasında olanların %22,7'si eğitim aldıktan sonra, %72,7'si tanıdık aracılığıyla, %4,5'i internet aracılığıyla; 31-40 yaş arasında olanların %70,8'i eğitim aldıktan sonra, %29,2'si tanıdık aracılığıyla; yaşı 40 yaş üstü olanların %57,1'i eğitim aldıktan sonra, %35,7'si tanıdık aracılığıyla ve %7,1'inin ise internet aracılığıyla olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan 19-30 yaş arası grubun çoğunluğu tanıdık aracılığıyla bakım merkezlerindeki işlerini bulmaktadırlar. Özellikle ilçelerde bulunan bakım merkezlerindeki çalışanların tanıdık vasıtasıyla bu kurumlara girdikleri gözlemlenmektedir. Ancak 31-40 yaş arası grup için durum biraz daha farklı olmaktadır. Bu gruptakilerin çoğunluğu eğitim sürecinden geçtikten sonra özel bakım merkezlerinde bakım elemanı olarak işe başlamaktadırlar. Diğer bir değişle çalışanların işlerini nasıl buldukları ile yaş değişkeni birbirini etkilemektedir ($X^2=12,142$; $p=0,016<0.05$). Genç yaşlarda iş genellikle tanıdık aracılığıyla edinilirken; orta yaş ve üstünde iş daha profesyonel şekilde edinilmektedir.

İkinci olarak çalışmaya katılanların aldıkları ücret ile yaşları arasındaki ilişki incelenmektedir. Çalışmaya katılanların aldıkları ücret ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($X^2= 7,768$; $p=0,021<0.05$) olduğundan yaşın alınan ücreti etkilediği anlaşılmaktadır. Tablo 12'de de belirtildiği gibi yaşı 19-30 arası olanların %68,2'sinin 1500 TL ve altı, %31,8'inin 1500TL üstü; yaşı 31-40 arası olanların %95,8'inin 1500 TL ve altı, %4,2'sinin 1500 TL üstü; yaşı 40'ın üstünde olanların %92,9'unun 1500 TL ve altı, %7,1'inin 1500 TL üstü olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Çalışmaya Katılanların Aldıkları Ücret ile Yaşları Arasındaki İlişki

		19-30 yaş		31-40 yaş		40 yaş üstü		p
		n	%	N	%	n	%	
Alınan Ücret	1500 TL ve altı	15	%68,2	23	%95,8	13	%92,9	$X^2=7,768$ $p=0,021$
	1500 TL üstü	7	%31,8	1	%4,2	1	%7,1	

Çalışanlardan 30 yaş ve üzerindekiilerin büyük bir çoğunluğu (%90'ın üstü) genelde asgari ücret ile çalışmaktadır. Bu durumda ücretin belirlenmesinde yaş ile birlikte meslek grupları da önem arz etmektedir. Ancak aynı meslek grubundaki

bireylerin ücretleri incelendiğinde yaşları büyük olanların daha fazla ücret aldığı da derinlemesine görüşmelerde belirlenmiştir.

Özel bakım merkezlerinde bakım elemanları asgari ücret üzerinden ücretlendirilmektedir. Çalışma kapsamını ağırlıklı olarak bakım elemanları oluşturduğu için 1500 TL ve altında maaş alanların oranı yüksek çıkmaktadır. Bakım elemanları arasındaki ücretlendirmede performans ya da başka bir uygulama ile herhangi birine fazla ücret verilmemektedir. Ancak hemşireler ve psikologlar bakım elemanlarına göre daha yüksek ücret almaktadır.

Üçüncü olarak; çalışmaya katılanların iş yaşamında karşılaştıkları zorluklar ve yaş arasındaki ilişki incelenmektedir. Tablo 13'te bu ilişki sayısal veriler ile ifade edilmektedir.

Tablo 13: Çalışmaya Katılanların İş Yaşamında Karşılaştıkları Zorluklar ve Yaş Arasındaki İlişki

	19-30 yaş		31-40 yaş		40 yaş üstü		p	
	n	%	N	%	n	%		
İş yaşamında karşılaşılan zorluklar	İletişim	5	%22,7	0	%0,0	1	%7,1	X ² =22,076 p=0,141
	Sorumluluk almak	1	%4,5	3	%12,5	1	%7,1	
	Hastaların saldırgan davranışları	4	%18,2	4	%16,7	0	%0,0	
	Psikolojik	6	%27,3	3	%12,5	3	%21,4	
	Psikolojik ve fizyolojik	1	%4,5	2	%8,3	0	%0,0	
	Fizyolojik	3	%13,6	3	%12,5	3	%21,4	
	Sorun yok	1	%4,5	6	%25,0	6	%42,9	
	Haksızlığa uğramak	1	%4,5	1	%4,2	0	%0,0	
	Çalışma ortamı	0	%0,0	2	%8,3	0	%0,0	

İş yaşamında karşılaşılan zorluklar ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (X²=22,076; p=0,141>0.05). Yaşı 19-30 arası olanların %22,7'si iletişim, %4,5'i hastaların sorumluluğunu almak, %18,2'si hastaların saldırgan davranışları, %27,3'ü psikolojik, %4,5'i psikolojik ve fizyolojik, %13,6'sı fizyolojik, %4,5'i sorun yok, %4,5'i haksızlığı uğramak olarak görülmektedir. Yaş grubu olarak 31-40 yaş arası incelendiğinde; %12,5'i sorumluluk almak, %16,7'si hastaların saldırgan davranışları, %12,5'i psikolojik, %8,3'ü psikolojik ve fizyolojik, %12,5 fizyolojik, %25'i sorun yok, %4,2'si haksızlığa uğramak, %8,3'ü çalışma ortamı konusunda

yaşadıkları zorlukları dile getirmektedirler. Son olarak 40 yaş üstü gruptakilerden %7,1'i iletişim, %7,1'i sorumluluk almak, %21,4'ü psikolojik, %21,4'ü fizyolojik, %42,9 sorun yok olarak görülmektedir.

Çalışanların karşı karşıya kaldıkları sorunlar hastalar ile yaşanan iletişim eksikliği, hastaların sorumluluğunu almak, hastaların saldırgan davranışları, psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklar, çalışma ortamından kaynaklanan sorunlar ve haksızlığa uğramak olarak belirlenmektedir. Yaş ile bu sayılan sorunlar arasında anlamlı bir ilişki istatistiksel olarak bulunamamıştır. Ancak yaş faktörünün çalışanların tahammül sınırını olaylara bakış açısını, psikolojik ya da fizyolojik olarak olaylardan etkilenme oranlarını değiştirdiği derinlemesine görüşmelerde belirlenmektedir. Bu durumu ifade etmek gerekirse; çalışanlara bu konu ile ilgili sorulan sorularda yaşları büyük olanlar daha sakin ve ılımlı cevaplarla hastalar ile iletişim sorunu yaşamadıklarını belirtirken; yaşı daha genç olanlar sorunlarının fazla olduğunu agresif bir dille ifade etmişlerdir.

Çalışanlardan 40 yaş üstü olanlar iletişim ve hastaların sorumluluğunu alma konusunda diğer gruplara göre daha az etkilenmektedirler. Çünkü yaşları gereği olaylara ve hastalara daha sakin yaklaşabilmektedirler. Bu yaş grubunda olayları eleştirmek yerine mevcut durumu kabul edip boyun eğme olgusunun daha fazla olduğu görülmektedir. 43 yaşındaki bir hasta bakım elemanı iş yaşamında karşılaştıkları sorunları şu şekilde dile getirmektedir:

“Burada hastalar her an her şeyi yapabilirler. Ölüm tehlikemiz bile var. Evde küçük çocuğunun bezini bile alamazken hastaların bezini almak zorunda kalıyorsun. İşini ve hastanı sevmezsen asla bu işi yapamazsın. Bunu iş olarak değil vicdan meselesi olarak görmek zorundasın.”

40 yaş üstü bakım elemanları yaşları gereği diğer genç hastalara göre daha çabuk yorulmaktadır. Bu gruptakiler diğer zorluklara oranla fizyolojik sorunları daha fazla yaşamaktadır. Bir başka bakım elemanına göre:

“Hastalardan öğrenmiyorum; ama hastaların agresif halleri beni psikolojik olarak etkiliyor. Bununla birlikte bedenen çok yoruluyorum. İşten sonra eve gittiğimde ailemle konuşacak halim bile kalmıyor. Çalışma arkadaşlarımdan büyük olduğum için sağlık sorunlarım çıkıyor ve bu benim çalışmamı olumsuz etkiliyor.”

Birebir görüşmelerden de anlaşıldığı üzere yaş faktörü istatistiksel olarak anlamsız çıkarken; hastaların yaşadıkları zorluklar konusunda anlam ifade etmektedir. Özellikle 19-30 yaş arası bakım elemanlarının tahammül sınırı az olduğu için bunlar psikolojik sorunları daha fazla yaşarken; 31-40 yaş arası ve 40 yaş üstü grup daha kabullenici olduğu için iş ortamları için “sorun yok” ifadesini kullanmaktadırlar; ancak fizyolojik olarak da bu durumdan olumsuz etkilenmektedirler.

Dördüncü olarak; çalışmaya katılanların işlerini nasıl buldukları ve medeni durum arasındaki ilişki incelenmektedir. Medeni durum kadınların hem iş hem de ev hayatında karşılaştıkları sorunları değiştirip çeşitlendirmektedir. Bu çalışmada medeni durum ile kadın çalışanların işlerini nasıl buldukları arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmaktadır ($X^2=14,36$; $p=0,026<0.05$). Tablo 14’te bu durum ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Tablo 14: Çalışmaya Katılanların İşlerini Nasıl Buldukları ve Medeni Durum Arasındaki İlişki

		Bekar		Evli		Boşanmış		Eşi ölmüş		P
		n	%	n	%	N	%	n	%	
İşi Nasıl Bulduğu	Eğitim aldıktan sonra	4	%23,5	23	%60,5	2	%50,0	1	%100,0	$X^2=14,364$ $p=0,026$
	Tanıdık aracılığıyla	12	%70,6	15	%39,5	1	%25,0	0	%0,0	
	İnternet aracılığıyla	1	%5,9	0	%0,0	1	%25,0	0	%0,0	

Medeni durumu bekar olanların 4’ünün (%23,5) eğitim aldıktan sonra, 12’sinin (%70,6) tanıdık aracılığıyla, 1’inin (%5,9) internet aracılığıyla; medeni durum evli olanların 23’ünün (%60,5) eğitim aldıktan sonra, 15’inin (%39,5) tanıdık aracılığıyla; medeni durum boşanmış olanların 2’sinin (%50) eğitim aldıktan sonra, 1’inin (%25) internet aracılığıyla; medeni durum eşi ölmüş olanlardan 1’inin (%100) eğitim aldıktan sonra olduğu görülmektedir.

Yukarıdaki istatistiksel ifadeler incelendiğinde bekarların işlerini büyük oranda tanıdık aracılığıyla; evli olanların işlerini büyük oranda belli bir eğitim aldıktan sonra; eşinden boşanmış olan kadın çalışanların işlerini eğitim aldıktan sonra ve son olarak da eşi ölmüş olanlar işlerini eğitim aldıktan sonra bulmaktadırlar. Ülkemizde son yıllarda internet üzerinden işe alım süreci oldukça etkin olmasına rağmen görünürde tanıdık

aracılığıyla ya da elden başvuru ile kurumun zorunlu kıldığı eğitim sonrasında işe başlamanın daha yaygın olduğu görülmektedir. Bir meslek olarak hasta bakım elemanlığı hem kadınların evde yapmaya alışkın olduğu işler olması dolayısıyla hem de çevredeki insanların kadınlar için bu mesleği uygun görmelerinden dolayı tanıdık aracılığıyla, tavsiye, başvuru ya da eğitim yoluyla kadınları bu mesleğe yönlentmektedir. Daha önce başka bir işyerinde çalışmayan kadınlar evde de yapmaya alışkın oldukları bu işleri iş yerinde yaptıklarında hem yabancılık çekmemekte hem de ilk defa girmiş oldukları iş ortamında zorlanmamaktadırlar.

Beşinci olarak; çalışmaya katılanların çalışma saati ile medeni durum arasındaki ilişki incelenmektedir. Bekar, evli, eşinden boşanmış ve eşi ölmüş tüm kadın çalışanlar çalışma saatinin 8 saat olduğunu söylemektedirler (%100). Bu durum da çalışma saati konusundaki analizi anlamlı hale getirmektedir ($X^2=0,000$; $p=0,000<0.005$). Tablo 15 bu durumu açık bir şekilde ifade etmektedir.

Tablo 15: Çalışmaya Katılanların Çalışma Saati ile Medeni Durum Arasındaki İlişki

		Bekar		Evli		Boşanmış		Eşi ölmüş		P
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Çalışma Saati	8 saat	17	% 100,0	38	% 100,0	4	% 100,0	1	% 100,0	$X^2=0,000$ $p=0,000$

Çalışma saatleri ve vardiya konusunda tüm çalışanlar çalıştıkları kurumdan memnun olduklarını ve vardiya konusunda herhangi bir sıkıntı yaşamadıklarını dile getirmektedirler. Ancak bunun yanı sıra yıllık izinler, bayram tatilleri, resmi tatiller süresince vardiya değişimleri konusunda bazı problemlerle karşı karşıya kaldıklarını da gizlememektedirler. Bu konuda çalışanlardan biri çalışma saati ve medeni durum arasındaki ilişki ile ilgili şunları dile getirmektedir:

“İşverenler bazı çalışanları ayrı tutuyorlar. Önceden tanıdıkları elemanlar bir de evli ve çocuklu ise özel günlerde ve resmi tatillerde onlara vardiya yazmıyorlar. Bu durumda biz mağdur oluyoruz. 8 saat çalışıyoruz ama kurumdaki durumu ağır olan hastalarla ilgili bir sorun yaşandığında gece bizi çağırabiliyorlar.”

Altıncı olarak; çalışmaya katılanların aldıkları ücret ile sahip oldukları çocuk durumu arasındaki ilişki incelenmektedir. Araştırma kapsamında meslek dağılımına baktığımızda ağırlıklı olarak hasta bakım elemanlarıyla görüşme ve anket uygulaması yapılmaktadır. Hem çocuk sahibi olup hem de 1500 TL ve altında ücret alan hasta bakım elemanlarının daha fazla oranda çıktığı istatistiklerde gözlemlenebilmektedir. Hasta bakım merkezlerinde psikolog, resim öğretmeni olarak genellikle genç ve yeni mezun elemanlar istihdam edilmektedir. Bunlar evli ve çocuk sahibi olmadıkları gibi hasta bakım elemanlarına oranla meslek gereği daha yüksek ücretlenmeye tabii tutulmaktadır. Tablo 16’de belirtilen istatistiksel sonuçlarda bu durum daha net olarak anlaşılmaktadır.

Tablo 16: Çalışmaya Katılanların Aldıkları Ücret ve Sahip Oldukları Çocuk Durumu Arasındaki İlişki

		Çocuk Var		Çocuk Yok		p
		n	%	N	%	
Alınan Ücret	1500, Altı	35	%94,6	16	%69,6	X ² =6,969 p=0,012
	1500 üstü	2	%5,4	7	%30,4	

Çalışma kapsamında çalışanların aldıkları ücret ve sahip oldukları çocuk durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çocuğu olanların %94,6’sı 1500 TL ve altı, %5,4’ü 1500 TL ve üstü; çocuğu olmayanların %69,6’sının 1500 TL ve altı, %30,4’ünün 1500 TL ve üstü ücret aldığı olduğu görülmektedir (X²=6,969; p=0,012<0.05).

Yedinci olarak; çalışmaya katılanların aldıkları ücret ile eğitim arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya katılan bireyler arasında alınan ücret ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Tablo 17’de bu durum aşağıdaki gibi açıklanmıştır:

Tablo 17: Çalışmaya Katılanların Aldıkları Ücret ile Eğitimleri Arasındaki İlişki

		İlkokul Mezunları		Ortaokul Mezunları		Lise Mezunları		Yüksekokul Mezunları		Üniversite Mezunları		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alınan Ücret	1500 TL ve Altı	17	%100,0	10	%100,0	16	%94,1	5	%83,3	3	%30,0	X ² =29,612 p=0,000
	1500 TL üstü	0	%0,0	0	%0,0	1	%5,9	1	%16,7	7	%70,0	

Çalışmaya katılanların aldıkları ücret ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($X^2=29,612$; $p=0,000<0.005$). Eğitim durumu ilkokul mezunu olanların 17'sinin (%100) 1500 TL ve altı; eğitim durumu ortaokul mezunu olanların 10'unun (%100) 1500 TL ve altı; eğitim durumu lise mezunu olanların 16'sinin (%94,1) 1500 TL ve altı, 1'inin (%5,9) 1500 TL üstü; eğitim durumu yüksek okul mezunu olanların 5'inin (%83,3) 1500 TL ve altı, 1'inin (%16,7) 1500 TL üstü; eğitim durumu üniversite mezunu olanların ise 3'ünün (%30) 1500 TL ve altı, 7'sinin (%70) 1500 TL üstü olduğu görülmektedir. Eğitim durumu yükseldikçe alınan ücretin yükselme olasılığı da artmaktadır.

Hasta bakım merkezlerinde hasta bakım elemanları asgari ücret ile çalışmaktadır. Lise mezunu olanlardan asgari ücretten fazla alan elemanları genellikle emekli hemşireler grubu oluşturmaktadır. Kamu kurumlarından emekli olan lise mezunu hemşireler maddi durumlarına katkı sağlamak amacıyla hasta bakım merkezlerinde de emeklilik sonrası çalışmalarını sürdürmektedirler. Bunun haricinde hasta bakım merkezlerinde genellikle müdür kadrosunda ya da normal olarak çalışan psikologlar 1500 TL ya da üstü ücret almaktadırlar. Ve aldıkları bu ücretleri de piyasa koşulları, diğer bakım merkezlerinde aynı konumdaki elemanlara verilen ücretler belirlemektedir.

Sekizinci olarak; çalışmaya katılanların yaptıkları işin eğitimlerine uygun olduğu düşüncesi ile eğitim arasındaki ilişki incelenmektedir. Çalışmaya katılanlar arasında psikolog, sosyal hizmet uzmanı, resim öğretmeni, hemşire gibi özel eğitim gerektiren meslekler dışında kalan hasta bakım elemanlarının çok farklı eğitim dallarından mezun oldukları görüşmeler sırasında tespit edilmiştir. Lise mezunu, yüksekokul mezunu, açık öğretim mezunu olup öncesinde açılış, muhasebe, temizlik elemanı gibi farklı

alanlarda çalışan bireylerin hasta bakım elemanı olarak tek bir noktada birleştikleri görülmektedir. Tabii ki bu bireylerden bazıları aldıkları eğitimin şu anda yapmakta oldukları hasta bakım elemanlığı için uygun olduğunu düşünürken bazıları da eğitimleri gereği daha iyi bir işte çalışmalarının uygun olduğunu düşünmektedir. Tablo 18 durumu aşağıdaki gibi ifade etmektedir.

Tablo 18: Çalışmaya Katılanların Yaptıkları İşin Eğitimlerine Uygun Olduğu Düşüncesi ile Eğitim Arasındaki İlişki

		İlkokul Mezunları		Ortaokul Mezunları		Lise Mezunları		Yüksekokul Mezunları		Üniversite Mezunları		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaptığı işlerin eğitimine uygun olduğu düşüncesi	Evet	17	%100,0	10	%100,0	11	%64,7	5	%83,3	10	%100,0	X ² =14,241 p=0,007
	Hayır	0	%0,0	0	%0,0	6	%35,3	1	%16,7	0	%0,0	

Bu değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($X^2=14,241$; $p=0,007<0,05$). Eğitim durumu ilkökullü ve ortaokullü mezun olanların %100'ü yaptıkları işin eğitimlerine uygun olduğunu düşünmektedir. Eğitim durumu lise ve üstü olanlar için ise durum biraz daha farklılaşmaktadır. Lise mezun olanların %64,7'si eğitimlerinin yaptıkları işe uygun olduğunu düşünürken; %35,3'ü yaptıkları iş ile aldıkları eğitimi uyumsuz olarak kabul etmektedir. Eğitim durumu yüksekokul mezun olanların %83,3'ü yaptıkları iş ile eğitimleri arasında uygunluk görürken; %16,7'si aradaki ilişkiye hayır olarak cevap vermektedir. Üniversite mezun olanların %100'ü ise yaptıkları işi eğitim seviyeleri ile uyumlu olarak kabul etmektedir.

Üniversite mezunları hasta bakım merkezlerinde üst düzey eleman olarak çalıştıkları için eğitimleri ile yaptıkları işleri birbirine uyumlu olarak kabul etmektedir. Ancak lise ve yüksek okul mezun olanlar genellikle çaresizlikten, mevcut işsizlikten dolayı bu mesleğe yöneldiklerini belirtmektedir. Çalışanlardan lise mezun olan bir hasta bakım elemanı durumunu şu şekilde yansıtmaktadır:

“Üniversiteyi 3. sınıfta bıraktım. O dönem evlenmişim ve maddi sıkıntılardan dolayı da okuyamamışım. Şuan lise mezunuyum ve bu iş lise mezunlarına oldukça uygun bir iş. Günümüzde lise mezunları iş bulmakta zorlanıyor. Ben de bu yüzden işime adapte olmaya çalışıyorum.”

Hasta bakım merkezlerinde özellikle çocuk gelişimi mezunları hasta bakım elemanı olarak çalışmaktadır. Ancak, bu bölüm mezunları yaptıkları işi eğitimlerine uygun bulmamaktadır. Bir çalışana göre:

“Yaptığım iş eğitimime uygun değil. Çünkü çocuk gelişimi mezunuyum. Tesadüfen bu işi buldum. ‘ Neden buradasın?’ dersiniz tamamen işsizlik ve çaresizlikten...”

Çalışanlardan bazıları eğitimleri ile yapılan işi uygun bulmasa da hasta bakım elemanı olmaktan memnun oldukları için bu mesleği sürdürmektedirler. Bir çalışan kendi durumunu şu şekilde ifade etmektedir:

“Muhasebe bölümü mezunuyum. Bu iş eğitimime uygun değil, evet. Ama muhasebecilik yaparken çok yoruluyordum. Akşam 22:00’ye kadar çalışmak zorunda kalıyorduk. Burada çok rahatım. Mesai saatleri belli, izinler önceden ayarlanıyor. Bu yüzden işimden memnunum. Bu işe de ihtiyacım olduğu için girdim. Burada hastalarla aranızda duygusal bir bağ kuruluyor. Bu meslekte hem maddi hem de manevi olarak kazanıyorsunuz. İşte bu yüzden ben işimde mutluyum.”

Dokuzuncu olarak; çalışmaya katılanların fazla mesai yapılma durumu ile meslek arasındaki ilişki incelenmiştir. Hasta bakım merkezlerinde vardiyalı olarak çalışılmaktadır. Çalışanlar üç vardiya halinde sekizer saat halinde çalışmaktadır. Çalışanların izin günleri, bayram tatilleri gibi resmi tatiller önceden belirlenmekte ve çalışanlara sırası ile uygulanmaktadır. Ancak bazı durumlara hasta bakım elemanlarına fazla mesai yaptırılmakta ve yaptırılan bu fazla mesai için ekstra ücret de ödenmemektedir. Tablo 21’de ifade bulan bu durum aşağıdaki gibidir:

Tablo 19: Çalışmaya Katılanların Fazla Mesai Yapılma Durumu ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki

		İlkokul Mezunu		Ortaokul Mezunu		Lise Mezunu		Yüksekokul Mezunu		Üniversite Mezunu		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Fazla mesai yapılma durumu	Evet	2	%11,8	0	%0,0	4	%23,5	1	%16,7	4	%40,0	X ² =6,188 p=0,186
	Hayır	15	%88,2	10	%100,0	13	%76,5	5	%83,3	6	%60,0	

Fazla mesai yapılma durumu ile meslek arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($X^2=11,952$; $p=0,0186<0.05$). Mesleği hasta bakım elemanı olanların %16,3'ü evet, %83,7'si hayır; mesleği hemşire olanların %100'ü hayır; mesleği psikolog olanların %66,7'si evet, %33,3'ü hayır; mesleği resim öğretmeni olanların %100'ü hayır; mesleği aşçı olanların ise %100'ü hayır olarak fazla mesai yapılması durumunu yanıtlamaktadır. Hasta bakım merkezlerinde hemşireler, psikologlar, hasta bakım elemanları vardiyalı sisteme göre çalışıp aynı zamanda da fazla mesai yaptıklarını dile getirmektedir.

Genel olarak çalışanlara çalışma saatleri sorulduğunda sekiz saat olarak bu soruyu yanıtlamaktadırlar. Ancak, fazla mesai ile ilgili bu sorunun cevabı için ise çalışanların bir kısmı fazla mesai yaptıklarını dile getirmektedirler. Burada bir zıtlık söz konusudur. Çalışanlardan özellikle kuruma yakın oturanlar hastaların kriz dönemlerinde gece geç saatlerde de olsa evlerinden aranarak kuruma çağırıldıklarını dile getirmektedirler. Bu durum fazla mesai olarak çalışanlar tarafından algılansa da buna ek bir ücret ödemesi almamaları onları rahatsız etmemektedir. Mesleği hemşire olanlar fazla mesai yapmamaktadırlar. Psikologlar ve hemşireler belirli dönemlerde nöbet usulü olarak çalışmaktadırlar. Aynı şekilde resim öğretmenleri ve aşçılar da kurum içerisindeki görevlerini yerine getirdikten sonra başka bir işle ilgilenmeyip mesai süresinin dolmasından sonra kurumu terk etmektedirler. Böylece fazla mesai yapılması durumunun sadece hasta bakım elemanları ve psikologlar için yoğun olarak uygulandığı bire bir görüşmelerde ve anket çalışmalarında gözlemlenebilmektedir.

Onuncu olarak; çalışmaya katılanların evde kaç kişi yaşadığı ile meslek arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo 20'de çalışmaya katılanların evlerinde kaç kişi yaşadığı ile meslekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($X^2=24,253$; $p=0,002<0.05$). Mesleği hasta bakım elemanı olanların %11,6'sının evde 1-2 kişi, %53,5'inin evde 3-4 kişi, %34,9'unun evde 5 ve üzeri; mesleği hemşire olanların %60'ının evde 1-2 kişi, %40'ının evde 5 ve üzeri; mesleği psikolog olanların %83,3'ünün evde 1-2 kişi, %16,7'sinin evde 3-4 kişi; mesleği resim öğretmeni olanların %50'sinin evde 3-4 kişi, %50'sinin evde 5 ve üzeri; mesleği aşçı olanların %75'inin evde 3-4 kişi, %25'inin evde 5 ve üzeri olduğu görülmektedir.

Tablo 20: Çalışmaya Katılanların Evde Kaç Kişi Yaşadığı ile Meslek Arasındaki İlişki

		Hasta Bakım Elemanı		Hemşire		Psikolog		Resim Öğretmeni		Aşçı		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evde kaç kişi yaşadığı	1-2 kişi	5	%11,6	3	%60,0	5	%83,3	0	%0,0	0	%0,0	$\chi^2=24,253$ p=0,002
	3-4 kişi	23	%53,5	0	%0,0	1	%16,7	1	%50,0	3	%75,0	
	5 ve üzeri	15	%34,9	2	%40,0	0	%0,0	1	%50,0	1	%25,0	

İstatistiksel sonuçlardan da anlaşıldığı üzere mesleği hasta bakım elemanı, aşçılık olan elemanların evlerinde 3 ve üzeri kişi yaşadığı görülürken; mesleği hemşire, psikolog olan elemanların ise evlerinde daha az kişi (1-2) yaşadığı görülmektedir. Bu durum sadece meslek değil eğitim ile de alakalıdır. Sahip olunan çocuk sayısı ve kişilerin eğitim süreleri, aileye bakış açılarını ve de çocuk sayısının yanı sıra kayınvalide/kayınpeder ile aynı evde yaşama oranını da etkilemektedir.

On birinci olarak; çalışmaya katılanların sendikaya üye olma durumu ve yaş arasındaki ilişki ile incelenmektedir. Sendikaya üye olmak ve yaş arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Tablo 21’te de görüleceği üzere tüm çalışanlar sendikaya üye olmadıklarını dile getirmektedirler. Yaşı 19-30 ve 31-40 yaş arası olanlar ile 40 yaş üstü olanların %100’ünün hayır yanıtını verdiği görülmektedir ($X^2=0,000$; $p=0,000<0.05$). Bu durum çalışanlar arasında sınıf ve örgütlenme bilincinin olmadığını en açık şekilde ifade etmektedir.

Tablo 21: Çalışmaya Katılanların Sendikaya Üye Olma Durumu ve Yaş Arasındaki İlişki

		19-30 yaş		31-40 yaş		40 yaş üstü		p
		n	%	n	%	n	%	
Sendikaya üye olma durumu	Hayır	22	%100,0	24	%100,0	14	%100,0	$X^2=0,000$ p=0,000

Derinlemesine görüşmelerde çalışanların hepsi “Sendikaya üye misiniz?” sorunu “hayır” olarak yanıtlamıştır. Çalışanlar arasında sendikaya yönelik birlik ve beraberlik konusunda eksiklikler vardır. Kendilerini bu konuda bilgisiz ve yetersiz

hissettiklerinden dolayı sendikaya sıcak bakmamaktadırlar ve üye olmamayı tercih etmektedirler.

Son olarak; Tablo 22 ise çalışmaya katılanların sendikaya üye olmama nedenlerini yaş değişkeni ile incelemektedir.

Tablo 22: Çalışmaya Katılanların Sendikaya Üye Olmama Nedenleri ve Yaş Arasındaki İlişki

		19-30 yaş		31-40 yaş		40 yaş üstü		p
		n	%	N	%	n	%	
Sendikaya Üye Olmama Nedenleri	Düşünmedim	4	%18,2	6	%25,0	4	%28,6	X ² =7,158 p=0,710
	Bilmiyorum	15	%68,2	14	%58,3	7	%50,0	
	Fırsat Olmuyor	0	%0,0	1	%4,2	0	%0,0	
	Bilinçsizlik	0	%0,0	1	%4,2	0	%0,0	
	Gerek Duymadım	2	%9,1	2	%8,3	3	%21,4	
	Siyasi Olduğu İçin	1	%4,5	0	%0,0	0	%0,0	

Çalışanların sendikaya üye olmama nedenleri ve yaş arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2=07,158$; $p=0,710>0.05$). Yaşı 19-30 yaş arası olanların %18,2'si düşünmedim, %68,2'si bilmiyorum, %9,1'i gerek duymadım %4,5'i siyasi olduğu için yanıtını vermektedir. Yaşı 31-40 yaş olanların %25'i düşünmedim, %58,3'ü bilmiyorum, %4,2'si fırsat olmuyor, %4,2'si bilinçsizlik, %8,3'ü gerek duymadım; 40 yaş üstü olanların %28,6'sı düşünmedim, %50'si bilmiyorum, %21,4'ü gerek duymadım olarak yanıt vermektedir. Tablo 15 incelendiğinde çalışanların sendikaya üye olmamasının arkasında yatan en büyük neden bu konuda bilinçsiz olmalarıdır. İşveren korkusu, sendikanın kötü bir şey olduğu algısı çalışanları sendikaya üye olmaktan uzaklaştırmaktadır. Her ne kadar bazı (1 ya da 2 tanesi) çalışan kadınlar sendikaya üye olmak istediklerini belirtse de bu konuda gidecekleri yerin olmadığını düşünerek bu davranışlarından vazgeçmektedirler. Bu azınlık olma durumu da onları sendikasız bir hayata sürükleyerek haklarını bilmeden olumsuz çalışma koşullarına razı gelmeye itmektedir.

Sendikaya üye olmama konusunda çalışanların daha çok bu konuda bilgi sahibi olmadıkları dikkat çekmektedir. Bilgi sahibi olanların da işsiz kalma korkusu ile

sendikadan uzak kaldıkları anlaşılmaktadır. Bir katılımcı sendika ile ilgili düşüncelerini şu şekilde dile getirmektedir:

“Bilinçli olmadığımız için sendikaya üye olmuyoruz. Bir dönem İstanbul’da yaşadım ve çalıştım. O zamanlar sendikaya üye olmuştum. Ama surf sendikaya üye olduğum için işveren işime son vermişti. Bu konuda bilgim de var ama üye olmak istemiyorum. İşsiz kalmak istemiyorum.

8. 3. 2. Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ev Yaşantıları Arasındaki İlişki

Bu bölümde çalışanların bazı sosyo-demografik özellikleri ile ev yaşantıları arasındaki ilişki incelenecektir.

İlk olarak çalışmaya katılanların evdeki sorumlulukları ile medeni durumları arasındaki ilişki incelenmiştir ve bu durum Tablo 22’de istatistiksel olarak ifade edilmiştir.

Tablo 22: Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumlulukları ile Medeni Durum Arasındaki İlişki

		Bekar		Evli		Boşanmış		Eşi ölmüş		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Evdeki Sorumlulukları	Rutin ev işleri	11	%64,7	38	%100,0	3	%75,0	0	%0,0	X ² =40,008 p=0,000
	Çocuklar	0	%0,0	0	%0,0	1	%25,0	0	%0,0	
	Sorumluluğum yok	4	%23,5	0	%0,0	0	%0,0	1	%100,0	
	Diğer	2	%11,8	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	

Çalışmaya katılanların evde sahip oldukları sorumluluklar ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($X^2=40,008$; $p=0,000<0.05$). Medeni durumu bekar olanların 11’inin (%64,7) rutin ev işleri, 4’ünün (%23,5) sorumluluğum yok, 2’sinin (%11,8) diğer; medeni durumları evli olanların 38’inin (%100) rutin ev işleri; medeni durumları boşanmış olanların 3’ünün (%75) rutin ev işleri, 1’inin (%25) çocuklar; medeni durumu eşi ölmüş olanların 1’inin (%100) sorumluluğum yok olarak yanıt verdiği görülmektedir.

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere bekar olanların bile evdeki sorumlulukları ağırlıklı olarak rutin ev işleri şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum kadınların her ne konumda olursa olsun ve hangi mesleği yaparsa yapsın toplumsal cinsiyet rollerine uygun şekilde rutin ev işlerinden de sorumlu olduklarını göstermektedir. Rutin ev işleri bulaşık, çamaşır, ütü gibi evin ve toplumun yeniden üretimini sağlayacak önemdeki işlerdir. Çalışanlar arasında yapılan bire bir görüşmelerde kadınların genellikle ev işlerinden; eşlerinin ise dışarı ile ilgili işlerden sorumlu olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum kadınların ev içi yüklerini artırmakta ve iş dünyasında eşleri ile aynı konumda olsalar dahi onları ev işlerinden alıkoyamamaktadır.

Hasta bakım elemanlığı meslek olarak ağır ve yorucu olmasından dolayı kadınlar bir de eve gittiklerinde evin rutin işleriyle uğraştıklarında bedenen ve ruhen yorulmaktadırlar. Yorgunluğunu ve bitkinliğini 34 yaşında bekar bir çalışan şu şekilde dile getirmektedir:

“Annem ve babam yaşlı. Eve geldiğimde o kadar yorgun oluyorum ki kimseyle konuşacak halim kalmıyor. Sadece ev işi yapıyorum bir de üstüne yemek yapıp anne ve babama bakıyorum. Evde kimseyle bir iletişimim yok. Robot gibi çalışıp ertesi gün tekrar işe gidiyorum.”

Yapılan araştırma Samsun’un merkez ve ilçe hasta bakım merkezlerini kapsadığı için özellikle ilçelerde köylerden gelen kadınlar da kurumda hasta bakım elemanı olarak çalışmaktadırlar. Bu durum köyden gelen bağ bahçe sahibi kadınları çok daha yormaktadır. Hem bahçe işleri, hem ev işleri, hem de kurumdaki işler onları fiziksel açıdan zorlamaktadır. Erkek çocuklara sahip olsalar da evde onlara sadece kızları yardım etmektedir. Bu durum ataerkil toplumun en belirgin özelliklerinden biridir. Anne eşinden yardım görmeyip yorulduğu halde oğlunu da bu düzene uygun olarak yetiştirmekte ve kızını kendisine her türlü işte yardımcı olarak görmektedir. Evli ve köyde yaşayan bir çalışan kendi durumunu şöyle açıklamaktadır:

“Evde eşim bana hiç yardım etmiyor. Evle ilgili her işi ben yapıyorum. Yazın köyde tarla, bahçe işleriyle bile ilgileniyorum. Kışın da ev işleri beni yoruyor. Evde bana sadece kızım yardım ediyor.”

Çalışan anne olmak birçok kadın için oldukça zordur. Çocuklarıyla ilgilenmek isteyip yeterince ilgilenemeyen ve çalıştığı için bir de ev işlerine gerektiği özeni gösteremeyen kadınlar psikolojik açıdan olumsuz etkilenmektedir. Evli ve iki çocuk sahibi bir hasta bakım elemanı kendi ev sorumluluklarını şu şekilde ifade etmektedir:

“İşten eve gidince çocuklarla ve eşinle ilgilenmek zorundasın. Çalışan anne olmak çok zor. Bir de üstüne misafir ağırlamak zorundasın ve çalışırken bu da çok zor. Hem ev hanımı oluyorsun hem de iş kadını... Eşim bazen yardım ediyor; ama işler genelde bana kalıyor.”

Çalışan kadınları olumsuz etkileyen bir başka durum ise yoğun yaşantılarından herhangi bir sosyal etkinliğe sahip olmamalarıdır. Hem para kazanıp hem de kısır döngü içerisinde yer alarak (ev-iş-eş-çocuklar gibi) kendilerine zaman ayıramamaları kadınları bir bunalıma sürüklemektedir. Eşlerinden herhangi bir yardım göremeyen kadınlar tüm sorumlulukları da üstlenmektedir. Evli bir çalışan evdeki sorumluluklarını aşağıdaki gibi anlatmıştır:

“Çok zorlanıyorum. Burada deneyimli olduğum için bütün personelden ben sorumluyum. Üstüne bir de evde çocuklardan sorumluyum. Eşim hiç yardım etmez. Temizlik, ütü, çocukların ödevleri... Hepsi ile ben ilgileniyorum. Kayınvalidem ile yaşıyoruz. Yemekleri o yapıyor. Hiçbir sosyal etkinliğim yok. Ama zaten buna zamanım da yok. Zamanım olsa da yorgunluktan etkinlik yapacak halim yok.”

İkinci olarak; çalışmaya katılanların evdeki sorumluluklarla nasıl başa çıkıldığı ve medeni durum arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo 23'e göre bu durum açıklanmıştır.

Tablo 23: Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumluluklarla Nasıl Başa Çıkıldığı ve Medeni Durum Arasındaki İlişki

		Bekar		Evli		Boşanmış		Eşi ölmüş		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Evdeki Sorumluluklarla Nasıl Başa Çıkıldığı	Aışkınm	1	%5,9	2	%5,3	1	%25,0	0	%0,0	X ² =40,008 p=0,000
	Eşim yardım ediyor	0	%0,0	9	%23,7	0	%0,0	0	%0,0	
	Evdekiler yardım ediyor	4	%23,5	4	%10,5	0	%0,0	0	%0,0	
	Planlıyorum	1	%5,9	6	%15,8	0	%0,0	0	%0,0	
	Çok bunalıyorum	3	%17,6	10	%26,3	2	%50,0	0	%0,0	
	Yapabildiğim kadar	0	%0,0	4	%10,5	0	%0,0	0	%0,0	
	Evde rahatım	2	%11,8	2	%5,3	0	%0,0	1	%100,0	
	Diğer	6	%35,3	1	%2,6	1	%25,0	0	%0,0	

İstatistiksel olarak incelendiğinde çalışmaya katılanların evdeki sorumluluklarla nasıl başa çıkıldığı ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ispatlanmaktadır ($X^2=36,264$; $p=0,020<0,05$). Bekar olanların %23,5'inin evdekiler yardım ediyor, %35,3'ünün diğer; evli olanların %26,3'ünün çok bunalıyorum; boşanmış olanların %50'sinin çok bunalıyorum; eşi ölmüş olanların ise %100'ünün evde rahatım olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınlar evdeki sorumluluklarla başa çıkmaları konusunda farklı yanıtlar vermişlerdir. Bekar olan kadınların çoğu evdekilerin yardım etmesi ile bu sorumluluklarla baş edebilmektedirler. Evli olanlar işteki sorumluluklarına ev sorumlulukları yüklendiğinde bunaldıklarını dile getirmektedirler. Boşanmış kadınlar da evdeki sorumluluklardan çok bunaldıklarını ve başa çıkmakta zorlandıklarını dile getirmektedir. Eşi ölmüş olan kadınlar ise evde sorumluluk sahibi olmadıklarını, olsalar bile rahat olduklarını dile getirmektedir.

Yapılan görüşmelerde çalışan kadınlar çok yorulmalar da çalışmaktan mutlu olduklarını, ev işlerinin büyük bir kısmını planlayarak yaptıklarını dile getirmektedirler. Ayrıca eşleri kendilerine yardım eden kadınlar çok daha mutlu olduklarını ve yoğun iş temposunun onları yormadığını belirtmektedir. Bu açıdan bir çalışan evdeki sorumluluklarla başa çıkma yollarını şu şekilde dile getirmiştir:

“Evdeki her işi planlıyorum. Hafta tatillerimde gündüz ev işi yapıyorum akşam da dinleniyorum. Çalışmayıp evde otursam daha çok sıkılırdım. Artık alıştım. Ev hanımlarından bile daha düzenliyim. Eşim de yardım ediyor. Ortaklaşa her işin üstesinden geliyoruz. Evde hiçbir sorun yaşamıyorum.”

Yukarıdaki ifadelerin aksine evdekilerden yardım görmeyip bulunduğu durumdan olumsuz etkilenen çalışanlar da bulunmaktadır. Bunlardan biri şunları söylemiştir:

“Çok bunalıyorum. Bir gün patlayacağım. Artık gücümün bittiğini hissediyorum. İşimiz zaten yorucu. Burada hastalardan dayak bile yiyoruz. Sonra bir de eve gidip ev işleriyle uğraşmak zorunda kalıyoruz. Bu durum beni çok yormaya başladı.”

Ülkemizdeki ekonomik yetersizlikler kadınları çalışma hayatına iten en büyük nedenlerden biridir. Çalışma hayatına yeni atılan ve hasta bakım elemanlığı gibi ağır bir işte çalışan kadınlar yoğun iş temposuna hemen ayak uyduramamaktadır. Bir çalışan evdeki sorumluluklarını ve bunlarla başa çıkma durumunu şu şekilde ifade etmektedir:

“Çok zorlanıyorum. Haftada bir gün izin alıyorum ve o zaman da neyle ilgileneceğimi şaşırtıyorum. Ev işleri oluyor. Çocuğun dersleri oluyor. Çalışan bayanın işi çok zor. Her iş yarım kalıyor. Çalışmayınca da olmuyor. Ekonomik olarak çalışmak zorunda kalıyoruz.”

Toplumumuzda kadınlardan beklenen en büyük fedakarlıklardan biri de anne olmalarından dolayı çocuklarıyla ilgilenmeleridir. Çocuklarıyla yeterince ilgilenemeyen çalışan anneler psikolojik açıdan olumsuz etkilenirken toplumsal açıdan da kendilerini dışlanmış olarak görmektedirler. Bir çalışana göre:

“Beni evdeki iş yormuyor. Çocuklar çok yoruyor. Çünkü tüm gün beni öznlüyorlar. Bu yüzden de çok ilgi bekliyorlar. Ev işlerini onları uyuttuktan sonra yapabiliyorum. Çok sıkıntı yaşıyorum. Ne çocuklarımla tam ilgilenebiliyorum ne de ev işlerine tam anlamıyla yetişebiliyorum.”

Evdeki sorumluluklarla eşinin, kayınvalidesinin ya da çocuklarının yardımı ile baş etmeye çalışan kadınların aksine eşinden boşanmış çocuk sahibi olan kadınlar ev sorumluluklarıyla başa çıkarken çok zorlanmaktadırlar. Üzerlerine yüklenmiş olan maddi ve manevi sorumluluklar onları yıpratmaktadır. Eşinden boşanmış bir kadın çalışan duygularını şu şekilde ifade etmektedir:

“Her şeyle tek başıma uğraşıyorum. Eşimden ayrırım. Bu yüzden de benimle kimse ilgilenmiyor. Düşünsenize hasta olduğumda gece acile bile kendim gitmek zorunda kalıyorum. Yardım edecek kimseyi bulamıyorum. Bırakın beni çocuğum hasta olunca da ben ilgileniyorum. Babası hiç ilgilenmiyor. Hem çalışıp para kazanmak zorundayım hem de kendimle ve çocuğumla ilgilenmek zorundayım.”

Üçüncü olarak; çalışmaya katılanların evdeki sorumluluklar ile çocuk durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo 24’e göre; çalışmaya katılanların evdeki sorumlulukları ile çocuk durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($X^2=8,211$; $p=0,042<0,05$). Çocuğu olanların 35’i (%94,6) rutin ev işleri, 1’i (%2,7) çocuklar, 1’i (%2,7) sorumluluğum yok; çocuk durumu yok olanların 17’si (%73,9) rutin ev işleri, 4’ü (%17,4) sorumluluğum yok, 2’si (%8,7) diğer olduğu görülmektedir.

Tablo 24: Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumlulukları ile Çocuk Durumu Arasındaki İlişki

		Çocuk Var		Çocuk Yok		p
		n	%	n	%	
Evdeki sorumluluklar	Rutin ev işleri	35	%94,6	17	%73,9	$X^2=8,211$ $p=0,042$
	Çocuklar	1	%2,7	0	%0,0	
	Sorumluluğum yok	1	%2,7	4	%17,4	
	Diğer	0	%0,0	2	%8,7	

Çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan kadınların evdeki sorumluluklarının büyük çoğunluğunu yine rutin ev işleri oluşturmaktadır. Ancak çocuk sahibi olan kadınlar rutin ev işlerinin yanında çocuklarının bakımı, sosyal aktiviteleri ile de ilgilenmek zorunda kalmaktadırlar. Bu durum kadınların evde harcadıkları zamanı artırmakla birlikte çocuklarıyla istedikleri oranda ilgilenememeleri onları psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir.

Lise ve yükseköğretim mezunu olarak hasta bakım elemanlığı yapan kadınlar çocuklarının ev ödevleri konusunda daha bilinçli olurken lise altı eğitime sahip olan kadınlar ev içerisinde çocuklarının ev ödevlerini yaptırmak konusunda zorlandıklarını birbir görüşmelerde dile getirmektedirler. İş hayatının yanı sıra çocuklarının ödevleriyle de yorulmak onları fazlasıyla etkilemektedir. Bu durum kadınların ev hayatında bedeni ve ruhi açıdan tükenmelerine neden olmaktadır.

Dördüncü olarak; çalışmaya katılanların tatile gitme durumu ile çocuk sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. İstatistiksel açıdan incelendiğinde çalışmaya katılanların tatile gidip gitmeme durumları ile sahip oldukları çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($X^2=8,907$; $p=0,012<0.05$). Çocuk sayısı 1 olanların %80'inin evet, %20'sinin hayır; çocuk sayısı 2 olanların %59,1'inin evet, %40,9'unun hayır; çocuk sayısı 3 olanların %10'unun evet, %90'ının hayır olduğu görülmektedir. Çocuk sayısı arttıkça tatile gitme olasılığı azalmaktadır.

Tablo 25: Çalışmaya Katılanların Tatile Gitme Durumu ile Çocuk Sayısı Arasındaki İlişki

		1		2		3		p
		n	%	n	%	n	%	
Tatile gitme durumu	Evet	4	%80,0	13	%59,1	1	%10,0	$X^2=8,907$ $p=0,012$
	Hayır	1	%20,0	9	%40,9	9	%90,0	

Günümüzde tatile gitmek çalışan insanlar için bile büyük bir ekonomik güç gerektirmektedir. Hem çalışıp hem de birden fazla çocuk sahibi olan çiftler tatile gitmemeyi tercih etmektedirler. Yapılan araştırmadan da anlaşılacağı gibi bir tane çocuğa sahip olanların çoğu tatile giderken iki ve fazla çocuğa sahip olanların çoğunluğu tatile gitmemektedir. Tatile gitme konusunda genellikle eşlerin memleketlerine gidilmekte ve bu kadınlar açısından tatil olarak algılanmaktadır. Çalışanlar arasında yılda bir kere ya da yılda iki kere tatile gidenlerin dışında “Tatile gidiyor musunuz?” sorusuna gülerek “Bizim için tatil bir hayal” şeklinde yanıt verenler de olmuştur. Bu durum insanların geçimlerini sağlamak için çalışmakta olduklarını ve kendilerine herhangi bir sosyal etkinliği uygun görmediklerini; uygun görseler de sosyal etkinlik yapma olanaklarının olmadığını göstermektedir.

Beşinci olarak; çalışmaya katılanların evdeki sorumlulukları ile eğitim arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo 26’da bu durum ifade edilmiştir.

Tablo 26: Çalışmaya Katılanların Evdeki Sorumlulukları ile Eğitim Arasındaki İlişki

		İlkokul Mezunları		Ortaokul Mezunları		Lise Mezunları		Yüksekokul Mezunları		Üniversite Mezunları		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evdeki sorumluluklar	Rutin ev işleri	16	%94,1	10	%100,0	15	%88,2	6	%100,0	5	%50,0	X ² =21,734 p=0,041
	Çocuklar	0	%0,0	0	%0,0	1	%5,9	0	%0,0	0	%0,0	
	Sorumluluğu yok	1	%5,9	0	%0,0	1	%5,9	0	%0,0	3	%30,0	
	Diğer	16	%94,1	10	%100,0	15	%88,2	6	%100,0	5	%50,0	

Araştırmada evdeki sorumluluklar ile eğitim arasındaki ilişki $X^2=21,734$; $p=0,041 < 0,05$ olarak sonuçlandırıldığından anlamlı olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu ilkökul mezunu olanların %94,1’inin rutin ev işleri, %5,9’unun sorumluluğu yok; eğitim durumu ortaokul mezunu olanların %100’ünün rutin ev işleri; eğitim durumu lise mezunu olanların %88,2’sinin rutin ev işleri, %5,9’unun çocuklar, %5,9’unun sorumluluğu yok; eğitim durumu yüksekokul mezunu olanların %100’ünün rutin ev işleri; eğitim durumu üniversite mezunu olanların %50’sinin rutin ev işleri, %30’unun sorumluluğu yok, %20’sinin diğer olduğu görülmektedir.

Eğitim durumundaki farklılığa bakılmasına rağmen kadınların evdeki sorumluluklarının her zaman olduğu gibi bu durumda da rutin ev işlerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Üniversite mezunu olan kadınlar evli olsalar dahi eşlerinin onlara yardım etme durumu oldukça azdır ve yapılan anket çalışmalarının sonucunda da bu durum istatistiksel olarak kanıtlanmaktadır. Özellikle ilkökul ve ortaokul mezunu olarak çalışan kadınlar hem iş yerinde hem de evde ağır çalışma şartlarına maruz kalmaktadırlar ve bu durumu kendileri de görevleri olarak benimsemektedirler. Eşlerinden ya da erkek çocuklarından herhangi bir yardım beklemeden evin rutin işlerini ya kendileri yapmakta ya da kayınvalide/kız çocukları ile bölüşmektedirler.

Altıncı olarak; çalışmaya katılanların iş yaşamını etkileyen ev işi ile eğitim arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya katılanların ev ve iş arasındaki dengeyi kurmaları açısından en zorlandıkları şeylerden bir tanesi de ev işleridir. Ev işleri arasında kadınları en çok yoran işler birebir görüşmelerde gözlemlenebilmiştir. Eğitim durumu ile iş yaşamını etkileyen ev işini incelediğimizde kadınların yıprandığı açık şekilde görülmektedir. Bu hususta kadınların etkilenmesine neden olan sebepler de çeşitlenmektedir. Daha önceki sonuçlarda belirlendiği gibi kadınların iş yaşantısını etkileyen en büyük sorumlulukları yemek, bulaşık, çamaşır, ütü gibi rutin ev işleridir. Ancak bunun yanı sıra kırsal kesimde yaşayıp hasta bakım elemanı olarak çalışan ilkokul ya da ortaokul mezunu kadınları tarla işlerinde çalışmaktadırlar.

Son yıllarda eğitim sistemindeki değişiklikler, ders içeriklerine getirilen yenilikler çocuk sahibi ve ilkokul/ortaokul mezunu olan kadınları da olumsuz etkilemektedir. Hem yoğun ve vardiyalı çalışıp hem de yeni eğitim sistemine adapte olma sorunu yaşayarak kendilerini de geliştirme imkanı bulamayan kadınlar çocuklarının ev ödevlerinde problem yaşadıklarını dile getirmektedir. Rutin ev işlerinin yanı sıra evde çocuklarla ve çocukların ev ödevleriyle ilgilenmelerinin iş yaşantılarını olumsuz etkilediğini belirtmektedirler.

Tablo 27'ye göre; çalışmaya katılanlar arasında iş yaşamını etkileyen ev işi ile eğitim arasında anlamlı ilişki vardır ($X^2=48,603$; $p=0,030<0,05$). Eğitim durumu ilkokul mezunu olanların %29,4'ünün çocuklarla ilgilenmek, %11,8'inin yemek yapmak, %11,8'inin ev işleri, %5,9'unun ütü, %5,9'unun bulaşık, %5,9'unun tarla işleri %29,4'ünün evde rahatım; eğitim durumu ortaokul mezunu olanların %10'unun çocuklarla ilgilenmek, %20'sinin yemek yapmak, %50'sinin ev işleri, %10'unun bulaşık, %10'unun soba yakmak; eğitim durumu lise mezunu olanların %29,4'ünün çocuklarla ilgilenmek, %11,8'inin ev işleri, %23,5'inin ütü, %23,5'inin evde rahatım, %11,8'inin diğer; eğitim durumu yüksekokul mezunu olanların %50'sinin ev işleri, %50'sinin diğer; eğitim durumu üniversite mezunu olanların %20'sinin yemek yapmak, %10'unun ev işleri, %10'unun ütü, %10'unun bulaşık, %30'unun evde rahatım, %20'sinin diğer olduğu belirlenmektedir.

Tablo 27: Çalışmaya Katılanların İş Yaşamını Etkileyen Ev İşi ile Eğitim Arasındaki İlişki

		İlk Okul Mezunlu		Orta Okul Mezunlu		Lise Mezunlu		Yüksek Okul Mezunlu		üniversite Mezunlu		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
İş Yaşamını Etkileyen Ev İşi	Çocuklarla ilgilenmek	5	%29,4	1	%10,0	5	%29,4	0	%0,0	0	%0,0	X ² =48,603 p=0,030
	Yemek yapmak	2	%11,8	2	%20,0	0	%0,0	0	%0,0	2	%20,0	
	Ev işleri	2	%11,8	5	%50,0	2	%11,8	3	%50,0	1	%10,0	
	Ütü	1	%5,9	0	%0,0	4	%23,5	0	%0,0	1	%10,0	
	Bulaşık	1	%5,9	1	%10,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%10,0	
	Soba yakmak	0	%0,0	1	%10,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	
	Tarla işleri	1	%5,9	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	
	Evde Rahatım	5	%29,4	0	%0,0	4	%23,5	0	%0,0	3	%30,0	
	Diğer	0	%0,0	0	%0,0	2	%11,8	3	%50,0	2	%20,0	

Yukarıdaki açıklamalarda dikkat çeken bir başka husus ise kadınların ücretli işleri dışında evdeki sorumlulukları olarak kabul edilen tarla işleri, soba yakmak gibi ağır ve güç gerektiren işlerde eşlerinden yardım göremediklerinin belirlenmiş olmasıdır. Kadınlar bu işleri kendi görevleri olarak benimsemekte ve yapmış oldukları bu görevleri ekstra iş olarak da kabul etmemektedirler. Kadınların genel tutumuna bakıldığında ev işleri konusunda büyük çoğunluğun bir kabullenme ve otoriteye boyun eğme durumu söz konusudur. Burada otorite olarak belirtilen öge ataerkil toplumun dayattıkları ve kadınların eşleridir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektörü merkezine insanı almaktadır. Bu yüzden insan hakları, yaşama hakkı gibi temel haklar sağlık hakkı ile ilgilidir. Sağlık sektörünün ertelenemeyecek olması ve sürekli insan ihtiyaçlarını karşılaması onu diğer sektörlerden farklı kılmaktadır. Sağlık sektörü hemen hemen tüm sektörlerden etkilenmekte ve piyasa güçleri tarafından da değişimlere ayak uydurması sağlanmaktadır. Günümüzde küreselleşme sonrasında ve piyasaların özelleşerek çok uluslu hale gelmesi sağlık sektörünü etkileyerek kökünden değişmesine neden olmuştur. Bu durumdan gelişmemiş ya da az gelişmiş ülkelerde daha derin olarak hissedilerek özelleştirmenin sonuçları ülkelerdeki birçok kesim üzerinde derin etkiler yaratmaktadır. Neoliberal politikaların etkisiyle 1980’li yıllarda başlayan “yeniden yapılanma” süreci ve “serbest piyasa koşulları” sağlığın bir kamu hizmeti olması durumunu değiştirmiş ve istihdam konusunda da eskiye oranla büyük farklılıklar meydana getirmiştir. Bu durumdan hem vatandaş hem de sağlık sektörü çalışanları büyük oranda etkilenmiştir.

Neoliberal politikalarla birlikte sağlıkta özelleştirmelerin yaşanması ve bir sosyal politika olarak kabul edilen bakım hizmetlerinin de özel kurumlar aracılığıyla yürütülmeye başlanması sağlık sektöründe yeni bir istihdam alanı yaratmıştır. Özel bakım merkezleri bakım elemanları, psikolog, sosyolog, sosyal hizmet çalışanı ve hemşire gibi farklı meslek alanlarını kendi bünyelerinde istihdam etmeye başlamışlardır. Geçmişten bu yana kadın mesleği olarak kabul edilen hemşirelik mesleğine ek olarak bakım elemanı olarak da bu merkezlerde kadınlar erkeklere oranla daha çok istihdam edilmeye başlanmıştır. Kadınların bu bakım elemanlığını kendilerine uygun görmeleri, evde yaptıkları işler ile bakım elemanlığı işini uyumlaştırmaları onları bu alana itmiştir. Ancak kadınların hem evde hem de iş yerinde aynı tarz şeyleri yapması para kazansalar dahi sosyal ve psikolojik anlamda onları yıpratmıştır.

Ekonomik sıkıntılar kadınları iş hayatına sürüklemekte ve onları işsiz kalma korkusu ile karşı karşıya getirmektedir. Ağırlıklı olarak kadınları istihdam etmekte olan özel bakım merkezleri kadınların işsizlikten kurtuluş yolu olarak görülse de işverenlerin baskısı, iş şartlarının ağırlığı hem bir tükenişe hem de kadınların zor işler karşısında

dahi ses çıkaramamalarına neden olmaktadır. İşveren baskısı nöbet, vardiya gibi konularda çalışan kadınların ses çıkaramamalarına neden olmakta ve en önemlisi de örgütlü ve güvenceli çalışmayı yok ederek kadınları sendikadan uzaklaştırmaktadır. Yapılan bu araştırma net olarak göstermiştir ki Samsun ilinde özel bakım merkezlerinde çalışan kadınların %100'ü sendikaya üye değildir ve hatta sendikalar konusunda bilgi sahibi bile değildir. İş yeri bazında belli dönemlerde kadınların örgütlenmesi ya da sendikacılık anlayışı için eğitim verilse de kadınlar sendika konusunda önyargılı davranmakta ve işten atılma korkusu ile bu konuya özen gösterememektedir. Özel bakım merkezlerinde meydana gelen bu işveren baskısının yanı sıra kadınlara sorun oluşturan diğer bir konu ise işyerinde karşı karşıya kaldıkları sağlıksız çalışma ortamıdır. Özel bakım merkezlerindeki şizofreni gibi hastalığa sahip olan hastalar çalışanlara şiddet uygulamakta ve yine işsiz kalma korkusu ile çalışanlar bu duruma kayıtsız kalarak işverenlerine dahi bu durumu söyleyememektedirler. Aynı şekilde yıpratıcı bir meslek alanı olmasından dolayı hasta bakım merkezlerinde çalışanlara fizyolojik açıdan altı ayda bir sağlık raporu aldırılmaktadır. Ancak bu kurumlarda sorun sadece fizyolojik değildir. Kurumda yatan hastalar, hastaların yakınlarının rahatsız edici tavırları hem işveren hem de çalışanlar açısından sorun yaratmaktadır. Bu durumdan en çok etkilenen kesim olan hasta bakım elemanlığı yapan kadınlar psikolojik olarak bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Resmi tatillerde dahi çalışmak zorunda kalan kadınlar vardiya sistemi konusunda zorlanmakta ve bir yerden sonra kendilerinde bu mesleğe dayanacak gücü bulamamaktadırlar. Bu tarz psikolojik sorunlar yaşayan çalışanlara işverenler herhangi bir taviz vermemekte işten çıkarmakla çalışanları tehdit etmektedir. İzin kullandırma konusunda çok katı davranan işverenler hastalık gibi durumlarda dahi çalışanlarına tam gün izin vermemektedir.

Yapılan araştırmalar sonucunda kadınlar erkeklerin ev içi işlerde eşlerine yardımcı olmamalarını, bu işleri kadının yapması gereken bir iş olarak görmelerini en büyük rahatsızlıkları olarak dile getirmektedir. Bununla birlikte çocuklarla ilgilenmek, evde yaşlı veya bakıma muhtaç biri varsa onun bakımıyla ilgilenmek konusunda dahi eşlerine yardımcı olmayan erkekler kendilerini ücretli bir işte çalışmalarından dolayı ev işlerinden soyutlamaktadırlar. Ancak kadınların da istihdamda yer almaları erkeklerin ev içi emek konusundaki fikirlerini değiştirmemekte ve eşleri çalışsa dahi ev içi işleri kadının yapmak zorunda olduğu iş olarak kabul etmelerini değiştirmemektedir. Kadın

çalışsa bile erkekler ev işleri konusunda genellikle kuru bir anlayış ile davranış şekillerini sınırlandırmakta ve ev içi işlere katılımları çok kısa bir zamanla sonuçlanmaktadır.

Ataerkil toplumda yaşıyor olmak erkeklerin eşlerine yardım etmemesine neden olurken ve bunu toplum üyeleri genellikle normal karşılarken arada kalarak yıpranan kadınlar erkek çocuklarını da aynı şekilde yetiştirmektedirler. Yani, ev içi işlerde kendilerinin ihtiyaç duyduğu yardımı daha çok kız çocuklarından beklemekte ve yemek, ütü gibi rutin ev işlerini kızları ile ortaklaşa yaparken erkek çocuk sahibi bile olsalar onları ev içi işler konusunda eğitmemektedirler. Bu durum kısır döngü haline dönüşen kadının ev içi işlerdeki yıpranışını nesilden nesile aktarmakta ve hatta gelirken yıpranan bir kadının kayınvalide olduğunda da aynı hizmeti gelininden beklemesini değiştirmemektedir.

Yapılan çalışma sonucunda özel bakım merkezlerinde çalışan kadınlara yönelik saptanan bazı sorunlar şu şekildedir:

- Çalışanların hepsi vardiya sistemi ile 8 saat çalışıyor olsa da özel günlere vardiya yazılması konusunda evli çalışanlar ayrı tutulmaktadır. Ayrıca işverenler tanıdıklarını özel günlerde ya da geç saatlerde vardiya sisteminden ayrı tutarak tatil olanağını onlara sunmaktadır.
- Çalışanlar fazla mesai yapmadıklarını dile getirirler de hastaların kriz anlarında bakım merkezine yakın oturan hasta bakım elemanlarının saat sınırı olmaksızın işe çağrıldıkları ve bunun için de bu çalışanlara ekstra ücret ya da izin verilmediği derinlemesine görüşmelerde saptanmıştır.
- Çalışanlar buldukları ortamda en çok psikolojik olarak etkilenmektedirler.
- Çalışanların büyük çoğunluğu kendi mesleklerini iş bulamadıkları için yapamamakta ve çaresizlikten bakım personeli olarak bakım merkezlerinde çalışmaktadırlar.
- Sendika kavramını bilmedikleri için çalışanlar sendika üye olmamaktadır.
- Evli kadın çalışanlar evde en çok rutin ev işlerinden bunalmaktadır. Bir başka sorun ise çocuklarına bakma konusunda yaşadıkları zorluklardır.

Kadının toplumdaki ve iş hayatındaki yeri erkeklerin gerisindedir. Bu durumu özel bakım merkezleri üzerinden değerlendirecek olursak sonuç ve öneriler şu şekildedir:

- İşe başlamada İŞKUR'un meslek edindirme kurslarının etkili olduğu saptanmıştır.
- Çalışanların kendi eğitimlerine uygun olmayan alanlarda çalıştıkları belirlenmiştir.
- Kadınların hasta bakım merkezlerinde karşı karşıya kaldıkları psikolojik şiddet konusunda belirli dönemlerde sağlık durumlarının ölçmek adına yapılan testler gibi yine belirli dönemlerde psikolojik destek almaları da kurum tarafından sağlanmalıdır.
- Yoğun ve vardiyalı çalışma şeklinin kadınları olumsuz etkileyeceği unutulmamalı ve bu konuda çalışanlar arasında ayrımcılık yapan işverenlerin denetimi daha sıkı şekilde sağlanmalıdır.
- Kadınların özel alanlarında karşılaştıkları sorunlar derinden incelenmeli ve gerekirse kadınlara sosyalleşebilecekleri alanlar kamu kurumları tarafından oluşturulmalıdır. Ayrıca kadınlar bu konuda teşvik edilmelidir.
- Küreselleşme sonrasında sağlık sektöründe meydana gelen değişim sonucu ortaya çıkan hasta hakları gibi çalışanları mağdur eden uygulamalara yeni bir düzenleme getirilmelidir.
- Kadınların iş yaşamında kendilerini daha güvende hissetmeleri adına örgütlenme yani sendikaya üye olmaları durumu daha açık bir şekilde kadın çalışanlara anlatılmalı ve işverenler tarafından sendikalaşmaya yönelik bir tehdit mekanizmasının oluşturulması engellenmelidir.
- Kadınlarla erkeklerin özel alanda eşitliklerinin sağlanması adına devlet eliyle eğitimler verilmeli, gerekirse kadınların sahip oldukları hakları uygulamaya geçirebilmeleri adına kadın kültür evi, kadın sığınma evi gibi kurumlar her il ve ilçede açılmalıdır.

EKLER**1. ÖZEL BAKIM MERKEZLERİNDEKİ KADIN ÇALIŞANLARA UYGULANAN ANKET FORMU****SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ SORULAR****1. Yaşınız?****2. Medeni durumunuz? (Evli değilseniz 3. soruya geçiniz)****1() Bekar****2() Evli****3() Boşanmış****4() Eşi ölmüş****3. Çocuğunuz var mı? (Çocuğunuz yoksa 5. soruya geçiniz)****1() Var****2() Yok****4. Kaç tane çocuğunuz var ve kaç yaşındalar?****5. Eğitiminiz?****1() Okur yazar değil****2() Okur yazar****3() İlkokul mezunu****4() Ortaokul mezunu****5() Lise mezunu**

6() Yüksekokul mezunu

7() Üniversite mezunu

8() Yüksek lisans

6. Mesleğiniz?

İŞ YAŞANTISI İLE İLGİLİ SORULAR

7. İş yaşantınız nasıl başladı?

8. İşinizi nasıl buldunuz? (Bir eğitim aldıktan sonra, tanıdık aracılığıyla..)

9. Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?

10. Daha önce başka iş yaptıysanız bu işler nedir?

11. Yaptığınız işin eğitiminize uygun olduğunu düşünüyor musunuz? Neden?

12. Çalışma koşullarınız nasıl?

1 () Ücret?

2 () Ücret farklılığı neye göre belirleniyor?

3 () Çalışma saatleri nasıl?

4 () Fazla çalışma yaptırılıyor mu?

5 () Ne kadar yıllık izin veriyorsunuz?

6 () Evlilik izin süresi ne kadar?

7 () Ölüm izin süresi ne kadar?

8 () Çalışma listelerini kim yapıyor?

9 () Kıyafet vb. ekipman ve giysi veriyor musunuz?

10() Çalışanlarınızın diğer sosyal hakları nelerdir? (yemek, servis...vb.)

13. İş yaşamında ne gibi zorluklarla karşılaşıyorsunuz?

14. Bu işe girmeden önce bu işle ilgili bir eğitim aldınız mı?

15. Bu işe girmeden önce herhangi bir sağlık kontrolünden geçtiniz mi? Ve çalışırken rutin olarak sağlık kontrolleriniz yapılıyor mu?

16. İşyerinde hastalandığınız da rahatlıkla rapor alabiliyor musunuz?

17. İş kazası olması durumunda bildirim yapılıyor mu?

18. İşyerinde haksızlığa uğradığınızı düşündüğünüzde ne yaparsınız?

19. Herhangi bir sendikaya üye misiniz?

1() Evet

2() Hayır

20. Neden üye oldunuz ya da neden üye olmadınız?

EV YAŞANTISI İLE İLGİLİ SORULAR

21. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

22. İş yaşamının yanı sıra ev hayatında ne tür sorumluluklara sahipsiniz? (çamaşır, ütü, bulaşık...)

23. İşyerinde yaptığınız işlerin yanı sıra ev yaşamındaki sorumluluklarınızla nasıl başa çıkıyorsunuz?

24. Ev yaşamınızda yapmanız gereken işlerde yardım alıyor musunuz?

25. Ev yaşamında yaptığınız işlerden hangisini yapmasaydınız iş yerindeki veriminiz artardı?

26. Evinizde bakıma muhtaç (engelli vs.) yaşlı ya da çocuk var mı? Varsa bunların bakımıyla kim ilgileniyor? Bunların bakımı için yardım alıyor musunuz?

27. Tatile gidiyor musunuz?

KAYNAKÇA

Adar, Sinem. “*Sosyal Güvenlik Reformunda Konuşulmayanlar*”. Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Politika Forumu Bülteni, Sayı:1, s. 2-4, 2006.

Afşar, Bilge ve Ögrekçi, Süleyman. “*Tarihsel Süreçte Kadının Gelişimi ve Ekonomideki Rolü: Toplayıcı Kadından Günümüz Kadınına Dönüşüm*”. Selçuk Üniversitesi / Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, Cilt:17, Sayı:1, s. 65-86, 2015.

Ağartan, Tuba İnci. “*Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık Reformu: Politikalar ve Etkileri*”. **Türkiye’de Refah Devleti ve Kadın**. Derleyenler: Saniye Dedeoğlu ve Adem Yavuz Elveren. Birinci Basım. İletişim Yayınları, İstanbul 2012.

Ağartan, Tuğba. “*Sağlıkta Reform Salgını.*” **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**. Dördüncü Basım, İletişim Yayınları, İstanbul 2015.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. (Sayı: 25665, Yayın Tarihi: 09.12.2004).

Aka, Assiye., Kablay Sebiha ve Demir, Murat Cem. **Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları**. Birinci Basım. Nobel Yayınları, Ankara 2012.

Akdemir, Nuran ve Akkuş, Yeliz. “*Rehabilitasyon ve Hemşirelik*”. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, s. 82-91, 2006.

Akdur, Recep. “*Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık.*”, **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, s. 61-67, 2008.

Akdur, Recep. “*Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması.*” Ankara, 1999.

Akduran, Özgün. **Hane Devlet Piyasa**. Birinci Basım. Sav Yayınları, İstanbul 2012.

Akın Ayşe ve Demirel Simgе, “*Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri*”, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 25/4, s. 73-82, 2003.

Akis, Yasemin., Özakın, Ülkü ve Sancar, Serpil. “*Türkiye’de Feminizm ve Kadın Hareketi.*” Cogito, Yapı Kredi Yayınları, Üç Aylık Düşünce Dergisi, Sayı: 58/Bahar, s. 245-259, 2009.

Aksakoğlu, Gazanfer., Kılıç, Bülent, Uçku, Reyhan. “*Aile Hekimliği Modeli/Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir.*” Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı: 18, s. 1-10, 2003.

Akyeşilmen, Nezir. “Uluslararası İlişkiler Kuramında Feminizm”, Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi SBE, 2015.

Algın, Kürşat, Şahin, İsmet ve Top, Mehmet. “*Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri*”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3, s. 249-175, 2004.

Alp, Salih. “*Refah Devleti Düşüncesinin Gelişimi ve Bir Liberal Alternatif Olarak Üçüncü Sektör*”. Maliye Dergisi, Sayı 156, s. 265-279, 2009.

Alper, Yusuf. **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi, Sosyal Sigortalar Hukuku.** Beşinci Basım, Dora Yayınevi, Bursa 2013.

Altınbaş, Deniz. “*Feminist Tartışmalarda Liberal Feminizm*”. Kadın Araştırmaları Dergisi, İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sayı: 9, s. 21-53, 1993.

Arap, İbrahim. “*Kamu Yönetimi Anlayışındaki Değişim Sürecinde Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu*”. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 3, s. 20-53, 2006.

Arıkan, Selime. “*Geçmişten Günümüze Türk Sağlık Sistemi ve Sağlık Reformları*”. Muş Alpaslan Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, 2014.

Arpacı, Murat. “*Modernitenin Eşiğinde Toplumsal Cinsiyet Rejimi: Pastoral İktidar, Beden Politikaları ve Evlilik*”. Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 63, s. 131-147, 2012-2013.

Arsoy, Naciye. “Türk Masallarında Ataerkillik ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Kadın”. Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi SBE, 2011.

Aslantepe, Gülay. “Kadın İstihdamının Arttırılması ve ILO Sözleşmeleri”. **Geçmişten Günümüze Türkiye’de Kadın Emeği**. Birinci Basım. Hazırlayanlar: Ahmet Makal ve Gülay Toksöz. Ankara Üniversitesi Yayınevi, s. 159-168, Ankara 2012.

Ataay, Faruk. “Neoliberalizm, Kamu Reformu ve Demokrasi”. Editör: Şinasi Aksoy ve Yılmaz Üstüner, Kamu Yönetimi: Kuram ve Uygulama İçinde, Nobel Yayıncılık, Ankara 2007.

Atalay, Selçuk. “Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu-Özel Ortaklığı”. **Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa**. Derleyenler: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler. Birinci Basım. Notabene Yayınları, Ankara 2015.

Atasü Topçuoğlu, Reyhan. “Piyasalaşan Bakım: Metalaşma, Toplumsal Cinsiyet Roller ve Refah Devleti Eksenlerinde Bir Sorgulama”. **Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa**. Derleyenler: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler. Birinci Basım. Notabene Yayınları, Ankara, 2017.

Ayhan, Abdurrahman. “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik İlkeleri.” Sosyal Güvenlik Dergisi, s. 41-55, 2012/1.

Aysan, Mukaddes Esra. “Kamu Sektöründe Çalışan Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı İş Güvenliği: ‘Ordu İli Örneği’.” Karatahta İş Yazıları Dergisi, Sayı: 3/20, s. 89-109, 2015.

Aytaç, Serpil ve Dursun, Salih. “Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama”. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, Cilt: 71, Sayı: 1, s. 67-78, 2013.

Aytuğ, Hüseyin Kutay. “Küresel Rekabetin İşletmelerin Üretim Ve İstihdam Yapısı Üzerindeki Etkileri”. Akademik Yaklaşımlar Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 2, s. 45-76, 2011.

Bacak, Bünyamin., Kazancı, Ecehan. “Türk Çalışma Hayatında Vardiyalı Gece Çalışan İşçilerin Karşılaştığı Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyolojik Etkilerin Değerlendirilmesi”

Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, Cilt: 3, Yıl: 3, Sayı: 6, s. 132-149, 2014/2.

Badinther, Elisabeth. **Kadınlık Mı Annelik Mi?** Çeviren: Ayşen Ekmekci. İstanbul: İletişim Yayınları, 2011.

Bahar, Aynur ve Parlar, Serap. “Yaşlılık ve Evde Bakım.” Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Sayı: 2.4, s. 32-39, 2007.

Balta, Ecehan. “Herkes İçin Sağlıktan Paran Kadar Sağlığa: Türkiye’de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü”. Praksis, Sayı: 30/31, s. 149-169, 2013.

Başbuğ, Aydın. **Sosyal Hukuk-Hukukun Toplumsal Temelleri.** Birinci Basım. A Kitap Yayınları, Ankara 2010.

Başol, Emel. “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler” IAAOJ, Social Science, 2(2), s. 1-26, 2015.

Baydar, Oya. “Osmanlı’dan 2000’e İstanbul İşçileri”. **75 Yılda Çarkları Döndürenler.** Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Tarih Vakfı Yayınları, s. 207-220, İstanbul 2009.

Bayhan, Vehbi. “Beden Sosyolojisi ve Toplumsal Cinsiyet”. Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 63, s. 147-165, 2012-2013.

Bayri, Osman. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Kurum ve Kapsam Olarak Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Adaleti”. Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 2, s. 18-60, 2013.

Bayri, Osman. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması: Bir Genel Reform Çerçevesi”. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 2, s. 229-256, 2004.

Bebel, August. **Kadın ve Sosyalizm.** Çeviren: Sabiha Zekeriya Sertel. Toplum Yayınevi, Ankara 1966.

Beken, Hikmet Gülçin. “Kadınların Sendikal Katılımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, Cilt: 4, Yıl: 4, Sayı: 9, ISSN: 2147-3668, s. 156-179, 2015/2.

Berber, Metin ve Eser Yılmaz, Burçin. “Türkiye’de Kadın İstihdamı: Ülke Ve Bölge Düzeyinde Sektörel Analiz”. İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt:10 Sayı:2, s. 1-16, Nisan 2008.

Biçerli, Kemal. **Çalışma Ekonomisi**. Altıncı Basım. Beta Yayınları, İstanbul 2011.

Bilaloğlu, Eriş. “2003-2013 Sağlıkta Dönüşüm Programı”. **Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa**. Birinci Basım. Nota Bene Yayınları, Ankara 2015.

Bilmiş Osmanoğlu, Hülya. “1988-1990 Yıllarında Dünya Değişirken Türkiye’de Sosyalist Feminizme Kaktüs’ten Bakmak”, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi SBE, 2006.

“B. L., Marshall. Configuring Gender: Explorations in Theory and Politics. Canada: Canadian Copyright Licensing Agency (CANCOPY), 2000” (Sayer, 2011, s. 9’daki alıntı).

Bora, Aksu. **Kadınların Sınıfı: Ücretli Ev Emeği ve Kadın Öznelliğinin İnşası**. Altıncı Basım. İletişim Yayınları, İstanbul 2014.

Bostan, Sedat. “Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 10, Sayı: 1, s. 1-18, 2007.

Bozkurt Çakır, Nurdan. “Türkiye’de Esnek İstihdam Politikaları ve Kadın Emeğine Etkisi”. Sosyal Araştırma Vakfı, Katkı Dergisi, Sayı: 3, s. 51-66, Ekim 2016.

Budak Gönül, Hasan Zafer Doğan ve Hacer Harlak. “Çalışan Kadınların Sorunları: Bir Toplumsal Değişme Araştırması.” Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi SBE, 1991.

Buğra, Ayşe. “Türkiye’nin Değişen Refah Rejimi: Neoliberalizm, Kültürel Muhafazakarlık ve Yeniden Tanımlanan Toplumsal Dayanışma”. **Türkiye’de Refah**

Devleti ve Kadın. Derleyenler: Saniye Dedeoğlu ve Adem Yavuz Elveren. Birinci Basım. İletişim Yayınları, İstanbul 2012.

Bulut, Ayşen. “*Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi*”. **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları.** Dördüncü Basım. İletişim Yayınları, s. 111-125, İstanbul 2015.

Bulut, Nihat. “*Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu mu?*”. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 52.2, s. 173-197, 2003.

Butler, Judith. “*Toplumsal Cinsiyet Düzenlemeleri*”. Cogito, Yapı Kredi Yayınları, Üç Aylık Düşünce Dergisi Sayı: 58/ Bahar 2009.

Canbaz, Sevgi., Sünter, A. Tefvik., Süren, Cansever., Pekşen, Yıldız. “*Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları*”. Kocatepe Tıp Dergisi, Sayı: 6,s. 39-44, 2005.

Ceylan, Zeynep. “*Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme*”. Sayıştay Dergisi, Sayı: 74-75 s. 45-72, 2009.

Çağdaş Demren, “*Erkeklik, Ataerkillik ve İktidar İlişkileri*”, Yazarın Yüksek Lisans Tezine Dayandırılarak Oluşturulan Çalışma, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2001.

Çaha, Ömer. **Sivil Kadın.** Savaş Yayınları, Ankara 2010.

Çakır, Özlem. “*Türkiye’de Kadının Çalışma Yaşamından Dışlanması*”. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 31, s. 25-47, 2008.

Çakır, Serpil. “*Kapitalizm ve Patriyarkaya Karşı: Sosyalist Feminizm*”, Toplum ve Demokrasi Dergisi, 2(4), Eylül-Aralık, s. 185-196, 2014.

Çakır, Serpil. **Osmanlı Kadın Hareketi.** Dördüncü Basım. Metis Kadın Araştırmaları, İstanbul 2013.

Çakıroğlu, Oya Çelebi ve Seren, Arzu Kader Harmancı. “*Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri*”. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı: 1, Cilt: 3, s. 7-43, 2016.

Çeler, Zafer. “*Annenin Serüveni: Kadının Anne Olarak Toplumsal Kurgulanışı.*” Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 63, s. 165-185, 2012-2013.

Çelik, Hakim., Bingöl, Ozan. **İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku.** On Üçüncü Basım. Ekin Yayınları, Bursa 2014.

Çelikay, Ferdi, ve Erdal Gümüş. “*Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı*”. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11.1, s. 177-216, 2010.

Çiftçi, Murat. “*AB – 15 Ülkelerinde Kadın Emeğinin Gelir Elastikiyeti ve Türkiye: Değerlendirmeler – Ekonometrik Uygulamalar*”. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt:7 Sayı:1, s. 1350-1365, 2010.

Çitçi, Oya. “*Yeni Siyaset: Neoliberalizm ve Postmodernizmin Siyasal Projesi*”. Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: I, Sayı:2, s. 2-32, 2008.

Demir, Aycan ve Yirmibeşoğlu, Gözde. “*Çalışan Kadının Sosyal Güvenlik Hakkı*”. Social Security Right of Working Women. International Journal of Social Sciences and Education Research, 2 (2), s. 835-849, 2016.

Demir, Metin. “*Çevre Olarak Konumlandırılmış Kadını ve Doğayı Birlikte Düşünmek: Ekofeminizm.*” Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 63, s. 11-45, 2012-2013.

Demir, Zekiye. **Modern ve Postmodern Feminizm.** İz Yayınları, İstanbul 1997.

Deniz Kandiyoti, “*Ataerkil Örüntüler: Türk Toplumunda Erkek Egemenliğinin Çözümlemesine Yönelik Notlar*”. **1980’ler Türkiye’sinde Kadın Bakış Açısından Kadınlar.** Altıncı Basım. İletişim Yayınları, İstanbul 2015.

Dervişoğlu, Ahmet. “*Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*”. Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi SBE, 2013.

Dikici, Mustafa Fevzi., Ayanoğlu, Akın Serhat vd. “*Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplinin Tarihiçesi*” Türkiye Klinikleri J Med Sci, s. 412-418, 2007

Direk, Zeynep. “*Simone de Beauvoir: Abjeksiyon ve Eros Etiği*”. Cogito, Yapı Kredi Yayınları, Üç Aylık Düşünce Dergisi, Sayı: 58/, s. 11-39, 2009.

Donovan, Josephine. “**Feminist Teori**”. Çeviren: Aksu Bora, Meltem Ağduk Gevrek ve Fevziye Sayılan. İstanbul: İletişim Yayınları, 2015.

Dökmen, Zehra Yaşın. **Toplumsal Cinsiyet. Sosyal Psikolojik Açıklamalar**, İstanbul: Sistem Yayınları, 2004.

Duruoğlu, Tuba. “*Emek Piyasasında Cinsiyetçi Ücret Ayrımı: Bursa Organize Sanayi Bölgesinde Bir Araştırma*”. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, Sayı: 24, s. 61-76, 2007.

“E. O. İmamoğlu, Aile İçinde Kadın Erkek Rollerini, Ankara 1991, s. 832.” (Günay ve Bener, 2011, s. 159’deki alıntı).

Ecevit, Yıldız. “*Aile, Kadın ve Devlet İlişkilerinin Değerlendirilmesinde Klasik ve Yeni Yaklaşımlar*”. Kadın Araştırmaları Dergisi, İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, s. 9-35, 1993.

Ecevit, Yıldız. “*Küreselleşme, Yapısal Uyum ve Kadın Emeginin Kullanımında Değişmeler*”. http://www.ata.boun.edu.tr/htr/documents/312_10/Ecevit,%20Yildiz_Kureselleşme,%20Yapısal%20Uyum%20ve%20Kadın%20Emegi.pdf s. 31-77, E.T. : 2015

Ekonomi, Münir. “*Kadın İşçilerin Gebelik ve Doğum Halinde Feshe Karşı Korunması*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 11-34, 2009/3.

Elevli, Emel. “Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma”. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi SBE, 2012.

Eraslan, Tarık ve Tozlu, Ahmet. “*Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi*”. Sayıştay Dergisi, Sayı: 81, s. 33-64.

Erdem, Burcu Kaya ve Sayılğan Özge. “*Ataerkil ve Anaerkil Toplumun Tarihsel Savaşımının ‘Avatar’ Filmi Bağlamında İncelenmesi*”, İstanbul Arel Üniversitesi İletişim Fakültesi İletişim Çalışmaları Dergisi, 1/1, s. 99-120, 2011.

Erdem, Burcu. “Kamu Yönetiminde Dönüşüm Ve Sağlık Sektörü: Uzman Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi SBE, 2012.

Erdem, Tuna. “*Postmodern Feminizm*”. Kadın Araştırmaları Dergisi, İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sayı: 2, s. 67-83, 1993.

Erdem, Yasemin Tümer ve Yiğit, Halime. **Bacıyan-ı Rûmdan Günümüze Türk Kadınının İktisadi Hayattaki Yeri**. İstanbul Ticaret Odası Yayınları. İstanbul 2010.

Erdut, Zeki. “*Enformel İstihdamın Ekonomik, Sosyal ve Siyasal Etkileri*” Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 53-82, 2007/1.

Erençin, Arif ve Yolcu, Vesim. “*Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi*”. Memleket, Siyaset, Yönetim Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 6, s. 118-136, 2008/6.

Ergül, Hüseyin Fazlı. “*Kurumlarda Ücret, Ücret Sistemleri ve Ücret-Başarı İlişkisi*”. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, www.e-sosder.com, Cilt: 5, Sayı: 18, s. 92-105, 2006.

Ersöz, Deniz. “Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı”. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi SBE, 2010.

Fidan, Fatma. “*Kapitalizmin Gelişme Sürecinde Kadının Çok Yönlü Konumu:Medya Örneği*”. Bilgi (2), s. 117-133, 2000/1.

file:///C:/Users/PC/Downloads/dilek-usumus-eren.pdf E.T: 2016

Gerek, Nüvit; Oral, İlhan. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. Birinci Basım. Anadolu Üniversitesi Web Ofset Tesisleri, Eskişehir 2004.

Gök, Fatma. “*Türkiye’de Eğitim ve Kadınlar*”. **1980’ler Türkiye’sinde Kadın Bakış Açısından Kadınlar**. Altıncı Basım. Yayına Hazırlayan: Şirin Tekeli. İletişim yayınları, İstanbul 2015.

Gökbayrak, Şenay. “*Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 141-162, 2010/2.

Gökbunar, Ramazan ve Kovancılar, Birol. “*Sosyal Refah Devleti ve Değişim*”. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 3, s. 251-266, 1998.

Gökdemirel, Sevgi, Bozkurt, Gülçin, Gökçay Gülbin, Bulut, Ayşe. “*Çalışan Annelerin Emzirme Sürecinde Yaşadıkları: Niteliksel Bir Çalışma*”. Çocuk Dergisi, 8(4), s. 221-234, 2008.

Göktaş, Bayram., Erdem, Ramazan., Aslantekin, Filiz ve Uluşen, Mesude. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği” II. Ulusal/Uluslararası Hemşirelik Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur. İstanbul, 25-27 Mayıs 2005.

Güç, Ayşe “*İslamcı Feminizm: Müslüman Kadınların Birey Olma Çabaları*”, Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Cilt: 17, Sayı: 2, s. 649-673, 2008.

Gül, Songül Sallan., Ergün, Ayşe Dericioğulları. “*Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar*”. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu, s. 317-337, 2010.

Güleç, Sertaç. “*1945-1980 Yılları Arasında Türkiye’de Refah Devleti*”. Yerel Siyaset Dergisi 31, s. 48-55, 2008.

Güler, Birgül Ayman. “*Sosyal Devlet ve Yerelleşme*”. Memleket, Siyaset, Yönetim Dergisi, s. 29-43, 2006.

Güler, Birgül Ayman. **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi-Yapısal Uyarılama Politikaları 1980-1995**. İkinci Basım. İmge Kitabevi, Ankara 2005.

Gümüş, Erdal. “*Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler*.” SETA Analiz, Sayı 24, Ankara 2010.

Günaydın, Ayşegül Utku. “*Kadın Direncinin Bir Göstergesi ve Kadınca Bir Savunma Refleksi: Serbest Zaman ve Sanat*”. Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 63, s. 109-131, 2012-2013.

Gürkan, Senem. “İslami Feminist Bir Grup Olarak Sıs (Sisters In Islam)’ın Kadın Konusundaki Çalışmaları Ve Düşünceleri” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi SBE, 2015.

Güvercin, Cemal Hüseyin. “*Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi*”. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 57, Sayı 2, s. 89-95, 2004.

Güzel, Ali. “*Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 61-76, 2005/4.

“<http://www.friesian.com/apa-pro.htm>. F.Carolyn Graglia, 1998” (Öztürk, s. 19’deki alıntı).

<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html> E. T: 2016.

<http://bianet.org/bianet/kadin/45619-kuresellesme-ve-calisma-yasaminda-kadin>, E.T: 2015

<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> , E.T: 2016

<http://disk.org.tr/2016/08/sendikalasma-ve-toplu-is-sozlesmesi-raporu/> E.T: 30.04.2017

<http://seal.atilim.edu.tr/turkiyede-kayit-disi-istihdam> E.T: 2016.

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Sa%C4%9Fl%C4%B1k> E.T: 2016

http://www.enfal.de/sosyalbilimler/a/020.htm#_ftn1 , E.T: 2015

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519> , E.T: 2017

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html> E.T: 2016

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> E.T: 2016.

<http://www.sdplatform.com/Dergi/629/Saglik-ve-hastalik.aspx> E.T. : 2017

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/kayitdisi_istihdam_orani, E.T: 23.04.2017

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240 E.T: 2016.

<https://sosya.wordpress.com/2012/07/11/feodalizmden-kapitalizme-kadin-emeginin-degisimi/>, E.T: 7.3.2017

<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6663.html> E.T: 30.04.2017

“H. Hartmann, The Family As The Locus Of Gender, Class and Political Struggle; The Example of Housework, 1981, s.15” (Arıkan, s. 2’deki alıntı).

Huberman, leo. **Feodal Toplumdan Yirminci Yuzyıla**. On Üçüncü Basım. İletişim Yayınları, İstanbul 2013.

İmamoğlu, Olcay. “*Değişen Dünyada Değişen Aile İçi Roller*”. Kadın Araştırmaları Dergisi, İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sayı: 1, s. 58-69, 1993.

İşler, Ruhan. “İktisatta Feminizm ve Türkiye Ekonomisinde Kadının Rolü”, Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi SBE, 2004.

“K. Bhasin. Toplumsal Cinsiyet ‘Bize Yüklenen Roller’. İstanbul: Kadın Dayanışma Vakfı Yayınları, 2003” (Erdoğan, s. 9’daki alıntı).

Kablay, Sebiha. “*Kamu İstihdamındaki Esnekleşmeye 4B Örneğinden Bakış*”. **Türkiye’de Esnek Çalışma**. Hazırlayanlar: Özgür Müftüoğlu ve Arif Koşar. Birinci Basım. Evrensel Kültür Kitaplığı, İstanbul 2014.

Kablay, Sebiha. “*Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi*” İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt: 16, Sayı: 4, s. 85-110, 2014.

Kablay, Sebiha. “*Sağlık Emekçilerinin Gözünden Hasta Hakları Uygulaması*”. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü İnsan Hakları ve Vatandaşlık Çalışmaları Merkezi, İnsan Hakları Yıllığı Dergisi, Cilt: 31, s. 63-82, 2013.

Kantarci, Hasan Bülent. “*Sosyal Devlet, Sosyal Güvenlik ve Türkiye’de Zorunlu Askerlik Hizmeti*”. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, s. 75-85, 2003.

Karabağ, Hüseyin. “*Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi*”. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, 2007.

Karabıyık, İlyas. “*Türkiye’de Çalışma Hayatında Kadın İstihdamı*”. Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: XXXII, Sayı: I, s. 231-260, 2012.

Karadeniz, Oğuz. “*Türkiye’de Atipik Çalışan Kadınlar ve Yaygın Sosyal Güvencesizlik*” Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 83-127, 2011/2.

Karafazlı, Dilek. “*Türkiye Sağlık Sektöründe Neo-Liberal Dönüşüm*”. Yüksek Lisans Tezi. Kadir Has Üniversitesi SBE, 2013.

Kart, Elife. “*Sağlıkta Dönüşüm*” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri” Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 103-14-, 2013/3.

Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım Selami. **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Üçüncü Basım.** Siyasal Kitabevi, Ankara 2012.

Kaya, Gazanfer. “*Kamudaki Taşeron İşçiler Üzerine Bir Alan Araştırması: Adıyaman Örneği*”. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 55, s. 257-267, 2015.

Kesgin, Coşkun., Topuzoğlu, Ahmet. “*Sağlığın Tanımı: Başaçıkma*”. İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, Sayı: 200673, s. 47-49, 2006.

Kestane, Doğan. “Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği”. Maliye Dergisi, 142, s. 126-144, 2003.

Kılınç, Şahbaz Nazan. “Küresel Eğilimler Çerçevesinde Kadın İstihdamı”. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 9, s. 120-135, 2015/2.

Kocacık, Faruk ve Gökkaya, Veda. “Türkiye’de Çalışan Kadınlar ve Sorunları”. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 6, s. 195-196, 2005/1.

Kollontai, Aleksandra. **Toplumsal Gelişmede Kadının Konumu**. Çeviren: M. Ali İnci. Birinci Basım. İnter Yayınları, İstanbul: 2000.

Koray, Meryem. “Cumhuriyet’in İşçi Kadınları: Emek Yoğun Sektörü Sırtlayanlar”. **75 yılda Çarkları Döndürenler**. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Tarih Vakfı Yayınları, s. 249-254, İstanbul 1999.

Köse, Elifhan. “Cinsiyet/Toplumsal Cinsiyet İkiliciliği Üzerine Eleştirel Yaklaşımlar”. Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 64, s. 37-53, 2013.

Kurnaz, Işıl ve Atalay, Duygu. İş- Aile Uyumlaştırılması: Türkiye’de Güncel Tartışmalar. Anka Kadın Araştırmaları Merkezi. Birinci Basım. Rapor No: 2013/02, Ankara 2013.

Kurt, A. Öner ve Şaşmaz, Tayyar. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003.” Lokman Hekim Dergisi, Sayı: 2, s. 21-30, 2012.

Kuzgun, Yıldız ve Sevim, Seher A. “Kadınların Çalışmasına Karşı Tutum ve Dini Yönelim Arasındaki İlişki”. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt: 37, Sayı: 1, s. 14-27, 2004.

Küçük, Nimet. “John Stuart Mill’de Kadın Sorunu.” Kadın Araştırmaları Dergisi, İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sayı: 9, s. 91-111, 1993.

Küçükkalay, A. Mesud. “*Türkiye’de Planlı Dönemde Kadın Nüfusu ve Kadın İşgücü İstihdamındaki Gelişmeler*”. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 3 (Güz), s. 35-44, 1998.

Kümbetoğlu, Belkıs. User, İnci ve Akpınar, Aylin. **Kayıp İşçi Kadınlar Kayıt Dışı Çalışmaya Dair Bir Alan Araştırması**. Birinci Basım. Bağlam Yayıncılık, İstanbul 2012.

Lordoğlu, Kuvvet. “*Enformel İstihdam ve Sosyal Güvenlik Sorunu.*” Ekonomik Yaklaşım Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 31, s. 5-23, 1998.

Makal, Ahmet. “*Türkiye’de 1950-1965 Döneminde Ücretli Kadın Emegine İlişkin Gelişmeler*”. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 56/2. .s. 117-154, 2001.

Makal, Ahmet. “*Türkiye’de Erken Cumhuriyet Dönemi’nde Kadın Emegi*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 13-40, 2010/2.

Makal, Ahmet. **Ameleden İşçiye –Erken Cumhuriyet Dönemi Emek Tarihi Çalışmaları-**. İkinci Basım. İletişim Yayınları, İstanbul 2011.

Makas, Recep. “*Sosyal Güvenlik Kurumlarının Yeniden Yapılanması Üzerine*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 67-79, 2004/1.

Marx, Engels ve Lenin. **Kadın ve Aile**. Çeviren: Öner Ünalın. Ankara: Sol Yayınları, 1992.

Maydaer, Saadet. “*Osmanlı Klâsik Döneminde Kadınların Servet Edinme Yolları: Bursa Örneği*”. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 15/2, s. 1-17, 2006.

Mehmet, Özay ve Kılıç, Cem. **Çalışma Ekonomisi Teorisi**. Gazi Kitabevi, Ankara 2009.

Metin, Şahin. “*Kayıt Dışı İstihdam Ve Esnek Üretim Sürecinde Kadın Emeginin Durumu: Türkiye’de Ev-Eksenli Çalışma*”. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, 2011.

Mies, Maria., BennHoldt-Thomsen, Veronika, Werlhof, Claudia Von. **Son Sömürge: Kadınlar.** Çeviren: Yıldız TemurTürkan. İstanbul: İletişim Yayınları, 2014.

Minibaş, Türkel. “*Türkiye’de Kalkınma Sürecinde Kadın İşgücü*” ss: 331-349.

Mutlu, Ayşegül. “*Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları*”. Maliye Dergisi, Sayı 150, s. 53-78, 2006.

“Nicole L. Arkadie, A Comarision Of Psychological Well-Being Of Both Working And Non-Working Mothers, California State University USA 2007, s. 4” (Seçer, 2010, s. 31’deki alıntı).

Ofluoğlu, Gökhan vd. “*Yabancılaşmanın Teorik Gelişimi ve Tarihsel Süreç İçinde Farklı Alanlarda Görünümleri.*” Kamu-İş Dergisi 10/1, s. 113-144, 2012.

Orhaner, Emine. “*Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası*” Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1, s. 1-22, 2006.

Osmanlı İmparatorluğunda Kadının Eğitimi (19. yüzyıl ve sonrası)", V. Uluslararası Canik Sempozyumu Geçmişten Günümüze Şehir ve Kadın, (yayınlanma sürecindeki bildiri), Samsun 1-3 Nisan 2016.

Öcek, Zeliha ve Soyer, Ata. “*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi*”. Birinci Basım. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara 2007.

Öğütle, Vefa Saygın. “*Bir Sosyal Mekanizma Olarak Toplumsal Cinsiyet: H. Hartmann’a Eleştirel Realist Bir Yorum*”. Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 63, s. 45-75, 2012-2013.

Önal, Gülsüm. “*Hasta Haklarının Anatomisi*”. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1, s. 7-14, 2012.

Özalp, Nihan Yancı. “*Yasa, Kanun Hükmünde Kararname ve Mahkeme Kararları Işığında Tam Gün Sorunsalı*”. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: XIX, Sayı: 2, s. 259-289, 2015.

Özar, Şemsa. “*Türkiye’de 1980 Sonrası Dönemde Kadın Emeği ve İstihdamı Politikaları*”. **Geçmişten Günümüze Türkiye’de Kadın Emeği**. Birinci Basım. Hazırlayanlar: Ahmet Makal ve Gülay Toksöz. Ankara Üniversitesi Yayınevi, s. 266-304, Ankara 2012.

Özateş, Özge Sanem. **Malumun İlanı – Kadın Emeğinin Saklı Yüzü: Ev İçi Bakım Emeği**. Birinci Basım. Nota Bene Yayınları, Ankara 2015.

“Özbay, Haluk ve Öztürk, Emine. Gençlik (Yeni Yüzyıl Gazetesinin Ekidir). İletişim Yayınları” (Öztürk, s. 19’deki alıntı).

Özdemir, Gamze Yücesan. “*Despotik Emek Rejimi Olarak Taşeron Çalışma*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 35-50, 2010/4.

Özer, Özlem., Şantaş, Fatih. “*Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı*”. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 3, sayı: 2, s. 96-103, 2012.

Özger, Yunus. “*Osmanlı’da Kadınların Memuriyette İstihdamı Meselesi Ve Sicill-i Ahvâlde Kayıtlı Memurelerin Resmî Hâl Tercümeleri*”. History Studies Volume 4/1, s. 419-447, 2012.

Özkan, Sayar Gökçen ve Özkan, Bülent. “*Kadın Çalışanlara Yönelik Ücret Ayrımcılığı ve Kadın Ücretlerinin Belirleyicilerine Yönelik Bir Araştırma*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 91-104, 2010/1.

Özkişiraz, Ahmet ve Arslanel, Nazan. “*İkinci Meşrutiyet Döneminde Kadın Olmak*”. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, Cilt: 3, No: 1, ISSN: 1309-8012 (Online), s. 1-10, 2011.

“Özlem Tür, Çiğdem Aydın Koyuncu, ‘Feminist Uluslararası İlişkiler Yaklaşımı: Temelleri, Gelişimi, Katkı ve Sorunları’, Uluslararası İlişkiler, Cilt. 7, Sayı. 26, Yaz 2010” (Akyeşilmen, 2015, s. 5’deki alıntı).

Özsöz, Cihat. **Kültürel Feminist Teori ve Feminist Teorilere Giriş, Sosyoloji Notları**. İdeal Yayıncılık, Ankara 2008.

Öztek, Zafer. “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”. Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt: 25, Sayı: 2, s. 1-6, 2006.

Öztürk, Emine. **Feminist Teori ve Tarihsel Süreçte Türk Kadını**. Birinci Basım. Rağbet Yayınları, İstanbul 2011.

Öztürk, Osman ve Çelik, Aziz. **Sosyal Güvenlikte Hak Kaybı Dönemi**. Birinci Basım. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara 2008.

Pala, Kayıhan. “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?”. Milliyet Gazetesi, Yılın İnceleme Ödülü, 2007.

Pala, Kayıhan. “Türkiye’de Sağlık Reformu Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci.” **Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa**. Der: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. Notabene Yayınevi, İstanbul 2017.

Palabıyık, Adem. “Toplumsal Cinsiyete Sosyolojik Bir Yaklaşım: Ortadoğu’nun Halleri”. Doğu-Batı Düşünce Dergisi, Sayı: 63, s. 225-261, 2012-2013.

Parlak, Zeki. “Küreselleşme ve Çalışma Standartları”. Bilgi (9), s. 43-88, 2004/2.

Richard Sennet. **Otorite**. Üçüncü Basım. Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2011.

Rosanvallon, Pierre. **Refah Devletinin Krizi**. Birinci Basım. Dost Yayınevi, Ankara 2004.

Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420) E.T: 2016.

Saklı, Ali Rıza. *Kapitalist Gelişim Sürecinde Fordizm ve Post Fordizm*.” Ankara Üniversitesi, s. 1-20, Ocak 2007.

Sancar, Serpil. “**Türk Modernleşmesinin Cinsiyeti: Erkekler Devlet Kadınlar Aile Kurar.**” Üçüncü Basım. İletişim Yayınları, İstanbul 2014.

Saniye Dedeoğlu, “*Toplumsal Cinsiyet Rollerini Açısından Türkiye’de Aile ve Kadın Emegi*”, Toplum ve Bilim Dergisi, 86, s. 139-170, 2000.

Sarılı, Mustafa Ali. “*Türkiye’de Kayıtdışı Ekonominin Boyutları, Nedenleri, Etkileri ve Alınması Gereken Tedbirler.*” Bankacılar Dergisi, Sayı: 41, s. 32-50, 2002.

Savran, Sungur. “*Yalın Üretim ve Esneklik: Taylorizmin En Yüksek Aşaması.*” Devrimci Marksizm 3, s. 131-173, 2007.

Sayan, İpek Özkal ve Şahan, Yusuf. “*Sağlık Bakanlığı’nda Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi*”. Memleket, Siyaset, Yönetim Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 16, s. 33-7, 2011.

Seçer, Barış. “*Kadınların Sendikalara Yönelik Tutumları İle Cinsiyet Ayrımcılığı Algılarının Sendika Üyesi Olma İsteğine Etkisi*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 27-60, 2009/4.

Selçuk, Güven. “*Fordist Birikim Rejimi ve Kitle Kültürü*”. Journal of Yasar University, 24(6), s. 4130-4152, 2011.

Sevim, İbrahim. “1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği”. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE, 2006.

Sosyal – İş Sendikası. “*8 Mart’ın 100. Yıl Dönümünde Türkiye’de ve Dünyada Kadın Emegi ve İstihdamı Raporu.*” ss. 1-35, Mart 2010.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 S.K.).

Sönmez, Mustafa. **Paran Kadar Sağlık, Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi.** Yordam Birinci Basım. Kitabevi. İstanbul 2011.

Sönmez, Mustafa. **Paran Kadar Sağlık-Türkiyede Sağlıkın Ticarileşmesi.** İkinci Basım.Yordam Kitabevi, İstanbul 2011.

Ş. Şafak, Z. Çopur ve M. Özkan, “Çocukların Evle İlgili Faaliyetlere Harcadıkları Zamanın İncelenmesi” www.sdergi.hacettepe.edu.tr/sszcmao.pdf , s. 1-9, 2011.

Şakar, Müjdat. “Ölçüsüz Taşeronlaşmaya Karşı Önlemlerde Geri Adım: İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun Tasarısı Taslağına Sıkıştırılan Değişikliğin Değerlendirilmesi”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 29-34, 2010/4.

“Susan Walzer, Motherhood, Blackwell Encyclopedia Of Sociology, Blackwell Publishing 2001” (Seçer, 2010, s. 16’daki alıntı).

T.C. Anayasası, 1982.

Tanrıverdi, Haluk. “Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi”. TSA, Sayı: 3, s. 101-122, 2012.

Taşkent, Savaş., Kurt, Dilek. “Uluslararası Düzenlemeler Çerçevesinde Türk İş Mevzuatında Kadın İşçinin Korunması”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 29-50, 2014/1.

Tekingündüz, Selahattin., Orhan, Fatih ve Karadağ, Zennure. “Tam Gün Yasa Tasarısı Hakkında Vatandaşların Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması: Ankara İlinde Bir Uygulama”. II. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Editör: Harun Kırılmaz, s. 184-201, Ankara 2010.

Tezsezer, Serap. “Yerel Yönetimlerde Norm Kadro Uygulaması- Taşeronlaşma ve Etkileri”. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi SBE, 2010.

Toffler, Alvin. **Üçüncü Dalga**. Birinci Basım. Koridor Yayınları, İstanbul 2008.

Tokol, Aysen ve Alper, Yusuf. **Sosyal Politika**. Beşinci Basım, Dora Yayıncılık, Bursa 2014.

Toksöz, Gülay ve Erdoğan, Seyhan. **Sendikacı Kadın Kimliği**. Birinci Basım. İmge Kitabevi, Ankara 1998.

Toksöz, Gülay. **Kalkınmada Kadın Emeği**. Birinci Basım. Varlık Yayınları, İstanbul 2012.

Topgöl, Seda. “*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda Kadının Durumu*”. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cilt: 19, Sayı: 2, s. 301-319, 2012.

Toprak, Zafer. “*Halk Fırkası’ndan Önce Kurulan Parti: Kadınlar Halk Fırkası*”. Tarih ve Toplum Dergisi, Sayı: 51.

Toprak, Zafer. “*Türkiye’de Siyaset ve Kadın: Kadınlar Halk Fırkası’ndan ‘Arsulusal Kadınlar Birliği’ Kongresine (1923-1935)*”. Kadın Araştırmaları Dergisi, İstanbul, Sayı: 2, s. 5-13, 1994.

Tuna, Orhan ve Yalçıntaş, Nevzat. **Sosyal Siyaset**. Filiz Kitabevi, İstanbul 1999.

Tuncay, Can ve Ekmekçi, Ömer. **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**. On Altıncı Basım. Beta Yayınevi, İstanbul 2013.

Tükel, Raşit. “*Tam Gün Yasa Tasarısı ve Eğitime Olası Etkileri*”. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, s. 15-19, İzmir 2009.

Uçkan, Banu. “*Küreselleşme ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)*”. Çimento İşveren Dergisi, Çimento Endüstrisi İşverenleri Sendikası Sayı: 6, s. 5-17, (2002).

Ulukan, Ciğerci Nihan ve Yılmaz, Özmen Demet. “*Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği*” Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 87-114, 2016/1

Ulukan, Ciğerci Nihan ve Yılmaz, Özmen Demet. “*Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 87-114, 2016/1.

Urhan, Betül ve Etiler Nilay. “*Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi*”. Çalışma ve Toplum Dergisi, s. 191-216, 2011/2.

Uyanık, Yücel. “*Neoliberal Küreselleşme Sürecinde İşgücü Piyasaları*”. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 10/2, s. 209-224, 2008.

Ünal Er, “*Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*”. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi SBE, 2011.

Ünlütürk Ulutaş, Çağla. “Sağlıkta Dönüşümün Kadın Sağlık Çalışanlarına Temel Yansımaları”. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu, s. 22-26, 2011.

Üzmez, Onur. “Küreselleşmenin Türkiyede Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi”. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi SBE, 2006.

Vogel, Lise. **Marksizm ve Kadınların Ezilmişliği – Birleştirici bir Kurama Doğru.** Çeviren: Çiğdem Çıdamlı. Birinci Basım. Nota Bene Yayınları, İstanbul: 2015.

www.atam.gov.tr/ataturkun-soylev-ve-demecleri/konyada-kadinlar-ile-konusma

Yavuz, Cavit Işık. “Verilerle Sağlıkta Dönüşüm Programında ‘Etkililik, Verimlilik ve Hakkaniyet’”. **Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa.** Derleyenler: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler. Birinci Basım. Notabene Yayınları, Ankara, 2017.

Yavuz, Şahinde. “Ataerkil Egemen Erkeklik Değerlerinin Üretiminde Kadınların Rolü: Trabzon Örneği”. Fe Dergi: Feminist Eleştiri, Cilt: 7, Sayı: 1 s. 116-130, 2015.

Yazan Meriç, Ümit. “Kırsaldan Kentsel Yaşama Geçiş Sürecinde Aile”. Kadın Araştırmaları Dergisi, Sayı: 1, s. 69-76. 1993.

Yeginboy, E. Yasemin ve Sayın, K. Şevket. “Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları Ve Sorunları”. DEÜ İİBF İktisat Bölümü, 2. Ulusal İktisat Kongresi, s. 1-21, İzmir, 2008.

Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye. “AKP’li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası”. **Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa.** Derleyenler: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler. Birinci Basım. Notabene Yayınları, Ankara, 2017.

Yıkılkan, Hülya., Türedi, Özlem, Aypak, Cenk vd. “Ankara İlinde Eğitim Alan Aile Hekimliği Asistanlarının Eğitim Gereksinimlerinin Gerçekleştirilmesi”. Cumhuriyet Tıp dergisi, s. 25-32, 2013.

Yıldız, Naciye. Kadın, Yoksul ve Kürt – Toplumsal Dışlanmanın Boyutları. Notabene 1. Baskı 2015: Ankara

Yıldız, Özkan. “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”. Gaziantep Tıp Dergisi, s. 30-34, 2008.

Yorgun, Sayım. “Sömürü, Koruma ve Pozitif Ayrımcılıkta Çalışma Hayatının Egemen Gücü Olmaya Doğru Kadınlar: 21. yy ve Pembeleşen Çalışma Hayatı”. Sosyoekonomi Dergisi, s. 167-190, 2010-1 Ocak- Haziran.

Young, Iris Marion. “Yaşanan Bedene Karşı Toplumsal Cinsiyet: Toplumsal Yapı ve Öznellik Üzerine Düşünceler”. Cogito, Yapı Kredi Yayınları, Üç Aylık Düşünce Dergisi, Sayı: 58/Bahar 2009.

Yüksel, Fatih. “Sosyal Devletin Dönüşüm Sürecinde Yerel Yönetimlerin Yeni İşlevleri”. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 62.01, s. 279-298, 2007.

Yüksel, Hasan. **İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku**. Ekin Yayınları, Bursa 2014.

Zafir, Ceran Zeynep. “Neoliberalizmin Minimal Devlet Yaklaşımına Bir Eleştiri” Yönetim Bilimleri Dergisi, 7/2, s. 65-82, 2009.

Zaybak, Ayten., Eşer, İsmet ve İsmailoğlu, Elif Günay. “Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi.” İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi, Cilt: 20, Sayı: 2, s. 104-111, 2010.

Zengin, Ayfer., Erbaycu, Ahmet Emin., Mertoğlu, Aydan., Yazıcı, Ergün., Çetinalp, Hüseyin. “Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Beş Yıllık Deneyimi”. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt: XXVII, Sayı: 2, s. 105-117, 2013.