

SAĞLIKTA KADIN EMEĞİ SEMPOZYUMU

14 Mayıs 2011 - Denizli



SEMPOZYUM KİTABI



TTB KADIN HEKİMLİK VE KADIN SAĞLIĞI KOLU

I. KADIN HEKİMLİK VE KADIN SAĞLIĞI SEMPOZYUMU
SAĞLIKTA KADIN EMEĞİ

SEMPOZYUM KİTABI

Pamukkale Üniversitesi
14 Mayıs 2011 - Denizli

**I. KADIN HEKİMLİK VE KADIN SAĞLIĞI
SEMPOZYUMU
SAĞLIKTA KADIN EMEĞİ
SEMPOZYUM KİTABI**

Türk Tabipleri Birliği Yayınları



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No: 2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 • Faks: (0 312) 231 19 52-53
e-posta: ttb@ttb.org.tr • <http://www.ttb.org.tr>

SAĞLIKTA KADIN EMEĞİ SEMPOZYUM PROGRAMI

9.00- 9.45 Açılış

9.45- 11.00 Kadın Emeği Tarihsel Gelişimi ve Bugünü; Sağlıkta Kadın Emeği için İp Uçları

Melda Yaman Öztürk

Nuray Ergüneş

11:00-11:15 Ara

11.15- 12.00 Dünyada ve Türkiye’de Dünden Bugüne Sağlıkta Kadın Emeğinin Durumu

Feride Aksu Tanık

12.00-13.00 Yemek ve Poster Başı Tartışma

13. 00- 14.45 Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Biçimlerine Etkisi

Deniz Nalbantoğlu

Hülya Ulaşođlu

Arzu Çerkezođlu

Çağla Ünlütürk Ulutaş

14.45–15.00 Ara

15.00–16.15 Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Üreme Sağlığına Etkisi

Aslı Davas

Gülnihal Bülbül

Nilüfer Özaydın

DÜZENLEME KURULU

- Filiz Ak
- Feride Aksu Tanık
- Sibel Alper
- Esin Avcı
- Özlem Azap
- Vahide Bilir
- Ayfer Candanoğlu
- Meltem Çiçeklioğlu
- Aslı Davas
- Melek Demir
- Peyker Demireli
- Füsün Düzcun
- Arzu Erbilici
- Ugur Işık
- Hicran İzci
- Serpil Keskin
- Elif Kırteke
- Handan Kurtbaş
- Zehra Mete
- Deniz Nalbantoğlu
- Aysun Özşahin
- Şevkat Bahar Özvarış
- Beyhan Özyurt
- Derya Pekbayık
- Suzan Saner
- Selma Polat
- Peyker Temiz
- Lale Tırtıl
- Ful Uğurhan
- Kevser Vatansever
- Müge Yetener
- Derya Yüksel
- Aşın Zeytinoğlu

BİLİM KURULU

- Özen Aşut
- Esin Ceber
- Nuray Ergüneş
- Nilay Etiler
- Zeliha Öcek
- Nüket Paksoy Er-
baydar
- Serpil Salaçin
- Şafak Taner
- Meral Türk
- Aynur Uysal
- Melda Yaman Öztürk
- Gamze Yücesan Özdemir
- Şahika Yüksel
- Gülbanu Zencir

İÇİNDEKİLER

▪ SAĞLIKTA KADIN EMEĞİ SEMPOZYUM PROGRAMI	3
▪ İÇİNDEKİLER.....	5
▪ SUNUŞ.....	7
KONUŞMA METİNLERİ	8
▪ TÜRKİYE’de KADIN İSTİHDAMI ve KADIN EMEĞİ: Sağlık Sektöründe Kadın Emeği için İpuçları <i>Melda Yaman Öztürk ve Nuray Ergüneş</i>	9
▪ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA BİÇİMLERİNE ETKİSİ Birinci Basamak ve Kadın Hekimler <i>Deniz Nalbantoğlu.....</i>	19
▪ Sağlıkta Dönüşümün Kadın Sağlık Çalışanlarına Temel Yansımaları <i>Dr. Çağla Ünlütürk Ulutaş</i>	22
▪ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ ÜREME SAĞLIĞINA ETKİSİ Gebelik-Doğum-Doğum Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Politikalarıyla Etkileşimi <i>Dr. Gülnihal Bülbül</i>	27
▪ Sağlıkta Dönüşüm ve Üreme Sağlığı <i>Aslı Davas Aksan.....</i>	31
POSTER BİLDİRİLER	36
▪ SAĞLIK OCAĞINDAN AİLE HEKİMLİĞİNE EBENİN DEĞİŞEN ROLÜ VE ÜREME SAĞLIĞINDA TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİKLERİ <i>Mahide DEMİRELÖZ, Meltem ÇİÇEKLİOĞLU.....</i>	37
▪ HEMŞİRELİK ORYANTASYON EĞİTİMİ İLE İLGİLİ PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ <i>Züleyha ÖZTÜRK, Fadime GÖK.....</i>	39
▪ SOSYALLEŞTİRME DEN AİLE HEKİMLİĞİNE EBENİN DEĞİŞEN ROLÜ: EBELERDEN İZLENİMLERLE <i>Aysun BASGÜN EKŞİOĞLU</i>	41
▪ HEMŞİRELERDE HASTA VEYA HASTA YAKINI TARAFINDAN ŞİDDETE MARUZ KALMA SIKLIĞI: BİR ÜNİVERSİTE VE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ <i>Seçkin YILMAZ, Cemil ÖZCAN, Beyhan ÖZYURT</i>	43
▪ SAĞLIK DÖNÜŞÜM PROGRAMI’NIN BİTLİS İL MERKEZİNDE BULUNAN SAĞLIK KURUMLARINDAKİ KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ <i>Yusuf ÖZŞENSOY, Cihan ÖNEN, Fatma ZEREN, Elif ÇOĞAÇ.....</i>	44

- İKİNCİ SINIF TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ
Aslı DAVAŞ, Işıl ERGİN, Hür HASSOY, Raika DURUSOY, Meltem ÇİÇEKLİOĞLU..... 46
- KADIN EMEĞİ SÖMÜRÜSÜ: BİR ÖRNEK OLAY
Aysun ÇELEBİOĞLU 47
- TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI 49
Meryem METİNOĞLU, Songül YAN, Pelin DUYMAZ 49
- TÜRKİYE'DE KADININ İŞGÜCÜNE KATILIMININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER VE İSTİHDAMDAN ÇEKİLMESİNE NEDEN OLAN UNSURLAR
Denizcan KUTLU..... 51
- ATAERKİL OTORİTER ANLAYIŞIN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE ETKİSİ
Zencir G, Zencir M..... 52
- KADIN EMEK TARİHİ OLARAK HEMŞİRELİK TARİHİ: SAKLI KALANLAR
Zencir G, Zencir M, Yavuz Karamanoğlu A, Gök F, Arslan S, Vural Kıray B 54
- KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İSTİHDAM ŞEKİLLERİ İLE İŞ VE GELİR GÜVENCESİ DURUMLARI: LİTERATÜR ARAŞTIRMASI
Saise USTA, Esin ÇEBER..... 55
- ARKADAŞLARIMIN ÇOĞUNUN DA BAŞINA GELİYOR....OLAN ŞEYLER
Yard. Doç. Dr. Yasemin ÖZGÜN, Dr. Müge YETENER..... 57

SUNUŞ

Geçen sene ikincisini düzenlediğimiz Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongre'sinde, sağlıkta dönüşüm programının biz kadın sağlık çalışanlarını nasıl etkilediğini tartışmaya başlamıştık. Farkettik ki sağlıkta dönüşüm, yeni üreme sağlığı politikalarıyla hem kadının bedeni üzerindeki kontrolünü sınırlıyor, hem de getirdiği esnek çalışma, taşeronlaşma, güvencesiz çalışma biçimleriyle sağlık hizmetlerinde çalışan tüm kadınların emeğini değersizleştiriyor. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kadınların çalıştığı bir alandır. Kadın emekçilerin yoğun olduğu bu alanda, kadınlara yönetsel görevler verilmemekte, bunun da kadınların evdeki işlere ve çocuk bakımına zaman ayırmak istedikleri için kendi tercihleri sonucu olduğu iddia edilmektedir. Yaşanan tüm değişimler özel olarak kadın emeğini daha farklı etkilemektedir. Sağlık alanında taşeronlaşma ilk önce temizlik işçilerinde başlamış, bunu hemşireler ve en son olarak da görüntüleme hizmetlerinde çalışan hekimler izlemiştir. 4-B çalışanlarının çoğu kadındır. Bu çalışanların doğum izni hakkı için bile mücadele verilmek zorunda kalmıştır.

Bu farkedişlerimizi, tartışmalarımızı genişletmeye, bilgimizi birlikte dönüştürmeye karar verdik. Bir araya geldik. Tartıştık. Kadın hekimler olarak sağlıkta dönüşümün mesleğimiz ve bedenimiz üzerindeki etkilerinin daha çok farkındayız. Bu sempozyum kitapçığında da tartışmalarımızı sizlerle paylaşmayı hedefliyoruz.

Katılan, tartışan, katkısı olan, emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

KONUŞMA METİNLERİ

TÜRKİYE’de KADIN İSTİHDAMI ve KADIN EMEĞİ: Sağlık Sektöründe Kadın Emeği için İpuçları

Melda Yaman Öztürk ve Nuray Ergüneş

GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sistemi son on yıldır çok boyutlu bir dönüşüm geçirmektedir. 2000’li yıllara damgasını vuran özelleştirmeler ve kamusal hizmetlerin sermayeye değerlendirilme alanı olarak açılması, sağlık sektöründe yeniden yapılanma sürecini yaratmıştır.

Sağlık sektöründeki dönüşüm ilk önce ve önemli ölçüde sağlık emekçisi kadınlar ile sağlık hizmetinin alıcısı olan özel sağlık hizmetlerine gereksinimi bulunan kadınları olumsuz yönde etkilemektedir. Bir kere sağlık sektörü dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kadın emeği yoğun bir sektördür. Yaşanan dönüşüm çalışma saatlerinin uzaması, iş güvencesinin giderek azalması, iş tanımlarının muğlâklaşması, performans kriterleri gibi yeniliklerle sağlık çalışanı kadınların iş hayatını güçleştirmiştir. Gebelik ve bebek bakımı süreçleri ile üremeye bağlı sağlık hizmeti gereksinimleri olan kadınlar, sağlık hizmetlerinin bir metaya dönüştürüldüğü yeniden yapılanma sürecinden çok olumsuz biçimde etkilenmektedir. Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırıldığı günümüz koşullarında, hakların kısılarak katkılarının artırılması toplumun genel olarak sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerine erişimini güçleştirmiştir. Kadınlar, -toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak ücretsiz bakım emeği sağlayıcısı olarak görüldükleri için-, devletin ve kamu kurumlarının yetersiz olduğu bu alanlarda tampon mekanizma olarak “göreve” çağrılmaktadır. Sonuç olarak, yaşanan dönüşüm sağlık hizmetinde ücretli ve ücretsiz kadın emeğinin yükünü ağırlaştırmakta, toplumsal cinsiyet rollerinin pekiştirmekte ve böylece ataerkil sistemle kapitalizmin güçlü ittifakını pekiştirmektedir.

Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasının kadınlar üzerindeki etkisini etraflıca inceleyebilmek için, Türkiye’de kadın istihdamının son dönem eğilimleri ile karşılıksız kadın emeğinin kadınlar üzerindeki yüküne bakmakta yarar olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca Türkiye gibi geç kapitalistleşen bir ülkede kadınların konumunu genel göstergelerle resmetmenin, konunun incelenmesine bir çerçeve hazırlayacağı görüşündeyiz.

Türkiye’de kadın istihdamı AB ülkeleriyle ve ABD ile karşılaştırıldığında çok düşük seviyededir. AB ve ABD’de kadınların istihdama katılım oranı yaklaşık yüzde 53 iken, Türkiye’de yüzde 22’dir. AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında kadınların istihdama katılımının ne denli düşük olduğu çarpıcı bir biçimde görülmektedir: AB ülkelerinde 100 kadından 60’ı ücretli bir işte çalışırken, Türkiye’de 100 kadından sadece 22’si ücretli bir işte çalışmaktadır.

Türkiye’de kadının eşitsiz konumu, istihdam verilerinde olduğu gibi, kadınların eğitim olanaklarına erişimi, yönetsel ve idari kademelerde kadın temsili gibi göstergelerde de açık bir biçimde görünmektedir. 2011 yılında Türkiye’ye baktığımızda;

- Beş kadından biri okuryazar değildir.
- Beş kadından biri küçük yaşta evlendirilmektedir.
- Kadın cinayetleri 2002-2009 arasında yüzde 1400 artmıştır.

Her yıl düzenli olarak yayımlanan uluslararası raporlar da Türkiye’de kadının ne denli olumsuz koşullarda bulunduğunu gözler önüne sermektedir. Örneğin, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) 2001 *İnsani Gelişme Raporu (Human Development Report)* Toplumsal Cinsiyete Bağlı Gelişme Endeksi’ne (*Gender Development Index*) göre Türkiye 2010’da 169 ülke içinde 83. sıradadır. Geçen senelerdeki verilerle karşılaştırıldığında Türkiye’de kadınların konumunun giderek kötüleştiği anlaşılmaktadır. Türkiye Toplumsal Cinsiyete Bağlı Gelişme Endeksi’ne göre yapılan sıralamada 2000 yılında 69., 2008 yılında 79. sırada idi (UNDP, 2011).

Dünya Ekonomik Forumu (World Economic Forum, WEF) tarafından 2011 yılında yayımlanan *Küresel Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporu’nun (Global Gender Gap Report)* sunduğu veriler çok daha çarpıcıdır. Türkiye cinsiyet eşitsizliği sıralamasında 134 ülke içinde 126. sıradadır. Türkiye’yi Fas, Benin, S. Arabistan, Pakistan gibi ülkeler izlemektedir. Rapor, dünyada ekonomik büyüklük sıralamasında 16. sırada olan Türkiye’nin, kadınların ekonomiye katılımında 134 ülke içinde 131. sırada olduğunu ortaya koymaktadır (WEF, 2011).

Bu raporlardaki veriler kadının eşitsiz konumunu genel hatlarıyla ve karşılaştırmalı olarak sunması bakımından değerlidir.

Bu çalışmada Türkiye’de kadın istihdamının genel eğilimleri ile ücretli/ücretsiz kadın emeğinin çeşitli boyutlarını ortaya koyabilmeyi amaçlıyoruz. İlk bölümde kadınların ücretli emeğine ve Türkiye’de kadın istihdamının son dönem eğilimlerine odaklanıyoruz. İkinci bölümü kadınların ücretsiz emeği ile bakım yüklerine ayırdık. Kadın emeğine dair oluşturduğumuz bu genel çerçeveden hareketle son bölümde sağlık sektöründe yaşanan dönüşümlerin kadın emeğine etkilerine dair ipuçları oluşturmaya çalışıyoruz.

Türkiye’de Kadın İstihdamının Genel Eğilimleri

Dünyada ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadın İstihdamında Son Dönem Eğilimler

Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) 2007 yılında yayımladığı *Kadın İstihdamında Küresel Eğilimler Raporu’na* göre son on senede dünyada kadının işgücüne katılım hızı büyümesi durmuş, birçok bölgede kadın istihdamı gerilemiştir.

Gelişmekte olan ülkelerde 1996’lara kadar, neredeyse yirmi yıldır artmakta olan kadın istihdamı Asya kriziyle yeni bir eğilim kazanmıştır. Kriz öncesinde bu

ülkelerde kadın istihdamı önemli ölçüde artmıştı. Güney Kore, Malezya, Tayland, Filipinler gibi Asya ülkeleri ile Meksika gibi Latin Amerika ülkeleri 1980 sonrasında ciddi miktarda yabancı sermaye çekmiş, uluslararası sermaye üretken yatırımlarının önemli bir bölümünü bu 'az gelişmiş' coğrafyalara kaydırmıştı.

1970 ve 1980'ler sonrasında Doğu ve Güney Doğu Asya ülkelerinde hızlanan ihracata yönelik sanayileşme süreci uluslararası sermayenin güdümünde, sağlıksız çalışma koşullarında, ucuza çalıştırılan kadın emeğine dayanmaktadır (Yaman Öztürk, 2010a). 1990'lar boyunca kapitalizmin başarı öyküsü olarak görülen ve "Asya kaplanları" olarak adlandırılan bu ülkelerdeki kapitalist gelişmesinin arkasında, görünmez kılınan ucuz kadın emeği yatmaktadır. Kadınlar yığınlar halinde tarlalardan fabrikalara çekilmiş ve böylece, örneğin, Güney Kore'de sanayi üretimine "sınırsız emek ordusu" kazandırılmıştı. Bu atölyelerde kadın çalışanların sayısı kısa zamanda hızla artmış ve kadın istihdamının payı tekstil, hazır giyim gibi kimi sektörlerde yüzde 80'lere ulaşmıştı (Seguino, 2000: 33). Kadın istihdamı bir yazarın şu yorumu yapmasına neden olacak denli artmıştı: Savaş sonrası sanayileşme ihracata yönelik (*export-led*) olduğu kadar kadın öncülüğünde (*women-led*) gerçekleşmiştir (Aktaran Pearson, 1994: 345).

1996 yılında Tayland'da patlak veren krizin ardından, Dünya Bankası'nın bildirdiğine göre, milyonlarca insan yoksullaşmış; bazı ülkelerde işsizlik üç katına çıkmış; reel ücretler, yüzde kırklara varan düzeylerde, gerilemiş; bütün bölgede sağlık kötüleşmiş; çocuk emeği kullanımı, fahişelik, ev içi şiddet vakaları önemli ölçüde artmıştı (aktaran, Yaman Öztürk, 2010a). Kriz bir yanıyla kadınların öncelikli olarak işten çıkarılmasına yol açarken, öbür yandan kadınlar için daha çok çalışma saati, daha kötü çalışma koşulları yaratmıştı. Dolayısıyla kadın emeğine yaslanarak gerçekleştirilen "gelişme"yi takip eden kriz, ilk önce kadınları vurmuştu.

ILO Raporu'na göre son on senede kadın istihdamında değişim gözlenmemektedir. 1996 yılında yüzde 39.7 olan kadın istihdamı, 2006 yılında ancak yüzde 40 olabilmiştir. Ancak bu arada kadın işsizliği artmıştır. Kadın işsizlik oranı yüz 6.6 ile erkek işsizliğinin (yüzde 6.1) üzerindedir.

Raporun ortaya koyduğu bir diğer sonuç kadın istihdamının dağılımı üzerinedir. Hemen hemen bütün dünyada kadın emek gücü tarım ve hizmet sektörlerinde yoğunlaşmaktadır. Kadınların sanayi istihdamındaki payı erkeklerden düşüktür. Yine dünya genelinde kadınların ücretleri erkeklerin ücretinden daha düşük düzeylerde seyretmektedir.

Kadın istihdamının son dönem eğilimleri enformelleşme ve değersizleşme olarak ortaya çıkmaktadır. Kadınlar dünya genelinde güvencesiz koşullarda; ücret, çalışma saatleri, doğum izni, sosyal güvenlik gibi hakların yasalarla güvence altına alınmadığı enformel işlerde istihdam edilmektedir. Ruth Pearson'ın dikkat çektiği üzere, dünya ekonomisi bütün bölgelerde enformel istihdama doğru bir eğilim sergilemekte ve kadın istihdamının büyük bir kısmını enformel işler oluşturmaktadır (Pearson, 2007).

Sağlık sektörüne baktığımızda sağlık sektörünün bütün dünyada sağlık çalışanlarının çoğunluğunu kadınların oluşturduğu görülmektedir. Hemşirelik ve ebelik mesleklerinin geleneksel olarak “kadın işi” olarak kabul edilmesi, sağlık sektörünü kadın emeği yoğun bir alan haline getirmiştir. Çoğu ülkede hemşirelerin yüzde 90’dan fazlası kadındır. Pek çok ülkede kadın hekim sayısı giderek artmaktadır (Urhan ve Etiler, 2011: 196).

Türkiye’de Kadın İstihdamında Son Dönem Eğilimler

Türkiye’de de kadın istihdamının eğilimleri, sermaye birikiminin eğilimleri ile geç kapitalistleşmeye dair özgüllüklerle belirlenmektedir. Ancak kadın istihdamını belirleyen sadece sermaye birikimi değildir; kadın emeğinin sermayenin yeni dinamikleriyle edindiği yeni eğilimler, ataerkil normlar çerçevesinde şekillenmektedir (bkz. Yaman Öztürk 2010b).

Türkiye 1980 sonrasında çok boyutlu bir dönüşüm geçirmiştir. 24 Ocak kararlarıyla başlayan ve darbe ile devam eden süreçte Türkiye’de iktisadi ve toplumsal yapı yeniden yapılandırılmıştır. Bu süreçte üretim süreçlerinde esnekleşme ve enformel istihdam eğilimi güçlenmiş; bu eğilim 2000’li yıllarda daha da hızlanmıştır. 2003 yılında yürürlüğe konan Yeni İş Yasası esnek üretim süreçlerine yasal dayanak sağlanmıştır. Sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasıyla çalışanların kazanımları törpülenmiş, emek maliyetleri düşürülmüştür. Sağlık sektöründe son dönem gerçekleşen yeniden yapılanma, bu sürecin ürünüdür.

1980 sonrasında Türkiye pek çok geç kapitalistleşen ülke gibi içe dönük birikim sürecinden dışa dönük birikim sürecine geçmiştir. Ancak diğer geç kapitalistleşen ülkelere farklı olarak, Türkiye’de 1980 ve 1990’lar boyunca yabancı doğrudan yatırımların düşük olması, bu dönemde kadın istihdamında bir artış gerçekleşmemesine neden olmuştur (Yaman Öztürk 2010b).

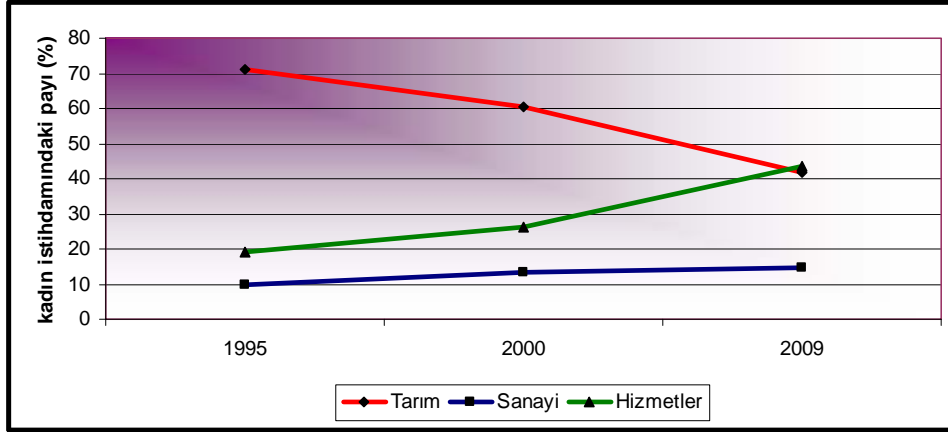
Türkiye’de son dönemde kadın istihdamında önemli bir gerileme kaydedilmektedir. 1990’lardan bu yana kadınların istihdama katılım oranı 12 puan gerilemiştir. 1990’da yüz kadından 34’ü istihdama katılırken, 2004’te 27’si istihdama katılmaktadır. 2009 itibarıyla istihdama katılan kadın sayısı yüzde 22’dir (TÜSİAD, 2011; KSGM, 2011).

Türkiye’de kadın istihdamındaki genel düşüşün başlıca nedeni, tarımda yaşanan dönüşüme bağlı olarak kırsal istihdamın gerilemesidir. Devletin tarıma verdiği destekleri çekmesi, tarımsal sübvansiyonları kaldırması, Tekel gibi devlet kurumlarının özelleştirilmesi tarımsal yapıları çözerek kadın istihdamını azaltmaktadır. Kadınların tarımdaki istihdamı zaman içinde gerilemiş, 1995’te yüzde 71.2 iken 2000 yılında yüzde 60.5, 2006’da yüzde 48.5 olmuştur (TÜSİAD, 2008).

Çalışan 100 kadından 51’i ücretli, 13’ü kendi hesabına, 35’i ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. 2009 yılında istihdama katılan kadınların, yüzde 41.7’si tarım sektöründe, yüzde 14.6’sı sanayi sektöründe, yüzde 43.7’si hizmet sektöründe çalışmaktadır (TÜSİAD, 2011; KSGM, 2011; TUIK, 2010). Grafik 1’den görüleceği üzere kırsal istihdam sürekli düşüş gösterirken, hizmetler

sektöründe kadın istihdamı artış eğilimindedir. 2009 yılı itibariyle hizmet sektöründeki kadın istihdamı kırsal kadın istihdamının üzerine geçmiş bulunmaktadır.

Grafik 1: Kadın istihdamının sektörel dağılımı, % (1995-2009)



Kadın istihdamına bakıldığında kırsal istihdamın hala belirleyici olması çarpıcıdır. Kentte kadınların istihdama katılımı kırsal istihdamdan daha düşük seyretmektedir. Kentte kadınların istihdama katılım oranı yüzde 20 seviyelerindedir.

Türkiye’de kadın istihdamını belirleyen etkenler

Türkiye’de son dönemde kadın istihdamını belirleyen etkenlerin başında tarımın çözülmesi geliyor. Bilindiği gibi tarım sektörü Türkiye’de kadın istihdamının en fazla olduğu sektör. TÜİK verilerine göre 2009 yılında istihdam edilen kadınların yüzde 46.5’i tarım sektöründe yer alıyor. Neo-liberal politikaların önemli unsurlarından olan tarımsal alana yönelik sübvansiyonların ve desteklerin azaltılması tarımsal alanda mülksüzleşme ve yoksullaşmaya yol açıyor. Bunun sonucu ise işsiz kalan bir nüfus ve kırdan kente artan göç oluyor. Tarımsal alandaki istihdam oranlarına kadınlar açısından baktığımızda 2000 yılında yüzde 60.5 olan rakamın, 2006’da yüzde 48.5’e düştüğünü görüyoruz.

Kırdan kente göçün sonuçları, kadınlar ve erkekler açısından eşit yaşanmıyor. Tarımdaki yoksullaşmanın sonucu olarak kırdan kente göç etmek zorunda kalan nüfus içerisinde genç erkekler kadınlara oranla daha kolay iş bulabiliyor. Kadınlar içinse böyle bir durum söz konusu olamıyor, kadınlar iş bulduklarında dahi kayıt dışı işlerde çalışmak zorunda kalıyor.

Kentlerde kadın istihdamı oldukça düşük düzeylerde bulunuyor. 2006 yılı için yüzde 20 düzeyinde. Kadın işgücünün genç işgücü olduğunu görüyoruz. 25-29 yaş arası

Öte yandan istihdamı toplumsal cinsiyet rollerinin doğrudan şekillendirdiğini görüyoruz. Öğretmenlik ve hemşirelik gibi toplumsal cinsiyet rollerini devam ettiren meslekler kadın istihdamının yoğun olduğu meslek grupları oluyor (TÜİK, 2010; Kadının Statüsü Genel Müdür., 2011).

Kadın İstihdamının Özgüllüğü

İstihdamın cinsiyetçi yapılanması kendisini meslek grupları üzerinden bakıldığında da çarpıcı biçimde ortaya koyuyor. Profesyonel meslek gruplarında kadın istihdamı yüzde 29.2 düzeyinde bulunuyor. Sağlık sektöründe ise bu oran yüzde 48'lere çıkıyor. Çalışan kadınların sadece yüzde 5'i "kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler" grubunda bulunuyor (Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Raporu, TÜSİAD, 2008; Çalışma Hayatında Kadın, TÜSİAD, 2011). Öte yandan 2009 yılı verileriyle sağlık işlerinde çalışanların yüzde 55'inin kadın olduğu görülüyor. Toplam istihdam edilen kadınların yüzde 5.6'sı sağlık işlerinde yer alıyor. Hemşire ve ebelerin sayısı toplam sağlık çalışanlarının yüzde 38'ini oluşturuyorken, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde istihdam edilen hekimlerin ise yüzde 34'ü kadındır (Etiler ve Urhan, 2011: 195-196).

Küresel Krizin Kadın İstihdamına Etkisi

Krizlerin kadın istihdamına etkisi çift yönlü olarak yaşanıyor. Krizde hâlihazırda bir işe sahip olanlar işini kaybederken, daha önce emek piyasasında yer almayan kadınların iş aramaya başladığını görüyoruz. Yaşadığımız son küresel krizin etkilerine bakıldığında, Ocak 2008 ve Ocak 2009 yılları itibariyle işsizlik oranlarına bakıldığında erkeklerde işsizlik oranı yüzde 11.5'den yüzde 15.6'ya, kadınlarda işsizlik oranının ise yüzde 11.8'den yüzde 15.2'ye yükselmiş bulunuyor. İşsizlik rakamları artarken diğer yandan da kadın istihdamında belirli düzeyde bir artış yaşandı. Aynı dönemler için erkek istihdamın yüzde 60.3'den yüzde 58.3'e gerilediği, şaşırtıcı bir şekilde ise kadın istihdamının yüzde 19.0'dan yüzde 19.9'a yükseldiği görülüyor (TÜİK).

Kriz koşullarında ortaya çıkan bu ilginç tablo kadın emeğinin özelliğinin bir yansıması. Yukarıda da vurgulandığı gibi kriz dönemlerinde hâlihazırda bir işe sahip olanlar işini kaybetme riski ile daha fazla karşı karşıya kalırken daha önce emek piyasasında yer almayan kadınlar aile gelirine destek olabilmek için iş aramaya başlıyorlar. Kadın emeğinin erkeklere oranla daha ucuz olması ise güvencesiz, düşük ücretli kayıt dışı işlerde daha fazla iş bulabilmelerini sağlıyor. 2009 yılında kayıt dışı istidamda artış oranı kadınlarda daha yüksek. 2008 yılı için kayıt dışı istihdam oranı erkeklerde yüzde 38.3 Kadınlarda ise yüzde 58.3 olarak gerçekleşti. 2009 yılında kayıt dışı çalışan sayısında 517 bin kişilik artış oldu, kadınların istihdam artışının yüzde 56'sı kayıt dışı işlerde yaşanırken erkeklerde bir önceki döneme göre kayıt dışı işlerde herhangi bir artış söz konusu olmadı (Ergüneş, 2010a).

Kadınların İstihdama Katılımını Engelleyen Nedenler

Kadınların istihdama katılımını engelleyen nedenlerin başında ev içi iş yükleri ve bakım hizmetleri geliyor. TÜİK verilerine göre işgücüne katılmama nedenleri arasında yüzde 65 oranla ev işleri ilk sırada yer alıyor (TÜİK, 2006). 2006 yılı TÜİK Aile Yapısı araştırmasına göre ev içi sorumluluk paylaşımı;

Ev işleri arasında yemek yapma yüzde 87.1, ütü yüzde 84.3, sofranın hazırlanması kaldırılması yüzde 74.1, 0-5 yaş arası çocukların bakımı yüzde 92.1 ora-

nında kadınlar tarafından karşılanıyor. TÜİK zaman kullanım araştırmasına göre (Turkstat, 2007)

Ev işi ve aile üyelerinin günlük bakımına (ortalama) kadınlar 5 saat 17 dakikalarını harcamak durumunda kalırken erkekler 51 dakikalarını ayırıyor. Ücretli işte çalışmayan erkeklerde bu süre sadece 20 dakika uzuyor: 1 saat 11 dakika. Öte yandan ücretli bir işte çalışan kadınların bu işlere ayırdığı zaman sadece 1 saat 14 dakika kısılıyor: 4 saat 3 dakika.

İşten ayrılma nedenlerine bakıldığında işverenin işten çıkarması dolayısıyla ayrılmalar yüzde 20 oranlarında iken çocuk ve doğum nedeniyle işten ayrılmaların yüzde 70 oranlarında olduğu görülüyor (İşkur, 2007).

Kamunun sunduğu desteğin yok denecek düzeylerde olması, iş yerlerinde kreş, emzirme odaları vb gibi bakım hizmetleri kurumlarının yetersizliği istihdam önünde engel oluşturuyor. Erken çocukluk bakım ve eğitim hizmetlerinin oranı yüzde 16. (Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, 2009: 19).

Bununla birlikte eğitimde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizlik, istihdam yaratmayan ekonomik büyüme, ücret eşitsizliği ve düşüklüğü, kamu sektöründe daralma ve özelleştirmeler, teknolojik değişimlerin “kalifiye olmayan” kadın emeğine olumsuz etkisi istihdamı engelleyen faktörler arasında yer alıyor.

Eğitimde cinsiyet eşitsizliği: Kadınlar ve erkekler arasında eğitim olanaklarına erişim açısından önemli farklılıklar bulunuyor. Örneğin okuma bilmeyenlerin sayısına bakıldığında kadınların oranının yüzde 80'lere ulaşırken, doktora yapanlar arasında kadınların oranı yüzde 36'larda bulunuyor.

Tablo 1: Türkiye’de Cinsiyete Göre Eğitim Göstergeleri (Bin)

Bitirilen eğitim düzeyi	Toplam	Kadın	%
Okuma yazma bilmeyen	4670	3757	80
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	13500	6933	51
İlkokul mezunu	18500	9586	52
İlköğretim mezunu	7432	3464	47
Ortaokul veya dengi okul me-	2795	1009	36
Lise veya dengi okul mezunu	10379	4376	42
Yüksekokul veya fakülte mezun-	4320	1786	41
Yüksek lisans mezunu	279	113	41
Doktora mezunu	95	34	36

Kaynak: *Türkiye’de Kadının Durumu*, Kadının Statüsü Genel Müdür., 2011.

Eğitim düzeyi ile kadınların işgücüne katılımları arasında doğrusal bir paralellik bulunuyor. Eğitim düzeyi arttıkça işgücüne katılımları da artıyor. Örneğin Ka-

sım 2008 itibariye lise ve dengi meslek lisesi mezun kadınların işgücüne katılım oranı yüzde 33.6 iken bu oran yüksek öğretim mezunları için yüzde 71.2'dir (ILO Türkiye Ofisi, 2011: 1). Bununla birlikte kadınların eğitim almış olmaları istidam edilebilmeleri için tek başına yeterli olmayabiliyor. Kadınlar uğradıkları baskılar nedeniyle işgücü piyasalarına katılamayabiliyorlar. Çünkü kadınların işgücüne katılımları çoğunlukla kocanın veya babanın iznine tabi oluyor. Yine evli kadınlar açısından ev işleri ve çocuk bakımı engel olabiliyor. Bu işlerin karşılanmasına yönelik eşlerden biri arasında seçim yapmak durumunda kalındığına çalışma hayatından çekilen kadın oluyor. Örneğin lise eğitimini tamamlayan her 100 kız öğrencinin,

- i. 30'u üniversite sınavını kazanamıyor.
- ii. 15'i kazandığı halde evlendiriliyor.
- iii. 14'ü çalışmak zorunda.
- iv. 11'ine ailesi izin vermiyor.
- v. 6'sının maddi durumu elvermiyor.

Ücret eşitsizliği ve düşüklüğü: Türkiye cinsiyetler arası ücret eşitsizliğinde 115 ülke arasında 54. sırada yer alıyor (TİSK). Ücret eşitsizliği kadınların nitelik gerektirmeyen, düşük ücretli ve güvencesiz işlerde istihdam edilmeleri ve eşdeğer işlerde eşit ücret almamalarından besleniyor. TÜİK 2006 Kazanç Yapısı Anketi sonuçlarına göre erkekler kadınlardan daha yüksek kazanç elde ediyorlar. 2006 Kasım ayında ortalama brüt ücret değerlerine cinsiyet ayrımında baktığında erkeklerin 1.107 YTL, kadınların 1.091 YTL aylık ortalama brüt ücret diğer bir deyişle kadınların erkeklerin yüzde 98,5'i kadar ücret elde ettikleri görülüyor. Bu oran, 2006 yıllık ortalama brüt kazanç dikkate alındığında yüzde 98'dir (KSGM, 2008: 37).

Kamu sektöründe daralma ve özelleştirmeler: Kamu işletme ve kuruluşlarının özelleştirilmesi daha önce buralarda çalışan insanların işsiz kalmasına yol açıyor. Özelleştirme süreçlerinde erkekler işte kalmada daha avantajlı pozisyonlarda olurken kadınlar evdeki sorumlulukları nedeniyle eve dönmek durumunda kalıyor. Özelleştirme pratikleri kadınların erkeklere oranla daha fazla iş kaybına uğradığını gösteriyor.

İstihdam yaratmayan ekonomik büyüme ve teknolojik değişimlerin "kalifiye olmayan" kadın emeğine olumsuz etkisi: Türkiye'de 2001 krizi sonrası üretimin yapısında ortaya çıkan dönüşüm, bir diğer ifadeyle üretimde geleneksel sektörlerden ziyade teknoloji yoğun sektörlerin daha dinamik hale gelmesi de kadın istihdamını etkileyen faktörler arasında yer alıyor. Üretim yapısındaki bu dönüşüm, teknoloji kullanımında eğitim ve teknik beceriye sahip olma hakları kısıtlanmış olan kadınların bu sektörlerde iş bulabilmelerini de engelliyor. Bu nedenle teknik beceri gerektirmeyen düşük ücretli güvencesiz işlerde, geleneksel sektörlerde çalışmak durumunda kalan kadınlar, bu sektörler krizden daha fazla zarar gördükleri için olumsuz yönde etkileniyorlar (Ergüneş, 2010b: 49).

Öte yandan kadınların çalışma hayatında karşılaştıkları sorunların başında ise, eğitim ve mesleki eğitimde eşitsizlik, iş bulma ve kariyer yükseltmede eşitsizlik (cam tavan), ücretlendirmede eşitsizlik sosyal haklardan yararlanmada eşitsizlik, cinsel taciz, “mobbing” geliyor.

Nasıl bir istihdam?

Daha öncede vurgulandığı gibi bugün kadın istihdamında güçlü bir eğilim olarak enformelleşme ile karşı karşıya bulunuyoruz. 2006 yılı rakamları ile istihdamdaki kadınların yüzde 68'i ve erkeklerin yüzde 44'ü sosyal güvenlik kapsamı dışında olduğu görülüyor. Tarımda kadınların yüzde 99'u, erkeklerin yüzde 80'i, sanayide kadınların yüzde 47'si erkeklerin yüzde 37'si, ticaretteki kadınların yüzde 48'i, erkeklerin yüzde 43'ü, hizmetlerde kadınların yüzde 24'ü, erkeklerin ise yüzde 22'si kayıt dışı olarak çalışıyor. Politika yapıcı ve uygulayıcılarının kadın istihdamının geliştirilmesine yönelik önerilerinin ise aktif iş gücü politikalarının geliştirilmesi, kadın girişimciliğinin desteklenmesi uygulamalarında görebileceğimiz gibi esnek işgücü piyasaları üzerinden geliştirildiğini görüyoruz. Bir başka cepheden “iş ve aile yaşamını” uyumlaştırma adı altında sunulan bu politikalar özünde kadınların ev işleri ve bakım hizmetleri sorumluluğunu devam ettirebilecek nitelikte istihdam biçimi anlamına geliyor.

Oysa ki kadın istihdamına yönelik politikaların, cinsiyete dayalı işbölümünü değişikliğe uğratacak, işgücü piyasasındaki ayrımcılıkları ortadan kaldıracak en hafifiyle zayıflatacak politikalar olması gerekiyor. Aşağıda maddeler halinde yer verdiğimiz öneriler kadın istihdamının geliştirilmesine yönelik ilk elden alınacak tedbirleri oluşturuyor.

Öneriler ve Beklentiler

1. Kadınların eğitim olanaklarının artırılması.
2. Kadın ev işi yüklerinin hafifletilmesi.
3. Kurumsal çocuk, yaşlı ve hasta bakımı.
4. İşyerlerine kreş zorunluluğu getirilmesi.
5. Kamu ve özel kurumlarda kadın çalışan için kota uygulaması getirilmesi.
6. Eşit işe eşit ücret.
7. Kadına yönelik şiddete ve cinsiyet eşitsizliğine karşı güçlü yasal düzenlemeler.

KAYNAKÇA

1. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu (2009) "Türkiye'de Çocuk Bakım Hizmetlerinin Yaygınlaştırılmasına Yönelik Bir Öneri".
2. Ergüneş N. (2010a) "Kadınların İşsizliği", 2009 Almanak Analizleri içinde, Sosyal Araştırmalar Vakfı.
3. Ergüneş N. (2010b) "Kadın İstihdamının Geliştirilmesine Yönelik İstihdam Politikaları", İktisat Dergisi, 514: 48-54.
4. KSGM (2008) Toplumsal Cinsiyet Eylem Planı 2008-2013, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
5. KSGM (2011) *Türkiye'de Kadının Durumu*, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
6. Pearson R. (1994) "Gender Relations, Capitalism and Third World Industrialization", L. Sklair (der.), *Capitalism and Development* içinde, Routledge, London: 339-35.
7. Pearson R. (2007) "Reassessing Paid Work and Women's Empowerment: Lessons From the Global Economy", A. Cornwall, E. Harrison ve A. Whitehead (der.) *Feminisms in Development : Contradictions, Contestations and Challenges* içinde, London/New York: Zed Books: 201-213.
8. Seguino S. (2000) "Accounting for Gender in Asian Economic Growth", *Feminist Economics*,
9. November, 6 (3): 27-58.
10. TİSK OECD Ülkelerinde Kadınlar ve Erkekler, <http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=2698>.
11. TÜSİAD (2011) *Çalışma Hayatında Kadın*.
12. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) İşgücü İstatistikleri, www.tuik.gov.tr
13. Turkstat (2007) Results of Time Use Survey 2006
14. UNDP (2011) *Human Development Report – 2010*.
15. Urhan B. ve Etiler N. (2011) "Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi", *Çalışma ve Toplum*, 2(29): 191-215.
16. WEF (2011) *Global Gender Gap Report*.
17. Yaman Öztürk M. (2010a) "Kapitalist Gelişme ve Kriz Sürecinde Kadın Emeği : Asya Deneyiminden Çıkarılacak Dersler", *Çalışma ve Toplum*, 2010/1 (24): 105-132.
18. Yaman Öztürk M. (2010b) "Ücretli İş ve Ücretsiz Bakım Hizmeti Ekseninde Kadın Emeği: 1980'lerden 2000'lere", Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emeği, Saniye Dedeoğlu ve Melda Yaman Öztürk (der.), SAV

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA BİÇİMLERİNE ETKİSİ Birinci Basamak ve Kadın Hekimler

Deniz Nalbantoğlu

2003 yılında başlatılan *Sağlıkta Dönüşüm Programı* çerçevesinde birinci basamakta Aile Hekimliği sistemi uygulamaya geçirildi. 2005'te Düzce ilinde *Pilot Kanunla* uygulanmaya başlanan sisteme geçen yıl sonunda tüm Türkiye'de geçilmiş oldu. Sağlık Ocaklarının yerini Aile Sağlığı Merkezleri aldı. Ancak sistem halen *Pilot Kanunla* devam ettiriliyor ve çıkarılan yönetmelik ve genelgelerle uygulamaya ilişkin düzenlemeler getiriliyor. İller arasında uygulama farklılıkları mevcut. Örneğin adli nöbet, tatil nöbetleri, acil nöbetleri altında farklı farklı hem çalışma biçimlerini hem de uygulanmalarını görmek mümkün.

Aile Hekimliği Sistemi ile Sağlık Ocaklarında verilen ekip hizmeti bozuldu, aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan iki kişilik ekipler oluştu. Bölge tabanlı hizmet yerine hekime bağlı nüfusun esas alındığı hizmet vermeye başlandı. Kişide bu sağlık hizmetinden bir hekime kayıtlıysa ve başvurduğu sürece yararlanıyor. Ekip hizmetinin önemli bir bölümünü oluşturan ebe, hemşire, sağlık memurları da *Aile Sağlığı Elemanı* olarak isim değiştirdi ve büyük bir oranda ebe ve hemşirelerden oluştuğunu biliyoruz. Bu değişiklik sadece isim değişikliği değil elbette. Bir sağlık ocağında hekim dışı sağlık personelinin yaptığı işlerin çoğunu şimdi tek başına aile sağlığı elemanları üstlenmek zorunda. Üstelik görevlerinin dışında çay, temizlik vs. gibi işleri de yapmak zorunda kalabiliyorlar. Ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmeleri aile hekimi kendileriyle çalışmayı kabul ederse yapılıyor. Yani herkes aile sağlığı elemanı olma şansına sahip değil. Kısaca bir meslek grubunun kimliksizleştirildiğini ve *eleman* olarak tanımlanmakla yetinildiği söyleyebiliriz.

Aile Hekimleri içinde durum çok farklı olmamakla birlikte, hekimlerin ofislerinin patronu haline getirilmeye çalışıldığını ancak belirli süreli sözleşmeler imzalatılan, sözleşmesi üzerinde söz hakkı olmayan *güvencesiz çalışan patronlar* haline geldiği açık. Ücretlerde eskiye göre artış olsa da bunun geçici süreli bir iyilik hali olduğu, şimdiden kesintilerle gelirin azaldığı, aile sağlığı merkezlerine getirilen sınıflamalarla ek ücretlerin azalacağı yapılan düzenlemeler çerçevesinde görülebilmektedir. Çalışma saatleri, mesai saati olarak gözüксе de birçok kayıt, evrak işi nedeniyle iş saatleri uzamakta, gün boyu poliklinik hizmeti devam ettirildiğinden diğer işler için zaman kalmamakta ve sonucunda eve iş taşımak ya da geç işten çıkmak söz konusu olmaktadır.

Sağlık Sektöründe Kadınlar

TÜİK 2009 verilerine göre Türkiye’de kadın istihdamı % 28’dir. Sağlık sektöründe ise bu oran %55’e çıkmaktadır. Dolayısı ile sağlık sektöründe “işgücünün feminizasyonu” ndan bahsedilmektedir. Hemşire ve ebeler sağlık sektörünün önemli bir bölümünü(Sağlık Bakanlığı personelinin %38’ni) oluşturmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşire ve ebelerin %90’ndan fazlası kadındır. Sağlık sektöründeki işgücünün feminize olmasında bu durum önemli rol oynamaktadır. Hemşirelik ve ebelik mesleği geleneksel kadın işlerinden sayılmakta, kadınların evdeki bakım emeklerinin devamı olarak görülmektedir.

Hekim cephesinden bakıldığında; kadınlar toplumsal cinsiyet rollerine uygun evdeki yeniden üretim görevlerini aksatmayacak uzmanlık dallarını tercih etmektedirler. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, temel tıbbi bilimler de kadın oranı daha fazla iken cerrahi alanlarda kadın oranı oldukça azdır.

Tüm kadınların ortak paydası evlerinde toplumsal yeniden üretim bağlamında harcadıkları görünmeyen, karşılıksız emekleridir. Ev işleri, çocuk, hasta ve yaşlı bakımı kadın işi olarak görülmekte ve birincil görevleri sayılmaktadır.

Peki Sağlıkta Dönüşüm kadın sağlık çalışanlarına ne getirmiştir(götürmüştür)?

Bilindiği üzere Aile Hekimliği sistemine geçiş ilk aşamada sürgünlere, geçici görev dayatmalarına rağmen yapılmıştır. Evdeki sorumluluğundan , çocuğundan uzak kalmanın yaratacağı problemler nedeniyle de kadın birinci basamak hekimleri Aile Hekimi olmayı tercih etmek zorunda kalmıştır. Toplum Sağlığı Merkezlerinde kalmayı tercih edenler ise yapılan iş-çalışılan mekan belirsizliği ile karşı karşıya kalmıştır. Sistemdeki açıklar halen Toplum Sağlığı Merkezi hekimlerinin geçici görevlendirilmesiyle çözülmeye çalışılmakta, hekimler halen sabit bir yerde ve işte çalışmamaktadır. Yine hekim dışı sağlık personeli Aile Sağlığı Elemanı olmaya zorlanmıştır, Toplum Sağlığı Merkezlerinde kalanların bir kısmı köy sağlık evlerine, ilçe hastanelerine tayin edilmiştir. Aile Sağlığı Elemanı olarak sözleşme imzalayanlar ise birden fazla işi(tek kişilik ekip) üstelik hekimler kadar ücret getirisi olmaksızın yapmak zorundadır.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın sonuçlarından biri de özel sektörde çalışmanın artmış olmasıdır. Reform adı altında devlet sağlık sektöründe de kendini küçültmeye giderek özel sektörü teşvik etmeye başlamıştır. SGK anlaşmalı özel hastanelerden vatandaşların yararlanmaya başlamasıyla özel hastanelerin sayısı giderek artmış ve sağlık çalışanları için yeni bir iş alanı olmuştur. Zira Sağlık Dönüşümün temellerinin atıldığı 2002’den bu yana Sağlık Bakanlığı çalışanı sayısı%24, özel sektörde çalışan sayısı % 77 artmıştır. Özel sektörde çalışan hekim sayısında %100, hemşire- ebe sayısında %150, sağlık memuru ve teknisyenleri olarak tanımlanan grupta ise % 310 oranında artıştan bahsedilmektedir. Hemşire ve ebelerin tamamına yakını, sağlık memuru ve teknisyenlerinin %72’sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle özel sektörde belirli süreli sözleşmeyle çalışma, güvencesizlik, artan iş yükü, esnek çalışma saatleri, düşük

ücretlendirme hatta zamanında ödenmeyen ücretler kadın sağlık çalışanlarını öncelikle etkilemektedir.

Hemen her gün bir sağlık çalışanın şiddete uğradığı haberlerini alıyoruz. Bildiklerimiz gündeme gelenler. Oysa çalışma yaşamımızdan biliyoruz ki gün boyu kimbilir kaç kez uygun olmayan istekleri nedeniyle hasta ya da yakınlarıyla karşı karşıya geliyor, sözlü tacizlere, gerilimlere kimi zaman fiziksel şiddete maruz kalıyoruz. Sistem sağlığı dönüştürürken faturasını sağlık çalışanlarına çıkartıp, suçluyu bizmiş gibi gösteriyor ve hedef haline geliyoruz.

Acıdır ki kadına yönelik şiddetin sürekli gündem de olduğu bir dönem de; her gün 3 kadının öldüğü, binlercesinin şiddet mağduru olduğu tartışılırken, devletin kadına yönelik şiddeti önleme politikalarının eksikliğini, sığınma evlerinin sayılarının yetersizliğini, hukuken kadınların korunmadığını, erkek şiddetiyle baş başa kaldığını gündem de tutmaya çalışırken, kısa bir süre önce Diyarbakır'da görev yapan Dr. Tekin çalıştığı ilçenin kaymakamı tarafından darp edilmiştir. Darp eden yine erkek, darp edilen yine kadın...

Sonuç olarak; neoliberal politikaların yansıması olan Sağlıkta Dönüşüm sağlık çalışanlarına güvencesiz ve esnek çalışma biçimlerini dayatmaktadır. İşgücünün feminize olduğu sağlık sektöründe de bu durumdan kadın sağlık çalışanları olumsuz etkilenmektedir. Üstelik devletin sosyal alanlardan geri çekilmesiyle de karşılıksız olan ev ve bakım sorumlulukları daha çok artmaktadır.

Sağlıkta Dönüşümün Kadın Sağlık Çalışanlarına Temel Yansımaları

Dr. Çağla Ünlütürk Ulutaş

Giriş:

Günümüzde sağlık ve sosyal hizmet işkolunda istihdam edilenlerin %56'sını kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2010). Sektörde profesyonel meslek mensuplarının (laborant, sağlık teknisyeni vb) %72'sini, büro ve müşteri hizmetlerinde istihdam edilenlerin %62,9'unu, hizmet ve satış elemanlarının ise %51'ini kadınlar oluşturmaktadır (Urhan, Etiler, 2011: 199).

Sağlık sektöründe kadınların görece ağırlığı, geleneksel olarak kadınlara atfedilen bakım verme işinin ve şefkat duygusallık gibi özelliklerin uzantısı olarak görülen ebelik ve hemşirelik ile tıbbi sekreterlik gibi cinsiyetlendirilmiş mesleklerin sektördeki yoğunluğu ile ilişkilidir. Söz konusu mesleklerin “kadın meslekleri” olarak etiketlenmeleri, önemlerine ve sektördeki ağırlıklarına rağmen tıbbi hiyerarşinin alt basamaklarında konumlandırılmalarına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan sağlıkta yeniden yapılanma süreci, sağlık sektöründeki tüm meslek mensuplarının çalışma koşullarını ve istihdam statülerini dönüştürmüş olmakla birlikte, hekimleri ve hekim dışı personeli farklı biçimlerde etkilemiştir. Sağlık sisteminin hekim egemenliğine dayalı geleneksel yapısı dolayısıyla, dönüşüme yönelik politikalar hekimler üzerinde zordan ziyade rıza aygıtlarına, hekim dışı personel üzerinde ise baskı ve zora daha çok başvurularak uygulamaya konulmuştur. Her ne kadar, sağlık sektöründe çok sayıda kadın hekim istihdam edilmekteyse de, söz konusu farklılaşma nedeniyle bu kısa sunuşta hekim dışı kadın sağlık personeline odaklanılacak, sağlıkta dönüşümün söz konusu kadın sağlık çalışanlarına belli başlı etkileri özetlenmeye çalışılacaktır.

1. Güvencesizleştirme ve Kadın Sağlık Çalışanları

Kamusal sağlık hizmetlerinde kadroya dayalı güvenceli istihdam biçimi, yerini giderek esnek istihdam biçimlerine bırakmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde istihdamın dönüşümü bir yandan kamu çalışanlarına yönelik genel düzenleme ve uygulamalarla, bir yandan da sağlık hizmetlerine yönelik özel düzenleme ve uygulamalarla gerçekleşmiştir. “Kamu istihdamı, kamu hizmetlerini görmek üzere, bir kamu kurum ve kuruluşunda belirli bir ücretle, belirlenmiş bir kadro ya da pozisyonda çalıştırılan kişilerin toplamıdır”. Ancak 1980'li yıllardan bu yana özelleştirme ve piyasalaştırma uygulamalarıyla geleneksel kamu istihdam biçimi dönüşmüş, doğrudan kamu hizmetinin kendisi, kamu istihdamının dışına çıkarılmıştır (Ayman- Güler, 2005: 106- 107). Sağlık hizmetleri kamu istihdamındaki söz konusu dönüşümden, son derece hızlı biçimde nasibini almış, en çok parçalı ve farklılaşmış istihdam biçiminin sergilendiği bir ka-

musal hizmete dönüşmüştür. Kadın çalışanların yoğun olduğu hemşirelik, ebelik, teknisyenlik ve tıbbi sekreterlik gibi alanlarda aynı işi yapmalarına rağmen farklı statülerde ve farklı özlük haklarına sahip çok sayıda kadro oluşturulmuştur. Örneğin hemşireler 657 sayılı yasanın 4/A fıkrasına tabi kadrolu, 4B fıkrasına tabi sözleşmeli, Üniversite vakfının elemanı olarak sözleşmeli, aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanı olarak sözleşmeli, 4924 sayılı yasa tabi sözleşmeli, kağıt üzerinde taşeron temizlik firmasının elemanı olarak görünen hemşire ve vekil hemşire olmak üzere, yedi farklı statüde istihdam edilebilmektedirler. Kadrolu kamu istihdamı biçimlerinden farklılaşan yeni istihdam biçimlerinin ortaklaştığı nokta ise güvencesizliktir. 04.06.2011 tarihinde yayınlanan 632 Sayılı KHK ile 657 Sayılı Yasa'nın 4 (B) fıkrası ve 4924 Sayılı Yasa uyarınca sözleşmeli personel pozisyonlarında çalışmakta olanların otuz gün içinde yazılı olarak başvurmaları koşuluyla buldukları pozisyon unvanıyla aynı unvanlı memur kadrolarına atanacaklarına ilişkin bir düzenleme yapılmıştır. Bu durum sağlık personeli arasında güvencesiz çalışma biçimlerinin ortadan kalkacağı yolunda bir umut doğurmuşsa da, söz konusu kanun değişikliğinden sonra da sözleşmeli sağlık personeli alımı devam etmiştir.

Aile hekimliği sistemine geçişle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim dışı personel yalnızca güvencesizleşmemekte, aynı zamanda hemşirelik, ebelik gibi mesleki unvanlarını da kaybetmektedir. Yeni sistemde, aile hekimi, mesleki unvanları "aile sağlığı elemanı" adı altında eritilen hemşire ve ebelerin "patronu" konumuna yerleştirilmektedir. Aile sağlığı elemanı pozisyonuna yerleşme tarihi itibari ile altı ay öncesine kadar kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire veya sağlık memurlarından aile hekimi ile anlaşanlar, anlaşmış oldukları pozisyon için aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalamaktadırlar.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde ve geçiş döneminde 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında aile hekimliği sisteminde çalışan sağlık personeli, henüz "devlet memuru" statüsünü korumaktadır. Ancak dönüşüm tamamlandığında bu statülerini kaybedecekler, çok sayıda birinci basamak çalışanı ebe ve hemşire sözleşmeli aile sağlığı elemanı haline gelecektir (Urhan ve Etiler, 2011: 208). Dolayısıyla birinci basamak tıbbi bakım hizmetlerindeki hekim dışı sağlık çalışanları için dönüşüm süreci beraberinde güvencesizleştirme ve kimliksizleştirmeyi beraberinde getirmiştir.

1. Performansa dayalı ücretlendirmenin Kadın Sağlık Çalışanlarına Etkileri

1980'den itibaren sağlık çalışanlarına yönelik ücret politikası, temel ücretleri sürekli baskılamak ve böylece emeklilik kazancına yansımayan ek ödemelerin toplam ücretteki payını yükseltmek yönünde olmuştur. Performansa dayalı ücretlendirme ile hem ek ödemelerin temel ücretteki payı yükseltilmiş, hem de "işlem başına" ödeme ile sağlık kurumlarının kendi içinde ve kendi aralarında rekabet ortamı oluşturulmuştur (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 201). 2008 yılında kamuda çalışan hekimlerin elde ettikleri döner sermaye geliri maaşın %130'una çıkmıştır, bu oran uzmanlarda %160, pratisyen hekimlerde ise %108 olarak bildirilmektedir. Ancak daha çok bakım hizmeti veren, duygusal emek yoğun bir meslek olan hemşirelerin emeği, bu yaklaşım içinde daha da değer-

siz hale gelmektedir (Urhan ve Etiler, 2008; 2011). Ayaktan tedavi gören ve yatan hasta sayısı artışı ile işlem sayılarındaki artış hem hemşirelerin hem de teknisyenlerin iş yükünü artırmaktadır. Tanı sürecinde anamnez ve ayrıntılı muayenenin yerini tetkiklere bırakması, işlem sürelerinin kısaltılması, hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelmesi, diğer yandan hasta memnuniyetinin yükseltilmesi çabası, hekimlerin tetkik taleplerini daha da artırmıştır. Çoğunluğu kadınlardan oluşan hekim dışı sağlık personeli, performans uygulaması ile artan iş yüklerine rağmen, performans ödemelerinin uzman hekimlere oranla, %20'ler düzeyinde kalmasıyla ortaya çıkan gelir uçurumundan rahatsızdır. Performansa dayalı ücretlendirme ile yatan hasta sayısı, hastaneye başvuru oranı ve işlem sayılarındaki aşırı bir artış sağlanmıştır, ancak bu artış personel sayısı artışı ile desteklenmemiştir. Bu noktada mutlak ve göreceli artış değer artışına başvurulmaktadır (Ünlütürk Ulutaş, 2011) .

2. Mutlak ve Göreceli Artık Değer Artışı

Sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya konduğu 2002 yılından bu yana, Sağlık Bakanlığı hastanelerine müracaat sayısı %115, yatan hasta sayısı %50; üniversite hastanelerine müracaat sayısı %127, yatan hasta sayısı %93 artmıştır. Buna karşın toplam hemşire sayısındaki artış %39, toplam ebe sayısındaki artış % 16, toplam hekim sayısındaki artış %18 düzeyinde kalmıştır¹. Göreceli olarak az sayıda sağlık personeli ile, giderek artan hizmet talebine cevap verebilmek üzere, poliklinik hizmetlerinde hastaya ayrılan süreler kısaltılmış, tetkikler ve ameliyatlar, birim zamanda daha çok çıktı elde edilmesini sağlayan teknolojik donanımla desteklenmiştir. Özellikle radyoloji ve biyokimya bölümlerinde kullanılan teknoloji ve yenilenen iş organizasyonu ile çarpıcı bir verimlilik sağlanmıştır. Bu durum beraberinde vasıfsızlaşma ve yabancılaşmayı da getirmiştir. İşgünün uzatılması, nöbetler, gerek dinlenme, araştırma ve öğrenmeye yönelik zamanların kısaltılması veya ortadan kaldırılması, verimi artırmaya dönük toplantıların mesai saati dışında gerçekleştirilmesi ile mutlak artık değer artışı sağlanmıştır (Zencir, 2008: 183). Birçok hastanede mesai saatleri uzamış, laboratuvar ve görüntüleme bölümleri ile ameliyathaneler, kimi durumlarda hafta sonlarını da içerecek biçimde daha uzun süreli çalışmaya başlamıştır.

Özel işletme yönetim ilkelerine göre örgütlenmeye başlayan kamu hastanelerinde, birim hasta maliyetini düşürmek, yatan hasta devrini artırmak amacıyla hasta yatış süreleri kısaltılmıştır. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde 2002'deki ortalama kalış gün sayısı 5,7 iken 2010'da 4,4'e gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 20011: 106). Bunun sonucu hemşirelerin sürekli olarak ameliyat sonrasında en ağır ve en yoğun tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hasta grubuna hizmet vermek zorunda bulunmasıdır. Diğer yandan tam olarak iyileşmeden hastaneden ayrılan hastaların tıbbi bakımı çoğunlukla hane içindeki ücretsiz kadın işgücüne yüklenmektedir.

3. Hemşire Emeginin Yeni Sömürü Alanı: TKY Uygulamaları

¹ Burada yer verilen oransal artışlar 2010 Sağlık İstatistik Yıllığı'nda yer alan sayısal verilerden elde edilmiştir.

“Müşterilerin gereksinimini tatmin etmeye dayalı kalite tanımı” sağlık hizmetlerinin kalitesinin bireysel istekleri tatmin edecek biçimde sunulmasıyla artacağını ortaya koymaktadır. Böylece koruma, tetkik ve tedavi sürecinde en az tıbbi gereklilikler kadar “müşteri memnuniyeti” de rol oynamalıdır. Hastaların müşteri olarak yeniden kurgulanması, sağlık kurumlarının ön saflarında çalışan hemşireler üzerinde önemli bir baskı aracı olmuştur.

Hemşirelerin sürekli güler yüzlü olmaları, “müşteri” tatmini için önemli bir koşuldur. Bekleme süreleri vb. nedenlerle memnun olmayan hastalar, tüketici haklarından aldıkları güçle çok daha agresif bir tavır sergilemekte ve bununla en çok yüz yüze kalan tıbbi sekreterlerle hemşireler olmaktadır. Hastalar bir türlü tatmin edilemeyen isteklerinin mutsuzluğunu sürekli yüzlerinde taşıyacakları da, hemşirelerin kocaman bir gülücüğü yüzlerinden hiçbir zaman eksik etmemeleri beklenmektedir (Bolton, 2002: 134).

Diğer yandan performans göstergeleri ve süreç analizlerine dayanan kalite uygulamaları hemşirelere kayıt tutma, form doldurma, anket dağıtma gibi yeni bir “kağıt yüküyle” yüz yüze getirmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011).

4. İşletmeleşen Hastaneler ve Estetik Emek

Sağlıkta dönüşüm ile hastanelerin işletme ilkeleriyle hizmet sunmaya başlaması estetik emeğe artan oranda başvurulmasına neden oldu.

Estetik emek çalışanların (çoğunlukla kadınların) bedenlerinin işletme tarafından arzulanan estetik özellikler doğrultusunda, işletmenin faydası gözetilerek yeniden üretilmesi, şekillendirilmesidir. İşe seçim sürecinde çalışanlarda bulunan (güzellik, incelik gibi) veya atfedilen (güler yüzlülük, ağır başlılık, sevecenlik gibi) özellikler, işe girişin ardından eğitimlerle geliştirilir ve işletmenin hizmet tarzının bir parçası haline getirilerek metalaştırılır (Warhurst vd, 2000; Nickson vd, 2005) . Sağlıkta dönüşümle birlikte işletmeleşen devlet hastaneleri, artan oranda “kadın” hostes kullanmaya başlamıştır. Bu hosteslerden hastaları “güler yüzle” karşılamaları, onları “sabırla” dinlemeleri ve yönlendirmeleri beklenmektedir. Hizmet alımı sözleşmeleriyle kamu hastanelerinde “özel” hizmet veren alt işverenler, tıbbi sekreter, hemşire ve teknisyen seçim kriterlerine “güzellik”, “güler yüz”, “cazibe” gibi özellikleri de eklemişlerdir.

Sonuç Yerine:

Sağlıkta dönüşüm süreci ile sağlık sektöründeki istihdam ve çalışma biçimleri de dönüştürülmekte ve kadın sağlık çalışanları yalnızca “sağlık çalışanı” olma kimlikleri nedeniyle değil, aynı zamanda toplumsal cinsiyet özellikleri nedeniyle de, dönüşüm sürecinde farklı etkilere maruz kalmaktadırlar. Toplumsal cinsiyet rolleri, profesyonel tıbbi meslekleri içinde de onların duygusal emek ve estetik emek olarak konumlandırılmalarına yol açmaktadır. İçinden geçtiğimiz yeniden yapılanma sürecinde duygusal ve estetik emeklerine daha çok başvuru kadın sağlık çalışanları giderek bir yandan güvencesizleştirilmekte ve kimliksizleştirilmekte diğer yandan görece olarak düşük ücretlerle daha yoğun çalışmaya zorlanmaktadır.

Kaynaklar

Ayman Güler, B. (2005), **Kamu Personeli**, Ankara: İmge.

Bolton, S. (2002), "Consumer as King in the NHS", *The International Journal of Public Sector Management*, 15 (2): 9-139

Nickson, D., Warhurst, C. and Dutton, E. (2005) "The Importance of Attitude and Appearance in the Service Encounter in Retail and Hospitality", **Managing Service Quality**, 15 (2): 195-208.

Urhan, B. ve Etiler, N.(2011), "Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi", **Çalışma ve Toplum** 2011(2): 191-216.

Urhan, B., Etiler,N. (2008), "Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları, **I.Ulusal Çalışma İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı**, İstanbul: Sakarya Üniversitesi.

Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011), **Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü**, Ankara: NotaBene.

Warhurst, C., Nickson, D., Witz, A. and Cullen, A. (2000) "Aesthetic Labour in Interactive Service Work: Some Case Study Evidence from the 'New' Glasgow", **Service Industries Journal**, 20 (3): 1-18

Zencir, M. (2009), "Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri", **Toplum ve Hekim**, 24 (3): 177-187.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ ÜREME SAĞLIĞINA ETKİSİ

Gebelik-Doğum-Doğum Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Politikalarıyla Etkileşimi

Dr. Gülnihal Bülbül

Birleşmiş Milletler (BM) Milenyum projesinde 1990-2015 arasında hedeflenen Anne Ölüm Oranlarının (AÖO) %75 düşürülmesi hedeflenirken, 2005 Raporunda özellikle düşük gelirli ülkelerin hedefin çok uzağında olduğu belirtildi.

DSÖ (Dünya sağlık örgütü) verileri, düşük gelir grubunda olan ülkeler başta olmak üzere, problemin büyüklüğünü açıklıyor. Gelişmiş ülkelerde her 100000 canlı doğumda 9 anne ölümü olurken bu gelişmemiş ülkelerde özellikle sahra altı ülkeler de 900 ü buluyor. Yaklaşık 100 katı daha fazla olarak anne ölümlerine tanık oluyoruz.

Böylesine büyük bir farkı anlayabilmek için sağlık sistemlerine yakından bakmak gerekir. AÖO çok yüksek olması acilen üzerine gidilmesi gereken bir felaket olduğunu değerlendirirken aynı zamanda, sağlık sistemleri ve politikalarının cinsiyet ayrımcılığına dayalı yapısına ışık tutuyor ve sağlık sistemlerinin ekonomi politikasında yatan gerçek felaket nedenleri hakkında pek çok şey görüyoruz.

Hastalık ve sağlık olaylarına bakarken, rollerin, beklentilerin, sağlığa erişim olanaklarının cinsiyet temelinde şekillendiğini görüyoruz. AÖO da ki fiyasko böyle bir cinsiyet ayrımını tespit etmemize imkan sağlıyor. Dünyanın pek çok yerinde yoksulluğun yanı sıra cinsiyet temelinde büyük adaletsizliklerin yansımalarına rastlıyoruz. Böylece yoksul ve kadın olmak ciddi riskleri beraberinde getiriyor. Üstelik sağlık gereksinimi en fazla olan kesimde onlar.

Gebelik, Doğum, Çocuk bakımı gibi artmış sağlık yükü nedeniyle sağlık erişimine daha fazla ihtiyaç duyan kadınlar, gerek kamu gerekse özel sektörden sunulan hizmetlerde uygulanan ücretler nedeniyle ihtiyaç anında hizmete erişimde ciddi engeller yaşıyorlar. Sağlık sisteminde özelleştirmenin kadınların sağlık durumu ve yoksullaşması üzerindeki etkileri üzerine çok az şey konuşuluyor.

Bugün AÖO hala yüksek olduğu ülkelerde Doğum öncesi bakım alma(DÖB) oranlarının az olduğunu, yardım alma kararının geç verildiğini, maddi olanaksızlığın, sağlığın paralı olmasının büyük payı olduğunu biliyoruz.

Gebelik sırasında gelişen bir kanama, gebelik öncesi beslenme ve sağlık düzeyi iyi olan, eğitilmiş, doğum öncesi bakım (DÖB) alan, acil sağlık hizmetine hemen ulaşabilen bir kadında sadece tatsız bir anı olabilirken; aynı nedenle gelişen,

aynı miktarda kanama, başka bir kadında yoksulluk, yetersiz beslenme, anemi, sağlık hizmetlerine uzaklık/ulaşamama zinciri içinde ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Öte yandan çocukluğunda malnütrisyonu bağlı olarak gelişimi yetersiz olan, adölesan bir gebede engellenmiş doğum ve kanama meydana gelme riski de daha fazla olmaktadır.

Gebelik döneminde ortaya çıkan sorunların çözümü için DÖB kilit önemdeyken, DÖB'ın yeterli ölçüde alınmaması ya da verilmemesi/verilememesi bir başka sorun olarak önümüze çıkmaktadır. 2007 Sağlık Arama Davranışı Araştırmasında DÖB almanın önündeki engeller şu şekilde belirlenmiştir:

- Sağlık kuruluşlarındaki ilgisizlik, kötü uygulamalar ve iletişim hataları,
- Sağlık güvencesinin olmaması ve ekonomik sorunlar,
- Geniş aile içinde kadınların kocasının ve aile büyüklerinin iznine tabi olarak yaşaması ve sosyo-kültürel engeller nedeniyle DÖB'ın yararı hakkında bilgi edinememe,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında DÖB'ın verilmemesi ya da yetersiz oluşu, bu kuruluşlarda yeterli personel olmaması, hizmet içi eğitim eksikliği, yetişmiş personelin sık yer değiştirmesi, fizik altyapı ve araç-gereç yetersizliği.

2003 ile karşılaştırıldığında TNSA-2008 sonuçları, doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Beş yıllık dönem içerisinde, en son doğumda doğum öncesi bakım alma oranı yüzde 81'den yüzde 92'ye yükselmiştir. Bu da, doğum öncesi hiçbir bakım almayan kadınların oranında yaklaşık olarak yüzde 50'lik bir azalmaya işaret etmektedir.

Kırsal alanlarda ise doğum öncesi bakım almayan kadınların yüzdesi, ülke ortalamasının iki katından daha fazladır ve kentsel alanlarda yaşayan kadınların neredeyse üç katıdır. 2003-2008 yılları arasında doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler olmasına rağmen, Doğu bölgesi ile diğer bölgeler arasındaki fark, hala büyüktür.

Beklendiği gibi, eğitim ve refah düzeyi ile doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma olasılığı arasında pozitif bir ilişki vardır. Eğitim ve refah düzeyindeki farklılıklar ultrason için en az iken, en çok farklılık kilo ölçümü ve demir takviyesinde gözlenmektedir.

Dünyada ve Türkiye'de Ana Ölüm nedenlerinin başında kanama geliyor.

Milenyum Projesi Raporu'na göre kaliteli bir doğum hizmetinin ana unsurları aşağıda belirtilmiştir;

1-Uzman sağlık görevlisinin doğumda hazır bulunması.

2-Komplikasyonlarda acil müdahale olanaklarına erişim olanağı.

3-Acil müdahale şansının bulunmadığı yerlerde etkin bir sevk sistemi.

Türkiye'de gebelik, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinden en az yararlanan kesim:

- 35 yaş üstü
- Yoksulluk, eğitimsizlik
- Birden fazla doğum sayısı
- Doğu'da, kırsalda yaşamak,
- DÖB almamış olmak.

Türkiye'de anne ölümleri en fazla 2. Basamakta yani hastanelerde gerçekleşiyor. Ancak halen evde ve sevk sırasında yolda kayıplar beklenenin çok üstünde. Doğum sonrası bakım alma doğum öncesine göre daha az. Kanamalar doğum sonrası ölümlere daha fazla yol açtığı bilgisinden hareket edecek olursak bu konu üzerinde de yeni sağlık planlamalarına ihtiyaç olduğu aşikârdır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sezaryen oranları hızla artış gösteriyor. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye ortalaması % 40 civarında. Bu oranlar özel hastanelerde daha da artış gösteriyor.

Sezaryen prevalansındaki artış uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Dünya sağlık örgütü sezaryen oranlarının %10-15 in üzerine çıkmasını tavsiye ediyor. Artmış sezaryen oranları ,artmış Maternal ve Neonatal mortalite ve morbidite ile beraber olduğu vurgulanıyor.

Amerika Birleşik devletlerinde vajinal doğuma kıyasla sezaryen operasyonlarında ülke genelinde yılda birmilyon dolardan fazla maliyete neden olduğu bildirilmiş. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD)sezaryen operasyonlarının yaklaşık yarısının medikal endikasyonların yanlış konulması sonucunda gereksiz yere yapıldığı görülmüştür.

İstanbulun sezaryen oranının en yüksek olduğu illerden biri olduğunu ve doğumun daha çok özel Hastanelerde Doktorlar tarafından yaptırıldığını görüyoruz.Sağlık sistemindeki son yıllarda gerçekleşen değişimlerle Özel Hastane uygulamalarının artması ,özelleşmesi,doğum şekli üzerinde etkileri üzerinde durulması gereken konulardır.Dünyada en yüksek sezaryen oranlarına sahip ülkelerden Birezilyada yapılan bir çalışmada özel hastanelerde sezaryenin çok daha fazla yapıldığı ve nedenleri arasında hasta tercihleri yanısıra Doktorların sezaryene daha az zaman ayırarak, çalışma koşullarına uyduğu için tercih ettiklerini ortaya koymuştur.

Son 10 yılda dünyada pek çok ülkede sezaryen hızında bariz bir artış gözlenmektedir. Bu bizde Sezaryen doğumlarının yararları ve olası risklerini tekrar gözden geçirme ihtiyacı oluşturuyor. Öyle ki Sezaryen la direk ilişkili Postpartum anne ölümleri araştırmasında vajinal doğumla karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunuyor.

300 yıl öncesine kadar doğumda, kadınlar ve ebeler merkezde yer alırken modern tıbbi yöntemlerin devreye girmesiyle ebeler doğumdaki rollerini kaybetmiş, doktorların otoritesi altına girmeye başlamıştır. Doğum normal fizyolojik bir olay olalarak değil de müdahale gerektiren tıbbi bir olay olarak değerlendiriliyor.

Gelişmiş, sosyal devletlerde, kadın haklarının güçlü olmasıyla beraber kadınlar ve ebeler otonomi kazanmış, normal doğum oranları DSÖ'nün önerdiği gibi %80-90 olmuştur. Bu ülkeler aynı zamanda AÖO ve bebek ölümlerinin en az olduğu yerler.

Kaynaklar

1. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER (2007) Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
2. Kapitalizmde sağlık sağlıksızlık semptomları. socialist register 2010. leo Panitch –Colin Leys
3. Born in the US .Marsden Wagner
4. TNSA 2008 raporu.
5. 2005 Anne Ölümleri Çalışması
6. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery© 2006 by The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Lippincott Williams & Wilkins. ISSN: 0029-7844/06VOL. 108, NO. 3, PART
7. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term Shiliang Liu, Robert M. Liston, K.S. Joseph, Maureen Heaman, Reg Sauve, Michael S. Kramer for the Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System@ See related article page 475

Sağlıkta Dönüşüm ve Üreme Sağlığı

Aslı Davas Aksan

Türkiye’de üreme sağlığı hizmetlerindeki dönüşümü üç farklı dönemde yaşamış kadın örnekleriyle anlatmak mümkün.

1920 doğumlu, okur yazar, 16 yaşında evlendirilmiş bir kadın için sağlıklı üreme hakkı olabildiğince canlı doğum yapabilmektir. Savaştan çıkmış, sağlıklı insan gücüne ihtiyacın olduğu bu dönemde kadınların doğurganlıklarını kontrol etmek istemesi neredeyse vatana ihanet gibiydi. Nitekim bir ilçede yaşayan EY adlı bu kadının 14 gebeliği, 6 canlı, iki ölü doğumu vardı. EY yaşamını bir daha doğurmak istemediği için serviksine yerleştirdiği nataşır taşı nedeniyle rahmi parçalanarak 33 yaşında kaybetti.

Bu dönemde Türkiye’de kontraseptiflerin ithalatı yasaklanmış, isteyerek düşükler yasadışı olarak kabul edilmiş, kontraseptif yöntemlere ilişkin reklamlar ve halk eğitimi engellenmişti. Büyük aileler için parasal teşvikler söz konusuydu. Altı çocuk ve fazlasına sahip annelere ikramiye ve madalya verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf olması gibi birçok örnekten söz etmek mümkün. Refik Saydam dönemi olarak nitelendirilen bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetleri oldukça az sayıdaki hükümet tabiplerince veriliyordu, koruyucu hizmetler denilince ise akla daha çok bulaşıcı hastalıklarla mücadele geliyordu. Tedavi hizmetlerine odaklanan bu dönemde doktor, hemşire, hastane sayısı yetersizdi. O dönemde bir kadının rahatça girip, sağlık ihtiyaçları konusunda yardım isteyebileceği hiçbir sağlık kurumu yoktu. Varolan hizmetlerin de çoğunluğu erkek doktorlar tarafından veriliyordu. Geleneksel ebeler doğuma yardım ediyor, doğumlar genellikle evde yapılıyordu. Ana ölüm hızı çok yüksekti.

1950 doğumlu bir kadın için koşullar biraz daha düzelmesine rağmen, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi hala kadınlar için gereken özelliklere sahip değildi. Lise mezunu olan ZA’nın tam 14 gebeliği, 11 isteğe bağlı düşüğü, üç canlı doğumu ve iki yaşayan çocuğu vardı. ZA çalışıyordu, fazla çocuk istemiyordu ama kontraseptiflere erişimi bir ilde yaşamasına rağmen sorunluydu. Bu konuda yeterince bilgisi de yoktu zaten. O dönemde kırsalda isteğe bağlı kürtaja da erişim çok mümkün değildi. Eğitimi ortaokul ve altında, çalışmayan kadınların kendi bedenleri üzerinde söz hakkı ZA kadar da iyi değildi. ZA’nın yaşadığı dönemde sağlık örgütlenme yapısı değişti. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlü olarak verilmediği Behçet Uz döneminden, birinci basamak sağlık hizmetlerini hem kırsalda hem de kentte tüm toplumun erişebileceği şekilde yaygın olarak örgütlenen 224 sayılı yasa ile Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yürürlüğe girdi. Fakat ZA’nın doğurganlığının yüksek olduğu 1965-1980 yılları arasında dönemin birinci basamak kurumu olan sağlık ocaklarının sayısı azdı ve erişim kötüydü. Nüfus Planlaması hakkında ilk kanun 1965 yılında çıkarılmış,

modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline izin verilmiş, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunmasına ve çiftlerin aile planlaması eğitimlerinin desteklenmesi vurgulanmıştır. 1983 yılında çıkarılan ikinci Nüfus Planlaması Kanunuyla da 10 haftaya kadar olan gebeliklerin istek üzerine sonlandırılmasına ve istek üzerine kadın ve erkekte gönüllü cerrahi kontraseptif yöntemlere (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi)izin verilmiş, eğitilerek sertifikalandırılmış ebe ve hemşirelere rahim içi araç (RİA) uygulama yetkisi ile sertifikalandırılmış pratisyenlere de gebeliği sonlandırma yetkisi verilmiştir. Bu dönemde kanunlar çıkmasına rağmen sağlık ocaklarının tüm ülkede örgütlenmemesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayrılmaması hala kadınlar üreme nedeniyle ölümlerine neden olmuştur. Türkiye’de yıllar içinde modern aile planlaması yöntem kullanımı arttıkça anne ölüm hızlarında anlamlı düşüşler olmuştur. 1974’te yüzbin canlı doğumda 208 olan ana ölüm hızı 1981’de 132’ye düşmüştür.

ETKİLİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANIMI YAYGINLAŞTIKÇA ANA ÖLÜMLERİ DE AZALMAKTADIR



1975 doğumlu ortaokul mezunu ve kırsalda yaşayan bir kadın olan MN ise daha şanslıydı. Köyündeki ebe sertifikalıydı ve rahim içi araç uyguluyordu. Evlenmeden önce eve gelmiş MN’yi bilgilendirmişti. MN iki gebeliğinin arasında ve sonrasında RİA kullandı, hiç düşüğü olmadı. Bu dönemde sağlık ocakları hem kırsalda hem de kentte yaygınlaşmıştı. Sağlık ocakları ücretsizdi ve ebe merkezliydi.

Kadınlar, çocuklar, engelliler, yaşlılar, göçmenler, yoksullar gibi farklı risk gruplarının sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımındaki farklılıklar, bu grupların sürekli sağlık hizmeti aldıkları kurumların olmaması tüm toplumun sağlık düzeyini etkilemektedir. Genel olarak tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşitsizlikler üzerinde düzeltici bir etkisi vardır.

Türkiye’de de kadın, çocuklar ve riskli grupların en çok başvurdukları kurumun sağlık ocakları olduğu araştırmalarda gösterilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın önemli bileşenlerinden birisi de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaptığı değişikliktir. Türkiye’de bu programla birlikte sağlık ocakları kapatılmış, aile hekimliği modeli uygulamaya konmuştur. Bu değişim özellikle kadının hizmete erişimiyle ilgili önemli farklılıklara yol açmıştır, açacaktır.

Örgütlenmede değişim

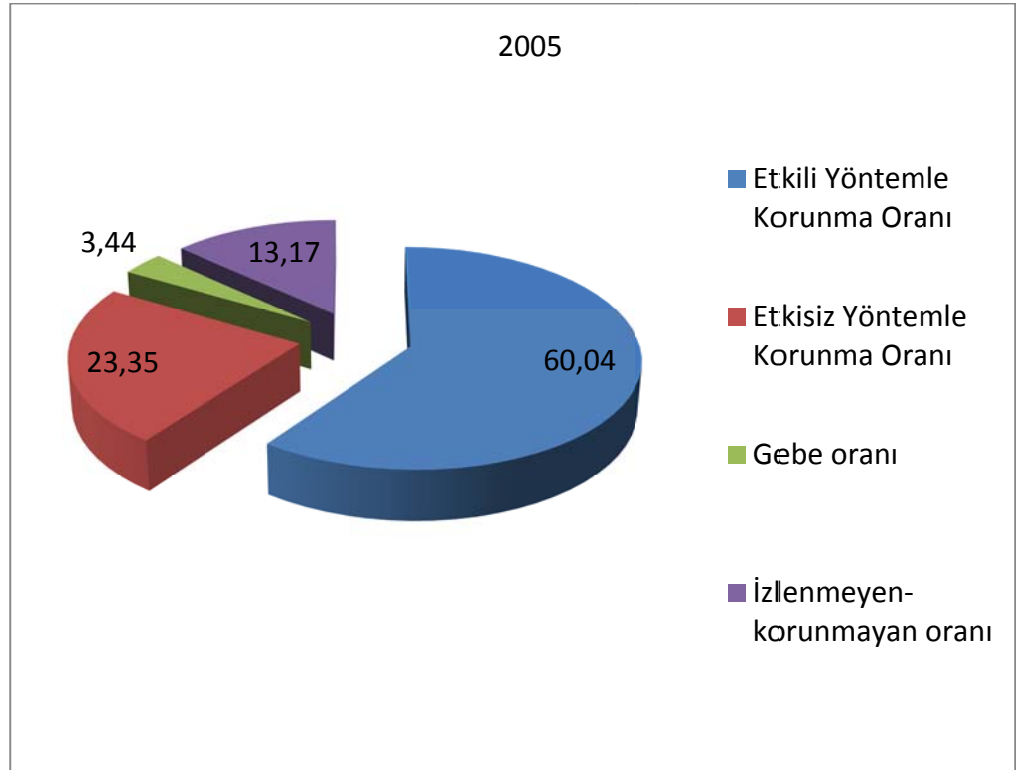
Sağlık ocaklarında hizmet hekim, ebe, sağlık memuru gibi bir çok meslekten oluşan bir ekip tarafından verilir. Ebeler her sene kendilerine bağlı nüfusu ev ziyaretleriyle kayıt altına alır, göç ölüm gibi değişimleri tespit eder. Kadının kendine erişimini beklemez, her kadına yerinde erişim sağlanırdı. Ev ziyareti Türkiye’de çok önemlidir. Çünkü 2007’de gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Arama Davranışı Araştırması’nda belirtildiği gibi gebeler, eş ve ya ailesinden izin almama, sağlık güvencesi olmama, okuma yazma bilmeme, sağlık kurumunun uzakta olması, hekimin erkek olması, Türkçe konuşamama, ev işleri ve çocuk bakımının da yer aldığı bir çok sosyoekonomik ve kültürel nedenlerle doğum öncesi bakım alamadıklarını; ebelerin ev ziyaretlerinden de memnun olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık ocaklarında tüm 15-49 yaş kadınlar, gebeler izlenir, kadınlara tetanoz bağışıklaması yapılırdı. Hizmetlerin daha çok üreme sağlığı üzerinden kurgulanması bir sınırlılık da olsa, kadın sağlığını merkezine almış ve daha bütüncül bakan başka bir kurum yoktur.

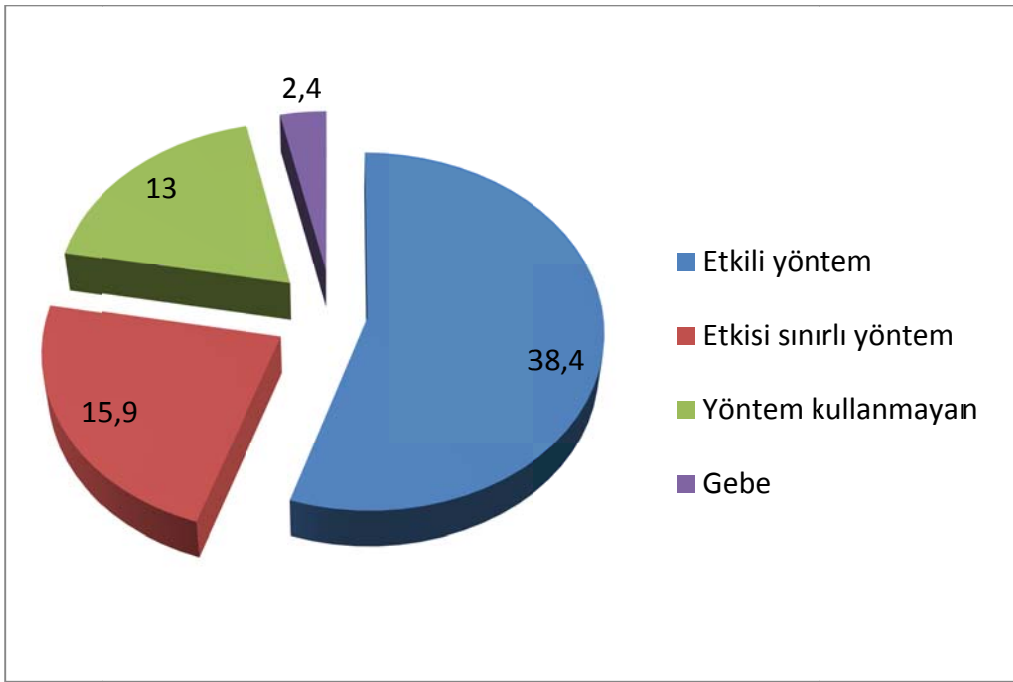
Sağlık ocakları ebe temelli kurumlardı. Genellikle kadın hekimler istihdam edilirdi. Birçok araştırmada kadınlar sağlık hizmetini hemcinslerinden almayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Shi ve Starfield, araştırmalarında birinci basamakta hekim hasta arasındaki cinsiyet ve ırk uyumunun sağlıktaki eşitsizlikleri azaltıcı bir etkisi olduğu göstermişlerdir. Sağlık ocakları, ilköğretimden sonra kadınların rahatça girip çıkabildiği yegane kamu kurumlarıydı. Sağlık ocakları muayenehane yapısında değildi, hizmeti kadın ve erkeklerden oluşan bir ekip sunardı. Bu nedenle kadının sosyal yaşamı içinde önemli bir yeri vardı. Türkiye’de kırsalda en iyi örgütlenmiş devlet kurumu sağlık ocaklarıydı.

Aile hekimliği modeli Türkiye’ye özelleştirme sürecinin içinde sunulmuştur. Getirilen modelde sağlık hizmeti; kendi kiraladıkları oda ya da muayenehanelerde, kendi donanımlarıyla kamuya hizmet satan özel müteşebbis konumuna getirilmiş hekimlerden alınmaktadır. Aile hekimliği modeli hekim merkezlidir. Ebe, hemşire, sağlık memuru gibi ekibin önemli bileşenlerinin mesleki statüleri ve özerklikleri yok edilmiş, aile hekiminin işveren konumunda olduğu bir modelde hizmet sunmaları planlanmıştır. Artık ebe kavramı sistemden dışlanmıştır. Sadece bir hekim ve bir aile sağlığı elemanı çalışır. Her ikisi de sözleşmelidir. Belli bir coğrafya içindeki nüfusa değil, kendilerine kayıtlı nüfusa hizmet verirler. Bu sistemde evde nüfus tespiti yoktur. Çağdaş her bir Türkiye’linin kendi beğenisine uygun bir aile hekimini seçip, kaydolacağı varsayımı üzerine kurulmuştur. Herhangi bir kuruma başvurma olanağı olmayan riskli gebeler, kadınlar ve bebeklerin erken tespit olanağı ortadan kalkmıştır. Eğitimi olmayan

kişiler için de hekim seçme özgürlüğü sadece bir kandırmacadır. Okuma yazma bilmeyen bir kadının, çeşitli nedenlerden memnun olmadığı bir aile hekimini toplum sağlığı merkezine gidip yazacağı dilekçe sonucunda değiştirebileceği varsayımına dayalıdır.

Daha önce birçok kişi tarafından verilmekte olan tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin sadece iki kişi tarafından verilebileceği öngörülmüştür bu da yapılan izlemlerin ve sunulan koruyucu sağlık hizmetinin niteliğini düşürecektir. Zaten kadın ve gebe izlem sayılarının DSÖ'nün özellikle Afrikadaki gibi sağlık örgütlenmesinin çok daha kötü olduğu bazı ülkelere önerdiği seviyelere çekilmesi düşündürücüdür. Hemen hemen her sağlık ocağında ülkemizde en yaygın kullanılan korunma yöntemi olan RİA sertifikası almış sağlık çalışanı olduğundan bu hizmet rahatça verilebilmekteydi. Yeni sistemde tüm hekim, ebe veya hemşirelerin sertifikasının olmaması hizmette aksamalara yol açmaktadır. Aile hekimlerinin odalarını kiraladıkları düşünüldüğünde aile planlaması hizmetleri için ayrı bir mekan ayrılmamaktadır. Nitekim İzmir'de 2005 ve 2010 yıllarına ait modern aile planlaması yöntem kullanımlarındaki farklılaşma bu tezleri doğrulamaktadır.





Ayrıca 2005 yılında rahim içi araçların %52,2'si sağlık ocaklarında takılmaktayken, 2010 yılında aile sağlığı merkezlerinde sadece %10'u takılmaktadır. Rahim içi araç uygulaması ikinci basamağa kaymıştır ve kullanım oranları düşmüştür. Bu da kadınların yan etkisi çok az olan ve etkinliği en yüksek aile planlaması yöntemine erişimlerinin engellendiğinin bir göstergesidir.

Kadınlar sağlık hizmetlerinden neler bekler sorusunun yanıtı öncelikle sorunun kime sorulduğuyla belirlenir. Böyle birçok farklı etmenin etkilediği bir konuda farklı reflexlerin olması doğaldır. Soru sadece kadınlara sorulduğunda bile yanıt sınıfsal ve kültürel farklılıkların etkilerini yansıtacaktır. Herhangi bir erkekle, herhangi bir kadının sağlık hizmetlerinden beklentileri hem biyolojik hem de toplumsal cinsiyete dayalı roller nedeniyle farklı olduğu gibi, Doğu Anadolu'da yaşayan Türkçe bilmeyen dokuz çocuklu bir kadınla, İstanbul'da özel sektörde yöneticilik yapan bir kadının beklentilerinin de aynı olmayacağı aşikardır.

Ulusal sağlık politikalarının en zor durumdaki kadını ve koşullarını göz önünde bulundurularak yapılandırılması gerekir. Sağlık örgütlenme ve finansman modellerinin varolan sınıfsal ve cinsiyete dayalı eşitsizlikleri azaltıcı bir etkileri olmalıdır. Kadının sosyal, ekonomik ve politik yaşamdaki konumu fiziksel, ruhsal sağlığını etkilediği gibi sağlık kurumlarına erişimini ve ulaştırılan sağlık bilgisini verimli kullanmasını da engellediği unutulmamalıdır.

Yoksa son otuz yıl boyunca üreme sağlığı alanında elde edilmiş tüm kazanımlar kısa sürede ortadan kalkacaktır.

POSTER BİLDİRİLER

SAĞLIK OCAĞINDAN AİLE HEKİMLİĞİNE EBENİN DEĞİŞEN ROLÜ VE ÜREME SAĞLIĞINDA TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİKLERİ

Mahide DEMİRELÖZ¹, Meltem ÇİÇEKLIÖĞLU²

¹Arş Gör. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

²Doç Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Amaç: Ebeliğin, toplumsal cinsiyet bağlamında “kadın üreme sağlığı hizmetleri” sunumundaki yerini değerlendirerek, değişen sağlık sisteminin kadınların bu hizmetlere erişimi üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır.

Giriş: Toplumun “kadın cinsiyetine” biçtiği rol ve beklentileri toplumsal yaşama katılmalarını sınırlandırmakta, sağlık hizmetlerine erişimlerini güçleştirerek kadın sağlığı göstergelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle üreme sağlığına ilişkin konular cinsiyet ayrımcılığının en çok yapıldığı alandır. Kadının cinsiyeti nedeniyle yaşadığı üreme sağlığı sorunlarının azaltılmasında ve önlenmesinde birinci basamakta çalışan ebelerin ev ziyaretlerindeki aktif rolleri ve bireyleri evlerinde görme fırsatına sahip olmaları açısından önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Kadınların, bu konuları, “tabu- ayıp” olarak görmeleri ve sorunlarını rahat ifade edememeleri sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını da engellemektedir. Bu durum, kadınların sağlık hizmeti alırken, sağlık personelinin cinsiyetini de göz önünde bulundurmalarına neden olmaktadır. Kadının yalnız dışarı çıkmasının engellendiği ve kadın sağlık çalışanların olmadığı, erkeklerin tedavi yapmasının kadın ve ailesi için kabul edilebilir olmadığı durumda kadın bakım almaktan kaçabilmektedir. Fakat sağlık ocaklarındaki ebelerin toplum tarafından benimsenmesi hizmetlerin kabul edilebilirliğini arttırmaktadır. Sosyalizasyon sürecinde, ebeler toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında sağlık kuruluşlarına ulaşamayan yerlerde, erkek doktora gitmeyi “ayıp” gören ve sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan bölgelerde kadınlara hizmeti ulaştırmada etkin rol oynamaktaydılar. Ancak, ülkemizdeki sağlık ortamına yapısal müdahale “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” ile birinci basamak hizmet sunumunun yerini alan “Aile Hekimliği” sistemi ile ebeler bağımsız fonksiyonlarını yerine getirememekte ve “Aile Sağlığı Elemanı” kavramı ile hizmet sunumundaki etkin rollerini kaybetmektedirler. Aile hekimliğinde sisteminin liste temelli bir yapılmasının olması, gebe, bebek ve 15 – 49 yaş izlemelerinin hizmeti talep edenlere veriliyor olması, hizmeti talep edecek eğitimi olmayan, eşi tarafından evden çıkmasına izin verilmeyen kadınların yok sayılmasına neden olmaktadır. Üreme sağlığı ile ilgili olumsuz sonuçların en sık görüldüğü bu kadınların sağlık hizmetine erişimelerindeki engeller, uzun erimde sadece kadın sağlığı mortalite ve morbidite oranlarında değil, bebek ve çocuklarında sağlık düzeylerinin de kötüleşmesine neden olabilecektir. Sağlık hizmet sunumunda toplumsal cinsiyet

eşitsizliklerini azaltacak yaklaşımların uygulanamıyor olması üreme sağlığı hizmetleri sunumunun “etkinliğini” ve “sürekliliğini” engellemektedir.

Sonuç; Kadınların toplumsal cinsiyet bağlamında yaşadığı eşitsizlikler, sağlık hizmetine erişimlerini engellemektedir. Eğitimsiz, eşlerine bağımlı ve toplumsal baskılar nedeniyle evine hapsedilmiş kadınlar için sağlık hizmetine erişimin güvencesi olan sağlık ocağı ebeleri bu rollerini artık yerine getirememektedir. Aile hekimliği sisteminde ebelerin toplumla bağının kopartılması ve aile sağlığı elemanı olarak kimliksizleştirilmesi, kadınların hem hasta hem de sağlık hizmeti sunucusu olarak ikincil konumlarını pekiştirmiş ve görünmez kılmıştır.

HEMŞİRELİK ORYANTASYON EĞİTİMİ İLE İLGİLİ PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Züleyha ÖZTÜRK¹, Fadime GÖK²

¹Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama
Merkezi Eğitim Hemşiresi

²Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanı

Giriş: Bilim ve teknoloji alanındaki hızlı değişim ve gelişim, sağlık politikaları, bireylerin sağlık gereksinimlerinin değişmesi her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de çalışanların güncel konularda yetiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Hemşirelik eğitimi, kuramsal ve uygulamalı öğretim-öğrenim yaşantılarını içeren bir meslek olarak asıl amacı tüm potansiyelini kullanabilen bireyler yetiştirmektir. Ancak hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda bu potansiyellerini kullanarak yüksek performans göstermelerini ve başarılı olmalarını etkileyen unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlardan en önemlisi kendilerine verilen eğitimlerdir.

Amaç: Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi'nde işe yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon eğitiminden beklentileri, önerileri ve eğitim zamanı hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde Kasım 2010- Nisan 2011 tarihleri arasında işe yeni başlayan hemşirelerin tamamı oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmıştır. Eğitime katılan tüm hemşireler (n=20) çalışmaya katılmayı kabul edip, anket formlarını doldurmuşlardır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu aracılığıyla Kasım 2010- Nisan 2011 tarihleri arasında toplanmıştır (Çalışma devam etmektedir). Verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzdeler hesaplamaları kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %50'si lisans mezunu olup, %65'i daha önce oryantasyon eğitimi almıştır. Hemşirelerin %50'si oryantasyon eğitiminin ilk bir ay içerisinde olması gerektiğini belirtirken, %10'u görüş belirtmemiştir. Verilen oryantasyon eğitimini, hemşirelerin %45'i yeterli olarak değerlendirirken %35'i de bilgilerini uygulamaya dönüştürmede zorluk yaşadığını ifade etmiştir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %25'i eğitimin, demonstrasyon (teorik ve uygulamalı) yöntemi ile yapılmasını isterken, %60'ı tüm yöntemlerin bir arada kullanılmasını istedikleri saptanmıştır. Oryantasyon eğitiminde konu seçimine yönelik tercihleri ile ilgili soruya; %55'inin hemşirelik hizmetleri prosedür ve talimatlarını içeren konuların olmasını tercih ettiklerini ifade ederken, %40'ının CPR eğitimi almayı tercih ettiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %30'u hasta taşıma ve kaldırma ile eğitimin gerekliliğinin, az olduğu konusunda fikir belirtirken %15'inin ise çok yüksek oranda gerekli olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu, oryantasyon eğitiminin gerekli olduğunu ve işe başladıkları ilk bir ay içerisinde eğitim alınmanın daha yararlı olacağını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda oryantasyon programının multidisipliner bir yaklaşımla hazırlanması ve verilen geri bildirimler doğrultusunda güncellenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, oryantasyon, oryantasyon eğitimi.

SOSYALLEŞTİRMEYEN AİLE HEKİMLİĞİNE EBENİN DEĞİŞEN ROLÜ: EBELERDEN İZLENİMLERLE

Aysun BASGÜN EKŞIOĞLU¹

¹Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü Öğretim Elemanı
aysun.basgun@ege.edu.tr

Giriş: Ebeler, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun’un” verdiği yetkiyle sağlık evlerinde ve sağlık ocaklarında özverili bir şekilde çalışarak ülkenin özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerine büyük katkı koymuşlardır. Ancak sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte iş güvencesiz, çeşitli haklardan mahrum çalışmakta ve mesleki kimliği yıpratılmaya çalışılmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programı, sağlık ve sosyal güvenlik alanında toplumun büyük bir bölümünün sağlık ve sosyal güvenlik hakkını ihlal etmenin yanı sıra, sağlık emekçilerini özellikle kadın sağlık çalışanlarını son derece olumsuz etkilemiştir. Bu özden yola çıkarak 2003 yılından bu yana “sağlıkta dönüşüm” ile uygulanan aile hekimliği programının ebeler mesleği üzerine etkilerinin ebelerin görüşleri aracılığı ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:Aile hekimliği sisteminde çalışan ebelerin; çalışma koşulları, iş güvenceleri, sağlık hizmetlerinin durumu ve sağlıkta dönüşüme ilişkin düşünceleri hakkında bilgi edinmek için beş soru yöneltilmiş e-mail ile görüşleri alınmıştır. Bu kapsamda 08.03.2011 tarihinden itibaren öncelikle sağlık yüksekokulu mezunu 14 ebe ile görüşülmüş, daha sonra “kartopu tekniği” ile 32 ebeye daha bu kişilerin referansı ile ulaşılmıştır. Ebeler, görüşlerini yazılı olarak mail aracılığı ile iletilmişlerdir. Görüşler kişilerin izni ile kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma:Ebeler; çalışma koşulları ile ilgili değerlendirmelerde iş yüklerinin çok arttığını ve nitelikli sağlık hizmeti sunma imkânının azaldığını belirtmektedirler:

“Ev ziyaretlerini, gebelerin genelde ev değil de cep telefonu olduğu için kendi telefonlarımızdan aramak zorunda bırakıyoruz, tutanak tutmakla uğraşyoruz, enjeksiyon, pansuman, kan alma, gebe-lohusa-bebek-çocuk izlemi, aşılama, aile planlaması, eğitim, ev ziyareti (ne mümkün de) ve yaptıklarını hem GEBLİ-Ze hem AHBS ye girip bakanlığa gönderme, ha bir de unutmadan resmi yazışmalar, aşı sorumlusu olarak aşının temini ve hatta sekreterlik... Ebe, İstanbul ASM”

Aynı zamanda istihdam koşullarının kötüleştiği, işlerini kaybetme korkusu ve gelecek kaygısı taşıdıkları göze çarpmaktadır:

“Hastanede nöbet tutmaktan bıkararak aile hekimiyle anlaştım. Ve aile hekimi ile anlaşma yaparken özel hayatıma dair kurallar konuldu. Memnun muyum, pek değil. Ama artık iş bulmak zor... Ebe, Elazığ ASM”

Ebeler; sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinde etik dışı uygulamalar meydana geldiği konusunda görüş belirtmişlerdir:

“Performanstan etkilenmemek için aşı zamanlarıyla oynandığı aşıkardır. Eski-den kalem aşı olarak tabir edilen aşının artık klavye aşı olduğunu söylemek de mümkündür...Ebe, Diyarbakır ASM”

“Ben sistemin kötüye kullanıma açık olduğunu düşünüyorum. Eğer vicdanınız ve mesleki etiğinizi kaybetmediyseniz problem yok. Ama siz orada sadece para kazanmak için varsanız ve bu iş bana nasıl para getirir diye düşünüyorsanız işte olay sağlık hizmetinden çıkmıştır... Ebe, Diyarbakır ASM”

Sonuç: Nitelikli sağlık hizmeti sunumunda önemli rolü olan ebe ve hemşirelerin; mesleki görev tanımlarının net olarak yapılması, istihdam koşullarının iyileştirilmesi, sözleşmeli çalışmanın kaldırılması ve kadro hakkının sağlanmasında mesleki güç birliğine yoğunlaşmaları ve sağlıkta dönüşüm programına karşı verilen mücadelelerde yer almaları büyük önem taşımaktadır.

HEMŞİRELERDE HASTA VEYA HASTA YAKINI TARAFINDAN ŞİDDETE MARUZ KALMA SIKLIĞI: BİR ÜNİVERSİTE VE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Seçkin YILMAZ¹, Cemil ÖZCAN², Beyhan ÖZYURT³

¹ *Hemşire, Ankara Özel 19 Mayıs Hastanesi*

² *Prof.Dr.Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.*

³ *Yrd.Doç.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.*

Amaç: Bu araştırmada devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde son bir yılda hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırma, iki farklı hastanede çalışan hemşireler üzerinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Manisa Devlet Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi ve örneklem büyüklüğü belirlenmemiş, evrenin tümü araştırma grubu olarak belirlenmiştir (n=607). Veriler toplanırken uzun süreli (doğum izni, yıllık izin, nöbet izni, rapor) izinli olanlar ve çalışmaya katılmayı reddeden hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir. Devlet hastanesindeki araştırma grubunun %48,5'ine, üniversite hastanesinde ise %25,9'una ulaşılmıştır (n=196). Araştırmanın verileri oluşturulan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 30.2 ± 6.0 yıl, mesleki deneyimleri ise ortalama 8.3 ± 7.2 yıl olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %54.1'inin lisans mezunu olduğu, %61.7'sinin kadrolu olarak çalıştığı ve %62.8'inin servislerde çalıştığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %46.9'u son bir yıl içinde hasta ya da hasta yakınları tarafından sözel ya da fiziksel bir şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Devlet hastanesinde çalışanlarda %49.4, üniversite hastanesinde %45.1, $p=0.55$). En yüksek oranda görülen şiddet türü ise sözel şiddet olarak saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaklaşık yarısının son bir yılda en az bir kez hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Hemşirelerde sorunun yaygın olarak gözlenmesi nedeniyle şiddete maruz kalmanın sosyodemografik özellikler ve çalışma koşullarından etkilenmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

SAĞLIK DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN BİTLİS İL MERKEZİNDE BULUNAN SAĞLIK KURUMLARINDAKİ KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Yusuf ÖZŞENSOY¹, Cihan ÖNEN¹, Fatma ZEREN², Elif ÇOĞAÇ²

¹Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanı

*²Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 3. Sınıf Öğrencisi
yusufozsensoy@yahoo.com*

Giriş-Amaç: Vatandaşın yaşam hakkının ve sağlıklı bir hayat sürdürebilmesinin güvence altına alınması sosyal devlet anlayışının temel göstergelerinden bir tanesidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Bu çalışmada, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bitlis İl Merkezindeki Sağlık Kurumlarında (Devlet Hastanesi ve Aile Hekimliği Birimleri) bulunan kadın sağlık çalışanları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Bitlis İl Merkezindeki Sağlık Kurumlarından Devlet Hastanesi (DH) ve Aile Hekimliği Birimlerinde (AHB) toplam 125 kadın sağlık çalışanı bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının %95,2 (119) kadarına ulaşılarak anket uygulanmıştır. Anketler yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmıştır. DH ve AHB'de çalışanların Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan haberdar olma arasındaki önemlilik düzeyi ki-kare (χ^2) testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Kadın sağlık çalışanlarından 1 kişi Aile Hekimliği Birimlerinde, 5 kişide Devlet Hastanesinde olmak üzere 6 kişi anketimize katılmayı kabul etmemiştir. Ankete katılan 119 kişiden %80,7'si (96) Devlet Hastanesinde, %19,3'ü (23) Aile Hekimliği Birimlerinde çalışmaktadır. 81 kişinin (%84 Devlet Hastanesi, %16 Aile Hekimliği Birimi) Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan haberdar olduğu ve bu kişilerden ise 68'inin (%85 Devlet Hastanesi, %15 Aile Hekimliği Birimi) programın içeriği hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Programdan haberdar olan kişilerin çoğunluğunu 25 yaş üstü (%64,2), evli (%54,3) ve lisans eğitim düzeyi (%48,1) oluştururken, programdan haberi olmayanların çoğunluğunu 25 yaş üstü (%55,3), evli (%55,3) ve lise eğitim düzeyindeki (%42,1) kişiler oluşturmaktadır.

Programın içeriğini bilenlere (68 kişi) sorulan sorular değerlendirildiğinde, %67,6'sı programı görsel ve işitsel yayınlardan duyduğunu belirtmiştir. Sonuçlar kurum bazında değerlendirildiğinde; %69,1'i (47 kişi) yöntem, standart ve denetimle ilgili mekanizmanın yeterli işlediğini bildirmenin yanı sıra, %73,5'i (50 kişi) iş yükünün arttığını, %63,2'si (43 kişi) rekabetin arttığını ve %47,1'i (32 kişi) ise çalışanların bu programa yeteri kadar önem vermediğini belirtmiştir. Çalışanlar bazında değerlendirildiğinde ise; %66,2'si bu programın

sağlık hizmeti sunumunda etkili olduğunu, %61,8'i daha iyiyi aramaya teşvik ettiğini, %63,2'si daha fazla sorgulamaya ve %60,3'ü ise kendisini uzlaşmacı bir çalışmaya yönlendirdiğini bildirmiştir. Bu programın, sağlık hizmeti çalışmalarını yeteri kadar desteklediğini %76,5'i belirtmiştir. Program sonucunda %36,8'i bilgi ve becerilerine önem verildiğini, %41,2'si bilgi, beceri ve motivasyonunun artmasına etkili olduğunu bildirmişken sadece %30,9'u mesleki saygınlığının arttığını belirtmiştir. Programın getirdiği hasta hakları sonucunda çalışanlara karşı art niyetinin arttığını 50 kişi (%73,5) belirtmiştir. Ayrıca program hakkında bilgisi olanlardan %63,2'si programın getirdiği yeniliklerin yetersiz olduğunu bildirmekle birlikte, %50'si çalışma koşullarının değişmediğini, %41,2'si ise kötüleştiğini bildirirken sadece %8,8'i (6 kişi) çalışma koşulunun iyileştiğini bildirmiştir. Ayrıca, AHB ile DH'de çalışanların programdan haberdar olma durumları karşılaştırıldığında aralarında bir benzerlik olduğu bulunmuştur ($P>0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak, programdan bilgisi olan kişilerden %50'den fazlası, programın kendisini geliştirmesi için fayda sağladığını belirtmiştir. Sağlık kurumlarında bulunan kadın sağlık çalışanı sayıları arasında önemli bir sayı farkı olmasına rağmen programdan haberdar olma durumları arasında bir fark gözlenmemiştir. Bu çalışmadaki verilerle birlikte Bitlis il merkezinde bulunan diğer sağlık kurumlarında (Ağız-Diş Sağlığı Merkezi, 112 Acil İstasyonu, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi vb) bulunan kadın çalışanlarla birlikte tüm sağlık kurumlarında bulunan erkek çalışanlarında eklenmesi ile birlikte yeniden değerlendirilmesinin gerekliliği düşünülmektedir.

Anahtar kelime: Bitlis, Kadın Çalışan, Sağlıkta Dönüşüm Programı

İKİNCİ SINIF TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

*Aslı DAVAS¹, Işıl ERGİN¹, Hür HASSOY², Raika DURUSOY²,
Meltem ÇİÇEKLİOĞLU³*

¹Öğr. Gör. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

²Uzm. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

³Doç. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Amaç: Bu araştırmanın amacı kadına yönelik şiddette sağlık çalışanlarının rolü dersini alan tıp fakültesi ikinci sınıf öğrencilerinin bu konu hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek ve toplumsal cinsiyet rolleri hakkında görüşlerini tanımlamaktır.

Gereç Yöntem: Ege ÜTF ikinci sınıfa 334 kişi kayıtlıdır. Kapsayıcılık %85,6'dır. 21 kişiye derse girmediği için, 27 kişi de anketi doldurmadığı için araştırmaya dahil edilmemiştir. Ankette kadına yönelik şiddet tanımlarıyla ilgili on soru, hekimin bu konudaki rolüyle ilgili 15 soru ve toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili 20 soru ve öğrencilerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Bilgi soruları 10 puan üzerinden, tutum ve sağlık çalışanlarının rolleriyle ilgili sorular üçlü likert ölçeğiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma grubunun %39,9'u kadındır. % 41,9'u fen lisesi, %36,5'i anadolu lisesi ve %10,8'i özel lise mezunudur. %45,1 Ege Bölgesi doğumludur. %42,8'inin annesinin eğitim düzeyi üniversite ve üzeri, %25,3'ünün ise ilköğretim ve altındadır. Öğrencilerin %15,2'si ailesinde şiddete tanık olduğunu belirtmiştir. Grubun bilgi puanı ortalaması 6,7±1,8(3-9)'dur. Kadınların, anne ve baba eğitimleri lise ve üzeri olanların, bilgi puanı daha yüksektir (p<0,001). "İstismara uğramış bir kadına sağlık personeli yardım edemez, çünkü kadın yine aynı ortama dönecek" önermesine %16,1; "Kadın istismarı çok özel bir konudur, soru sormak hastayı utandırabilir" önermesine %26,1; "Günümüzde her ne kadar kadın ve erkek eşit kabul edilse de tam bir eşitlik söz konusu olamaz" önermesine %44,7; "Toplumsal düzen açısından kadının erkek tarafından sahiplenilmesinde yarar vardır" önermesine %36,7; "Erkekler kadından daha güçlüdür" önermesine % 27,4 katılıyorum yanıtı vermiştir.

Sonuç: Grubun kadına yönelik şiddette ilgili bilgi puanı düşüktür. Bu konuda hekimin önünde önemli engeller olduğunu düşünmektedirler. Toplumsal cinsiyet rolleri ve şiddet konusunda sağlık çalışanlarının görevleriyle ilgili eğitime ihtiyaçları bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: kadına yönelik şiddet, tıp eğitimi, hekimin rolü

KADIN EMEĞİ SÖMÜRÜSÜ: BİR ÖRNEK OLAY

Aysun ÇELEBİOĞLU¹

¹Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Elemanı
aysun.celebioglu@ege.edu.tr

Giriş: Kadın emeği sömürüsü: kadınların, güvencesiz, kuralsız, düzensiz ve belirsiz ücretle insanlık dışı koşullarda çalışma, belirsiz çalışma saatleri, iş güvenliğinin olmaması, sağlık hizmeti almada sorunlar, kendini geliştirme ve eğitime ulaşmada engeller, sürekli iş değiştirme gerekliliği, asosyalleşme ve dayanışmadan yoksunluk, örgütsüzlük ve eşitsizlik yaratan informal çalışma şekilleri nedeniyle iş gücü piyasasında ücret, istihdama katılım ve esnek çalışma açısından erkeklere göre dezavantajlı bir durumda olmasıdır.

Amaç:Bu çalışmada bir örnek olayda kadın emek sömürüsünün sağlık alanında görülen çeşitli biçimlerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Örnek Olay: Bayan A. sağlık meslek lisesi mezunu bir hemşiredir. Henüz 18 yaşına basmadan mezun olmuş ve mecburi hizmet nedeniyle kura çekmiş, Kurada Kars'ın Sarıkamış İlçesini çekmiştir. Yeni mezun ve 18 yaşına yeni girmiş biri olarak göreve hemen nöbet tutarak başlamıştır. Tek başına 24 saatlik nöbetlerde çeşitli güçlüklerle karşılaşmıştır. Mecburi hizmetin sonunda isteğiyle İzmir'de bir hastaneye tayini çıkmıştır. Bu arada Bayan A. üniversiteyi kazanmış ve hem çalışıp, hem de okumak istediğini yönetime bildirmiştir. Ayda 14-15 nöbet tutarak eğitimini sürdürmeye çalışmıştır. Bu sırada 3-4 kliniğe birden bakarak ve her zaman farklı yerlerde nöbetler tutarak çalışmıştır. Bir nöbette 3 kata birden bakmakta iken en üst katta bir hepatik koma vakasının 5-10 dakikada bir ANTA takibini yapmakta idi. Bu sırada tedavi saatinde tedavilerini yaptığı 2 kat aşağıdaki bir serviste bir hastanın musluğu açık bırakması sonucu alt katları su basmıştır. Bu yüzden Bayan A'ya uyarı cezası verilmiştir. Yine bu nöbetler sırasında intaniye kliniğinde yatan hastalardan Hepatit A ve Hepatit B kapmış, hasta olduğunu ifade ettiğinde de idare tarafından bir şeyin yoktur diyerek sağlık hizmeti alması engellenmiştir. Bireyin eğitimini sürdürmek zorunda olması nedeniyle her türlü ağır görev ve zorluk çıkarılmıştır. Ayrıca da nöbet veya fazla mesai ücreti de alamamıştır. Daha sonra tayin istediğinde de personel yetersizliği gerekçe gösterilerek 2 yıl muaffakat verilmemiştir.

Daha sonra Bayan A.'nın bir üniversite hastanesine yatay geçişi onaylanmıştır. Orada da daha eğitimi bitmediği için nöbet tutmayı talep etmiştir. Yoğun bakımda nöbet tutmaya başlamıştır. Okulu bittikten sonra da 1 yıl hep gece nöbeti tutarak çalıştırılmıştır. Bu süre zarfında bireyin her türlü izin ve hastalık mazeretlerinde sorun çıkarılmıştır. Bayan A. yüksek lisans yapmaya karar vermiş ve tekrar nöbet tutarak çalışmaya başlamıştır. Yönetici selam vermedin diyerek aşağılamış ve çalışma yaşamında her türlü zorluğu çıkarmıştır. Bunun

üzerine Bayan A. hemşire olarak çalışmaktan vazgeçip, akademik yaşama geçmiştir.

Sonuç: Sağlık alanında kadın çalışanlar çalışma yaşamlarında erkekler olmasa bile hemcinsleri olan yöneticiler ve üstler tarafından çeşitli şekillerde sömürülmekte ve bu sömürüye karşı da haklarını arayamamaktadırlar.

TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI

Meryem METİNOĞLU¹, Songül YAN², Pelin DUYMAZ²

¹Öğretim elemanı, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

²Öğrenci, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

songul_yan@windowslive.com

Türkiye'de 1965 yılından başlatılıp sürdürülen aile planlaması çalışmaları günümüze kadar önemli gelişmeler göstermişlerdir. Aile Planlaması yöntemlerini etkili bir şekilde uygulayan ülkelerde aşırı doğurganlık ve buna bağlı olarak da riskli gebelik oranları düşüktü. Yapılan hesaplamalara göre, bu riskli gebelikler aile planlaması hizmetleriyle önlenmektedir .

Kadına yönelik modern aile planlaması yöntemleri; oral kontraseptifler, rahim içi araç (RİA), kadın kondomu, diyafram, servikal başlık, tübligasyon, geleneksel yöntemler ise; takvim yöntemi, vajinal lavaj ve emzirmedir .Türkiye'de gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili ve gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde, kadınların % 98.2'sinin herhangi bir yöntemi bildiği, modern yöntemler arasından % 94.9 ile RİA'nın en çok bilinen yöntem olduğu bilinmektedir. Oral kontraseptiflerden ise %94.4 oranında bilinmektedir. Geleneksel yöntemler içinde takvim yöntemi hakkında % 43.6 bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre Türkiye'de herhangi bir yöntem kullanımı 15-19 yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (%40), 30-34 yaş grubunda % 84'e kadar yükselmekte ve 45-49 yaş grubunda %59'a düşmektedir. RİA kullananların yüzdesinin en yüksek (%23) olduğu yaş grubu 35-39'dur .

Kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih ederken çeşitli faktörlerden etkilendikleri bilinen bir gerçektir. Yapılan bir çalışmada kadınların aile planlaması yöntemini tercih etme nedenleri arasında ilk sırada güvenilir olması (%25.7) yer almıştır. Bunun yanı sıra yöntemin yan etkisinin az olması (%11.8), ucuz olması (%6.4), kolay ulaşılabilir olması (%5.7) ve eşinin istiyor olması (%5.3) tercih nedenleri arasında yer almıştır.

Gebeliği önleyici yöntem kullanmayanların ne kadarının gelecekte bir yöntem kullanmayı planladıkları, aile planlamasına olan değişen talebin anahtar göstergesidir. TNSA-2008'de yöntem kullanmayan evli kadınlara, 12 ay içinde veya gelecekte bir yöntem kullanmayı planlayıp planlamadıkları sorulmuş, yöntem kullanmayan evli kadınların %47'si gelecekte yöntem kullanma eğiliminde olmadıkları tespit edilmiştir. Bununla birlikte Araştırmada yöntem kullanmayan evli kadınların yarısı gelecekte yöntem kullanma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir.

Aile planlaması yöntemlerine karşı yanlış kaygı ve önyargılardan dolayı kullanmayanlara yönelik ciddi çalışmalara gereksinim olduğu yadsınamaz. Ayrıca öğrenim düzeyi arttıkça modern yöntemi kullanma oranları da artmaktadır. Sorun sadece aile planlaması sorunu olmaktan çok, tümüyle bir sağlık ve eğitim sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

TÜRKİYE’DE KADININ İŞGÜCÜNE KATILIMININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER VE İSTİHDAMDAN ÇEKİLMESİNE NEDEN OLAN UNSURLAR

Denizcan KUTLU¹

¹Arş. Gör. Namık Kemal Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Bu (poster) bildiride, kadınların işgücüne (çalışanlar + işsizler) katılımının önündeki engeller ve çalışıyorsa istihdam çekilmesine neden olan unsurlar, piyasa ile ataerkil toplumsal yapının kesiştiğini kabul eden ve ileri süren bir perspektiften tartışılmaya çalışılacaktır. Engeller ve unsurların 15 başlık altında sıralanıp toplanacağı bildiride, yöntemsel olarak, kadın emeğine ilişkin literatür taramasına dayalı kavramsal bir tartışma yürütülmeye çalışılacaktır.

Türkiye’de kadın emeğini tartışmak, aynı zamanda ataerkil kapitalizmi ya da ataerkil-muhafazakâr değerler, toplumsal ilişkiler ve toplumsal cinsiyete dayalı işbölümü etrafında örgütlenmiş bir piyasayı dikkate almayı, hatta çözümlenmenin merkezine yerleştirmeyi beraberinde getirmelidir. Bu geleneksel ilişkiler, Türkiye’de kadının işgücüne katılımının önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Bununla birlikte çeşitli engelleri aşip, çeşitli nedenlerin sonucunda ücretli ya da ücretsiz emek olarak işgücü piyasasına girebilen kadının istihdamdaki ikincil konumu ise, toplumdaki ikincil pozisyonunu pekiştirmektedir. Türkiye’de kadın, genel bir eğilim olarak kendisine kadınlık rollerini yükleyen bir takım geleneksel ilişkilerin içerisinde yer almakta ve yok sayılan, değersizleştirilen aile içi görünmeyen emek konumundan, bağımsız bir ücretli emekçi kadın mertebesine yükselememektedir. Bu haliyle Türkiye’de kadın emeğinin durumunu, kalkınma ile bağlantılı endüstrileşme süreçlerinin kadın emeğini dışladığı “marjinalizasyon tezi” etrafında ele almak yanlış olmayacaktır. Anılan tez, üretim sürecine çoğunlukla erkeğin katıldığını, kültürel yapıların da belirlenimi altında kadının ev içerisindeki çocuk, yaşlı, hasta bakımı ve ev işleri gibi sorumluluklarının ise devam ettiğini ileri sürmektedir.

Bu bildirinin konusunu ise bu olgunun nedenleri oluşturmaktadır. Bildiride, Türkiye’de kadının işgücüne katılımının önündeki engeller ve istihdamdan çekilmesine neden olan unsurlar, en genel anlamda birbiriyle iç içe geçmiş iktisadi ve toplumsal ilişkiler şeklinde iki başlık altında toplayabileceğimiz nedenlerin sonucu olarak değerlendirilecektir. Bu çerçevede, Türkiye ekonomisinin yapısı ve yönelimleri, işgücü piyasasının yapısı, özel olarak kadınların üretim noktasındaki konumları, çalışma biçim ve koşulları, geleneksel ilişkiler, kültürel değer ve motifler, hane ve aile özellikleri, evlilik kurumu ve çocuk sahibi olma gibi olgular tekil olarak değil, bir bütünün parçaları olarak / parça-bütün ilişkisi içerisinde ele alınmaya çalışılacaktır.

ATAERKIL OTORİTER ANLAYIŞIN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE ETKİSİ

Zencir G, Zencir M***

**Pamukkale Ün. Denizli SHMYO*

***Pamukkale Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.*

Hemşirelik mesleği ataerkil, otoriter anlayışların etkisinde şekillenmiş, kadının özgür olmadığı ortamda hemşirelikte bu anlayışların etkisinde bağımlı bir gelişme sürdürmüştür.

Evdeki bakım rolünü (çocuk, hasta, yaşlı, koca) üstelenen kadın, hemşirelik mesleğinde de bu rolden kurtulamamıştır. Hemşirelik mesleği bakıma daraltan, profesyonelleşmeye yönelik her türlü hamlesinde ataerkil otoriter anlayışları karşında bulmuştur.

Modern hemşirelerin bağımsız rollerini oluşturan tıbbın bakım uygulamaları ile ilgilenen Nightingale hemşirelik için iyi bir karakterin yeterli olduğunu vurgulayarak yetiştirdiği hemşirelerden yumuşak başlı, şefkatli, itaatkar, sevecen bir dost olmalarını istemiştir. Evdeki ev kadını rolünü hastanelere taşımış, eşe itaat eden, çocuğuna sevgi ve şefkat gösteren kadınlar itaatlerini doktorlara, sevgi ve şefkatlerini ise hastalarına gösteren, hemşireliğin modern rollerinden uzak yine denileni yapan yeni rollerinin oyuncusu olmuşlardır Kadının evde, sosyal yaşamda ve iş ortamındaki konumu, hemşirelik mesleğinin gelişiminde de kendini göstermiş, adına bağımsız roller de denilse, bu roller bağımlı ve edilgen bir karakter taşımıştır..

Bu yaklaşımlarının bir eseri olarak hastane idarecileri de hemşirelere; hasta bakımının yanısıra kadın olmaktan kaynaklanan temizlik, toz alma, havalandırma gibi meslek ile ilgisiz ev içi sorumlulukları yüklemekten kaçınmamıştır.

Mesleğin imajı, hemşireliğin profesyonelleşmesini ciddi boyutta etkilemiştir. Hemşireliğe yakıştırılan imajlara bakıldığında; melek, yardımcı, bakıcı, hizmetçi, cadı, seksi, edepsiz şeklindedir. Bu yakıştırmaların hiçbirinde profesyonel bir mesleğe ait bir imaj yoktur. Her zaman medyaya cinsel bir obje olarak malzeme olan kadın, hemşirelik mesleği de benzer şekilde medyada cinsiyetçi bir yaklaşıma malzeme olmuştur. Kadına ve bakıma ihtiyacın olduğu (yaygın hastalık ve savaş) her dönemde siyasetin propaganda aracı olan meslek olumlu imaj ile yönlendirilmiş, ihtiyacın bittiği dönemlerde tekrar sadece kadın olma ile ilgili olumsuz imajına geri dönmektedir. Yapılan araştırmalarda hemşireliğin profesyonel bir meslek olarak kabul edilmesine rağmen hemşirelik ile ilgili imaj değerlendirmeleri her zaman olumsuz olmuştur. Bu çelişki toplumun hemşireliğe yaklaşımının cinsiyetçi (ataerkil otoriter) bakıştan kurtulamadığını göstermektedir.

Yine neredeyse tamamı kadınlardan oluşmasına rağmen çalışılan kurumlarda(alan veya eğitim) mesleğin yöneticileri çoğunlukla erkektir. Yine söylenmesi gereken önemli bir durumda az da olsa kurumlarda görev alan kadın yöneticilerin sergiledikleri ataerkil-otoriter tutum ve davranışlardır. Bu yönetsel konumlanma mesleğin gelişimindeki ataerkil-otoriter prangadan kurtulmayı zora sokmaktadır.

Çalışma yaşamında kendine profesyonel bir yer edinme çabasında olan hemşirelik sadece kadınlar tarafından yürütülmüş olmanın zorluklarını her durumda yaşamaktadır.

KADIN EMEK TARİHİ OLARAK HEMŞİRELİK TARİHİ: SAKLI KALANLAR

Zencir G, Zencir M**, Yavuz Karamanoğlu A***, Gök F***, Arslan S***,
Vural Kıray B**

**Pamukkale Ün. Denizli SHMYO*

***Pamukkale Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.*

****Pamukkale Ün. Denizli SYO*

Geleneksel hemşirelik tarihi anlatısı Nightingale ile başlar ve biter. Öncesi, toplumsal dinamikler ve sonrası her zaman daha hızlı geçen ya da saklanan film kareleridir. Bu çalışmada arka planda kalanlar paylaşılacaktır. Arka planda kalanlar aşağıdaki başlıklarda tartışılacaktır:

- Hemşirelik mesleğinin gelişim tarihi 150 yıllla sınırlanması, tarihin kesintiye uğratılması. Kesin (tam) bir yeninin oluşturulmasında hemşireliğin geçmişi ile araya mesafe konulması ve geçmişin sahiplenmemesi. Ayrılma süreci “ruptür retoriği”.
- Sürecin üretim ilişkilerinden koparılması, değişen toplumsal formasyonun etkilerinin minimize edilmesi, politik ve feminist hareketlerden bağımsız izole bir gelişim olarak ele alınması.
- Kapitalizmin şekillenmesi, kente göç, kadının çalışma zorunda kalması, kadının ev içinde sorumlu tutulduğu bakım rollerinin meslekleşme sürecine etkisi, aynı meslekleşme sürecinde kadının ev içindeki rolünün yansması.
- Hemşireliğin gelişiminde yurttaşlık söylemi, işçi hareketleri, feminizm ve sosyalizm gibi baskın eğilimlerin etkisi. “Diyalektik model” olarak tanımlanan profesyonelleşmeye karşı endüstrileşme tezi ile hemşireliğin gelişimin açıklanması.
- Hemşireliğin gelişiminde sekülerleşme.
- Hemşirelik mücadelesinin politik süreçten kopması, apolitikleşme.
- Sağlık hizmetlerindeki piyasalaşmanın getirdiği hemşire emeğinin değersizleştirilmesi.
- Hemşire sayısında azalmada, ataerkil otoriter anlayışın, sağlık hizmetlerindeki piyasalaşmanın etkisi.
- Nightingale’nin olumsuz mirası.

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İSTİHDAM ŞEKİLLERİ İLE İŞ VE GELİR GÜVENCESİ DURUMLARI: LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

Saise USTA, Esin ÇEBER*

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

**u.saise@gmail.com*

Koruyucu sağlık alanına yatırımları artırarak, sağlık hizmetlerinin piyasaya terk edilmesine yönelik uygulamalar 2002 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile kararlı biçimde hayata geçirilmiştir. SDP, sağlık hizmetlerindeki tüm örgütsel yapının, çalışma koşullarının ve istihdam biçimlerinin yasal değişikliklerle desteklenmiş ve kamusal sağlık hizmetlerinde kadroya dayalı güveneli istihdam biçimi, yerini giderek esnek istihdam biçimlerine bırakmıştır. Bu derleme, kadın sağlık çalışanlarının istihdam şekilleri ile iş ve gelir güvencesi durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin dönüşümü ile sağlık emekçileri için iş ve gelir güvencesiz, esnek istihdam modellerinin sık kullanıldığı, çalışma saatlerinin ücretlerin esnekleştirildiği, bireysel sözleşme türünün geçerli olduğu bir iş ortamı yaratılmıştır. Sağlık hizmetlerindeki dönüşüm, çeşitli yasal düzenlemeler eliyle farklı sözleşmeli statüler oluşturarak, hizmet alımı ve taşeronlaştırma uygulamalarını yaygınlaştırarak gerçekleştirilmiş ve böylece sağlık personelinin istihdamı, 657 sayılı Yasa'nın 4/A hükmüne göre memur, 4/B hükmüne göre sözleşmeli, 4924 sayılı yasaya göre sözleşmeli, aile hekimliği hizmet sözleşmesine bağlı sözleşmeli, hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilen işlerde geçici vekil ebe ve hemşire statülerinde olmak üzere parçalandırılmıştır.

Sağlık hizmetleri alanında güvencesiz statüdeki çeşitlilik ve personel sayısı artmıştır. 2010 yılı haziran ayı rakamlarına göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplam 335.000 personel çalışmaktadır. Bunların 50.000'i 4B'li, 3000'i Vekil, 15.000'i çakılı (4924) ve 2500'ü de 4C'li olarak istihdam edilmektedir. 2010 yılı nisan ayı rakamlarına göre hemşirelerin %28.8'i, ebelerin %24.1'i, sağlık memurlarının % 60.2'i 4B statüsünde çalışmaktadır. Ayrıca 2010 yılında 118 bin taşeron işçisine ulaşılmıştır.

AB bölgesindeki ülkelerde hastane sağlık çalışanlarının % 30 -60'ı bireysel sözleşmelerle çalışmaktadır. İngiltere'deki hemşirelerin %70'i sözleşmeli çalışıp, %38'inin sözleşme süresi bir yıllıktır. ABD sağlık sektöründe geçici çalışma % 6-20 arasında değişmektedir. Avusturalya'da ebelerin %27'si yarı zamanlı çalışmaktadır. Kanada'da sağlık sektöründe yarı zamanlı çalışma son 20 yılda tam zamanlı çalışmaya göre iki kat artmıştır. Sağlık sektöründeki kadınlarda yarı zamanlı çalışma % 38,4 iken, erkeklerde % 14.3'tür.

Sözleşmeli çalışma ile çalışanlar işsizlik korkusu, işsizlik kaygısı, iş güvencesizliği yaşamakta, işine son verileceği korkusuyla örgütlenmesi imkansızlaşmaktadır. Bir kamu hastanesinde 4B statüsünde çalışan hemşirelerin %45.4'ü iş güvencesizliği, % 51.7'si gelir güvencesizliği yaşadığı, özel hastanede çalışan hemşirelerin ise benzer düzeyde iş güvencesizliği ve gelir güvencesizliği yaşadığı belirlenmiştir.

ARKADAŞLARIMIN ÇOĞUNUN DA BAŞINA GELİYOR....OLAN ŞEYLER....

Yard. Doç. Dr. Yasemin ÖZGÜN¹, Dr. Müge YETENER²

Türkiye’de 1980 sonrası uygulanan neoliberal politikalar üretim sürecinde yaşanan dönüşüm kadar emeğin yeniden üretim sürecinde de önemli bir kırılmaya neden olmuştur. Güvencesizlik, yaşanan dönüşümün en önemli belirleyeni ve emekçi sınıflar açısından en dikkat çekici olgulardan biridir. Neoliberal politikaların kamu hizmetlerinin metalaşması/ticarileşmesi ile eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi alanlarda emeğin yeniden üretiminin tamamen metalaşması, kadınların toplumsal cinsiyet rolleri ile belirlenmiş yeniden üretim rollerini ön plana çıkarmıştır (Ergüder vd.). Bir başka deyişle kadın patriyarkal kapitalizmin kriz dönemlerinde emek stratejilerinin uygulanmasında önemli bir yere sahip olmuştur.

İnsan emeği, refah devleti dönemi olarak adlandırılan dönemin ardından yaşanan küresel kapitalizm döneminde “tam istihdam” yerini alan esnek çalışma modelleri ile önemli bir dönüşüm yaşamıştır. Bu dönüşüme eşlik eden işsizlik tehdidi, çalışmayı “somut insan faaliyeti” olarak ele alan ve ücretli emekte ifade bulan anlamının dışında ütöpik anlayışlarla anlamlandırma ve çalışmanın karşılığını manevi tatminle karşılayan bir kategori yaratma ihtiyacını açığa çıkartmıştır. Bu dönemde kadın emeğinin algılanışının nedenleri kadar sonuçları da önem taşımaktadır. Bu sonuçların önemli etkisi kadın emeği kategorisinde gözlemlenmektedir. İş, planlı, örgütlenmiş ve bilinçli bir faaliyet olarak erkek tarafından tanımlanan/ erkeğe özgü bir alandır. Çalışma ise gönüllü faaliyetlerle, yüz yüze ilişkilerle, minnet/ karşılıksızlık ile donanmış kadının emeğinin karşılığı olan eylemdir. Kadın/erkek arasındaki toplumsal cinsiyetçi bakış neoklasiklerin kadının ekonomik özne olmadığı çıkarımına ulaştıran temel ayrımdır. Ekonomik özne artı-değer üreten ücretli faaliyeti gerçekleştirendir (Mias, 1998: 10).

Sağlık hizmetini “emeğin yeniden üretimi” açısından el alırsak kadının genel olarak sağlık alanında yerine getirdiği işler kadının ev içinde görünmeyen emeği ile benzer nitelikler taşır. Kadın evde olduğu gibi toplumsal hiyerarşinin altlarında yer alan bakıma dair işleri üstlenir. Ek olarak sağlık sektörü, tabakalaşmanın ve hiyerarşinin yoğun olarak yaşandığı bir sektördür ve böylesi bir düzende kadınlar karar verici ve yöneten olmaktan çok kararları uygulayan ve yönetilen durumundadır (Urhan& Etiler, 2011: 201).

2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı neoliberal politikalar ekseninde sağlık alanındaki çalışma düzeninde, ücretlendirme biçimlerinde önemli değişimler yaratmıştır. Az sayıda kişi ile hizmetlerin yürütülmesi sonucu sağlık çalışanlarının iş yükünün artması yanında taşeronlaştırma, güvencesizleştirme ve performans dayalı ücretlendirme sistemleri, meslek has-

talıkları karşısında korunmasızlık sağlık çalışanlarını köleleştiren uygulamalar olarak yürürlüğe konmuştur. Aşağıda sunulan tanıklık² bu konularda daha fazla söz üretmenin gereksizleştiği bir noktaya vurgu yapıyor ve kadın yoğun sağlık sektöründe emeğin yeniden üretim sürecinin, güvencesizlik olgusuyla beraber daraltılan sosyal güvenlik mekanizmasında kadınların nasıl araçsallaştırıldığı- nın, aynı zamanda cinsiyetlendirilmiş bedenler olarak nasıl taciz vb. cinsel istismara açık hale geldiğinin somut ifadesini oluşturuyor.

“Otuz üç yaşındayım, annemle ve kardeşimle kalıyorum. Annem emekli hemşire. Bazı sıkıntılardan dolayı ben eve bakmak zorundayım.

Ankara İbn-i Sina Hastanesi Tıp Fakültesi’nde altı yıldır çalışıyorum. Orada santralden tutun kapıda danışma, katta sekreterlik, kan girişi, tahakkuk, rapor hemen hemen bütün birimleri gezdim.

Taşeron şirkette çalışıyorum.

Sigortalıyım.

Bir kere olmadı, bir kaç kere oldu. Hangisinin bana etki ettiğini bilmiyorum açıkçası. Bir ara gelen tüplerin kapağı gevşekti. Tüpü hastadan aldım, makineye yerleştirirken, ya makineden alırken tam olayı hatırlamıyorum. Elimde kapağı açıldı. Elim epeyce kan oldu. Yıkadım ama bu bir kaç kere oldu. Oradaki arkadaşlarımın çoğunun da başına geliyor. Olan şeyler.

Eldiven kullanmıyorum. Uzun süre acilde eldiven yoktu zaten. Benim eldiven gibi bir lüksüm olamazdı. Çünkü doktorların bile eldivenleri olmadığı zamanlar oluyor acil serviste.

Ne firma ne hastane bizi uyarmadı, bilmiyordum, hiç aklıma bile gelmedi açıkçası. Böyle bir hastalığın riskini bile bilmiyordum.

Sistem şöyle: Hastaneye gidiyorsunuz rapor bölümünde çalışırken diyorlar ki hemen seni hastabakıcılığa alıyoruz. Hastabakıcılıkta çalışırken bir gün sizi kapının önüne danışmaya alırlar. Sizin eğitiminiz, yaptığınız iş, önceden yaptığınız iş bilgileriniz hiçbir şey önemli değil. Sizi her gün, her an, her yere değiştirebilirler. O arada boşluk vardı beni oraya verdiler. Yapabilir misin, yapamaz mısın gibi sorular olmadı, açıkçası sorgulanmadı bile.

Bir gün karnım ağrıyordu. Arkadaşlar tahlilleri yazalım dediler. Hepsini işaretledi bilgisayar başındaki arkadaşlarım. O günü hiç unutmuyorum, sonuçlarını almaya gittim. Baktım hepatit pozitif. Çok garip bi şey yani ne olduğunu bilmediğim bir hastalık. Bu büyük bir cahillik onu da kabul ediyorum. Çalıştığım birime dönemedim. Bahçede dolaştım durdum.

Yaşadığım halsizlik dayanılır gibi değil. Dönem dönem çok artıyor. Ben bunun yüzünden arabanın altında kalıyordum. Durup dururken birden halim kesiliveriyor, bacaklarım bir garip oluyor. Duş alamıyorum mesela, sık sık çok halsiz oluyorum. Kuaföre gidip saçımı yıkıyorum. Sonuçta okul da var. İkisini beraber yürütmeye çalışıyorum. Derslere gidemiyorum, çok yorgun hissediyorum

² Görüşme kayıtları, deşifre sonrasında yok edilmiştir.

çünkü. Çalıştığım yerden çok memnun değildim. Değiştirmek istiyorum. Çalışmak istediğim yerlerden bazıları benden sağlık raporu istiyorlar. Hepatit gibi bir hastalığı asla kabul etmezler. Sonuçta bütün geleceğimi etkiledi.

Eğitimler sonra başladı. Benim bu durumumdan bir süre sonra bir kanun gelmiş. Tam orasını bilmiyorum. Yaşadığım bu olaydan 2 sene sonra insanlara aşı yaptırmaya başladılar. Ben hiç aşı yaptırmamıştım.

Bugün de eldiven olursa takılıyor. Ben şu an o birimde değilim ama hastanenin genelinde bazen malzeme sıkıntısı çok yaşanıyor. Temizlikle uğraşan arkadaşlarımız eldivenlere gözleri gibi bakıyorlar. Yırtık eldivenle çalıştıkları çok oluyor, aslında temizlikle uğraşan arkadaşlarımız çok risk altında.

Kadın olmaktan doğan engeller yaşadım. Altı aya yakındır kanama yaşıyorum. Doktora gidemedim, izin alamadım. Niye çünkü söylemek zorundayım hangi birime gideceğimi, çalıştığım birime haber vermek zorundayım. Onlar da muhabbetini yapıyorlar. Yani kadın doğuma mı gitti falan diye. Ben de onu kaldıramam. Onların sorularını, onların bakışlarını kaldıramadığımdan izin alamadım, almadım. Adam soruyor: "Nereye gidiyorsun, ne hastalığın var?"

Erkek personeller tarafından tacize uğrayan çok arkadaşlarım var. Ama söyleyemiyorlar. Çünkü taciz eden arkadaş otuz yıllık memur mesela, erkek, oysa sen şirkette çalışan bir kadınsın. Kesinlikle seni dikkate almazlar. Atarlar işten, o adam orada kalır ve sen işten atıldığınla kalırsın.

Kimi zaman da kadınlar tarafından aşağılanma oluyor. Sen şirkette çalışıyorsun. Senin normal memur olan arkadaşın lise mezunu hiç sorun değil, yani benim için sorun değil. Ama onlar için benim üniversiteyi bitirmiş olmam veya yüksek lisans yapmam çok büyük bir sorun. Senin hiç bir zaman idareyle muhatap olmaman için ellerinden gelen her şeyi yapıyorlar.

Doktor arkadaşlarımın çoğundan yana bir problemim yok. Ama problemler yaşanıyor, ben mümkün olduğu kadar uzak durmaya çalışıyorum. Ben de içlerine girsem ben de çok yaşarım. Hastalardan taciz gören doktor hanımları gördüm. Bir dosya götürmüştüm. Hastanın biri bir doktor arkadaşımızın yanına oturmuş, gitmek bilmiyor, saçma sapan sorular soruyor. Kızcağz kapıya yürüdü, çıkın gibilerinden kapıyı açtı. Hasta hiç oralı bile değil. Orada ben olmasaydım kesinlikle taciz yaşanırdı. Herhangi bir güvenlikleri yok, kapıyı kapatıyorlar muayene etmek için. Her türlü insan geliyor. Kendilerini korumaları çok zor. Zaten hepsi gencecik asistanlar.

Geçen yine bir asistan arkadaşımız adet sancısı çekiyor, günde seksen hastaya bakmak zorunda. Tuvalete gidemiyor, nerdeyse üstü başı battı, kapının önünde hasta kalabalığı çıkmasına müsaade etmiyor. Çıktığı takdirde doktor yerinde yok diye yönetime şikâyetle bulunuyorlar. Her gün bir tanesi bana bakmadı falan diye şikâyetle bulunuyor. Ceza yiyorlar durmadan. O kadar çok böyle olaylar yaşıyoruz ki.

Ben halen kontrollere gidiyorum. Tatillerim sınırlı olduğu için parça alacaklardı alamadılar. Çok halsizliğim oluyor gün içinde. Şu an iyiysem beş dakika sonra nasıl olur belli olmuyor. Böyle aşırı bir halsizlik yaşıyorum. Bekliyorum yani.

Karaciğer testlerim normale inmedi, özel bir diyet yapmıyorum. Koruyucu bir ilaç takviyesi de almıyorum.

Sabah sekiz, akşam beş çalışıyorum. Şu anda çalıştığım yerde de sürekli ayak-tayım. Hastaların taburculuk işleriyle uğraşıyorum, aşağı in, yukarı çık böyle durmadan koşturuyorum.

Taşeron şirketin haberi var ama onlar için önemli değil ki. Geçmiş olsun deyip geçerler. Bir arkadaşımız kanserdi. Geçen sene falan ben tanımıyorum. Kemo-terapi aldığı için, izin almak zorunda kaldığı için işten çıkarıyorlar, onlar için sorun değil ki. Çalışmasın olur biter.

Başıma geldikten sonra, bu tip yayınları okuduğumuzda hepatitin bir meslek hastalığı olarak kabul edildiğini gördüm. Hepatit, bel fıtığı, bir kaç tane daha var; bunların hepsi meslek hastalığı ama işte dediğiniz gibi baştan aşı olmak gerekiyordu. Bir takım şeyleri söylemeleri lazım ama.. Sadece orada şey var, nasıl para kazanabilirim, günü nasıl kurtarabilirim? Kesinlikle iş ticari, yani or-da çalışan elemanın hiç bir önemi yok, o eleman yoksa bir başkası gelir. Hasta olmuş önemli değil. Ben çok zor günler yaşadım, rapor alamadım, almadım. Çünkü biliyorum iki gün sonra yedi tane laf söyleyecekler. Bunu psikolojim kaldırmaz.

Üç güne kadar raporlarda ücret kesilmiyor, ondan sonra SSK'dan gidip almak zorundaymışsın. Ben hiç o kadar rapor almadım; ama bazen gerçekten ihtiyaç duyuyorum ama korkudan alamıyorum, çok şey işitirim, üstüme çok gelirler diye.

Bir kaç arkadaşım ile konuştum. Onlar bana hukuksal yola başvurmamı önerdi-ler. Ama ispatta sıkıntı çekerim diye düşündüm. Yani orada çalıştığım zaman-larda aldığın bir mikrop mu diyecekler, yoksa dışçıden mi aldın, yoksa biriyle beraber mi oldun aldın? Birçok yerden kapabileceğin bir mikrop olacağı için.

Aslında tüplerdeki kanların böyle çalışanların ellerine dökülmesi, bu çok arka-daşın başına gelmiştir.

Ya bundan sonra benim başıma böyle bir şey gelse tutanak filan uğraşırım tabii ki. Ama öyle hastalıklar anında tespit edilmiyor. Altı ay sonra falan mikrop kendini gösteriyormuş. Aslında ben nasıl yapabilirim? Tüp patladı veya kan döküldü diye.. O da o kadar zor bir iş ki. Orada o tutanağı tutturmak, Yani la-net olsun dersin, tutturamazlar zaten sana o tutanağı. Öyle bi şansınız yok. Sa-dece işe gelmediğiniz zaman, geç geldiğiniz zaman tutanak tutuluyor.

Yani aslında hayati risk altında çalışıyoruz, hiçbir hukuksal dayanağımız yok. Bilgilendirme yeni yeni başladı. Benim başıma gelmeden önce yoktu, yeni yeni duyuyorum ben. Eğitimler yapılıyor. Bu iki-üç senedir yapılmaya başlanmış. Her hafta gidiyoruz, işte hastalıklar şunlar bunlar anlatılıyor. Koruyucu önlemler hala yok. O domuz gribi salgınında göğüste çalışan arkadaşlarımızın çoğunun maskesi falan yoktu. Maske yok. Çocukta çalışanların da yok. Acil serviste, çok iyi hatırlıyorum ben doktorlar hastayı aspire yapacaklar. Döne döne eldiven arıyorlar. Lavman yapacaklar eldiven arıyorlar. Yok yani. Bazen de çok kalitesiz geliyor. Bir defasında bomba patlamıştı Ulus'ta. O zaman acildeydin ben. Ge-

len hastalardan bir tanesi AIDS hastasıymış ve orada öğrendi hasta olduğunu. Onun tüpü de patlayabilirdi.

Sendikalı değilim. Sendikalı arkadaşlarım var ama onların hepsi doktor, hemşire falan. Onların sendikasıyla bizim bağlı olduğumuz sendika aynı mı tam onu bilmiyorum.

Bir de işten atıldığım takdirde benim iş bulma sıkıntım var, bir günümün bile boş geçmemesi lazım; çünkü eve destek oluyorum. O yüzden de biraz ürküyorum açıkçası. O sıkıntı çok fazla, istediğim gibi bir iş arıyorum ama işte bu durumda büyük sıkıntı.”

KAYNAKÇA

1. Mias, Maria (1998). “Gender, Technology And Development”, **Globalization Of The Economy And Women's Work In A Sustainable Society**.
2. Urhan, Betül& Nilay Etiler (2011). “Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi”, *Çalışma ve Toplum*, 2011/2.
3. Ergüder, Özgün ve Biçer (2009). “Sosyal Refah Devleti Mitinden Sadaka Ekonomisi Söylemine: Türkiye’de Kadına Yönelik Sosyal Politikaların Dönüşümü” 2009 Karaburun Bilim Kongresi’nde sunulan bildiri.