

Mersin’de Çalışan Kadın Hekimlerin Eğitim ve Meslek Yaşamlarında Ayrımcılık Deneyimleri

Discrimination Experiences of Practicing & Training Female Physicians in Mersin

Gülçin YAPICI¹, Ful UĞURHAN TORLAK², Oya ÖGENLER³, Keriman ÇİÇEK⁴, Sakine EMİR⁵, Şebnem ATICI⁶, Zeliha KURTOĞLU⁷

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin

²SHÇEK Kız Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi, Mersin

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Mersin

⁴Tozkoparan Sağlık Ocağı, Mersin

⁵Kadın Doğum Çocuk Hastanesi Nüfus Planlaması Bölümü, Mersin

⁶Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Mersin

⁷Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Mersin

Özet

Amaç: Hekimlerin lisans, uzmanlık eğitimleri ve meslek yaşamları sırasında kadın olmaktan dolayı ayrımcılık yaşayıp yaşamadıklarını ve cinsiyet ayrımcılığına bakış açılarını belirlemektir.

Yöntem: Çalışma, Mersin İl Merkezi’nde çalışan kadın hekimlerde gerçekleştirildi. Anketler katılımcılar tarafından dolduruldu. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler, grup karşılaştırmalarında ki kare ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 160 hekim katıldı. Hekimlerin ortanca yaşları 39 yıl, hekimlik süreleri 15 yıl idi. Hekimlerin %59.3’ü kendi istekleri ile tıp eğitimi almaya karar verdiklerini, %52.5’i hekimlik mesleğini aile veya toplumun yönlendirmesi ile seçtiğini belirtti. Hekimler, tüm dünyada kadın hekimlerin çoğunluğunun pratisyen hekim olmasını; en sık, ailevi sorumlulukların kariyerden önce gelmesi, uzmanlık alanı olarak rahat olduğu düşünülen branşların seçilmesini; nöbetinin az olması, cerrahi branşların daha az tercih edilmesini ise; bu branşların ağır ve zor olması olarak belirtti. Hekimlerin %33.3’ü lisans eğitimleri sırasında, %57.7’si meslek yaşantıları boyunca kadın olmalarından dolayı ayrımcılık yaşamışlardı. Daha genç olan hekimlerin daha fazla ayrımcılık yaşadıkları belirlendi.

Sonuç: Çalışmamız, kadın hekimlerin cinsiyetlerinden dolayı lisans/uzmanlık eğitimleri ve meslek yaşamları sırasında ayrımcılıkla karşılaştıklarını göstermektedir. Ayrımcılık daha çok negatif yönde olmakta ve en sık hasta/hasta yakını ve meslektaşları tarafından gerçekleşmektedir. Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına hekim-hekim, hekim-hasta ilişkileri açısından cinsiyet ayrımcılığı konusunun eklenmesi önerilir.

Anahtar sözcükler: cinsiyet, cinsiyet ayrımcılığı, hekimlik mesleği, kadın hekimler, toplumsal cinsiyet.

*Bu çalışma, II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi’nde poster olarak sunulmuştur (21-23 Mayıs 2010, Ankara)

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the possible discrimination against female medical doctors, undergraduate medical students and residencies (i.e. graduate students) and to find out their point of view regarding the matter.

Method: The survey was conducted on the female medical doctors practicing in downtown Mersin. The questionnaires were filled in by the participants. The data were analyzed using descriptive analysis, chi-square and Mann-Whitney U Tests.

Results: 160 medical doctors anticipated in this study. Median age of the doctors was 39 years and the duration of practice was 15 years. 59.3% of the subjects claimed that it was their own decision to study medicine at university whereas 52.5% said community or family manipulative impact directed them towards making their decision. The reason behind the fact that the majority of female medical doctors worldwide are practitioners is that family responsibilities mostly overran the will for further professional study. The female doctors prefer some relatively easy branches for residency because of less numbers of turn of duty (shifts). The surgical braches are less favorable due to their difficulty and tiresome schedule. The female doctors took place in this study stated that they experienced gender discrimination either during their medical education or practicing their job at the percentage of 33.3% and 57.7%, respectively. It was determined that the younger ones have experienced it much more.

Conclusion: The data obtained in this survey type study pointed out the fact that female doctors were exposed to discrimination due to their gender during their medical education including residency and at practice. The discrimination in most cases is in a negative way. It usually carried out by the patients or patient’s relatives and colleagues. Thus, it was recommended that physician to physician, physician to patient relationship of the issue of gender discrimination should be included to the curriculum for the undergraduate medical education and residency training programs (i.e. graduate degree for specialization).

Key words: sex, gender discrimination, medical science, female medical doctors, gender.

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg, 2010;3(1):22-30

Geliş Tarihi : 24.06.2010

Kabul Tarihi : 08.10.2010

Yazışma Adresi:

Dr. Gülçin YAPICI

Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Yenişehir Kampüsü, Mersin,

Tel : 0-324-3412815/1029

Faks : 0-324-3412400

E-posta : gulyapici@yahoo.com.tr

Giriş ve Amaç

Toplumsal alanda kadından beklenen davranışlar ve kadına bakış bireyin cinsiyeti ve toplumsal cinsiyet kavramına göre değişmektedir. Cinsiyet (sex) ve toplumsal cinsiyet (gender) kavramları 1960'ların sonları ve 1970'lerin başlarında birbirinden ayrılmıştır. Kişinin kadın veya erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özelliklerine "cinsiyet", kadının veya erkeğin sosyal, kültürel, psikolojik olarak belirlenen rol ve sorumluluklarına ise "toplumsal cinsiyet" denilmektedir (1,2).

Tarihsel süreç içinde kadının cinsiyetine bağlı olarak vücudun, beynin ve hormonların çalışma düzeninin erkeklerden daha farklı ve kadının fiziksel olarak daha güçsüz olduğu ileri sürülmüştür. Bilim ve teknolojinin ilerlemesiyle yapılan birçok çalışma da bu görüşü desteklemiştir. Kadın ve erkek için biçilen toplumsal roller her ne kadar biyolojik cinsiyete dayandırılrsa da kültüre ait bir kurumsallaşmadır. Toplumsal cinsiyete dair roller kişinin yaşadığı topluma göre değişir, değiştirilebilir. Aynı ülkede bile kırsal alanda veya kentte doğan kızların farklı hak ve özgürlükleri olmaktadır. Pek çok toplumda kamusal alanda çalışma, politika erkek işi, ev işleri ve aile ile ilgili özel alanlar kadın işidir görüşü benimsenmiştir (2-4).

Kadınların 1980'lerden sonra işgücüne katılımlarının artmasıyla beraber kadınlar daha çok kadınlara uygun olduğu düşünülen işlerde istihdam edilmeye başlamıştır. Kadına anne olmasından dolayı aile içinde daha fazla sorumluluk yüklenmesi, aile içinde verilen görevleri kabullenme eğilimine yol açmıştır. Bu durum da kadının aile içi hiyerarşide ast konumda yer almasına neden olmuştur. Toplumsal bakış kadına meslek seçiminde hangi meslekleri yapıp yapmayacağı yönünde baskı uygularken, meslek yaşamında ise kariyer gelişimi üzerinde etkili olmuştur. Kadınlar daha çok büro, ev hizmetleri, tarım gibi alanlarda vasıfsız ve düşük ücretli işlerde yoğun olarak çalışmaktadır (3,5).

Günümüzün saygın mesleklerinden olan hekimlik, başlangıcından itibaren bir erkek işi olarak kabul edilmiş, kadınlar tıbbi uğraş olarak ebelik, hasta bakımı gibi hizmetlerde çalışmıştır. Hekimlik mesleği içinde kadınların yer edinebilmeleri oldukça geç olmuştur. XII. yüzyıldan itibaren kadınlar tıp okullarında eğitim almaya başlamıştır. Tıp eğitiminin fakülte düzeyine taşınması 19. yüzyıla rastlamaktadır ve bu tarihlerden sonra kadınlar tıp eğitimine daha kolay kabul edilmiştir. Amerika'da Elizabeth Blackwell'in hekimlik eğitimi tamamlaması ile

aynı zamanlarda Avrupa'da da kadınlar tıp fakültelerine kabul edilmeye başlamıştır. Ülkemizde ise tıp fakültelerine ilk kız öğrencinin kabulü 1922'de gerçekleşmiştir. İlk Türk kadın hekim ise Almanya'da eğitim alan Safiye Ali'dir (6).

Genel olarak 1970'ler ve 1980'lere kadar tıp eğitimine kadınların kabulüyle ilgili engeller devam etmiş, ancak bu tarihlerde Amerikan tıp fakülteleri kadınların eğitim fırsatlarını artırmak için pozitif ayrımcılık politikaları izlemiştir. Birçok Avrupa ülkesinde ve Amerika'da kadın hekimlerin sayısının artmasına ve bazı ülkelerde erkek hekim sayısını aşmış olmasına rağmen tıp bilimleri içerisinde veya uzmanlaşmada dağılım erkek hekimlerle eşit değildir. Genel kanı olarak, çocuk ve yaşlılıkla ilgili bakım öncelikli olan veya radyoloji ve anestezi gibi arka planda olan uzmanlık alanları, erkek hekimlerden çok kadın hekimler için uygun görülmektedir. Bu görüşe paralel olarak kadın hastalıkları ve doğum dahil olmak üzere diğer cerrahi alanlarda çok az kadın hekim vardır. Kadın hekimler daha az para kazandıran ve daha az prestiji olan alanlarda ya da sağlık bakım sistemlerinde çalışmaktadır (7).

Bu çalışmanın amacı, hekimlerin lisans, uzmanlık eğitimleri ve meslek yaşamları sırasında kadın olmaktan dolayı ayrımcılık yaşayıp yaşamadıklarını ve cinsiyet ayrımcılığına bakış açılarını belirlemektir.

Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Mersin Tabip Odası Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Komisyonu tarafından Mersin İl merkezinde devlet kurumu ve özel sektörde çalışan pratisyen, uzman ve uzmanlık eğitimi alan kadın hekimlerde Mart-Nisan 2010 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Mersin merkezde bulunan üç devlet hastanesi, bir üniversite hastanesi, dört özel hastane ve 31 sağlık ocağı çalışmaya alındı. Bu kurumlarda çalışan toplam kadın hekim sayısı 444'dür. Hekimlerin yarısına ulaşılması hedeflendi. Hekimlerin çalışma birimlerine gidilerek ulaşılabilen 191 kadın hekimle görüşüldü. 160 hekim çalışmaya katılmayı kabul etti. Anketi cevaplama oranı %83.7 olarak belirlendi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere anket formları verildi ve anketler katılımcılar tarafından dolduruldu.

Anket açık ve kapalı uçlu 28 sorudan oluşturuldu. Ankette yaş, medeni durum, çalışma alanı ve yeri sorularının ardından, "tıp eğitimi seçmede etkili olan kişiler kimlerdi?", "mesleği seçme nedenleri nelerdi?", "uzman ve uzmanlık eğitimi alan hekimler için uzmanlığı ve uzmanlık alanını seçme nedenleri nelerdi?" soruları yer alıyordu. Kadın hekimlerin çoğunun pratisyen hekim olma nedenleri, uzmanlık alanı olarak bazı branşların tercih edilme nedenleri ve cerrahi branşların kadın hekimler tarafından daha az tercih edilme nedenleri açık uçlu sorular olarak soruldu. Anketin son bölümü tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi, meslek yaşantıları boyunca kadın olmalarından dolayı negatif ya da pozitif ayrımcılığa uğrama durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmuştu.

Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler, grup karşılaştırmalarında ki kare ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. $p \leq 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 160 hekimin ortalama yaşının 39 yıl (en düşük=25, en yüksek=67), ortalama hekimlik süresinin 15 yıl (en düşük=2, en yüksek=40) ve ortalama uzmanlık süresinin de 8 yıl (en düşük=1, en yüksek=36) olduğu tespit edildi. Hekimlerin 126'sı (%78.8) evli, 34'ü (%21.2) bekar idi. Hekimlerin 66'sı (%41.3) uzman, 54'ü (%33.8) pratisyen, 28'i (%17.5) asistan ve 12'si de (%7.5) akademisyen olarak görev yapıyordu. Çalışmaya

katılan hekimlerin işyerlerine göre dağılımları; 48'i (%30) devlet hastanesi, 43'ü (%26.9) birinci basamak sağlık kuruluşu, 43'ü (%26.9) tıp fakültesi ve 26'si (%16.3) özel sektör idi.

Tıp eğitimi alma kararlarında kimlerin etkisinin olduğu sorusuna katılımcıların %59.3'ü kendi istekleri ile, %46.8'i ise aile veya toplum yönlendirmesi ile olduğu yanıtını verdi. Hekimlik mesleğini seçme nedeni olarak ise; katılımcıların %52.5'i aile veya toplum yönlendirmesi, %48.7'si mesleğin prestijinin iyi oluşu, %22.1'i mesleğin kazancının iyi oluşunu belirttiler. Uzman ve asistan hekimlerin uzmanlığı en sık seçme nedenleri; %51.9 aile veya toplum yönlendirmesi, %33.6 akademik yönlendirme, %31.7 kazancının iyi olması idi (Tablo 1).

Tablo 1. Kadın hekimlerin tıp eğitimini, uzmanlığı ve uzmanlık alanını seçme nedenleri

| Değişkenler | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Tıp eğitimi alma kararını etkileyen kişiler(*) (n=160) | | |
| Kişisel tercih | 95 | 59.3 |
| Aile/toplum yönlendirmesi | 75 | 46.8 |
| Akademik yönlendirme | 8 | 5.0 |
| Hekimlik mesleğini seçme nedenleri(*) (n=158) | | |
| Aile/toplum yönlendirmesi | 83 | 52.5 |
| Prestijinin iyi olması | 77 | 48.7 |
| Kazancının iyi olması | 35 | 22.1 |
| İlgi alanında olması | 34 | 21.5 |
| Kolay iş bulma | 6 | 3.8 |
| Manevi tatmin | 2 | 1.2 |
| Rahat olması | 1 | 0.6 |
| Diğer | 2 | 1.2 |
| Uzmanlığı seçme nedenleri(*) (n=104) | | |
| Aile/toplum yönlendirmesi | 54 | 51.9 |
| Akademik yönlendirme | 35 | 33.6 |
| Kazancının iyi olması | 33 | 31.7 |
| Sorumluluk alanını bilme isteği | 10 | 9.6 |
| İlgi alanında olması | 9 | 8.6 |
| Mesleği daha iyi yapma isteği | 5 | 4.8 |
| Prestijinin iyi olması | 5 | 4.8 |
| Çalışma ortamındaki sorunlar | 3 | 2.8 |
| Ortam değiştirme isteği | 1 | 0.9 |
| Uzmanlık alanını seçme nedenleri(*) (n=97) | | |
| Nöbet-acili yok, rahat | 50 | 51.5 |
| İlgi alanı | 30 | 30.6 |
| Ailevi sorumluluklar | 24 | 24.7 |
| Prestijinin iyi olması | 13 | 13.4 |
| Kazancının iyi olması | 9 | 9.2 |
| Tesadüf | 8 | 8.2 |
| Başarı şansının fazla olması | 6 | 6.1 |
| Aile/toplum yönlendirmesi | 2 | 2.0 |

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir

Katılımcılar tüm dünyada kadın hekimlerin çoğunluğunun pratisyen hekim olmasının nedenini; %71.2'si ailevi sorumlulukların kariyerdan önce gelmesi, %10.2'si pratisyen hekimliğin daha rahat ve nöbetinin az olması, olarak belirttiler. Kadın hekimlerin uzmanlık alanı olarak daha çok rahat ya da hafif olduğu düşünülen branşları seçme nedenini; %73'ü nöbetinin az olması, %36.8'i kadının ailevi sorumluluklarının da olması şeklinde belirttiler. Kadın hekimlerin cerrahi branşları daha az tercih etme nedeni olarak ise; katılımcıların

%52'si bu branşların ağır ve zor olmasını, %20.2'si kadınların fiziksel olarak daha güçsüz olmalarını, %16.2'si ailevi sorumlulukların olmasını belirttiler (Tablo 2).

Katılımcıların %68.2'si Tıpta Uzmanlık Sınavının kadınların uzmanlık alanı seçimlerinde olumlu bir gelişme sağladığını belirtti. Kadın hekimlerin %20.4'ü lisans eğitimleri sırasında pozitif ayrımcılık, %33.3'ü negatif ayrımcılık yaşadıklarını belirtti. Uzman ve asistan hekimlerin ise %18.4'ü uzmanlık eğitimi sırasında pozitif

ayrımcılık, %33'ü negatif ayrımcılık yaşadıklarını belirtti. Katılımcıların %57.7'si meslek yaşantıları boyunca kadın olmalarından dolayı ayrımcılık yaşadıklarını, bu hekimlerin %73'ü ise ayrımcılıkla pratisyen hekimliklerinde karşılaştıklarını belirtti. Ayrımcılığı kimin yaptığı sorusuna; %80.9'u hasta ve/veya yakınları, %49.4'ü meslektaşları, %41.5'i amirleri yanıtını verdiler (Tablo 3).

Kadın hekimler arasında daha genç olanlar ile daha kısa süredir hekimlik yapanların daha fazla ayrımcılık yaşadıkları belirlendi. Hekimlerin medeni durumları, görevleri ve çalıştıkları yer ile ayrımcılık yaşadıklarını düşünme arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi (Tablo 4).

Yönetici kademesinde çalışan hekimlerin genellikle erkek olmalarını, katılımcıların %64.5'i kadın hekimlere yönelik ayrımcılığa, %34'ü kadın hekimlerin bu kademelerde çalışmak istememelerine bağlıdır. Katılımcıların %46.5'i erkek hekimlerin kadın hekimlerden daha fazla kazandıklarını düşünüyordu.

Hekimlere meslek alanlarında kadın olmalarının avantajlı mı olduğu sorusuna; %36.8'i evet, %60'ı hayır, %3.2'si fikrim yok, dezavantajlı mı olduğu sorusuna; %20'si evet, %74.8'i hayır, %5.2'si fikrim yok cevabını verdi.

Tablo 2. Kadın hekimlerin meslek alanı seçimleri konusundaki düşünceleri

| Değişkenler | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Kadın hekimlerin çoğunluğunun pratisyen hekim olma nedenleri (*) (n=146) | | |
| Ailevi sorumluluklar | 104 | 71.2 |
| Daha rahat ve nöbetinin az olması | 15 | 10.2 |
| Sınav çalışacak zamanlarının olmaması | 10 | 6.8 |
| Sosyal nedenler | 10 | 6.8 |
| Daha az hırslı olmaları | 7 | 4.8 |
| Cinsiyet ayrımcılığı | 6 | 4.1 |
| Kişisel tercih | 3 | 2.0 |
| Akademik yönlendirme | 2 | 1.3 |
| Erkeklerin de çoğunluğu pratisyen | 2 | 1.3 |
| Kazanç problemlerinin olmaması | 1 | 0.6 |
| Fikri yok | 5 | 3.5 |
| Uzmanlık alanı olarak daha çok rahat/hafif olduğu düşünülen branşları seçme nedenleri (*) (n=152) | | |
| Daha rahat ve nöbetinin az olması | | |
| Ailevi sorumluluklar | 111 | 73.0 |
| Toplumsal baskı | 56 | 36.8 |
| Ev ve işi birlikte götürebilmek | 10 | 6.5 |
| Akademik yönlendirme | 1 | 0.6 |
| Cinsiyet ayrımcılığı | 1 | 0.6 |
| Kişisel tercih | 1 | 0.6 |
| Kadın hekim sayısının az olması | 1 | 0.6 |
| | 1 | 0.6 |
| Cerrahi branşları daha az tercih etme nedenleri (*) (n=148) | | |
| Zor branşlar olması | 77 | 52.0 |
| Fiziksel olarak güçsüz olmaları | 30 | 20.2 |
| Ailevi sorumluluklar | 24 | 16.2 |
| Akademik baskı | 18 | 12.1 |
| Erkek egemen branşlar olması | 16 | 10.8 |
| Sosyal nedenler | 13 | 8.7 |
| İlgi alanlarında olmaması | 3 | 2.0 |
| Kadınların daha duygusal olması | 2 | 1.3 |
| Kişisel tercih | 1 | 0.6 |
| Fikri yok | 1 | 0.6 |

*Katılımcılar birden fazla neden belirtmiştir

Tablo 3. Kadın hekimlerin eğitim ve meslek yaşamlarında ayrımcılık yaşama durumları

| Değişkenler | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Lisans eğitimleri sırasında negatif ayrımcılık (n=156) | | |
| Evet | 52 | 33.3 |
| Hayır | 104 | 66.7 |
| Lisans eğitimleri sırasında pozitif ayrımcılık (n=157) | | |
| Evet | 32 | 20.4 |
| Hayır | 125 | 79.6 |
| Uzmanlık eğitimleri sırasında negatif ayrımcılık (n=103) | | |
| Evet | 34 | 33.0 |
| Hayır | 69 | 67.0 |
| Uzmanlık eğitimi sırasında pozitif ayrımcılık (n=103) | | |
| Evet | 19 | 18.4 |
| Hayır | 84 | 81.6 |
| Meslek yaşantılarında ayrımcılık (n=156) | | |
| Evet | 90 | 57.7 |
| Hayır | 66 | 42.3 |
| Ayrımcılık hangi dönemde (*) (n=89) | | |
| Pratisyen hekimlik | 65 | 73.0 |
| Uzman hekimlik | 25 | 28.0 |
| Akademisyenlik | 9 | 10.1 |
| Asistanlık | 3 | 3.3 |
| Ayrımcılığı kimin yaptığı (*) (n=89) | | |
| Hasta ve/veya yakınları | 72 | 80.9 |
| Meslektaşlar | 44 | 49.4 |
| Amirler | 37 | 41.5 |
| Hekim dışı sağlık personeli | 29 | 32.5 |
| Hocalar | 3 | 3.3 |
| İşyeri sahipleri | 1 | 1.1 |

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir

Tablo 4. Kadın hekimlerin meslek yaşamlarında ayrımcılık yaşama durumlarını etkileyen özellikler

| Değişkenler | Evet | | Hayır | | Test Değeri*,** |
|----------------------|------|---------------|-------|---------------|-----------------|
| | Sayı | Yüzde/Ortanca | Sayı | Yüzde/Ortanca | |
| Medeni durum | | | | | |
| Evli | 70 | 57.4 | 52 | 42.6 | 0.023* |
| Bekar | 20 | 58.8 | 14 | 41.2 | 0.880 |
| Görev | | | | | |
| Pratisyen | 33 | 62.3 | 20 | 37.7 | |
| Uzman | 32 | 50.0 | 32 | 50.0 | 2.898* |
| Akademisyen | 7 | 58.3 | 5 | 41.7 | 0.408 |
| Asistan | 18 | 66.7 | 9 | 33.3 | |
| Çalıştığı yer | | | | | |
| Birinci basamak | 25 | 59.5 | 17 | 40.5 | |
| Devlet hastanesi | 24 | 51.1 | 23 | 48.9 | 1.681* |
| Tıp fakültesi | 27 | 64.3 | 15 | 35.7 | 0.641 |
| Özel sektör | 14 | 56.0 | 11 | 44.0 | |
| Yaş | 74 | 37 | 55 | 40 | -2.363** |
| | | | | | 0.018 |
| Meslek yılı | 82 | 14 | 57 | 18.5 | -2.564** |
| | | | | | 0.010 |
| Uzmanlık yılı | 34 | 7 | 34 | 10 | -2.289** |
| | | | | | 0.022 |

* Pearson Ki kare testi

**Mann-Whitney U testi

Tartışma

Tüm dünyada kadın hekim oranları 1970'li yıllardan itibaren artmaya başlamıştır. Danimarka, Norveç ve İsveç'te 1950'de kadın hekim oranı %10 iken, 1998'de 30 yaş altındaki hekimlerin Finlandiya'da %65'i, Danimarka'da %61'i, İsveç'te %59'u, Norveç'te %52'si kadın hekimdir (7). ABD'de 1970'de kadın hekim oranı %8 iken 2010'da %30'a yükseleceği tahmin edilmektedir (8). Türkiye'de Cumhuriyetten önce 1917'de kadınların hekimlik yapabilmesi onaylanmış ve kız öğrenciler 1922'de tıp fakültesine kaydedilmiştir. Mezun olan öğrencilerin 1927-1928 döneminde %9.23'ü, 1938-1939 döneminde %8.23'ü kız öğrencidir (9). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne 1998-99 öğrenim yılında kaydolmuş öğrencilerin %40.4'ü kız öğrencidir (10). 2009 yılında Mersin'de çalışan hekimlerin ise %28.3'ü kadındır (11).

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası tıp eğitimi almaya kendilerinin karar verdiğini belirtti. Hekimlik mesleğini seçme nedeni olarak ise; %52.5'i aile veya toplum yönlendirmesi sonucu, %48.7'si prestiji iyi olduğu için, %22.1'i kazancı iyi olduğu için seçtiğini belirtti. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada; kız öğrencilerin %73.5'i kendi istekleri, %17.4'ü ailesinin isteği ile tıp fakültesini seçerken, erkek öğrencilerde ailenin etkisinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (%54.4 kendi isteği, %39 ailenin isteği). Tıp fakültesini seçme nedenleri olarak ise kız öğrencilerin %62.2'si insanları kurtarmanın sağlayacağı manevi tatmini, %46.2'si bilim alanına olan ilgiyi, %34.1'i prestiji, %15.9'u yüksek geliri belirtmişti (10). Bizim çalışma grubumuzdaki kadın hekimler gibi tıp fakültesine yeni giren kız öğrenciler de toplumda hekimlere karşı var olan genel görüşün (12) aksine, hekimlik mesleğini seçmede kazancın etkisinin az olduğu görülmektedir. Manevi tatmin, aile ve toplumun kişiyi yönlendirmesi, hekimliğin prestiji bir meslek olması hala mesleği seçmede en önemli nedenler olarak görülmektedir. Çalışmamızda uzman ve asistan hekimlerin uzmanlığı seçmelerinin en sık nedenleri ise; aile veya toplumun yönlendirmesi, akademik yönlendirme ve kazancının iyi olması idi.

Kadın hekimlerin sayısı artmakla birlikte uzmanlaşma kadın hekimlerde erkek hekimlerden daha azdır. İskandinav ülkelerinde yapılan istatistiklere göre kadın hekimlerin çoğunluğu devlet sektöründe ve birinci basamakta çalışmaktadır. Bu sektörde çalışanların sadece %25'i uzmandır. Uzmanlaşmamış kadın hekimler sağlık bakım sistemlerinde daha az ücretle ve daha düşük kademelerde çalışmaktadır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışmak, hastanede çalışmaya göre daha düzenli saatlerde çalışmayı gerektirir ve bu da kadın hekimlerin hem iş hem de aile yaşantılarını yürütmelerine olanak sağlar (7). Çalışmamızda kadın hekimlerin çoğunluğunun pratisyen hekim olmasının nedenleri sorulduğunda katılımcıların %71.2'si ailevi sorumlulukların kariyerdan önce gelmesi cevabını verdi.

Kadın hekimlerin uzmanlaşmaya olan eğilimlerinin artmasıyla beraber uzmanlık dalı olarak bazı bölümlerde yoğunlaşmalar görülmeye başlamıştır. Çocuk hastalıkları, psikiyatri, geriatri gibi sosyal ve bakım yoğunluklu

alanların veya radyoloji ve anestezi gibi arka plandaki alanların, erkek hekimlerden çok, kadın hekimler için uygun buldukları belirtilmektedir. Kadın hastalıkları ve doğum alanında kadın hekimlerin sayısı artmakla birlikte hala erkek egemen bir branştır. Cerrahi alanlarda ise çok az kadın hekim vardır (7). Kadınların tıpta uzmanlaşmasında ve üst mevkilere ulaşmasındaki en önemli ve evrensel engel hem iş hem ev kadını olarak çalışma zorunluluklarıdır. Erkekler uzmanlık dallarını olumlu yükselme koşulları ve para kazanma olanaklarına göre seçerken, kadınlar son kararlarını evlilik ve aile durumlarına göre vermektedir (6). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan kadın öğretim üyelerinin branşlara göre dağılımları incelendiğinde; cerrahi tıp bilimlerindeki branşlarda kadın öğretim üyesi oranı %25.7 iken, bu oran dahili bilimlerde %40, temel tıp bilimlerinde %45.8'e yükselmektedir. Cerrahi tıp bilimleri içerisinde kadın öğretim üyesi olan branşlar; anestezi, göz hastalıkları, kadın doğum, patoloji ve beyin cerrahisidir. Diğer cerrahi branşlarda hiç kadın öğretim üyesi bulunmamaktadır (13). Yapılan bir çalışmada uzmanlık seçiminde kadın ayrımcılığı olduğu, pediatri, anestezi, dermatoloji branşlarının kadın hekimlere uygun görüldüğü, cerrahi, üroloji, ortopedi ve nörolojinin kadın için yorucu olduğu ve kürsü yönetimleri tarafından kadına uygun görülmediği belirtilmiştir (14). Çalışmamızda kadın hekimlerin uzmanlık alanı olarak bazı branşlarda yoğunlaşma nedeni olarak en sık bu branşların nöbeti ve acilinin az olması ve kadının ailevi sorumluluklarının da olması belirtildi. Kadın hekimlerin cerrahi branşları daha az tercih etme nedeni olarak ise en sık bu branşların ağır ve zor olması, kadınların fiziksel olarak daha güçsüz olmaları ve ailevi sorumluluklarının da olması belirtildi. Gece çalışma zorunluluğu, nöbet ve aciller, çalışma süresinin uzunluğu gibi nedenler ve kadın hekimlerin aynı zamanda eş ve anne olarak evdeki sorumluluklarının olması cerrahi alanlarda erkek egemenliğinin daha uzun süre devam edeceğini göstermektedir.

Yönetim kademesinde ve eğitim-araştırma alanlarında kadın hekimler erkeklere göre daha az yer almaktadır. Finlandiya'da hastanelerde başhekimlerin %20'si, belediyeye ait sağlık merkezlerindeki başhekimlerin %30'u kadındır. Profesör ve doçent kadın hekimler de oldukça küçük orandadır. Finlandiya'da 1990'da profesörlerin %12'si, doçentlerin %13'ü kadındır. İsveç'te 1991'de profesörlerin %5'i kadındır (7). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2010 yılında çalışan hekim öğretim üyelerinin (profesör, doçent ve yardımcı doçent) %35'i kadındır (13). Çalışmamızda katılımcıların %64.5'i yönetici kademesinde çalışan hekimlerin genellikle erkek olma nedenini kadın hekimlere yönelik ayrımcılığa, %34'ü ise kadın hekimlerin bu kademelerde çalışmak istememelerine bağladı.

Avrupa ve Amerika'da yapılan istatistiklere göre kadın hekimler daha az para kazandıran ve daha az prestiji olan alanlarda ya da sağlık bakım sistemlerinde çalışmaktadır. Kadın hekimlerin evlilik, aile

sorumluluğu, anne olma gibi nedenlerle haftalık çalışma saatleri daha az olmakta ve bu nedenle daha az ücret almaktadırlar (7). Çalışmamızda da kadın hekimlerin %46.5'i erkek hekimlerin kadın meslektaşlarından daha fazla kazandıklarını belirtmektedir.

Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin üçte biri lisans eğitimleri sırasında, uzman ve asistan hekimlerin de üçte biri uzmanlık eğitimi sırasında negatif ayrımcılık yaşadıklarını belirtti. Katılımcıların %57.7'si meslek yaşantıları boyunca kadın olmalarından dolayı ayrımcılık yaşadıklarını, bu hekimlerin %73'ü ise ayrımcılıkla pratisyen hekimliklerinde karşılaştıklarını belirtti. Katılımcılar ayrımcılığı yapanların en sık hasta ve/veya yakınları, meslektaşları ve amirleri olduğunu belirttiler. Kadın hekimler arasında daha genç, meslekte ve uzmanlıkta geçirdikleri yıl daha az olanların daha fazla ayrımcılık yaşadıkları belirlendi. Hekimlerin medeni durumları, görevleri ve çalıştıkları yer ile ayrımcılık yaşadıklarını düşünme arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi. Tıp alanında cinsiyet ayrımcılığı 1980'lerin ortalarından itibaren gündeme gelmeye başlamıştır. Çalışmamızda cinsiyet ayrımcılığına uğradıklarını düşünen hekimlerin oranının, yaşı genç olanlarda yaşı daha ileri olanlara göre daha fazla olması cinsiyet ayrımcılığı kavramının daha fazla farkında olmaları, olay ve davranışlara ileri yaştaki hekimlere göre daha farklı bir gözle bakmalarından kaynaklanıyor olabilir. İleri yaştaki hekimler eğitim veya meslek yaşantılarında karşılaştıkları ve cinsiyet ayrımcılığından kaynaklanan davranışları normalleştirmiş olabilirler. Yapılan bir çalışmada kadın hekimlerin çalışma alanlarında tutuculukla karşılaştıkları, bekledikleri saygınlığı göremedikleri, doktor kimliklerinin kabul edilmediği, hemşire hanım, ebe hanım, doktor bey denilerek kadın hekim olarak kabul edilmediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, kadın hekimler cinsiyete dayalı ayrımcılığı statü ve maddiyata dayalı ayrımcılıktan daha az rahatsız edici olarak algılamaktadır. Kadınların cinsiyete bağlı ayrımcılıkla karşılaştıklarını ancak bunu algılamadığı ve içselleştirilmediği belirtilmektedir (14). Bunun dışında son 10 yılda yapılan çalışmalarda gerek tıp eğitiminde gerekse meslek yaşantısında kadın hekimlere yönelik suistimal, tehdit, kötü davranma ve taciz durumlarına sık rastlandığı bildirilmektedir (15). Hekimlik mesleğinde kadın hekim oranının artışı; biyolojik ve toplumsal cinsiyete bağlı ayrımcılık, maaşta eşitsizlik, izolasyon, akademik kariyerde azlık ve stres gibi birçok engelle kadın hekimlerin karşı karşıya kalmalarını gündeme getirmiştir (8).

Sonuç

Çalışmanın kısıtlı yönleri şunlardı: Çalışmanın Mersin merkezde çalışan tüm kadın hekimlerde yapılması daha uygun olabilirdi. Ancak özellikle sağlık ocaklarının geniş bir alana yayılması, merkeze bağlı kırsal alanlardaki ocaklara ulaşımın güçlüğü nedeniyle hekimlerin yarısına ulaşılması hedeflendi. Çalışma alanı gereği ameliyathanede ya da sahada görevli olan, tam gün çalışmayan, o gün izinli veya raporlu olan hekimlere ulaşamadı. Kendilerine ulaşamayan hekimlerin ankete katılan hekimlerden

farklılıklarının olup olmadığı da belirlenemedi. Ayrıca ankette kadın hekimlere sadece pozitif ya da negatif ayrımcılığa uğrayıp uğramadıkları soruldu. Ayrımcılığa uğrayanların ne tür ayrımcılıklarla karşılaştıkları sorusu sorulmadı. Bu bilginin sorgulanmaması çalışmanın bir eksikliğidir.

Anket sonuçları kadın hekimlerin cinsiyetlerinden dolayı lisans ve uzmanlık eğitimleri ve meslek yaşamları sırasında ayrımcılıkla karşılaştıklarına işaret etmektedir. Ayrımcılığın daha çok negatif yönde olduğu ve en çok ayrımcılığı yapan kişilerin; hasta ve yakınları, amirler ve meslektaşlar olduğu anlaşılmaktadır. Kadın hekimler ailevi sorumlulukları kendi üzerlerinde hissetmekte, dolayısıyla nöbet ve acili az olan, daha rahat olduğu düşünülen branşları seçme eğilimi göstermektedirler. Toplumda var olan kalıplaşmış kadın ve erkek yargıları kendisini hekimlik mesleğinde de göstermektedir.

Bu çalışma ile hekimlik mesleğinde cinsiyet ayrımcılığı konusunda farkındalık yaratılmaya çalışıldı. Çalışmanın sonuçları dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadın hekimlerin göz ardı edilemeyecek bir bölümünün ayrımcılığa uğradığını göstermektedir. Ayrımcılığın, çalışan bireyin performansını azaltan bir etken oluşu ve cinsiyet ayrımcılığı gibi çok sayıda bireyin olumsuz etkilendiği durumların, kurumlardaki hizmet üretimini belirgin şekilde azalttığı dikkate alındığında, konunun farkında olunması; ayrımcılığı azaltacak önlemlerin alınmasını, böylece çalışmanın bireysel memnuniyetinin sağlanmasını ve verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasını sağlayacaktır. Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına hekim-hekim, hekim-hasta ilişkileri açısından cinsiyet ayrımcılığı konusunun eklenmesi, ayrıca tabip odaları tarafından hekimlere ve halka yönelik hasta-hekim ilişkisi ve cinsiyet ayrımcılığı konularını içeren eğitimlerin düzenlenmesi önerilir.

Kaynaklar

1. West C, Zimmerman DH. Doing Gender. *Gender and Society* 1987;1(2):125-51.
2. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;25(4):73-82.
3. Achterberg J. Kadın Şifacılar. Çev:Bilgi Altınok. Birinci basım, İstanbul: Everest Yayınları, 2009: 206-41.
4. Delice ST. Hemşirelik mesleği ve toplumsal cinsiyet rollerinin mesleğe etkilerinin betimlenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı, Ankara 2006 (Yüksek lisans tezi).
5. Dalkıranoglu T. Çalışma yaşamında kadın işgücü ve cinsiyet ayrımcılığı: Konaklama işletmelerinde bir uygulama. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, Eylül 2006 (Yüksek lisans tezi).

6. Aydođdu S, Üstün Ç. Tıpta kadın olmak. *Sendrom* 2003;Ađustos:83-9.
7. Riska E. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine* 2001;52:179-87.
8. Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L. Career satisfaction of US women physicians. *Arch Intern Med* 1999;159:1417-26.
9. Dölen E. Cumhuriyet'in İlk On Beş Yılında İstanbul Üniversitesi'nde Kız Öğrenciler. Yıldırım N. Sağlık Alanında Türk Kadını, İstanbul: Form Reklam Hizmetleri, 1998:8-49
10. Vehid S, Köksal S, Erginöz E, Yetişiyiğit T. Tıp eğitimini seçmede ailede hekim bulunmasının rolü. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2001;32(2):91-6.
11. Mersin Tabip Odası Üye Kayıtları (2009).
12. Sevim Y, Dayı YS. Doktorların ekonomik durumları ve toplumsal konumları (Elazığ ili örneği). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2009;19(2):231-48.
13. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Personel İşleri Kayıtları (2010).
14. Mardin NB. Sağlık Sektöründe Kadın, Ankara: Cem Web Ofset, Nisan 2000: 63-106.
15. Musselman LJ, MacRae HM, Reznick RK, Lingard LA. You learn better under the gun: intimidation and harassment in surgical education. *Med Educ* 2005;39: 926-34.