

T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KADIN ÇALIŞMALARI  
ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE' DE TIPTA UZMANLIK VE AKADEMİSYENLİK  
AŞAMALARINDA CİNSİYETÇİ YAKLAŞIMLAR**

**Yüksek Lisans Tezi**

**İlknur Genç Kuzuca**

**Ankara-2007**

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	i;ii;iii
<b>ÖNSÖZ</b> .....	iv,v,vi
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	vii
<b>1. BÖLÜM: GİRİŞ</b> .....	1-3
<b>2. BÖLÜM ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ, TEMEL KAVRAMLAR VE VERİLERİN TOPLANMASI</b> .....	4
2. 1. Temel Kavramlar ve Kuramsal Çerçeve.....	4-8
2. 1. 1. Toplumsal Cinsiyet Rollerini.....	8-10
2. 1. 2. Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık.....	11-12
2. 1. 3. İş Yaşamında Ayrımcılık .....	12-19
2. 2. Araştırmanın Yöntemi.....	19-21
2. 3. Verilerin toplanması.....	21-23
<b>3. BÖLÜM HEKİMLİK MESLEĞİNİN VE KADINLARIN BU MESLEKTE YER ALMASININ TARİHÇESİ</b> .....	24
3. 1. Tıbbın Tarihçesi .....	24
3. 1. 1. Doğal (İçgüdüsel) Tıp .....	24
3. 1. 2. Ampirik (Deneysel) Tıp.....	25
3. 1. 3. Mistik (Dinsel Büyüsel ) Tıp.....	25-26
3. 1. 4. Felsefi Tıp.....	26
3. 1. 5. Bilimsel Tıp.....	26-27
3. 1. 6. Hipokratik Tıp.....	27-28
3. 1. 7. Hipokrat Sonrası Tıp.....	28- 30

3. 2. Dünyada ve Türkiye’de Hekimlik Mesleğinde Kadınların Yer Almasının Tarihçesi.....	30
3. 2. 1. Dünyada Hekimlik Mesleğinde Kadınların Yer Almasının Tarihçesi.....	30-32
3. 2. 2. Osmanlı İmparatorluğu’nda Hekimlik Mesleğinde Kadınların Yer Almasının Tarihçesi .....	32-34
3. 2. 3. Cumhuriyet Döneminde Hekimlik Mesleğinde Kadınlar..	34-38

**4. BÖLÜM TÜRKİYE’DE HEKİMLERİN CİNSİYET VE UZMANLIK TEMELİNDE DAĞILIMINDAKİ NİCELİKSEL VERİLER VE BU VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....**

4. 1. Tıp Fakültesi ve Diğer Fakültelerdeki Öğrencilerin Cinsiyet Dağılımı.....	41-43
4. 2. Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinde Çalışan Hekimlerin Uzman ve Pratisyen Olarak Dağılımı.....	43-46
4. 3. Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinde Çalışan Hekimlerin Uzmanlık Dallarındaki Dağılımı.....	47-53
4. 4. Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinde Çalışan Uzman Hekimlerin, Üç Ana Bölümde Cinsiyete Göre Dağılımı.....	53-56
4. 5. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerde Çalışan Hekimlerin, Kurum Cinsiyet İlişkisine Göre Dağılımı.....	56-57
4. 6. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerde Çalışan Hekimlerin, Unvan Cinsiyet İlişkisine Göre Dağılımı.....	57-59
Sağlık Bakanlığı Cerrahi Bilimler Unvan Cinsiyet İlişkisi.....	59-60

Sağlık Bakanlığı Dahili Bilimler Unvan Cinsiyet İlişkisi.....	60-61
Sağlık Bakanlığı Temel Tıp Bilimleri Unvan Cinsiyet İlişkisi.....	61-62
Üniversiteler Cerrahi Bilimler Unvan- Cinsiyet İlişkisi.....	63
Üniversitelerin Dahili Bilimlerinde Unvan - Cinsiyet İlişkisi.....	64
Üniversiteler temel tıp bilimleri unvan - cinsiyet ilişkisi.....	65-66
Kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on dalda cinsiyet ve unvan ilişkisi .....	66-68

## **5. BÖLÜM UZMANLIK ALANI SEÇİMİ VE SEÇİMİ VE CİNSİYETE**

### **DAYALI AYRIMCILIK KONUSUNDA GÖRÜŞLERİN**

#### **DEĞERLENDİRİLMESİ.....69**

5.1.Araştırmada yer alan hekimlerin uzmanlık alanları, unvanları ve demografik verileri.....	70-71
Uzmanlık Dallarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	72-73
Meslek-Toplumsal Cinsiyet Rol Çatışması.....	73-74
Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık .....	74-84
Uzmanlık Alanı Seçiminde Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve TUS'un Getirdikleri.....	84-86
Öneriler.....	87-88

## **6. BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER .....87-99**

### **ÖZET.....100-101**

### **SUMMARY.....102-103**

### **KAYNAKÇA .....104-112**

### **EK 1:SORU FORMU.....113-116**

## ÖNSÖZ

Önce bir tıp doktoru olarak mesleğimi seçme aşamasında, ardından tıp fakültesi yıllarında, sahada pratisyen olarak çalışırken, daha sonraları uzmanlık eğitimimi yaptığım, uzman ve yönetici olarak çalıştığım yıllarda; kısacası her aşamada cinsiyete dayalı bir ayrımcılık olduğunu hissettim ve gözlemledim. Bu ayrımcı tavır ve düşünceleri dillendirdiğimde, pek çok kadın meslektaşımın bunları ‘ayrımcılık’ olarak görmediklerini fark ettim. Hatta çoğu zaman abarttığım ve yanlış değerlendirdiğim biçiminde eleştirildiğim oldu .Oysa çoğumuzu ailelerimiz bir yandan hekim olmak için yüreklendirip desteklese de, öte yandan “ *Kadın için zor meslek*”, “*Okuması bitmeyecek, ömür boyu okuyacaksın*”, “*Çocuğuna ve eşine zaman ayırman zor olur, nöbeti var*” gibi uyarılarda bulunmaktan geri kalmadılar.

Mesleksel olarak hangi aşamada olursak olalım her zaman en temel görevimizin çocuğumuza, eşimize, ailemize ve topluma karşı bizden( daha doğrusu kadınlardan) beklenen toplumsal roller olduğu sürekli vurgulanıyordu.Bir yandan bize yüklenen toplumsal roller hatırlatılırken; bunları kabullenmeyip reddettiğimizde sistem dışı tutum sergilediğimiz için eleştiriliyorduk.Diğer yandan bu toplumsal rolleri benimsediğimizde işimizi iyi yapalım ya da yapmayalım,aslında “*iyi hekim*” olamamakla, ya da “*part time hekim*” olmakla suçlandık.

Benim eğitim aldığım alan olan “Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz”uzmanlık alanı da ülkemizde kadın hekimlerin ağırlıklı olarak yer aldığı alanlardan birisidir. Her ne kadar bu alana yönelişimde isteğim değil, TUS’ da bu bölüme girmek için yeterli puanı almış olmam rol oynadıysa da, geriye bakıp yaptığım TUS tercihlerimi hatırladığımda benim de belli bölümlere eğilim

gösterdiğimi fark ettim.Tercih listemde Kadın Hastalıkları ve Doğum ilk sıradaydı ve onu FTR, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz izliyordu.Bu bölümler de Türkiye de kadın hekimlerin yönelimlerinde üst sıralarda yer alan bölümlerdi.

Biz hekimlik mesleğindeki kadınlar, belki, toplumun pek çok anlamda şanslı kadınlarından sayılıyoruz. Kadın erkek çalışan oranlarının birbirine yakın olduğu ender meslek gruplarından birisi de hekimliktir. Tıp fakültesini bitirdikten sonraki aşamalarda toplumsal cinsiyet rollerinin uzantısı olarak kadın hekimlerin çoğu, ya uzmanlaşma konusunda çok istekli olmamakta, ya da uzmanlık alanlarını seçerken nöbeti olmayan, acil hastası az olan... vb. özellikleri taşıyan dallara yönelmektedir. Bu yönelimi dışarıda tutarsak yasalar önünde bir engel olmamasına rağmen, özellikle cerrahi dallarda ihtisas yapmak isteyen kadın hekimlerin önünde engeller oluşturulmaktadır.Sıkça gözlemlediğim, hep yaşadığım bu sorunları Türkiye genelinde niceliksel ve niteliksel verilerle ortaya koyan bir araştırma olmasını ve bu araştırmayla bunu gerçekleştirmeyi istedim.

Elinizdeki tez çalışması bu isteğin ürünüdür.Sonuçta “hissedilen ve yaşananın” nümerik bir fotoğrafını çekmiş ve yorumlayarak bir durum değerlendirmesi yapmıştır.

Bu alanda yaptığım çalışmanın planlanması uygulanması ve değerlendirilmesi aşamasında, değerli,aydınlatıcı önerilerde bulunarak beni yönlendiren yapıcı eleştirilerini esirgemeyen, değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof.Dr.Berna Arda'ya ve Sayın Prof.Dr.Gülay Toksöz'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Uygulama sürecinde yardımcı materyallerimi düzenlemem konusunda destek veren kızkardeşim Yar.Doç.Dr. Binnur Genç İlter'e sevgili eşim Hüsnü Kuzuca'ya ve oğlum Barış Can'a Teşekkür ediyorum.

Tezimin istatistiklerini yapan, analizleri değerlendirirken benden değerli görüşlerini esirgemeyen, Yard.Doç.Dr. Yasemin Genç'e ayrıca teşekkür ediyorum.

Değerli zamanlarını bana ayırarak araştırmamın niteliksel kısmının planlanması için bana yardımcı olan tez izleme komitesi üyelerimden Sayın Doç. Dr. Ayten Kayı Cangır'a ve onca koşturmaları ve iş yoğunlukları içinde benimle görüşmeyi kabul edip verilerime yaşam deneyimleriyle katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma teşekkür ediyorum.

## KISALTMALAR DİZİNİ

- AÇS-AP**.....Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
- CEDAW**.....The Convention on the Elimination of all Forms of  
Discrimination Against Women. “Kadınlara Karşı Her  
Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi”
- FTR** .....Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
- KBB** .....Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
- ÖSYM** .....Öğrenci Seçme Yerleştirme Merkezi
- TUS**..... Tıpta Uzmanlık Sınavı
- VSD**.....Verem Savaş Dispanseri
- YÖK**.....Yüksek Öğretim Kurulu

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ

Tıp fakültesini bitiren hekimlerin kadın/erkek oranları son yıllarda birbirine yaklaştırmaya başlamışken, yine son yıllarda tıpta uzmanlık eğitimini yapmaya hak kazanan ve eğitim sürecini tamamlayan hekimlerin kadın/erkek oranları arasında çok az bir fark vardır. Kadın hekim ve erkek hekimler ayrı ayrı değerlendirildiklerinde kadın hekimlerin daha fazla uzmanlaşma eğilimi göstermeye başladığı saptanmaktadır. Bunun yanı sıra pratisyen hekimlikten sonraki aşamada, tıpta uzmanlık alanlarının seçiminde cinsiyet ayrımı belirgin biçimde göze çarpmaktadır. Bu seçimlerde cinsiyetçi yaklaşımların egemen olduğu düşünülebilir. Tıpta bazı uzmanlık dalları ağırlıklı olarak erkek mesleği konumundadır ve kadınlara adeta kapalıdır. “Bazı dallarda kadın hekimlerin tercih edilmediği” veya “bazı dalların kadın hekimler tarafından tercih edilmiyor olduğu” gözlemsel olarak saptanmaktadır. Patoloji, Dermatoloji, Fizik Tedavi, Temel Tıp alanları ya da klinik öncesi olarak tanımlanan Biyokimya, Mikrobiyoloji gibi dallar kadın hekimlerce daha çok tercih edilirken; özellikle cerrahi dallarda aksine çok az sayıda kadın olduğu görülmektedir. Bu alanlar özellikle Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi, Ortopedi, Üroloji, Kulak Burun Boğaz (KBB), Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi gibi alanlardır.

Uzmanlık alanlarına hekim seçiminde Tıpta Uzmanlık Sınavının (TUS) Eylül 1987’ de uygulanmaya başlanmasından önce, her bölüm yazılı ve sözlü sınavlarını kendisi yapmaktaydı. TUS la birlikte sınav ÖSYM gibi puanlamaya dayalı merkezi ve eskisine göre çok daha nesnel, geçerliği ve güvenilirliği denetlenebilir bir sınav haline gelmiştir. TUS gibi merkezi bir sınav, daha önce tıpta uzmanlık öğrencisi

adayları arasından seçimi yapan otoritelerin tercihlerini kısmen dışarıda bırakmıştır. Özellikle cerrahi alanlarda her geçen yıl ülkemizdeki kadın hekim sayısı artmaktadır. Yine de sorun tam anlamıyla çözülememiştir. Bu dallarda uzmanlık eğitimine başlayan kadın hekimlerin bir bölümünün çeşitli gerekçelerle akademik başarılarıyla hak kazandıkları ihtisas eğitimini tamamlayamadıkları, bu dallarda çalışma koşullarının daha ağır olduğu ve kendilerine gizli ya da açık bir karşı tavır olduğunu düşündükleri için bu alanlara yönelmede isteksiz oldukları bilinmektedir. Uzmanlıktan sonra akademisyen olma sürecinde de, kadın hekimlerin sayıca kendilerine daha az yer bulabildikleri gözlemlenmektedir.

Bu araştırmada esas olarak;

Türkiye’de tıpta uzmanlık ve akademisyenlik aşamalarında, cinsiyete dayalı ayrımcılığa yol açan cinsiyetçi yaklaşımlar var mıdır? Sorusuna yanıt aranmıştır.

Araştırmanın alt başlıklarını şu sorular oluşturmuştur:

- 1) Türkiye’de uzmanlık alanlarında hekimlerin dağılımında cinsiyete bağlı bir farklılık var mıdır?
- 2) Akademisyenliğin aşamalarına cinsiyet dağılımı nasıl yansımıştır?
- 3) Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerde hekimlerin pozisyonlarına göre cinsiyet dağılımında, ayrımcılık var mıdır?
- 4) Uzmanlık ve akademisyenlik aşamalarında cinsiyete dayalı ayrımcılığın nedenleri nelerdir?

- 5) Kadın hekimler ve akademisyenler yaşadıkları cinsiyete dayalı ayrımcılığı nasıl deney imlemektedir ve ayrımcılığın kendi dillerinden ifadesi nasıldır?
- 6) Cinsiyetçi yaklaşımların engellenmesi için hekimler ne önermektedir ve neler yapılabilir?

Bu soruların yanıtlarını aramak amacıyla Türkiye'deki hekimlerin uzmanlık alanlarındaki cinsiyet dağılımını gösteren istatistiklere bakılmıştır. Türkiye'deki hekimlerin büyük çoğunluğunun istihdam edildiği Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin hekim dağılımı ilgili bilgiler kurumlardan alınmış, tasnif edilmiş, istatistiksel analizler uygulanmıştır. Ayrıca yaşananları yansıtmaları amacıyla değişik gruplardan hekimlerle hazırlanan bir soru formu kullanılarak görüşmeler yapılmış ve bu görüşmeler analiz edilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanelerinde uzmanlıktan sonraki akademik kariyer ve yönetim basamaklarındaki hekimlerin dağılımında cinsiyetçi bir yaklaşımın olup olmadığı araştırılmış ve irdelenmiştir.

Tezin bir başka amacı da TUS' a rağmen cinsiyet dağılımında neden çok fazla değişiklik olmadığı sorusuna yanıt bulmaktır. Bu amaçla ihtisas yapan, uzman olarak çalışan, öğretim üyesi olan ve bir dalda ihtisasa başlayıp bırakmak zorunda kalan kadın hekimlerin tüm bu süreç boyunca karşılaştıkları cinsiyetçi yaklaşımları ve tutumları ortaya koymak hedeflenmiştir.

Son olarak akademisyenlik sürecinde kadın hekimlerin karşılaştıkları cinsiyetçi yaklaşımları sorgulamak ve olası çözüm önerilerini tartışmak hedeflenmiştir.

## 2. BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ, TEMEL KAVRAMLAR VE VERİLERİN TOPLANMASI

#### 2. 1. Temel Kavramlar ve Kuramsal Çerçeve

Her alanda olduğu gibi çalışma yaşamında da kadın-erkek eşitliğinin gerçekleştirilmesi bugün ulusal ve uluslararası alanlarda ortak bir sorun olarak önemini korumaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde cinsiyet ayrımı yapılmaksızın kadın erkek tüm çalışanlara, çalışma hayatının tüm alanlarında fırsat eşitliği yaratılmasını öngören yasalar çıkarılmakta, mevcut yasalar eşitlik doğrultusunda yeniden düzenlenmektedir.

Kadınların işgücü piyasasındaki konumları mevcut toplumsal cinsiyet rolleri, geleneksel ataerkil değerler ve ayrımcılık tarafından belirlenmektedir. Çalışan kadınların çoğunlukla belirli meslek alanlarına veya pozisyonlara sıkışmış oldukları görülmektedir. Kadınlar çalıştıkları tüm iş kollarında ataerkil sistemden paylarına düşeni almaktadır. “Erkek işi” olarak tanımlanan işler daha saygın ve daha fazla ücretli olurken, bir işin kadınla tanımlanıyor olması, onun rahatlıkla “düşük statülü, düşük ücretli” olmasına yol açabilmektedir. Kadınların geleneksel olmayan istihdam alanlarında her geçen gün sayıca artmalarına karşın, bu konuda yapılan yasal düzenlemeler kadının toplumdaki rolüne ilişkin zihniyet yapılarını ve geleneksel yaklaşımları köklü bir biçimde değiştirmek açısından yeterli olmamaktadır (Toksöz 2004).

Önyargı, yanlış ve esnek olmayan bir genellemeye dayalı antipatidir. Ayrımcılık, belli bir grubun üyelerine karşı olumsuz eylemde bulunmadır. Önyargı, bir gruba ya da o grubun üyesi olduğu için bir kişiye yönelik olabilir. Bir gruba karşı

önyargılı olan bir kişi o grubun üyelerinin bireysel özelliklerini görmezden gelme eğilimindedir ve onları, gruba ilişkin olumsuz değerlendirmeleri temelinde yargılar. Önyargı, açık veya örtülü olabilir. Kalıp yargılar, insanlar hakkında, bireysel farklılıklara izin vermeyen sabit düşünme şekilleridir. Kalıp yargılar, çoğunlukla önyargı ve ayrımcılıkla ilintilidir ve sosyal gruplar hakkındaki kalıp yargılar olumsuz özelliklerden oluşuyorsa bu durum önyargı ve ayrımcılığın ortaya çıkmasına yol açabilir. Bir grup hakkında edindiğimiz kalıp yargılar, o grubun mevcut kalıp yargılara uymayan üyelerini tanıdığımızda bile değişmeyebilir. Bunun nedeni, insanların kafalarındaki kalıp yargılara uymayan kişiler için sınırlı alt kategoriler oluşturmasıdır. Örneğin kafasında kadınlar hakkında kalıp yargıları olan bir kişi bu kalıp yargılara uymayan bir kadınla tanışıp ona saygı duyması gerektiğini öğrendiğinde cinsiyet inançlarını, o kadının “diğerlerine benzemediğini” söyleyerek korur. Kadınlara ilişkin kalıp yargılarını değiştirmek yerine, bu kadını yerleştirebileceği bir alt kategori oluşturur. Kalıp yargılar doğrultusunda genellikle belirsiz ve genelleştirilmiş tepkilerde bulunulur ve bu kalıp yargıların doğru olmaya-bileceği dikkate alınmaz ( Franzoi, 2003).

Türkiye'nin de taraf olduğu CEDAW, "Birleşmiş Milletler' in "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi" metnine göre kadınlara karşı ayrımcılığın tanımı;

“Kadınlara karşı ayrımcılık terimi; siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel, kişisel veya diğer alanlardaki kadın ve erkek eşitliğine dayanan insan haklarının ve temel özgürlüklerin, medeni durumları ne olursa olsun kadınlara tanınmasını ifade etmektedir.Kadınlara bu haklardan yararlanmalarını,kullanmalarını engelleme ve

ya hükümsüz kılma amacını taşıyan veya bu sonucu doğuran cinsiyete dayalı her hangi bir ayırım, dışlama veya kısıtlama anlamına gelmektedir.”<sup>1</sup>

Gelişmiş olsun, az gelişmiş olsun pek çok ülkede cinsiyetçi meslek ayırımı olduğu, çeşitli araştırmalarla ortaya koyulmuştur. Bu ayırım kadın ve erkeklerin değişik meslek ve sektörlerde (yatay ayırım) yoğunlaşması biçiminde olabildiği gibi, aynı meslek ve sektörler içinde hiyerarşik düzeylerin(dikey ayırım) cinsiyete göre ayrımlaşması biçiminde de olabilmektedir (Özar,2002-9)

Kadınlara yönelik ayrımcılığı açıklamak üzere geliştirilmiş çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır:

### **Beşeri Sermaye Yaklaşımı**

Bu yaklaşıma göre, iki cinsin farklı meslekler seçmesinin nedeninin evli erkeklerin ev dışında çalışmaya daha fazla zaman ayırması, evli kadınların ise doğum nedeniyle ara verdikleri işlerine döndüklerinde ayrı oldukları sürede becerilerini geliştirememeleridir. Bu nedenle kadınlar düşük ücret almaktadırlar ve meslek seçiminde zaman içinde zorunlu ara verme durumlarında becerilerin en yavaş eksildiği ve gelir kaybını en az olacağı meslekleri seçerler. Bu sürecin sonunda kadınlar ve erkekler farklı mesleklerde yoğunlaşırlar. Bu yaklaşıma göre kadın mesleklerinin düşük ücretli, kötü çalışma koşullarına sahip, yükselme şansı olmayan meslekler olması ayrımcılıktan değil, kadınların kendi istekleri doğrultusunda oluşturdukları, bireysel seçimleri sonucu ortaya çıkmaktadır (Özar,2002-9).

### **İşveren Ayrımcılığı Yaklaşımı**

Bu yaklaşım, meslek ayrımcılığının işverenin ayrımcı yaklaşımından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu yaklaşıma göre erkekler işveren koca işçi

---

<sup>1</sup> [http://www.unicef.org/turkey/cedaw/\\_gi18.html](http://www.unicef.org/turkey/cedaw/_gi18.html)

tüketici, yasa koyucu olarak, kadınların meslek seçimi üzerinde hakimiyet kurmaktadır. Kadınların bazı işlerde çalışmasının yasaklanması, ailenin kocanın işinin bulunduğu yerde yerleşmesi, kadın işçilerle çalışmayı istemeyen erkek işçiler ve müşteriler vb. bu durumun örnekleridir (Özar,2002-10).

### **İstatistiksel Ayrımcılık Yaklaşımı**

Bu yaklaşıma göre, işe girmek için başvuru yapan bireylerin değerlendirilmesi sürecinde kullanılan yöntem neden olmaktadır. İşveren başvuru yapan kişileri tek tek bireysel niteliklerine göre değil, daha kolay ve kısa bir yol seçerek, o kişinin ait olduğunu varsaydığı grubun niteliklerine göre değerlendirir. İşverenler işçilerin ait oldukları grupların davranışlarından hareketle istatistiksel beklentiler oluştururlar. Cinsiyet; ırk, renk gibi nitelikler temelinde oluşturulan gruplara yanıtıcı nitelikte önyargılar ve kalıp yargılar yüklenir (Özar,2002-10).

### **Sınıfsal Yaklaşım**

Bu yaklaşıma göre emek piyasası görece olarak yüksek ücret ve iyi çalışma koşullarının sağlandığı “birincil” piyasalarla , düşük ücret ve kötü çalışma koşullarının olduğu yükselme şansından ve iş güvencesinden yoksun “ikincil piyasalar” dan oluşmaktadır. Bu katmanlaşma birincil piyasalarda çalışan işçilerin kendilerini ikincil piyasada çalışan işçilerden farklı olarak algılamalarına yol açar. İşçilerin birlikte çalışmasının ve dayanışmasının önünü tıkar sınıf bilinci oluşmasını engeller. Bu yaklaşıma göre kadınlar ikincil piyasalara yönlendirilen işçiler arasında yer almaktadır (Özar, 2002-11).

### **Kurumsal Yaklaşım**

Bu yaklaşım emek piyasasında cinsiyetçi ayrımın kurumsal engellerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu engeller cinsiyet ırk ve değişik fiziksel ve

toplumsal niteliklere karşı önyargı ve ayrımcılık biçiminde olabilir. Erkeklerin zamanla edinilmiş çıkarlarının kurumlaşmış güç olarak ortaya çıktığını ileri sürer (Özar, 2002-12).

### **Cinsiyetçi Rol Toplumsallaşması Yaklaşımı**

Bu yaklaşım kadınların emek piyasasına girmeden önce uğradıkları ayrımcılık üzerine yoğunlaşır. Kadınların ve erkeklerin yaşamın ilk anlarından itibaren toplumsallaşma biçimlerinin farklı geliştiğini, toplumsal cinsiyet rollerini belirleyen bu durumun meslek seçiminde etkili olduğunu belirtmektedir.

#### **2.1.1. Toplumsal Cinsiyet Rollerini**

Rol terimi tiyatrodan ödünç alınmış sosyolojik bir terimdir ve sosyal yapı içinde bireyin bulunduğu pozisyonu, bu pozisyonla ilgili sorumlulukları, ayrıcalıkları ve diğer pozisyonlardaki insanlarla etkileşimi yönlendiren kuralları gösterir (Spence, 1985,59–95).

Kişilerin toplumda nasıl bir rol oynayacaklarına yönelik önyargılı beklentilere “cinsiyet rolü” denmektedir (Connel,1998).

Toplumsal cinsiyet rollerini terimi cinsiyet kalıp yargılarını ya da toplumun belirlediği cinsiyet farklılıklarını yansıtmak üzere kullanılır. Daha özelden, bu terim, geleneksel olarak kadınla ve erkekle ilişkili olduğu kabul edilen rollerini ifade eder (Dökmen 2004–16).

Toplumsal cinsiyet kültürel olarak inşa edilen kadınlık ve erkeklik rollerini ifade eder. Toplumsal cinsiyet İngilizce’de “Gender” kavramı karşılığında kullanılmaktadır ve biyolojik olan “cins” kavramından kültürel olması nedeniyle ayrılır. Kadınlar ve erkekler arasındaki toplumsal olarak kurulmuş, zaman içinde

değişebilen, kültürler arasında ve her bir kültürde yaygın değişiklikler gösteren farklılıkları ifade eden toplumsal cinsiyet, insanların rol, sorumluluk ve fırsatlarını çözümlenmeye yarayan sosyoekonomik, siyasal bir değişkendir (Kaplan, 2003–14).

Kottak' a göre toplumsal cinsiyet rollerinin çeşitliliğinin nedenleri arasında, ekonomilerin kendilerine özgü ihtiyaçları ve daha genelde toplumsal siyasanın karmaşıklık düzeyi ve dünya kapitalizmiyle bütünleşme ölçüsü bulunmaktadır. Antropologların yaptığı araştırmalarda pek çok avcı-toplayıcı ve ana soylu tarımcı topluluklarda toplumsal cinsiyet tabakalaşması oldukça düşüktür. Kaynaklar üzerindeki rekabet savaşlara ve üretimin yoğunlaşmasına yol açarken babasoyluluğu ve erkek yerliliği geliştirir. Kadının üretimdeki rolünü kaybetme derecesine göre ev içi kamu alanı ikilemi güçlenir ve toplumsal cinsiyet rolleri tabakalaşması keskinleşir (Kontak 2002–462).

Toplumsal cinsiyet bir kültür meselesidir erkek ve kadınların “eril” ve “dişil” olarak sosyal sınıflandırılmasına işaret eder. İnsanların erkek ya da kadın oldukları biyolojik göstergelere göre anlaşılabilir fakat eril ve dişil oldukları aynı şekilde anlaşılabilir, ölçüler kültürelidir. Çocukların sosyalleşme süreçlerinde toplumsal cinsiyet rolleri farklı toplumsal mekanizmalarla öğretilir ve içselleştirilir (Bhasin, 2003).

Güçlü kalıp yargıların söz konusu olduğu gruplardan birisi de cinsiyettir. Toplumun bir grubunu erkeklerin bir grubunu kadınların göstermelerini beklediği özelliklere “toplumsal cinsiyet kalıp yargıları” denir (Franzoi, 2003).

Kültürel farklılıklar olmakla birlikte genellikle kadınların ilgi, bakım verici ve pasif olma gibi özelliklere sahip oldukları, erkeklerin aktif ve başarı yönelimli

oldukları düşünülür Bu kalıp yargıların sürdürülmesinde ailenin, diğer toplumsal kurumların, kitle iletişim araçlarının rolü bulunmaktadır(Dökmen 2004–20).

Bu toplumsal cinsiyet kalıp yargıları kültürden kültüre farklılık gösterse de, bebekliğinden itibaren kız ve erkek çocuklara aktarılmakta ve her iki cinsin bu rolleri içselleştirilmesi sağlanmakta, yeniden yeniden üretilmektedir. Doğal olarak her iki cinsi toplumsal davranış biçiminden meslek seçimine kadar çok geniş bir yelpazeden etkilemektedir. Aileler, toplum ve eğitimciler toplumsal cinsiyet rollerine ve kalıp yargılarına yönelik mesleki yönlendirmeler yapmaktadır.

Sağlık sektöründe kadının durumunu da bunun bir uzantısı olarak görmek mümkündür. Erkekler genellikle daha çok kazanan, daha iyi ve uzun eğitim almayı gerektiren tıp mesleğini seçerken kadınlar daha az ücret alan, daha kısa eğitim gerektiren hemşirelik mesleğinde yoğunlaşmaktadır. Tıp mesleğini seçen kadınlar da daha çok kadınca uzmanlık alanı diye tanımlanan alanlara yönelmekte, yönetici konumunda yer almamaktadırlar.Bazı uzmanlık alanlarında, bu alan güç ister, “kadınlar narin yapıldırlar, yapamaz” vb kalıp yargılarla kadınları uzaklaştırırken, bazı uzmanlık alanları ise daha iyi iletişim kurarlar, nöbeti azdır, mesai saatleri yorucu değildir, evine çocuğuna daha çok zaman ayırabilirler bakışıyla kadınları çekmektedir.

### **2.1.2. Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık**

Ayrımcılık önyargılı olunan gruba ve bireylere yönelik davranışsal eğilim ve niyetlerin açık davranışa eylemlere dönüşmesidir (Dökmen, 2004–104).

Cinsiyete dayalı ayrımcılık için cinsiyetçilik “sexism” terimi de kullanılmaktadır. Erkek egemen toplumda kadınlara yönelik olumsuz tutumların

hayata yansması sonucunda kadınların sosyal, kültürel, politik ve ekonomik alanlarda erkeğe göre düşük konumlarda tutulması olarak tanımlanmıştır (Sakallı, 2002,47–58).

Cinsiyet ayrımcılığı doğrudan eylemler biçiminde olabileceği gibi, gizli ya da dolaylı eylemler olarak ta gerçekleşebilir. Günümüzde cinsiyet önyargıları ve ayrımcılığının hoş görülmediği toplumlarda örtülü ve karmaşık bir görünüm alarak sürmeye devam etmektedir( Dökmen, 2004–126).

Kadınlar hem çalışma yaşamına girerken hem de girdikten sonra cinsiyet temelli ayrımcılıktan etkilenir ve engellenir. Bu ayrımcılık büyük-küçük, işletme ya da yapılan işe bağlı olarak farklılık gösterse de ayrımcılık vardır. Örnek olarak:Belli iş ve mesleklere kadınların kabul edilmemesi, bazı iş ve mesleklerde kadın oranlarının dondurulması, işe alıştırma ve iş yerindeki görev dağılımında kendilerine erkeklerle eşit davranılmaması, beceri isteyen işlere hazırlayıcı meslek içi eğitimden mahrum bırakılmaları, ücretlerin düşük tutulması, evlenme ve çocuk doğurma durumlarında işlerine son verilmesi, kriz ve ekonomik gerileme durumlarında evli kadınların erkeklerden önce işten çıkarılması gibi durumlar cinsiyet temelli ayrımcılık örnekleridir(Çitçi,1982 ).

Kadınlara sosyalleşme sürecinde edilgenlik öğretilmektedir. Cinsiyete dayalı iş bölümünü savunan Parson'a göre, aile içinde kadının özellikle annelik rolünün temel olması ve ev içi sorumlulukların genellikle kadının rolleri kapsamında görülmesi, kadınların iş yaşamında yer almalarına rağmen, ev içi sorumlulukların tamamının yine kadınlardan beklenmesi ve ancak bunları yerine getirdiği sürece eşleriyle uyumlu ilişkileri olabilecektir (Parson 1972, 136-147).

Feminist perspektiften yaklaşan Chodorow ise ev içi sorumlulukları kadınlar kadar erkeklerin de yapabileceğini ve Parson'un iddia ettiğinin aksine erkeklerin bu konuda eşleriyle ne kadar eşitlikçi paylaşım yaparlarsa, eşler arasında uyumun o kadar artacağını belirtmektedir (Chodorow,1998,41-49).

Chodorow' a göre cinsiyete dayalı kişilik ailenin psiko-dinamiği içinde şekillenmektedir ve bu çocuğun özellikle anneye kurduğu ilişkiler içinde ortaya çıkmaktadır. Bu etkileşim içinde erkek çocuklar ve kız çocuklar cinsiyete dayalı kişilik özelliklerini ve cinsiyetçi iş bölümünü öğrenirler. Erkeğin kişilik özellikleri onun kapitalist iş dünyasında yer almasını sağlarken, kadının özellikleri de ona yeniden üretim dünyasında yer hazırlar. Bu özellikle anneliğin ve toplumsal cinsiyet farklarının yeniden üretimidir. Cinsiyetçi iş bölümüyle erkekler kamusal alanda yer alırken, kadınlara ayrılan kısım özel alandır. Bu kadınlar üzerinde oluşturulan baskının temelini oluşturur ve aile içinde sürekli yeniden üretilir (Chodorow,1978).

### 2. 1. 3. İş Yaşamında Ayrımcılık

Ülkemizde ulusal ve uluslararası düzenlemelerle iş yaşamında ayrımcılık yasaklanmıştır.

4857 sayılı iş kanununun 5. maddesine göre "İş ilişkisinde dil, ırk, cinsiyet, siyasal düşünce felsefi inanç, din ve mezhep ve benzeri sebeplere dayalı ayırım yapamaz. **İşveren, biyolojik veya işin niteliğine ilişkin sebepler zorunlu kılmadıkça**, bir işçiye iş sözleşmesinin yapılmasında, şartlarının oluşturulmasında, uygulanmasında ve sona ermesinde, cinsiyet veya gebelik nedeniyle doğrudan veya dolaylı **farklı işlem yapamaz...** Aynı ve eşit değerde bir iş için cinsiyet nedeniyle daha düşük ücret kararlaştırılmaz..."

Ülkemizin de taraf olduğu CEDAW'ın 11 maddesinde tanımlanan çalışma hakkıyla ilgili düzenlemelere göre;

1- Taraf Devletler istihdam alanında erkekler ile kadınların eşitliğini sağlayacak şekilde kadınlara karşı ayrımcılığı tasfiye etmek için kadınlara aynı hakları ve özellikle aşağıdaki hakları tanımayı kabul etmektedir. Buna göre;

\*Her insanın vazgeçilmez bir hakkı olan çalışma hakkı,

\*İstihdam konularında seçim yapılırken aynı ölçülerin uygulanması da dahil, aynı istihdam imkânlarından yararlanma hakkı,

\*Mesleğini ve işini serbestçe seçme hakkı, meslekte ilerleme hakkı, iş güvenliğine sahip olma ve hizmet karşılığı imkânlardan ve menfaatlerden yararlanma hakkı ile ileri düzeyde mesleki eğitim ve bilgi yenileme eğitimi gibi mesleki eğitim ve yenileme eğitimi alma hakkı,

\*Tazminatlar da dahil eşit ücret alma, ve eşit değerde yapılan işe karşı eşit muamele görme ile birlikte işin niteliğinin değerlendirilmesinde eşit muamele görme hakkı;

\*Özellikle emeklilik, işsizlik, hastalık, malullük, yaşlılık ve diğer iş göremezlik gibi hallerde sosyal güvenlik hakkı ile birlikte ücretli izin hakkı;

\*Sağlığın korunması ve doğurganlık yeteneğinin korunması da dahil, çalışma şartlarında güvenlik hakkı;

2. Taraf Devletler, evlilik veya annelik sebepleriyle kadına karşı ayrımcılık yapılmasını engellenmek ve çalışma hakkını etkili bir biçimde korumak için aşağıdaki tedbirleri alırlar:

\* Hamilelik veya annelik izni sebebiyle işe son verilmesini ve medeni duruma dayanılarak işten çıkarma şeklinde ayrımcılık yapılmasını cezaya tabi tutarak yasaklar;

\* İşi, işte kıdemi veya sosyal hakları kaybetmeden ücretli olarak veya buna benzer menfaatler sağlanarak annelik izni verilmesine dair düzenleme yapar;

\* Anne ve babanın aile içi yükümlülüklerini, çalışma yaşamındaki sorumluluklarıyla ve toplumsal yaşama katılmalarıyla uyumlaştırabilmeleri için, özellikle çocuk bakım kurumlarının kurulmasını ve geliştirilmesini istemek suretiyle, gerekli destekleyici sosyal hizmetlerin sağlanmasını teşvik eder;

\* Hamilelik sırasında kendilerine zarar verebilecek işlerde çalışan kadınların özel olarak korunmasını sağlar;

3. Bu madde kapsamına giren koruyucu yasal önlemler, bilimsel ve teknolojik bilgilerin ışığında periyodik olarak gözden geçirilir ve gerekli görüldüğü takdirde düzeltilir, kaldırılır veya genişletilir.

İş kanununun 5. maddesindeki tanımlamalardan hareketle, işe eleman alımında koyulan kıstasların tanımında “işin niteliğine ilişkin sebepler zorunlu kılmadıkça” belli bir grubu dışarıda bırakıyorsa bu iş yerinde ayrımcılıktan söz edilebilir.

Eğer bir iş yerinde ileri sürülen şartlar; hem erkek hem de kadınlara uygulanıyor ve uygulanacaksa, bu şartları yerine getirebilecek kadınların oranı erkeklere göre daha azsa, yerine getirememek ilgili kadının zararına ise, şartları öne süren kişi uyguladığı kişilerin cinsiyetinden bağımsız olarak şartları savunamıyorsa o ortamda dolaylı bir ayrımcılıktan söz edilebilir (Department of Economic Development,1988:3-4).

Kadınlar işe alınmalarında, terfi ettirilme süreçlerinde, ücretlendirmede, işten çıkarmada ve iş yaşamları akışında dolaylı yâda dolaysız ayrımcığa uğramaktadırlar. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi'nde sunulan bir araştırmada erkek hekimlerin belirgin düzeyde yüksek olduğu cerrahi dallarda kadın hekimlerin erkek meslektaşları tarafından yetersiz görülme oranları, dahili dallara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ek olarak cerrahi dallardaki kadın hekimlerin erkek meslektaşlarıyla eşit koşullarda çalışmadıklarını düşündükleri de ortaya konulmuştur (Moran, M., vd.2001,150).

TUS sınavından önce hekimlerin uzmanlık seçme sınavları her bir birimce kendi içinde yazılı bilim sınavı devamında sözlü sınavlarla yapılmıştır. Bu sınavlarda bazı üniversitelerin, bazı bölümlerinin asla kadın asistan almadığı bilinmektedir. Bölümün başındaki yöneticinin bakış açısı kadın hekimin asistan olarak alınıp alınmayacağına göstergesi olabilmektedir.

Ankara'da bir başhekimin; *'Kadınların hekim olması milli israftır, 33 yaşında ancak uzman olabiliyorlar, 40' larında da menapoza girip dengelerini kaybediyorlar.'* demesi cinsiyetçi bakışın somutlaşmış göstergesidir(Ortaylı 1988;25).

Bu bakış açısına sahip bir yöneticinin kliniğine kadın asistan almayacağı açıktır. İş kanununda açıkça yasaklanmış olmasına rağmen, kadın hekimlerin bu tür kliniklerde "sözlü sınavda yetersiz bulunmuştur" kılıfıyla sınavlarda elendiği hep söylenegelmektedir. Sözlü sınavlar göreceli olabileceğinden hak aramak mümkün olmamaktadır. Ayrıca sistem gereği yasal olarak hakkını arayıp kliniğe kabul edilen bir hekimin o klinikte dört beş yıl boyunca çalışması hiç kolay olmamaktadır.

Hekimlik daha çok erkeklere özgü bir meslek olarak algılanmakta, dil sürçmesi gibi görünse de yaygın olarak kadın hekimler “doktor bey ” seslenişiyle karşı karşıya kalmaktadır.

Firth-Cozens’ ın yaptığı bir araştırmaya göre;

\*Hastalar kadın hekimlerin hemşire değil hekim olduğunu algılamakta zorlanmaktadır.

\*Hemşireler ise kadın hekimlerin becerilerini erkek hekimlere göre devamlı sorgulamaktadır.

\*Kardiyoloji ve röntgen gibi bölümler kadın hekimlere gerekli saygıyı göstermemektedir.

\*Hemşireler tarafından hemşire muamelesi görmekteler bu nedenle hem hekim hem hemşire olmaları beklenmektedir.

\*Bir kadın olarak prosedürleri yerine getirirken yardım almakta zorlanmaktadırlar.

\*Erkek meslektaşlarının da kadınların evlenip eşlerine bakacakları türünden beklentileri bulunmaktadır(Firth-Cozens,1991137,akt Bekata,Mardin,N.2000-26).

Şahinoğlu’nun belirttiği gibi, kadınlar belli uzmanlık dallarında yoğunlaşmakta, bazı uzmanlık dalları ise neredeyse sadece erkek hekimlerin çalıştığı alanlar olarak görülmektedir. Burada vurgulanması gereken, hâlâ bazı uzmanlık alanlarının “kadınlara uygun değilmiş gibi” algılanmasıdır (Şahinoğlu, 1998,488).

Kadınların büyük bölümü, kadınların yoğun olarak yer aldığı , kadın işleri olarak belirlenmiş işlerde çalışmakta, düşük statülü işlerde istihdam edilmektedir. Öğretmenlik, hemşirelik, sekreterlik gibi kimi meslekler kadınların doğasına uygun meslekler olarak algılanma eğilimindedir (Küçükkalay, 1998,35- 44).

Yapılan bir başka çalışmada kadın hekimlerin % 54' ü, yönetici kadınların % 73'ü işyerlerinde cinsiyete dayalı ayrımcılık olduğunu söylemektedir. Yönetici konumundaki kadınlar ayrımcılığı daha çok hissettiklerini belirtmişlerdir (Bekata-Mardin, 2000,101).

Kadının aile yaşamındaki rolü ve sorumlulukları, mesleğinde yükselebilecek olanaklarını kısıtlamaktadır. Bu eğilim kadınlara yönelik ayrımcılığın bir yönü olan ‘‘Şeffaf Tavan’’ (Glass Ceiling) kavramını ortaya çıkarmıştır (Bihagen, Ohls 2006, 20).

Kadınların, organizasyonların üst yönetim düzeylerine ilerlemelerini durduran engeller, ‘‘Şeffaf Tavanlar’’ olarak adlandırılmaktadır. Bir başka ifade ile şeffaf tavan, örgütlerde tepe yönetim pozisyonu için kadınlara konulan keyfi engellerdir (Bone, Kurtz,1992,562 ).

Bu kavram, kadınların ilerlemelerini engelleyen, görünmeyen, yazılı olmayan yasaları ve engelleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Şeffaf tavan, kadınlar ile üst yönetim arasında yer alan ve onların başarılarına bakmaksızın ilerlemelerini engelleyen, açıkça görülmeyen, ama aynı zamanda da aşılabilen engellerdir. Kadın, çalışma yaşamında kendine belli bir kariyer hedefi oluşturabilmekte, ancak hedeflediği tepe noktadaki iş, kendisine ‘‘kadın’’ olduğu için keyfi olarak kapatılabilmektedir (Capital,1997,85, Neumann., 2006,144).

Araştırmalara göre kadınların tepe noktalara gelmelerini engelleyen nedenlerin başında çocuk büyütme gelmektedir. Çocuk büyütme için kariyer süreçlerini yavaşlatmaları veya durdurmaları, tepe yönetim noktalarına ulaşmaları için önemli bir engeldir. Kadınlar, genelde aile ve iş hayatındaki rollerini dengeleme arayışları içindedirler. Evlilik ve çocuk, kadınların tam gün kendini işine vermesine

engel olmaktadır. Böylece tepe yönetim için gerekli olan zamanı ayırmak açısından zorlanmalarına neden olmaktadır (Griffin,1993,579).

Kadınların iş yaşamı ve kariyerlerini, evlilik ve çocuk sekteye uğratmaktadır. Bu da kadınların kolay kolay üst kademelere yükselmesini engellemekte ve kadınları daha çok kadınca alanlar olarak tanımlanan alanlara yönlendirmektedir.

Gerçekten de çalışan kadın iyi anne, iyi eş, iyi ev kadını, iyi iş kadını olabilmek için her iki alandaki işlerine yetişebilme yönünde büyük bir zaman baskısı yaşamaktadır. Çoğu zaman bazı statü ve yükselme fırsatlarını kaçırmakta veya geciktirmektedir. Yapılan bazı araştırmalara göre, kadınların kariyerlerinin rol çatışmasından ciddi olarak etkilendiğini göstermektedir (Acar,1990).

Acar'ın belirttiği gibi;

*“ Rol çatışması, kadınların hayatında, kariyerde ilerledikçe daha büyük önem kazanmaktadır. Bu çatışmanın pek çok kadının kariyer rollerini yeniden tanımlamaya yönelmelerinin de nedeni olduğu açıktır. Örneğin, yapılan bir araştırmada kadınlar, başlangıçta çok yüksek kariyer güdüleri olmasına ve aile içindeki toplumsallaşmalarının kendilerini bu yönde çok destekleyici olmalarına karşın, zamanla aile rollerinin artan taleplerinden doğan baskıların mesleklerinde uyguladıkları standartların düşmesine yol açtığı belirtilmiştir” (Acar,1990).*

Kadınların üst düzeylere ulaşmalarını yavaşlatan veya durduran bu tavan, kırılması oldukça zor bir engel olarak görülmektedir. Gerçekten de, günümüzde çok az sayıda kadın bu engelleri aşarak tepe yönetime ulaşabilmektedir(Aytaç,1999, 27).

## 2. 2. Araştırmanın Yöntemi

Kadın çalışmaları alanında daha çok niteliksel yöntemler kullanılmakta ise de, bir ölçüde aldığım lisans ve lisansüstü eğitimlerim, niceliksel verilerin her zaman önemli olduğunu düşündürmüştür. Sosyal bilimlerde edindiğim bilgilerim ise niceliksel ve niteliksel yöntemlerin birbirini tamamladığı, rakamların söylediklerinin yanı sıra söylemediklerinin de önemli olduğu konusundaki kanımı pekiştirmiştir. Rakamların söylenmeyen şeyleri söyleyebileceğini tartışmak, nitel ve nicel verileri birleştirmek, salt niteliksel ya da salt niceliksel araştırmalardan daha anlamlı olabilecektir ve birbirlerini zenginleştireceklerdir.

Jayarathne (1983)' in de belirttiği gibi, feminist araştırmacılar tarafından sosyal bilimlerde, hem nicel, hem de nitel yöntemlerin kullanılması, feminist toplulukların amaçlarına daha etkin ulaşabilmeleri için, feminist kuramı ve amaçlarını yükseltmek için, bireysel ve kurumsal cinsiyet dokümanları için daha etkili bulunmaktadır.

Bu bölümde ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere bağlı tıp fakültelerinde görev alan pratisyen ve uzman hekimlerin kadın erkek oranları araştırılmıştır. SPSS 11.5 İstatistik paket programı kullanılarak, Pearson ki kare testi uygulanmıştır.  $P < 0.05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı kabul edilmiştir.

Araştırmada kadın ağırlıklı ve erkek ağırlıklı dallardaki asistanlık, uzmanlık ve akademisyenlik aşamalarındaki kadın hekimlerle yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Ek 1 de yer alan soru formu çerçevesinde sorular sorularak toplam 26 hekimle derinlemesine görüşmeler de yapılmıştır . Bu hekimlerin on bir

tanesi Cerrahi Bilimlerde, sekiz tanesi Dahili Bilimlerde, beş tanesi Temel Tıp Bilimlerinde çalışan uzman hekimlerdi, iki hekim ise pratisyen hekimdi.

Dermatoloji, Patoloji, Anestezi ve Reanimasyon, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz, Mikrobiyoloji, Biyokimya, Fizyoloji gibi kadın hekimlerin oranının fazla olduğu dallardan ve Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp Damar Cerrahisi ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları gibi erkek hekimlerin oranının fazla olduğu dallardan asistan ya da uzman hekimlerle ve iki pratisyen hekimle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Erkek hekimlerin konuyla ilgili bakış açılarını yansıtmak açısından beş erkek hekim görüşmeye alınmıştır. Araştırmada ki sayılar şu anda çalışan hekimleri içermekle birlikte, bu hekimlerin bir bölümü geçmiş yıllarda uzmanlıklarını almışlardır. Uzmanlık alanlarında yıllar içinde ad değiştirme, birleştirme, yan dallara ayrılma gibi değişiklikler yapılmıştır.

Değerlendirme ve istatistik yaparken daha derli toplu olması açısından birbirine yakın uzmanlık alanları, ayrılan veya birleştirilen alanlar olabildiğince birlikte değerlendirilmeye çalışılmıştır. Örneğin “Göğüs Hastalıklarında Göğüs Hastalıkları Uzmanı”ve “Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Uzmanı” olmak üzere iki ad altında unvan verilmiş bunlar çalışmamızda tek bir alan gibi değerlendirilmiştir.

Yine bazı eğitim hastanelerinde Göğüs ve Damar Cerrahisi uzmanlık alanından daha sonra damar cerrahisi ayrılmış ve Kalp Damar Cerrahisi olarak adlandırılmıştır. Bu dallar da tek bir dal gibi değerlendirilmiştir.

Diğer dallar seçeneği Deontoloji ve Tıp Tarihi, Biyofizik, Histoloji ve Embriyoloji, Fizyoloji, Anatomi, Biyokimya, Mikrobiyoloji gibi klinik öncesi veya temel tıp olarak tanımlanan bazı dalları içermektedir.

Çocuk Alerjisi, Çocuk Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Hematolojisi, Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Nörolojisi, Neonatoloji vb Çocuk Hastalıkları üst uzmanlık alanları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları içinde değerlendirilmiştir.

Gastroenteroloji, Nefroloji, Romatoloji, İmmünoloji, Hematoloji, Geriatri vb İç Hastalıkları üst uzmanlık alanları, İç Hastalıkları içinde değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, Gastroenterolojik Cerrahi ve Onkolojik Cerrahi, Genel Cerrahi içinde değerlendirilmiştir.

Türkiye’de hekimler Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Özel hastaneler ve özel muayenehaneler ve az sayıda diğer bakanlıklar ve kurumlarda çalışmaktadır. Çalışma Bakanlığındaki SSK hastanelerinin ve diğer kurumların hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle birlikte, hekimlerin çoğunluğu Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde istihdam edilmeye başlanmıştır. Bu nedenle ve verilerine ulaşma kolaylığı açısından araştırmamız bu iki kurumda çalışan hekimlerle sınırlandırılmıştır.

### **2. 3. Verilerin toplanması**

Türkiye’de mevcut durumu yansıtmak için Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, ÖSYM ve YÖK’ ün verilerinden yararlanılarak Sağlık Bakanlığı kadrosunda görev alan, üniversite hastanelerinde görev alan ve tıp fakültelerinde görev alan hekimlerin sayısı ve uzmanlık alanındaki sayılarına ulaşılmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşmeler toplam 26 hekimin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu Hekimlerin on bir tanesi Cerrahi Bilimlerde, sekiz tanesi Dahili Bilimlerde, beş tanesi Temel Tıp Bilimlerinde çalışan uzman hekimler, ikisi ise pratisyen hekimdir. Dokuz hekim doçent unvanı taşımaktadır. Doçent unvanı taşıyan hekimlerden birisi üniversitede anabilim dalı başkanı, üç tanesi üniversitelerde doçent kadrosunda, üç hekim Sağlık Bakanlığında klinik şefi, bir hekim Sağlık Bakanlığında klinik şef yardımcısı, bir hekim Sağlık Bakanlığında başasistan olarak çalışmaktadır. On bir hekim uzman, üç hekim araştırma görevlisi, bir hekim asistan kadrolarındadır. Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan on beş hekimin on üçü Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, iki tanesi ise Verem Savaş Dispanserinde çalışmaktadır. Üniversite kadrosunda çalışan on bir hekimin on tanesi Üniversite Hastanesinde, bir tanesi ise Tıp Fakültesi Fizyoloji bölümünde görev almaktadır.

21 kadın hekimin yanı sıra, erkek hekimlerin konuyla ilgili bakış açılarını yansıtmak açısından beş erkek hekim görüşmeye alınmıştır.

2006 Nisan Ayında Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü Bilgi İşlem Merkezi'nden 2006 yılı Nisan Ayı itibarıyla Sağlık Bakanlığında çalışan hekimlerin verileri alınmıştır.

ÖSYM Web sitesinden, Araştırma ve Yayınlar Bölümü, Süreli Yayınlar bölümünden aynı tarihlerde üniversitelerde çalışan hekimlerin verileri alınmıştır.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup><http://www.osym.gov.tr>

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2000 – 2001 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri Kitabı

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2001 – 2002 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri Kitabı

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2002 – 2003 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri Kitabı

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2003 – 2004 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri Kitabı

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2004 – 2005 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri Kitabı

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2005 – 2006 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri Kitabı

Veriler 2006 Mayıs ile Ekim ayları arasında gruplandırılıp istatistik çalışması yapıldıktan sonra niteliksel görüşme yapılacak hekimler belirlenmiştir.

Niteliksel görüşmeler 2006 Ekim ile 2007 Şubat ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

Her bir görüşme 40 dakika ile 120 dakika arasında süren bir zaman diliminde yapılmıştır. Görüşmeler yapılırken tutulan notlar ve bazı görüşmelerde alınan ses kayıtları aynı gün çözümlenmiş, toplanan veriler 2007 Şubat ayında değerlendirilmiştir.

### 3. BÖLÜM

## HEKİMLİK MESLEĞİNİN ve KADINLARIN BU MESLEKTE YER ALMASININ TARİHÇESİ

### 3. 1. Tıbbın Tarihçesi

Tıbbın tarihsel gelişimini yaklaşımların kronik gelişimine göre beş bölüme ayırarak özetlemek mümkündür.

Doğal (İçgüdüsel) Tıp,

Ampirik(Deneysel) Tıp,

Mistik( Dinsel, Büyüsel)Tıp,

Felsefi Tıp,

Bilimsel Tıp.

Batı tıp tarihçilerinin yaptığı bir başka tanımlama ise Hipokratik devrimi merkeze koyan ve onu dönüm noktası kabul ederek yapılmaktadır:

Hipokrat Öncesi Tıp,

Hipokrat Tıbbı,

Hipokrat Sonrası Tıp diye yapılan tanımlamadır (Arda, 2004–3, Aydın, 2006–1–30).

#### 3. 1. 1. Doğal (İçgüdüsel) Tıp:

Her canlı gibi ilkel insan hastalık olgusundan haberdar olmasa da, bazı içgüdüsel davranışları ile sağlık durumunu korumaya ya da sağlığını bozan etkenlerden uzaklaşmaya çalışmıştır. İlkel dönemlerde insanların yaşamlarını sürdürmek için yaptıkları bu tür eylemleri içgüdüsel tıbbın içerisinde sayılmaktadır. (Aydın, 2006).

Öğrenilmemiş, temelleri reflekslere dayalı davranışlar olarak tanımlanan bu dönem tıbbına örnek olarak yaranın emilmesi, kanayan yerin bastırılması.....gibi

uygulamalar gösterilmektedir. Bu tür tıbbi davranışların sadece insan türüne özgü olmadığı da vurgulanmaktadır (Arda, 2004–2).

### **3. 1. 2. Ampirik (Deneysel) Tıp:**

“Deneme-yanılma yöntemi” ile kazanılmış tıbbi davranışlar ve yaklaşımlardan oluşan tıp düşüncesine dayanmaktadır (Arda, 2004–4).

Canlının içgüdüsel bu eylemleri insanoğlunda zamanla bilinçli davranış modellerine dönüşmüş ve doğal olarak çeşitli tedavi düzenekleri geliştirilmeye başlanmıştır. Ampirik tıp, insanın doğa karşısındaki savaşımında kimi zaman farkında olmadan ortaya çıkmıştır. Günlük hayattan elde edilen bilgiler yüzlerce yıl içinde damıtılarak deneyime dayalı bir tür tıp bilgisi oluşturmuştur.

İnsanoğlu ısının, güneş ışığının, suyun insan bedeni üzerindeki etkilerini, bitkilerin tedavi edici etkisini gözlemlemiştir. Örneğin, ağrıyan yerlerine güneşte ısıtılmış taş koyması ya da bitki lifleri ile sarması; kırıkları ağaç dalları ve çamur ile sabitleştirmesi gibi. Yaraların, derideki enfeksiyonların dış etkenlerle ilişkisini fark etmiştir. İlkel insan hastalıklar ile vücut salgıları arasındaki ilişkiyi de fark etmekte fazla gecikmemiştir (Aydın, 2006,1–30).

### **3. 1. 3. Mistik (Dinsel Büyüsel ) Tıp:**

İnsanoğlunun doğayla ilişkisi sırasında zamanla “doğa-dışı, doğa-üstü” kavramlar ortaya çıkmıştır. Ruhlar, tanrılar vs. Bu doğa-dışı varlık alanları ile günlük yaşantısı arasında doğrudan bir ilişki olduğu inancı yerleşmeye başlamıştır. Bu ilişkinin olumsuz ve kötü yönlerini kendi lehine çevirmek isteği “büyü”, “sihir” gibi uygulamaları getirmiştir. Bu yöndeki bir beklenti ve inanış bunları uygulayan sihirbaz ya da büyücüler gibi kişileri / profesyonelleri de beraberinde yaratmıştır (Aydın, 2006,1–30).

Bu dönem; hekimlerin aynı zamanda birer din adamı niteliği de taşıdığı rahip hekim dönemidir (Arda, 2004–4).

Tedavilerin seremoni, şarkı, mistik öğeler, tılsım ve tapınma şeklinde çeşitli görüntüleri bulunmakta idi. Ayrıca bu sihirsel yöntemin içerisinde deneye dayalı öğeler de bulunabilirdi. Dinsel ritüellere sıklıkla masaj, lapa yedirilmesi, ilaç gibi dinsel olmayan girişimler de eşlik etmekteydi (Aydın, 2006,1–30).

#### **3. 1. 4. Felsefi Tıp:**

Bu anlayışta tıbbın uygulaması bazı teorik açıklamalar doğrultusunda gerçekleşmiştir. Uygulamadan elde edilen veriler, deneysel ve teknik bulgular fazla rol oynamamaktadır. Tıpla, sağlık ve hastalık oluşumlarıyla ilgili tarih boyunca çeşitli kuramsal açıklamalar geliştirilmiştir. MÖ.6–5. yüzyıllardan itibaren gelişmeye başlayan Yunan felsefesi tıpla ilgili görüşler ve kuramlar da ileri sürmüştür. Tıp bu dönemde akla dayalı neden-sonuç ilişkileri ile açıklanmıştır. Bu arada bu açıklamalarında, özde, geliştirmiş oldukları doğa felsefeleri aracılığıyla tıp olgusunu değerlendirmişlerdir ve onunla ilgili genellemeler üretmişlerdir (Aydın, 2006,1–30).

#### **3. 1. 5. Bilimsel Tıp:**

Bilimsel anlayış, Rönesans'tan sonraki düşünür ve araştırmacıların az ya da çok “bilimsel düşünüş ve davranışları” ile gerçekleştirdikleri tıptaki atılımların uzantısında hayat bulmuştur. Buluş ve tekniklerle gelişen tıp etkinliği Fransız fizyolog Claude Bernard'ın (1813–1878) deneysel yöntemi ortaya koymasıyla son noktaya ulaşmıştır (Aydın,2006,1–30). Böylece Claude Bernard'ın katkılarıyla sadece tıpta değil tüm pozitif bilimlerde izlenecek bir yol tanımlanmıştır:

Bu yol;

Gözlem (görmek üzere bakmak)

Varsayım oluşturmak,

Kontrollü gözlemler (deneyler) yapma,

Varsayımın doğrulanması,

Bilimsel yasalara ulaşılması, bu yaklaşımın kısaca basamaklandırılmasıdır (Arda, 2004–3).

Büyüsel, mistik, felsefi ve düzensiz deneye dayalı uygulamalar tıbbın bilimsel bir nitelik kazanmasıyla ağırlıklı olarak ortadan kalkmıştır (Arda, 2004–2, Aydın, 2006,1–30).

### **3. 1. 6. Hipokratik Tıp:**

Hipokratik tıp yalnızca tıbbi bir uygulama olarak değil aynı zamanda bir eğitim olgusu olarak da algılanmalıdır. Kurumsal yapıların oluşmadığı dönemlerde, tıbbi bilginin gelecek kuşaklara yayılması, genelde babadan oğula geçen “ailesel” bir nitelik gösteriyordu. Homeros zamanından beri eski Yunan’da tıp “öğretilen” bir sanattı. Eski Yunan şehirlerinde tıbbi bilginin gelecek kuşaklara aktarılması, aile ve bazı aristokrasi aracılığıyla gerçekleşebiliyordu. Usta-çırak ilişkisi dışında tıbbın öğrenilmesinde başka bir yöntem bulunmuyordu. Hipokrat da tıbbi, babası Heracleides’den ve yine Hipokrat adını taşıyan büyük babasından öğrenmişti.

Hipokrat (İÖ 460–377) döneminde hekimlik mesleğinin babadan oğula geçişine uygun olarak, Hipokrat oğullarını ve damatlarını da birer hekim olarak yetiştirmiştir.

Anatomi, fizyoloji, patoloji bilgilerinin çok yetersiz olduğu; hayvan araştırmalarının gerçekleşmediği bir dönemde Hipokratik yaklaşım hasta başı deneyimler ve felsefi muhakemelerle tıbbı bulunduğu noktadan daha ileri bir aşamaya gtrmuştr.

Hipokratik tıbbın temelinde akılcı( ussal) düşünme ve hastaya bütünsel yaklaşım yatar. Hipokrat ile hasta arasındaki ilişki dinsel kavramlardan çok insanlık değerleri tarafından ve "hastaya yararlı olma ve öncelikle zarar vermeme" ilkesi etrafında şekillenmiştir (Aydın, 2006,1–30).

### **3. 1. 7. Hipokrat Sonrası Tıp:**

Hipokrat'ın ölümünden sonraki döneme, Hıristiyanlığın ortaya çıkışını izleyen süreçte ünlü hekim Galen damgasını vurmυřtur (MS. 130–200) Bu dönemde Galen'in tek otorite olarak kabul edilmesi; bazı yanlışlıkları içerse de ona ait bilgilerin tartışmasız kabul edilmesi tıbbın tarihsel gelişiminde önemli bir gecikmeye neden olacaktır. Yaklaşık 16. yüzyıldan itibaren bu yanlışlıkların nesnel bir şekilde ortaya konması, eleştirilmeye başlanması tıbbın önünü açmıştır. Galen'in tıptaki bilgileri Rönesans'a kadar tartışmasız bilgiler olarak kalmıştır.

Avrupa'da, 9. Yüzyılda, düzenli eğitim veren ilk tıp okulu olarak bilinen Salerno Tıp Okulu kurulmuştur. Okuldaki eğitim Hipokrat, Galen ve İbni Sina'nın kitaplarına dayanmıştır. Büyük İskender Mısır'da İskenderiye kentini kurmuş ve buradaki ilk tıp okulu da İÖ 300 yılında kurulmuştur. İlk hastanenin kuruluşu ise Bağdat'ta Harun Reşit dönemine temellendirilmektedir (Dirican, Bilge, 1993,1–41).

Salerno'daki tıp eğitiminde hekim ve eczacıların ayrı meslekler olarak farklılaşmaları 1076 yılına rastlamaktadır. 1240'da ise Sicilya Kralı II. Frederik hekimlik ve eczacılığı resmen ayrı meslekler olarak birbirinden ayırmıştır (Dirican, Bilge, 1993,1-41).

Batı dünyasında Hıristiyanlığın yerleşmesinden sonra tıbbi bilgi birikimi ve çalışmalar da dinin denetimi altına girmiştir. Tıp alanında yalnızca Galen'in söyledikleri kabul edilir olmuştur. Galen'in tıptaki başarılı çalışmalarının sorgulanmadan Ortaçağ'da kabul görmesi bazı yanlışlıkları da yüzlerce yıl beraberinde taşımıştır. Ortaçağ sona ererken tıp artık dinin baskısı altından çıkmaya başlamıştır. Tıp eğitimi sırasında Galen ve İbni Sina'ya bağlı tıp anlayışı da yavaş yavaş değerini yitirmeye başlamıştır (Aydın, 2006,1-30)

Rönesans ile birlikte Batı'da bilimsel çalışmalar yeniden başlamış ve eski Yunan kültürünün öğelerine dönüş görülmüştür.16. Yüzyıldan itibaren tıptaki gelişmeler kendini göstermeye başlamıştır. Modern anatominin temelleri atılmış, kan dolaşımının ilkeleri açıklanmış ve daha birçok tıbbi buluş ve kuram 20. Yüzyıla kadar kendini göstermiştir. 19. Yüzyılda hastalıkların nedenlerinin anlaşılması, germ kuramının geliştirilmesi ve tıptaki bilimsel metodolojinin ortaya konması bugünkü modern tıbbi oluşturmuştur (Aydın, 2006,1-30).

1206 yılında Kayseri'de kurulan Gevher Nesibe Darüşşifası dünyada kurulan ilk tıp merkezlerinden biri sayılmaktadır. Bu merkezin açılışını, Fransa'nın güneyinde 1220 yılında açılan Montpellier Tıp Fakültesi, İtalya'da açılan Bologna ve Padua Tıp Fakülteleri izlemiştir. Böylece ilk dönemlerde babadan oğula aktarılan bir

meslek olan hekimlik, ancak bilimsel eğitimle kazanılan bir meslek haline dönüşmüştür(Dirican, Bilge,1993,1–41).

### **3. 2. Dünyada ve Türkiye’de Hekimlik Mesleğinde Kadınların Yer Almasının Tarihçesi:**

#### **3. 2. 1. Dünyada Hekimlik Mesleğinde Kadınların Yer Almasının**

##### **Tarihçesi:**

Tıp tarihiyle ilgili tüm kitaplar tarihe damgasını vuran yüzlerce erkekten bahsetse de, tarihte ilk hekimler aslında kadınlardır. Tarihin tüm alanlarında olduğu gibi tıp tarihi anlatılarında da kadınlara ya çok az değinilmiş, ya da hiç yer verilmemiştir. Oysa günümüzde bile her evde kadınların, ama doğru ama yanlış, küçük tedavi edici reçeteleri vardır ve bu reçetelere kocakarı<sup>3</sup> ilacı denmesi kadınların geçmişten günümüze bu işin içinde olduklarının göstergelerinden birisidir.

Briffault’ a göre kadınların toprağı işlemesi, yenecek bitki ve köklerini araması, insanlık tarihinin ilk dönemlerinde onların bu konuda uzmanlaşmalarını sağladı. Otlardaki maddeleri ilk onlar tanıdı ve dolayısıyla ilk hekimler onlardı (Reed, 1975).

Briffault’a göre

*“Tıp ya da ilaç (medicine ) sözcüğü “ bilgi” ya da “akıl” –’zeki kadının akli anlamına gelen bir kökten türetilmiştir. Mitolojiye göre çeşitli otlarla hastalıkları iyileştirici büyüler yapan “büyücü” kadın Medea’nın adı da aynı kökten gelmiştir. Kongo’da büyücü denilen kadın hekimlerin ilaç ve bitki eczacılığında uzmanlaştıkları bilinmektedir. Aşanti’de bitki ve otları çok iyi tanımaları ve bunlar üzerinde derin bilgiye sahip olmaları nedeniyle tıbbi yardım gerektiği durumlarda*

---

<sup>3</sup> Kocakarı: yaşlı deneyimli kadın.

*genellikle kadın hekimler yeğlenir. Doğu Afrika'da kadın hekimlerin sayısı erkek hekimlere eşittir'*" (akt. Reed, 1975).

Yakutlar'da ve Altaylar'da kadın şamanlar bulunmakta "Mogul-Udugan "adı verilmektedir.(Eliade, 1999)

Yunan uygarlığının ilk kadın hekimi olarak gösterilen Agnodice, İ.Ö. 300 dolaylarında doğmuştur. Agnodice'nin hakkında bilgi içeren tek kaynak, ilk yüzyıldan Latin yazarı Hyginus tarafından aktarılan bilgilerdir. Agnodice'nin İskenderiye tıp okulunda hekim olarak yetişmesine ve ünlü Herophilos'un öğrencisi olmasına rağmen, yasaların sadece erkeklere hekimlik yapma hakkı tanınması nedeniyle uzun yıllar kendini erkek olarak tanıtarak hekimlik yaptığı tıp tarihçileri tarafından belirtilmektedir. Yasalara karşı geldiği için yargılanmış, önce mahkûm edilmiş, daha sonra beraat etmiştir. İlk kadın jinekolog<sup>4</sup> olarak tanımlanan Agnodice'in aslında yaşamadığı, bir efsane ya da figür olduğu da söylenmektedir.<sup>5</sup>

Atasü'nün(1996) belirttiği gibi Hipokrat tüm dünyada tıbbın babası kabul edilse de, erkek egemen toplumun koşullanmalarından kurtulabilmiş insan bilimciler ve diğer araştırmacılar insanlığın toprağa yerleşme ve tarım devrimini gerçekleştirmesi aşamasında sağlık bilimlerini kadınların bulduğunu ortaya koymuştur. Tarımla bitkilerle uğraşan, bitkilerden ilaç hazırlayan, hastaya uygulayan, doğum yaptıranların hep kadınlar olduğu vurgulanmaktadır.

Hekimliğin doğuşu ve yayılışı ile ilgili olarak Mezopotamya ve Mısır uygarlığının hüküm sürdüğü Orta Doğu, Çin ile Hint uygarlıklarının hüküm sürdüğü

---

<sup>4</sup> Jinekolog :Kadın hastalıkları ve doğumla uğraşan hekim

<sup>5</sup> <http://womenshistory.about.com/od/physicians/p/agnodice.htm>

Uzak Doğu bölgeleri gösterilmektedir. Babil Kralı Hammurabi tarafından yürürlüğe konan yasalarda hekim ücreti ve hekimlik uygulamalarına ait hükümler de yer almaktadır, bu nedenle daha o dönemde tıbbi deontolojinin varlığı, tıp mesleğinin de var olduğunu düşündürmektedir (Dirican, Bilge, 1993,1–41, Atabek, 1998,161–222).

Orta çağda kilisenin güçlenmesiyle birlikte, hem halk tıbbı, hem okul tıbbında rasyonellikten mistisizme kaymış, kilise öğretisini aşan veya ona karşı kuşkular uyandıracak öğeler taşıyan her türlü bilgi sistemi tehlikeli ve yasak sayılmıştır. Halk tıbbı Avrupa’da tüm güçlüklerle karşı varlığını sürdürmüştür (Arda, 1997)

Orta çağ Avrupa’sında halk tıbbı tüm baskılara rağmen sürmüştür. Bu tıbbın içinde yer alan, doğum yaptıran geleneksel tedavi pratiklerini sürdüren, ilaç yapan pek çok kadın, *büyücülük yapmak* ve *büyücü* olmakla suçlanmışlardır. Cadı ilan edilerek lanetlenen pek çok kadın bu dönemde kilisenin kurbanı olarak yakılmıştır.

### **3. 2. 2. Osmanlı İmparatorluğu’nda Hekimlik Mesleğinde Kadınların Yer Almasının Tarihçesi**

Osmanlı İmparatorluğunda “tabibe” ya da “hekime” olarak adlandırılan kadın hekimler hakkında en eski bilgi 15.yy ‘da Amasya Darrüşifası’nın başhekimisi olan Şerafettin Sabuncuoğlu’nun Cerrahiyet’ül Haniye adlı eserinde hekime teriminin kullanılmasıdır. Bu eserdeki minyatürlerde cerrahi müdahale yapan kadınlar resmedilmektedir(Sarı, 1998,451–465).

Osmanlı’da kadınların hekimlik yaptığına ait bir başka bilgi ise “Karı Hekime” olarak tanımlanan ve veliaht Süleyman’ın hizmetinde günde iki akçaya çalışan kadınların bulunduğu (akt.Sarı 1998,451-465).

Osmanlı Sarayındaki belgelerde aylıkla çalışan kadın hekimlerin olduğu, bu hekimlerin genel olarak kadınlara sağlık hizmeti sunmakla birlikte zaman zaman erkek hastalara da baktıklarına ilişkin bilgilere rastlanmaktadır. 1872 yılında Yıldız Sarayı'nda görev yapan Tabibe Gülbeyaz Hatun bunlardan biridir. 19. yy da ‘‘Morti tabibe’’ adı verilen ölen kadınlara otopsi yaparak ölüm sebebini araştırmakla görevli kadın hekimlere ait bilgilere yine bu kaynaklarda rastlanmaktadır (Uluçay,1970,48–59).

Tanzimat sonrasında toplumda başlayan yenileşme hareketi, bu arada eğitim alanında gerçekleştirilen hamleler kadınları da etkilenmiştir. 1862'de ilk kız rüştiyesinin ve 1869'da kızlar için zorunlu sübyan mekteplerinin açılması, 1870'de ilk kadın müdire atanması ve aynı yıl kız öğretmen okulunun açılması önemli adımlardır.

Osmanlı İmparatorluğunda çağdaş tıp eğitiminin başlamasından sonra bu okullara erkek öğrenciler alınmış ve kadınların hekimlik yapıp yapamayacaklarına ilişkin tartışmalar yaşanmıştır. Hekimlik mesleğinin bir eğitimle kazanılmasına başlamasına rağmen, kadınların bu meslekte kendilerine yer bulmaya başlaması oldukça zor olmuştur. Bu tartışmalar üzerine Süra-yi Devlet meseleyi incelemiş ve 1898'de de kararını vererek kadınların hekimlik yapamayacaklarını bildirmiştir. Daha sonra 1917 yılında Sıhhiye Meclis-i Umumisi kadınların hekimlik yapmalarının bir sakıncası olmadığına ilişkin bir karar almıştır. Bu karar Muallim Mecmuasında ‘‘Kadın Hekimler’’ başlığı altında coşkuyla duyurulmuştur (Dölen, 1998,8–47).

Tanzimat'tan sonra bu alandaki boşluk yabancılar tarafından doldurulmuş, İstanbul'da özellikle yabancı kadın jinekologlar ve diş hekimleri muayenehane açarak hasta kabul etmeye başlamıştır.

Bu yıllarda kendilerine hekim olma yolunun açıldığını düşünen üç kız öğrenci, Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane'nin devamı olan İstanbul Darülfünun-u Tıp Fakültesi'ne kaydolmak için başvurmuş, ancak kabul edilmemişlerdir. İdealist kızlar hekim olabilmek için yurtdışına gitmeye başlamıştır. Bunlardan birisi Würzburg Tıp Fakültesi'ni bitiren Dr. Safiye Ali'dir. İstanbul'a gelerek kendi muayenehanesinde çalışmaya başlamıştır. Onu Almanya'da öğrenim gören Bedriye Bedri, Semiramis Ekrem ile İngiltere'de okuyan Hayrünnisa Hanımlar izlemişlerdir.

İmparatorluk yıkılınca, Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti kurulmuştur. Türk kızları kendi ülkelerinde okuyup hekim olmak istiyorlardı ve kadın hakları savunucularının uğraşları sonucunda 1922 – 1923 ders yılında kadınlar ülkemizde ilk kez tıp fakültesine kabul edilmişlerdir (akt. Sarı 1998,451–465).

### **3. 2. 3. Cumhuriyet Döneminde Hekimlik Mesleğinde Kadınlar**

1922 yılında on kız öğrenci Tıp fakültesine kabul edilmişse de tartışmalar bitmemiştir. Kadınların Tıp Fakültesi'ne kabul edilmelerinden yirmi yedi yıl sonra, 1949 yılında, Ulus gazetesinde kadınların hekim olamayacağına ilişkin yazıları görmek ilginçtir.

1928 yılında tıp fakültesinden altı kız öğrenci mezun olmuştur. Bu öğrencilerden Dr Suat Rasim Giz (genel cerrahi, daha sonra Türkiye'nin ilk göğüs cerrahı olmuştur), Dr Fitnat Celal Taygun (genel cerrahi), İffet Naim Onur (jinekoloji ve genel cerrahi), Dr Sabiha Süleyman Sayın (çocuk hastalıkları ve sağlığı), Dr. Hamdiye Abdurrahim (Rauf) Maral (dermatoloji, fizik tedavi ve radyoloji) ihtisası yapmışlardır. Dr. Müfide Kazım Küley ise dahiliye ihtisası yapmıştır, kadınların tıp fakültelerine girmesinin mücadelesini yapan en etkin isimlerden biridir ve ilk mezunlar içinde akademik kariyer yapan tek hekimdir (Etker vd, 1998,8–75).

Bu hekimleri 1929 – 1939 yılları arasında mezun olan sayıları 2 -27 arasında değişen diğer kadın hekimler izlemiştir.1996 – 97 yıllarında tıp fakültelerinde kızların oranı % 41,2 olmuştur (Dölen,1998,8–47). Halen bu oran her yıl % 40–45 arasında değişmektedir.

1928 yılında tıp fakültelerinden mezun olan ilk altı kadın hekimden üçünün cerrah olması günümüzde cerrahi alanlarda kadın hekimlerin azlığına karşı çarpıcıdır. Pek çok araştırmacının belirttiği gibi bu yeni kurulan cumhuriyetin kadına bakışının ve kadına biçtiği yeni rolün sonucudur(Berktaş1998,1-11, Kırkpınar 1998,13–18, Durakpaşa 1998,29-51, İlyasoğlu 1998,193-200).

Kemalist ideolojinin öngördüğü biçimde kamusal alanda, eğitimde, akademik alanlarda kadının yer alması çok hızlı bir şekilde gerçekleşmiş ve o dönemin, hatta günümüzün gelişmiş toplumlarına göre bile kadın oldukça iyi bir konuma yerleşmiştir.

Berktaş' a göre yeni kurulan Türkiye Cumhuriyetinin kadınlara haklar tanınması ve kadınların kamusal alanda tüm kurumlarda temsilinin sağlanması, yeni yönetim için bir amaç olmaktan çok, yeni devleti simgeleyen, Osmanlı'dan farkını vurgulayan bir araçtır. Osmanlı devletinin aksine, dine değil ulusa dayalı olduğunu vurgulayan yeni cumhuriyeti, en iyi, “yeni kadın”ın simgeleyeceği düşünülüyordu. Kadınların yasal olarak eşit yurttaş kabul edilmeleri Cumhuriyet'in ayırt edici göstergesiydi. Berktaş kadınların yeni yönetimce de bir “simge” durumunda kullanıldığını ve kadınların simge olmaktan çıkma ve özerk kimliklerine kavuşma mücadeleleri açısından şeriatın egemen olduğu bir devlet yerine laik bir ulusal devletin yurttaşı olmalarının daha elverişli olacağını açık olduğunu ifade etmektedir.

Cumhuriyet'in resmi ideolojisinin kadınların kamusal alana çıkmalarından, meslek sahibi olarak ev dışında çalışmalarından yana olduğunu, ama dönemin kadın konusundaki algılamasına biraz daha yakından bakıldığında, gelenekselci kalıp ile modernleşmeci kalıp arasında, toplumsal cinsiyet rolleri açısından temel bir farklılık bulunmadığını belirtmektedir. Cumhuriyet sonrasında kadınların, dinsel ve etnik cemaatlerin baskısından önemli ölçüde kurtulma ve kamusal alana girme olanağı bulduklarını, bunun onlar açısından, küçümsenmeyecek bir kazanım olduğunu bu nedenle kadınların modernleşmeci / ulusçu projeye sıkıca sarılmalarının nedeninin anlaşılabilir olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte, aynı ideolojinin kadınların toplumsal cinsiyet rollerinin değiştirilmesinde bir çaba sarf etmediğini ve ataerkil bir bakış açısına sahip olduğunu belirtmektedir (Berktaş, 2004).

Yeni Cumhuriyet'in ideolojisi için kadınların konumunu değiştirmek ve onlara kamusal alanı açmanın bir amaç değil araç olduğu çeşitli çalışmalarda ifade edilmekte, ataerkil yapının yeni biçimiyle devam ettiği söylenmektedir.

Dönemin koşulları göz önüne alındığında, hatta günümüzde tüm dünya toplumları incelendiğinde ataerkil yapının her sistem içinde yeniden şekillenerek kurgulandığı ve yeniden üretildiği olgusu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle Cumhuriyet sonrasında kadınların, dinsel ve etnik cemaatlerin baskısından önemli ölçüde kurtulma ve kamusal alana girme olanağı buldukları, bunun küçümsenmeyecek bir kazanım olduğu unutulmamalıdır. Bir yandan cumhuriyetin kamusal alanı açması ve kadınlarda eşit yurttaşlar oldukları duygusu oluşturmaması nedeniyle kadınların pasifize oldukları ve uzun süre hakları mücadele etme gereği duymadıkları, diğer yandan kadınların toplumsal cinsiyet rollerinin sorgulanmadığı

eleştirisi yapmak, içinde bulunan tarihsel koşulları yeterince göz önüne almayarak biraz haksızlık etmek anlamına gelmektedir.

Tıp ve hukuk alanlarındaki kadınlar üzerine çalışma yapan Öncü, Türkiye’de bu mesleklere giren kadınların oranlarının A.B.D. ve Fransa gibi sanayileşmiş ülkelerdeki hemcinslerinin sayılarına yakın olduğunu ortaya koymuştur.Öncü kadınların bu mesleklere girişlerinin esas olarak sınıf eşitsizlikleri ve hızlı büyüme koşulları altındaki kadro yenilemesinin bir sonucu olduğunu iddia etmektedir. Öncü’ye göre seçkinlerin en saygın ve yüksek gelir getiren mesleklere girmesi aynı sosyal kökenden gelen kadınların da bu mesleklerin saflarına katılmasını sağlayacaktır.Bu kadınlar üst sınıfın erkekleri açısından, yukarı tırmanan alt tabaka erkeklerinden daha az korkutucudur ve bu durum kadınların sınıf atlama eğiliminden daha çok sınıf ayrımcılığını pekiştirmenin aracıdır (Öncü,1979).

Kandiyoti’ye göre kadınların bu mesleklere girişi kendi dinamiğini yaratmış ve mesleklerin cinsiyete göre tasnifini zayıflatmıştır.Bu meslekler herhangi bir erkeksilik atfı olmaksızın kapılarını kız öğrencilere açık tutmayı sürdürmektedirler (Kandiyoti1997,41).

Cumhuriyetin meslek sahibi olan ilk kadınlarının öz yaşam öykülerini okuduğumuzda, orta üst sınıfa veya üst sınıfa ait kız çocuklarının yanı sıra orta sınıf altı ve köylerden çıkıp meslek sahibi olan pek çok kadına da rastlamaktayız.

Cumhuriyetin ilk yıllarında “ Köy muallim mektepleri” fikriyle gündeme gelen ilerleyen yıllarda (1940) açılan köy çocuklarına eğitim imkânı sunan “köy enstitüleri” köylerdeki kız çocuklarının da meslek sahibi olmasını sağlamış, meslek sahibi ve akademisyen olan pek çok kız çocuğu yetiştirmiştir.

Eğitim sisteminin yaygın olarak özel eğitim kurumlarının ve özel dershanelerin güdümüne girdiği günümüzde, sınıfsal ayrışma daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır ve ancak iyi eğitim alma koşullarına sahip sınıfların kız çocukları meslek sahibi olabilmektedir. Bu nedenle Cumhuriyet döneminin eleştirilecek yanlarını ortaya koyarken biraz daha nesnel olunması gerektiği söylenebilir.

Cumhuriyetin ilerleyen yıllarında konumlarında ilk olan kadın hekimlerden oluşan bir liste aşağıda belirtilmiştir.

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nin ilk kadın Başkanı 1994–1996 döneminde Dr. Özen Aşut'dur (Fincancı,1998,64–66).

İlk kadın tıp doçenti 1935' te Dr.Afife Cenani Demirel ve ilk kadın tıp profesörü 1945' te Dr. Kamile Şevki (Mutlu) olmuştur (Etker, 1998,60–63).

Prof. Dr. İlhan Büyüközer Kerse 1969 yılında ülkemizin ilk kadın tıp fakültesi dekanı olmuştur (Örs,1998,90–98).

#### **4. BÖLÜM**

# **TÜRKİYE'DE HEKİMLERİN CİNSİYET VE UZMANLIK TEMELİNDE DAĞILIMINDAKİ NİCELİKSEL VERİLER VE BU VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hekimlik mesleği tüm insanlık tarihi boyunca her zaman prestijli bir meslek olmuştur. İnsanın ölümüyle yaşamı arasındaki çizgide müdahaleci olan hekimler insanlık tarihi boyunca tüm toplumlarda ayrıcalıklı bir konumda yer almışlardır. Çünkü hekim insan bedeni üzerinde iktidar sahibidir. Hasta olan insan bedenini hekim olarak kabul ettiği insana teslim eder ve hekimin sağaltım adına kendi bedenine her türlü yaptırımını kabul eder. Bu iktidar durumu insan bedeni üzerinde keserek, dikerek doğrudan girişimde bulunan cerrahi dallarda da daha belirgin olarak öne çıkmaktadır.

Tıp fakülteleri üniversite seçme sınavında ilk %1'lik dilime giren öğrencilerin yerleşebildiği bir alandır, bu nedenle çoğunlukla çok iyi eğitim olanaklarına sahip öğrencilerin yerleştiği okullar olma özelliği taşımaları kaçınılmazdır. Aileler çoğu zaman çocuklarını cinsiyetine bakmadan hekim olmaları yönünde desteklemektedir. Ülkemizde kız öğrencilerin fakültelerde temsil edilme oranı, pek çok gelişmiş ülkelerin oranlarına benzerdir. 1927 -1991 yılları arasında tüm üniversitelerdeki kadın öğrenci oranı %11'den % 34 e kadar artarak gitmiştir. Bu gün bu oran % 44'lere kadar yükselmiştir. Almanya'da 1927 -1991 yılları arasında tüm üniversitelerdeki kadın öğrenci oranı % 10' dan % 38' e yükselmiştir (Neusel vd.).

Literatürde az gelişmiş ülkelerin rakamlarına ulaşmak mümkün olmamıştır.Çevremizdeki ülkelerin rakamlarına da ulaşmak mümkün olmamıştır.

İran’da 2000 -2001 öğretim yılında, tüm üniversite öğrencilerinin %33’ünü kız öğrenciler oluşturmaktadır.<sup>6</sup> Bu ülkemizin rakamlarının az altındadır.

Tıp fakültelerine giren öğrencilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, tüm üniversitelere giren öğrenciler göz önüne alınarak bir değerlendirme yapılırsa kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre tıp fakültelerine daha düşük oranda yerleştikleri görülmüştür (Tablo:1). Tıp fakültelerinde kız öğrencilerin oranı %41, hekimlerin içinde ise % 33’ tür. American Medical Association’ ın 2001 verilerine göre Amerika Birleşik Devletlerinde tıp fakültelerinde kız öğrencilerin oranı % 40’tır ve 2010 yılında Amerika’da kadın hekimlerin oranının %40 olması beklenmektedir. Bu gün ABD’de kadın hekimlerin oranı %26,6 dır.<sup>7</sup> Bu rakamlarla bizim rakamlarımız arasında tıp fakültesindeki kız öğrenciler açısından çok fark yok iken, şu anda aktif çalışan kadın hekimlerin oranı ülkemizde daha yüksektir.

Her ne kadar yaptığımız görüşmelerde, kadın hekimler tıp fakültelerine girmeleri için aileleri tarafından desteklendiklerini söyleseler de, yapılan bir çalışmada ailesel etki ile tıp eğitimini seçme oranı erkek öğrenciler arasında daha yüksek bulunmuştur. Tıp eğitimine kendi isteği ile başlama oranı her iki cinsiyette yüksek oranda bulunmasına rağmen kendi kararı ile tıp eğitimine başlama oranı kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (Vehid ,2001,91–96)

Meslek seçimine yönlendirilmenin çocukluk çağlarında başladığı ve okul çağlarında pekiştirilerek sürdürüldüğü çeşitli araştırmalarla ortaya koyulmuştur (Acar, 1999).

---

<sup>6</sup> <http://www.irankulturevi.com/turkce/iran/kadin.htm>

<sup>7</sup> [www.amwa-doc.org](http://www.amwa-doc.org)

#### 4. 1. Tıp Fakültesi ve Diğer Fakültelerdeki Öğrencilerin Cinsiyet Dağılımı

Türkiye’de tüm tıp fakültelerinde 2006 yılındaki öğrenci sayısı (2006 yılı için yeni yerleşen, şu anda okuyan ve mezun olan) 41.521 olarak saptanmıştır ve bu öğrencilerin 24.391 ini (%58,7) erkek öğrencilerin, 17.130 unu (%41,3) kız öğrencilerin oluşturdukları görülmüştür. Aynı yıl diğer tüm fakültelerde giren öğrencilerin (yeni yerleşen, şu anda okuyan ve mezun olan) cinsiyet dağılımında ise, 1.233.504 (%55,4) ini erkek öğrencilerin 994.139 (%44,6) ini kız öğrencilerin, oluşturduğu belirlenmiştir.

**TABLO 1: 2006 yılında tıp fakülteleri ve diğer fakültelerdeki öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı.**

		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Diğer Fakülteler	sayı	994139	1233504	2227643
	%	44,6	55,4	100,0
Tıp Fakültesi	Sayı	17130	24391	41521
	%	41,3	58,7	100,0
Toplam	Sayı	1011269	1257895	2269164
	%	44,6	55,4	100,0

$$\chi^2=187,511 \text{ p}<0.001$$

Tıp fakültelerine giren öğrencilerin %41,3'ü kız, % 58,7 si erkek öğrenci olarak tespit edilmiştir. Bu oran diğer fakültelerde %44,6 kız öğrenci % 55,4 erkek öğrenci olarak saptanmıştır. Tıp ile öteki fakültelerdeki cinsiyet dağılımı karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $\chi^2=187,511$  p<0.001).

Kızların tıp fakültelerine erkeklere göre daha düşük oranda girdikleri saptanmıştır.

2006 yılında üniversiteye başlayan, okuyan ve mezun olanlar içinde kızların oranı %41,3; erkeklerin ise %58,7 olup erkeklerin %17,4 oranında daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu farkın tıp fakültesi dışındaki diğer fakültelerde de %10,8 olduğu gözlenirken tıp fakültesinde %17,4'e yükseldiği saptanmıştır. Bu durum tıp fakültelerine kızların erkeklere göre daha düşük oranda girdiklerini göstermektedir.

**TABLO 2: 2000–2006 Tıp fakültelerindeki öğrencilerin cinsiyet dağılımına göre oranları**

YILLAR	KADIN %	ERKEK %
2000	42,99	57,01
2001	41,44	58,56
2002	44,45	55,55
2003	43,70	56,30
2004	42,15	57,85
2005	40,46	59,54
2006	41,3	58,7
Ortalama	42,35	57,57

2000–2006 yılları arasında kız öğrencilerin oranında artış ya da azalış gibi bir eğilim gözlenmezken kızların ortalama %42.35 oranında gözlendiği, en yüksek % 44,45 ile 2002 yılında, en düşük % 40,46 ile 2005 yılında bulunduğu saptanmıştır.

Birçok ülkede kadın hekim oranlarının düşüklüğü göze çarpmaktadır. 1970 yılında kadın hekimlerin oranı İngiltere’de %7, Japonya’da %9, Norveç’te %10, Fransa’da %12, İsviçre’de %14, Almanya’da %20, Polonya’da, %36, Rusya’da %36 olarak bildirilmektedir(Ferber ve Lowry 1977,23–30).

O dönemde sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu dağılan SSCB ülkelerinde de kadın hekimlerin oranının diğer ülkelerden yüksek olması anlamlıdır. Çünkü açıkça görülmektedir ki, kazancı az olan, ama hizmet koşulları ağır olan mesleklerden erkekler uzaklaşmakta ve kadınların mesleğe girmesi ancak o zaman kolaylaşmaktadır.

ABD’de 1920’lerden bu yana cinsiyet ayrımcılığı içinde olan tıp fakültelerinde kadın hekimlerin oranı her geçen yıl artmasına karşın, bu artış, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmeye başlamasıyla, hekimliğin eskisi kadar gelir getirici bir meslek olarak algılanmamasına bağlanmaktadır (Cole 1986:549–567). 1970 ‘de %7 olan kadın hekim oranı, 2001 de %26,6 dır ve 2010 yılında % 40 olması beklenmektedir.

#### **4. 2. Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinde Çalışan Hekimlerin Uzman ve Pratisyen Olarak Dağılımı**

Sağlık Bakanlığı tüm birimlerinde eğitim araştırma hastaneleri, diğer hastaneleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında<sup>8</sup> çalışan hekimlerin sayı ve cinsiyet bilgilerine ulaşılmıştır. Bu hekimlerin toplamı 62.837 olarak saptanmıştır. Sağlık

---

<sup>8</sup> Sağlık ocakları, AÇS-AP, VSD gibi yataklı olmayan tedavi kurumları

Bakanlığı personel bilgi sisteminde 680 (%1,08) hekimin cinsiyeti sütununda veri girişi olmadığından, 680 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır. Hekimlerin 21.123'ünün (%33,63) kadın, 41.034'ünün (%65,37) erkek olarak kayda alındığı saptanmıştır.

**TABLO 3: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerindeki uzman ve pratisyen hekimlerin sayıları ve cinsiyet dağılımı**

		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Uzman Hekim	Sayı	15857	30123	45980
	%	34,5	65,5	100
Pratisyen Hekim	Sayı	9615	18986	28601
	%	33,6	66,4	100
Toplam	Sayı	25472	49109	74581
	%	34,2	65,8	100

$\chi^2=5,921$   $p<0.05$

Üniversitelerin eğitim araştırma hastaneleri, diğer hastaneleri ve tıp fakültelerindeki hekimlerin sayı ve cinsiyet dağılımı incelendiğinde ise, çalışan 12.424 hekim bulunduğu ve bu hekimlerin 4.349'unun (%35) kadın, 8.075'i (%64,99) erkek olduğu belirlenmiştir.

Her iki kurumda çalışan tüm hekimlerin 45.980'inin uzman hekim, 28.601'inin pratisyen hekim olduğu görülmektedir. Uzman hekimlerin 15.857'sinin

(%34,48) kadın, 30.123'ünün (%65,52) erkek, pratisyen hekimlerin 9.615'inin (33,62) kadın, 18.986'sının (%66,38) erkek olduğu saptanmıştır.

Uzman ve pratisyen hekimlerin cinsiyet dağılımları karşılaştırıldığında da fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $\chi^2=5,921$   $p<0.05$ ). Kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha fazla uzmanlaştıkları anlaşılmaktadır. Oranlar arasında çok az bir fark olmasına rağmen, sayıların büyüklüğü nedeniyle bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığına ve üniversitelere bağlı olarak çalışan tüm hekimlerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çok az farkla da olsa daha fazla uzmanlaştığı anlaşılmaktadır. Bu konuda değişik yorumlar yapılabilir. Kadın hekimlerin TUS'da daha başarılı olup olmadığı konusunda yorum yapabilmemiz için, TUS'a katılan tüm hekimlerin cinsiyete göre puan dağılımı ve girdikleri uzmanlık alanlarının puanlarını bilmek gerekir ki, bu başka bir araştırmanın konusunu oluşturabilir.

Yaptığımız görüşmelerde erkek bir pratisyen hekimin bu konudaki yorumu bu durumun erkekten ve kadından beklenen toplumsal rollerle çok bağlantılı olduğunu göstermektedir. *“21 yaşında mezun olan bir erkek para kazanmak zorunda ve mecburi hizmete gidiyor. Erkek hekim sosyoekonomik seviyesi çok yüksek bir ailenin çocuğu ise gitmeyip TUS'a çalışabilir. Mezun olan kız çocuklar aileleri ya da eşleri tarafından finanse ediliyor. Bunun iki sebebi var. Birincisi aileler kızlarının Anadolu'nun herhangi bir yerinde belli olmayan bir sürede çalışmasındansa genellikle büyük şehirlerde olan eğitim hastanelerinden birisinde dört yıl daha kalmasını tercih ediyorlar. Ayrıca uzman olan hekimin uzmanlık sonrası tayin yeri de pratisyen hekime göre daha merkezi ve daha iyi koşullarda olduğu için kızlar bir-iki*

*yıl evde oturup TUS'a çalışabiliyorlar. Erkekler mecburi hizmete gitmese bile poliklinik veya tıp merkezi gibi özel kuruluşlarda yarı zamanlı çalışmayı tercih ediyorlar. Bu da TUS da daha başarılı olmalarına sebep oluyor''*

Bu savın doğruluk payı olabilir, ama bunu da ortaya koyacak çalışma, ancak yeni mezun hekimlerin sosyoekonomik ve sınıfsal verilerinin irdeleneceği bir başka çalışma olacaktır.

1973 yılında kentte ve köyde yapılan bir çalışma, üç büyük kentte kızlarının hekim olmasını isteyen annelerin oranının %17 iken, nüfusu 2000 den az olan yerleşim yerlerinde kızlarının hekim olmasını isteyen annelerin oranının yüzde 3 olduğunu ortaya koymaktadır. Oysa her iki grupta da ailelerin oğulları için en çok istedikleri mesleklerin başında hekimlik gelmektedir (Özbay, 1984).

Tıp fakültesine girerken yöreklendirilen kadın hekimlerin uzmanlık eğitimine girme konusunda da desteklendiği görülmektedir. Uzmanlık eğitimi büyük şehirlerde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde verilmektedir. Uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman unvanını aldıktan sonra hekimler genellikle ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görev almaktadırlar. Bu kuruluşlar yataklı tedavi kurumlarıdır ve belli nüfus yoğunluğu olan yerleşim birimlerinde en azından ilçelerde yerleşmektedir. Bu nedenle uzman olan kadın hekimler de diğer uzmanlar gibi daha büyük yerleşim merkezlerinde çalışma olanağı elde etmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi kadınların daha çok uzmanlaşmasının ve uzman olması için desteklenmesinin nedenlerinden birisinin bu olduğu düşünülebilir. Diğer yandan tıp fakültesini yeni bitirmiş kadın hekimlerin sınav başarısında, genellikle evlilik öncesi yaş grubunda olmak, evlilik ve çocuk

sorumluluğunu taşımak gibi bir konumda olmamanın da rol oynayabileceği söylenebilir.

#### 4. 3. Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinde Çalışan Hekimlerin Uzmanlık Dallarındaki Dağılımı

Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin kadrolarında bulunan 45.980 uzman hekimin uzmanlık alanlarına göre dağılımı araştırılmıştır.

**TABLO 3: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerindeki uzman ve pratisyen hekimlerin sayıları ve cinsiyet dağılımı**

No	Uzmanlık alanı	Açıklama
1	Aile Hekimliği	
2	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
3	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Bazı uzmanlarda Nöroşirurji
4	Biyokimya ve Klinik Biyokimya,	
5	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Çocuk hastalıkları, bazı uzmanlarda Pediatri,
6	Çocuk Cerrahisi	
7	Dermatoloji	Bazı uzmanlarda Cildiye, Cilt Hastalıkları, Deri Ve Zührevi Hastalıklar
8	Enfeksiyon Hastalıkları	Bazı uzmanlarda İntaniye, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
9	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalıkları	FTR, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon
10	Genel Cerrahi,	
11	Göğüs Cerrahisi	
12	Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	Bazı uzmanlarda Göğüs Hastalıkları
13	Göz Hastalıkları	
14	Halk Sağlığı	
15	İç Hastalıkları	Bazı uzmanlarda Dahiliye Endokrin ve Metabolizma
16	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Bazı uzmanlarda Kadın Doğum
17	Kardiyoloji	
18	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
19	Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji	Bazı uzmanlarda Mikrobiyoloji bazılarında sadece Klinik Mikrobiyoloji
20	Nöroloji	Asabiye, Sinir Hastalıkları
21	Ortopedi ve Travmatoloji	
22	Patoloji	
23	Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi	
24	Ruh sağlığı	Psikiyatri
25	Üroloji	
26	Diğer	

Uzmanlık alanı cinsiyet ilişkisine bakılırken, uzmanlık alanları Tablo 4'teki gibi sınıflandırılmıştır.

Bazı yakın dallar, birleştirilerek toplam 26 uzmanlık alanı belirlenmiştir ve bu uzmanlık alanındaki hekimlerin cinsiyet dağılımları incelenmiştir.

Aynı uzmanlık alanında çalışmalarına karşın değişik unvanlarla mezun olan hekimler gruplandırılmıştır. Bu farklı isimler değişik dönemlerde uzmanlık dallarının isimlerinin değiştirilmesi, isimlere uzmanlık dalının kapsam değişikliği nedeniyle ekleme ve çıkarmalar yapılması veya aynı dönemlerde değişik kurumların aynı uzmanlık eğitimini farklı isimlerde vermelerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin Pediatri ve Çocuk Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları gibi.

Temel Tıp Alanları olarak adlandırılan alanların çoğunluğu diğer alanlar başlığı altında toplanmıştır. Bu alanların çok sayıda olmasına karşın, her alanda çok az sayıda hekim olması nedeniyle ayrı ayrı değerlendirmeye alınmamıştır. Özellikle Sağlık Bakanlığı kadrolarında bu alanların pek çoğunda çok az sayıda hekim yer almaktadır. Bu nedenle istatistiksel verilerin sağlıklı olması amacıyla, Biyokimya ve Klinik Biyokimya, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji gibi daha çok sayıda hekimin yer aldığı dallar bu grubun dışında tutulmuştur ve bu dallar ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır.

**TABLO 5: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanelerinde görev alan uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre cinsiyet dağılımı**

Uzmanlık Alanları		Erkek	Kadın	Toplam	Uzmanlık Alanları		Erkek	Kadın	Toplam
Aile Hekimliği	Sayı %	755 54,3	635 45,7	1390 100,0	İç Hastalıkları	Sayı %	2842 70,4	1196 29,6	4034 100,0
Anestezi	Sayı %	1152 44,8	1422 55,2	2574 100,0	Kadın Hastalıkları	Sayı %	2313 63,0	1361 37,0	3674 100,0
Beyin ve Sinir Cerrahisi	Sayı %	1123 94,6	64 5,4	1187 100,0	Kalp Damar Cerrahisi	Sayı %	815 91,3	78 8,7	893 100,0
Klinik Biyokimya	Sayı %	511 44,4	639 55,6	1150 100,0	Kardiyoloji	Sayı %	956 82,9	197 17,1	1153 100,0
Çocuk Cerrahisi	Sayı %	303 78,5	83 21,5	386 100,0	Kulak Burun Boğaz	Sayı %	1565 83,1	319 16,9	1884 100,0
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Sayı %	2054 53,9	1756 46,1	3810 100,0	Klinik Mikrobiyoloji	Sayı %	371 44,4	465 55,6	836 100,0
Dermatoloji	Sayı %	360 35,5	655 64,5	1015 100,0	Nöroloji	Sayı %	686 48,4	730 51,6	1416 100,0
Enfeksiyon Hastalıkları	Sayı %	460 46,9	521 53,1	981 100,0	Ortopedi ve Travmatoloji	Sayı %	1947 98,4	31 1,6	1978 100,0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Sayı %	541 38,2	874 61,8	1415 100,0	Patoloji	Sayı %	364 34,0	707 66,0	1071 100,0
Genel Cerrahi	Sayı %	3276 93,2	238 6,8	3514 100,0	Plastik Cerrahi	Sayı %	449 83,0	92 17,0	541 100,0
Göğüs Cerrahisi	Sayı %	356 86,8	54 13,2	410 100,0	Radyoloji	Sayı %	1486 60,1	986 39,9	2472 100,0
Göğüs Hastalıkları	Sayı %	676 47,1	758 52,9	1434 100,0	Ruh sağlığı	Sayı %	733 53,3	641 46,7	1374 100,0
Göz Hastalıkları	Sayı %	1321 67,8	627 32,2	1948 100,0	Üroloji	Sayı %	1749 99,3	13 0,7	1762 100,0
Halk Sağlığı	Sayı %	106 45,9	125 54,1	231 100	Diğer	Sayı %	853 59,1	591 40,9	1443 100,0
Genel Toplam						Sayı %	30123 65,5	15857 34,5	45980 100,0

$$\chi^2=7696,681 \text{ p}<0,001$$

Sağlık Bakanlığı ve üniversite ayırımı dikkate alınmaksızın tüm uzmanlık dalların da cinsiyet dağılımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılıklar olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=7696,681 \text{ p}<0,001$ ).

**Tablo 6: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerindeki kadın uzman hekimlerin en fazla sayıda olduğu ilk 10 bölüm sayıları ve yüzdeler oranları**

Uzmanlık Alanları	Uzman Kadın Hekim %	Toplam Hekim Sayısı
Çocuk Hastalıkları	11,1	1756
Anestezi ve Reanimasyon	9	1422
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8,6	1361
İç Hastalıkları	7,5	1196
Radyoloji	6,2	986
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	5,6	874
Göğüs Hastalıkları	4,8	758
Nöroloji	4,6	730
Patoloji	4,5	707
Dermatoloji	4,1	655
Diğer	34,1	5412
Toplam	100	15857

Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerindeki kadın uzman hekimlerin en fazla sayıda olduğu ilk 10 bölümdeki sayıları ve kadın uzman hekimler içindeki yüzdeler oranları araştırılmıştır. Sayısal olarak en çok kadın uzman hekim Çocuk Hastalıkları alanında yer almaktadır (%11,1). Bu uzmanlık alanını Anestezi ve Reanimasyon %9, Kadın Hastalıkları ve Doğum %8,6, İç Hastalıkları %7,5 ve diğer alanlar izlemektedir. Kadın uzman hekimlerin sayısal olarak en fazla olduğu ilk on

uzmanlık alanıyla, kadın hekim / erkek hekim oranına göre kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on uzmanlık alanı farklıdır. Çocuk Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İç Hastalıkları ve Radyoloji dalları sayısal olarak kadın uzman hekimlerin çok olduğu alanlar olmasına karşı bu alanlarda erkek uzman hekim sayısı daha fazladır.

**Tablo 7: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinde kadın hekim / erkek hekim oranına göre kadın uzman hekimlerin en fazla sayıda olduğu ilk 10 uzmanlık dalı sayıları ve yüzdeler oranları**

Uzmanlık Alanları		Erkek	Kadın	Toplam
Patoloji	Sayı %	364 34,00	707 66,00	1071 100
Dermatoloji	Sayı %	360 35,50	655 64,50	1015 100,00
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Sayı %	541 38,20	874 61,80	1415 100
Klinik Mikrobiyoloji	Sayı %	371 44,40	465 55,60	836 100
Klinik Biyokimya	Sayı %	511 44,40	639 55,60	1150 100
Anestezi	Sayı %	1152 44,80	1422 55,20	2574 100
Halk Sağlığı	Sayı %	106 45,90	125 54,10	231 100
Enfeksiyon Hastalıkları	Sayı %	460 46,90	521 53,10	981 100
Göğüs Hastalıkları	Sayı %	676 47,10	758 52,90	1434 100
Nöroloji	Sayı %	686 48,40	730 51,60	1416 100

Çocuk hastalıklarında kadın hekim sayısal olarak en fazla olan, kadın hekim / erkek hekim oranına göre yapılan sıralamada kadın uzman hekim oranının en fazla olduğu dallar Patoloji, Dermatoloji, FTR ve Mikrobiyoloji dallarıdır.

**Tablo 8: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinde kadın hekim / erkek hekim oranına göre erkek uzman hekimlerin en fazla sayıda olduğu ilk 10 uzmanlık dalı sayıları ve yüzdeler oranları**

Uzmanlık Alanları		Erkek	Kadın	Toplam
Üroloji	Sayı %	1749 99,30	13 0,70	1762 100,00
Ortopedi ve Travmatoloji	Sayı %	1947 98,40	31 1,60	1978 100,00
Beyin ve Sinir Cerrahisi	Sayı %	1123 94,60	64 5,40	1187 100,00
Genel Cerrahi	Sayı %	3276 93,20	238 6,80	3514 100,00
Kalp Damar Cerrahisi	Sayı %	815 91,30	78 8,70	893 100,00
Göğüs Cerrahisi	Sayı %	356 86,80	54 13,20	410 100,00
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları.	Sayı %	1565 83,10	319 16,90	1884 100,00
Plastik Cerrahi	Sayı %	449 83,00	92 17,00	541 100,00
Kardiyoloji	Sayı %	956 82,90	197 17,10	1153 100,00
Çocuk Cerrahisi	Sayı %	303 78,50	83 21,50	386 100,00

Erkek uzman hekimlerin oranının fazla olduğu alanlar, Kardiyoloji dışında cerrahi alanlardan oluşmaktadır.

American Medical Association 2001 verilerine göre, ABD’de uzmanlık alanlarında kadın oranının en az olduğu dallar, ülkemiz verileriyle benzer özellikler taşımaktadır. Bu dallar Ortopedi % 7, Beyin Cerrahisi % 10 un altında, Üroloji 13,6, Göğüs Cerrahi % 7’dir. Yine ülkemizde olduğu gibi Patoloji % 49, Çocuk

Hastalıkları % 49 Anestezi % 27, Radyoloji % 25.7, kadınların çok tercih ettikleri dallardır.<sup>9</sup>

#### **4.4. Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinde Çalışan Uzman Hekimlerin, Üç Ana Bölümde Cinsiyete Göre Dağılımı**

Tıpta uzmanlık alanları üç bölüm altında toplanmıştır. Bu bölümler Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü ve Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü dür. Bu bölümlerin içinde yer alan uzmanlık dalları aşağıda listelenmiştir.

##### **TEMEL TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ**

Anatomi

Biyofizik

Biyoistatistik

Biyokimya

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Fizyoloji

Histoloji-Embriyoloji

Mikrobiyoloji

Tıbbi Biyoloji

Farmakoloji Anabilim Dalı <sup>10</sup>

##### **DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ**

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Dermatoloji

Enfeksiyon Hastalıkları

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

---

<sup>9</sup> [www.amwa-doc.org](http://www.amwa-doc.org)

<sup>10</sup> YÖK sınıflamasında dâhili bilimler adı altında olsa da, tez verilerinde temel tıp alanlarından sayılmıştır.

Göğüs Hastalıkları

Halk Sağlığı

İç Hastalıkları

Kardiyoloji

Nöroloji

Nükleer Tıp

Ruh sağlığı ve hastalıkları

Radyoloji

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ

Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Çocuk Cerrahisi

Genel Cerrahi

Göz Hastalıkları

Kalp ve Damar Cerrahisi

Göğüs Cerrahisi

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Kulak, Burun, Boğaz

Nöroşirurji (Beyin cerrahisi )

Ortopedi ve Travmatoloji

Patoloji

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

Üroloji

Bölüm cinsiyet ilişkisine baktığımızda, ikişer karşılaştırmalarda tüm bölümler birbirinden anlamlı derecede farklı çıkmıştır.

**Tablo 9: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerindeki Cerrahi Bilimler, Dahili Bilimler, Temel Tıp bilimlerindeki uzman hekimlerin cinsiyete göre dağılımı**

		Bölümler			
		Cerrahi Bilimler	Dahili Bilimler	Temel Tıp Bilimleri	Toplam
Kadın	Sayı %	5089 32,1	9077 57,2	1691 10,7	15857 100
Erkek	Sayı %	16733 55,5	11655 38,7%	1735 5,8	30123 100
Toplam	Sayı %	21822 47,5	20732 45,1	3426 7,4	45980 100

$\chi^2=2349,3$  p<0.001

Erkek hekimlerin daha çok cerrahi bölümlerde yer aldığı gözlemlenirken, kadın hekimlerin ise dahili bölümlerde ve temel tıp bölümlerinde daha çok yer aldığı gözlemlenmiştir. Dahili bilimlerdeki kadın/erkek oranları birbirine daha yakınken, cerrahi bilimlerde erkek oranının daha fazla olduğu, cerrahi bilimlerdeki kadın oranının dahili bilimlerdeki kadın oranına göre anlamlı derecede az olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=2004,4$  p<0.001).

Temel tıp bilimlerinde kadın /erkek hekim oranının birbirine yakın olduğu saptanırken, cerrahi bilimlerdeki kadın hekimlerin oranının daha düşük olduğu ve her iki bölüm karşılaştırıldığında cerrahi bilimlerdeki kadın hekim oranının temel tıp bilimlerindeki kadın hekim oranına göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=1022,005$  P< 0,001).

Temel tıp bilimlerindeki kadın hekim oranı dahili bilimlerdeki kadın hekim oranına göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur ( $\chi^2=36,992$  p<0,001).

Üç ana bölüm içinde kadın hekimlerin oranının diğer bölümlere göre en fazla olduğu bölüm, temel tıp bölümüdür. Bunu dahili bölümler ve cerrahi bölümler izlemektedir. Kadınlar aleyhine en büyük oransal fark cerrahi bilimler bölümünde saptanmıştır.

#### **4.5. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerde Çalışan Hekimlerin, Kurum Cinsiyet İlişkisine Göre Dağılımı**

Kurum-cinsiyet ilişkisine bakıldığında Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerde çalışan hekimlerin cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı çıkmıştır.

**Tablo 10: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerindeki hekimlerin cinsiyete göre dağılımı.**

Kurum	Kadın		Erkek		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Sağlık Bakanlığı	21123	34	41034	66	62157
Üniversiteler	4349	35	8075	65	12424
Toplam	25472	34,2	49109	65,8	74581

$\chi^2=4,805$  p<0,05

Her iki kurumdaki kadın hekimlerin oranı erkek hekimlerin oranına göre daha düşük saptanmıştır( $\chi^2=4,805$   $p<0,05$ ).

Üniversite hastanelerindeki kadın hekimlerin oranının Sağlık Bakanlığındaki kadın hekimlerin oranına göre biraz daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu fark temel tıp dallarında daha fazla kadın hekim olmasından ve temel tıp dallarında çalışan hekimlerin daha çok üniversitelerde görev almasından kaynaklanmaktadır.

#### **4. 6. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerde Çalışan Hekimlerin, Unvan Cinsiyet İlişkisine Göre Dağılımı**

Sağlık Bakanlığında unvanlar klinik şefi, klinik şef yardımcısı, baş asistan<sup>11</sup>, uzman hekimler, asistan ve pratisyen hekimler şeklinde sıralanmaktadır. Sağlık Bakanlığında doçent veya profesör kadrosu yoktur. Örneğin klinik şefleri ve şef yardımcıları profesör, doçent veya sadece uzman olabilmekte ve bu kadrolara sınavla atanmaktadır. Bu kadrolar sürekli kadrolardır. Bakanlık verilerinde uzmanların, varsa akademik unvanları (profesör, doçent) yer almamaktadır.

Sağlık Bakanlığında klinik şefliğinin karşılığı, üniversite hastanelerinde anabilim dalı başkanlığı olabilir. Fakat bu bir kadro değil, belirli bir süre için yapılan görevlendirmedir. Üniversitelerde ise unvanlar; profesör, doçent, yardımcı doçent, öğretim görevlisi, araştırma görevlisi şeklinde sıralanmıştır.

2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde, unvanlar içinde kadın hekimlerin erkek hekimlere oranında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2=701,309$   $p<0,001$ ).

---

<sup>11</sup> Sağlık Bakanlığındaki Baş Asistan kadrosu, uzman olmuş hekimlerden eğitim kadrosunda yer alanları (şef ve şef yardımcıları yönetiminde asistan yetiştirmeye yardımcı olan uzmanı) ifade etmektedir.

Klinik Şefi, profesör, doçent ve yardımcı doçent kadrolarında kadın hekim oranı daha düşük olarak saptanmıştır. Buna karşılık klinik Şef yardımcısı, başasistan, asistan ğretim görevlisi, araştırma görevlisi kadrolarında kadın hekim oranlarının toplam kadın hekimlerin oranlarına göre fazla olduğu saptanmıştır.

**Tablo 11: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve niversite hastanelerindeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı.**<sup>12</sup>

Unvan	Kadın		Erkek		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Klinik Şefi	171	24,8	519	75,2	690
Klinik Şef Yardımcısı	253	36,8	435	63,2	458
Baş Asistan	455	41,5	641	58,5	1091
Uzman Hekim	7188	30,7	16192	69,3	23380
Asistan	3441	44,7	4261	55,3	31082
Pratisyen Hekim	9615	33,6	18986	66,4	28601
<b>Profesr</b>	<b>700</b>	<b>29,6</b>	<b>1665</b>	<b>70,4</b>	<b>2365</b>
<b>Doçent</b>	<b>392</b>	<b>29,1</b>	<b>955</b>	<b>70,9</b>	<b>3712</b>
<b>Yardımcı Doçent</b>	<b>500</b>	<b>29,3</b>	<b>1204</b>	<b>70,7</b>	<b>5416</b>
<b>ğretim Grevlisi</b>	<b>109</b>	<b>45</b>	<b>133</b>	<b>55</b>	<b>242</b>
<b>Araştırma Grevlisi</b>	<b>2648</b>	<b>39,1</b>	<b>4118</b>	<b>60,9</b>	<b>6766</b>
<b>Toplam</b>	<b>25472</b>	<b>34,2</b>	<b>49109</b>	<b>65,8</b>	<b>74581</b>

$$\chi^2=701,309 \text{ p}<0,001$$

Her iki kurumdaki uzman hekimlerin  temel bilim dalına göre unvan-cinsiyet ilişkisine bakılmıştır.

<sup>12</sup> Koyu renkli alanlar niversite kadrolarıdır.

- 1)Sağlık Bakanlığı cerrahi bilimler unvan-cinsiyet ilişkisine,
- 2)Sağlık Bakanlığı dahili bilimler unvan-cinsiyet ilişkisine,
- 3)Sağlık Bakanlığı temel tıp bilimleri unvan-cinsiyet ilişkisine,
- 4)Üniversiteler cerrahi bilimler unvan-cinsiyet ilişkisine,
- 5)Üniversiteler dahili bilimler unvan-cinsiyet ilişkisine,
- 6)Üniversiteler temel tıp bilimleri unvan- cinsiyet ilişkilerine bakılmıştır.

### **Sağlık Bakanlığı Cerrahi Bilimler Unvan Cinsiyet İlişkisi**

**Tablo 12: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı cerrahi bilimlerdeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı.**

Unvanlar	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Klinik Şefi	55	14,9	315	85,1
Klinik Şef Yardımcısı	87	23,3	287	76,7
Baş Asistan	164	27,6	431	72,4
Uzman Hekim	2478	21	9350	79
Asistan	1181	32,8	2421	67,2
Toplam	3965	23,6	12804	76,4

$$\chi^2=235,219 \text{ p}<0,001$$

Cerrahi bilimlerdeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde kadın/erkek hekim oranlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır( $\chi^2=235,219 \text{ p}<0,001$ ).

Cerrahi bilimlerde klinik şefliği konumunda kadın hekimlerin oranı toplam kadın hekim oranının belirgin olarak altındayken, klinik şef yardımcılığı

konumundaki kadın hekim oranı ortalamanın az farkla altındadır. Baş asistan ve asistan oranının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçta cerrahi bilimler içinde değerlendirilen patoloji ile anestezi ve reanimasyon bölümlerinde kadın hekim oranlarının fazla olmasının rol oynadığı düşünülmüştür. Özellikle baş asistan ve asistan düzeyinde kadın hekim oranının artması gelecekte üst kadrolardaki oranların da artacağına göstergesidir. Uzman hekim konumunda kadın hekim sayısının ortalamanın altında olması, kadın hekimlerin uzmanlıktan sonra baş asistan kadrolarına geçmekte başarılı olduklarını, ama klinik şefliği pozisyonunda hâlâ belirgin cinsiyet ayrımı yaşandığını göstermektedir.

#### **Sağlık Bakanlığı Dahili Bilimler Unvan Cinsiyet İlişkisi**

**Tablo 13: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı dahili bilimlerdeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı.**

Unvanlar	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Klinik Şefi	108	35,5	196	64,5
Şef Yardımcısı	150	51,7	140	48,3
Baş Asistan	275	57,9	200	42,1
Uzman Hekim	3979	39,2	6162	60,8
Asistan	2083	55,7	1656	44,3
Toplam	6595	44,1	8354	55,9

$$\chi^2=354,277 \text{ p}<0,001$$

Sağlık Bakanlığı dahili bilimlerdeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımını incelendiğinde kadın/erkek hekim oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur( $\chi^2=354,277$  p<0,001).

Cerrahi bilimlerde olduğu gibi, dahili bilimlerde de, klinik şefliği ve şef yardımcılığı söz konusu olduğunda kadın hekimlerin, cerrahi bilimlerdeki kadar olmasa da ortalama altında kaldıkları saptanmıştır. Benzer biçimde baş asistan ve asistan konumunda kadın hekimler ortalama üzerinde yer alırken, uzmanlıkta ortalama altında yer almaktadır. Bu sonuçlar da uzmanlıktan sonra kadın hekimlerin başasistan kadrolarına atanmakta başarılı olduklarını, ama daha üst unvanlı kadrolarda, daha düşük düzeyde temsil edildiklerini göstermiştir.

#### **Sağlık Bakanlığı Temel Tıp Bilimleri Unvan Cinsiyet İlişkisi**

**Tablo 14: 2006 yılında Sağlık Bakanlığı temel tıp bilimlerindeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı.**

Unvanlar	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Klinik Şefi	8	50	8	50
Klinik Şef Yardımcısı	16	66,7	8	33,3
Baş Asistan	16	61,5	10	38,5
Uzman Hekim	731	51,8	680	48,2
Asistan	177	49	184	51
Toplam	948	51,6	890	48,4

$\chi^2=235,219$  p<0,001

Sağlık Bakanlığı temel tıp bilimlerindeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır( $\chi^2=235,219$  p<0,001).

Bu tabloda oranlarda farklar görülse de sayıların çok fazla olmaması nedeniyle istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Temel tıp bilimlerindeki hekimlerin büyük çoğunluğu üniversite hastanelerinde görev almaktadır. Sağlık Bakanlığında Biyokimya, Mikrobiyoloji gibi bazı laboratuvar alanları dışında temel tıp bilimlerinde hekim istihdamı çok azdır.

Klinik şefliği karar verici ve yönetici makam olmasına karşılık, eğitim hastanelerinde eğitim programlama, hasta ile ilgili tüm ayrıntılar, asistan eğitim ve yetiştirmesinde yükü temelde klinik şef yardımcıları ve özellikle baş asistanlar taşımaktadır. Tüm bölümler birlikte değerlendirildiğinde de, üç temel bölüm(dahili, cerrahi ve temel tıp bölümleri) ayrı ayrı değerlendirildiğinde de kadın hekimlerin baş asistan kadrolarında ortalamalarının üzerinde olması anlamlıdır.İşin mutfağında en çok emek harcanan konumlarda kadınlar ortalama üzerinde konuşlanırken her zaman olduğu gibi karar verici mekanizmalarda kadınlar aynı oranda temsil edilmemektedir. Baş asistan olunan yaşlar kadınların uzmanlıktan sonraki dönemi kapsamaktadır ve kadın hekimlerin çoğunun evlendiği, çocuk doğurduğu, ev yükümlülüğünün arttığı yaşlardır.Bu yıllarda aynı zamanda hastanede de en ağır konumda çalışırken, bilimsel çalışmalar yapması, şef muavinliği ve doçentlik sınavlarına hazırlanması gerekmektedir.Bu konumda kadınların çoğu daha ileri basamaklar için çabalamaktan vazgeçmektedir.

## Üniversiteler Cerrahi Bilimler Unvan- Cinsiyet İlişkisi

**Tablo 15: 2006 yılında üniversite hastanelerindeki cerrahi bilimlerdeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı.**

Unvanlar	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	135	13,7	848	86,3
Doçent	72	14	443	86
Yardımcı Doçent	129	17,6	604	82,4
Öğretim Görevlisi	25	29,4	60	70,6
Araştırma Görevlisi	763	27,4	1974	72,1
Toplam	1124	22,2	3929	77,8

$$\chi^2=123,381 \text{ p}<0,001$$

Üniversiteler cerrahi bilimler unvan cinsiyet ilişkileri incelendiğinde kadın/erkek hekim oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2=123,381 \text{ p}<0,001$ ).Yardımcı doçentlikten profesörlüğe uzanan basamaklarda kadın hekimlerin oranları azalmakta ve her üç aşamada da ortalamanın altında kalmaktadır. Öğretim görevlisi aşaması ortalamanın oldukça üzerinde kadın hekimin yer aldığı bir basamak olarak saptanırken, araştırma görevlisi aşamasında kadınların ortalamanın üzerinde olması ileriye dönük rakamların değişeceği konusunda umut vermektedir.

## Üniversitelerin Dahili Bilimlerinde Unvan - Cinsiyet İlişkisi

**Tablo 16: 2006 yılında üniversite hastanelerindeki dahili bilimlerdeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı.**

Unvanlar	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	403	39	630	61
Doçent	220	37	374	63
Yardımcı Doçent	274	37,2	463	62,8
Öğretim Görevlisi	57	51,4	54	54
Araştırma Görevlisi	1528	46,2	1780	53,8
Toplam	2482	42,9	3301	57,1

$$\chi^2=42,417 \text{ p}<0,001$$

Üniversitelerin dahili bilimlerinde unvan cinsiyet ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $\chi^2=42,417 \text{ p}<0,001$ ).

Cerrahi bilimlerdeki kadar olmasa da, dahili bilimlerde de yardımcı doçent, doçent, profesör aşamalarında kadın hekim oranlarında azalma erkek hekim oranlarında ise artış görülmüştür. Yine bu bölümlerde de en çok kadın hekim oranı öğretim görevlisi aşamasında gözlemlenmektedir. Araştırma görevlisi sayılarındaki oranlar bu bölümlerde de gelecek için umut vericidir.

## Üniversiteler temel tıp bilimleri unvan - cinsiyet ilişkisi

**Tablo 17: 2006 yılında üniversite hastanelerindeki temel tıp bölümlerindeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı**

	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	162	46,4	187	53,6
Doçent	100	42	138	58
Yardımcı Doçent	97	41,5	137	58,5
Öğretim Görevlisi	27	58,7	19	41,3
Araştırma Görevlisi	357	49,5	364	50,5
Toplam	743	46,8	845	53,2

$$\chi^2=9,643 \text{ p}<0,05$$

Üniversitelerde görev alan temel tıp bilimlerindeki hekimlerin unvan sıralamasında, kadın hekimlerle erkek hekimler arasında istatistiksel olarak çok az bir fark bulunduğu saptanmıştır ( $\chi^2=9,643 \text{ p}<0,05$ ).

Temel tıp bilimlerinde üniversitelerde unvan sıralamasında, kadın hekimlerle erkek hekimler arasında istatistiksel olarak çok az bir fark olmasına karşın, Sağlık Bakanlığında temel tıp bilimlerinde bir fark olmadığı görülmektedir.

Öğretim görevlisi konumunda kadın hekimlerin oranının her üç ana bölümde de anlamlı derecede ortalama üzerinde olması, yine sağlık bakanlığındaki baş asistan kadrolarında olduğu gibi daha çok iş yükünün olduğu konumda, daha çok

kadın hekim olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca öğretim görevlisi kadrosu akademik kadro içinde sayılmayan, üniversite yönetimi ve akademik kurullarında oy hakkı olmayan ara kadro konumundadır. Kadınların karar mekanizmalarında yer almayan bu basamakta ortalamanın üzerinde birikmesi çarpıcı olarak görülmektedir.

### **Kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on dalda cinsiyet ve unvan ilişkisi**

Patoloji, Dermatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Klinik Mikrobiyoloji, Klinik Biyokimya, Anestezi, Halk Sağlığı, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz ve Nöroloji den oluşan kadınların ağırlıkta olduğu ilk on dalda cinsiyet ve unvan ilişkisi incelenmiştir.

**Tablo 18: 2006 yılında Sağlık Bakanlığında kadın hekimlerin oransal olarak ağırlıkta olduğu ilk on dalda unvanlara göre cinsiyet dağılımı**

Unvanlar	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Klinik Şefi	49	65,3	26	34,7	75	100
Şef Yardımcısı	67	71,3	27	28,7	94	100
Baş Asistan	108	78,3	30	21,7	138	100
Uzman Hekim	1686	57,9	1226	42,1	2912	100
Asistan	688	63,1	402	36,9	1090	100
Toplam	2598	60,3	1711	39,7	4309	100

$$\chi^2=13,997 \text{ p}<0,001$$

Sağlık Bakanlığında kadın hekimlerin oransal olarak ağırlıkta olduğu ilk on dalda, unvanlara göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde, unvanlar arasında cinsiyet dağılımlarının istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=13,997 \text{ p}<0,001$ ).

Bu on dalda kadın hekimlerin üst basamaklara yükselmede erkek hekimlere göre daha avantajlı olduğu görülmektedir. Kadın ağırlıklı dallarda diğer dallardaki gibi üst basamaklara çıkışta oranların düşmemesi bölümlerde kadın hekim ağırlığı arttıkça, yönetici kadrolardaki kadın hekim sayısı arttıkça diğer kadın hekimlerin önündeki engellerin kırılabilceğinin göstergesi olabilir.

**Tablo 19: 2006 yılında Üniversitelerde kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on dalda unvanlara göre cinsiyet dağılımı**

Unvanlar	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	151	52,4	137	47,6	288	100
Doçent	102	58,3	73	41,7	175	100
Yardımcı Doçent	127	50,8	123	49,2	250	100
Öğretim Görevlisi	34	68,0	16	32,2	50	100
Araştırma Görevlisi	616	63,3	357	36,7	973	100
Toplam	1030	59,3	706	40,7	1736	100

$\chi^2=21,243$  p<0,001

Üniversitelerde kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on dalda unvanlara göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde unvanlar arasında cinsiyet dağılımlarının istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=21,243$  p<0,001).

Sağlık Bakanlığında kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on daldaki tablo üniversitelerde görülmemektedir. Üniversitelerde kadın ağırlıklı ilk on daldaki unvan sıralaması her iki cinsiyet grubunun tüm dallardaki sıralamalarına benzer şekilde

görülmektedir. Yardımcı doçentlikten profesörlüğe uzanan basamaklarda kadın hekimlerin oranları azalmakta ama öğretim görevlisi kadrolarında ise tüm bölümlerin rakamlarına benzer şekilde yığılma görülmektedir. Bu rakamlara bakıldığında üniversitelerde daha cinsiyetçi bir bakış açısı olduğu söylenebilir.

## 5. BÖLÜM

### UZMANLIK ALANI SEÇİMİ VE SEÇİMİ VE CİNSİYETE DAYALI AYRIMCILIK KONUSUNDA GÖRÜŞLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde toplam 26 hekimle görüşülmüştür. Bu hekimlerin on bir tanesi Cerrahi Bilimlerde, sekiz tanesi Dahili Bilimlerde, beş tanesi Temel Tıp Bilimlerinde çalışan uzman hekimlerdi, iki hekim ise pratisyen hekimdi. Dokuz hekim doçent unvanı taşıyordu. Doçent unvanı taşıyan hekimlerden; bir hekim üniversitede anabilim dalı başkanı, üçü üniversitelerde doçent kadrosunda, üçü Sağlık Bakanlığında klinik şefi, biri Sağlık Bakanlığında klinik şef yardımcısı, birisi de Sağlık Bakanlığında başasistan olarak çalışıyordu. On bir hekim uzman, üç hekim araştırma görevlisi, bir hekim asistan kadrolarındaydı. Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan on beş hekimin on üçü Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, ikisi ise Verem Savaş Dispanserinde çalışmaktaydı. Üniversite kadrosunda çalışan on bir hekimin onu Üniversite Hastanesinde, bir tanesi ise Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimlerinde görev almaktaydı.

21 kadın hekimin yanı sıra erkek hekimlerin konuyla ilgili bakış açılarını yansıtmak açısından beş erkek hekim görüşmeye alınmıştır.

Görüşme yapılan hekimlerin uzmanlık alanları:

Anestezi ve Reanimasyon, Biyokimya, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Dermatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Fizyoloji, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz, Kalp-Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Mikrobiyoloji, Patoloji, Pratisyen Hekim olarak belirlenmiştir.

**5. 1. Araştırmada yer alan hekimlerin uzmanlık alanları, unvanları ve demografik verileri**

**Tablo 20. Niteliksel araştırmada yer alan hekimlerin uzmanlık alanları, unvanları ve demografik verileri**

Uzmanlık alanları	Unvan	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Evlilik Yaşı	Çocuk Sayısı
Anestezi ve	Uzman	Kadın	32	Evli	26	2
Biyokimya	Uzman	Kadın	33	Bekâr		
Çocuk Sağlığı ve	Uzman	Kadın	33	Evli	25	1
Dermatoloji	Baş Asistan	Kadın	35	Bekâr		
FTR <sup>13</sup>	Klinik Şefi	Kadın	48	Evli	26	2
FTR	Klinik Şefi	Kadın	47	Evli	25	2
Fizyoloji	(Doçent)	Kadın	42	Evli	25	1
Fizyoloji	Uzman	Kadın	40	Evli	25	2
Genel Cerrahi	Uzman	Kadın	38	Evli	26	1
Göğüs Cerrahisi	A.B.D.Başk.(Doç.)	Erkek	43	Evli	30	2
Göğüs Cerrahisi	Doçent	Erkek	44	Evli	31	3
Göğüs Cerrahisi	Doçent	Kadın	30	Evli	27	
Göğüs Cerrahisi	Asistan	Kadın	28	Bekâr		
Göğüs Hastalıkları	Uzman	Erkek	35	Evli		
Göğüs Hastalıkları	Uzman	Kadın	32	Bekâr		
Göğüs Hastalıkları	Uzman	Kadın	46	Evli	24	1
Kalp Damar Cerrahisi	Uzman	Kadın	32	Bekâr		
Kalp Damar Cerrahisi	Asistan	Kadın	26	Bekâr		
KBB <sup>14</sup>	Asistan	Kadın	26	Evli	24	1
Mikrobiyoloji	Uzman	Kadın	39	Evli	24	1
Mikrobiyoloji	Uzman	Kadın	44	Evli	26	
Patoloji	Klinik Şefi (Doç.)	Kadın	43	Evli	24	1
Patoloji	Uzman	Kadın	34	Evli	24	1
Patoloji	Asistan	Erkek	26	Bekâr		
Pratisyen Hekim		Erkek	29	Evli	25	1
Pratisyen Hekim		Kadın	30	Bekâr		

Hekimlerin yaş ortalaması 36 olarak saptanmıştır ve 26 ile 48 arasında değişmektedir. Evlilik yaşı ortalama 26'dır. Hekimlerin medeni durumu

<sup>13</sup> FTR: Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon

<sup>14</sup> KBB: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

incelendiğinde sekiz hekim bekâr, on sekiz hekim evliydi. On beş hekim çocuk sahibiydi ve bir hekimin üç, beş hekimin iki, dokuz hekimin ise tek çocuğu vardı. Birinci çocukları ortalama doğurma yaşı 28, ikinci çocukları ortalama doğurma yaşı ise 32 idi. Evli olan kadın hekimlerin çoğunluğu uzmanlık eğitimi öncesinde veya uzmanlık eğitimi sırasında evlendiğini belirtmiştir. Doçentlik unvanı taşıyan kadın hekimlerin ötekilere göre daha ileri yaşlarda çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Sorular verilen yanıtlar ve sayılar aşağıda belirtilmiştir.

**Tablo. 21. Soru formun da verilen yanıtlar ve sayıları**

	Evet	Hayır
Size göre bu dalların cinsiyete göre dağılımının sebepleri var mı?	22	4
Sizin alanınızın belli bir cinsiyet grubunca tercih edilmesinin sebepleri var mı?	22	4
Sizin bu alanı seçmenizde cinsiyetinize bağlı toplumsal beklentiler rol oynadı mı?	8	18
Mesleğinizle, sizden beklenen toplumsal rollerinizin arasında kaldığımız, günlük yaşadığınız oldu mu?	20	6
Kadın olarak evde ve toplumda sizden beklenen görevler mesleğinizde ilerlemenizi ya da daha başarılı olmanızı engelliyor mu?	10	11
Evde sizden beklenen ev çocuk bakımı vs işleri yapan bir görevliniz var mı?	17	4
Bu mesleği seçerken cinsiyete dayalı ayrımcılıkla karşılaştınız mı?	26	0
Tıp eğitimi sırasında ve ihtisas yıllarında, cinsiyete dayalı ayrımcılıkla karşılaştınız	18	8
Hocalarınız tarafından size karşı erkek asistan arkadaşlarınıza göre daha farklı tutumlar sergilendiğini gözlemlediniz mi?	12	9
Klinikte yardımcı sağlık personelinin yapmasını istediğiniz bir işi yaparken size karşı davranışlarıyla erkek asistanlara karşı davranışları farklı mı?	8	13
Hastalarınız size karşı cinsiyetiniz nedeniyle güvensizlik duyduğunu ifade eden tavırlar sergiliyor mu?	12	14
Size göre uzmanlık alanlarını seçerken cinsiyet ayrımı olmalı mı?	23	3
Size göre TUS bu tabloyu değiştiriyor mu?	25	1
Çalışan kadının ailedeki sorumluluk paylaşımı eşit olmalı mı?	26	0
Karşılaşılan sorunlar için çözüm öneriniz var mı?	26	0
Size göre benim sormadığım ama bu konuda sizin yanıtını aradığınız sorular var mı?	0	26

## UZMANLIK DALLARININ CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

**Uzmanlık dallarının cinsiyete göre dağılımının sebepleri var mı? sorusuna;**

Dört hekim herhangi bir sebep aramamak gerektiğini bunun sadece kişisel tercih olduğunu söylemiştir. Bu hekimlere göre TUS cinsiyete bağlı asistan almayı ya da almamayı kaldırmıştır. Diğer hekimler kesinlikle cinsiyete bağlı tercihler olduğunu ve bunun sebepleri bulunduğunu söylemişlerdir. Kadın hekimlerin tercih ettiği uzmanlık dallarının nöbetinin olmaması ya da daha az nöbet tutulması en çok belirtilen sebep olarak kaydedilmiştir. Yine kadın hekimlerin tercih ettiği dallarda acil vakalarının çok olmaması, kısmen rahat dallar olması, mesai saatlerinin daha belirli olması diğer tercih gerekçeleri olarak belirtilmiştir. Karşıt olarak bazı uzmanlık dallarında nöbetlerin sıklığı, yoruculuğu, mesai saatlerinin belirsizliği, bu uzmanlık alanlarının kadın hekimlerce tercih edilmemesinin nedenleri olarak ifade edilmiştir. Cerrahi uzmanlık dallarının yukarıdaki etmenlere ek olarak, ayrımcılık ya da dışlanma yaşamamak için kadın hekimler tarafından tercih edilmediğini söyleyen hekimler de olmuştur.

**Sizin alanınızın belli bir cinsiyet grubunca tercih edilmesinin sebepleri var mı? sorusuna;**

Bir önceki soruya benzer yanıtlar verilmiştir. Hem kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu dallarda çalışan hekimler, hem de erkek hekimlerin ağırlıkta olduğu dallarda çalışan hekimler bölümlerinin belirli bir cinsiyet grubunca seçilmesinin nedeninin, bölümün çalışma koşulları olduğunu belirtmiştir.

**Sizin bu alanı seçmenizde cinsiyetinize bağlı toplumsal beklentiler rol oynadı mı? sorusuna;**

Sekiz kadın hekim evet yanıtını vermiştir. “Evime, eşime kendime ve çocuğuma daha çok zaman ayırabileceğim bir uzmanlık alanı olsun istedim” şeklinde ifade edilmiştir. Hayır, yanıtı veren diğer on sekiz hekim ise “Hep istediğim alandı, TUS’ ta puanımın yeteceği alanları tercih ettim, sadece uzman olmak için herhangi bir alan olsun istedim...” gibi yanıtlar vermişlerdir.

Kadınların, toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde kendilerinden beklenen ev ve bakım işlerinin sürdürülebilmesi için, meslek yaşamında her iki rolün bağdaştırabileceği dalları seçme eğilimi gösterdikleri yukarıdaki görüşmelere verdikleri yanıtlarda ortaya serilmektedir.

### **MESLEK-TOPLUMSAL CİNSİYET ROL ÇATIŞMASI**

**Mesleğinizle, sizden beklenen toplumsal rollerinizin arasında kaldığınız ya da güçlük yaşadığınız oldu mu?**

Bu soruya evet yanıtı veren hekimler her iki cinsiyet grubu içinde de yer alıyordu ve genellikle evli ve çocuklu olan hekimlerdi.

Kadın hekimler en çok çocuk ve ev işlerinin sorumluluğunun kendi üzerlerine kaldığını ifade etmişlerdir. Evlerinde çoğunluğunun yardımcısı olmasına ve bir bölümünün aile büyüklerinden de yardım almasına rağmen, yine de sorumluluğun kendilerinde olması nedeniyle çok yorulduklarını belirtmişlerdir.

*“ Sonuçta her gün, haftada bir veya iki gün de olsa eve gelen yardımcıları sizin hastanede olduğunuz saatlerde yapılması gereken günlük işlere destek veriyor. Çocuğun okulu, veli görüşmesi, ödevi... Vs sizin yapmanız gereken görevler olarak sizi beklerken, çocuğun o gün ne yemesi ne yememesi gerektiği, hangi işin yapılması*

*gerektiği gibi yardımcının yapmasını istediğiniz işleri de siz planlıyor, denetliyorsunuz.’’*

Bu nedenlerden dolayı özellikle akademik etkinliklere zaman ayırmak için çok çaba harcadıklarını, erkek meslektaşlarına göre zaman ve güç kaybını daha fazla yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Erkek hekimlerden özellikle cerrah olanlar yaşamlarının çoğu zaman dilimini hastanede geçirdiklerinden eve, çocuklarına ve eşlerine zaman ayırmakta zorlandıklarını kendilerinin de bu güçlüğu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bir pratisyen hekim kadın pratisyen hekimlerin mezuniyet sonrası TUS için evde oturup çalışabildiğini, eşlerin veya ailelerin bunu istediğini ve finanse ettiğini belirtmiştir. Aynı hekim, erkek hekimlerin bir an önce para kazanmak zorunda olduklarını ve zorunlu hizmete gittiklerini, TUS’a yeterince çalışmadıklarını kadın hekimlerin bu açıdan daha şanslı olduğunu belirtmiştir.

**Çalışan kadının ailedeki sorumluluk paylaşımı sizce ne olmalıdır? ( Ev işi eşit sorumlulukla paylaşılmalı, kadın tarafından yapılmalı, duruma göre değişir, diğer)**

Bu soruya kadın hekimlerin ve erkek hekimlerin tamamı “*Ev işi ve diğer sorumluluklar eşit paylaşılmalıdır.*” yanıtını verdi. Ama uygulamada böyle olamadığını, genellikle evde yardımcı bir kadının ev işlerini yaptığını, eşlerin yardımcı olduğunu, ama sorumluluğu daima kadının sırtında olduğunu belirttiler.

## **CİNSİYETE DAYALI AYRIMCILIK**

**Görüşmelerde Ayrımcılığu Vurgulayan Tümceler:**

**Patoloji Uzmanlık alanında doçent, klinik şefi, kadın;**

*‘‘Bu bölüm kadınlara karşı çok ayırım yapılan bir dal değildir, hatta kadınlar daha dikkatli, özverili, titiz olduklarından tercih bile edilirler. Ama yine de yaşanan*

*şeyler hastanesine, bölüm başkanına bağlı olarak değişiyor. Örneğin ben bölüm başkanı olana değin, bu bölümde doğum sonrası izin ve süt izni asla verilmezdi. Ben şimdi veriyorum. Doğum sonrası yasal hakkını kullanan bir arkadaşımızı, erkek olan önceki bölüm başkanı hiç affetmedi, tavır aldı.*

*Ben çok açık yaşamadım ayrımcılığı, ama cerrahlarla çalıştığımız için erkek olan önceki bölüm başkanına göre, özellikle benden büyük ya da yaşıtım cerrahlarca daha az kabullenildiğimi hissediyorum. Yardımcı bir dal gibi görüyorlar patolojiyi. Tavırlar bunu anlatıyor. Ama ben yaşlandıkça ve cerrahiye yeni giren genç hekimler arttıkça bu denge yeniden kuruluyor.’’*

**Cerrahi bir dala girip daha sonra bırakmak zorunda kalan bir kadın hekim;**

*‘‘TUS’tan önce Cerrahi bir uzmanlık alanına Devlet İhtisas Sınavıyla<sup>15</sup> girdim ve aynı zamanda başvurduğum bir üniversite hastanesi cerrahi kliniği başkanının kadın asistan istemediğini bana açıkça belirtti ve kazanamadım’’*

*‘‘Kızım ben hastanın altını temizletirim asistanlarıma. Bayan asistanlarla rahat çalışmam dedi. Kendi kızım çocuk hastalıkları istiyordu. Ben onu cildiyeğe yönlendirdim.’’* şeklinde bir davranışa maruz kaldığını ve çok istemesine rağmen o üniversitenin cerrahi kliniğine kabul edilmediğini belirtmiştir.

**Kalp Damar Cerrahisi uzmanlık alanında asistan olan bir kadın hekim;**

*‘‘Bu bölümde ihtisas yapan kadın arkadaşlarının yetersizliklerine ve tembelliklerine kadınca mazeretler buldukları için bölümde kadınlara karşı bir önyargı oluşmuş, bunu kırmak için çok uğraşmak zorunda kaldım. Türkiye’de asistan*

---

<sup>15</sup> O yıllarda devlet hastaneleri merkezi bir sınavla asistan alırken üniversite hastanelerinin bölümleri kendi sınavlarını bağımsız yapıyorlardı.

*sayısı çok az, bölümlere bir dönemde iki ya da üç asistan alınıyor. Bir asistanın ihtisası bırakıp gitmesi ya da doğum vs nedenlerle uzak kalması en az dört yıl kliniğin işlerini aksatıyor ve çalışma koşullarının daha da ağırlaşmasına neden oluyor, bu nedenle kadın asistana pek sıcak bakılmıyor.’’*

Cerrahi dalı başlamadan bırakan bir hekim beyin cerrahisi bölüm başkanının kadın asistan kazandığını duyunca hiç memnun olmadığını, kendisine bir metrekafe yer gösterildiğini, en az iki yıl boyunca gün aşırı nöbet tutması gerektiğini, evli mi bekâr mı olduğunun sorulduğunu, *“buraya başlarsan evlenmeyi ve çocuk doğurmayı unut”* dendiğini anlatmıştır.

#### **Bir başka asistan hekim;**

*“Bölüme ilk geldiğimde hocalar memnun olmadı. Yine bayan gelmiş, erkek gelse daha iyi olurdu dedi. Kızlar kendini zorlamasın zengin koca bulur yaşarlar Aslında biz bölüme iki kişi girdik. Sonra bir bayan geldi. Tek başına geldi. Ona bölüm ağır geldi. Evlilik sorunları vb özel meseleleri de vardı. İstifa etti. Hoca arkasından kadınlar evde oturup çocuk bakmalı dedi. O gidince istifadan sonra tepki oldu tabii. Bize karşı da ne zaman istifa edecekler beklentisi vardı. Mesela hocalardan biri, 40 yaşındaki erkek bir hoca bizimle vizite<sup>16</sup> gezmez. Kıdemli erkek asistanı alır yanına. Bir hasta kötü oldu karşısında iki kadın asistan vardık ‘‘ Bu karılarla mı yapacağım ben’’ diye sinirlendi. Sonra ben iki gün günaydın demedim. Sonra sıcak davranıp çabalayıp düzeltti.’’*

#### **Eğitim hastanesinde uzman olan bir cerrahın söyledikleri ise;**

*“Beş dakika dinlensek kıdemlimiz ya da hocalar (erkek olanlar) kalk kız çocuğu diye gelip kaldırır. Şimdi uzmanım kadın asistanım var. Gözlemim kadınlar*

---

<sup>16</sup> Klinikteki hastaların hocalar, uzmanlar ve asistanlarca ziyaret edilmesi ve değerlendirilmesi.

*çok daha fazla çalışıyor refüze edilmemek için. Erkek asistan ameliyatta ayakta uyur kadın uyumaz kadınlığından kaynaklanıyor dedirtmemek için. Asla eş kıdemli olamazsınız. Eş kıdemdeki erkek meslektaşınızın çömezi olursunuz. Kadınların ruhunda siliklik var zaten. Siz silik olmayan bir tip olsanız bile, cerrahi sizi silik sessiz yapıyor. Biz “cerrahide ayrımcılık var” diye makale yazınca, tıp fakültesinde hoca bir cerrah ablamız çok sert bir yazı yazdı. “Ben hiç ayrımcılığa uğramadım. Kadın cerrah zaten yalnızdır. Bunlar tembellik yapıyor diye” Oysa ben asistanlığını biliyorum. Ona da asla eşit davranmadılar. Yalan kocaman bir yalan. İnsan gibi davranmadılar ona, çok ezdiler o zaman. Bu iş teknik bir iş kim iyi diseksiyon<sup>17</sup> yaparsa tekniği iyi bilirse cerrahın iyisi odur. Bu iş fizik işi değil. Ama bana küçümser ifadelerle “çek bakalım ekartörü<sup>18</sup> ne kadar dayanacaksın” çok dendi. İnanın ben hamileyken erkek asistanların karım hamile kontrole götüreceğim diye izin aldığı kadar izin almadım.”*

### **KBB uzmanlık dalı asistanı hamile bir hekim;**

*“Bayandan cerrah ve KBB’ci olmaz diyorlar. Hastalar öyle düşünmüyor. Onlar yaklaşımımıza göre davranıyorlar. Kendi grubumda erkek asistanlar ile eş kıdemli olamadım. Ameliyatlar kolaydan zora göre sıralanır. Onları ilk yapan hiç ben olamadım. Sayı olarak daha az ameliyat verilir, ama nöbette bu ayırım yapılmaz. Yani öyleyse nöbette avantajlı olalım değil mi? asla olmaz. Deşifre edilmeyeceğim değil mi? Aslında tüm asistanlara kötü muamele var; Tekme, tokat, dirsek vurma vs. Asistanlar arasında niye bu dalı seçtin gibi bir dava yok. Ama hocalar “bilmeden mi seçtin, niye seçtin, kadına uygun bir uzmanlık alanı değil” diyorlar. Süt iznimi*

---

<sup>17</sup> Cerrahi keşi, organ ve dokuları kim iyi tanıyıp ayırt ederse, demek istiyor.

<sup>18</sup> Ameliyatlarda ameliyat alanını ortaya çıkarmak için kullanılan aletler. Küçük bir bölge açılır aletlerle çekilerek üst doku esnetilir alan genişletilir.

*ücretsiz iznimi kullanamayacağım. Aslında bir yılda nöbetten çıkmam lazım, ama o da olmayacak tabii ki.”*

**Ayrım yaşamadığımı belirten bir akademisyen kadın cerrah ise cerrahinin erkek alanı olduğunu ve aletlerin erkeklere göre yapıldığını söyledi;**

*“ Onlar bana kadın olduğum için ayrımcılık yapmadılar. Ben de buna hiç fırsat vermedim, olağanüstü çalıştım. Ama erkelerin dünyasına girmiş oluyorsunuz Herkes sizi izliyor işte, gözleri üzerinizde oluyor. Erkekler için de geçerli bu. Kendinizi ispat ederseniz ayrım olmaz, bu kişiye göre bir şey. İlk kez kongreye gidip bildiri sunduğumda salonda derin bir sessizlik oldu. Şimdi çok kadın var bu dalda. Kadın soyunma odası yoktu örneğin. Onlar çıkıyor, ben sonra giyiniyordum. Cerrahi aletler hep erkeklere göre yapılmış. Büyük ve onların elinin boyutlarına göre yapılmış. Ben doçent olunca kadınların ellerine göre aletler yaptıracağım ya da alacağım.”*

**Bir başka cerrah kadın hekim;**

*“Asla eş kıdemli olamazsınız. Eş kıdemdeki erkek meslektaşınızın çömezi olursunuz. Ameliyat verirken başlangıçta hiç eş kıdem gözetmediler. Biz hep eş kıdemlilerimizin çömezi olduk. Şefler kadın asistanı hanım kızım diye çağırıyordu. Hiç adıyla hitap etmezdi. İsmi öğrenmek gereği duymazdı.....ablaya hamilelik sonrası izninde sorun çıkardılar. Son aya kadar ameliyatlara girdiğini biliyorum. Doğum sonrası işe döndüğünde nöbetten çıkma hakkını süt hakkını korkudan kullanamadı. Hocalar tavır alırsa kariyerinizin sonu olur ameliyatlardan keserler*

*yâda öğrenmek istediğiniz sıra dışı ameliyat vakalarından dışlarlar. Evlenir suçluluk duyarsınız, doğurur suçluluk duyarsınız.”*

**Cerrahi bir dalda ihtisas yapma hakkı kazanan, daha sonra bu dalı bırakıp tekrar sınava girerek Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz bölümüne geçen bir kadın hekim;**

*“Hamile kalınca nöbetler ve çalışma koşullarım ağır geldi bıraktım ve göğüs hastalıklarına geçtim nöbet ve acilleri çok yorucuydu.”*

*“Hastalar için her zaman hemşire hanımsınızdır. Ameliyatını sizin yaptığınızı görür, yine de hemşire hanım der. Ama bu hemşire hanım dil sürçmesi gibi değil, aslında %90, sizden hekim artı hemşire hizmeti bekler. Erkek asistandan talep etmez, ama sizden hemşire hizmeti talep eder. Ama hekimliğime güvensizlik duyduklarını görmedim.”*

*“İnanın hastalar daha sağduyulu, kadın cerrahları daha çabuk kabullendiler”*

*“ Kızlar kendini zorlamasın zengin koca bulur yaşarlar.(..... hoca) ”*

*“ Ben meslek içi ayrımcılığın yanı sıra, ne olursanız olun ana görevleriniz arasında eve, eşinize ve ailelerinize karşı sorumluluklarınız önemli, çünkü kadınsınız ve bu kadınlığınızdan kaynaklanan sorumluluğunuz tavırları çok geriyor. Örneğin; başasistan konumunda iki arkadaşımız evlenmişti. Klinik şefimiz kadın asistana dönüp kocasını besleyip besleyemediğini sordu. Yeni evlendiğinde kayınvalidesinin kendisini bir kenara çekip “ Kızım seni doyurabiliyor mu?” diye sorduğunu, bunun kendisini mutlu ettiğini, zaman içinde eşinin yemek yapmayı öğrendiğini anlattı. Hep beraber gülündü. Oysa her ikisi de aynı nöbeti tutuyor, aynı hastalara bakıyor, aynı*

*bilimsel performansı sergiliyordu ve kadın olan meslektaşım evlenir evlenmez eşinin bakım işlerinden sorumlu tutuluyordu ve bu şaka yollu da olsa klinik şefinin konusu oluyordu. Bir yandan kadın olduğun ve sana yüklenen toplumsal rollerden sorumlu olduğun sürekli vurgulanırken, diğer yandan erkeklerle eş çalışma performansını göstermeniz bekleniyor. Açıkçası pek çoğumuz da gerile yorula bu rollerin altından başarıyla kalkıyoruz. Yine de, en ufak bir aksamadan kadınlığımız sorumlu tutulup eleştiriliyor.”*

**Tıp eğitimi öncesinde bu mesleği seçerken cinsiyete dayalı ayrımcılıkla karşılaştınız mı? (Aileniz tarafından eğitimin kadınlar için zor olduğu ya da herhangi bir ihtisas dalının kadınlara uygun olmadığı yönünde telkinler gibi.)**

Bu soruya yanıt veren hekimlerin hiç birisine “*bu iş kadınlar için zor, daha rahat bir meslek seçmelisin*” şeklinde bir telkin aileleri tarafından yapılmamıştı. Hekimlerin tamamı tıp fakültelerine girerken ailelerinin kendilerini destekleyip teşvik ettiğini belirtmiştir.

**Tıp eğitimi sırasında (fakülte ve ihtisas yıllarında) cinsiyete dayalı ayrımcılıkla karşılaştınız mı? (Aileniz tarafından eğitimin kadınlar için zor olduğu ya da herhangi bir ihtisas dalının kadınlara uygun olmadığı yönünde telkinler gibi.)**

Bu soruya kadın hekimlerin çoğu “*kadınlara daha uygun*” uzmanlık alanlarını seçmeleri veya bazı uzmanlık alanlarını seçmemeleri için çevrelerinden, ailelerinden ve eşlerinden, baskı düzeyinde olmasa da, telkinler aldıklarını

belirtmişlerdir. Erkek hekimlerin çoğu ise, mutlaka uzman olmaları gerektiği konusunda benzer telkinler aldıklarını belirtmişlerdir.

Kadın hekimlerin çoğunluğu cinsiyete bağlı ayrımcılıkla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu ayrımcılığın hastalardan, yardımcı sağlık personelinde, erkek ve kadın meslektaşlarından, erkek veya kadın hocalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Bu soruya doğrudan yanıt istendiğinde, genellikle hayır yanıtı alınırken, karşılıklı konuşmada soru açıldığında genellikle ayrımcılıkla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

**Cinsiyetiniz nedeniyle kaldırabileceğinizden daha fazla iş yüklenme, hatalarınıza daha az tolerans gösterme, başarılarınızı daha az takdir etme gibi davranışlar gösterildi mi? Sorusuna;**

Çoğunluğu, meslek yaşantısının herhangi bir döneminde bu tür ayrımcılık yaşadığı yanıtını vermiştir.

Muayene sırasında hastanın ısrarla odadaki erkek hekimi hekim olarak muhatap alması, kendilerine ısrarla “doktor bey ” veya “hemşire hanım” denmesi, yardımcı sağlık personeline ciddiye alınmamak, görmezden gelinmek, özellikle cerrahi uzmanlık alanlarında erkek meslektaşlarınca küçümsenmek, hocalar tarafından aynı kıdemdeki erkek meslektaşlarınının kayırılması gibi ayrımcılık örnekleri anlatmışlardır.

*“Bana doktor bey diye hitap eden bir hastama biraz kızgınlıkla ben bey miyim? diye sorduğumda, ne kızılıyorsun, saygıdan söylüyorum, yanıtını aldım”*

Yine kadın hekimler doğum öncesi ve sonrası izin, süt izni ve doğum sonrası nöbet tutmamaları gereken yasal sürelerini kullanmalarında sorunlar yaşadıklarını,

bunların yasal hakları olduğunu ifade bile edemediklerini (özellikle asistanlıkta), çünkü dışlanmaktan ve engellenmekten endişe ettiklerini belirtmişlerdir.

**Hocalarınız tarafından size karşı erkek asistan arkadaşlarınıza göre daha farklı tutumlar sergilendiğini gözlemlediniz mi?**

Genellikle cerrahi bilimlerde çalışan kadın hekimler bu soruya evet yanıtı vermişlerdir. Kadın ağırlıklı uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin yanıtı genellikle hayır şeklinde olmakla birlikte, bu bölümlerde de hocaların “*yine mi kadın asistan geldi?*” şeklinde tepkilerinin olduğunu, bölümde azınlıkta olan erkek asistanlara bazen ayrıcalıklı davranıldığını belirtmişlerdir.

Özellikle cerrahi uzmanlık alanlarındaki hekimlerin bazıları aynı kıdemdeki meslektaşlarından çoğu zaman daha alt kıdemde gibi değerlendirildiklerini<sup>19</sup> belirtmişlerdir. Görüşmelerde aynı tıp fakültesinde okuyan bazı hekimlerin çok açık cinsiyet ayrımcılığı yaptığını ifade ettikleri birkaç hoca ismi ısrarla karşıma çıkmıştır. Birbirlerini tanımayan ve değişik dönemlerde tıp fakültesinde okuyan hekimlerin hep aynı isimlerden bahsetmesi, açıkça cinsiyete dayalı ayrımcılık yapan hoca konumunda erkek hekimlerin olduğunu göstermektedir.

*“Erkek asistanla %50 %50 olsanız o tercih edilir. Siz daha iyi olacaksınız ki, sizi tercih etsinler klinikte kalmanız için. Ama daha iyiyse hakınızı yemezler, burada pek olmaz öyle şey”*

---

<sup>19</sup> Tıp eğitiminde kıdem çok önemlidir. Özellikle bazı uzmanlık dallarında bir gün önce göreve başlayan bile bir gün sonra başlayanın kıdemlisi sayılır. Hasta seçimi, ameliyat deneyimde öncelik nöbet tutma vb durumlarda bu kıdem göz önüne alınır.

**Klinikte yardımcı sağlık personelinin yapmasını istediğiniz bir işi yaparken size karşı davranışlarıyla erkek asistanlara karşı davranışları farklı mı?**

Bu soruya sekiz kadın hekim evet yanıtı vermiştir.

Bu hekimlerden alınan yorumlar;

*“ Tıp fakóltesinde öğrenciyken özellikle hemşirelerin kadın ve erkek hekimlere farklı tavırları olduğunu elbette hissettim. Ama bu tavrın kadın hekimler ve hemşirelerin birbirlerine karşı negatif tavırları nedeniyle iki taraflı bir olumsuzluktan kaynaklandığını düşünüyorum ve kadın kadının daha çok kurdudur lafına inanıyorum açıkçası”*

Hayır, yanıtını veren hekimler de yardımcı personelden ayrımcılık yaşamadıklarını, hemşireler arasında da yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Bazen yardımcı sağlık personelinin kadın hekimden emir almaktan hoşlanmadığını, ama iyi iletişim kurulduğunda bu sorunun halledildiğini ifade etmişlerdir.

**Hastalarınız size karşı cinsiyetiniz nedeniyle güvensizlik duyduğunu ifade eden tavırlar sergiliyor mu?**

Hekimlerin çoğunluğu bu soruya hayır yanıtını vermiştir

Kadın hekimlerin bazıları;

*“ Başlangıçta olsa da, sizi tanıyıp yaptđınız işe güvenince, bu tavrı bırakıyorlar”* şeklinde görüş bildirmiştir.

Bir klinik şefi;

*“Örneğin erkek asistanla hasta bakıyorum, soruyu ben soruyorum hastalar ısrarla asistana dönüp yanıt veriyor. Asistanım hocam ya da abla diye bana*

*dönüyor, hasta hâlâ beni değil, erkek hekimi muhatap alıyor. Bu tür diyaloglarla kimi zaman karşılaşıyoruz '' demiştir.*

Erkek hekimler ise özellikle kadın hastalıkları ve doğum gibi uzmanlık dallarında hastaların kadın hekimleri muhatap alabildiklerini, kendilerine muayene olmak istemeyen hastalarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Fakat bu durum erkek hekime güvensizlikten çok, geleneksel yapıdan kaynaklanan utanma, sıkılma, duygusuna dayanmakta gibi görünmektedir.

### **Görüşüğüm hekimlerden ayrımcılığın sebepleri olarak ifade edilen görüşler aşağıda özetlenmiştir**

- \* Mevcut hocaların erkek ağırlıklı olması. Çağı yakalayamaması. Ne yazık ki bu kadın bölüm başkanları için de geçerli görünmektedir.
- \* Hemşirelerin kadın olması.
- \*Toplumun kültürel yapısı nedeniyle örneğın, üroloji
- \*Koşullarının ağır olması nedeniyle kadın asistanların mesaiye uyum sağlayamaması
- \* Eleman yetersizliğı nedeniyle hoşgörü olmaması ve sistemi garantiye alma çabası.
- \* Kadınların yeteri kadar soğukkanlı olmadıklarını düşünmeleri ve bu yüzden ameliyatlarda erkek cerrahlar kadar başarılı olduklarına inanmamaları.
- \* Kadınlara hayatın tüm dallarında olduğı gibi ön yargılı davranmaları. Kadınların gerçekten de başarılı olabildiklerini görseler bile bunu görmek istememeleri ve görmezlikten gelmeleri.

Cerrah kadınların asistanlıkta daha çok ayrımcılığa uğradıkları, uzman olduktan sonra bu ayrımcılığın daha azaldığı sonucu çıktı. Her geçen gün cerrahi

dallarda kadın asistan, uzman, akademisyen sayısının artması ayrımcılığı azaltma yolunu açsa da, cerrahi dallarda cinsiyete dayalı ayrımcılık sürmektedir.

Bir kadın uzman cerrahın sözleri de cerrahi dallardaki değişimi özetlemektedir.

*“Eskiden kadın cerrahlar erkeksi olmak zorunda kalırdı, artık erkek cerrahlar kibar davranmak zorunda kalıyorlar. Küfür eskisi kadar yok yani. Biz cerrahi dallara nezaket getirdik.”*

## **UZMANLIK ALANI SEÇİMİNDE CİNSİYETE DAYALI AYRIMCILIK ve TUS’un GETİRDİKLERİ**

### **Size göre uzmanlık alanlarını seçerken cinsiyet ayrımı olmalı mı?**

Üç hekim dışında kalan tüm hekimler, *“cinsiyet ayrımı olmamalı”* yanıtını vermiştir. Bu üç hekimin, erkek hekim olan ikisinin cinsiyet ayrımı olmalı düşüncelerinin yorumu; *“Özellikle Üroloji, Ortopedi ve ameliyatları saatlerce sürebilen Beyin Cerrahisi gibi uzmanlık alanları için olmalı”* şeklinde olmuştur.

Üroloji uzmanlık alanında erkek hastaların kadın hekimlerle asla rahat edemeyeceklerini, ortopedi uzmanlık alanının çok kas gücü gerektirdiğini, fiziksel güçsüzlükleri nedeniyle cerrahi dallarda kadın hekimlerin saatler süren ameliyatlara ve güç gerektiren girişimlere dayanamayacaklarını belirtmişlerdir. *“Cinsiyet ayrımı olmalı”* diyen tek kadın hekim ise, *“ne yapılırsa yapılsın kadının iyi anne ve iyi eş olabilmesi için bazı dallara girmesini uygun bulmuyorum”* demiştir.

**FTR uzmanlık alanında bir klinik Şefi;**

*“Uzmanlık alanları seçiminde cinsiyet ayırımı olmamalı; ama kadın hekim ve erkek hekim seçiminde bazı ayrımlar gerekiyor” demiştir.*

*“Örneğın bizim alanımızda cinsel fonksiyon bozukluğu olan felçli erkek hastalara yardımcı olurken erkek meslektaŐlarımız daha iyi iletişim kurabiliyorlar. Hasta kadın ise aynı durum kadın meslektaŐlarda oluşabiliyor. Toplumun kültürel değerlerini bu meslekte öyle kolay kolay devre dışı bırakamıyorsunuz”*

**Size göre TUS bu tabloyu değerştirir mi ya da değerştirdi mi?**

Hekimlerin çoğunluğu (25) TUS bu tabloyu kesinlikle değerştirdi şeklinde yanıt vermiştir. *“Önümüzdeki yıllarda daha da değerştirecektir”* görüşünü de belirtmişlerdir.

*“Üniversitelerin anabilim dallarının asistanlarını kendilerinin yaptığı seçme sınavıyla aldıkları dönemlerde bazı dallar çok büyük torpili yoksa kadınlara kesinlikle kapalıydı. Cerrahi bilimlerin çoğu böyleydi. Bazı üniversitelerin bazı bölümleri o kadar katıydı ki asla kadın asistan almıyordu. Örneğın ... Üniversitesi Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalları, ... Üniversitesi Genel Cerrahi ve KBB Ana Bilim Dalları gibi. Artık bu hakları yok, TUS la kazanan girer. Kadınların bir kısmı bu dallarda dışlanma korkusuyla yazmıyor ama zamanla oralarda kadın hekimler tutunmaya başladığça bu kırılacaktır.”* şeklinde yorumlar yapmışlardır.

**TUS un tabloyu değerştirmediğini söyleyen tek hekimin yorumu ise;**

*“TUS bu tabloyu çok değerştirmedi. Çünkü hâlâ kadınlar bazı dallarda istenmediklerini ve olumsuz davranışlarla karşılaŐacaklarını düşünüyorlar. KiŐilere bağlı olarak değer de, dalın özelliklerinden kaynaklanan çalışma Şartlarının ( nöbet,*

saatler süren ameliyatlar, acil vakalarının çok ve stresli olması ) evlerinde kendilerinden beklenen sorumluluklarını aksatacağını biliyorlar. Özel yaşamı ve işi arasında gerilim yaşamak istemedikleri için bazı dalları tercih etmiyorlar. Ama bu bugünden yarına değil de, süresini bilemem ama bir süre sonra çok fark edecektir. Çünkü negatif tavırlı yaşlı hocalar emekliye ayrıldıkça yerine gelen kadronun daha kırılmış olmasıyla ve kadınların ekonomik düzeyi iyileştikçe kişisel tercihler değişecektir ve bu rakamlara yansiyacaktır.” şeklinde olmuştur.

### **ÖNERİLER:**

#### **Karşılaşılan sorunlar için çözüm öneriniz var mı?**

Hekimlerin tamamı bu soruya “eğitim seviyesinin ve kalitesinin yükseltilmesi gerekiyor.” yanıtını vermiştir. “Toplumun sosyoekonomik seviyesini arttırmak bu sorunları çözer.” yanıtı verenler olmuştur. Bunun bir sistem sorunu olduğunu söyleyen bir hekim; “kadınların üzerindeki ev, aile gibi sorumluluklar tam olarak çözülmediği sürece bu sorunun giderilmesinin mümkün olamayacağını” belirtmiştir.

#### **Bir diğer kadın hekim;**

“ Kadınlara toplumsal rollerini kabul etmenin bir zorunluluk olmadığını öğretmek gerekiyor. Bedel ödemek istemiyorlar, günlük huzur adına kabulleniyorlar, sorun yaşamak istemiyorlar. İşleri ve evlerinden oluşan iki rol arasında kalıyorlar. Onay almak zorunluluğu duyuyorlar, bunu kırmak lazım.”

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı tıpta uzmanlık alanlarında cinsiyete göre bir dağılımın bulunduğunu, bazı uzmanlık dallarında kadın hekimlerin tercih edilmediğini veya bazı uzmanlık dallarının kadın hekimler tarafından tercih edilmediğini rakamsal ve niteliksel olarak ortaya koymaktır. Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler gibi hekimlerin büyük bir çoğunluğunun istihdam edildiği kurumların rakamlarını irdeleyerek bu konudaki verileri ortaya koymaya çalıştık. Hekim dağılımında var olan bu cinsiyete bağlı ayrımcılığı ve bu ayrımcılığın nedenlerini ortaya koymak için çeşitli gruplardan hekimlerle yarı yapılandırılmış görüşmeler yaparak niteliksel ve niceliksel verileri birlikte değerlendirmeye çalıştık.

Araştırmamız eğitim ve meslek hayatları boyunca kadınların cinsiyete bağlı ayrımcılıkla karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Hekim dağılımlarındaki farklılıklar ayrımcılığı sayısal olarak ortaya koymaktadır. Tıp fakültesine giriş aşamasından başlayarak, uzmanlık dallarının seçiminde, kariyer basamaklarında cinsiyet olgusuna bağlı bir tercih farklılığı yaşanmaktadır.

Niteliksel veriler de cinsiyet faktörüne bağlı olarak bir ayrımcılık olduğunu ortaya sermiştir. Kadınlar bu ayrımcılığı bir üst basamakta olan meslektaşlarından, hocalarından, eş kıdemli meslektaşlarından, yardımcı sağlık personelinden ve hastalardan kaynaklanan biçimlerde değişik aşamalarda yaşamaktadırlar.

Bizim çalışmamızda tüm uzmanlık alanları birlikte değerlendirildiğinde, ortaya çıkan sonuç kadın hekimlerin uzmanlık sınavını kazanmaları konusunda negatif bir ayrımcılığın olmadığı şeklindedir.

Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kadın hekimlerin ve erkek hekimlerin belli uzmanlık alanlarında dağıldığı ve bu anlamda cinsiyete dayalı bir ayrımcılık olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir. Bazı uzmanlık alanlarının neredeyse tamamen erkek hekimlerden oluştuğu saptanmıştır.

Üşür'ün belirttiği gibi farklı sorunları olan bir toplumsal grup bir alanda 1/3 oranında temsil edilmezse, o grup kendi adına konuşmaya, kendi dilinden, kendi sorunları hakkında konuşmaya başlayamaz. Üşür bu durumun araştırmalarla saptandığını ifade etmekte ve “kritik eşik” olan en az %30 ve üzeri oranlarda kadın temsili olduğunda kadınların sorunlarını dile getirmeye başlayacaklarını eklemektedir (Üşür 2003).

Bir iş yerinde bu oran yoksa kadın olarak var olunamamaktadır. Görünmez olunmakta, erkeksileşilmekte, silikleşilmektedir. Görüşmelerimizde cerrahi bölümde çalışan bir kadın hekim “ ... Kadınların ruhunda siliklik var zaten. Siz silik olmayan bir tip olsanız bile cerrahi sizi silik sessiz yapıyor.” sözleriyle duygularını ifade etmiştir. Kadın hekimlerin çok az olduğu cerrahi dallarda kadınlar diğer uzmanlık dallarına göre ayrımcılığı daha fazla hissetmektedir.

Çalışmamızda incelenen yirmi sekiz uzmanlık alanının on ikisinde kadın hekimlerin oranı kritik eşik kabul edilen % 33 ün altındadır. Bu alanlar iç hastalıkları ve kardiyoloji dışında cerrahi uzmanlık alanlarından oluşmaktadır.

Görüşme yaptığımız hekimlerden bu alanlarda yer alanların hemen hepsi, erkek alanına girme duygusu yaşadıklarını ya da yaşatıldıklarını değişik deneyimlerle ifade etmişlerdir. Ayrımcılığa uğramadığını ifade eden bir kadın cerrahın aşağıdaki ifadeleri ayrımcılığın varlığının açık kanıtı olarak değerlendirilmelidir.

*“Onlar bana kadın olduğum için ayrımcılık yapmadılar. Ben de buna hiç fırsat vermedim olağanüstü çalıştım. Ama erkeklerin dünyasına girmiş oluyorsunuz Herkes sizi izliyor işte gözleri üzerinizde oluyor...Kadın soyunma odası yoktu örneğin. Onlar çıkıyor, ben giyiniyordum. Cerrahi aletler hep erkeklere göre yapılmış. Büyük ve onların elinin boyutlarına göre yapılmış. Ben doçent olunca kadınların ellerine göre aletler yaptıracağım ya da alacağım.”*

Yirmi sekiz uzmanlık alanının hiç birinde erkek hekimlerin oranı % 33 ün altında saptanmamıştır.Kadın uzman hekimlerin oranının fazla olduğu alanlarda oran en fazla % 66 olarak saptanmışken, erkek uzman hekimlerin yoğunlukta olduğu alanlardaki erkeklerin oranı % 99,3 ile % 78,5 arasında değişmektedir. Bu oranlara bakıldığında kadın hekimlere özgü alanlardan söz etmek çok doğru bir yaklaşım olmazken, “erkek hekimlere özgü alanlar vardır” yaklaşımının daha doğru olduğu söylenebilir.

Anestezi ve Reanimasyon uzmanlık alanı ve Patoloji Uzmanlık alanı cerrahi bilimler içinde yer almasına karşın bu alandaki diğer uzmanlık alanlarının tersine kadın hekimlerin yoğunlukta olduğu uzmanlık alanları arasında yer almaktadır. Bu iki uzmanlık alanına hâkim olan bakış açısı cerrahi uzmanlık alanlarına yardımcı uzmanlık alanları oldukları yönündedir. Oysa her iki alan da yardımcı değil, yapılan cerrahi işlemlerde temel olan bütünün parçalarındandır. Bu dallarda kadın hekimlerin yoğunlaşmaması, kadınların yine “*arka planda görünmez işlerin çalışanları olma*” durumunun göstergesidir.

Patoloji uzmanlık alanı için nöbet olmaması, acil vakaların olmaması, gibi kadın hekimlerce tercih edilme gerekçelerini Anestezi ve Reanimasyon uzmanlık alanı için sayamayız. Yoğun bakımının stres ve yoğunluğuyla, nöbetiyle, çalışma

şartları diğer cerrahi uzmanlık alanlarından farklı olmamasına rağmen kadın hekimlerin yoğun olması irdelenmesi gereken bir durumdur. Yine bu dalın görünmez uzmanlık alanları içinde olduğunu söyleyebiliriz. Ameliyat eden hekimi tüm hastaların bilmesine rağmen, anestezi uygulayan, hasta anesteziden uyanana kadar ve çok önemli bir süreç olan ameliyat sonrası yoğun bakım servisinde kendisini takip eden anestezi hekimini hastaların çoğu bilmemektedir.

**Kadın hekimlerin yoğun olarak yer aldığı uzmanlık alanlarının belirgin özelliklerini şöyle sınıflayabiliriz;**

Nöbeti olmayan ya da diğer uzmanlık alanlarına göre daha az nöbeti olan uzmanlık alanları: Mikrobiyoloji, Biyokimya, Patoloji, Dermatoloji, Halk Sağlığı gibi uzmanlık alanlarını bu grupta sayabiliriz.

Hastayla doğrudan karşı karşıya olmayan, işin mutfağı diyebileceğimiz hastalıkların tanılarına destek veren, ama hastaların hekimi genellikle görmediği uzmanlık alanları: Mikrobiyoloji, Biyokimya, Patoloji ve hastanın çoğu zaman hekim olduğunu bile bilmediği Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık alanlarını sayabiliriz.

Hastaların kronik olduğu ve yoğun bakım gerektiren uzmanlık alanları; Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz, Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanlık alanları.

Araştırma kapsamında üç ana bilim dalı karşılaştırıldığında cerrahi bilimlerde kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çok daha az yer aldığı, dahili bilimlerde ve temel tıp bilimlerinde ise kadınların daha fazla yer aldığı saptanmıştır.

İnsan vücuduna girişimsel müdahale yapan hekimler tüm zamanlarda halk içinde ayrıcalıklı olmuştur. Bu hekimlere insanüstü bir varlıkmış gibi bir bakış varola

gelmiştir. Örneğin ölümcül bir enfeksiyon hastalığının bile tedavisi sıradan bir hizmet gibi anlatılırken, hastalar geçirdikleri basit bir operasyonun dikişlerini sayarlar ve yıllarca “beş dikiş atıldı” vb cümlelerle hikâyelerini anlatırlar. Bu nedenle toplumların gözünde en basit cerrahi girişimler bile, her zaman öteki tedavi yöntemlerinden önemlidir. Cerrah olan hekimler de her zaman toplum önünde daha saygın bulunmuştur. Çünkü onlar bedene hükmetmekte; kesmekte, onarmakta, yeniden yapmaktadır. Kısacası insan bedeni üzerinde daha farklı bir iktidar sahibi olarak değerlendirilirler.

Gerek doğu, gerekse batı kültürlerinde, dünya genelinde kadınlar çağlar boyu bakım sağlayan konumda görülmüşlerdir. Hizmet ağırlıklı, göreceli olarak daha az popüler, görünmeyen ama işin mutfağı olan temel tıp bilimlerinde, “Halk Sağlığı” gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin yapıldığı maddi getirisi az bölümlerde kadın hekimlerin yoğun olması bu bakışın uzantısıdır.

Halk Sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri veren bir uzmanlık dalının adı bile bilinmez halk arasında. Aslında hekimlik mesleğinin temeli olmasına karşı, size “*Ne hekimisiniz?*” sorusu sorulduğunda “*Halk sağlığı uzmanıyım.*” yanıtını verdiğinizde, yaptığınız işi çok az sayıda kişi anlamaktadır. Yine Anestezi, Patoloji, Fizyoloji, Biyokimya, Mikrobiyoloji uzmanıyım yanıtını verdiğinizde hekim olduğunuz çoğu zaman akla gelmemekte, hatta göz ardı edilebilmektedir.

Uzmanlık alanlarının cinsiyete göre dağılımına baktığımızda kadın uzmanların bu alanlarda toplanması rastlantı olarak görülmemektedir. Erkekler toplumda daha saygın kabul edilen, daha fazla göz önünde olan uzmanlık alanlarında yoğun biçimde yer almaktadır.

Kurum cinsiyet ilişkilerini açısından Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler karşılaştırıldığında üniversite hastanelerinde kadın hekimlerin, Sağlık Bakanlığında ise erkek hekimlerin az farkla fazla olduğu saptanmıştır.

Bu fark temel tıp dallarında daha fazla kadın hekim olmasından ve temel tıp dallarında çalışan hekimlerin daha çok üniversitelerde görev almasından kaynaklanmaktadır. Sağlık Bakanlığı kadrolarının içinde birinci basamak sağlık kuruluşları da yer aldığından tüm iller, ilçeler ve daha küçük yerleşim birimlerinde bulunan hekimler bu sayının içindedir. Oysa üniversiteler daha çok büyük yerleşim birimlerinde konumlanmıştır, bu nedenle de kadın hekim sayısı bu kurumda biraz daha fazla olabilir.

Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler unvan-cinsiyet açısından karşılaştırıldığında bu ilişkide de ayrımcılık saptanmıştır. Klinik şefi, profesör, doçent ve yardımcı doçent kadrolarında kadın hekim oranı daha düşüktür. Buna karşılık klinik şef yardımcısı, başasistan, asistan öğretim görevlisi, araştırma görevlisi kadrolarında kadın hekim oranlarının toplam kadın hekimlerin oranlarına göre fazla olduğu görülmektedir.

Klinik şefi konumundaki kadın hekim oranının, tüm kadın hekimlerin oranına göre belirgin şekilde düşük olması, bir alt basamak olan klinik şef yardımcılığında ise ortalamanın üzerinde kadın hekim olması cam tavan olgusunun göstergesidir.

Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde cerrahi ve dahili bilimlerde de bu durum göze çarpmaktadır. Her iki bilim dallarında klinik şefliği kadrosunda kadın hekimler belirgin olarak az sayıdayken, şef yardımcılığı kadrosunda yüksek sayıdadırlar. Cerrahi bilimlerde bu sayıyı Patoloji ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık alanları biraz yükseltmektedir. Sağlık Bakanlığının temel tıp bilimlerinde

hekim sayısı az olduğu için, cinsiyet dağılımı açısından oranlar farklı gibi görünse de, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yine de oranlar incelendiğinde klinik şefliğinde erkek hekim oranının az farkla fazla, klinik şef yardımcılığı ve baş asistan kadrolarında kadın hekim oranının bariz farkla fazla olduğu görülmektedir. Uzman hekim oranları aynı, asistan hekim oranlarında erkek hekimlerin az farkla fazla olduğu göze çarpmaktadır. Klinik şef yardımcılığı ve klinik şefliği kadrolarındaki kadın hekim sayılarına bakıldığında, yine kadınlar için bir cam tavan olgusundan söz edilebilir.

Üniversitelerde profesör, doçent ve yardımcı doçent kadrolarında kadın hekim oranının tüm kadın hekimlerin oranına göre belirgin şekilde düşük olması akademik yaşamda kadın hekimlerin sorunlarının olduğunun göstergesidir.

Üniversitelerde rakamlarda dikkat çekici olan bir diğer gösterge profesör, doçent ve yardımcı doçent kadrolarında kadın hekim sayısının düşük olmasına karşın; bu basamaklarda alttan üste doğru kadın sayısının giderek artmasıdır. Bu rakamlar bize kadınların bu alanda akademik çalışmaya bir kez başladığında, üst basamaklara çıkmasında çok engel olmadığının göstergesidir. Çünkü profesör kadrolarındaki kadın hekim sayıları diğer iki kadrodan daha fazladır. Öte yandan üniversitelerde kadın öğretim görevlisi oranı ortalama oranların üzerinde olarak saptanmıştır. Öğretim üyesi sayılmayan, oy verme hakkı bulunmadığı için karar verme mekanizmalarında yer almayan, bunun yanı sıra akademik çalışma yapması gerekmeyen, bir tür öğretmenlik olan bu konumda kadınların sayıca fazla olması toplumsal cinsiyet bakışının uzantısıdır(Tablo 11).

Araştırma görevlisi oranlarının ilerde akademik kadrolara yansıtacağını düşündürecek kadar yüksek olması sevindiricidir.

Sağlık Bakanlığında kadın hekimlerin oransal olarak ağırlıkta olduğu ilk on dalda unvanlara göre cinsiyet dağılımına baktığımızda; klinik şefi, şef yardımcısı, başasistan, uzman ve asistan oranlarının kadınlar, açısından belirgin derecede fazla olduğu saptanmıştır. Kadınlar, Sağlık Bakanlığında kadınların ağırlıkta olduğu uzmanlık alanlarında tüm basamaklarda ortalama oranlarının üzerinde temsil edilmiştir. Bu alanlarda bir cam tavan olgusundan söz edemeyiz. Önlerinde bu tür bir engel olmadığı için akademik kariyer planlayan kadın hekimler bu uzmanlık alanları tercih etmede daha istekli olmaktadır.

Üniversite hastanelerinde ise kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on dalda unvanlara göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde; yine profesörlük ve yardımcı doçentlik aşamalarında oranın ortalamanın altına düştüğünü, öteki basamaklarda ise Sağlık Bakanlığı kadar olmasa da, ortalamanın üzerinde olduğunu söyleyebiliriz. Bu anlamda kadınların oransal olarak fazla olduğu ilk on dalda üniversitelerde daha fazla cinsiyet ayrımcılığı görüldüğünü söyleyebiliriz.

Uzmanlık alanlarına hekim seçiminde Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'nın Eylül 1987' de uygulanmaya başlanmasından önce, her bölüm yazılı ve sözlü sınavlarını kendisi yapmaktaydı. TUS'la birlikte sınav ÖSYM gibi puanlamaya dayalı merkezi ve daha nesnel, geçerliği ve güvenilirliği denetlenebilir bir sınav haline geldi. TUS, daha önce tıpta ihtisas öğrencisi adayları arasından seçimi yapan otoritelerin cinsiyet tercihlerini kısmen dışarıda bırakmıştır. TUS sınavı kadın ya da erkek hekimlerin gerekli puanı aldıkları takdirde, istedikleri bölümlere girmelerini güvence altına almıştır. TUS'la uzmanlık öğrencilerinin seçilmesinin 20 yıldır uygulanmakta olduğu göz önüne alındığında hâlâ özellikle cerrahi uzmanlık

alanlarında kadınların sayısının sınırlı olması, bu sınava rağmen, hâlâ bazı uzmanlık alanlarının kadınlara uygun değilmiş gibi algılanmasının göstergesidir.

Kadınlar ev, aile, çocuk gibi sorumlulukları nedeniyle daha çok mesai saatleri düzenli olan, nöbeti olmayan, yorucu olmayan, akademik ilerlemelerinde engel bulunmayan, kendilerinin dışlanmayacaklarını düşündükleri uzmanlık alanlarına yönelmektedirler. Cerrahi uzmanlık alanları gibi “erkeklerin dünyası” olarak nitelendirdikleri alanları tercih etmemektedirler. Oysa görüştüğümüz hekimlerin çoğunun evde yardım eden hizmetlilerinin olduğunu saptadık. Buna rağmen yine de sorumluluğun kendilerinde olduğunu, bir başkasının kendileri adına o işlere yardım ettiğini, sonuçta iş yükünün hafiflemekle birlikte sorumluluğunun hafiflemediğini söylemekteydiler.

Yasalar önünde ayrımcılık olmamasına karşın, gündelik yaşam pratikleri bunu tam anlamıyla yansıtmamaktadır. Kadınların çalışma yaşamında önlerinde duran en büyük engellerden birisi, belki de en zor değiştirilebilecek olan ev ve iş yaşamı arasında yaşanan bölünme ve çalışan kadından evde de beklenen toplumsal cinsiyet rolleridir. Bu roller evde kadın işi olarak görülen ihtiyaçların karşılanması, çocuk bakımı, yaşlı ve hasta bakımı, vb rollerdir. Bu rollerin kadınların sorumluluğunda olduğunu kabul eden anlayışın, yasalarda kısmen eşitlikçi önlemler alınsa da, toplumsal bakış açısı değişmeden bugünden yarına değişmesi kolay görülmemektedir. Bu sorumlulukların yasalarla paylaşılmasının yanı sıra okul öncesi eğitimden, hatta evdeki bebeklik dönemindeki eğitimden başlayarak kurumsallaşan, toplumsal cinsiyet rollerini sorgulayan bir eğitim sisteminin ülkemizde oturtulması gerekmektedir.

Cinsiyet eşitliğinin eğitimde, kanunlarda, gündelik yaşam pratiklerinde hayata geçirilmesi hedeflenmeli ve bu hedefin tüm politikalara yayılması sağlanmalıdır. Kadının çalışma hayatında var olabilmesi için, toplumsal cinsiyet rollerinin çalıştığı kurumlar tarafından paylaşılması ve rahatlatılmasına yönelik politikalar kadın üzerinden değil, her iki cinsiyet üzerinden planlanmalıdır. Çünkü bu haklar kadınları kısmen rahatlatırken, yine “ ev- aile- çocuk üçgeni”ne sıkışmasına ve kariyerlerinden geri kalmalarına neden olmaktadır. Örneğin doğum iznini yalnız kadınların kullanması, kreş açma zorunluluğunun kurumda çalışan kadın sayısına bağlı kılınması gibi.

Stein’in belirttiği gibi;

*“ Ailede gerçekleşen cinsiyete dayalı iş bölümü kadınları desteklemeye yönelik önlemler alınsa da bu önlemler meslek ve ailenin bağdaştırılmasına sorununu bir kadın sorunu olarak algılaması nedeniyle, alınan tüm önlemler ve yapılan düzenlemeler kadınların annelik ile mesleklerini bağdaştırmaya yardım etmektedir. Aile içinde yeniden üretim yükünün kadınlar ve erkekler arasında eşit biçimde paylaşılmasına yönelik bir boyut içermemektedir. Bu sınırlı anlayış kadınlar için biçilen geleneksel rolün kırılmasına yardım etmeyeceği tersine bu rolü daha da pekiştireceği kuşkusuzdur. Cinsler arasındaki eşitliğin anayasada güvence altına alınmasına karşın, cinsler arası hiyerarşi hiçbir zaman sorgulanmamış tersine hep yeniden üretilmiştir”* (Stein, 1996,144–149).

Doğum sonrası kadınlara ücretsiz izin verilmesini bu bağlamda değerlendirildiğimizde kadın hekimler bu izni kullandıklarında 1 yıl gibi uzun bir süre iş yaşamından uzakta kalmaktadırlar ve akademik kariyerleri kesintiye uğramaktadır. Annelik rolleri pekişmekte ve çocuğun bakımından yalnızca annesi

sorumlu olmalıdır gibi bir bakış ortaya çıkabilmektedir. Bu izni kullanmak istemeyen kadın hekimler ise ev iş ikileminde sıkışmakta, gerginlik yaşamaktadır.

Eşitsizliğin nedenlerini sorgulamaya yönelik programlar yapılmalı, ilköğretimden yüksek öğretime kadar toplumsal cinsiyet rollerini sorgulayan dersler programlara konulmalıdır. Tüm yazılı ve görsel basında toplumsal cinsiyet rollerini yeniden üreten film, reklâm, haber vb programların yerini, eşitlikçi bakış açısına sahip olanların alması için çalışmalar yapılmalıdır.

Tıp fakültelerinde eğitimin otoriter ve öğretim üyesi merkezli olduğu hep söylenegelmiştir. Bunun genel eğitim sisteminden ayrı düşünülmemesi gerekse de, usta çırak ilişkisini de içeren tıp eğitiminde bu ilişki biçimi daha belirgindir. Bu otoriter ilişki biçimi uzmanlık eğitiminde ve uzmanlık sonrası aşamalarda artarak sürmektedir. Klinik yöneticileri ve hocaların kurallarını, kararlarını sorgulamak çok kolay olmamakta, hatta bu durum sadece yönetsel işleyişte değil, bilimsel kararlarda bile geçerli olabilmektedir. Klinik yöneticileri ve hocaların hayata ve bilime bakışı pek çok kararda ve uygulamada belirleyici olabilmektedir. Bu durum uygulamada liyakat esasına aykırılık gösterebilmektedir.

Uzmanlık eğitimi ve sonrasında çalışma koşulları bazı bölümlerde gerçekten ağır ve yorucudur. Bu eğitimin sürecinde asistanlar, öğrenciliğin ötesinde hastane çalışanı gibi görev yapmakta ve iş yükü altında ezilmektedirler. Oysa uzmanlık eğitiminde asistanlar öğrenci konumundadırlar. İşin görünen mesai saatleri dışında hastanede zaman geçirmek ve bunu yaşam biçimi haline getirmek bazı alanlarda zorunlu olabilmektedir. Bu zorunluluk dışında da olsa belli aşamalara ulaşıncaya kadar hastaneye adanmış bir yaşam, kariyer basamaklarını çıkmakta yol açıcı olabilmektedir. Ev-iş ikileminde kalan kadın hekimler bu durumun dışında kalmakta

ve yarışa geriden devam etmek zorunda bulunmaktadırlar. Üniversite hastanesinde öğretim görevlisi olarak çalışan bir bayan hekimin tespitleri bu anlamda çarpıcıdır.‘‘  
*Bu bölümde öğretim üyesi olmak için hayatınızı hastaneye adanmanız gerekmektedir. Buradaki yardımcı doçent kliniğin badana boyasından- temizliğinin kontrol edilmesine kadar her sorunundan sorumludur.Kısacası zamanının çoğunu klinikte geçirir.Evli ve çocuklu bir kadının bu şartlarda bu klinikte kariyer yapması mümkün değildir’’ .*

Bu kadar ağır şartlarda olmasa da pek çok klinikte çalışma saatleri yasal çalışma saatlerinin çok üzerindedir ve bunun eleştirilmesi yâda tartılması çoğu zaman söz konusu bile olamaz. Diğer yandan çalışma saatleri yasalarla belirlidir ve angarya bir suç olarak tanımlanmıştır.

Yukarıdaki sorunların çözümü, tıp eğitiminin her aşamada öğrenci merkezli hale dönüştürülmesiyle, adil sınav sistemleri getirilmesiyle, çalışma saatlerinin yasalarla belirlenen süreler içinde tutulmasıyla, yeterli sayıda hekim çalıştırılması ve iyi planlamalar yapılmasıyla çözülebilir. Bu çözümler hayata geçirildikçe kadın hekimlerin akademik başarılarına doğrudan yansiyacaktır.

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı tıpta uzmanlık alanlarında cinsiyete göre bir dağılımın bulunduğunu, bazı uzmanlık dallarında kadın hekimlerin tercih edilmediğini veya bazı uzmanlık dallarının kadın hekimler tarafından tercih edilmediğini rakamsal ve niteliksel olarak ortaya koymaktır. Sağlık bakanlığı ve üniversiteler gibi hekimlerin büyük bir çoğunluğunun istihdam edildiği kurumların rakamlarını irdeleyerek bu konudaki verileri ortaya koymaya çalıştık. Hekim dağılımında var olan bu cinsiyete bağlı ayrımcılığı ve bu ayrımcılığın nedenlerini ortaya koymak için çeşitli gruplardan hekimlerle yarı yapılandırılmış görüşmeler yaparak niteliksel ve niceliksel verileri birlikte değerlendirmeye çalıştık.

Ülkemizde kız öğrencilerin fakültelerde temsil edilme oranı , pek çok gelişmiş ülkelerin oranlarına benzerdir.

Tıp fakültelerine giren öğrencilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, tüm üniversitelere giren öğrenciler göz önüne alınarak bir değerlendirme yapılırsa kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha düşük oranda tıp fakültelerine yerleştikleri görülmüştür

Türkiye’de sağlık bakanlığına ve üniversitelere bağlı olarak çalışan tüm hekimlerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çok az farkla da olsa daha fazla uzmanlaştığı anlaşılmaktadır.

Bizim çalışmamızda ortaya çıkan sonuç kadın hekimlerin uzmanlık sınavını kazanmaları konusunda negatif bir ayrımcılığın olmadığı şeklindedir.

Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kadın hekimlerin ve erkek hekimlerin belli uzmanlık alanlarında dağıldığı ve bu anlamda

cinsiyete dayalı bir ayrımcılık olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir. Bazı uzmanlık alanlarının neredeyse tamamen erkek hekimlerden oluştuğu saptanmıştır.

Çalışmamızda incelenen yirmi sekiz uzmanlık alanının on ikisinde kadın hekimlerin oranı kritik eşik kabul edilen % 33 ün altındadır. Bu alanlar İç hastalıkları ve kardiyojoloji dışında cerrahi uzmanlık alanlarından oluşmaktadır

## **SUMMARY**

### **Gender Approaches in the Field of Medical Speciality and Academic**

#### **Life in Turkey**

The aim of this study is to quantitatively and qualitatively indicate that there is a certain gender distribution in the specialization areas of medicine, female physicians are not preferred in some specialization areas and some specialization areas are not preferred by female physicians. I tried to find out the related data by examining the figures of the institutions like the Ministry of Health and universities, where most of the physicians are employed. In order to reveal the sex discrimination in the distribution of physicians and the causes of this discrimination, half-constructed interviews with physicians from various groups were conducted and the quantitative and qualitative data were evaluated together.

The rate of the female students at faculties in Turkey is similar to the rates in many developed countries.

If we carry out an evaluation taking into consideration all the students who enter a university, when we have a look at the gender distribution of the students who start the medical schools, it appears that the rate of the female students who start the medical schools is less than that of the male students.

When the gender distribution of all the physicians who are employed by the Ministry of Health and universities in Turkey is investigated, it is understood that the specialized female physicians are more than the specialized male physicians, even if the difference is little.

The result of this study is that there is not any negative discrimination against the female physicians during the exams to start their specialization studies. When the

gender distribution of the physicians according to the areas of specialization is investigated, that the female physicians and male physicians are distributed to certain areas of specialization and there is a sex discrimination in this sense is shown statistically. It is found that some areas of specialization consist of almost only male physicians.

In the twelve of the twenty eight areas of specialization, which were investigated in this study, the rate of the female physicians is below 33%, the critical threshold.

These areas consist of surgical areas apart from internal medicine and cardiology.

## KAYNAKÇA

Arda, B.,(1997), **Batı Ortaçağında Hastalık Kavramı**, Ankara: Güneş Kitapevi.

Arda, B., Kahya, E.,Gül, T.B.,(2004), **Bilim Etiği ve Bilim Tarihi**, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi,s.2-6.

Atabek, E.M., Görkey Ş.,(1998), **Ortaçağ Tababeti. Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi**. İstanbul: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayın No: 219. s.161-222.

Aydın, E.(2006), **Dünya ve Türk Tıp Tarihi**,Ankara: Güneş Kitabecisi. s.1-30.

Aytaç, S.(1997), **Çalışma Yaşamında Kariyer, Yönetimi, Planlanması, Geliştirilmesi ve Sorunları**. Yöneticinin Kitaplığı Dizisi, İstanbul: Epsilon Yayınları.

Aytaç, S.(1999) “Çalışma Yaşamında Kadın Ve Kariyer”,**Türkiye’de Kadın İşgücü ve Seminerleri I-Iı**, Tisk Yayınları, Yay.No. 192 .

Bekata-Mardin, N.,( 2000), **Sağlık Sektöründe Kadın – Sağlık Sektöründe Kadınlara Yönelik Tutum ve Davranışlar, Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık**, Ankara: T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları,s.101.

Berkday, F., (1998), ‘‘Cumhuriyetin 75 yillik serüvenine kadınlar açısından bakmak’’,**75 Yılda Kadınlar ve Erkekler**, İstanbul:,Tarih Vakfı Yayınları, s.1-11.

Berkday, F., (2004), ‘‘Kadınların İnsan Haklarının Gelişimi ve Türkiye’’. **Sivil Toplum ve Demokrasi Konferansı Yazıları** no: 7, [http://stk.bilgi.edu.tr/docs/berkday\\_std\\_7.pd](http://stk.bilgi.edu.tr/docs/berkday_std_7.pd).

Bhasin ,K.,(2003), **Toplumsal Cinsiyet ‘‘Bize Yüklenen Roller’’**, Çev.Kader Ay, İstanbul:Kadınlarla Dayanışma Vakfı Yayınları.

Bihagen E, Ohls M. (2006) ‘‘The Glass Ceiling - Where is it? Women's And Men's Career Prospects in The Private vs. The Public Sector in Sweden’’, **Sociological Review** 54 (1): 20.

Bone, E.L &Kurtz D. L.(1992), **Management**, 4 Th Edt., New York: Mcgraw Hill, s.562 .

**Capital Dergisi** (1997) Cam Tavan Sendromu .Sayı:8.

Chodorow, N., (1998), ‘‘Gender Relations And Difference İn Psychoanalytic Perspective’’ *The Polity Reader İn Gender Studies*, Oxford Polity Press, 41-49.

Chodorow N., (1978), *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley, University of California Press.

Cole, S.,(1986), ‘‘Sex Discrimination and Admission to Medical School, 1929-1984’’  
**American Journal of Sociology**, Vol.92,3,Nov,s:549-567.

Connell,,R. W.,(1998), **Toplumsal Cinsiyet ve İktidar**, İstanbul:Ayrıntı Yayınları.

Çitçi, O.,(1982), Kadın Sorunu Ve Türkiye’de Kamu Görevlisi Kadınlar, Ankara:  
Todaie, Yayınları, Yayın No: 200.

Department of Economic Development,(1988), ‘‘Sex Discrimination:A G to the Sex  
Discrimination(Nothern Ireland Orders 1976 and 1978)’’, Belfast, Departmen of  
Economic Development,s.3-4.

Dirican,R., Bilge,N.,(1993), **Hekimliğin Tarihsel Gelişimi ve Toplum Hekimliği**  
Bursa:Uludağ Üniversitesi Basımevi, s. 1-41.

Dökmen,Y. Z.,(2004), **Toplumsal Cinsiyet, Sosyal Psikolojik Açıklamalar**,  
İstanbul:Sistem Yayıncılık.

Dölen, E.,(1998), ‘‘Cumhuriyet’in İlk 15 Yılında İstanbul Üniversitesi’nde Kız  
öğrenciler’’. **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet’in ve Tıp Fakültesi’ne  
Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı (Ed.: Nuran Yıldırım)**. İstanbul: Novartis, 8-47.

Durakbaşı, A.,(1998),“Cumhuriyet Döneminde Modern Kadın ve Erkek Kimliklerinin Oluşumu: Kemalist Kadın Kimliği ve “Münevver Erkekler”’,**75 Yılda Kadınlar ve Erkekler**, İstanbul:,Tarih Vakfı Yayınları, s.29-51.

Eliade, M.,(1999), **Şamanizm**, çev.İsmet Birkan, Ankara:İmge Kitabecisi.

Etiker, Ş., Dinç,G.(1998)a, “Cumhuriyet’in İlk kadın Cerrahları”, **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı (Ed.: Nuran Yıldırım)**. İstanbul: Novartis, s. 48-59.

.------(1998)b, “İstanbul Amerikan Kız Koleji Tıp Fakültesi ve 28 Lik İki Öğrencisi”, **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı**, (Ed.: Nuran Yıldırım). İstanbul: Novartis, s. 60-63.

.------(1998)c, “Tıp Fakültesinin İlk Kadın Doçenti Dr Afife Cenani Demirel 90 yaşında”, **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı**, (Ed.: Nuran Yıldırım). İstanbul: Novartis, s.67-69.

.------(1998)d,’Prof.Dr. Müfide Küley Kadın Hekimlerimizin Öncüsü’’, **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı**, (Ed.: Nuran Yıldırım). İstanbul: Novartis, s. 70-75.

Ferber, M.A., Lowry, H.M.. (1977) ‘‘Women’s Place: National Differences in the Occupational Mosaic’’, **Journal of Marketing**, July, s.23-30.

Fincancı, Ş.K.,(1998) ‘‘Meslek örgütümüzde Kadınlar’’, **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet’in ve Tıp Fakültesi’ne Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı**, (Ed.: Nuran Yıldırım). İstanbul: Novartis, s.64-66.

Franzoi, S.L. (2003). **Social Psychology** (3rd Ed.). Mc Grow Hill Newyork, NY.

Griffin, R.W., (1993), **Management**, 4th Edt., Texas , s. 579.

İlyasoğlu, A. (1998),‘‘Cumhuriyet’le Yaşıt Kadınların Yaşam Tarihi Anlatılarında Kadınlık Durumları, Deneyimler, Öznellik.’’,**75 Yılda Kadınlar ve Erkekler**, İstanbul:,Tarih Vakfı Yayınları, s.193-200.

Jayarathne, T. E.,(1983),’‘The Value Of Quantitative Methodology For Feminist Research’’, Ed.G. Bowles and R. Duelli Klein, **Theories of women’s studies**, London, Routledge&Kegan Paul, s.140-161.

Kandiyoti,D.,(1997),**Cariyeler Bacılar Yurttaşlar Kimlikler ve Toplumsal Dönüşümler**,çev.Aksu Bora vd.Metis Yayınları, Ankara, s.41.

Kaplan, M.(2003), “**Kendini İnceleyen Kadınlar**” **Kadın Çalışmaları Üzerine Antropolojik Bir Araştırma**, Yüksek Lisans Tezi, A.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Etnoloji A.B.D.s.14.

Kırkpınar, L.,(1998),“Türkiye’de Toplumsal Değişme Sürecinde Kadın “**,75 Yılda Kadınlar ve Erkekler**, İstanbul:,Tarih Vakfı Yayınları, s.13-18.

Kottak, P.C.,(2002), **Antropoloji, İnsan Çeşitliliğine Bir Bakış**, Ankara:Ütopya Yayınevi,s.462.

Küçükcalay A. M., (1998), “**Türkiye’de Planlı Dönemde Kadın Nüfusu ve Kadın İşgücü İstihdamındaki Gelişmeler**”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, S.3(Güz), s.35–44.

Moran, M., vd.(2001), **Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi**, Ankara:Genel-İş Matbaası,s.150.

Neusel, A. vd.,(1996), “Kadınların Bilimsel Kariyerlerini Belirleyici Bir Faktör Olarak Yüksek Öğrenim Sistemi”**, Akademik Yaşamda Kadın. Türk ve Alman Üniversitelerinde Kadın Kariyerlerinin Karşılaştırılması**, Ed.Coşkun, H Ankara: Türk Alman Kültür İşleri Kurulu Yayın Dizisi İçinde, s.14-19.

**Neumann. A.** (2006) “ The Science Glass Ceiling: Academic Women Scientists and The Struggle To Succeed “ **Contemporary Sociology-A Journal Of Reviews** 35 (2): 144.

Ortaylı, N., (1988), ‘‘Kadın Hekimler ve Ayrımcılık’’ **Ankara Tabib Odası Bülteni**, Mart- Nisan s. 5.

Öncü, A., (1979), ‘‘ **Uzman Mesleklerde Türk Kadını**’’, der.Abadan-Unat,N., Sosyal Bilimler Derneği Yayınları, Ankara.

Özby, F.,(1984) ‘‘ Kırsal Kesimde Toplumsal ve Ekonomik Yapı Değişmelerinin Aile İşlevlerine Yansıması’’, **Türkiye’de Ailenin Değişimi**, Ankara: Türk Sosyal Bilimler Derneği.

Sakallı, N.U.,(2002),Çelişik Duygulu Cinsiyetçilik Ölçeği:Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.**Türk Psikoloji Dergisi** 17(49),47-58.

Sarı, N.,(1998), ‘‘Osmanlı Sağlık Hayatında Kadının Yerine Kısa Bir Bakış’’, **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet’in ve Tıp Fakültesi’ne Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı**, (Ed.: Nuran Yıldırım). İstanbul:, Novartis, s.451,465.

Spence, J.(1985), Gender Identity and Its Implications for The Concepts of Masculinity and femininty. In T.b. Sonderegger (Ed.). **Psychology and Gender**. Nebraska Symposium on Motivation,London:University of Nebraska Press.s 59-95.

Stein, R. H., (1996), ‘‘Yüksek Öğretimde Bilim Kadınları: Demokratik Alman Cumhuriyeti Örneğinden Edinilen Deneyimler. Dönüşüm Sürecinde Ortaya Çıkan Değişiklikler’’, **Akademik Yaşamda Kadın** , Ed. Coşkun, H., Ankara: Türk Alman Kültür İşleri Kurulu Yayın Dizisi İçinde s. 144-149.

Şahinoğlu P. S.,(1998), ‘‘Kız Öğrencilerin Tıp Fakültesine Kabulünün 75.Yılına Kutlarken’’ **Sağlık Alanında Türk Kadını**, (der) Yıldırım, N. İstanbul:s.488.

Örs, İ., (1998), ‘‘Türk Tıp Fakültelerinde İlk Kadın Dekan Prof. Dr. İlhan Büyüközer

Kerse’’, **Sağlık Alanında Türk Kadını; Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75.Yılı**, (Ed.: Nuran Yıldırım). İstanbul: Novartis, s.90-98.

Parsons, T.,(1972) ‘‘Age and Sex in the Social Structure of the United States.’’ P. K. Manning ve M.Truzzi (Ed.), **Youth and Sociology**, New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall, Inc., 136-147.

Reed E.(1994), **Kadınların Evrimi Anaerkil Klandan Ataerkil Aileye**, çev Şemsa Yeğin, İstanbul: Payel Yayınevi cilt 1.

Toksöz G.(2004) ‘‘*Gender Based Discrimination at Work in Turkey. A Cross-Sectoral Overview*’’, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi ,Cilt 59 ,Sayı 4.

Türköne,M.,(1995), **Eski Türk Toplumunun Cinsiyet Kültürü**. Ankara: Ark Yayınları.

Uluçay, Ç.,(1970), **Kanuni Sultan Süleyman Ve Ailesiyle İlgili Bazı Notlar Ve Vesikalar Kanuni Armağarı**, Ankara: s.245,248 .

Üşür, S., (2003). “**Türk Kadını ve Fırsat Eşitliği**: Panel: 30.05.2003, Başkent Üniversitesi Stratejik Araştırmalar Merkezi, [www.sam.baskent.edu.tr/arsiv.html](http://www.sam.baskent.edu.tr/arsiv.html)

Vehid S, Köksal S, Erginöz E, Yetişıyigit T., (2001) “ The role of having physician in family on selecting medical education.” *Cerrahpaşa J Med*; 32 (2): 91-96.

[www.amwa-doc.org](http://www.amwa-doc.org)

[www.osym.gov.tr](http://www.osym.gov.tr)

[www.unicef.org/turkey/cedaw](http://www.unicef.org/turkey/cedaw)

[www.womenshistory.about.com/od/physicians/p/agnodice.htm](http://www.womenshistory.about.com/od/physicians/p/agnodice.htm)

[www.unicef.org/turkey/cedaw](http://www.unicef.org/turkey/cedaw)

**EK 1:**

## SORU FORMU:

1)YAŞ

2)MEDENİ DURUM

(EVLENME YAŞI)

3) ÇOCUK (VARSA SAYISI)

(ÇOCUK DOĞURMA YAŞI)

4)İHTİSAS ALANINIZ

5)KONUMUNUZ: (ASİSTAN, UZMAN,BAŞ ASİSTAN, ŞEF YARD, KLİNİK ŞEFİ, PROFESÖR , DOÇENT, YARDIMCI DOÇENT

6)SİZCE BU DALLARIN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMININ SEBEBİ NEDİR?

7)SİZİN ALANINIZIN BELLİ BİR CİNSİYET GRUBUNCA TERCİH EDİLMESİNİN SEBEBLERİ NELERDİR?

8) SİZİN BU ALANI SEÇMENİZDE CİNSİYETİNİZE BAĞLI TOPLUMSAL BEKLENTİLER ROL OYNADI MI? VARSA BUNLAR NELERDİR?

9) ÇALIŞAN KADININ AİLEDEKİ SORUMLULUK PAYLAŞIMI SİZCE NE OLMALIDIR?

( Ev işi eşit sorumlulukla paylaşılmalı,Kadın tarafından yapılmalı

Duruma göre değişir.vb)

10) MESLEĞİNİZLE SİZDEN BEKLENEN TOPLUMSAL ROLLERİNİZİN ARASINDA GÜÇLÜK YAŞIYOR MUSUNUZ?

Sizce kadın olarak evde ve toplumda sizden beklenen görevler mesleğinizde ilerlemenizi yada daha başarılı olmanızı engelliyor mu? Engelliyorsa nasıl başa

çıkıyorsunuz? Evde sizden beklenen ev çocuk bakımı vs işleri yapan bir görevliniz var mı?

11)TIP EĞİTİMİ ÖNCESİNDE VE SIRASINDA (FAKÜLTE VE İHTİSAS) CİNSİYETE DAYALI AYRIMCILIKLA KARŞILAŞTINIZ MI?.

(Aileniz tarafından eğitimin kadınlar için zor olduğu yada herhangi bir ihtisas dalının kadınlara uygun olmadığı yönünde telkinler gibi.)

12)HOCALARINIZ TARAFINDAN SİZE KARŞI ERKEK ASİSTAN ARKADAŞLARINIZA GÖRE DAHA FARKLI TUTUMLAR SERGİLENDİĞİNİ GÖZLEMLEDİNİZ Mİ?

Cinsiyetiniz nedeniyle kaldırabileceğinizden daha fazla iş yüklenme, hatalarınıza daha az tolerans gösterme, başarılarınızı daha az takdir etme gibi davranışlar gösterildi mi?

13)KLİNİKTE YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN YAPMASINI İSTEDİĞİNİZ BİR İŞİ YAPARKEN SİZE KARŞI DAVRANIŞLARIYLA ERKEK ASİSTANLARA KARŞI DAVRANIŞLARI FARKLI MI?

İsteklerinizi yapmadıkları ya da gönülsüz yaptıkları oldu mu? (Örneğin duymazlıktan gelme, 4-5 kez tekrarlatma, yapması gereken işi yapmayıp söylenmedi yada dikkat etmemişim gibi mazeretler gösterme).Yardımcı sağlık personeli, sağlık dışı personel, ve bulunduğunuz konumda sizden daha alt basamakta olan hekim arkadaşlarınızdan kadın ve erkek olanlar tarafından ciddiye alınmama, aynı

konumdaki erkek hekime göre konumunuzu kabul etmeme gibi davranışlarla karşılaştınız mı?

14)HASTALARINIZ SİZE KARŞI CİNSİYETİNİZ NEDENİYLE GÜVENSİZLİK DUYDUĞUNU İFADE EDEN TAVIRLAR SERGİLİYOR MU?

15) KARŞILAŞILAN SORUNLAR İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİNİZ VAR MI?

16) SİZCE UZMANLIK ALANLARINI SEÇERKEN CİNSİYET AYIRIMI OLMALI MI NEDEN?

17) SİZCE TUS BU TABLOYU DEĞİŞTİRİR Mİ YA DA DEĞİŞTİRDİ Mİ? NEDEN?

18) SİZCE BENİM SORMADIĞIM AMA BU KONUDA SİZİN YANITINI ARADIĞINIZ SORULAR VAR MI? VARSA NELER?