

HEKİMLER VE TOPLUMSAL CİNSİYET

Başak GÖKTAŞ*, İlker BELEK**

Özet: Toplumsal cinsiyetin hekimlik mesleğine olan etkisi, hem kadın hem de çalışan sağlığı bakımından ele alınması gereken bir konudur. Kadın çalışan sayısının oldukça fazla olduğu sağlık sektöründe hekimler nerelerde ve ne oranlarda yer almaktadır? Kadına biçilen toplumsal rollerin hekimlik mesleğini seçme ve sürdürmede etkisi var mıdır? Bu yazının amacı, toplumsal cinsiyetin Türkiye’de ve dünyada hekimlik mesleği ile olan ilişkisini konuyla ilgili yapılan çalışmalar ışığında incelemektir.

Anahtar sözcükler: toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı, hekim

Physicians and Gender

Abstract: The influence of gender mainstreaming on doctorship must be analyzed in terms of both women’s health and worker’s health. The number of women in health sector is quite big. What is the percentage of women doctors in in health sector? Does the social role which is imposed to women have a role while they are choosing to be a doctor and deciding on going on this career? The aim of this article is to analyze the relationship of gender mainstreaming and doctorship in the light of the surveys done before.

Key words: gender, women’s health, physician

Tarihsel olarak kadının çalışma yaşamındaki varlığı, erkeklerin çeşitli nedenlerle tercih etmedikleri ya da boşalttıkları alanları doldurmasıyla olanaklı olabilmektedir. Genellikle işgücünün yarısı, hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşmasıyla özdeşleştirilmiş bir olgu olan işgücünün feminizasyonu, sağlık sektörü için de geçerlidir. 1970’li yıllarda cinsiyet eşitliği söz konusu iken 2000’li yıllarda sağlık işgücünün feminizasyonundan bahsedilmeye başlanmıştır (**Parlaktuna, 2010; Riska, 2008**). Nitekim Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014-2015 yılı verilerine göre sağlık ve refah alanında eğitim alan erkek öğrenci sayısı 71.147 iken, kadın öğrenci sayısı 120.856’dır. Yine TÜİK verilerine göre 2014 yılında insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri alanında istihdam edilenlerin 318 bini erkek iken 654 bini kadındır (**World of Work Report, 2014**). Burada bahsedilen ‘feminizasyon’ sadece hekim sayısı ile ilgili değil sağlık alanında çalışan kadın sayısı ile ilgilidir.

Toplumsal cinsiyet rollerine göre, ev halkı üyelerinin bakımı kadının işidir. Bu kişiler, başta çocuklar, kocalar, yaşlılar, hasta kişilerdir. Dolayısıyla kadının ev içinde gerçekleştirdiği görünmeyen hizmet, bir anlamda toplumun yeniden üretimidir. Bu nedenle dünyanın her yerinde “bakım hizmeti” ve “bakım rolü” çok eski dönemlerden beri varlığını sürdürmüş, günümüz dünyasındaki işbölümü içinde ortaya çıkan mesleklerde de yansımalarını bulmuştur.

Evin içindeki hastalara kadınlar bakım verirken, ev dışındaki hasta bakımı işlerinin de tarihsel olarak erkeklerin işi olduğu görülmüştür. Bu cinsiyetçi yapı, sağlık sektöründeki yatay ayrışma olarak kendini göstermektedir (**Parlaktuna, 2010**). Geçmişten itibaren sağlık bakımının ön plana çıktığı hemşirelik, ebelik gibi meslekler kadınların işi olarak görülmüştür.

Diğer yandan tıbbi hizmetler içinde daha değerli olarak görülen cerrahlik, klinisyenlik gibi işlerde toplumsal cinsiyet hiyerarşisi tekrardan karşımıza çıkmaktadır, bu mesleklerde erkekler yoğunlaşırken, çok çeşitli olan tıbbi destek hizmetlerinde de (teknisyenlik vb) kadınlar ağırlıktadır (**Parlaktuna, 2010**). Bugüne kadar hemşirelik mesleğinin kadınlar tarafından yerine getirilmesinin en önemli nedeni olarak “alturizm” (fedakârlık) istemesi gösterilebilir. Alturizm, kendinden önce diğerlerine sunma, onların ihtiyaçlarını tahmin etme ve onlara öncelik tanıma olgusudur. Geleneksel olarak hemşireliğin bu özelliklerinin ağırlıklı olarak kadınlara ait olması onun kadın mesleği olarak görülmesine neden olmaktadır. Evdeki bakım rolünü (çocuk, hasta, yaşlı, koca) üstelenen kadın, hemşirelik mesleğinde de bu rolden kurtulamamıştır. Bu yüzden erkeğin hemşire olması onun başarısız erkek olarak algılanma endişesi nedeniyle birçok erkek için caydırıcı rol oynamaktadır (**Özbaşaran, 2002; Zencir, 2011**).

*Arş. Gör. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

**Doç.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

1995 yılında İstanbul'daki devlet, özel ve üniversite hastanelerinde, medikal ve medikal olmayan alanlarda çalışan ve yönetici konumunda olan kadınlar ve erkeklerle yapılan ve sağlık sektöründe kadına yönelik tutum ve davranışlar ile cinsiyete dayalı ayrımcılık konusunu irdeleyen derinlemesine görüşmeler ve grup tartışmalarına dayanan niteliksel bir araştırmamızın sonucunda, sağlık sektöründe özel ve kamu hastanelerinde ayrımcılığın yaşandığı ve cinsiyete dayalı ayrımcılığın da karşılaşılan çeşitli ayrımcılık türlerinden biri olduğu bulunmuştur. Çalışmada "Kadın hekim ve hemşireler mecburi hizmet sırasında cinsiyetlerinden dolayı sorunlarla karşılaşmalar" varsayımı araştırma sonuçları ile desteklenmiştir. Kadın hekim ve hemşireler mecburi hizmet için gidilen yerde 'kadın' olmaları nedeni ile toplumsal baskı yaşadıklarını hatta bazen çalıştıkları yerdeki yöneticiler ve çalışanlardan da bu baskıyı gördüklerini vurgulamışlardır. Bu tür baskıları erkek elemanlar yaşamamaktadır. Hemşireler bu tür baskıları hem çok genç oldukları için hem de hekimlere kıyasla daha az saygınlık gördükleri için en yoğun yaşayan gruptur. "Uzmanlık alanına girişte ve kariyer yapma sürecinde kadın doktorlar cinsiyete dayalı ayrımcılık yaşarlar" ve "Hastanelerde medikal alanda çalışan kadınların özel yaşamlarında iş yüzünden oluşan olumsuz etkiler benzer konumdaki erkeklerden daha fazladır" şeklindeki beklentiler de araştırma bulguları tarafından desteklenmiştir. Araştırmanın başka bir varsayımı olan "Sağlık sektöründe çalışanlara göre bu sektörde cinsiyete dayalı ayrımcılık diğer sektörlere kıyasla daha azdır" ifadesi sektördeki erkek yöneticiler ve çalışan konumundaki çoğu kadın tarafından doğrulanmıştır. Yönetici konumuna gelebilmiş kadın hekimler ise ayrımcılığın diğer sektörlerden hiç de az olmadığını düşünmektedir. Dikkati çeken bir nokta da kimi zaman ayrımcılığı kadınların kendilerinin de yapmalarıdır. Yönetici kadın hekim bu durumu şu cümlelerle ifade etmiştir; "Yönetici mevkilere kadınların gelmeyişi önemli bir nedeni kendileridir. Çünkü bu tür görevlere kendileri talip olmamaktadırlar. Kadınlar erkeklerden daha iyi yapacakları işlerde bile "Ben yapamam. Bu mevkii doldurabilir miyim?" diye dertleniyorlar. Erkekler ise doldurup dolduramayacaklarını hiç düşünmeden işi kabul edebiliyorlar. Ayrıca çoğu kadın mücadeleden kaçıyor ve evini çocuğunu ihmal etme korkusu yaşıyor. Örneğin, Tabip Odası başkanlığı için erkeklerin bile hemfikir olduğu bir kadın doktor adayımız var, ama kendisini ikna edemiyoruz." (Mardin, 2003).

Toplumsal cinsiyet ve hekimlerin branş seçimi

Hekimlik mesleğinde cinsiyetin etkisi en çok branş seçiminde kendisini göstermektedir. Urhan'ın

aktardığına göre diğer ülkelerden farklı olarak eski sosyalist ülkelerde hekimler arasında kadınların oranı yüksektir. Bunun önemli bir nedeni devrim öncesinde kadınların tıp fakültesine girmesinde uygulanan ayrımcılığın devrim sonrasında sonlandırılmasıyla çok sayıda kadın öğrencilerinin tıp fakültelerine başvurusunun sağlanmış olmasıdır. Örneğin günümüzde Litvanya'da kadın hekimlerin toplam hekimlerin içindeki oranı %69'a ulaşmıştır. Buna rağmen kadın hekimlerin keskin bir şekilde bazı dallarda yoğunlaştıkları görülmektedir. Örneğin bu ülkede çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının %92'si, pratisyen hekimlerin %85'i kadın olmasına karşın genel olarak cerrahi dallarda kadınların oranı %9'a kadar düşmektedir. Cerrahi dallardan en fazla kadın hekim %34'lük oran ile çocuk cerrahisindedir. Litvanya örneği, kadınların yoğunlukta olduğu bir sağlık sisteminde bile ayrışmayı göstermesi açısından dikkat çekicidir. Çocuk cerrahisi alanındaki yüksek oran ise yine kadın işi olan çocuk bakımının bir uzantısı gibi görünmektedir. Uzmanlaşma oranı cinsiyetler arasında benzer olan Fransa'da da cerrahi uzmanlık alanlarında kadın oranı %23'e düşmektedir. Ülke örnekleri açısından ilgi çekici diğer bir ülke de Malta'dır. Nüfusunun neredeyse tamamı koyu Katolik olan Malta, Avrupa ülkeleri arasında en düşük kadın sağlık çalışanı oranına sahiptir. Malta'da genel istihdamın yaklaşık dörtte biri kadındır. Hekimler arasında kadınların uzmanlaşma oranı %34'tür ve Malta'da kadın hekimlerin kariyerlerinin çocuk bakım rollerinden etkilendiği bildirilmektedir (Urhan, 2011).

Türkiye'de ÖSYM (2007 ve 2009 yılları arasında) verileri ile kadın hekimlerin tıp fakültesi ve branş seçimleriyle ilgili yapılan bir araştırmada, TUS'la yerleşen hekimlerin %56,2'sinin erkek, %43,8'inin kadın; tıp fakültelerinde çalışan hekimlerin ise %67,8'inin erkek, %32,2'sinin kadın olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, TUS'la yerleşen tüm hekimlerin cinsiyet oranları arasında büyük bir farklılık olmadığını ancak tıp fakültelerinde görev yapan her üç hekimden ikisinin erkek olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçları dikkatli incelendiğinde, özellikle cerrahi tıp bilimlerinde kadın-erkek hekim oranı arasında fark olduğu ve bu farkın özellikle tıp fakültelerinde daha da büyüdüğü görülmektedir. TUS'la yerleşen hekimler arasında genel cerrahi alanında erkek lehinde dört kata varan farkın (kadın %4.6, erkek %16.9), tıp fakültelerinde yedi kata çıktığı (kadın %2.5, erkek %16.7); ürolojide erkek lehine 81 kata varan farkın (kadın %0.09, erkek %7.3), tıp fakültelerinde 93 kata ulaştığı gözlenmiştir (kadın %0.1, erkek %9.3). Bu sonuçlardan farklı olarak,

kadın hekimlerin en fazla buldukları cerrahi tıp bilimlerinin anestezi ve patoloji olduğu görülmüştür. Nitekim TUS'la yerleşen hekimlerde anesteziye kadın lehine iki kata varan farkın (kadın %39.3, erkek %19.3), tıp fakültelerinde dört kata çıktığı (kadın %32.3, erkek %7); patolojide kadın lehine beş kata varan farkın (kadın %12, erkek %2.5), tıp fakültelerinde altı kata çıktığı gözlenmiştir (kadın %26.7, erkek %4.3). Türkiye'de TUS sınavının 1987 yılından itibaren uygulanıyor olmasına ve yasal olarak hiçbir kısıtlama olmamasına rağmen, kadınların cerrahi alanlarında sınırlı sayıda olması, halen bu alanların "erkekler için uygun alanlar" olarak algılandığını göstermektedir (**Koyun, 2013**).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan kadın asistan hekimler ile yapılan bir çalışmanın bulguları da bu durumu destekler niteliktedir. Bu çalışmaya göre cerrahi bölümleri seçen kadın hekimlerin toplumsal cinsiyet ayrımcılığına daha çok maruz kalmaktadır ve kadın hekimlerin bölüm seçerken cinsiyetlerinin etkisinin olduğu görülmüştür (**Göktaş, 2015**). Japonya Kyoto Üniversite Hastanesi'nde 2009-2013 yılları arasında yapılan bir çalışmada kadın hekimlerin tüm hekimlere oranı %20,1 (2009) %20,2 (2013) olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre erkek hekimler kadın hekimlere göre daha yüksek pozisyonlarda çalışmaktadırlar ve temel tıp bilimlerinde sadece 3 (%8,1) doçent, klinik tıp bilimlerinde 2 (%3,9) profesör, cerrahi tıp bilimlerinde ise sadece 1 (%2,3) okutman görev almaktadır. Bu da cerrahi tıp bilimlerinde hiç kadın profesör ve ya doçent olmadığını göstermektedir (**Okoshi, 2014**). Yine Japonya'da özel tıp fakültelerinden mezun olan kadın hekimlerle yapılan bir çalışmada; ileri yaşta olmak, bekar olmak ve çocuk sahibi olmamak tam zamanlı çalışma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, Boşanmış/dul olan ve çocuğu olan kadın hekimlerde cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma algısı ve buna bağlı kariyer engelleri evli ve ya hiç evlenmemiş olanlara göre daha fazladır (**Nomura, 2012**). Yine bu bulguya benzer olarak Cochran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bekar olan ya da partnerleriyle yaşayan kadın cerrahların oranı %39 iken erkeklerde bu oran %12; çocuk sahibi olmayan kadın cerrah oranı %67 iken erkek cerrah oranı %31'dir. Ek olarak bu çalışmaya göre kadın cerrahlar erkek cerrahlara göre eğitim için daha fazla bütçe ayırmaktadırlar, bu çalışmada kadın cerrahların %36'sı cinsiyetleri nedeni ile olumsuz yorumlara maruz kaldıklarını, %30'u cinsiyetleri nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir ve bu oranlar erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir. Kadın

cerrahların yaklaşık %20'si cinsiyetlerinin; yaklaşık yarısı da çocuk sahibi olmanın kariyerleri için bir bariyer olduğunu ifade etmişlerdir, erkeklerde ise bu oran sadece %5'tir (**Cochran, 2013**).

Amerika'da son yıllarda tıp alanında kadın sayısı giderek artmaktadır. 1970 yılında tıp fakültesi öğrencilerinin %10'u, hekimlerin %8'i kadinken; 2006 yılında bu oranlar sırasıyla %50 ve %30 olmuştur ve bu sayıların daha da artacağı tahmin edilmektedir. Hâlâ çalışmalar kadın hekimlerin pediatri, aile hekimliği gibi kısıtlı bazı alanlarda çalıştıklarını göstermektedir. Amerika'da neden kadın ve erkeklerin farklı branşlara yöneldiklerini incelemek için büyük bir kohort çalışması yapılmıştır. Yapılan birçok araştırmaya göre kadın ve erkek farklı branşları seçmektedir çünkü farklı ilgi alanlarına sahip ya da farklı koşullar ve kısıtlamalarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Fakat cinsiyet ayrımcılığını nelerin tetiklediği hakkında çok bilgi olmasına rağmen cinsiyet farklılıklarının kariyer sırasında ne zaman ortaya çıktığı daha az bilinmektedir. Bu çalışma bu soru üzerinde odaklanmaktadır. Çalışmada 1991 yılında tıp fakültesine giren hekimler 16 yıl izlenmiştir. Bu çalışmaya göre, kadınların en fazla görev yaptıkları branşlar pediatri aile hekimliği ve kadın hastalıkları ve doğum iken; erkeklerin en fazla görev yaptıkları branşlar acil, cerrahi branşlar, radyoloji, dermatoloji, anesteziyolojidir. Kadınlar aile hekimliğini 1,60 kat, pediatriyi 2,72 kat, kadın hastalıkları ve doğumu 7,03 kat daha fazla tercih etmektedirler. Branş seçmede tercih değişikliği en çok mezun olduktan sonraki ilk dört yılda meydana gelmiştir. Branş seçiminin yanı sıra yan dallara ayrılmada da (Pediatri->Pediatrik kardiyoloji gibi) cinsiyetin etkisi olduğu, erkek hekimlerin daha fazla yan dallara ayrıldıkları görülmüştür. Çalışmada 'Partnerinizin kariyeri sizin kariyerinizi engelliyor mu?' sorusuna kadınların daha çok 'evet' yanıtını vermişlerdir, bu durum kadınların evliliği ertelemelerine sebep oluyor olabilir. Çalışmanın ana bulgularından biri de; branş seçiminde kadın ve erkek hekimler arasındaki farkın zamanla artmamasıdır. Uzmanlık alanın seçiminde cinsiyet farkı tıp fakültesine başlarken ve bitirirken hemen hemen aynıdır. Bu da kadın ve erkeklerin farklı branşlar seçmelerinin sebebinin onların farklı ilgi alanları ve davranışları olduğu düşüncesini desteklemektedir (**Manwai, 2011**).

Toplumsal cinsiyet ve tıp eğitimi

Tıp alanında yaşanan cinsiyet ayrımcılığı ve kültürel farklılıklar alınan eğitimi de etkileyebilmektedir. Örneğin Türkiye'de tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde yapılan bir araştırmada erkek genital sistem

muayenesinde kadın öğrenciler erkek öğrencilere göre kendilerine 2,4 kat, prostat muayenesinde 2,3 kat daha az güvendikleri, meme muayenesinde ise cinsiyetin etkisinin olmadığı görülmüştür (**Mistik, 2008**). Bu durumlara kültürel farklılıkların etkisinin olması da muhtemeldir. Örneğin Lübnan'da kardiyolog olarak çalışmakta olan Dr. Hamdan'ın belirttiğine göre 2014 yılında Lübnan'da 18 tane (tüm kardiyologların %3'ü) kadın kardiyolog varken 477 erkek bulunmaktadır. Burada ilk problem aile baskısının altında kalan kadınların kendisidir. İkinci problem çalışma ortamındadır. Çalışma ortamlarında kadınlar iş arkadaşlarının, kıdemlilerinin hatta tıp dışı çalışanların bile baskısı altında kalabilmektedirler. Hamdan şefinin kendisine; 'Bir kadının bir erkekle aynı takdiri görmesi için bir erkeğe göre iki kat daha fazla efektif ve profesyonel olmalıdır' dediğini belirtmiştir. Sonuncu problem de hasta ve hekim ilişkisidir. Özellikle de erkek hastaların kadınları doktor olarak görmediklerinden ve kadınların üzerinde baskı yarattıklarından bahsetmektedir. Dr Hamdan bu durumu şu sözlerle açıklamıştır; 'Benim ilk ismim üniseks, o yüzden hastalar beni ilk gördüklerinde erkek olmadığım için şaşırıyorlar ve bazen bana; 'Doktor Bey nerede? Siz onun asistanı olmalısınız' diyorlar.' Lübnan'da 50 erkek 50 kadından oluşan 100 kişiye sorulduğunda, 74 kişi erkek kardiyoloğun kadından daha yetkin olduğunu, 16 kişi eşit olduğunu belirtmiştir. İlginç olarak kadınların %80'i erkek kardiyologların daha yetkin olduğunu düşünürken, erkeklerde bu oran %68 olmuştur (**Hamdan, 2014**).

Toplumsal cinsiyet ve hekimlerin çalışma koşulları

Cinsiyet ayrımcılığı hekimlerin çalışma, işe devam ve psikolojik durumlarını da etkileyebiliyor. Örneğin Japonya'da 2007 yılında iki özel tıp fakültesinden mezun olan hekimlerle yapılan bir çalışmada doğum yapma ve çocuk yetiştirme istifa etmenin en önemli iki sebebi olarak bulunmuş (%45) bunu fiziksel problemler (%12) ve çalışma saatleri (%8) takip etmiş. İstifa edenlerin sadece %33'u tam zamanlı çalışmaya geri dönmüş, en az bir çocuğu olan kadınların sadece %30'u hiç istifa etmemiştir. Bu çalışmaya göre çoğu kadın hekim mezun olduktan sonra 10 yıl içerisinde tam zamanlı çalışmadan istifa etmekte ve bunun büyük sebebi cinsiyete bağlı roller ve kötü çalışma koşulları olarak görülmektedir (**Izumi, 2013**). Kanada'da yapılan bir çalışmada yarı zamanlı çalışmanın kadınlarda daha yaygın olduğu görülmüştür. Kadın ve erkekler bekar ve çocuksuz olduklarında çalışma saatleri açısından fark yokken, evli erkek hekimler daha

çok çalışmakta buna karşıt olarak kadın hekimler evlendiklerinde ve çocuk sahibi olduklarında daha kısa süre çalışmaktadırlar. Bu çalışmaya göre erkek hekimin eşi çocuk varlığında çalışmamakta ya da daha az çalışmaktadır. Kadın hekimin eşi ise üç ya da daha fazla çocuk varlığında daha uzun süre çalışmakta, eğer hekimler evlenirlerse çalışma saatleri azalıyor. Özellikle beş yaş altında çocuk varlığı erkeklerde çalışma saatlerini artırırken kadınlarda azalmaktadır (**Wang, 2013**). İtalya'da radyologlar arasında yapılan başka bir çalışmada ise kadınların erkeklerle aynı iş yüküne ve sosyal desteğe sahip oldukları fakat daha az iş kontrolüne sahip oldukları görülmüştür. Kadınlar erkeklere göre daha çok efor sarf etmeleri gerektiğini ve yaptıkları işin daha az tanındığını hissediyorlar ve iş tatminleri daha düşük ve kadınlarda anksiyete, depresyon, psikolojik problemler erkeklere göre daha fazladır (**Magnavita, 2013**).

Kadın ve erkek olmak çalışma hayatında davranışsal olarak da bir takım farklılıklara sebep olmaktadır. Örneğin tıp öğrencilerinin ve kadın/erkek hekimlerin iş yaşamında birbirleri ile olan ilişkilerinin incelendiği iki farklı çalışmada kadınların erkeklere göre daha çok empati yaptıkları ve daha bilgilendirici oldukları görülmüştür (**Wallace, 2014; Hojat, 2002**) Jean'in çalışmasına göre erkekler kadınlara göre daha fazla çalışmakta fakat kadınlar daha fazla efor sarf etmektedirler. Kadınların %61'i, kadınların daha yoğun çalıştığı branşlarda çalışırken, erkeklerde bu oran %29'dur. Çalışmada ev içi sorumluluktan kadınların daha fazla etkilendiği görülmüştür, örneğin erkeklerin %16'sı, kadınların %46'sı çocuklarına zaman ayırabilmek için çalıştıkları vakti azalttıklarını bildirmiştir. Ev içi görevlerin çoğundan 'genellikle' ve 'neredeyse her zaman' sorumlu olduklarını bildiren kadınların oranı %49 iken erkeklerde %4'tür. Kadınlar (%64) erkeklere göre (%54) çocuklarıyla evde daha çok vakit geçirmektedirler (**Wallace, 2014**).

Norveç gelişmiş bir ülke olmasına ve cinsiyet eşitliği raporlarında en iyi durumda yer almasına rağmen, Norveç'te yapılan bir çalışmada hastanede çalışan kadın hekimlerin erkek hekimlere göre haftada 4-4,5 saat daha az çalıştıkları görülmüştür. Bu çalışmaya göre çocuk sahibi olmanın iş yaşamına etkisi cinsiyetlere göre farklılaşmakta, örneğin çocuk doğurma kadınların çalışma saatini %80 oranında düşürürken erkekler üzerinde bir etkisi olmamaktadır. Çocuk sahibi olma ve yaş, medeni durum gibi diğer faktörlerin etkisi ortadan kaldırıldığında bile

yine kadın hekimlerin haftada 1-1,5 saat daha az çalıştıkları görülmüştür (**Johannessen, 2012**).

Ayrıca eşitsizliğin diğer bir göstergesi olan kadın ve erkekler arasındaki ücret farkını sağlık alanında da görmek mümkündür. Örneğin Urhan'ın aktardığına göre cinsiyet ayrımcılığını önlemeye yönelik politikalara rağmen Litvanya'da kadın sağlık çalışanları erkek meslektaşlarının maaşının %80'ni alabilmektedirler (**Urhan, 2011**). Benzer olarak Kanada'da kadınlar bir yılda erkeklerin kazandığı paranın ortalama %66'sını kazanabilmektedirler (**Wallace, 2014**). Bu durum sağlık sisteminin özelleştirilmesi sonrasında ayrımcılığın kontrol edilememesi olarak açıklanmaktadır. Sağlıkta özelektör tarafından sunulduğu ülkelerden biri olan ABD'de resmi çalışma istatistiklerine göre, kadın ve erkekler arasında ücret eşitsizliğinin en fazla olduğu meslek hekimliktir. Tüm doktorların %31'inin kadın olduğu ülkede, kadın hekimler 1 dolar kazanan meslektaşına karşılık 58 sent kazanmaktadır. Aynı çalışmada ücret eşitsizliğinin hemşireler için daha az olduğu, hemşirelerin %90'ı kadın olmasına karşın erkek hemşirelere göre 12 sent daha az gelir elde ettikleri bildirilmektedir (**Parlaktuna, 2010**).

Sonuç ve öneriler

Hem insan sağlığını, hem kadın sağlığını, hem de çalışan sağlığını çok yakından ilgilendiren toplumsal cinsiyet konusu halk sağlığı açısından ele alınması gereken konuların başında gelir. Görüldüğü gibi "toplumsal cinsiyet" anlayışının varlığı tüm dünyada kabul edilmesi gereken bir gerçektir ve bu durumdan sağlık alanında çalışanlar da etkilenmektedir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, bu durumdan en çok etkilenen sağlık profesyonellerinden biri hekimlerdir. Özellikle gelişmemiş ülkelerde hayatın her alanında "kadın" olmanın zor olduğu gibi "kadın hekim" olmanın da zor olduğu ve toplum tarafından halen erkeklerle eşit statüde kabul edilmediği görülmektedir. Daha gelişmiş ülkelere baktığımızda ise teorik olarak şartlar eşitmiş gibi görünse de kadın hekimlerin gizli ayrımcılıklara maruz kaldıkları dikkati çekmektedir. Oysa hekimler, toplumsal cinsiyetle mücadelede toplumu bilinçlendirme, toplumda tutum ve davranış değişikliği yapma konusunda rol alması gereken aktörlerdir. Bu doğrultuda toplumsal cinsiyet ve hekimlerle ilgili daha fazla araştırmalar yapılmalı ve bu araştırmaların sonuçlarına göre gerekli önlemler alınmalı, eğitimler verilmelidir.

Kaynaklar

Cochran, A., Hauschild, T., William, B., Elder et al. (2013) 'Perceived gender-based barriers to careers in academic Surgery' *The American Journal of Surgery*, 263-268.

Göktaş, B., Şenol, Y. (2015) "Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapmakta Olan Kadın Asistanların Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığına Maruz Kalmaları İle İlgili Algıları" 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Sayfa:1109-1110.

Hamdan, R., Kadri, Z. (2014) 'To be a female cardiologist in the Middle East (Letter to the Editor)' *International Journal of Cardiology* 171;20.

Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S. et al. (2002) 'Empathy in Medical Students As Related To Academic Performance, Clinical Competence And Gender' *Medical Education* 36:522-527.

Izumi, M., Nomura, K., Higaki, Y. et al. (2013) "Gender Role Stereotype and Poor Working Condition Pose Obstacles for Female Doctors to Stay in Full-Time Employment: Alumnae Survey from Two Private Medical Schools in Japan" *Tohoku J. Exp. Med.*, 229,233-237.

Johannessen, K.A., Hagen, T.P. (2012) 'Variations in Labor Supply Between Female and Male Hospital Physicians: Results From A Modern Welfare State' *Health Policy* 107;74- 82.

Koyun, A., Akgün, Ş., Özvarış, Ş. B. (2013) "Türkiye'de Hekimler Uzmanlaşmada Cinsiyet Ayrımı Yaşıyor Mu?" *International Journal Of Human Sciences*, 10(2), 521-531.

Manwai, C. K. (2011) 'When Does Gender Matter? Gender Differences in Specialty Choice Among Physicians' *Work and Occupations* 38(2) 221-262.

Mardin N. (2003) 'Sağlık Sektöründe Kadın' *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları ve Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Sayfa: 91-110.

Mistik, S. (2008) 'Medical Students' Gender-Specific Examination Performance' *Social Behavior And Personality*, 36(7), 999-1008.

Magnavita, N. (2013) 'Is There A Gender Gap in Italian Radiology? A Cross-Sectional Study' *European Journal of Radiology* 82; 502-507.

Nomura, K., Gohchi, K. (2012) 'Impact of Gender-Based Career Obstacles on The Working Status of Women Physicians in Japan' *Social Science & Medicine* 75, 1612-1616.

Okoshi, K., Nomura, K., Fukami, K et al. (2014) 'Gender Inequality in Career Advancement for Females in Japanese Academic Surgery' *Tohoku J. Exp. Med.*, November, 234 (3), 221-227.

Özbaşaran, F., Taşpınar, A., Çakmakçı A. (2002) 'Hastalar Kendilerine Bakım Verenlerin Cinsiyeti Konusunda Ne Düşünüyorlar?' *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:5, Sayı: 2.

Parlaktuna, İ. (2010) "Türkiye'de Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılığın Analizi" *Ege Akademik Bakış* Cilt: 10, Sayı: 4, S:1217-1230.

Riska, E. (2008) 'Gender And Medical Education' *103rd Annual Meeting Of The American Sociological Association, Boston, August 1-4*.

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

Wallace, J.E. (2014) 'Gender and Supportive Co-Worker Relations in the Medical Profession' *Gender, Work and Organization*. Vol. 21 No. 1.

Wang, C., Sweetman, A. (2013) 'Gender, Family Status And Physician Labour Supply' *Social Science & Medicine* 94, 17-25

World of Work Report (2014) *Developing with jobs / International Labour Office.*, 2nd edition review Geneva: ILO, 1-14.

Zencir, G., Zencir, M. (2011) 'Ataerkil Otoriter Anlayışın Hemşirelik Mesleğine Etkisi' *I. Kadın Hekimlik Ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Sağlıkta Kadın Emegi Sempozyum Kitabı*, Sayfa:52-53.