Universiteti i Tiranës

Fakulteti i Shkencave të Natyrës

Departamenti i Biologjisë

KONKURS MBI PUNËT KËRKIMORE

JSTOR

FUSHA E APLIKIMIT: Teoria feministe në shëndetësi

"Gruaja në mjekësi"

Punoi: Sara Berberi

Bachelor Biologji, viti II

Tiranë 2021

Hyrje

Gratë kanë luajtur një rol thelbësor në përparimin e disiplinave biomjekësore dhe në ushtrimin e profesioneve të kujdesit shëndetësor klinik, veçanërisht në kirurgji dhe asistencën si mami (Howard, 2007). Kontributi i tyre është i mirë-dokumentuar përgjatë historisë. Antikiteti i Egjiptit na prezanton me Merit-Ptah, gruan e parë të përmendur në historinë e shkencës, e përshkruar në një mbishkrim varri në Saqqara si "mjeke kryesore" e oborrit të Faraonit të Dinastisë së Dytë të Egjiptit rreth 2700 B.C (Mark, 2017). Pesehet është gjithashtu e njohur si "Zonja Mbikëqyrëse e Mjekeve" dhe besohet të ketë qenë në shërbimin personal të monarkut, si dhe e lidhur me trajnimin e mamive, e cila përbën një nga referencat e pakta të praktikimit të këtij profesioni në Egjiptin e lashtë (Mark, 2017). Agamede (shekulli i 12-të B.C) ishte mjeke, sipas Homerit, e pajisur me dijen rreth fuqive shëruese të të gjitha bimëve që rriten mbi tokë (*Homer, The Iliad, Scroll 11, Line 668,* n.d.). Greqia e shekullit të 1-rë B.C ka patur shumë mjeke dhe mami, ndër të cilat vlejnë të përmenden Sotira, Salpe, Olympias dhe Metrodora, emra mjaft të mirënjohur (Howard, 2007). Metrodora, me librin e saj *Περί των γυναικείων παθών της μήτρας (Mbi Sëmundjet dhe Kurat e Grave),* fitoi prestigj si gruaja e parë shkrimtare në fushat mjekësore dhe puna e saj u përdor si referencë nga mjeke të tjera përgjatë antikitetit greko-romak dhe periudhës mesjetare europiane (Howard, 2007).

Gjatë mesjetës në Europë, ndërtesat me karakter fetar (p.sh manastirët) paraqisnin një nga mundësitë e vetme për arsimimin e grave (Kersey, 1980). Në përgjithësi, gratë dekurajoheshin

nga përpjekja për tu shkolluar dhe murgeshat ishin përjashtimi i vetëm i këtij rregulli (Kersey, 1980). Puna e tyrë kërkonte të kuptuarin dhe të interpretuarin e teksteve biblike, prandaj ato shpesh arrinin një shkallë zotësie më të madhë se gratë e tjera, duke u barazuar me burrat (Kersey, 1980). Shkrimi dhe leximi në gjuhën latine, gramatika, aritmetika, muzika, retorika, gjeometria, astronomia dhe punë dore si qëndisja ishin pjesë e kurrikulës së tyre të zakonshme (Kersey, 1980). Për këtë arsye, nuk është çudi që gratë e para intelektualë të ishin murgesha. Hildegard von Bingen përveç rolit të murgeshës, gëzonte gjithashtu rolin e mjekes së parë në Gjermani dhe botoi shkrimë mbi mjekësinë, botanikën dhe disiplina të tjera të shkencave të natyrës (Flanagan, 1995). "Trota" e Salernos ishte një nga figurat më të spikatura të mesjetës, mjeke dhe autore e *Trotula*-së, një "compendium" i problemeve shëndetësore të grave dhe këshillave praktike për trajtimin e tyre me anë të metodave të mjekësisë arabe (Green, 2001). Gratë mesjetare europiane ishin të lira të ushtronin zanate si herbaliste, kirurge, mami, shkencëtare empirike dhe infermiere (Minkowski, 1992). Institucionalizimi i mjekësisë dhe disiplinave të tjera të shkencave të natyrës në shekullin e 13-të shënoi përjashtimin e grave nga arsimi formal në këto degë (Green, 1989). Shumë aktivitete ishin subjekte të autoriteteve klerike, midis të cilave dhe licensimi për ushtrimin e profesionit të mjekut, kushtet e sigurimit të të cilit gratë nuk i përmbushnin (Minkowski, 1992). Në këto rrethana, profesioni i shërimit të pacientëve dhe studimit të disiplinave biomjekësore u kthye në një fushë të dominuar nga meshkujt (Minkowski, 1992). Ekskluziviteti për asistencën si mami u përkiste vetëm grave, sidomos gjatë periudhës së gjuetisë së shtrigave ku statusi social i ulët i një mamie nuk tërhiqte vëmendje të padëshiruar nga Kisha dhe autoritetet civile (Jefferson et al., 2015). Kjo ndryshoi kur u bë

pëlqyeshme që pacientet femra të trajtoheshin nga mjekë obstetrist meshkuj, duke e vendosur të vetmin profesion klinik të pranueshëm për gratë, maminë, në plan të dytë (Jefferson et al., 2015).

Do të kalonin gjashtë shekuj para se Elizabeth Garrett Anderson dhe Elizabeth Blackwell të kualifikoheshin si mjeket e para femra me diplomë mjekësore, në Angli dhe në Amerikë, respektivisht (Cope, 1959). Fatmirësisht, në vitet 1970, me lindjen e valës së dytë të feminizmit, më shumë femra iu bashkuan programeve të fakulteteve mjekësore (Kesselman, 2011). Idetë e grave për aftësitë e tyre në fushat e kujdesit mjekësor po ndryshonin dhe në përpjekje për të rivendosur autonominë mbi shëndetin e tyre seksual, aktiviste dhe punonjëse të shëndetësisë bashkëpunuan për të sjellë reforma në edukimin gjinekologjik (Kesselman, 2011). Wendy Kline, autore e *Bodies of Knowledge: Sexuality, Reproduction, and Women's Health in the Second Wave* përmend se në vitin 2003, "90% e studentëve të mjekësisë praktikonin ekzaminime të pelvisit në pacientë të anestezuar, shpesh pa miratimin e tyre." (Kline, as cited in Kesselman, 2011, p. 2). Në sytë e aktivisteve, trajnimi mjekësor në universitete përmes shfrytëzimit të trupit të femrës përforconte procedura dhe standarte mizogjene, të cilat nuk përmbaheshin vetëm brenda kufijve të institucionit arsimor por bëheshin shkak për sikletin që përjetonin gratë kur ndesheshin me zyrën e mjekut (Kesselman, 2011).

Zhvillim

Në fillim të shekullit të 21-të dhe në vazhdim gratë kanë shënuar arritje të mëdha në mjediset profesionale mjekësore. Pavarësisht kësaj, ekziston akoma një pabarazi që manifestohet në formën e komenteve përçmuese dhe pagave më të ulëta në krahasim me specialistë meshkuj të së njëjtës fushë (*2019 Survey of Women in Medicine | Merritt Hawkins*, 2019). Femrat kanë nivele

më të larta stresi të lidhur me punën sesa meshkujt; 73% thonë së diskriminimi gjinor ka ndikuar në kënaqësinë që ndiejnë nga karriera, 44% kërkojnë një mjedis tjetër profesional dhe 32% janë duke konsideruar tërheqjen e parakohshme nga marrëdhëniet e punës (*2019 Survey of Women in Medicine | Merritt Hawkins*, 2019). Një faktor që duhet marrë në konsideratë janë normat tradicionalë gjinore; përgjegjësia më e madhe për kujdesin ndaj fëmijëve dhe mirëmbajtjen e shtëpisë bie mbi gratë. Vendosja e ekuilibrit midis jetës personale dhe profesionale është e vështirë, veçanërisht për gruan në mjekësi, e cila shpesh detyrohet të punoj jashtë orarit, të ndjek trajnime fizikisht të lodhshme dhe të përditësoj vazhdimisht dijet e saj mbi një disiplinë që përparon me hapa galopant (Calmes, 1980). Studime të bëra mbi dinamikën e grupeve dëshmojnë preferencën e shoqërisë për stereotipin e femrës miqësore, të nënshtruar dhe të gatshme për të ndërmarrë detyra (pra jo në pozita lidershipi), kritere që ajo duhet të përmbush për tu pranuar si pjësëtare e grupit (Calmes, 1980). Në mungesë të këtyre tipareve, femra mund të bëhet subjekt i emërtimeve që kanë për qëllim të nënvlerësojnë feminilitetin, dhe për pasojë, identitetin e perceptuar të saj. Koncepti i feminilitetit normativ paraqitet si problematik dhe i vjetruar, pasi cilësitë që karakterizojnë një femër janë të pambarimta dhe të ndryshueshme (Burns-Ardolino, 2003). Në mënyrë të pavetëdijshme, mjeket femra janë shtyrë të mendojnë (për shkak të profesionit të tyre) se ishin "jo femërore" dhe kjo, megjithëse e pasaktë, i ka nxitur ato të kompensojnë për mungesën e feminilitetit duke u sjell si shembuj bashkëshortesh dhe bashkëfamiljaresh të përkryera (Calmes, 1980). Për pasojë, ato nuk i kanë "lejuar" vetes të kërkojnë ndihmë në çështje shtëpiake, duke u ngarkuar maksimalisht me përgjegjësitë e profesionit dhe jetës personale (Calmes, 1980).

Rreth 40% e mjekeve femra pranojnë se fitojnë më pak se mjekët meshkuj të të njëjtit specializim (*2019 Survey of Women in Medicine | Merritt Hawkins*, 2019). Midis tyre, shumica pohuan se kjo prirje fillon që me lidhjen e kontratës së parë të punës; punëdhënësi mund të diskriminojë (mbase në mënyrë të pavetëdijshme) kundër punonjëseve femra, duke caktuar më shumë vlerë financiare tek asetet mashkullore (*2019 Survey of Women in Medicine | Merritt Hawkins*, 2019). Ndër arsye të tjera përmenden këmbëngulja më e ulët e femrave mbi negocimin e pagës (*2019 Survey of Women in Medicine | Merritt Hawkins*, 2019). Duhet vërejtur që femrat mund të zgjedhin të punojnë në specializime më fleksible për të optimizuar kohën e shpenzuar me familjen (Sasser, 2005). Pavarësisht specializimit, gratë me fëmijë mund të jenë subjekt i një diskriminimi më të madh nga ana e punëdhënësit, për shkak të një mungese (të supozuar) përkushtimi në punë, krahasuar me gratë pa fëmijë (Sasser, 2005).

Ngacmimet ose sulmet me natyrë seksuale përbëjnë përsëri problem për gratë në mjekësi. Mënyra që zgjidhin pjesa më e madhe e viktimave për të menaxhuar situatën pas ngacmimit/sulmit është injorimi i ngjarjes; shumë pak preferojnë të kenë përballje direkte me abuzuesin (Hinze, 2004). Mungesa e ballafaqimit aktiv është rezultat i frikës nga komentet fyese, përsëritja e sjelljes së papërshtatshme, degradimi në dhunë fizikë dhe humbja e vendit të punës. Reagimet janë në përputhje të plotë me prirjen e femrave në mjekësi për të toleruar keqtrajtimin nga figurat dominuese për hir të karrierës (Hinze, 2004). Midis viktimave femra, 50% deklaruan se këto përvoja ndikuan negativisht në përparimin e tyre në karrierë (Tran-Harding, 2018). Ndikimi mund të shfaqet në disa forma: më pak bashkëpunim në marrëdhënie me kolegët ose shmangie e plotë e disa prej tyre, më pak angazhim në shqetësimet e pacientëve, vështirësi në përqëndrim dhe për pasojë më shumë gabime teknike. Për shkak se autoritetet përgjegjëse

zakonisht funksionojnë sipas interesave të kompanisë dhe jo të viktimës, mjeket femra kanë më pak gjasa të raportojnë përvojat e tyre, dukuri e cila bën të mundur vazhdimin e një cikli vicioz brenda sistemit mjekësor (Jagsi, 2017).

Megjithëse kemi bërë hapa përpara përsa i përket integrimit të femrës në të gjitha institucionet ku mësohet dhe ushtrohet mjekësi, nuk përjashtohet mundësia e rishfaqjes së rasteve të sabotimit si në shembullin e *Tokyo Medical University – TMU (Universiteti Mjekësor i Tokios).* Në vitin 2018 me anë të një hetimi mbi metodat përcaktuese të pranimit të studentëve në TMU, u konstatua se për vite me rradhë rezultatet e provimit të aplikanteve femra ishin subjekt i manipulimit me qëllim pakësimin e hyrjes së tyre në universitet (Wheeler, 2018). Pavarësisht se aplikantet femra nuk ishin të vetmet të prekura nga praktikat e padrejta të TMU, diskriminimi me baza gjinore konsiderohet ende një problem madhor në shoqërinë japoneze dhe për pasojë universiteti është kritikuar ashpër për këtë ngjarje. Që nga viti 2006, pikët e provimeve të aplikanteve femra janë ulur qëllimisht me rreth 20% (Wheeler, 2018). Kjo u justifikua nga një mendim se jetëgjatësia e karrierës së mjekeve femra është mjaft e shkurtër për shkak të martesës dhe lindjes së fëmijëve në të ardhmen, në të cilat raste ato mund të marrin një pushim të gjatë ose të largohen përfundimisht nga puna (Wheeler, 2018). Kjo do të çonte në një mungesë mjekësh. Dëshmi të aplikanteve femra e tregojnë dukshëm këtë shqetësim të universitetit; shumë prej tyre, në fazën e dytë të aplikimit (që përfshin ese dhe intervistë) u përballën në pjesën më të madhe me pyetje mbi planet në jetën e tyre personale sesa me pyetje të hartuara me qëllim vlerësimin e intelektit dhe aftësive të tyre (Wheeler, 2018). Një burim i panjohur shpreh argumentin se kjo taktikë ishte "një e keqe e nevojshme" (Tan, 2018). Gjithsesi, do të spekuloja që mungesa e vërtetë e mjekëve (e cila në dukje është shqetësimi kryesor i universitetit) ka më shumë gjasa të ndodh nga mospranimi i

studentëve në mënyrë joetike dhe aspak meritokratike (pra vetëm në bazë të gjinisë dhe jo të aftësive/intelektit) sesa nga largimi i tyre nga puna në një kohë kur financat janë gjithashtu faktorë të rëndësishëm në vendimmarje (pasja e fëmijëve dhe martesa kërkojnë shpenzime të shumta dhe një punë e sigurt për të dy partnerët mund të jetë mënyra më e mirë për t'i përballuar).

Krahas vështirësive që hasin femrat në mjediset e edukimit, trajnimit dhe ushtrimit të disiplinave mjekësore, nënvlerësimi i disa sëmundjeve karakteristike cenon mirëqenien e tyre si paciente. Gratë marrin më shumë kujdes shëndetësor se meshkujt, zakonisht në formën e recetave për barna dhe kontrolle rutinë (Turshen, 1993). Në ndryshim, ndërhyrjet madhore diagnostikuese dhe terapeutike performohen më shpesh mbi meshkujt (Turshen, 1993). Për pasojë, meshkujt e kanë më të lehtë aksesin në diagnostikimin e kancerit të mushkërive, dializën ose transplantin e veshkës dhe kateterizimin kardiak (Turshen, 1993). Ndryshimet biologjike mes gjinive kanë pak gjasa të jenë arsyeja për këtë mospërputhje në diagnostikim (Turshen, 1993). Shumë mjekë i shohin sëmundjet e grave si çrregullime neurotike me natyrë emocionale dhe i asistojnë kryesisht mes trajtimit simptomatik dhe barnave psikoaktive, duke anashkaluar problemin e vërtet (Halas, 1979). Pacientet nuk janë gjithmonë të mirinformuara; përdorimi i një terminologjie të pakuptueshme dhe mospërfillja ndaj këtij boshllëku në informacion nga ana e mjekut nuk i lejon ato të konsiderojnë të gjitha opsionet e mundshme të trajtimit, duke lënë vendimin kryesor në duart e dikujt tjetër (Halas, 1979). Femrat kanë nivele më të larta sëmundshmërie se meshkujt pasi vuajnë nga më shumë patologji kronike dhe jo fatalë (Ruiz & Verbrugge, 1997). Kujdesi më i theksuar mbi nevojat e veçanta shëndetësore të femrave është i rëndësishëm dhe sidomos në fusha ku studimet kërkimore janë përqëndruar mbi meshkuj të moshës së mesme (Turshen, 1993). Për shembull, aspirina u lavdërua për dobitë e shumta tek meshkujt por nuk pati shpjegime

të mëtejshme mbi impaktin e saj te femrat, megjithëse sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku kryesor i fatalitetève tek të dyja gjinitë (Turshen, 1993). Përfitimi i kujdesit të përshtatshëm shëndetësor ndikohet edhe nga praktikat dhe sjelljet diskriminuese me bazë moshe (Pedrin & Brown, 1980). Pak mjekë do të ishin të gatshëm të ndihmonin në problemet shëndetësore të individëve të moshës së tretë; arsyeja kryesore mund të jetë mungesa e trajnimit mjekësor (Pedrin & Brown, 1980). Gjithashtu, trajtimi i menopauzës më shumë si sëmundje sesa proces fiziologjik normal nxit përdorimin e terapisë me estrogjen, në përpjekje për t'i mbajtur gratë "femërore" për një kohë më të gjatë (Halas, 1979). Përdorimi i terapisë me estrogjen përkon edhe me rritjen e rasteve të kancerit të mitrës (Halas, 1979).

Përfundime

Njohja me historinë dhe vështirësitë e grave në mjekësi, qoftë si mjeke ose si paciente shërben për të evidentuar zanafillën seksiste të këtyre problemeve. Normat tradicionale gjinore, hendeku i pagave, ngacmimet/sulmet me natyrë seksuale, sabotimi dhe neglizhenca institucionale mjekësore dhe kërkimore janë manifestime të së njëjtës rrymë mendimi; besimi kryesor se femrat nuk kanë vend në mjekësi. Pavarësisht kësaj, prova të shumta dëshmojnë se femrat ofrojnë kujdes shëndetësor më cilësor; pacientët që trajtohen nga një mjeke femër kanë më pak mundësi të vdesin ose të rikthehen në spital brenda një afati 30-ditor sesa pacientët e trajtuar nga një mjek mashkull (Myers & Sutcliffe, 2018). Në rastin e një ataku të papritur në zemër, cilido pacient i trajtuar nga një mjeke femër ka më shumë gjasa të mbijetoj, në krahasim me pacientët e trajtuar nga një mjek mashkull (Myers & Sutcliffe, 2018). Mendohet se angazhimi më i madh në metoda profilaktike (me synim parandalimin e sëmundjeve) dhe komunikimi më efektiv me pacientët

janë faktorët kyç të suksesit të mjekeve femra (Myers & Sutcliffe, 2018). Fatkeqësisht, përfaqësimi i ulët i tyre ende përbën problem (Myers & Sutcliffe, 2018). Kjo paraqet pengesë jo vetëm në arritjen e barazisë gjinore por edhe në aspektin e progresit në shërbimin mjekësor (Myers & Sutcliffe, 2018).

Rekomandime

Diskriminimi është i gabuar në çdo fushë; shkenca nuk mund ta pranoj atë dhe njëkohësisht të mbetet besnike ndaj vlerave të saj etike dhe morale (Serageldin, 2006). Integrimi i grave në çdo disiplinë të shkencave është thelbësore dhe mjekësia nuk bën përjashtim. Gjithsesi, problemet që duhen kapërcyer rrallë përbëjnë kufij ligjorë; ato janë më së shumti çështje të sjelljes dhe mendimit të rrënjosur thellë gjatë viteve dhe për pasojë janë më të vështira për tu menaxhuar (Serageldin, 2006). Ne duhet të krijojmë mjedise punë ku gratë të ndihen të fuqizuara përmës politikave institucionale që mbrojnë interesat e tyre: mundësia e punësimit me kohë të pjesshme, oraret fleksible dhe akomodimi i nevojave gjatë kohëve kritike të rritjes së fëmijëve (Serageldin, 2006). Duhet të sigurohemi që të përfshijmë gratë në punë kërkimore që lidhen drejtpërdrejt me shqetësime të tyre, në përpjekje për t'i kuptuar dhe trajtuar më mirë (Turshen, 1993). Duhet të përforcojmë rrjetin nëpërmjët të cilit femrat dhe meshkujt bashkëpunojnë, duke i edukuar të dyja palët mbi problemet që mund të lindin nga një mendësi e shëmtuar dhe e vjetruar (Serageldin, 2006). Pengesat janë të mëdha por jo të pakapërcyeshme; sidomos kur nuk mungon dëshira dhe përgjegjshmëria për tu përballur me to (Serageldin, 2006). Ky nuk është një nder që po u bëjmë grave; është më shumë një riafirmim i të drejtave të tyre dhe respektim i objektivave autentike të shkencës, në të mirë të njerëzimit (Serageldin, 2006).

Bibliografia

1. 2019 Survey of Women in Medicine | Merritt Hawkins. (2019). Physician Search Firm | Advanced Practice Recruiting and Staffing Firm. Retrieved September 17, 2021, from https://www.merritthawkins.com/trends-and-insights/article/surveys/2019-Survey-of-Women-in-Medicine/
2. Burns-Ardolino, W. A. (2003). Reading Woman: Displacing the Foundations of Femininity. Hypatia, 18(3), 42–59. Retrieved September 18, 2021, from https://www.jstor.org/stable/3810863
3. Calmes, S. (1980). Coping skills for women in medicine. Educational Horizons, 58(3), 150–155. Retrieved September 18, 2021, from https://www.jstor.org/stable/42924387
4. Cope, Z. (1959). The First English Woman Doctor. The British Medical Journal, 1(5118), 348–348. Retrieved September 11, 2021, from https://www.jstor.org/stable/25386507
5. Flanagan, S. (1995). Hildegard von Bingen. Wayback Machine. Retrieved September 9, 2021, from https://web.archive.org/web/20050406172530/http://www.staff.uni-mainz.de/horst/hildegard/documents/flanagan.html
6. Green, M. (1989). Women's Medical Practice and Health Care in Medieval Europe. Signs, 14(2), 434–473. Retrieved September 9, 2021, from https://www.jstor.org/stable/3174557
7. Green, M. (2001). The Trotula. University of Pennsylvania. Retrieved September 9, 2021, from https://www.upenn.edu/pennpress/book/13496.html
8. Halas, M. A. (1979). Sexism in Women's Medical Care. Frontiers: A Journal of Women Studies, 4(2), 11–15. Retrieved October 16, 2021, from https://www.jstor.org/stable/3346531
9. Hinze, S. W. (2004). "Am I being over-sensitive?" Women's experience of sexual harassment during medical training. Health, 8(1), 101–127. Retrieved September 21, 2021, from https://www.jstor.org/stable/26649602
10. Homer, The Iliad, Scroll 11, line 668. (n.d.). Perseus Digital Library. Retrieved September 7, 2021, from https://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus:text:1999.01.0217:book=11:card=668&highlight=agamede
11. Howard, S. (2007). SCIENCE HAS NO GENDER: The History of Women in Science. Journal of the Washington Academy of Sciences, 93(1), 1–15. Retrieved September 7, 2021, from https://www.jstor.org/stable/24536249
12. Jagsi, R. (2017). Sexual Harassment in Medicine - #MeToo - PubMed. PubMed. Retrieved September 22, 2021, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29236567/

13. Jefferson, L., Bloor, K., & Maynard, A. (2015, March 8). Women in medicine: historical perspectives and recent trends | British Medical Bulletin | Oxford Academic. OUP Academic; Oxford University Press. Retrieved September 9, 2021, from https://academic.oup.com/bmb/article/114/1/5/246075

14. Kersey, S. (1980). Medieval education of girls and women. Educational Horizons, 58(4), 188–192. Retrieved September 7, 2021, from https://www.jstor.org/stable/42924397

15. Kesselman, A. (2011). Get Out Your Speculums. The Women's Review of Books, 28(4), 19–20. Retrieved September 11, 2021, from https://www.jstor.org/stable/41331751

16. Mark, J. J. (2017, February 22). Female Physicians in Ancient Egypt - World History Encyclopedia. World History Encyclopedia. Retrieved September 6, 2021, from https://www.worldhistory.org/article/49/female-physicians-in-ancient-egypt/

17. Minkowski, W. L. (1992). Women healers of the middle ages: selected aspects of their history. PubMed Central (PMC). Retrieved September 9, 2021, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694293/

18. Myers, C. G., & Sutcliffe, K. M. (2018, August 30). How Discrimination Against Female Doctors Hurts Patients. Harvard Business Review. Retrieved October 17, 2021, from https://hbr.org/2018/08/how-discrimination-against-female-doctors-hurts-patients

19. Pedrin, V., & Brown, S. (1980). Sexism and Ageism: Obstacles to Health Care for Women. Generations: Journal of the American Society on Aging, 4(4), 20–21. Retrieved September 16, 2021, from https://www.jstor.org/stable/44875017

20. Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A Two Way View of Gender Bias in Medicine. Journal of Epidemiology and Community Health (1979-), 51(2), 106–109. Retrieved September 24, 2021, from https://www.jstor.org/stable/25568422

21. Sasser, A. C. (2005). Gender Differences in Physician Pay: Tradeoffs between Career and Family. The Journal of Human Resources, 40(2), 477–504. Retrieved September 21, 2021, from https://www.jstor.org/stable/4129534

22. Serageldin, I. (2006). Women in Science, Time to Recognize the Obvious. Bibliotheca Alexandrina, 22-28. Retrieved November 3, 2021, from http://www.bibalex.org/Attachments/Publications/Files/women_in_science.pdf

23. Tan, R. (2018, August 2). *Tokyo Medical University lowered grades of women to limit number of female doctors - The Washington Post*. The Washington Post. Retrieved September 22, 2021, from https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2018/08/02/a-medical-school-in-japan-didnt-want-too-many-women-so-it-lowered-their-grades/

24. Tran-Harding, K. (2018, April 3). The Physician Gender Bias—What Every Female Doctor Has Faced | SDN. Student Doctor Network. Retrieved September 21, 2021, from https://www.studentdoctor.net/2018/04/03/the-physician-gender-bias-what-every-female-doctor-has-faced/

25. Turshen, M. (1993). The Impact of Sexism on Women's Health and Health Care. Journal of Public Health Policy, 14(2), 164–173. Retrieved September 24, 2021, from https://www.jstor.org/stable/3342962

26. Wheeler, G. (2018). The Tokyo Medical University entrance exam scandal: lessons learned | International Journal for Educational Integrity | Full Text. International Journal for Educational Integrity. Retrieved September 22, 2021, from https://edintegrity.biomedcentral.com/articles/10.1007/s40979-018-0039-4