

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KADIN*

Nur Bekata Mardin

Bu yazı, sağlık sektöründe kadınlara yönelik tutum, davranış ve cinsiyete dayalı ayrımcılığı incelemek amacıyla 12995'te İstanbul'da yapmış olduğumuz niteliksel araştırmanın bir özetidir. 2000 yılında T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü tarafından "Sağlık Sektöründe Kadın" *adıyla basılmış olan bu araştırmaya sektörde çalışanların olumlu tepkileri, araştırmanın niteliksel özelliği ve aradan geçen zamana rağmen bulgu ve saptamaların halen geçerliliğini koruduğunu göstermektedir.

Dünyada ve Türkiye'de sağlık alanında çalışan kadın, yönetici kadın, işyerinde cinsel taciz ile ilgili bazı araştırmalardan kısa bilgiler verildikten sonra Türkiye'de sağlık sektörü ve bu sektörde çalışan kadınlar hakkındaki araştırma bulguları ve durumun iyileşmesine yönelik öneriler anlatılacaktır.

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde kadınların işgücüne katılımı arttıkça cinsiyet ayrımcılığının önemi de artmıştır (England ve Mc Eneary, 1987). Cinsiyet ayrımcılığının göstergelerinden biri, işlerin "kadın işi" ve "erkek işi" olarak ayrılmasıdır (Norwood, 1982). Bu konunun kökenini irdeleyen Ferber ve Lowey'in 157 ülkede yaptığı araştırma, kadınların yoğun olarak çalıştığı iş kollarının ülkeden ülkeye farklılaştığını, ancak buna cinsiyetin değil, yönetim rejimi, kültür, din gibi faktörlerin sebep olduğunu göstermiştir. Oysa ülkeler arası ortak olan, kadınların çalıştığı iş kollarında kazançların düşük olmasıdır.

Örneğin; eski Sovyetler Birliği'nde doktorların %75'i kadın iken aynı dönemlerde Amerika'da doktorların sadece %7'si kadındı (Ferber ve diğer, 1977) 2000'lerde Amerika'da tıp fakültelerindeki kız öğrencilerin oranı %20'lerin üstüne çıkmıştır. Bu değişikliğe Clinton döneminde sağlık hizmetlerinin sosyalleşeceği; dolayısıyla, doktorların kazançlarının düşeceği beklentisinin sebep olduğunu düşünenler vardır. Kadınlar ev dışında iş sahibi olduklarında bile erkeklerin ev işlerine yardımları göstermelik kalmaktadır. Kadın, ev, çocuk, çalışma yaşamı arasında sıkışmakta ve bu durum kadınların kariyerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, yönetim ve karar verme pozisyonlarından uzak tutulmaktadır (Osborne, 1991).

Türkiye'deki duruma baktığımızda, Medeni Kanun'a göre Türk kadınına birçok hak verilmiş olsa da hala bazı hukuki ayrımcılıklar bulunduğu gibi gerçek hayattaki uygulama, kanunlardan daha az eşitlikçidir. 1980 Türkiye'sinde erkeklerin %78'si çalışırken kadın nüfusun %43'ü çalışmaktadır. Çalışanlar arasında kadın ve erkek sayısının birbirine yaklaştığı nadir sektörler; tekstil, öğretmenlik ve tıp ile ilgili mesleklerdir (DİE, Türk İstatistik Yıllığı 1993). Tarım dışı üretim sektöründe ise kadının katılımı çok düşük orandadır (Özar, 1994). Bunun en önemli nedeni kadınların düşük eğitim düzeyidir. Çünkü yüksek ücretli işlerde çalışmak için eğitim gerekmektedir. Oysa üniversite eğitimi alabilmiş kadınların %75'i çalışmaktadır. (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Status & Problems, 1990).

1990 nüfus sayımına göre 12 yaş üstündeki nüfusun 20.55 milyonu erkeğe, 20.23 milyonu kadına, yani birbirine eşitken iktisaden faal olan 24.7 milyonunu 16 milyonu erkek, sadece 8.7 milyonu kadındır.

Erkek ve kız çocuklarda ilköğretim mezunu oranı %60 civarı ve birbirine yakın iken üniversite mezunu oranları 18 yaş üstü erkeklerde %4.6, kadınlarda ise bunun neredeyse yarısı, %2.6'dır (1990 GNS, DİE, 1993).

Görüldüğü gibi cinsiyete dayalı ayrımcılık, anne baba tarafından çocuğun farklı yetiştiriliş tarzı ile aile içinde başlamaktadır. Kültürel değerlerle kız ve erkek çocuklar farklı yönlendirilmekte; eğitimlerine verilen önem de farklı olmaktadır. İş hayatında ise bekar kadınların evli kadınlara

* Bekata Mardin, N., Tulun, A.M. ve diğerleri. 2000. Sağlık Sektöründe Kadın, T.C. Başbakanlık KSSGM Yayını.

tercihi iş tanımlarını değiştirerek; ücret ayrımcılığı, hamile kalınca işten çıkarma gibi uygulamalar olabilmektedir (Ecevit, 1993). Yasalarda ücret ve maaşlarda cinsiyet ayrımcılığı yapılmayacağı belirtilmesine rağmen sigortalı kadınların ücretleri erkeklerinkinden %15 daha düşüktür. Sanayi sektöründe ise bu fark %30'lara çıkmaktadır (Ekonomi Forumu, 1990).

Her ne kadar günümüzde yönetici konumuna gelebilen kadınlar eskiye göre artmış ve Amerika'da 1980'lerde yöneticilerin %22'si kadın ise de cinsiyetle bağdaştırılan kalıplaşmış bazı önyargılar yönetici konumunda kadın rol modellerinin oluşumunu önlemekte ve kadınların bu roller için uygun olabileceği düşüncesini de frenlemektedir. Örneğin; kadının daha duygusal, pasif, erkeğin ise rasyonel ve hırslı olduğu, erkeğin kadından emir almaması gerektiği gibi bazı varsayımlar vardır (İzraeli ve diğer, 1985).

Türkiye'de ise yönetici konumuna gelebilmiş kadın sayısı erkeğe kıyasla oldukça düşüktür. 12 yaş üstü iktisaden faal kadın nüfusun binde 22'si yönetici konumundayken erkeklerin binde 14'ü yöneticidir (1990 GNS, DİA 1993). Türkiye'deki kadın yöneticilerin genelde üniversite mezunu ve en az 10 yıl gibi iş tecrübeli olduğu gözlenmiştir (Tabak, 1989). Tekstil, bankacılık, tıp, eğitim gibi kadın yoğun sektörlerde bile en üst yönetim düzeyindeki kadın oranları %3'ün üstüne çıkmamaktadır (Tabak, 1989; Kabasakal ve Diğer, 1994, Hiç, 1995).

Kadın yöneticiler kendilerini ispat etme kaygısı ile çok çalışmakta ve ailelerine fazla vakit ayıramamaktan şikayet etmektedirler (Çabuk ve Yalçın, 1995). Yönetici konumundaki kadınların çoğu ya evlenmemiş ya da evli ve asgari sayıda çocuklu veya boşanmış ve ekonomik gereksinimlerinde güdülemesi ile başarıyı hedeflemiş kişilerdir. Çok azı eşitlikçi ve kendisine destek veren bir eşe sahip olup aile ve işini uyumlu bir düzende yürütebilmiştir. Ancak, Çabuk ve Yalçın'ın bulguları kadın cinsiyetine atfedilen özelliklerin yönetici kapasitesine olumlu katkıları olduğu yönündedir.

Dünyada sağlık sektörü kadın yoğun bir meslek olmakla birlikte daha kazançlı olan doktorluk daha çok erkeklerin, daha düşük maaşlı hemşirelik ise daha çok kadınların çalıştığı alanlardır. İngiltere'de 1990'larda sağlık hizmetlerinde çalışanların %75'i kadın iken doktorların sadece %23'ü kadındır (Helmen, 1990).

Birçok ülkede kadın doktor oranlarına bakıldığında ABD, İngiltere, Japonya, İsviçre, Fransa gibi ülkelerde bu oran %10 civarı; Almanya, Polonya'da %30'lardadır (Ferber ve Lowey, 1977). Günümüz Türkiye'sinde çalışan kadın doktor oranı %26'dır (Ortaylı, 1996).

Tıpta uzmanlık konusuna bakınca yine kadın erkek arasında farklılık gözlenmektedir. Örneğin 1986'da İngiltere'de kadın uzman doktorların çeşitli uzmanlık alanlarındaki dağılımı şu şekildedir:

%37'si çocuk psikiyatrisi, %19'u anestezi, %17'si genel psikiyatri, %7'si kardiyoloji, %0.06'sı genel cerrahi. Bu arada, halk sağlığı için çalışan doktorların %60'ı kadın olduğu halde bölge yöneticilerinin sadece %26'sı kadındır. Görüldüğü gibi doktor olan kadınlar için cinsiyet ayrımcılığı, uzmanlık alanı, statü ve maaş açısından devam etmekte ve rekabet, zorluk ve gelir açısından daha üst seviyedeki alanlarda kadınlara pek fazla rastlanmamaktadır (firth-Cozens, 1991). Her ne kadar uzmanlık alanlarındaki kadın oranları giderek artsa da kazancı yüksek olan alanlarda halen eşitlenmemiştir.

Amerika'da kadın doktorların çok az bir yüzdesi dekanlık, profesörlük gibi pozisyonlarda bulunmaktadır (Stephen, 19879. Bunun başlıca nedenlerinden biri bir konuda uzmanlık eğitiminin 10-12 yıl haftada 85 saat civarında bir çalışmayı gerektirmesi ve bu dönemde evlenip çocuk sahibi olan kadınların özel hayatları, evlilik, çocuk ve kariyerleri arasında bölünmelerinin ortaya çıkardığı stres, ikinci bir sebep ise az görülmekle beraber iş yerinde cinsel taciz olmaktadır. Kariyerinde ilerleyebilen kadınlar daha çok evlenmemiş veya boşanmış, hayatını işine adanmış kadınlar arasından çıkmaktadır (Firth-Cozens, 1991; Bourne, 1978).

Türkiye'de 1990 genel Nüfus Sayımına göre tıp ile ilgili mesleklerde çalışan 227.799 kişinin 109.570'i erkeke, 118.229'u kadındır. Görüldüğü gibi bu sektörde çalışan kadın erkek oranları birbirine çok yakındır, ancak en düşük oran doktorlar arasında görülmektedir. 1996'da doktorların %26'sı, tıp öğrencilerinin de %27'si kadındır (Ortaylı ve Diğer, 1996). Hemşirelerin ise büyük çoğunluğu kadındır. Kadınların hemşireliği seçme nedenlerinin başında iş bulma kolaylığı ve hemşireliğin kadın mesleği olarak görülmesi sayılabilir (Şanlı, 1988). Meslek Lisesi, Ön Lisans, Lisans, Yüksek Lisans gibi çok değişik eğitim kademelerinden gelen hemşirelerin bilgi ve iş sorumluluğu yeterince farklılaşmadığı için sağlık ekibi arasında meslek tatmini en düşük grup hemşirelerdir (Akbağ, 1995). Bu yüzden hemşirelerin %47'si evlenme ve çocuk nedeniyle işten ayrılmakta ve vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin %78'i mesleğinden ayrılmak istediğini belirtmektedir (Akkaş, 1994). Hamilelik sırasında düşük yapan hemşire oranı da çoktur. Kadın doktorlar arasında da hamilelik ve süt izni kullananlar çok azdır (Ortaylı, 1996).

Türkiye'de 1980 sonrası üniversitedeki maaşların değeri düşüp erkekler dışarıda iş hayatını tercih edince kadın öğretim üyeleri artmış ve kadınlar üniversitelerdeki yönetici konumlara gelebilmişlerse de bu durum tıp fakültelerine pek yansımamıştır. Tıp fakültelerinde akademik kadın personel Türkiye genelinde %28'lerdedir. Sadece İstanbul, Ankara ve İzmir'de bu oran %33.6'ya çıkmakta, diğer illerde ise %20'lerde kalmaktadır (Çakinel, 1995).

Sağlık sektöründeki çalışma koşulları ve kadın ilişkin önyargılar düşünüldüğünde bu sektörde kadınların yönetici konuma gelebilmelerinin zorluğu açıktır.

Cinsel tacizin tanımı çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Cinselliği çağrıştıran ağız şakalarından, el şakalarına, pornografik nitelikli fotoğraflara, şantaja ve tecavüze kadar herşeyi içine almaktadır. Kadınların ve erkeklerin cinsel tacizi farklı tanımladıkları, kavramın ülkeden ülkeye, kültürden kültüre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Buna bağlı olarak davranışlar değişik şekilde yorumlanmaktadır (Gutok, 1989).

Gutok, genelde kadınlarının cinselliğinin erkeklere kıyasla daha fazla algılandığını, dolayısıyla "cinsel obje" olarak düşünüldüklerinden daha fazla tacize maruz kalabileceklerini belirtmektedir. Ayrıca, tacize maruz kalan kadının tacize neden olarak işyeri koşulları yerine taciz edeni veya kendini suçladığı gözlenmektedir. Tacize maruz kalan kişilerin genellikle taciz edene herhangi bir karşılık veremediği, çünkü zayıf konumda oldukları da bulgular arasındadır. Şikayetçi konumda olan kadın işten atılma riskiyle karşı karşıya kalabilmektedir.

Stockdale (1991), işyerinde taciz konusunda yapılmış araştırmaları yorumlayan makalesinde cinsel tacizin nedenlerini irdelenmiştir. Buna göre, tacizi yapan karşındakine ya gücünü ya statüsünü kanıtlamaya çalışmakta ya da cinsel isteklerini dışı vurmaktadır. Yirmi üç ülkeden gelen raporlar incelendiğinde kadınların daha sık olarak cinsel tacize uğradığı görülmektedir. Genellikle işte terfi söz konusu olduğunda erkekler tarafından kadına cinsel ilişki teklif edilmektedir. Buna karşılık, zor durumda kalan kadınların işe devamsızlığı veya işten istifaları gözlemlenmektedir (Yüksel, 1995).

Cinsel taciz 1964 İnsan Hakları Yasası'nın yedinci bölümünde yasaklanmıştır. ABD'de, diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında cinsel taciz olaylarına karşı biraz daha duyarlı davranıldığı ve önlemler alındığı görülmektedir. Avrupa'da ise bu soruna karşı yeni tavır alınmaya başlanmıştır. Avrupa Topluluğu'na üye ülkelerin yasalarının cinsel taciz sorunuyla başa çıkmak için uygun olmadığı vurgulanmaktadır. Almanya'da bir kuruluşta gerçekleştirilen bir araştırmada her üç kadından birinin işyerinde cinsel tacize uğradığı ve tacizde bulunanların %66'sının iş arkadaşları, %30'unun ise yöneticiler olduğu belirlenmiştir (Tipi, 1993).

Kopenhag'taki Dünya Sosyal Kalkınma Zirvesi'nde, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Raporu'na göre yeryüzünde er iki evli kadından birinin şiddete maruz kaldığı, her üç kadından birinin çocukluk ya da gençlik döneminde çeşitli cinsel tacizlere uğradığı, her 2000 kadından birine tecavüz edilmiş olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 1995).

Di Tomaso, MacKinnon'a atıfta bulunarak, bir erkeğe olan ekonomik bağımlılığın kadının hem evdeki hem de dışarıdaki özerkliğinin gözardı edilmesine sebep olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, yine bu doğrultuda MacKinnon ekonomik risk altında olan kadınların, güvenli ve yüksek ücretli işlerde çalışanlara göre cinsel tacize maruz kalmaya daha yakın olduklarını belirtmiştir (Dí Tomaso, 1989).

Türkiye'de, iş alanında cinsel taciz konusunda yapılmış kapsamlı araştırmaların bulunmadığı görülmektedir. Toplumun genel ahlak anlayışı göz önüne alındığında, kadının böyle bir konuda konuşmasının veya şikayet etmekten çekinmesinin kendisinin suçlanabileceği düşüncesinden kaynaklanabileceği sanılmaktadır. Çabuk ve Yalçın'ın (1995) adana yöresindeki yönetici kadınlar ile yaptığı araştırmada araştırmaya katılan kadınların cinsel tacizle hemen hemen hiç karşılaşmadıklarını belirtmeleri ilginç bir bulgudur.

Cinsel taciz konusunda yapılan araştırmalar yok denecek kadar azdır. Bu konuda elde edilen veriler ancak medyada çıkan haberlerden derlenebilmiştir. Olayların ortaya çıkışı iki şekilde olmaktadır. Birincisinde, birçok kişi aynı kurum içinde uzun süre tacize maruz kalmakta, ancak aralarından cesur birisi ortaya çıkıp konuştuğunda diğerleri de başlarından geçeni açıklamaktadır. İkincisinde ise olay, tacize maruz kalan kişinin yaşamını etkileyecek ve duyan kişileri şok edecek boyutlarda olduğu zaman bir anda patlak verip meydana çıkmaktadır.

Ankara'daki hastanelerin birinde yaşanan olay birinci türe örnektir: Kurumda çalışan kadınların şikayeti üzerine Psikiyatri Kliniği Şefi hakkında cinsel taciz nedeni ile bir soruşturma açılmıştır. Bir kadın dergisi olan Pazartesi Gazetesi'nin konuya ilişkin haberinde aynı doktor hakkında daha önceki senelerde de cinsel taciz şikayetlerinde bulunulduğu, ancak eski başhekimin bu şikayetlerin hiçbirini ciddiye almadığı; dilekçelerin yeni kadın başhekim tarafından ciddiye alındığı belirtilmektedir. Cinsel tacize uğrayanların hemşirelerin yanı sıra bir psikolog ve bir doktor olduğu da haberde bildirilmiştir (Pazartesi, 3.6.1995).

Bir başka basın haberinde ise kendisine cinsel tacizde bulunan müdürünü üst yönetime şikayet eden bir telefon operatörünün işten çıkarıldığı, sorundan haberdar olan çalışma arkadaşlarından bir kısmının ise telefon operatörüne müdürle başa çıkamayacağı gerekçesi ile sesini çıkarmamasını veya istifa etmesini önerdiklerini belirtmektedir (Aydın, 1996).

Bu tür haberlerin ortak yanı, işyerinde üstlerinden cinsel tacize maruz kalan kadınların, aynı işyerinde üst yönetime şikayette bulunduklarında korunacakları yerde, kendilerinin mağdur olmasıdır. "Kol kırılır, yen içinde kalır." Felsefesi ile hareket eden yönetim, hele tacizi yapan yönetici ise taciz edileni koruyacağı yerde, cezalandırma yoluna gitmektedir.

Türkiye'de topluma bu konuda duyarlılık kazandırabilmek için tacize uğrayanın şikayette bulunabileceği özerk bir kuruluş gerekli görülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerini devlet ve özel kurumlar sağlamaktadır. Yatak kapasitesinin büyük bir bölümü ise, üç ana koldan gelmektedir. Sağlık Bakanlığı %51, SSK %17, üniversiteler %13. Kapasitenin geri kalanını Milli Savunma Bakanlığı (%1), özel sektör (%5) ve diğer kuruluşlar tamamlamaktadır.

Yataklı kurumların ülke geneline dağılımında dengesizliğin yanı sıra, mevcut yatak kapasitesinin kullanımıyla da ilgili ciddi sorunlar olduğu ve yatak kullanım oranlarının %100 olmadığı görülmektedir. 1994 yılında MSB'na ait yataklar dışındaki 134.665 yatağın fiilen kullanıldığını 116.298'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1995).

İstanbul'daki devlet, özel, ve üniversite hastanelerinde, medikal ve medikal olmayan alanlarda çalışan ve yönetici konumunda olan kadınlar ve erkeklerle yapılan ve sağlık sektöründe kadınlara yönelik tutum ve davranışlar ile cinsiyete dayalı ayrımcılık konusunu irdeleyen derinlemesine görüşmeler ve grup tartışmalarına dayanan araştırma sonucu, bu

sektörde özel ve kamu hastanelerinde ayrımcılığın yaşandığı ve cinsiyete dayalı ayrımcılığın da karşılaşılan çeşitli ayrımcılık türlerinden biri olduğu bulunmuştur.

Bulguların beklentilerle bağlantısı ve yorumları aşağıda açıklanmıştır:

Araştırmanın birinci beklentisinin ilk kısmı olan “medikal alanda çalışanlar, medikal olmayan alanlarda çalışanlara kıyasla, meslek ve işyeri seçiminde daha bilinçli davranırlar” varsayımı tamamen; “işe giriş sürecinde” daha bilinçli seçim yaptıklarını varsayan ikinci kısmı ise kısmen desteklenmiştir.

Medikal alanda, özellikle doktor ve hemşirelerin mesleklerini bilerek ve isteyerek seçtikleri belirlenmiştir. Doktorların meslek alanı olarak tıbbi seçmesinde bu alanının prestijli olmasının, ekonomik olarak avantajlı olmasının (hem kazanç hem de iş bulma açısından) ve insani yönünün etken olduğu gözlenmiştir.

Hemşirelerin seçimlerinde mesleğin insani yönünün yanısıra kısa sürede bir meslek sahibi olarak iş bulabilme ve para kazanmaya başlayabilme imkanının etken olduğu ve ailelerin de etkisi bulunduğu saptanmıştır. Özellikle sağlık meslek lisesi hemşire ve laborantlar için bu olgu daha da geçerlidir. Çünkü maddi olanakları kısıtlı olan kırsal kökenli genç kızlar için parasız yatılı meslek liseleri çok önemli bir imkandır.

Kamu ve özel sektörde işe giriş farklılaşmaktadır:

Devlet hastanelerinde çalışanlar tayinle veya bir tanıdık aracılığı ile işe başlamışlardır. Az sayıda katılımcının ise sınavla işe girdikleri saptanmıştır.

Özel sektörde çalışanlar için sınav ve mülakata dayalı bir seçimin daha ağır bastığı, ayrıca, yetenek, önceki başarılar ve tecrübenin de seçimlerde oldukça etken olduğu vurgulanmıştır. Sınav dışında, özellikle kadın yoğun olan hemşirelik, danışma, hakla ilişkiler ve sekreterlik konumları için adayın fiziki görünümünün göz önüne alındığı belirlenmiştir.

Özel hastanelerde çalışan doktorlar arasında, başarılı çalışmalarından dolayı teklifle veya tanıdıklarının daveti üzerine işe başlayanlara sıkça rastlanmıştır.

Araştırmanın ikinci beklentisi olan “medikal alanda çalışanların mesleki tatmini medikal olmayan alandakilere kıyasla daha yüksektir” varsayımı yalnızca kısmen desteklenmiştir. Mesleki tatmin ile ilgili bulgular, medikal alanda çalışanların mesleğe idealist amaçlarla başladıkları, ancak karşılaştıkları çeşitli problemler nedeni ile çoğu kez hayal kırıklığına uğradıklarını göstermektedir. Tüm medikal personel, tıbbi teknoloji ve olanakların yetersizliği nedeni ile ideallerini gerçekleştiremediklerinden yakınmaktadır. Hekimlerin yaşadıkları sorunlar kamu ve özel sektörde farklılık göstermektedir.

Devlet ve üniversite hastanelerinde,

- Tıbbi olanakların çok yetersiz olduğu,
- Hasta sayısının yüksekliği nedeni ile çalışma temposunun yoğun olduğu,
- Alınan maaşın tatminkar olmadığı,
- Akademik kariyer veya yükselmeler sırasında kayırma ve torpillerin yapıldığı
- Bazı uzmanlık alanlarında kadınların yükselmesine olanak tanınmadığı vurgulanmıştır.

Özel hastanelerde çalışan doktorlar ise, bu kurumlardaki tıbbi teknoloji ve olanakların her ne kadar ideal olmasa da kamu kurumlarından biraz daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma temposu özel hastanede de yoğun olmakla beraber gelirlerin daha tatminkar olduğu gözlenmiştir. Genel olarak yükselip yönetici konumuna gelmiş kadın ve erkek doktorların şahsi olarak mesleki tatmine kısmen ulaştıkları gözlenmiştir. Hemşireler ise mesleklerini manevi açıdan çok tatminkar buldukları halde hemşireliğin çok özveri gerektirdiğini vurgulamışlardır. Çünkü:

- Aile hayatı, yoğun çalışma şartları ve nöbetler nedeniyle zorlanmaktadır,
- Maddi tatmin yoktur,

- Hasta yoğunluğu nedeni ile mesleğin gerekleri tam olarak yerine getirilememekte bu da kimi kez suçluluk duygularına neden olmaktadır,
- Lise mezunu hemşireler yeterli eğitim almadıklarından yakınırken yüksekokul mezunu olanlar mesleklerinin gereklerini tam ve doğru olarak uygulayamamaktan yakınmakta, hemşirelik görev tanımının çoğu kurumda doğru uygulanmadığından şikayet etmektedir,
- Bu nedenle, her iki grupta da daha fazla bilgi ve yetki sahibi olabilmek ve yükselmek için mümkün olduğunca eğitimlerine devam etmektedir.
- Yönetici konumlara gelen hemşirelerin çoğunun, halen lisans üstü eğitimlerine devam eden yüksekokul mezunları olduğu gözlenmiştir.

Bu bulgular, Erdoğan'ın (1992) hemşireler ile yaptığı araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Devlet hastanelerindeki laborantlar ise ne çalışma koşullarından ne de konumlarından memnundur. Çünkü, sağlıkları açısından riskli bir iş yaptıkları halde gerekli korunma imkanları sağlanmamaktadır. Ayrıca, maaşları da yetersizdir.

Medikal olmayanlar arasında yönetici konumundakiler, kadın/erkek farkı olmaksızın mesleki yönden tatmin duymaktadır. Yönetici konumunda olmayanlar ise hem maddi açıdan hem de hastane ortamında daha fazla işbirliği, insaniyet gibi beklentileri gerçekleştirmediğinden tatmin olmadıklarını belirtmişlerdir. Ancak, devlet hastanelerinde çalışma koşullarının (çalışma saatleri, iş yoğunluğu, vb.) daha rahat olduğu da vurgulanmıştır.

Üçüncü beklenti olan, "Kadın doktor ve hemşireler mecburi hizmet sırasında cinsiyetlerinden dolayı sorunlarla karşılaşılır" varsayımı ise araştırma sonuçlarıyla desteklenmiştir.

Kadın doktor ve hemşireler mecburi hizmet için gidilen yerde "kadın" olmaları nedeniyle çevreden yoğun bir toplumsal baskı yaşadıklarını, hatta bazen çalıştıkları yerdeki yönetici ve çalışanlardan da bu baskıyı gördüklerini vurgulamışlardır. Bu tür baskıları erkek elemanlar yaşamamaktadır.

Hemşireler ise bu tür baskıları hem çok genç oldukları için, hem de konum olarak kadın doktorlara kıyasla daha az saygın görüldükleri için en yoğun yaşayan gruptur. Bu nedenlerle, hemşirelere cinsel taciz veya tehditler daha da yoğun yapılmaktadır.

"Uzmanlık alanına girişte ve kariyer yapma sürecinde kadın doktorlar cinsiyete dayalı ayrımcılık yaşarlar" şeklindeki dördüncü beklenti de araştırma bulguları tarafından desteklenmiştir.

Uzmanlık alanına girişte her ne kadar TUS ayrımcılığı bir dereceye kadar önleyip kadına ve erkeğe eşit şans sağlıyor gibi görünse de kadınlar aleyhine belirgin bir cinsiyet ayrımı vardır. Kadınların tüm branşlarda erkekler kadar başarılı olabileceği düşünülse dahi bazı uzmanlık alanları (ortopedi, cerrahi, üroloji, nöroşirurji) kadına uygun görülmemektedir. Bu nedenle, kız öğrenciler TUS öncesi seçim konusunda profesörleri tarafından ayrımcı bir görüşle yönlendirilmektedir. Bazen engellemelere rağmen sınavı kazanıp uzmanlık eğitim alanlar ise akademik kariyer yapmak istediklerinde zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu branşlarda kadınların istenmemesine neden olarak şu varsayımlar gösterilmektedir:

- Kadının fiziksel olarak güçsüz olduğunun düşünülmesi (ortopedi, nöroşirurji)
- Erkek hastanın kültürel nedenlerle kadın doktora gitmeyeceği (üroloji)
- Ev ve çocuk sorumlulukları daha fazla olan kadın doktorun, erkek kadar verimli olamayacağı.

Dünya literatürüne bakıldığında da benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır (Firth-Cozens, 1991).

Araştırma ekibinin bu konudaki görüşü, kadınların bahis edilen uzmanlık alanlarından uzak tutulmasının esas nedeninin, ameliyat içeren, dolayısıyla kazancı yüksek olan bu branşlarda, başka ülkelerde yapılan araştırmaların da gösterdiği gibi, kadın rekabetine tahammülün bulunmamasıdır (Smyth, 1988; Alan, 1988).

Kariyer yapan kadın doktor, çeşitli engellemelerle karşılaşmakta yükselmesi kolay olmamaktadır. Bu bulgu, hem tıp fakültelerindeki kadın doçent ve profesör oranlarının düşüklüğü ile (Çakiner, 1995) hem de diğer ülkelerdeki benzer bulgularla desteklenmektedir (Bauder-Nishita, 1980).

Besşinci beklenti olan "Hastanelerde medikal alanda çalışan kadınların özel yaşamlarında iş yüzünden oluşan olumsuz etkiler benzer konumdaki erkeklerden daha fazladır" varsayımı da araştırma bulgularıyla desteklenmiştir.

Kadın ve erkek katılımcıların tümü iş yoğunluğunun özel hayata etkilerinden bahsetmekle birlikte, erkekler sadece özel hayatlarına vakit ayıramadıklarından yakınırken kadınlar daha büyük problemler yaşamaktadır. Çünkü, kadından aile ve evin tüm sorumluluğunu yüklenmesi beklenmektedir. Kadının kendisi de toplum tarafından böyle düşünmeye sevk edilmektedir. Sonuç olarak, yoğun işi olan erkeğe ailesi olumlu destek verirken kadın için bu durum çoğu kez sorun yaratmaktadır. Alban-Metcalfe'nin (1984) yaptığı niteliksel bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir.

Kendini işe veren kadının aile hayatında kopukluklar, boşanmalar görülebilmektedir. Benzer bulgular İngiltere için de geçerli olup, çalışan kadınlar arasında boşanma oranlarının erkeğe kıyasla çok yüksek olduğu görülmektedir. (Alban-Mercalfe ve West, 1990). Erkek katılımcıların ortalama 2 çocuğu, kadın katılımcıların ortalama 1 çocuğu olması da bu problemin bir yansıması olabilir.

Bu bulgular, Türkiye'deki kadın sağlık personeli ile diğer ülkelerdeki çalışna kadınların benzer problemler yaşadıklarını göstermektedir (Osborne 1993; Jackson, 1993).

Çok az sayıda kadın eşitlikçi eşleri olduğundan söz etmiştir. Böyle durumlarda kadın daha başarılı olabilmekte, bu sefer de toplum tarafından saygınlık görse de hırslı olmakla, evini ve ailesini ihmal etmekle suçlanabilmektedir.

Araştırmanın altıncı beklentisi olan "medikal alanda hemşireler ve medikal olmayan alanada sekreterler, meslek içi yoğun bir cinsel ayrımcılık yaşamazlar, ama mesleğin kendisi ayrımcı bir konumdur" varsayımı araştırma bulgularıyla desteklenmiştir.

Bu mesleklerde, genelde kadınlar çalıştığı için meslek içi cinsel ayrımcılıkla karşılaşmamaktadır. Bir başka deyişle, meslek seçimi, işe giriş ve yönetici konumlara gelmede bir cinsiyet ayrımcılığı yoktur. Fakat, mesleğin kendisi "kadın işi" olarak tanımlanmış olduğu için ayrımcı bir konumdur. Mesleğin saygınlığı ve çalışanların ücreti nispeten azdır. Bu nedenle, hemşirelerin çoğu erkeklerin de hemşire olmasını istemekte, böylece hemşireliğin statüsünün ve maaşlarının yükseleceğine inanmaktadır.

Hemşire olup yönetici konumda olan kişiler de sırf kadınları değil, erkekleri de yönetir konuma geldikleri takdirde idari açıdan önemlerinin artacağına inanmaktadır. Oysa, şimdiki durumda hemşirelere rakip olacak erkek olmadığı için kendi mesleklerinde yönetici olma olanakları daha fazladır ve her ne kadar erkek hemşirelerin çoğalması, mesleğe daha yüksek bir statü ve saygınlık getirebilecek olsa da erkek rekabetini de beraberinde getirme olasılığı bulunmaktadır.

Ayrıca, yüksekokul mezunu olan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun lisans üstü eğitime devam etmeleri ve ilerleme azmine sahip olmaları, önlerinde erkeğe engeli olmayışından kaynaklanabilir. Hemşirelerin kadınlık bilinci en gelişmiş gruplardan biri olması da ilginç bir bulgudur. Derinlemesine görüşmelerde hemşirelerin, kadın olmanın sorunları ve genelde cinsiyet ayrımcılığı konusunda en bilinçli kesim oldukları ve özel hayatlarında da mücadele verdikleri gözlenmiştir. Hemşireler derneği'nin faaliyetleri arasında sadece güncel sorunlar değil, mesleğin statüsünün yükseltilmesine ve geleceğine yönelik çalışmalar da bulunmaktadır. Hemşireler derneği, sorunları mesleki platformdan daha geniş olma kadın

hakları platformuna taşıyarak mücadele vermeye ve üyelerinin bu konuda daha duyarlı olması için çalışmaktadır (Aliefendioğlu, 1996)

Araştırmanın yedinci beklentisi olan “Hastanelerde çalışan sekreterler ile hemşireler, kadın doktorlara kıyasla daha fazla cinsel taciz ile karşılaşır” varsayımı desteklenmiştir.

Kadın doktorlar ve hemşireler mecburi hizmet sırasında ve ondan sonra çalıştıkları hastanelerde çeşitli tacizkar davranışlarla karşılaşır olsalar da hemşirelerin bu olayı daha yoğun yaşadığı büyük çoğunluk tarafından belirtilmiştir.

Bu durumun çeşitli nedenleri bulunmaktadır:

- Hemşireler liseyi, doktorlar üniversiteyi bitirdikten sonra mecburi hizmete gitmektedir. Dolayısıyla, hemşireler çok daha genç, tecrübesiz ve kendilerini korumanın çok daha zor olduğu bir yaşta kendilerine karşı yapılan çeşitli davranışları idare etmek zorunda kalmaktadır. Hemşireler hastanelerde çalışmaya henüz yüksek okul öğrencisi iken stajyer olarak başlamakta doktorlar ise üniversitenin son sınıfında yani daha ileri bir yaşta başlamaktadır.
- Hemşirelerin nöbet yüzünden gece çalışmaları ve daha evvel belirtilen nedenlerle hemşirelik mesleğinin toplumdaki saygınlık ve statüsünün yanlış da olsa doktorluktan daha düşük olması hemşireleri tacize karşı daha korumasız kılmaktadır.
- Kadın doktorlar aistanlık döneminden sonra giderek daha yetkili konumlara gelebildikleri için bir ölçüde iktidar ilişkisine dayanan taciz karşısında daha güçlü olabilmektedir. Hemşireler işer yekti açısından daha zayıf konumlarda oldukları için tacize karşı daha korunmasızdırlar. Benzer bir görüş, MacKinnon (1979) tarafından da belirtilmiştir.
- Hemşireler hasta bakımı ile uğraştıkları için doktorlara kıyasla hastalar ile daha fazla tek başlarına ilgilenmek durumunda kalmakata, bu durum da tacize daha fazla imkan sağlamaktadır.

Taciz olaylarının özel hastanelerde devlet hastanelerine göre daha az olduğu, bir başka deyişle bu konuda özel ve kamu arasında bir miktar farklılık bulunduğu da bulgulardan anlaşılan bir konudur.

Araştırmanın sekizinci beklentisinin ilk kısmı olan “Kadın yöneticiler kariyer yapma/yükselme süreci içinde karşılaştıkları ayrımcı tutumlar ve engeller sonucu daha katı ve hırslı bir kişilik geliştirirler” varsayımı kısmen desteklenmiştir.

Bu tezi kadın doktorlar ve/veya erkelerin yoğun olduğu iş kolları için ele aldığımızda doğrulandığı görülmüştür. Çünkü, bir kadının erkekler arasında sivrilebilmesi için hırslı ve azimli olması şart olarak belirtilmiştir. Ayrıca, çoğu yönetici erkek olduğu için, yönetime gelen kadının önündeki rol modeli erkektir. Yönetici olana kadar zaten birçok özveride bulunmuş ve erkeklerden daha çok çalışmak zorunda kalmış olan kadın, kadınlık özelliği olan yumuşaklığı yönetici konumunda iken göstermeyi doğru bulmamakta ve erkekten de daha erkeksi, sert bir davranış biçimi sergilemektedir. Sheppard da bunu teyit eden görüşler belirtmektedir (Sheppard, 1989). Kadın yönetici, astlarına karşı kendine de uygulamış olduğu katı disiplinli bir tutum göstermektedir. Başarılı olmaya isteyen kadınların en azından kendisinin yapmış olduğu fedakarlıkları yapmasının beklemektedir. Mandelbaum (1978) da benzer bulgular elde etmiştir. Oysa, kadın yoğun meslekler olan hemşirelik, halkla ilişkiler gibi konularda yönetici konumuna gelebilmiş kadınlar için bu varsayım ancak kısmen desteklenmiştir. Çünkü, bu mesleklerde yönetici olan kadınlar da diğerleri gibi hırslı, azimli, çalışkan ve özel yaşamdan çeşitli fedakarlıklar yapmış olsalar da diğerleri kadar sert değildir.

Bu mesleklerdeki kadınların yönetici rol modelleri erkek olmadığı için onlar daha yumuşak, duyarlı, anlayışlı, aynı zamanda disiplinli bir yönetim biçimi uygulamaktadır.

Çeşitli mesleklerde kadın yöneticiler çoğalırsa genelde erkeksi özelliklerle bağdaştırılan yönetici tarifi değişebilir ve daha androjen bir yapıya sahip yönetici tanımı söz konusu olabilir. Androjen kişi, kadın ve erkeğin olumlu özelliklerini kenidnde toplamış, cinsiyetler arası farklılığı

azalmış bireydir. Bu yapıdaki yöneticinin daha insancıl bir yönetim gerçekleştireceği beklenmektedir.

Sekizinci beklentinin ikinci (b) kısmı olan “Kadın doktorlar dışında çalışan kadınların düşüncesi karşı cinsiyetten bir yönetici ile daha rahat bir çalışma ortamı yaratılabileceğidir” varsayımı tam olarak desteklenmemiştir. Katılımcılar yöneticinin cinsiyeti değil, kişiliğinin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Kadın yöneticiyle çalışmanın kolay olmadığını düşünseler de zor da bulmamaktadırlar. Yine de karşı cinsiyetle çalışmayı tercih edeceklerini söyleyenler vardır. Çünkü, çalışan kadına karşı erkek çalışana sert davranabiliyorsa da astı olan kadına farklı davranmaktadır.

Arbak'ın araştırmasının gösterdiği gibi hırslı , mücadeleci, disiplinli olarak tanımlanan kadın yönetici, astı olan kadının “kadınlık zaafları” göstermesinden hoşlanmamaktadır (Arbak, 1993). Astlarının da kendisi gibi işi ön plana alana, ciddi ve özverili bir tutum içinde olmalarını istemekte ve kadına karşı erkek yöneticiden daha disiplinli olabilmektedir. Kaprislere tolerans göstermek istememektedir.

İş konusunda kadınlar arası kıskançlık, kadın-erkek arasındakinden daha fazla olabilmektedir. Kadın yöneticinin başka bir kadına aynı işte ilerlemesi için destek olup teşvik etmesinin nadir görüldüğü belirtilmiştir. Bütün bu nedenlerle kadınlar karşı cinsiyetten bir yöneticiyi tercih edebilmektedir. Hemcinsler ve karşı cinsiyetler arası rekabet her meslekte olduğu gibi bu sektörde de doğal olarak görülmektedir. Ancak erkek yönetici astları olan kadınlarla iş menfaatleri açısından kadın yöneticiye kıyasla daha kolay işbirliği kurabilmekte ve kadını rakip olarak görmediği için bir noktaya kadar desteklemektedir. Ancak, kadının rakip görülmemesi de kendi başına ayrımcı bir tutumdur.

Diğer taraftan, nadir de olsa astlarını teşvik eden, yönlendiren, yetiştiren anlayışlı ve toleranslı olan birkaç ideal kadın yönetici olduğundan bahsedilmiştir. Genelde erkekler de kadınlar da her iki cinsiyetin de bulunduğu ortamlarda çalışmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Sekizinci beklentinin üçüncü kısmı “kadın doktorlar ise yönetici kadınların çoğalmasını istedikleri için yöneticiler ile çalışmayı tercih ederler.” varsayımı ancak kısmen desteklenmiştir.

Kadın doktorlar her alanda kadınların başarılı olabileceğine inanmakta ve yönetici konumlarındaki kadınların da çoğalmasını istemektedirler. Buna rağmen kadın doktorların çoğu kadın yerine erkek yönetici ile çalışmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Burada çelişki var gibi görünse de aslında bu bir çelişki değil kadın doktorlarının kariyer beklentileriyle ilgili bir durumdur. Kendilerinin yönetici olabileceklerini düşünerek kadın yöneticilerin çoğalmasını istiyorlar, fakat daha kolay ilerleyebilmek açısından erkek yöneticilerle çalışmayı tercih ediyorlar.

Erkek yöneticiler ise astları olan kadınları kendilerine rakip görmemekte ve başlangıçta iş açısından güven duymaları vakit alsa dayetenkeli olduklarını görünce kendi işlerine yarayabileceğini anlayıp her açıdan desteklemektedir. Aslında erkelerin kadınları kendilerine rakip görmemeleri de başlı başına bir ayrımcılıktır. Ancak erkekler de ciddi bir rekabet hissettiklerinde desteklerini çekmekte ve işleri zorlaştırabilmektedir.

Araştırmanın dokuzuncu varsayımı “sağlık sektöründe çalışanlara göre bu sektörde cinsiyete dayalı ayrımcılık diğer sektörlerle kıyasla daha azdır” ifadesi sektördeki erkek yöneticiler ve çalışan konumundaki çoğu kadın tarafından doğrulanmıştır. Yönetici konumuna gelebilmiş kadın doktorlar ise ayrımcılığın diğer sektörlerden hiç de az olmadığını düşünmektedir. Aslında sağlık sektöründe özellikle tıpta uzmanlaşmada ve akademik olarak yükselmeye belirgin bir cinsiyet ayrımcılığı bulunmaktadır. Fakat, bu sektörde çalışanların yarıya yakınının kadın olması ve diğer birçok sektöre kıyasla hastanelerde kadın yöneticilerin daha fazla bulunması, TUS sınavı, Avrupa ve Amerika (Helman, 1990) ile kıyaslandığında Türkiye’de doktor kadınlarının oranının yüksek olması çoğunluğun gözünde sağlık sektörü hakkında gerçekte olduğundan daha eşitlikçi bir imaj yaratmaktadır. Dolayısıyla, katılımcıların çoğu

sağlık sektörünü cinsiyete dayalı ayrımcılığın az olduğu sektörler arasında saymıştır. Oysa, hastanelerde yoğun biçimde ayrımcılık yaşanmaktadır. Yönetici konumuna gelmiş bazı kadın doktorlar, uzamnalık seçiminden başlayarak alanlarında ilerleme sürecinde ayrımcı tutumlarla karşılaştıklarını diğerlerine kıyasla çok daha fazla belirtmişlerdir.

Dikkati çeken bir başka nokta da kimi kez ayrımcılığı kadınların kenidlerinin de yapmalarıdır. Bir yönetici kadın doktorun dediği gibi:

“ Yönetici mevkilere kadınların gelmeyişinin önemli bir nedeni kendileridir. Çünkü, bu tür görevlere kenidleri de talip olmamamaktadır. Kadınlar erkeklerden daha iyi yapacakları işlerde bile “Ben yapamama. Bu mevkii doldurabilir miyim?” diye dertleniyorlar. Erkekler ise doldurup dolduramayacaklarını hiç düşünmeden işi kabul edebiliyorlar. Ayrıca, çoğu kafdın mücadeleden kaçıyor ve evini çocuğunu ihmal etme korkusu yaşıyor. Örneğin, Tabipler Odası başkanlığı için erkeklerin bile hemfikir olduğu bir kadın doktor adayımız var, ama kendisini ikna edemiyoruz”.

Kadınlardaki bu çekingenliğin nedenlerinden birinin ev sorumlulukları konusunda kocanını tutumu olabileceği düşünülmektedir. Ev işleri ve çocukların sorumluluklarını fiiliyatta üstlenen kadı zaman ve sağlığı açısından bu yükü, stresi ve eşin “ihmal ediliyorum” şikayetlerini ne derece kaldıracabileceği kaygısıyla kendi geleceğine ve kariyerine oto-sansür uyguluyor olabilir. Bu tutum, evi, çocukları ihmal etme korkusunun yanında, sorumlulukların eşit paylaşılamaması ve erkek eşlerin toplum destekli egoizminden kaynaklanabilir.

Kadına toplum ve iale tarafından öğretilen değerlerden birinin kadının erkeğe “yardımcı” konumda olacağı, bu tür düşüncelerin ana nedenidir. Nikah töreninde bile çoğu kez “erkeğin evin reisi, kadının ise onun yardımcısı” olduğu söylenerek bu inanç bir kez daha vurgulanmakta ve yöneticilik vasfı yine erkeğe atfedilmektedir.

Araştırmanın ana konusu olan cinsiyete dayalı ayrımcılığın yanısıra sağlık sektöründe cinsiyete sdayalı ayrımcılıktan daha rahatsız edici bulunan başka ayrımcılıkların da söz konusu olduğu gözlenmiştir. Bunlar arasında;

- Meslekte statü ayrımcılığı
- Hastalar arasında statü ve ekonomik duruma bağlı ayrımcılık,
- Siyasi veya dini görüşe bağlı ayrımcılık,
- İdareye yakınlık veya yöneticiler ile kişisel sempatiden kaynaklanan ayrımcılıklar özellikle vurgulanmıştır.

Her ne kadar statü ve ekonomik durum ayrımcılığı cinsiyete dayalı değilse de bu konularda da yine kadınlar daha fazla olumsuz ayrımcılıkla karşılaşmaktadır. Çünkü kadınların çoğunun işteki statüleri daha alt kademelerdedir veya saygınlığı daha az olan işleri yapmaktadır. Bunun bir uzantısı olarak ekonomik konumları da daha düşük olmaktadır. Hastane bünyesinde tüm kademelerde çalışanların birbirlerine karşı tavırlarında olduğu gibi hastalara karşı davranışlarında da statü ve ekonomik durum ayrımcılığı görülmektedir.

Araştırmanın bulguları, sağlık sektöründe çalışan kadınların cinsiyete dayalı çeşitli olumsuz ayrımcılıklarla karşılaştıklarını, ayrıca cinsiyetlerine bağlı olarak başka sorunlar da yaşadıklarını göstermiştir. Bu sorunların çözümü için çeşitli öneriler üretilmiştir.

Önerilerin bazıları kısa vadede uygulanabilir gibi görünürken kimisi de uzun süreçleri içermektedir:

1. Cinsiyete dayalı ayrımcılığın azaltılması ve giderek önlenmesi için birincil öneri **toplumsal eğitimidir**.

Türkiye'de kız çocuklar daha küçük yaşlardan itibaren aile içinde bile ayrımcılık ile karşılaşmaktadır. Çoğu ailede erkek çocukların eğitime “erkektir, ileride aile geçindirecek”

diye önem verilirken kız çocuklar ikinci planda bırakılmaktadır. İlkokuldan sonra eğitime devam eden kız çocuk erkekten daha azdır. Eğitime yükseköğretimin sonuna kadar devam eden kızlar yine daha azdır. Oysa, çocuk eğitiminde ailede öncelikli rol hala kadındadır. Eğitim az olan bir annenin çocuğunu eşitlikçi bir anlayışla yetiştirebilmesi güç görünmektedir. Dolayısıyla, böyle bir kültürel değişiklik sağlamak amaçlandığında ilk olarak ailelerin eğitilmesi gerekmektedir. Bu tarz bir eğitim formal eğitim sistemi içine yerleştirilebileceği gibi aileler için televizyon programları hazırlanarak da yapılabilir.

Eğitim programları içinde ayrıca ,aile, ev ve çocuk ile ilgili işlerin karı koca tarafından paylaşılmasının doğal ve gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bu tarz eğitim programları sayesinde kız ve erkek çocuklara olaylara her iki cinsiyet açısından da bakan, birbirini daha iyi anlayan, her iki cinsiyetin olumlu, verimli özelliklerini kendinde toplamış olan androjen kişilikler kazandırılabilir.

2. Esasen, çalışma hayatında cinsiyet ayrımının önlenmesi için kızların eğitime erkeklerinki kadar hatta daha da fazla önem verilmesi gerekmektedir. Çünkü kadınlar bir işe başvurdukları zaman eğer başvurulmuş iş bir "kadın işi" değilse eğitim ve çalışkanlık açısından en az erkek rakiplerinininki kadar, çoğu kez ancak onlardan daha vasıflı işler işe alınmaktadır. Kız çocukların iyi eğitilmesi ileride üst düzey konumlarda çalışmalarını sağlayacak ve toplumun gelişmesine katkıda bulunacaktır. Konunun önemi, aşı ve aile planlaması konularında olduğu gibi geniş çaplı propaganda kampanyaları ile vurgulanabilir.
3. Çalışan kadının iş hayatında en büyük engeli **çocuk ve ev sorumluluğu** olmaktadır. Bu tür programların önlenmesi ancak kadın ve erkeğin ev ve çocuk sorumluluklarını **eşit olarak paylaşılabilmelerini** sağlayacak uygulamaların getirilmesiyle mümkündür.

Getirilebilecek uygulamalar şunlar olabilir:

- Uygun olan iş yerlerinde **esnek saat** kullanılabilir. Ayrıca, bazı Avrupa ülkelerinde görüldüğü gibi iş saatleri azaltılabilir. Bu tür uygulamaların iş verimini düşürmediği bilakis işte bulunan sürenin çok daha verimli kullanıldığı, iş saati trafik yoğunluğunu azalttığı, çeşitli nedenlerle alınan izinleri azaltıp işyerindeki gereksiz sohbet, çay ve kahve molalarını ortadan kaldırdığı görülmüştür.

Yoğun tempoyla ve uzun saatler çalışılan işyerlerinde verim düşmekte hata oranı artmaktadır. Hastane gibi sağlık hizmeti veren bir yerde bu konu çok daha önemlidir. Çünkü sadece çalışanların olumsuz etkilenmesi değil, hastaların yaşamları da söz konusudur.

Bugünkü şartlarda, zaten yeterli personel olmadığı için, bu tip önerilerin uygulanabilir olmadığı düşünülse de bu düşünce doğru değildir. Çünkü, eğitilmiş, ancak çalışmayan veya özellikle hemşireler arasında iş yoğunluğu nedeniyle çalışmayı mecburen bırakmış olanların varlığı bilinmemektedir. Ayrıca, araştırma süresince ziyaret edilen hastanelerde orta yaşlı hemşirelerin yok denecek kadar az olduğu gözlenmiş ve katılımcılar tarafından hastanelerde yeterli sayıda hemşire olmadığı söylenmiştir. Büyük olasılıkla buna neden yeterince hemşirenin yetişmemesi değil, yetişmiş olanların bir kısmının çocukları olduğunda bu kadar yoğun, gece nöbetleri olan, özveri isteyen ve kazancı az olan bir işe devam edememeleridir.

Oysa hemşirelerin çoğu mesleklerini sevmektedir. Bu nedenle, **esnek saat** uygulamaları benimsenip, ayrıca **yarı zamanlı hemşire kadroları** oluşturulduğu ve maaşlar makul bir düzeye çıkarsa zaten tecrübeli olan bu hemşirelerin en verimli çalışabilecekleri yaşta işi bırakmamaları sağlanabilir.

Hastane gibi 24 saat çalışılan bir iş yerinde çalışan kişilerin birbirleri ile anlaşarak, her bölümün içinde kendi aralarında haftalık veya aylık planlar yaparak esnek saat uygulamalarına geçmelerinin güç olmayacağı düşünülmektedir. Örneğin, hemşireler arasında evli, çocuklu olanlar gece nöbet tutmak istemezken üniversiteye devam edene ve bekar olanlar gece çalışmayı tercih etmektedir.

- Hastanelerde bazen 48 saat nöbet tutulmaktadır. Hiç kimsenin bu kadar uzun süreli bir nöbetin sonuna doğru verimli olabilmesi mümkün değildir. Nöbetlerin daha mantıklı bir süreye indirilmesi şarttır.
- Hastanelerde çalışan kadın adedine bakılmaksızın her hastanede yeterli ve iyi kalitede **kreş ve yuva** imkanı yaratılmalıdır. İşyerinde kreş ve yuva bulunması, anne olan kadınların işe devam etme oranının çok olumlu etkileyecek ve hastaneye getireceği maliyet sağlayacağı yarara kıyasla az olacaktır.
- Doğum ve çocuk kadının iş hayatında aleyhte bir ayrımcılığa neden olmaktadır. Çocuk sorumluluğunu sadece kadının üstünden alınıp biraz da baba ile paylaştırılması gerekmektedir. Bu kavramın benimsenmesi için toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Böylece, günümüzde anneye yöneltilen toplumsal baskı anne ve babaya eşit ağırlıkla paylaştırılmış olacaktır.

Doğum sonrası izinler birçok Avrupa ülkesinde 40 günden fazladır. Örneğin İsveç'te isteğe bağlı olarak 2 senedir ve asgari 6 ayının baba tarafından kullanılma şartı vardır.

Ancak, kadının uzun süre işten uzak kalması, terfiini etkilemekte ve işten soğutmaktadır (Jackson, 1993). Bu nedenle, işten tamamen kopmak yerine bir dönem yarı zamanlı olarak çalışmaya devam etmesi daha uygun görülmektedir. Almanya'da IBM, çalışanları arasında böyle bir uygulamaya başlamıştır. Dolayısıyla, araştırma ekibinin önerisi, doğum sonrası 40 gün olan paralı iznin 3-4 aya çıkarılması, bunu takip eden 6 ay için isteğe bağlı ücretsiz izin yerine, isteyene bir veya iki yıllık bir dönem, haftalık çalışma saatlerinin azaltılarak işe devam alternatifinin verilmesidir. Böylece, kadının işinden tamamen kopmadan ve kariyeri daha az etkilenecek hem anneliği hem de işini birarada yürütebilmesi sağlanacaktır. Ayrıca, kreş ve yuva imkanı olması büyük kolaylık getirecektir. Çocuk bir yaşına geldikten sonraki bir yıl için ise aynı şartların, yani, yarı zamanlı çalışma seçeneğinin anne ve babanın dönüşümlü olarak kullanabilmesinin sağlanması, hatta asgari birkaç ayını babanın kullanma şartının getirilmesi, çocuk bakımında babanın rolünün önemi ve gerekliliğinin anlaşılması açısından çok yararlı olacaktır.

Doğumdan sonra yarı zamanlı çalışmasını hemşireler için uygulanabilir olduğu danışılan hemşire ve doktorlar tarafından kabul edilmektedir (Tuncer, 1993). Doktorlar için ise yarı zamanlı çalışabilme olanağının çok yararlı olacağını düşünenlerin yanı sıra uygulamada zor olacağını söyleyenler de vardır. Bir kadın doktor yararını şöyle açıklamıştır:

"Yaş itibarı ile daha çok uzmanlık döneminde evlenmeler ve doğumlar olmakta ve kadın asistanlar çocuğuna bakmakla tecrübe sahibi olmak seçenekleri arasında sıkışıp kalmaktadır. Oysa, yarı zamanlı çalışma olanağı olursa, uzmanlık dönemi bir iki sene uzayabilir, ama kadın hem gereği gibi çocuğuna bakabilir hem de yeterince tecrübe edinecek zamanı olur."

Ortaylı ve arkadaşlarının araştırması da tıp alanında çalışma şartlarının değişmesi gerektiği sonucuna varmıştır (Ortaylı ve diğerleri, 1996).

Üniversite hastanesinde çalışan bir erkek doktorun görüşü ise şudur:

"Esasen yarı zaman iyi olurdu, ama doktorlar istemezler. Çünkü, bu yolla daha çok asistan alınıp uzman yetiştirilebilir. Rakiplerin artması doktorların işine gelmez."

Bir diğer açıdan böylece TUS kontenjanı artırılabilir ve TUS'u kazanamayıp mesleğini istediği kadar ilerletemediği için başka işler yapmaya yönelen doktor sayısı da azalmış olur.

Özel hastanede çalışan bir kadın doktor ise şöyle demiştir:

"Zaten acil durumlarda akşam sabah bir eve bir hastaneye koşturuyoruz. Bu böyle ömür boyu devam edemez. Başka ne iş yapabiliriz diye düşünüyoruz. Esnek ya da yarı zamanlı çalışma ideal olurdu."

Önerilen önlemler sayesinde çocuk ve ev sorumlulukları kadın ve erkek arasında paylaşıldığı takdirde çalışan kadının kariyeri daha az etkilenecek ve yönetici konumlara gelebilme şansı artacaktır. Yönetici kadınların çoğalması ise yönetici rol modelinin hiç de gerekli olmayan

erkeksi tarzının değişmesini sağlayacaktır ve astların yetişmesini, gelişmesini hedefleyen yöneticiler ortaya çıkabilecektir.

4. Hastanelerde çalışmayı özendirici bir hale getirmek için maaşların da artırılması gerekir. Hastanelerde çalışanlar, diğer işkollarından çok daha yoğun ve manen yorucu bir iş yapmaktadır. Buna rağmen devlet memuru statüsünde olanların maaşları bazı tazminatlar olsa da normal memur statüsünde olduklarından verilen emeğe karşı çok yetersizdir. Özel hastanelerdeki maaşlar biraz daha yüksek olmakla beraber yine de devlet hastanelerindekilere paralel gitmektedir. Medikal alanda çalışanlar, radyasyon ve mikropalara maruz kalmak gibi sağlıklarını etkileyen riskli bir konumdadır. Buna karşılık ağır iş veya riskli iş tazminatı olmadığı gibi aynı süre tahsil gören meslek gruplarına kıyasla maaşları da cazip değildir. Bu durum, zor yetişen medikal personelin meslekten uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Görüşülmüş olan hemşire ve doktorlar bazı meslektaşlarının daha cazip işler bularak mesleği bıraktıklarını anlatmışlardır. Dolayısıyla, yetişmiş olan elemanları meslekte tutabilmek için maaşların artırılması ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi şarttır. Bu tür bir uygulamanın hastanelerde eksik olan bakım kalitesini de yükselteceği düşünülmektedir.

Her hastanede çalışanların kendileri, eş ve çocukları bulundukları kurumdaki sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmelidir. Oysa şimdiki durumda, sigortalı, sigorta hastanesine memur devlet hastanesine gitmek durumunda ve ancak kişisel ilişkiler sayesinde çalıştığı özel veya devlet hastanesinde bakılabilmektedir.

5. Hemşirelerin meslek olarak ayrımcılığa uğramasına kendilerinin getirdikleri bir çözüm erkeklerin de hemşirelik mesleğine girmesidir. Bunun gerçekleşmesi halinde hem mesleğin saygınlığının artacağına hem de çalışma şartlarının iyileşeceğine inanmaktadırlar. Doktorlar ise hemşireliğin kadına daha uygun olduğunu düşünmektedir. Araştırma ekibinin görüşü, bu durumun şu anda meslek içinde bulunmayan kadın erkek rekabetini getireceği, buna mukabil mesleğin kadın mesleği olmaktan çıkmasının, mesleki ayrımcılığın kalkması açısından olumlu olacağıdır. Ayrıca, Şanlı'nın İstanbul'da yaşayan kadın ve erkeklerle yapmış olduğu araştırma bulgularında da belirtildiği gibi fiziksel güç gerektiren ve bazı erkek hastaların bakımında, geceleri acilde erkek hemşirelerin daha uygun olabilecekleri düşünülmektedir (Şanlı, 1988).
6. Tıp eğitiminde uzmanlaşmada kadın doktorlar TUS'a rağmen ayrımcılık ile karşılaşmaktadır. Bazı branşlarda sınavı kazanan kadınlar zora koşularak uzmanlık alanından vazgeçirilmeye çalışılmaktadır. Diğer taraftan zorlu bir mücadele vererek başarılı olan az sayıdaki kadın ise kendi hemcinslerinin de aynı yoldan geçmeleri gerektiğini düşünmekte ve onlara pek destek olma niyeti göstermemektedir.

Bu tür davranışların azaltılması için öneriler:

- Uzmanlığa girebilmiş olan kadın asistanlara motive edici olumlu ayrımcılık yapılmasıdır. Örneğin kadınlar için işyerlerinde asgari kotalar konulması şeklindeki olumlu ayrımcılık diğer bazı ülkelerde uygulanmış ve yararı görülmüştür.
 - Aynı uzmanlık alanlarında olan kadınların birbirini desteklemesi, meslek içi destek gruplarının oluşturulması. Bu tür gruplar tam istenilen şekilde olmasa bile oluşmaya başlamıştır. Hemşireler Derneği, Tabipler Odası gibi.
7. Türkiye Anayasası'na göre iş yerlerinde ayrımcılık yapılamaz. Türk devleti, kadın erkek eşitliği ve her türlü ayrımcılığın önlenmesi için hazırlanmış olan birçok uluslararası anlaşmayı imzalamıştır. Ama uygulamada eşitsizlikler görülmektedir. Örneğin, kadın hamile olduğu için işten çıkarılabilmekte; hakettiği halde kadın olduğu için yönetici konumuna getirilmeyebilmektedir. Bu tür davranışların şikayet edilebileceği bağımsız ve yetkili bir mercii oluşturulabilir. Ayrımcı davranış gösteren şirket veya kurumlar bir yayın organı vasıtasıyla kamuoyuna duyurularak toplumsal baskı yaratılabilir.

Bu sistem içinde ayrıca cinsel taciz konuları ve benzer problemler ile ilgili şikayetlerin yapılabileceği psikologların da görev aldığı departmanların da bulunması yararlı olur.

8. Hastanelerde cinsel taciz olaylarına sıkça rastalandığı belirtilmiştir.
 - Hastane dışında bu tür şikayetlerin yapılabileceği bağımsız bir merciin olması gereklidir. Çünkü, çoğu kez taciz eden tacize uğrayandan daha etkin bir konumda bulunmakta ve bu gücüne dayanarak korkusuzca hareket edebilmektedir. Bu yüzden aynı kurum içinde yapılan şikayetlerde kurban zor duruma düşmektedir.
 - Personelin bu konudaki duyarlılığını artırmak için hizmet içi eğitim yapılmalıdır. Bu eğitimde, nelerin taciz olarak algılanabileceği anlatılmalı, tacizin yarattığı olumsuzluklar detaylı olarak açıklanmalıdır.
 - Hastane içinde kadın destek gruplarının oluşturulup yaşanan taciz olaylarının gizlenmeden açığa çıkartılması ve taciz edene karşı baskı ve kınama yapılması, gerekirse daha etkili önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Bir üniversite hastanesinde oluşturulan böyle bir destek grubunun tacizkar kişiyi caydırmakta faydalı olduğu anlatılmıştır.
 - Ayrıca, cinsel taciz ve şiddete uğramış olan kişilerin gidebilecekleri başlıca yerler hastaneler ve doktorlardır. Bu nedenle, doktorlar ve hemşireler bu tür problemlerle gelen kişilere nasıl bir yaklaşım göstermeleri gerektiği konusunda eğitilmelidir. Özellikle psikoloji ve sosyoloji konularının tıp eğitiminde daha ağırlıklı olarak işlenmesinin gerekliliği bazı doktorlar tarafından da belirtilmiştir. Dünyada sosyal bilimler ve tıp alanında çalışanların birbirleriyle daha iyi iletişim kurabilmeleri için " Social Sciences and Medicine Network" (sosyal bilimler ve tıp ağı) oluşturulmuş ve bu konuda dergileri de yayınlanmaktadır.
9. Sağlık sektöründe çalışanlar ve uygulamalar ile ilgili yasa ve kararname yapılrken mesleğin mensuplarına danışılarak görüş alınması gereklidir. Aksi takdirde kanunlar yetersiz kalacak ve sorunlara çözüm getirmeyecektir.
10. Hemşireler arasında yapılan çalışmalarda hemşirelik yasası ve çalışma şartlarında düzeltilmesi gereken bazı konular olduğu anlaşılmıştır. Hemşireler, sağlık meslek liselerinin kalkmasını veya asgari önlisans düzeyine çıkarılmasını, farklı düzeyde eğitim almış olan hemşirelerin yetki ve sorumluluklarının kesin iş tanımlarıyla belirlenmesini, maaşların tatminkar bir düzeye yükseltilmesini, işin zorluğu ve yıpranmaları göz önüne alınarak emeklilik ve hizmet sürelerinin yeniden belirlenmesini, mesleği özendirici hale getirmek ve meslekten kaçışı önlemek için yarı zamanlı çalışma imkanının sağlanmasını, kreş, lojman, ulaşım sorunlarına çözüm getirilmesini istemektedirler (Tuncer, 1993). Elde edilen izlenimler de bu taleplerin yerinde olduğunu göstermektedir.

Sonuçların tüm sağlık sektörü için genellenmesi araştırmanın niteliksel yöntemi nedeniyle mümkün olmasa da elde edilen bulguların dünyada yapılan araştırmalarla benzeşmesi ve yapılan önerilerin meslekte çalışan bir kısım doktor tarafından uygulanabilir bulunması saptamaların geçerli olduğu kanısını yaratmaktadır.

Dileğimiz, araştırma bulgularının ve yapılan önerilerin meslekte değişik alanlarda çalışanların katılacağı grup tartışmalarında irdelenerek geliştirilmesi ve daha geniş örneklem ile niceliksel çalışmalarla yinelenerek tüm sektöre genellenebilecek sonuçların elde edilmesidir.

SEÇİLMİŞ KAYNAKLAR:

1. Akkaş, H. S. 1994. Sağlık Ekibi Elemanlarının Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Bilgi ve Düşüncelerinin Araştırılması" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
2. Alban-Metcalf, B.M. 1984. "Current Concerns of Female and Male Managers and Professions: An Analysis of Free Response Comments to a National Survey" Equal Opportunities International. 3,1:11-18.
3. Aliefendioğlu, H. 1996. "Kendimizi Yönetme Hakkı İstiyoruz" Pazartesi. 12 Mart tarihli sayı.

4. Aydın, G. 1996. "İşyerinde Cinsel Taciz Savcılıkta". Hürriyet Gazetesi. 1 Eylül tarihli sayı.
5. Bayrak, A. 1995. "SSK'da Cinsel Taciz" Pazartesi. 12 Haziran tarihli sayı.
6. Çabuk, S. ve Yalçın, A. 1995. "Üst Düzey Yöneticilerin Karşılaştıkları Sorunların Tespit ve Analizine Yönelik Bir Alan Çalışması" Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Cilt 5, Sayı 1.
7. Ditomaso, N. 1989. "Sexuality in the workplace: Discrimination and Harassment" in Hearn et al. (eds) The Sexuality of the Organization. California. Sage Publications.
8. Devlet İstatistik Enstitüsü. 1993. Genel Nüfus Sayımı 1990. Ankara. DİE Matbaası.
9. Ecevit, Y. 1993. "Kentsel Üretim Sürecinde Kadın Emeğinin Konumu ve Değişen Biçimleri" Ş. Tekeli (der.) 1980'ler Türkiye'sinde Kadın Bakış Açısından Kadınlar. İstanbul. İletişim.
10. Erdoğan, S. ve Akyolcu, N. 1990. "Lisansüstü Eğitimin Hemşirelere Katkısı" Hemşirelik Bülteni. C:IV:16.
11. Ferber, M. & Lowry, H. 1977 "Women's Place: National Differences in the Occupational Mosaic" Journal of Marketing. July:23-30.
12. First-Cozens, J. 1991. "Women Doctors" in J. Firth-Cozens & M.A. West (eds) Women at Work. Philadelphia. Open University Press.
13. Helman, C.G. 1990. Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals, Butterworth-Heinemann Ltd.
14. Hiç, S. 1995. "Eğitimde ve Bliimde Türk Kadınının yeri" Cumhuriyet Gazetesi. 1 Mart tarihli sayı.
15. Izraeli, D.N. Nanai, M. Zeira, Y. 1985. " Women Executives in Multi-National Company Subsidiaries" in B.A Stead (ed) Women in Management. Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall.
16. Ortaylı, N. Özügürlü, M. Gökçay G. 1996. "Female Health Workers: An Obstetric Risk Group" International Journal of Gynecology and Obstetrics. To be published.
17. Stephen, P.J. 1987. "Carrier Patterns of Women Medical Graduates, 1974-1984" Medical eucation. Vol. 21, s. 255-59.
18. Şanlı, B. 1988. "Hemşirelik Mesleği Hakkında Toplumsal Görüşün Analizi" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
19. Tuncer, H. 1993. "Hemşire Hanım Bakar mısınız?" Cumhuriyet Gazetesi, 15 Mayıs tarihli sayı.