T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ TUTUMLARININ VE CİNSİYETÇİLİĞE MARUZ KALMA DURUMLARININ NİCEL VE NİTEL YÖNTEMLERLE DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Başak GÖKTAŞ

Antalya, 2016

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ TUTUMLARININ VE CİNSİYETÇİLİĞE MARUZ KALMA DURUMLARININ NİCEL VE NİTEL YÖNTEMLERLE DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Başak GÖKTAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yeşim YİĞİTER ŞENOL

‘‘Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından projelendirilmiştir. (Proje ID:1377)’’

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışma sürecimde verdikleri emek ve desteklerden dolayı başta tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Yeşim YİĞİTER ŞENOL olmak üzere, Prof. Dr. Mehmet Rıfkı AKTEKİN, Prof. Dr. Levent DÖNMEZ, Prof. Dr. Erol GÜRPINAR, Doç. Dr. İlker BELEK, Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY, Öğr. Gör. Dr. Hakan ERENGİN ve Öğr. Gör. Dr. Meltem AKDEMİR'e;

"Nitel Araştırma Yöntemleri" dersinde ve "Nitel Veri Analizi Programı Atölyesi"nde aldığım eğitimlerdeki emek ve desteklerinden dolayı Sayın Prof. Dr. İlhan GÜNBAYI'ya;

Kurum izni alma konusundaki duyarlılığı ve yardımseverliği için Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcısı Sayın Uz. Dr. Galip Neşet CERİT'e ve tüm yönetici kadrosuna;

Anketlerimi dolduran, özellikle de bireysel görüşmelerime katılıp sorularıma samimiyetle cevap veren, burada isimlerini veremediğim tüm meslektaşlarıma;

Tezimin yazım aşamasındaki teknik ve manevi desteklerinden dolayı Arş. Gör. Hasan ÖZDOĞAN'a;

Yoğun çalışma temposunda bana uygun çalışma ortamını sağladıkları ve anlayışları için oda arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Emine Gülçin AY, Arş. Gör. Dr. Damla Sebhan BOZBAY, Arş. Gör. Dr. Kevser UZ'a;

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım dönemimdeki anlayışı ve manevi desteği için anabilim dalı sekreterimiz Selma ATEŞ'e;

Ve son olarak tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, sayısız fedakârlıklar yapan ve her zaman yanımda olan sevgili annem Sultan GÖKTAŞ ve ablam Bahar GÖKTAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini vi

Şekiller Dizini vii

Çizelgeler Dizini viii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ile İlgili Tanımlar 4

2.1.1. Cinsiyet (Sex) 4

2.1.2. Toplumsal Cinsiyet (Gender) 4

2.1.3. Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı (Gender Discrimination) 4

2.1.4. Toplumsal Cinsiyette Eşitlik (Gender Equality) 5

2.1.5. Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet (Gender Equity) 5

2.1.6. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği (Gender Mainstreaming) 5

2.1.7. Toplumsal Cinsiyet Eğitimi (Gender Training) 5

2.1.8. Toplumsal Cinsiyet Analizi (Gender Analysis) 6

2.1.9. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet (Gender Violence) 6

2.1.10. Toplumsal Cinsiyet İhtiyaçları (Gender Needs) 6

2.1.11. Toplumsal Cinsiyet İlişkileri (Gender Relations) 6

2.1.12. Kadının İnsan Hakları (Women's Human Rights) 6

2.1.13. Kadınların Güçlendirilmesi (Women's Empowerment) 7

2.1.14. Ataerkillik (Patriarchy) 7

2.1.15. Çalışma Hayatında Toplumsal Cinsiyete Göre İş Bölümü (Gender Division of Labour) 7

2.2. Toplumsal Cinsiyet Kavramının Tarihsel Gelişimi 7

2.3. Toplumsal Cinsiyet Kavramının Sosyolojisi 10

2.4. Toplumsal Cinsiyetin Kadın ve Erkek Sağlığına Etkisi 14

2.5. Toplumsal Cinsiyet ve Çalışma Hayatı 17

2.6. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık Çalışanları 24

2.6.1. Hasta-Hekim İlişkilerinde Cinsiyet Yanlılığı 30

2.6.2. Toplumsal Cinsiyetin Tıp Eğitimi ve Uygulamalarına Etkisi 32

3. GEREÇ VE YÖNTEM 35

3.1. Araştırma Metodolojisi ve Tipi 35
3.2. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri 36
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları 36
3.3.1. Nicel Veri Toplama Aracı Olarak Anket Formu ve Uygulama Şekli 36
3.3.1.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Değişkenler ve Ölçütleri ... 37
3.3.1.2. Çalışma Yaşamına İlişkin Değişkenler ve Ölçütleri 38
3.3.1.3. Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği (TCRTÖ) 38
3.3.1.4. İş yaşamında Cinsiyetçilik Algısı ve Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumları İle İlgili Önermeler ve Ölçütleri 39
3.3.2. Nitel Veri Toplama Aracı Olarak Görüşme Formu ve Uygulama Şekli 40
3.4. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi 42
3.4.1. Araştırma Evreni 42
3.4.2. Nicel Çalışma İçin Örneklem Seçimi 45
3.4.3. Nitel Çalışma İçin Örneklem Seçimi 45
3.5. Verilerin Analizi 47
3.5.1. Nicel Verilerin Analizi 47
3.5.2. Nitel Verilerin Analizi 48
3.5.2.1. Transkripsiyon 48
3.5.2.2. Verilerin Kodlanması ve Temaların Belirlenmesi 48
3.5.2.3. Betimsel Analiz, İçerik Analizi ve Yorumlama 49
3.6. Araştırmanın Zaman Çizelgesi 50
3.7. Kurum izinleri, Etik Kurul Onayı ve Bilimsel Araştırma Proje Desteği 51
4. BULGULAR 52
4.1. Nicel Çalışma Bulguları 52
4.1.1. Hekimlerin Sosyo-demografik Özellikleri 52
4.1.2. Hekimlerin Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özellikler 56
4.1.3. Hekimlerin TCRTÖ'ye Verdikleri Cevaplar ile İlgili Bulgular 62
4.1.4. Hekimlerin Çalışma Yaşamında Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumları ile İlgili Özellikler 86
4.2. Nitel Çalışma Bulguları 101
4.2.1. Tema 1: Hekimlerin Toplumsal Cinsiyet Algıları 102
4.2.2. Tema 2: Toplumsal Cinsiyeti Etkileyen Faktörler 104
4.2.3. Tema 3: Hekimlik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet 106

4.2.4. Tema 4: Hekim-Hasta İlişkisinde Toplumsal Cinsiyet 115
4.2.5. Tema 5: Hekimler ve Sosyal/Özel Yaşam 118
5. TARTIŞMA 123
6. SONUÇLAR 143
7. ÖZET 147
8. ABSTRACT 148
9. KAYNAKLAR 149
10. EKLER 160
Ek 1: Nicel Veri Toplama Aracı Olarak Anket Formu 160
Ek 2: Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği (TCRTÖ) 164
Ek 3: "Nitel Araştırma Yöntemleri" Dersine Katılım Belgesi 167
Ek 4: "Nitel Veri Analizi Programı Atölyesi"ne Katılım Belgesi 168
Ek 5: Nitel Veri Toplama Aracı Olarak Görüşme Formu 169
Ek 6: Görüşme Onam Formu 170
Ek 7: Kodların ve Temaların Belirlenmesi ile İlgili Örnek 172
Ek 8: 03/11/2015 Tarih ve 70904504/481 Sayılı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı 173
Ek 9: 05/11/2015 Tarih ve 81266704 Sayılı AEAH Kurum İzin Belgesi 175
Ek 10: 02/06/2016 Tarih ve TTU-2016-1377 Proje Numaralı Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Onayı 176

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AEAH	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AÜTF	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
AMA	American Medical Association
BM	Birleşmiş Milletler
CEDAW	Convention of All Forms of Discrimination Against Women
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EÜTF	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
FTR	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
ILO	International Labour Office
İ.Ö.	İsa'dan Önce
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
TCRTÖ	Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.5.1. Seçilmiş ülkelerde cinsiyete göre ev işleri, aile bireyleri ile ilgilenme ve gönüllü/toplumsal çalışmalara ayrılan ortalama zaman, The World's Women, 2010 22
Şekil 2.6.1. Hemşirelerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014) 25
Şekil 2.6.2. Pratisyen hekimlerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014)..... 27
Şekil 2.6.3. Araştırma görevlisi hekimlerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014) 27
Şekil 2.6.4. Uzman hekimlerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014) 28
Şekil 4.1.2.1. Hekimlerin uzmanlık alanları ve cinsiyetlerinin genel dağılımı 60
Şekil 4.1.3.1. Hekimlerin cinsiyetlerine göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi 83
Şekil 4.1.3.2. Hekimlerin çalıştıkları birimlere göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi 86
Şekil 4.2.1.1. Hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları 104
Şekil 4.2.2.1. Hekimlere göre toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörler..... 106
Şekil 4.2.3.1. Hekimlik mesleği ve toplumsal cinsiyet..... 108
Şekil 4.2.4.1. Hekim hasta ilişkisinde toplumsal cinsiyet 116
Şekil 4.2.5.1. Hekimler ve sosyal/özel yaşam 119

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.2.1. Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, Türkiye, 2006-2015..... 10
Çizelge 2.4.1. Fiziksel şiddete yönelik tutumlar (%) (TNSA 2003, 2008, 2013). 16
Çizelge 2.5.1. Ülkelere göre ücretlerdeki cinsiyet eşitsizliği (%)..... 20
Çizelge 2.5.2. Cinsiyete göre zaman kullanımı (saat), 2006 22
Çizelge 2.5.3. Cinsiyete göre ev içi etkinliklere göre harcanan zaman (saat), 2006..... 23
Çizelge 2.5.4. Hanede işleri yapan hane halkı üyeleri, 2011 (%)..... 24
Çizelge 2.6.1. Cinsiyete göre en çok erkek uzman hekimin görev yaptığı 10 uzmanlık alanı (TKHK, 2014) 28
Çizelge 2.6.2. Cinsiyete göre en çok kadın uzman hekimin görev yaptığı 10 uzmanlık alanı (TKHK, 2014) 29
Çizelge 3.4.1.1. Araştırma evreni 43
Çizelge 3.4.3.1. Çalışmanın nitel bölümü için örneklem..... 47
Çizelge 3.6.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi 50
Çizelge 4.1.1.1. Hekimlerin yaş dağılımı 52
Çizelge 4.1.1.2. Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri..... 52
Çizelge 4.1.1.3. Hekimlerin büyüdükleri yer ve ailenin özellikleri..... 53
Çizelge 4.1.1.4. Hekimlerin anne ve babalarının eğitim durumları..... 54
Çizelge 4.1.1.5. Hekimlerin eş/ partnerlerinin eğitim durumları ve meslekleri ... 55
Çizelge 4.1.1.6. Eşi / partneri hekim olmayan hekimlerin eşlerinin/ partnerlerinin meslek dağılımları..... 56
Çizelge 4.1.2.1. Hekimlerin çalışma yaşamlarına ilişkin özellikler 57
Çizelge 4.1.2.2. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı..... 59
Çizelge 4.1.2.3. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre cinsiyet dağılımları 61
Çizelge 4.1.2.4. Hekimlerin hekimlik yaptıkları toplam süre (ay) 61
Çizelge 4.1.2.5. Hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları bölümdeki çalışma süreleri (ay) 61
Çizelge 4.1.3.1. "Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir" önermesine verilen cevaplar..... 62
Çizelge 4.1.3.2. "Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır" önermesine verilen cevaplar..... 62

Çizelge 4.1.3.3. "Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır" önermesine verilen cevaplar 63
Çizelge 4.1.3.4. "Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir" önermesine verilen cevaplar..... 63
Çizelge 4.1.3.5. "Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir" önermesine verilen cevaplar..... 64
Çizelge 4.1.3.6. "Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır" önermesine verilen cevaplar..... 64
Çizelge 4.1.3.7. "Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir" önermesine verilen cevaplar 65
Çizelge 4.1.3.8. "Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır" önermesine verilen cevaplar 65
Çizelge 4.1.3.9. "Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir" önermesine verilen cevaplar 66
Çizelge 4.1.3.10. "Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir" önermesine verilen cevaplar……..66
Çizelge 4.1.3.11. "Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir" önermesine verilen cevaplar……...67
Çizelge 4.1.3.12. "Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır" önermesine verilen cevaplar 67
Çizelge 4.1.3.13. "Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir" önermesine verilen cevaplar..... 68
Çizelge 4.1.3.14. "Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır" önermesine verilen cevaplar..... 68
Çizelge 4.1.3.15. "Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir" önermesine verilen cevaplar..... 69
Çizelge 4.1.3.16. "Kadının temel görevi anneliktir" önermesine verilen cevaplar 69
Çizelge 4.1.3.17. "Evin reisi erkektir" önermesine verilen cevaplar..... 70
Çizelge 4.1.3.18. "Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir" önermesine verilen cevaplar..... 70

Çizelge 4.1.3.19. "Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir" önermesine verilen cevaplar 71
Çizelge 4.1.3.20. "Ailede kararları eşler birlikte almalıdır" önermesine verilen cevaplar 71
Çizelge 4.1.3.21. "Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir" önermesine verilen cevaplar 72
Çizelge 4.1.3.22. "Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır" önermesine verilen cevaplar 72
Çizelge 4.1.3.23. "Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir" önermesine verilen cevaplar 73
Çizelge 4.1.3.24. "Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir" önermesine verilen cevaplar 73
Çizelge 4.1.3.25. "Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır" önermesine verilen cevaplar 74
Çizelge 4.1.3.26. "Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir" önermesine verilen cevaplar 74
Çizelge 4.1.3.27. "Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır" önermesine verilen cevaplar 75
Çizelge 4.1.3.28. "Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır" önermesine verilen cevaplar 75
Çizelge 4.1.3.29. "Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır" önermesine verilen cevaplar 76
Çizelge 4.1.3.30. "Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır" önermesine verilen cevaplar 76
Çizelge 4.1.3.31. "Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır" önermesine verilen cevaplar 77
Çizelge 4.1.3.32. "Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır" önermesine verilen cevaplar 77
Çizelge 4.1.3.33. "Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır" önermesine verilen cevaplar 78
Çizelge 4.1.3.34. "Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir" önermesine verilen cevaplar 78

Çizelge 4.1.3.35. "Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir" önermesine verilen cevaplar 79
Çizelge 4.1.3.36. "Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur" önermesine verilen cevaplar..... 79
Çizelge 4.1.3.37. "Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır" önermesine verilen cevaplar 80
Çizelge 4.1.3.38. "Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır" önermesine verilen cevaplar 80
Çizelge 4.1.3.39. Hekimlerin TCRTÖ ve alt boyutlarında aldıkları puan ortancalarının dağılımı 81
Çizelge 4.1.3.40. Hekimlerin cinsiyetlerine göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi 82
Çizelge 4.1.3.41. Hekimlerin çalıştıkları birimlere göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi 85
Çizelge 4.1.4.1. "Şu an görev yapmakta olduğum bölümü tercih etmemde cinsiyetimin etkisi oldu" önermesine verilen cevaplar 86
Çizelge 4.1.4.2. "Meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım" önermesine verilen cevaplar..... 87
Çizelge 4.1.4.3. "Mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi" önermesine verilen cevaplar..... 87
Çizelge 4.1.4.4. "Günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor" önermesine verilen cevaplar..... 88
Çizelge 4.1.4.5. "İş yerindeki işlerin yanı sıra ev işleri de kadın hekim için önemli bir yüktür" önermesine verilen cevaplar..... 88
Çizelge 4.1.4.6. "Çalışma hayatındaki kariyer için eşler arasında fedakârlık yapılacaksa bu görev kadınındır" önermesine verilen cevaplar..... 89
Çizelge 4.1.4.7. "Hekimler kendilerinden daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kişilerle evlilik, nişanlılık gibi ilişki kurmamalıdır" önermesine verilen cevaplar89
Çizelge 4.1.4.8. "Kadın hekimler kıyafetlerinden dolayı daha çok ayrımcılığa uğrar" önermesine verilen cevaplar 90
Çizelge 4.1.4.9. "Pasif sabır ve dakiklik gereken işlerde kadın hekimler daha başarılıdır" önermesine verilen cevaplar..... 90

Çizelge 4.1.4.10. “Aktif fiziksel güç gerektiren branşlarda (cerrahi vb) erkekler daha başarılıdır” önermesine verilen cevaplar 91
Çizelge 4.1.4.11. “Çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan branşlar erkekler için daha uygundur” önermesine verilen cevaplar 91
Çizelge 4.1.4.12. “Kadın hekimler cerrahi branşlarda başarılı olamazlar” önermesine verilen cevaplar..... 92
Çizelge 4.1.4.13. “Kadın hekimlerin uzmanlık alanını seçmelerinde toplumsal roller (annelik, ev işleri vb.) büyük oranda etkilidir” önermesine verilen cevaplar 92
Çizelge 4.1.4.14. “Kadın hekimlerin cerrahi branşları seçmemesinde erkek hekimlerin ayrımcı, olumsuz, caydırıcı tutumlarının rol aldığını düşünüyorum” önermesine verilen cevaplar..... 93
Çizelge 4.1.4.15. “Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir” önermesine verilen cevaplar 93
Çizelge 4.1.4.16. “Kadın hekimler cinsiyetleri nedeniyle erkek hekimlere oranla meslek hayatında karşı cinsin rahatsız edici davranışına daha fazla maruz kalırlar” önermesine verilen cevaplar..... 94
Çizelge 4.1.4.17. “Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir” önermesine verilen cevaplar 94
Çizelge 4.1.4.18. “Çalıştığım birimde iş bölümü kıdeme göre cinsiyetten bağımsız yapılır” önermesine verilen cevaplar 95
Çizelge 4.1.4.19. “Çalıştığım birimde kararlara katılım (görüş alınması vs) cinsiyete bağlı değildir” önermesine verilen cevaplar 95
Çizelge 4.1.4.20. “Çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda ‘‘kadın aklı, elinin hamuru’’ gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır” önermesine verilen cevaplar . 96
Çizelge 4.1.4.21. “Çalıştığım bölümün olanaklarından (eğitim, kongreye katılım vb) cinsiyet ayrımı yapılmadan yararlanılır” önermesine verilen cevaplar 96
Çizelge 4.1.4.22. “Çalıştığım birimde eş kıdemli kadın ve erkek arasından daha çok erkeğin sözü dikkate alınır” önermesine verilen cevaplar..... 97
Çizelge 4.1.4.23. “Hastalar erkek hekimlere daha fazla güvenir ve ciddiye alırlar” önermesine verilen cevaplar..... 97

Çizelge 4.1.4.24. "Hekim seçme hakkı kapsamında, hekimin cinsiyeti bir kıstas olarak yer almalıdır" önermesine verilen cevaplar 98
Çizelge 4.1.4.25. Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Önermelere Katıldıklarını/Tamamen Katıldıklarını Belirtme Durumları 99
Çizelge 4.1.4.26. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre önermelere katıldıklarını/tamamen katıldıklarını belirtme durumları..... 101
Çizelge 4.2.1.1. Hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları..... 103
Çizelge 4.2.2.1. Hekimlere göre toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörler..... 105
Çizelge 4.2.3.1. Hekimlik mesleği ve toplumsal cinsiyet..... 107
Çizelge 4.2.4.1. Hekim-hasta ilişkisinde toplumsal cinsiyet 115

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanıma göre sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır (1). Bu tanıma göre dil, din, etnik köken, cinsiyet vb. ayrımı gözetmeksizin her bireyin eşit olarak sağlıklı olma hakkı vardır. Bu tanıma dayanarak dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlık durumunu incelerken, hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin olup olmamasını ve kadınların "tam iyilik durumlarını" etkileyen faktörleri de göz önüne almak gerekir. Bu nedenle kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim düzeyi veya sosyal olanakların kullanılmasında belirleyici olan "toplumsal cinsiyet ayrımcılığı" da "sağlık" kavramı içerisinde incelenmesi gereken konulardandır. "Toplumsal cinsiyet" kavramı ilk defa 1972 yılında kullanılmıştır ve artık tüm dünyada kabul edilmesi gereken bir gerçek olarak ele alınmakta ve üzerinde çalışılmaktadır (2, 3, 4).

Toplumsal cinsiyet bağlamında kadın daha zayıf cinsiyet olarak değerlendirilir. Toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde "kadın" yönünden olumsuzlukların boyutu daha da büyüktür (5). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisiyle kadınlar daha az öğrenim görmekte, daha az işgücüne katılmakta ve daha az gelir elde etmektedirler (6). Cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık işgücü piyasasının en önemli konularından birini oluşturur. Yapılan çalışmalar ve istatistiksel veriler, hayatın diğer alanlarında olduğu gibi, cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık konusunda da çoğunlukla kadınların daha dezavantajlı durumda olduğunu göstermektedir (7). Kadın ve erkeklerin birlikte çalıştığı iş yerlerinde kadınlar genellikle çeşitli engellerden dolayı üretim açısından önemli ve karar verici pozisyonlara gelememektedirler. Kadınların bu alt konumlarda yer almalarında kalıp yargıların ve aile içi roller ve sorumlulukların kadına yüklenmesinin rolü olabileceği düşünülmektedir (8).

Literatürde, Türkiye dışındaki ülkelerde daha fazla olmak üzere, bu konu ile ilgili niceliksel ve niteliksel araştırma yöntemleri ile yapılmış çalışmalar bulunmaktadır ve bu çalışmaların sağlık çıktıları üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Örneğin, 2015 yılında çoğunluğu Hindistan'da olmak üzere orta ve düşük gelirli ülkelerde toplumsal cinsiyet ile ilgili yapılmış olan 145 araştırma

incelenmiş ve sistematik bir derleme yapılmıştır. Bu derlemenin bulgularına göre, cinsiyet eşitsizliği ile ilgili yapılan çalışmaların yarısından fazlası (%61) sağlık çıktıları üzerinde değişikliklere neden olmaktadır. Ayrıca nitel yöntemlerle yapılan araştırmaların dörtte üçünün sağlık çıktıları üzerine olumlu etkilere yol açtığı gösterilmiştir. Bu olumlu etkiler; kadınlar için evlilik yaşının yükselmesine yönelik tutumların artması, kadınların gebelik hakkında karar verici konumda olma durumlarının artması, kondom kullanımı ile ilgili damgalanmanın azalması ve cinsiyete dayalı şiddete toleransta azalmanın olmasıdır (9). Türkiye'de de toplumsal cinsiyet konusu ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır ancak toplumsal cinsiyet ve hekimlik konusu ile ilgili niteliksel araştırma yöntemleri ile yapılmış herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Hem insan sağlığını, hem kadın sağlığını, hem de çalışan sağlığını çok yakından ilgilendiren "hekimlerde toplumsal cinsiyet" konusu halk sağlığı açısından ele alınması gereken konulardan birisidir.

Bu araştırmanın amacı, Antalya'da görev yapmakta olan araştırma görevlisi hekimlerin toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili tutumlarının ve mesleklerini icra ederken cinsiyetçiliğe maruz kalma durumlarının nicel ve nitel yöntemler kullanılarak incelenmesidir. Araştırma sonucunda araştırma görevlisi hekimlerde toplumsal cinsiyet algısına yönelik durum saptama yapılması planlanmıştır. Kullanılan "Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği (TCRTÖ)" ile hekimlerin tutumlarının ölçülmesi, meslek yaşantıları ile ilgili bazı önermelerle mesleklerini icra ederken cinsiyetçiliğe maruz kalma durumlarının saptanması hedeflenmiştir. Ayrıca yapılan birebir görüşmeler ve nitel analizlerle konu daha da derinlemesine incelenerek, anket formundaki soruların kapsamadığı noktalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Toplumsal cinsiyet konusunun sosyolojik bir konu olması; toplumların yaşam şekilleri, gelenek görenekleri, kültür, etnik yapı, yaşanılan çevre, aile gibi dış faktörlerden etkilenebilmesi; farklı coğrafi bölgelerde yapılan çalışma bulgularının birbirleri ile benzer olmaması araştırma planlanırken karma yöntemin tercih edilmesine neden olmuştur. Araştırma konusu bu özellikleri ile birlikte düşünüldüğünde bir bölgede hekimlerde cinsiyet ayrımcılığının var olup olmadığı, eğer var ise altta yatan nedenlerin neler olduğu ve ayrımcılığın hangi cinsiyette ne şekilde ve hangi durumlarda ortaya çıktığı detaylı olarak incelenmek istendiğinde niceliksel araştırma yöntemleri yetersiz kalabilmektedir. Bu çalışma,

Türkiye'de hekimlerde toplumsal cinsiyet konusunun karma yöntem kullanılarak incelendiği ilk çalışma olması bakımından önem taşımaktadır ve literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Toplumsal Cinsiyet Kavramı ile İlgili Tanımlar

2.1.1. Cinsiyet (Sex)

Kişinin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleridir (10). Cinsiyet, insanları tanımlamak, sınıflandırmak için kullanılan değişkenlerin başında gelir, maddi ve kültürel kaynaklar da dâhil olmak üzere birçok faktörle etkileşim halindedir ve sağlığın önemli bir belirleyicisidir. Özellikle erkek egemen toplumlarda hala genel tıbbi uygulamalarda ve halk sağlığı politikalarında bazı normlar erkeklere ait değerlere göre belirlenmektedir. Oysa kadınlar ve erkeklerin sağlık ihtiyaçlarının farklı olduğunun göz önünde bulundurulması ve yapılan halk sağlığı araştırmalarında sağlıkta cinsiyet eşitsizliklerini gidermek için cinsiyet faktörünün de dikkate alınması gerekmektedir (11).

2.1.2. Toplumsal Cinsiyet (Gender)

Kadınlara ve erkeklere toplum tarafından yüklenen rolleri, davranış biçimlerini ve etkinlikleri ifade eder (10). Toplumsal cinsiyet algısına göre kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumlulukları vardır. Toplumsal cinsiyet biyolojik farklılıklardan dolayı değil, kadın ve erkek olarak toplumun bizi nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmamızı beklediği ile ilgili bir kavramdır (12).

2.1.3. Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı (Gender Discrimination)

Bireylerin cinsiyetlerinden dolayı olumsuz muamele görmeleri, bazı fırsat, kaynak ve haklardan yararlanamamaları durumudur. Dünya çapında hayatları boyunca kadınlar erkeklere göre cinsiyetlerinden dolayı daha çok eşitsiz muamelelere maruz kalırlar. Ev, iş yeri, market gibi tüm kurumsal ve sosyal alanlarda ayrımcılığının merkezinde olan çoğunlukla kadınlardır. Ev işlerinin sorumluluğunun kadınlara yüklenmesi, çalışma yaşamında kendileri ile aynı eğitim seviyesinde olan erkeklere göre daha az kazanç elde edebilmeleri bunlara örnektir. En çarpıcı örnek ise cinsiyete dayalı düşük yapma ya da kadın sünnetidir (13).

2.1.4. Toplumsal Cinsiyette Eşitlik (Gender Equality)

"Eşitlik" kavramı matematiksel bir anlam taşımaktadır. Fırsatları kullanmada, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetleri elde etmede bireye cinsiyeti nedeniyle ayrımcılık yapılmamasıdır (12). Başka bir ifade ile toplumsal cinsiyette eşitlik, yasalar önünde eşit olmak, toplumda ve ailede kaynaklardan, imkânlardan ve hizmetlerden eşit yararlanmak anlamına gelir (14).

2.1.5. Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet (Gender Equity)

"Hakkaniyet" kavramı etik ve ahlaki boyutu içerir. Kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve kazançların dağılımında adalet ve hakkaniyetin olmasıdır (12). Toplumsal cinsiyette hakkaniyetten bahsedebilmek için fırsat ve sorumlulukların adil bir şekilde dağıtılması gerekir (14). Bu kavramda, kadın ve erkeğin farklı gereksinimlerin ve güçlerinin olduğu kabul edilmektedir. Bu farklılık belirlenerek iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzeltecek şekilde gerekenlerin yapılması güç ve kaynakların buna göre dağıtılmasının sağlanması benimsenmektedir (13). Dengeyi düzeltecek gereksinimler genellikle kadına özel program ve politikaların yürütülmesi yani kadına yönelik pozitif ayrımcılık şeklinde olmaktadır (14).

2.1.6. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği (Gender Mainstreaming)

Kurumlarda herhangi bir mevzuat, plan ya da program uygulanacağı zaman, cinsiyete göre kapasiteler göz önünde bulundurularak kadınlar ve erkekler üzerine olan etkilerinin değerlendirmesi sürecidir. Hükümetler ve büyük şirketler cinsiyete göre bir bakış açısı stratejisi geliştirilerek kadınlar ve erkeler için ihtiyaçları belirleyerek cinsiyet eşitliğine yönelik stratejiler geliştirebilir. Nihai hedef kadınlar ve erkekler arasındaki eşitliği sağlamaktır (13, 15).

2.1.7. Toplumsal Cinsiyet Eğitimi (Gender Training)

Toplumsal cinsiyet eşitliğinde bireysel ve organizasyonel değişiklikler yapmak için, toplumsal cinsiyet konusunda farkındalık yaratmak ve kapasiteyi arttırmaya çalışmak anlamına gelir. Eğitim, toplumsal cinsiyet algısının iyileştirilmesi için kullanılan önemli yöntemlerden birisidir. Toplumsal cinsiyet dinamiklerini iyi derecede vurgulayan grup çalışmaları, rol-canlandırmalar, simulasyon uygulamaları gibi yöntemleri ve toplumsal cinsiyet ilişkilerini

geliştirme politikalarının ve programlarının etkilerini inceleyen vaka çalışmalarını içerir (13).

2.1.8. Toplumsal Cinsiyet Analizi (Gender Analysis)

Cinsiyete dayalı eşitsizlikleri anlamak, düzeltmek ve tanımlamak için cinsiyet farklılıkları ve sosyal ilişkiler ile ilgili sistematik veri toplanması ve verilerin incelenmesi anlamına gelir. Cinsiyet analizi, cinsiyet konusundaki çabaları tanımlamak isteyen araştırmacılar ve tanı koyma aracı geliştirmeyi planlayanlar için çok değerli ve önemli bir araçtır (13). Toplumsal cinsiyet analizinde biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel, ailesel, mesleki ve politik kadın sağlığını etkileyen tüm faktörlerin göz önüne alınması gerekmektedir (16, 17).

2.1.9. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet (Gender Violence)

Erkekler ya da erkek egemen kurumlar tarafından, kadınlara cinsiyetlerinden dolayı fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara uğratacak herhangi bir davranış ya da tehdit uygulanması anlamına gelir. Şiddet hem kamusal hem de özel alanlarda görülebilir (13).

2.1.10. Toplumsal Cinsiyet İhtiyaçları (Gender Needs)

Kadınların edindikleri tecrübelere dayanarak cinsiyetlerinden dolayı ortak ve önemli olan ihtiyaçların, kadınlar tarafından tanımlanmasıdır (13). DSÖ kadınlara sadece bilgi aktarmak yerine, onların sağlık hakkında ne söylemek ve neleri öğrenmek istediklerinin dinlenmesinin önemine vurgu yapmıştır. Kadınların nelere ihtiyaçları olduğunu öğrenmek ve bu gereksinimlere karşılık verebilmek için de sağlıkla ilgili konularda yapılan araştırmalarda ve planlamalarda kadınlara yer verilmesi gerekmektedir (16).

2.1.11. Toplumsal Cinsiyet İlişkileri (Gender Relations)

Kadın ve erkek gücü arasındaki kadınların daha dezavantajlı olduğu hiyerarşik ilişkilerdir (13).

2.1.12. Kadının İnsan Hakları (Women's Human Rights)

Kadın haklarının insan hakları olduğunu ve kadınların sadece cinsiyetlerinden dolayı haksızlık yaşadıklarını tanımlamak için kullanılır (13).

2.1.13. Kadınların Güçlendirilmesi (Women's Empowerment)

Kadınların ikinci sınıf konumunda olma durumlarına itiraz etme bilincinin geliştirilmesidir. Bu konuda bireyler ya da gruplar aracılığıyla farkındalık yaratılmaya çalışılarak cinsiyete dayalı güç ilişkilerinin "aşağıdan yukarıya" doğru değiştirilmesi hedeflenir (13).

2.1.14. Ataerkillik (Patriarchy)

Erkeklerin kadınlar üzerinde fiziksel, sosyal ve ekonomik gücü olduğuna dair sistemik toplumsal kalıplardır. Bu kalıplar kadınların yaşam alanlarını ve tercihlerini kısıtlarken erkeklerin yararına çalışır (13).

2.1.15. Çalışma Hayatında Toplumsal Cinsiyete Göre İş Bölümü (Gender Division of Labour)

Sosyal olarak belirlenen fikirlere ve pratiklere göre iş yaşamında kadınlar ve erkekler için uygun görülen rollerin ve faaliyetlerin tanımlanmasıdır. Emeğin cinsiyete göre bölünmesi doğal ve değişmez olarak görülebilir ancak aslında bu fikir ve uygulamalar toplum tarafından sosyal olarak inşa edilmiştir (13).

2.2.Toplumsal Cinsiyet Kavramının Tarihsel Gelişimi

Kadınlar ve erkekler arasında doğal bir farklılığın olduğuna dair düşünce, tarihsel olarak hemen her kültürde mevcuttur. Pek çok toplumda kadın ve erkek farklı yaratıklar olarak görülmekte ve her birinin kendine ait imkânları, rolleri ve sorumlulukları olduğu kabul edilmektedir (5, 18).

Tarihte ilkçağda genel olarak kadın ile erkek arasındaki fiziksel ve ruhsal farklılıkların daha az olduğu bilinmektedir. Likyalılar dönemine kadar gidildiğinde "analık hukuku"nun hakim olduğu, pater ailesi yerine mader ailesinden bahsedildiği görülmektedir ve yurdun adı "sevgili anayurt" tur. Kadın, ailenin yöneticisi ve lideridir ve bu nedenle toplumda büyük saygı görmektedir. Mısır'da kraliçe ve prenseslerin çok görülmesi ve ülkenin yönetimindeki etkilerinin önemli derecede olması da yine analık hukukunun göstergesidir. Asurlular, Babilonyalılar, kahramanlık zamanlarından önce Yunanlılar, Roma'nın kurtuluşundan önce İtalya kavimleri, Galliler, İberliler gibi birçok medeniyette de analık hukukunun etkileri olduğu bilinmektedir. Bu dönemlerde kadınlar savaşlara katılmakta, genç kızlar ancak bir düşman öldürdükleri zaman evlenebilmektedirler. Zamanla artan iş

bölümü ile birlikte görevler ve kazançlarda ayrılmalar ortaya çıkmıştır (19). Kadınlar toplayıcılık, erkekler ise avcılık faaliyetlerine yönelmişlerdir (20). Balık tutma, avlanma, av hayvanı yetiştirme, tarım, alet-edavat yapımı gibi özel bilgi gerektiren işler erkeklerin sorumluluğuna geçmiş ve böylece kaynakların esas sahibi erkekler olmuştur. Nüfusun artmasıyla iş gücü gereksinimi artmıştır ve zamanla analık hukukunun yerini "babalık hukuku" almıştır. Babalık hukuku kadının ezilmesi ve köleleştirilmesi anlamına gelmektedir (19).

Tarihte "Anadolu Kadını"nın da erkeklerle aynı haklara sahip olmadığı görülmektedir. Kadınlar daha çok evde ve tarlada çalışmaktadırlar, İ.Ö. 1800'lü yıllarda özellikle dokumacılık sektöründe çalışmak üzere istihdam edilmişlerdir ancak erkeklerle eşit ücret alamamaları dikkat çekicidir. Örneğin Hititlerde hizmet kanunlarına göre, kadın aynı iş için erkeğin yarısı kadar ücret almaktadır. Sosyal yaşamda da erkeklere üstünlük sağlayan haklar olduğu görülmektedir. Örneğin Hitit yasalarına göre; "eğer bir adam ölür de karısı dul kalırsa, bu dul kadın önce kocasının erkek kardeşiyle evlenecektir. Bu kardeşin ölmesi halinde onun babasıyla, baba öldüğü takdirde de kardeşinin oğluyla (yeğen) evlenecektir". Yine Hititlerde ilginç sayılabilecek başka bir yasaya göre; "ölen babanın ardından üvey anne ile cinsel ilişkide bulunmak suç değildir" (21).

Toplumsal cinsiyetin tarihsel gelişiminden söz ederken dinin etkisinden de bahsetmek gerekir. Tarih boyunca din, gerek bireysel gerek toplumsal yaşamı önemli derecede etkileyen bir olgudur. Toplumdaki en eski, en derinden hissedilen ve en etkili güçlerden birisidir ve uzun yıllardan beri insan davranışlarının şekillenmesinde önemli derecede etkili olmuştur (22). Ayrıca din, ataerkinin yükselişinde ve pekişmesinde de etkilidir. Özellikle de tek tanrılı dinler, toplumsal cinsiyet rollerini, kadın erkek imgelerini meydana getirmede ve onların insanlar tarafından benimsenmesinde önemli bir etken olmuştur. Çünkü dinde bu kalıpların mutlak, değişmez ve kutsal olduğu düşüncesi yer alır (23). Toplumsal cinsiyet açısından önemli olan dinin "meşrulaştırma" işlevidir. Toplumlarda var olan katı toplumsal cinsiyet ayırımları din adına meşrulaştırılmakta, dinin buyruğu gibi gösterilmeye çalışılmaktadır. Böylece din ve kültür adına uygulanıp meşrulaştırılan davranışlar, kadınları ikincil bir konumda tutmakta, aile içi ilişkilerde hak eşitliğini

sağlayacak ve kadınların durumunu iyileştirecek yeniden yapılanmaları engelleyebilmektedir (22, 24).

Teknoloji ve bilimin ilerlemesiyle toplumsal cinsiyet konusu uluslararası toplantılarda gündeme gelmeye başlamıştır. Birleşmiş Milletler (BM) öncülüğü ile kadınların statüsünü yükseltmeye yönelik bazı aktiviteler ve projeler düzenlenmiştir. 1945 yılında BM'nin kuruluşuna ilişkin taslaktaki "erkekler arasındaki eşitlik" maddesi "kadınlar ve erkekler arasında eşitlik" olarak değiştirilmiştir. 1946 yılında "BM Kadının Statüsü Komisyonu" kurulmuştur ve halen işlevini sürdürmeye devam etmektedir. 1948 yılında kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi"nde bütün insanların eşit doğdukları ve herkesin ırk, renk, cinsiyet, dil, din ayrımı gözetilmeksizin bildirgede bahsedilen tüm hak ve özgürlüklere eşit biçimde sahip olduğu vurgulanmaktadır. BM 1975-1985 yılları arasını "Dünya Kadın On Yılı" olarak ilan etmiştir ve 1979 yılında "Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi (Convention of All Forms of Discrimination Against Women 'CEDAW')" kurulmuş ve "Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi" 130 ülke tarafından imzalanmıştır. Bu tarihten itibaren her dört yılda bir dünyanın dört bir yanından gelen uzmanlarla komite toplanmaktadır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu en son 19. toplantı 21 Haziran 2016 tarihinde New York'ta yapılmıştır. 1980 yılında Kopenhag'ta, 1982 yılında da Nairobi'de kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik başka uluslararası konferanslar da düzenlenmiştir. 2000 yılında BM Milenyum Yeni Bin Yıl Kalkınma Hedefleri Bildirgesi kabul edilmiştir. Bildirgede belirlenen hedeflerden ikisi; "toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik ederek kadının durumunun güçlendirilmesi" ve "maternal mortalite hızlarının düşürülmesi" olarak belirtilmiştir. 2007 yılında New York'ta BM Kadının Statüsü Komisyonu'nun 51. Dönem toplantısı yapılmıştır. Bu toplantının ana konularından biri "kız çocuklarına karşı her türlü ayrımcılığın ve şiddetin önlenmesi" ve "erkeklerin ve erkek çocuklarının cinsiyet eşitliğine ulaşmadaki rolü" olarak belirlenmiştir (14, 15, 25, 26).

2006 yılından itibaren ülkelerin ekonomik, politik, eğitim ve sağlık gibi kriterleri göz önüne alınarak cinsiyete dayalı ayrımların büyüklüğünü ve kapsamını göstermek ve sürecini izlemek için her yıl "Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksleri"

hesaplanmaya başlamıştır. En son 2015 yılında yayımlanan Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi sıralamasına göre eşitliğin en yüksek derecede olduğu ilk beş ülke sırasıyla; İzlanda, Norveç, Finlandiya, İsveç ve İrlanda'dır. Türkiye ise bu 145 ülke içerisinde 130. sırada yer almaktadır (27). Rapor daha detaylı incelendiğinde Türkiye'nin; ekonomik iş gücü ve fırsat eşitliği bakımından 131., eğitimsel kazanımlar bakımından 105., sağlık ve yaşam süresi bakımından 1., siyasi güçlenme bakımından ise 105. sırada olduğu görülmektedir. Çizelge 2.2.1'de Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi sıralamasında 2006-2015 tarihleri arasında Türkiye'nin durumu gösterilmiştir (27).

Çizelge 2.2.1. Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, Türkiye, 2006-2015

YIL	TOPLAM ÜLKE SAYISI	TÜRKİYE SIRALAMASI				
		GENEL	EKONOMİ	EĞİTİM	SAĞLIK	POLİTİKA
2015	145	130	131	105	1	105
2014	142	125	132	105	1	113
2013	136	120	127	104	59	103
2012	135	124	129	108	62	96
2011	135	122	132	106	62	89
2010	134	126	131	109	61	99
2009	134	129	130	110	93	107
2008	130	123	124	108	88	106
2007	128	121	118	110	87	108
2006	115	105	106	92	85	96

2.3. Toplumsal Cinsiyet Kavramının Sosyolojisi

Toplumsal cinsiyet konusu; sosyoloji, psikoloji, tıp, politika, hukuk, aile, eğitim, çalışma yaşamı gibi birçok farklı disiplinde tartışılmaktadır. Bu çok geniş çalışma ve tartışma alanı, sosyal bilimlere önce "feminist çalışmalar" olarak girmiştir. Daha sonra "kadın çalışmaları" olarak adlandırılmış ve en sonunda da "toplumsal cinsiyet çalışmaları" adını almıştır (28). Toplumsal cinsiyet konusu ile ilgili sosyoloji alanında 1970'li yıllarda yapılan çalışmalarda üç önemli aşama

kaydedilmiştir. Birinci aşamada cinsiyet farklılıklarına vurgu yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda farklılıkların, bireylerin biyolojik özelliklerinden kaynaklandığı konusunda fikir birliğine varılmıştır. İkinci aşamada öğrenilen cinsiyet rollerine ve toplumsallaşmaya vurgu yapılmıştır. Toplumsal cinsiyetin toplumsal düzenlemelerin bir ürünü olduğu anlaşılmıştır. Üçüncü aşamada ise toplumsal cinsiyetin bütün sosyal toplumlarda merkezi bir rolünün olduğu fark edilmiştir. Toplumsal cinsiyet tartışmalarında en önemli amaç, erkekler ve kadınlar arasındaki farklılıkların kaynağını bulmaya çalışmaktır. Başka bir ifade ile kavgacı ve saldırgan kişilik özelliklerinin erkelere; çocukları seven, duygusal, merhametli kişilik özelliklerinin ise kadınlara uygun görülmesi; erkeklerin politika, şoförlük, askerlik gibi, kadınların ise öğretmenlik, ebelik, hemşirelik, terzilik gibi mesleklere yönelmeleri; kadınlar günlerini ev işi yaparak, çocuklara bakarak evde geçirirken, erkeklerin ev dışında para kazanmayı görev edinmelerinin sebebinin, onların doğalarına uygun davranmalarının bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı yoksa bu özelliklerin aile içerisinde ve toplumda daha sonradan öğrenilen özellikler mi olduğu psikologlar, psikiyatristler, davranış bilimciler, sosyologlar ve diğer araştırmacılar tarafından uzun yıllardır araştırılmaktadır (28).

Bu konudaki görüşler iki ana grupta incelenebilir.

Doğacı görüş: Doğacı görüşe göre, kadın ve erkeler arasındaki sosyal farklıklar biyolojik farklılıkların bir yansımasıdır. Tarih boyunca fizik olarak erkekler kadınlardan daha güçlü oldukları için avcı ve savaşçı olabilmişlerdir ve evden uzaklaşmışlardır. Kadınlar ise, hem fiziksel olarak daha zayıf oldukları hem de çocuk doğurma özellikleri olduğu için eve bağımlı kalmışlardır. Bu nedenle, erkekler ev dışındaki, kadınlar ev içindeki işleri üstlenmişlerdir ve toplumsal bir iş bölümü "doğal olarak" oluşmuştur (28).

Gelişmeci görüş: Gelişmeci görüşe göre cinsiyet rolleri kültürel olarak belirlenmekte ve sosyal olarak inşa edilmektedir. Biyolojik cinsiyet ile toplumsal cinsiyet arasındaki ilişki zayıf bir ilişkidir. Kadınların çocuk doğurması onları erkeklerden ayıran bir özelliktir ancak bunun dışında pek çok alanda aralarındaki biyolojik farklılıkların önemi kalmamıştır. Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte kas gücü kullanılarak yapılan iş türleri azalmıştır. Dolayısıyla kadınlar da erkeklerin yapabileceği pek çok işi yapabilmektedirler. Erkelerin de ev içindeki işleri

yapamamaları için biyolojik bir engel bulunmamaktadır. Düşünme, karar verme, davranma gibi toplumsal özelliklerin belirlenmesi kadın veya erkek bedenine sahip olmakla ilgili değildir. Dolayısıyla insan davranışını belirleyen onun yetiştiği sosyal ve kültürel çevredir (28).

Sosyalleşme süreci ile ilgili çalışmalarda kadın ve erkeğin doğuştan itibaren farklı yetiştirilme durumları incelenmiştir. Örneğin kızlara pembe erkeklere mavi renklerde kıyafetler giydirilmesi, daha sonra kız çocuklarının bebek, erkek çocuklarının araba gibi farklı oyuncaklara yönlendirilmesi, kızların sosyal bilimler ve edebiyat erkeklerin fen bilimleri ve mühendislik gibi farklı okullara yönlendirmesi gibi davranışlar kadın ve erkeğin toplum tarafından nasıl farklı etkilendiğini ve yönlendirildiğini göstermektedir (28). Ayrıca sosyolojik açıdan, yaşanılan toplumda uzun yıllardır kullanılan atasözü, deyim gibi kalıplaşmış söz öbekleri de toplumların cinsiyetçi bakış açılarını yansıtabilmesi bakımından önemlidir. Örneğin ülkemizde bu atasözü ve deyimlerin kadınlara genel olarak yemek yapmak, babasına ve eşine itaat etmek; erkeklere çalışıp para kazanmak gibi sorumluluklar yüklediği görülmektedir (29, 30). "Erkek iş başında kadın aş başında belli olur", "kızını dövmeyen, dizini döver", "kadının sırtından sopayı, karnından sıpayı eksik etmeyeceksin" gibi sözler bu duruma örnek olarak gösterilebilir.

Sonuç olarak bilim insanları tarafından yapılan araştırmalar, cinsiyetler arasında biyolojik farklılıkların var olduğunu, ancak bunun mevcut toplumsal farklılıkları açıklayacak veya kadın erkek eşitsizliğinin meşru olduğunu gösterecek toplumsal özellikler olmadığını göstermektedir (28)**.**

Ayrıca antropolojik verilerde de farklı toplumlarda ve kültürlerde hatta aynı toplumun farklı dönemlerinde bile kadınlar ve erkeklerin farklı şekilde davrandıkları gösterilmiştir (20). Gelişmeci görüşü savunanlara göre eğer davranışlar biyolojik özelliklerden kaynaklanıyor olsaydı bu farklılıkların da olmaması gerekirdi. Düşünürler açısından biyolojik olan cinsiyet (sex) ile toplumsal temelli olduğu düşünülen toplumsal cinsiyet (gender) arasındaki farklılıkların anlaşılması önemlidir. Çünkü eğer cinsiyet farklılıkları biyolojik olarak belirleniyorsa ve sosyal olarak inşa ediliyorsa kadınların ve erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleri değişebilir demektir (28).

Doyal'ın aktardığına göre ise, Birleşmiş Milletler Kahire ve Pekin konferansında katılımcılar "cinsiyet eşitliği"ni kabaca üç gruba ayırarak incelemişlerdir. Bu gruplardan her biri cinsiyet eşitliğini farklı bir yolla açıklamaktadır: Birinci grup "gelenekçiler (traditionalists)" olarak adlandırabilir ve bakış açıları "doğacı görüş"ü savunanlara benzemektedir. Bu grubun çoğunluğu milliyetçi ve /veya dini inançlara sahiptir ve cinsiyetçilikle ilgili görüşleri de bu inançlara dayanmaktadır. Bu grubun üyeleri kadınlar ve erkekler arasındaki farkları "doğal" olarak görürler ve bu nedenle bu farklılıklar onlar için kaçınılmazdır hatta istenen bir durumdur. Dolayısıyla onların görüşlerine göre kamu politikaları kadınlar ve erkekler için farklı ve eşitlikçi olmalıdır. Çünkü kadınlar ve erkeklerin farklı ihtiyaçları vardır. İkinci grup, "radikal feministler (feminist radicals)" olarak adlandırılır. Bu grup cinsiyetler arasında daha fazla eşitlik olması gerektiğine inanır ancak bunun siyasi bir hedef olarak "cinsiyet eşitliği"nin kabul edilmesi ile sağlanabileceğine inanmazlar. Çünkü cinsiyet eşitliği politikalarında çok sık teknolojik düzeltmeler kullanıldığını iddia etmektedirler. Bu düşünceyi savunanlara göre, cinsiyet eşitliği ile ilgili bir politika tanıtıldığında, iktidardakilerin bu sorunu çözülmüş gibi gösterip başka bir konuya geçmeleri oldukça kolaydır. Şüpheci yaklaşımları olan radikal feministlere göre en iyi strateji, tek bir noktaya odaklanmak ve kadın erkek eşitliğinden ziyade kadın hakları ile ilgili konuları takip etmektir. Üçüncü grup, "radikal toplumsal cinsiyetçiler (gender radicals)" olarak geçer. Bu grup ortadaki zorluklara karşın sağlıkta daha fazla cinsiyet eşitliğini değerli bir hedef olarak görürler ve bunun peşine düşerler. Kavramsal düzeyde kadın ve erkek sağlığı üzerine cinsiyet eşitsizliğinin etkisi olmasına vurgu yaparlar ve sosyal eşitlik için büyük kampanyalar, fırsatlar, politikalar oluşturulması gerektiğini savunurlar (31). Radikal toplumsal cinsiyetçiler "sağlıkta cinsiyet farklılıkları"na dikkat çekmektedirler. Cinsiyet farklılıkları, aslında kadınlar ve erkeklerin sağlık durumlarının ve sağlık hizmetlerini kullanmaları gibi faktörlerin karşılaştırılmasıdır. Toplumsal cinsiyetin sağlık üzerindeki etkisi genellikle cinsiyet farklılıkları ile ölçülmez. Cinsiyet farklılıkları genellikle toplumsal cinsiyet eşitliği için gereksinimleri sağlamak ve toplumsal cinsiyet etkisinin bir göstergesini sağlamak için kullanmaktadır (32).

2.4. Toplumsal Cinsiyetin Kadın ve Erkek Sağlığına Etkisi

Toplumsal cinsiyet hem kadın hem de erkek sağlığını çok çeşitli yönlerden etkilemektedir. Ancak toplumsal cinsiyet çalışmalarında "erkek olmak" uzun yıllardır atlanan ve gözden kaçırılan bir konudur. Özellikle 1960'lı yıllarda yükselen feminist hareketle birlikte kadınlar üzerine yapılan birçok çalışma yayımlanmaya başlanmıştır. Bu çalışmalar daha çok kadın sağlığı ile ilgilidir. Çoğu erkek ataerkil sistemin onlara dayattığı kurallara uyum sağlayarak ataerkilliğin gerektirdiği bazı nitelikleri elde etmeye çalışmakta ve ataerkil sistemin içinde yer almaktadır fakat bu nitelikleri elde etme süreci erkekler için sıkıntılı, yorucu ve kendilerini kanıtlamaları gereken bir süreç olabilir ve erkek sağlığını olumsuz etkileyebilir (33). DSÖ kadınlar ve erkekler arasındaki eşitsizlikleri incelerken erkeklerin rol ve sorumluluklarına da özellikle dikkat edilmesi gerektiğini belirtmiştir (16). Örneğin adölesan ve genç yetişkin erkekler sıklıkla "erkeksi" özelliklerle ilişkilendirilen riskli davranışları alışkanlık haline getirebilmektedirler. Hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde genç yetişkinlik döneminde trafik kazaları, kişiler arası şiddet ve kendine zarar verme davranışları erkeklerde daha fazla ölüme neden olabilmektedir. Aynı zamanda gelişmiş ülkelerde yaralanmalar genç kadınlar için de önde gelen bir ölüm nedeni olmasına rağmen mortalite oranları genç erkeklere göre çok daha düşüktür. İleri yaşlarda kardiyovasküler hastalıklar, kanser, obstrüktif akciğer hastalıkları ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar en sık görülen ölüm nedenleridir ve bu hastalıkların risk faktörlerinde de cinsiyet farklılıkları olduğu görülmektedir. Örneğin, bu hastalıklar için risk faktörü olan sigara ve alkolü erkekler kadınlara göre çok daha fazla tüketmektedirler. Sigara içme oranı erkelerde %36, kadınlarda %8; alkol kullanma oranı ise erkeklerde %48, kadınlarda %29'dur (34). Amerika'nın neredeyse bütün bölgelerinde alkol kullanma sıklığının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (35).

Her ne kadar toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin hem erkek hem kadın sağlığı üzerine olumsuz etkileri olsa da veriler asıl mağdur olan tarafın kadın olduğunu göstermektedir. Yıllar boyunca tıbbi ve teknolojik gelişmeler beklenen yaşam süresini artırmaktadır ve 2015 yılı için beklenen yaşam süresi kadınlarda 73,7, erkeklerde 69,1 yıldır (36). Yaş grupları ve bölgelere göre yapılan mortalite

analizlerinde kadınlar ve erkeklerin ölüm nedenlerinin farklı olduğu görülmektedir. Dünyada tüm bölgelerde yaşam boyunca biyolojik faktörlerin yanı sıra toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve toplumsal cinsiyet normlarının neden olduğu cinsiyet farklılıkları özellikle kadınların sağlık çıktılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Eğitime ve bilgiye ulaşmada yaşanan güçlükler, erken evlilikler, evliliklerde veya ilişkilerde kadınların karar verme haklarının olmaması kadınlarda cinsel yollarla bulaşan hastalıkların insidansının artmasına, istenmeyen gebeliklerin ve sağlıksız düşüklerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Çocuk yaşta evlenme kız çocuklarında erkek çocuklarına göre daha fazladır. Üstelik kızlar çoğunlukla yaşlı erkeklerle evlendirilmektedirler ve bu durum onların ev işlerinde, üreme ve kadın sağlığıyla ilgili konular da dâhil olmak üzere ilişkilerinde kendi kararlarını vermelerini zorlaştırabilmektedir. Çocuk yaşta evlenenlerin prevelansı pek çok ülkede özellikle de Güney Asya ve Sahra altı Afrika'da yüksektir. Çocuk yaşta evlilikler; erken gebeliklere, sosyal izolasyona, eğitim ve çalışma yaşamında fırsatların azalmasına neden olmaktadır. 2010 yılında toplamda 20-24 yaşlar arasındaki evli kadınların %26'sı 18 yaşından önce evlenmişlerdir bu değer 1995 yılındaki değerden sadece %5 daha azdır. Güney Asya ve Sahra altı Afrika'da 18 yaşından önce evlenen kadın oranı en yüksektir. (Güney Asya: %44, Sahra altı Afrika: %40) (34).

Cinsiyet eşitsizliğinin bir diğer göstergesi de kadına yönelik şiddettir. Erkek uyguladığı şiddeti kadının, toplumun kadın için belirlediği ‘‘genel ahlak’’ kurallarına uymadığı ile gerekçelendirir. Cinsiyetçi bakış açısında sahip kişiler için bu durum, erkeğin kadını şiddet uygulama yolu ile cezalandırmasına olanak sağlamaktadır (37). Dünya çapında yaşları, gelir düzeyleri ve eğitim seviyeleri ne olursa olsun kadınlar fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddete maruz kalmaktadırlar (34). Kadınlara uygulanan fiziksel şiddet herhangi bir kişi tarafından vurulma, ısırılma, iteklenme, yakılma, bıçaklanma; cinsel şiddet tecavüze uğrama, rızası olmadan dokunma, para karşılığında cinsel ilişkiye zorlanma; psikolojik şiddet insanların önünde rencide edilme, aileden ve arkadaşlardan uzaklaştırılma izole edilme; ekonomik şiddet eğitim ve iş olanaklarına ulaşımını engelleme, maddi konularda karar verme hakkını elinden alma gibi davranışlarla olmaktadır. Bununla beraber “kadın sünneti (genital mutilasyon)” de fiziksel, cinsel ve psikolojik

şiddetin göz ardı edilmemesi gereken bir başka şeklidir (38). Bugün Afrika ve Orta Asya'da şiddetin özel bir biçimi olan "kadın sünneti (genital mutilasyon)"nin yapıldığı 125 milyondan fazla genç kız ve kadın yaşamaktadır. Hangi türde olursa olsun yaşanan şiddet uzun dönemde fiziksel, mental ve duygusal sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Dünyadaki kadınların yaklaşık üçte biri yaşamları boyunca partnerleri ya da herhangi başka biri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmışlardır. Şiddeti en çok kadınların kişisel partnerleri uygulamaktadır ve reprodüktif dönemde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde uygulanan şiddet sıklığı artmaktadır. Çok ciddi vakalarda şiddet ölüme de neden olabilmektedir ve kişisel partneri ya da aile bireyleri tarafından şiddete uğrayarak ölenlerin yaklaşık üçte ikisi kadındır (34). Türkiye de kadına yönelik şiddetin sık görüldüğü ülkelerden birisidir. 2009 yılında hayatı boyunca kadınların %41,9'u kişisel partnerleri tarafından fiziksel ve cinsel şiddete uğramışlardır (39). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre kadınların toplumsal cinsiyet ve şiddetle ilgili tutumları incelendiğinde yıllar içerisinde olumlu yönde bir değişim olduğu görülmektedir. TNSA'da kadınların fiziksel şiddete yönelik tutumlarını araştırmak için onlara bir erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulamasını doğru bulup bulmadığına ilişkin bazı durumlar sorulmuştur. Bu durumlar şunlardır: "Kadın yemeği yaktığında", "kadın eşine karşılık verdiğinde", "kadın çocukları ihmal ettiğinde", "kadın cinsel ilişkiyi reddettiğinde" ve "kadın eşine haber vermeden çıkarsa". Çizelge 2.4.1'de 2003, 2008 ve 2013 yıllarında kadınların fiziksel şiddete yönelik tutumlarının değişimi görülmektedir (40, 41, 42).

Çizelge 2.4.1. Fiziksel şiddete yönelik tutumlar (%) (TNSA 2003, 2008, 2013)

	Erkeğin kadına fiziksel şiddet uygulamasının doğru bulunduğu durumlar: Eğer kadın;					
	Yemeği yakarsa	**Eşine karşılık verirse**	**Çocukların bakımını ihlal ederlerse**	**Cinsel ilişkide bulunmayı reddederse**	**Lüzumsuz para harcarsa**	**Belirtilen nedenlerden en az birini doğru bulma**
2003	5,8	29,1	23,2	16,3	27,0	39,2
2008	2,5	11,0	14,5	5,4	15,4	24,7
2013	1,2	6,2	8,8	2,5	-	13,3

Kadınların yaşadıkları bir diğer sorun da bekâretin göstergesi olarak algılanan kızlık zarı muayenesidir. Kızlık zarı kadınların cinselliğinin denetlenmesi için bir araç olarak görülmektedir. Kızlık zarı muayenesi ile kadınların kendi bedenleri üzerindeki söz hakları ortadan kalkmakta; kadınlarda fiziksel, psikolojik sorunlara hatta intihar ve namus cinayetlerine neden olabilmektedir. Türkiye'de yapılan niteliksel bir çalışmada hem erkekler hem de kadınlar bekâretin çok önemli olduğunu, bunun nedeninin ise "toplumsal baskı" olduğunu vurgulamışlardır (43). Kızlık zarı muayenesi yapılması bilirkişi olmaları nedeni ile hekimleri de ilgilendiren bir konudur ve hekimlerin bu konudaki davranış şekilleri önemlidir. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu bekâret testini "toplumsal cinsiyet temelli şiddet" olarak kabul ettiğini ve kızlık zarı muayenesinin birliğin ilkelerine aykırı olduğunu bildirmiştir (44).

Tüm bu veriler toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığını daha çok olumsuz etkilediğini göstermektedir ancak eşitsizliklerle mücadele etmek yalnızca kadınların sorumluluğunda olmamalıdır. DSÖ, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine karşı mücadelede erkeklerle kadınların birlikte hareket etmesi gerektiğine hatta erkeklerin katılımlarının daha fazla değişikliğe sebep olabileceğine dikkat çekmiştir (16).

2.5. Toplumsal Cinsiyet ve Çalışma Hayatı

Yapılan çalışmalar cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık konusunda çoğunlukla kadınların daha dezavantajlı durumda olduğunu göstermektedir ve toplumsal yargıların oluşturduğu bu görünmeyen engeller literatürde "cam tavan (glass ceiling)" olarak adlandırılmaktadır (45). Draulans'ın aktardığına göre "cam tavan (glass ceiling)" kavramı ilk defa Morrison White ve Van Velson tarafından yazılan ve 1987 yılında yayımlanan; "Cam Tavanların Kırılması: Kadınlar Amerika'nın Zirvesine Ulaşabilirler mi? (Breaking the Glass Ceiling: Can Women Reach the Top of America?)" adlı kitapta kullanılmıştır. Bu metaforun kullanılması ile araştırmacılar yönetici pozisyonlarında kadınların neden erkeklere göre daha az yer aldıklarını bulmaya çalışmışlardır (46). Cam tavan özellikle büyük şirketlerde ve yönetici pozisyonlarında aşılması zor bir engel olarak görülmektedir. Dünyanın en önde gelen 500 şirketindeki yöneticilerin %4'ünden daha azı kadındır (34).

Kadınların cam tavanlar nedeni ile yaşadıkları bu engeller en belirgin olarak gelir ve servet dağılımına yansımaktadır. Dünya çapında kadınlar erkeklerin kazandıkları kazancın yarısından biraz fazla kazanabilmektedirler. Günde 1 dolar ya da daha az kazanan 1,5 milyar insanın çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum; "Yoksulluğun Feminizasyonu (The Feminization of Poverty)" olarak adlandırılmaktadır (47). Yoksulluğun feminizasyonu terimi ilk kez 1970'li yıllarda Amerika'da kullanılmıştır. Daha sonraki yıllarda hem akademik alanda çalışanlar hem de politika yapıcılar bu fenomen üzerinde tartışmaya başlamışlardır (48). Yoksulluğun feminizasyonu hem zengin hem de yoksul ülkelerde mevcuttur ve çalışma yaşamında kadınların eşit olmayan durumunu ve ev içindeki düşük statülerini yansıtan bir göstergedir (49).

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development "Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü") ülkeleri karşılaştırıldığında kadının iş gücüne katılma durumu 2011 yılında %77,3 ile en yüksek oranda İzlanda'da, %27,8 ile en düşük oranda Türkiye'dedir. Yine Türkiye'de 2004 ve 2005 yıllarında iş gücüne katılma oranı erkeklerde %70,3'den %71'e, kadınlarda %23,3'den %29,5'e yükselmiştir (50). 2014 yılında ise bu oran erkeklerde %71,3, kadınlarda %30,3'tür (51). 2012 yılında iş gücüne dâhil olmayan kadınların %61,3'ü ev kadını, %11'i öğrencilerden oluşmaktadır. İstihdam edilenlerin işteki durumuna bakıldığında, 2012 ve 2014 yıllarında çalışan kadınların yaklaşık üçte birinin ücretsiz aile işçisi olduğu dikkat çekmektedir (50, 51). Cinsiyet eşitsizliğinin en çok görüldüğü sektörlerden birisi üretim sektörü olarak saptanmıştır (52). Tarım sektöründe toplam çalışan sayısı her iki cinsiyette de azalmış olsa da 2012 yılında da yine kadın (%39,3) erkek (%18,4) oranının fazla olduğu görülmektedir. İşsizlik oranı kadınlarda erkeklerden daha fazladır. 2012 yılında kadınların %10,8'i, erkeklerin %8,5'i işsizdir. Yine genç (15-24 yaş) işsizlik oranı da kadınlarda (%19,9) erkeklerden (%16,3) daha fazladır (50).

ILO (International Labour Office "Uluslararası Çalışma Örgütü")'nun 2014 yılı dünya çalışma raporuna göre cinsiyete göre işsizlik oranları değişmektedir. Bölgesel olarak en yüksek işsizlik oranları Orta Doğu ve Kuzey Afrika Bölgeleri'nde görülmektedir. 2014 yılında işsizlik oranı kadınlarda %6,4 iken erkelerde %5,7'dir. Orta Asya ve Avrupa'nın Merkezi ve Güney Doğusu hariç diğer

bütün bölgelerde kadınlardaki işsizlik oranı erkeklerden daha yüksektir (53). Yine bu rapora göre cinsiyete dayalı ücret farkı toplamda kadın ücretinin lehine iken, eğitim durumuna göre incelendiğinde tüm eğitim durumu basamakları için erkek ücreti lehinedir. Göstergenin toplamda kadın lehine olması ücretli çalışanların eğitim durumuna göre dağılımının incelenmesi ile açıklığa kavuşmaktadır. Buna göre, ücretli çalışan kadınların en yoğun bulundukları eğitim durumu %35,3 ile yüksekokul ve üstü iken, erkekler için bu grup %27,4 ile ilkokul ve altıdır (53).

Aynı işi yapan kadın ve erkeklerde de yine kadınların dezavantajlı olduğu görülmektedir. Yarı süreli çalışma imkânı kadın ve erkeklerin her ikisi için de eşit ulaşılabilirlikte olsa da kadınlara yüklenen bakıcılık, ailede daha az kazanan birey olma gibi bir takım nedenlerle daha çok kadınlar tarafından tercih edilmektedir. Böylece yarı süreli çalışma aile sorumlulukları ve iş yaşamında dengeyi sağlamak için bir çözüm sunmaktadır. 2007 yılında Hollanda'da kadınların %60'ının yarı süreli çalıştığı bilinmektedir. Yine Kuzey ve Batı Avrupa ülkelerinde de yarı süreli çalışma kadınlarda daha yaygındır, Almanya, İrlanda, İsviçre ve İngiltere'de yarı süreli çalışan kadın oranı %35'i aşmaktadır. Avrupa dışında Arjantin, Avustralya, Yeni Zelenda gibi ülkelerde %35'i, çoğu Latin Amerika ülkesinde ise %20'yi aşmaktadır (52). Kadınlar daha çok yarı süreli ve sözleşmeli çalıştıkları için aynı işi yapan erkeklere göre daha az ücret almaktadırlar. Daha niteliksiz ve daha düşük ücretli işleri yapanlar da yine kadınlardır. Bütün Avrupa Birliği ülkelerinde tam süreli kadınların ücretleri tam süreli erkeklerin ücretlerinden %15 daha düşüktür ve bu farkın üç önemli nedeni bulunmaktadır: Birinci neden kadın ve erkelerin yaptığı işlerin farklı olmasıdır. Kadın çalışanlar erkelere göre daha kötü koşullarda düşük ücretle çalışmaktadırlar. İkinci neden çalışan kadınların daha genç olmasıdır. Son neden ise kadınların iş yerindeki statüsünün daha düşük olması olarak belirtilmektedir (54). Ücretlerdeki cinsiyet eşitsizliğinin sağlık alanında da olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (55, 56, 57). Çizelge 2.5.1'de ülkelere göre ücretlerdeki cinsiyet eşitsizliği gösterilmektedir. Çizelgeye göre birçok ülkede eşitsizliğin azalarak devam ettiği ve 2004 yılında Avrupa'da %15 olduğu görülmektedir. Finlandiya, Danimarka, Almanya gibi bazı ülkelerde ise 2001-2004 yılları arasında eşitsizlik oranı artmıştır (58).

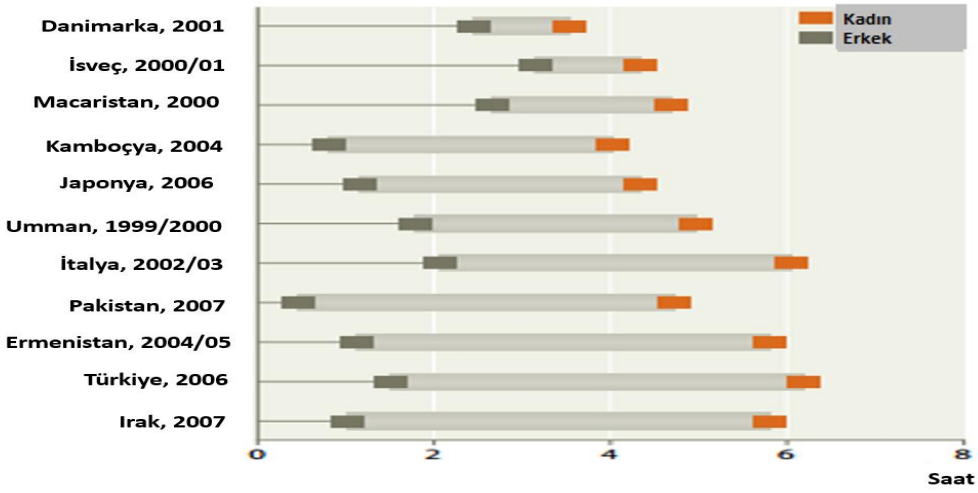
Çizelge 2.5.1. Ülkelere göre ücretlerdeki cinsiyet eşitsizliği (%)

ÜLKELER	1996	2001	2004
Malta	-	10	4
İtalya	8	6	6
Portekiz	6	10	9
Slovenya	15	11	9
Polonya	-	15	10
Yunanistan	15	18	10
İrlanda	21	17	11
Macaristan	21	19	11
Belçika	10	12	12
Fransa	13	14	12
Letonya	20	16	15
İspanya	14	17	15
25 AB ortalaması	18	17	15
Litvanya	22	16	16
İsveç	17	18	17
Avusturya	20	20	17
Danimarka	15	15	18
Hollanda	23	19	19
Çek Cumhuriyeti	23	26	19
Finlandiya	17	17	20
İngiltere	24	21	22
Almanya	21	21	23
Slovakya	19	20	24
Estonya	27	24	24
Kıbrıs	28	26	25

Kaynak: The Coordination of Collective Bargaining, 2007

Somut olarak açıkça görülen bazı sayısal verilerin yanı sıra kadınlar iş yaşamında genellikle gizli ayrımcılıklarla da karşılaşabilmektedir. Kadınların algıladıkları cinsiyet ayrımcılığı, genellikle kendisine, ötekine göre farklı ve adaletsiz davranıldığıdır. Bu algısına göre kadın, iş yaşamında sistematik olarak dezavantajlıdır. Bu tarz davranışlara maruz kalan kadınların belirli tür işlerde ve belirli sektörlerde yoğunlaşmaları iş gücü piyasasının cinsiyete göre ayrışmasına neden olmaktadır (59). ILO raporlarına göre okul öncesi ve ilköğretim öğretmenliği, hemşirelik, ebelik, sosyal hizmet uzmanlığı, sekreterlik, kâtiplik, yönetici yardımcılığı gibi mesleklerde kadınlar; madencilik, taş kesiciliği, oymacılık, inşaat ve bina ile ilgili işler, boyacılık, şoförlük gibi mesleklerde ise erkekler daha yoğun görev yapmaktadırlar (60).

Toplumsal cinsiyet normlarına göre kadının çalışma yaşamında olması kendisine yüklenen rol ve görevlerden muaf olacağı anlamına gelmemektedir. Özellikle daha az gelişmiş ülkelerde kadınlardan iyi bir eş, iyi bir anne, iyi bir ev kadını olmaları beklenmektedir (61). Şekil 2.5.1'de seçilmiş bazı ülkelerde cinsiyete göre ev işleri, aile bireyleri ile ilgilenme ve gönüllü/toplumsal çalışmalara ayrılan ortalama zaman görülmektedir. Burada adı geçen "ev işleri" günlük yemek hazırlama, bulaşık yıkama, ev temizliği, giyim ve ayakkabı bakımı, çocuk bakımı, çocukların öğrenimine yardımcı olma, alışveriş yapma ve gider yönetimini içermektedir. Şekilde kadınların bu aktiviteler için erkeklere göre daha fazla zaman ayırdıkları görülmektedir. Ayrıca kadın ve erkek arasındaki farkın, Türkiye, Irak, Pakistan gibi ülkelerde dört-beş saat fazla iken; Danimarka ve İsveç'te bir ya da iki saat olduğu da dikkat çekicidir (52).



Şekil 2.5.1. Seçilmiş ülkelerde cinsiyete göre ev işleri, aile bireyleri ile ilgilenme ve gönüllü/toplumsal çalışmalara ayrılan ortalama zaman, The World's Women, 2010

Türkiye'de cinsiyete göre zaman kullanımı detaylı olarak incelendiğinde, erkelerde kazanç amacıyla çalışılan zamanın, kadınlarda ise ev işlerine harcanan zamanın yüksek olduğu açıkça görülmektedir (Çizelge 2.5.2) (50).

Çizelge 2.5.2. Cinsiyete göre zaman kullanımı (saat), 2006

	KADIN	ERKEK	TOPLAM
Kazanç amacıyla çalışılan zaman	1,13	4,45	2,78
Serbest zamanda okulda çalışmalarına devam eden	0,33	0,40	0,37
Ev işleri	5,28	0,85	3,08
Seyahat	0,92	1,72	1,30
Uyumak	8,60	8,45	8,53
Atıştırmak, bir şeyler içmek	2,63	2,75	2,70
Kişisel bakım	0,00	0,00	0,00
Serbest zaman aktiviteleri genel	5,10	5,38	5,23
Diğer aktiviteler	0,00	0,00	0,00
TOPLAM	24,00	24,00	24,00

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın, 2012

Cinsiyete göre ev içi etkinliklere harcanan zaman ayrıntılı olarak incelendiğinde yemek hazırlığı, bulaşık yıkama, temizlik, ev işleri, çocuk bakımı gibi etkinliklere kadınların daha çok zaman harcadığı görülmektedir. Bahçe işleri, inşaat, onarım ve alışveriş gibi etkinliklere kadınlar ve erkeklerin yaklaşık eşit miktarda zaman ayırdıkları; çamaşır, ütü, dikiş, nakış gibi etkinliklere erkeklerin hiç zaman ayırmadıkları görülmektedir. (Çizelge 2.5.3) (50).

Çizelge 2.5.3. Cinsiyete göre ev içi etkinliklere göre harcanan zaman (saat), 2006

EVİÇİ ETKİNLİKLER	KADIN	ERKEK
Yemek Hazırlığı ve Bulaşık Yıkama	2,43	0,12
Temizlik ve Ev İşleri	1,12	0,12
Çamaşır, Ütü, Dikiş, Nakış	0,57	0
Bahçe İşleri, İnşaat ve Onarım	0,15	0,17
Alışveriş	0,22	0,23
Çocuk Bakımı	0,73	0,17

Hanede işleri yapan hane halkı üyeleri incelendiğinde ise, ev işlerinde kadınların erkeklerden, kız çocuklarının da erkek çocuklarından çok daha fazla aktif olduğu görülmektedir (Çizelge 2.5.4) (62).

Çizelge 2.5.4. Hanede işleri yapan hane halkı üyeleri, 2011 (%)

Ev İşleri	Erkek/Baba	Kadın/Anne	Kız çocuk	Erkek çocuk	Hane ferdi olmayan akraba	Ücret karşılığı dışarıdan biri	Evimizde yapılmıyor
Yemek yapma	5,1	94,7	11,2	0,6	1,3	0,3	0,2
Ütü	3,7	88,5	13,2	0,9	1,2	0,6	3,4
Çamaşır	2,7	93,8	11,6	0,7	1,1	0,4	0,1
Bulaşık	3,3	93,2	13,1	0,6	1,1	0,4	0,2
Basit dikiş	2,3	93,0	10,5	0,5	1,1	0,5	0,7
Akşamları çay servisi	7,4	89,5	16,9	1,7	1,0	0,2	0,9
Sofranın kurulup kaldırılması	9,9	91,2	18,4	2,8	1,0	0,2	0,2
Evin günlük toplanması ve temizlenmesi	4,4	92,4	15,6	1,2	1,2	0,6	0,2
Evin haftalık-aylık temizliği	4,7	90,9	15,4	0,9	1,4	2,7	0,2
Günlük yiyecek-içecek alışverişi	41,3	73,6	8,7	4,3	0,7	0,2	0,5
Aylık faturaların ödenmesi	74,4	25,5	3,6	6,6	1,1	0,3	0,4
Küçük bakım, onarım, tamir	70,8	11,6	1,5	6,7	2,4	14,9	0,8
Evin badanası, boyası	48,0	14,3	1,8	5,5	3,4	36,4	1,7

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması

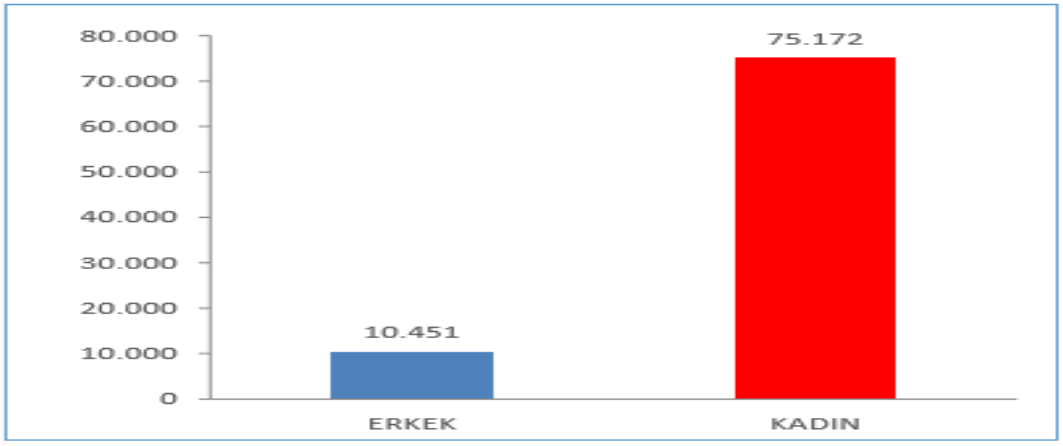
2.6. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık Çalışanları

Dünyada 2013 yılında toplam 43 milyon 500 bin sağlık çalışanı bulunmaktadır ve bunun 9,8 milyonu hekimdir. 2030 yılında hekim sayısının 13,8 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (63). DSÖ 2005 yılı verilerine göre dünyadaki hekimlerin %70'inden fazlası, 2008 yılı verilerine göre ise %58'i erkektir (64, 65).

Sağlık işgücünde daha eski zamanlarda kadın erkek eşitliğinden bahsedilirken 2000'li yıllarda sağlık işgücünün yarısından fazlasının kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Bu durum, "işgücünün feminizasyonu" olarak ifade edilebilir (7, 66). Sağlık alanında kastedilen "feminizasyon" sadece hekim sayısı ile ilgili değil bu alanda çalışan tüm kadın sayısı ile ilgilidir. Türkiye İstatistik Kurumu

(TUİK) 2014-2015 yılı verilerine göre sağlık ve refah alanında eğitim alan erkek öğrenci sayısı 71.147 iken, kadın öğrenci sayısı 120 856'dır. Ayrıca 2014 yılında insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri alanında istihdam edilen erkek sayısı 318.000 iken, kadın sayısı 654.000'dir (51).

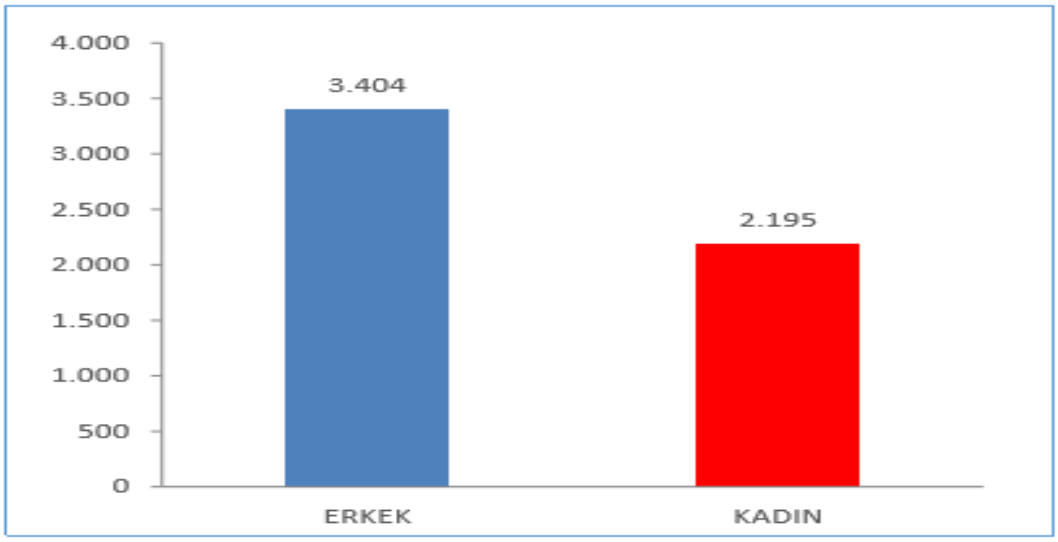
Türk aile yapısına bakıldığında aile üyelerinin bakımından kadın sorumludur. Başta çocuklar olmak üzere eşlere, eğer varsa yaşlı ve hasta kişilere bakmak evdeki kadının görevi olarak kabul edilmektedir. Kadının ev içinde gerçekleştirdiği bu görünmeyen hizmet aslında toplumun yeniden üretimine katkı sağlamaktadır. Kadınlar evin içindeki hasta bireylere bakarken, evin dışındaki hastalara bakmak tarihsel olarak erkek işi olarak görülmüştür. Dünyanın her yerinde "bakım hizmeti" ve "bakım rolü" çok eski dönemlerden beri varlığını sürdürmüş ve buradaki iş bölümünün mesleklere de yansıması olmuştur. Bu cinsiyetçi yapı, sağlık sektörü için "yatay ayrışma" olarak tanımlanmaktadır (7). Kadınların hemşirelik mesleğini daha çok tercih etmelerinin nedeninin mesleğin fedakârlık gerektirmesinden dolayı olduğu düşünülmektedir. Evdeki çocuklara, yaşlılara, hatta eşine bakım rolünü üstlenen kadın, hemşirelik mesleğinde de hasta kişilere bakım vererek bu görevine ev dışında da devam edebilmektedir (67, 68). Böylelikle tıbbi hizmetler içinde daha değerli olarak görülen cerrahlık, klinisyenlik gibi işlerde erkekler yoğunlaşırken, sağlıkta bakımın ön plana çıktığı ve daha çok yardımcı sağlık personeli olarak nitelendirilen hemşirelik, ebelik gibi mesleklerde kadınların yoğunlaştığı görülmektedir (7). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2014 yılı sağlık insan gücü analizi raporuna göre, hemşirelerin 75.172'si (%88) kadın iken, 10.451'i (%12) erkektir (Şekil 2.6.1) (69).



Şekil 2.6.1. Hemşirelerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014)

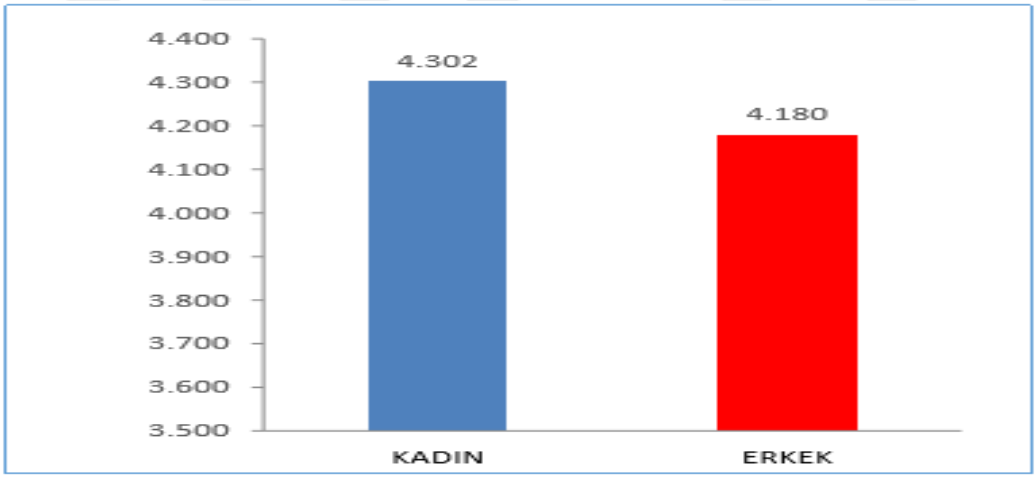
Cinsiyetin hekimlik mesleğine olan etkisi incelendiğinde dünyada çeşitli ülkelerde genellikle erkek hekim sayısının kadın hekim sayısından fazla olduğu, özellikle cerrahi uzmanlık alanlarında bu sayıların erkek hekim lehine daha da arttığı görülmektedir. Örneğin Amerika Tıp Fakülteleri Birliğinin 2012 yılında yayımladığı verilere göre 2010 yılında Amerika'da aktif olarak görev yapmakta olan hekimlerin %69,6'sı erkek, %30,4'ü kadındır (70). 2014 yılında yayımlanan 2013 yılı verilerine göre ise kadın hekim oranı az miktarda artarak %32,6 olmuştur (71). Bu raporlara göre 2010 yılında erkek hekimlerin en çok bulunduğu uzmanlık alanları sırası ile ortopedik cerrahi, göğüs cerrahisi, vasküler cerrahi iken; kadınların en çok bulunduğu uzmanlık alanları sırası ile pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum ve geriatrik tıptır (70). Amerika'da 2013 yılında ortopedik cerrahi hekimlerinin neredeyse tamamı (%95,4) erkek iken yalnızca %4,6'sı kadın; göğüs cerrahisi hekimlerinin %94,5'i erkek iken %5,5'i kadın; beyin cerrahisi hekimlerinin %92,7'si erkek iken %7,3'ü kadındır (71). Dünyadaki gelişmiş ülkelerden bir diğeri olan Kanada'da toplamda diğer ülkelere göre kadın/erkek hekim oranı çok farklı olmamasına (erkek:%59,6, kadın:%40,3) ve son yıllarda kadın cerrah sayısında artma olmasına rağmen, cerrahi alanlarda görev yapmakta olan hekimler ayrıntılı olarak incelendiğinde yine erkek lehine dikkat çekici bir yükseklik olduğu görülmektedir (erkek: %72,7, kadın:%27,3). Kanada'da erkeklerin en çok bulunduğu uzmanlık alanları sırası ile kardiyak cerrahi, üroloji, beyin cerrahisi, kardiyotorasik cerrahi, ortopedik cerrahi iken; kadınların en çok bulunduğu uzmanlık alanları sırası ile gelişimsel pediatri, ana-çocuk sağlığı, jinekolojik onkoloji, pediatrik acil tıp ve pediatrik hematolojidir (72, 73).

Türkiye'deki durum incelendiğinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2014 yılı sağlık insan gücü analizi raporuna göre, pratisyen hekimlerin 3.404'ünün (%61) erkek, 2.195'inin (%39) kadın olduğu görülmektedir (Şekil 2.6.2) (69).



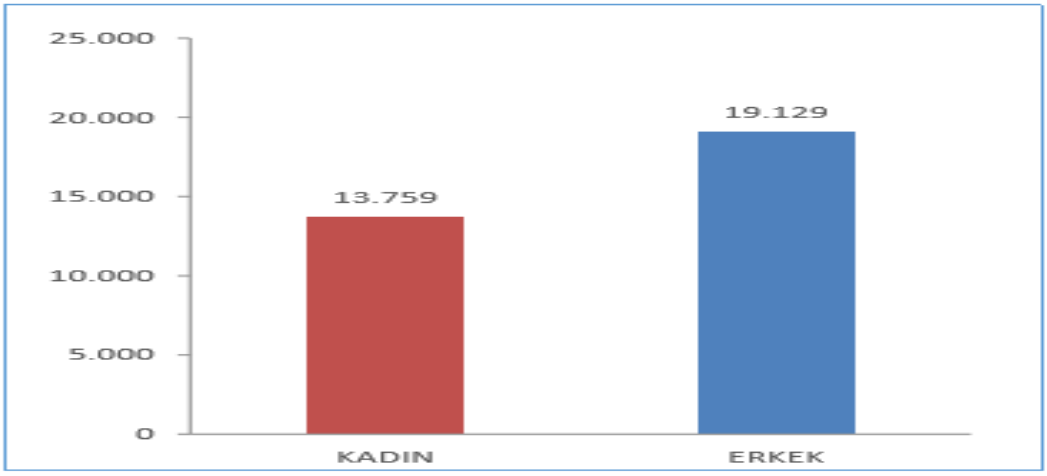
Şekil 2.6.2. Pratisyen hekimlerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014).

Türkiye'de 2015 yılında toplam 21.853 araştırma görevlisi hekim görev yapmaktadır. Bunların 8.149'u (%37) Sağlık Bakanlığına 13.704'ü (%63) üniversitelere bağlıdır (74). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2014 yılı sağlık insan gücü analizi raporuna göre, araştırma görevlisi hekimlerin 4.302'si (%51) kadın iken, 4.180'i (%49) erkektir (Şekil 2.6.3) (69).



Şekil 2.6.3. Araştırma görevlisi hekimlerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014)

Aynı rapora göre, uzman hekimlerin 19.129'u (%58) erkek iken, 13.759'u (%42) kadındır (Şekil 2.6.4) (69).



Şekil 2.6.4. Uzman hekimlerin cinsiyete göre dağılımı (TKHK, 2014)

Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarının cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde dünyadaki diğer ülkelere benzer olarak cerrahi uzmanlık alanlarında erkeklerin daha çok yer aldıkları görülmektedir. En çok erkek uzman hekimlerin görev aldığı ilk beş uzmanlık alanı; genel cerrahi, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, üroloji, kadın hastalıkları ve doğum iken; kadın uzman hekimlerin görev aldığı ilk beş uzmanlık alanı; anesteziyoloji ve reanimasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum ve nörolojidir (Çizelge 2.6.1 ve 2.6.2) (69).

Çizelge 2.6.1. Cinsiyete göre en çok erkek uzman hekimin görev yaptığı 10 uzmanlık alanı (TKHK, 2014)

CİNSİYET	UZMANLIK ALANI	SAYI
ERKEK	Genel Cerrahi	1937
	İç Hastalıkları	1426
	Ortopedi ve Travmatoloji	1342
	Üroloji	1130
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	1079
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	976
	Kulak Burum Boğaz Hastalıkları	941
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	902
	Kardiyoloji	849
	Göz Hastalıkları	777

Çizelge 2.6.2. Cinsiyete göre en çok kadın uzman hekimin görev yaptığı 10 uzmanlık alanı (TKHK, 2014)

CİNSİYET	UZMANLIK ALANI	SAYI
KADIN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1562
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1132
	İç Hastalıkları	867
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	852
	Nöroloji	674
	Göz Hastalıkları	649
	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	608
	Deri ve Zührevi Hastalıkları	533
	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	505
	Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	484

Bu verilere göre erkek uzman hekimlerde Genel Cerrahi uzmanlık alanı ilk sırada olmasına rağmen kadın uzman hekimlerde tabloda yer almamaktadır. Erkek uzman hekimlerde en çok tercih edilen 10 uzmanlık alanından 6 tanesi cerrahi uzmanlık alanı iken, kadın uzman hekimlerde 2 cerrahi alan en çok tercih edilen 10 uzmanlık alanı içerisine girmiştir. Kadın uzman hekimler tarafından tercih edilen Nöroloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ve Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz uzmanlık alanları ise erkek uzman hekimler tarafından en çok tercih edilen 10 uzmanlık alanı içerisinde yer almamaktadır (69).

Kadın hastalıkları ve doğum, cerrahi alanlar içerisinde kadınların en çok bulundukları uzmanlık alanlarından birisidir ancak buna rağmen bu alanda bile akademik açıdan cinsiyet eşitsizliği yaşandığını gösteren çalışmalar vardır. Aksan'ın yaptığı çalışmaya göre, Türkiye'deki üniversitelerin kadın hastalıkları ve doğum anabilim dallarında 2010 yılında tüm çalışanların %42,62'si kadındır. Kadın hastalıkları ve doğum anabilim dallarında eğitim alan uzmanlık öğrencilerinin kadın ağırlıklı olmalarına rağmen bu durum kadın hastalıkları ve doğum alanındaki akademisyen kadın oranlarına yansımamaktadır. Araştırma görevlisi hekimlerin

%55,4'ü kadınken, öğretim üyesi hekimlerde bu oran %22,7'ye düşmektedir ve anabilim dalı başkanlarının %72'si erkektir. Bu eşitsizliğin akademik ortamda kadınların ilerlemesinin önünde var olan engeller sonucu ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir (75).

Sağlık alanında kadın çalışanların cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldığını gösteren nitel çalışmalardan biri Mardin tarafından İstanbul'da yapılmıştır. Çalışma İstanbul'da devlet, üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde yönetici pozisyonunda görev yapmakta olan kadın ve erkek çalışanlarla yapılmıştır. Çalışmada sağlık sektöründe kadına yönelik cinsiyete dayalı ayrımcılık konusu derinlemesine görüşmeler ve grup tartışmaları yapılarak sorgulanmıştır. Çalışma sonucunda kadın hekim ve hemşirelerin mecburi hizmet için gittikleri yerlerde "kadın" olmaları nedeni ile toplumsal baskı yaşadıkları, kadın hekimlerin uzmanlık alanı seçiminde ve kariyer yapma sürecinde cinsiyete dayalı ayrımcılık yaşadıkları ve hastanelerde çalışan kadınların özel yaşamlarında iş yüzünden oluşan olumsuz etkilerin benzer konumdaki erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışmanın dikkat çekici bulgularından biri, kimi zaman ayrımcılığı kadınların kendilerinin de yapıyor olmalarıdır. Yönetici pozisyonunda görev yapan bir kadın hekim; yönetici mevkilere kadınların gelmeyişinin önemli bir nedeninin kendileri olduğunu, çünkü kadınların verilen görevleri yapamayacakları endişesi ile bu tür görevlere talip olmadıklarını ifade etmiştir. Aynı kişi, kadınların mücadeleden kaçtıklarını ve bunun nedeninin de evlerini ve çocuklarını ihmal etme korkusu yaşamaları olduğunu belirtmiştir (76).

2.6.1. Hasta-Hekim İlişkilerinde Cinsiyet Yanlılığı

Ruiz'e göre hasta hekim ilişkilerinde cinsiyet yanlılığı iki şekilde ele alınabilir. İlki kadınların ve erkeklerin eşit olduğu, ikincisi kadınların ve erkeklerin farklı olduğu görüşüdür. Duygusal tepkilerde ve kendini ifade etme konusunda kadın ve erkek arasında cinsiyet farklılıkları olduğu kabul edilirken, biyomedikal anlamda eşit oldukları varsayılmaktadır. Bu nedenle cinsiyet farklılıklarının temeline inmek için, hasta-hekim ilişkisi ve sağlık davranışlarının altında yatan sosyal faktörlerin de incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Yüzeysel bir bakış kadınların dışarda kalmasına ve sağlık riskleri ve profillerinin yanlış yorumlanmasına neden olabilir (77).

Govender ve Kekana da hasta hekim ilişkilerinde kişiler arası ilişkilerde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının etkisini incelemişlerdir. Yapılan analizler sonucunda, aynı sağlık sorunlarını yaşayan erkek ve kadın hastalara cinsiyetleri nedeni ile farklı tedaviler verilebildiği gözlenmiştir (78). Örneğin İsveç'te ayaktan tedavi hizmeti veren bir klinikte, kliniğe ekzema ve psoriazis nedeni ile başvuran erkek ve kadın hastalardan, erkeklere kadınlara göre ultraviyole gibi daha yoğun tedavi verildiği görülmüştür. Bu farklılıkların genellikle kadın ve erkeklerin aynı semptomları farklı yorumlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (79). Hamberg'in çalışmasında da hastaların şikâyetlerini ifade etme konusunda cinsiyet farkı olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre hekimler kadınlarda genellikle psikosomatik bir komponent bulunduğunu düşünmekte ve erkek hastaların şikâyetlerini kadın hastalara göre daha çok ciddiye almaktadırlar (80).

DSÖ'nün 1998 yılındaki raporuna göre kadınların sağlık hizmetlerini erkeklere göre daha çok kullandıkları bilinmektedir (12). Govender ve Kekana'nın aktardığına göre 2003 yılında Hausmann-Muela ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer şekilde kadınlarla erkeklerin sağlık hizmetlerini kullanma sıklıklarının ve şeklinin farklı olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre kadınlar daha çok birinci basamak hizmetleri kullanırken, erkekler özel klinikleri tercih etme eğilimindedirler. Ayrıca reprodüktif sistemle ilgili sağlık sorunlarını dışladıktan sonra bile kadınların sağlık hizmetlerini daha çok kullandıkları görülmektedir. Aynı zamanda hastaların cinsiyeti gibi sağlık çalışanlarının cinsiyeti de hastaların davranışlar üzerinde etkili olabilmektedir (78). Özellikle ataerkil toplumlarda sosyokültürel ve dini normlardan dolayı sağlık hizmeti sunucusu ile hastanın cinsiyetinin aynı olması daha çok önem taşımaktadır (81). Küba, Tayland, Suudi Arabistan ve Arjantin'de yapılan niteliksel bir araştırmada kadınların doğum öncesi bakım alma ile ilgili deneyimleri sorgulanmış ve Suudi Arabistanlı ve Taylandlı kadınların kadın hekimleri daha çok tercih ettikleri görülmüştür. Suudi Arabistanlı kadınlar erkek hekim tarafından muayene edildiklerinde özellikle de vajinal muayene olduklarında kendilerini konforlu hissetmediklerini belirtmişlerdir (82). Hekim-hasta iletişimde diğer bir sorun, hekimlerin hastalar tarafından taciz edilmesi durumudur ve son zamanlarda sıklığı gittikçe artan bir sorun haline gelmiştir. Taciz; cinsel, fiziksel ve sözel gibi farklı şekillerde olabilir. Yapılan bir

çalışmaya göre fiziksel ve sözel tacize en çok maruz kalan sağlık çalışanları grubu, çoğunluğu kadın olan hemşire ve ebelerdir (83).

2.6.2. Toplumsal Cinsiyetin Tıp Eğitimi ve Uygulamalarına Etkisi

Tıp alanında cinsiyetçi uygulamalar son elli yıldır gündemdedir ve tıp eğitiminde ve mesleki pratiklerde toplumsal cinsiyet eşitsizliğin etkileri farklı yönlerden etkisini gösterebilmektedir. Hekimlere toplum (hastalar, diğer sağlık çalışanları vb.) tarafından uygulanan cinsiyetçi davranışlar olduğu gibi hekimlerin mesleklerini icra ederken farkında olarak ya da olmadan birbirlerine yaptıkları cinsiyetçi davranışlar da görülebilmektedir. Bunun yanı sıra toplumsal cinsiyette eşitsizlik algısının yüksek olduğu hekimler bu algıyı mesleki pratiklerine ve yapılan bilimsel araştırmalara yansıtabilirler (84). Tıp biliminde bu davranışlar üç başlık altında toplanabilir:

Toplumsal cinsiyet körlüğü (Gender blindless): Üreme sağlığı dışındaki alanlarda kadın sağlığı ile ilgili sorunların göz ardı edilmesi olarak tanımlanır (84). Klinik çalışmalarda kadınlar üç nedenden dolayı çalışma dışı bırakılmışlardır. Bunlar; kadınların menstural döngülerinin karmaşıklığı ve maaliyeti artırarak test sonuçlarında karıştırıcı olması, araştırılan tedavi yönteminin kadınların fertilite ve gebelik durumlarını etkileme endişesi, bazı hastalıkların erkeklerde daha fazla görülmesidir (85).

Eril yanlılık/ androsentrik (Male bias): Sağlık alanında eril düşünce ve davranış biçimlerinin yapılan araştırmalarda ve bilgi düzeyinde taraf tutmaya neden olduğunu belirtmek için kullanılır (84). Sağlık çalışanlarının hastalıklara önem verme derecesi cinsiyete göre değişebilir (86). Örneğin İngiltere'de yapılan bir çalışmada hekimler koroner arter hastalığını erkek hastalığı olarak belirlemişlerdir ve yaşlı erkek hastalarda koroner arter hastalığı riskinin yaşlı kadın hastalara göre daha çok araştırıldığı belirtilmiştir. Koroner arter hastalıkları konusunda erkeklerin asıl risk grubu olarak görülmesi koruyucu önlemler bakımından kadınların daha dezavantajlı konumda olduklarını düşündürebilir (87). Verdonk ve arkadaşları da daha çok erkeklerde görüldüğü bilinen koroner arter hastalıkları ile ilgili bilgi birikiminin, daha çok kadınlarda görülen romatizmal hastalıklar ile ilgili bilgi birikiminden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (85). Norveç'te yapılan başka bir çalışmada da araştırmaya katılan tıp öğrencileri ve hekimler, en önemli gördükleri

sağlık sorununu koroner arter hastalığı olarak belirtmişlerdir. Daha çok kadınlarda görülen fibromiyalji, artrit, anksiyete bozukluğu gibi hastalıklar sıralamada daha gerilerde yer almaktadır (86). Bu bulgular sağlık çalışanlarının kadınlarda daha sık görülen bazı hastalıkları daha az önemsediklerini düşündürebilir.

Toplumsal cinsiyet rolleri ideolojisi (Gender role ideology): Toplumsal cinsiyet rolleri ideolojisi sağlık sisteminde farklı birkaç yönden önemlidir. İlki, hekimlerin cinsiyetçi algıda olmalarının bazı hastaların yetersiz bakılması açısından risk teşkil edebilmesi, ikincisi toplumsal cinsiyete özgü iletişim biçimlerinin hekim-hasta iletişimde problemlere yol açabilmesidir (84). Hekim cinsiyetinin hekim-hasta iletişiminde farklılıklara yol açabileceğine dair çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Franks'ın yaptığı çalışmada hem hekim hem de hasta kadın olduğu zaman muayene sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmiştir (88). Bertakis, kadın ve erkek hekimlerin mesleki pratiklerinde farklılıklar olduğunu, kadın hekimlerin daha çok psikolojik sorunlara ve koruyucu hizmetlere; erkek hekimlerin daha çok anamnez alma, fizik muayene yapma gibi teknik davranışlara önem verdiklerini göstermiştir (89). Snadhu ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede yine muayene sürelerinin, konuşma içeriğinin, iletişim sitilinin, sözel olmayan iletişim şeklinin, açıklama yeteneğinin hasta ve hekim cinsiyetinden etkilendiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada hem hekim hem hastanın kadın olduğu durumlarda konuşmanın daha çok hasta merkezli ve daha uzun olduğu ve ayrıca biyomedikal konuları da içerdiği belirtilmiştir (90). Üçüncü olarak kadınsı ve erkeksi özellikler farklı riskleri almaya ve farklı sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (84). Örneğin toplumsal cinsiyet rollerine göre "ekmek parası kazanmanın" erkeklerin sorumluluğu olarak algılanması erkeklerin mesleki nedenlere bağlı ölümlerden daha fazla etkilenmelerine sebep olabilir. Benzer şekilde "güçlü" olmak yine erkeklere atfedilen bir özelliktir ve bu nedenle erkekler hasta oldukları zaman bakım arama davranışı kadınlara göre gecikebilir, hastalık daha az önemsenebilir veya hastalık durumu reddedilebilir (5, 84).

Son olarak toplumsal cinsiyet rolleri tıp alanında bir dil sorunu ortaya çıkarabilir. Tıp alanında da cinsiyetçi sözcükler ortaya çıkabilir, bu sözcükler davranışları yönlendirebilir ve önyargılara neden olabilir (84). Örneğin sağlık profesyonellerinde tıbbi dil ile ilgili yapılan bir çalışmada infertilite terminolojisi

üzerine cinsiyet algısının etkisi incelenmiştir. Bilindiği gibi bazı erkeklerde immün sistem spermlere zarar verip yok edebilir bu durum “otoimmün antikorlar” ya da “sperm antikorları” olarak isimlendirilmektedir. Oysa bir kadının servikal mukusunda partnerinin spermlerine karşı antikor gelişirse bu durum “mukus düşmanlığı” ya da “servikal düşmanlık” olarak isimlendirilmektedir (91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Metodolojisi ve Tipi

Bu çalışma, Antalya ilinde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin, toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili tutumlarının ve mesleklerini icra ederken cinsiyetçiliğe maruz kalma durumlarının incelenmesi amacıyla, karma yöntemle tasarlanmış kesitsel tipte, fenomenolojik (olgu bilim) bir araştırmadır.

Araştırma açıklayıcı desen içinde (explanatory), ardışık strateji (sequential strategy) kullanılarak tasarlanmıştır. Açıklayıcı desen iki aşamadan oluşmaktadır ve amaç nicel yöntemle toplanan verilerin nitel yöntemle toplanan verilerle desteklenmesi, açıklanması ya da örneklendirilmesidir. Açıklayıcı desen araştırması olarak önce nicel yöntemlerle veriler toplanmış ve daha sonra bu verilerin analizinden yola çıkarak nitel veriler toplanmıştır. Nitel verilerin toplanacağı grubun oluşturulmasında nicel verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular dikkate alınmıştır. Bu basamaklar oluşturulurken Yıldırım ve Şimşek'in kitabından yararlanılmıştır (92).

Karma yöntem yaklaşımına göre her olay ve olgunun (gerçeğin) hem nitel hem de nicel bir boyutu vardır. Eğer amaç, gerçeği bütüncül ve zengin bir biçimde anlamaksa olayın hem nitel hem de nicel boyutunun incelenmesi gerekmektedir. Karma yöntem araştırmalarının bir özelliği de farklı yöntemlerle toplanan verilerin birbirini teyit amacıyla kullanılması ve bu şekilde sonuçların inandırıcılığının güçlü olmasıdır (92). Araştırma problemini daha kapsamlı ve çok boyutlu incelemek amacı ile nitel ve nicel yöntemler birlikte kullanılan bu çalışmada erkek ve kadın hekimlerin toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile algı ve tutumlarına ilişkin elde edilmiş anket verileri, yapılan görüşmeler yoluyla aydınlatılmaya çalışılmış ve örneklendirilmiştir. Böylece anketle elde edilen cinsiyet farklılıkları daha anlamlı hale gelmiştir. Ayrıca karma yöntem araştırmalarında herhangi bir yöntemle elde edilen bazı beklenmeyen sonuçların açıklanması diğer yöntemle toplanan verilerle yapılabilmektedir böylece tek bir yöntemin ortaya koyduğu zayıflık diğer yöntemin katkısıyla giderilmiştir (92).

Bu araştırmada öncelikle tüm evrene ulaşılarak nicel çalışma ile genel inceleme yapılması ve daha sonra nicel verilerin bulgularına göre evrenden seçilecek bir örneklemle nitel çalışma yapılarak konunun detaylarının incelenmesi

planlanmıştır. Nicel ve nitel veriler analiz edildikten sonra bulgular hem ayrı ayrı hem de birlikte yorumlanmıştır. Bu araştırmada da olduğu gibi sıralı desenlerde önce nicel verilere ait bulgular daha sonra nitel verilere ait bulgular toplanmış ve birbiriyle ilişkilendirilerek sunulmuştur.

Araştırmanın nicel bölümü kesitsel tipte planlanmıştır. 15.04.2016-30.06.2016 tarihleri arasında Antalya'da görev yapmakta olan tüm araştırma görevlisi hekimlere ulaşılarak çalışmayı kabul eden hekimlerden anket doldurmaları istenmiştir.

Araştırmanın nitel bölümü ise fenomenolojik (olgu bilim) çalışma tipindedir. Fenomenoloji, insanların kendi yaşam dünyalarının bilinçli deneyimi; yani gündelik hayat ve sosyal eylemdir. Fenomenolojik çalışmalarda deneyimin kendisine vurgu yapılmaktadır ve bireylerin yaşadığı deneyimlerle ilgilenilir. Fenomenolojik çalışmalar gerçekliğin fiziksel görünüşte değil, bireylerin davranışlarında ve deneyimlerinde gizli olduğunu savunduğu için fenomenler; olaylar, durumlar, tecrübeler veya kavramlar olabilir (92, 93).

3.2. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Araştırma Antalya Merkez Kampüste bulunan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) ve Antalya Soğuksu'da bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (AEAH) yapılmıştır. AÜTF yatak kapasitesi 983, AEAH yatak kapasitesi ise 904'tür. Her iki hastanede de Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile uzmanlık eğitimi almaya hak kazanan araştırma görevlisi hekimler görev yapmaktadır.

3.3.Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada nicel ve nitel değerlendirmeler için iki farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bu araçların geliştirilmesi sürecine aşağıda yer verilmiştir.

3.3.1. Nicel Veri Toplama Aracı Olarak Anket Formu ve Uygulama Şekli

Anket formu; 10 sorudan oluşan sosyo-demografik özellikler, 6 sorudan oluşan çalışma yaşamına ilişkin özellikler, 38 önermeden oluşan toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeği ve 24 önermeden oluşan iş yaşamında cinsiyetçiliğe maruz

kalma durumları ile ilgili dört bölümden ve toplamda 78 sorudan oluşmaktadır (Ek 1). Toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeği ve iş yaşamında cinsiyetçiliğe maruz kalma durumları ile ilgili önermeler bağımlı değişkenler, sosyo-demografik özellikler ve çalışma yaşamına ilişkin özellikler ise bağımsız değişkenlerdir. Anket altıncı sınıf tıp fakültesi öğrencileri tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile kişilerin onamları alınarak ve kendi dolduracakları şekilde dağıtılıp toplanarak uygulanmıştır. Doldurulamayan anketler araştırmacı tarafından araştırma görevlisi hekimlere tekrar gidilerek doldurtulmaya çalışılmıştır. Anketin doldurulması yaklaşık on-on beş dakika sürmüştür.

3.3.1.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Değişkenler ve Ölçütleri

Cinsiyet, doğum yılı, medeni durum, büyüdükleri yerin özelliği, büyüdükleri ailenin gelir durumu, annenin, babanın ve var ise eşin/partnerin eğitim durumu, var ise eşin/partnerin mesleği, aile yapısı

Değişken ölçütleri aşağıda sunulmuştur

- Kişilerin cinsiyetleri; erkek ve kadın olarak değerlendirildi.
- Doğum yılı; yıl olarak soruldu, analizlerde yaş olarak incelendi.
- Medeni durum; evli, bekâr, dul/boşanmış olarak soruldu. Analizlerde dul/boşanmış seçeneğini işaretleyenlerin sayısı az olduğu için, bekâr seçeneğini işaretleyenler ile birlikte ele alındı ve bekâr ve evli olarak iki grupta incelendi.
- Büyüdükleri yerin özelliği; köy, ilçe ve il merkezi olarak soruldu.
- Büyüdükleri ailenin gelir durumu; gelir giderden az, gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla şeklinde değerlendirildi.
- Annenin, babanın ve eşin/partnerin eğitim durumu; okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu şeklinde değerlendirildi.
- Eşin/partnerin mesleği; çalışmıyor, hekim ve diğer bir meslek şeklinde çoktan seçmeli olarak soruldu. “Diğer” seçeneğini işaretleyenler için açık uçlu olarak mesleğin belirtilmesi istendi.
- Aile yapısı, çekirdek aile (anne, baba ve kardeşlerin/çocukların birlikte yaşadığı aile), geniş aile (anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve

diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile), parçalanmış aile (anne, baba ayrı veya en az biri vefat etmiş olan aile) ve açık uçlu olarak diğer aile yapısı şeklinde soruldu.

3.3.1.2. Çalışma Yaşamına İlişkin Değişkenler ve Ölçütleri

Çalıştıkları kurum, uzmanlık alanı, tıp eğitimi almaya ve şu an görev yapmakta oldukları uzmanlık alanını seçmeye kendi istekleri ile karar verme durumları, hekimlik yaptıkları süre ve şu an çalıştıkları kurumda çalıştıkları süre olarak değerlendirildi.

Değişken ölçütleri aşağıda sunulmuştur

- Çalıştıkları kurum; AÜTF ve AEAH şeklinde soruldu.
- Uzmanlık alanları; tüm uzmanlık alanlarının yazılı olduğu bir tablodan işaretlemeleri istenerek belirlendi.
- Tıp eğitimi almayı ve şu an görev yapmakta oldukları bölümü kendi istekleri ile seçip seçmedikleri; "evet", "hayır" şeklinde belirtildi.
- Hekimlik yaptıkları toplam süre ve şu an görev yapmakta oldukları kurumda çalıştıkları süre açık uçlu yıl ve ay olarak soruldu. Analizlerde ay olarak incelendi.

3.3.1.3. Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği (TCRTÖ)

Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği (TCRTÖ), üniversite öğrenimi gören öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 2008 yılında Zeyneloğlu ve Terzioğlu tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirildiği topluluğun öğrenim düzeyinin yüksek olması nedeni ile araştırma görevlisi hekimler ile karşılaştırılabileceği düşünülmüştür. Toplam 38 maddeden oluşan Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği 0-5 arası puanlanmaktadır. Ölçek, öğrenciler toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutum cümlelerini; tamamen katılıyorsa "5" puan, katılıyorsa "4" puan, kararsızsa "3" puan, katılmıyorsa "2" puan, kesinlikle katılmıyorsa "1" puan alacak şekilde puanlandırmıştır. Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutum cümleleri ise; yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi olarak, öğrenciler tamamen katılıyorsa "1" puan, katılıyorsa "2" puan, kararsızsa "3" puan, katılmıyorsa "4" puan, kesinlikle katılmıyorsa "5"

puan alacak şekilde puanlandırılmıştır. Bu puanlama şekli ile ölçekten alınabilecek en yüksek puan 190; en düşük puan ise, 38 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en yüksek değer öğrencinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip olduğunu, en düşük değer ise öğrencinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutuma sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçek beş boyuttan oluşmaktadır.

1. Eşitlikçi Cinsiyet Rolü; 4, 8, 12, 13, 18, 20, 22, 27 numaralı sorular
2. Kadın Cinsiyet Rolü; 1, 5, 16, 19, 21, 29, 31, 37 numaralı sorular
3. Evlilikte Cinsiyet Rolü; 2, 6, 9, 10, 14, 15, 26, 36 numaralı sorular
4. Geleneksel Cinsiyet Rolü; 3, 7, 11, 17, 23, 24, 25, 32 numaralı sorular
5. Erkek Cinsiyet Rolü; 28, 30, 33, 34, 35, 38 numaralı sorular

Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 38 madde için "0.92" olarak bulunmuştur. Bu sonuç, ölçek maddelerinin birbiriyle yüksek iç tutarlılığa ve yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Ek 2) (94).

3.3.1.4. İş yaşamında Cinsiyetçilik Algısı ve Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumları İle İlgili Önermeler ve Ölçütleri

Hekimlerin iş yaşamında cinsiyetçiliğe maruz kalmaları ile ilgili algılarını değerlendirmek üzere literatür taraması yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından öncelikle 62 önerme hazırlanmıştır. Daha sonra danışman öğretim üyesi ile birlikte önermeler tekrar gözden geçirilmiş, benzer anlam ifade eden önermeler sadeleştirilmiş, daha az önemli olduğu düşünülen önermeler çıkarılmış ve önermelerin sayısı 24'e indirilmiştir. Bu 24 önerme listelenerek hekimlerin bu ifadelere katılıp katılmadıkları ve derecesi "kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum ve tamamen katılıyorum" şeklinde beşli likert tipi değerlendirme ile sorgulanmıştır.

1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16 numaralı önermeler ile hekimlerin mesleklerini ve uzmanlık eğitimi aldıkları alanları seçerken ve uygularken cinsiyetlerinin etkisi ile ilgili ortaya çıkan algı, tutum ve davranışları ve cinsiyetleri nedeni ile toplumsal cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma durumları sorgulanmıştır.

4, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22 numaralı önermeler ile hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları alanlarda toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili algı, tutum ve davranışları ve cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma durumları sorgulanmıştır.

5, 6, 7, 23, 24 numaralı önermeler ile hekimlerin cinsiyetlerinden ve çalıştıkları birimden bağımsız olarak, toplumsal cinsiyet kavramı ile ilgili kendi algıları sorgulanmıştır.

Yapılan Ki-kare analizlerinde "kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum ve kararsızım" cevapları ile "katılıyorum ve tamamen katılıyorum" cevapları birleştirilerek incelenmiştir.

3.3.2. Nitel Veri Toplama Aracı Olarak Görüşme Formu ve Uygulama Şekli

Fenomenolojik araştırma modeli uygulandığı için veri toplama aracı olarak görüşme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların olgulara ilişkin deneyimleri ve anlamları ortaya çıkarabilmek için görüşmenin araştırmacılara sunduğu etkileşim, esneklik ve sondalar yoluyla ilerleme özellikleri kullanılmıştır. Araştırmacının görüşülen bireyle güven ve empatiye dayalı bir etkileşim ortamı oluşturabilmesi sağlanmıştır (92). Görüşme, temel boyutları açısından ele alındığında özel bir eğitim almayı gerektiren bir veri toplama yöntemi olduğu için (92), nitel araştırmaya ve görüşme formunu hazırlamaya başlamadan önce araştırmacı "Nitel Araştırma Yöntemleri" adlı doktora dersine ve "Nitel Veri Analizi Programı Atölyesi"ne katılmış ve sertifikalar almıştır (Ek 3 ve Ek 4).

Bireysel görüşme için "görüşme formu" hazırlanmıştır. Öncelikle araştırmacı tarafından literatür taranarak 45 sorudan oluşan geniş bir soru havuzu oluşturulmuştur. Daha sonra danışman öğretim üyesi ile birlikte bu havuzdan araştırmanın amacına ve yönteme uygun olan sorular seçilerek soru sayısı azaltılmış ve ön deneme (pilot görüşme) için 7 temel soru ve 16 sondadan oluşan bir taslak form geliştirilmiştir.

Bireysel görüşmelere başlamadan önce, görüşme formundaki soruların uygunluğunun, görüşme süresinin, araştırmacının becerisinin ve ses kayıt cihazının denenmesi için tez danışmanı ile birlikte bir pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme dâhili bilimlerde görev yapmakta olan bir kadın araştırma görevlisi hekim ile yapılmış ve yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Pilot görüşme için de aynen diğer

görüşme yapılan hekimlerde olduğu gibi görüşmecinin yazılı ve sözlü onamı alınmış, sözlü onamı ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşme sonrası, görüşülen kişiden sorular, görüşme süresi ve görüşmeciye ilişkin değerlendirme yapması istenmiştir. Soruların amaca uygunluğu, anlaşılırlığı, süresi konusunda ve görüşmeciye ilişkin bir eleştiri getirilmemiştir. Ancak araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından birinci soru için açıklamaya yönelik ek bir sondaya ihtiyaç duyulduğu fark edilmiş ve eklenmiştir. Pilot görüşme sonrası araştırmacı, danışman öğretim üyesi ve görüşmecinin görüşleri ile 7 temel soru ve 17 sondadan oluşan görüşme formunun son şekli oluşturulmuştur (Ek 5).

Görüşmelere başlanmadan önce katılımcılara çalışmanın amacı, görüşme şekli ve görüşmelerin ses kayıt cihazına kaydedileceğine ilişkin bilgi verilmiş, onamları sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. Görüşme onam formunun arka kısmında hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini içeren sekiz soru yer almaktadır. Bu sekiz soru; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, uzmanlık alanı, hekimlik yaptıkları süre, uzmanlık eğitimi aldıkları alandaki çalışma süreleri, hayatlarını en çok geçirdikleri şehirdir (Ek 6).

Pilot görüşme danışman öğretim üyesinin odasında yapılmıştır. Diğer görüşmelerin 4'ü hastanede görüşme yapılan hekimlerin kendi çalıştıkları kliniklerin toplantı odalarında, 2'si yine hastanede görüşme yapılan hekimlerin kendi çalıştıkları kliniklerin hekim dinlenme odalarında, 3'ü tıp fakültesi binasında bulunan tıp eğitimi anabilim dalı toplantı odasında, 1'i görüşme yapılan hekimin kendi isteği ile tıp fakültesi kantininde yapılmıştır.

Görüşme formundaki ilk soru hekimlerin toplumsal cinsiyet kavramı ile ilgili bilgi ve algılarını ölçmektedir. Sondalarla toplumsal cinsiyeti etkileyen etmenler ve toplumsal cinsiyet algısının kadın ve erkek açısından farklılıkları sorgulanmaya çalışılmıştır. İkinci ve üçüncü soruda hekimlik mesleğini ve şu an çalışmakta oldukları alanı seçmelerinde toplumsal cinsiyetin rolü ile ilgilidir. Bu bölümlerde sondalarla kadın ve erkek arasındaki biyolojik ve fizyolojik farklılıklar, uzmanlık alanı seçiminde toplum ve aile baskısı, hekimlik mesleğinin ve uzmanlık alanlarının cinsiyetinin olup olmadığı algısı sorgulanmaya çalışılmıştır. Dördüncü soruda hekimlerin mesleklerini icra ederken cinsiyetçi davranışlara maruz kalıp kalmadıkları, kendi yaşadıkları veya gözlemledikleri tecrübeler; beşinci soruda

“kadın hekim” olmanın sosyal yaşama olan etkisi, avantaj ve dezavantajları; altıncı soruda hekimin cinsiyetinin hastalarla ve diğer sağlık çalışanları ile olan iletişimdeki önemi; yedinci soruda ise hekimlerin görev yaptıkları uzmanlık alanlarında toplumsal cinsiyetçi bir bakış açısı olup olmadığı sorgulanmaya çalışılmıştır.

3.4. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

3.4.1. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini AÜTF’de görev yapmakta olan 369 araştırma görevlisi hekim ile AEAH’de görev yapmakta olan 217 asistan hekim olmak üzere toplamda 586 hekim oluşturmaktadır. Ancak kadrosu AEAH’de olan 35 hekimin 27 tanesi uzmanlık eğitimlerini geçici görev ile AÜTF’de, 4 tanesi Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesinde, 3 tanesi Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesinde ve 1 tanesi de Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde almaktadırlar.

Kadrosu AEAH’de olup uzmanlık eğitimlerini geçici görev ile tıp fakültelerinde devam ettiren uzmanlık öğrencilerinin görev yaptıkları tıp fakültesi ve uzmanlık alanları dağılımı şu şekildedir: Aile Hekimliği bölümünden 10 kişi AÜTF, 1 kişi Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; İç Hastalıkları bölümünden 1 kişi Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; Acil Tıp bölümünden 9 kişi AÜTF; Adli Tıp bölümünden 2 kişi AÜTF, 1 kişi Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1 kişi Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi; Anatomi bölümünden 1 kişi AÜTF; Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı hastalıkları bölümünden 2 kişi Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi; Fizyoloji bölümünden 1 kişi AÜTF; Tıbbi Farmakoloji bölümünden 3 kişi AÜTF; Halk Sağlığı bölümünden 1 kişi AÜTF, 2 kişi Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Uzmanlık eğitimini AÜTF’de almakta olan 27 hekim araştırma grubuna dâhil edilmiş ancak uzmanlık eğitimini Isparta, Mersin ve Afyon illerinde almakta olan 8 hekim araştırma grubuna dâhil edilmemiştir. Uzmanlık eğitimini AÜTF’de almakta olan 27 hekim hem kadrolarının bulunduğu AEAH’de hem de uzmanlık eğitimi aldıkları AÜTF’deki asistan sayıları içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle

aynı kişilerin iki defa sayılmasını engellemek için bu 27 hekim uzmanlık eğitimi aldıkları yer olan AÜTF bünyesinde değerlendirilmiştir. Son durumda araştırmanın evreni AEAH'de 182, AÜTF'de 369 olmak üzere toplamda 551 kişiden oluşmaktadır (Çizelge 3.4.1.1).

Çizelge 3.4.1.1. Araştırma evreni

	AÜTF	**AEAH**	**TOPLAM**
	Sayı (%)	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**
Dahili Bilimler			
Acil Tıp	46 (8,3)	33 (5,9)	79 (14,3)
Adli Tıp	9 (1,6)	0 (0,0)	9 (1,6)
Aile Hekimliği	23 (4,1)	14 (2,5)	37 (6,7)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	41 (7,4)	0 (0,0)	41 (7,4)
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı hastalıkları	6 (1,0)	0 (0,0)	6 (1,0)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	4 (0,7)	0 (0,0)	4 (0,7)
Enfeksiyon Hastalıkları	5 (0,9)	3 (0,5)	8 (1,4)
Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon	10 (1,8)	9 (1,6)	19 (3,4)
Göğüs Hastalıkları	5 (0,9)	0 (0,0)	5 (0,9)
Halk Sağlığı	8 (1,4)	0 (0,0)	8 (1,4)
İç Hastalıkları	48 (8,7)	17 (3,0)	65 (11,7)
Kardiyoloji	9 (1,6)	6 (1,0)	15 (2,7)
Nöroloji	8 (1,4)	9 (1,6)	17 (3,0)
Radyasyon Onkolojisi	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)
Radyoloji	12 (2,1)	6 (1,0)	18 (3,1)
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	12 (2,1)	0 (0,0)	12 (2,1)
Tıbbi Farmakoloji	4 (0,7)	0 (0,0)	4 (0,7)

Çizelge 3.4.1.1. Araştırma evreni (devam)

	AÜTF	AEAH	TOPLAM
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Cerrahi Bilimler			
Anesteziyoloji	22 (3,9)	15 (2,7)	37 (6,7)
Beyin ve Sinir Cerrahisi	7 (1,2)	0 (0,0)	7 (1,2)
Çocuk Cerrahisi	4 (0,7)	0 (0,0)	4 (0,7)
Genel Cerrahi	9 (1,6)	13 (2,3)	22 (3,9)
Göz Hastalıkları	12 (2,1)	5 (0,9)	17 (3,0)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	9 (1,6)	14 (2,5)	23 (4,1)
Kalp Damar Cerrahisi	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,3)
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	8 (1,4)	8 (1,4)	16 (2,8)
Ortopedi ve Travmatoloji	9 (1,6)	14 (2,5)	23 (4,1)
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	6 (1,0)	4 (0,7)	10 (1,7)
Tıbbi Patoloji	7 (1,2)	4 (0,7)	11 (1,9)
Üroloji	7 (1,2)	7 (1,2)	14 (2,4)
Temel Bilimler			
Anatomi	3 (0,5)	0 (0,0)	3 (0,5)
Biyofizik	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)
Fizyoloji	3 (0,5)	0 (0,0)	3 (0,5)
Histoloji ve Embriyoloji	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)
Tıbbi Mikrobiyoloji	4 (0,7)	0 (0,0)	4 (0,7)
Tıbbi Biyokimya	2 (0,3)	1 (0,1)	3 (0,5)
Tıbbi Biyoloji	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,3)
Toplam	369 (66,9)	182 (33,1)	551 (100,0)

3.4.2. Nicel Çalışma İçin Örneklem Seçimi

Nicel çalışma için örneklem seçimi yapılmamış, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. 6 kişiye doğum izninde oldukları, 5 kişiye Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) sonuçlarının yeniden hesaplanması ve uzmanlık öğrencilerine yeniden tercih hakkı verilmesi sonucu başka kurumlara geçiş yaptıkları, 3 kişiye heyet raporu aldıkları, 3 kişiye araştırma süreci boyunca uzman oldukları, 2 kişiye yurtdışında eğitim almaya gittikleri, 7 kişiye yıllık izinde oldukları, 2 kişiye tez yazmak ve uzmanlık sınavına hazırlanmak için izinli oldukları için ulaşılamamıştır. 5 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediğini belirtmiştir. 70 kişiye ise anketler ulaştırılamamış veya ulaştırıldığı halde tekrar teslim alınamamıştır. AÜTF'de görev yapmakta olan araştırma görevlisi hekimlerin 273'üne (%73,9), AEAH'de görev yapmakta olan asistan hekimlerin 155'ine (%85,1) ulaşılmıştır, 4 kişi ise çalıştığı kurumu belirtmemiştir. Toplamda 551 hekimin 448'ine (%81,3) ulaşılmıştır. 14 anket eksik doldurulduğu, 2 ankette ise hep aynı cevabın işaretlendiği tespit edildiği için çalışma dışı bırakılmış ve sonuç olarak analizler 432 anket üzerinden yapılmıştır.

3.4.3. Nitel Çalışma İçin Örneklem Seçimi

Bu çalışmada nitel araştırma grubu için amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasına olanak verdiği için tercih edilmiştir. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminde özellikle probleme taraf olabilecek bireylerin çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmak hedeflenmektedir. Böyle bir örnekleme yöntemi ile yapılan araştırmanın sonucunda bulunan bulguların, herhangi başka bir yöntemle ulaşılan bulgulardan daha zengin olabileceği düşünülmüştür. Maksimum çeşitliliğe dayalı bir örneklem oluşturmada amaç, genelleme yapmaya çalışmak değil, tam tersine çeşitlilik gösteren durumlar arasında ne tür ortaklıkların ve benzerliklerin var olduğunu bulmaya çalışmak ve bu çeşitliliğe göre problemin farklı boyutlarını ortaya koymaktır (92). Olgu bilim araştırmalarında veri kaynakları araştırmanın odaklandığı olguyu yaşayan ve bu olguyu dışa vurabilecek, yansıtabilecek bireyler ya da gruplardır. Bu nedenle örnekleme dâhil edilecek birey sayısının genellikle 10'u geçmemesi önerilmektedir (92).

Bu çalışmada çeşitleme yapılırken; cinsiyet, hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları alanlar (dahili, cerrahi ve temel bilimler şeklinde), medeni durum, çocuk sahibi olma durumu gibi değişkenler göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırmanın ilk aşamasında örnekleme seçilecek bireylerin cinsiyetlerinin eşit olması planlanmıştır ancak yapılan nicel analizler sonucunda toplumsal cinsiyet algı, tutum, davranışları ve cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma durumları kadınlar ve erkekler arasında farklı çıkmıştır ve daha çok kadınların ayrımcılığa maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca araştırma konusunun daha çok kadınları ilgilendirmesi nedeni ile yapılan görüşmelerde kadınlardan daha zengin veriler elde edildiği ve kadınların konu ile ilgili daha fazla deneyimler yaşayıp aktarabildikleri görülmüştür. Bu nedenle örnekleme seçilecek bireylerin kadın ağırlıklı olması daha uygun görülmüştür.

Sonuç olarak dahili bilimlerde görev yapan 3 kadın 2 erkek, cerrahi bilimlerde görev yapan 3 kadın 1 erkek ve temel bilimlerde görev yapan 1 kadın olmak üzere toplam 10 kişilik bir örneklem seçilmiştir. Ayrıca ön görüşme sonucunda yanlış, işlemeyen, anlaşılamayan, çıkarılan bir soru olmaması ve farklı ve zengin veri sağlaması bakımından ön görüşme yapılan bireyin de bu araştırma için önemli bir veri kaynağı olduğu düşünülmüş ve analizlere dâhil edilmiştir.

Son durumda, ön görüşme yapılan birey ile beraber, örnekleme seçilen bireylerin 6'sı dahili, 4'ü cerrahi, 1'i temel bilimlerde görev yapmakta; 8'i kadın 3'ü erkek; 5'i bekâr, 6'sı evli, 4'ü evli ve çocuklu; 1'i evli çocuklu ve hamiledir (Çizelge 3.4.3.1).

Çizelge 3.4.3.1. Çalışmanın nitel bölümü için örneklem

	Bekâr	**Evli**	**Evli ve çocuklu**	**Evli, çocuklu ve hamile**	**Toplam**
Dahili Bilimler					6
Kadın	1		2*	1	
Erkek	1	1			
Cerrahi Bilimler					4
Kadın	1	1	1		
Erkek	1				
Temel Bilimler					1
Kadın	1				
Toplam	5	2	3	1	11

*Bir tanesi pilot görüşme yapılan birey

3.5. Verilerin Analizi

3.5.1. Nicel Verilerin Analizi

Nicel veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile sürekli değişkenlerden normal dağılıma uyanlar ortalama ve standart sapma, uymayanlar ortanca ve minimum maksimum değerleriyle sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare anlamlılık testi kullanılmıştır. TCRTÖ'den alınan puanlar normal dağılım göstermedikleri için değişkenlerin iki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç grup karşılaştırılmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir. Ancak TCRTÖ'den alınan puanların hekimlerin uzmanlık alanlarına göre incelenmesinde farkın hangi uzmanlık alanından kaynaklandığını belirlemek için uzmanlık alanları "dahili-cerrahi, dahili-temel, temel-cerrahi" olacak şekilde ikili ikili analiz edilmiştir. Sonuçta 3 farklı ikili analiz yapıldığı için, diğer analizlerde 0,05 olarak kabul etmiş olduğumuz şansa bağlı olma olasılığı 3'e bölünerek bu analizlerde 0,01 olarak kabul edilmiştir. Tüm

karşılaştırmalar yapılmış ancak raporda özellikle analiz açısından anlamlılık gösteren verilerin bulunduğu tablolara yer verilmiştir.

3.5.2. Nitel Verilerin Analizi

Nitel verilerin analizinde toplumsal cinsiyet ve hekimlik mesleği ilişkisini tanımlayabilecek başlıkların/temaların ortaya çıkarılması sağlanmış, birbirine benzeyen veya farklılık gösteren veriler bir araya getirilmiş, anlaşılır bir biçimde düzenlenmiştir. Analiz; transkripsiyon, verilerin kodlanması, temaların belirlenmesi, belirlenen bu temalara göre betimsel analiz ve içerik analizi yapılması ve yorumlama aşamalarından oluşmaktadır. Nitel verilerin analizinde görüşmelerden elde edilen ses kayıtları birebir çözümlenerek, nitel veri analizi programı NVivo-10'a aktarılmış; analiz bu program aracılığı ile de gerçekleştirilmiştir.

3.5.2.1. Transkripsiyon

Görüşülen kişilere G1-G11 arasında numara verilmiş, görüşmeler yazılı hale getirilerek 82 sayfalık nitel veri seti elde edilmiştir. Elde edilen veri seti nitel veri analizi programı NVivo-10'a aktarılmıştır. NVivo-10'da tema başlıkları oluşturulmuş, veri setinden seçilen cümleler programın kodlama ve geri çağırma (coding and retrieving) özelliği kullanılarak uygun görülen temalara bağlanmıştır. Daha sonra temalar görüşmecilere bağlanmış hangi görüşmecinin hangi temalardan bahsettiğini gösteren tablolar hazırlanmıştır. Hazırlanan tablolar Microsoft Excell programına aktarılarak frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Ayrıca yine NVivo-10'un sunduğu gelişmiş grafik çizme işlevi ile her tema ve alt bileşenleri için grafikler çizilerek gösterilmiştir. Böylelikle kodlama süreci sistematik bir şekilde yürütülebilmiş, gerektiğinde temalar yeniden incelenebilmiş, düzeltmeler yapılabilmiş ve bulgular görsel hale getirilebilmiştir.

3.5.2.2. Verilerin Kodlanması ve Temaların Belirlenmesi

Transkriptler araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından ayrı ayrı defalarca okunmuş, verilerden çıkarılan kavramlara göre bir kod listesi oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacı ve danışman öğretim üyesinin oluşturmuş oldukları kod listesi karşılaştırılmış, kodların %90 uyumlu olduğu görülmüştür.

Kodlar belirlendikten sonra verileri genel düzeyde açıklayabilen ve kodları belirli kategoriler altında toplayabilen temalar bulunmuştur. Temaların bulunması için önce kodlar bir araya getirilmiş ve incelenmiş, kodlar arasındaki ortak yönler bulunmaya çalışılmış ve sonuçta 31 tema belirlenmiştir. Daha sonra bu 31 temanın ortak ilişkilerinden yola çıkarak sınıflandırılarak bir üst düzey kodlama daha yapılmıştır. Bu şekilde, en genel düzeydeki temalar ortaya çıkarılmış, bu temalar altında alt temalar ve bu alt temalar altında da kodlar düzenlenmiş ve tüm veri seti anlamlı bir biçimde yansıtılmaya çalışılmıştır (92). Sonuç olarak veriler; 5 ana tema ve birinci ana temada 5, ikinci ana temada 8, üçüncü ana temada 9, dördüncü ana temada 4 ve beşinci ana temada 5 olmak üzere toplam 31 alt tema şeklinde düzenlenmiştir. Alıntılanan metinlerin hangi görüşmeci tarafından söylendiği, hangi ana tema ve alt tema ile ilgili olduğu parantez içinde belirtilmiştir. Örneğin alıntılanan metinden sonra gelen "(G1, 4;3)" ifadesi, metnin birinci görüşmeci tarafından söylendiğini ve dördüncü ana temanın üçüncü alt teması ile ilgili olduğunu göstermektedir. Ek 7'de kodların ve temaların belirlenmesi ile ilgili bir örnek gösterilmiştir.

3.5.2.3. Betimsel Analiz, İçerik Analizi ve Yorumlama

Betimsel analizde "ne" sorusuna yanıt aranmıştır. Toplanan verilerin araştırma problemine ilişkin olarak neleri söylediği ya da hangi sonuçları ortaya koyduğu belirtilmiş, bulgular doğrudan aktarılmıştır. İçerik analizinde "neden" ve "nasıl" sorularına yanıt aranmış, derindeki anlamlar yorumlanmaya çalışılmıştır. Bağımlı değişkene ilişkin görüşlerin bağımsız değişkenler açısından farklılığı ortaya konulmuş, veri setinde doğrudan görülemeyen bulgular temalar arasında anlamlı ilişkiler ortaya çıkarılmaya çalışılarak belirtilmiştir. Yorumlama bölümünde ise "bu söylenen söz ne anlama gelmektedir?" sorusuna yanıt aranmıştır. Burada "anlam" ön plana çıkmaktadır. Verilerin anlamlandırılması öznel bir süreç olduğundan yorumların herkes tarafından aynen kabul edilmesi beklenemez. Araştırmacı elde ettiği verileri ve bu verilerden çıkardığı bulguları nasıl gördüğünü kendi yorumları ile ortaya koymuştur Betimsel analiz, içerik analizi ve yorumlama Yıldırım ve Şimşek tarafından yayımlanmış olan "Sosyal

Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri" adlı kitapta belirtilen sıralamaya göre yapılmıştır (92).

3.6. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çizelge 3.6.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çalışma Süreci	TARİH													
	2015				2016									
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tez öneri sunumu	X													
Etik kurul süreci		X	X											
AEAH kurum izni süreci			X											
BAP süreci			X	X	X	X	X	X	X	X				
"Nitel Veri Analizi Programı Atölyesi" ne katılım				X										
"TUR7030 kodlu Nitel Araştırma Yöntemleri" dersine katılım								X	X	X				
Nicel verilerin toplanması								X	X	X				
Nicel verilerin bilgisayara girilmesi ve analizi								X	X	X	X			
Nitel verilerin toplanması											X			
Nitel verilerin transkripsiyonu ve analizi											X	X	X	
Verilerin yorumlanması											X	X	X	X
Rapor yazımı	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.7. Kurum izinleri, Etik Kurul Onayı ve Bilimsel Araştırma Proje Desteği

- 03/11/2015 tarih ve 70904504/481 sayılı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (Ek 8).
- 05/11/2015 tarih ve 81266704 sayılı AEAH kurum izni alındı (Ek 9).
- 02/06/2016 tarih ve TTU-2016-1377 proje numaralı Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Onayı alındı (Ek 10).

4. BULGULAR

4.1. Nicel Çalışma Bulguları

4.1.1. Hekimlerin Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 29,0 ± 3,4, ortanca yaş 28,0, en küçük yaş 24, en büyük yaş 46 yıldır. Grubun yaş dağılımı için yapılan analizlerde normal dağılıma uymadığı bulunmuştur. (Kolmogorov-Smirnov Testi p değeri: 0,0001) (Çizelge: 4.1.1.1).

Çizelge 4.1.1.1. Hekimlerin yaş dağılımı

En küçük	En büyük	Ortanca	Ortalama	Standart sapma
24	46	28,0	29,0	3,4

Araştırmaya katılan hekimlerin 258'i (%59,7) erkek, 174'ü (%40,3) kadın; 246'sı (%57,1) bekâr, 176'sı (%40,8) evli, 9'u (%2,1) dul ya da boşanmıştır. Hekimlerin 233'ü (%53,9) 28 yaş ve altında iken, 199'u (%46,1) 28 yaşın üzerindedir (Çizelge 4.1.1.2).

Çizelge 4.1.1.2. Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri

Değişken	Sayı	Yüzde
Cinsiyet (n: 432)		
Kadın	174	40,3
Erkek	258	59,7
Yaş (n: 432)		
≤28 yaş	233	53,9
>28 yaş	199	46,1
Medeni durum (n: 431)		
Bekâr	246	57,1
Evli	176	40,8
Dul/Boşanmış	9	2,1

Katılımcıların 25'i (%5,8) köyde, 121'i (%28,2) ilçede, 284'ü (%66,0) ise il merkezinde büyüdüklerini; 38'i (%8,8) büyüdükleri ailenin gelirlerinin giderlerinden az olduğunu, 279'u (%64,9) gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu, 113'ü (%26,3) ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların 395'i (%91,8) aile biçimini çekirdek aile, 22'si (%5,1) geniş aile, 11'i (%2,6) parçalanmış aile olarak belirtmiştir; 2 (%0,5) kişi ise "diğer" seçeneğini işaretlemiştir ancak diğer seçeneğinin açık uçlu kısmında herhangi bir açıklamada bulunmadıkları görülmüştür (Çizelge 4.1.1.3).

Çizelge 4.1.1.3. Hekimlerin büyüdükleri yer ve ailenin özellikleri

Değişken	**Sayı**	**Yüzde**
Büyüdükleri yerin özelliği (n: 430)		
Köy	25	5,8
İlçe	121	28,2
İl merkezi	284	66,0
Büyüdükleri ailenin gelir durumu (n: 430)		
Gelir giderden az	38	8,8
Gelir gidere eşit	279	64,9
Gelir giderden fazla	113	26,3
Aile biçimi (n: 430)		
Çekirdek aile	395	91,8
Geniş aile	22	5,1
Parçalanmış aile	11	2,6
Diğer	2	0,5

Katılımcıların annelerinin eğitim durumu incelendiğinde annesi okuryazar olmayan 18 (%4,2) kişi, okuryazar olan 16 (%3,7) kişi, ilkokul mezunu olan 115 (%26,7) kişi, ortaokul mezunu olan 24 (%5,6) kişi, lise mezunu olan 130 (%30,2) kişi ve üniversite mezunu olan 128 (29,6) kişi bulunduğu görülmektedir. Katılımcıların babalarının eğitim durumu incelendiğinde ise babası okuryazar olmayan 4 (%0,9) kişi, okuryazar olan 7 (%1,6) kişi, ilkokul mezunu olan 62 (%14,4) kişi, ortaokul mezunu olan 30 (%7,0) kişi, lise mezunu olan 114 (%26,5) kişi ve üniversite mezunu olan 214 (49,6) kişi bulunduğu görülmektedir (Çizelge 4.1.1.4).

Çizelge 4.1.1.4. Hekimlerin anne ve babalarının eğitim durumları

Eğitim Durumu	**Anne n (%)**	**Baba n (%)**
Okuryazar değil	18 (%4,2)	4 (%0,9)
Okuryazar	16 (%3,7)	7 (%1,6)
İlkokul mezunu	115 (%26,7)	62 (%14,4)
Ortaokul mezunu	24 (%5,6)	30 (%7,0)
Lise mezunu	130 (%30,2)	114 (%26,5)
Üniversite mezunu	128 (%29,6)	214 (%49,6)

Eşi ya da partneri olan katılımcıların 14'ünün (%5,3) eşi/partneri lise mezunu iken, 251'inin (%94,7) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Eş ya da partnerlerinin meslekleri incelendiğinde 155 (%59,0) kişinin eş/partnerinin hekim olduğu, 94 (%35,7) kişinin eş/partnerinin hekim dışı başka bir meslek sahibi olduğu ve 14 (%5,3) kişinin eş/partnerinin ise çalışmıyor olduğu görülmektedir (Çizelge 4.1.1.5).

Çizelge 4.1.1.5. Hekimlerin eş/ partnerlerinin eğitim durumları ve meslekleri

Değişken	**Sayı**	**Yüzde**
Eş/ partner eğitim durumu (n: 265)*		
Lise mezunu	14	5,3
Üniversite mezunu	251	94,7
Eş/ partner mesleği (n: 263)*		
Çalışmıyor	14	5,3
Hekim	155	59,0
Diğer	94	35,7

***Eşim/partnerim "var" seçeneğini işaretleyenler**

Eş ya da partnerleri hekim olmayan hekimlerin eş/partner mesleklerinin dağılımları incelendiğinde 17 (23,6) kişinin eş/partnerinin mühendis, 15 (%20,8) kişinin öğretmen, 12 (%16,6) kişinin hemşire olduğu görülmektedir (Çizelge 4.1.1.6).

Çizelge 4.1.1.6. Eşi / partneri hekim olmayan hekimlerin eşlerinin/ partnerlerinin meslek dağılımları

Meslek	**Sayı**	**Yüzde**
Mühendis	17	23,6
Öğretmen	15	20,8
Hemşire	12	16,6
Avukat	7	9,7
Eczacı	4	5,5
Memur	3	4,1
Araştırma görevlisi	2	2,7
Polis	2	2,7
Muhasebeci	2	2,7
Askeri personel	1	1,3
Dış ticaret uzmanı	1	1,3
Diş hekimi	1	1,3
Diyetisyen	1	1,3
Ekonomist	1	1,3
Mimar	1	1,3
Pazarlamacı	1	1,3
Sigortacı	1	1,3
Toplam	72	100

4.1.2. Hekimlerin Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılan hekimlerin 273'ü (%63,8) AÜTF'de, 155'i (%36,2) AEAH'de görev yapmaktadır. Hekimlerin 363'ü (%84,2) tıp eğitimi almaya, 411'i (%95,8) şu an görev yapmakta oldukları uzmanlık alanını seçmeye kendi istekleri ile karar verdiklerini belirtmişlerdir (Çizelge: 4.1.2.1).

Çizelge 4.1.2.1. Hekimlerin çalışma yaşamlarına ilişkin özellikler

Değişken	Sayı	Yüzde
Çalıştıkları Kurum (n: 428)		
AÜTF	273	63,8
AEAH	155	36,2
Tıp Eğitimi Almaya karar verme durumları (n: 431)		
Kendi isteğimle karar verdim	363	84,2
Kendi isteğimle karar vermedim	68	15,8
Şu an görev yapmakta olunan uzmanlık alanı seçmeye karar verme durumları (n: 429)		
Kendi isteğimle karar verdim	411	95,8
Kendi isteğimle karar vermedim	18	4,2

Araştırmaya katılan hekimlerin 258'i (%61,3) dahili, 150'si (%35,6) cerrahi, 13'ü (%3,1) temel bilimlerde görev yapmaktadırlar.

Dahili bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin dağılımı şu şekildedir: 69'u (16,4) Acil Tıp, 8'i (%1,9) Adli Tıp, 27'si (%6,4) Aile Hekimliği, 22'si (%5,2) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 5'i (%1,2) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları, 4'ü (%1,0) Deri ve Zührevi Hastalıklar, 9'u (%2,1) Enfeksiyon Hastalıkları, 15'i (%3,6) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 4'ü (%1,0) Göğüs Hastalıkları, 8'i (%1,9) Halk Sağlığı, 41'i (%9,7) İç Hastalıkları, 10'u (%2,4) Kardiyoloji, 13'ü (%3,1) Nöroloji, 1'i (%0,2) Radyasyon Onkolojisi, 10'u (%2,4) Radyoloji, 9'u (%2,1) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 3'ü (%0,7) Tıbbi Farmakoloji olmak üzere toplam 258 (%61,3) kişi.

Cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin dağılımı şu şekildedir: 30'u (7,1) Anesteziyoloji, 4'ü (%1,0) Beyin ve Sinir Cerrahisi, 4'ü (%1,0) Çocuk Cerrahisi, 21'i (%5,0) Genel Cerrahi, 12'si (%2,9) Göz Hastalıkları, 19'u (%4,5)

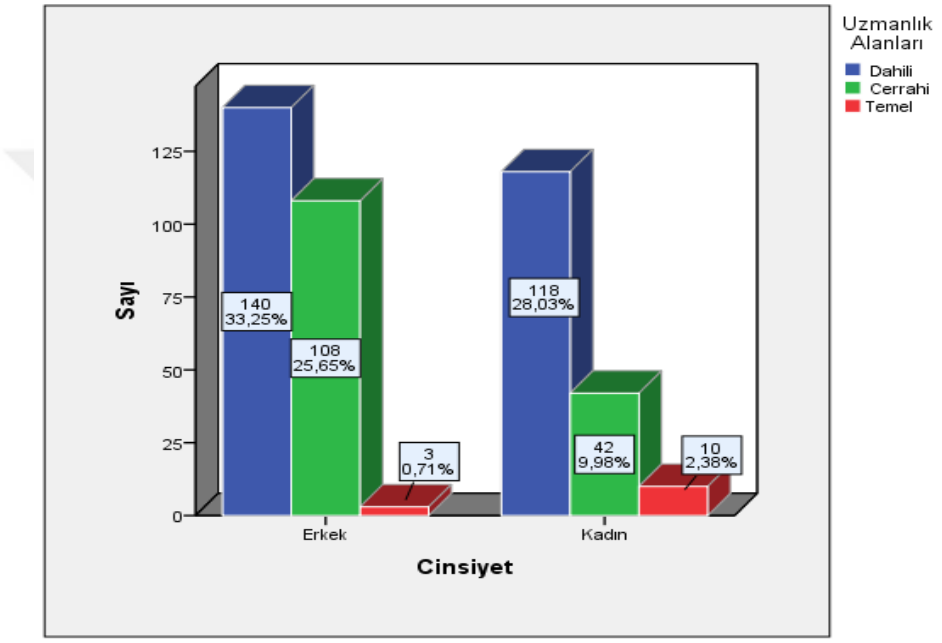
Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2'si (%0,5) Kalp Damar Cerrahisi, 16'sı (%3,7) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 19'u (%4,5) Ortopedi ve Travmatoloji, 3'ü (%0,7) Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, 9'u (%2,1) Tıbbi Patoloji, 11'i (%2,6) Üroloji olmak üzere toplam 150 (%35,6) kişi.

Temel bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin dağılımı şu şekildedir: 3'ü (0,7) Anatomi, 1'i (%0,2) Biyofizik, 3'ü (%0,7) Fizyoloji, 1'i (%0,2) Histoloji ve Embriyoloji, 2'si (%0,5) Tıbbi Mikrobiyoloji, 3'ü (%0,7) Tıbbi Biyokimya olmak üzere toplam 13 (%3,1) kişi (Çizelge: 4.1.2.2).

Çizelge 4.1.2.2. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı

Dâhili Bilimler	Sayı (%)	Cerrahi Bilimler	Sayı (%)	Temel Bilimler	Sayı (%)
Acil Tıp	69 (16,4)	Anesteziyoloji	30 (7,1)	Anatomi	3 (0,7)
Adli Tıp	8 (1,9)	Beyin ve Sinir Cerrahisi	4 (1,0)	Biyofizik	1 (0,2)
Aile Hekimliği	27 (6,4)	Çocuk Cerrahisi	4 (1,0)	Fizyoloji	3 (0,7)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	22 (5,2)	Genel Cerrahi	21 (5,0)	Histoloji ve Embriyoloji	1 (0,2)
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı hastalıkları	5 (1,2)	Göz Hastalıkları	12 (2,9)	Tıbbi Mikrobiyoloji	2 (0,5)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	4 (1,0)	Kadın Hastalıkları ve Doğum	19 (4,5)	Tıbbi Biyokimya	3 (0,7)
Enfeksiyon Hastalıkları	9 (2,1)	Kalp Damar Cerrahisi	2 (0,5)	**Toplam**	**13 (3,1)**
Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon	15 (3,6)	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	16 (3,8)		
Göğüs Hastalıkları	4 (1,0)	Ortopedi ve Travmotoloji	19 (4,5)		
Halk Sağlığı	8 (1,9)	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	3 (0,7)		
İç Hastalıkları	41 (9,7)	Tıbbi Patoloji	9 (2,1)		
Kardiyoloji	10 (2,4)	Üroloji	11 (2,6)		
Nöroloji	13 (3,1)	**Toplam**	**150 (35,6)**		
Radyasyon Onkolojisi	1 (0,2)				
Radyoloji	10 (2,4)				
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	9 (2,1)				
Tıbbi Farmakoloji	3 (0,7)				
Toplam	**258 (61,3)**				

Hekimlerin uzmanlık alanları ve cinsiyetlerinin genel dağılımı incelendiğinde 140 (%33,2) hekimin dahili alanlarda görev yapmakta olan erkek, 118 hekimin (%28,0) dahili alanlarda görev yapmakta olan kadın; 108 (%25,6) hekimin cerrahi alanlarda görev yapmakta olan erkek, 42 (%9,9) hekimin cerrahi alanlarda görev yapmakta olan kadın; 3 (%0,7) hekimin temel bilimlerde görev yapmakta olan erkek, 10 (%2,3) hekimin temel bilimlerde görev yapmakta olan kadın olduğu görülmektedir (Şekil 4.1.2.1).



Şekil 4.1.2.1. Hekimlerin uzmanlık alanları ve cinsiyetlerinin genel dağılımı

Hekimlerin cinsiyetlerinin uzmanlık alanlarına göre dağılımı ayrı ayrı incelendiğinde dahili bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin %54,3'ü erkek, %45,7'si kadın; cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin %72,0'si erkek, %28,0'i kadın; temel bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin ise %23,1'i erkek, %76,9'u kadındır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p: 0,0001). Yapılan ileri analizlerde farkın cerrahi ve temel bilimlerden kaynaklandığı görülmektedir. Cerrahi bilimlerde erkek lehine, temel bilimlerde ise kadın lehine bir artış varken, dahili bilimlerde cinsiyet farkı anlamlı değildir (Çizelge 4.1.2.3).

Çizelge 4.1.2.3. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre cinsiyet dağılımları

Uzmanlık Alanı	Cinsiyet n(%)*		
	Kadın	Erkek	Toplam
Dahili	118 (%45,7)	140 (%54,3)	258 (%100,0)
Cerrahi**	42 (%28,0)	108 (%72,0)	150 (%100,0)
Temel**	10 (%76,9)	3 (%23,1)	13 (%100,0)

Ki kare: 19.835 p:0,0001

***n: Sayı % Satır yüzdesi **Farkı yaratan satırlar**

Hekimlerin hekimlik yaptıkları toplam süre ortalama 47,4 ± 38,4, ortanca süre 38,0, en az 1, en çok 264 aydır. Hekimlik yaptıkları süre normal dağılıma uymamaktadır (Kolmogorov-Smirnov Testi p değeri: 0,0001) (Çizelge: 4.1.2.4).

Çizelge 4.1.2.4. Hekimlerin hekimlik yaptıkları toplam süre (ay)

En az	En çok	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma
1	264	38,0	47,7	38,4

Hekimlerin şu an uzmanlık eğitimi aldıkları bölümlerdeki toplam çalışma süreleri ortalama 24,1 ± 16,2, ortanca süre 24,0, en az 1, en çok 84 aydır. Hekimlerin şu an uzmanlık eğitimi aldıkları bölümlerdeki toplam çalışma süreleri normal dağılıma uymamaktadır (Kolmogorov-Smirnov Testi p değeri: 0,0001) (Çizelge: 4.1.2.5).

Çizelge 4.1.2.5. Hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları bölümdeki çalışma süreleri (ay)

En az	En çok	Ortanca	Ortalama	Standart sapma
1	84	24,0	24,1	16,2

4.1.3. Hekimlerin TCRTÖ'ye Verdikleri Cevaplar ile İlgili Bulgular

"Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir" ifadesine hekimlerin 169'u (%39,5) katıldığını, 151'i (%35,4) tamamen katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.1).

Çizelge 4.1.3.1. "Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir" önermesine verilen cevaplar

Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir. (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	14	%3,3
Katılmıyorum	44	%10,3
Kararsızım	49	%11,5
Katılıyorum	169	%39,5
Tamamen katılıyorum	151	%35,4

"Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır" ifadesine hekimlerin 205'i (%47,8) kesinlikle katılmadığını, 170'i (%39,5) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.2).

Çizelge 4.1.3.2. "Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır (n: 430)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	205	%47,8
Katılmıyorum	170	%39,5
Kararsızım	23	%5,3
Katılıyorum	26	%6,0
Tamamen katılıyorum	6	%1,4

"Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır" ifadesine hekimlerin 170'i (%39,6) katılmadığını, 123'ü (%28,7) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.3).

Çizelge 4.1.3.3. "Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır (n: 429)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	123	%28,7
Katılmıyorum	170	%39,6
Kararsızım	76	%17,7
Katılıyorum	49	%11,4
Tamamen katılıyorum	11	%2,6

"Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir" ifadesine hekimlerin 288'i (%67,3) tamamen katıldığını, 109'u (%25,5) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.4).

Çizelge 4.1.3.4. "Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir" önermesine verilen cevaplar

Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir. (n: 428)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	20	%4,7
Katılmıyorum	10	%2,3
Kararsızım	1	%0,2
Katılıyorum	109	%25,5
Tamamen katılıyorum	288	%67,3

"Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir" ifadesine hekimlerin 221'i (%51,8) kesinlikle katılmadığını, 147'si (%34,4) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.5).

Çizelge 4.1.3.5. "Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir" önermesine verilen cevaplar

Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir. (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	221	%51,8
Katılmıyorum	147	%34,4
Kararsızım	28	%6,6
Katılıyorum	19	%4,4
Tamamen katılıyorum	12	%2,8

"Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır" ifadesine hekimlerin 281'i (%65,2) kesinlikle katılmadığını, 111'i (%25,8) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.6).

Çizelge 4.1.3.6. "Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır" önermesine verilen cevaplar

Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır. (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	281	%65,2
Katılmıyorum	111	%25,8
Kararsızım	15	%3,5
Katılıyorum	16	%3,7
Tamamen katılıyorum	8	%1,8

"Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir" ifadesine hekimlerin 222'si (%51,7) kesinlikle katılmadığını, 142'si (%33,1) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.7).

Çizelge 4.1.3.7. "Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir" önermesine verilen cevaplar

Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir (n: 429)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	222	%51,7
Katılmıyorum	142	%33,1
Kararsızım	28	%6,5
Katılıyorum	29	%6,8
Tamamen katılıyorum	8	%1,9

"Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır" ifadesine hekimlerin 176'sı (%41,3) tamamen katıldığını, 153'ü (%35,8) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.8).

Çizelge 4.1.3.8. "Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır (n: 426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	22	%5,2
Katılmıyorum	39	%9,2
Kararsızım	36	%8,5
Katılıyorum	153	%35,8
Tamamen katılıyorum	176	%41,3

"Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir" ifadesine hekimlerin 209'u (%49,4) kesinlikle katılmadığını, 153'ü (%36,2) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.9).

Çizelge 4.1.3.9. "Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir" önermesine verilen cevaplar

Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir (n: 423)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	209	%49,4
Katılmıyorum	153	%36,2
Kararsızım	22	%5,2
Katılıyorum	24	%5,7
Tamamen katılıyorum	15	%3,5

"Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir" ifadesine hekimlerin 193'ü (%45,4) kesinlikle katılmadığını, 156'sı (%36,7) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.10).

Çizelge 4.1.3.10. "Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir" önermesine verilen cevaplar

Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir (n: 425)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	193	%45,4
Katılmıyorum	156	%36,7
Kararsızım	31	%7,3
Katılıyorum	31	%7,3
Tamamen katılıyorum	14	%3,3

"Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir" ifadesine hekimlerin 146'sı (%34,0) katılmadığını, 106'sı (%24,7) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.11).

Çizelge 4.1.3.10. "Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir" önermesine verilen cevaplar

Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir (n: 429)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	106	%24,7
Katılmıyorum	146	%34,0
Kararsızım	75	%17,5
Katılıyorum	82	%19,1
Tamamen katılıyorum	20	%4,7

"Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır" ifadesine hekimlerin 270'i (%63,4) tamamen katıldığını, 124'ü (%29,1) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.12).

Çizelge 4.1.3.11. "Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	10	%2,3
Katılmıyorum	19	%4,5
Kararsızım	3	%0,7
Katılıyorum	124	%29,1
Tamamen katılıyorum	270	%63,4

"Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir" ifadesine hekimlerin 250'si (%58,7) tamamen katıldığını, 127'si (%29,8) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.13).

Çizelge 4.1.3.12. "Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir" önermesine verilen cevaplar

Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir. (n: 426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	19	%4,5
Katılmıyorum	18	%4,2
Kararsızım	12	%2,8
Katılıyorum	127	%29,8
Tamamen katılıyorum	250	%58,7

"Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır" ifadesine hekimlerin 301'i (%71,0) kesinlikle katılmadığını, 84'ü (%19,8) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.14).

Çizelge 4.1.3.13. "Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır. (n: 424)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	301	%71,0
Katılmıyorum	84	%19,8
Kararsızım	10	%2,4
Katılıyorum	18	%4,2
Tamamen katılıyorum	11	%2,6

"Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir" ifadesine hekimlerin 291'i (%68,4) kesinlikle katılmadığını, 91'i (%21,4) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.15).

Çizelge 4.1.3.14. "Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir" önermesine verilen cevaplar

Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir. (n: 425)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	291	%68,4
Katılmıyorum	91	%21,4
Kararsızım	22	%5,2
Katılıyorum	10	%2,4
Tamamen katılıyorum	11	%2,6

"Kadının temel görevi anneliktir" ifadesine hekimlerin 154'ü (%36,1) katılmadığını, 147'si (%34,4) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.16).

Çizelge 4.1.3.15. "Kadının temel görevi anneliktir" önermesine verilen cevaplar

Kadının temel görevi anneliktir. (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	147	%34,4
Katılmıyorum	154	%36,1
Kararsızım	43	%10,1
Katılıyorum	65	%15,2
Tamamen katılıyorum	18	%4,2

"Evin reisi erkektir" ifadesine hekimlerin 146'sı (%34,3) kesinlikle katılmadığını, 108'i (%25,4) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.17).

Çizelge 4.1.3.16. "Evin reisi erkektir" önermesine verilen cevaplar

Evin reisi erkektir. (n:426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	146	%34,3
Katılmıyorum	108	%25,4
Kararsızım	50	%11,7
Katılıyorum	93	%21,8
Tamamen katılıyorum	29	%6,8

"Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir" ifadesine hekimlerin 219'u (%51,3) tamamen katıldığını, 156'sı (%36,6) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.18).

Çizelge 4.1.3.17. "Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir" önermesine verilen cevaplar

Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir. (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	19	%4,4
Katılmıyorum	13	%3,0
Kararsızım	20	%4,7
Katılıyorum	156	%36,6
Tamamen katılıyorum	219	%51,3

"Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir" ifadesine hekimlerin 165'i (%38,7) katıldığını, 115'i (%27,0) tamamen katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.19).

Çizelge 4.1.3.18. "Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir" önermesine verilen cevaplar

Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir. (n: 426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	26	%6,1
Katılmıyorum	34	%8,0
Kararsızım	86	%20,2
Katılıyorum	165	%38,7
Tamamen katılıyorum	115	%27,0

"Ailede kararları eşler birlikte almalıdır" ifadesine hekimlerin 280'i (%65,9) tamamen katıldığını, 118'i (%27,8) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.20).

Çizelge 4.1.3.19. "Ailede kararları eşler birlikte almalıdır" önermesine verilen cevaplar

Ailede kararları eşler birlikte almalıdır. (n: 425)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	7	%1,6
Katılmıyorum	14	%3,3
Kararsızım	6	%1,4
Katılıyorum	118	%27,8
Tamamen katılıyorum	280	%65,9

"Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir" ifadesine hekimlerin 204'i (%47,9) tamamen katıldığını, 166'sı (%39,0) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.21).

Çizelge 4.1.3.20. "Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir" önermesine verilen cevaplar

Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir. (n: 426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	10	%2,3
Katılmıyorum	16	%3,8
Kararsızım	30	%7,0
Katılıyorum	166	%39,0
Tamamen katılıyorum	204	%47,9

"Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır" ifadesine hekimlerin 206'sı (%48,2) tamamen katıldığını, 163'ü (%38,2) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.22).

Çizelge 4.1.3.21. "Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır. (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	9	%2,1
Katılmıyorum	23	%5,4
Kararsızım	26	%6,1
Katılıyorum	163	%38,2
Tamamen katılıyorum	206	%48,2

"Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir" ifadesine hekimlerin 125'i (%29,3) kararsız olduğunu, 121'i (%28,4) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.23).

Çizelge 4.1.3.22. "Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir" önermesine verilen cevaplar

Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir. (n:426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	87	%20,4
Katılmıyorum	121	%28,4
Kararsızım	125	%29,3
Katılıyorum	71	%16,7
Tamamen katılıyorum	22	%5,2

"Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir" ifadesine hekimlerin 134'ü (%31,4) katıldığını, 126'sı (%29,5) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.24).

Çizelge 4.1.3.23. "Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir" önermesine verilen cevaplar

Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir. (n:427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	70	%16,4
Katılmıyorum	126	%29,5
Kararsızım	60	%14,1
Katılıyorum	134	%31,4
Tamamen katılıyorum	37	%8,6

"Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır" ifadesine hekimlerin 153'ü (%35,8) katıldığını, 153'ü (%35,8) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.25).

Çizelge 4.1.3.24. "Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır" önermesine verilen cevaplar

Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır. (n: 427)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	153	%35,8
Katılmıyorum	29	%6,8
Kararsızım	73	%17,2
Katılıyorum	153	%35,8
Tamamen katılıyorum	19	%4,4

"Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir" ifadesine hekimlerin 178'i (%41,8) tamamen katıldığını, 176'sı (%41,3) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.26).

Çizelge 4.1.3.25. "Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir" önermesine verilen cevaplar

Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir. (n:426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	15	%3,5
Katılmıyorum	19	%4,5
Kararsızım	38	%8,9
Katılıyorum	176	%41,3
Tamamen katılıyorum	178	%41,8

"Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır" ifadesine hekimlerin 238'i (%56,3) tamamen katıldığını, 148'i (%35,0) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.27).

Çizelge 4.1.3.26. "Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır. (n:423)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	12	%2,8
Katılmıyorum	41	%2,6
Kararsızım	14	%3,3
Katılıyorum	148	%35,0
Tamamen katılıyorum	238	%56,3

"Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır" ifadesine hekimlerin 161'i (%37,9) katılmadığını, 151'i (%35,5) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.28).

Çizelge 4.1.3.27. "Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır. (n: 425)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	151	%35,5
Katılmıyorum	161	%37,9
Kararsızım	47	%11,1
Katılıyorum	51	%12,0
Tamamen katılıyorum	15	%3,5

"Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır" ifadesine hekimlerin 106'sı (%24,9) katıldığını, 92'si (%21,6) kararsız kaldığını, 91'i (%21,4) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.29).

Çizelge 4.1.3.28. "Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır" önermesine verilen cevaplar

Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır. (n: 426)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	90	%21,1
Katılmıyorum	91	%21,4
Kararsızım	92	%21,6
Katılıyorum	106	%24,9
Tamamen katılıyorum	47	%11,0

"Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır" ifadesine hekimlerin 237'si (%55,8) kesinlikle katılmadığını, 145'i (%34,1) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.30).

Çizelge 4.1.3.29. "Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır. (n: 425)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	237	%55,8
Katılmıyorum	145	%34,1
Kararsızım	25	%5,9
Katılıyorum	12	%2,8
Tamamen katılıyorum	6	%1,4

"Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır" ifadesine hekimlerin 137'si (%32,5) kesinlikle katılmadığını, 108'i (%25,5) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.31).

Çizelge 4.1.3.30. "Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır. (n:423)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	137	%32,5
Katılmıyorum	108	%25,5
Kararsızım	80	%18,9
Katılıyorum	61	%14,4
Tamamen katılıyorum	37	%8,7

"Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır" ifadesine hekimlerin 156'sı (%36,7) katılmadığını, 115'i (%27,1) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.32).

Çizelge 4.1.3.31. "Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır. (n:425)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	115	%27,1
Katılmıyorum	156	%36,7
Kararsızım	59	%13,9
Katılıyorum	67	%15,8
Tamamen katılıyorum	28	%6,5

"Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır" ifadesine hekimlerin 153'ü (%36,1) katılmadığını, 104'ü (%24,5) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.33).

Çizelge 4.1.3.32. "Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır. (n: 424)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	104	%24,5
Katılmıyorum	153	%36,1
Kararsızım	65	%15,3
Katılıyorum	74	%17,5
Tamamen katılıyorum	28	%6,6

"Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir" ifadesine hekimlerin 168'i (%39,6) katılmadığını, 154'ü (%36,3) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.34).

Çizelge 4.1.3.33. "Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir" önermesine verilen cevaplar

Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir. (n: 424)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	154	%36,3
Katılmıyorum	168	%39,6
Kararsızım	35	%8,3
Katılıyorum	54	%12,7
Tamamen katılıyorum	13	%3,1

"Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir" ifadesine hekimlerin 335'i (%79,0) kesinlikle katılmadığını, 66'sı (%15,6) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.35).

Çizelge 4.1.3.34. "Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir" önermesine verilen cevaplar

Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir. (n: 424)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	335	%79,0
Katılmıyorum	66	%15,6
Kararsızım	6	%1,4
Katılıyorum	10	%2,4
Tamamen katılıyorum	7	%1,6

"Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur" ifadesine hekimlerin 271'i (%63,9) kesinlikle katılmadığını, 126'sı (%29,7) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.36).

Çizelge 4.1.3.35. "Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur" önermesine verilen cevaplar

Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur. (n:424)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	271	%63,9
Katılmıyorum	126	%29,7
Kararsızım	11	%2,6
Katılıyorum	9	%2,1
Tamamen katılıyorum	7	%1,7

"Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır" ifadesine hekimlerin 278'i (%65,7) kesinlikle katılmadığını, 115'i (%27,2) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.3.37).

Çizelge 4.1.3.36. "Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır. (n:423)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	278	%65,7
Katılmıyorum	115	%27,2
Kararsızım	12	%2,8
Katılıyorum	13	%3,1
Tamamen katılıyorum	5	%1,2

"Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır" ifadesine hekimlerin 163'ü (%38,5) kesinlikle katılmadığını, 125'i (%29,5) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge: 4.1.3.38).

Çizelge 4.1.3.37. "Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır" önermesine verilen cevaplar

Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır. (n: 424)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	163	%38,5
Katılmıyorum	125	%29,5
Kararsızım	42	%9,9
Katılıyorum	76	%17,9
Tamamen katılıyorum	18	%4,2

Araştırmaya katılan hekimlerin TCRTÖ'den aldıkları toplam puan ortancası 157,0'dir (en küçük: 82, en büyük:190). TCRTÖ alt boyutları ayrı ayrı incelendiğinde; eşitlikçi cinsiyet rolü ortanca puanının 36,0 (en küçük: 13, en büyük:40), kadın cinsiyet rolü ortanca puanının 32,0 (en küçük: 12, en büyük:40), evlilikte cinsiyet rolü ortanca puanının 36,0 (en küçük: 14, en büyük:40), geleneksel cinsiyet rolü ortanca puanının 30,0 (en küçük: 10, en büyük:40), erkek cinsiyet rolü

ortanca puanının ise 25,0 (en küçük: 7, en büyük:30) olduğu görülmektedir. TCRTÖ puanları normal dağılıma uymamaktadır (Kolmogorov-Smirnov Testi p değeri: 0,0001) (Çizelge: 4.1.3.39).

Çizelge 4.1.3.38. Hekimlerin TCRTÖ ve alt boyutlarında aldıkları puan ortancalarının dağılımı

TCRTÖ ve ALT BOYUTLARI	Ortanca*	Min.	Max.
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü (40 puan üzerinden)	36,0	13	40
Kadın Cinsiyet Rolü (40 puan üzerinden)	32,0	12	40
Evlilikte Cinsiyet Rolü (40 puan üzerinden)	36,0	14	40
Geleneksel Cinsiyet Rolü (40 puan üzerinden)	30,0	10	40
Erkek Cinsiyet Rolü (30 puan üzerinden)	25,0	7	30
Toplam Puan (190 puan üzerinden)	157,0	82	190

***Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.**

Araştırmaya katılan hekimlerin TCRTÖ'den aldıkları puanlar cinsiyete göre incelendiğinde hem toplam puanda hem de tüm alt boyutlarda kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p:0,0001).

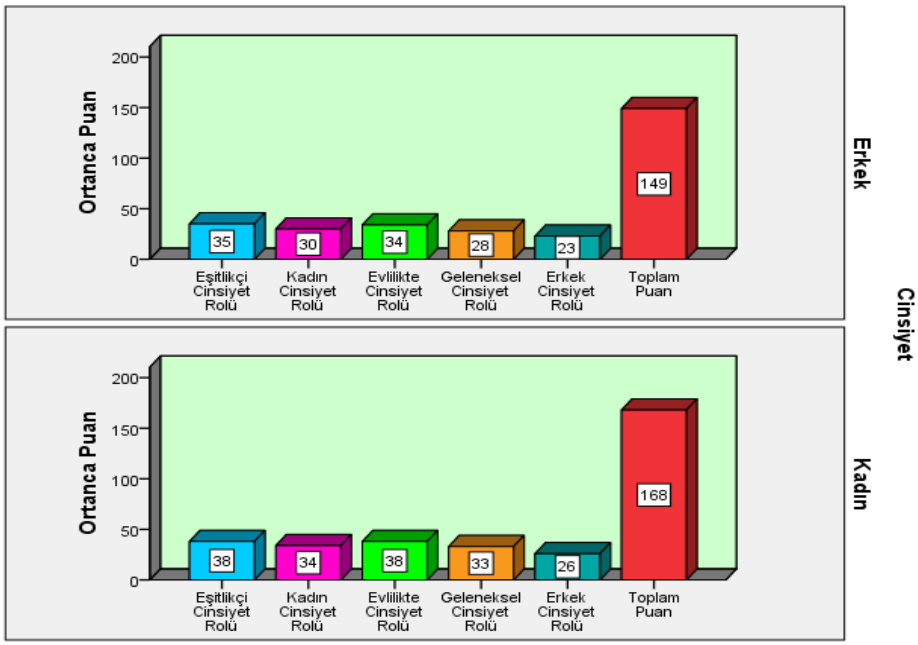
Eşitlikçi cinsiyet rolü ortanca puanının erkeklerde 35,0 (en küçük: 14, en büyük:40), kadınlarda 38,0 (en küçük: 13, en büyük: 40); kadın cinsiyet rolü ortanca puanının erkeklerde 30,0 (en küçük: 12, en büyük:40), kadınlarda 34,0 (en küçük: 17, en büyük: 40); evlilikte cinsiyet rolü ortanca puanının erkeklerde 34,0 (en küçük: 14, en büyük:40), kadınlarda 38,0 (en küçük: 20, en büyük: 40); geleneksel cinsiyet rolü ortanca puanının erkeklerde 28,0 (en küçük: 10, en büyük:40), kadınlarda 33,0 (en küçük: 18, en büyük: 40); erkek cinsiyet rolü ortanca puanının

erkeklerde 23,0 (en küçük: 7, en büyük:30), kadınlarda 26,0 (en küçük: 8, en büyük: 30); toplam ortanca puanın erkeklerde 149,0 (en küçük: 82, en büyük:190), kadınlarda 168,0 (en küçük: 102, en büyük: 190) olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre tüm alt boyutlarda ve toplam puanda kadınlar erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi tutumlara sahiptir (Çizelge 4.1.3.40 ve Şekil 4.1.3.1).

Çizelge 4.1.3.39. Hekimlerin cinsiyetlerine göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi

TCRTÖ ve ALT BOYUTLARI	CİNSİYET		p
	Erkek Ortanca (Min.-Max.)	Kadın Ortanca (Min.-Max.)	
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü*	35,0 (14-40)	38,0 (13-40)	0,0001
Kadın Cinsiyet Rolü*	30,0 (12-40)	34,0 (17-40)	0,0001
Evlilikte Cinsiyet Rolü*	34,0 (14-40)	38,0 (20-40)	0,0001
Geleneksel Cinsiyet Rolü*	28,0 (10-40)	33,0 (18-40)	0,0001
Erkek Cinsiyet Rolü*	23,0 (7-30)	26,0 (8-30)	0,0001
Toplam Puan*	149,0 (82-190)	168,0 (102-190)	0,0001

***Mann-Whitney U Testi**



Şekil 4.1.3.1. Hekimlerin cinsiyetlerine göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan hekimlerin TCRTÖ'den aldıkları puanlar hekimlerin uzmanlık alanlarına göre incelendiğinde kadın cinsiyet rolü, evlilikte cinsiyet rolü ve genel toplumsal cinsiyet rolleri tutumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür.

Kadın cinsiyet rolünde; dahili bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 33,0 (en küçük: 18, en büyük: 40), cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 31,0 (en küçük: 17, en büyük: 40), temel bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 37,0'dir (en küçük: 17, en büyük: 40) ve aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,009). Yapılan ikili analizlere göre; temel bilimler ile cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta (p:0,007), temel bilimler ile dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakta (p:0,030), dahili bilimler ile cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,058).

Evlilikte cinsiyet rolünde; dahili bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 36,0 (en küçük: 16, en büyük: 40), cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 35,0 (en küçük: 14, en büyük: 40), temel bilimlerde görev yapan

hekimlerde ortanca puan 39,0'dur (en küçük: 33, en büyük: 40) ve aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,013). Farkın hangi uzmanlık alanından kaynaklandığını belirlemek için yukarıda açıklanan yöntemle ikişerli analizler yapılmıştır. Yapılan ikili analizlere göre; temel bilimler ile cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta (p:0,003), temel bilimler ile dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta (p:0,006), dahili bilimler ile cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,053).

Genel toplumsal cinsiyet rolleri tutumunda; dahili bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 157,0 (en küçük: 83, en büyük: 190), cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 155,0 (en küçük: 82, en büyük: 190), temel bilimlerde görev yapan hekimlerde ortanca puan 170,0'dir (en küçük: 149, en büyük: 185) ve aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,013). Farkın hangi uzmanlık alanından kaynaklandığını belirlemek için yukarıda açıklanan yöntemle ikişerli analizler yapılmıştır. Yapılan ikili analizlere göre; temel bilimler ile cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta (p:0,010), temel bilimler ile dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakta (p:0,034), dahili bilimler ile cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,423).

Tüm bu bulgulara göre uzmanlık alanlarına göre ortaya çıkan farkın temel bilimlerden kaynaklandığı görülmektedir (Çizelge 4.1.3.41 ve Şekil 4.1.3.2).

Çizelge 4.1.3.40. Hekimlerin çalıştıkları birimlere göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi

TCRTÖ ALT BOYUTLARI	Çalışılan Birim			p
	Dahili (n: 258) Ortanca (Min.-Max.)	Cerrahi (n:150) Ortanca (Min.-Max.)	Temel (n:13) Ortanca (Min.-Max.)	
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü*	36,0 (13-40)	36,0 (16-40)	38,0 (33-40)	0,338
Kadın Cinsiyet Rolü*	33,0 (18-40)	31,0 (17-40)	37,0 (17-40)	0,009
Evlilikte Cinsiyet Rolü*	36,0 (16-40)	35,0 (14-40)	39,0 (33-40)	0,013
Geleneksel Cinsiyet Rolü*	30,0 (11-40)	29,0 (10-40)	32,0 (27-38)	0,136
Erkek Cinsiyet Rolü*	25,0 (7-30)	25,0 (8-30)	27,0 (22-30)	0,130
Toplam puan*	157,0 (83-190)	155,0 (82-190)	170,0 (149-185)	0,047

***Kruskal Wallis Test**



Şekil 4.1.3.2. Hekimlerin çalıştıkları birimlere göre TCRTÖ alt boyutlarının dağılımlarının değerlendirilmesi

4.1.4. Hekimlerin Çalışma Yaşamında Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumları ile İlgili Özellikler

"Şu an görev yapmakta olduğum bölümü tercih etmemde cinsiyetimin etkisi oldu" ifadesine hekimlerin 163'ü (%39,0) kesinlikle katılmadığını, 126'sı (%30,1) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.1).

Çizelge 4.1.4.1. "Şu an görev yapmakta olduğum bölümü tercih etmemde cinsiyetimin etkisi oldu" önermesine verilen cevaplar

Şu an görev yapmakta olduğum bölümü tercih etmemde cinsiyetimin etkisi oldu (n: 418)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	163	%39,0
Katılmıyorum	126	%30,1
Kararsızım	20	%4,8
Katılıyorum	89	%21,3
Tamamen katılıyorum	20	%4,8

"Meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım" ifadesine hekimlerin 168'i (%40,3) katılmadığını, 128'i (%30,7) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.2).

Çizelge 4.1.4.2. "Meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım" önermesine verilen cevaplar

Meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım. (n: 417)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	128	%30,7
Katılmıyorum	168	%40,3
Kararsızım	52	%12,5
Katılıyorum	53	%12,7
Tamamen katılıyorum	16	%3,8

"Mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi" ifadesine hekimlerin 173'ü (%41,4) katılmadığını, 144'ü (%34,4) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.3).

Çizelge 4.1.4.3. "Mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi" önermesine verilen cevaplar

Mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi (n: 418)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	144	%34,4
Katılmıyorum	173	%41,4
Kararsızım	45	%10,8
Katılıyorum	41	%9,8
Tamamen katılıyorum	15	%3,6

"Günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor" ifadesine hekimlerin 130'u (%31,9) katıldığını, 100'ü (%24,0) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.4).

Çizelge 4.1.4.4. "Günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor" önermesine verilen cevaplar

Günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor (n: 417)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	68	%16,3
Katılmıyorum	100	%24,0
Kararsızım	71	%17,0
Katılıyorum	130	%31,2
Tamamen katılıyorum	48	%11,5

"İş yerindeki işlerin yanı sıra ev işleri de kadın hekim için önemli bir yüktür" ifadesine hekimlerin 207'si (%50,4) katıldığını, 116'sı (%28,2) tamamen katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.5).

Çizelge 4.1.4.5. "İş yerindeki işlerin yanı sıra ev işleri de kadın hekim için önemli bir yüktür" önermesine verilen cevaplar

İş yerindeki işlerin yanı sıra ev işleri de kadın hekim için önemli bir yüktür (n: 411)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	13	%3,2
Katılmıyorum	30	%7,3
Kararsızım	45	%10,9
Katılıyorum	207	%50,4
Tamamen katılıyorum	116	%28,2

"Çalışma hayatındaki kariyer için eşler arasında fedakârlık yapılacaksa bu görev kadınındır" ifadesine hekimlerin 148'i (%36,3) katılmadığını, 147'si (%36,0) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.6).

Çizelge 4.1.4.6. "Çalışma hayatındaki kariyer için eşler arasında fedakârlık yapılacaksa bu görev kadınındır" önermesine verilen cevaplar

Çalışma hayatındaki kariyer için eşler arasında fedakârlık yapılacaksa bu görev kadınındır (n:408)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	147	%36,0
Katılmıyorum	148	%36,3
Kararsızım	77	%18,9
Katılıyorum	31	%7,6
Tamamen katılıyorum	5	%1,2

"Hekimler kendilerinden daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kişilerle evlilik, nişanlılık gibi ilişki kurmamalıdır" ifadesine hekimlerin 169'u (%40,6) katılmadığını, 144'ü (%34,6) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.7).

Çizelge 4.1.4.7. "Hekimler kendilerinden daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kişilerle evlilik, nişanlılık gibi ilişki kurmamalıdır" önermesine verilen cevaplar

Hekimler kendilerinden daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kişilerle evlilik, nişanlılık gibi ilişki kurmamalıdır (n: 416)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	144	%34,6
Katılmıyorum	169	%40,6
Kararsızım	59	%14,2
Katılıyorum	34	%8,2
Tamamen katılıyorum	10	%2,4

"Kadın hekimler kıyafetlerinden dolayı daha çok ayrımcılığa uğrar" ifadesine hekimlerin 126'sı (%30,3) katıldığını, 114'ü (%27,4) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.8).

Çizelge 4.1.4.8. "Kadın hekimler kıyafetlerinden dolayı daha çok ayrımcılığa uğrar" önermesine verilen cevaplar

Kadın hekimler kıyafetlerinden dolayı daha çok ayrımcılığa uğrar (n: 416)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	41	%9,9
Katılmıyorum	114	%27,4
Kararsızım	87	%20,9
Katılıyorum	126	%30,3
Tamamen katılıyorum	48	%11,5

"Pasif sabır ve dakiklik gereken işlerde kadın hekimler daha başarılıdır" ifadesine hekimlerin 134'ü (%32,2) katılmadığını, 101'i (%24,3) kararsız kaldığını, 98'i (%23,6) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.9).

Çizelge 4.1.4.9. "Pasif sabır ve dakiklik gereken işlerde kadın hekimler daha başarılıdır" önermesine verilen cevaplar

Pasif sabır ve dakiklik gereken işlerde kadın hekimler daha başarılıdır (n: 416)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	58	%13,9
Katılmıyorum	134	%32,2
Kararsızım	101	%34,3
Katılıyorum	98	%23,6
Tamamen katılıyorum	25	%6,0

"Aktif fiziksel güç gerektiren branşlarda (cerrahi vb) erkekler daha başarılıdır" ifadesine hekimlerin 178'i (%42,8) katıldığını, 73'ü (%17,6) tamamen katıldığını, 73'ü (%17,6) ise katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.10).

Çizelge 4.1.4.10. "Aktif fiziksel güç gerektiren branşlarda (cerrahi vb) erkekler daha başarılıdır" önermesine verilen cevaplar

Aktif fiziksel güç gerektiren branşlarda (cerrahi vb) erkekler daha başarılıdır (n: 415)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	33	%8,0
Katılmıyorum	73	%17,6
Kararsızım	58	%14,0
Katılıyorum	178	%42,8
Tamamen katılıyorum	73	%17,6

"Çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan branşlar erkekler için daha uygundur" ifadesine hekimlerin 202'si (%48,6) katıldığını, 66'sı (%15,8) tamamen katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.11).

Çizelge 4.1.4.11. "Çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan branşlar erkekler için daha uygundur" önermesine verilen cevaplar

Çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan branşlar erkekler için daha uygundur. (n: 416)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	32	%7,7
Katılmıyorum	65	%15,6
Kararsızım	51	%12,3
Katılıyorum	202	%48,6
Tamamen katılıyorum	66	%15,8

"Kadın hekimler cerrahi branşlarda başarılı olamazlar" ifadesine hekimlerin 180'i (%43,5) katılmadığını, 148'i (%35,7) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.12).

Çizelge 4.1.4.12. "Kadın hekimler cerrahi branşlarda başarılı olamazlar" önermesine verilen cevaplar

Kadın hekimler cerrahi branşlarda başarılı olamazlar. (n: 414)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	148	%35,7
Katılmıyorum	180	%43,5
Kararsızım	55	%13,3
Katılıyorum	22	%5,3
Tamamen katılıyorum	9	%2,2

"Kadın hekimlerin uzmanlık alanını seçmelerinde toplumsal roller (annelik, ev işleri vb.) büyük oranda etkilidir" ifadesine hekimlerin 217'si (%52,5) katıldığını, 76'sı (%18,5) kararsız kaldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.13).

Çizelge 4.1.4.13. "Kadın hekimlerin uzmanlık alanını seçmelerinde toplumsal roller (annelik, ev işleri vb.) büyük oranda etkilidir" önermesine verilen cevaplar

Kadın hekimlerin uzmanlık alanını seçmelerinde toplumsal roller (annelik, ev işleri vb.) büyük oranda etkilidir (n:413)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	20	%4,8
Katılmıyorum	45	%10,9
Kararsızım	76	%18,5
Katılıyorum	217	%52,5
Tamamen katılıyorum	55	%13,3

"Kadın hekimlerin cerrahi branşları seçmemesinde erkek hekimlerin ayrımcı, olumsuz, caydırıcı tutumlarının rol aldığını düşünüyorum" ifadesine hekimlerin 184'ü (%44,8) katıldığını, 83'ü (%20,1) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.14).

Çizelge 4.1.4.14. "Kadın hekimlerin cerrahi branşları seçmemesinde erkek hekimlerin ayrımcı, olumsuz, caydırıcı tutumlarının rol aldığını düşünüyorum" önermesine verilen cevaplar

Kadın hekimlerin cerrahi branşları seçmemesinde erkek hekimlerin ayrımcı, olumsuz, caydırıcı tutumlarının rol aldığını düşünüyorum (n:412)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	36	%8,7
Katılmıyorum	83	%20,1
Kararsızım	73	%17,7
Katılıyorum	184	%44,8
Tamamen katılıyorum	36	%8,7

"Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir" ifadesine hekimlerin 128'i (%31,3) katılmadığını, 101'i (%24,7) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.15).

Çizelge 4.1.4.15. "Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir" önermesine verilen cevaplar

Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir (n: 409)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	93	%22,7
Katılmıyorum	128	%31,3
Kararsızım	67	%16,4
Katılıyorum	101	%24,7
Tamamen katılıyorum	20	%4,9

"Kadın hekimler cinsiyetleri nedeniyle erkek hekimlere oranla meslek hayatında karşı cinsin rahatsız edici davranışına daha fazla maruz kalırlar" ifadesine hekimlerin 211'i (%51,7) katıldığını, 64'ü (%15,7) tamamen katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.16).

Çizelge 4.1.4.16. "Kadın hekimler cinsiyetleri nedeniyle erkek hekimlere oranla meslek hayatında karşı cinsin rahatsız edici davranışına daha fazla maruz kalırlar" önermesine verilen cevaplar

Kadın hekimler cinsiyetleri nedeniyle erkek hekimlere oranla meslek hayatında karşı cinsin rahatsız edici davranışına daha fazla maruz kalırlar (n: 408)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	21	%5,1
Katılmıyorum	55	%13,5
Kararsızım	57	%14,0
Katılıyorum	211	%51,7
Tamamen katılıyorum	64	%15,7

"Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir" ifadesine hekimlerin 189'u (%45,8) katılmadığını, 111'i (%26,9) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.17).

Çizelge 4.1.4.17. "Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir" önermesine verilen cevaplar

Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir (n:413)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	111	%26,9
Katılmıyorum	189	%45,8
Kararsızım	62	%15,0
Katılıyorum	40	%9,7
Tamamen katılıyorum	11	%2,6

"Çalıştığım birimde iş bölümü kıdeme göre cinsiyetten bağımsız yapılır" ifadesine hekimlerin 195'i (%47,2) katıldığını, 157'si (%38,0) tamamen katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.18).

Çizelge 4.1.4.18. "Çalıştığım birimde iş bölümü kıdeme göre cinsiyetten bağımsız yapılır" önermesine verilen cevaplar

Çalıştığım birimde iş bölümü kıdeme göre cinsiyetten bağımsız yapılır (n: 413)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	13	%3,2
Katılmıyorum	22	%5,4
Kararsızım	22	%5,4
Katılıyorum	195	%47,9
Tamamen katılıyorum	155	%38,1

"Çalıştığım birimde kararlara katılım (görüş alınması vs) cinsiyete bağlı değildir" ifadesine hekimlerin 195'i (%47,9) katıldığını, 155'i (%38,1) tamamen katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.19).

Çizelge 4.1.4.19. "Çalıştığım birimde kararlara katılım (görüş alınması vs) cinsiyete bağlı değildir" önermesine verilen cevaplar

Çalıştığım birimde kararlara katılım (görüş alınması vs) cinsiyete bağlı değildir (n: 407)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	13	%3,2
Katılmıyorum	22	%5,4
Kararsızım	22	%5,4
Katılıyorum	195	%47,9
Tamamen katılıyorum	157	%38,1

"Çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda ‘‘kadın aklı, elinin hamuru’’ gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır" ifadesine hekimlerin 213'ü (%51,8) kesinlikle katılmadığını, 154'ü (%37,5) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.20).

Çizelge 4.1.4.20. "Çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda ‘‘kadın aklı, elinin hamuru’’ gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır" önermesine verilen cevaplar

Çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda ‘‘kadın aklı, elinin hamuru’’ gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır (n: 411)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	213	%51,8
Katılmıyorum	154	%37,5
Kararsızım	20	%4,9
Katılıyorum	16	%3,9
Tamamen katılıyorum	8	%1,9

"Çalıştığım bölümün olanaklarından (eğitim, kongreye katılım vb) cinsiyet ayrımı yapılmadan yararlanılır" ifadesine hekimlerin 180'i (%43,5) tamamen katıldığını, 165'i (%40,0) katıldığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.21).

Çizelge 4.1.4.21. "Çalıştığım bölümün olanaklarından (eğitim, kongreye katılım vb) cinsiyet ayrımı yapılmadan yararlanılır" önermesine verilen cevaplar

Çalıştığım bölümün olanaklarından (eğitim, kongreye katılım vb) cinsiyet ayrımı yapılmadan yararlanılır (n: 413)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	21	%5,1
Katılmıyorum	25	%6,1
Kararsızım	22	%5,3
Katılıyorum	165	%40,0
Tamamen katılıyorum	180	%43,5

"Çalıştığım birimde eş kıdemli kadın ve erkek arasından daha çok erkeğin sözü dikkate alınır" ifadesine hekimlerin 198'i (%47,9) kesinlikle katılmadığını, 153'ü (%37,0) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.22).

Çizelge 4.1.4.22. "Çalıştığım birimde eş kıdemli kadın ve erkek arasından daha çok erkeğin sözü dikkate alınır" önermesine verilen cevaplar

Çalıştığım birimde eş kıdemli kadın ve erkek arasından daha çok erkeğin sözü dikkate alınır (n: 413)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	198	%47,9
Katılmıyorum	153	%37,0
Kararsızım	38	%9,2
Katılıyorum	15	%3,7
Tamamen katılıyorum	9	%2,2

"Hastalar erkek hekimlere daha fazla güvenir ve ciddiye alırlar" ifadesine hekimlerin 126'sı (%30,3) katıldığını, 98'i (%23,7) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.23).

Çizelge 4.1.4.23. "Hastalar erkek hekimlere daha fazla güvenir ve ciddiye alırlar" önermesine verilen cevaplar

Hastalar erkek hekimlere daha fazla güvenir ve ciddiye alırlar (n:414)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	43	%10,4
Katılmıyorum	98	%23,7
Kararsızım	97	%23,4
Katılıyorum	126	%30,4
Tamamen katılıyorum	50	%12,1

“Hekim seçme hakkı kapsamında, hekimin cinsiyeti bir kıstas olarak yer almalıdır” ifadesine hekimlerin 200’ü (%48,4) kesinlikle katılmadığını, 126’sı (%30,5) katılmadığını belirtmiştir (Çizelge 4.1.4.24).

Çizelge 4.1.4.24. “Hekim seçme hakkı kapsamında, hekimin cinsiyeti bir kıstas olarak yer almalıdır” önermesine verilen cevaplar

Hekim seçme hakkı kapsamında, hekimin cinsiyeti bir kıstas olarak yer almalıdır. (n:413)	**n**	**%**
Kesinlikle katılmıyorum	200	%48,4
Katılmıyorum	126	%30,5
Kararsızım	57	%13,8
Katılıyorum	23	%5,6
Tamamen katılıyorum	7	%1,7

Uzmanlık öğrencilerine yöneltilen iş yaşamında cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma ile ilgili önermelerden “meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım.” (p=0,0001), “mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi” (p=0,0001), “iş yerindeki işlerin yanı sıra ev işleri de kadın hekim için önemli bir yüktür” (p=0,007), “pasif sabır ve dakiklik gereken işlerde kadın hekimler daha başarılıdır” (p=0,0001) önermelerine verilen cevapların oranında kadın hekimlerde erkek hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

“Çalışma hayatındaki kariyer için eşler arasında fedakârlık yapılacaksa bu görev kadınındır” (p=0,002), ‘‘aktif fiziksel güç gerektiren branşlarda (cerrahi vb.) erkekler daha başarılıdır’’ (p=0,0001), “çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan branşlar erkekler için daha uygundur” (p=0,0001), “kadın hekimler cerrahi branşlarda başarılı olamazlar” (p=0,003) önermelerine verilen cevapların oranında ise erkek hekimlerde kadın hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Çizelge 4.1.4.25).

Çizelge 4.1.4.25. Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Önermelere Katıldıklarını/Tamamen Katıldıklarını Belirtme Durumları

Değişken	Erkek	Kadın	Ki kare/p
	n (%)*	n (%)	
Meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım. (n: 417)	27 (10,8)	42 (25,3)	15,306/0,0001
Mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi (n: 418)	20 (7,9)	36 (21,7)	16,308/0,0001
İş yerindeki işlerin yanı sıra ev işleri de kadın hekim için önemli bir yüktür (n: 411)	184 (74,2)	139 (85,3)	7,179/0,007
Çalışma hayatındaki kariyer için eşler arasında fedakârlık yapılacaksa bu görev kadınındır (n:408)	31 (12,6)	5 (3,1)	10,808/0,002**
Hekimler kendilerinden daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kişilerle evlilik, nişanlılık gibi ilişki kurmamalıdır (n: 416)	21 (8,3)	23 (14,0)	3,402/0,065
Pasif sabır ve dakiklik gereken işlerde kadın hekimler daha başarılıdır (n: 416)	51 (20,3)	72 (43,6)	25,992/0,0001
Aktif fiziksel güç gerektiren branşlarda (cerrahi vb) erkekler daha başarılıdır (n: 415)	175 (69,7)	76 (46,3)	22,684/0,0001
Çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan branşlar erkekler için daha uygundur. (n: 416)	183 (72,9)	85 (51,5)	19,880/0,0001
Kadın hekimler cerrahi branşlarda başarılı olamazlar. (n: 414)	27 (10,8)	4 (2,4)	9,994/0,003**
Kadın hekimlerin cerrahi branşları seçmemesinde erkek hekimlerin ayrımcı, olumsuz, caydırıcı tutumlarının rol aldığını düşünüyorum (n:412)	124 (49,6)	96 (59,3)	3,686/0,055

***n: Sayı , %: Sütun yüzdesi, **Yates düzeltmesi yapılmıştır**

Uzmanlık öğrencilerine yöneltilen iş yaşamında cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma ile ilgili önermelerden "günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor" (p=0,0001), "çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir" (p=0,0001), ''çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir'' (p=0,0001), "çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda ''kadın aklı, elinin hamuru'' gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır'' (p=0,016) önermelerine verilen cevaplar incelendiğinde dahili, cerrahi ve temel bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir.

"Günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor" önermesindeki farkın cerrahi bilimlerden kaynaklandığı görülmektedir. Cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimler bu önermeye daha az katıldıklarını belirtmişlerdir.

"Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir" önermesindeki farkın hem cerrahi hem de temel bilimlerden kaynaklandığı görülmektedir. Temel bilimlerde görev yapmak olan hekimlerin hiçbiri bu önermeye katılmazken, cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimler bu önermeye en fazla katılan gruptur.

"Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir" ve "Çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda ''kadın aklı, elinin hamuru'' gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır" önermelerindeki farkın yine cerrahi bilimlerden kaynaklandığı görülmektedir. Bu iki önermeye cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimler diğer bilimlerde görev yapmakta olan hekimlere göre daha fazla katıldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.4.26).

Çizelge 4.1.4.26. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre önermelere katıldıklarını/tamamen katıldıklarını belirtme durumları

Değişken	Dahili	Cerrahi	Temel	Ki kare/p
	n (%)*	n (%)	n (%)	
Günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor (n: 417)	128 (51,4)	35 (24,3)**	8 (61,5)	29,563/0,0001
Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir (n: 409)	59 (24,4)	58 (40,6)**	0 (0,0)**	16,932/0,0001
Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir (n:413)	20 (8,1)	30 (21,0)**	0 (0,0)	15,617/0,0001
Çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda ‘‘kadın aklı, elinin hamuru’’ gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır (n: 411)	8 (3,3)	14 (9,9)**	0 (0,0)	8,302/0,016

***n: sayı %:sütun yüzdesi **farkı yaratan sütun**

4.2. Nitel Çalışma Bulguları

Çalışmanın nitel kısmında hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları ve bununla ilgili mesleki ve sosyal tecrübeleri detaylı bir şekilde incelenmeye çalışılmıştır. Yapılan nitel analizler sonucunda kodlar belirlenmiş, ortak kodlar beş ana tema altında toplanmıştır. Bu süreçte betimsel analiz ve içerik analizi yapılmıştır.

Belirlenen beş ana tema şu şekildedir:

- Hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları
- Toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörler
- Hekimlik mesleği ve toplumsal cinsiyet
- Hekim-hasta ilişkisinde toplumsal cinsiyet
- Hekimler ve sosyal/özel yaşam

4.2.1. Tema 1: Hekimlerin Toplumsal Cinsiyet Algıları

Çalışmanın ilk aşamasında hekimlerin toplumsal cinsiyet kavramı ile ilgili düşünceleri sorgulanmıştır. Hekimlerin düşünceleri; toplumda kadına ve erkeğe yüklenen farklı roller bulunması, topluma göre erkeğin kadından üstün olması, toplumsal cinsiyet normlarını normalleştirme/kabullenme, topluma göre namus kavramının sadece kadınlar için olması, kadınlara yönelik pozitif ayrımcılık başlıkları altında toplanmıştır.

Katılımcıların toplumsal cinsiyet algıları genel olarak yorumlandığında, hepsinin toplumsal cinsiyet kavramından haberdar oldukları görülmüştür. Toplumsal cinsiyet kavramını genel olarak, "kadınlara ve erkeklere yüklenen görevler" olarak tanımlamışlardır ve büyük çoğunluğu bu görevlerde kadınların erkeklere göre daha dezavantajlı konumda olduklarına vurgu yapmıştır. Bir erkek ve bir kadın katılımcı namus kavramının sadece kadınlara özgü olmasına ve erkeğin kadından üstün kabul ediliyor olmasına değinmiştir. Sadece bir erkek katılımcı toplumsal cinsiyeti, "kadınlara yönelik pozitif ayrımcılık" olarak tanımlamıştır. Bir kadın katılımcı, kendilerine yüklenen toplumsal cinsiyet rollerini belki de farkında bile olmadan kabullendiklerini ve başka bir erkek katılımcı ise kadınların, hekim dahi olsalar, erkeğin kendilerinden üstün olmasını istediklerini belirtmiştir.

Çizelge 4.2.1.1'de görüldüğü gibi katılımcıların büyük çoğunluğu (%81,8) "toplumsal cinsiyet" i, toplumda kadına ve erkeğe farklı roller yüklenmesi ve yaklaşık yarısı (%45,4) da topluma göre erkeğin kadından üstün olması olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri aşağıda verilmiştir:

> *"Toplumsal cinsiyet deyince aklıma kadın ve erkeğin ayrı görevleri olduğu, toplumun onlara bir görev yüklediği geliyor. Mesela ev işleri, çocuk bakımı gibi şeyler kadına, dışarı işleri artı çalışma gibi olayların erkeğe yüklendiği bir sistem geliyor" (G1, 1;1).*

> *"Yani anne olacak, evde kalacak, evin ihtiyaçları ile ilgilenecek geri kalan şeyleri erkek yapacak benim bugüne kadar gördüğüm böyle" (G2, 1;1).*

"Erkeklere de sonuçta değişik roller biçilmiş oluyor… İşte sen erkeksin yaparsın, erkekler ağlamaz gibi" (G7, 1;1).

"Kadınların tamamen hayatları kısıtlanmış, uyulması gereken kırmızı çizgileri olan, sürekli obje gibi görüldüğünü düşünüyorum" (G10, 1;2).

Katılımcıların %27,2'si kadınların kendilerine yüklenen bu sorumlulukları normalleştirdiklerini ve kabul ettiklerini düşündüklerini belirtmişlerdir.

"Şimdi artık hayatımızda o kadar normalleşmiş bir şey ki bu. Bakıyorsun kendi normalleştirdiğimiz şeyler de aslında sıkıntılıymış. Bazı şeyleri içselleştirmişiz" (G5, 1;3).

"Kadın doktorlar söylediğimiz o iyi hani eşitlikçi tarzda düşüncelerin hepsini isterler ama kendi pratiklerinde bu tarz davranmıyorlar tabii ki. Mesela bence mutfağa kendisi hâkim olmak istiyor. Kabullenmiş. Bence en basitinden erkeğin kendisinden güçlü olmasını istiyor, erkeğin kendisine hükmetmesini istiyor, doktor olan da bunu istiyor" (G10, 1;3).

Çizelge 4.2.1.1. Hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	f	%
1.Toplumda kadına ve erkeğe yüklenen farklı roller bulunması	√	√	√	√		√	√	√	√		√	9	81,8
2.Topluma göre erkeğin kadından üstün olması		√	√		√		√			√		5	45,4
3.Normalleştirme/kabullenme					√				√	√		3	27,2
4.Topluma göre namus kavramının sadece kadınlar için olması		√								√		2	18,1
5.Kadınlara yönelik pozitif ayrımcılık									√			1	9,0

G: Gözlemci f: Frekans

Toplumsal cinsiyet kavramı ile ilgili belirtilen diğer bir ifade, %18,1 ile topluma göre "namus" kavramının sadece kadınlara özgü olduğudur.

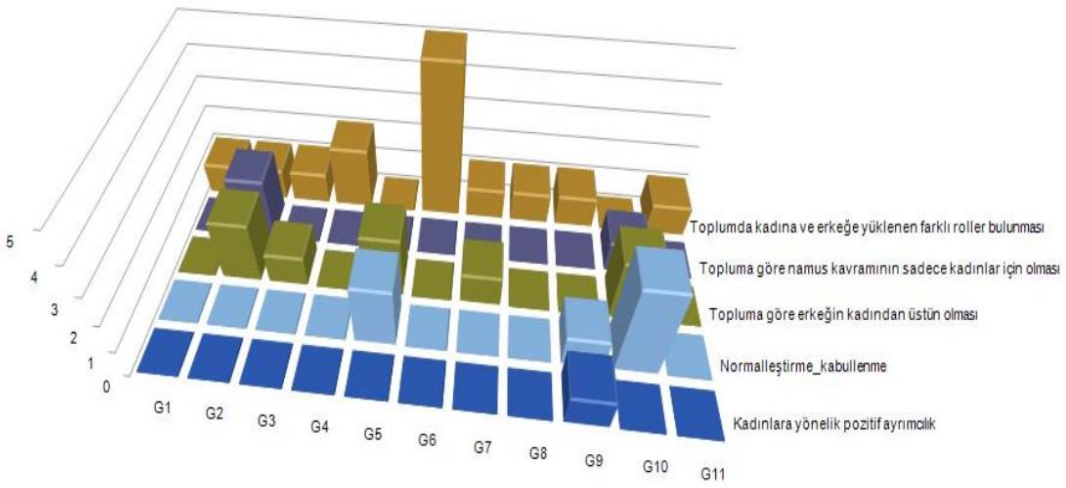
Katılımcılardan bir tanesi ise (%9,0) farklı olarak toplumsal cinsiyet kavramını, kadınlara pozitif yönde ayrımcılık olarak algıladığını belirtmiştir.

> *"Namusu genelde kadının kaybettiği ama erkek ne yaparsa yapsın kaybetmediğinden dolayı… Sadece kadınlar için sanki o ilişkiye girince bozuluyor ama erkeğe bir şey olmuyor" (G2, 1;4).*

> *"Erkeği neden etkilesin ki yani. Her şey kadına yönelik kısıtlamalar" (G10, 1;4).*

> *"Toplumsal cinsiyet deyince aklıma kadınlara yönelik pozitif ayrımcılık yapılması geliyor. Mesela kadınların daha fazla haklarının olması gerektiği ile ilgili pozitif ayrımcılık olması gibi" (G9, 1;5).*

Hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları ile ilgili yapılan analizler NVivo-10 programında hazırlanan Şekil 4.2.1.1 ile sunulmuştur.



Şekil 4.2.1.1. Hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları

4.2.2. Tema 2: Toplumsal Cinsiyeti Etkileyen Faktörler

Katılımcıların belirttiklerine göre toplumsal cinsiyet sırası ile çevre, kültür, eğitim, aile, din, atasözleri, deyimler, medya, sınıfsal farklılıklar ve sosyoekonomik durumdan etkilenmektedir (Çizelge 4.2.2.1). Katılımcılar doğuştan itibaren bu rollerin bireylere yüklendiğine inanmaktadırlar.

"Yaşadığı çevre kesinlikle çevreyle çok alakalı bence" (G4, 2;1).

"Yetiştirilme tarzı. İnsanların çocukluktan beri başladığı annelerin oğlan çocuklarına olan tavırları kız çocuklarına olan tavırlarından kaynaklandığını düşünüyorum" (G3, 2;4).

"Din de aynı şekilde etkiliyor yani dinin de çoğunlukla yazdığı şeyler maskülen yapıda çünkü onu yazanlar zaten o dönemde maskülen yapıda" (G4, 2;5.

"Genelde Türkiye'de kötü yönde ayrımcılık yapılıyor zaten bazı atasözü mü deyim deyim mi deyim işte 'kadının eli', 'kadın başına' gibi tabirler" (G3, 2;6).

"Birçok reklamda da mesela kadın hekim fazla yok ama scrubsları giyip gelen hep erkekler oluyor yani" (G4, 2;6).

Çizelge 4.2.2.1. Hekimlere göre toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörler

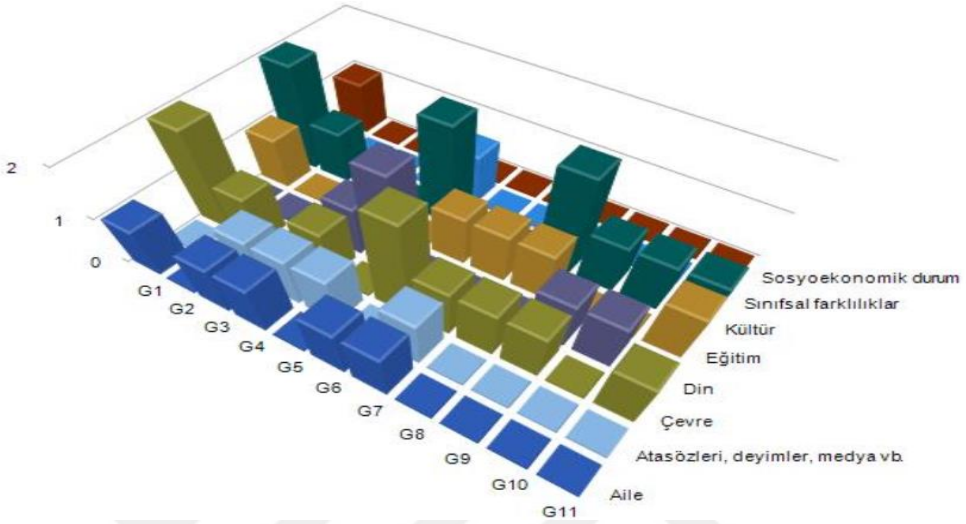
	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	f	%
1.Çevre	√	√		√		√	√	√	√		√	8	72,7
2.Kültür	√	√			√			√	√	√	√	7	63,6
3.Eğitim	√					√	√	√			√	5	45,4
4.Aile	√		√	√		√	√					5	45,4
5.Din				√	√				√	√		4	36,3
6.Atasözleri, deyimler, medya vb.			√	√	√		√					4	36,3
7.Sınıfsal farklılıklar					√							1	9,0
8.Sosyoekonomik durum	√											1	9,0

G: Gözlemci f: Frekans

Katılımcılara göre toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörler incelendiğinde, çevrenin en sık vurgulanan etken olduğu ve bunu kültür ve eğitimin takip ettiği görülmektedir. Hekimlerin hem hayatlarını en çok geçirdikleri yerler hem de görev yaptıkları yerlerin coğrafi ve kültürel açıdan oldukça çeşitlilik gösterdiği göz önüne alındığında, çevre ve kültür faktörlerine çok sayıda vurgu yapılması önemlidir.

Ayrıca aile yapısı ve yetiştirilme tarzının etkisinin yalnızca kadın hekimler tarafından dile getirilmesi dikkat çekicidir.

Toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörlerle ilgili yapılan analizler NVivo-10 programında hazırlanan Şekil 4.2.2.1 ile sunulmuştur.



Şekil 4.2.2.1. Hekimlere göre toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörler

4.2.3. Tema 3: Hekimlik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet

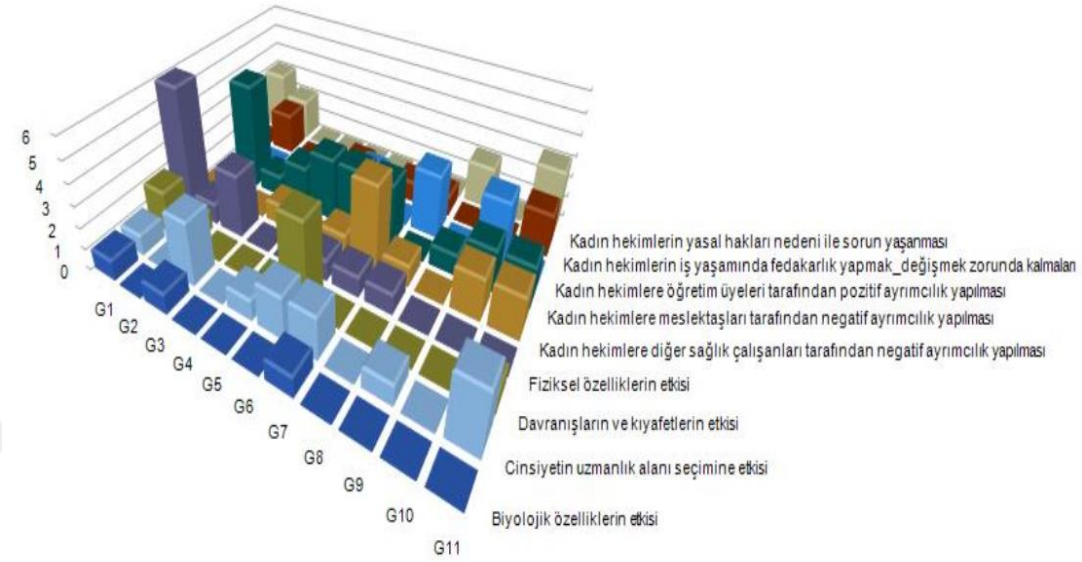
Bu bölümde katılımcıların toplumsal cinsiyetin hekimlik mesleğine olan etkileri ile ilgili dokuz alt başlık belirlenmiştir. Belirlenen alt temalar ve görüşmecilerin bu alt temalardan bahsetme sıklıkları Çizelge 4.2.3.1'de gösterilmektedir.

Çizelge 4.2.3.1. Hekimlik mesleği ve toplumsal cinsiyet

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	f	%
1.Kadın hekimlere meslektaşları tarafından negatif ayrımcılık yapılması		√	√	√	√	√	√		√	√	√	9	81,8
2.Cinsiyetin uzmanlık alanı seçimine etkisi	√		√		√	√	√		√		√	7	63,6
3.Kadın hekimlere diğer sağlık çalışanları tarafından negatif ayrımcılık yapılması				√		√	√	√		√	√	6	54,5
4.Fiziksel özelliklerin etkisi	√	√	√			√	√	√				6	54,5
5.Kadın hekimlerin iş yaşamında fedakârlık yapmak ve değişmek zorunda kalmaları		√			√		√	√			√	5	45,4
6.Kadın hekimlerin yasal hakları nedeni ile sorun yaşanması	√	√							√		√	4	36,3
7.Kadın hekimlere öğretim üyeleri tarafından pozitif ayrımcılık yapılması						√		√		√	√	4	36,3
8.Davranışların ve kıyafetlerin etkisi	√	√				√					√	4	36,3
9.Biyolojik özelliklerin etkisi	√		√				√					3	27,2

G: Gözlemci f: Frekans

Hekimlik mesleği ve toplumsal cinsiyet ile ilgili yapılan analizler NVivo-10 programında hazırlanan Şekil 4.2.3.1 ile sunulmuştur.



Şekil 4.2.3.1. Hekimlik mesleği ve toplumsal cinsiyet

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%81,8) kadın hekimlere meslektaşları tarafından negatif ayrımcılık yapıldığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Negatif ayrımcılığı yapan kişilerin hem birlikte çalıştıkları benzer statüdeki hekimler hem de öğretim üyeleri olduğu belirtilmiştir.

"Hocalar tarafından bakınca dahili branşlar sanki kadınlar için daha uygunmuş gibi. Yani tabii ki erkek gücü erkek çalışmasını daha çok isterler. Bayana kötü davranıp erkeği tercih ediyoru hissedebiliyorsun ufak ufak bazı hocalardan" (G2, 3;1).

"Üniversite yıllarında genel cerrahideki bir asistan kadın hekimin eğitim alamadığını gördüm doğrudan. Yani hocası tarafından kadın olduğu ve bu işi yapamayacağını düşündüğü için cerrahi tekniklerin öğretilmediğine ameliyatlara alınmadığına şahit olduk yani" (G5, 3;1).

"Bizim genel cerrahideki asistanlara çok sıkıntılı davranıyorlardı. Kadın bir arkadaşımız başlamıştı hani ona direk hoca kadın olduğu için 'sen yapamazsın edemezsin' hatta 'sen bir an önce pılını pırtını topla git' tarzında direk bir baskısı olduğunu biliyorum. Bir de şey hani kalp damardan çok

yapmak isteyen kadın arkadaşlarım vardı hocalar hani 'siz yapamazsınız' gibisinden bu kadın işi değil tarzında cümleler de söylüyordu, tanık oldum" (G6, 3;1).

"Mesela bazı branşlardaki asistanların kesinlikle kadın gelmesini istemediklerini çok net gördüm hatta söylediler asistanlar hatta gelenleri mesela konuşmaya gelenleri bezdirerek kaçırıyorlar. Gelenlere 'işte burası çok kötü, çok zor gelme' gibi hani önceden soruyorlar ya onlara kesinlikle kadın istemediklerini... Baya da başarılı oluyorlar yani gelmiyor çoğu kişi… Söylüyorlar işte hem 'kadınlarla çalışmak zor' hem 'hamile kalıyor gidiyor bize daha çok nöbet düşüyor' gibi şeyler" (G7, 3;1).

"Beş kişi çalışıyor olsaydık altıncının bir bayan olmasını istemezdim. İkisi doğum yapsa bütün nöbetler sana kalacak" (G9,3;1).

"Erkeklerin kendi arasında bir koalisyon oluşturduğunu hissettiğim zamanlar oldu. 'Bizi anlamaz' şeklinde değerlendirip kendi aralarında bize şu işi şöyle yapalım diye… Kendi aralarında anlaşıyorlar çoğunlukla. Bayanları çağırmıyorlar. Genelde öyle." (G11, 3;1).

Katılımcıların yarısından fazlası (%63,6) cinsiyetin uzmanlık alanı seçiminde etkisi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

"Branşlara göre değişebilir. Hekimlik için demeyim ama bazı branşlarda erkekler ağırlıklı bazı branşlarda bayanlar ağırlıklı. Cerrahi branşlar daha çok erkekler istiyor daha çok yorucu olduğu için herhalde bayanlar daha çok hani akşam nöbetin az olduğu rahat geçtiği daha çok çok yorulmayacağı şekilde çalışacağı bölümleri istiyorlar. Hani fizik tedavi ya da cildiye isterdim bir bayan olarak tabii ki. Çünkü düşündüğün zaman ilerde ailenin olacağını çocuğunun olacağını düşünürken, hani çocuğun anneye olan ilgisi muhtaçlığı daha fazla oluyor o yüzden hani ona zaman ayırabilmek için…" (G3, 3;2).

"Bayanlar işte daha rahat edeceği dermatolojidir, FTR'dir, biyokimyadır, halk sağlığıdır böyle daha rahat, daha az yorulacağı branşları seçiyorlar. Çünkü evde de onların işi sadece hastanede kalmıyor, kapıdan girince o doktorluk bitiyor tamamen o evin hanımı oluyorsun" (G6, 3;2).

"Cerrahi branşların kadınlara ben çok uygun olduğunu düşünmüyorum. Hani şöyle 'kadınla erkek mesela işte eşittir' gibi bir şey de diyemiyorum" (G7, 3;2).

"Hani biz intörn olarak ameliyatlara giriyorduk, orda uzun saatler ayakta kalındığı işte erkekler açısından daha uygun bazı bölümler olduğu söyleniyordu, yorgun uykusuz gecelerden bahsediliyordu. O yüzden bazı bölümlerin erkeklere daha uygun olduğunu düşündüm. Cinsiyetimin etkisi oldu tabii ki" (G11, 3;2).

Katılımcıların %54,5'i kadın hekimlere diğer sağlık çalışanları tarafından negatif ayrımcılık yapıldığını ve hekimlik mesleğinde fiziksel özelliklerin etkisi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Kadın hekimlerin tamamına yakını fiziksel yapıdan dolayı da ayrımcılığa uğradıklarına inanmakta ve iri yapının hekimlikte inandırıcılığı arttırdığını düşünmektedirler.

"Aynı anda başladık, o da yeni bir doktor mezundu ben de aynı şekilde mezundum başladığımızda ben kadın olduğum için daha hani yardım etmeler ama böyle hani zayıf olduğunuzu hissettiren yardımlar, iyi niyetli yardımlar değil, zayıf olduğunuz için, kötü hissettiriyor yani bunlar olduğu için hoşunuza gitmiyor. Aynı şeyi erkekte görmüyorsunuz o kişi düştüğünde o yapar şeklinde" (G4, 3;3).

"Aynı hemşire Dr. X (erkek doktor) diye arkadaşımız vardı ona o kadar iyilikler, gece uyandırmıyorlar, mümkünse aramıyorlar, ama sen bayan olduğun için dakika başı arıyor, seni gece uyutmuyor, rahatsız ediyor, erkek doktora ise 'hocam ben hallettim, ben yaptım' tarzında yani hemşirelerin erkek doktorlara daha pozitif yaklaştığını gördüm kesinlikle" (G6, 3;3).

"Bazen işte 'siz yapamazsınız biz yaparız doktor hanım' gibi onların kibarlık diye düşündüğü ama benim için aslında negatif olan şeyler. Hani neden ben yapmamayım neden öyle bir şeye ihtiyaç duyuyum gibi düşündüğüm şeyler de oldu. Mesela altı ay da ambulansta çalıştım ben. Mesela ambulans şoförleri çok zor bir grup benim için hem eğitim seviyesi çok düşük, diğer sağlık personellerinin yine bir seviyesi var. O şoför olduğu

için bir de yaşça da benden büyük oldukları için çeşitli iletişim yolları bulmak zorunda kalıyordum yani ama kesinlikle hani benden direk emir almaktan hoşlanmayan bir sürü kişi var. Burada da var. Yapmıyor, geciktiriyor işte yüz kere söylemem gerekiyor. Normalde onu başka bir doktor söylediğinde yapıyor. Erkek ya da büyük birisi söylediğinde yapıyor ben söyleyince geciktiriyor gibi" (G7, 3;3).

"Bizimle çalışan yardımcı sağlık personelinin erkek doktorlara karşı, erkek hekim arkadaşlara karşı daha toleranslı olduğunu, onlara karşı daha iyi niyetli olduklarını düşünüyorum. Sen mesela onlardan bir şey yapmasını istediğinde 'tamam yapalım' deyip iki üç gün sonraya ertelenebiliyor ama bir erkek arkadaş istediğinde aynı şeyi hemen yapılıyor en basitinden" (G11, 3;3).

"Yoldan birine sorsan iki tane doktor tipi göstersen bir tanesi ben olsam böyle işte 160 boylarında, 50 kilo, kocaman gözlükleri olan bir kız işte, bir tane de böyle saçları ağarmış, işte uzun boylu, göbeği falan olan bir top sakallı adam göstersen yani 'şuna muayene olmak istiyorum' der, herkes erkeği tercih eder yani sadece cinsiyet değil de fiziksel özellikler yaş hepsi etkiliyor bence. Yanındaki eğer daha yaşlıysa mesai arkadaşın, ki bizde 52 yaşında bir asistan arkadaş var, ona genellikle böyle şey beyaz saçlı işte hani hoca zannediyor zaten herkes onu. Ona genellikle muayene olmak istiyorlar, eğer onunlaysan zaten bir alanda herkes onu tercih ediyor" (G1, 3;4).

"Pratisyenlik yaparken acilde gece nöbet tutarken bir personelimiz vardı böyle kel, şişman hani böyle eski yaşlı doktorlara benzeyen. Hastalar gelince benim söylediklerimden çok, hastayı muayene ben ediyordum, benim şeyimden çok hani onun söyledikleri, daha çok onu doktor zannediyorlardı. Sağlık memuru işte… Biraz daha yaşlı olduğu için mi erkek olduğu için mi bilemiyorum hani onu daha tecrübeli mi düşünüyorlardı neydi, benden daha çok onu dinlemeye çalıştıklarını görüyordum" (G3, 3;4).

"Toplumdaki doktor imajı; kel kafalı, erkek açısından bıyıklı, göbek salmış kişiler olarak nitelendiriliyorlar ama tabii bizim gibi genç yaşta bu şekilde mecburi hizmete gittiğimiz için tabii ilk etapta stajyer öğrenci pozisyonunda

düşündüklerini ama sonrasında tabii bilgilerini iletişim halinde olduklarını görünce onlar da yavaş yavaş ısınıyorlar ama ilk etapta bir önyargıları var" (G8, 3;4).

Katılımcıların %45,4'ü kadın hekimlerin iş yaşamında cinsiyetleri nedeni ile fedakârlık yapmaları ve değişmek zorunda kalmaları gerektiğini belirtmişlerdir.

"30 haftalığa kadar nöbet tuttum ki 24'e kadar nöbet tutmak yasal, sonra tutamıyoruz. Doğumuma 1 hafta kala ayrıldım. Gerektiğinde 5 saat vakada aç kaldım karnım burnumdayken gece çağırıldığımda vakalara geldim. Çocuğum için 1 kere herhalde izin istedim o da yine poliklinik içerisinde işimi halledip geldim yine nöbetlere de çocuğumu alıp geldiğim için onlar 'sen çocuğun yüzünden bir şeyden eksik kalıyorsun' gibi bir şey söyleyemediler bana. Bir şeyleri yapacaksan başka şeylerden fedakârlık yaparak yapman gerekiyor" (G2, 3;5).

"Kız (cerrahi bilimler araştırma görevlisi) da onuru ayaklar altına alınıyor olmasına rağmen öğrenebilmek için hocanın peşinden koşuyordu, yalakalık yapıyordu diyebilirim tabiri caizse. İşte çayını götürüyordu bilmem ne, sürekli pohpohlamalar. Kadın cerrahların nasıl giyinmesi, nasıl saçını kesmesini tarifleyen hocalarımız da vardı" (G5, 3;5).

"Eşim zaten çok yoğun çalışıyor, eşim de doktor. Zaten nöbet, sürekli nöbet halinde. Nöbet tutmasa da nöbetleri de var ayrıca bir de şey icapları bile onların yoğun geçiyor. Öyle olunca benim çocuklara bakmam gerekiyor doğal olarak" (G11, 3;5).

Katılımcıların %36,3'ü kadın hekimlerin yasal hakları nedeni ile sorun yaşandığını belirtmiştir. Bazı katılımcılar ise kadın hekimlere öğretim üyeleri tarafından pozitif ayrımcılık yapıldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri aşağıda verilmiştir:

"İlkinde şöyle, süt izni saatleri istediğin kadar bölünüp, sabahtan veya öğleden sonra kullanılabiliyor şeklindeydi, orada biraz sorun çıktı. Sabahtan mı olsun, öğleden sonra mı olsun yok öğleye yakın mı olsun. Hani saatlerini ne şekilde kullanacağım konusunda, işte ne kadar süre kullanılacağı

konusunda. Sanki erkek arkadaşların gözü o süt iznindeydi. Sürekli hani 'sizin süt izni var bizim yok' falan serzenişleri hâkimdi. Hiçbir zaman 3 saatlik o süreyi kullanmadım, ben onu hep 1 saat olarak kullandım" (G11, 3;6).

"Şöyle bir şey olmuştu mesela bizim intörn bir arkadaşımız vardı o evliydi ve çocuğu vardı emziriyordu mesela hocalar ve diğer asistanlar ona daha toleranslı oluyordu işte onun çocuğu var, o emziriyor tarzında deyip hani onun yapamadığı işleri daha çok tolere ediyorlar veya işte daha geç kalırsa işte nöbete daha geç geliyor, daha erken çıkıyor hani çocuğu var emziriyor diye insanlar ona daha pozitif yaklaşıyordu, yani hani anneliğin burada ona verdiği pozitif bir ayrımcılık da gördüm." (G6, 3;7).

"Yani şöyle bir şey var, hani intörnken ya da öğrenciyken mesela kadın arkadaşlara hocalar, erkek hocalar tarafından pozitif bir cinsiyet ayrımcılığı. Şöyle düşünüyorum hani biraz da entelektüel düzeyi yüksek olan yerlerde aslında kadına yönelik pozitif ayrımcılık var aslında. Yapmış oldukları hatalar daha böyle hoş karşılanabiliyor ya da işte bir pürüz çıkardığı zaman nöbetlerle alakalı, nöbet listesiyle alakalı, çalışma şartlarıyla alakalı onlarınki daha ılımlı bir şekilde halledilmeye çalışılıyor ama erkek ise kestirip atılıyor yani cerrahi branşta bu böyle" (G10,3;7).

Görüşülen hekimler hekimlik mesleğinde davranışların ve kıyafetlerin de etkisi olduğunu düşündüklerini belirtmektedir. Kadın hekimlerin bazı davranışlarda bulunduklarında erkek hekimlere göre daha olumsuz yaklaşım aldıklarını belirtmişlerdir.

"Hafiflik olarak algılıyorlar. Bunu ben temasta bulunup yaşadım. Ben normalde hastalara dokunurum yani fizik muayenenin dışında da işte 'teyze sen iyisin' deyip elimi omzuna koyarım veya işte kolunu tutarım işte hani fiziksel temasın da iletişimde etkili olduğunu düşünüyorum. Mesela ben dokunduğumda bir erkeğe böyle bir tepki alıyorum, hani bana dokundu gibi bakıyor yanındaki adama özellikle de böyle çok yaşlı değilse, böyle yatalak olmayan, çok yaşlı olmayan işte efor kapasitesi daha iyi dediğimiz tipler böyle bayanın kendisine dokunmasından hoşnutsuz oluyor ama mesela erkek doktor arkadaşlarım yaşlı olsun, genç olsun bir bayana işte 'Fatma hanım siz

iyisiniz' deyip sırtına elini koyduğunda 'A doktor bey sağ olun' diyor hoşuna gidiyor" (G1, 3;8).

"Bir üstten olman gerekiyor ki seni ciddiye alsınlar bir şeyler biliyor olduğunu hissetmeleri gerekiyor" (G2, 3;8).

"Kıyafetlerinin açık ya da kapalı olması seni iyi ya da kötü hekim tarzında bir yaftalamalarına neden oluyor. Hekimsiniz ya daha ciddi olmanız lazım. Yani hani işinizi iyi yapsanız bile… Özellikle cerrahlar istediği gibi hastanın yanında küfür de ediyor bize de şey yapıyor yani intörnken onların yanında çok güzel küfür de ediyorlar konuşuyorlar bu şey onlar çok daha rahatlar. İşte bu çok şen şakrak bizimle ilgileniyor tarzında daha çok ona yöneliyorlar ama eğer bayansa böyle direk seni bir yaftalıyorlar senin işte daha böyle ne diyorlar ona daha hafif olduğunu yani esasında oradaki o hareketlerin senin hekimliğinin de önüne geçiyor ama erkeklerde pozitif artısı oluyor" (G6, 3;8).

"Şimdi sen bayansan hastalar yanlış anlayabiliyor söylediğin şeyleri veya fazla güldüğün zaman bile yanlış anlaşılma ihtimalin olabiliyor. Böyle bir sıkıntı var" (G11, 3;8).

Katılımcıların %27,2'si ise hekimlik mesleğinde biyolojik özelliklerin etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri aşağıda verilmiştir:

"Biraz geride kaldım ilk trimestirde ama sonrasında ikinci trimestir rahat üçüncü trimestirde de bu sefer taşıdığım yükten dolayı geride kaldım" (G1, 3;9).

"Ben mensturasyon sürecini bazen çok ağır geçirebiliyorum ve hani izin alma gibi bir şansın yok. Yine hani X (kişinin uzmanlık alanının adı) olarak biraz ara verebiliyorum, oturabiliyorum ama hani cerrahi bir branşta 8 saat-10 saat ayakta kalmak gerekebilir, o şekilde ben herhalde bayılırım o şiddetli ağrılarım olduğu dönemde" (G3, 3;9).

"Ben mesela X (kişinin uzmanlık alanının adı) olduğum için anatomik olarak kadınların farklılıkları var ya da çocuk doğuruyor hamile kalıyor her ay adet görüyor adet görmesi psikolojisini etkiliyor hani genel durumunu etkiliyor, ben mesela işte ayda birkaç gün iptal oluyorum çok zor çalışıyorum

o kişinin mesela 6-7 tane cerrahi yaptığını düşünemiyorum çok zor olacaktır" (G7, 3;9).

4.2.4. Tema 4: Hekim-Hasta İlişkisinde Toplumsal Cinsiyet

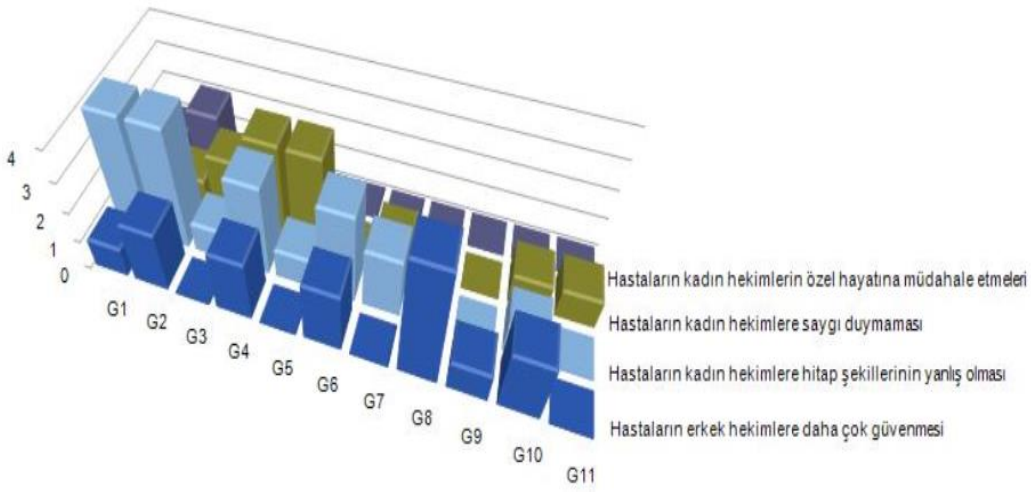
Çalışmanın bu bölümünde hekim hasta iletişiminde toplumsal cinsiyetin etkileri ile ilgili görüşler analiz edilmiştir. Hekim hasta ilişkisi ile ilgili dört alt tema belirlenmiştir, belirlenen alt temalar ve görüşmecilerin bu alt temalardan bahsetme sıklıkları Çizelge 4.2.4.1'de gösterilmektedir.

Çizelge 4.2.4.1. Hekim-hasta ilişkisinde toplumsal cinsiyet

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	f	%
1.Hastaların kadın hekimlere hitap şekillerinin yanlış olması	√	√	√	√	√	√	√	√		√		9	81,8
2.Hastaların kadın hekimlere saygı duymaması	√	√	√	√	√		√			√	√	8	72,7
3.Hastaların erkek hekimlere daha çok güvenmesi	√	√		√		√		√	√	√		7	63,6
4.Hastaların kadın hekimlerin özel hayatına müdahale etmeleri	√	√		√								3	27,2

G: Gözlemci f:frekans

Hekim-hasta iletişiminde toplumsal cinsiyet ile ilgili yapılan analizler NVivo-10 programında hazırlanan Şekil 4.2.4.1 ile sunulmuştur.



Şekil 4.2.4.1. Hekim hasta ilişkisinde toplumsal cinsiyet

Katılımcıların en çok üzerinde durdukları problem, %81,8 ile hastaların kadın hekimlere hitaplarının yanlış olmasıdır (Çizelge 4.2.4.1). Katılımcıların bu konudaki görüşleri aşağıda verilmiştir:

"Mesela en basitinden 'hemşire hanım' diyorlar, 'hayır ben doktorum' diyorum o zaman 'doktor bey' diyorlar. Abisi, genellikle 'abisi işte teyzende şu var, abisi işte ablanda şu var' falan. 'Abisi ne ya ben doktor hanımım' diyorum, 'a tamam doktor hanım kusura bakmayın' falan veya öyle uyardığında işte 'ne olacak ki şimdi abisi dediğimde' falan diyorlar" (G1, 4;1).

"Bir de bizi (kadınları) şey olarak da görmezler zaten, doktor bey, ben 'doktor bey' hitabıyla bile karşılaştım biz hemşireyiz, stajyeriz, personeliz ama onların (erkeklerin) hepsi personel de dâhil hepsi doktor" (G2, 4;1).

"Küçük gösterdiğim için mi bilinmiyorum ama yani hep 'hemşire hanım' şeklinde muhatap olunuyor. Genelde yaşlı amcalar kızım diyorlar, bazen genelde teyzeler veya işte kadınlar böyle şey yapıyorlar 'canım' işte geçen biri 'bir tanem' dedi, o an tüylerim diken diken oldu ne oluyor diye" (G4, 4;1).

"Hatta bazen 'siz doktor musunuz?' diye soruyorlar ya da işte doktor hanım olarak değil de bir 'abla, bacı gibi' kabul ediyorlar" (G5, 4;1).

Katılımcılar %72,7 oranında hastaların kadın hekimlere saygı duymadıklarını belirtmişlerdir.

"Kaale almama, adam yerine koymama işte hakaret daha çok ediliyor. Hakaret ederken daha rahatlar, erkeğe hakaret ederken biraz daha düşünüyorlar yani ama kadında işte zaten 'kadından doktor mu olur! seni buraya getiren' bilmem ne bu tarz şeyler duydum" (G1, 4;2).

"Genelde hani hastaların bayan doktorlara daha ajite davranabildiklerini ama erkek doktorlardan daha çok çekindiklerini gördüm. Yani bayan doktoru daha zayıf, daha bağırılabilir, daha terslenebilir görüyorlar ama erkek doktorun ya cüssesinden ya erkek olmasından kavga çıkacağından korkarak herhalde zarar görebileceklerini düşünerek mi ya da saygı mı duymuyorlar bilmiyorum bir ayrımcılık oluyor" (G3, 4;2).

"İyi güzel hani davranışlar sıcakkanlı ama konu cinsiyete geldi mi o konuda şeyleri var 'kadın doktor ne bilecek ya' falan şeklinde. Hani bilmiyor değilsiniz kaç sene eğitim aldınız siz de aynı seviyedesiniz hatta belki bazen o insandan (erkek hekim) daha fazla bilgili oluyorsunuz ama sırf cinsiyetinizden dolayı 'kadın doktor ne bilir ya' falan şekilde o kötü oluyor yani" (G4, 4;2).

"Sadece iş yaptırma noktasında fark ettiğini düşünüyorum. Mesela sevki, raporu bayan doktordan daha rahat alırız, işimizi daha rahat yaptırırız, bizim istediklerimizi yapar şeklinde davranıyorlar ama erkek doktor daha katı oluyor 'hayır' dediğinde geri dönüyorlar. Bayan 'hayır' dese bile ısrarcı olunuyor, bir şekilde yaptırılıyor istedikleri" (G11, 4;2).

Katılımcıların %63,6'sı hastaların erkek hekimlere daha çok güvendiklerini düşündüklerini ve gözlemlediklerini belirtmişlerdir.

"Acil servis hekimiyim doğrusu bayan olduğum için hep bir adım geride kalıyorum hastaların ve hasta yakınlarının gözünde" (G1, 4;3).

"Benim verdiğim bilgiyi beğenmeyip, 'doktor bey' diye dönüp hani ameliyatına ben girmiş olmama rağmen diğer arkadaştan bilgi istedikleri de

oluyor. Tabii onları (erkekleri) daha hekim olarak görüyorlar, bizi görmüyorlar onları görüyorlar" (G2, 4;3).

" 'Bir hocamıza soralım' falan şeklinde bir cümle var, yani belki yüzde otuzu yapıyor bunu ama günde bir kere bile yapsa seni üzüyor. Tatmin olmayıp soruyor aynı cümleyi başka birinden duyduğunda bir erkekten duyunca tatmin oluyor" (G4, 4;3).

"Herhangi bir zor anda ya da beraber bayan erkek bir odaya girdiğimiz zaman hemen erkeğin yüzüne bakmaları, herhangi bir işlem esnasında da 'siz mi yapacaksınız' tarzında bakışları bayanlara karşı. Genel olarak böyle izlenimlerim var. Kadınlara genel olarak güvenmiyorlar, 'kadın hemşire, erkek doktor olur' düşüncesi" (G8, 4;3).

Katılımcıların %27,2'si ise hastaların kadın hekimlerin özel hayatlarına müdahale ettiklerini düşündüklerini ve gözlemlediklerini belirtmişlerdir.

"'Doktor hanım yüzüğünüz yok' işte Van'da yaptım pratisyenliğimi mesela muayenesini bitiriyorum 'doktor hanım özel bir şey konuşabilir miyiz? İşte benim bir kardeşim var baktım da yüzüğünüz yok' veya çalışanlardan da 'doktor hanım sizi biriyle tanıştıralım' şeklinde" (G1, 4;4).

"Çalışırken mesela böyle istemeye falan gelenler… Hasta yakınlarından biri sürekli çiçek getiriyordu, bir tanesi 'a biz seni istemeye gelecektik' falan gibi şeyler söylediler" (G2, 4;4).

4.2.5. Tema 5: Hekimler ve Sosyal/Özel Yaşam

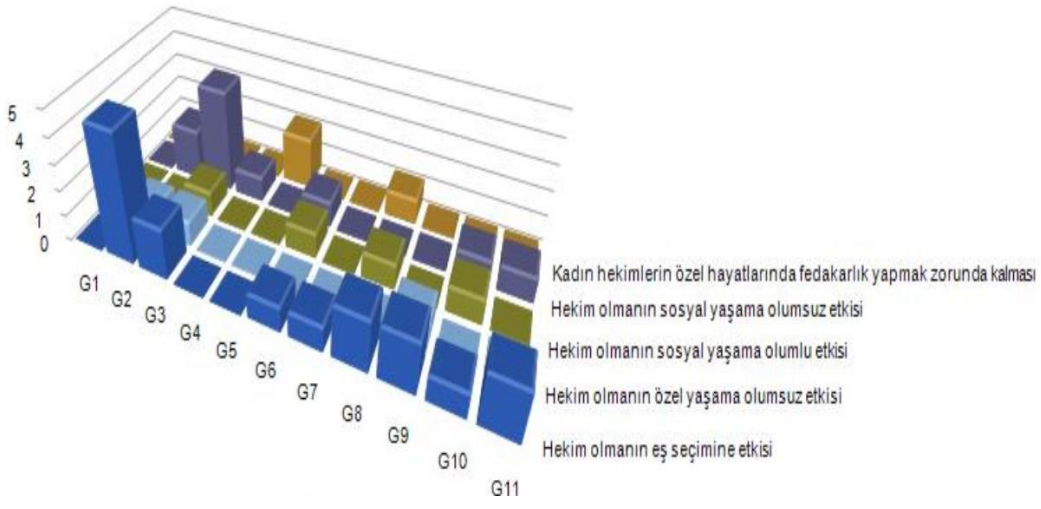
Hekim olmanın sosyal ve özel yaşama etkileri ile ilgili beş alt tema belirlenmiştir. Belirlenen alt temalar ve görüşmecilerin bu alt temalardan bahsetme sıklıkları Çizelge 4.2.5.1'de gösterilmektedir.

Çizelge 4.2.5.1. Hekimler ve sosyal/özel yaşam

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	f	%
1.Hekim olmanın eş seçimine etkisi		√	√			√	√	√	√	√	√	8	72,7
2.Hekim olmanın sosyal yaşama olumsuz etkisi		√	√	√		√				√	√	6	54,5
3.Hekim olmanın sosyal yaşama olumlu etkisi			√			√		√		√		4	36,3
4.Hekim olmanın özel yaşama olumsuz etkisi	√	√	√						√			4	36,3
5.Kadın hekimlerin özel hayatlarında fedakârlık yapmak zorunda kalması		√			√			√				3	27,2

G: Gözlemci f:frekans

Hekimler ve sosyal/özel yaşam ile ilgili yapılan analizler NVivo-10 programında hazırlanan Şekil 4.2.5.1 ile sunulmuştur.



Şekil 4.2.5.1. Hekimler ve sosyal/özel yaşam

Katılımcıların %72,7'sinin hekim olmanın eş seçiminde etkisi olduğunu belirttikleri görülmüştür (Çizelge 4.2.5.1).

"Valla mümkünse sağlık grubuyla evlensin. Hatta mümkünse doktorla evlensinler. Gece çağırılabilirim, gidebilirim bunu onlar (hekim dışı meslekler) anlayamıyorlar, sadece doktor bunu anlayabilir hatta belki de sadece cerrahı cerrah anlayabilir. Dahili branşta gece çağırılacak bir şey yok, ne yapacak acil resusitasyon mu yapacak, ama acil ameliyatlar… Ancak birbirlerini onlar anlayabilirler hani anlayamadıkları için iş yoğunluğunu, çıkış saatlerini, kıdemliyken gitmek gerektiğini, çömezken geç çıkman gerektiğini her zaman ya da işte aynı odada kalman gerektiğini anlayamıyorlar. Ne kadar olursa olsun bizim zihniyetimizde düşünemiyorlar. Bence erkek hekim de evlenecekse hekimle evlensin ama o erkek herhalde diğer sağlık grubundan bir hemşireyle ya da ne bileyim uzmanlığı olmayan biriyle evlenebilir ama kadın için biraz herhalde bizim kendi egomuzun eksikliği olur ama yine de statü olarak da biraz yakın olsa kadın için daha iyi olur çünkü erkek bu defa kendini alçak hissedeceği için kadına bunu yansıttığı takdirde o zaman sıkıntı olur. Benim için sorun değil de kadın hem eşini ikna etmeye çalışıyor hem erkeğin ona karşı olan agresifliğini tolere etmeye çalışıyor. Yakın statüde olursa daha iyi olur kadın için" (G2, 5;1).

"Bayan doktorun daha statüsü düşük bir meslekle birlikte olması genelde sorun oluyor gördüğüm kadarıyla maalesef. Bayanlar (hekim olmayan) erkek doktorla evlenince kendilerini daha iyi ya da daha artık özel mi güzel mi hissediyorlar bilmiyorum ama erkekler bayan doktorlarla evlenince sorun olmayan nadir görüyorum, genelde ezilme hissettiklerini düşünüyorum" (G3, 5;1).

"Sen zaten doktor olduğun için belli bir sosyal statün var alt seviyedeki bir sosyal statü olduğu zaman bir toplum baskısı zaten oluyor yani mesela bir öğretmen diyelim zor. Yani insanların bir önyargısı oluyor illa ki. Ben de öyle bakıyorum yani hani bir karşımdaki insan benden kıdem olarak, işte yaşantı olarak, öğretim hayatı olarak, sosyal olarak daha düşükse hani onu direk olarak benim için negatif oluyor yani. En az senin kadar ve senden yukarıda olması gerekiyor" (G6, 5;1).

"Nöbet tutan bir branşta olsaydım bence etkilerdi eğer eşin de doktor değilse muhtemelen sıkıntı çıkacaktır diye düşünüyorum" (G7, 5;1).

"Meslek olarak şimdi kendi meslek grubu ile evlenmek hekimler açısından daha rahat olur diye düşünüyorum. Ama sosyal statüsü hekimlik mesleğine yakın olan başka meslekler de olabilir. Onlar (erkek hekimler) için geçerli değil bence çünkü onlar hemşireyle evlenebiliyor. Onlar özellikle zaten bunu tercih ediyor, daha rahat olsun hanım, fazla iş yükü olmasın ki evin işlerini de toparlasın diye düşünüyorlar" (G11, 5;1).

Katılımcıların %54,5'i hekim olmanın sosyal yaşamı, %36,3'ü özel yaşamı olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

"Sürekli ders çalışma, sürekli bazı ortamlardan uzak kalma. Yeni arkadaş edinmek çok zor. Çünkü çok bir sosyal hayatın yok olduğundan, mesela eşimin arkadaşlarıyla buluşuyoruz eşleriyle falan ben hep uykusuzum, hep nöbet ertesiyim, hani tanışıyoruz ama mesela bakıyorum onların uğraştıkları şeylerle işte ev düzenlemesi, süs eşyaları, alışveriş çoğunu ben hani önemsemiyorum uyumak istediğim için ya da katılmak istesem de katılamıyorum" (G3, 5;2).

"...yoğun çalışıyorduk, akşam onlara kadar çok yoğun çalışılıyor hani geliyorsun zaten inanılmaz yorgunsun ve dolmuş oluyorsun karşındaki insana karşı toleransın azalıyor, bir kere o yüzden hani o yoğunluğun ve stresin verdiği bir sıkıntı kesinlikle var" (G6, 5;2).

Hekimlerin %36,3'ü sosyal yaşamı olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri aşağıda verilmiştir:

"Çevrendeki insanlara karşı hani onun verdiği bir şey var sonuçta belli bir statüye sahipsin, ayaklarının üzerinde duruyorsun, hani onun kendine verdiği bir güven var" (G6, 5;3).

"Özellikle bir ortamda bir şey konuşulduğu zaman bir konu tartışıldığı zaman dinlenirliğin artıyor yani toplum seni dinliyor, senin görüşlerine değer veriyor özellikle bayan olarak bu cümleleri sarf ettiğin takdirde özellikle bayanların toplandığı bir ortamda bu şekilde bir etkisi var" (G8, 5;3).

"Yani en muhafazakâr bir çevrede dahi hani emin ol, düşün bir doktorsun. Doktora bakış açısı, herkes senin yerinde olmak istiyor aslında yani ne kadar seni eleştirseler de işte seninle kavga etmeye çalışsalar da o hastalar hasta yakınları hepsi çocuğunun doktor olmasını, o pozisyonda olmayı kesinlikle istiyorlar ve bunu bir kadın olarak başarmış zaten. Aslında ona imrenilecek bir şekilde bakıyorlar zaten" (G10, 5;3).

Katılımcıların %27,2'si kadın hekimlerin özel hayatlarında fedakârlık yapmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri aşağıda verilmiştir:

"Fedakârlık yapıyorum kendime vakit ayırmıyorum"(G2, 5;5).

"Çocuk bakımıyla ilgili günün sonunda baktığımda ben daha çok yorulan taraf oluyorum bununla ilgili çatışma da yaşıyoruz açıkçası. İşte sen annesin çocuk sonuçta sana daha çok bağlı işte emiyor falan iyi de yani günde toplasan 1,5-2 saat yani… Bütün gün boyunca 2 saati bile bulmuyor emme süresi. Onun dışındaki vakitlerde beslenme, altını değiştirme, değişik şeylerde hani 'sen ilgilenebilirsin' dediğimde de işte o şu anda seni istiyor falan gibi kısır kendini aslında çürüten bir cevapla… Çünkü sonuçta eğer o daha paylaşım yapsa, çocukla daha çok şey paylaşsa, daha çok vakit geçirse onu da isteyecek yani" (G5, 5;5).

Nicel ve nitel veriler birlikte değerlendirildiğinde, uzmanlık öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algılarının incelendiği bu çalışmada, erkek hekimlerin büyük çoğunluğunun kadın hekimlere göre cerrahi alanları daha çok tercih ettikleri bulunmuştur. Hekimlerin cerrahi alanları erkek hekimler için daha uygun gördükleri ortak görüş olarak belirtilmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırma görevlisi hekimlerin toplumsal cinsiyet algılarının karma yöntemle incelendiği bu araştırmada, nicel ve nitel yöntemlerle elde edilen veriler birlikte tartışılmaya çalışılmıştır. Bazı durumlar için nicel verilerden elde edilen görüşlerin altında yatan duygu ve düşünceler nitel verilerle açıklanabilmiş, bazı durumlarda da nicel ve nitel verilerin birbirleri ile uyumlu olmadığı gözlenmiştir. Tüm veriler, literatürde konu ile ilgili farklı kültür ve coğrafyadaki ülkelerde yapılan nicel ve nitel çalışmalarla karşılaştırılarak sunulmaya çalışılmıştır.

Bu araştırmadaki hekimlerin dağılımına bakıldığında cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin erkek, temel bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin kadın ağırlıklı olduğu görülmektedir ve bu bulgu literatürle uyumludur. Dünyada ve Türkiye'de raporlar, hekim sayısının özellikle de cerrahi alanlarda erkek cinsiyet ağırlıklı olduğunu göstermektedir (69, 70, 71, 72, 73). Ülke raporlarının yanı sıra literatürde hekimlerde cinsiyetin uzmanlık alanı seçimine etkisi ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların birçoğunda erkek tıp öğrencilerinin cerrahi alanları seçme konusunda daha istekli oldukları, cerrahi alanlarda görev yapan hekimlerin erkek ağırlıklı oldukları, kadın hekimlerin özellikle cerrahi alanlarda cinsiyetlerinden dolayı çeşitli engellerle karşılaşabildikleri gösterilmiştir (95, 96, 97, 98). İngiltere'de yapılmış bir araştırmada 300 tane birinci sınıf tıp fakültesi öğrencisine hangi uzmanlık alanını istedikleri sorulmuş ve cerrahi uzmanlık alanlarının birinci sınıf öğrencileri için en popüler alanlar olduğu görülmüştür. Ancak yine cerrahi bir uzmanlık alanı seçme isteğinin erkek öğrencilerde kadın öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (erkek: %50,4, kadın: %17,8). Kadın öğrenciler ise genel pratisyenlik ve pediatri alanlarını erkek öğrencilere göre daha fazla istemektedirler (99). Amerika'da Gargiula'nın araştırmasına göre de özellikle cerrahi alanlarda kadın hekimler erkek hekimlere göre daha çok cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldıklarını hissetmektedirler ve bu ayrımcılığı daha çok birlikte çalıştıkları erkek hekimler uygulamaktadır. Bu nedenle kadın hekimler cerrahiyi "eski erkek kulübü" olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (100). Mersin'de yapılan bir araştırmada kadın hekimlerin cerrahi alanları daha az tercih etme nedenleri incelenmiştir. Çalışma sonunda kadın hekimlerin cerrahi bölümleri daha az tercih etme nedenleri; bu

bölümlerin ağır ve zor olması (%52), kadınların fiziksel olarak erkeklerden daha güçsüz olmaları (%20,2), kadınların daha fazla ailevi sorumluluklarının olması (%16,2) olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadın hekimlerin uzmanlık alanı olarak daha çok rahat ya da hafif olduğu düşünülen uzmanlık alanlarını seçme nedenleri de benzer şekilde; nöbet sayısının az olması (%73), kadınların ailevi sorumluluklarının daha fazla olması (%36,8) şeklinde belirtilmiştir (101). Araştırma görevlisi hekimler ile Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin çalışma yaşamında genel olarak cinsiyete bağlı bir ayrımcılık olmaması gerektiğini düşündükleri ancak uzmanlık alanı seçimi söz konusu olduğunda, bizim çalışmamız ile benzer olarak, cerrahi branşlarda erkeklerin daha başarılı olabileceği algısı içerisinde oldukları görülmüştür (102).

Bizim çalışmamızda literatürdeki birçok çalışmanın aksine, nicel verilerin analizinde hekimlerin büyük çoğunluğunun (%69,1) şu an görev yapmakta oldukları bölümü tercih etmelerinde cinsiyetlerinin etkisinin olmadığını belirttikleri görülmüştür ve cinsiyete göre yapılan analizlerde de kadın ve erkek hekimler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Buna karşın bireysel görüşmelerde hekimlerin %63,6'sının cinsiyetin uzmanlık alanı seçimine etkisi olduğuna yönelik ifadeleri olmuştur. Benzer olarak bireysel görüşmelerde özellikle kadın hekimlerin cinsiyetlerinin çalışma hayatlarını birçok yönden olumsuz etkilediği gerçeği ortaya çıkmasına rağmen, nicel verilerde hekimlerin %75,8'i mesleklerini icra ederken cinsiyetlerinin çalışma hayatlarını olumsuz etkilemediğini belirttikleri görülmektedir. Nicel verilerde cinsiyetin çalışma hayatını olumsuz etkilediğini belirtme durumu kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla olmakla birlikte (kadın: %21,7, erkek:%7,9) yine de nitel verilerde ortaya çıkan durumu yansıtacak kadar güçlü değildir. Bu farklılıkların nedeni, nitel verilerin analizinde de ortaya çıktığı gibi, hekimlerin toplumsal cinsiyet rollerini normalleştirip, kabullenmeleri olarak yorumlanabilir. Hekimler anket sorularına hızlı bir şekilde cevap verirken, toplumsal cinsiyet rollerinin kendilerinde yarattığı algıyı normalleştirdikleri için, alan seçiminde cinsiyetlerinin etkisinin olmadığını veya cinsiyetlerinin çalışma hayatlarını olumsuz etkilemediğini düşünmüş olabilirler; ancak bireysel görüşmelerde detaylı bir

şekilde konuşulduğunda aslında altta yatan bir cinsiyet etkisinin varlığı ortaya çıkmış olabilir.

Araştırmaya katılan hekimlerin TCRTÖ'den aldıkları toplam puan ortancasının 157,0 (en küçük: 82, en büyük:190) olması uzmanlık öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip olduklarını göstermektedir. TCRTÖ, Zeyneloğlu ve Terzioğlu tarafından Türkiye'de Türk kültürüne uygun olarak geliştirilmiştir ve dolayısıyla yalnızca Türkiye'de kullanılmaktadır (94). Literatür detaylı bir şekilde incelendiğinde daha önce Türkiye'de araştırma görevlisi hekimlerde TCRTÖ'nün kullanıldığı tek çalışmanın Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesinde yapıldığı görülmüştür. Araştırma görevlisi hekimlerin toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeği ve çalışma yaşamında toplumsal cinsiyet rolleri algısını belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada da bizim çalışmamız ile uyumlu olarak araştırma görevlisi hekimlerin eşitlikçi tutum içerisinde oldukları görülmektedir (102). Aynı çalışmada TCRTÖ alt boyutları ayrı ayrı incelendiğinde; eşitlikçi cinsiyet rolü ortanca puanının 36,0, kadın cinsiyet rolü ortanca puanının 32,0, evlilikte cinsiyet rolü ortanca puanının 36,0, geleneksel cinsiyet rolü ortanca puanının 30,0, erkek cinsiyet rolü ortanca puanının ise 25 olduğu görülmektedir. Zonguldak'ta yapılan çalışmada ise eşitlikçi cinsiyet rolü ortanca puanı 24,0, kadın cinsiyet rolü ortanca puanı 15,5, evlilikte cinsiyet rolü ortalaması 9,4±4,7, geleneksel cinsiyet rolü ortalaması 13,4±5,1, erkek cinsiyet rolü ortanca puanı 8 olarak bulunmuştur (102). İki çalışmayı karşılaştırdığımızda ölçekten alınan puanların bu çalışmada Zonguldak'ta yapılan çalışmaya göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın sebebi ölçek puanlama yönteminin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Zonguldak'ta yapılan çalışmada beşli likert tipi ifadelere sıfır ile dört arasında değer verilmiş ve ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 152 olduğu belirtilmiş iken bu çalışmada ifadelere orijinal ölçekteki puan aralığı gibi bir ile beş arasında değer verilmiştir ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 190'dır (102).

Ölçekten alınan puanlar cinsiyete göre incelendiğinde bu çalışmada ölçeğin tüm alt boyutlarında kadınların aldıkları puanların erkeklerin aldıkları puanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu kadınların erkeklere göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi tutuma sahip olmalarından

kaynaklanmış olabilir. Zonguldak'ta yapılan çalışmada ise eşitlikçi cinsiyet rolü puanı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek; evlilikte cinsiyet rolü, geleneksel cinsiyet rolü ve erkek cinsiyet rolü puanları ise erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (102).

Ölçekten alınan puanlar hekimlerin uzmanlık alanlarına göre incelendiğinde kadın cinsiyet rolü, evlilikte cinsiyet rolü ve genel toplumsal cinsiyet rolleri tutumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Yapılan analizler "kadın cinsiyet rolü tutumunda" temel bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlere göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Zonguldak'ta yapılan çalışmada ise kadın cinsiyet rolünden alınan puanlarda cerrahi bilimlerden kaynaklanan anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın bulgularının aksine Zonguldak'ta yapılan çalışmada cerrahi alanlarda görev yapan hekimlerin daha eşitlikçi algıya sahip oldukları görülmüştür (102). Uzmanlık alanlarına göre "evlilikte cinsiyet rolü tutumunda" ise temel bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin, dahili ve cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlere göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları görülmektedir. Zonguldak'ta yapılan çalışmada ise bu alt ölçek için uzmanlık alanlarına göre farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (102). Araştırma görevlisi hekimlerin iş yaşamında cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma ile ilgili bazı önermelere verdikleri cevaplar cinsiyetlerine göre incelendiğinde; "meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım" ve "mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi" önermelerine kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha fazla katıldıkları görülmüştür. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde (EÜTF) araştırma görevlisi hekimler ile yapılan başka bir araştırmada da katılımcıların %57,7'si meslek yaşantıları boyunca kadın olmalarından dolayı ayrımcılık yaşadıklarını belirtmişlerdir (103). Bu iki çalışma da araştırma görevlisi hekimler ile yapılmıştır, bununla beraber dünyada bazı çalışmalarda ayrımcılığa maruz kalma hissi ve bunun uzmanlık alanı seçimine olan etkisinin cinsiyet ile olan ilişkisi, henüz tıp fakültesinde eğitim almakta olan öğrencilerde de gösterilmiştir. Örneğin, İngiltere'de on dört özel ve devlet üniversitesi tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinde tıp fakültesi eğitimi boyunca

cinsiyet ayrımcılığına ve cinsel tacize maruz kalma durumu araştırılmıştır. Araştırma sonucunda erkeklerin %83,2, kadınların %92,8'inin tıp eğitim hayatları boyunca en az bir kez cinsiyet ayrımcılığı veya tacizle ilgili deneyim ya da gözlem yaşadıkları belirtilmiştir. Staj programları boyunca hemen hemen tüm uzmanlık alanlarında kadınlar erkeklere göre daha fazla cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldıklarını belirtirken, sadece obstetri ve jinekoloji stajında erkekler kadınlara göre daha fazla ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Kadınların en çok ayrımcılığa maruz kaldıklarını hissettikleri bölüm, genel cerrahi olarak belirtilmiştir. Ayrıca uzmanlık alanı seçiminde ayrımcılığa maruz kalma durumundan kadınların erkeklere göre anlamlı derecede daha çok etkilendikleri belirtilmiştir (kadın:%45,3, erkek:%16,4) (104). İngiltere'de on dört tıp fakültesindeki öğrencilerle yapılan başka bir araştırmada kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla cinsiyet ayrımcılığı ve cinsel tacize maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Kadınların ayrımcı davranışları en fazla hissettikleri alanlar; genel cerrahi, acil tıp, iç hastalıkları ve nöroloji olarak belirtilmiştir (105). Sosyo-kültürel ve ekonomik açıdan Amerika ve diğer Avrupa ülkelerinden farklı olan Pakistan'da yapılan bir araştırmada da öğrencilerin çoğunluğu (%78) cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir ve yine asıl mağdur olanlar kadınlar (%70,8) olarak bulunmuştur (106). Burgos ve Josephson tarafından yapılan cerrahi bilimleri öğrenme ve öğretmede cinsiyet farklılıkları ile ilgili yapılmış bir literatür derlemesinde, cinsiyet bilincindeki eksiklerinden dolayı cerrahi bilimlerde kadınların daha az temsil edildiği belirtilmiştir. Burgos ve Josephson'a göre kadınların cerrahi bilimlerdeki temsiliyetlerinin az olması, cinsiyetin cerrahi bilimleri seçmekte belirleyici bir faktör olduğunu düşündürmektedir ancak cinsiyetin kendisinin cerrahi bilimleri öğrenmedeki etkisinin olup olmadığı net değildir. Kadın öğrenciler cerrahi bilimlerde cinsiyet ayrımcılığı ve cinsel taciz yaşamışlar ve bu durum onların uzmanlık alanları seçimini etkilemiş olabilir. Cerrahi bilimler ile ilgilenen kadın ve erkek öğrenciler arasında kişilik farklılıkları olabilir. Çalışmada öğrencilere danışmanlık verilmesinin ve onların kişilik özelliklerinin uzmanlık alanları seçiminde önemli olduğundan ve kadın rol modellerinden dolayı kadın öğrencilerin cerrahi bilimlerden vazgeçmesinin daha olası olduğundan bahsedilmiştir (107).

Çalışmanın nicel bölümünde hekimlerin büyük çoğunluğu (%78,6) iş yerindeki işlerin yanı sıra ev işlerinin de kadın hekimler için önemli bir yük olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir ve bu önermeye kadın uzmanlık öğrencilerinin, erkek uzmanlık öğrencilerine göre anlamlı olarak daha fazla katıldıkları görülmektedir. Ayrıca bu bulgunun yapılan bireysel görüşmelerle elde edilen bulgularla da desteklendiği görülmektedir. Dünyada da bazı çalışmalarda aile hayatı içerisinde kadınlara yüklenen sorumlulukların onların mesleki seçim ve gelişimlerini etkiledikleri gösterilmiştir. Örneğin, Kanada'da yapılan bir çalışmada kadın öğrencilerin algılarının; genel cerrahinin ileriye yönelik aile yaşamı, mutlu bir evlilik, çocuk sahibi olma ile bağdaşmadığı şeklinde olduğu belirtilmiştir (108). Yine Kanada'da kadın cerrahlarla yapılan başka bir çalışmada, ayrımcılık nedenlerinin başında cinsiyetin (%56) geldiği ve bunu yaş (%9) ve ırkın (%5) takip ettiği belirtilmiştir. Kadın cerrahların %57'si cinsiyetleri nedeni ile cerrahi kariyer gelişiminde zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmaya katılan bir kadın cerrah, kadın cerrah olarak erkek cerrahlarla aynı ayrıcalıkları ve saygıyı kazanmak için onlara göre çok daha fazla ve sıkı çalışması gerektiğini ve tam zamanlı cerrahlık yaparken tam zamanlı annelik yapmayı da sürdürmek zorunda olduğunu ifade etmiştir (109). Bir Orta Doğu ülkesi olan Mısır'da kadın hekimlerle yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin %40'ının hekim-hekim evliliği yaptıkları ve yaşadıkları zorlukların genellikle aile ve işle ilgili olduğu belirtilmiştir. Bütün katılımcılar ev ile iş arasında denge kurmanın tahmin ettiklerinden daha zor olduğunu belirtmişlerdir. Kadın hekimlerin %68,8'i cerrahi dışı alanlarda çalışırken yalnızca %17,4'ü cerrahi alanlarda çalıştıklarını bildirmişlerdir. Kadınların en çok çalıştıkları alanlar pediatri, dermatoloji, klinik patoloji ve jinekolojidir. Aile yaşamı, ev işleri, çocuk bakımı, sosyal aktiviteler ve kariyer arasında denge kurma konusunda çalışılan bölüm ve vardiyalı çalışmanın etkili olduğu belirtilmiştir (110).

Nicel analizlerde pasif işlerde kadın hekimlerin daha başarılı olduğu önermesine kadın hekimlerin daha fazla katıldıkları görülmektedir. Yine benzer şekilde hekimlerin yarısından fazlasının (%60,4) aktif fiziksel güç gerektiren uzmanlık alanlarında erkeklerin daha başarılı olduğunu ve yine büyük çoğunluğunun (%65,4) çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan uzmanlık alanlarının erkekleri için daha uygun olduğunu düşündükleri ve bu düşüncelerin de

erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgular nitel veriler ile de desteklenmektedir. Bireysel görüşmelerde özellikle cerrahi alanlar başta olmak üzere hekimliğin tüm alanlarında fiziksel özelliklerin etkili olduğu; erkek olmanın, güçlü ve dayanıklı olmanın, uzun boylu, iri yapılı olmanın bir avantaj olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde de bulguların birçok çalışma ile uyumlu olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kadın hekimlerin genellikle pasif olmalarının beklendiği, daha aktif fiziksel güç gerektiren alanların ve liderlik pozisyonlarının erkekler için daha uygun düşüncesinin hâkim olduğu görülmektedir. Örneğin, Sudi Arabistan'da 25 kadın hekimle yapılan bireysel görüşmeler sonucunda kadınların kariyer gelişimi ve liderlik tecrübelerinin cinsiyetlerinden etkilendikleri belirtilmiştir. Ayıca bu etkilenme hekimlerin uzmanlık alanlarına göre de farklılık göstermektedir. Yapılan görüşmelerde kadın hekimlerin liderlik pozisyonlarında gözden kaçtıkları ya da yetkileri olsa bile güçlerinin olmadığı belirtilmiştir. Görüşmeciler kadın cinsiyetinin kariyer gelişimi, uzmanlık alanı seçimi konusunda bir bariyer olduğunu ve "anne" rolünün de bunda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bir görüşmeci, şu an görev yaptığı bölüme seçilen ilk kadın olduğunu ve bölüme alınırken sırf kadın olmasından dolayı akademik kuruldaki bazı üyeler tarafından istenmediğini belirtmiştir. Aynı çalışmada hematolog olan başka bir kadın görüşmeci, hematolojinin kendisinin ilk tercihi olmadığından, aslında kardiyolog olmak istediğinden ancak kardiyolog meslektaşlarının bölümün girişimsel uygulamalar yapmayı ve çok yoğun mesai yapmayı gerektirmesinden dolayı kendisine geri adım attırdıklarından bahsetmiştir. Geri adım atmak istemesinin altında yatan temel nedenin ise çocuklarının olması olduğunu dile getirmiştir (111). Bu ifade fedakârlık yapıp pasif kalmayı tercih eden tarafın kadın olduğu gerçeğini göstermektedir. Bizim çalışmamızın nicel bölümünde ise kadınların çalışma hayatında fedakârlık yapması gerektiği ile ilgili önermeye hekimlerin yalnızca %8,8'i katıldıklarını ve tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir ve bu önermeye katılma durumunun erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (erkek: 12,6, kadın: 3,1). Oysa bireysel görüşmelerde kadınların hem iş yaşamında hem de sosyal ve özel yaşamlarında daha çok fedakârlık yapmak zorunda oldukları gerçeği ortaya çıkmıştır. Bu iki bulgu birlikte yorumlandığında

hekimlerin, özellikle de kadın hekimlerin, aslında fedakârlık yapan taraf olmayı doğru bulmadıkları ancak pratikte istemeden de olsa fedakârlık yapan taraf oldukları yorumu yapılabilir. Başka bir ifade ile erkekler, kadınların fedakârlık yapmasını daha doğru bulmakta ve uygulamalar da erkeklerin istediği şekilde sonuçlanmaktadır.

Katılımcıların anket sorularındaki iş yaşamında cinsiyet ayrımcılığına maruz kalma ile ilgili bazı önermelere verdikleri cevaplar uzmanlık alanlarına göre incelendiğinde, "günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor" önermesine cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin daha az katıldıkları görülmektedir. "Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir" önermesine temel bilimlerde görev yapmak olan hekimlerin hiçbiri katılmazken, cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin bu önermeye en fazla katılan grup olduğu görülmektedir. ''Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir'' ve "çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda 'kadın aklı, elinin hamuru' gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır'' önermelerine cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin diğer bilimlerde görev yapmakta olan hekimlere göre daha fazla katıldıkları görülmektedir. Bu bulgularla uyumlu olarak, bireysel görüşmelerde de uzmanlık alanı seçiminde cinsiyetin etkisinin olduğunu özellikle dahili ve temel bilimlerde görev yapmakta olan katılımcılar belirtmişlerdir. Dahili ve temel bilimlerde görev yapmakta olan kadın hekimlerin, özellikle kas gücü, yoğun çalışma ve sık nöbet tutmayı gerektiren uzmanlık alanlarını tercih etmedikleri görülmektedir. Kadın hekimler daha rahat uzmanlık alanlarına yönelmelerinin sebebi olarak, fiziksel, biyolojik farklılıklarını ve kadınların evde yapmaları gereken görevleri olduğu düşüncesini öne sürmüşlerdir. Zonguldak'ta yapılan çalışmada da benzer olarak "çalışma yaşamında erkek lehine yaklaşım vardır" algısının cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerde dahili ve temel bilimlerde görev yapmakta olan hekimlere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (102). Bu çalışmada nicel analizlerde hekimlerin büyük çoğunluğu (%72,7) çalıştıkları birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir ifadesine katılmadıklarını belirtmişlerdir, buna karşın literatürde özellikle akademik hayatta erkeklere öncelik verildiği ile ilgili yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Kadınların akademik alanda yer

alamamalarının nedeni kendi tercihleri ya da yaşadıkları ayrımcı davranışlar da olabilir. Örneğin, İngiltere'de Carr'ın yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre 2,5 kat daha fazla cinsiyet ayrımcılığına maruz kaldıkları gösterilmiştir. Ayrımcılığa uğradığını ifade eden kadınların diğer kadınlarla benzer üretkenlikte olmalarına rağmen akademik ilerlemede daha zayıf oldukları gösterilmiştir (112). Baş ve boyun cerrahisi alanında görev yapmakta olan İranlı kadın akademisyen Moostan'ın editöre yazdığı bir mektup, özellikle dini kurallarla yönetilen bir ülkede kadın cerrah ve akademisyen olmanın zorluklarını açıkça göstermektedir. Moostan'ın belirttiğine göre, İran'da 22 yıl önce değişen yasalar cerrahi alanlarda kadınların görev almasını kolaylaştırmıştır ve bu yeni politikanın dini inançlara ve kadın hastaların kadın hekimleri, özellikle de kadın cerrahları tercih etmesine dayanmaktadır. Moostan'a göre, erkek egemen bir alanda kadın öncü olmak, deneme yanılma yoluyla cinsiyetçiliği yaşamaktır; yanlış inançlar ve değişime karşı direnç, kadınların önüne iki yıldırıcı bariyer koymaktadır. Bu iki bariyer; kadınlar için çıtanın yükselmesi ve onların üzerindeki mükemmel olma baskısıdır. Moostan yazdığı mektupta, mükemmelliğin erkekler ve kadınlar için farklı algılandığından, kadınların davranışlarının eleştirildiğinden, iddialı bir kadının "saldırgan ve kaba" olarak adlandırılabileceğinden bahsetmiştir. Moostan'ın belirttiğine göre, İran gibi geleneksel toplumlarda genellikle kadınların erkeklere göre zayıf olarak görülmesi, minyon kadınların zayıf ve beceriksiz olarak görülmesi, dolayısıyla kadın hekimlere "doktor bey" şeklinde hitap edilmesi şaşırtıcı değildir (113). Bizim çalışmamızdaki bireysel görüşmelerde de hekimler, kadınların erkeklere göre daha zayıf olarak görüldüğünden, minyon kadınların ciddiye alınmadığından ve kadın hekimlere sıklıkla "hemşire hanım" veya "doktor bey" şeklinde hitap edildiğinden bahsetmişlerdir. Katılımcıların belirttiklerine göre, cinsiyetin yanı sıra fiziksel ve biyolojik özellikler de ayrımcılığa maruz kalmak için bir sebeptir ve bu fiziksel özellikler uzmanlık alanı seçimini de etkilemektedir. Kadın hekimler özellikle kas gücü gerektiren bölümleri seçmekten kaçındıklarını ve seçerlerse bazı fedakârlıklarda bulunmayı, fiziksel görünüşlerinde ve davranışlarında bazı değişiklikler yapmayı göze almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcılara göre toplumun kafasında fiziksel olarak belirlenmiş bir hekim imajı vardır ve ileri yaşta olmak, iri yapılı olmak gibi belirlenmiş bu özellikler daha çok erkekleri tarif

etmektedir. Bu nedenle toplum minyon yapılı olan, genç, kadın hekime önyargılı yaklaşabilmektedir. İran ve Türkiye'nin kültürel yapısı göz önüne alındığında bulguların benzer olması şaşırtıcı değildir. Türkiye gibi İran'da da Moostan'ın belirttiğine göre, erkek çocuklar güçlü bir cinsiyetçi zihniyet ile büyümekte ve bu durum onların gelecekteki kişisel ve profesyonel hayattaki kararlarını etkilemektedir; bu durumda bir kadının erkek egemen bir ortamda "öteki" olarak kabul edilmesi söz konusu olabilir, "öteki" olarak kabul edilmek çok ciddi bir sosyal önyargı olarak kabul edilebilir. Moostan, insanların başarıların daha fazla çalışmayla elde edildiğini düşünebileceğinden ancak başarıların erkeklere hak olarak verildiğinden bahsetmiş; erkeklerin bir hata yaptıkları zaman tekrar gelip oyuna devam edebileceklerine, oysa kadınlar hata yaptıkları zaman oyun dışına çıkıp sadece izlemek zorunda kaldıklarına, ikinci bir şanslarının olmadığına vurgu yapmıştır. Ayrıca yine Mostaan'ın belirttiğine göre İran'da yasalar da sıklıkla erkeklerin lehinedir (113). Benzer tanımlamalar bireysel görüşmeler sırasında neredeyse tüm kadın hekimler tarafından ifade edilmiştir.

Bu örneklerden de anlaşılacağı gibi toplumsal cinsiyet konusu tüm dünyanın sorunu olmakla beraber kültür, geleneksel yapı ve çevreden etkilenmektedir. Bizim çalışmamızdaki katılımcılar da bireysel görüşmelerde, toplumsal cinsiyeti etkileyen en önemli iki faktörü, çevre ve kültür olarak belirtmişlerdir. Toplumsal cinsiyet konusunda çevre ve kültürün etkili olduğu Kawase ve arkadaşları tarafından, cerrahi alanlarda çalışan liderlerin ve onların yaşadığı kariyer engellerinin çeşitli kültürlerdeki farklılıklarını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada gösterilmiştir. Çalışmaya Japonya, Amerika, Finlandiya, Hong Kong ve Çin'den kadın cerrahlar alınmıştır. Japon kadınlar kariyer engelli olarak daha çok aile desteğinden yoksun olmaya vurgu yapmışlardır. Amerikalı kadınlar daha çok gizli ayrımcılıklara maruz kaldıklarını hissettiklerini belirtmişlerdir. Finlandiyalı kadınlar liderlik pozisyonlarını ellerinde tutarken iş yaşam dengesi kurmada fedakârlık yapmaya daha az ihtiyaç duyduklarını belirtilmişlerdir yani Finlandiyalı kadınların diğer ülkelerdeki kadınlara göre daha iyi durumda oldukları görülmektedir. Örneğin, "bir cerrah olarak ailevi nedenlerden dolayı yeni ve zorlu şeylerden vazgeçmek zorundayım", "çocuk doğurmak ve yetiştirmek için kariyerimi bırakmak zorundayım" cümlelerinden aldıkları puanların Japonya'da

diğer ülkelere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. “Bence erkek cerrahlar kadın cerrah liderin altında çalışmak istemiyorlar” ve “terfi ve ilerlemelerde erkekler lehine gizli bir ayrımcılık olduğunu düşünüyorum” önermesinde ise Amerikalı cerrahlar diğer ülkelerdeki cerrahlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (114). Tüm bu çalışmalar yaşanılan toplumun özelliklerinin toplumsal cinsiyet ile ilgili algıları etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamızda bireysel görüşmelerde çevre ve kültürün yanı sıra toplumsal cinsiyeti etkileyen bir diğer faktörün medya olduğuna değinilmiş, televizyonda hekim olarak gösterilen kişilerin genellikle “erkek” olduğu belirtilmiştir. Uz ve Tılıç’ın Türkiye’de televizyon dizilerindeki hekim imajını inceledikleri çalışmada da medyanın bu konu üzerindeki etkisine değinilmiştir. Çalışmada hekimlik mesleğinin Türk televizyon dizilerinde önemli ölçüde “erkek işi” olarak temsil edildiği belirtilmektedir. Dizilerde erkek hekimlerin sayısı kadın hekimlere oranla çok daha fazladır ve yönetici pozisyonunda olanlar genellikle erkek hekimlerdir. Ayrıca çalışmada Türk dizilerinde kadın hekimlerin hasta ve hasta yakınları tarafından önemsenmediğine, hastaların kadın hekimlere hitap şekillerinin uygunsuz olduğuna ve başarılı olarak gösterilen kadın hekimlerin de erkeksi özellikler gösterdiğine vurgu yapılmıştır (115). Bu bulgular bizim çalışmamızdaki toplumsal cinsiyet algısında medyanın etkisi olduğu bulgusunu destekler niteliktedir.

Nicel analizlerde hekimlerin çok büyük bir kısmı (%79,2) kadın hekimlerin cerrahi uzmanlık alanlarında başarılı olabileceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir. Ancak her ne kadar hekimlerin çoğu kadınların cerrahi alanlarda başarılı olabileceklerini düşünseler de kadın hekimlere cerrahi alanlarda erkek hekimler tarafından uygulanan ayrımcı, yıldırıcı, olumsuz, caydırıcı tutumlar olduğunu hekimlerin yine büyük çoğunluğu (%53,3) kabul etmektedirler. Yapılan nicel ve nitel analizlerin bulguları kadın cerrahların hem meslektaşları, hem hastalar hem de öğretim üyeleri tarafından cinsiyet ayrımcılıklarına maruz kaldıklarını açıkça göstermektedir. Kadın hekimlerin cerrahi alanlarda başarılı olamayacaklarını düşünme durumunun erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu ve kadın hekimlere cerrahi alanlarda uygulanan yıldırıcı davranışların daha çok erkek meslektaşları tarafından uygulandığı göz önüne

alındığında bu iki bulgu birbirini desteklemektedir. Bu bulgular birlikte yorumlandığında hekimlerin aslında kadın hekimlerin cerrahi alanlarda başarılı olabileceklerini düşündükleri ama buna rağmen kadınların cerrah olmalarını desteklemedikleri yorumu yapılabilir. Yine nicel veriler hekimlerin %67,4'ünün kadın hekimlerin cinsiyetleri nedeni ile erkek hekimlere oranla meslek hayatlarında karşı cinsin rahatsız edici davranışlarına daha fazla maruz kaldıkları önermesine katıldıklarını göstermektedir, nitel veriler de bu bulguyu desteklemektedir. Toplumsal cinsiyetin hekimlik mesleği ile olan ilişkisine dair görüşler genel olarak yorumlandığında, kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha dezavantajlı konumda oldukları görülmektedir. Hem kadın hem de erkek hekimlerin çoğu, kadın hekimlere meslektaşları tarafından negatif ayrımcılık yapıldığını belirtmişlerdir. Ayrıca cerrahi bilimlerde görev yapan katılımcıların tümünün bu düşüncede olması oldukça dikkat çekicidir. Coombs'un yaptığı çalışmada da erkek hekimlerin yaklaşık %27'si kadın hekimlere karşı cinsiyet ayrımcılığının olduğunu kabul etmiştir. Amerika'da yapılan bu çalışmanın bulgularına göre, kadın hekimler erkek hekimlere göre idareciler tarafından cinsiyet ayrımcılığına anlamlı olarak daha çok maruz kalmaktadırlar. Son 12 ay içerisinde en az bir kez ayrımcılığa uğrama durumu kadın hekimlerde anlamlı olarak daha fazladır (kadın: %51,3, erkek: %31,2). Kadın hekimler, maaşlarının aynı seviyede oldukları erkek hekimlerden daha az olduğunu, idari karar verme ve yönetici pozisyonlarında görevlendirilmediklerini, hemşireler ve diğer sağlık personelleri tarafından saygısızlığa uğradıklarını belirtmişlerdir. Kadın hekimlere meslektaşları tarafından yapılan negatif ayrımcılık daha çok kadınları cerrahi bilimlerde istememe, dahili ve temel bilimlere yönlendirme şeklindedir. Ayrımcılığı yapan kişilerin erkek öğretim görevlileri ve uzmanlık öğrencileri oldukları ve bunu yaparken de en sık öne sürülen sebebin, kadın ve erkek arasındaki fiziksel ve biyolojik farklılıklar olduğu görülmektedir (116). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde (EÜTF) araştırma görevlisi hekimler ile yapılan bir araştırmada da ayrımcılığı kimin yaptığı sorusuna katılımcıların %80,9'u hasta ve/veya yakınları, %49,4'ü meslektaşları, %41,5'i amirleri yanıtını vermişlerdir (103). Amerika'da kadın genel cerrahlar ile yapılan bir çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu cinsiyete bağlı ayrımcılığı deneyimlediklerini ve gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Ayrımcılığı yapan kişilerin

%63 erkek iken, ayrımcılığa maruz kalan kişilerin %89'u kadındır. En çok yapılan ayrımcılık şekilleri; saygısızlık, uygun olmayan hitap şekilleri, kazançta eşitsizlik, kariyer gelişiminde engeller, gebeliğe karşı önyargılar ve cinsel tacizdir (117). Kanada Aile Hekimleri ile yapılan bir çalışmada ise ihtisas yapan hekimlerin %44,7'si ihtisas süresi boyunca yıldırma, taciz ve / veya ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. En çok ayrımcılık yaşama sebepleri cinsiyet (%26,7) daha sonra etnik köken (% 16,2) ve kültürdür (%9,5). Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada cinsiyete göre ayrımcılıkta kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmaya göre de en çok yapılan ayrımcılık şekli uygun olmayan sözel yorumlardır (%94,3) ve bunu ceza olarak fazla çalıştırma (%27,6) izlemektedir. Ayrımcılığı en çok uygulayan kişiler de yine diğer çalışmalarla benzer olarak; uzman hekimler (%77,1), hastane hemşireleri (%54,3), ihtisas öğrencileri (%45,7) ve hastalardır (%35,2) (118). Ferris'in yaptığı çalışmada da hekimlerin yarısından biraz fazlası ayrımcılığın erkek personeller tarafından, %41'i hemşireler tarafından yapıldığını bildirmiştir (119). Pakistan'da da tıp fakültesi öğrencileri, ayrımcılığın en yaygın formlarını sırası ile fırsatları geri çevirme, öğrencilerin ihtiyaçlarını ihmal etme ve etik olmayan konuşma şeklinde belirtmişlerdir. Ayrımcılığın en çok yapıldığı yerler sırası ile öğretim üyelerinin ofisleri ve konferans salonlarıdır. Ayrımcı davranışlara karşı en çok verilen duygusal tepkiler ise sırası ile öfke, hayal kırıklığı, çaresizliktir. Pakistanlı öğrencilerin %52,4'ü cinsiyet ayrımcılığının hala devam ettiğini belirtmişlerdir (106). Amerika'da annesi ve kızları hekim olan ailelerle yapılan çalışmada her iki grup da tıp eğitimleri süresince ve çalışma hayatları boyunca öğretim görevlileri tarafından cinsel tacize ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını yüksek oranda belirtmişlerdir. Tıp fakültesi eğitimleri boyunca kızlar daha çok hastalar tarafından, anneler ise arkadaşları tarafından rahatsız edildiklerini belirtmişlerdir. Irk ayrımcılığı kızlarda annelere göre daha azdır ancak cinsiyet ayrımcılığı halen mevcuttur. Ayrımcılık yaşadığını belirten kızlarda diğer kızlara göre kariyer tatmini daha azdır ve daha fazla iş stresi vardır (120).

Kadın hekimlerin meslektaşları tarafından negatif ayrımcılığa uğramaları, tıp fakültesinde lisans eğitimi aldıkları zaman başlamakta ve daha sonra uzmanlık eğitimi seçme ve alma aşamasında da devam etmektedir. Katılımcıların ifadelerine

göre ayrımcılık, kadınların uzmanlık eğitimi almak istedikleri bölümün erkek hekimler tarafından kötülenmesi şeklinde pasif olarak yapılabildiği gibi açıkça "sen yapamazsın, beceremezsin" sözleri ile veya cerrahi tekniklerin öğretilmemesi ile aktif bir şekilde de yapılabilmektedir. Bizim bulgularımızda bir kadın cerrah bölümünde kabul edilebilmek için çok çalıştığını, erkek gibi davrandığını gerekirse çocuğu ve evinden fedakârlık gösterdiğini belirtmiştir. Diğer yoğun kliniklerde çalışan hekimlerin görüşleri de ortak bir zeminde buluşmaktadır. Bizim çalışmamızla benzer olarak Amerika'da 10 tane kadın cerrah liderle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Görüşmecilere başarı durumları, eğitim, hatalar, kariyer basamakları, danışman olma rolü, cinsiyet avantaj ve dezavantajları ile ilgili sorular sorulmuştur. Başarı için en kritik iki faktör azim (%60) ve istek (%50) olarak belirtilmiştir. Bununla beraber iyi ilişkiler kurma becerisi, hırs, stabil ev hayatı, pozitif görünüm başarıyı etkileyen diğer faktörlerdir. Görüşmecilerin %80'i kariyerlerinde büyük engel olarak cinsiyet ayrımcılığı olduğunu belirtmişlerdir. Bir görüşmeci, güzel ve genç bir kadın olmasının kendisine eksi olarak geri döndüğünden, çevresindeki insanlar tarafından; "*sen cerrah olmak için çok güzelsin, git evlen, neden bırakmıyorsun, şu an bir erkek tarafından doldurulabilecek bir yeri işgal ediyorsun, sen çok küçüksün, yeteri kadar güçlü değilsin"* gibi ifadelere maruz kaldığından bahsetmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %30'u daha iyi olabilmek için erkeklere göre çok daha fazla çalışmaları, çok daha yetenekli olmaları gerektiğini belirtmişler. Bununla beraber görüşmecilerin %80'i cinsiyetlerinin avantajları da olduğunu belirtmiş. Örneğin bir görüşmeci hastalar için farklı bakış açıları sunabildiklerini, kadınların hastalara ve onların ailelerine daha çok vakit ayırdıklarını belirtmiştir. Görüşmecilerin %30'u kadın cerrahların daha görünür olduklarından bahsetmiştir. Kadın cerrahların sayılarının daha az olduğu için dikkat çektiklerine ve bu nedenle başarılarının daha büyük başarı, hatalarının da daha büyük hata olduğuna vurgu yapmışlardır (121).

Çalışmamızda kadın hekimlere diğer sağlık çalışanları tarafından negatif ayrımcılık yapıldığını hem kadın hem de erkek hekimler belirtmişlerdir. Diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan ayrımcılık birkaç farklı şekilde ortaya çıkmıştır. Bunlar; diğer sağlık çalışanlarının kadın hekimlere yardımca muhtaç olarak görmeleri, kadın hemşirelerin erkek hekimlere daha iyi ve anlayışlı

davranırken kadın hekimlere daha kötü davranmaları, onların işlerini zorlaştırmaları ve son olarak da diğer sağlık çalışanlarının kadın hekimin otoritesini kabul etmek istememeleri olarak belirtilebilir. Diğer sağlık personellerinin aynı pozisyonda çalışan erkek hekimlere yardımcı olmaya çalışmazken, kadın hekimlere yardımcı olma düşüncelerinin, kadın hekimler tarafından negatif bir tutum olarak algılandığı görülmektedir. Diğer sağlık personellerinden erkek olanların (görüşmelerde "sağlık memuru" olarak bahsedilen) yaptığı ayrımcı tutumlar; kadın hekimlere yardımcı olma, kendilerine verilen görevleri yerine getirmeme şeklinde ortaya çıkarken; kadın olanların (görüşmelerde "hemşire" olarak bahsedilen) yaptığı ayrımcı tutumlar; erkek hekimlere iş konusunda daha çok yardımcı olurken kadın hekimlere daha az yardımcı olma şeklinde kendini göstermektedir. Bunun sebebi kadın cerrahların kendilerini kabul ettirmek için daha sert ve norm dışı davranışları olabilir.

Çalışmanın nicel analizlerinde hekimlerin %65,8'inin kadın hekimlerin uzmanlık alanı seçimlerinde annelik, ev işleri gibi toplumsal rollerin etkili olduğunu belirttikleri görülmüştür, bu bulgu bireysel görüşmelerle de desteklenmektedir. Bireysel görüşmelerde kadın hekimlerin gebelik ve süt izni gibi yasal hakları olan izinleri kullanmalarının hem kendileri hem de birlikte çalıştıkları diğer hekimler için sorun olabildiği ve bu durumun da gerek uzmanlık alanı seçiminde gerek kadın hekimlerin negatif ayrımcılığa maruz kalmalarında etkili olduğu belirtilmiştir. Bazı kadın hekimler, olumsuz davranışlara maruz kalmamak için bu yasal haklarından feragat etmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca nicel analizlerde, "çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir" önermesine hekimlerin %39,6'sının katıldığı ve özellikle de cerrahi uzmanlık alanlarında bu önermeye katılanların diğer uzmanlık alanlarına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Bireysel görüşmelerde de kadınların özellikle de kadın cerrahların tercih edilmeme ile ilgili yaşadıkları sıkıntılar düşünüldüğünde bu %39,6'lık oranın düşük bir oran olduğu söylenebilir. Bu durum, araştırma görevlisi hekimlerin çalıştıkları birimlere kabul edilirken, cinsiyetlerine bakılmaksızın, tıpta uzmanlık sınavından aldıkları puanların dikkate alınıyor olmasından kaynaklanabilir. Üstelik hekimlerin uzmanlık alanlarına yerleştirilmesinde yasal olarak cinsiyete göre bir kısıtlama olmamasına rağmen

uzmanlık alanları arasında kendiliğinden bir cinsiyet farklılığı oluştuğu açıkça görülmektedir. İşverenler tarafından özellikle cerrahi alanlarda kadın hekimlerin tercih edilip edilmediğini daha net görebilmek için benzer bir çalışmanın özel sağlık kuruluşlarında yapılması daha uygun olabilir. Bireysel görüşmelerde yasal haklarla ilgili olarak ise bir kadın ve bir erkek hekim diğer katılımcılardan farklı bir şekilde, birlikte çalıştığı başka bir kadın hekimin bu yasal haklarından dolayı pozitif bir ayrımcılığa maruz kaldığını ve bu durumu bir avantaj olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. İki erkek hekim ise yine farklı olarak kadın hekimlerin yalnızca "kadın" olmalarından dolayı öğretim üyeleri tarafından pozitif ayrımcılığa maruz kaldıklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızın bulgularına bakıldığında bir yanda yasalardan yararlanamayan kadın hekimler diğer yanda ise kadın hekimlerin yasalardan yararlanması nedeniyle mağdur olduğunu, daha fazla nöbet, daha fazla hasta baktığını belirten erkek hekimler bulunmaktadır. Bu durum en doğal hak olan annelik izni, süt izni gibi yasal halkların kullanılması süresince gerekli düzenleme, personel desteği gibi destek mekanizmalarının sağlanmaması nedeniyle yaşanıldığı düşünülmektedir.

Hekim-hasta iletişiminde toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi incelendiğinde bireysel görüşmelerde katılımcıların belirttiklerine göre hekimlere yüklenen bazı davranış kalıpları bulunmaktadır ve bunlar da erkek ve kadın açısından farklılık göstermektedir. Kadın hekimler, toplumun kadın hekimlerden daha ciddi olmalarını beklerken, erkek hekimlerin daha rahat ve samimi davranmalarının normal karşılandığına vurgu yapmışlardır. Nicel analizlerde, "hastalar erkek hekimlere daha fazla güvenir ve ciddiye alırlar" önermesine hekimlerin %42,5'inin katıldığı; %34,1'inin ise katılmadığı görülmektedir. Oysaki bireysel görüşmelerde hem kadın hem de erkek hekimlerin, kadın hekimlerin hastalar tarafından ciddiye alınmadığına sıkça vurgu yaptıkları görülmektedir. Görüşmelerde katılımcıların %81,8'i hastaların kadın hekimlere hitap şekillerinin yanlış olduğundan, %72,7'si hastaların kadın hekimlere saygı duymadığından, %63,6'sı ise hastaların erkek hekimlere daha çok güvendiğinden bahsetmiştir. Bu bulgular birlikte yorumlandığında nicel verilerin gerçekleri olduğundan daha az yansıtabildiği söylenebilir. Bireysel görüşmeler detaylı analiz edildiğinde, hekim-hasta iletişiminde toplumsal cinsiyetin etkileri ile ilgili görüşlerde temel sorunun, hastaların kadın hekimlere

negatif ayrımcılık yapmaları olduğu görülmektedir. Katılımcıların belirttiklerine göre hastalar genel olarak erkek hekimlere "doktor bey", kadın hekimlere "hemşire hanım" şeklinde hitap etmektedirler. Ayrıca erkek hekimlere sadece "doktor bey" şeklinde hitap edilirken, kadın hekimlere "hemşire hanım" dışında "canım, abicim, bir tanem" gibi farklı hitap şekillerinin de olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada hastaların %63,2'si kendilerine bakacak hekimin cinsiyetinin önemli olmadığını belirtirken, %72,8'i kadın hemşire tarafından bakılmak istediklerini belirtmişlerdir (67). Hastaların kadın hekimlere saygı duymamaları ve erkek hekimlere daha çok güvenmeleri de hem kadın hem de erkek hekimlerin çoğu tarafından belirtilmiştir. Bu düşüncenin cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerin tamamı tarafından belirtilmesi dikkat çekmektedir. Bazı kadın hekimler hastaların, hekimlerin özel hayatlarına müdahale ettiklerini belirtirken erkek hekimlerden buna benzer bir ifadede bulunan kimse olmamıştır. Hekim-hasta ilişkisinde toplumsal cinsiyet algısı ile ilgili bulgularımız literatürle uyumludur. Örneğin, Sudi Arabistanlı bir kadın hekim, bazı hastaların kendisini görünce kadın olmasından dolayı tereddüt ettiklerinden ve bazı hastaların da erkek hekim seçtiklerinden bahsetmiştir. Dolayısıyla kendisinin daha fazla çalışarak hastaların güvenini kazanmak zorunda kaldığından ve bunun kolay bir şey olmadığından yakınmaktadır. Sudi kadın hekime göre, hastalar erkek hekimlerin ve yaşları büyük olanların kadın hekimlerden daha iyi olduğunu düşünmektedirler (111). Hastaların kadın hekimlere olan davranışları hastaların cinsiyetlerine göre de değişebilmektedir. Örneğin, Amerika'da acil serviste hekimlerin cinsiyeti ile hasta memnuniyeti ilişkisini araştıran bir çalışmada kadın hastaların kadın hekimlere daha çok güvendikleri görülmüştür (122).

Hekim olmanın sosyal ve özel yaşama etkileri ile ilgili görüşler genel olarak yorumlandığında, hekim olmanın sosyal yaşamı hem olumlu hem olumsuz etkileyebildiği görülmektedir. Burada dikkati çeken cerrahi bilimlerde görev yapan tüm katılımcıların hekim olmanın sosyal yaşamı olumsuz etkilediğini belirtmiş olmasıdır. Nicel verilerde hekimlerin çok az bir kısmı (%10,6) kendilerinden daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kişilerle evlilik, nişanlılık gibi ilişkiler kurmaması gerektiği ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Oysa bu bulgu ile zıt olarak bireysel görüşmelerde hekimlik mesleğinin statüsü yüksek bir meslek

olmasının ve çalışma koşullarının yoğunluğunun eş seçiminde etkili olabileceği hem kadın hem de erkek hekimler tarafından %72,7 oranında belirtilmiştir. Katılımcıların eş/partner seçimi ile ilgili gerçek sayısal değerlerine bakıldığında da eşi ya da partneri olan hekimlerin %94,7'sinin eşi ya da partnerinin üniversite mezunu olduğu ve hekimlerin yarısından fazlasının (%59,0) yine bir hekimle evli olduğu görülmektedir. Yani nicel analizlerde ortaya çıkan bulgunun uygulamada karşılık bulmadığı söylenebilir. Bunun nedeni hekimlerin sosyal çevrelerinin de kendileri ile benzer sosyoekonomik seviyedeki kişilerden oluşması olabileceği gibi; statü, benzer çalışma ortamları nedeniyle daha iyi anlaşabilme gibi altta yatan başka nedenler olduğu da bireysel görüşmelerde ortaya çıkmıştır. Yapılan nicel analizlerde, özellikle kadın hekimler için, eş ya da partnerin sosyo-ekonomik durumunun en az kendileri kadar yüksek olmasının önemli olduğu görülmüştür. Bireysel görüşmelerde kadın hekimlerin, eş ya da partnerlerinin statüleri düşük olduğunda hem kendilerinin hem eşlerinin hem de ailelerinin bu durumu sorun edebileceklerini belirtmeleri bu durumun nedenini açıklamaktadır. Buna karşın hem nicel hem de nitel analizlerde statünün erkek hekimler için daha az sorun olarak algılandığı görülmüştür. Her ne kadar toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeğinde çalışmaya katılan grubun özellikle de kadınların eşitlikçi tutuma sahip oldukları görülse de, bu bulgu katılımcıların ataerkil toplumlardaki toplumsal cinsiyet normlarından etkilendiklerini düşündürebilir. Literatürde hekim olmanın eş seçimine olan etkisini araştıran farklı çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin 2014 yılında AMA (American Medical Association "Amerikan Tıp Derneği")'da yayımlanan, "Bugünün Hekimlerinin İş/Yaşam Profilleri Araştırması"nda, hekimlerin yaklaşık %40'ı ya bir hekimle ya da sağlık profesyoneli ile evlendiğini belirtilmişlerdir. Bir meslektaşı ile ya da sağlık profesyoneli ile evli olan hekimlerin görüşlerine yer verilen çalışmada üroloji uzmanı ile evli olan bir kadın hekim, bir hekim olarak inanılmaz yoğun çalıştığını ve kendisi ile aynı çevreden olmayan insanlara, örneğin yılbaşında neden çalışmak zorunda olduğunu ya da gece ikide neden çalıştığını anlatmanın çok zor olduğunu ifade etmiştir. Kadın hekime göre hekim-hekim evliliğinde aynı dili konuşup benzer deneyimler paylaşılabilir ve dolayısıyla ilişkide ihtiyaç duyulan sorumlulukları her iki taraf da hekim gözü ile değerlendirebilir ve sorumluluk alması daha kolay olabilir. Başka bir hekim de

hekimlerin benzer zorluklar yaşadıklarını ve bir hekimin hekim ile evli olmasının psikolojik ve duygusal yarar sağladığını düşündüğünü ifade etmiştir. Görüşmeciye göre, örneğin bir hekim hastasını kaybettiğinde ya da zorlu bir ameliyat yaptığında bu durumu anlamayacak biri ile birlikte olması zor olabilir çünkü çoğu insan hayatında bir ya da iki kez birilerinin ölümüne şahit olmuştur (123).

Çalışmada kadın hekimlerin toplumsal cinsiyet ayrımcılığından sosyal ve psikolojik yönden etkilendikleri ve özellikle de aile sorumluluklarının da bunda etkili olduğu görülmüştür ve bu bulgu literatürle uyumludur. Örneğin İtalya'da radyologlar arasında yapılan bir çalışmada yaşanan ayrımcılığın kadınların ruhsal sağlığını da etkilediği gösterilmiştir. Çalışmada kadınların erkeklerle aynı iş yüküne ve sosyal desteğe sahip oldukları fakat daha az iş kontrolüne sahip oldukları görülmüş. Kadınlar erkeklere göre daha çok efor sarf etmeleri gerektiğini ve yaptıkları işin daha az tanındığını hissettiklerini belirtmişlerdir, iş tatminleri daha düşüktür ve kadınlarda anksiyete, depresyon, psikolojik problemler erkeklere göre daha fazla görülmektedir (124). Amerika'da kardiyologlar ile yapılan başka bir çalışmada da kadınların çoğunluğu (%71) erkeklerin ise sadece %21'i cinsiyetleri nedeni ile ayrımcılığa uğradıklarını belirtmişlerdir. Kadınların iş memnuniyeti ve finansal açıdan erkeklere göre daha kötü durumda oldukları gösterilmiştir. Kadınlar erkeklere göre girişimsel olmayan çalışmaları girişimsel çalışmalara göre kendilerine daha uygun bulmaktadırlar ve erkeklerle karşılaştırıldığında mesleki hedeflerine ulaşmada daha memnuniyetsizler. Bu farklılıklar akademik hayatta da geçerlidir. Kadınlar daha fazla aile sorumluluklarının olduğunu ve bunun kariyer hayatlarını engellediğini belirtmişlerdir (125). Literatürde kadınların cinsel taciz yaşadıklarına dair başka veriler de bulunmaktadır. Örneğin, Amerika'da 2006-2007 öğretim yılı boyunca özel bir tıp fakültesinde 12 tane 3. Sınıf tıp fakültesi öğrencisi kadın ile her dört-altı haftada bir, staj sonlarında bir seri görüşme yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda kadınların genel olarak sözlü ve elle tacize uğradıkları ve bir dönem sonra bunları normalleştirdikleri ortaya çıkmıştır. Birçok katılımcı, erkek hastaların kendilerine "tatlım, balım" şeklinde hitap ettiklerini bildirmişlerdir. Tekrar eden görüşmelerde yıl ilerledikçe çoğu katılımcının duyarsızlaşmaya ve vurdumduymaz olmaya başladığı görülmüştür. Görüşmeciler bu tecrübelere çok alıştıklarını, o yüzden şikâyet etmeye bile gerek duymadıklarını, hatta anlatmak ve

anlatarak tekrar hatırlamak istemediklerini belirtmişlerdir (126). Yine Amerika'da ihtisas yapan hekimler ile yapılan başka bir niteliksel çalışmada da hekimlerin, tıp fakültesi öğrencisi olarak herhangi bir beklenmedik cinsel teklife, cinsel yorumlara maruz kalıp kalmadıkları, çalışma ortamında erkeklere özgü dergiler gibi materyaller görüp görmedikleri, onların yanında herhangi bir kadın hakkında bir şaka yapıldığını duyup duymadıkları ve bunlardan rahatsız olup olmadıkları sorgulanmıştır. Toplamda hekimlerin %84'ü bu tarz davranışlara maruz kaldıklarını belirtmiş. Çalışmaya göre hekimlerin bu davranışlara en çok maruz kaldıkları servisler sırası ile cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, anesteziyoloji, radyoloji ve diğer servislerdir (127). Bizim çalışmamızda da hekimler hastaların kendilerine "canım, tatlım, bir tanem" şeklinde hitap ettiklerinden ve bekâr olan hekimleri akraba ve tanıdıkları ile tanıştırmak istediklerinden bahsetmişlerdir. Bununla beraber bizim çalışmamızda cinsel tacizle ilgili çok fazla veriye ulaşılamamış olması yaşadığımız toplumun kültürel etkisinden kaynaklanmış olabilir. Amerika gibi ataerkil olmayan bir ülkede bile kadınların bu tarz tecrübeleri gizleme çabası içinde oldukları düşünüldüğünde, Türkiye'de yapılan bir çalışmada böyle bir verinin elde edilememiş olması kadınların bu tip durumları yaşamadığı anlamına gelmeyebilir.

Uzmanlık öğrencilerinin %81,3'üne (448 kişi) ulaşılmış olması ve uzmanlık öğrencilerinin araştırmaya ve bireysel görüşmelere katılım için istekli olmaları araştırmanın tarafsızlığına ve güvenirliğine katkıda bulunmuştur. Bireysel görüşmelerin araştırma görevlisi bir hekim tarafından yapılmış olması çalışma için hem avantaj hem de bir kısıtlılık yaratmış olabilir. Niteliksel çalışmaların doğası gereği araştırmacının görüşmeciler ile aynı meslekten olması, aynı sorunları yaşayıp aynı ortamı paylaşıyor olması görüşmecilerin araştırmacıyı kendilerine yakın hissederek daha samimi cevap vermelerini sağlamış olabilir. Aynı zamanda araştırmacı ile aynı kurumda görev yapmakta olan görüşmeciler özellikle kurumla ve kurumda çalışan kişilerle ilgili yaşadıkları sorunları anlatırken çekimser davranmış olabilirler.

Çalışma grubu hem AÜTFH'de hem de AEAH'de görev alan uzmanlık öğrencilerini kapsadığı için bulgular Antalya iline genellenebilir ancak tüm Türkiye'ye genellenemez.

6. SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırma görevlisi hekimlerin büyük çoğunluğu (%84,2) tıp eğitimi almaya ve yine daha da büyük bir çoğunluğu (%95,8) şu anda görev yapmakta oldukları uzmanlık alanını seçmeye kendi istekleri ile karar vermişlerdir.
- Cerrahi uzmanlık alanlarında görev yapmakta olan erkek hekim sayısı kadın hekim sayısına göre, temel uzmanlık alanlarında ise kadın hekim sayısı erkek hekim sayısına göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Hekimler TCRTÖ'den aldıkları puanlara göre genel olarak toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahiptirler.
- Hekimlerin TCRTÖ'den aldıkları puanlara göre kadın hekimler erkek hekimlere göre, temel bilimlerde görev yapan hekimler cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlere göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi tutuma sahiptirler.
- Kadın hekimler erkek hekimlere göre meslek yaşantıları boyunca cinsiyetleri nedeni ile daha çok ayrımcılığa maruz kaldıklarını daha fazla hissetmişlerdir.
- Kadın hekimler erkek hekimlere göre mesleklerini icra ederken cinsiyetlerinin çalışma hayatlarını olumsuz etkilediğini daha fazla hissetmektedirler.
- Kadın hekimler erkek hekimlere göre iş yerindeki işlerin yanı sıra ev işlerinin de kadın hekim için önemli bir yük olduğu daha fazla düşünmektedir.
- Kadın hekimler erkek hekimlere göre daha pasif sabır ve dakiklik gerektiren işlerde kadın hekimlerin daha başarılı olduğunu daha fazla düşünmektedirler.
- Erkek hekimler kadın hekimlere göre çalışma hayatında fedakârlık yapılacaksa bu görevin kadının olduğunu daha fazla düşünmektedirler.

- Erkek hekimler kadın hekimlere göre aktif fiziksel güç gerektiren uzmanlık alanlarında erkeklerin daha başarılı olduğunu daha fazla düşünmektedirler.
- Erkek hekimler kadın hekimlere göre çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbeti olan uzmanlık alanlarının erkekler için daha uygun olduğunu daha fazla düşünmektedirler.
- Cerrahi alanlarda görev yapmakta olan hekimler dahili ve temel alanlarda görev yapan hekimlere göre günlük yaşamda sosyal aktiviteler için ayıracak boş vakitleri kaldığını daha az belirtmişlerdir.
- Cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimler çalıştıkları bilimlerde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekim tercih edildiğini dahili ve temel bilimlere göre daha fazla belirtmişlerdir.
- Cerrahi bilimlerde görev yapmakta olan hekimler çalıştıkları bilimlerde akademik kariyerde erkeklere öncelik verildiğini ve cinsiyetçi ifadeler kullanıldığını dahili ve temel bilimlere göre daha fazla belirtmişlerdir.
- Hekimlerin hepsi toplumsal cinsiyet kavramından haberdardır. Toplumsal cinsiyet kavramını genel olarak "kadınlara ve erkeklere yüklenen görevler" olarak tanımlamış ve kadınların daha dezavantajlı olan grup olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.
- Hekimlere göre toplumsal cinsiyeti çevre, kültür, eğitim, aile yapısı, din, medya gibi birçok faktör etkilemektedir.
- Toplumsal cinsiyetin hekimlik mesleğine olan etkileri; cinsiyetin uzmanlık alanı seçimine etkisi olması, kadın hekimlere meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları tarafından negatif ayrımcılık yapılması, kadın hekimlere öğretim üyeleri tarafından pozitif ayrımcılık yapılması, kadın hekimlerin yasal hakları nedeni ile sorun yaşamaları, fiziksel, biyolojik ve davranışsal özelliklerin hekimlik profili üzerinde etkili olması, kadın hekimlerin iş

yaşamında fedakârlık yapmak ve değişmek zorunda kalmaları şeklinde belirtilmiştir.

- Hasta-hekim ilişkisinde toplumsal cinsiyetin etkileri; hastaların kadın hekimlere hitap şekillerinin yanlış olması, kadın hekimlere saygı duymamaları, erkek hekimlere daha çok güvenmeleri, kadın hekimlerin özel hayatlarına müdahale etmeleri şeklinde belirtilmiştir.
- Toplumsal cinsiyetin hekimlerin sosyal/özel yaşamlarına etkileri; hekim olmanın eş seçimine etkisi, sosyal yaşama olumlu ve olumsuz etkisi, özel yaşama olumsuz etkisi, kadın hekimlerin özel yaşamlarında fedakârlık yapmak zorunda kalmaları şeklinde belirtilmiştir.

Bu çalışmada Antalya'daki araştırma görevlisi hekimlerin genel olarak toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip oldukları ancak buna rağmen uygulamada bu tutumların davranışa tam olarak dönüşemediği görülmektedir. Görüldüğü gibi hayatın her alanında etkili olan ve karşımıza çıkan toplumsal cinsiyet konusunun hekimlik mesleğinde de etkisi yadsınamayacak kadar büyüktür. Kadınların cerrahi alanları seçmelerinde herhangi yasal bir kısıtlama olmamasına karşın uzmanlık alanları cinsiyete göre ayrışmıştır. Gerçek bir yasal kısıtlama olmasa da toplumsal cinsiyet algısı bağlamında "toplum tarafından belirlenen yasalar" kadın hekimlerin mesleki ve akademik kariyerlerine yön vermektedir. Kuralların toplumsal cinsiyet normlarına göre belirlendiği toplumlarda yasalara uymayıp cerrahi alanları tercih eden kadınlar gerek meslektaşları, gerek öğretim üyeleri, gerek hastalar gerek diğer sağlık çalışanları tarafından yargılanmakta ve yıldırılmaktadır. Kadınlara yüklenen toplumsal cinsiyet rolleri ve sorumluluklar nedeni ile iş yaşamlarında ve sosyal/özel yaşamlarında fedakârlık yapmak zorunda kalan genellikle kadınlar olmaktadır. Dolayısıyla diğer alanlarda olduğu gibi hekimlik mesleğinde de toplumsal cinsiyetin olumsuz etkilerine maruz kalan ve mağdur olan daha çok kadınlardır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin neden olduğu bu olumsuzluklarla başa çıkabilmek çok uzun ve kapsamlı bir süreç ve çaba gerektirir. Toplumsal cinsiyet algısı bireyin içine doğduğu aileden başlamak üzere hayatının her alanında yaşadığı

ve gözlemlediği olaylarla şekillenmektedir. Bu nedenle bu konu ile mücadele daha yaşamın ilk yıllarında başlamalı, birey daha gelişirken eşitlikçi bir düşünceye sahip olması sağlanmalıdır. Bunun için ailede ebeveynlerin kız ve erkek çocuklarına olan yaklaşımlarında eşitlikçi olmalarının sağlanması, okullarda verilen eğitimlerde ve medyada cinsiyetçi ifadelerden kaçınılması gerekmektedir. Ayrıca hükümetlerin bu konuda hazırlamış oldukları yasalar ve yazılı ve sözlü basında yaptıkları açıklamalar da toplumların davranış şekilleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Toplumda kişisel gelişiminde eşitlikçi tutum ve davranışı benimsemeyi başarabilen bireyler yetiştikçe hayatın her alanında ve hekimlik mesleğinde de toplumsal cinsiyetin olumsuz etkileri zamanla azalarak yok olacaktır.

Hekimlik mesleğinde toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile mücadelede genel olarak yapılabileceklerin yanı sıra hekimlik mesleğine özel olarak yapılabilecek bazı uygulamalar da olabilir. Örneğin tıp eğitiminde henüz öğrenciler uzmanlık alanlarını seçmemişken toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile ilgili eğitimler verilebilir ve böylece hekimlerin cinsiyetlerinden bağımsız olarak yetenekleri doğrultusunda gerçekten yapmak istedikleri alanlara yönelmeleri sağlanabilir. Toplumsal cinsiyet algısının değiştirilmesinde ayrımcılığı uygulayan kişilere ulaşılması en az ayrımcılığa maruz kalan kişilere ulaşılması kadar önemlidir. Bu nedenle bu eğitimlerde erkek öğrencilere ulaşıldığından emin olunması gerekir çünkü kadın hekimlerin bu konuda tek başlarına mücadele etmeleri yetersiz ve onlar için oldukça yorucu olacaktır. Ayrıca sadece tıp fakültesi öğrencilerinin değil, tüm sağlık çalışanlarının ve öğretim üyelerinin de bilinçlendirilmesi gerekebilir.

Bu konuda, çalışan sağlığıyla ve tıbbın sosyal yanıyla en yakından ilgilenen alanlardan biri olduğu için, Halk Sağlığı çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

7. ÖZET

Bu çalışma, Antalya'da görev yapmakta olan araştırma görevlisi hekimlerin, toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili tutumlarını ve mesleklerini icra ederken cinsiyetçiliğe maruz kalma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma karma yöntemle tasarlanmış kesitsel tipte, fenomenolojik bir araştırmadır. Araştırmanın nicel bölümünde Antalya'da görev yapmakta olan uzmanlık öğrencilerinin %81,3'üne ulaşılmış ve onlara 78 sorundan oluşan bir anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Nitel bölümünde ise amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilmiş 11 araştırma görevlisi ile bireysel görüşmeler yapılmıştır.

Cerrahi uzmanlık alanlarında erkek, temel uzmanlık alanlarında kadın hekim lehine bir yükseklik bulunmaktadır (p:0,0001). Araştırma görevlisi hekimler toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi bir tutuma sahiptirler ve bu tutum kadınlarda (p:0,0001) ve temel bilimlerde görev yapmakta olan hekimlerde (p:0,047) daha yüksektir. Hekimlerin iş yaşamları ile ilgili önermelere verdikleri cevaplar genel olarak değerlendirildiğinde; cerrahi alanların erkekler için, çalışma saatleri ve nöbetleri daha az olan alanların kadınlar için uygun görüldüğü ve kadın hekimlerin özellikle cerrahi alanlarda cinsiyetleri nedeni ile olumsuzluklar yaşadıkları görülmektedir. Bireysel görüşmelerde hekimlik mesleğinde toplumsal cinsiyetin; uzmanlık alanı seçiminde, mesleki uygulamalarda, hekim-hekim, hekim-öğretim üyesi, hekim-diğer sağlık çalışanları ve hekim-hasta iletişiminde ve sosyal/özel yaşamda etkilerinin olduğu ve özellikle de kadın cerrahların bu durumdan daha olumsuz etkilendikleri ortak görüş olarak ifade edilmiştir. Görüşmelerde hekimlerin deneyimlerine göre ayrımcılığı uygulayanlar; meslektaşları, öğretim üyeleri, diğer sağlık çalışanları ve hastalardır.

Hekimlik mesleğinde uzmanlık alanları ve yapılacak işler cinsiyete göre ayrışmıştır. Kadın hekimler özellikle cerrahi alanlarda cinsiyet eşitsizliklerine ve ayrımcı davranışlara maruz kalmaktadırlar. Kadınlara yüklenen toplumsal cinsiyet rolleri onların mesleki ve akademik yaşamlarını olumsuz etkilemektedir.

Anahtar sözcükler: toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı, hekim, araştırma görevlisi hekimler, karma yöntem

8. ABSTRACT

This study was carried out to examine the attitudes of physician, who were working in Antalya and having residency education, towards their gender roles and also to examine their exposure to gender discrimination while performing their work-life.

This study is a cross-sectional phenomenological research designed based on mixed method. In quantitative part of the study, 81.3% of the residency students working in Antalya were accessed, and a survey consisting of 78 items was applied in face-to-face interviews. In qualitative part, personal interviews were performed with 11 residency that were selected using purposeful sampling method.

While male participants were dominant in surgery residency, women were dominant in basic sciences department of specialty (p:0.0001). Residency physicians have an equalitarian attitude towards their social gender roles, and this attitude was higher among the women (p: 0.0001) and physicians working in basic sciences departments (p: 0.047). When the answers of physicians to the propositions regarding their professional lives are considered in general, it can be seen that the surgical departments are considered suitable for men, while the departments requiring less working hours and less night duties are considered suitable for women, and that women physicians experience negativities because of their gender especially in surgical departments. In personal interviews, the participants stated that the gender have effects on choice of residency, professional activities, the communication between physicians and physicians, physicians and faculty member, physicians and other healthcare professionals, and physicians and patients, and on the private lives of physicians, and that especially women physicians are affected from this situation more negatively. In interviews, according to the experiences of physicians, the ones implementing the gender discrimination were expressed to be colleagues, faculty member, other healthcare professionals, and patients.

In profession of medicine, the areas of speciality and the work-life to be performed are classified based on the gender. Women physicians are exposed to gender inequality and discriminative attitudes especially in surgical departments. Gender roles attributed to women negatively affect their professional and academic lives.

Key words: gender, women's health, residency physicians, qualitative method

9. KAYNAKLAR

1. WHO. Definition of Health. Erişim tarihi:18/10/2016 http://www.who.int/about/definition/en/print.html
2. Akın A. Kadın Sağlığında Eşitsizlikler ve Toplumsal Cinsiyet. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2010. (73-82).
3. Günay G, Bener Ö. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rolleri Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılama Biçimleri. TSA/Yıl:15. S:3. 2011. (157-171).
4. Ökten Ş. Toplumsal Cinsiyet ve İktidar: Güneydoğu Anadolu Bölgesinin Toplumsal Cinsiyet Düzeni. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. S:2/8. 2009. (302-312).
5. Sezgin D. Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi C:18. S:1. 2015 (153-186).
6. Şimşek H. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. C:25. S:2. 2011 (119-126).
7. Parlaktuna İ. Türkiye'de Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılığın Analizi. Ege Akademik Bakış. C:10. S:4. 2010. (1217-1230).
8. Urhan B, Etiler N. Sağlık Sektöründe Kadın Emeğinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi. Çalışma ve Toplum. 2011/2. (191-216).
9. Muraljdharan A, Fehringer J, Pappa S, Rottach E, Das M, Mandal M. Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health. Evidence from a Systematic Review of Gender-integrated Health Programs in Low-and Middle-Income Countries. Washington DC: Futures Group, Health Policy Project. 2015.
10. WHO. What Do We Mean by "Sex" and Gender? Gender, Women and Health. Erişim tarihi: 26/09/2016. http://apps.who.int/gender/whatisgender/en/
11. Wamala S, Agren G. Gender Inequity and Public Health. European Journal of Public Health 2002; 12 (163-165).
12. Gender and Health, Technical Paper. World Health Organization publication. Geneva, Switzerland. 1998.

13. Reeves H, Baden S. Gender and Development: Concepts and Definitions. Bridge Development-Gender. Report No: 55. Brington, UK. February 2000.
14. Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan M. E. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları. Halk Sağlığı. Ünite 5: Toplumsal Cinsiyet (Gender) Yayın No: 92. 2011. (112-117).
15. Women's Rights are Human Rights. United Nations Publication. New York and Geneva, 2014.
16. The World Health Report 1998. Life in the 21st Century A Vision For All. World Health Organization Geneva 1998. Chapter 3. Health Across the Life Span. (96).
17. Methodological Guidelines For The Gender Analysis of National Population and Housing Census Data. Guide on The Gender Analysis of Census Data. UNFPA 2014.
18. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki. (73-82).
19. Bebel A. Çev: Kaya S.N. Kadın ve Sosyalizm- Analık Hukuku ile Babalık Hukuku Arasındaki Mücadele. İnter Yayınları, 1985. (61-86).
20. Özbudun S. 8 Mart'tan 8 Mart'a mı?- İnsan Toplumlarının İlk Çağlarında Kadınların Durumu Üzerine Bazı Gözlemler. Diyalektik Yayınları-20, Birinci Baskı, 1995. (78-95).
21. Altındal A. Türkiye'de Kadın (Marksist Bir Yaklaşım)-İ.Ö.XX-İ.S. IX. Yüzyıllar Arasında Anadolu'da Kadın. Havass Yayınları, Genişletilmiş Yeni Baskı, 1977. (27-52).
22. Gürhan N. Toplumsal Cinsiyet ve Din. e-Şarkiyat İlmi Araştırmalar Dergisi -www.e-sarkiyat.com- ISSN: 1308-9633. S:IV. Kasım 2010. (58-80).
23. Karapehlivan Şenel F. Tarihsel ve Toplumsal Süreçte Kadın. Toplum ve Hekim. Ağustos 2012. C:27. S:4. (246-255).
24. Akdemir S. Tarih Boyunca ve Kur'an-ı Kerim'de Kadın. Journal of Islamic Research V:10. No: 4. 1997 (249-258).
25. United Nations Human Rights Office of The High Commissioner. http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx Erişim tarihi:05/10/2016

26. Guide For Analysis and Monitoring of Gender Equity in Health Policies. Pan American Health Organization.
27. The Global Gender Gap Report, 2015.
28. Ecevit Y, Karkıner N. Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisi. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2307 Açık öğretim Fakültesi Yayını No:1304. I. Ünite: Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisine Bakış. Eskişehir Ağustos 2011. (1-32).
29. Özkan B, Gündoğdu A. E. Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Türkçede Atasözleri ve Deyimler. International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic V:6/3 Summer 2011. (1133-1147).
30. Günindi Ersöz A. Türk Atasözleri ve Deyimlerinde Kadına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rolleri. Gazi Türkiyat. S:6. Bahar 2010 (167- 181).
31. Doyal L. Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas. Social Science and Medicine 51. 2000. (931-939).
32. Gow A, Murty E. Gender Equity in Health. NSW Public Health Bulletin. V:11. No:1-2 January-February 2000. (11).
33. Demren Ç. Erkeklik, Ataerkillik ve İktidar İlişkileri. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları ve Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003. (33-44).
34. The World's Women 2015. Trends and Statistics. United Nations Department of Economic and Social Affairs.
35. Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas. Pan American Health Organization Multicentric Study Final Report. Washington, D.C, 2007.
36. WHO. Global Health Observatory Data Repository. Life Expectancy Data by WHO region. Erişim tarihi: 06/10/2016. http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en
37. Altınay A. G. "Kadın Hakları İnsan Haklarıdır" Projesi. KAMER Vakfı.
38. Guidelines for Producing Statistics on Violence Against Women. Statistical Surveys. United Nations New York, 2014 Chapter II (14-18).

39. National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey. Ankara, 2009. Hacettepe University Institude of Population Studies.
40. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.
41. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.
42. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.
43. Akın A, Özvarış Ş. B. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD. Adolesanların / Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi. Ankara 2003.
44. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşleri. Haziran 2001.
45. Baxter J, Wright E. O. The Glass Ceİlİng Hypothesis. A Comparative Study of the United States, Sweden, and Australia. Gender and Society. Vol. 14. No. 2. April 2000. (275-294).
46. Dranulans V. The Glass Ceiling: Reality or Myth? A Gender Analysis of Leadership. Ethical Perspectives 10 (2003)1. (66).
47. The Feminization of Poverty. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Erişim tarihi: 06/10/2016. http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/session/presskit/fs1.htm
48. Briefing Paper on The "Feminisation of Poverty". Prepared by BRIDGE For The Swedish International Development Cooperation Agency (Sida) April 2001.
49. Moghadam V. M. The "Feminization of Poverty" and Women's Human Rights. SHS Papers in Women's Studies/ Gender Research No. 2. July 2005.
50. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın 2012.
51. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Türkiye 2014.
52. The World's Women, 2010. Trends and Statistics. United Nations Department of Economic and Social Affairs.
53. ILO. World of Work Report, 2014. Developing with Jobs.
54. Belek İ. Esnek Üretim Derin Sömürü/Esnek Üretimin İşçiler ve İşçi Sınıfı Üzerindeki Etkileri/Ücretler. Yazılama Yayınevi. 2010. (204-215).
55. Chevalier A. Education, Occupation and Career Expectations: Determinants of The Gender Pay Gap For UK Graduates. Oxford Bulletin of Economics and Statistics. Volume 69, Issue 6 December 2007. (819–842).

56. Lo Sasso AT, Richards MR, Chou C, Gerber SE. The $16,819 Pay Gap For Newly Trained Physicians: The Unexplained Trend of Men Earning More Than Women. Health Affairs 30, NO. 2 (2011) (193–201).
57. Baker LC. Differences in Earnings Between Male And Female Physicians. The New England Journal Of Medicine. April 1996. Vol. 334 No. 15.
58. The Coordination of Collective Bargaining 2007. Erişim tarihi:18/10/2016 https://www.etuc.org/documents/coordination-collective-bargaining-2007#.WAYEc-iLTIU.
59. Şalvarcı Türeli N, Dolmacı N. İş Yaşamında Kadın Çalışana Yönelik Ayrımcı Bakış Açısı ve Mobbing Üzerine Ampirik Bir Çalışma. Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi. C:2. S:2. Aralık 2013. (83-104).
60. Anker R. Melkas H, Korten A. Gender-based Occupational Segregation in the 1990s Trends in Occupational Sex Segregation in the 1990s. September 2003. ILO.
61. Kuzgun Y, Sevim SA. Kadınların Çalışmasına Karşı Tutum ve Dini Yönelim Arasındaki İlişki. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. C:37. S:1 2004. (14-27).
62. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2014.
63. Global Strategy on Human Resources For Health: Workforce 2030. Draft For The 69th World Health Assembly. World Health Organization. (31).
64. Dal Poz MRD, Kinfu Y, Drager S, Kunjumen T. Counting Health Workers: Definitions, Data, Methods and Global Results. World Health Organization. (11-12).
65. World Health Organization. Gender and Health Workforce Statistics. A Fact File on Health Workforce Statistics. Spotlight on Statistics. Issue 2, February 2008.
66. Riska E. Gender and Medical Education. 103rd Annual Meeting of The American Sociological Association, Boston. August 2008. (1-4).
67. Özbaşaran F, Taşpınar A, Çakmakçı A**.** Hastalar Kendilerine Bakım Verenlerin Cinsiyeti Konusunda Ne Düşünüyorlar? Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C:5. S:2. 2002

68. Zencir G, Zencir M. Ataerkil Otoriter Anlayışın Hemşirelik Mesleğine Etkisi. I. Kadın Hekimlik Ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyum Kitabı. 2011 (52-53).
69. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık İnsangücü Analizi. S:4 TKHK 2014.
70. Association of American Medical Colleges. Physician Speciality Data Book. Center for Workforce Studies. November 2012. (14).
71. Association of American Medical Colleges. Physician Speciality Data Book. Center for Workforce Studies. November 2014. (12).
72. Number and Percent Distribution of Physicians by Specialty and Sex, Canada 2016. CMA Masterfile, January 2016, Canadian Medical Association.
73. Baerlocher M. O. Does Sex Affect Residency Application to Surgery?" Can J Surg, Vol. 50, No. 6, December 2007 (434-436).
74. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hizmetleri Kurumu. Genel Sağlık İstatistikleri özet bilgiler. Erişim tarihi: 22/09/2016. http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/
75. Davas Aksan H.A, Ergin I, Çiçeklioğlu M, Samandağ B. Türkiye'de Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dallarında Cinsiyet Eşitsizliği. Tıp Eğitimi Dünyası Ekim 2011 Sayı 32.
76. Mardin N. Sağlık Sektöründe Kadın. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları ve Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2003 (91-110).
77. Ruiz MT, Verbrygge LM. A Two Way View of Gender Bias in Medicine. Journal of Epidemiology And Comnmunity Health 1997; 51 (106-109).
78. Govender V, Kekana P. Gender Biases and Discrimination: A Review of Health Care Interpersonal Interaction. Global Public Health, 2008; 3(S1): (90-103).
79. Nyberg F, Osika I, Evengard B. The Laundry Bag Projject. Unequal Distribution of Dermatological Healthcare Resources For Male and Female Psoriatic Patient in Sweden. International Journal of Dermatology 2008, 47. (144-149).

80. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE. Male and Female Physicians Show Different Patterns of Gender Bias: A Paper-Case Study of Management of Irritable Bowel Syndrome. Scand J Public Health 2004; 32 (144–152).
81. Holroyd, E. Developing a Cultural Model of Caregiving Obligations For Elderly Chinese Wives. Western Journal of Nursing Research, 2005. 27 (4) 437-456.
82. Nigenda G, Langer A, Kuchaisit C, Romero M, Rojas G, Al-Osimy M. et al. Women's Opinions on Antenatal Care in Developing Countries: Results of a Study in Cuba, Thailand, Saudi Arabia and Argentina. BMC Public Health, 2003. 3(17).
83. Jewkes, R, Abrahams N, Mvo, Z. Why do Nurses Abuse Patients? Reflections From South African Obstetric Services. Social Science & Medicine, 1998. 47. No:11. (1781-1795).
84. Verdonk P. Gender Matters in Medical Education: Integrating a Gender Perspective in Medical Curricula. Radboud Univ Nijmegen Med Cent, Netherlands. 2007.
85. Verdonk P, Benschop YWM, Hanneke CJM De Haes, Lagro-Janssen TLM. From Gender Bias to Gender Awareness in Medical Education. Adv Heal Sci Educ. 2009;14(1) (135-152)
86. Album D, Westin S. Do Diseases Have a Prestige Hierarchy? A Survey Among Physicians and Medical Students. Soc Sci Med. 2008;66(1) (182-188).
87. Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, et al. The Influence of Patient and Doctor Gender on Diagnosing Coronary Heart Disease. Sociol Heal Illn. 2008;30(1) (1-18).
88. Franks P, Bertakis KD. Physician Gender, Patient Gender, and Primary Care. Journal of Women's Health Volume 12, Number 1, 2003 (73-80).
89. Bertakis KD. The Influence Of Gender On The Doctor-Patient Interaction. Patient Education And Counseling 76 (2009) (356–360).
90. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Carter-Clark D, Kidd J. The Impact Of Gender Dyads On Doctor-Patient Communication: Asystematic Review. Patient Education and Counseling 76 (2009) (348-355).

91. Bowker, L. Terminology and Gender Sensitivity: A Corpus-Based Study On The LSP Of Infertility. Language in Society,30. 2001. (589-610.).
92. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (9. Baskı). Ankara: Seçkin. 2013.
93. Merriam SB. Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber (3. Basımdan Çeviri) Çev: Turan S. Ankara: Nobel. 2015.
94. Zeyneloğlu S, Terzioğlu F. Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 40. 2011. (409-420).
95. Flannery AM, Ga A. Success, Women, and Academic Surgery. Surgery Volume 131, Number 6 (670-671).
96. Rodriguez A. Women in Surgical Leadership Positions: Further Assessment and Future Planning Needed. Letter To The Editör. The American Journal of Surgery, Vol 209, No 6, June 2015 (1112).
97. Riska E. Women Physicians in Post-communist and Scandinavian Societies. Swedish School of Social Science University of Helsinki, Finland http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/0/1/8/4/0/pages18406/p18406-1.php Erişim tarihi:22/09/2016.
98. Zhuge Y, Kaufman J, Simeone DM, Chen H, Velazquez OC. "Is There Still a Glass Ceiling for Women in Academic Surgery? Ann Surg 2011;253 (637–643).
99. Fysh THS, Thomas G, Ellis H. Who Wants to be Surgeon? A Study of 300 First Year Medical Students. BMC Medical Education 2007, 7;2.Gargiulo DA, Hyman NH, Hebert JC. Women in Surgery. Do We Really Understand the Deterrents? Arch. Surg. 2006;141 (405-408).
100. Gargiulo DA, Hyman NH, Hebert JC. Women in Surgery. Do We Really Understand the Deterrents? Arch. Surg. 2006;141 (405-408).
101. Yapıcı G, Torlak F, Ögenler O, Çiçek K, Emir S, Atıcı Ş. et al. Discrimination Experiences of Practicing & Training Famale Physicians in Mersin. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg. 2010;3(1) (22-30).
102. Bekleviç AÇ. Bir Üniversite Hastanesinde Araştırma Görevlilerinin Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği ve Çalışma Yaşamında

Toplumsal Cinsiyet Rolleri Algısının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Zonguldak 2013.

103. Meral O, Köse Ç, Kaya A, Koçak A, Aktaş Ö. Gender's Effect to the Profession of Medicine from the Physicians Perspective: A Questionnaire Study. Medicie Science 2015;4(1) (1895-911).
104. Stratton TD, Mc Laughlin MA, Witte FM, Fosson SE, Nora LM. Does Students' Exposure to Gender Discrimination and Sexual Harassment in Medical School Affect Specialty Choice And Residency Program Selection? Acad. Med. 2005;80(4) (400-408).
105. Nora l. M, Mc Laughlin M.A, Fosson S.E, Stratton TD, Murphy-Spencer A, Fincher RME, German DC, Seiden D, Witzke DB. "Gender Discrimination and Sexual Harassment in Medical Education: Perspectives Gained by a 14-school Study. Academic Medicine,Vol. 77, No. 12 / December 2002 Part 1 (1226-1234).
106. Hashmi AM, Rehman A, Butt Z, Aftab MA, Shahid A, Khan SA. Gender Discrimination Among Medical Students in Pakistan: A Cross Sectional Survey. Pak J Med Sci 2013 Vol. 29. No. 2 (449-454).
107. Burgos CM, Josephson A. Gender Differences in the Learning and Teaching of Surgery: A Literature Review. International Journal of Medical Education. 2014;5 (110-124.
108. Park J, Minor S, Taylor RA, Vikis E, Poenaru D. Why Are Women Deterred From General Surgery Training?" The American Journal Of Surgery 190 (2005) (141-146).
109. Seemann NM, Webster F, Holden HA, Moulton CE, Baxter N, Desjardins C, Cil T. Women in Academic Surgery: Why is The Playing Fields Till Not Level? The American Journal of Surgery (2016) 211 (343-349).
110. Farahat FM. Challenges Facing Female Physicians in Egypt. Archives of Environmental & Occupational Health, Vol. 64, No. 2, 2009 (121-127).
111. Alwazzan L, Rees CE. Women in Medical Education: Views and Experiences From The Kingdom Of Saudiarabia. 2016 John Wiley & Sons

Ltd and The Association for the Study of Medical Education; Medıcal Education 2016;50 (852–865).

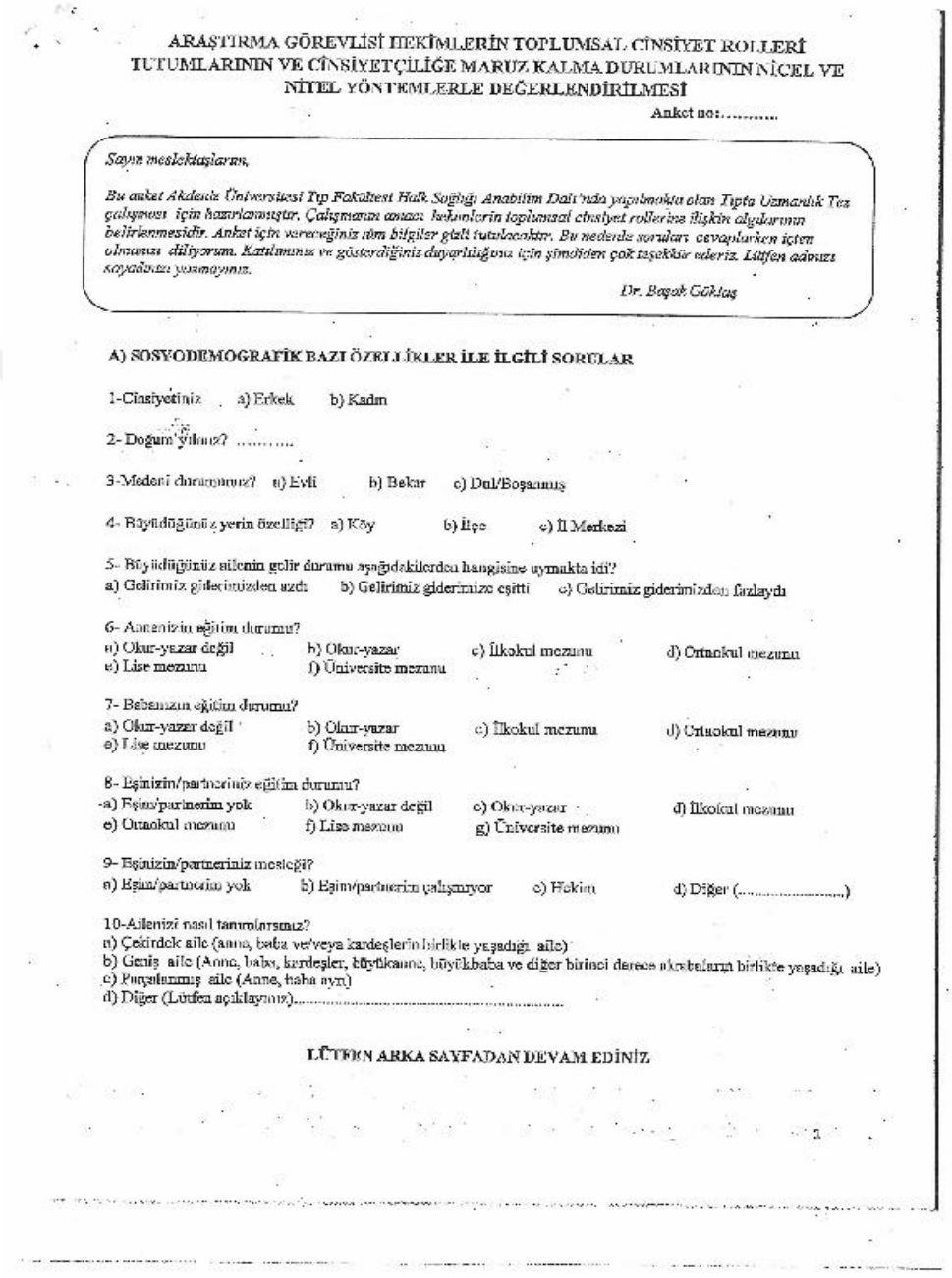
112. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett CR, Palepu A, Moskowitz MM. Faculty Perceptions of Gender Discrimination and Sexual Harassment in Academic Medicine. American College of Physicians-Annals of Internal Medicine. 2000:132 (889-896).
113. Mostaan LV. Changing Laws is Not Equal to Changing Minds: 22 Years of Women in Surgical Fields in Iran. Letters To The Editor. Academic Medicine, Vol. 91, No. 8 / August 2016 (1036).
114. Kawase K, Carpelan-Holmström M, Kwong A, Sanfey H. Factors That Can Promote or Impede the Advancement of Women as Leaders in Surgery: Results from an International Survey. World J Surg (2016) 40 (258–266).
115. Uz H, Tılıç LD. Türkiye'de Televizyon Dizilerinde Hekim İmajı. Toplum ve Hekim. Mart-Nisan 2016. Cilt: 31 Sayı: 2 (110-122).
116. Coombs AAT, King RK. Work place Discrimination: Experiences of Practicing Physicians. Journal Of The Natıonal Medical Association. Vol. 97, No. 4, April 2005 (467- 477).
117. Bruce AN, Battista A, Plankey MW, Johnson LB, Marchall B. Perceptions of Gender-Based Discrimination During Surgical Training And Practice. Med Educ Online 2015, 20; 25923- http://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.25923 http://www.med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/25923.
118. Crutcher RA, Szafran O, Woloschuk W, Chatur F, Hansen C. Family Medicine Graduates Perceptions of Intimidation, Harassment, and Discrimination During Residency Training. BMC Medical Education 2011, (11;88).
119. Ferris LE, Mackinnon SE, Migzala CL, Mc Neil I. Do Canadian Female Surgeons Feel Discriminated Against As Women? Can Med Assoc J. Jan. 1, 1996; 154 (1) (21-27).
120. Shrier DK, Zucker AN, Mercurio AE, Landry LJ, Rich M, Shrier LA. "Generation to Generation: Discrimination and Harassment Experiences of

Physician Mothers and Their Physician Daughters. Journal Of Women's Health Volume 16, Number 6, 2007. (883-894).

121. Kass RB, Souba WW, Thorndyke LE. Challenges Confronting Famele Surgical Leaders: Overcoming the Barriers. Journal of Surgical Research 132, 2006. (179-187).
122. Derose KP, Hays RD, Mc Caffrey DF, Baker DW. Does Physician Gender Affect Satisfaction of Men and Women Visiting the Emergency Department? J Gen Intern. Med 2001;16 (218-226).
123. 2014 Work/Life Profiles Of Today's U.S. Physician. https://www.amainsure.com/reports/work-life-profiles-of-todays-us physician.html). Erişim tarihi: 10/10/2016.
124. Magnavita N. Is There A Gendergap in Italian Radiology? A Cross-Sectional study European Journal Of Radiology 82 (2013) (502-507).
125. Limacher MC, Zaher CA, Walsh MN, Wolf WJ, Douglas PS, Schwartz JB, Wright JS, Bodycombe DP. The ACC Professional Life Survey: Career Decisions of Women and Men in Cardiology. J Am Coll Cardiol 1998;32 (827-835).
126. Barbaria P, Abedin S, Berg D, Nunez-Smith M. "I'm tooused it": A Longitudinal Qualitative Study Of Third Year Female Medical Students' Experiences Of Genderd Encounters in Medical Education. Social Science&Medicine. 74 (2012) (1013-1020).
127. Hinze SW. "Am I being over-sensitive?' Women's Experience Of Sexual Harassment During Medical Training Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine. Vol 8(1): 101–127).

10. EKLER

Ek 1: Nicel Veri Toplama Aracı Olarak Anket Formu



ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ TUTUMLARININ VE CİNSİYETÇİLİĞE MARUZ KALMA DURUMLARININ NİCEL VE NİTEL YÖNTEMLERLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket no:.....

Sayın meslektaşlarım,

Bu anket Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılmakta olan Tıpta Uzmanlık Tez çalışması için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı hekimlerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin algılarının belirlenmesidir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle soruları cevaplarken içten olmanızı diliyorum. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz. Lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız.

Dr. Başak Göktaş

A) SOSYODEMOGRAFİK BAZI ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ SORULAR

1-Cinsiyetiniz a) Erkek b) Kadın

2- Doğum yılınız? .....

3-Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar c) Dul/Boşanmış

4- Büyüdüğünüz yerin özelliği? a) Köy b) İlçe c) İl Merkezi

5- Büyüdüğünüz ailenin gelir durumu aşağıdakilerden hangisine uymakta idi?
a) Gelirimiz giderimizden azdı b) Gelirimiz giderimize eşitti c) Gelirimiz giderimizden fazlaydı

6- Annenizin eğitim durumu?
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu
e) Lise mezunu f) Üniversite mezunu

7- Babanızın eğitim durumu?
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu
e) Lise mezunu f) Üniversite mezunu

8- Eşinizin/partneriniz eğitim durumu?
a) Eşim/partnerim yok b) Okur-yazar değil c) Okur-yazar d) İlkokul mezunu
e) Ortaokul mezunu f) Lise mezunu g) Üniversite mezunu

9- Eşinizin/partneriniz mesleği?
a) Eşim/partnerim yok b) Eşim/partnerim çalışmıyor c) Hekim d) Diğer (.....)

10-Ailenizi nasıl tanımlarsınız?
a) Çekirdek aile (anne, baba ve/veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)
b) Geniş aile (Anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)
c) Parçalanmış aile (Anne, baba ayrı)
d) Diğer (Lütfen açıklayınız).....

LÜTFEN ARKA SAYFADAN DEVAM EDİNİZ

B) MESLEK HAYATI İLE İLGİLİ SORULAR

11-Çalıştığınız Kurum
a) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi b) Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

12-Uzmanlık alanınızla ilgili size uyan seçeneğe işaret **(X)** koyarak belirtiniz

Dahili Bilimler	Cerrahi Bilimler	Temel Bilimler
( ) Acil Tıp	( ) Anesteziyoloji	( ) Anatomi
( ) Adli Tıp	( ) Beyin ve Sinir Cerrahisi	( ) Biyofizik
( ) Aile Hekimliği	( ) Genel Cer.	( ) Biyoistatistik
( ) Çocuk Sağ ve Hastalıkları	( ) Göğüs Cer.	( ) Fizyoloji
( ) Çocuk ve Ergen Ruh Sağ.	( ) Göz Hastalıkları	( ) Histoloji ve Embriyoloji
( ) Deri ve Zührevi Hast.	( ) Kadın Hast. ve Doğum	( ) Tıbbi Mikrobiyoloji
( ) Enfeksiyon Hast.	( ) Kalp Damar Cerrahisi	( ) Tıbbi Biyoloji ve Genetik
( ) Fizik Tedavi ve Rehab.	( ) Kulak Burun Boğaz Hast.	( ) Tıp Eğitimi
( ) Göğüs Hast.	( ) Ortopedi ve Travmatoloji	( ) Tıp Tarihi ve Etik
( ) Halk Sağlığı	( ) Plastik ve Rek. Est. Cer.	( ) Tıbbi Biyokimya
( ) İç Hastalıkları	( ) Tıbbi Patoloji	( ) Diğer .....
( ) Kardiyoloji	( ) Üroloji	
( ) Nöroloji	( ) Diğer	
( ) Nükleer Tıp		
( ) Radyasyon Onkolojisi		
( ) Radyoloji		
( ) Ruh Sağ. Ve Hast.		
( ) Spor Hekimliği		
( ) Su altı Hekimliği ve Hiperbarik		
( ) Tıbbi Farmakoloji		
( ) Tıbbi Genetik		
( ) Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji		
( ) Diğer		

13- Tıp eğitimi almaya kendi isteğinizle mi karar verdiniz?
a) Evet b) Hayır

14- Şu an görev yapmakta olduğunuz bölümü kendi isteğinizle mi seçtiniz?
a) Evet b) Hayır

15- Hekimlik yaptığınız süre .....Yıl ..... Ay

16- Bu iş yerinde çalıştığınız süre .....Yıl ..... Ay

LÜTFEN ARKA SAYFADAN DEVAM EDİNİZ

C) TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümlelerde belirtilen düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza ne derecede uygun olduğuna karar veriniz	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir.					
2. Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır.					
3. Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır.					
4. Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir.					
5. Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son söz baba söylemelidir.					
6. Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır.					
7. Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir.					
8. Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır.					
9. Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir.					
10. Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir.					
11. Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir.					
12. Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır.					
13. Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir.					
14. Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır.					
15. Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir.					
16. Kadının temel görevi anneliktir.					
17. Evin reisi erkektir.					
18. Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir.					
19. Bir genç kızın, ilişki cinsine ailesi izin vermelidir.					
20. Ailede kararları eşler birlikte almalıdır.					
21. Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir.					
22. Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır.					
23. Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir.					
24. Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir.					
25. Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır.					
26. Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir.					
27. Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır.					
28. Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır.					
29. Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır.					
30. Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır.					
31. Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır.					
32. Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır.					
33. Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır.					
34. Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir.					
35. Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir.					
36. Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur.					
37. Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır.					
38. Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır.					

LÜTFEN ARKA SAYFADAN DEVAM EDİNİZ

D) İŞ YAŞAMINDA CİNSİYETÇİLİĞE MARUZ KALMA DURUMLARI İLGİLİ ÖNERMELER

Aşağıdaki cümlelerde belirtilen düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza ne derecede uygun olduğuna karar veriniz	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Şu an görev yapmakta olduğum bölümü tercih etmemde cinsiyetimin etkisi oldu					
2. Meslek yaşantım boyunca cinsiyetim nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldım					
3. Mesleğimi icra ederken cinsiyetim çalışma hayatımı olumsuz etkiledi					
4. Günlük yaşamımda sosyal aktivitelerim için ayıracak boş vaktim kalıyor					
5. İş yerindeki işlerin yanı sıra ev işleri de kadın hekim için önemli bir yüktür					
6. Çalışma hayatındaki kariyer için eşler arasında fedakârlık yapılacaksa bu görev kadınındır					
7. Hekimler kendilerinden daha düşük sosyo-ekonomik durumdaki kişilerle evlilik, nişanlılık gibi ilişki kurmamalıdır					
8. Kadın hekimler kuyaflerinden dolayı daha çok ayrımcılığa uğrar					
9. Pasif sabır ve dakiklik gereken işlerde kadın hekimler daha başarılıdır					
10. Aktif fiziksel güç gerektiren branşlarda (cerrahi vb) erkekler daha başarılıdır					
11. Çalışma saatleri çok yoğun olan ve çok nöbetli olan branşlar erkekler için daha uygundur					
12. Kadın hekimler cerrahi branşlarda başarılı olamazlar					
13. Kadın hekimlerin uzmanlık alanını seçmelerinde toplumsal roller (annelik, ev işleri vb.) büyük oranda etkilidir					
14. Kadın hekimlerin cerrahi branşları seçmemesinde erkek hekimlerin ayrımcı, olumsuz, caydırıcı tutumlarının rol aldığını düşünüyorum					
15. Çalıştığım birimde gebelik, süt izni gibi nedenlerle daha çok erkek hekimler tercih edilir					
16. Kadın hekimler cinsiyetleri nedeniyle erkek hekimlere oranla meslek hayatında karşı cinsin rahatsız edici davranışına daha fazla maruz kalırlar					
17. Çalıştığım birimde akademik kariyerde erkeklere öncelik verilir					
18. Çalıştığım birimde iş bölümü kıdeme göre cinsiyetten bağımsız yapılır					
19. Çalışığım birimde kararlara katılım (görüş alınması vs) cinsiyete bağlı değildir					
20. Çalıştığım birimde konuşmalarda, tartışmalarda "kadın aklı, elinin hamuru" gibi cinsiyetçi ifadeler kullanılır					
21. Çalıştığım bölümün olanaklarından (eğitim, kongreye katılım vb) cinsiyet ayrımı yapılmadan yararlanılır					
22. Çalıştığım birimde eş kıdemli kadın ve erkek arasından daha çok erkeğin sözü dikkate Alınır					
23. Hastalar erkek hekimlere daha fazla güvenir ve ciddiye alırlar					
24. Hekim seçme hakkı kapsamında, hekimin cinsiyeti bir kıstas olarak yer almalıdır					

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ek 2: Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği (TCRTÖ)

TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Sevgili Öğrenciler,

Bu ölçekteki cümleler, siz üniversite öğrencilerinin **toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarınızı** belirtmek için hazırlanmıştır. Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu cümlelerden hiçbirisinin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Her cümle ile ilgili görüş, kişiden kişiye değişebilir. Bunun için vereceğiniz cevaplar sizin kendi görüşünüzü yansıtmalıdır. Her cümle ile ilgili görüşünüzü belirtirken, önce cümleyi dikkatlice okuyunuz sonra, cümlede belirtilen düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza ne derecede uygun olduğuna karar veriniz.

Aşağıdaki cümleler size;

hiç uygun değilse ..... **"Kesinlikle Katılmıyorum"**
uygun değilse ..... **"Katılmıyorum"**
karar veremiyor iseniz..... **"Kararsızım"**
uygunsa ..... **"Katılıyorum"**
tamamen uygunsa ..... **"Tamamen Katılıyorum"**

Cümlenin karşısındaki yerlere aşağıdaki örneğe uygun olarak çarpı (X) koyarak işaretleyiniz. Bir cümleyi okuduktan sonra aklınıza ilk gelen işaretleyiniz ve **lütfen bütün cümleleri işaretlemeyi unutmayınız.**

Örnek:

Tutum Cümleleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Ailenin parasal harcamaları erkeğin kontrolünde olmalıdır.				X	

Katılımınız için teşekkür ederim.

Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir.					
2. Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır.					
3. Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır.					
4. Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir.					
5. Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir.					
6. Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır.					
7. Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir.					
8. Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır.					
9. Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir.					
10. Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir .					
11. Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir.					
12. Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır.					
13. Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir.					
14. Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır.					
15. Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir.					
16. Kadının temel görevi anneliktir.					
17. Evin reisi erkektir.					
18. Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir.					
19. Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir.					
20. Ailede kararları eşler birlikte almalıdır.					
21. Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir.					
22. Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır.					
23. Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir.					
24. Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir.					
25. Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır.					
26. Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir.					
27. Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır.					
28. Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır.					

Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
29. Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır.					
30. Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır.					
31. Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır.					
32. Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır.					
33. Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır.					
34. Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir.					
35. Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir.					
36. Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur.					
37. Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır.					
38. Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır.					

Ek 3: "Nitel Araştırma Yöntemleri" Dersine Katılım Belgesi

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda
görev yapmakta olan

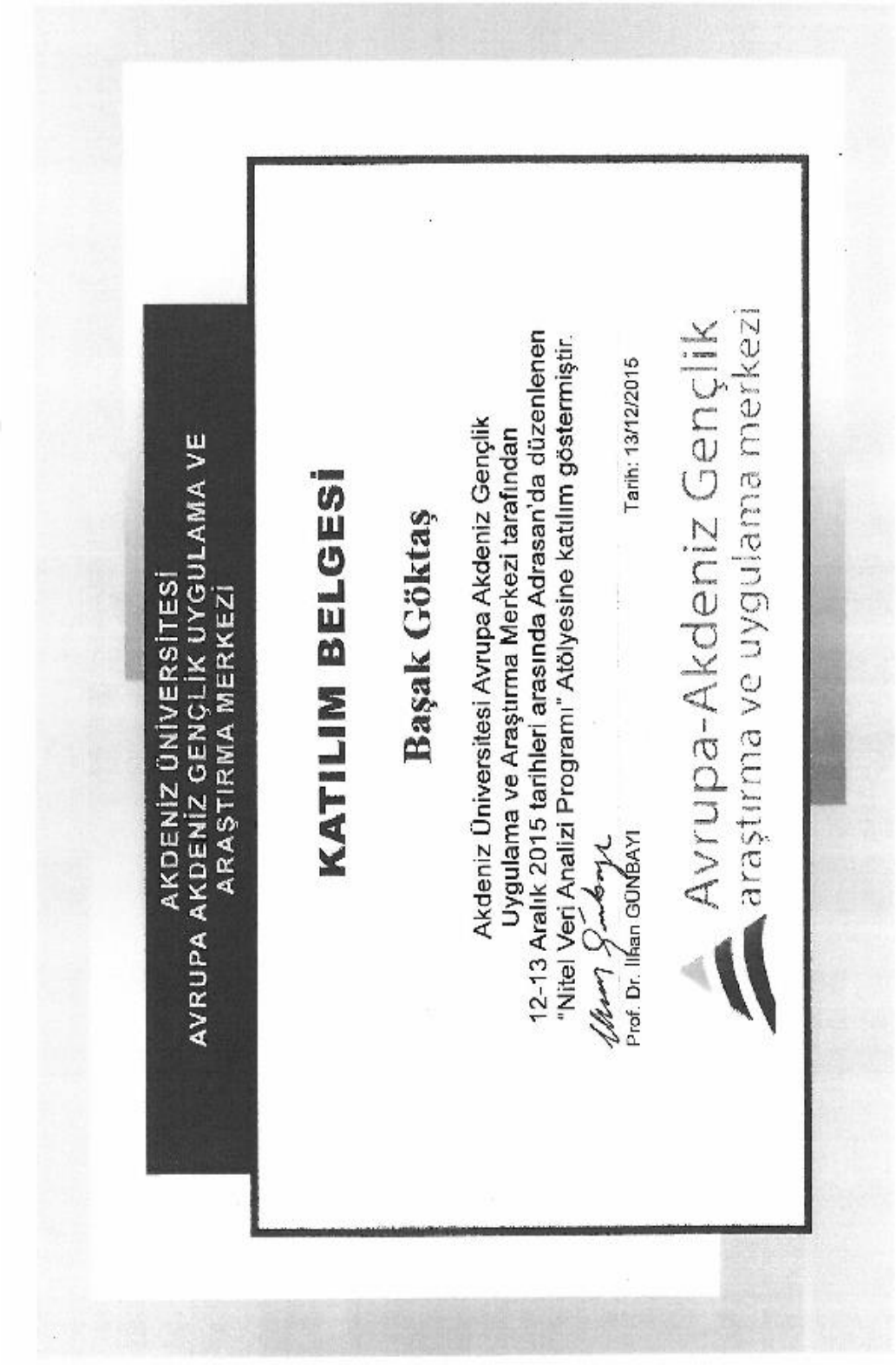
Araştırma Görevlisi Doktor Başak GÖKTAŞ

2015-2016 Bahar döneminde Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Doktora Programı
bünyesinde yer alanTUR7030 Kodlu
"Nitel Araştırma Yöntemleri" dersine katılım göstermiştir.

Prof. Dr. İlhan GÜNBAYI

Tarih: 28/07/2016

Ek 4: "Nitel Veri Analizi Programı Atölyesi"ne Katılım Belgesi



Ek 5: Nitel Veri Toplama Aracı Olarak Görüşme Formu

GÖRÜŞME SORULARI

1. "Toplumsal Cinsiyet" kavramını biliyor musunuz? İlk aklınıza neler geliyor?

-Kadın açısından ya da erkek açısından farklı bir anlam içeriyor mu?

-Sizce toplumsal cinsiyeti etkileyen faktörler nelerdir? (Şehir, kültür vb)

2. Hekimlik mesleğini seçmenizde cinsiyetinizin etkisi oldu mu?

-Hekimlik mesleğinin bir cinsiyeti var mıdır? Olmalı mıdır? (Eğitim hayatı boyunca cinsiyete ilişkin ne tür deneyimler yaşadınız?)

3. Uzmanlık alanınızı seçmenizde cinsiyetinizin etkisi oldu mu?

- Uzmanlık alanınızı seçmenizde aile faktörü oldu mu?

- Sizce hangi uzmanlık alanları kadınlar ve erkekler için daha uygundur?

-Sizce biyolojik farklılıklar (hormonlar, mensturasyon, premenstvs) uzmanlık alanı seçiminde etkili midir? Nasıl etkilidir? Tercihlerinizi bunlara göre mi yaptınız?

-Nöbet tutulan bir uzmanlık alanında çalışmak ve hastanede uyuyor olmak ve belki de aynı odayı karşı cinsle paylaşmak zorunda kalmak sizin ve ya yakınlarınız için sorun olur mu?

4. Hekimler mesleklerini yaparken cinsiyetçi davranışlara maruz kalırlar mı?

-Sizin hiç böyle bir tecrübeniz oldu mu? Eğer olduysa kim tarafından ve ne sebeple ayrımcılığa maruz kaldınız?

-Ya da gözlemlediğiniz bir olay oldu mu?

5. Diğer mesleklerle kıyasladığımız zaman sizce "kadın hekim" olmanın sosyal yaşamda avantaj ve dezavantajları nelerdir?

-Bekâr bir kadın hekim olmak sorun yaratır mı?

-Kadın hekim ve evlilik hayatı nasıl yürütebilir?

-Kadın hekim ve anne olmak farklı sorun ve konumlar getirir mi?

-Sizce hekimler hangi meslek grubundan kişilerle evlenmelidir? Kadın hekim ve erkek hekim için durum farklı mıdır? (İş bölümü, statü vb. açısından)

- Sosyal aktivitelere, kongrelere, eğitimlere yaşam ihtiyaçları (kuaför, sinema, deniz, bakım vb.) katılımda kısıtlılık yaşıyor musunuz?

6. Hekimin cinsiyeti hastalarla olan iletişimde önemli midir?

-Kadın ya da erkek hekim olmak hastalar tarafından daha fazla ciddiye alınmayı sağlar mı?

-Hastaların kadın ya da erkek hekimlere hitap şekilleri farklılık gösterir mi?

-Hekimin cinsiyeti hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personelleri ile olan ilişkiyi etkiler mi?

7. Görev yaptığınız uzmanlık alanında kadın ve erkek hekimler arasında haklar, sorumluluklar iş bölümü vb. açısından fark var mı?

Söylemek istediğiniz son bir şey var mı?

Ek 6: Görüşme Onam Formu

GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Konusu:

Araştırma Görevlisi Hekimlerin Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutumlarının ve Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumlarının Nicel ve Nitel Yöntemlerle Değerlendirilmesi

Tarih:

Başlangıç Saat:

Bitiş Saat:

GİRİŞ

Merhaba, benim adım Başak Göktaş, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi hekim olarak görev yapmaktayım. Uzmanlık tezim için araştırma görevlisi hekimlerin toplumsal cinsiyet algıları ve cinsiyetçiliğe maruz kalma durumları ile ilgili bir araştırma yapıyorum.

Bu görüşmede amacım, siz araştırma görevlisi hekimlerin bu konu ile ilgili bilgi tutum ve tecrübelerinizi incelemek ve bana aktaracağınız bilgi ve tecrübelerden yararlanarak bazı sonuçlar elde etmek.

Bu çalışma Türkiye'de bu şekilde görüşme yöntemi ile yapılan ilk çalışma ve sizler de bu konuda bilim dünyasına katkıda bulunacak ilk hekimlersiniz. O yüzden birazdan yapacağımız sohbet ve katkılarınız bu konuda çalışan bilim insanları ve hatta tüm hekimler için çok önemli.

Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken, isminizi kesinlikle rapora yansıtmayacağım.

Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

Görüşmeyi izin verirseniz kaydetmek istiyorum. Kayıt yapmak istememin sebebi hem zamandan tasarruf etmek (not alırsam görüşme süresi çok fazla uzayacak) hem de verdiğiniz bilgilerin analizini yaparken, tekrar tekrar dinleme şansına sahip olabilmek çalışmanın kalitesi açısından önemli.

Bu görüşmenin yaklaşık bir saat süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz sorulara (sohbete) başlamak istiyorum.

İmza

KİSİSEL BİLGİLER

İSİM:

CİNSİYET: KADIN ( ) ERKEK ( )

YAŞ:

MEDENİ DURUM: EVLİ ( ) BEKÂR ( )

ÇOCUK SAYISI:

UZMANLIK ALANI:

HEKİMLİK YAPTIĞINIZ SÜRE:

ASİSTANLIK YAPTIĞINIZ SÜRE:

HAYATINIZI EN ÇOK GEÇİRDİĞİNİZ ŞEHİR:

Ek 7: Kodların ve Temaların Belirlenmesi ile İlgili Örnek

G. No	Alıntılanan metin	Kodlar	Alt Temalar	Ana Temalar
G1	"Bayan olduğum için mesela en basitinden hemşire hanım diyorlar, hayır ben doktorum diyorum, o zaman doktor bey diyorlar."	Hitap şekli Hemşire hanım Doktor bey	Hastaların kadın hekimlere hitap şekillerinin yanlış olması	Hasta hekim ilişkisi
G2	"Mesela benim verdiğim bilgiyi beğenmeyip doktor bey diye dönüp hani ameliyatına ben girmiş olmama rağmen diğer arkadaştan bilgi istedikleri de oluyor"	Beğenmeme Geri planda kalma	Hastaların kadın hekimlere saygı duymaması	
G3	"Genelde hastaların bayan doktorlara daha ajite davranabildiklerini ama erkek doktorlardan daha çok çekindiklerini gördüm özellikle iri yarıysa erkek doktor daha çekingen daha şey davranıyorlar. Yani bayan doktoru daha zayıf daha bağırılabilir daha terslenebilir görüyorlar ama erkek doktorun ya cüssesinden ya erkek olmasından kavga çıkacağından korkarak herhalde zarar görebileceklerini düşünerek mi ya da saygı mı duymuyorlar bilmiyorum"	Ajite Çekinme İri yarı Fiziksel özellikler Zayıf Bağırılabilir Terslenebilir Cüsse Erkek olmak	Hastaların erkek hekimlere daha çok güvenmesi	
G4	"Mesela en basitinden kızın kremleri içinde sigara söndürüyorlardı. Yani evet kız istifa etmişti bir şekilde yıldırdılar"	Yıldırma İstifa	Kadın hekimlere meslektaşları tarafından negatif ayrımcılık yapılması	Hekimlik mesleği ve toplumsal cinsiyet
G5	"...kız da onuru ayaklar altına alınıyor olmasına rağmen öğrenebilmek için hocanın peşinden koşuyordu yalakalık yapıyordu diyebilirim tabiri caizse. İşte çayını götürüyordu bilmem ne sürekli pohpohlamalar"	Onur Hoca Peşinden koşmak Yalakalık Çay götürmek Pohpohlamak	Kadın hekimlerin iş yaşamında fedakârlık yapmak ve değişmek zorunda kalmaları	
G6	"Kıyafetlerinin açık ya da kapalı olması seni iyi ya da kötü hekim tarzında bir yaftalamalarına neden oluyor."	Kıyafet Yaftalamak İyi hekim Kötü hekim	Davranışların ve kıyafetlerin etkisi	

Ek 8: 03/11/2015 Tarih ve 70904504/481 Sayılı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

03/11/2015

Sayı : 70904504/481
Konu :

Sayın
Doç.Dr.Yeşim ŞENOL
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Araştırma Görevlisi Hekimlerin Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutumlarının Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumlarının Nicel ve Nitel Yöntemlerle Değerlendirilmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ekl: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/
Konu: **2015**

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkezleşi Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs/ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Yeşim ŞENOL
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Araştırma Görevlisi Hekimlerin Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutumlarının Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumlarının Nicel ve Nitel Yöntemlerle Değerlendirilmesi
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 292**	**Tarih: 28.10.2015**
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın bütçesinin Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacılara çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Can ÇEVİKOL
Üye

Prof.Dr.Mumtaz ÇANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Dilara İŞAN
Üye

Prof.Dr.Nermiye HAZIMOĞLU
Üye

Prof.Dr.Gülay ÖZDİLİM
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Yeşim ŞENOL
Üye (Sorumlu Araştırmacı)

Doç.Dr.Hülsiye Ayşe BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (İzinli)

Doç.Dr.Ali Bülent AVCI
Üye

Doç.Dr.Dilek KIPMEN KORGUN
Üye (İzinli)

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (İzinli)

Tuğrul ALTUN
Üye

Ek 9: 05/11/2015 Tarih ve 81266704 Sayılı AEAH Kurum İzin Belgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 81266704-
Konu :Anket

Dr. Başak GÖKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

04.11.2015 tarih ve bila sayılı yazınızı istinaden hastanemizde görev yapmakta olan asistan hekimlerle anket çalışması yapmanız uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Uz. Dr. Galip Neşet CERİT
Yönetici/Başhekim a
Başhekim Yardımcısı

Adres : Varlık Meh. Kazım Karabekir Cad.Muratpaşa/ANTALYA Detaylı Bilgi Veya İşleri Elif SEREN
Tel : 0242 249 44 00-4465 Faks: 249 44 87

Ek 10: 02/06/2016 Tarih ve TTU-2016-1377 Proje Numaralı Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Onayı



T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

Konu: Yürürlüğe Giren Proje Önerisi

Tarih
02.06.2016

Sayın Doç.Dr. YEŞİM ŞENOL

Aşağıda bilgileri özetlenen proje öneriniz yerelik değerlendirme süreci tamamlanmış ve BAP Komisyonu tarafından desteklenmesi uygun görülen projeniz, proje sözleşmesinin Rektörlük Makamı tarafından onaylanmasıyla yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

Tebrik eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Saygılarımla,

Uzman Züleyha KÖTÜK
Koordinatör

Proje Başlığı: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutumlarının ve Cinsiyetçiliğe Maruz Kalma Durumlarının Nicel ve Nitel Yöntemlerle Değerlendirilmesi

Proje No: TTU-2016-1377

Proje Türü: T Uzmanlık

Süresi: 12 Ay

Başlama Tarihi: 02.06.2016

Onaylanan Bütçesi: 6.793,20 TL

Proje Yürütücüsü: Doç.Dr. YEŞİM ŞENOL

Araştırmacı(lar): BAŞAK GÖKTAŞ