



## Özel Bakım Merkezlerinde Çalışan Kadınlara Yönelik Bir Araştırma: Samsun İli Örneği<sup>1,2</sup>

*A Research for Women Employees at Special Care Centers: A Sample from the Province of Samsun*

Damla Nur MACİT<sup>3</sup>

Sebiha KABLAY<sup>4</sup>

Geliş Tarihi: 24.12.2017 / Düzenleme Tarihi: 05.03.2018 / Kabul Tarihi: 07.03.2018

### Özet

Bu çalışma sağlık reformları sonrasında gündeme gelen özel bakım merkezlerinin kadın istihdamına olan etkisini incelemek ve özel bakım merkezleri özelinde sağlık sektöründe çalışan kadınların sorunlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma Samsun il ve ilçelerinde yer alan özel bakım merkezlerinde 60 kadın çalışan ile gerçekleştirilmiştir.

Yapılan çalışmada elde edilen bulgular şunlardır: Özel bakım merkezlerinin açılması ile köy ya da ilçelerde yaşayan kadınlar çalışma hayatına entegre olmuşlardır. Bununla birlikte kadın çalışanlar özel bakım merkezlerinde hastaların saldırgan davranışlarından olumsuz etkilenmektedir ve hastalarla iletişim problemi yaşamaktadır. Kadın çalışanlar hasta yakınları ve özel bakım merkezleri yöneticileri tarafından beklendikleri değeri göremedikleri için psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Kadınların çalışma hayatındaki konumlarını medeni durum kadar eğitimleri de etkilemektedir. Aldıkları maaştan, yaptıkları mesleğe kadar eğitim; ücret ve meslek durumunu etkilemektedir. Ayrıca eğitimle doğru orantılı olarak sendikalaşma olgusundan da uzak olan kadınlar sınıf olma bilincinden uzaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Toplumsal cinsiyet, ataerkil toplum, kadın istihdamı, sağlık, bakım hizmetleri

### Abstract

*This study was made to examine the effect of special care centers on women's employment after the health reforms and to reveal the problems of women working in the health sector. The study was carried out with 60 woman workers in special care centers located in the provinces and districts of Samsun.*

*Findings obtained in the study are as follows: Women employees are adversely affected by the aggressive behaviours of the patients in special care centers and they have communication problem with the patients. Women employees are faced with psychological problems because patient's relatives and special care center's manager don't see their values that women employees want to see. Their status in the working life affects their education as much as their marital status. It affects not only what they earn but also what they do and the education, wage and profession. Moreover, women who are far away from unionization in direct to education are far from conscious of being a class.*

**Key words:** Gender, patriarchal society, women's employment, health, care service

### GİRİŞ

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet birbirlerinden farklı kavramlardır ve özlere inildiğinde biyoloji ve sosyolojiyi temel almaktadırlar. 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 işgücü piyasalarındaki emekleri ile pek çok toplumda hep önemsenmeyen ve ikinci planda olan bireyler olarak yer almaktadır.

Kadınlara yüklenmekte olan toplumsal roller onları ev işi, ütü, çamaşır, bulaşık, hasta bakımı, yaşlı bakımı gibi rutinleşen işlerden uzak tutmamaktadır. Kadınlar istihdam edilirken de işgücü piyasalarında yer alan bu tarz işlerde tercih edilmektedirler. 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 çekmektedir.

Bu araştırmanın amacı; toplumun kadınlara yüklemiş oldukları sorumluluklar ile bu sorumlulukların kadınların çalışma hayatına olan etkisini incelemek ve kadınların sosyal ve psikolojik yönden etkilenme derecelerini belirlemektir. Bu amacı

<sup>1</sup> Bu çalışmada "Özel Bakım Merkezlerinin Kadın Çalışanlar Üzerine Etkisi: Samsun İli Örneği" adlı yüksek lisans tezi verilerinden yararlanılmıştır.

<sup>2</sup> Bu makale 15. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi'nde (Özel Bakım Merkezlerinin Kadın Çalışanlar Üzerine Etkisi: Samsun İli Örneği) sunulan bildirinin genişletilmiş halidir.

<sup>3</sup> Ordu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı.

E-Posta: damlamacit@hotmail.com

<sup>4</sup> Doç. Dr., Ordu Üniversitesi, Ünye İİBF, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

E-Posta: sebihakablay@gmail.com

gerçekleştirmek için evren olarak Samsun il ve ilçelerinde yer alan özel bakım merkezlerinde bir alan araştırması yapılmıştır.

## I. TOPLUMSAL CİNSİYET

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). *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 (Akin 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).

Feminist teoride toplumsal cinsiyet kavramının en eski kullanımı 1976’da Sussex Üniversitesi’nde kadınların tâbiyeti konusunda düzenlenen atölye çalışması sırasında karşımıza çıkmaktadır. Çalışmaya katılanlar kadınların ve erkeklerin biyolojik varlıklar olduğunu ama kadınların tâbiyetinin toplumsal olarak kurgulandığını söylemişlerdir (Toksöz, 2012: 64). Birçok kavrama değinen ve farklı tartışmalara neden olan toplumsal cinsiyet kavramının bu denli gündeme gelmesinin en önemli nedeni toplumdur. Aile yapısı, sosyolojik düzen, anaerkil ve ataerkil toplum yapısı toplumsal cinsiyet kavramına yön vermektedir. Bu kapsamdan anaerkil ve ataerkil kavramlar ile birlikte aile kavramına da değinilmesinde fayda vardır.

Yapılan araştırmalar ilk insanların yaşadığı dönemde 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 dışıdır. İnsan da tüm diğer canlılar gibi ondan gelmiştir (Erdem ve Sayılğan, 2011: 104). İkel 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). Ancak zamanla erkekler birçok alanda boy göstermeye başlayarak tarım sektörünü de ele geçirmiş ve kadınları ev içi işlere hapsedmeye başlamışlardır (Arsoy, 2011: 3). Yapısal değişmeler sonrasında üretim ilişkilerindeki değişme ile birlikte nasıl anaerkil aileden ataerkil aile anlayışına geçilmişse, kadının toplumdaki ve dolayısıyla aile içindeki yeri de toplumsal yapıya göre belirlenerek değişmiştir (Bebel, 1966: 13). “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).” Patriyârşî (ataerkillik) aile ilişkilerinin temelinde erkekler bulunur. Kimin kiminle evleneceğine erkekler karar verir ve mülk erkeklerle miras kalarak kuşaktan kuşağa geçer. Paternalist bir toplumda erkek egemenliği sürer. Bu egemenlik erkeklerin babalık rolüne dayanır (Sennet, 2011: 61-62).

Kadının toplumdaki yerini belirleyen ve toplumsal cinsiyet kavramına da yön veren bir diğer kavram olan ‘aile’ ise; 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 örülü bir yapıdır ya da aile zaman içinde ayakta kalmayı ve değişikliklere uyum göstermeyi başarmış, çok esnek bir toplumsal birimdir diyebiliriz.” (Öztürk, 2011: 16). Aile odaklı toplumsal yaşamda aile içi, yakın çevre ve akrabalar arası ilişkiler genellikle kadınların düzenlenmesine bırakılmış alanlardır (Sancar, 2014: 195). Aile kendi içerisinde kadın ve erkeğe ait rolleri ve akrabalık ilişkilerini barındırmaktadır. Aile kavramına yönelik olarak vurgulanması gereken bir başka konu ise onun toplumdan bağımsız, durağan ve mutlak bir kavram olmadığıdır. Aile, tarihsel ve toplumsal koşullara göre değişik biçimler ve içerikler kazanmaktadır (Dedeoğlu, 2000: 142-195). 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).

## II. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE KADIN

1947 yılında uluslararası bir belge olan 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 yüklemiş ve 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde hükümetlerin kendi halklarına “tıbbi bakım verme” hakkı zorunluluk olarak getirilmiştir (Pala, 2007: 3). 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). 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.

Şekil 1. Sağlık Etkileyen Faktörler



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

1980'li yıllarda başlanmış olsa da 1990 sonrasında eğitim ve sağlık alanlarında meydana gelen piyasalaştırma çalışmaları Dünya Bankası (DM) ve International Monetary Fund (IMF) tarafından Türkiye'ye de 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). 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 piyasanın 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).

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).

Neoliberalizm yeniden bir yapılanma sağlayarak küreselleşme ile kapitalizmi tüm dünya ve tüm sektörler yaymaktadır. Belirli süreli sözleşmeler, ücretlerde esneklik, yönetim kültürünün değişmesi bu uygulamaların belli başlı örnekleridir. Bu yöntemlerle kamunun küçültülüp özele terk edilmesi ve böylece yeni sermaye birikim alanlarının yaratılması hedeflenmektedir (Kablay, 2014: 88).

Neoliberal politikaların bir uzantısı olarak "sağlık reformları" adıyla dile getirilen yapısal değişiklikler ülkemizde "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)"nin 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). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması hedeflenmiştir. Sağlık alanında kâr elde etmek isteyenler bu yollarla sağlık alanına yatırım yapmışlardır (Soyer, 2006: 119 ). Bunlarla birlikte hasta açısından sağlık hizmetine en hızlı şekilde ulaşmak hedef kabul edilirken; kurum açısından ise maliyet verimliliği hedef kabul edilmiştir (BSB, 2011: 203). 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 kişi başı 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 finansmanın 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 sağlayamayarak ekonomik anlamda kriz yaşamaları sağlık harcamalarını da hakıyla 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).

SDP 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 (Sönmez, 2011: 91-92). 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. Ayrıca kadınlar evdeki sorumluluklarını aksatmayacak sendikalaşma anlayışından uzak, otoriteye boyun eğen sabır ve tekrara dayalı işleri kabul etmektedir. 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). Güvencesizlik konusunda verilebilecek en güzel örneklerden bir tanesi kadınların neden olmuştur (Urhan ve Etiler, 2011: 192-193). Güvencesizlik konusunda verilebilecek en güzel örneklerden bir tanesi kadınların neden olmuştur (Urhan ve Etiler, 2011: 192-193). Güvencesizlik konusunda verilebilecek en güzel örneklerden bir tanesi kadınların neden olmuştur (Urhan ve Etiler, 2011: 192-193). Güvencesizlik konusunda verilebilecek en güzel örneklerden bir tanesi kadınların neden olmuştur (Urhan ve Etiler, 2011: 192-193).

Ülkemizdeki son gelişmelere baktığımızda evde bakım hizmetleri uygulaması oldukça yenidir ve çok geniş bir kanuni çerçevesi de yoktur. Ancak gelişen dünya koşulları bakım hizmetlerinin de gelişmesini hızlandırmıştır (Elevli, 2012: 50). Yaşlı sayısındaki artış ve evde daha çok yaşlının 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 yaşlı ve hasta bireylerin bakılmasına olanak sağlamıştır. Bakım hizmetlerinin gelişmeye başlaması ile hasta sorunları çözülürken bir yandan da geleneksel anlayıştan uzak durulamaması bakım hizmetlerinin aile bireyleri tarafından yapılmasını engelleyememiştir. Bu da tüm yükü kadınların üzerine yükleyerek onların dezavantajlı konuma gelmelerine neden olmuştur. Erkekler genelde dışarıda ücretli çalışmayı tercih ederken kadınlar evdeki tüm sorumlulukları üstlenmiştir. Kadınlar, evin tüm maddi ihtiyaçlarını karşılayan erkeklerin ev içinde sıkıntı yaşamaması için tüm ev ve bakım işlerini sorunsuz bir şekilde halletmeye çalışmaktadırlar (Özateş, 2015: 98).

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 gelişimi 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 – 2013/28737, md. 25). 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.

### III. ÖZEL BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN BİR ALAN ARAŞTIRMASI

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 (Atasü Topçuoğlu, 2017: 180).

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

#### 3. 1. Araştırmanın Amacı ve 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.

Araştırmanın amacı; sağlıkta dönüşüm ile birlikte Türkiye’de önem kazanan hasta bakım merkezleri ve bu merkezlerde çalışan kadınların istihdamına, çalışma koşullarına yönelik sorunları ortaya koymaktır.

#### 3. 2. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada alan araştırması yöntemi çerçevesinde 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. Araştırma kapsamına alınan 60 kadın çalışana ilişkin bilgiler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### 3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Samsun ilinde var olan özel bakım merkezlerinde çalışan 188 kadın çalışan oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında Samsun ilinin 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

Bu nedenle 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. 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.

Araştırma Samsun ilinde yer alan özel bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yapılmış, 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.

### 3. 4. Araştırmanın Bulguları

#### 3. 4. 1. Çalışanların Sosyo – Demografik Özellikleri

Bakım merkezlerinde çalışanlar genellikle kadınlardan oluşmakta olup özellikle bakım hizmetleri için kadınlar tercih edilmektedir. Çalışmaya katılan kadınlar farklı yaş gruplarında yer almaktadır. 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. Tablo 1 yaş bakımından incelendiğinde çalışanların büyük kısmının 31-40 yaş arasında olduğu, 19-30 yaş arasındaki grubun büyüklüğünün de buna yakın bir oranda olduğu görülmektedir. Çimen, Şahin, ve arkadaşlarının (2012: 24) özel bakım merkezinde çalışan personelin tükenmişlik iş doyumunu inceleyen çalışmasında da benzer şekilde bakım merkezlerinde çalışanların en fazla 31-40 yaş arasında (%54,1) olduğu bulunmuştur. Çalışma bakım hizmetlerinde çalışan kadınların sayısının daha fazla olduğunu ve toplumsal cinsiyet rollerinin kadınları bu mesleğe yönelttiğini açık şekilde göstermektedir. Dramalı ve arkadaşlarının 1998 yılında yapmış olduğu evde bakım hizmetlerini inceleyen çalışmalarına göre bakım hizmetini yapanların %89'u kadın olarak tespit edilmiştir (Bahar ve Parlar, 2007: 36). Bu çalışmalar da göstermektedir ki bakım hizmetleri ister evde ister bakımevinde yapılsın toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle kadınlara atfedilmektedir.

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 aldıklarını ifade etmektedir.

Çalışmaya katılanlardan %28,3'ü ilkökul 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.

Çalışmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak ifade edilmiştir.

**Tablo 1: Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri**

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

### 3. 4. 2. Çalışanların Meslek ve Kurumla İlgili Özellikleri

Tablo 2’de görüldüğü gibi 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.

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 Tablo 2’de görülmektedir. Ancak hasta bakım merkezlerinde ayrı meslek grubu olarak aşçıların bulunmamasıdır. Yani aşçıların aslında hasta bakım elemanlarının oranı 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.

**Tablo 2: Çalışanların Meslek İle İlgili Özellikleri**

İşe İlişkin Bilgiler	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
<b>Meslek</b>	Hasta Bakım Elemanı	43	71,7
	Hemşire	5	8,3
	Psikolog	6	10,0
	Resim Öğretmeni	2	3,3
	Aşçı	4	6,7
	<b>Toplam</b>	60	100,0
<b>İş Yaşantısının Nasıl Başladığı</b>	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
	<b>Toplam</b>	60	100,0

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 olanaklarının artması yüksek oranda (%36,5+5=%41,5) bulunmuştur. 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 eğitimli çalışanların başka iş bulma konularında özgüvenlerinin olmaması bu mesleği yapmaya devam etmelerinin nedenlerinden biri olarak gözlemlenmiştir. Bununla birlikte derinlemesine görüşmelerde anlaşıldığı üzere 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 başlanıyoruz. 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 yapma durumu, yıllık izin süreleri, evlilik ve ölüm izin süreleri, çalışma listelerini kimin yaptığı, çalışanlara kıyafet verilmesi ve çalışanların sosyal hakları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Çalışanların kurum ile ilgili özelliklerini incelemek gerekirse; 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 performansa dayalı ücret ilkesinin de esas alındığını kanıtlamaktadır. Çalışmaya katılan kadınlardan bazıları ücret farklılıklarının işverenlerin inisiyatifinde olduğunu dile getirmektedir. Ayrıca tanıdık yoluyla işe girenlerin ücretlerinin daha yüksek olduğunu belirten çalışanlara bakıldığında özel bakım merkezlerindeki ücret ayrımcılığı da açık şekilde ifade bulunmaktadır. Vardiyalı sistemden 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 iddia edilmektedir. 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 ifade etmiştir.

**Tablo 3: Çalışanların Kurum İle İlgili Özellikleri**

Çalışma Koşulları	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

### 3. 4. 3. Çalışmaya Katılanların İş Yaşantıları ile ilgili Özellikleri

#### 3. 4. 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, eğitim, meslek arasında bu ilişki aranmıştır.

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 etmektedir. Tablo 4'te görüldüğü gibi çalışanların bir kısmı işlerini eğitim aldıktan sonra bulmuştur.

**Tablo 4: 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 <sup>2</sup> =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	

Çalışmaya katılanlardan 19-30 yaş arasındakilerin %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 deyişle



çalışanların işlerini nasıl buldukları ile yaş değişkeni birbirini etkilemektedir ( $X^2=12,142$ ;  $p=0,016<0,05$ ). Genç yaşlarda iş genellikle tanıtıcı aracılığıyla edinilirken; orta yaş ve üstünde iş daha profesyonel şekilde edinilmektedir.

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 5'te de belirtildiği gibi yaşı 19-30 arası olanların %68,2'sinin 1500 TL ve altı, %31,8'inin 1500 TL 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 5: 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 üzerindeki 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.

Çalışmaya katılanların iş yaşamında karşılaştıkları zorluklar ve yaş arasındaki ilişki incelenmektedir. Tablo 6'da da görüldüğü gibi arada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 6: 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		

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. Yaşı 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

*kaliyorsun. 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 iş yaşamında karşılaşılan zorluklar ile 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.

Hasta bakım elemanlarının işyerinde yaşadıkları sorunlar giderek artmakta ve üstelik bu durum ‘hasta hakları’ adı altında benzer uygulamalarla meşrulaştırılmaktadır. Giderek ticarileşen hasta hakları konusu hasta-sağlık çalışanı ilişkisinden çok müşteri memnuniyeti ilişkisine dönüşmüştür. Haklı ya da haksız fark etmeksizin mevcut düzen bu yolla tehdit edilmekte ve sağlık çalışanları da bu zor durumla karşı karşıya kalmaktadır. Bu uygulama da çalışanlara psikolojik ve fizyolojik şiddet olarak yansımaktadır (Kablay, 2013: 67).

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 7’de bu durum ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

**Tablo 7: Çalışmaya Katılanların İşlerini Nasıl Buldukları ve Medeni Durum Arasındaki İlişki**

		Bekar		Evli		Boşanmış		Eşi ölmüş		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
İş Nasıl Bulduğu	Eğitim aldıktan sonra	4	%23,5	23	%60,5	2	%50,0	1	%100,0	$X^2=14,36$ 4 $p=0,026$
	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	

Bekar olanların 4’ünün (%23,5) eğitim aldıktan sonra, 12’sinin (%70,6) tanıdık aracılığıyla, 1’inin (%5,9) internet aracılığıyla; medeni durumu 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 durumu eşi ölmüş olanlardan 1’inin (%100) eğitim aldıktan sonra olduğu görülmektedir.

Bekarlar 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 buldukları görülmektedir. Ülkemizde son yıllarda internet üzerinden işe alım süreci oldukça etkin olmasına rağmen hasta bakım hizmetlerinde 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 yönlendirmektedir. Daha önce başka bir işyerinde çalışmayan kadınlar evde de yapmaya alışkın oldukları bu işleri iş yerinde yaptıklarında hem yabancılaşma çekmemekte hem de ilk defa girmiş oldukları iş ortamında zorlanmamaktadırlar.

Çalışmaya katılanların çalışma saati ile medeni durum arasındaki ilişki incelenmektedir. Medeni durumu ne olursa olsun tüm kadın çalışanlar (%100) çalışma sürelerinin 8 saat olduğunu bildirmişlerdir.

**Tablo 8: 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.”

Tablo 9'da çalışmaya katılanların aldıkları ücret ile eğitim arasındaki ilişki incelenmiştir.

**Tablo 9: Çalışmaya Katılanların Aldıkları Ücret ile Eğitimleri Arasındaki İlişki**

		İlkokul Mezunu		Ortaokul Mezunu		Lise Mezunu		Yüksekokul Mezunu		Üniversite Mezunu		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 <sup>2</sup> =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 ilkököl 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.

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 açılılık, 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 10 durumu aşağıdaki gibi ifade etmektedir.

**Tablo 10: Çalışmaya Katılanların Yaptıkları İşin Eğitimlerine Uygun Olduğu Düşüncesi ile Eğitim Arasındaki İlişki**

		İlkokul Mezunu		Ortaokul Mezunu		Lise Mezunu		Yüksekokul Mezunu		Üniversite Mezunu		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 <sup>2</sup> =14,24 1 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 ilkököl ve ortaokul mezunu olanların %100'ü yaptıkları işin eğitimlerine uygun olduğunu düşünmektedir. Eğitim durumu lise ve üstü

olanlar için ise durum biraz daha farklılaşmaktadır. Lise mezunu olanların %64,7'si eğitimlerinin yaptıkları işe uygun olduğunu düşünürken; %35,3'ü yaptıkları iş ile aldıkları eğitimi uyumsuz olarak kabul etmektedir. Eğitim durumu yüksek okul mezunu olanların %83,3'ü yaptıkları iş ile eğitimleri arasında uygunluk görürken; %16,7'si aradaki ilişkiye hayır olarak cevap vermektedir. Üniversite mezunu 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 mezunu olanlar genellikle çaresizlikten, mevcut işsizlikten dolayı bu mesleğe yöneldiklerini belirtmektedir. Çalışanlardan lise mezunu 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 yoluluyordum. 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.”*

Çalışmaya katılanların sendikaya üye olma durumu ve yaş arasındaki ilişki ile incelenmektedir. Sendikaya üye olmak ve yaş arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Tablo 11'de 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 11: 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 12 ise çalışmaya katılanların sendikaya üye olmama nedenlerini yaş değişkeni ile incelemektedir.

**Tablo 12: 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 12 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 sırf sendikaya üye olduğum için işveren işime son vermişti. Bu konuda bilgim de var ama üye olmak istemiyorum. İşsiz kalmak istemiyorum."*

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri merkezine insanı almaktadır. Sağlık hakkı insan hakları içinde önemli bir yer tutup en temel hak olan yaşama hakkı açısından da gerçekleştirilmesi önemlidir. Sağlık gereksinimlerinin 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. Küreselleşme olgusu, neoliberal politikalar sağlık alanını da etkileyerek sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde piyasaya açılmasına neden olmuştur. Özelleştirme hamleleri ile devletin örgütlü olduğu pek çok alan piyasanın konusu haline getirilmiş, sağlık da bu alanların başında gelmiştir. Ancak bu değişimden gelişmemiş ya da az gelişmiş ülkeler daha fazla etkilenmiştir. Neoliberal politikaların etkisiyle 1980'li yıllarda başlayan "yeniden yapılanma" süreci ve "serbest piyasa koşulları" sağlığın bir kamu hizmeti olması durumunu değiştirmiş, bu durum hizmetlerin sunumundan istihdama kadar pek çok alanda değişim yaratmıştır. 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 elemanı, psikolog, sosyolog, sosyal hizmet çalışanı ve hemşire gibi farklı meslek alanlarını kendi bünyelerinde istihdam etmeye başlamıştır. Geçmişten bu yana toplumsal cinsiyet yaklaşımının etkisi ile kadın mesleği olarak kabul edilen hemşirelik mesleğine ek olarak bakım elemanı olarak da bu merkezlerde kadınlar erkeklere oranla daha çok istihdam edilmeye başlanmıştır.

Ekonomik sıkıntılar kadınları iş hayatına sürüklemekte ve onları işsiz kalma korkusu ile karşı karşıya getirmektedir. Ağırıklı olarak kadınları istihdam etmekte olan özel bakım merkezleri kadınların işsizlikten kurtuluş yolu olarak görülse de işverenlerin baskısı ve 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. Çalışmaya katılan kadınların tamamı bir sendikaya üye olmadıkları gibi sendika hakkında bilgi sahibi olmadıklarını da ifade etmektedirler. İşyeri 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. Ancak çalışan kadınlar işsiz kalma korkusundan dolayı bu duruma kayıtsız kalmaktadırlar. 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 ve hastaların yakınlarının rahatsız edici tavırları; hem işveren hem de çalışan açısından sorun yaratmaktadır. Bu durumdan en çok hasta bakım elemanı yapan kadınlar psikolojik olarak 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.

Özel bakım merkezlerinde karşı karşıya kalınan önemli bir sorun da vardiya düzeni ile ilgilidir. 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 çalıştırmamakta tatil olanağını onlara sunmaktadır. Sadece vardiya sistemine bağlı saatlerde fazla mesai yapmadan çalıştıklarını dile getiren çalışanlar olsa da hastaların kriz dönemlerinde bu bakım elemanlarının saat sınırı olmaksızın işe çağrıldıkları ve bunun için de ekstra ücret almadıkları ya da izin kullanmadıkları derinlemesine görüşmelerde saptanmıştır. Kadınların çalıştırılma şeklinde medeni durum ve tanıdıklık ayrımcı uygulamalara neden olmaktadır. Vardiyalı çalışanlar arasındaki ayrımın ortadan kaldırılması ve işverenlerin konu ile ilgili daha sıkı şekilde denetlenmesi gerekmektedir.

Çalışanlar eğitim anlamında muhasebe, okul öncesi öğretmenliği gibi çok farklı alanlardan mezun olmalarına rağmen iş bulamadıkları için kendi mesleklerini yapamamakta ve çaresizlikten hasta bakım elemanı olarak bakım merkezlerinde çalışmaktadırlar. Bilinçsizlik ve mecburiyet ise bu kişileri örgütsüz şekilde sendika kavramından uzak bir çalışma hayatına entegre olmaya mecbur bırakmaktadır.

Hasta bakım elemanları sıklıkla psikolojik şiddete maruz kaldığından hem bu anlamda korunmalı hem de psikolojik destek almalıdır. Son dönemde yoğun çalışma şartlarına ek olarak bir de hasta hakları gibi uygulamalarla sağlık çalışanlarını zor durumda bırakan uygulamalara da bir düzenleme getirilmelidir. Kadınların iş yaşamındaki sayıları gün geçtikçe artma eğilimi göstermektedir. Bu artışla birlikte kadınların kendilerini daha da güvende hissetmeleri adına örgütlenme yani sendikaya üye olma durumu daha açık şekilde ifade edilmeli ve işverenler tarafından sendikalaşmaya yönelik bir tehdit

mekanizmasının oluşturulması engellenmelidir. Sendikalar bu konuya gerekli önemi vermeli ve örgütlenmeye teşvik etmelidir. Örgütlenme açısından boş bırakılan bu alanın doldurulması gerekmektedir.

Sonuç olarak, sağlık sektöründe giderek artan yeni istihdam biçimlerinde kadınların daha iyi şartlarda çalışmaları adına yasal düzenlemeler getirilmelidir. Aynı zamanda toplumda kadına bakış açısı değişmeli ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığına yönelik algı da azaltılmalıdır.

## Kaynakça

- Aka, A., Kablay S. ve Demir, M. C. (2012). *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Akın, A., Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25/4, 73-82.
- Arsoy, Naciye. (2011). *Türk Masallarında Ataerkillik ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Kadın*. Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi SBE.
- Atasü Topçuoğlu, R. (2017). 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. Ankara: Notabene Yayınları.
- B. L., Marshall. *Configuring Gender: Explorations in Theory and Politics*. Canada: Canadian Copyright Licensing Agency (CANCOPY), 2000" (Sayer, 2011, s. 9'daki alıntı).
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2011). *Ücretli Emek ve Sermaye Derinleşen Küresel Kriz ve Türkiye'ye Yansımaları*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Bahar, Aynur ve Parlar, Serap. (2007). "Yaşlılık ve Evde Bakım." *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. (4), Cilt: 2, 32-39.
- Bakıma Muhtaç Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği
- Bayhan, V. (2013). Beden Sosyolojisi ve Toplumsal Cinsiyet. *Doğu-Batı Düşünce Dergisi*. Sayı: 63, 147-165.
- Bebel, A. (1966). *Kadın ve Sosyalizm*. Çeviren: Sabiha Zekeriyâ Sertel. Ankara: Toplum Yayınevi.
- Bora, A. (2014). *Kadınların Sınıfı: Ücretli Ev Emeği ve Kadın Öznelliğinin İnşası*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Budak Gl., Doğan, Hasan Z. ve Hacer H. (1991). *Çalışan Kadınların Sorunları: Bir Toplumsal Değişme Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi SBE.
- Çimen, Mesut., Şahin Bayram vd. (2012). "Özel Bakım Merkezinde Çalışan Personelin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerine Yönelik Bir Çalışma." *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. (1), C:3, 21-31.
- Çitçi, O. (2008). Yeni Siyaset: Neoliberalizm ve Postmodernizmin Siyasal Projesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 1, Sayı:2, 2-32.
- Donovan, J. (2015). *Feminist Teori*. Çeviren: Aksu Bora, Meltem Ağduk Gevrek ve Fevziye Sayılan. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Elevli, Emel. (2012). *Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi SBE.
- Erdem, Burcu K. ve Sayılğan, Ö. (2011). Ataerkil ve Anaerkil Toplumun Tarihsel Savaşımının 'Avatar' Filmi Bağlamında İncelenmesi. *İstanbul Arel Üniversitesi İletişim Fakültesi İletişim Çalışmaları Dergisi*, 1/1, 99-120.
- Hartmann, H. (1981). The Family As The Locus Of Gender, Class and Political Struggle; The Example of Housework, 15 (Arıkan, s. 2'deki alıntı).
- Kablay, S. (2013). "Sağlık Emekçilerinin Gözünden Hasta Hakları Uygulaması." *Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü İnsan Hakları ve Vatandaşlık Çalışmaları Merkezi, İnsan Hakları Yıllığı Dergisi*. Cilt: 31, 63-82.
- Kablay, S. (2014). Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması Ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi. *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. C:16, S: 4, 85-110.
- Kart, E. (2013). "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri". *Çalışma ve Toplum Dergisi*. (3), 103-140.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Üçüncü Basım. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Öztürk, A. (2011). *Feminist Teori ve Tarihsel Süreçte Türk Kadını*. İstanbul: Rağbet Yayınları.
- Özateş, Özge Sanem (2015). *Malumun İlanı-Kadın Emeğinin Saklı Yüzü: Ev İçi Bakım Emeği*. Birinci Basım. Ankara: Notabene Yayınları.
- Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? *Milliyet Gazetesi*, Yılın İnceleme Ödülü.
- Pala, K. (2017). Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa*. Der: GülbiyeYenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. İstanbul: Notabene Yayınevi
- Sennet, R. (2011). *Otorite*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Rosanvallon, . (2004). *Refah Devletinin Krizi*. Ankara: Dost Yayınevi.
- Sancar, S. (2014). *Türk Modernleşmesinin Cinsiyeti: Erkekler Devlet Kadınlar Aile Kurar*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Soyer, A. (2006). *Sağlık Personeli İşsizliği. Toplum ve Hekim*. C: 21, S:2, 119-121.
- Dedeoğlu, . (2000). Toplumsal Cinsiyet Roller Açısından Türkiye'de Aile ve Kadın Emeği. *Toplum ve Bilim Dergisi*. 86, 139-170.
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık, Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitabevi.
- Toksöz, G. (2012). *Kalkınmada Kadın Emeği*. İstanbul: Varlık Yayınları.
- Urhan, B. ve Etiler Nilay. (2011). Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. (2), 191-216.
- Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Kadın Sağlık Çalışanlarına Temel Yansımaları. *Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu*. 22-26.
- Yavuz, Cavit İ. (2017). Verilerle Sağlıkta Dönüşüm Programında 'Etklilik, Verimlilik ve Hakkaniyet. *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa*. Derleyenler: GülbiyeYenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler. Ankara: Notabene Yayınları.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2017). AKP'li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası. *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa*. Derleyenler: GülbiyeYenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler. Ankara: Notabene Yayınları.

## Summary

*Genetic, physiological, and biological features that one has as a male or female is called sex. But the term gender expresses man and woman's roles and responsibilities which are defined socially (Akın ve Demirel, 2003: 73). Gender term is one of the major concepts that determine woman's importance in the society. Even if patriarchal society occurred in the past, as the time passed men have begun to be active in many fields and this confined woman to indoor businesses. This situation has weakened woman's social power gradually and become one of the reasons of woman's being employed in businesses like housework.*

*With the effects of Neoliberalist politics in Turkey in the year 2003, Transformation Programme in Health has began to be applied. By this way it is aimed to make public health services attain a place in market. The health labor has been affected by this process. Insufficiency in the number of the staff, nationwide unbalanced distribution, unbalance of expert and practician medical doctors and nurses rates are among the encountered problems. This situation together with the insufficiency in the number of the employees has brought new employment forms to the agenda (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 124-129). With these structural alterations which has occured elderly care, which the society burdened to women, caused woman's being employed in similar occupations.*

*New working forms and the privatization in the health sector couldn't keep the woman out the occupations, which they are acquainted with since the early times. Today in the private care centers, largely women employees are preferred and again women are directed to the businesses like cleaning, washing, and ironing. This situation condemned women to bad working circumstances, imprisoning them into care sector an infertile field.*

*Caring Labour triggers the roles which are attributed to women in the scape of patriarch. Directly connected with the body, the caring is at the same time a confidential matter fort his reason; it is always remained limited within the family and with private field. Caring, which is separated from the family responsibility overtime, has broken into market by concretizing. These are five different branches of caring labour in Turkey,*

- 1) The caring which is traditionally provided interfamilial and with free of charge woman labour.*
- 2) The caring, which triggers unsecured atypical businesses, and which is provided by immigrant woman or of the record working citizens inside the house.*
- 3) The caring recorded but brings about unsecured atyoic affairs which is sent to houses by private companies.*
- 4) The caring, realized by an establishment outside the house, recorded and fulltime but unsecured.*
- 5) The caring, affered by a public foundation outside the house, or the caring whose service charge is provided by private foundations (Atasü Topçuoğlu, 2017: 180).*

*The universe of research is composed of 188 woman employees, who work in private caring centers in Samsun city, and the research sample is composed of 60 women employees.*

*The aim of this task is to manifest the problems of patient care centers, which came into prominence in Turkey, with the Transformation in Health, and employment and working conditions of women who work in these centers. To realize this aim, the caring service, sustained by private foundations, which is the fourth branch of caring, is investigated. In the task in the research area process; quantitative (interview – face to face meeting) and quantitative (survey – questionnaire – question sheets) techniques are used.*

*Intimately interviewed with 60 women, who work in private caring centers in Samsun and its counties. Research datas are analysed by using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programme. In the evaluation of the data; number, per cent, average, and standard deviation are used as defining statistical methods. In the comparament variable groups chi-square analysis is used. It is expressed and commented based on the findings, obtained as a result of this research.*