

# TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNA CİNSİYET AÇISINDAN BAKIŞ

## GENDER PERSPECTIVE TO HEALTH SERVICES IN TURKEY

Berna Orhan<sup>a</sup>, Özlem Reşat Yücel<sup>b</sup>

### ÖZ

Toplumsal cinsiyet (gender) kavramı kadın ve erkek arasındaki farkın toplumsal boyuttaki yönlerini ifade etmektedir. Türkiye nüfusunun yarıya yakını kadınlar oluşturmaktadır. Dolayısıyla kadınların çalışma hayatına katılmaları aktif ve etkin rol almaları toplumsal fayda açısından önemlidir. Ülkemizde işgücüne katılım oranları dikkate alındığında kadınlar aleyhine belirgin dengesizlik görülmektedir. Her 100 erkekte 71,5’i iş gücüne katılırken, kadınlarda bu oran yalnızca %32 civarındadır. Son yıllarda kadınların çalışma alanlarına katılmaları büyük oranda artmıştır. Kişilerin sağlıklarını koruma geliştirme ve iyileştirme bağlamında sağlık hizmetleri önemli yer almaktadır. Sağlık sektörü emeğin yoğun olduğu ve kadın istihdamının fazla olduğu sektörlerden biridir. Türkiye’de günümüz sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumsal cinsiyet ön plandadır ve bu durum kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerindeki rollerini de etkilemektedir. Kadınların ve erkeklerin farklı sosyalizasyon süreçlerinden geçmeleri, farklı toplumsal normlar içinde bulunmaları cinsiyetler arasındaki eşitsizlikleri doğurmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda her ne kadar hekimlik erkeklere, hemşirelik kadınlara özgü bir meslek olarak görüne de erkek hemşireler giderek yaygınlaşmakta ve toplum tarafından benimsenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmetleri, kadın-erkek eşitsizliği, kadın istihdamı

**Jel Sınıflandırması:** I3, I18, J16, J18

### ABSTRACT

The concept of gender expresses the social dimension of the difference between men and women. Nearly half of Turkey’s population is women. Therefore, it is important for them to participate actively and working actively in their life in terms of social benefit. Considering the labor force participation rates in our country, there is a significant imbalance against women. While 71.5 out of every 100 men participate in the workforce, this rate is only about 32% in women. In recent years, it has increased in large part to participate in women’s work areas. Health services are important in the context of protecting and improving the health of people. The health sector is one of the sectors where labor is dense and women’s employment is high. Gender mainstreaming in present-day health care services in Turkey is also affecting the role of women and men in health services. The passage of women and men through different socialization processes, and the inclusion of different social norms, leads to gender inequalities. Although health care services appear to be a profession unique to physicians, nursing women, male nurses are becoming increasingly widespread and accepted by society.

**Keywords:** Health services, gender equality, staffing of woman

**Jel Classification:** I3, I18, J16, J18

---

<sup>a</sup> Arş. Gör., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, berna.orhan@marmara.edu.tr

<sup>b</sup> Yrd. Doç. Dr., Medeniyet Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Uluslararası İlişkiler Bölümü, ozlem.yucel@medeniyet.edu.tr

## 1. GİRİŞ

İnsan, dünya üzerinde var olduğundan beri hep bir toplumsal yapının üyesi olarak yaşamını sürdürmüştür. Toplumsal yapı ise kültürün, sınıfsal statünün, normların, rollerin, kurumların birbirleriyle kurmuş oldukları ilişkiler sonucu ortaya çıkmıştır. Toplumsal yapıyı oluşturan birçok etmen vardır. Bunlardan biri de toplumsal cinsiyettir. Toplumsal cinsiyet (gender) kavramı kadın ve erkek arasındaki farkın toplumsal boyuttaki yönlerini ifade etmektedir (Akan, 2003,s.80).

Tarihsel süreçte şekillenen toplumsal cinsiyet rollerinde bakım her alanda kadın işi olarak görülmüştür. Çocuk bakımından başlayarak, hasta, engelli, yaşlı bireylerin bakımı her zaman kadına bırakılmıştır. Tarih boyunca kadın algısı, zayıf ve irrasyonel olarak görüldüğü için kadınlar üst düzey sağlık hizmetlerinden dışlanmışlardır. Bu durumun bir diğer nedeni ise, hastalığın kadınsı tıbbın erkeksi olarak algılanmasıdır. Kadın ve erkekler sağlık hizmetlerinde farklı konumlarda yer almaktadırlar. Bu durum kadın ve erkeklerin toplumsal rollerinden ve kadın erkek eşitsizliğinden kaynaklanmaktadır (Başak, 2005,s.54-62).

Kadınların iş hayatındaki istihdamı önemli konulardan biridir. Ayrıca iş hayatına eşit fırsatlarla katılması ülkenin kalkınma hedefleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Türkiye nüfusun yarıya yakını kadınlar oluşturmaktadır. Çalışma hayatına katılmaları aktif ve etkin rol almaları da toplumsal fayda açısından önemlidir. Türkiye'nin bölgesinde lider ülke olma ve batı medeniyetlerine tam entegrasyonu için başta çalışma hayatı dahil olmak üzere tüm sosyal alanlarda kadın erkek eşitliğini sağlaması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kişilerin sağlıklarını koruma, geliştirme ve iyileştirme bağlamında önemli yeri vardır. Sağlık, temel bir insan hakkı olup, tüm dünyada en yüksek düzeyde verilmesi gereken bir hizmettir. Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık halinde tedavi ve rehabilite edilmesi için topluma sunulan hizmetlerin bütünüdür. Sağlık hizmetleri, genel olarak kadınların çoğunlukta olduğu bir sektördür. Her ne kadar hekimlik erkeklerle, hemşirelik kadınlara özgü bir meslek olarak görünse de erkek hemşireler giderek yaygınlaşmaktadır (Urhan ve Etiler, 2011, s.2).

Toplumsal cinsiyet kavramı sağlık hizmetleri alanında da kadın erkek rollerinden kaynaklı olarak farklı konumlarda bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyeti sağlık alanında irdeleyen birçok çalışma kadının etkisi üzerinden yapılmıştır. Bu makalenin amacı, Türkiye'de uygulanan günümüz sağlık hizmetleri sunumunu ve bu bağlamda kadın erkek eşitsizliğini irdelemektir.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Bir ülkenin kaynaklarından en önemlisi insandır. Toplumları oluşturan bireylerin sahip oldukları en büyük zenginlik sağlıktır. Çünkü genellikle sağlık sorunlarını çözmüş olan toplumlarda ekonomik, siyasal, sosyal yapılar da sağlıklıdır. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sadece hastalığın olmaması değil; biyolojik, psikolojik ve kişiler arası ilişkiler bakımından iyi olma durumu şeklinde tanımlanmış ve tüm ülkeler tarafından kabul edilmiştir. Bu tanım çerçevesinde, dünyadaki tüm ülkelerde sağlık sorunları mevcuttur, ancak sorunların türleri ve boyutları farklıdır. Gelişen tıbbi teknoloji, yeni tanı ve tedavi olanakları ile bu sorunlar çözülmeye çalışılmaktadır. Ancak bazı sorunların boyutları azalırken, yeni sağlık sorunları ile karşı karşıya kalındığı da bir gerçektir (WHO, 2012).

Sağlık temel bir insan hakkı olup, tüm dünyada en yüksek düzeyde verilmesi gereken bir hizmettir. Bu hizmeti gerçekleştirmek için sağlık sektörü ile birlikte sosyal ve ekonomik sektörlerin de desteği gerekmektedir (Hayran, 1998).

Blum'a göre sağlık kavramı, dört temel faktörden oluşmaktadır. Blum, bu faktörlerin toplumsal yapı ve sistemler aracılığı ile belirlendiği ve yine bu sistemler aracılığı ile birbirlerini etkilediğini ileri sürmüştür. Sağlık durumunu etkileyen ve sağlık üzerindeki etkileri farklılık gösteren bu faktörlerin en önemlisi çevre olup diğerleri yaşam tarzı, genetik ve alınan sağlık hizmeti şeklinde sıralanmaktadır (Blum, 1974, s.102).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda birçok sorun mevcuttur. Geçmiş politikalarda sağlık sistemini düzeltmeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Günümüz sağlık hizmetlerinde ise büyük dönüşümler olmuştur. 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerinde birçok gelişme meydana gelmiştir. Aile hekimliği sisteminin yurt genelinde uygulanmaya başlaması, acil sağlık hizmetlerindeki düzenlemeler, ana-çocuk sağlığına verilen önemin artması, sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlarda fiziksel güçlendirmenin artması, sağlık çalışanlarına performans dayalı ek ödemelerin yapılması, genel sağlık sigortalarının oluşturulması ve ilaç sektöründeki birçok olumlu ve sistematik düzenleme sağlık hizmetlerinin sunumunu da olumlu yönde etkilemiştir. Sağlık Bakanlığı'nın "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023" birçok eylem ve faaliyetlerle sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik eylem ve stratejiler içermektedir. Yine Sağlık Bakanlığı kapsamında oluşturulan "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" kapsamında sağlık hizmet sunumunda insan kaynakları yönetimini ele almaktadır (Müezzinoğlu, Gümüş, Özkan vd., 2014).

Dünya çapındaki teknolojik bilgi ve iletişime dayanan değişimi içeren normların oluşu sağlık hizmetlerinin sunumunun da değişmesine sebep olmuştur. Sağlık hizmetleri sunumunda insan kaynakları açısından niteliksel ve niceliksel sorunlar ve çalışma ortamı etiğine, özlük ve mali haklara ilişkin sorunlar ortaya çıkmıştır. Niceliksel sorunlarını özellikle; insan kaynağındaki arz talep dengesi, insan gücü dağılımı ve sağlık eğitimi veren eğiticilerin dağılımı teşkil etmektedir. Niteliksel sorunlar ise; sağlık mesleğinde çalışanların görev tanımlarının olmayışı, mesleki gelişim ve sağlık meslek eğitimi konuları oluşturmaktadır. Günümüzde teknolojik alanda bilimde ve sosyal alandaki gelişmeler toplumun sağlık gereksinimlerinde de artışa neden olmaktadır.

İş sağlığı ve iş güvenliği açısından ergonomik çalışma ortamı sağlanması ile mobbing ve şiddetin önlenmesi açısından risk ve kriz yönetimi uygulanması sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi açısından önemlidir. Oluşturulan program kapsamında meslek etiğinin oluşturulması ve etik sorunların meslek grupları arasında oluşmasının önlenmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının özlük ve mali haklarının olumsuzluklardan kurtarılması için sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyine göre ücret politikasının yeniden düzenlenmesi gerekliliği belirtilmiştir (Müezzinoğlu, Gümüş, Özkan vd., 2014).

İnsanlar kendi sağlık bakımlarının planlama ve uygulamasına katılmalı, sağlık uygulamalarında aktif görev almalıdır. Sağlık bakım sistemi uygulamalarının istenilen kalitede olabilmesinde bireylerin bilinçlenmesi kadar hükümet politikalarının da son derece önemli bir yeri vardır. Bu politikalar doğrultusunda hükümetlerin ülke içinde sağlık durumundaki farklılıkları en aza indirmesi, tüketici hakları konusunda toplumu bilgilendirmesi, bireylerin sağlık potansiyellerini, ekonomik, sosyal ve mental yönden iyi bir hayat yaşayacak şekilde kullanmalarını sağlaması, sektörler arası işbirliğini geliştirmesi, pozitif sağlık davranışlarını yaygınlaştırması, sağlıklı yaşamı destekleyerek, kaliteli, ulaşılabilir sağlık hizmeti sistemi kurabilmesi, sağlık hizmeti uygulamaları için kaynakları maliyet etkinlik açısından verimli kullanması, uygun teknolojiyi kullanarak sağlığı geliştirmek amacıyla bilgi toplaması, araştırmaları desteklemesi, bireylerin sağlık bakım sisteminde zarar gördüğü ya da görebileceği konularda yasal ve etik yönden destek sağlaması ve sağlık politikalarının gerektirdiği her türlü bilgiyi toplayarak mükemmel bir enformasyon sistemi kurması gerekmektedir (Hayran, 1998, s.56).

Bugün sağlık bakımının sunumunu etkileyen toplumsal sorunlar, sağlığın geliştirilmesi hastalıkların önlenmesi, hasta ve engelli bireylerin bağımlılığının azaltılması için rehabilitasyon konuları üzerinde odaklanmaktadır. Eğitimli

insanların sayısı arttıkça kendi sağlığı ile ilgili kararların alınmasına katılma, kendisine sunulan sağlık bakımını kontrol etme, planlama ve uygulanmasında aktif olarak katılma arzusu yaygınlaşmaktadır. Sağlık hizmetindeki birçok sorunla savaşabilecek en önemli grup sağlık çalışanlarıdır. Örneğin, sağlık sistemindeki profesyoneller arasında kalabalık bir grubu oluşturduklarından, hemşireler tıbbi malzemenin, araç ve gereçlerin doğru yerde, doğru şekilde kullanılmasını sağlamada etkin rol oynamaktadırlar. Ayrıca yasal düzenlemelerin gerçekleştirilmesinde yasa düzenleyicileri yönlendirme konusunda etkin oldukları da bilinmektedir. Söz konusu yönlendirmeler sağlık bakım kalitesini artırıp maliyetlerinin düşürülmesi şeklinde gerçekleşmiştir (Velioglu ve Oktay, 1996).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılında 735 bin olan sağlık çalışanı sayısının, kişi başına düşen sağlık çalışanı bakımından değerlendirildiğinde AB ve OECD ülkelerine göre oldukça düşük olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle Bakanlık on yıllık sağlık iş gücü hedef ve eğitim planlamasında sağlık sektöründe istihdam ihtiyacını belirleme ve nitelikli eğitim sunumu konusunda çalışmalara başlamıştır (Köse, Başara, Güler ve Yentür, 2014).

### 3.ÇALIŞMA HAYATINDA KADIN VE ERKEK

Çalışma, toplumsal yaşantının en önemli faaliyetlerinden biridir. Bireylerin hangi işi yaptıkları, hangi koşullarda çalıştıkları, emekleri karşılığında aldıkları ücret ve işle ilgili kazanımları güncelliğini kaybetmeyecek önemli konulardır. Bireyler yaşantılarının büyük bir bölümünü çalışarak geçirmektedirler. Çalışma yaşamı aynı zamanda bireylerin iş hayatı, buldukları sosyal statü, nitelikli sosyal çevre, bilişsel, fiziksel ve sosyal gelişim için de önemli bir araçtır. Kısaca bireyler yaşamlarını sürdürebilmek için belli bir ücret karşılığı çalışmak zorundadırlar.

Türkiye'nin nüfusu 2016 yılı itibarıyla 79 milyondan fazladır. Toplam nüfusun %49,8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Toplam nüfus içinde iş gücü 30 milyon 658 bin kişidir. Türkiye'de istihdam oranı ise %44,8'dir. İstihdam edilenlerin %18,3'ü tarım, %19,8'i sanayi, %6,5'i inşaat, %55,4'ü ise hizmetler sektöründe yer almıştır. TÜİK (2016) verileri incelendiğinde işgücüne katılan kadınların eğitim durumları bakımından ele alındığında; okuma yazma bilmeyenlerin oranının %16,1 olduğu; ilköğretim %26,6, lise ve dengi okul %59,3, üniversite mezunlarının ise %40,8 düzeyinde olduğu ifade edilmiştir. Aynı yıl yapılan araştırma sonucunda erkek nüfusun %80'inin kadınların çalışmasını uygun bulduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2016).

Türkiye'de kadınların ve erkeklerin iş gücü istihdamına katılım oranları arasında çok büyük farklılıklar

bulunmaktadır. Her 100 erkekten 72'si iş gücüne katılırken, kadınlarda bu oran yalnızca %32 civarındadır. Son yıllarda kadınların çalışma alanlarına katılımları artmıştır. Kentlerde kadınların düşük ücretli iş alanlarında kayıt dışı çalıştığı bilinmektedir. Kadının iş gücüne katılma oranlarının düşüklüğü kayıt dışı çalışma alanlarından ziyade kadının iş gücüne katılımını etkileyen sosyal ve kültürel değerlerden kaynaklanmaktadır. Geleneksel aile yapısında kadın 'yuvayı yapan dişi kuş, yeri evi olan birey, birinci görevi analık olan kişi' gibi algılandığı için kadının aile sınırları dışına ücretli iş gücü olarak çıkmasını önemli ölçüde etkilemektedir. Fakat son yıllarda hayat pahalılığı, yoksulluk, işsizlik gibi temel sorunlarla karşılaşan geleneksel ailelerde bu tür ataerkil değerler çözülmeye başlamıştır (TÜİK, 2016).

Kadınların çalışmasının birçok olumlu tarafı vardır. En önemli pay da aile bütçesinin oluşturulmasındadır. Hane gelirinin bir kısmını kazanan kadının sosyal ve ekonomik statüsü toplumsal algıda olumlu olarak ortaya çıkmaktadır. Geliri her ne olursa olsun aileye katkısı olan kadın, aile içinde güçlenmekte ve erkeğin çeşitli baskılarına karşı daha dirençli olabilmektedir. Çünkü çalışma durumu kadına bir öz güven getirir. Özellikle de ailesine katkıda bulunduğunu gören kadın kendini daha güçlü ve yeterli hisseder.

Kadın çalışanların çalışma yaşamı ile ilgili sorunları iki aşamada ele alınabilir. Birinci aşama işe girişte yaşanan sorunlarla ilgilidir. Bu sorunlar sosyo-kültürel yapının kadın çalışmasına olumsuz bakışı, yine aynı nedenle kadınların öğrenimlerinin yetersizliği, sadece kadınlara özel iş alanlarına yönlendirilmeleri, düşük ücret teklifleri, uygun olmayan çalışma şartlarının önerilmesi, iş arayışında güvensizlik ve deneyimsizlik, işe alımlarda cinsiyet ayrımcılığı şeklinde sıralanabilir (Güler, 2005).

Kadınlar çalıştıkları ortamda, erkeklerin yaşadığı birçok sorunu yaşamakla birlikte kadın olmalarından kaynaklanan problemler ile de mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar. Genellikle nitelik gerektirmeyen, uzun çalışma şartlarına sahip, düşük ücretli işlerde erkeklere alternatif olarak görülen kadınlar, işe alımlarda da eşitlik olmayan durumlarla karşılaşmaktadırlar. Bunun yanı sıra çocuk bakımı ve aile yaşantısı kadının iş hayatında yer almasını engellemekte ve çocuk sahibi olan kadınların kreş problemi, eşit iş koşullarına rağmen eşit maaş uygulaması olamaması, iş yaşamında kadına yönelik şiddet ve tacizin olması gibi sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır.

Türkiye'nin AB uyum sürecinde cinsiyet eşitliği politikalarında çeşitli reformlar yapılmıştır. Özellikle cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması konusunda pek çok hukuki düzenleme yapılmıştır. Helsinki Zirvesi'nde (10-11 Aralık 1999) aday ülke olarak gösterilen

Türkiye, o zaman başlattığı AB uyum çalışmalarını sürdürmektedir. Kadın ve erkek eşitliğinin sağlanmasına yönelik kısa ve orta vadeli taahhütler oluşturmuş ve onları yerine getirmiştir. Medeni Kanun ve İş Kanunu'nda bu yolda değişiklikler yapılmış, BM Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesi Ek ihtiyari Protokol'ü onaylanmıştır (Moroğlu, 2006).

ILO (International Labour Organization) küresel anlamda insan ve emeğin haklarını korumak ve sosyal adaleti tesis etmek amacıyla kurulmuş bir örgüttür. Sözleşme şartlarında çalışma yaşamına ilişkin temel ilke ve standartları yaygınlaştırma, cinsiyet ayrımcılığının önüne geçerek her bireyin insanca çalışıp geçimini sağlayabileceği koşulların yaygınlaştırılması, tüm çalışanların sosyal güvenceye kavuşması, sosyal güvencenin etkinliğinin artırılması hedefleri ön plana çıkmaktadır. ILO ile İŞKUR kadın istihdamına katkı sağlamak amacıyla "Kadınlar İçin Daha Çok Daha İyi İşler" projesini geliştirmiş ve bu proje ile toplumda cinsiyet eşitliği konusunda farkındalık oluşturulmasına yönelik ulusal politika geliştirmeyi hedeflemişlerdir. ILO'nun kadın istihdamına yönelik dokuz farklı sözleşmesi yayınlanmıştır. Bu sözleşmeleri kabul eden ülkeler zorla çalıştırma, eşit ücret, ayrımcılık, istihdam politikası, aile sorumlulukları olan işçiler, kısmi süreli çalışma, ev eksenli çalışma ve analığın korunması sözleşmeleri olarak yayınlanmıştır (ILO, 2016).

Kadın erkek eşitsizliğini ortadan kaldırmak amacıyla yayınlanan "Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi" (1979), kadın erkek eşitliğini toplumun her aşamasına yaygınlaştırmayı, kadın-erkek rollerine ilişkin ön yargılar başta olmak üzere geleneksel anlamda tüm ayrımcılık uygulamalarını sonlandırmayı amaçlamaktadır. Siyasal ve kamusal alandaki katılımlarını artırmak amacıyla 7-9. maddelerle devletlere sorumluluk yüklemiştir (Sert, 2013, s.17-28; UNICEF, 2009).

Türkiye Büyük Millet Meclisi milletvekilleri dağılımına bakıldığında ise 550 milletvekilinden yalnızca %14,57'si kadın milletvekili olarak karşımıza çıkmaktadır (TBMM).

Dünya Ekonomik Forumu (WEF-World Economic Forum) 2016 raporuna göre küresel cinsiyet uçurumu raporunda 144 ülke içinden Türkiye 130. sırada yer almaktadır. Raporun sağlıklı yaşam süresi başlığı incelendiğinde sağlık alanında kadın ve erkek arasındaki eşitsizliği neredeyse kattığını gösteriyor. Rapor sonuçları göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'de kadın - erkek eşitliğinin en çok sağlandığı alanın sağlık olduğunu söylemek mümkündür (WEF, 2016).

#### 4.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KADIN VE ERKEĞİN YERİ

Türkiye’de kadınların iş gücüne katılım oranları her ne kadar düşük oranda olsa da bazı sektörlerde kadın istihdamının yoğun olduğu bilinmektedir. Sağlık sektörü de emek yoğun olduğu ve kadın istihdamının fazla olduğu sektörlerden biridir (Akan, 2003, s.80). Sağlık sektörü sağlık profesyonellerinin farklı konumlarda emek sarfettiği parçalı bir iş alanıdır. Sağlık Bakanlığı’nın 2015 yılı istatistiklerine göre tüm sektörlerde (Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel sektör vb.) çalışan hekim sayısı 141.259, hemşire sayısı 152.803, ebe sayısı 53.086, diğer sağlık personeli sayısı 145.943’dir (Sağlık İstatistikleri, 2015). Sağlık sektöründe istihdam edilenlerin çoğunluğu kadındır. OECD verilerine göre Türkiye’deki kadın doktor oranı %40’tır (Küçük, Süleklü ve Mortaş, 2015).

Herhangi bir mesleğin cinsiyet ile nitelendirilmesi, meslek ve cinsiyet kimliğinin iç içe geçmesiyle olmaktadır. Sağlık sektöründe kadın ve erkekler farklı konumlarda bulunmaktadır. Bunun en önemli nedeni toplumsal roller ve kadın erkek eşitsizliğidir. Geçmişte sağlıkla ilgili uygulamalardan genellikle kadınlar sorumluydu. Özellikle orta çağda kadınlar bitkisel tedaviler yaparak sağlığı geliştirmeye, hastalıkları önlemeye tedavi etmeye çalışmışlardır. Geleneksel tıptan modern tıba geçiş sürecinde kadınlar tıptan uzaklaştırılarak, erkek egemen bir saha yaratılmaya başlanmıştır. Hekimlik mesleğinin iyi kazanç getirmesi bu eşitsizliği körüklemiştir. Tarih boyunca oluşan cinsiyet rollerine göre aile üyelerine bakım sorumluluğu kadınlara verilmiştir. Kadınlar çocuklarına, ailesine, eşine, yaşlılara bakmakla yükümlü kılınmıştır. Toplumun kadına yüklediği rol, onların sağlık hizmetlerindeki konumunu da etkilemiştir (Güler, 2016, s.103-121). Sağlık mesleklerine bakıldığında hemşirelikte yaklaşık olarak %70, ebelikte %100 ve hekimlerin yaklaşık olarak yarısının kadın olduğu görülmektedir (İlkaracan,2010).

Her ne kadar toplumsal algılar doğrultusunda hekimlik erkeklere, hemşirelik bayanlara özgü bir meslek olarak algı lansa bile erkek hemşireler giderek artmaktadır. Türkiye’de 1954 yılında çıkarılan Hemşirelik Kanunu, (RG 8647, 1954) erkek hemşire yetiştirilmesine yasal olanak sağlamamaktaydı. Çok uzun bir süre yürürlükte kalan hemşireliğin meslekleşmesine olanak sağlamayan ve cinsiyet kimliği ile mesleki kimliği birbirine karıştıran bu yasa 2007 yılında yapılan değişiklikle (RG 26510, 2007) cinsiyet ayırımına son vermiş ve erkeklerin de hemşirelik mesleğini icra etmeye başlamasını sağlamıştır. Kaya ve arkadaşları (2011) yapmış oldukları bir çalışmada (n:1482) erkek hemşire imgesini belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışma, çalışmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%71,4) ülkemizde erkeklerin de

hemşirelik mesleğine katılabileceğini bildiğini; %63’ünün hemşireliğin hem kadın hem de erkeğe uygun bir meslek olduğunu düşündüklerini tespit etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu (%71,7) hemşirelik mesleğinde önemli olanın cinsiyet değil başarı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yarısından biraz fazlası erkeklerin bu mesleğe girmesinin önemli bir fark yaratmayacağını, üçte biri erkeklerin hemşirelik mesleğinin statüsüne katkı sağlamayacağını ifade etmişlerdir. Çalışmada ayrıca katılımcıların çok az oranlarda olmak üzere erkek hemşirelerin bakımından utanacağını, çekineceğini veya şaşıracağını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Bu sonuçlar toplumsal normların da bir göstergesidir. Ünsal, Akalın ve Yılmaz’ın (2010) çeşitli meslek gruplarındaki iş görenlerle gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların çoğunluğunun erkek hemşirelerden haberdar olduğu ve medya aracılığı ile öğrendiği; yarısından biraz fazlasının erkek hemşirelere tepkinin olumlu olacağı; ekseri çoğunluğunun erkeklerin de kadınlar kadar bu mesleği iyi icra edebileceği görüşlerini belirttikleri sonuçlarını elde etmiştir. Karakaş’ın (2010) sağlık sektöründeki kadın ve erkek yöneticilerin liderlik davranışlarını incelediği çalışmasında, farklı cinsiyette bulunan sağlık yöneticilerinin gösterdikleri liderlik davranışının benzerlik gösterdiğini tespit etmiştir. Ünver, Diri ve Ercan’ın (2010) gerçekleştirdiği diğer bir çalışmada ise diğer çalışmalardan farklı olarak hemşireliğin hala bir kadın mesleği olarak görüldüğü, yeni mevzuatın henüz tam olarak bilinmediği tespitinden hareketle yeni kanunu tanıttıcı çalışmaların yapılması gerektiği, Türk Dil Kurumu sözlüğünde hemşireliğe ilişkin tanımların revize edilmesi önerilerinde bulunulmuştur. Hemşirelik mesleği başta olmak üzere tüm mesleklerde günümüz gereklerine uygun ve profesyonel anlamda mesleklerin icra edilmesi için cinsiyetçi yaklaşımların ve kalıp yargıların ortadan kaldırılması ve geleneksel bakış açısının azaltılması gerekmektedir. Kısa bir geçmişe sahip olmasına karşı modern anlamda hemşirelik, sadece kadınların gönüllü bir tercihle yaptıkları meslek olmaktan çıkmış ve kadın ve erkek tüm bireylerin profesyonel düzeyde bilgi ve becerilerini gösterdikleri bir meslek olmuştur (Çınar ve Olgun, 2013, s.4).

Hekimlik de her ne kadar erkek mesleği olarak görülse de kadın hekimlerin sayısı, yaklaşık olarak erkek hekimlerin sayısına yetişmektedir. Yapılan bir çalışmada yorucu koşulları olan ve yüksek gelir getiren uzmanlık alanlarının erkeğe daha uygun; hafif koşullar ve az gelir getiren alanların ise kadınlara daha uygun olduğunun düşünüldüğü bulunmuştur (Gediz, 2002, s.100). Kadınları yorucu ve ağır koşullara sahip profesyonel mesleklerden alıkoyan şey sağlık hizmetlerindeki iş yükünün çok olmasıdır. Sağlık hizmetleri 24 saat usulüyle çalışan nöbet gerektiren özel bir alandır. Mesleğin gereği olarak nöbet tutmak zorunluluğu vardır.

Özellikle kadınlarda aile rollerinin erkeklere göre daha fazla oluşu, işyerindeki rolleri üzerinde baskı oluşturmakta ve bu durumda daha fazla stres yaşamaları kaçınılmazdır. Bu sebeplerden ötürü kadın hekimler nöbet yükünün daha az olduğu, acil girişimlerden uzak olan, daha az yorucu uzmanlık alanlarını tercih etmektedirler (Urhan ve Etiler, 2011, s.2). Örneğin daha fazla sorumluluk gerektirdiği halde ülkemizde patolojisyen kadınlara oranı erkeklere göre daha yüksektir. Bu durum gece nöbetlerinin sık olmamasına bağlanmaktadır (Medimagazin, 2011; Kuzucu, 2007, s.52-60). Yine kadın hekimler erkeklerin egemen oldukları cerrahi branşlar dışında, kadın rolüne uygun olan çocuk sağlığı ve hastalıkları, aile hekimliği, kadın doğum, cildiye, kulak burun boğaz gibi alanları daha çok tercih etmektedirler (Ünver, Diri ve Ercan, 2010, s.97-111). Tıp fakültelerinin kadın doğum birimlerinde çalışan kadın hekimlerin akademik kadrolardaki istihdamının incelendiği bir çalışmada (n=961) tüm çalışan hekimlerin sadece %42,6'sının kadın olduğu tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyetin tıpta uzmanlık eğitiminde de yer aldığı ve bu konuda duyarlılaşmanın gerektiği vurgulanmıştır. Aynı çalışma sonuçları doğrultusunda erkek ağırlıklı olan üniversitelerin daha köklü ve eski oldukları ortaya konmuştur. İstihdamda kadın erkek eşitsizliğinin önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi ve kadın hekimlerin önündeki engellerin belirlenmesi ve toplumsal cinsiyet algısının duyarlı bir şekilde ele alındığı tıp eğitiminin geliştirilmesi gerekmektedir. Kadın hekimlerin akademik alanda yer almasında iş ve ev hayatlarının göz önünde bulundurulduğu politikalar üretilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Aksan, Ergin, Çiçeklioğlu ve Samandağ, 2011). Aynı çalışmanın önerileri doğrultusunda kadın ve erkek hekimler arası maaş, istihdam sayısı, yönetici atama tecrübeleri, gönderilen konferans, verilen burs, sekreterlik gibi destek hizmetlerden yararlanma olanaklarının belirli aralıklarla izlenmesi ve raporlanması toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına katkıda bulunacağı aşikârdır.

## 5. SONUÇ

Türkiye’de günümüz sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumsal cinsiyet ön plandadır, kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerindeki rollerini de etkilemektedir. Diğer hizmet sektörlerine oranla sağlık sektörü kadınların daha ağırlıkta olduğu bir alandır. Kadınların ve erkeklerin farklı sosyalizasyon süreçlerinden geçmeleri, farklı toplumsal normlar içinde bulunmaları cinsiyetler arasındaki eşitsizlikleri doğurmaktadır. Her ne kadar hekimlik erkeklere, hemşirelik kadınlara özgü bir meslek olarak görünse de erkek hemşireler giderek yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve

değerlendirilmesinde toplumsal cinsiyet duyarlı bir yaklaşım esas alınmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetleri kapsamında toplumun bilinçlendirilmesi çalışmalarında toplumsal cinsiyet yaklaşımı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Akan, V. (2003). *Birey ve toplum*. İ. Sezal (Ed.), Sosyolojiye giriş (s. 79-104) içinde. Ankara: Martı Kitap ve Yayınevi.
- Başak, S. (2005). Türk sosyolojisinde yapı araştırmaları. *Bilig*, 32, 33-63.
- Blum, H. L. (1974). *Planning for health: development and application of social change theory*. Human Sciences Press, e-book. Erişim adresi (23 Nisan 2017): [https://books.google.com.tr/books/about/Planning\\_for\\_health](https://books.google.com.tr/books/about/Planning_for_health)
- CEDAW (2009). *Convention on the elimination of all forms of discrimination against women 2009*. Erişim adresi (23 Nisan 2017): [https://www.unicef.org/gender/files/Reservations\\_to\\_CEDAW:an\\_Analysis\\_for\\_UNICEF.pdf/\\_gi18.html](https://www.unicef.org/gender/files/Reservations_to_CEDAW:an_Analysis_for_UNICEF.pdf/_gi18.html)
- Çınar, D. ve Olgun, N. (2013). Klinik uygulamalarda erkek hemşire algısı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3), 3-6.
- DavasAksan, H. A., Ergin, I., Çiçeklioğlu, M. ve Samandağ, B. (2011). Türkiye’de kadın hastalıkları ve doğum anabilim dallarında cinsiyet eşitsizliği. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 32, 1-7.
- Gezici Geleden, D. (2002). *The gendered climate of the medical profession: a case study of women doctors in Ankara* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). The Graduate School of Social Sciences of The Middle East Technical University, Ankara.
- Güler, S.B. (2005). *Örgüt kültürü içinde cinsiyet ayrımcılığı ve kadınların işyerinde karşılaştıkları mesleki baskılar: Trakya bölgesi imalat sektöründe kadın çalışanlar üzerine bir araştırma* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi.
- Hayran, O., Sur, H. (1998). *Sağlık hizmetleri el kitabı*. İstanbul: Yüce Yayın.
- İlkaracan, İ. (2010). Uzlaştırma politikaları yokluğunda Türkiye emek piyasasında toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri. *Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Doğru İş ve Aile Yaşamını Uzlaştırma Politikaları*, İstanbul.
- Karakaş, A. (2010). *Kadın ve erkek yöneticilerin liderlik davranışları arasındaki farklılıkların analizi: Sağlık sektöründe bir uygulama* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Kaya, N., Turan, N. ve Öztürk, A. (2011). Türkiye’de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 16-30.
- Köse, M.R., Başara, B.B., Güler, C. ve Yentür, G.K. (Ed.) (2015). *Sağlık istatistikleri yılı 2014*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Kuzucu, İ. (2007). *Türkiye’de tıpta uzmanlık ve akademisyenlik aşamalarında cinsiyetçi yaklaşımlar* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Küçük, A., Süleklî, H.E. ve Mortaş, A. (2015). *OECD Avrupa Birliği sağlık istatistikleri ve Türkiye*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.
- Medimagazin (2007, 9 Nisan). Kadın hekimler ne ister? [Köşe Yazısı]. Erişim adresi: [www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-kadin-hekimler-ne-ister-676-324-3992.html](http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-kadin-hekimler-ne-ister-676-324-3992.html)
- Moroğlu, N. (2006). Avrupa Birliği antlaşmalarında ve yönergelerinde kadın erkek eşitliği. *MESS – SİCİL İş Hukuku Dergisi*, 4, 209-217.
- Müezzinoğlu, M., Gümüş, E., Özkan, S., Bahçebaşı, T., Görpeli-oğlu, S., Topbaş, M., Çom, S., Irmak, H., İltar, H. ve Çamur, D. (Ed.). (2014). *Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı yaklaşım*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Sert, G. (2013). *Üreme haklarının yasal temelleri ve etik değerlendirme*. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.
- TBMM. *Millet vekilleri dağılımı*. Erişim adresi (23 Nisan 2017): [https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/milletvekillerimiz\\_sd.dagitim](https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/milletvekillerimiz_sd.dagitim)
- TÜİK (2016). *İş gücü istatistikleri*. Erişim adresi (23 Nisan 2017): <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge>.
- Uluslararası Çalışma Örgütü. *Kadınlar için daha çok ve daha iyi işler: Türkiye 'de kadınların insana yakışır işlerle güçlendirilmesi*. Erişim adresi (23 Nisan 2017): [http://www.ilo.org/ankara/projects/WCMS\\_380372/lang--tr/index.htm](http://www.ilo.org/ankara/projects/WCMS_380372/lang--tr/index.htm)
- Urhan, B. ve Etiler, N. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum*, 2, 191-216.
- Ünsal, A., Akalın, İ. ve Yılmaz, V. (2010). Farklı meslek çalışanlarının erkek hemşirelere ilişkin görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 7(1), 420-431.
- Ünver S., Diri, E. ve Ercan, İ. (2010). Hemşirelik mesleğinin erkek üyelerine toplumun bakış açısı. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 18(2), 96-120.
- Velioğlu, P. ve Oktay, S. (1996). *Sağlık kurumları yönetimi*(2. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- World Health Organization, Health Policy. Erişim adresi: [http://www.who.int/phi/CEWG\\_Report\\_5\\_April\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf?ua=1)

