

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI
2024-YL-263

**ENFORMEL SEKTÖRDE EMEK VE PALYATİF BAKIM
MERKEZLERİNDE ÜCRETLİ REFAKATÇİLİK**

HAZIRLAYAN
İrem Destina POLAT

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT

AYDIN-2024

ÖZET

ENFORMEL SEKTÖRDE EMEK VE PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNDE ÜCRETLİ REFAKATÇİLİK

İrem Destina POLAT

Yüksek Lisans Tezi, Sosyoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Emin YİĞİT

2024, XI + 92 sayfa

Neoliberal politikalar, sadece ekonomik çıktıları ile değil; bütünsel bir şekilde yaşamın tüm alanları ve elbette ki sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin dönüşümler üzerinde de son derece belirleyicidir. Öncelikle özelleştirme, piyasalaştırma ve serbestleştirmeye bağlı olarak istihdam biçiminin dönüşmesi çalışma yaşamını da enformelleştirmiştir. Hızla artan orta sınıflaşma ve toplumsal yaşlanmanın sürece eklemlenmesi ise bakım ihtiyacının artmasını beraberinde getirmiştir. Geline nokta bakım dönük kurumsal örgütlenmenin neoliberal politikalar çerçevesinde gerçekleştirilmesi, istihdam biçimi, hasta, hasta yakını ve hizmetin sunumu arasında tartışılması gereken bir alanı üretmiştir. Süreç, hızlı bir şekilde palyatif bakım merkezlerinin sayısını arttırırken bakım emeği ise dönüşmüştür.

Bu çalışmada aile içinde ücretsiz bir biçimde yürütülen bakım emeğinde yaşanan dönüşümün yabancı bir emek gücü olan ücretli refakatçiyi ortaya çıkartmasına ve palyatif bakıma odaklanılmıştır. Çalışmada enformel sektörün içerisinde yer alan ücretli emeğin iş edinme yöntemi, hizmet üretme süreci, çalışma koşulları, çalışma ortamı ve iş deneyimleri neoliberal politikaların toplumsal yansımaları üzerinden sorgulanmaktadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Çalışma Yaşamı, Enformel Sektör, Palyatif Bakım, Ücretli Refakatçilik.

ABSTRACT

LABOUR IN THE INFORMAL SECTOR AND PAID COMPANIONSHIP IN PALLIATIVE CARE CENTRES

İrem Destina POLAT

MSc Thesis at Sociology

Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT

2024, XI + 92 pages

Neoliberal policies are highly decisive not only in terms of their economic outputs but also in terms of transformations in all areas of life and, of course, in the provision of health services. First of all, the transformation of the form of employment due to privatisation, marketisation and liberalisation has also informalised working life. Rapidly increasing middle classisation and social ageing have led to an increase in the need for care. At this point, the realisation of the institutional organisation for care within the framework of neoliberal policies has produced an area that needs to be discussed between the form of employment, the patient, the patient's relatives and the provision of the service. While the process has rapidly increased the number of palliative care centres, care labour has been transformed.

This study focuses on palliative care and how the transformation of unpaid care labour within the family has led to the emergence of a foreign labour force, the paid companion. In the study, the method of obtaining a job, the process of service production, working conditions, working environment and work experiences of paid labour in the informal sector are questioned through the social reflections of neoliberal policies.

KEY WORDS: Informal Sector, Paid Companionship, Palliative Care, Working Life.

ÖNSÖZ

Sosyoloji lisans eğitimim sürecinde yaptığım staj esnasında yer aldığım palyatif bakım merkezi, bu merkezde katılma şansı bulduğum grup terapileri ve hastalara aile dışında birinin refakati dikkatimi çekmişti. Tezimin konusuna karar verirken hiç zorlanmamamı sağlayan ise yoğun bir istekle bu sosyolojik analizin peşine düşmek oldu.

Yüksek lisans eğitimime başladığım ilk günden beri meslek aşkı ve donanımına sonsuz saygı duyduğum, rehberliğine olan güvencim ile bütün yönlendirmelerini faydalı bulduğum değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT'e katkılarından dolayı çok teşekkür ederim. Bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan ve desteklerini bir an bile esirgemeyen kıymetli annem Özgül POLAT ve babam Osman POLAT'a ayrıca teşekkür ederim. Son teşekkürümü ise fedakarlıklarıyla tez çalışmamın saha sürecine destek olan Sosyal Hizmet Uzmanı Nurullah BEDİR'e sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM	6
1. NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE SAĞLIK HİZMETİNDE Palyatİf BAKIM	6
1.1. Sağlık Hastalık, Yaşlanma ve Yaşlılık: Palyatif Bakımda En Üst Aşama.....	7
1.2. Neoliberalizm Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Sunumu	13
1.3. Sağlıkta Özelleştirme, Serbestleştirme ve Piyasalaştırma Uygulamaları	17
2. BÖLÜM	19
2. ÇALIŞMA YAŞAMINDA DÖNÜŞÜM VE ENFORMEL SEKTÖR	19
2.1. Enformel Sektörde Emek ve Piyasa Dinamikleri	19
2.1.1. Esneklik ve Mağduriyetin İstismarı	21
2.1.2. Güvencesizlik ve Kurbanları	22
3. BÖLÜM	24
3. Palyatİf BAKIMIN ENFORMEL ÇALIŞANI: ÜCRETLİ REFAKATÇİ	24
3.1. Palyatif Bakım	25
3.1.1. Palyatif Bakımda Grup Terapisi	26
3.1.2. Palyatif Bakım ve Manevi Danışmanlık Hizmetleri	26
3.1.3. Palyatif Bakım, Terminal Dönem ve İyi Ölüm	28
3.2. Aile Yapısında Yaşanan Dönüşümün Bakım Emegine Yansımaları	29
3.3. Bakımda Enformel Bir Emek Gücü: Ücretli Refakatçi	30
3.3.1. Ücretli Refakatçinin İş Edinme Sürecinde Ahbap-Çavuş Kapitalizmi	31
3.3.2. Ücretli Refakatçilikte Çalışma Koşulları	32

3.3.3. Ücretli Refakatçinin Profesyonelliği Ve Eğitim Durumu	33
3.3.4. Ücretli Refakatçi ve Sosyal Yaşam	34
3.3.5. Ücretli Refakatçinin Bakım Yüğü.....	34
3.3.6. Ücretli Refakatçilikte Yaşam Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi	35
4. BÖLÜM	37
4. Araştırmanın Metodolojisi	37
4.1. Araştırmanın Amacı ve Sorunsalları	37
4.2. Araştırmanın Yöntem ve Tekniğı, Sorgulama Temaları.....	39
4.2.1. Demografik Bilgiler	41
4.2.2. Çalışmanın Sorgulama Temaları	44
5. BÖLÜM	45
5. BULGULAR VE TARTIŞMA	45
5.1. Kamuda Neoliberal Politikalar, Ücretli Emek ve Refakatçilik.....	45
5.1.1. Çalışma Yaşamı, Ahbap- Çavuş Kapitalizmi ve Yaşam Anlatıları.....	51
5.1.2. Esnek İstihdam, Eğreltilikler ve Örgütsüz Emek.....	58
5.1.3. Olmayan Profesyonellik ve Uzmanlaşma	64
5.2. Ücretli Refakatçilik, Palyatif Bakım ve Hasta.....	65
5.2.1. Palyatif Bakımda Ücretli Refakatçi, Dönüşen Aile Yapısı ve Hasta.....	67
5.2.2. Palyatif Bakım, Terminal Dönem Ve İyi Ölüm.....	70
5.3. Sosyal ve Psikolojik Açıdan Ücretli Refakatçilik Grup Terapisi ve Manevi Danışmanlık.....	72
5.3.1. Sosyal Yaşamda Ücretli Refakatçilik ve Bakım Döngüsü	72
5.3.2. Ücretli Refakatçilik, Bakım Yüğü ve Psikolojik Yansımalar.....	73
5.3.3. Palyatif Bakım Merkezinde Grup Terapileri ve Manevi Danışmanlık Hizmeti	73
6. TARTIŞMA VE SONUÇ	77
7. KAYNAKLAR	82
8. EKLER	91
EK 1.....	91
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 4.1. Ücretli Refakatçilerin Yaş Dağılımları.....	41
Tablo 4.2. Ücretli Refakatçilerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımlar	41
Tablo 4.3. Ücretli Refakatçilik Deneyimi	41
Tablo 4.4. Ücretli Refakatçilerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	42
Tablo 4.5. Ücretli Refakatçilerin Cinsiyete Göre Dağılımları	42
Tablo 4.6. Ücretli Refakatçilerin Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları.....	42
Tablo 4.7. Ücretli Refakatçilere Göre Hastanın Bağımlılık Düzeyi	43
Tablo 4.8. Katılımcıların Demografik Bilgileri Ve Metin İçi Kodları	43

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PBM	: Palyatif Bakım Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TDK	: Türk Dil Kurumu



GİRİŞ

Enformelleşmenin alt yapısını oluşturan neoliberalizm, kapitalizmin yeni aklı olarak, toplumsal örgütlenmenin yeni bir tarzını belirleyen söylemlerin, pratiklerin ve düzeneklerin bütünü olarak tanımlanabilir ve hayatın pek çok alanına sirayet etmiş olmasıyla birlikte önemli değişim ve dönüşümler yaratmaktadır.

Neoliberal politikaların yarattığı dönüşüm ile birlikte devletin temel sorumluluklarından biri olan sağlığın bir insan hakkı olduğu gerçeği yadsınmış serbestleştirme ve piyasalaştırma uygulamaları esas alınmıştır. Bu politikaların sağlık hizmetlerine ve çalışma yaşamına etkileri beraberinde yeni istihdam şekillerini üretir. Sağlık hizmetlerinde en can alıcı nokta emek gücü olarak nitelendirilebilir. Sağlık sektöründe yeterli sayıda ve donanımlı emek gücüne sahip olmayan ülkelerde toplum sağlığı ve refahı ciddi bir tehlike altındadır. Bu emek gücünün sağladığı katkı, bilgi, yetenek ve tecrübelerle daha da anlam kazanmaktadır.

Piyasalaştırma, devletin mal ve hizmet üretiminden çekilemediği durumlarda piyasa gibi hareket etmesi olarak tanımlanabilir. Devlette sözleşmeli sağlık personeli çalıştırırken, taşeron uygulaması ile birlikte hem emek gücü hem de sağlık kurumu üzerinden piyasa gibi davranmaktadır. Bu çalışmanın odak noktalarından birisini oluşturan palyatif bakım merkezleri piyasalaştırma dinamikleri çerçevesinde belirtilen koşulları deneyimleyen emek gücünün ücretli refakatçilik yaptığı merkezlerdir. Ayrıca bu merkez, piyasalaştırma dinamiklerine göre işletilmektedir.

Bir kamu hizmeti olarak sunulması beklenen sağlık hizmetlerinin kamusal bir sorumluluktan piyasanın işleyişine terk edildiği görülmektedir. Piyasa dinamiklerine bağlı olarak enformel sektörde emek, ücretin el atından ödenmesi, belirsiz süreli ve sözleşmeye dayalı iş ilişkileri, sektöre giriş ve çıkışın enformelleşmesi, sosyal korumanın olmaması, emeğin örgütsüzlüğü, emek yoğun üretimi, kayıt dışılık ve güvencesiz istihdamı içerir. Dolayısıyla enformelleşme, formel biçimde tanımlanmayan, düzensiz ve kural dışı olarak nitelendirilebilirken belirsizlik ile de örtüşmektedir. Enformel sektörün her bir parçası, en az çalışma koşulları kadar çalışanların yaşamlarında da düzensizliği beraberinde getirir. Bir istihdam biçiminin, o istihdam biçimiyle çalışan kişilerin yaşamları ve hatta çevresindeki insanların yaşamlarına dahi derinden etkileri mevcuttur.

Emek piyasalarına etki eden neoliberal politikalar, yalnızca çalışanların çalışma şartlarında ortaya çıkan değişimleri içermemekte emek piyasalarında gerçekleşen dönüşüm, siyasal, ekonomik ve toplumsal yansımaları olan yaygın bir etkinin de sahibi olmaktadır. Neoliberal politikalar ortamında istihdam yapısındaki bozulmalar işsizliği, düzensiz, esnek zamanlı ve dönemsel işlerin yer aldığı bir yapıyı emek piyasalarını görünürleştirmiştir. Dolayısıyla hedefin tam istihdam olması refah devleti ve onun uygulamalarının sorunlu bir hal almasına neden olmaktadır. Neoliberal politikalar ile birlikte çalışma yaşamının iki temel dinamiği esneklik ve güvencesizlik olarak görülürken bu politikalarının emek üzerindeki en olumsuz yansıması, dinamiklerin çalışma koşullarında yarattığı güçlüklerdir.

Emek piyasalarında esneklik kavramının, çalışanların işe giriş çıkışlarını kolaylaştırıp enformelleştirmesi, daha az düzenlemeyi gerektirmesi ile değişime uyum sağlayarak, piyasa ortamının avantajı konumuna geldiği (Pollerts, 1988) ifade edilse de olumsuz çalışma koşulları yaratması ve yoksulluğa sürüklemesi nedeniyle sadece işveren gözünden değerlendirilmemelidir. Esneklik, işverenin emek gücü üzerindeki hâkimiyetini ve sermayenin karlılığını en düşük maliyetle en üst seviyede tutmaktadır.

İş güvencesinin azalması, ücretlerde yaşanan düşüş ve çalışma koşullarındaki olumsuz şartlar içinde dezavantajlı koşullarda çalışan ve sosyal yaşam içinde var olma mücadelesine giren emekçi kitlelerin mağduriyeti istismar edilerek güvencesiz koşullarda çalışmaya mahkûm edilmektedirler. İşte lineerlik ve işin sürekliliği, iş ve gelecek güvencesi, özlük haklarının hukuksal teminatını sağlayan güvence istihdamının biçimini belirler. Neoliberal çalışma hayatının temel dinamiklerinden biri olan güvencesizlik; emekçi kitleler tarafından bir tercihin sonucu olmadan kurbanlarını üretir. Emegi değersizleştirilen, ucuzlatılan ve güvencesiz çalıştırılan emekçi kitlelerin yaptığı işlerin sıklıkla içeriğinin ve yerinin değiştirilmesi, işini kaybetme korkusuyla birleşince iş dışı yaşama da olumsuz aksetmektedir.

Sermaye ve kapitalist üretim ilişkileri akslı sistem üzerinden dönüşen sağlık ve sağlık hizmeti sunumu aynı zamanda çalışma yaşamındaki iş, ücret ve zamanda yaşanan esnekliği üreterek çalışanları da mağdur etmektedir. Doğan bu mağduriyet, işverenler tarafından istismar edilerek kâr ve kazancın en üst seviyeye çıkarılması hedeflenmektedir. Çalışma hayatının temel dinamiklerinden bir diğeri olan güvencesizlik, çoğunluk tarafından uzak durulan, istenmeyen ve bir tercihin sonucu olmadan içerisine dahil olmayı getirmektedir. Seçimsizliğin bir sonucu olarak güvenceden yoksun işlerde emek harcayan işgücü, kurban

olarak görülmektedir. İşin sürekliliği, istikrarı, çalışma zamanı ile ilgili olan güvencesizlik kavramı istihdamın biçimini belirler. Nitekim esnek ve güvencesiz bir emek gücü olarak ücretli refakatçilikte sağlık alanında ortaya çıkmıştır.

Temelinde teknolojiye ve sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişim olan, insan yaşam süresinin uzaması özellikle yaşlılıkta görülen kronik hastalıkların süreçlerini de uzatmakta ve bakımın daha fazla ihtiyaç duyulur hale gelmesine neden olmaktadır. Bakım ihtiyacı ve bakım ihtiyacını karşılayacak kitlede yaşanan değişiklikler ise bakım sorununu ortaya çıkartmaktadır. Nitekim bu bakım sorunu, artan ortasınıflaşma, ücretsiz bir emek gücü olarak nitelenen kadının istihdama dahil olması, nüfustaki artış, geleneksel aileden çekirdek aileye geçiş aile üyelerinin eğitim süreçlerindeki uzamalar, bireysel özerkleşme ve ekonomik sorunlar gibi güçlüklerle de çözülmesi zorlaşan bir mesele halini almıştır. Bu soruna bağlı olarak ortaya çıkan ihtiyaç bakım hizmetinde kurumsal bir örgütlenmeyi gerekli kılmıştır. Neoliberal politikaların şekillendirdiği bir mekanizma üzerinden karşılanması halinde güvencesiz bir emek gücü olarak sağlık alanında ücretli refakatçiliği ortaya çıkartmıştır.

Aile içinde bakım veren kişinin değişiminde kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerde yaşanan değişimler önemli rol oynamaktadır. Aile içinde verilen bakım, aile sınırlarını aşarak yabancı birinin verdiği bakıma dönüşmüştür. Bu gerçeğin altında demografik, iktisadi ve toplumsal nedenler yatmaktadır. İktisadi anlamda, tek maaşın ev geçindirme konusunda yetersizliği, kadının çalışma yaşamına dahil olma zorunluluğunu ortaya çıkartmıştır. Bu durum kadının çalışmasına yol açarken bakım sağlayan ücretsiz emek gücünü dönüştürmüştür. Bakım ihtiyacının aile içerisinde karşılanamadığı durumlarda başvuru yöntemi, güvencesiz ve esnek koşullarda enformel bir istihdam olan “ücretli refakatçiliği” üretmiştir. Ücretli refakatçi, oldukça geniş ve belirsiz görev tanımıyla hastanın yanında kalarak refakatini gerçekleştiren, ihtiyaçlarını gidermede yardımcı olan kişi olarak tanımlanabilir. Hastanın ilaçlarını vermek, yemeğini yedirmek, tuvaletine götürmek gibi temel ihtiyaçlarını gidermekte destek olma görevindedir.

Sağlığın rehabilite ve bakım işlevi bulunmaktadır. Yaşam sonu bakım olarak nitelendirilen palyatif bakım, sağlığın bu işlevine dahildir. Palyatif sözcüğü “tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” (TDK) şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı palyatif bakım merkezlerini (PBM) “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlarla karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam

kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yollarıyla arttıran merkezler” olarak tanımlamaktadır. Sağlık ile ilgili herhangi bir eğitimi olmadığı halde bu merkezlerde yer alan enformel bir biçimde istihdamı gerçekleştiren emek gücü, hastaların sağlığı üzerinde ciddi bir tehlike barındırabilir.

Palyatif bakım merkezinde ücretli refakatçilik yapan emek gücü, çoğunlukla kapitalizmle bütünleşen “ahbap-çavuş ilişkileri” üzerinden iş edinme süreçlerini gerçekleştirmiş ve sonrasında bu kanal ile temasını kesemeyerek bakım merkezi çalışanları tarafından da çalıştırılan bir çalışan olmuştur. İş sahibi olmasında kullandığı eş-dost ilişkileri nedeniyle bazı beklentiler altında ezilebilmiştir. Bakım emekçisinin, yeniden üretimi ve mutluluğunun da en az hasta kadar önemli olduğu ve palyatif bakımın hasta, hasta yakını ve çalışanlar ile tam bir bütün olduğu ifade edilebilmektedir.

Çalışma, aktaracağı bilgileri somutlamak amacıyla palyatif bakım merkezini ve ücretli refakatçileri neoliberal politikalar içerisinde özneleştirdiği gibi neoliberal politikaların sürdürülmesinin temel faili olarak ele almaktadır. Neoliberalizmin ve neoliberal politikaların yarattığı değişim ve dönüşümün sağlık hizmetleri ve çalışma yaşamı üzerinden irdelenmesi amaçlanan bu çalışma altı bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde neoliberal politikaların irdelenmesine bağlı olarak palyatif bakım ve sağlık kavramları irdelenmiştir. Beraberinde yaşlanma ve yaşlılığın tedavi ve bakım gerektiren hastalıkların oluşmasında önemli bir rolü olduğuna değinilmiştir. Devamında neoliberal politikalara bağlı olarak sağlık ve sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve sağlıkta emek gücü irdelendikten sonra sağlık hizmetlerindeki özelleştirme, piyasalaştırma ve serbestleştirme olguları ele alınmıştır.

İkinci bölümde neoliberalizm ana hatları ile açıklanmıştır. Neoliberalizm ve neoliberal politikaların çalışma yaşamında yarattığı dönüşüm irdelenmiş ve enformel sektöre yansımaları ele alınırken emek piyasalarının temel dinamiği olan esneklik ve güvencesizlik olguları açıklanmıştır.

Üçüncü bölümde neoliberalizmin etkisiyle üretilen bir istihdam biçimi olarak ücretli refakatçilik ele alınmıştır. Refakatçinin, iş edinme süreçleri, çalışma şartları, eğitim durumu,

sosyal hayatı, bakım yükü, yaşam doyumu ve tükenmişliği, faydalandığı grup terapisi ve manevi danışmanlık hizmeti başlıkları altında detaylıca irdelenmiştir.

Dördüncü bölüm araştırmanın sorunsalı ve metodolojisinden oluşmaktadır. Bu bölümde araştırmanın amacı, konusu, problemi ve önemine yer verilmiştir. Aynı zamanda araştırmanın nasıl yapıldığı, kullanılan veri toplama tekniği ve bu tekniğin neden tercih edildiği, saha araştırmasında karşılaşılan sorunlar ve araştırmanın sınırlılıkları yine bu bölümde yer almıştır. Bunlarla birlikte araştırmanın problemi, amacı ve yöntemine uygun biçimde tespit edilen ana temalar ile alt temalara yer verilmiştir.

Beşinci bölüm ise Antalya Atatürk Devlet Hastanesi TEV Kamile Cephaneioğlu Palyatif Bakım Merkezi'nde kalan hastalara ücretli bir biçimde refakat eden kişilerden oluşan bir katılımcı grubu ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucu elde edilen bulgular ve tartışmaları içermektedir.

Sonuçta ise araştırmanın genel bir değerlendirilmesi yapılmış olup araştırmadan elde edilen temel bulgular tartışılmıştır.

1. BÖLÜM

1. NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE SAĞLIK HİZMETİNDE PALYATİF BAKIM

Dünya Sağlık Örgütü; sağlık kavramının, bireyin sadece hastalık ve sakatlık hali ile ilgili olmadığını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden de iyilik halini kapsadığını ifade etmektedir (World Health Organization, 2011). Açıktır ki sağlık sadece duyu organlarıyla fark edilebilen bir gerçeklik değildir. Bireyin hareket kabiliyetindeki kısıtlamalar, psikolojik açıdan iyi hissetmeme durumu, sosyalleşememe ve toplumda yer edinememesi onu sağlıklı hissettirebilmektedir. Kalaycı ve Özkul’a göre (2018: 423) “tüm canlılar gibi insan da doğar, gelişerek büyür ve yaşlanarak ölür. Sürecin herhangi bir anında bu doğal akışı engelleyen ve herhangi bir bireyi, toplumsal çevreyi oluşturan diğer bireylerin özelliklerinden farklılaştıran fiziksel, psikolojik, mental ya da sosyal yetersizlikler çoğu kez bir ‘sağlıksızlık’ göstergesi olarak kabul edilir”. Sağlıklı olma durumu, kültürler ve bireyler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Bir toplum için sağlıksızlık olarak görülen sosyalleşmedeki yetersizlik diğer bir toplum için rutin olarak değerlendirilebilir. Nitekim bütün toplumlarda ortak kanıda olunan, benzer semptomlar gösteren, bireyin bütün yaşantısını derinden etkileyen bir hastalık tanısı ise kültürler arası farklılığı reddeder. Örneğin, kanser toplumdan topluma değişiklik gösteren bir sağlıksızlık tanısı değildir. Dolayısıyla bazı sağlıksızlıklar, farklı kültürlerin de sağlık kavramı etrafında fikir birliğine varmasını sağlayabilir.

Sağlık ve sağlıksızlık tanımlarında ayrımlar görülmektedir. Adak’a göre (2002: 23) “bireyin hareket fonksiyonları işlevsel, psikolojik açıdan etkin ve sosyalleşen bir varlık ise sağlıklıdır” ifadesi ile işlevsel paradigmanın en önemli temsilcisi Parsons ile aynı çizgide durmaktadır. Genel bir kavram olan sağlık, alt başlıklarına indirgeyen Akça Ay (2012: 7) ise “biyolojik açıdan sağlık, vücutta bulunan hücrelerin sistemli ve işlevsel olarak çalışabilme yeteneği” olarak açıklamaktadır. Illich’e göre (1995: 190) “bireyin kendisinde ve çevresinde ortaya çıkan değişimlere uyum gösterebilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü bekleyebilme yeteneği” olarak tanımlanan sağlık, önemli derecede çevresel faktörlerin etkisinde kalmaktadır. Son olarak Cirhinlioğlu (2010: 21) sağlık, “hastalığın olmaması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olma ve iyi durumda olma olarak tanımlarken bireyin kendi özelliklerinin çevresel oluşumlar ve olaylarla ilişkisindeki

yeterlilik/yetersizlik hali olarak açıklamaktadır.” Dolayısıyla çevresel faktörlerin olumsuzluğu ve biyolojik yatkınlık bireyi hastalıklara daha yakın konuma getirirken sağlıklı olma halinden uzaklaştırmaktadır. Nasıl fiziksel sağlık, fiziksel yeti ve kabiliyetlerin yeterliliği ile fiziki sağlık sorunlarının olmayışı olarak görülüyorsa sosyal sağlıkta ruh, çevre etkileşimleri ve refah düzeyi ile yakından ilintilidir. Fiziksel ya da ruhsal sağlığın bozulması ise hastalık olarak tanımlanabilmektedir.

İkel dönem ve antik çağ medeniyetlerinde “hastalık, tanrıların ve doğaüstü güçlerin verdiği ceza olarak algılanmıştır. Orta çağ medeniyetlerinde ise hastalık yine tanrının cezası olarak değerlendirilmeye devam edilse de daha sonra yaşanan toplumsal ve bilimsel gelişmelerle birlikte hastalık etkenleri tespit edilmiş ve çeşitli tedavi yöntemleri geliştirilmiştir” (Kelly, 2009: 30). Hastalık sebeplerinin saptanması, belirsizliklerin azalmasının ve tedavisinin de önünü açmıştır. Bireylerin temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaları, sürdürdükleri kötü alışkanlıklar olumsuz yaşam koşullarını beraberinde getirmektedir. Barınma ihtiyacını karşılayamayan ve yetersiz beslenen bireylerin hastalık olgusu ile sık sık karşılaşmaları tesadüf değildir. Nitekim sosyo-ekonomik durumu yetersiz olan toplumlarda hastalıkların daha da yaygınlaştığı görülmektedir. “Kendini hasta hissetme, bireyin sosyal ve kültürel yapısına, psikolojik özelliklerine ve ekonomik koşullarına göre patolojik değişiklikleri anlamlandırabilme süreci” (Kasapoğlu, 2008: 16) olarak tanımlanabilmektedir. Bu patolojik değişiklikler ve beraberinde sağlığın bozulması, en sık şekilde yaşlanma sürecine paralel olarak gerçekleşmektedir.

1.1. Sağlık Hastalık, Yaşlanma ve Yaşlılık: Palyatif Bakımda En Üst Aşama

Kapitalist üretim ilişkileri içerisinde her bir bireyin üretim ve tüketim süreçlerine etkin ve verimli bir şekilde katılması temele alınmaktadır. Dolayısıyla bireysel ve toplumsal yaşamda çeşitli sorumlulukların ve rollerin temsilcisi ve oyuncu haline getirilmektedir. Bu anlamda “hasta birey ise aktör olarak sosyal grup içinde etkin rol üstlenememekte ve katkı sağlayamamaktadır. Bu nedenle sosyal sistem içerisinde düzeni bozabilmektedir” (Kızılcılık, 1995: 65). Dolayısıyla evde bakıma ihtiyaç duyan bir hasta, aile yakını bakıcısının kapitalist sistem içerisine etkin bir üretici ve tüketici olarak girmesini engelleyebilir. Yerine getirilemeyen her rol, toplumun düzenini bozma eğilimi göstermektedir. Ayrıca yaşlılıkta toplumsal rol, sorumluluklar ve ilişkilerde oldukça önemli olan birçok değişiklikler ortaya

çıkılmaktadır. İlgar’a göre (2008: 63) “yaşlanmayla birlikte birey, kendine özgü rol ve sorumlulukları olan yeni bir toplumsal konuma geçer.” Yaşlı, daha önce yerine getirdiği bazı rol ve sorumluluktan feragat ederken ona yeni rol ve sorumluluklar yüklenmektedir. Dolayısıyla çocukluk evresinde bedenin henüz gelişmemiş olmasından kaynaklanan yetersizlikler hesaba katılmadığı müddetçe yaşlılık evresinin yetersizlikleri, çoğu zaman sağlıklı olma haliyle doğrudan örtüşmektedir (Kalaycı ve Özkul, 2018). Parsons’a göre “hasta rolü, hekim, hasta ve toplum kesimince biçimlendirilen, görev ve sorumluluklarla karakterize edilen sosyal bir rolü ifade etmektedir. Bu sorumluluk ve görevler: Birincisi; hasta olan birey hastalığı süreci boyunca sosyal rollerinden muaftır. Bu muafiyet toplum tarafından onaylanmıştır ve yasallaştırması hekim tarafından olmuştur. Hasta sosyal rolü iyileşinceye kadar ertelenir ve hastalığın şiddeti ile muafiyet doğru orantılıdır. Hekim aracılığıyla bir sağlık kurumundan alınan rapor, hastalık geçiren çalışanın iş yerinden uzaklaşmasını sağlayabilmektedir. İkincisi; hasta olan birey hastalığından sorumlu değildir ve hastalık bireysel kontrolü dışındadır. Hastanın iyilik haline dönmesi için hasta dışındaki iyileştirici süreçler önemlidir. Nitekim bakım alan hastanın iyileşmesi kolaylaşabilmektedir. Hastanın iyileşmesi için destek olan her çevresel faktör bu sürecin daha da kısalmasında pay sahibi olmaktadır. Üçüncüsü; hasta olan bireyin iyileşmek için çaba gösterme sorumluluğu vardır. Çünkü hastalık toplumsal olarak istenmeyen bir durumdur. Bu nedenle toplum tarafından hasta olan bireye sağlığına kavuşması için sorumluluk yüklenir. Dördüncüsü; hasta kendine yardım için profesyonel yardım almalı ve yardım edenler ile iş birliği içerisine girmelidir ve iyileşmek için çaba göstermelidir” (William’dan akt. Tekin 2007: 36). Bireyler, toplumda istenmeyen hastalanma olgusunu kendi uğraşları ya da uzmanlardan aldıkları yardımlar ile yok etmeye çalışmaktadır. Dolayısıyla bireylerin çabalarıyla sağlıklı olma hali yaygınlaşarak hasta olma halinden uzaklaşmaktadır.

Sosyologlar, sosyolojinin bir alt dalı olan sağlık sosyolojisi başlığı altında sağlık ve hastalığı etkileyen etmenler ve yaşam koşullarına değindikleri çeşitli eserler vermişlerdir. Güven’ e göre (2015: 130) “sosyolojinin ilk yapıtlarında kentlerde yaşayan işçilerin sağlıklı çalışma ve barınma koşullarına değinilmiştir. Örneğin Karl Marx, Kapital (1867) adlı eserinde kötü koşullarda çalışan ve barınan işçilerin sağlık koşullarına değinir. Benzer biçimde Friedrich Engels, İngiltere’de işçi sınıfının durumu (1844) adlı eserinde doğrudan işçilerin yaşam koşullarını ve bu koşulların sağlık, hastalık üzerindeki etkisine değinir. Engels, Konut

Sorunu (1872) adlı eserinde de yine işçilerin sağlık durumuna vurgu yapar.” Ayrıca sağlık sosyolojisini, kent sosyolojisi ve çalışma sosyolojisiyle de harmanlamışlardır.

Sağlık ve hastalık olgularını etkileyen bireysel ve toplumsal pek çok faktör bulunmaktadır. Dünya sağlık örgütü ve araştırmacılarının değerlendirmelerine göre hastalık ve sağlığı, biyolojik, sosyal ve ekonomik nedenler kamu hizmetleri ve politikaların sunumları ve bireysel nedenler etkilemektedir. İnsan sağlığını etkileyen biyolojik nedenlerin başında genin özellikleri gelmektedir. Anne ve babadan aktarılan genetik yapı; kişinin sağlık durumu ile ilgili geçmişte ve gelecekte karşı karşıya kalabileceği bütün durumlarda oldukça önemlidir (Öner, 2014). Dolayısıyla genetik faktörlerin, sağlık ve hastalık olgularıyla doğrudan ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Kuşaktan kuşağa aktarılan hastalıklar, aile içerisinde birden fazla kişide görülen genetik kökenli hastalıklar olarak görünürlük kazanabilir. Bunun yanı sıra psikolojik hastalığın da aile içinde diğer bireylere de sirayet edebileceği tartışmalı bir konudur. Nitekim toplum ortalamasına oranla aynı aile içinde ruhsal hastalıkların görülme durumu artar. İnsanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı, yaşlandığı ve hastalıklarla başa çıkacak sistemlerinin oluşturulduğu şartlar sağlığın sosyal etmenlerini belirlemektedir (WHO 2018).

Sosyal etmenler ise popülasyonlar arası dağılımı, uzunluğu ve kaliteyi etkin bir şekilde belirleyen gıda arzı, konut, ekonomik ve sosyal ilişkiler, ulaşım, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi yaşamı güçlendirici kaynaklar” (Brennan LK ve ark. 2008) biçiminde tanımlanmıştır. Sosyal etmenler başlığı altında bahsedilen kaynaklar, toplumun refahını ilgilendiren konuların başında gelmektedir. Bu kaynakların gelişmişlik ve yeterlilik durumu bireylerin sağlıklı olma halini yakından ilgilendirmektedir. Bireyin doğup büyüdüğü aile kadar içinde yaşadığı çevre de onun sağlığını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. İnsanların içerisinde yaşadığı ekolojik sistemlerde meydana gelen sorunlar o çevrede bulunan kişilerin sağlığı üzerinde de olumsuz etkilere gebedir. Kişinin içinde yaşadığı bölge ve iklim koşulları belli başlı hastalıkların daha sık görülme olasılığını arttırmaktadır (Sarı ve Atılğan, 2014). Yaşanılan coğrafi bölge ve o bölgenin iklimi, kişilerin gerçekleştireceği faaliyetleri ve tüketecekleri besinleri belirlemektedir (Turner, 1995). “Karadeniz bölgesinde çernobil faciası nedeni ile troid ve akciğer kanseri; Akdeniz ve Ege bölgelerinde yoğun güneşe maruz kalma sebebi ile cilt hastalıkları; Doğu Anadolu Bölgesinde hayvansal gıda tüketimi fazlalığı ile brusella, şarbon gibi hastalıkları; Güney Doğu Anadolu bölgesinde kişilerin beslenme

alışkanlıkları nedeniyle mide ve yemek borusu hastalıkları görülmektedir” (Öztürk, 2019: 382). Kişinin yakalanacağı hastalığı belirleyen faktörler arasında coğrafi bölge belirleyicilerden biridir.

Bireylerin hasta olmadan önce sergiledikleri bazı tutumlar, hastalıklara davetiye çıkartmaktadır. Palyatif bakımda tedavisi görülen bazı kronik hastalıkların temelinde de hastaların yaşamları boyunca benimsedikleri bu bireysel tutumların izleri görülmektedir. Örneğin sigara ve alkol kullanımı, fiziksel açıdan hareketsizlik, düzensiz ve yetersiz beslenme sağlığı olumsuz yönde etkileyen (Fine ve ark 2004; Poortinga 2007) bireysel davranışlardır. “Sigaraya bağlı olarak bireylerde akciğer, mide, yemek borusu, pankreas, rahim, mesane kanseri riski daha fazladır. Düzensiz beslenme ise obezite riskini arttırmakta ve buna bağlı olarak ise diyabet, solunum zorluğu, kas-iskelet sistemi problemleri, karaciğer yağlanması ve astım hastalıklarına sebep olmaktadır” (Öztürk, 2019: 382). Nitekim palyatif bakım merkezlerinde en çok görülen hastalıkların başında kanser ve akciğere bağlı hastalıklar gelmektedir.

Klasik tıpta hastalığın önlenmesi ele alınmazken tamamen amaç, hastalıkları yok etmek üzerine kuruludur. Ancak hastalığı yok etmek için de hastalığın kaynağı ve bu hastalığı ortadan kaldırmanın yöntemlerinin bilinmesi önemlidir. Nitekim günden güne değişiklik gösterebilecek hastalık ve çeşitlerini fark etmek, tanımlamak ve onlara uygun yaklaşımlara başvurmak kolay olmamaktadır. Önceden hastalığı yok etme girişimleri için temel alınan nokta hastalığın varlığı iken zaman içerisinde hastalıktan çok sağlığa odaklanma üzerine çalışılmış ve “hastalık, tedavi edilecek patolojik bir durum olmaktan çok, daha ortaya çıkmadan önlenmesi gereken ve sağlıklı yaşamayı tehdit eden istenmedik bir durum olarak tanımlanmaya başlanmıştır” (Cırhinlioğlu, 2001: 6). Sönmez’ e göre (2017) sağlıklı çevre ve temiz gıda üretimi birçok hastalığı daha baştan önleyici konumdadır. Dolayısıyla sağlanacak olan temiz ortam, hastalığın ortaya çıkmasını engelleme ve sağlıklı ortamın sürdürülebilirliği konusunda oldukça önemlidir.

II. Dünya Savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler ve buna bağlı çok sayıda uluslararası örgüt kurulmuş ve örgütler ‘sosyal haklar’ın korunmasına dönük birtakım kriterler belirlemişlerdir. O dönemde son derece güçlü esen sosyalizm rüzgarına karşı sosyal refah devleti de son derece güçlü bir aktör olarak tarih sahnesine çıkmıştır (Etiler, 2011). Etiler’e

göre (2011) “ulusal sağlık sistemleri” nin kurulduğu birçok ülkede sağlıksızlık, toplumsal bir sorun olarak nitelendirilmiştir.

“Sağlık hakkı, sağlıklı bir ortamda yaşama hakkı ve sağlıklı hizmetlerine ulaşma hakkı” olarak tanımlanırken sağlıklı ortamdaki kastettiği, herkesin işi, gelirinin olduğu ya da geliri olmayan insanların temel ihtiyaçlarının sosyal devletin bir hizmeti olarak karşılandığı ortam olarak nitelendirilmektedir (Sönmez, 2017: 102). Sağlık hakkının eksiksiz olarak uygulamaya geçmesi, ülkeden ülkeye farklılıklar göstermekle birlikte bu uygulamalar çeşitlilik arz etmektedir (Zengin, 2010). Sönmez’ e göre (2017) insan hakkı olarak kabul gören sağlık hakkı, devletin önemli bir yükümlülüğünün sağlık hizmetlerinin sunumundan geçtiğini ileri sürmektedir. Devlete çeşitli sorumluluklar yüklerken bazı yanlış anlaşılmalara da açık olan sağlık hakkının, bireyleri genetik ve bireysel yatkınlıklar nedeniyle sağlığı tehdit eden durumlardan koruyamayacağı belirgindir (Clapham ve Robinson, 2009). Sağlık ve eğitim hakkı doğuştan getirilen temel insani haklar arasında en önemlileri olmasına rağmen kamunun bu harcamalar için ciddi bir mali kaynak ayırmaması ve hatta bu hizmetlerin özelleştirilmesi, piyasalaştırılması ve serbestleştirilmesi kamu sağlığı açısından ciddi tehlikeleri barındırmaktadır.

Sağlığın çok boyutlu olması ve pek çok alt başlığa indirgenmesi sağlıklı olma halinin yalnızca doktor ya da sağlık görevlileri tarafından sağlanamayacağı gerçeğini gün yüzüne çıkarmıştır. Adak’ a göre (2002) insanların her açıdan sağlıklı olmaları için doktorlarla dirsek temasında olması gereken meslek grupları, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, fizyoterapistler, sosyolog ya da sosyal hizmet uzmanları olarak sıralanabilmektedir. Bu sıralanan meslek grupları, sağlığın artık sadece biyolojik açıdan ele alınamayacağını gösterir niteliktedir. Hastalıklarına önüne geçmek ve sürerliliği olan bir biçimde sağlıklı olmak bireyler ve onları oluşturan toplumlar açısından kilit bir rolde olmaktadır. Hastalığın uzaklaştırıcı ve rahatsız edici varlığı sağlığın kaybı korkusuyla eşdeğer görülebilmektedir. Bu nedenle sağlık artık her zaman önemsenen ve devamlılığı için çeşitli girişimlerde bulunan bir süreçte kendisini göstermektedir. Check uplar, rutin kontroller, aşılar, ek takviyeler bu girişimlerin bazıları olarak değerlendirilebilir. Bahsedilen bu girişimler yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artmasını da beraberinde getirmektedir.

Gelişmiş ya da gelişmekte olan toplumların demografik evrim sürecine bakıldığında ortalama yaşam süresinin uzadığı ve nüfusun yaşlandığı görülmektedir. Doğurganlık

oranlarında yaşanan düşüş, beslenme gibi temel gereksinimlerde yaşanan iyileşmeler ile tıpta görülen gelişmelere paralel olarak birçok önemli bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınabilmesi yaşı sayısının artışına neden olmuştur (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004).

Bireysel yaşamın her evresinde görülmekle birlikte sağlıklı olmayla ilintisi kurulan en önemli evre yaşlılık evresi olarak görünürlük kazanmaktadır. Nitekim hastalıkların en belirgin görüldüğü süreç yaşlılık dönemidir. Dolayısıyla bağımlı ve bakıma muhtaç hale gelmek yaşlanma ile birlikte daha görünür hale gelmektedir. Kronik hastalıkların en belirgin hale geldiği bu zaman diliminde iyileşmeler de yaşamın diğer süreçlerine kıyasla daha uzun zaman almaktadır.

Yaşlanma olgusu, işlev kaybı ve uyumun azalması ile birlikte insanlarda belirtilerini gösteren kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşlanmanın herkes için geçerli olması onu, evrensel kılmaktadır. Yaşlanmanın seyri bireyden bireye değişmekle birlikte zaman içerisinde evrensel bir biçimde biyopsikososyal açılardan kaybın devam ettiği bir sürece evrilir. Gelişen tıp ve artan sağlık okur-yazarlığı ile birlikte yaşlanmanın sağlıklı bir şekilde ve yavaş bir seyrinde ilerlemesi mümkün olmaktadır (Zubaroğlu, 2019). “Aileden ekonomik sistemlere kadar pek çok sosyal bütünlüğün etkilediği bir süreç olan yaşlanmanın gelişim evrelerini ve sonuçlarını derinlemesine anlamak için söz konusu sosyal bütünlükleri incelemek anahtar konumdur (Morgan ve Kunkel, 2007: 17). İstinasız bir şekilde bütün canlılarda görülen ve o canlı türüne özgü belirli bir dönem sonunda ölümle nihayetlenen yaşlanma, sıradan fizyolojik bir süreç (Ersanlı ve Kalkan, 2008) olarak açıklanmaktadır. Saçların ağardığı, hareket kabiliyetinin azaldığı, kırışıklıkların arttığı, duygusal yoğunluğun en üst seviyede yaşandığı hem fiziksel hem de sosyal açıdan bireyde sayısız değişimlerin gözlemlendiği bir evre olarak görünürlük kazanmıştır. Ayrıca “yaşlanma, çözülmenin, çökmenin ilk davranış şekillerine dönüşen ve gerilemenin başladığı zaman (Jabbari, 2020: 11) olarak tanımlanabilmektedir.

Yaşlılığın bir sorun olarak ele alınmasından ziyade yaşlılık sürecinin beraberinde getirdiklerinin sorun olarak ele alınması sosyal ve kültürel açıdan önemlidir. Nitekim “bu yönde hazırlanacak sosyal politikalar ve gerçekleştirilecek girişimler, sosyal destek ağını güçlendirerek yaşı ile toplum arasında sağlıklı bir aidiyet duygusu ve iş birliğine dayalı sosyal yaşam örüntüleri oluşturacaktır” (Alptekin, 2011: 13). Yaşlılara yönelik oluşturulan çeşitli mekânların olması ve o mekânlara değer atfedilmesi de görünürlük kazanmaktadır.

Palyatif bakım merkezleri, sadece yaşlılar için bir bakım alanı olmamakla birlikte yoğunlukla yaşlanma sürecindeki bireylerin tedavi gördükleri mekânlar olarak görünmektedir.

1.2. Neoliberalizm Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Sunumu

Ekonomi temelli siyasal bir ideoloji olan “neoliberalizm, kapitalizme özgü bir örgütlenmedir. Doğumu, kapitalizmin önceki örgütlenmesinin yeniden düzenlenmesidir” (Campbell, 2007: 323). Küçük bir öncü kitlenin dikkatini çeken düşünce ve politikaların fazlası olarak çağdaş kapitalizmin akli biçiminde “neoliberalizm, insanların evrensel rekabet ilkesi uyarınca yönetilmesinin yeni bir tarzını belirleyen söylemlerin, pratiklerin, düzeneklerin bütünü olarak tanımlanabilir” (Dardot ve Laval, 2012: 2) ve hayatın pek çok alanına sirayet etmiş olmasıyla birlikte önemli değişim ve dönüşümler yaratmaktadır.

Neoliberalizmi, bireysel tüketim, serbest ticaret, özel mülkiyeti savunarak toplumsal refaha ulaşılacağını ileri süren ekonomik ve politik uygulamalar bütünü olarak tanımlayan Harvey (2007) bu politika ile birlikte hayatı idame ettirmede başat rol oynayan barınma, eğitim ve sağlık gibi gereksinimlerin özelleştirilmesi ve bu ihtiyaçların serbest pazar ekonomisinde sunulan birer etkinlik olarak görülmesine neden olmaktadır (Gatwiri ve ark. 2020). Aksu (2016: 69) “neoliberalizmden genellikle devletin küçültülmesi, kamu harcamalarının azaltılması, özelleştirme ve emek piyasasının istikrarsızlaştırılması ve esnekleştirilmesinin” kastedildiğini buna bağlı olarak “neoliberalizmin yeni bir olgu değil, liberal düşüncenin temel tezlerinin farklı bir konjonktürde ve farklı olanaklarla yeniden vücut bulması” olarak tanımlandığını ifade etse de neoliberalizmin yalnızca ekonomik kavram ve politikalarla bir araya getirilerek sınırlandırılması yetersiz kalmaktadır.

Neoliberal politikalarla birlikte devletin başlıca sorumluluklarından biri olan sağlığın bir insan hakkı olduğu gerçeği reddedilerek üretilmesi gereken bir hizmet olduğu düşüncesi hâkim kılınmaya gayret gösterilmiştir (Subaşı, 2014). Her ne kadar Hartmann’a göre (2016) sağlık hizmetleri sunumunda başrolü üstlenenin özel sektör olduğu ifade edilse de Türkiye özelinde bunu söylemek mümkün değildir. Kurdaş (2017) neoliberal politikaların, özelleştirmeyi amaç edinerek kamu hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi sonucu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesine sebep olduğunu ileri sürmektedir. Deppe (2006) ise bu ticarileşmenin derecesini arttıranın sağlık hizmetlerinde işletme yönetimi yapıları olduğunu ifade etmiştir. Yaşa’ya göre (2012: 21) “sağlık hizmetleri, hem bireyin doğrudan sağlık

durumunu korumak ve iyileştirmek hem de sağlığını etkileyen etmenleri belirleyerek eğitim, çevre, iş yaşamı gibi koşulları düzenleyerek toplum refahını artırmak için faaliyet göstermek” şeklinde tanımlanabilir. Nitekim sağlığın toplum refahıyla doğrudan ilintili olduğunu söylemek mümkün iken sağlığın erişilebilirliği de önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün etkinliğinin artması sonucunda ise sağlık, alınıp satılabilen ticari bir metaya dönüşmektedir. Dolayısıyla bireyler hasta konumundan çıkıp birer potansiyel müşteri haline gelmektedir. Hastaların müşteri olarak görülmesi ile birlikte hekim ve hasta arasında bireysel çıkarlar özelinde bir güvensizlik yaşanılması kaçınılmaz olmuştur (Aslan ve Atalay, 2021). Çelikay ve Gümüş (2010) sağlık hizmetlerinin, zorunlu olması gerektiğini ileri sürerken hastaların müşteri olarak sınıflandırıldığı ve çıkar ilişkilerinin ekonomik bir etkinlik ortamına dönüştürdüğünü ifade etmişlerdir.

Sönmez (2011) 1980’li yıllarda sosyal devletin temel işlevlerinden biri olan sağlık hizmetlerinin, 1990 yıllarından sonra sağlıkta yaşanan özelleştirme, ticarileşme ve piyasalaşma süreçleri ile birlikte ivme kazandığını ileri sürmektedir. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ise sağlığın alınıp satılan bir biçime dönüştürülmesi olarak ifade edilmiştir. Neoliberal ekonomi politikaları, sağlık sisteminde değişikliklerin ortaya çıkması ve özelleştirme politikalarının önem kazanmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ticarileşme olarak görünür kılınan bu dönüşüm; sağlık, hastalık, sağlık uygulamalarında ekonomik etkenlerin artışı beraberinde getirmektedir (Turancı ve Bulut, 2016). Nitekim Turancı ve Bulut’a göre (2016: 59) “sağlık hizmetlerinin; koruma, teşhis, tedavi ve rehabilitasyondan oluşan her aşaması pazarlanabilecek bir metaya dönüşmüştür.”

Sağlık harcamaları değerlendirildiğinde harcamaların ne kadarının ihtiyaç ne kadarının ise “üretilmiş” bir tüketim olduğu konusunda soru işaretleri vardır. Dolayısıyla sağlık harcamalarındaki artışın kaynağının da başka bir sağlıksızlık göstergesi olabileceği tartışmaya açıktır (Sönmez, 2017). Sağlık harcamalarında görülen bu artış, sağlık hizmetine erişimi olmayan ya da az olanlara kamusal bir destek anlamı taşımayabilir. “Sağlık harcamalarının artışı, istenen bir ‘sağlıksızlık’ olarak da okunabilir” (Sönmez, 2017: 96). Açıktır ki önceden yalnızca kamusal bir hizmet çerçevesinde yürütülen ve ihtiyaca yönelik olan sağlık hakkı gün geçtikçe bu çerçevenin dışına çıkmıştır.

Son yıllarda “neoliberalizmin sağlık hizmetlerinin üzerindeki etkileri noktasında endişeler artmaktadır. Söz konusu etkiler özelleştirme, kemer sıkma politikası, sağlık hizmetlerinde serbest ticaret, devlet harcamalarının azaltılması gibi ekonomik açılardan ele alınmaktadır” (Filc ve ark., 2020: 1). “Sağlık hizmetlerinde hızlı ticarileşme, sağlık hizmetlerinin mali yükünün büyük bir bölümünü devletten bireylere kaydırmıştır” (Forsberg, 2013: 1). Dolayısıyla kapitalizmin tarihi ile başlayan “örgütlü sağlık hizmetleri” nin zaman içindeki değişimi ve dönüşümü de kapitalizmin geçirdiği aşamalar ile paralellik göstermektedir. İçinde bulunulan neoliberal dönemde yeniden şekillenen sağlık hizmetleri, piyasa dinamiklerinin etkisi altına girerek ticarileşmiştir. Nitekim “sağlık hizmetinin metalaştırılması; pazarın gelişmesi ve tüketici harcamalarının teşviki ile nitelendirilen neoliberal politikaların bir sonucudur” (Leng, 2007: 6).

Neoliberal politikaların yaşamın her alanına etkisi mevcuttur. Nitekim sağlık ve sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm, iki temel başlık altında irdelenmiştir. İlki, sağlığın hak olmaktan çıkarılarak sağlık hizmetinden yararlanmaya dair yapılan düzenlemeler olurken diğeri ise sağlık çalışanlarının verdiği hizmet ve onların çalışma koşullarında görünürlük kazanmıştır. Bu durumda ticarileşme sürecinde sağlık hizmetinden yararlanan ve bu hizmeti sunanları karşı karşıya getirmiştir (Sennet, 2009).

Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, neoliberal politikaların sonucu olarak değerlendirilmektedir. Orhaner (2006: 17) “sağlık hizmetlerini, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına, çevreyle uyum halinde yaşamalarını etki eden tüm faaliyetleri kapsamaktadır” şeklinde tanımlamıştır. Kalkınmakta olan ülkeler ivme kazanmak için toplum refahını gözetmelidir. Bunu sağlamak adına sağlık hizmetleri üzerine etkin çalışmaların yürütülmesi önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri denildiğinde akla ilk gelen tedavi edici sağlık hizmetleri olurken koruyucu sağlık hizmetleri ve rehabilite eden sağlık hizmetleri de bir arada yürütülmektedir. Türkiye’de tedavi edici sağlık hizmetlerini, sağlık bakanlığı, üniversiteler ve belli başlı özel kuruluşlar sunmaktadır. Rehabilite edici bir sağlık hizmeti sunumu olarak görülen palyatif bakım merkezleri de sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yer kaplamaktadır. Sadece iyi ölümü hedefleyen ve tedavi edici bir içeriği bulunmayan palyatif bakımın zaman içerisinde tedavi hizmetlerini de sunmaya başlaması bu merkezlerin niteliğini arttırmaktadır.

Türkiye’de 1980 sonrasında devlet “sağlık hizmetlerinde sağlayıcı konumundan çekilmeye başlamış, uzun vadeli denetleyici ve planlayıcı konumuna geçmeyi hedeflemiştir. Bu konum da beraberinde devletin sağlık hizmetlerinde kabuğuna çekilmesini beraberinde getirmiştir” (Subaşı, 2014: 9).

Sağlıkta Dönüşüm operasyonları ile hak olarak görülmeyen sağlık, müşteriye hizmet olarak satılmakta ve maddi bir karşılığa denk görülür hale gelmektedir (Sönmez, 2017). Sağlıkta Dönüşüm Programının asli hedefi, halkın sağlık düzeyini arttırmak olarak ifade edilebilir. SDP ile uygulanan politikalar, sağlık ile ilgili harcamaların dengede tutulurken bir yandan da etkin kullanılması amacıyla değerlendirilmektedir (Sülkü, 2011). Nitekim bu sağlıkta dönüşüm operasyonları, sağlığın yapısında köklü değişimler yaratmıştır “Türkiye’de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın anlamı, sağlık sistemi konusundaki planlamanın ulusal düzeyden uluslararası düzeye çıkmasıdır. Neoliberal politikaların ikinci dönemi olarak adlandırılan dönemde devlet tam anlamıyla neoliberal devlet niteliğine bürünerek özelleştirmenin ve serbest meta ticareti ve sermaye piyasaları için uygun ortam yaratılması için çabalamaktadır” (Güzelsarı, 2008: 38-39).

Neoliberal dönemin bir özelliği olarak uluslararası örgütler eliyle hazırlanan “reform programı, devletin düzenleyici rolünün yerine geçmesinin tipik bir örneğidir”. Türkiye’deki sağlık reformunun başlangıcı 1986 yılında DB’ nin yaptığı “Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması” olarak alındığında 2000’lerin ilk yarısına kadar süren bir “kuralsızlaştırma dönemi” ortaya çıkmaktadır. Sağlıktaki bu kuralsızlaştırma döneminde, bir yandan kamu sağlık kuruluşlarının desteklenmediği tam tersine bütçelerinin azaltıldığı, kamu sağlık hizmetinin kötülendiği, kamu sağlık çalışanlarının itibarsızlaştırıldığı diğer yandan da özel sağlık sektörünün çok çeşitli biçimlerde desteklendiği görülebilmektedir. Yine bu dönemde kamu sağlık kuruluşlarında destek hizmetlerinden başlayarak hizmet satın alma yaygınlaşmıştır (Etiler, 2011: 3). Özelleştirmeye yapılan bu teşvik, kamu hizmetlerinin arka plana atılmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde devletin rolünün düzenleyici konumdan denetleyici konuma geçtiği söylenebilmektedir.

Hem sağlık hizmetlerinde hem de kamuda yaşanan reformların etkili olması ile birlikte kamu sektöründe iş güvencesinden yoksun esnek istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Kamu kuruluşlarının özel işletmecilik kurallarıyla yönetimi, çalışanlar açısından kamu ve özel sektör arasındaki sınırın silikleşmesiyle sonuçlanmıştır. Diğer yandan özel sağlık sektöründe

sayıları giderek artan sağlık emekçileri güvencesiz, örgütsüz bir ortamda çalışmaktadır. Kısaca piyasa dinamiklerinin kamu sektörüne sızması ve de devletin kamusal sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesi binlerce sağlık çalışanının çalışma koşullarının, serbest piyasa kurallarına göre yeniden oluştuğu bir ortamı yaratmıştır. Bu ortam sağlıkta emek gücü maliyetini göz önünde bulunduran, maliyetin düşürülmesi için çeşitli yollara başvuran serbest piyasa ortamıdır. Böylece sağlık hizmetlerinde piyasalaşmayla esnek çalışma biçimleri, uzun çalışma saatleri ve düşük ücret gibi uygulamalar gündeme gelmiştir (Etiler, 2011: 10).

Sağlık hizmetlerinde en can alıcı nokta emek gücü olarak nitelendirilebilir. Sağlık sektöründe yeterli sayıda ve donanımlı emek gücüne sahip olmayan ülkelerde toplum sağlığı ve refahı ciddi bir tehlike altındadır. Bu emek gücünün sağladığı katkı, bilgi, yetenek ve tecrübelerle daha da anlam kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümler bu sektörde çalışan emek gücünü de yakından ilgilendirmektedir. Nitekim çalışanların çalışma ortamı, çalışma ortamlarının hizmet piyasasında konumu değişmektedir. Emek piyasalarında da iş gücü açısından değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu değişimin çalışanların yaptıkları işin içeriğini zayıflatarak boşalttığı ve anlamını yitirdiğini söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ile hastalar müşteri, sağlık ise satılan bir meta haline dönüştüğü için sağlık çalışanları da mecburi bir şekilde pazarlamacı konumuna düşürülmüştür. Sağlık ve sağlık çalışanları, ticarileşme ve özelleşme ile karşı karşıya kalsa da sağlığın en temel insani ihtiyaçlardan biri olduğu göz ardı edilmemelidir.

1.3. Sağlıkta Özelleştirme, Serbestleştirme ve Piyasalaştırma Uygulamaları

Toplumların devamlılığı için oldukça önemsenen sağlık ile ilgili farklı dönemlerde farklı politikalar izlenmiştir. Özellikle liberalizmden farklılaşan neoliberal dönemde, sağlık hizmetlerine odaklanmaya önemli bir yer ayrılmıştır. Neoliberalizm ile birlikte gelişen piyasalaştırma, özelleştirme ve serbestleştirme çalışmaları sağlık alanında özel sektörün güç kazanmasına neden olmaktadır. Kamunun dahilinde olan bazı girişimlerin serbest piyasaya bırakılması neoliberal politikaların beklentisiyle uyumaktadır.

Kamusal hizmetlere bağlı kurumların özelleştirilmesi; devletin, özellikle marjinal kesimler için yürüttüğü sosyal devlet anlayışından kopuşlar, çalışma süresi ve düşük ücret politikaları gibi yapısal uyum programları bilindik pratikler arasında etkiselliğini devam ettirmektedir (Yılmaz ve Genel, 2021: 254). Kamusal hizmetlere bağlı olan bu kurumlardan

biri de sağıktır. Sağık alanı özelleştirmeye benzer olarak serbestleştirme ve piyasalaştırma uygulamalarının da dahili altına girmektedir. Özelleştirme, genel olarak “kamu kuruluşlarındaki ve kamu ortaklıklarındaki yönetim ve hisselerin kısmen, tamamen veya geçici olarak özel kesime devredilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Önder, 1994).

Piyasalaştırma uygulamalarıyla devlet, mal ve hizmet üretiminde piyasayla rekabet edebilir bir yapıya dönüşmektedir. Nitekim McGregor (2001) kamu hizmetlerinin piyasalaştırılması ile vatandaş kavramının yerini alan müşterinin hizmeti sunan çok sayıda üretici arasından tercihte bulunarak kendisi için “en uygun” ürünü elde edebileceği düşünülmektedir. Hal böyle olunca sağıkta yaşanan ticarileşme ve piyasalaşma konusuna karşı çıkması gerekenler bu hizmeti alacak olan hastalar kadar aynı zamanda bu hizmeti verecek olan sağık çalışanlarıdır. Sağık çalışanları da en düşük maliyet en yüksek kâr mantığı çerçevesinde çalıştırılmaktadır. Nitelsiz iş gücü her alanda problemler yaratırken sağık alanında hayati bir konuya dönüşmektedir. Yaşama hakkıyla doğrudan iç içe olan sağık, nitelikli iş gücüne en çok ihtiyaç duyan istihdam alanıdır. Sağık ve bu alanda çalışan iş gücü, sağığı meta başlığı altında alınıp satılan bir şey gibi sağığı satın alınabilir bir hale dönüştürerek üretilen bir mal haline getirmiştir.

Sağık sektöründe geçerli olan asıl dinamikler ise piyasa dinamikleridir. Rehabilite ve tedavi edici hizmetin sunumunun gerçekleştiğı palyatif bakım merkezlerinden biri bu çalışmada mekân olarak kullanılmıştır. TEV Kamile Cephaneioğlu Palyatif Bakım Merkezi ile ilgili olarak piyasalaştırma ve serbestleştirme uygulamalarının etkileri ile belediye tarafından inşa edilmiş bir merkez olduğu ancak ilerleyen dönemde İl Sağık Müdürlüğü’nün devreye girmesiyle beraber devlet bünyesine geçen bir kurum olduğu bilinmektedir. Şimdi ise Antalya Atatürk Devlet Hastanesine bağılı olarak tedavi ve bakım hizmetlerine devam etmektedir. Bu bakım merkezinde ise enformel bir biçimde istihdam edilen emek gücü “ücretli refakatçi” dir.

2. BÖLÜM

2. ÇALIŞMA YAŞAMINDA DÖNÜŞÜM VE ENFORMEL SEKTÖR

2.1. Enformel Sektörde Emek ve Piyasa Dinamikleri

Endüstri devrimiyle birlikte ortaya çıkan üretim şekilleri ve liberal ekonomi sistemi çeşitli sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu sorunların çözümüne yönelik arayışlar sosyal politika alanıyla karşılık bulmuştur. Yeni sorunlar, ihtiyaçlar ve toplumların dinamik yapısı; üretim, ekonomi ve dolayısıyla da sosyal politik alandaki dönüşümün önünü açmıştır. Nihayetinde küreselleşme olgusuyla birlikte daha karmaşık bir hâl alan sosyal politika, ulus devletlerin bu alandaki rollerinin sorgulanmasına ve bu alana ilişkin yeni aktör arayışlarına neden olmuştur. Ülkemizde de dünyaya paralel olarak 1980'lerle birlikte hız kazanan neoliberal politikalar çeşitli tartışmaları beraberinde getirmektedir. Neoliberal politikalara eleştirel yaklaşanlar bu süreçle birlikte sosyal politikaların sermayenin güdümüne girdiğini, çalışanlar ve dezavantajlı gruplar aleyhine bir işleyiş sergilediğini ileri sürmektedirler. Diğer taraftan ise neoliberal politikaların gerekliliğini savunanlar eleştirileri ideolojik ve klişe olarak görmektedir. Onlara göre küresel sorunlara küresel çözümler üretilmeli, geçmişin hazır reçeteleri ile yetinmeyip günümüzün dinamiklerine uygun daha bütünleştirici ve sofistike çözüm yöntemleri denenmelidir (Dalbay, 2019: 46).

Neoliberal yaklaşımda, “enformelleşme, kapitalist süreçte geliri arttırma çabasının bir sonucu olarak ele alınır ve enformelleşmenin ortaya çıkışı da yeni liberalizmin yükselişinden kaynaklanmaktadır” (Erdut, 2005: 30). Formel biçimde tanımlanmayan, düzensiz ve kural dışı olarak nitelendirilen enformel kavramı, belirsizlik ile de örtüşmektedir. Katmanlı bir yapıya sahip olan istihdam, formel ve enformel sektör etrafında şekillenmektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün, 1972 yılında yayınladığı Kenya Raporu ile birlikte enformel sektörde literatüre dahil olmuştur. ILO, bu raporda kırdan kente göç eden kesmin formel sektörde yer alamamasından bahsederken enformel sektörün temelinde, dahil olunmasının kolaylığı, küçük ölçekli bir etkinlik olması, formel olmayan eğitim yoluyla elde edinilmiş vasıf ve düzenlenmemiş, rekabetçi piyasa özellikleri ile donatılmıştır (ILO, 1972). Literatürde enformel sektör yerine kullanılan diğer ifadeleri Şişman (1999: 15) “kayıt dışı

ekonomi, yeraltı ekonomi, illegal ekonomi, kara ekonomi, gizli ekonomi, resmi olmayan ekonomi, düzensiz ekonomi, marjinal ekonomi ve vergi dışı ekonomi” olarak sıralamıştır.

Fakat enformel ekonomi ve kayıt dışı ekonominin aynı anlamda kullanılamayacağı, ekonominin kayıtlı ve kayıt dışı olarak ele alınabileceği ve enformel ekonominin de kayıt dışı ekonominin bir alt kolu olarak görülebileceği ifade edilmektedir (Yetim, 1999). Ayrıca Toptaş (1998: 3) “kayıt dışı ekonominin, mal ve hizmet üretimine konu olmasına karşılık ekonominin geleneksel ölçüm yöntemleriyle tespit edilemediğinden gayri safi milli hasıla büyüklüklerine yansımayan, nizamsız, vergilendirilmemiş ve ölçülemez” nitelikte olduğunu ileri sürer. Nitekim GSMH içerisinde yer almaması ile kayıt dışılıkla doğrudan ilinti kurulabilmektedir.

“Ücretin el atından ödenmesi, belirsiz süreli iş ilişkileri, sektöre giriş çıkış kolaylığı, sosyal korumanın olmaması, büyük oranda yerli kaynaklara dayanması örgütsüz işçilik, az ve geri kalmış teknoloji, emek yoğun üretim, kayıt dışı olması ve güvencesiz istihdamı” enformel sektörün unsurları olarak tanımlamıştır (Kanyılmaz ve Özkul, 2012: 59). Ayrıca enformel sektör, “düşük sermaye, teknoloji ve istihdam olanakları çerçevesinde düşük ve düzensiz gelir düzeyi” nin söz konusu olmasıyla tanımlanabilmektedir (Gökbayrak, 2003: 232).

Çalışma koşulları kapsamında enformel istihdam, işçilerin esnek ve güvencesiz ortamda istihdamının sağlandığı ve emek gücünün olumsuz deneyimlere maruz kaldığı bir sektörü tanımlamaktadır. Enformel sektörde güvencesizlik ve esneklik yanında kayıt dışılığa ön plana çıkmaktadır ve enformel sektörün her bir parçası, en az çalışma koşulları kadar çalışanların yaşamlarında da düzensizliğe gebe.

Emek piyasalarına etki eden neoliberal politikalar, çalışanların çalışma şartlarında ortaya çıkan değişimlerden ibaret değildir. Emek piyasalarında gerçekleşen dönüşüm, siyasal, ekonomik ve toplumsal yansımalar olan yaygın bir etkiye sahiptir (Mütevellioglu ve Işık, 2009). Emek piyasaları, neoliberal küreselleşme ortamında işsizliğin yaygınlaştığı istihdam yapısında düzensiz, yarı zamanlı ve geçici işlerin düzenli işlerin yerini aldığı bir yapı ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla tam istihdamı hedefleyen refah devleti ve uygulamaları sorunlu bir hal almıştır (Buğra, 2011: 73).

Neoliberalizmin emek üzerindeki en olumsuz yansıması çalışma koşullarındaki zorluk olarak görünürlük kazanmaktadır. Neoliberal politikalar ile birlikte çalışma yaşamının iki temel dinamiği esneklik ve güvencesizlik olarak görülmektedir.

2.1.1. Esneklik ve Mağduriyetin İstismarı

Emek piyasalarında esneklik kavramı, çalışma, ücret, üretim, işin içeriğinin esnekliği ile ilişkili olmasıyla birlikte belirsizlik, değişiklik ve değişime uyum sağlayabilme yeteneği olarak görünürlük kazanmaktadır. İşgücünün korunması önünde engel olan esneklik, yeni bir olgu olmamakla birlikte işverenin emek gücü üzerindeki hakimiyetini en kısıtlı maliyetle en üst seviyede tutma niyetindedir. Ayrıca güvence kavramından bağımsız olarak iş gücü üzerindeki korunmayı zayıflatır (Özveri, 2017). İş kavramı esnekleşerek çeşitlilikler ortaya çıkartmıştır. Atipik, standart dışı, geçici, süresi belirli, mevsimlik, kısmi süreli gibi yeni biçimlere dönüşen iş, işçi kavramı ve niteliğinde de değişikliklere neden olmaktadır. Mavi yakalılardan, bilgi işçilerine dönüşmenin yanı sıra işin gerçekleştiği yerde de farklılıklar oluşmuştur. Nitekim geleneksel işyeri kavramı da esnekleşerek bazen kişinin yaşadığı ev bazen de çalışanın kendine ait bir ofisi olarak ortaya çıkmaktadır (Aydoğdu, 2012). Esnekleşme kavramı, işin içeriğinden, işin gerçekleştiği yere, çalışma saatinden, ücretlere yansıyan oldukça geniş bir kavramı olarak nitelenmektedir.

Ücret esnekliğinin makro ve mikro olmak üzere iki ayrı yönüyle istihdam ve işsizlik üzerindeki etkisi büyüktür. Makro yönüyle ücret esnekliğinde, ücret düzeyleri belirlenirken iki farklı yöntem vardır. Bu yöntemlerden birincisinde, işletmeler işçi sendikaları ile karşılıklı pazarlık yaparak veya yönetim kararı ile doğrudan karar alarak ücret düzeylerini belirlemektedirler. İkinci yöntemde ise ücret düzeylerinin belirlenmesinde ulusal toplu pazarlık süreci etkindir. Makro yönüyle ücret esnekliğinde etkili yaklaşım, sendikal gücün sınırlı olduğu ademi merkezi iş gücü piyasalarında veya sosyal taraflar arası işbirliğinin güçlü olduğu, ulusal düzeyde toplu pazarlık süreciyle desteklenen iş gücü piyasalarında elde edilmektedir. Belirli süreli hizmet sözleşmeleri ile çalışma, iş gücü piyasasının bir zorunluluğu olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışanların çoğunluğu tam zamanlı bir işi tercih etmelerine karşın, iş gücü piyasasının yetersizliği nedeniyle, belirli süreli hizmet sözleşmeleri ile çalışmaktadırlar (TİSK). Kısmi süreli çalışma eğilimi ile belirli süreli hizmet sözleşmeleri açısından olumlu ilişki kurulamamaktadır. Belirli süreli hizmet sözleşmeleriyle yaratılan geçici çalışma iş gücü piyasasının esnekliğini arttırmaktadır. Ancak geçici çalışma, kısmi

sürekli çalışmada olduğu gibi ekonomik açıdan bir ihtiyaç artışını yansıtmamaktadır. Aksine geçici çalışma iş gücü piyasasındaki yetersiz esnekliğin bir yansıması olmakta ve özellikle de istihdama yönelik katı düzenlemelerden kaçınmak için kullanılmaktadır (Fagan ve Ward, 2000: 8).

Refah devleti anlayışından vazgeçmeden istihdam yaratmak ve sosyal güvence sistemini bu anlayış içerisinde etkin kılmak çok önemlidir. Bu bağlamda sosyal harcamalar düzeyi tek başına istihdam performansının bir göstergesi değildir. Aksine istihdam açısından önemli olan sosyal güvence sisteminin harcama ve finansman yapısıdır (Ferrera, Hemerijck ve Rhodes, 2001: 182).

Esneklik, çalışan üzerinde mağduriyet yaratarak sonrasında bu mağduriyeti istismar eden ekonomi ve sosyal yaşam üzerinde oldukça etkili bir kavramdır. İstihdam alanları üzerinde tesirinin güçlü ve faydalı olduğu düşünülen esnekliğin zararı en çok işçilere dokunmaktadır. İş güvencesinin azalması, ücretlerde yaşanan düşüş ve çalışma koşullarındaki olumsuz şartlar iş gücü için zorluklar yaratmaktadır. Çalışma yaşamındaki iş, ücret ve zamanda yaşanan esneklik, çalışanları mağdur etmektedir. Doğan bu mağduriyet, işverenler tarafından istismar edilerek kâr ve kazancın en üst seviyeye çıkarılması hedeflenmektedir. Esneklik kavramı, çalışma yaşamının bir başka temel dinamiği olan güvencesizlik ile istihdam alan ve şartları bakımından iç içe geçmiş durumdadır.

2.1.2. Güvencesizlik ve Kurbanları

Güvencesizlik, “istihdam için basit bir kavram olmamakla birlikte istikrar, devamlılık, sosyal güvence, sigortanın yanı sıra sermaye ve kişinin sermaye karşısındaki konumlanış biçimi, çalışma zamanı, istihdam biçimi, çalışanın ücret alışı şekli gibi faktörler ile ilgili de bilgiler” (Usanmaz, 2018: 22) sağlayan bu kavram istihdamın biçimini belirler. Çalışma hayatının temel dinamiklerinden biri olan güvencesizlik; çoğunluk tarafından uzak durulan, istenmeyen ve bir tercihin sonucu olmadan içerisine dahil olmayı getirir. Seçimsizliğin bir sonucu olarak güvenceden yoksun işlerde emek harcayan iş gücü kurban olarak görülmüştür. Emeğin değersizleştirilmesi ve ucuzlatılması ile enformel sektörün ivme kazanması güvencesizlik ile birlikte ortaya çıkmıştır. İlhan’a göre (2019: 367) neoliberal kapitalizme içkin finans piyasaları üzerinden, güvencesizliği tecrübe etmekte olanların koşulları sürekli

olarak daha da kötüleştirilmekte, mağdurların sisteme direnme imkânları/politik eylem kapasiteleri dumura uğratılmaktadır.

Tüm dünyada özellikle sosyal devlet uygulamalarının minimuma çekilmiş olmasıyla güvencesizlik derinleşmekte, çalışanlar, çok yönlü bir güvencesizlik/dezavantajlılık sarmalına hapsedilmektedirler (Wichert, 2001: 100). Bu sarmala hapsedilen kesim ise farklı toplumsal katmalardan olmalarına rağmen yaş, eğitim düzeyi, sahip oldukları meslekler fark etmeksizin oldukça geniş bir kitleyi kapsamaktadır (Wichert, 2001). Güvencesiz çalışan kesmin, deneyimlediği sorunların başında sıklıkla yaşanan iş kaybı, aynı sıklıkla yapılan işin içeriğinin ve iş yerinin değiştirilme zorunluluğu, işini kaybetme korkusu, işverende herhangi bir hak talep edememe durumu ile birlikte işverenin dayatmalarına boyun eğme gelirken bu deneyimler ailevi ilişkiler ve psikolojik sağlık üzerinde de olumsuzluklar doğurmaktadır. Boşanmalar, istihdam nedeni yaşanan psiko-somatik hastalıklar, intihara sürüklenmede yaşanan artış başta niteliksiz emek gücü olmakla birlikte nitelikli emeğin de karşılaşılabildiği derin meselelerdir (İlhan, 2019).

Özel sektörden alışılagelmiş olan iş güvencesizliği kamuya da sirayet etmiştir. Devletin önemli kurumlarında yer alan sözleşmeli personeller işin güvencesini yok etmektedir. Okullardaki öğretmenler ya da hastanelerdeki sağlık çalışanları kamuya ait olan alanlarda güvencesizlikle sınanmaktadır.

Temel hak ve sosyal koruma olanaklarından yoksun olan güvencesiz çalışanlar, sağlık, doğum ve ölüm izni gibi ücretli izinlere ve sosyal haklardan ve kamu hizmetlerinden mahrum kalmaktadır (Standing, 2017). Hardt ve Negri (2017) güvencesizliği, kazanılan ücretlerin ihtiyaçları karşılamadığı, kitlesel işsizliğin artışına sebep olması ile birlikte yoksulluğu ortaya çıkaran nedenlerden biri olarak görür.

3. BÖLÜM

3. PALYATİF BAKIMIN ENFORMEL ÇALIŞANI: ÜCRETLİ REFAKATÇİ

Sanayileşme ile birlikte kadının çalışma yaşamına dahil olması nüfus dinamiklerinde sarsıcı bir etkiye neden olmuştur. Kapitalist sistem, doğum kontrol planlaması yöntemiyle doğum oranlarının azalmasına ve kadının çalışma yaşamında verimliliğini azaltacak bir süreci başlamadan bitirmeyi görev edinmiştir. İş verimliliği önünde engel görülen anne rolü, kadının enerjisinde bölünme yaşanmasıyla görünürlük kazanmaktadır. Bu nedenle çocuğa ayrılacak enerji kısıtlı tutulmaya gayret edinilmiştir. Sanayileşme öte yandan ev ve işin ayrılmasına neden olmakta ve kadının geleneksel olarak nitelendirilmiş rollerini oynaması önünde de engeldir. Kadının geleneksel rollerinden biri olarak nitelendirilen yaşlıya bakım verme görevi kadının çalışma yaşamına dahil olmasıyla sekteye uğramıştır. Hal böyle olunca kadının çalışma yaşamına girmesi 19. yy'da bakım sorununu ortaya çıkartmıştır (Oğlak, 2017). Nitekim bakım sorunu, kadının istihdama dahil olmasının yanı sıra nüfustaki artış, kentleşme, geleneksel aileden çekirdek aileye geçiş, ekonomik sorunlar gibi güçlüklerle de çözülmesi zorlaşan bir mesele halini almıştır (Bahar ve Parlar, 2007).

Sağlık sistemlerindeki nitelikli gelişmeler, toplumlarda yaşam süresinin uzamasını ve yaşlı nüfusun artışı beraberinde getirmiştir. Yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalıklar daha yaygın bir biçimde gün yüzüne çıkarken bakıma da daha sık ihtiyaç duyulur hale gelmiştir. Bakıma duyulan ihtiyaçta yaşanan artış, sosyal refah ve sosyal politika reformların daha merkezinde yer alırken kanayan bir yara olarak nitelendirilebilmektedir.

Bakıma ihtiyaç duyacak kesim sadece yaşlılardan oluşmamakla birlikte bakıma en çok ihtiyaç duyulan yaşam evresinin yaşlanma evresi olduğunu söylemek de eğreti değildir. Nitekim yaşlılık evresinin en önemli sosyal sorununun bakım olduğu açıktır. Adak (2003) buna paralel olarak her yaşlı, hasta ve bakıma muhtaç olmasa da hastalanma riskinin en üst seviyede olduğu bir dönem olarak fiziksel kısıtlılık ile birlikte bakıma ihtiyaç duyma olasılığındaki ciddi artışa dikkat çekmektedir.

Hasta ve yaşlı ya da yaşlı bir hasta olmak, aslında hepsi bakım emeğine olan ihtiyacı ile görünürleşir. Sağlıksız olma durumu, her yaşta sağlık hizmetine ihtiyaç doğurur. Nitekim

yaşlıların sayısal artışı ile “hastalığın tanı ve tedavisinin amaçlandığı sağlık hizmeti sunumu yanında yaşam kalitesini arttırmaya dönük rehabilitasyon ve bakım hizmetleri” (Şahin, Toprak ve Ünal, 2012: 242) daha önemsendir hale gelmiştir.

Sağlık hizmetleri dahilince tedavi hizmeti ve rehabilite edici rolleri üstlenen palyatif bakım hizmetleri de yaşam sonu bakım ile örtüşmektedir. Bireyselleşmiş, bütüncül ve duyarlı bir bakım her hasta için gerekli olmakla birlikte ölmekte olan için bir hasta için daha anlamlı ve önemlidir. Bu nedenle ciddi hastalıklara sahip olan ya da yaşamlarının sonuna yaklaşmış hastaların (İnci ve Öz, 2012) palyatif bakım hizmetlerinden yararlanmaları kilit konumdadır.

3.1. Palyatif Bakım

Palyatif sözcüğü “tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” (TDK) şeklinde tanımlanmaktadır. İnsanların yeniden üretimini, sağlığını, iyilik, mutluluk ve refahını sağlayan, fiziksel ve duygusal boyutları ile yaşamsal bir efor şeklinde tanımlanan bakım, (Topcuoğlu, 2012) kronik hastalıkları olan ve yaşamlarının sonuna yaklaştığı düşünülen hastalar için palyatif bakıma evrilebilir.

Palyatif bakımın içeriğinin süreç içinde dönüştüğünü söylemek mümkündür. Tedavinin son bulduğu ve artık ümidin kesildiği hastalara hizmet verirken zaman içerisinde tedavi sürecine devam eden hastalarında bu zincire eklenmesi söz konusu olmuştur. Her ne kadar palyatif, yaşam sonu bakım olarak nitelendirilse de tedavi süreci devam eden hastaların palyatif bakım merkezlerinden taburcu işlemlerini gerçekleştirerek yaşama tutunmaları gerçekleşebilmektedir.

Sağlık Bakanlığı palyatif bakım merkezlerini (PBM) “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlarla karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yollarıyla arttıran merkezler” olarak tanımlamaktadır.

Palyatif bakımın asli görevi, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırarak hastanın tedavi sürecinin verimli geçirilmesi ya da yaşamının sonunda hastaya yapılan etkin müdahalelerle rahat etmesinin sağlanmasıdır. Palyatif bakımda önemli noktalarda biri semptomların

önlenmesidir. Kıvanç’a göre (2017) farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılarak hastanın yaşamını rahat bir biçimde sürdürmesi amacı güdülmektedir.

Palyatif bakım, ciddi bir hastalığı bulunan bireylerin bütüncül bir yaklaşımla tedavileri devam ederken yaşam kalitelerinden ödün verilmemesini amaç edinen bir hizmet (Çimete, 2002) olarak tanımlanırken “tedaviden çok ağrı ve diğer semptomların kontrolüne vurgu yapan hastanın yaşamının sonunu onurlu ve rahat bir şekilde geçirmeye odaklanan ise hospis hareketidir” (Özkan, 2011: 70). Palyatif bakımın bir parçası olan hospiste palyatif bakımdan farklı olarak tedavi amaç olarak güdülmeyen hospis bakımında yaşamı uzatacak tedaviler durdurulup hasta ve yakınlarının bakımına odaklanmaktadır.

3.1.1. Palyatif Bakımda Grup Terapisi

Çoğunlukla yaşamlarının son dönemlerinde olan ağır hastalara bakım verme ve her an kayıp yaşama olasılığının yüksek olmasının ücretli refakatçileri olumsuz etkilediği görülmektedir. Palyatif bakım gören hastalarla çalışmak, ölümle sık sık burun buruna gelmeyi, iş motivasyonunu düşürmeyi ve hayat enerjisini kaybetmeyi beraberinde getirebilmektedir.

Grup terapisi, danışanların benzer sıkıntıları olan diğer danışanlarla beraber grup lideri eşliğinde belirli bir amaca yönelik görüşmeler sağlamasıdır. Palyatif bakım merkezlerinde bakım alan hastaların yakınlarına grup terapileri uygulanmaktadır. Benzer hastalıklarla savaşıyor veya benzer deneyimler paylaşan grupları bir araya getirir. Bu grup terapileri, sosyal çalışmacı ve manevi destek uzmanı rehberliğinde yürütülmektedir. Hem motivasyon sağlamaları hem de yalnızlığı dindirerek güç sağladığı ileri sürülmektedir. Hasta yakınlarının bir araya geldiği grup terapilerine bazı ücretli refakatçilerinde katılmakta gönüllü olması bakım yükünün zorluğunu ve palyatif bakım sürecinde hasta, hasta yakını ve çalışanların bir ekip olduğunu göstermektedir.

3.1.2. Palyatif Bakım ve Manevi Danışmanlık Hizmetleri

Ölüm, tıbbi bir olay olmasının yanı sıra toplumsal ve bireysel içerikleri de kuvvetli bir gerçekliktir. Palyatif bakımda hasta ile hasta yakınlarının birlikte desteklenmeleri, ölümden sonra yas sürecinde hasta yakınlarının desteklenmeye devam edilmeleri oldukça önemlidir.

Bunun kadar önemli bir diğer nokta da hastayı tedavi eden sağlık çalışanlarının desteklenmesidir.

Ünlü yazar Irvin D. Yalom'un "Günübirlik Hayatlar ve Gerçek Psikoterapi Öyküleri" kitabında "ölümcül bir hastalığı olan kişilerle çalışacaksam önce kendi ölüm korkumu halletmem gerektiğini anladım" ifadesiyle aslında tüm palyatif bakım çalışanlarının bu bağlamda desteklenme gerekliliklerini oldukça net bir biçimde ortaya koymaktadır (Demir, 2016).

Ölüme hazırlık genellikle bakım verenin, bakım sağladığı kişinin yaklaşan ölümüne hazır olması olarak tanımlanmaktadır. Ölüme hazırlık tıbbi, psikososyal, ruhsal ve pratik konuları kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. Ölüme hazırlık, bakıcılar ve sağlık ekibi arasında etkin bir iletişim gerektirmekte ve bakıcıların bütüncül bir biçimde bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak hazır olmasını sağlamaktadır (Breen ve ark., 2018). Breen ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada bakım vericilerin ölüme hazırlıkta zorlandıkları noktanın duygusal hazırlık olduğu her ne kadar bilişsel açıdan hazır olsalar da güçlük yaşadıkları ileri sürülmüştür. Farkındalığın olması duygusal ve psikolojik hazırlık için yeterli olmamaktadır. Yaklaşmakta olan ölüm hakkında bilgi sahibi olma ile yas sürecinin yarattığı duygusal boşluk birbirinden ayrıktır.

Modern toplumlardaki "sekülerleşmeye rağmen ölüme anlam yüklemeyi, başa çıkmayı, ölüme rağmen hayatı yaşanır kılmayı sağlayan etmenlerden biri de dindir" (Çölgeçen ve Güney, 2022: 141). Din ve maneviyat kavramlarının birbirleriye yerine konulabileceği düşünülse de farklı anlamları bulunmaktadır (Tuncay, 2007). Maneviyatın daha geniş çaplı bir anlamının olduğu dini ve dini öğeleri de içinde barındırdığı söylenebilir. Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından sağlık hizmetlerindeki manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri "manevi destek uygulaması", bu alanda görevli olan kişiler "manevi destek görevlisi" olarak adlandırılmaktadır (Özkan, 2017: 62). Bu danışmanlık hizmetlerini verebilmek ve manevi destek görevlisi unvanını alabilmek için cezaevinde, aile rehberlik alanında, sosyal hizmet kurumlarında ve hastanelerde manevi danışman olarak çalışan kişiler tarafından verilmektedir. Lisans düzeyinde ilahiyat, sosyoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik ve psikoloji mezunu olan bireylerin, manevi danışman unvanı alabilmek için manevi ve rehberlik eğitimi almaları gerekmektedir.

Manevi destek hizmetlerinin en önemli işlevi “bireyin kendisine, çevresine, topluma, Tanrıya ve doğaya karşı yaşadığı yabancılaşma duygusunu yok etmeye destek olmak veya onu minimize etmesini sağlamaktır”. Sonraki süreçte de bireyin hayatını anlamlı kılmaya çalışmaktır (Seyyar, 2010: 1369).

Hastanelerde önemli bir ihtiyaç olarak görülen manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri, insanların benimsedikleri inanç ve değerler doğrultusunda yer almaktadır (Başar, 2013). Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleriyle, hastalara ve hasta yakınlarına içerisinde yer aldıkları dönemde deneyimlenen acılı, üzüntülü, korkulu, yalnız ve ümitsizlik hisleriyle baş etmeye ve onların yanında olmaya, manevi açıdan danışmanlık ve rehberlik yapabilmeye, varsa cevaplanacak soru ve sorunları ile ilgilenmeye, ibadetlerini yerine getirebilmelerinde yardımcı olmaya, yaşadıklarına yeni bir anlam yüklemeye ve doğru yönlendirmeye uğraş gösterilmektedir (Arslan, 2017). Yapılan araştırmalarda “manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinden yararlanan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarında iyileşme” olduğu tespit edilmiştir (Çelik vd., 2014: 3).

3.1.3. Palyatif Bakım, Terminal Dönem ve İyi Ölüm

Terminal dönem, hasta bireyin yaşamının son haftalarına girdiği, artık ölümün onu hazırlıksız yakalayamayacağı çünkü beklenen bir durum olduğu dönemdir. Terminal dönemde olan hastanın bakımı sağlık personeli ve hasta yakınları için oldukça güç hale gelmiştir. Psikolojik yönden desteğe ihtiyaç duyan ise hem aile bireyleri hem de hasta olmaktadır. Bu dönem içerisinde karşılaşılan sorunlar ve bakım ihtiyaçları hastadan hastaya çeşitlilik gösterebilmektedir (Onan, 2001). Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireyler ve özellikle terminal dönem hastalar ve yakınları için uygulanan semptomatik tedaviler, yaşam kalitesini yükseltici etkiye sahip olup ağrı, bulantı-kusma, kaşeksi, halsizlik, dispne, anksiyete, deliryum, konfüzyon (Robinson, 2014) şeklinde sıralanabilmektedir. Terminal dönemden sonraki aşamanın ölüm olması beklenmektedir.

Önceden sadece terminal dönemdeki, tedavi edilme olanağı kalmamış hastalar için başvuru bir yaklaşımken daha sonrasında özellikle kronikleşen ve yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren tedavi edici hizmetlerin yanı sıra yürütülen (Borasio, 2011) bir rehabilite ve bakım hizmeti olarak görünürleşmektedir.

Yaşam sonu bakımın en temelinde iyi ölüm ile sonuçlandırmak yatmaktadır. Schulz’a göre (2018) yaşam sonuna yaklaşan hastanın semptomları kontrol altına alınmalı, ölüme hazırlıklı bir biçimde beklerken sağlık hizmetini veren kişilere güven duymalı ve uygulanacak tedavi seçenekleri ile ilgili karar vererek bütüncül bir yaklaşım ile tedavi edilebilmelidir.

3.2. Aile Yapısında Yaşanan Dönüşümün Bakım Emeğine Yansımaları

Aile, karşılıklı sevgi, saygı, anlayış, koruma, paylaşma ve yardımlaşmaya önem veren psikolojik ve duygusal açıdan desteğin en üst seviyede görüldüğü ve güven ilişkisinin olduğu önemli bir kurumdur. Bakıma muhtaç olan yakınlarının bakımında “görünmeyen bir işgücü” olarak bu kurumun içerisinde yer alan aile bireyleri nitelendirilmektedir (Anttonen, 2003). Toplum ailesi tarafından ihtiyaçlarının karşılanmadığı yaşlı/hastanın çocuklarını kınamaktadır. Bunun altında ise “yaşlıya, aile büyüğüne, ataya, dedeye, anaya yani emek verene saygı gösterme ve önem verme yatmaktadır (İçli, 2002). Değer atfedilen kişilerin temel ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumda olmaları bu kişilerin bakıma gereksinimi ortaya çıkartmaktadır.

Toplumsal değişimler, aile kurumunu derinden etkilemiş ve kurum içerisindeki bazı değerlerin yozlaşmasına neden olmaktadır. Bu değerler de bireylerin yaşam seyri üzerinde değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Toplumsal değişme kısıncasında aile kurumunun yapısında görülen değişmelerle birlikte bakım sorumluluğunu farklı kurum (Çoban, 2005) ve kişilerin üstlendiği görülmektedir. Ayrıca bakıma muhtaç olan bireylerin, aile içinde bakımlarının gerçekleştirilememesinin kadınların çalışma yaşamına katılması, konutların küçülmesi ve ekonomik sorunlar gibi başlıca nedenlerden kaynaklandığı belirlenerek bakım yükünün ortadan kaldırılması için ailenin desteklenmesi yönünde bakım, sosyal politikalarda kendisine yer edinmiştir (Tanlı, 2008).

Aile içinde bakım veren kişinin değişiminde kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerde yaşanan değişimler önemli rol oynamaktadır. Aile içinde verilen bakım, yabancı birinin verdiği bakıma dönüşmüştür. Bu gerçeğin altında demografik, iktisadi ve toplumsal nedenler yatmaktadır. İktisadi anlamda tek maaşın ev geçindirme konusunda yetersizliği, kadının çalışma yaşamına dahil olma zorunluluğunu ortaya çıkartmıştır. Bu durum kadının çalışmasına yol açarken bakım sağlayan ücretsiz emek gücünü yok etmiştir. Kadınların iş hayatına daha az dahil olduğu, eğitim süreçlerinin daha kısa olduğu, çocukların erken yaşta

evden kopmadığı zamanlarda hasta ya da yaşlıya bakım verecek birileri olurdu. Artık büyük oranda hastalara bakım veren kişinin bir yabancı olduğu görülmektedir. Bu yabancı, enformel istihdamın bir parçası olarak emek gücünü oluşturur.

Hastanın birinci veya ikinci derece yakınlarının hasta yakını olarak işveren konumunda olduğu ve dolayısıyla aile değerlerinde paha biçilemez bir kaybın yaşandığı fikri bu noktada tartışmaya açıktır. Sözlerine ve deneyimlerine değer verilen, saygı duyulan aile büyüklerinin hastalanması durumunda onlara bakım vermek eş, evlat ve birinci derece diğer yakınlarının asli görevi olarak düşünülmektedir. “Yaşlının/hastanın bakımının aile dışındaki bireylere devredilmesi çok hızlı ve köklü bir biçimde yaşanmamıştır. Bu sorumluluk, kolay kolay terk edilebilecek kaygan bir zeminde bulunmamaktadır” (Çoban, 2005: 42). Nitekim aile üyeleri tarafından hasta/yaşlıya bakım verilmediği takdirde bu durum toplumda hoş görülmemektedir. Aile yapısında yaşanan değişimler, aile bireyleri tarafında ücretsiz bir biçimde verilen bakım emeğini sekteye uğratmış ve yabancı birinin ücret karşılığında emek gücüne dönüşmesini beraberinde getirmiştir.

3.3. Bakımda Enformel Bir Emek Gücü: Ücretli Refakatçi

Bakım ihtiyacının aile içerisinde karşılanamaması ile birlikte başvuru yöntem, güvencesiz ve esnek koşullarda enformel bir istihdam olan “ücretli refakatçi” olmuştur. Refakatçiler, bakım ihtiyacı duyan kişilerin ‘hasta kimlikleriyle’ gerçek yaşamdaki kimlikleri arasında bağ kuran kişiler (Meriç, 2012) olarak tanımlanmıştır.

Refakatçi, hastanın yanında kalarak refakatini gerçekleştiren, ihtiyaçlarını gidermede yardımcı olan kişi olarak tanımlanır. Hastanın ilaçlarını vermek, yemeğini yedirmek, tuvaletine götürmek gibi temel ihtiyaçlarını gidermekte destek olma görevindedir. Refakatçiliğin tanımında, yanında olma, bakım verme gibi kavramlarla karşılaşılsa da ön plana çıkan kavram ihtiyaçlarının giderilmesi olmaktadır. Nitekim refakatçilerin ortak kanılarının, hastaların ihtiyaçlarının giderilmesi olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda refakatçilerin öncelikleri de bakım verdikleri hastaların ihtiyaçlarının takip edilmesi olmaktadır.

Refakatçilik informal bakım çerçevesinde gönüllü ya da gönülsüz olarak ya da istihdam türü biçiminde ücretli olarak sürdürülebilir. Nitekim Kalaycı ve Özkul’a göre (2018: 417) Türkiye’de de enformel konumda olan refakatçilik hizmeti gelenekselleşmiş bir şekilde hem

kurumsal alanlar hem de kurum dışı gündelik yaşamda çocuk, hasta ve yaşlı bakım ihtiyacı açısından önemli bir hizmet üretirken yaşanan iktisadi ve demografik dönüşümün yansımaları bu ülkeye özgü dinamikleri de üretmektedir.

Önceden refakatçilik akıllara ilk olarak aileden birini getirir ve genelde de bu kişi hastanın kızı, oğlu, kardeşi gibi birinci dereceden bir yakını olurken toplumsal dönüşümün dinamik getirileri gelinen noktada büyük oranda hastaya refakat eden kişinin “yabancı” birine dönüşmesini beraberinde getirmiştir. Süreç refakatçi kimliğini dönüştürürken refakatçi hasta ilişkisi de bir yakınlık/akrabalık ilişkisi olmaktan çıkmaktadır. Ücretsiz aile emeği çerçevesinde yürütülen refakatçilik hizmetleri, zaman içerisinde görünür bir şekilde ücretli istihdam alanlarından biri haline gelmektedir. Bu şekilde bir talebin ön şartı olan emek ve hizmet alma isteği gün geçtikçe daha fazla hissedilir hale gelmektedir (Kalaycı ve Özkul, 2018).

Refakatçiliğin aile sınırlarını aşarak yabancı birinin verdiği enformel bakım hizmetine dönüşmesinin temel sebeplerinden biri, bakım vermesi beklenen kişilerin profesyonel beyaz yakalı ya da mavi yakalı olarak başka kentlerde ikamet etmeleri, hastaların yakınlarının kapitalizmin esiri olarak çalışma hayatına dahil olmaları, hastaya bakım verecek müsaitliklerinin bulunmaması yani bireysel özerkleşme şeklinde görülebilir. Bütün bu elverişsiz koşullar “ücretli refakatçiliğin” ortaya çıkmasına neden olmuştur.

3.3.1. Ücretli Refakatçinin İş Edinme Sürecinde Ahbap-Çavuş Kapitalizmi

Ücretli refakatçilerin enformel sektörde çalışma yaşamına dahil olmaları çeşitli biçimlerde olmuştur. İş bulma sayfasından yayınlanan bir ilan ile komşuların haber vermesi özellikle de merkez çalışanları aracılığıyla gerçekleşmektedir. Refakatçi olarak çalışabilmek için öncelikle iş gücü ihtiyacından haberdar olmak gerekmektedir. Bu durum da özellikle “ahbap-çavuş kapitalizmi” biçiminde kavramsallaştırılabilir. Ahbap-çavuş kapitalizmi, merkez çalışanların tanıdıkları kişilere öncelikle haber vererek onlara yardımcı olmaları ile özdeşleşebilir. Hastanelerde, bakım merkezlerinde refakatçi olarak iş bulmak tanıdık olma vasıtasıyla kolaylaşır. Hasta yakınları, sevdiklerini, aile büyüklerini, yakınlarını emanet edecek kişiyi seçerken güven duymak ister ve referansa ihtiyaç duyarlar. Nitekim palyatif bakım merkezinde, bir kişinin ücretli refakatçi olarak çalışmaya başlamasında en aktif rol

oynayanlar, kadrolu sağlık personelleri dolayısıyla sosyal hizmet uzmanı ve merkez çalışanları olmaktadır.

Hastanelerde ya da bakım merkezlerinde refakatçi olarak iş bulmak tanıdık olma vasıtasıyla kolaylaşır. Hasta yakınları sevdiklerini, aile büyüklerini, yakınlarını emanet edecek kişiyi seçerken güven duymak ister ve referansa ihtiyaç duyarlar. Nitekim palyatif bakım merkezinde, bir kişinin ücretli refakatçi olarak çalışmaya başlamasında en aktif rol oynayanlar, kadrolu sağlık personelleri dolayısıyla sosyal hizmet uzmanı ve merkez çalışanları olmaktadır. Eş dost kapitalizmi olarak da nitelendirilebilen bu yaklaşım ile refakatçinin formel bir şekilde iş arama sürecine dahil olmadan birinin tanıdığı olma vasfıyla iş bulmasının mümkün olmasıyla benzer bir nitelik taşır. Dolayısıyla eş dost kapitalizmi, karşılıklı çıkara dayalıdır. Bakım merkezi çalışanın, refakatçinin iş bulmasında aktif rol oynaması kesin bir iş tanımı olmayan bakım emekçisinin ilerleyen süreçte yapması gerekmeyen işlerinde yapmasını doğurabilmektedir. İş bulma sürecinde köprü görevi gören, merkez çalışanına destek olabilmekte ve böylelikle karşılıklı çıkar sağlanabilmektedir.

3.3.2. Ücretli Refakatçilikte Çalışma Koşulları

Refakat eden kimsenin kim olduğu ve niyeti refakatin ücretli olup olmamasını belirler. Hasta ya da hasta yakınlarının işveren olduğu enformel bir iş ilişkisinde, refakatçi emekçiler esnek ücret ve esnek zaman şartları içinde çoğunlukla sosyal haklardan yoksun olan bir emek gücünü oluşturmaktadırlar.

Çalıştıkları gün sayısı üzerinden ücret alan refakatçiler, işveren ile anlaşılan rakam üzerinden aylık olarak da ücretlerini alabilirler. Çalışanların en önemli ortak noktaları esnek ve güvencesiz çalışma şartları içlerinde olmalarıdır. Bütün olarak bakıldığında esnek çalışma saatlerinde çalıştıklarını söylemek mümkünken bu durum da değişkenlik gösterebilir. Örneğin hastanın haftanın bir iki günü hastaya refakat edebilecek yakını bulunuyorsa çalışan izin yapabilme imkânı bulabilirken, hastanın refakat edebilecek bir yakınının olmaması çalışanın izinsiz bir biçimde haftanın yedi gün çalışmasına sebebiyet verebilir.

Enformel sektörde bir emek gücü olan ücretli refakatçilik, güvencesiz ve esnek şartlarda istihdam edilirken çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Günlük yaşam rutinleri değişikliğe

uğrayan refakatçi, çalışma koşullarının olumsuzluğu nedeniyle yaşamdaki rol ve görevlerini yerine getirememe gerçeğiyle yüzleşebilir.

3.3.3. Ücretli Refakatçinin Profesyonelliği ve Eğitim Durumu

Bilgi ve beceri düzeyini sürekli güncel tutan, deneyimli kişi profesyonel olarak tanımlanmaktadır. Yaptığı ve yapacağı işin en ayrıntılı yönlerini, girdisini-çıktısını kavrayarak kendisinden beklenenlerin farkında olan, normlara uyan, oyunu kuralına göre oynayan kişidir (Gökçora, 2005). Hoyle (1982) ise mesleğe atfedilen kriterleri zaman içerisinde artarak karşılama süreci olarak nitelendirir. Buna paralel olarak profesyonizm, uygulamanın kalitesinin artırılması ve standartlarının yükseltilmesi (Hargreaves, 2000) olarak da tanımlanabilir. “Profesyonel vasıflar, tutum davranışlarla ilgili içselleştirilmiş inançlar profesyonelliktir” (Swisher ve Page, 2005: 2). Nitekim bakım emeği konusunda çok az profesyonel olduğu bilinirken çalışanların geleneksel yöntemler kullanarak bu emeği yürüttüğü söylenebilir.

Örgütsüz emekte esas olanın bilgi düzeyi olduğunun düşünülmesi eğitim almış refakatçileri bir adım öne çıkarmaktadır. Ancak eğitilmiş refakatçi sayısı oldukça azdır. Profesyonellik olarak nitelendirilen, bakım konusunda alınan eğitimidir. Bu eğitimin yaygınlaşmış olduğunu söylemek ise mümkün olmamaktadır.

Hastanede “yatan bir hastaya yapılacak yardımın niteliği göz önüne alındığında bu konuda hiçbir eğitimi olmayan refakatçilerden ne tür bir yardım beklendiği son derece müphemdir” (Yetener ve Özgün, 2012: 98). Özellikle terminal dönem içerisindeki hastalara hizmet sunan ücretli refakatçilerin, palyatif bakımda ne derece etkin olacağı tartışmaya açıktır.

Refakatçilerin yeterli bilgi ve becerilerle donatılmamış olmaları hastaların tedavi ve bakım süreçlerinde güçlükler yaratabilmektedir. Hem bakım sorumluluğunu üstlenen refakatçinin hem de bakım verdiği hastanın, fiziksel ve psikolojik sağlığı tehlikeye girmektedir (Yetener ve Özgün, 1997).

3.3.4. Ücretli Refakatçi ve Sosyal Yaşam

Gönüllü ya da gönülsüz aile içi ya da bir yabancı tarafından verildiği fark etmeksizin hastaya bakım veren kişi, hastaya en yakın olan kişidir. Sürdürülen işin, hastanın sosyalliğini etkilemediğini söylemek mümkün olmamaktadır. Bu çalışmada yaşam sonu bakımdan bahsedildiği de göz önünde bulundurulduğunda bakım veren ile hastanın tek ve ortak bir hayat yaşadıklarını söylemek eğreti olmamaktadır. Refakatçilerin kendilerine ayırması beklenen boş zamanlarının sınırlılığı sosyal yaşamlarını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Hastaya bakım veren kişilerin sosyal yaşamlarına ilişkin çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Duru Aşiret'in (2011) çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın bakımıyla ilgili olarak güçlük yaşadığı ve bakım verme nedeniyle günlük yaşamlarının etkilendiği belirtilirken paralel bir şekilde Akyar ve Akdemir'in (2009) çalışmasında bakım verenlerin, bakım ve bakım etkinliklerini sürdürürken günlük yaşam faaliyetlerini olumsuz etkilediği kanısına varılmıştır.

Bakım veren kişinin sosyal yaşantısında önemli bir duraksama yaşanması doğaldır. Günlük aktivitelerini gerçekleştiremeyen, çoğu zaman bakım merkezinin dahi dışına çıkamayan refakatçi sosyalleşme ihtiyacını en fazla bakım merkezi içindeki insanlarla karşılayabilmektedir. Eski sosyal hayatından kopan birey yeni bir sosyal hayat için çeşitli yollar aramaktadır.

Refakatçilerin sosyal aktivitelerin kaybına bağlı sosyal izolasyon, rol çatışması ve evlilik ilişkilerinde gerginlikler, iş değişiklikleri ya da işten ayrılmalar, mali kaygılar, diğer aile üyelerinden ayrılma endişesi, çocuklarına yeteri kadar zaman ayıramamaya bağlı üzüntü, hastaya uygulanan tanı ve tedavi işlemlerinin yarattığı stres, ölüm korkusu gibi travmatik sorunlar yaşayabilmektedirler (Torun vd., 2012: 34).

3.3.5. Ücretli Refakatçinin Bakım Yüğü

Bakım yükü, bakım sorumluluğu alınan hastanın hastalığının seviyesi ve bakım veren kişiye yönelik tutumuna bağlı olarak farklılık gösterir. Bakım veren kişinin, deneyimlediği psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlardan kaynaklı bir tepki olarak ortaya çıkar (Dillehay ve Sandys, 1990).

Çeşitli stresörler içeren bakım yükünün, bakım verenin sağlığı üzerinde de olumsuz yansımaları ortaya çıkabilir. Özellikle bağımlı hastalara bakım veren bireylerin, fiziksel açıdan daha çok zorlanmaları ve kendi sağlıklarını da tehlikeye atma riskleri bulunmaktadır. Hastalara yürümede ve tuvalete gitmede destek olurken fizyolojik ağırlar çekmeleri mümkün olabilmektedir.

Bakım yükünü en çok tetikleyen konu, bakımın çoğu zaman tüm güne yayılarak ortaya çıkması ve bakım vereni sahip olduğu rol ve statülerden koparıırken sosyal yaşamını sıfıra indirmesidir. Nitekim insan hayatına ilişkin alınan sorumluluk, mesai günü, izin günü fark etmeksizin bakım emekçisini görev başında tutabilmektedir. Vicdan ve merhamet sahibi bakım emekçisinin, izin günü de olsa hasta iyi değilken bakım verdikleri hastayı yalnız bırakamamasına neden olmaktadır. Her ne kadar bu durum sorumluluk bilinci ve iyilik çerçevesinde ele alınsa da çalışanı yıpratıcı ve yorucu olabilmektedir.

3.3.6. Ücretli Refakatçilikte Yaşam Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi

Yaşam doyumu, bireylerin içinde bulunduğu koşullarda beklentileriyle elinde olanları uygun ölçülerle karşılaştırma sonucu elde ettikleri doyumdur (Dağlı ve Baysal, 2016: 1251). Dahlrup ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada bakım veren aile üyelerinin yaşam doyumlarında yaşanan düşüklüğü ileri sürmüştür. Açıktır ki çalışma koşullarındaki olumsuzluklar refakatçiliğin beklenti ve isteklerinde engel niteliği taşımaktadır.

Tükenmişlik, fiziksel ve psikolojik yorgunluğun yanı sıra negatif tutumları çevreye gösterme konusunda etkin olan bir sendrom olarak nitelendirilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981). Umutsuzluk, içinde bulunduğu durum ve çevreden keyif alamama, stres ile baş etme yöntemlerini etkin kullanamamak yaşam doyumunun azalması ve tükenmişlik sendromuna yakalanmayı beraberinde getirmektedir.

Bakım vermenin ötesinde ölüme yakın olan hastalara bakım vermek, daha zorlayıcı ve güçtür. Bu nedenle ücretli refakatçilerin, destek almaları ve baş etme stratejileri geliştirmeleri gerekmektedir. Çimete'ye göre (2002) bakım emekçisinin, bakım verdiği hastalar ile ilgili kayıplar yaşaması beraberinde tükenmişliği getirebilir. Açıktır ki hasta bakımıyla ilgilenen bireylerin yaşam doyumunun azalması ve bakım yüküne bağlı çeşitli sorunlar yaşaması fiziksel ve psikolojik olarak tükenmeye neden olabilmektedir.

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünün iki boyutlu olduğunu belirtmiş: nesnel yük ve öznel yük olarak ayırmıştır. Nesnel yükü; bakım verenin, hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve çaba olarak tanımlamaktadır. Öznel yük ise kişinin yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Duygularında yaşanan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlamışlardır (Montgomery vd, 1985). Genellikle “hissedilen bu duygular kaygı, keder, sıkıntı, suçluluk duygusu gibi duygusal yanıtlardır” (Atagün vd, 2011: 516).



4. BÖLÜM

4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

4.1. Araştırmanın Amacı ve Sorunsalları

Yaşamın vazgeçilmez bir unsuru olan “sağlık kavramı her ne kadar modern tıp ve ona ait kavramları çağrışırsa da toplumsal yapıya bağlı olarak şekillenip değişir ve bu bakımdan sağlık, biyolojik bir sorun olmanın ötesinde sosyal ve kültürel bir olgudur” (Deppe, 2011: 2). Bir kamu hizmeti olarak sunulması beklenen sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sağlık hizmetlerine ulaşımında adaletsizlik yarattığı gibi temel nitelikte kamusal bir sorumluluktan piyasanın işleyişine terk edilmektedir. Merkezine doktor ve hemşirelerin oturtulduğu sağlık sistemi içinde yaşlı/hasta bakıcılar görünmez bir perdenin arkasında kalırlar. Gerekli eğitimi almış yaşlı/hasta bakıcıların istihdamının hastane ve bakım merkezlerinde gereğince istihdam edilmemesi çeşitli sorunları beraberinde getirirken artan toplumsal yaşlanma ve beraberinde gelen kronik hastalıklar bu sorunları daha da büyötmüştür.

Temelinde teknolojiye ve sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişim olan insan yaşam süresinin uzaması hastalığa yakalanma riskini arttırdığı gibi özellikle yaşlılıkta görölen kronik hastalıkların süreçlerini de uzatmaktadır. Dolayısıyla artan yaşlı nüfus ile birlikte bakım daha fazla ihtiyaç duyulur hale gelmektedir. Geleneksel toplumlarda bakım, aile içi emek yoluyla çözölürken, artan orta sınıflaşma ve bireysel özerkleşme ile birlikte gelinen noktada bakım hizmeti kurumsal bir örgütlenmeyi gerekli kılmıştır. Bununla birlikte bakım örgütlenmesinin neoliberal politikalar bağlamında düzenlenmesi bakım süreçlerinin önemli bir bölümünü aile eksenli hale getirirken, sürece aynı zamanda palyatif bakım merkezlerinde ücretli refakatçilik hizmetleri de dahil olmuştur. Dolayısıyla aile içinde ücretsiz bir şekilde yürütölürken, bakım emeğinin kurumsallaşması anlamına gelen ücretli refakatçilik ve palyatif bakıma odaklanan bu çalışmada **en temelde** neoliberal politikalar ve çalışma yaşamının dönüşümü bağlamında palyatif bakım merkezlerindeki çalışmanın doğası ve bakım emekçilerinin emek süreçleri sorgulanmaktadır.

Sosyal devlet uygulamalarının minumuma çekilmesi ya da sosyal devletin tamamen yok edilmesi anlamına gelen neoliberal politikalarla birlikte güvencesiz ve esnek çalışma derinleşmekte, çalışma yaşamı çok yönlü dezavantajı beraberinde getirmektedir. Bu durum

bir olayın gerçekleşme olasılığı üzerinde tayin edici nitelikte olan ve bireyin olaya ilişkin vereceği karar ve tepkileri de karmaşıklaştıran/belirsizleştiren davranışlar sarmalını üretmektedir. Özellikle işin varlığı ya da kaybının hastalıkla ilgili olduğu palyatif bakımda ücretli emekçilerin kendilerini neyin beklediği noktasında yaşadıkları belirsizlik, süreçle mücadele etmede onları farklı stratejilere itebilmektedir. Ek olarak örgütsüz kapitalizmin esnek hiyerarşisi ve yatay iletişim içinde ‘bireysel pazarlığın’ etkinleştiği Türkiye gibi ülkelerde, iş edinme süreçlerinin işleyişinde ve işin sürdürülmesinde/uygulanmasında etkin rol oynayan mekanizmalar formel dinamikler üzerinden değil de eş-dost ilişkileri üzerinden yürütülüyorsa belirsizliğin formları ve mücadele etme stratejileri farklı görünümler almaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada, çalışma yaşamı ve emek süreçlerindeki eğretiliklerin Türkiye özelinde kapitalizmle bütünleşen “ahbap-çavuş ilişkileri” üzerinden sorgulanması çalışmanın **alt problemlerinden ilkin**i oluşturmaktadır.

Bakım hizmeti süreçlerinde bakımın aile sınırlarını aşarak harici birinin verdiği ve bakım merkezinde yoğunlaşan bir hizmete dönüşmesi, toplumsal yaşlanma ve onunla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunlarının artışına paralel olduğu gibi artan orta sınıflaşma ve bireysel özerkleşme ile de doğrudan ilintilidir. Süreç sadece bakımın niteliği ve biyolojik/fiziksel özelliklerle değil aynı zamanda psikolojik ve manevi içerikleriyle de kuvvetli bir gerçekliktir. Dolayısıyla “ölüm” ve “ölüm korkusu” sadece hastayla ilintili değil bakım hizmetini verenler tarafından da çok boyutlu olarak deneyimlenmektedir. Dolayısıyla sürecin işletilmesinde psikososyal beceri ve kültürel duyarlılığın kazanılması hem sürecin yürütülmesinde hem de sosyal hayat içinde son derece önemlidir. Hal böyle olunca çalışmada sorgulanan diğer **alt problemde** palyatif bakımda “terminal dönem ve “iyi ölüm” e bağlı olarak ücretsiz bakım emekçilerinin süreci deneyimleme biçimleri ve psikososyal becerileri **sorgulanmaktadır**.

Bakım süreci ücretli refakatçinin ‘kim’ olduğu ile de yakından ilintilidir. Çünkü bakım sürecini üstlenenin ve bakım emeği sürecinin sadece hasta, bakım merkezi ve iş döngüsüne hapsedilmemesi gerekir. Bakım hizmetinde hastanın yeniden üretimi ve mutluluğu kadar bakım emekçisinin sosyal yaşamda ve aile ilişkilerinde yeniden üretimi ve mutluluğu da esas olmalıdır. Hal böyle olunca bu çalışmanın **son alt problemini** ücretli bakım emekçisinin hem çalışma hem de sosyal yaşamda yeniden üretilmesine dair sorgulamalar oluşturmaktadır.

4.2. Araştırmanın Yöntem ve Tekniği, Sorgulama Temaları

Bir çalışmanın sosyolojik olmasının altında bir problem yatar. Sosyolog çalışmaya bu probleme odaklanarak literatürü taramayla başlar. Bourdieu'nun (2015) ifade ettiği gibi sosyolog artık bir ebeye dönüşmüştür; doğurtulması ise güç bir mesaidir. Bu mesaide sosyolog “iktidar” ın dilinden konuşmamalı ve başka bir dil inşa edebilmelidir. Bourdieu'a göre (2015: 15) “bir araştırma nesnesi, ne kadar kısmi ve parçalı olursa olsun, ancak ve ancak kendisine sorulan soru vasıtasıyla birbiriyle ilişkilendirilmiş gerçekliğin veçhelerinin sistematik biçimde sorgulanmasına olanak tanıyan bir teorik sorunsala göre tanımlanabilir veya inşa edilebilir.”

Araştırdığım problem, üniversite üçüncü sınıfta Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi'nde yaptığım staj döneminde gözlemlerime dayanan sosyolojik bir analizin peşinden gidilmesiyle ortaya çıkmıştır. Staj sürecinde sosyal çalışmacı ile birlikte haftada iki gün olacak şekilde gittiğim TEV Kamile Cephaneioğlu Palyatif Bakım Merkezi'nde hastalar, hastaya refakat eden kişilerin yabancılığı dikkatimi çeken ve irdelenmeye değer bir sorun olarak ortaya çıkmıştır.

Çalışma, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'ne bağlı TEV Kamile Cephaneioğlu Bakım Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Daha önce fazlaca sayıda ücretli refakatçinin bulunduğu bu mekânın, araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli özelliklere sahip olduğu değerlendirilmiştir.

Saha araştırması öncesi belirlenmiş temaların, istenen bilgilere ulaşmada yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla merkezde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamada bakım merkezinde beş ücretli refakatçi ile görüşme sağlanmıştır. Pilot uygulama akabinde derinleşme konusunda eksiklikler tamamlanarak alan araştırması gerçekleştirilmiştir. Ayrıca yapılan derinlemesine görüşmeler, katılımcıların doğrudan anlatısına dayanmakta ve bu noktada yapılandırılmış çalışmalardan ayrılmaktadır. Örneklerin cinsiyeti konusunda farklılaşma gözlemlenmemiştir. Bütün katılımcılar kadın bireylerden oluşmaktadır. Görüşmeler esnasında doyuma ulaşıldığı düşünülen ve tekrara düşülmesi sebebiyle araştırma yirmi bir mülakatla sonlandırılmıştır.

Çalışmada veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme kullanılmıştır. Nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan derinlemesine mülakat, araştırılan konunun bütün boyutlarıyla ele alınmasını, yüz yüze görüşme yoluyla bilgi toplanmasını mümkün kılan, açık uçlu soruların yöneltildiği ve detaylı cevapların elde edildiği veri toplama tekniğidir (Tekin, 2016). Bu tekniğin kullanılmasında, öznel bakış açıları, anlam dünyalarını ortaya koyma, meseleyi araştırma öznelinin gözlüklerinden görmek ve meselenin en derine inerek oradakileri yüzeye çıkarmak (Kuş, 2012) önem taşımaktadır.

Çalışma öznesi olan “ücretli refakatçilerin” enformel bir iş gücü olmaları nedeniyle çalışma sosyolojisi, neoliberal düzlemde sağlığın dönüşümü ve piyasalaştırılmasını ve sağlık hizmeti veren palyatif bakım merkezlerinin doğasına odaklanması bakımından sağlık sosyolojisi, hastanın ve hastalığın metalaşmasının irdelenmesi bağlamında hastalık sosyolojisi ve palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastaların önemli ölçüde yaşlı hastalardan oluşması açısından yaşlanma ve yaşlılık sosyolojisi bağlamında sosyoloji disiplininin alt dallarının toplumsal görünümünü incelemesine dayanmaktadır. Öncelikli olarak literatürdeki çalışmalar incelenmiş ve refakatçiler üzerine yapılan çalışmalarda bakım merkezinde fark edilen ve gözlemlenen bu bakım emeği sürecinin dönüşmesi ve ücretli refakatçilik ile ilgili alana özgün bir katkı yapılabileceğinin düşünülmesi çalışmanın önemini göstermektedir.

TEV Kamile Cephaneçioğlu Palyatif Bakım Merkezi’nde kalan hastalara ücretli bir biçimde refakat eden kişilerden oluşmaktadır. 21 katılımcı ile gerçekleştirilmiş olan çalışmada katılımcıların cinsiyeti tamamen kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımlarının 18-25 yaş grubunda 1 kişi, 26-40 yaş grubunda 4 kişi, 41-50 yaş grubunda 13 kişi, 51-65 yaş grubunda ise 3 kişi olduğu görülmektedir.

4.2.1. Demografik Bilgiler

Tablo 4.1. Ücretli Refakatçilerin Yaş Dağılımları

Yaş Grupları	Sayı
18-25	1
26-40	4
41-50	13
51-65	3
Toplam	21

Ücretli refakatçilerin yaş dağılımları incelendiğinde; refakatçilerin, 18-25 yaş grubunda, 1 kişi 26-40 yaş grubunda 4 kişi, 41-50 yaş grubunda 13 kişi ve 51-65 yaş grubunda 3 kişi olduğu görülmektedir. Nitekim refakatçilerin yaş grubunun büyük ölçüde 40 yaşın üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Ücretli Refakatçilerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımlar

Eğitim Durumu	Sayı
İlkokul	3
Ortaokul	8
Lise	4
Yüksekokul/Üniversite	6
Toplam	21

Ücretli refakatçilerin eğitim durumları incelendiğinde; 3 kişinin ilkokul mezunu, 8 kişinin ortaokul mezunu, 4 kişinin lise mezunu ve 6 kişinin yüksekokul, üniversite mezunu olmak üzere çalışmanın 21 katılımdan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Ücretli Refakatçilik Deneyimi

Refakatçilik Deneyimi	Sayı
İlk	4
6 ay ve üzeri	9
1 yıl ve üzeri	33
2 yıl ve üzeri	5
Toplam	21

Ücretli refakatçilerin deneyim süreleri incelendiğinde; 4 kişinin ilk deneyimi, 9 kişinin 6 - 11 ay arasında deneyimi bulunduğu, 3 kişinin 12-23 ay deneyimi olduğu ve son olarak 5 kişinin ise 24 ay ve üzeri deneyimi olduğu görölmektedir.

Tablo 4. Ücretli Refakatçilerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durum	Sayı
Bekar	9
Evli	12
Toplam	21

Ücretli refakatçilerin medeni durumları incelendiğinde; 9 kişinin bekar, 12 kişinin evli olduğu görölmektedir.

Tablo 4.5. Ücretli Refakatçilerin Cinsiyete Göre Dağılımları

Cinsiyet	Sayı
Erkek	0
Kadın	21
Toplam	21

Ücretli refakatçilerin cinsiyetleri incelendiğinde tamamının kadınlarda olduğu görölmektedir.

Tablo 4.6. Ücretli Refakatçilerin Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları

Çocuđunuz var mı?	Sayı
Yok	4
1	3
2	5
3 ve üzeri	9
Toplam	21

Ücretli refakatçilerin çocuk sayıları incelendiğinde; 4kişinin çocuğu olmadığı, 3 kişinin tek çocuğu olduğu, 5 kişinin 2 çocuğu olduğu, 9 kişinin 3 ve üzeri sayıda çocuğu olduğu görölmektedir

Tablo 4.7. Ücretli Refakatçilere Göre Hastanın Bağımlılık Düzeyi

Refakatçilere Göre Hastanın Bağımlılık Düzeyi	Sayı
Bağımsız	0
Yardımla	2
Bağımlı	19
Toplam	21

Ücretli refakatçilere göre bakım verdikleri hastaların bağımlılık düzeyleri incelendiğinde; 2 kişinin yardımla, 19 kişinin ise bağımlı olarak bakım aldığı görülmektedir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Demografik Bilgileri ve Metin İçi Kodları

KATILIMCILAR	DEMOGRAFİK BİLGİLER
K1	49 yaşında, kadın ortaokul mezunu, evli
K2	40 yaşında, kadın, lise 2 terk, evli
K3	29 yaşında, kadın, yüksekokul mezunu, bekar
K4	57 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, bekar
K5	52 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, bekar
K6	44 yaşında, kadın, lise mezunu, bekar
K7	25 yaşında, kadın, üniversite mezunu, bekar
K8	46 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, evli
K9	49 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli
K10	50 yaşında, kadın, lise mezunu, evli
K11	48 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli
K12	45 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, bekar
K13	45 yaşında, kadın, yüksekokul mezunu, bekar
K14	46 yaşında, kadın, lise mezunu, evli
K15	28 yaşında, kadın, üniversite mezunu, bekar
K16	47 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli
K17	43 yaşında, kadın, yüksekokul mezunu, evli
K18	54 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, evli
K19	31 yaşında, kadın, üniversite mezunu, bekar
K20	46 yaşında, kadın, lise mezunu, evli
K21	49 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli

Araştırma kapsamında Antalya Atatürk Devlet Hastanesi TEV Kamile Cephaneçioğlu Palyatif Bakım Merkezinde, ücretli refakatçiler ile görüşmeler yapılacaktır. Çalışma nitel bir analize dayanmaktadır. Dolayısıyla yapılan derinlemesine görüşmeler, katılımcıların doğrudan anlatısına dayanmakta ve bu noktada yapılandırılmış çalışmalarda ayrılmaktadır. “Neoliberal politikalar ve çalışma yaşamının dönüşümü”, “sağlıkta emek dönüşümü ve emeğin dönüşümü”, “dönüşen aile yapısının palyatif bakımda ürettiği ücretli refakatçilik” temaları çerçevesinde yapılan derinlemesine görüşmeler, çalışmanın problematiğine cevap üretmek için oluşturulan temalar çerçevesinde ilgili literatüre de gönderme yapılarak tezin bulgular bölümünde yorumlanacaktır.

4.2.2. Çalışmanın Sorgulama Temaları

1. Kamuda Neoliberal Politikalar, Ücretli Emek ve Refakatçilik

- Çalışma Yaşamı, Ahbap-Çavuş Kapitalizmi ve Yaşam Anlatıları
- Esnek İstihdam, Eğretilikler ve Örgütsüz Emek
- Olmayan Profesyonellik ve Uzmanlaşma

2. Ücretli Refakatçilik, Palyatif Bakım ve Hasta

- Palyatif Bakımda Ücretli Refakatçi, Dönüşen Aile Yapısı ve Hasta
- Palyatif Bakım, Terminal Dönem ve İyi Ölüm

3. Sosyal ve Psikolojik Açından Ücretli Refakatçilik, Grup Terapisi ve Manevi Danışmanlık Hizmeti

- Sosyal Yaşamda Ücretli Refakatçilik ve Bakım Döngüsü
- Ücretli Refakatçilik, Bakım Yükü ve Psikolojik Yansımalar
- Palyatif Bakım Merkezinde Grup Terapileri ve Manevi Danışmanlık Hizmeti

5. BÖLÜM

5. BULGULAR VE TARTIŞMA

5.1. Kamuda Neoliberal Politikalar, Ücretli Emek ve Refakatçilik

Küresel düzeyde ve Türkiye özelinde neoliberal dönüşümle birlikte piyasa dinamiklerini başat kılmayı hedefleyen yapısal düzenlemeler uygulamaya sokulmaktadır. Bu düzenlemeler, emeğin sermaye karşısındaki gücünü azaltırken, emeğin kazanımları daha da fazla aşınmaktadır. Dolayısıyla emeğin ekonomik kazanımlarının düşmesine paralel olarak sosyal güvencenin ve iş güvencesinin azaldığı iş biçimleri yaygınlaşmaktadır (Kalaycıoğlu ve Tılıç, 2012).

Neoliberal politikalarla birlikte kayıtsız çalışmanın artması, rastlantısal ya da kısa süreli işler, esnek iş süreleri ya da ücretleri kapsayan işler; kayıtsız bir işletme ya da hane halkına bağlı olan bir kişi adına çalışma (örneğin iş yeri dışında ve iş sözleşmesi bulunmaksızın işin görüldüğü yerin işverene ait olduğu mekanlar dışındaki işler; ya da iş mevzuatının uygulanmadığı veya çeşitli gerekçelerle tanınmadığı işler) enformel istihdamın dahilinde gerçekleşmektedir (Daza,2016: 6-7). Nitekim ücretli refakatçilerde kayıtsız çalıştırılarak enformel çalışma yaşamının bir parçası haline getirilmişlerdir.

Neoliberal politikaların en önemli tamamlayıcısı niteliğinde olan enformel istihdam belirlenirken ekonomik gelişmişlik düzeyi, sektör, işkolu, bölge, çalışan sayısı, çalışanların statüsü, yaratılan gelir ve genellikle kadınlar ve çocuklar gibi güçsüz kümeler üzerinden ayrımlar yapılmakta ve çözümlemelere girilmektedir. Bu anlamda, enformel istihdamın kayıtsızlık, saklı üretimin gerçekleşmesi, ölçüm güçlüğü, ücretin el altından ödenmesi, iş süresinin genellikle belirsiz ve korumanın yetersiz olması unsurları ile formel istihdamdan ayrılmaktadır (Erdut, 2007: 56). Nitekim Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Sosyal Hizmetler Birimi'ndeki Palyatif bakım merkezinde çalışan ücretli refakatçiler ile yapılan derinlemesine görüşmeler, bu birimdeki ücretli refakatçilerin ücretlerinin ödenme biçiminin formel koşulların dışında ve kayıtsız çalışmayı kanıtlar nitelikte olduğunu ortaya koymaktadır.

“Bankadan yatırılmaz. Sonra bu ne diye sormasınlar diyedir herhalde. İzin günlerinde genelde elden verir hep.” (K,6)

“El altından ödüyorlar. Başka nasıl ödeyecekler.” (K, 10)

Formel istihdamdan ayrılan yönlerinden biri ücretin el altından ödenmesidir. Enformel sektörde emek, ücretin el atından ödenmesi, belirsiz süreli ve sözleşmeye dayalı iş ilişkileri, sektöre giriş ve çıkışın enformelleşmesi, sosyal korumanın olmaması, emeğin örgütsüzlüğü, emek yoğun üretimi, kayıt dışılık ve güvencesiz istihdamı içerir. Mülakatlar ücretli refakatçilerin ücretlerinin ödenme biçiminin kayıt dışılığını ortaya koyar niteliktedir. Bakım süreleri kurumsallaştırılamadığı sürece, sürecin doğası da enformelleşmenin kendisini üretir niteliktedir. K19’un ifadeleri, çekirdek aile yapısının daha çok parçalanması ve bireysel özerkleşmeye bağlı olarak sürecin doğasının ücretli refakatçilikte enformelleşmeyi ürettiğini gösterir niteliktedir.

“Bütün ailede ibanım var (refakatçilik ettiği ailenin yakınlarını kast ederek). Bir hafta oğlu başka hafta gelini, kızı şeklinde aralarında ayarlayarak gönderiyorlar.” (K,19)

Mülakatlardan da anlaşılacağı üzere enformel çalışma, geleneksel yasal düzen dışında ve geçimlik (günlük/yövmiye) çerçevede gerçekleştiğinden, (Erdut, 2007: 57) kayıtsız çalışmayı yaygınlaştırmaktadır. Renoyvd göre (2004) enformel istihdamda iki başlık çok önemlidir. İlki, işletmelerin iş gücü maliyetini düşürmek istemesi nedeniyle enformel istihdamın bu amaç doğrultusunda özendirilmektedir. Diğer başlık ise, işsizliğin enformel istihdam için bir havuz oluşturmaktır. Enformel ekonomide istihdamı düzenleyen yasal ve yönetsel kuralların tanınmaması ya da eksik uygulanması hem sorunlardan hem de unsurlardan biridir. Enformel istihdam edilenler, genellikle bağımsız ya da kendi hesabına çalıştıklarından iş süresi ve dinlenme dönemleri gibi diğer görünümeler çalışma normlarıncı düzenlenmiş değildir. (Erdut, 2007: 59). İşsizliğin artmasıyla birlikte formel sektörde yer bulamayan ve profesyonellikten uzak kesimin yer aldığı sektör enformel sektör olmaktadır.

Modern çalışma, kapitalist üretim ilişkilerinin bir üretisi olmakla birlikte bu üretinin bir sonucu olarak insan ihtiyaçlarından kaynaklanan ve insanın toplumsal ilişkileri sonucu ortaya çıkan bir olgudur. Bu anlamda çalışma, kapitalist üretim ilişkilerinin bir yansıması olarak toplumsal ilişkiselliğin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Grint, 2011). Katılımcıların

ifadelerine “çalışma” olgusu, kapitalist üretim ilişkilerinin bunun yarattığı toplumsal dönüşümün bir tezahürü olarak yansımaktadır.

“Para kazanmak uğruna dişini tırnağına takarak verilen emek.” (K,1).

“Üç kuruş kazanayım diye sabahtan akşama kadar milleti zengin etmek için ter döküyorsun ya o işte.” (K,2).

“Hayatımızı idame ettirebilmek için maddi kazanç sağlamak gerekiyor. Bu yüzden de göstermiş olduğumuz faaliyetler.” (K,10).

“Gelir elde etmek için fiziksel ya da düşünsel anlamda uğraş göstermek denilebilir.” (K,13).

Çalışmayı etkinlik, faaliyet, uğraş ve emek olarak tanımlayan katılımcıların formel ve enformelliğe değinmemesi, sözleşme kavramı, sigorta ile ilgili ifadelerle çalışmayı özdeşleştirmedikleri görülmektedir.

Devletin mal ve hizmet üretimini özel yönetimlere devretmesi “özelleştirme” bu uygulamaların, devletin mal ve hizmet üretiminde tekel olmaktan çıkarak, bu alanların özel sektöre açılmasını ifade eden “serbestleştirme” ve “piyasalaştırma” ile devlet, mal ve hizmet üretiminde özel sektörle piyasa koşullarında rekabet edilebilir bir yapıya dönüştürülmektedir (Tokatlıoğlu, 2005: 97). Piyasanın rolünü arttıran neoliberal politikalar devletin rolünü azaltırken kamu hizmetlerinde ve özellikle çalışma yaşamında köklü değişikliklerin hakimiyetini ortaya çıkarmaktadır (Yiğit, 2022: 275).

Katılımcıların çalışma biçimlerini ve kayıtsız çalışmalarını irdeleme biçimleri ise informelleşmenin geldiği noktayı göstermektedir. Çünkü katılımcılar kayıtsız çalışmalarını kamu otoritesinin bilmemesinin imkansız olduğu vurgusundan hareketle neoliberal politikalar ile enformelleşmenin iç içe geçme biçimini betimlemektedirler. Özellikle K17’nin, kayıtsız çalıştırmanın politik ekonomiye ilişkin bir tercih olduğuna gönderme yapması dikkat çekicidir.

“İhtiyaç sahiplerine yardım ediyoruz demek yanlış olmaz. Bakacak kimsesi olmayan birine yardım etmek gerekir sonuçta. Bunu devlet bilmiyor diye biz gizli iş çevirmiş mi oluyoruz. Hem bence illa ki biliyorlardır. Devletin bakım merkezi burası.” (K,8).

“Habersizlik diye bir şey olduğuna siz inanıyor musunuz? Bal gibi haberleri de var ama kendileri taşın altına ellerini koyup eksik personel meselesini çözmek istemediklerinde gözlerini kapatıyorlar.” (K,17).

Enformel sektörün kamu otoritesi tarafından görmezden gelindiğini iddia eden katılımcılar, yaptıkları işin toplumsal ihtiyaçtan kaynaklandığını vurgulamaktadırlar. Enformel sektörün içerisinde yer alan “ücretli refakatçiler” neoliberal ekonomik sistemin bir parçası olan esnek ve güvencesiz istihdam şartları nedeniyle mağduriyet yaşayan çalışanlardır. Bu durum bir anlamda hastanın ve hastalığın metalaşması anlamına gelmektedir. Bu süreçte kapitalist üretim ilişkilerine eşlik eden ve hastanın ve hastalığın metalaştırılmasına aracılık eden dinamikler ise bireysel özerkleşme ve konformizm, hızlı yaşlanma, artan ortasınıflaşmadır.

Dilimize refakat kelimesinden geçen refakatçi, refiklik, yarenlik anları taşımaktadır. Kalaycı ve Özkul (2018: 13) enformel konumda refakatçilik hizmeti gelenekselleşmiş bir biçimde hem kurumsal alanlar hem de kurum dışı gündelik yaşamda çocuk, hasta ve yaşlı bakım ihtiyacı açısından önemli bir hizmet üretmektedir. Başka bir ifadeyle bir kişinin yanında bulunmayı ve ona eşlik etmeyi ifade eden bir kavram olarak refakatçi, gelinek noktada hastanın yanında kalarak refakatini gerçekleştiren, ihtiyaçlarını gidermede yardımcı olan kişi olarak tanımlanır. Hastanın ilaçlarını vermek, yemeğini yedirmek, tuvaletine götürmek gibi temel ihtiyaçlarını gidermekte destek olma görevindedir. Nitekim katılımcılar da yaptıkları işi tanımlayarak “refakatçiliği” aşağıdaki ifadelerle tanımlamışlardır. Bu ifadelerde K2’nin ifadesi artan ortasınıflaşmaya, K7 ve K3’ün ifadesi ise modern/kurumsal bir işe işaret etmektedir.

“Refakat edecek kimsesi olmayanlara para karşılığında bakmak, onlara refakat ederek kişisel ihtiyaçlarına destek olmak.” (K,2).

“Maaş için hastalara bakmak. Hastanın ilacını, yemeğini, suyunu, tuvalet ihtiyacın takip ederek zaten hasta olanı mağdur etmemek.” (K,3).

“Belli bir ücret karşılığı yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan bireylerin tedavi süreçlerine destek olarak bakım verip, yanlarında olarak refakat etme.” (K,7).

Görüşme yapılan ücretli refakatçilerin tamamı kayıt dışı ve güvencesiz çalışırken sadece altı katılımcı alanında uzmanlık eğitimi almış dört yıllık fakülte ya da yüksekokul mezunlarından oluşmaktadır. Kurumsal bir süreçten geçerek yaptıkları işin eğitimini alan katılımcılar, tedavi süreçlerinde pozitif rolleri olduğunu ifade etmektedirler. Sürekli yatan hastalara yeri geldiğinde pansuman yaparak destek olduklarını ve bu işin sadece basit ve eklektik bir bakım değil “sağlık” boyutunda da sürece katkı sunduklarını belirtmişlerdir. Bakım veren kişinin, bakımını üstlendiği hastanın mevcut hastalığını tanımaması, olması gerekenden farklı yaklaşımı yanlış müdahale olarak nitelenebilir. Yanlış müdahalenin insan yaşamında ne kadar kritik olduğu hesap edildiğinde eğitim durumlarındaki farklılıkların önemi kendini hissettirmektedir.

Kurumsal düzeyde uzmanlık eğitimi almayan katılımcıların refakatçi kavramlaştırmaları günlük dildeki “sürece/duruma eşlik etme” ifadesine karşılık gelirken, bu kavramlaştırma alanında yüksekokul ya da üniversite eğitimi almış kişilerde “sürece/duruma eşlik etme” nin dışına çıkarak onu aşmaktadır. Örneğin kurumsal düzeyde uzmanlık eğitimi almayan K17 ve K20’de refakatçilik kavramlaştırması;

“Yaşlı ve hasta olan kimselerin temel ihtiyaçlarının giderilmesinde onlara yardımcı olarak yalnız bırakmama hep yanı başlarında olma.” (K,17).

“Aile üyelerinin bakım veremediği hasta bireylerin insani ihtiyaçlarının karşılanması noktasında onlara yardımcı olmak diyebilirim.” (K,20) biçiminde karşılığını bulurken kurumsal düzeyde uzmanlık eğitimi alan K7’de ise

“Sürekli yatan hastaların sırtlarında yaralar oluşur. Ya bunlar olmadan önleyebiliriz ya da oluşmuş yaraları giderebiliriz.” (K,7) biçiminde ifadelendirilerek refakatçilik, hastanın hastalık sürecine basit yardımlarla eşlik etmenin dışında bir kavramlaştırma çerçevesinde tanımlanmaktadır. Bu anlamda refakatçiliğin içeriğinin sorgulanması esnasında eğitilmiş katılımcıların kendilerine biçtikleri rol oldukça dikkat çekicidir. Tedavi süreçlerinde aktif bir biçimde yer aldıklarını ifade ederek yaptıkları pansuman ile bakım verdikleri hastalarının konforunu en üst seviyede tuttuklarını iletmışlerdir. Refakatçilik olgusuna genel anlamda bakıldığında ise yanında olmayı, bakım vermeyi içerecek biçimde ifade edilse de tüm katılımcılarda ön plana çıkan eylem ihtiyaçlarının giderilmesidir. Başka bir ifadeyle refakatçilerin ortak kanılarının, hastaların ihtiyaçlarının giderilmesi olduğu görülmüştür. Bu

doğrultuda refakatçilerin öncelikleri de bakım verdikleri hastaların ihtiyaçlarının takip edilmesi olmaktadır.

İşçilerin gözünden esneklik, çalışma şartlarını ve türünü kendi ihtiyacına göre belirleyebilme özgürlüğüdür. Bazı görüşlere göre esneklik, işçinin iş güvencesini ortadan kaldıran bir uygulama iken bir başka görüşe göre, taraflara çalışma şartlarını değişik ihtiyaçlara cevap verecek şekilde düzenleyebilme yetkisini veren bir uygulamadır (Ekonomi, 60). İster uzmanlık eğitimi alsın isterse uzmanlık eğitimi almadan refakatçilik yapsın farketmeksizin neoliberal politikalar nedeniyle etraflarının güvencesizlik ile sarıldığını hisseden tüm refakatçiler, işsizlik ve ekonomik bağımsızlık arzusu içerisinde olsalar da esnek ve güvencesiz çalışma yaşamının belirsizliği deneyimlemektedirler. Dolayısıyla ücretli refakatçiler ile yapılan derinlemesine mülakatlarda refakatçilerin ilk ifadelerinde güvencesizlik derin bir biçimde hissedilmektedir. Nitekim bilimsel bir çalışma çerçevesinde gerçekleştirilen bu mülakatlar dahi çalışanların aklında birçok soru işareti oluşturmuştur.

“Konuştuklarımız televizyona çıkacak mı? Sonrasında pişman olur muyum bilemedim.” (K,4).

“İnsani bir şekilde çalışmıyorum ama az da olsa para kazanıyorum. Nereden bulacağım şimbi başka işi? Bu işi kaybetmek istemiyorum. Şimdi sizinle konuşunca bu iş yetkililerin dikkatlerini çekerse bizim peşimize düşerler mi?” (K,8).

“Sigortasız çalışılıyor, devlete vergi verilmiyor falan diye işimizden olmayalım.” (K,11).

“El altından çalıştığımız doğru. Kaydı kuydu yok. Başımız ağrımasın.” (K,16).

“Konuşulanları nerelere, kimlere söyleyeceksin. Ona göre konuşacağım.” (K,21).

Neoliberal kapitalist üretim ilişkileri hem çalışma yaşamı hem de emekçiler üzerinde çeşitli olumsuzluklar yaratmaktadır. Emekçilerin, çalışma koşulları, sendikası çalışmaya zorlanması dışında toplumsal alan ve aile ilişkileri içine de yansımaları olduğu söylenebilir. Bu istihdama dahil olmalarının altında yatan nedenler ise katılımcılar için oldukça geçerlidir.

“Başımı sokacak bir yerim yok. Barınma sorununu çözecek yatılı işe ihtiyacım vardı.” (K,5)

“Kızım şehir dışında üniversite okuyor. Nereye elini atsan ateş pahası. Babası para yollasa da yetmiyor. El harçlığı yapıyor benim gönderdiğimi de.” (K,10)

“Zamanında çalışmamakla yaptım hatayı. Bu yaştan sonra kim nerede iş verir bana. Burada çalıştırdıklarına dua ediyorum.” (K,18).

Özellikle 50 yaş üstü katılımcıların ortak kanıları, daha önce çalışmamış olmaları ya da yaşları ilerlediği için artık tercih edilmemelerine dair sitemleri olmuştur. Formel sektörde yer bulamamalarını bu zamana kadar çalışmamış olmalarına bağlayarak hayıflanmışlardır.

“Buradan önce çaycılığa başvurduğum. Villaya benzeyen güzelce bir ofis. Yapacağım şey çay kahve yapıp götürmek. Yaş krateri mi ne var dediler. Sonra duydum ki çaycısı, temizlikçisi hepsine yaş sınırı koymuşlar. Sanki genç olunca çay daha iyi demleniyor.” (K,2)

“Evimin yanında bir sürü okul var. Gezdim birkaç gün. Aşçı yamaklığı yaparım, temizlik yaparım, çaycılık yaparım dedim. İş tecrübeniz var mı diye soruyorlar insana önce. Ne diyeceksin. Herif hastalanana kadar kapıya mı çıkarttı da çalışayım yavrum diyemedim. Döndüm geri.” (K,18).

K18’in ifadesinin arka planının toplumsal cinsiyet eşitsizliğine uzandığı görülse de aslında genel olarak tecrübe yoksunluğu nedeniyle formel sektörden dışlanmaya bir örnek olarak görülebilir. Tecrübenin olmamasının altında birçok neden yatmaktadır. Daha önce çalışma yaşamında aktif olarak bulunmayan katılımcılar, farklı iş başvurularında bulunsalar da çoğunlukla olumlu yanıt alamamaktan şikayetçilerdir. Formel sektörde yer bulunamaması, enformel sektöre dahil olmadaki artışı açıklamaktadır.

5.1.1. Çalışma Yaşamı, Ahbap- Çavuş Kapitalizmi ve Yaşam Anlatıları

Ahbap-çavuş kapitalizmi, bir kayırmacılık çeşididir. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde kayırmacılık, “*belli bir birey, küme, düşünce ya da uygulamayı, bir başkasıyla aralarında bir seçim yapmak gerektiğinde nesnellikten uzaklaşıp yan tutma*” olarak yer almaktadır. Kronizm olarak ifade edilebilen eş-dost kayırmacılığı, bazı kişilerin yetenekleri ve üstünlükleri yüzünden değil, sadece kilit noktalardaki kişilerle olan yakınlıkları sayesinde olumlu yönde farklı muamele görmeleri, yani kayırılmalarıdır (Özkanan ve Erdem, 2014: 190). Sadece siyasi

bağlamda düşünülmemesi gereken bu kavram, iki taraftan oluşan bir eylem olarak görünürlük kazanabilir.

Ekonomik bir arka planı bulunan eş-dost ilişkileri, bir tarafın kayıran diğer tarafın kayırılan olmasıyla ortaya çıkmaktadır. Aralarında herhangi bir bağ bulunan iki kişiden yetkili olan kişinin diğer tarafı iş edindirdiği durumda iş sahibi yaptığı kişiden çıkar sağlaması durumuyla tanımlanabilir.

Ücretli refakatçilerin, enformel sektörde çalışma yaşamına dahil olmaları çeşitli biçimlerde olmuştur. İş bulma süreci, iş ilanı sayfasından yayınlanan bir ilan ile komşuların haber vermesiyle gerçekleştiği gibi özellikle de palyatif merkezi çalışanlarının aracılığıyla gerçekleşmektedir. Refakatçi olarak çalışabilmek için öncelikle palyatif bakım merkezindeki iş gücü ihtiyacından haberdar olmak gerekmektedir. Dolayısıyla palyatif bakım merkezi çalışanlarının ücretli rekabetçilerle kurdukları enformel ağlar iş bulmada önemli rol oynamaktadır. Böylelikle ücretli refakatçiler çalışma süreçlerinde görece devamlılık sağlamaktadırlar. Bu durum da özellikle “ahbap-çavuş kapitalizmine” karşılık gelmektedir. Ahbap çavuş kapitalizmi, merkez çalışanların tanıdıkları kişilere öncelikle haber vererek onlara yardımcı olmaları ile özdeşleşebilir. Hastanelerde, bakım merkezlerinde refakatçi olarak iş bulmak tanıdık olma vasıtasıyla kolaylaşır. Hasta yakınları, sevdiklerini, aile büyüklerini, yakınlarını emanet edecek kişiyi seçerken güven duymak ister ve referansa ihtiyaç duyarlar. Nitekim palyatif bakım merkezinde, bir kişinin ücretli refakatçi olarak çalışmaya başlamasında en aktif rol oynayanlar, kadrolu sağlık personelleri dolayısıyla sosyal hizmet uzmanı ve merkez çalışanları olmaktadır. Katılımcıların iş bulma adımları ile ilgili ise yapılan görüşmeler sonucunda aşağıdaki ifadelerle rastlanılmıştır.

“Benden önce Sakine hanıma komşum bakıyormuş. Onun çocuklar aşızlıktanşikayetlenince o bırakmak zorunda kalmış. Bana söylediği sen ister misin diye ben de tamam dedim.” (K,1).

“Kardeşim burada hasta karşılamada çalışıyor. Böyle böyle bir iş var. Çalışmak ister misin sen de demişti. Öylece başladım.” (K,2).

“Eşimden boşandıktan sonra hayatımda ilk defa çalışmam gerekti. İlk covid hastalara bakarak başladım. Sonra sosyal hizmet biriminden burayı duydum. Sağ olsunlar bu rahat yere geçtim.” (K,3).

“Önceden evde baktığım Aynur ablayı buraya getirdiklerinde bakacak biri lazım olmuş. Beni aradı oğlu. Alışktır bana. Herkesleri de beğenmez. Geldim ben de bakayım yine dedim.” (K,4).

“Kalacak yerim olmadığı için geç saatlere kadar hastanede sıcakta oturup kalkıyordum. Gece olunca bazen yatabiliyordum. Bazen de hadi katı boşaltalım diyorlardı. Allah razı olsun Seda diye bir hemşire vardı. O beni sık sık görünce sordu bana. Teyze hangi hastanın yakınısın dedi. Sonra beni bakım merkezinde refakatçiye ihtiyaç olursa diye hastanede bir yere (tıbbi sosyal hizmetler birimi) adımlı yazdırdı. Bir hafta oldu olmadı beni çağdırdılar” (K,5).

“Hastanede Sibel hanıma (Sosyal hizmet uzmanı) gelmişim. O haberdar etti.” (K,9).

“Engelli aylığı için Nurullah beye gelmişim. (Sosyal Hizmetler Uzmanı). O haberdar etti. Benim kız da üniversiteye başladı bu sene. Ben de çalışırım öyle iş olursa dedim. Kısmet oldu.” (K,10).

“Komşum buranın yemekhanesinde çalışıyor. Onunla konuşurken öğrendim. Bana da bul hasta ben de geleyim dedim. O da sağ olsun ilgilendi.” (K,11).

“Pandemide Atatürk'te (hastane) hasta baktım. Ayşe vardı. Benimle bir o da hasta bakıyordu. Sonrasında burayı duymuş. Bana da söyledi. Ayşe'den çok sonra geldim ama. Çok hasta yok ya çok ihtiyaç da olmuyormuş.” (K,12).

“İş ilanı bakarken sayfada gördüm. Kolay bir iş olarak göründü. Gelip başladım.” (K,13).

“Liseden arkadaşımın bir yakını burada hemşire olarak çalışıyordu. Hasta merkeze geldikten sonra refakatçi lazım oluyor. Burada çalışanlar da hasta yakınlarına kimi isterse onu söylüyorlar.” (K,17).

“Abimin arkadaşının oğlu burada görüntülemeye çalışıyor. O abime söylemiş.” (K,19).

Neoliberal politikanın bir yansıması olarak yeterli hasta bakıcı ve hemşirenin istihdam edilmemesi hasta bakım süreçlerinde refakatçi zorunluluğunu beraberinde getirmektedir. İhtiyacı karşılayabilecek sayıda personel istihdamının gerçekleştirilmemesi refakatçisi olmayan hastaların bakım süreçlerinde enformelleşmeyi dayatmaktadır. Formel sektördeki kısıtlılıkbu durum piyasalaşmanın bir yansıması olarak enformel sektörün yaygınlaşmasının önünü açmaktadır. Başka bir anlatımla piyasalaşmanın bir sonucu olarak sağlık sektöründeki nitelikli istihdamın yetersizliği ve aile yapısındaki ve toplumsal dinamiklerdeki dönüşümlerin birlikteliği enformel sektörde güvencesiz ve esnek çalışma şartlarında çoğunlukla niteliksiz bir iş gücünü ortaya çıkarmıştır. Tüm bunlarda ek olarak hastanın palyatif bakım merkezinde kalması için yanında refakatçi bulundurması zorunluluğu hasta yakınlarının duydukları ücretli refakatçiliği araştırdıklarında bakım merkezi çalışanlarından ya da internette yer alan şirketlerden bakıcı arayışına girdikleri anlaşılmaktadır ki bakıcıların anlatıları da bunu kanıtlar niteliktedir.

“bakıcıbuldum.com diye bir yerden kızım buldu. İnsanlar orada yazıyor. Kaç gün, nasıl bakılacak. Ben saatlik ücretle anlaştım mesela.” (K,20).

Bu istihdamı sağlayan profesyonel bakıcı hizmetleri başlığı altında çalışanlar ile işverenleri buluşturan firmalar da bulunmaktadır. Aracı kurum olarak ciddi paylar aldığı iddia edilen kurumun ise vaatlerini karşılayıp karşılayamadığı tartışmaya açıktır.

“Çalışacak kişinin bilgilerini soruyorlar. Sonra yönlendiriyorlar. Benim yerime oğlum başvurdu oraya. Eğitim diyor, yabancı lisan falan diyordu. Dünya kadar soru vardı. Yine de birkaç hafta içinde beni aramışlar.” (K,18).

İşverenler, hızlı bir şekilde bulunması gereken refakatçilere yakınlarını emanet edecek olan hasta yakınlarından oluşmaktadır. Bu nedenle sevdiklerine refakat edecek kimselerin güvenilir ve tavsiye edilir olması noktasında da hassas davranmaktadırlar. Çoğunlukla birinci derece hasta yakınları olan işverenler, hastalarının iyiliklerini düşünme ve onlar için doğru karar verme konusunda hassas davranarak ücretli refakatçiler ile detaylı görüşmeler sonucu onları çalışan konumuna getirmektedirler.

“Ben daha önce çocuk baktım, özel hastanede temizlik yaptım. Bir sürü işte çalıştım. En uzun iş görüşmem burada oldu. Karı koca 100 tane soru sordular. İnce eleyip sıkı dokudular.” (K,16).

“O kadar çok soru sordular ki anlatamam. Öyle olursa ne yaparsınız, şöyle olursa ne yaparsınız doğmamış çocuğa don biçtiler. Sizin annenizse benim de yoldaşım olacak. İyi bakacağım aklınız kalmasın dedim de rahatladılar biraz.” (K,21).

İşverenler, çoğunlukla birinci derece hasta yakınlarından oluştuğu için hastaya duyulan sevgi, saygı ve bağlılık oldukça kuvvetli olmaktadır. Hastalarının iyiliklerini düşünme ve onlar için doğru karar verme konusunda sevdiklerine bakım verecek ücretli refakatçiler ile detaylı görüşmeler yaparak onları çalışan konumuna getirmektedirler. Katılımcıların iş bulma süreçleri yoğun bir biçimde merkezde çalışanlar aracılığıyla gerçekleşmiştir. İşin bulunduğu kanal ile temasın devam etmesi durumu incelendiğinde ahbap-çavuş ilişkilerinin etkinliği görülebilmektedir.

Katılımcıların iş bulma süreçlerinde kanal görevi gören kişilerle sonrasında görüşme sağlamaları ise bu etkinliği sürdürmektedir. Bu konuda köprü görevinde olmak kayırmacılık şeklinde görünürleşmektedir. Kayırmacı ilişkileri karşılaştırmalı olarak değerlendiren Eisenstadt ve Roniger (1984, 48) bu tarz ilişkilerin daha bağlayıcı olmalarına rağmen genellikle ülkenin resmi yasalarına karşı olurlar, daha çok enformel anlayışlara bağlıdırlar. İş bulma sürecinde tanıdık olma durumunun onlar (ücretli refakatçiler) için bir avantaj/dezavantajı olup olmadığı sorulduğunda ise süreç içerisinde belli başlı beklentilerin doğduğunu ancak iş bulmada avantajları olduğunu ifade etmektedirler. İşe başladıktan sonra devam eden süreçte dezavantajların yaşanabildiği, merkez çalışanları aracılığıyla işe giren katılımcıların ifadelerine yansırken, palyatif merkezindeki referans kaynaklarının bu kanal üzerinden iş bulan ücretli refakatçilerden beklentileri olduğu dikkat çekmektedir.

“... Kendi yemeğini sen koy ile başladı. Diğer hasta yakını/refakatçi ve merkez çalışanlarında yemeğini de koyuver ile devam etti. Nasıl söylesem bir minnet var. O nedenle de sesimi çıkarmadım.” (K,11).

“... Öz kardeş olunca bana nazı daha çok geçiyor tabii. Sana iş buldum, para kazanıyorsun sayemde diyor. Ben bir çay alıp geleyim sen burada dur deyip deyip ortadan kaybolduğu oluyor.” (K,2)

Kapitalizmin ahbap çavuş ilişkileri ile biçimlendiği ve farklı dayanışma ağları üzerinden işleyen enformel emek piyasasında ücretli refakatçilerin işverenleri, onlara ücretlerini ödeyen ve mesai saatleri, izin günleri, çalışandan beklentileri ile ilgili görüşmeler sağladıkları kişiler genellikle hasta yakınlarıdır. Çalışma yaşamının, emek süreçlerinin ve işin biçiminin enformelleştiği bu piyasada, işe sahiplikten emek süreçleri ve çalışma yaşamına kadar her şeyin formel dinamikler üzerinden düzenlenmesi gerekirken palyatif bakım merkezlerinde ücretli refakatçilerin işverenleri büyük oranda hastaların kendileri veyahut birinci derece yakınları olan evlatları ve kardeşlerinden oluşmaktadır.

“İşverenim, paramı verdim baktığım Sakine Hanım.” (K,1).

“Refakat ettiğim hastamın oğlu.” (K,7).

“Abisinden alıyorum paramı.” (K,16).

“İşveren dediğin eğer para veren kişiye gelini veriyor. Zaten ancak para veriyor. Oğlu da gelini de birbirinden hayırsız. Kayınpederim nasıl, durumu iyi mi demek hiç yok. Ancak vicdanını rahatlatıyor işte.” (K,13).

K13’ün ifadesinde konudan bağımsız olarak hastayla duygusal bir bağ kurduğu, hasta yakınlarına sitem ederek kızgınlığını dile getirdiği görülmektedir. Yine bir başka önemli durum ise ücretli refakatçilerin hastalığın tüm süreçlerinde hasta ile birlikte olmalarıdır. Bu durumda hasta ise duygusal bağı güçlendirirken, hastalık sürecinde hastanın yaşadığı kriz durumlarında ücretli refakatçilerin profesyonel bir yardımdan çok duygusal destek yapmaya çalıştıkları dikkati çekmektedir. Profesyonel bir mesleği diğer işlerden ayıran en önemli özelliklerden biri meslek örgütleridir. Zira meslek üyeleri mesleki çıkarlarını korumak, özerk hareket etmek, toplumsal statüye ve siyasal iktidardan görece bağımsız bir güce kavuşabilmek için mesleki örgütlenmelere yönelmişlerdir. Aldıkları eğitim, mesleki pratikleri ve güçlü örgütsel yapılanma ile profesyonel meslek sahiplerinin bir tür meslek ideolojileri geliştirmeleri, kendilerini diğer çalışanlardan farklılaştırmalarında önemlidir (Buyruk, 2015: 152).

Bu işi yapmaya karar verme süreci, kimileri için kolay olurken kimileri için zorlayıcı olabilmektedir. Ağır bir hastaya bakım vermek psikolojik açıdan yıkıcı olabilirken, dirayetli olamamak sürecin daha da yıldırıcı olmasını sebebiyet verebilmektedir.

“Gözünüzün önünde biri hayata tutunuyor. Bir yandan doktor gibi hissediyorsunuz. İyileşmesinde payınız var gibi geliyor. Çünkü o süreçte siz hastanın elini tutuyorsunuz. Çoğu zaman çok zor ama. Semptomlar gösteriyor hastalar. Gün geliyor bütün gün kustukları, ağrıdan kıvrandıkları oluyor. Elinizden gelen bir şey varsa ne ala eğer yoksa insan eli kolu bağlanmış hissediyor.” (K,3).

“Her işin kendine göre zorlukları var. Masa başı iş iş diye ölünüyor. Sabahtan akşama kadar bir masanın başından oturmak ne kadar kolay tartışılır valla. Ben bu işin altından kalkabileceğimi biliyordum.” (K,13).

“Bana sorarsanız birinin yanına arkadaş olmaktan farksız. Hasta hele bir de tedaviye yanıt veriyor olsun, gün geçtikçe yüzüne can kan gelsin, dili açılsın sohbeti tatlı olsun. O zaman mutlu bile ediyor insanı.” (K,19).

Katılımcıların yoğun bir biçimde işin içeriğinden değil de çalışma şartlarından memnuniyetsiz oldukları gözlemlenmiştir. İş, arkadaşlık etmek gibi değerlendiren pek çok katılımcı az ücret, uzun çalışma süresi ve güvencesizlikten şikayet etmektedir.

Bu işi ilk defa yapan, eğitimini alan katılımcıların kendilerine daha anlamlı rol biçtikleri, iyileşmede katkıları olduğunu düşünüp bu iş için güzelleme yaptığı görülmektedir. Ancak zaman içinde yaşadıkları deneyimlerin katılımcıların görüşlerinde değişiklikler yarattığı düşünülmektedir.

“Kendi çocuğunun kusmuğundan huylanıyor insan. Kusmuk temizlemek, tuvalate götürmek, tırnak kesmek daha neler neler. Bunlar hiç yenir yutulur kolay işler değil.” (K,14).

“İnsan eti ağır. Kaldır, indir, motive et. Kolay bir iş değil. Sadece bakım yok içinde. Göze görünmeyen çok şey var aslında.” (K,18).

Uzun dönemler birden çok hasta ile çalışan ve bu işi yapma amacının sadece para kazanmakla kısıtlı olan katılımcıların hep olumsuz taraflarını vurguladığı ve olumlu bir yanından hiç söz etmediği görülmektedir.

5.1.2. Esnek İstihdam, Eğreltilikler ve Örgütsüz Emek

Sosyal refah modelinin istihdam biçiminden farklı olarak esnek istihdam modellerinin ortak özelliği, zamanda, işte, mekanda, ücretlendirmeyi içermesi ve taşeronlaştırma gibi süreçlerle beslenmesidir. Özellikle taşeron ve alt taşeron uygulamaları neticesinde iş, üst işverenin doğrudan denetimi ve gözetimi altında yapılmadan (Kuzgun, 2004: 18) alt taşeronların kontrolünde olabilmektedir. Bununla birlikte işin ve çalışma yaşamının bu denli informelleşmesi hizmetler sektöründeki çalışma yaşamına, emek aleyhine farklı dinamikleri de dahil etmektedir. Kurumsal ve örgütlü işleyişin iş süreçlerine hiçbir şekilde sokulmadığı bu esnek işleyişte ahbap çavuş ilişkilerini de kapsayan dinamiklerin dahil edilmesi hizmet emeği üretenlerin emek sömürsünü de zirveye çıkarmaktadır. Dolayısıyla değişime ve dönüşüme açık olan, belirsizlik içerisinde kalmış olma niteliği taşıyan esneklik, palyatif bakım merkezinde katılımcılar için düşük ücret, uzun mesai saatleri, görev tanımlarında belirsizlikler gibi olumsuz çağrışımlara neden olmasının ötesine geçmektedir. Bu durum katılımcıların ifadelerine devam eden cümlelerdeki anlatılarla yansımıştır. “Esnek ve güvencesiz işlerde çalışmanın yaygınlığı cinsiyete göre çok çarpıcı biçimde farklılaşmaktadır. Patriarkal yapı nedeniyle kadınlar daha çok işsizlik ile karşılaşırken, genç erkeklere oranla daha büyük oranda esnek istihdam koşullarında çalışmaktadır” (Ulukan, 2020: 14). Nitekim yapılan çalışmada da katılımcıların tek tip cinsiyetten oluştuğu görülmektedir.

“Değişik olan işte. Hani biz aynı işi yapıyoruz ama hepimiz farklı para alıyoruz ya o herhalde. Esnek zaman da mesela ben bırakabileceğim kimse olmadığı için yeri geliyor izinsiz çalışmak zorunda kalıyorum. O olabilir. Esnek işi bilemedim.” (K,1).

“.... belirsizlik olduğunu tahmin ediyorum. İşin içeriğinde, maaşta, mesai saatlerinde genel anlamda yaşanan belirsizlik.” (K,6).

“... tam bir tanımı olmadığı için işimizin, bize her şeyi yaptırmaları. Hasta bakıcılar sesimizi çıkarmayınca odaya uğramıyor. Temizlik personeli nevresimi geçirmiyor, biz bir iki kere ekstra temizlik yapsak bizim odayı atlıyor.” (K,2).

“(temizliği de kendisinin yaptığını ifade ederek) Yardımım dokunsun diye elinizi attığınız her şey üzerinize kalıyor. Odada komodinin var. Komodinin üzerindeki tozu alıvereyim demiştim. Temizlik yapanlardan biri benim iyi temizlenmiyor ben üzerinden geçiyorum

dediğimi mi ne duymuş. Kimseye de bir şey söylenmiyor burada zaten o ayrı. Diğer odaları 15 dakika temizliyorlarsa benim odayı 3 dakika temizliyorlar.” (K,4).

Enformel istihdam nedeniyle tam bir görev tanımı olmayan katılımcıların şikâyet ettiği nokta sadece işveren değil aynı mekânda bulunan diğer çalışanlar tarafından da kendilerinin görev alanında olmayan işleri de yapmalarıdır. Çalışma yaşamına ilişkin barışı bozan ve işin ve çalışmanın bireyselleştirilmesi ile emeğin parçalanmasına karşılık gelen bu durum katılımcıların ifadesinde bakım merkezi personellerinin, odalar arasında ayırım gözeterek çalışması biçiminde mülakata dahil olmuştur. Odalar arasındaki bu ayırım, güvencesiz çalışan ücretli refakatçiyi işini kaybetme korkusuyla temizliği kendisinin yapmasına sürüklemiştir. Bu durum aynı zamanda işin içeriğindeki belirsizlik ve işin esnekliğine bağlı olarak değerlendirilebilir.

Çalışma yaşamında esnekliğin şekillendiği bir başka dinamik ise esnek mesai olmaktadır. Işıklı’ya göre (1996: 11) çalışma süresi, işin düzenlenmesiyle ilgili bir kavramdır ve işçi ile işveren arasındaki ilişkileri düzenleyen bireysel iş hukukunun kapsamına girmektedir. Çalışma sürelerinde esneklik, işçilere çalışma süresini istediği gibi düzenleme olanağı sağlamak amacıyla benimsenen esneklik türüdür. Ancak bu ifadenin altında yatanın işveren tarafından, işgücünün ihtiyaç duyulduğu her anda çalıştırılması olarak ifade edilmelidir. Nitekim çalışma sürelerinde esnekliğin yaygınlaşması, kadının işgücüne katılım oranının artması, hizmet sektörünün toplam istihdam içindeki payının artmasına bağlanmaktadır (OECD, 1994). Zaman esnekliği üzerinden açıklanabilen esnek mesai saatleri, palyatif bakım merkezinde özellikle izin gün ve saatlerinin belirsizliği/esnekliği ve yetersizliği üzerinden görünürleşmektedir.

“İzin aldığım da kimse ilgilenmiyor. Çoluğu çocuğu olmadığı için haftanın her günü geliyorum. Akşam 8-9 da son ilacını verince gidiyorum. Özel hayatıyla ilgili de konuşmak istemiyor hiç. Kimsem yok diyor. Beyini genç yaşta kaybetmiş. Sonra da evlenmemiş. Hayatını çalışarak geçirmiş.” (K,1).

“Esmâ ablanın oğlu mimar. Cumartesi Pazar çalışmıyor. Hafta sonu çoğu zaman kendi bakıyor. Bazen beni Hanife Hanım cumartesi de yardımcı olabilir misiniz diye arar.” (K,2)

“(zaman zaman çocuklarının ilgilendiğini kast ederek) Ankara’da bir kızı bir oğlu var. Dönüşümlü olarak sık sık gelip gidiyorlar. Annelerine düşkünler.” (K,11).

“Mesai bir durum söz konusu değil. Hasta kendini kötü hissedebiliyor. İzinli de olsan gidemiyorsun.” (K,17).

“Bazı süreğen rahatsızlıklar var. Kusma gibi ishal gibi. Bunlar olunca izin yalan oluyor.” (K,20).

İnsan hayatına ilişkin alınan sorumluluk, mesai günü, izin günü fark etmeksizin katılımcıyı merkezde tutabilmektedir. Burada duygusallığın devreye girmesi ile birlikte duygusal emek kavramı görünürlük kazanmaktadır. Hochschild’e göre (1983: 7) duygusal emek bir oyundur ve bu oyunda hizmet sahte, çalışanlar aktör, müşteriler de izleyicidir. Duygusal emeği yüzeysel davranış ve derin davranış olarak boyutlandırmış ve yüzeysel davranışı, çalışan bireyin gerçekte hissettiği duygulardan farklı bir şekilde, kendisinden istenen duyguların ortaya konması ile açıklarken derin davranışı ise, sergilemesi gereken duyguyu çalışanın içselleştirerek gerçekten hissetmesi ve o şekilde davranması olarak tanımlamaktadır. Ashforth ve Humphrey’e göre (1993: 90) duygusal emeği, çalışanın karşılıklı iletişimde oluşacak sosyal algıyı etkileyecek şekilde davranışlarına yön verme çabası olarak tanımlanmaktadır. Duygusal emek hizmet sektörü için son derece önemlidir. Buna göre çalışan örgütün dış yüzüdür ve örgütü temsil eder.

Her türlü emek sömürsünün içine dahil edilen duygusal emek sömürsüne ilişkin süreçlere yoğun bir şekilde maruz kaldığı görülen ücretli refakatçilerin zaman farketmeksizin hastalığın/hastalıkların baskısının hasta üzerine arttığı süreçlerde de onları yalnız bırakmadıkları görülmektedir. Her ne kadar bu durum sorumluluk bilinci ve iyilik çerçevesinde ele alınsa da çalışan açısından yıpratıcı ve yorucu olabilmektedir. İzinlerini kullanabildikleri süreç içinde dahi derin duygusal süreçlerden uzaklaşamadıkları; bağlı olarak dinlenemedikleri ifadelerine yansımaktadır ki hem izinlerinin çabuk geçtiğine dair düşünceleri hem de duygusal yoğunluktan kurtulmayı bir “mola” olarak algılamaları bundan kaynaklanmaktadır.

“İzin günü çok çabuk geçerken çalışılan günler hiç çabuk geçmiyor.” (K,3).

“Mesaide yaşanan (.....) bazen nefesimi kesiyor. Burada dört duvar arasında boğulacak gibi oluyorum. Pazar günü gelsin diye dua ediyorum.” (K,14).

“İzinli olmak mola vermek gibi. Uzun bir mola hem de.” (K,20).

Hastayla yaşadıkları derin ilişki duygusal olarak ücretli refakatçileri yorarken işverenlerinin (hasta yakını) refakatçilere ödedikleri ücret düzensiz aralıklarla gerçekleşirken ücretli refakatçilerin aldıkları ücretlerde bir standarta tabi değildir.

İşverenin işgücü piyasasındaki veya rekabet koşullarındaki değişime paralel olarak çalışanlarının ücretleri konusunda esnekliğe sahip olmasını ifade eder (Taşoğlu ve Limoncuoğlu, 2010: 79). Demir’e göre (2008) ücret esnekliği işverenler tarafından işçilerin verimlilik, liyakat performans ve yeteneğe dayalı özellikleri gözetilerek ödüllendirilmesi olarak tanımlansa da uygulamaya geçişi her zaman bu gerçekliklerle paralellik gösteremeyebilmektedir.

Çalışma sonucu alınan ücret; günlük, haftalık ya da aylık olarak değişmektedir. Birbirlerinin aldığı ücretleri bilen refakatçilerin deyimiyle, iki refakatçinin aldığı paralar arasında dünyalar kadar fark var söylemi ortaya atılmıştır. Alınan ücretlerdeki yetersizlik, enformel sektörde yer alan işgücünün yaşam koşullarını derinden etkilemektedir.

“Hastam arkamda kimsem yok. Bana bir şey olursa kimse hakkını öd(ey)emez diyor. Günlük veriyor.” (K,1).

“Biz bakım merkezinden önce aylık usulü anlaştığımız. Şu anda da öyle devam ediyor.” (K,4).

“... günlük şeklinde yatırılıyor.” (K,7).

“Haftalık olarak alıyorum.” (K,9).

Kadınların hane içindeki somut emeklerinin “görünmeyen emeğe” dönüşmesi (Yaşar, 2007) aile eksenli gerçekleşmektedir. Özellikle bakım merkezinde akrabalık ilişkilerinden dolayı görünmeyen bir emek gücü kapsamında aile eksenli bakım verme ve güvencesiz

biçimde ücretli refakatçilik yapmanın da birbirine karışmış olduğu gözlemlenmiştir. Görünmeyen emeğin altında yatan ise karşılıksız olmasıdır.

“Öyle günlük haftalık değil. Akraba olduğumuzdan görüştüğçe ihtiyaçlarımı giderirler. Harçlık veririler. Üst baş alırlar.” (K,8)

Ücret belirlemedeki kriterler konuşulduğunda hastanın bakım ihtiyacına göre değişiklikler olsa da hasta yakınının maddi durumunun ücreti belirlemede esas olduğu gerçekliği söz konusudur. Bu durum ücretli refakatçiler için informal ücretlendirmenin geçerli olduğunu ortaya koyarken bu durum katılımcıların ifadelerine şöyle yansımıştır.

“Ben kanserin son evresinde olan bir hastaya diğerlerinden çok daha az bir ücrete bakıyorum. Ücretler hastalığın niteliğine göre belirlenmiyor.” (K,18).

“Sevdiklerini emanet ediyorlar sonuçta. Kimin gücü neye yeterse diyeyim.” (K,20)

Ücretlendirme, hastanın bakım süresinin tahminen de olsa uzunluğu, izin süreçlerinin sıklığı, refakatçinin eğitim durumu, tecrübesi gibi sayısız değişkenle de yakından ilintili olmakla dalgalanma, refakatçiler arasında huzursuzluğa yol açtığı gibi ücretli refakatçiye hasta tercihi yapmakta zorladığı gibi çalışma barışının bozulmasına sebep olduğu katılımcıların ifadelerine yansımıştır.

“(Refakatçi açısından) çoğu zaman hastalığın ne olduğu fark etmiyor ki. Hepimiz yemek yediriyoruz, ilaç içiriyoruz, yanında kalıyoruz. Çok farklı rakamların konuşulması rahatsız edici.” (K,19).

Sigorta, prim ve vergi ödemeyen işverenlerin emekçi kitleleri emeklilik de dahil olmak üzere birçok sosyal güvenceden yoksun bırakırken devletin ekonomisine de olumsuz yansımaları mevcuttur. Katılımcılar tarafından sigorta emekliliğe giden yol olarak nitelendirilmekte ve sigortanın önemi yaş grupları arasında farklılık gösterebilmektedir. Orta yaştaki ücretli refakatçiler tarafından gerekli görülmezken genç refakatçiler tarafından özellikle talep edildiği gözlenmektedir.

Sigorta beklentisi emekliliğe giden yol olarak nitelendirilmekte ve sigortanın önemi yaş grupları arasında farklılık gösterebilmektedir. Orta yaştaki ücretli refakatçiler tarafından gerekli görülmezken genç refakatçiler tarafından özellikle talep edildiği gözlenmektedir.

“Neredeyse hiçbirimizin sigortası yok. Birkaç kişide duydum dışardan sigortalarını yatırtıyorlar. Biliyoruz ama bu saatten sonra sigortamız olsa ne olmasa ne emekli olacak halimiz yok ya. Gençler emeklilik için 3-5 ayın derdinde.” (K,11).

Sigortasızlık ile paralel bir durum olan güvencesizlik, özellikle çalışma hayatında çalışmanın açık/şeffaf örgütlenmesi dolayımında çoğulcu istihdamın yaygınlaştırılması, çalışma zamanının esnekleştirilerek daha az ücret ile daha çok kontrolün sağlanması ve enformel ekonominin yeniden ele alınmasıyla yakından ilişkilidir (Beck, 2000: 76-83). Toplumsal açıdan özellikle alt ve orta sınıfın büyük bir bölümünü önemli derecede ilgilendirirken artık yaşanan riskin tüm insanları içine çektiği bir sarmal haline dönüşmektedir (İlhan ve Yılmaz, 2017: 1776). Güvencesizliğin yarattığı riskler ücretli refakatçileri gelecek konusunda kaygılandırırken geleceğe ilişkin bir düşünce yokluğunu da üretmektedir.

“Olmayan bir şey hakkın ne düşünelim. Güvence kavramı bizim iş için çok uzak.” (K,2).

“Güvenilir, zaten çalışıyorum öderim ne olacak diye borca girilir bir iş değil. Neticede bugün buradayız var. Yarın da burada olacağımızın garantisi yok. (K,9).

Katılımcıların işlerinin sona ermesi için pek çok gerekçe ortaya çıkabilmekte ya da bu gerekçeler üretilebilmektedir. Bu durum güvencesiz çalıştırılmanın üretilmesine temel oluşturmaktadır. Nitekim hastanın taburcu olması ya da hastanın vefat etmesi durumlarında ücretli refakatçi hiçbir hak talep edemeden ansızın işsiz kalabilmektedir. Güvencesizliğin en derinleştiği nokta hangi gün işsiz kalacaklarının hep belirsiz olmasında yatar.

“Hastaların uzun süre merkezde kalması ya da taburcu olma durumları ne yazık ki nadir oluyor. Bu nedenle yaşamlarının son dönemlerine yaklaştıklarını bildiğimiz hastalar oluyor.” (K,15).

Hastanın birden fazla sebeple merkezdeki varlığının son bulması gerçekleşebilir. Taburcu olma ya da vefat etmesi durumunda merkezde kalmaya devam etmeyecek hastalara bakım vermekte olan refakatçilerin işlerinin sona ermesi ve yeni bir iş arayışına başlamaları gerçeği söz konusuken bu durum enformel ağlara yeniden eklenmesini beraberinde getirmektedir. Aslında süreç hiç kopulmayan enformel iş bulma ağlarına pasif katılımdan

aktif katılıma dönüşmektedir. Bu ağlarda uzmanlık eğitimi alan ücretli refakatçiler daha güçlü bir pozisyona sahiptirler.

“Bir sonraki hastamın bulunması haftalar alabiliyor.” (K,5).

“Ben hastam varken bile çok fazla talep alıyorum. Hastalarım taburcu edildikten sonra yeni hastamla tanışıyorum.” (K,7).

“Ben hasta bakımı okuduğum için çok daha avantajlı hissediyorum bu konuda. Ben istemediğim sürece boşlukta kaldığım olmuyor.” (K,15).

Ayrışan ücretli refakatçiler, eğitim alarak bu işi yapan refakatçiler olmaktadır. Diğer refakatçilere kıyasla daha az güvencesiz hissetmektedirler. İşsiz kalmaktan daha az çekinen refakatçiler, aldıkları eğitimin onlara sağladığı katkının farkında olarak diğer refakatçilere oranla da güvende hissetmektedirler.

5.1.3. Olmayan Profesyonellik ve Uzmanlaşma

Bilgi ve beceri düzeyini sürekli güncel tutan, deneyimli kişi profesyonel olarak tanımlanmaktadır. Yaptığı ve yapacağı işin en ayrıntılı yönlerini, girdisini-çıktısını kavrayarak kendisinden beklenenlerin farkında olan, normlara uyan, oyunu kuralına göre oynayan kişidir (Gökçora, 2005). Hoyle (1982) ise mesleğe atfedilen kriterleri zaman içerisinde artarak karşılama süreci olarak nitelendirir.

İncelenen örgütsüz emekte esas olanın bilgi düzeyi olduğunun düşünülmesi eğitim almış refakatçileri bir adım öne çıkarmaktadır. Ancak eğitilmiş refakatçi sayısı oldukça azdır. Profesyonellik olarak nitelendirilen, bakım konusunda alınan eğitimidir. Ancak yaygınlaşmış uzmanlık eğitimi alanların istihdamının yaygın olduğunu söylemek ise mümkün değildir. Bunun temelinde ise sayıları gittikçe artan yoksul ve işsiz havuzundan faydalanma ve ücretli emekçileri olabildiğince düşük ücretle istihdam etme gayreti bulunmaktadır.

“Herkesin ağzında bir eğitiminiz var mı lafı dönüp duruyor. Ben ortaokulu bitirmişim oğlum sen buna şükret dedim birine güldü bana.” (K,1).

Uzmanlık gerektiren bir hizmet sürecini içermesi gerekirken neoliberalizmin temel mantığının enformelleşmenin temel dinamikleri ile buluşmasının yanında yoksulluk

havuzunun istismar edilmesini üreten kapitalist üretim ilişkileri hegemonik bir şekilde uzmanlık eğitimi almayan ücretli refakatçilerin düşünme biçimini de etkilemiştir. Bağlı olarak bu ücretli refakatçiler tarafından bakım eğitiminde uzmanlık eğitimi yerine duygusal ve manevi süreçler ikame edilmektedir.

“Eğitimim yok. İnsan bakmanın eğitimi mi oluyormuş. Anne olmadan önce eğitim mi veriliyor sanki.” (K,9).

“Buna ihtiyaç olduğunu düşünmüyorum. Vicdanlı herkes bakım verici olabilir.” (K,16).

Görüşmeciler, yaptıkları işin profesyonellik gerektirmediğini düşünürken tecrübenin de eğitim ile aynı kefeye konulabileceğini iddia eder. Bakım veren kişinin eğitim alıp almama durumu yaptığı işte profesyonallizm ile yakından ilintilidir.

“Daha önce senelerce yatalak anneme bakmıştım. Eğitim değil de tecrübem var.” (K,2).

“Covid süresince pek çok hastayla ilgilendim. Deneyimlerimin bana kattığı bir bilgi birikimi olduğuna inanıyorum.” (K,3).

Refakatçilerin eğitimi ve tecrübeleri birleştiğinde, işverenden sigorta ve piyasaya nazaran yüksek ücret talebinde bulunmaları kolaylaşır. Sertifikalı bir eğitim veya üniversitede ilgili bir eğitim alan refakatçilerin beklentileri rastgele bakım veren refakatçilere oranla yüksek olabilmektedir.

“Hastaya daha faydalı olayım bir de daha fazla ücret talep edeyim diye sertifikalı eğitim aldım.” (K,19).

Bu işi profesyonelleştirmek adına kişiler eğitim alabilmektedir. Hasta ve yaşlı bakımı eğitimi alan refakatçi sonucunda sertifika sahibi olarak eğitim almayan refakatçilerin önüne geçebilmektedir.

5.2. Ücretli Refakatçilik, Palyatif Bakım ve Hasta

Teknolojide ve tıpta yaşanan gelişmelerle beraber beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların yaygınlığının da artış göstermesi bakım verecek kişinin varlığına duyulan ihtiyacı da

arttırmaktadır. Sağlıksız olma durumu, her yaşta sağlık hizmetine ihtiyaç doğurur. Nitekim yaşlıların sayısal artışı ile “hastalığın tanı ve tedavisinin amaçlandığı sağlık hizmeti sunumu yanında yaşam kalitesini arttırmaya dönük rehabilitasyon ve bakım hizmetleri” (Şahin, Toprak ve Ünal, 2012: 242) daha önemsenir hale gelmiştir.

Sağlık hizmetleri dahilince tedavi hizmeti ve rehabilite edici rolleri üstlenen palyatif bakım hizmetleri de yaşam sonu bakım ile örtüşmektedir. Bireyselleşmiş, bütüncül ve duyarlı bir bakım her hasta için gerekli olmakla birlikte ölmekte olan için bir hasta için daha anlamlı ve önemlidir. Bu nedenle ciddi hastalıklara sahip olan ya da yaşamlarının sonuna yaklaşmış hastaların (İnci ve Öz, 2012) palyatif bakım hizmetlerinden yararlanmaları kilit konudur.

Latince kökenli “Palliative” kavramı, koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. İngilizce terminolojide ise hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır (Kabalak, Öztürk ve Çağır, 2013). Önceden sadece terminal dönemdeki, tedavi edilme olanağı kalmamış hastalar için başvuru bir yaklaşımken daha sonrasında özellikle kronikleşen ve yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren tedavi edici hizmetlerin yanı sıra yürütülen (Borasio, 2011) bir rehabilite ve bakım hizmeti olarak görünürleşmektedir.

Palyatif bakımın içeriğinin dönüştüğünü söylemek mümkündür. Tedavinin son bulduğu ve artık ümidin kesildiği hastalara hizmet verirken zaman içerisinde tedavi sürecine devam eden hastalarında bu zincire eklenmesi söz konusu olmuştur. Her ne kadar palyatif, yaşam sonu bakım olarak nitelendirilse de tedavi süreci devam eden hastaların palyatif bakım merkezlerinden taburcu işlemlerini gerçekleştirerek yaşama tutunmaları ve merkezden ayrılmaları mümkün olabilmektedir.

Bakım verilecek hastanın bağımlılık düzeyi; bağımlı, bağımsız ve yardımla şeklinde üçe ayrılmaktadır. Bağımlı hasta, gereksinimlerini giderme noktasında tamamen bakım verene ihtiyaç duyan hastadır. Yardıma ihtiyaç duyan hasta ise, ihtiyaçlarını gidermede yardıma ihtiyaç duyan ancak ne tam anlamıyla bağımlı ne de bağımsız olan hastalar olarak nitelendirilebilir.

“Burada hastalar hep muhtaç. Benim hastam yatağından doğrulup kendi başına su bile içemiyor. Öyle yardımla işini gören de var ama. Sonda takılmayan hastalar var. Tuvaletlerine kendileri gidiyor.” (K,5).

Bağımlılık düzeyleri gözlemlendiğinde, palyatif bakımda tedavi gören hastaların bağımlılıkları olağandır.

Palyatif bakım süreci bir grup çalışmasına dayanmaktadır. Bu grubun içinde sağlık personeli ile birlikte hasta, hastaya bakım veren kişi ve hasta yakını da yer almaktadır. Yapılacak olan iş birliği hastanın tedavi sürecine olumlu anlamda katkı sağlayabilir. Hasta ve hasta yakınlarının beklentisi üzerine görüşme gerçekleştirilmiş ve katılımcılar hasta ve hasta yakınlarının beklentileri için şu ifadelerde bulunmuşlardır.

“Hasta yatağında yatınca yanında bir ses bir nefes arıyor.” (K,1).

“Yemeğini yeyip su içmekten aciz olan ağır bir hastam olmuştu. Tek istediği hayatta kalmaktı. Çok şükür uzun bir tedavi süreci geçirse de taburcu olup evine dönebildi.” (K,3)

“Hasta yakınları, değer verdikleri insanları bize emanet ediyor. Tabii ki vicdanlı olmamızı, iyi bakım vermemizi isteyip bekliyorlar.” (K,20).

“Kendi yakınım gibi görüp ilgilenmemi bekliyor. Kendileri ilgilenemeyince doğal olarak akılları kalıyor. Anlayabiliyorum onları. Ben de elimden geleni yapıyorum.” (K,21).

Hastalar ve onlara değer veren yakınları iyi bir bakımı önemsemekte ve bakım veren kişilerden de beklenti içinde olmaktadır. Bakım veren kişinin, aile ekseninden çıkıp yabancı bir kişiye dönüşmesi pek çok farklı neden sonucunda gerçekleşmektedir. Bu durum özellikle aile üyelerinin yaşamlarında meydana gelen farklılıklar ve değişen düzenleri ile açıklanmaktadır.

5.2.1. Palyatif Bakımda Ücretli Refakatçi, Dönüşen Aile Yapısı ve Hasta

Kadınların iş hayatına daha az dahil olduğu, eğitim süreçlerinin daha kısa olduğu, çocukların erken yaşta evden kopmadığı zamanlarda refakatçi denilince akla ilk evlat, eş, dost kavramları gelirdi. Şimdilerde ise yerini günlük, haftalık ya da aylık usulü çalışan enformel sektörün bir parçası işçilere bıraktığı varsayımı ile karşılaşılmaktadır. Artık büyük oranda hastaların, birinci veya ikinci derece yakınlarının, hasta yakını olarak işveren konumunda olduğu bilinmektedir. Saygı duyulan, sözlerine ve deneyimlerine değer verilen aile büyüklerinin hastalanması durumunda onlara bakım vermek eş, evlat ve birinci derece diğer yakınlarının asli görevi olarak düşünülmektedir. Bakım verilmediği takdirde ise bu durum

toplumda hoş görülmemektedir. Aile yapısında yaşanan değişimler, ailede sürdürülen bu bakımın sektöre uğramasına sebebiyet vermektedir. Bu nedenle başvurulan bir yöntem olan güvencesiz ve esnek bir istihdam olan “ücretli refakatçiye” başvurma yaygınlık kazanmıştır.

Geleneksel ya da geleneksel değerlerden beslenen aile olgusu karşılıklı sevgi, saygı, anlayış, koruma, paylaşma ve yardımlaşmaya önem veren psikolojik ve duygusal açıdan desteğin en üst seviyede görüldüğü ve güven ilişkisinin olduğu önemli bir kurumdur. Ancak artan ortasınıflaşma, bireysel özerkleşme ve tüketime eklemlenme isteği aile fertlerini kolektivitiden uzaklaştırırken duygusal bağları zayıflatmaktadır. Bakıma muhtaç olan yakınlarının bakımında “görünmeyen bir işgücü” olarak bu kurumun içerisinde yer alan aile bireyleri nitelendirilmektedir (Anttonen, 2003). Bakım verecek kişinin yoksunluğu nedeniyle bu bakımın çoğunlukla devredilmesi ile karşılaşılmaktadır. Aile içinde bakım veren kişinin değişiminde kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerde yaşanan değişimler önemli rol oynamaktadır.

“Hastamın kızı Gönül hanım, iyi bir yerde gıda mühendisli olarak çalışıyor. Bir defasında çalışmak zorunda olmasam, kızımın geleceği söz konusu olmasa ben bakarım anneme. Benim için çok kıymetli annem size emanet demişti. İnsan etkileniyor tabii.” (K,9).

Teknoloji ve tıpta yaşanan gelişmeler neticesinde yaşlı nüfusunun hızla arttığı ve buna paralel olarak yaşlılıkta oldukça sık görülen hastalıkların yaygınlaştığı ve bu durumun toplumsal bir çözüm gerektirdiği söylenebilmektedir. Nitekim hastalanan yaşlı sayısındaki artış doğrusal olarak bakım gereksinimi duyan kişilerin de artması anlamına gelmektedir.

Bakım verilen kişi ile bakım veren kişi arasında çoğunlukla duygusal bir bağ kurulması kaçınılmazdır. Bakım veren kişinin hastanın sağlık durumundaki olumsuzluklardan etkilenmesi de buna paralel bir şekilde gerçekleşmektedir. Katılımcılar, bakım vermeyi ifadelerine şu şekilde yansıtmıştır.

“Yemeğini yedirmek, ilacını içirmek, üstünü değiştirmek, tuvaletine götürmek.” (K,1).

“Aklınıza gelebilecek her konuda bir kişiye yardım etmek ya da karşılayamadığı ihtiyaçlarını karşılamak.” (K,3).

“Yaşlı ya da hasta bireyin tek başına karşılayamadığı ve yardıma ihtiyaç duyduğu temel bakım gereksinimlerini karşılamada yardımcı olmak.” (K,7).

Bakım verenin sorumluluk ve görevleri, insan sevgisi, hoşgörü ve bakıma muhtaçlara saygı, sosyal fedakârlık, etkin iletişim ve sosyal diyalog becerisi, empatik ve kontrollü duygusal yaklaşım, sabır ve psikolojik yönden strese dayanıklı olmak, mesleki liyakat ve mesleki sorumluluk, farkındalık ve ayrımcılık yapmama, mahremiyet ve gizlilik, maddî ve psikososyal istismardan kaçınma, sağlıklı iş ilişkileri ve kurumsal sadakat şeklinde sıralanabilir (Seyyar ve Genç, 2010). Katılımcılar ise bakım veren kişide olması gereken özellikleri ise şu şekilde sıralamışlardır:

“Vicdanlı, iyi niyetli insan bakım veren olmalı.” (K,5).

“Fizyolojik ve psikolojik olarak karşısındaki insanın doğru yöntem ve metotlar ile bakım gereksinimlerini karşılayabilecek eğitilmiş insan olmalıdır.” (K,7).

“Empati kuruyorum. Aynı durumda ben olsaydım ve bir başkasının insafına kalsaydım diye düşünüyorum üzerine.” (K,12).

İleri yaşlarda yaşamı tehdit eden hastalıklar; kanser, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, anemi, KOAH, DM, demans iken, yaşamsal önemi yanında yeti kaybına neden olanlar; kognitif bozukluklar, inme, diyabet, KOAH, coroner arter hastalığı, hipertansiyon ve osteoporoz, sadece yeti kaybına neden olanlar ise; parkinson hastalığı, görme sorunları ve artritler olarak sıralanmaktadır (Kutsal ve Eyigör, 48) ve bu hastalıklar destekleyici bakıma en çok ihtiyaç duyan kimselerdir.

“Alaattin abinin kalp yetmezliği var.” (K,6).

“KOAH.” (K,7)

“Kronik ciğer hastası.” (K,11).

“Fatih bey, parkinson hastası.” (K,12).

“Kanser hastası.” (K,18).

“Parkinson hastası.” (K,19).

“Demans hastası.” (K,20).

Palyatif bakım merkezinde, özel bakım gerektiren kronik hastalıklara sahip olan hastalara bakım verilmektedir. Hastaların palyatif bakım merkezine gelme ve burada tedavi görme nedenleri yaşam kalitelerinin artırılması, hastalara konfor sağlanması ve depresyon sorunlarının önüne geçmek şeklinde sıralanabilmektedir.

Geleneksel toplumlarda bakım veren kişilerin değişiklik göstermesi konusu katılımcıların ifadelerine şu şekilde yansımıştır.

“Evin yaşlısına eskiden en küçük erkek çocukla onun hanımı bakardı. Artık gelinler çalışıyor. Evde hastaya bakacak kimse kalmadı.” (K,1).

“Zaman değişti. Artık kimse karısına anama babama bak diyemiyor. Huzurevleri, bakıcılar yaşıyor. (gülüyor)” (K,4).

Bakım emeğinin, farklı nedenler doğrultusunda aile içinde yürütülemediği ve bu eksenden çıktığı görülmektedir. İleri derece rahatsızlığı olan hastaların, tedaviye elverişli olmadığı durumlarda semptomlarını hafifletmek ve ölümlerini kolaylaştırmak palyatif bakımın nihai amacıdır.

5.2.2. Palyatif Bakım, Terminal Dönem ve İyi Ölüm

Palyatif bakım, ciddi bir hastalığı bulunan bireylerin bütüncül bir yaklaşımla tedavileri devam ederken yaşam kalitelerinden ödün verilmemesini amaç edinen bir hizmet (Cimete, 2002) olarak tanımlanırken “tedaviden çok ağrı ve diğer semptomların kontrolüne vurgu yapan hastanın yaşamının sonunu onurlu ve rahat bir şekilde geçirmeye odaklanan ise hospis hareketidir” (Özkan, 2011: 70) Palyatif bakımın bir parçası olan hospiste palyatif bakımdan farklı olarak tedavi amaç olarak güdülmeyen hospis bakımda yaşamı uzatacak tedaviler durdurulup hasta ve yakınlarının ailelerin bakımına odaklanmaktadır.

Terminal dönem, hasta bireyin yaşamının son haftalarına girdiği, artık ölümün onu hazırlıksız yakalayamayacağı çünkü beklenen bir durum olduğu dönemdir. Terminal dönemde olan hastanın bakımı sağlık personeli ve hasta yakınları için oldukça güç hale gelmiştir. Psikolojik yönden desteğe ihtiyaç duyan ise hem aile bireyleri hem de hasta olmaktadır. Bu dönem içerisinde

karşılaşılan sorunlar ve bakım ihtiyaçları hastadan hastaya çeşitlilik gösterebilmektedir (Onan,2001).

Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan bireyler ve özellikle terminal dönem hastalar ve yakınları için uygulanan semptomatik tedaviler, yaşam kalitesini arttırmaya dönük olup ağrı, bulantı, kusma, halsizlik, dispne, anksiyete, deliryum (Robinsob, 2014) şeklinde sıralanabilmektedir. Terminal dönemden sonraki aşamanın ölüm olması beklenmektedir.

“Kavramlara hakim olduğum ve süreç ile ilgili fikirlerim olduğu için profesyonel davranıp destek oluyorum.” (K,7).

Eğitimli bireyler hangi semptomlar ile nasıl baş edecekleri ya da doktorun söylediklerini terminolojik açıdan anlamlandırabilme konusunda daha yetkindir. Bu yetkinlikleri, hasta bakımı konusunda avantajdır.

“Adı bile korkunç. O dönemdeki bir hasta, insanların ayaklarının geri geri gitmesine sebep olur.” (K,14).

Doktor ve hemşirelerin kullandığı terimlerin içeriğini anlayamama ve halk dilinde kullanılan karşılık kavramlar ile kafalarında oturtmaları gerekmektedir.

Ölüme hazırlık genellikle bakım verenin, bakım sağladığı kişinin yaklaşan ölümüne hazır olması olarak tanımlanmaktadır. Ölüme hazırlık tıbbi, psikososyal, ruhsal ve pratik konuları kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. Ölüme hazırlık, bakıcılar ve sağlık ekibi arasında etkin bir iletişim gerektirmekte ve bakıcıların bütüncül bir biçimde bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak hazır olmasını sağlamaktadır (Breen ve ark., 2018). Breen ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada bakım vericilerin ölüme hazırlıkta zorlandıkları noktanın duygusal hazırlık olduğu her ne kadar bilişsel açıdan hazır olsalar da güçlük yaşadıkları ileri sürülmüştür. Farkındalığın olması duygusal ve psikolojik hazırlık için yeterli olmamaktadır. Yaklaşmakta olan ölüm hakkında bilgi sahibi olma ile yas sürecinin yarattığı duygusal boşluk birbirinden ayrıktır.

Yaşam sonu bakımın en temelinde iyi ölüm ile sonuçlandırmak yatmaktadır. Schulz’a göre (2018) yaşam sonuna yaklaşan hastanın semptomları kontrol altına alınmalı, ölüme hazırlıklı bir biçimde beklerken, sağlık hizmetini veren kişilere güven duymalı ve

uygulanacak tedavi seçenekleri ile ilgili karar vererek bütüncül bir yaklaşım ile tedavi edilebilmelidir. Tedavi edilemeyecek hastanın ise kontrol altına alınmış semptomlarla yaşam kalitesini artırma odaklanmalı ve ölüme hazırlıklı olması nedeniyle hayatını iyi ölümlle sonuçlandırabilmelidir.

5.3. Sosyal ve Psikolojik Açıdan Ücretli Refakatçilik Grup Terapisi ve Manevi Danışmanlık

5.3.1. Sosyal Yaşamda Ücretli Refakatçilik ve Bakım Döngüsü

Hastaya fiziki ve ruhen en yakın olan kişi hastaya bakım veren kişi olurken bu süreç hem hasta hem de refakatçisinin sosyalliğini etkilemektedir. Bu çalışmada, yaşam sonu bakımdan bahsedildiği de göz önünde bulundurulduğunda bakım veren ile hastanın tek ve ortak bir hayat yaşadıklarını söylemek eğreti olmamaktadır.

“Farkında olmadan hasta için yaşıyor oluyorsun. Ben dediğim gibi çok fazla hasta baktım. Hepsinde aynısı oldu. Bir bakıyorum ki hastanın yemek saati, ilaç saati o saati bu saati onun ihtiyaçlarını ön plana koyarken bazen sen yemek yemeyi unutuyorsun. (K,3).

“Kendi istek ve ihtiyaçlarımı bir rafa kaldırıp ilk önce Aydın abiyi düşünüyorum. O uyurken yemek yiyorum mesela. O uyurken bir nefes almaya çıkabiliyorum.” (K,9).

“Burada da bu hastanelerde olan kokudan var. Benim başımı ağrıttıyor. Müsait olan biriyle yirmi dakika da olsa bahçeye çıkmak, oksijen almak ağrımı azaltıyor.” (K,14).

“Yan odamda hasta yakını bir kadın var. Çok güzel Türk kahvesi yapıyor. Beraber yarım saat kahve içmenin bile iyi geldiği oluyor.” (K,15)

Aile bireyleri/yakınlarıyla ne sıklıkla görüştükleri ile ilgili edilen sohbetten şu ifadeler ortaya çıkmıştır.

“Yatılı bir iş olduğu için izin gününden izin gününe eve gidiyorum.” (K,20).

“Ben bazı geceler gidip ertesi gün öğlen geliyorum. Anlaşırken söyledim. İki tane çocuğum var, onların annelerine ihtiyacı var. Yetiyor mu dersiniz yine yetmiyor. Çocuklar çok özliyor ben çok özliyorum. Zorlanıyoruz.”

“Senelerdir hiç kaçırmadığım günüm vardı. En çok o dedikodu ortamından, cadı kazanından koptuğum için zor geliyor (güler).”

Özel yaşamında duraksama meydana gelen refakatçi, günlük aktivitelerini gerçekleştiremediği gibi çoğu zaman bakım merkezinin dahi dışına çıkamamakta ve sosyalleşme ihtiyacını en fazla bakım merkezi içindeki insanlarla karşılayabilmektedir. Eski sosyal hayatından kopan birey yeni bir sosyal hayat için çeşitli yollar aramaktadır. Aile üyeleri ve dışardaki arkadaşları ile görüşemeyen ve yalnızlık duygusu ile başa çıkması gereken refakatçi, hasta yakını ve diğer refakatçiler, bakım merkezi çalışanları ile sohbet etme, terasa ya da bahçeye çıkma, kahve içme şeklinde sosyalleşebilir.

5.3.2. Ücretli Refakatçilik, Bakım Yükü ve Psikolojik Yansımalar

Sosyal hayatlarının seyri değişen, üzüntü, mutsuzluk, huzursuzluk duygularıyla baş etmek durumunda kalan bakım emekçileri psikolojik açıdan etkilenebilmektedir. Hasta ile yakın temasta bulunmanın, uzun süreli bakım merkezinde olmanın ücretli refakatçilerin psikolojilerinde olumsuz yansımalarının olmaması kaçınılmazdır.

“Ağrıdan bağırانlar, acıyla kıvrانانlar, öğüre öğüre kusanlar oluyor. Bunları sürekli sürekli görünce insanın sanki ruhu çekiliyor.” (K,3).

“Yediğim içtiğim havadan yatak bedavadan diye düşünme. Görüyorsun işte burada keyfiyen kalacak kimse olamaz. Herkes ya şehir dışında okuyan çocuğuna para göndermek ya kalacak yeri olmadığından burada. Herkesin kendine göre geçerli bir sebebi var.” (K,5).

Rutine dönen hayatları, yaşamdan zevk alamamalarına hatta tükenmişlik duygusuyla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir. Psikolojik olarak travmatik durumların içerisinde yer almak, üstlenilen bakım yükü zaman zaman kişi için baş edemeyeceği bir zorluk haline gelebilmektedir.

5.3.3. Palyatif Bakım Merkezinde Grup Terapileri ve Manevi Danışmanlık Hizmeti

Tükenmişlik, fiziksel ve psikolojik yorgunluğun yanı sıra negatif tutumları çevreye gösterme konusunda etkin olan bir sendrom olarak nitelendirilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981). Umutsuzluk, içinde bulunduğu durum ve çevreden keyif alamama, stres ile baş etme

yöntemlerini etkin kullanamamak yaşam doyumunun azalması ve tükenmişlik sendromuna yakalanmayı beraberinde getirmektedir.

“Hastam taburcu olup boşta kalınca bir süre ohh be hayat varmış diyorum. O stres, zorlukla başa çıkmak hiç kolay değil.” (K,12).

“Tahmin ettiğimden daha zorlayıcıymış. Alt tarafı şu olunca bunu bu olunca şunu yapacaksın diye kendimi gazlayarak başladım. Önceden yaptığım işlerin zorluklarını getirdim hep gözümün önüne ama bir insanın sorumluluğunu almak kolay değilmiş.” (K,16).

Bakım sürecinin stresli olduğunu ve büyük bir sorumluluk istediğini dile getiren katılımcılar, yoğunluklu olarak hastaları ile duygusal bağ kurmaktadır. Bu da onların psikolojik olarak daha derinden etkilenmelerine sebep olabilmektedir. Bu nedenle hasta yakınları için düşünülüp tasarlanan grup terapilerine katılmakta gönüllü olmuşlardır.

Grup terapisi, danışanların benzer sıkıntıları olan diğer danışanlarla beraber grup lideri eşliğinde belirli bir amaca yönelik görüşmeler sağlamasıdır. Palyatif bakım merkezlerinde bakım alan hastaların yakınlarına grup terapileri uygulanmaktadır. Benzer hastalıklarla savaşıyor veya benzer deneyimler paylaşan grupları bir araya getirir. Bu grup terapileri, sosyal çalışmacı ve manevi destek uzmanı rehberliğinde yürütülmektedir. Hem motivasyon sağlamaları hem de yalnızlığı dindirerek güç sağladığı ileri sürülmektedir. Hasta yakınlarının bir araya geldiği grup terapilerine bazı ücretli refakatçilerinde katılmakta gönüllü olması bakım yükünün zorluğunu ve palyatif bakım sürecinde hasta, hasta yakını ve çalışanların bir ekip olduğunu göstermektedir.

Grup terapilerinde yaşadıkları deneyimleri ise şu şekilde ifade etmişlerdir.

“Ne kadar kan bağıımız olmasa da bir süre sonra biz de onların yakını oluyoruz. Her an yanında olmak, birlikte uzunca vakit geçirmek hastalarla olan bağıımızı güçlendiriyor. Onları kaybetmek üzücü oluyor. Bu nedenle grup terapilerinin faydasını görmüşlüğüm vardır.” (K,3).

“Manevi bir danışman ve sosyal hizmet uzmanı oluyor. Hasta yakınları, hikayelerini ve hastalarını anlatıyor. Psikolojik ve dini sohbetlerle hasta yakınlarına telkinler veriliyor.” (K,7).

“Grup terapilerine hasta yakını olan refakatçiler ile birlikte katılırım. Burada olmak psikolojik olarak bir savaş içinde olmak gibi. Hastaların, hastalıklarının son evrelerinde olması ve onları kaybetme ihtimalinin yüksek oluşu yıkıcı bir gerçek.” (K,14).

“Ben hasta yakını olmadığım için katılmıyordum. Sonra baktım katılan benim gibileri de var. Merak ettim. Psikolojik açıdan insanı rahatlatıcı bir görüşmeymiş.” (K,18).

Hasta yakınları için planlanan bu terapilere, hastalara bakım veren ücretli refakatçilerden de gönüllü olarak katılım sağlanması ücretli refakatçilerin de bu bakım yükünden oldukça etkilendiklerini göstermektedir. Katılımcıların grup terapileri ile ilgili ortak yargıları, psikolojik açıdan destekleyici nitelikte olması yönünde olmuştur.

Ölüm, tıbbi bir olay olmasının yanı sıra toplumsal ve bireysel içerikleri de kuvvetli bir gerçekliktir. Palyatif bakımda hasta ile hasta yakınlarının birlikte desteklenmeleri, ölümden sonra yas sürecinde hasta yakınlarının desteklenmeye devam edilmeleri önemlidir. Bunun kadar önemli bir diğer nokta da hastayı tedavi eden sağlık çalışanlarının desteklenmesidir.

Modern toplumlardaki sekülerleşmeye rağmen ölüme anlam yüklemeyi, başa çıkmayı, ölüme rağmen hayatı yaşanır kılmayı sağlayan etmenlerden biri de dindir (Çölgeçen ve Aslan,2022: 141). Din ve maneviyat denildiğinde kişilerin zihninde benzer anlamlar belirmektedir. Gerçekte ise dinin ve maneviyatın birbirinden farklı anlamları bulunmaktadır. Yani, din ve maneviyat kavramları her ne kadar birbirinin yerine kullanılsa da bu iki kavramın ilişkisi tartışma konusudur (Tuncay, 2007: 15). Manevi destek hizmetlerinin en önemli işlevi bireyin kendisine, çevresine, topluma, Tanrıya ve doğaya karşı yaşadığı yabancılaşma duygusunu yok etmeğe destek olmak veya onu minimize etmesini sağlamaktır. Sonraki süreçte de bireyin hayatını anlamlı kılmaya çalışmaktır (Seyyar, 2010: 1369).

Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından sağlık hizmetlerindeki manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri “manevi destek uygulaması” bu alanda görevli olan kişiler “manevi destek görevlisi” olarak adlandırılmaktadır (Özkan,2017: 62).

“Manevi destek uzmanı, hasta yakınlarının tam böyle yıkıldığı yerde mecazi anlamda onların elinden tutup kaldırıyor.” (K,10).

“Ümitsizlikten kurtardı beni. İlk hastam Esmâ ablâya bakarken ben öz ablam hasta ve ölecek gibi hissedip psikolojik sıkıntılar yaşamıştım. Uzman sayesinde toparlandım.” (K,14).

“Bir başkası söylese tesir etmeyecek şeyler o adam söyleyince etkili oluyor. Garip biri beni de kendime getirmişliği var.” (K,16).

Bu danışmanlık hizmetleri, cezaevinde, aile rehberlik alanında, sosyal hizmet kurumlarında ve hastanelerde manevi danışman olarak çalışan kişiler tarafından verilmektedir. Lisans düzeyinde ilahiyat, sosyoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik ve psikoloji mezunu olan bireylerin, manevi danışman unvanı alabilmek için manevi ve rehberlik eğitimi almaları gerekmektedir.

Hastanelerde önemli bir ihtiyaç olarak görülen manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri, insanların benimsedikleri inanç ve değerler doğrultusunda yer almaktadır (Başar, 2013). Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleriyle, hastalara ve hasta yakınlarına içerisinde yer aldıkları dönemdedeneyimlenen acılı, üzüntülü, korkulu, yalnız ve ümitsizlik hisleriyle baş etmeye ve onların yanında olmaya manevi açıdan danışmanlık ve rehberlik yapabilmeye, varsa cevaplanacak soru ve sorunları ile ilgilenmeye, ibadetlerini yerine getirebilmelerinde yardımcı olmaya, yaşadıklarına yeni bir anlam yüklemeye ve doğru yönlendirmeye uğraş gösterilmektedir (Arslan, 2017). Yapılan araştırmalarda manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinden yararlanan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarında iyileşme olduğu tespit edilmiştir (Çelik vd, 2014: 3).

“İnancı en zayıf olanların bile can kulağıyla dinlediği biri Anlatılanları öyle güzel yorumluyor öyle dolu tarafından baktırıyor ki insana şaşırtıyorsunuz gerçekten.” (K,14).

“Çok spesifik anlatılarda bulunmasa da insanı rahatlatan bir sohbeti olduğu kesin.” (K,17).

“Ses tonu, vurgulaması ve sohbet içeriği ilgi çekici bir adam” (K,19).

Palyatif bakım merkezlerinde grup terapisi ve manevi danışmanlık hizmeti ayrı ayrı düşünülmemektedir. Bir araya gelinen toplantı salonunda psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve manevi danışman bulunmaktadır. Söz hakkı alan bakım merkezi çalışanları, hasta yakınları ve refakatçilerin sorunlarla başa çıkmalarına destek olurken yol göstericilik yapmaktadırlar.

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Neoliberal politikalar, sadece ekonomik çıktıları ile değil; bütünleşik bir şekilde yaşamın tüm alanları ve elbette ki sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin dönüşümler üzerinde de son derece belirleyicidir. Öncelikle çalışma yaşamını özelleştirme, piyasalaştırma ve serbestleştirmeye bağlı olarak çalışma yaşamının enformelleşmesi, istihdam biçimini dönüştürmüştür. Hızla artan orta sınıflaşma ve toplumsal yaşlanmanın sürece eklenmesi bakım ihtiyacının artmasını beraberinde getirirken, bakıma dönük kurumsal örgütlenmenin neoliberal politikalar çerçevesinde gerçekleştirilmesi, istihdam biçimi, hasta, hasta yakını ve hizmetin sunumu arasında tartışılması gereken bir alanı üretmiştir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişimin, insan yaşam süresini uzatmasının yanı sıra sıklıkla yaşlılıkta görülen kronik hastalıkların süreçlerini de uzattığı bilinmektedir. Nitekim bu durum toplumdaki yaşlı sayısını arttırırken bakıma daha fazla ihtiyaç duyulmasını da beraberinde getirmektedir. Yaşanan orta sınıflaşma ise yaşlı bakım merkezlerini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla önceden aile üyelerinin yükümlülüğünde olan ücretsiz bakım, zaman içerisinde yerini yabancıya bırakmıştır. Aile değerlerinde yaşanan kayıp ise tartışmaya açıktır.

Yapılan bu çalışma, sağlıkta ve aile değerlerinde yaşanan dönüşüm dikkate alınarak türeyen yeni bir emek gücüne odaklanmaktadır. Çalışma, neoliberalizmin ve neoliberal politikaların yarattığı değişim ve dönüşümü sağlık ve çalışma yaşamı üzerinden irdelemektedir. Neoliberal politikaların çalışma yaşamına etkileri beraberinde yeni istihdam şekillerini üretir. Çalışma, neoliberalizmin iki temel dinamiği, güvencesizlik ve esneklik olgularını çalışma yaşamı üzerinden ele almıştır. Bu dinamiklere odaklanılarak, aktarılacak istenen bilgileri somutlamak amacıyla palyatif bakım merkezini mekân, ücretli refakatçileri ise özne olarak kullanmıştır. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'ne bağlı olan TEV Kamile Cephaneçioğlu Palyatif Bakım Merkezi'nde Mart-Eylül ayları aralığında ve 25-57 yaşları arasında 21 ücretli refakatçi ile derinlemesine görüşmeler yapılarak araştırma verileri toplanmıştır. Araştırma problemleri, araştırmanın kavramsal bölümü ve alan boyutu belirlenen temalar çerçevesinde analiz edilmiştir. Sağlık sosyolojisi ve çalışma sosyolojisinin iç içe geçtiği ve palyatif bakım merkezlerinde ücretli refakatçiliğe odaklanan çalışma, her ne kadar palyatif bakım ve refakatçiliği merkeze alan çalışmalar olsa da esnek ve güvencesiz şartlarda ücretli bir biçimde yapılan refakatçilik ile ilgili bir çalışma literatür taramasında

bulunmadığı için özgün nitelikte bir çalışma olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Bakım emekçisinin, nitelik açısından yeterli görülmemesi (eğitilmiş olmaması) ve düşük ücretlerle çalışmayı kabullenmesi neoliberalizmin stratejisiyle aynı yöndedir. Nitekim neoliberalizmin temel amacı, kâr artarken önüne çıkan engelleri kaldırmaktır. Neo-liberalizm kendi kârlılığını arttırarak sürdürülebilirliğini koruma eğilimindedir. Neoliberal politikalar ve çalışma yaşamının dönüşümünün emek üzerindeki etkilerine odaklanılarak palyatif bakım merkezlerinde çalışan “ücretsiz refakatçi”lerin çalışmalarının doğası, bu enformel emek gücünün aile içi hizmetten yabancının verdiği hizmete dönüşmesinin toplumsal sebepleri, iktisadi ve demografik dönüşümlerin emek piyasalarına yansımaları, piyasalaştırılmış, özelleştirilmiş ya da kamulaştırılmış palyatif bakım merkezlerinin hizmet amacı ve içeriğini sorgulayarak bakım merkezlerinde çalışan bakım emekçileri irdelenmiştir.

Bakım merkezlerinde çalışan bakım emekçisi ücretli refakatçi olarak tanımlanmaktadır. Refakatçilik anlayışı, ücretli ve ücretsiz olmak üzere ayrılmaktadır. Ücretsiz refakat anlayışı, aile içinde yürütülen emektir. Bu emeğin çeşitli sebeplerle aile içinde gösterilememesi durumunda ücretli refakatçiliğin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Ücretli refakatçiler, bakım verecekleri hastayı bulma konusunda pek çok farklı kanal kullanmışlardır. Bir iş ilanı sayfası ya da hasta yakınlarının ihtiyaç duyduklarında, ihtiyaçlarına uygun bakıcı tahsis etmek için kurulmuş şirketler olabilir. Ancak çalışmanın bulgular kısmında katılımcıların en çok bakım merkezinde çalışan personeller aracılığıyla iş buldukları fark edilmiştir. Bu durum akla eş-dost kapitalizmini getirmektedir. Eğilmez’e göre (2019) serbest piyasa ekonomisinin özelliklerini taşıyan bir ortamda görülür olmakla birlikte siyasi iktidara yakın olanların özel uygulamalardan yararlandığı ekonomik sistem olarak tanımlanan eş dost kapitalizmi, ahabp çavuş kapitalizmi olarak da kullanılmaktadır. Nitekim palyatif bakım merkezlerinde de kadrolu personellerin, refakatçi arayan hasta yakınlarına güvenilir bir referans kaynağı olarak tanıdığı kişileri önermesi gözlemlenmiştir. Yaşanan ahabpı kayırma uygulaması, ücretli refakatçi ve bakım merkezi personeli arasında karşılıklı çıkara dayanmaktadır. Bu durumun yapılan görüşmelerde refakatçinin iş edinme sürecini kolaylaştırıp hızlandırdığı ortaya çıkmıştır. Ücretli refakatçinin iş bulmasında aktif rol oynayan kişiler, tam bir görev tanımı bulunmayan refakatçinin üstüne bir de çalışan tarafından çalıştırılma yükü eklenmiştir.

Ücretli refakatçinin, iş bulma sürecinde köprü görevi gören merkez çalışanının ondan beklentilerine yanıt vermesi karşılıklı çıkarın elde edilmesini sağlamıştır.

Enformel sektörün içerisinde yer alan “ücretli refakatçiler” neoliberal ekonomik sistemin bir parçası olan esnek ve güvencesiz istihdam şartları nedeniyle mağduriyet yaşayan çalışanlardır. Açıktır ki çalışma, öznesi olan “ücretli refakatçilerin” enformel bir iş gücü olmaları nedeniyle çalışma sosyolojisi, neoliberal düzlemde sağlığın dönüşümü ve piyasalaştırılması ve sağlık hizmeti veren palyatif bakım merkezlerinin doğasına odaklanması bakımından sağlık sosyolojisi, hastanın ve hastalığın metalaşmasının irdelenmesi bağlamında hastalık sosyolojisi ve palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastaların önemli ölçüde yaşlı hastalardan oluşması açısından yaşlanma ve yaşlılık sosyolojisi bağlamında sosyoloji disiplininin alt dallarının toplumsal görünümünün incelenmesine dayanır. Palyatif bakım süreci bir grup çalışmasıyla yürütülmektedir. Bu grubun içinde sağlık personeli ile birlikte hasta ve hasta yakını da yer almaktadır. Neoliberal politikalar nedeniyle etraflarının güvencesizlik ile sarıldığını hisseden bireyler, işsizlikle imtihan edilmeleri ve ekonomik bağımsızlık arzusu içerisinde olmalarından kaynaklı belirsizliği deneyimlemekte ve esnek ve güvencesiz çalışma yaşamının sularına kendilerini bırakma mecburiyetinde kalabilmektedirler.

Çalışmaya yansıyan sonuçlardan biri, katılımcıların neredeyse tamamının formel sektörde yer almak için daha önce girişimde bulunduğu ancak olumlu sonuç alamadıklarının ifadelerine yansımastır. Açıktır ki enformel istihdam öncelikli bir tercih olarak düşünülmemektedir. Enformel sektör; güvenceli, korunaklı, esneklikten uzak avantajlı bir istihdam türü olarak görülen formel sektöre dahil olma süreçlerinde başarısız olan bireylerin istihdama katılma yollarından biri olarak nitelendirilebilir. Belirsizliklerle dolu ve karmaşık bir istihdam türü olan enformel sektör, büyük oranda formel sektörde kendine yer edinemeyen kişilerin etrafında şekillenmektedir. Formel alana dahil olamayan işgücünün oluşturduğu enformel sektör; güvencesizlik, esneklik ve kayıt dışılık ile çalışanları hapseden bir istihdam türüdür. Enformel sektör, ülkelerin gelişmişlik düzeyi fark etmeksizin oldukça yaygınlaşmıştır. Her ne kadar gelir kapısı olarak gözükse de çalışanı mahkûm eden bir sistem olduğu görünürdür.

Bir başka sonuç ise; ücretli refakatçilerin, güvencesiz ve esnek koşullarda gerçekleşen çalışmalarına ilişkin deneyimlerini ve bu emek sürecinin dönüşümünün ortaya çıkarılmasıdır.

Neoliberalizm ile birlikte emekgücü ve emek piyasalarında özelleştirme, piyasalaştırma uygulamaları ile birlikte dönüşüm yaşanmaktadır. Nitekim bu çalışmada palyatif bakım merkezlerinde çalışan ve hizmetler sektörüne dahil olan katılımcıların çalışma dinamiklerinin ve uzmanlık düzeylerinin hasta bakım hizmeti sunan bakım merkezi ve neoliberalizm aksında tartışması gerçekleşmiştir.

Palyatif bakım merkezlerinde, sadece yaşlıların tedavi gördüğünü söylemek mümkün değilken hastaların neredeyse tamamının yaşlı kesimden oluştuğu söylenebilmektedir. Bakıma en çok ihtiyaç duyan kesim ise şüphesiz ki kronik hastalıkların arttığı ve iyileşme süreçlerinin zorlaştığı yaşlı kesimdir. Bakım, üç başlık altında etkin bir biçimde irdelenebilmektedir. İlki, bakım, bir çalışma alanı ve işgücü olarak nitelenebilmektedir. İkincisi, çoğunlukla aile içi bir görev olarak benimsenen bakım bir sorumluluk anlayışı olarak görülebilir. Üçüncüsü ise, bakım hem ekonomik hem de duygusal açıdan bir maliyet olarak görünürlük kazanmaktadır. (Anttonen, 2003). Açıktır ki neoliberal politikalarla birlikte kamunun sorumlulukları, bireylere yüklenirken ailenin, aile içi bakım sorumluluğu da yabancılara aktarılmıştır.

“Bütüncül bakım yaklaşımının bir parçası olarak sunulan manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleriyle hastalık, travma, acı ve ölüm gibi durumlar karşısında bireylerin iyi hissetme, hastalığı yenme, başa çıkma becerilerini geliştirme, psikolojik destek almalarına katkı sağlamak hedeflenmektedir” (Doğan, 2007: 251). Ücretli refakatçilerin, bakım verdikleri hastaların fiziksel ve duygusal bakım yüklerini üstlenmeleri onları psikolojik ve manevi desteğe ihtiyaç duyar hale getirebilmektedir. Yol gösterici olma niteliği taşıyan grup terapileri ve özellikle manevi danışmanlık hizmetleri, bireyleri kaybolmaktan kurtarma ve kendilerini bulmada destekleyici rol oynamaktadır. Palyatif bakım merkezinde de manevi danışmanlar, hasta, hasta yakını ve ücretli refakatçilere bu doğrultuda destek olmaktadır.

Yaşam sonu bakım olarak nitelendirilen ve sadece ağrı dindirmek ve iyi ölümü kolaylaştırmak için var olan palyatif bakım merkezleri, sonrasında hastaların tedavi edildiği ve taburculuğun gerçekleşebildiği merkezlere dönüşmüştür. Ayrıca palyatif bakım merkezlerini sağlığın arandığı ve yahut iyilik halinin sürdürülebilirliğinin sağlandığı basit bir mekân olarak algılamamak gerekir. Söz edilen mekân bir bütün olarak fiziksel, zihinsel, ruhsal, psikolojik ve sosyal iyilik için tasarlanan kapsamlı bir mekân olarak düşünülmelidir ve bu mekân, refakatçi zorunluluğu ile hasta kabul etmektedir.

Sonuç olarak refakatçi denilince akla gelen, evlat, eş, dost kavramlarının yerini hastaya yabancı olarak nitelendirilen ücretli refakatçinin aldığı görülmüştür. Enformel sektörün içerisinde yer alan yabancı, günlük ya da aylık usulü güvencesiz ve esnek şartlarda çalışan ücretli refakatçinin ta kendisidir. Artık büyük oranda hastaların, birinci veya ikinci derece yakınlarından seçilmeyen refakatçilerin aile değerlerinde paha biçilemez bir kayıp yarattığı fikri bu noktada tartışmaya açıktır. Nitekim Kalaycı ve Özkul’a göre (2018) son dönemlere kadar ücretsiz aile emeği çerçevesinde yürütülen refakatçilik hizmetleri günümüzde görünür bir şekilde ücretli istihdam alanlarından biri haline gelmiştir. Henüz emek arzı bakımından yetersizlikler olmakla birlikte bu şekilde bir oluşumun ön şartı olan emek ve hizmet alma talebi gün geçtikçe daha fazla hissedilir hale gelmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Adak, N. Ö. (2002). *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*. İstanbul: Birey Yayınları.
- Adak, N. Ö. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları Kadınlar. *Aile ve Toplum*, Ekim-Aralık: 81-87.
- Akça Ay, F. (2013). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. (4.Baskı) Nobel Tıp Kitabevleri
- Aksu, C. (2016). Neoliberal Toplumda Öznellik. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (1) , 66-89 .
- Alptekin, D. (2011). Gerontososyoloji Ekseninde Yaşlılık Sürecinin Sosyo-ekonomik Boyutları. *Yardım ve Dayanışma Dergisi*, 2(3), 7-15.
- Aslan, Ş. ve Atalay, (2021). Neoliberalizm ve Sağlık Hizmetlerinin Metalaştırılması. Aras Shevchenko 6th International Congress On Social Sciences.
- Gümüş, F. Ç. V. E., Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı*. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çelik, A. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1(3).
- Atagün, M. İ. Balaban, Ö. D. Atagün, Z. Elagöz, M. ve Özpolat, A.Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Aydoğdu, E. (2012). Avrupa Birliği’ne Katılım Sürecinde Türkiye’de Esnek Çalışma ve Kadın İstihdamına Yönelik Olarak Yapılan Çalışmalar, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, Ankara. 135.

- Özkan, A. (2017). Hastanelerde Sunulan Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri Üzerine Bir Araştırma, *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik*, Ali Ayten (Ed.). İstanbul: DEM Yayınları.
- Bahar, A. ve Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.
- Gökbayrak, Ş. (2014). Enformel Sektöre Yönelik Sosyal Koruma Modelleri. *Mülkiye Dergisi*, 27(239), 231-254.
- Topçuoğlu, R. A. (2012). Küreselleşme ve Üretimin Esnekleşmesi Sürecinde Kadın Emeği. *Tıbbi Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 12(44), 3-9.
- Toptaş, Ü. (1998), Kayıtdışı Ekonominin Nedenleri. Ankara: Tes-Ar Yayınları, 26.
- Başar, (2013). Hastanelerde Din Hizmetlerinin Eğitim Boyutu, *Yaygın Din Eğitimi Sempozyumu Ankara Dış Yayınları*. 481.
- Başkan, R. (1999). Çalışma Barışı ve Esneklik Tartışmalarında Farklı Bir Yaklaşım, *Mercek Dergisi*. Temmuz.
- Borasio, G. (2011). Translating the World Health Organization Definition of Palliative Care Into Scientific Practice. *Palliative and Supportive Care*, 9(1), 1-2.
- Brennan, R. LK. Baker, EA. Metzler, M. (2008). Promoting health equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants Of Health. Atlanta: U.S. Department Of Health and Human Services, Centers For Disease Control And Prevention.
- Buğra, A. (2011). *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye’de Sosyal Politika*, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Buyruk, H. (2015). Profesyonizm ve Sendikacılık İkiliği Ekseninde Türkiye Öğretmen Örgütlenmesi Üzerine Bir Değerlendirme. *Çalışma ve Toplum*, 4(47), 151-182.
- Campbell, A. (2007). ABD’de Neoliberalizmin Doğuşu: Kapitalizmin Yeniden Örgütlenmesi, Neoliberalizm, Haz: Filho, A. ve Johnston, D. (Çev: Başlı, Ş. ve Öncel, T.) İstanbul: Yordam Yayınları, 305-324.

- Cirhinlioğlu, Z. (2010). *Sağlık Sosyolojisi*. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Clapham, A. Ve Robinson, M. (2009). *Realizing Their Health*. Zurich: Rüffer Ve Pub
- Deppe, Hans- Ulrich (2011). Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaşmaya Karşı Dayanışma, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, (Hazırlayan: Leo Panitch - Colin Leys) (Çev. Haskan, U.), İstanbul: Yordam Kitap.
- Çilingiroğlu, N. ve Simge, D. (2004). Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı, *Turkish Journal of Geriatrics (Türk Geriatri Dergisi)*, CiltTürk Geriatri 7(4) Derneği Yayınları, Ankara. 225-230.
- Çimete, G. (2002). *Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncül Bakım*. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Çoban, İ. Çağasioğlu, A. (2005). Yalnız Yaşayan Yaşlılara İlişkin Aile Politikaları, *Aile ve Toplum Dergisi*. 2(8)
- Çölgeçen, Y. ve Güney A. M. (2022). Palyatif ve Hospis Bakımın Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* (20), 134-155.
- Dağlı, A. ve Baysal, N. (2016). Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59), 1250-1263. doi:10.17755/esosder.75955
- Dahlrup, B. Ekström, H. Nordell, E. and Elmståhl, S. (2015). Coping as a Caregiver: A Question of Strainand Its Consequences on Life Satisfactionand Health-Related Quality of Life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 261-270.
- Dardot, P. ve Laval. C. (2012). Dünyanın Yeni Aklı: Neoliberal Toplum Üzerine Deneme. (Çev.Taylan, F). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Dillehay, R.C. ve Sandys, M.R. (1990). Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning from Research. *International Journal of Agingand Human Development*, 30(4): 263–285.

- Doğan, M. “Hastane Örneği Üzerinden Manevî Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetlerine Genel Bir Bakış”. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 21/2 (2017): 1267-1304
- Eğilmez, M. (2019). *Değişim Sürecinde Türkiye*, Remzi Kitabevi.
- Eisenstadt, S.N. ve Roniger, L. (1984). *Patrons, Clients and Friends. İnterpersonal Relationsand the Structure of Trust in Society*. Cambridge: Cambridge Universty Press.
- Erdut, Z. (2007). Enformel İstihdamın Ekonomik, Sosyal ve Siyasal Etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 1(12), 53-82.
- Ersanlı, K. Kalkan, M. (2008). *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açidan Yaşlılık*. (1. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Etiler, N. (2011). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 2-11.
- Fine, L.J. Philogene, G.S. Gramling, R. Coups, E.J. Sinha, S. (2004). Prevalence Of Multiple Chronic Disease Risk Factors. National Health Interview Survey. *Am. J. Prev. Med.* 27, 18–24.
- Gökbayrak, Ş. (2014). Enformel Sektöre Yönelik Sosyal Koruma Modelleri. *Mülkiye Dergisi*, 27(239), 231-254.
- Hardt, M ve Negri, A. (2011). *Çokluk: İmparatorluk Çağında Savaş ve Demokrasi* (Çev: Yıldırım, B). İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Hargreaves, A. (2000). Mixed Emotions: Teachersperceptions of Their İnteractions With Students. *Teaching and Teacher Education*, 16(8), 811-826.
- Işıklı, A. (1996). *İş Hukuku*, (2. Baskı) Ankara: İmaj Yayıncılık.
- İçli, T. (2002). *Yalnız Yaşamak*, Gökçe Kutsal, (Ed.), HÜ Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, Turgut Yayıncılık, 260-265.

- İlgar, L. (2008). Yaşlılık Dönemi Sosyal Özellikleri ve Serbest Zaman Etkinlikleri, Ersanlı, K. Kalkan, M. (Ed.), Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık Ankara: Pegem Akademi.
- İlhan, S. (2019). Neo-liberalizm, Esneklik ve Güvencesizlik. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29 (2), 361-368. DOI: 10.18069/firatsbed.568043
- Jabbari, A. (2020). *Yaşlılık Sosyolojisi*. Astana Yayınları.
- İnci, F. Ve Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(2), 178-187.
- Kalaycı, I. ve Özkul, M. (2018). Refakatçi Aktörlerin Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler Açısından Bir Değerlendirme (SDÜ Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği). *Electronic TurkishStudies*, 13(10).
- Kalaycıoğlu, S. ve Tılıç, H.R. (2012). Enformel Sektörde Yapılanan Bir İş Biçimi Olan Ev İşçiliğinde Değişen Dinamikler. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 12(44), 10-15.
- Kasapoğlu, A. (2008). *Madalyonun İkiYüzü: Sağlık ve Hastalık*. Ankara: Phoenix Yayınevi.
- Kelly, K. (2009). History of Medicine The Middle Aged 500-1450. New York: Facts On File.
- Kıvanç M. M. (2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Kızılcıkelik, S. (1996). *Türkiye’nin Sağlık Sistemi*, İzmir: Saray Kitapevleri.
- Kurtdaş, M. Ç. (2017). Medikalizasyon Süreci, Sağlığın Ticarileşmesi ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (27), 983-1012. <https://doi.org/10.14520/adyusbd.336644>
- Kuzgun, İ. (2004). Türkiye’de Esnek İstihdam Biçimlerinin Düzenlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 17-31.

- Maslach, C. ve Jackson, S.E. (1986). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- McGregor, S. (2001). Neoliberalism and Health Care, *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82-89.
- Montgomery, J.R.J. Gonyea, J.G. Hooyman, N.R. (1985). Care Giving and The Experience Of Subjective And Objective Burden. *Fam Relat* 34: 19-26.
- Dalbay, S. (2019). Liberal Politikalar dan Neoliberal Politikalara: Sosyal Devletin Dönüşümü. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi* (74), 46-68.
- Morgan, L. A. Kunkel, S. (2007). *Aging: Society and the Life Course*, 3rd ed. New York, Springer.
- Mütevellioğlu, N. Ve Işık, S. (2009). Türkiye Emek Piyasasında Neoliberal Dönüşüm. *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye’de Neoliberal Dönüşüm*, 159-204.
- OECD (1994). *The OECD Jobs Study Facts, Analysis, Strategies, Unemployment in the OECD Area 1990-1995*, Geneva: OECD.
- Oğlak, S. (2017). Yaşlı Bakımında Görünmeyen İşgücü: Aile Bakımı ve Ekonomik Değeri. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 73-87.
- Onan, G.N. (2001). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi* (1), 1-22.
- Önder, İ. (1994). Özelleştirmeye Genel Yaklaşım. İçinde Arnoğlu, E, (Ed.) *Dünyada ve Türkiye’de Özelleştirme*. Ankara: Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını. 11-45.
- Öner, C. (2014). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Türkiye Klinikleri*. 5(3), 16-17

- Özkan, S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (Koah) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1), 69-74.
- Özkanan A, ve Erdem, R. (2014). Yönetimde Kayırmacı Uygulamalar: Kavramsal Bir Çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (20), 179-206.
- Özkul, P. ve Kanyılmaz, G. (2012). Yoksulluk ve Enformelleşme Bağlamında Ortaya Çıkan Bir Yaşam Tarzı: Seyyar Satıcılar. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-61.
- Öztürk, Y. E. ve Kırac, R. (2019). Sağlık ve Hastalık. *Scientific Developments*, 382.
- Özveri, M. (1995-1996). Çalışma Mevzuatı ve Esnekleştirme, Petrol-İş Yayın No: 44, 803.
- Pollerts, A. (1988). The Flexible Firm: Fixation or Fact? *Work, Employment and Society*, 2 (3), 281–316.
- Poortinga, W. (2007). The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Prev. Med.* 44, 124–128.
- Renoy, P. Ivarsson, S. W. Olga, Van Der and Meijer, E. (2004). Undeclared Work In an Enlarged Union an Analysis of Undeclared Work: An In-Depth Study of Specific Items, European Commission Directorate- General for Employment and Social Affairs.
- Sarı, Ö., Atılğan, K.G. (2012) Sağlık Sosyolojisi, Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar. Karatay Akademi Yayınları (1.Basım)
- Schulz-Quach, C. (2018). The Nakedness of The Dead Body: The Meaning of Death to Healthcare Professionals Working with The Dyin. *Existential Analysis*, 29 (2), 301-323.
- Sennet, R. (2020). *Karakter Aşınması: Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerine Etkileri*, (Çev: Yıldırım, B.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Seyyar, A. (2010). *Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım*, İstanbul, Rağbet Yayınları.

- Sönmez, M. (2017). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*. Yordam Kitap.
- Standing, G. (2017). *Prekara: Yeni Tehlikeli Sınıf* (Çev: Bulut, E.). İstanbul: İletişim Yayınları
- Subaşı, Ö. (2014). *Neo-liberal Politikalar ve Ailenin Dönüşen Yapısı*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Güzelsarı, S. (2008). *Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye'de Mali İdarede Yeniden Yapılanma* (Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Maliye Bakanlığı Geliştirme Başkanlığı Yayınları.
- Şahin, Ş. Toprak, S. Ünal, E. Qaly; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları. *Medicine Science*. 2012;1(4):232-43.
- Şişman, Y. (1999). *Ekonomik Faaliyetlerde Enformelleşme ve Türkiye'de Enformel Ekonomik Faaliyetlerde Çalışanlara Yönelik Sosyal Politikalar*, Eskişehir'deki Seyyar Satıcılar Üzerine Bir Alan Araştırması, T.C. Anadolu üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları no; 1165, Eskişehir
- Tanlı, S. Utku, T. (2008). *Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar*. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6 (4), 58-63.
- Taşoğlu, J., ve Limoncuoğlu, S. A. (2010). *"4857 Sayılı Kanun Kapsamında Esnek Çalışma"*. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2(2), 77-85.
- Tekin, A. (2007). *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Tokatlıoğlu M. Y. 2005, *Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri*. İstanbul.
- Toptaş, Ü. (1998). *Türkiye'de Kayıt Dışı Ekonominin Nedenleri, Türkiye Esnaf- Sanatkar ve Küçük Sanayi Araştırma Enstitüsü (TES-AR), TES-AR Yayınları No:26*. Ankara.

- Torun, S. Kadioğlu, S. ve Öztunç, G. (2012). Yoğun Bakımda Yatan Bilinci Açık Hastaların Ziyaret Edilme Hakkı. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(1), 33-40.
- Tuncay, T. (2007). Kronik Hastalıklarla Baş etmede Tinsellik, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Yıl: 17, Sayı: 2, 13-20.
- Turancı, E. ve Bulut, S. (2016). Neo-Liberalizm ve Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü: Özel Sağlık Sektörünün İletişim Politikaları Üzerine Bir Analiz. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*. (43), 40-63.
- Turner, B. (1995). Medical Power and Social Knowledge. London: Sage, 27- 36.
- Wichert, Ines. (2001). Job Insecurity and Work Intensification, The effects of an Health and well-being, Burchell, Brendan (Ed.), Job Insecurity and Work Intensification içinde.
- Yetener, M. Özgün, Y. (1997). Sağlıkta Kadın Emeği Açısından Refakatçilik ve Refakatçilerin Sağlığı. III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongre Kitabı. Ankara: TTB.
- Yılmaz, M. ve Genel, Z. (2021). Neoliberalizm ve Çalışma Hayatının Politik İnşası. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 23 (41), 252-265.
- Yiğit E. 2022, “Neoliberal Küreselleşme Sürecinde Borçlanma Ağları ve Borçlanma Örüntüleri Bağlamında Türkiye’de Köylü Çiftçiler”. *MJH* XII, 273-298.
- Zengin, N. (2010). Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44-52.
- Zubaroglu Yanardağ, M. (2019). Sosyal Hizmet Mesleğinde Gerontolojik ve Geriatrik Boyut Üzerine Bir İnceleme. Yanardağ, U. ve Yanardağ, M.Z. (Editörler), Yaşlılık ve Sosyal Hizmet. Ankara: Nika Yayınları.

8. EKLER

EK 1.

KATILIMCILAR	DEMOGRAFİK BİLGİLER
K1	49 yaşında, kadın ortaokul mezunu, evli
K2	40 yaşında, kadın, lise 2 terk, evli
K3	29 yaşında, kadın, yüksekokul mezunu, bekar
K4	57 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, bekar
K5	52 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, bekar
K6	44 yaşında, kadın, lise mezunu, bekar
K7	25 yaşında, kadın, üniversite mezunu, bekar
K8	46 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, evli
K9	49 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli
K10	50 yaşında, kadın, lise mezunu, evli
K11	48 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli
K12	45 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, bekar
K13	45 yaşında, kadın, yüksekokul mezunu, bekar
K14	46 yaşında, kadın, lise mezunu, evli
K15	28 yaşında, kadın, üniversite mezunu, bekar
K16	47 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli
K17	43 yaşında, kadın, yüksekokul mezunu, evli
K18	54 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, evli
K19	31 yaşında, kadın, üniversite mezunu, bekar
K20	46 yaşında, kadın, lise mezunu, evli
K21	49 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, evli