



T.C.
Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TIP ENDÜSTRİSİNE SOSYOLOJİK BİR BAKIŞ: DİYARBAKIR ÖRNEĞİ

Şule ÇALIŞKAN ÖDEN
22920010

Danışman
Prof. Dr. Rüstem ERKAN

Diyarbakır 2025

T.C.
Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**TIP ENDÜSTRİSİNE SOSYOLOJİK BİR BAKIŞ:
DİYARBAKIR ÖRNEĞİ**

Şule ÇALIŞKAN ÖDEN
22920010

Danışman
Prof. Dr. Rüstem ERKAN

Diyarbakır 2025

TAAHHÜTNAME
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum **“Tıp Endüstrisine Sosyolojik Bir Bakış: Diyarbakır Örneği”** adlı tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve tez yazım kılavuzuna uygun olarak hazırladığımı taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım. Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

26/06/2025

Şule ÇALIŞKAN ÖDEN

ÖN SÖZ

“Tıp Endüstrisine Sosyolojik Bir Bakış: Diyarbakır Örneği” adlı bu çalışma, modern sağlık sisteminin neoliberal politikaların etkisiyle giderek daha fazla ticarileştiği bir dönem olarak tıp endüstrisinin gelişimini ele almakta ve buna bağlı pratisyen hekimlerin TUS tercihlerine etkisini sosyolojik boyutlarıyla ortaya koymayı amaçlamaktadır. Diyarbakır özelinde yürütülen bu çalışma Dicle Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Tezli Yüksek Lisans Bitirme Tezi olarak düşünülerek tasarlanmış ve sunulmak üzere hazırlanmıştır.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve donanımlarıyla beni aydınlatan

Sayın Hocalarım; Prof. Dr. İnan KESER’e, Prof. Dr. Naciye YILDIZ’a ve Doç. Dr. Abdurrahim ÖZMEN’e

Tez dönemim boyunca desteklerini benden esirgemeyen ve sabırla yol gösteren Danışman Hocam Prof. Dr. Rüstem ERKAN’a

Fedakarca hastaları için emek harcarken bu çalışmaya katılım sağlayan hekimlere,

Tez yazım süresi boyunca motivasyon kaynağı olan canım ikiz kızlarım İnci ÖDEN’e ve İpek ÖDEN’e

İyi dileklerini ve dualarını her zaman yanımda hissettiğim annem Asiye ÇALIŞKAN’a ve babam Hasan ÇALIŞKAN’a

Yoğun iş sürecinde desteğini eksik etmeyen ve beni anlayış ile karşılayan eşim Süleyman ÖDEN’e

Yürekten sonsuz teşekkürlerim ile...

Şule ÇALIŞKAN ÖDEN

Diyarbakır 2025

ÖZET

Küresel düzeyde etkili olan neoliberal politikalar, sağlık sektörü ve tıp uygulamaları üzerinde de önemli etkiler yaratmaktadır. Bu politikaların etkisiyle, giderek önceki dönemlere kıyasla kamuya bağlı sağlık tesislerinin yerini özel sağlık kuruluşları almaktadır. Yaygınlaşan özel sağlık kuruluşları, geleneksel hekimlik mesleğine yeni bir boyut kazandırmaya başlamıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla endüstriyel bir model içinde sunulmasını beraberinde getirmektedir. Gelişen sağlık ve tıp endüstrisi ile birlikte sağlık danışmanlığı, telemedicine, teletıp ve online tıp uygulamaları başta olmak üzere yeni iş sahaları ortaya çıkmaktadır. Bu çalışma Diyarbakır özelinde neoliberal politikaların pratisyen hekimlerin tıpta uzmanlık tercihlerini ne yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda görev yapmakta olan 161 katılımcı pratisyen hekim ile yürütülen çalışma da hekimlerin uzmanlık tercihini etkileyen sosyodemografik, sosyoekonomik, mesleki etmenler, tıp endüstrisinin gelişimine dair bakış açıları, kamu-özel sağlık kuruluşlarına dair düşünceleri, uzmanlık kariyeri ile ilgili planlamaları, çalışma koşulları ve mesleki özlük hakkındaki bilgiler sosyolojik olarak incelenmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların önemli bir çoğunluğu tıp endüstrisinin hekimlik mesleğinin gelişimine, koruyucu ve önleyici halk sağlığı kampanyalarına, erken tanı, tedavi ve tarama programlarına, sağlık sigortasının yaygınlaşmasına, salgın hastalıkların erken fark edilerek önlenmesine olumlu etkilerinin olduğunu vurgulamışlardır. Araştırma sonuçlarına göre, hekimlerin önemli bir bölümü mevcut çalışma koşullarını yeterli bulmamakta ve yeniden tercih hakkı verilse hekimlik mesleğini seçmeyeceklerini belirtmektedir. Buna karşılık, kişisel ilgi ve mesleki motivasyon gibi faktörlerin hâlâ etkili olduğu görülmektedir. Uzmanlık tercihlerinde riskli ve yoğun iş yükü gerektiren cerrahi branşlardan dahili bilimlere tercihlerde kayma olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte cerrahi branşları tercih etmek isteyen hekimlerin önemli bir bölümü olası mesleki riskler, yoğun iş hayatı, vb. nedenler ile akademik kariyer yapma eğilimindedir. Ayrıca, yurt dışına göç eğiliminin özellikle genç ve erkek hekimler arasında belirgin olduğu, bunun arkasında ekonomik ve mesleki tatminsizlik, şiddet olayları ve sistematik destek yetersizliklerinin yer aldığı tespit edilmiştir. Tıp endüstrisinin getirdiği yenilikleri hekimler genel olarak olumlu yönde değerlendirirken, artan iş yükü, ekonomik kaygı, malpraktis yasasının getirdiği yükümlülükler, sağlıkta şiddet karşılaşılan sorunlar olarak ifade edilmiştir. Bu sorunların uzmanlık tercihlerini de etkilediği çalışma ile ortaya konmuş önlem alınmadığı takdirde başta cerrahi bilim branşları olmak üzere uzman hekim göçü ve açığı ile karşılaşılabilecek olup toplumun sağlığı için risk meydana gelecektir.

Anahtar Kelimeler

Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), Hekimlik, Tıp Endüstrisi, Uzmanlık Tercihi, Sağlıkta Dönüşüm, Malpraktis, Mesleki Etik, Neoliberal Sağlık Politikaları.

ABSTRACT

Neoliberal policies, which are effective at the global level, also have significant effects on the health sector and medical practices. With the influence of these policies, public health facilities are gradually being replaced by private health institutions compared to previous periods. The increasingly widespread private health institutions have begun to add a new dimension to the medical profession, which is traditionally considered a sacred profession. This situation causes health services to be increasingly provided in an industrial model. With the developing health and medical industry, new business fields are emerging, especially health consultancy, telemedicine, telemedicine and online medicine applications. This study reveals how neoliberal policies affect general practitioners' preferences for medical specialization in Diyarbakir. In this context, the study conducted with 161 participating general practitioners was sociologically examined in terms of sociodemographic, socioeconomic, and professional factors affecting physicians' specialization preferences, their perspectives on the development of the medical industry, their thoughts on public-private health institutions, their plans for a specialist career, working conditions, and information on professional personnel. A significant majority of the participants in the study emphasized that the Medical Industry has positive effects on the development of the medical profession, preventive and protective public health campaigns, early diagnosis, treatment, and screening programs, the spread of health insurance, and the early detection and prevention of epidemic diseases. According to the research results, a significant portion of physicians do not find the current working conditions sufficient and state that they would not choose the medical profession if given the right to choose again. On the other hand, it is seen that factors such as personal interest and professional motivation are still effective. It is observed that there is a shift in specialization preferences from surgical branches that require risky and intense workload to internal sciences. However, a significant portion of physicians who want to choose surgical branches are concerned about possible occupational risks, busy work lives, etc. Tends to pursue an academic career for various reasons. In addition, it has been determined that the tendency to migrate abroad is especially evident among young and male physicians, and that economic and professional dissatisfaction, violent incidents and systematic support inadequacies are behind this. While physicians generally evaluated the innovations brought by the medical industry positively, increasing workload, economic anxiety, obligations imposed by the malpractice law, and violence in health were expressed as problems encountered. If precautions are not taken, as revealed by the study that these problems also affect specialty choices, there will be migration and shortage of specialist physicians, especially in surgical branches, and there will be a risk for the health of the society.

Keywords

Medical Specialization Examination, medicine, medical industry, specialization choice, transformation in health, malpractice, professional ethics, neoliberal health policies.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖN SÖZ.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT	III
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE TEKNİĞİ.....	4
1.1.Araştırmanın Amacı	4
1.2.Araştırmanın Önemi	5
1.3.Araştırmanın Hipotezleri (Varsayımları).....	5
1.4.Araştırmanın Konusu	6
1.5.Araştırmanın Kapsamı.....	6
1.6.Araştırmanın Sınırlılıkları	7
1.7.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	7
1.8.Veri Toplama Süreci ve Analiz	7
İKİNCİ BÖLÜM	9
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	9
2.1. Sağlık.....	9
2.2. Sağlık Hizmetleri.....	10
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı	12
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	12
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	13
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	14

2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	15
2.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	15
2.5. Sağlık Sosyolojisi	16
2.5.1. Sağlık Sosyolojisinin Tarihsel Gelişimi	18
2.5.2. Sağlık Sosyolojisinin Türkiye’deki Tarihsel Gelişimi ve Yapılan Çalışmalar	19
2.6. Sağlık Sosyolojisi Kuramları.....	21
2.6.1. İşlevselci Kuram.....	24
2.6.2. Sembolik Etkileşimcilik Kuramı:.....	27
2.6.3. Çatışmacı Kuram.....	29
2.6.4. Postyapısalcılık Kuramı	30
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	33
TARİHSEL SÜREÇ İÇERİSİNDE TIP VE TIBBİ POLİTİKALAR	33
3.1. Osmanlı’da Tıp.....	33
3.2. Türkiye’de Tıbbi Politikalar.....	34
3.2.1. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları:	34
3.2.2. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları:	35
3.2.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları:	35
3.2.4. 1960-1980 Yılları Sağlık Politikaları.....	36
3.2.5. 1980-2000 Yılları Arası Sağlık Politikaları	37
3.2.6. 2000 ve Sonrası Yıllarda Sağlık Politikaları.....	38
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	41
TIP ENDÜSTRİSİ VE SAĞLIKTA NEOLİBERAL YÖNELİMLİ DÖNÜŞÜM İLE TUS TERCİHLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	41
4.1. Değişen ve Dönüşen Dünya’da Tıp Endüstrisi	41
4.1.1. Malpraktis Yasası	43
4.1.3. Eczacılık Sektörü ve Tıp Endüstrisi	45
4.2. Sağlıkta Neoliberal Yönelimli Dönüşüm	46

4.2.1. Neoliberalizm	46
4.2.2. Neoliberal Dönüşüm	47
4.2.3. Neoliberal Politikaların Sağlığa Yansıması	49
4.3. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS).....	50
4.3.1. Tıpta Uzmanlık Alanı Branşları	52
4.3.1.1. Temel Tıp Bilimleri	52
4.3.1.2. Cerrahi Tıp Bilimleri	52
4.3.1.3. Dahili Tıp Bilimleri	53
4.4. TUS Tercihlerinde Etkili Olan Faktörler	53
4.4.1. TUS Branş Seçiminde Kişisel Tercihler.....	56
4.4.2. Maddi Gelire Bağlı Faktörleri	57
4.4.3. Kariyer Olanaklarına Göre Faktörler	58
4.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer Diyarbakır İli ve Diyarbakır'ın Sağlık Profili	58
BEŞİNCİ BÖLÜM	64
ARAŞTIRMANIN BULGULARI	64
5.1. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Bilgileri	64
5.2. Aile Eğitimi, Sosyal Sermaye Ve Statü İlişkileri.....	66
5.3. Mesleki Yoğunluk, Gelir Algısı Ve Toplumsal Sınıf	69
5.4. İş-Yaşam Dengesi, İzin Kullanımı Ve Mesleki Tatmin	72
5.5. Tıp Endüstrisinin Etkileri: Ticarileşme, Teknoloji Ve Hasta-Hekim İlişkileri	74
5.6. Hekimlik Mesleğine Dair Kamu-Özel Sağlık Sektörü Karşılaştırmaları	85
5.7. TUS Süreci Ve TUS Tercihlerini Etkileyen Faktörler	89
5.8. Göç Eğilimleri, Sendikalaşma Ve Mesleki Beklentiler	92
5.9. TUS Tercihlerine Etki Eden Faktörler: Sağlıkta Yapısal Değişim, Risk Algısı Ve Teknolojik Gelişmeler	96
5.10. Araştırma Sonucunda Elde Edilen Değişkenlere Ait Çapraz Tablolar ..	99

ALTINCI BÖLÜM.....	107
DEĞERLENDİRME VE SONUÇ	107
KAYNAKÇA.....	125
EKLER.....	136



KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
OECD	Organisation For Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü)
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Politikası
GSS	Genel Sağlık Sigortası
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ÖSYM	Ölçme, Seçme, Yerleştirme Merkezi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TTB	Türk Tabipler Birliği
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
YÖK	Yükseköğretim Kurulu
TDHUEY	Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi
WB	Dünya Bankası
IMF	Uluslararası Para Fonu
WTO	Dünya Ticaret Örgütü
UNICEF	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu

TABLÖLAR

Tablo 1: Sağlık Sosyolojisinde Yedi Temel Teorik Perspektif	20
Tablo 2: Yıllara Göre Tıpta Uzmanlık Sınavı Branş Puanları.....	54
Tablo 3: Diyarbakır İli Nüfus Verileri(2007-2022)	59
Tablo 4: Yıllara Göre Diyarbakır İli Hastane ve Yatak Sayıları.....	60
Tablo 5: Yıllara Göre Diyarbakır İli Hekim Sayıları	62
Tablo 6: Cinsiyet Dağılımı	64
Tablo 7: Yaş Dağılımı.....	64
Tablo 8: Medeni Durum Dağılımı.....	65
Tablo 9: Doğum Yeri Dağılımı.....	65
Tablo 10: Çocuk Sayısı Dağılımı	66
Tablo 11:Eşin Eğitim Durumu Dağılımı	66
Tablo 12: Eşin Çalışma Durumu Dağılımı.....	67
Tablo 13: Anne Eğitim Durumu Dağılımı.....	67
Tablo 14: Baba Eğitim Durumu Dağılımı	60
Tablo 15: Anne Mesleği Dağılımı	60
Tablo 16: Baba Mesleği Dağılımı	61
Tablo 17: Çalıştıkları Kurum Dağılımı	61
Tablo 18: Aylık Gelir Dağılımı.....	70
Tablo 19: Çalışma Yılı Dağılımı	70
Tablo 20: Kendilerini Maddi Olarak Değerlendirdikleri Grup Dağılımı	71
Tablo 21: Oturulan Evin Mülkiyet Durumu Dağılımı.....	71
Tablo 22: Yıllık İzin Kullanma Dağılımı	72
Tablo 23: Hekimlik Mesleğini Seçme Nedeni Dağılımı	72

Tablo 24: Tekrar Hekimlik Mesleğini Seçme Dağılımı	73
Tablo 25: Çocuklarının Hekimlik Mesleğini Seçmesini İsteme Dağılımı	73
Tablo 26: Hekimlik Mesleğinin En Önemli Sorunları	74
Tablo 27: Tıp Endüstrisinin Hekimlik Ücretine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	74
Tablo 28: Tıp Endüstrisinin Yeni İş Olanaklarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı ..	75
Tablo 29: Tıp Endüstrisinin Çalışma Koşullarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı..	75
Tablo 30: Tıp Endüstrisi Hasta-Hekim İlişkisine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı ..	76
Tablo 31: Tıp Endüstrisinin Tıbbi Teknolojiye Etkisine Dair Düşünce Dağılımı.....	76
Tablo 32: Tıp Endüstrisinin Kullanılan Tıbbi İlaç, Cihaz, Malzeme Kalitesine Etkisi	77
Tablo 33: Medikal Firmaların Tedavi Kararlarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı .	77
Tablo 34: Tıp Endüstrisinin Tıp eğitiminin Niteliğine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	70
Tablo 35: Tıp Endüstrisinin Tıpta Uzmanlık İhtisasına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	70
Tablo 36: Tıp Endüstrisinin Mesleki Gelişime Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	71
Tablo 37: Tıp Endüstrisinin Halk Sağlığı Kampanyalarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	71
Tablo 38: Tıp Endüstrisinin Erken Tanı ve Tedavi Olanaklarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	80
Tablo 39: Tıp Endüstrisinin Sağlık Sigortasının Yaygınlaşmasına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı.....	80
Tablo 40: Tıp Endüstrisinin Koruyucu ve Rehabilitasyon Edici Tedavi Olanaklarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	73
Tablo 41: Tıp Endüstrisinin Salgınları Önleme Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	81
Tablo 42: Tıp Endüstrisinin Mesleki Etik Kurallarını Nasıl Etkilediğine Dair Düşünce Dağılımları	82

Tablo 43: Tıp Endüstrisinin Mesleki Etkinliğine Dair Düşünce Dağılımı.....	82
Tablo 44: Tıp Endüstrisinin Aşırı İlaç Kullanımına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	83
Tablo 45: Tıp Endüstrisinin Kullanılan Tıbbi İlaç, Cihaz, Malzeme Fiyatına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	83
Tablo 46: Tıp Endüstrisinin Günlük Hasta Sayısına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı	84
Tablo 47: Tıp Endüstrisinin Mesai Süresine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı.....	84
Tablo 48: Çalışma Koşulları Açısından Kamu/Özel Karşılaştırılması.....	85
Tablo 49: Ücrete Göre Kamu/Özel Karşılaştırılması	85
Tablo 50: Günlük Bakılan Hasta Sayısına Göre Kamu/Özel Karşılaştırması.....	86
Tablo 51: Mesleki Tatmin Düzeyine Göre Kamu/Özel Karşılaştırılması	87
Tablo 52: Meslektaş İlişkileri Kamu/Özel Karşılaştırılması	87
Tablo 53: Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Düşünce Dağılımı.....	80
Tablo 54: Hasta-Hekim İlişkisi Açısından Kamu/Özel Karşılaştırılması Dağılımı ...	80
Tablo 55: TUS'a Yeterince Hazırlanma Durumu Dağılımı.....	81
Tablo 56: TUS Deneyimi Dağılımı	81
Tablo 57: TUS Tercihleri Dağılımı	82
Tablo 58: TUS Tercihlerini Etkileyen Faktörler Dağılımı	82
Tablo 59: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Sonrası Akademik Kariyer İsteme Dağılımı.....	83
Tablo 60: TUS Tercihlerinde Sağlıkın Sektörleşmesinin Etkisi.....	83
Tablo 61: TUS Tercihlerinde Endüstriyelleşmenin Sağladığı Yeni İş Olanaklarının Etkisi	91
Tablo 62: Sendika Üyeliği Dağılımı	92
Tablo 63: Türk Tabipler Birliğine Üye Olma Durumları	92
Tablo 64: Maaşını Yeterli Bulma Dağılımı	93

Tablo 65: Mesleki Göçü Düşünme Dağılımı	93
Tablo 66: Hangi Ülke İçin Mesleki Göçü İsteme Dağılımı	94
Tablo 67: Performansa Dayalı Ödeme Sistemine İlişkin Görüşler	94
Tablo 68: Hekimler Arasında Adaletsiz Döner Sermaye Dağıtıldığını Düşünme Dağılımı	95
Tablo 69: Pratisyen Hekimliğin Geleceği Hakkında Düşünce Dağılımı	95
Tablo 70: TUS Tercihleri Dağılımı	96
Tablo 71: Sağlık Hizmetlerinde Giderek Artan Özelleşme TUS Tercihlerine Etkisi. 97	
Tablo72:Sağlık Alanındaki Gelişmekte Olan Teknolojik Yeniliklerin TUS Tercihinizi Etkisi.....	90
Tablo 73: Gelirin TUS Tercihlerine Etkisi	90
Tablo 74: TUS Tercihlerini Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı.....	91
Tablo 75: Akademik Kariyer Düşüncesinin TUS Tercihlerine Etkisi	92
Tablo 76: TUS Tercihleri ile Tıp Endüstrisinin Yeni İş Olanaklarına Etkisine Yönelik Görüşler Arasındaki İlişki	101
Tablo 77: Aldığı Maaşı Yeterli Bulmanın TUS Tercihlerine Etkisi	103
Tablo 78: Özel Sağlık Kurumları Hakkındaki Düşüncelerin TUS Tercihlerine Etkisi	104
Tablo 79: Hekim Göçü Hakkındaki Düşüncelerin TUS Tercihlerine Etkisi	105

ÇAPRAZ TABLolar LİSTESİ

Tablo 74: TUS Tercihlerini Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı.....	91
Tablo 75: Akademik Kariyer Düşüncesinin TUS Tercihlerine Etkisi	92
Tablo 76: TUS Tercihleri ile Tıp Endüstrisinin Yeni İş Olanaklarına Etkisine Yönelik Görüşler Arasındaki İlişki	101
Tablo 77: Aldığı Maaşı Yeterli Bulmanın TUS Tercihlerine Etkisi	103
Tablo 78: Özel Sağlık Kurumları Hakkındaki Düşüncelerin TUS Tercihlerine Etkisi	104
Tablo 79: Hekim Göçü Hakkındaki Düşüncelerin TUS Tercihlerine Etkisi	105

GİRİŞ

Sağlık, sadece bireylerin fizyolojik durumlarıyla ilgili bir mesele olmanın ötesinde, toplumların genel refahını ve sürdürülebilirliğini etkileyen önemli bir unsurdur. Bireylerin sağlık durumu, aynı zamanda toplumsal eşitsizlikleri, kültürel normları ve ekonomik yapıları yansıtan bir gösterge olarak işlev görmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, bu bağlamda yalnızca tıbbi bir uygulama değil, aynı zamanda bir toplumsal olgudur. Sağlık sosyolojisi, tıbbın endüstrileşmesini yalnızca ekonomik bir süreç olarak görmez, aynı zamanda bu sürecin toplumsal yapılar ve bireylerin sağlık sistemine dair davranışları üzerindeki etkilerini de incelemektedir.

Özellikle son yıllarda tıbbın endüstrileşmesi sürecinde sağlık hizmetleri özelleşerek ticari bir faaliyet alanı haline gelmiştir. Bu durum sağlık sisteminin dinamiklerini değiştirmiş ve bu değişimler, sağlık profesyonelleri olan hekimler ve toplum üyeleri yani hastalar arasındaki ilişkileri yeniden şekillendirmiştir.

Sağlık hizmetleri daha önce merkeziyetçi ve devlet odaklı bir yapıya sahipken, sağlıkta reform olarak adlandırılan neo-liberal politikalarla birlikte rasyonel ve ekonomik bir yapıya dönüşmeye başlamıştır. Artık sağlık alanındaki devletin tekelleşmesi yerini piyasalaşma faaliyetleri ile sektörleşme almıştır. Neoliberal dönem ile uluslararası kurum ve kuruluşların etkisi giderek artmış olup gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelere ekonomik politikalarda yaptırım uygulama gücü elde edilmiş ve tüm alanlarda kamu hizmetlerinin özelleştirilmesini beraberinde getirmiştir. Bu durumdan Türkiye’de etkilenmiş; kamu sağlık hizmetlerinde dönüşüm süreci başlamış ve bu noktada hekimlik mesleğinde de değişiklikler olmuştur. Hekimlerin hastalarla yaptığı işlemler ve başarılarına göre ücretlerinin arttığı bir teşvik modeli olarak performansla dayalı sistem döner sermaye ile birlikte uygulanmaya başlamıştır. Bununla beraber tıp alanında önemli endüstrileşme faaliyetleri (tıbbi teknoloji, ilaç üretimi, sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, gibi) hızlanmış ve küresel çapta büyük medikal şirketlerin ortaya çıkmasıyla büyümüştür. Tıp endüstrisinin büyümesi ve sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, bireylerin meslek seçimlerinde ve Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) tercihlerinde çeşitli sosyoekonomik ve yapısal faktörlerin etkili olmasına neden olmuştur. Tıbbın profesyonelleşmesi ve uzmanlık alanlarının belirli bir prestij kazanması, hekimlerin kariyerlerinde belirli alanlara yönelmesine neden olmuştur. Bu,

özellikle ekonomik açıdan daha kazançlı, prestijli ve güvenli olarak görülen branşlara olan eğilimleri artırmaktadır.

Bu süreçlerin en belirgin örneklerinden biri, tıp öğrencilerinin ve pratisyen hekimlerin TUS tercihleriyle ortaya çıkmaktadır. TUS, Türkiye’deki sağlık sisteminin bir parçası olarak, tıpta uzmanlık alanlarının belirlenmesinde kilit bir rol oynamaktadır. TUS tercihleri, yalnızca bireysel meslek seçimlerinin bir göstergesi değil, aynı zamanda endüstriyelleşme süreci ile sunulan sağlık hizmetlerinin tekamülünün bir sonucudur. Bu noktada bu tez çalışması, tıp endüstrisinin neoliberal uygulamalar ile sağlık sunumlarının dönüşümünü ve buna bağlı TUS tercihlerinin nasıl şekillendiğini incelemek adına önemli bir sosyolojik bakış açısı sunmaktadır.

Bu doğrultu da çalışma da; Diyarbakır İli uygulama alanı seçilerek bahsi geçen değişkenlerle pratisyen hekimlerin TUS tercihleri arasındaki ilişki saptanmaya çalışılmıştır. Uygulama bölgesi, sosyoekonomik açıdan analiz edilerek neoliberal sağlık politikalar ile tıp alanında yaşanan endüstriyel faaliyetler arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır.

Çalışma; kavramsal ve kuramsal çerçeve, tanımlamalar, uygulama, elde edilen bulgular, değerlendirme ve sonuç bölümleri olmak üzere, altı ana bölümden oluşmaktadır;

Çalışmanın *birinci bölümünde*; araştırmanın yöntem ve tekniği ana başlığı altında; araştırmanın amacı, önemi, hipotezleri, kapsamı, sınırlılıkları, evreni ve örnekleme, veri toplama süreci ve analizi alt başlıklara yer verilmiştir.

Çalışmanın *ikinci bölümünde*; sağlık kavramı tanımlanmış, sağlık hizmetlerinin amacı ve sınıflandırılması hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra sağlık sosyolojisi ve konusu ele alınarak tanımlanmış, sağlık sosyolojisinin tarihsel süreçteki gelişimi ve Türkiye’de bu alanda yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilerek sağlık sosyolojisi kuramları açıklanmıştır.

Çalışmanın *üçüncü bölümünde*; tarihsel süreç içerisinde tıbbın gelişimi hakkında bilgi verilerek, Osmanlı’da ve Cumhuriyet dönemindeki tıp uygulamaları ve politikalarına yer verilmiştir.

Çalışmanın **dördüncü bölümünde;** tıbbın endüstriyelleşme sürecine ilişkin malpraktis yasası, değişen hasta-hekim ilişkileri ve mesleki etik, eczacılık sektörüne yer verilmiştir. Akabinde sağlıkta ve hekimlikte neoliberal yönelimli dönüşüm ele alınmıştır. Bu doğrultuda TUS sınavı ve tıpta uzmanlık alanı branşları hakkında bilgi verilerek yıllara göre uzmanlık bölümlerinin TUS puan ortalamaları verilmiştir. Buradaki amaç Türkiye genelinde yaşanan tıp alanındaki endüstriyelleşme sürecinin TUS tercihlerinde nasıl bir değişim yarattığını gösterilmesi olup kadro dağılımı ve puan incelemesi yapılmıştır. Bu bölümde son olarak TUS tercihlerinde etkili olan faktörler (kişisel, maddi gelire bağlı ve kariyer olanaklarına göre) değerlendirmeler yapılmıştır. Ayrıca araştırma sahası olarak Diyarbakır İli ve sağlık profili hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Çalışmanın **beşinci bölümünde;** bulgular kısmı yer almaktadır. Araştırmanın yöntem kısmında belirtildiği üzere yapılan anket sonuçları SPSS programı aracılığı ile istatistiksel olarak tablolar halinde sunulmuş ve yorumlanmıştır. Elde edilen bulguların sosyolojik bakış açısıyla değerlendirmeleri yapılmıştır.

Çalışmanın **sonuç bölümünde;** bulgular kısmında önemli ve dikkat çeken hususlar değerlendirilmiştir. Ayrıca kaynakça ve ek olarak araştırmanın uygulanabilmesi için alınan etik izin belgeleri belirtilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE TEKNİĞİ

Bu bölümde araştırmanın yöntem ve teknikleri aktarılacaktır. Sırasıyla; araştırmanın amacı, önemi, hipotezleri, kapsamı, sınırlılıkları, evreni ve örnekleme, veri toplama süreci ve analizi açıklanmıştır.

1.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, tıp endüstrisinin gelişimi ve tıbbın endüstrileşmesinin pratisyen hekimlerin TUS tercihleri üzerindeki sosyolojik etkilerini incelemektir. Araştırma, tıp endüstrisinin ticarileşmesi ve sağlık hizmetlerinin özelleşmesinin, sağlık profesyonellerinin mesleki kariyer seçimleriyle nasıl bir ilişki kurduğunu anlamayı hedeflemektedir. Diyarbakır örneği üzerinden pratisyen hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, sosyal sermaye ve statü ilişkileri, mesleki yoğunluk gelir algısı, toplumsal sınıf, iş-yaşam dengesi, izin kullanımı, mesleki tatmin durumları, tıp endüstrisine ve kamu-özel sektörlerle ilgili bakış açıları, göç eğilimleri, sendikalaşma, mesleki beklentiler gibi faktörler incelenerek, TUS tercihlerinin ardındaki toplumsal ve ekonomik etmenler açıklığa kavuşturulacaktır. Ayrıca, neoliberal sağlık politikalarının etkisi ve tıp endüstrisindeki gelişmeler, hekimlerin uzmanlık seçimleri üzerindeki yansımaları değerlendirilecektir. Bu bağlamda, araştırma, sağlık sosyolojisi perspektifinden, tıp endüstrisinin toplumsal yapılarla nasıl şekillendiğini ve TUS tercihlerinin bu yapılarla ilişkisini açıklamayı amaçlamaktadır.

Bu doğrultuda araştırmanın temel amacından yola çıkarak aşağıda sunulmuş alt amaçlar belirlenmiştir;

-Kamu ve özel sağlık sektörlerinde çalışan hekimlerin iş koşullarındaki farklılıklar nelerdir?

-Özel sağlık kuruluşlarının artışı, hekimlik mesleğinin ekonomik koşullarında ne gibi değişikliklere yol açmıştır?

-Tıp endüstrisi pratisyen hekimler tarafından nasıl değerlendirilmektedir?

-Tıp uzmanlık alanı tercihlerinde etkili olan faktörler nelerdir?

-1987 yılından günümüze kadar TUS tercihlerini değişiminde tıp endüstrisi ve sağlığın sektörleşmesinin etkisi nasıl olmuştur?

1.2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu araştırma, tıp endüstrisinin gelişimi ve endüstrileşmesinin, pratisyen hekimlerin meslek seçimleri üzerindeki sosyolojik etkilerini inceleyerek sağlık sosyolojisi literatürüne önemli bir katkı sunmaktadır. Mevcut literatürde, tıp endüstrisinin ekonomik ve politik yapıları üzerine yapılan çalışmalar genellikle sağlık hizmetlerinin özelleşmesi ve neoliberal politikaların etkilerini ele alırken, hekimlerin tıpta uzmanlık seçimlerinin ardındaki sosyolojik faktörleri kapsamlı bir şekilde inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, tıp endüstrisinin ticarileşmesinin, sağlık profesyonellerinin uzmanlık tercihlerindeki sosyo-demografik etkilerini ve hekimliğe dair çok yönlü sosyolojik etmenleri derinlemesine analiz ederek bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, Diyarbakır örneği üzerinden yapılan saha araştırması, bölgesel farklılıkların ve yerel sağlık sisteminin mesleki tercihlere olan etkilerini ele alarak, sağlık sosyolojisi alanında daha önce pek fazla yer almamış yeni bir perspektif sunmaktadır.

Çalışma, sağlık profesyonellerinin mesleki uzmanlık seçimlerini belirleyen faktörleri anlamada yeni bir bakış açısı sunarak, sonraki araştırmalar için sağlam bir temel oluşturacaktır. Ayrıca, sağlık politikalarının tasarlanmasında, hekimlerin meslek seçimleri üzerindeki sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik etkilerin dikkate alınması gerektiğini vurgulayarak, gelecekteki çalışmalar için yol gösterici olacaktır.

1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ (VARSAYIMLARI)

Ana Hipotez:

-Tıp endüstrisi ve sağlıkta neoliberal politikalar; TUS tercihlerini belirlemektedir.

Alt Hipotezler:

-Neoliberal sağlık politikalarının yön verdiği yapısal dönüşüm, pratisyen hekimleri piyasa odaklı ve yüksek gelir sağlayan uzmanlık bölümlerine yönlendirmektedir.

-Tıp alanında yaşanan endüstrileşme (yeni iş olanakları, teknolojik gelişmeler, vb. gibi) hekimleri; daha rahat çalışma imkanı bulunan, iş yükü görece daha hafif olan ve esnek çalışma saati imkanı olan branşları tercih etmeleri yönünde etkilemektedir.

-Pratisyen hekimlerin gelir durumlarına ilişkin algıları ve ekonomik tatmin düzeyleri, branş tercihleri üzerinde belirleyici bir etken olmaktadır.

-Sağlık alanında giderek artan özelleşme, hekimlerin uzmanlık kariyer planlamalarını etkileyerek; daha çok özel sağlık kurumlarının rağbet ettiği branşlara yönelimi arttırmaktadır.

1.4.ARAŞTIRMANIN KONUSU

Endüstri Devrimi ile birlikte başlayan teknolojik dönüşüm, sağlık alanında yaşanan yenilikçi gelişmelerle kendini göstermekte ve sağlık hizmetlerinin sunumunda süregelen değişimlere yol açmaktadır. Bu dönüşüm, neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasını beraberinde getirmekte ve hekimlik mesleğinin pratiğini, çalışma koşullarını ve kariyer planlamalarını da doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda, tez konusu; toplum içerisinde yaptıkları iş ve sundukları hizmetler bakımından önemli bir konumda olan hekimlerin TUS tercihlerini; Sanayi Devrimi'nden başlayan ve günümüzde de hızla devam eden sağlıkta endüstrileşme ve neo-liberalleşme süreçlerinin nasıl ve ne yönde etkili olduğu merak edilerek seçilmiştir.

1.5.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Araştırma kapsamında; pratisyen hekimlerin TUS tercihlerinin ardındaki bireysel, mesleki ve yapısal faktörlerin, sosyolojik boyutları incelenecektir. Bu bağlamda, tıp endüstrisinin gelişimi ve sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ile ilgili toplumsal etkiler üzerinde durularak, tıbbın endüstrileşmesinin sağlık sistemine olan etkileri analiz edilecektir. Araştırma, Diyarbakır'da görev yapan TUS'a hazırlanan 161 pratisyen hekimin uzmanlık dalı tercihlerinde etkili olan faktörleri değerlendirecek, özellikle tıp endüstrisi ile sağlık sektöründeki özel ve kamu kuruluşlarına dair bakış açılarını ele alacaktır. Ayrıca hekimlerin sosyo-demografik özellikleri, aile geçmişi, gelir düzeyleri gibi etmenlerin, uzmanlık tercihlerini nasıl şekillendirdiği üzerine bir inceleme yapılacaktır. Bununla birlikte, tıp endüstrisine bakış açıları ele alınarak;

kamu sağlık tesisleri ve özel sağlık tesisleri arasındaki farklar, hekimlerin çalışma koşulları, gelir düzeyleri ve mesleki tatmin gibi faktörlerin, TUS tercihlerindeki etkisi araştırılacaktır. Bu kapsam da saha araştırması, neoliberal sağlık politikalarının endüstrileşen tıp alanına yansımaları ve pratisyen hekimlerin meslek seçimleri üzerindeki etkilerini kapsamaktadır.

1.6.ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu alışma, Diyarbakır’da görev yapan ve TUS’a hazırlanan pratisyen hekimlerle sınırlıdır. Ayrıca, yoğun iş temposuna sahip olan pratisyenlerin zaman kısıtlılığı nedeniyle anket formlarına doğru bilgi vermemesi veya yanıtlamaması da bir başka sınırlılık oluşturmaktadır.

Diyarbakır sağlık kurumlarında çalışan hekimlerle ilgili daha önce sosyal bilimlerde yapılmış benzer bir araştırmanın bulunmamaktadır. Ancak, bu durum aynı zamanda çalışmanın güçlü yönlerinden biri olarak değerlendirilebilir. Çünkü Diyarbakır sağlık camiasına dair sosyolojik açıdan yeni ve özgün bilgiler sunma potansiyeline sahip olduğu düşünölmektedir.

1.7.ARAşTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Diyarbakır’da görev yapmakta olan yaklaşık 1000 pratisyen hekim oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, evreni temsil edecek şekilde Diyarbakır ili merkezinde görev yapmakta olan 161 pratisyen hekim oluşturmaktadır. Bu 161 hekim; tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Örneklem dağılımı ise; il merkezinde aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan 74 pratisyen, il merkezinde devlet hastanelerinde görev yapmakta olan 36 pratisyen, ilçelerde devlet hastanesinde görev yapmakta olan 24 pratisyen, il de özel hastanelerde görev yapmakta olan 14 pratisyen ve ilçelerde aile sağlığı merkezinde görev yapmakta olan 13 pratisyen hekimden oluşmaktadır.

1.8.VERİ TOPLAMA SÜRECİ VE ANALİZ

Araştırma verilerinin toplanmasında ilk olarak kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak, nicel veri toplama tekniği olan anket formu kullanılmıştır. Bu doğrultuda pratisyen hekimlere yönelik 66 soruluk anket formu hazırlanmıştır. Anket formu, uzman görüşleri ve daha önce yapılan alan

alışmalarıyla oluşturulmuş; bilgi toplama ölçekleri referans alınarak tasarlanmıştır. Hazırlanan anket formu, yedi bölümden oluşmaktadır; araştırmanın amacına uygun olarak 5 soru örneklem grubunun sosyo-demografik özelliklerini, 6 soru örneklem grubunun sosyal sermaye ve statü ilişkilerine dair bilgileri, 5 soru mesleki memnuniyet, gelir algısı, toplumsal sınıf bilgilerini, 5 soru iş-yaşam dengesi, izin kullanımı, mesleki tatmin bilgilerini, 21 soru tıp endüstrisine dair bakış açılarını, 6 soru kamu-özel sağlık kuruluşları karşılaştırmalarını, 7 soru TUS süreci ve TUS tercihlerini etkileyen faktörler, 8 soru göç, sendikalaşma, mesleki beklentilere yönelik bilgileri ve 4 soru sağlıkta yapısal değişim, risk algısı, teknolojik gelişmelere dair değerlendirmeleri içermektedir. Hazırlanan anket formunun uygulanabilmesi için Dicle Üniversitesi Rektörlüğü ve Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışma Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 26.03.2024 tarihli 680846 sayılı Olur'u ile onaylanmıştır. Pratisyen hekimlerin iletişim bilgilerine, ilgili referanslar üzerinden birinci basamak il sağlık müdürlükleri aracılığıyla ulaşılmış olup, anket formu araştırmacı tarafından hekimlere uygulanmıştır. Ulaşım zorlukları nedeniyle yüz yüze gerçekleştirilemeyen durumlarda, anket formu dijital ortamda Google Form üzerinden hekimlere gönderilmiştir. Uygulama süreci 27 Mart 2024 tarihinde başlamış ve 5 Haziran 2024 tarihinde tamamlanmıştır. Araştırma doğrultusunda elde edilen veriler SPSS 23 istatistik programına işlenmiş ve analizleri yapılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık; varoluşsal anlamda en temel ve insani bir hak olarak ortaya çıkmaktadır (Metin, 2017: 46). Sağlık Sosyolojisi özellikle son 20 yüz yılın en önemli ve dikkat çekici araştırma konularından biri haline gelmiştir (Cirhinlioğlu, 2024: 15). Buna bağlı alan yazında sağlıkta erişim sıkıntıları, sağlıkta eşitsizlikler, uygulanan sağlık politikaları, sağlık ekonomisi, sağlıkta dönüşüm gibi konular ele alınmıştır (Gül ve Can, 2025: 1-3).

Sağlığı bütüncül bir yaklaşım ile ele almak tıp alanını anlamak adına önemli görülmektedir (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 232). Bu doğrultuda çalışmanın bu bölümünde öncelikli olarak sağlık ve sağlık hizmetlerinin kavramsal boyutta tanımlamalarına yer verilerek sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılmıştır. Akabinde sağlık sosyolojisi tanımı ve konusu, tarihsel gelişimi ve Türkiye’de bu alanla ilgili yapılan çalışmalar ele alınarak sağlık sosyolojisi kuramları açıklanmaya çalışılmıştır.

2.1. SAĞLIK

Sağlık doğuştan gelen temel bir haktır (Alu, 2017: 1). Sağlık kavramı, yaşamı doğrudan etkileyen temel bir unsurdur ve hem kişisel hem de toplumsal alanda, çok boyutlu bir öneme sahiptir. Günümüzde, modern sağlık ile ilgili olarak birçok tanımlamalar bulunmaktadır;

Sağlık ve hastalık denildiğinde genellikle ilk olarak tıp dünyası ve bu alana özgü kavramlar akla gelmektedir. Bu kavramlar; hastane, ameliyat, doktor, hemşire, ilaçlar ve çeşitli tıbbi tetkikler gibi tamamen sağlık hizmetleriyle ilişkili uygulamaları çağrıştırmaktadır (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 231). Ancak bu dar bakış açısı, sağlığın çok boyutlu yapısını göz ardı etmektedir. Oysa sağlık; sadece tıbbi unsurlarla değil, aynı zamanda sosyal, kültürel, ekonomik, fiziksel ve biyolojik faktörlerle ilişkilidir (Biol, 1997, aktaran Bolsoy ve Sevil, 2006: 78).

Sağlığın genel olarak kabul gören evrensel tanımlaması bulunmaktadır. Bu tanım; 1948 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır. Buna göre sağlık; *“Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”* (DSÖ, 2014).

Bahsi geçen tanımlamadan faydalanarak açıklanan sağlık kavramının, çok boyutlu ve geniş boyutta olduğu açıkça görülmektedir. Birbirlerinden farklı birden çok unsur, sağlık durumu üzerinde etkili olmaktadır. Bütün bunların yanı sıra bu tanımlamada “sosyal” durumunun da yer alması, son derece önemli bir gelişme olarak görülmektedir (Özkan, 2020: 474).

Literatür de sağlık tanımlamaları çeşitli şekillerde ifade edilmiştir. Bu tanımlar arasında ortak bir nokta, bireyin hem fiziksel hem de zihinsel olarak iyi durumda olması gerektiği ve yaşamını sürdürebilmesi için bu dengeyi sağlamasıdır (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 242).

Tüm bunlarla birlikte sağlık; yalnızca bireyin değil, aynı zamanda toplumun genel refahının da temel unsurlarından biridir (Köse, 2022: 2169). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin tüm toplum üyeleri için eşit şekilde erişilebilir olması önemlidir, çünkü sağlık, temel insan hakları arasında yer almaktadır.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri kavramı, gelişen ve ilerleyen bilimin ışığında yeniden tanımlanan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüzyıllar öncesinde toplumların sağlık hizmetlerini anlama biçimi ile günümüz toplumlarının sağlık hizmetlerini yorumlama biçiminin aynı olmadığı bilinmektedir (Kaplan, 2016: 11-13). Toplumun gelişimiyle paralel olarak sağlık hizmetlerinde yaşanan ilerlemeler, sağlık sistemlerinin daha etkin hale gelmesini sağlamıştır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, sağlığın önemini “hiçbir ekonomik zorunluluk insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz” diye belirtmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda da sağlık vazgeçilmez temel bir hak olarak vurgulanmakta ve devletin güvencesi altında olduğu açıklanmaktadır (Etiz,1993: 47, aktaran Alu, 2017: 33). Buna göre; sağlığın aynı zamanda her birey için eşit insani bir hak olduğunu ve politik-hukuki süreçlerle yürütüldüğünü söylemek mümkündür (Zengin, 2010: 7).

Sargutan (1993) ’a göre; sağlık sektörünün kapsamını, insan sağlığı üzerindeki etkilerinin derecesine göre merkezden çevreye doğru genişledikçe yoğunluğu azalan halkalar şeklindedir ve şöyle tanımlanmaktadır;

-Sağlığa Uzak / Dolaylı Etkili Hizmet Alanları : Halkanın en dışındaki alan olup; gelir dağılımı, eğitim, ulaşım, hukuk, tarım, enerji, iletişim, demografi, bilimsel gelişmeler gibi alanlar, sağlık hizmetlerini dolaylı yoldan etkileyen mal ve hizmetlerin üretim, arz-talep ve tüketim sistemlerini kapsar

- Sağlığa Yakın / Doğrudan Etkili Hizmet Alanları : Orta halkayı kapsayan alan olup; aile yapısı, coğrafya, sosyal yapı, eğitim, çevre sağlığı, sağlık politikaları, sosyal güvenlik gibi alanlar, sağlık hizmetleriyle doğrudan ilişkili ve etkileşim içinde olarak mal ve hizmetlerin üretim, arz-talep ve tüketim sistemlerini kapsar

- Asıl Sağlık Hizmetleri Alanı : Halkanın merkezi alanı olup; bireylere yönelik koruyucu, tedavi edici ve geliştirici sağlık hizmetlerinin sunulduğu; hastaneler, sağlık ocakları, eczaneler gibi kurumlarla ve sağlık personeli, hastalar, sağlıklı bireyler gibi paydaşlarla doğrudan ilişkili olan bu alan, “asıl sağlık hizmetleri” olarak adlandırılır. Bu merkez alan, bağışıklama, tanı-tedavi, halk sağlığı eğitimi, ilk yardım gibi hizmetleri kapsar ve kendisini çevreleyen dolaylı ve doğrudan etki alanlarından güçlü biçimde etkilenir (Sargutan,1993, aktaran Sargutan,2005: 402).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyaç duyduğu alanlarda sağlık hizmetlerini istenilen kalitede, zamanında ve en düşük maliyetle sunmaktır (Korkmaz ve Çuhadar, 2017: 73).Bu duruma, günümüzde hizmet sunumunda kullanılan nitelikli medikal malzemeleriyle hasta açısından daha ağrısız, iş ve gündelik hayatına erken dönüş, sağlık profesyonelleri açısından mesleki pratiklik ve daha az komplikasyon sağlanması örnek gösterilebilir.

Tüm insanlar için yaşamsal değere sahip olan sağlık hizmetleri, toplumun her bireyini kapsamaktadır. Bu alanda yapılan en küçük bir yanlışlık bile ölümcül sonuçlara yol açabileceğinden, yüksek düzeyde uzmanlık gerektirmektedir.Bu nedenle birey, sağlık hizmeti sunan kişiye koşulsuz güven duymak durumundadır (Kayral, 2018: 28).Bir birey hasta olduğunda, daha önce tecrübe etmediği bir sorunla karşılaşabilmekte olup sorunun çözümü için gerekli bilgi ve donanıma sahip değildir. Ancak sağlıkla ilgili yaşanan iyileşme veya hastalık gibi durumlar, birey için yeni deneyimler sunmaktadır.Bu doğrultuda kişi sağlık hizmetini sorgulamadan almak zorundadır. Hizmet sona erdikten sonra bir değerlendirme yapabilir, fakat hizmeti almadan önce deneyimleme imkanı yoktur (Bilgin ve Göral, 2017: 156).Bu bağlamda

kişi, sağlık hizmetini genellikle 6nceden deneyimleme ya da sorgulama şansı olmadan almak zorunda kaldığından tedavi verenlere ve tedavisine mecburen g6venmekte, hizmete dair değerlendirmesini de ancak tedavi sonrasında yapabilmektedir.

2.3. SAğLIK HİZMETLERİNİN AMACI

Sağlık kavramının tanımından yola 6ıkararak sağlık hizmetlerinin temelde esası; toplum ve birey sağlığını muhafaza etmek, bu konuda bilimsel olan 6alışmaların y6r6t6lmesini sağlamak, sakatlık veya hastalık durumunda bunları tedavi etmek, gerek duyulduğu zamanlarda rehabilitasyon 6alışmalarını devam ettirmek, uzun s6reli sağlıklı bir nesil adına her bir bireyi sağlığı ile ilgili olarak bilinçlendirerek belirli faaliyetler konusunda ortak karara varmak, bunları yaygınlaştırmak ve y6r6tmektir. Ayrıca bu hizmetlerin toplumun her bir parçasına, her bir b6lgesine ulaşmasını sağlamak da aynı şekilde sağlık hizmeti sunanlar i6in 6nem teşkil etmektedir (Sargutan, 2005: 402-405). T6m bu hedeflerin tedavi 6ncesi, tedavi s6recini ve sonraki durumları da kapsadığını s6ylemek m6mk6nd6r.

Uğurluoğlu ve 6elik (2005) ' e g6re; sağlık sistemleri, sadece bireylerin sağlık d6zeyini y6kseltmekle sorumlu değildir; aynı zamanda onları hastalıkların yol a6tığı finansal risklerden korumak ve tedavi s6recinde saygıya dayalı, insan onuruna yakışır bir yaklaşım sunmakla da y6k6ml6d6r. Bu doğrultuda, sağlık sistemlerinin 66 temel amacı bulunmaktadır;

- Hizmet sunulan n6fusun sağlığını y6kseltmek;

-İnsanların beklentilerine yanıt vermek;

-Hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır (Uğurluoğlu ve 6elik, 2005: 7).

T6m bu bilgiler doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin amacı yalnızca tedavi odaklı değil, birey ve toplum sağlığını koruyup geliştiren kapsamlı bir sistem olarak değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

2.4. SAğLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır (Sarp, 2018: 31). Koruyucu sağlık hizmetleri bir hastalığın gelişme ihtimallerini ortadan kaldırmak i6in hizmet sunarken; tedavi edici sağlık

hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, hastalık sonrasında uygulanan hizmetlerdir.

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini yükselterek daha sağlıklı bir hayat sürmelerine katkı sağlarken, aynı zamanda sağlık harcamalarının azalmasına da yardımcı olur. Hastalık ortaya çıkmadan önce alınan önlemler, hem ekonomik hem de psikolojik açıdan daha avantajlıdır. Bu yönüyle, koruyucu hizmetler, sağlık sisteminde diğer hizmet türlerine göre daha öncelikli bir yere sahiptir (Kilis Devlet Hastanesi, 2024). Aynı zamanda, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bağlı olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği farklılık gösterebilir. Gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri daha yaygın ve etkili bir şekilde uygulanmaktadır (Atlı ve Yücel, 2018: 51). Koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık ve sakatlıkların riskini, etkisini ve süresini azaltmayı ya da tamamen engellemeyi hedeflemektedir. Bu hizmetler, hastalık belirtileri henüz ortaya çıkmadan önce tanı koyarak erken müdahale imkanı sunmaktadır. Temelinde, hastalık tehdidinin kendisine karşı yürütölen bir mücadele olan bu yaklaşım, hem bireylerin hem de toplumun sağlığını korumada önemli bir rol oynamaktadır (Gençer ve diğer., 2021: 1129). Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevleri yerine getirilmediğinde; insan sağlığının bozulması, can kayıpları, üretkenlikte azalma, yaşam kalitesinin düşmesi ve ekonomik zararlar gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri; bireye yönelik ve çevresel faktörlere yönelik olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır (Kilis Devlet Hastanesi, 2024). Bu faktörler şunları kapsamaktadır;

Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

1. Bağışıklama
2. İlaçla Koruma
3. Erken Tanı
4. Beslenme
5. Aile Planlaması

6. Sağlık Eğitimi

7. Kişisel Hijyen

Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri:

1. Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması

2. Atıkların kontrolü

3. Besin hijyeni

4. Barınak hijyeni

5. Hava kirliliği ve gürültü ile savaş

6. Vektör (haşerelerle mücadele) kontrolü (Kilis Devlet Hastanesi, 2024).

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini artırırken sağlık sistemine olan mali yükü azaltarak toplum sağlığını sürdürülebilir şekilde koruması açısından önem taşımaktadır. Bu kapsamda bu hizmetler hem bireye hem de çevreye yönelik uygulamalarıyla, muhtemel sağlık risklerini önceden tespit ederek daha sağlıklı bir toplumu hedeflemektedir.

2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireysel ya da gruplarda ortaya çıkan hastalıkların çözümü için pratiklikleri içeren hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu sağlık hizmetleri, hasta olan bireyin ya da grupların kötü durumuna neden olan sorunları ortadan kaldırmayı ve iyileşmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Tengilimoğlu ve Çalık, 2000, aktaran Orhaner, 2006: 4). Bu doğrultuda rahatsızlık halinin ortadan kaldırılması neticesinde kamuya avantaj sağlayacak bir şekilde verimliliği yükseltme gibi sosyal manadaki faydaları da içermektedir.

Tedavi edici olan sağlık hizmetleri “birinci, ikinci ve üçüncü” basamak olarak çok daha kolay ve basit yoldan, daha yoğun ve karmaşık tedavi sunan departmanlara doğru değişim göstermektedir. Ülkemizde; birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği sistemiyle sunulurken ikinci basamak hizmetler, devlet hastanelerindeki tedavi uygulamalarıyla yürütülmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ise üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile dal hastaneleri örnek gösterilebilir (Sarp, 2018: 32). Bu hizmetler, basamaklı bir yapı içinde sunulur

bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine daha kolay şekilde erişimini mümkün kılmaktadır. Ayrıca sağlık sunucuları ve hizmet alanlar arasında bu şekilde standardizasyon sağlanmaktadır.

2.4.3. Rehabilitatif Edici Hizmetler

Rehabilitatif sağlık hizmetleri; çeşitli nedenlerle ortaya çıkan zihinsel, bedensel veya toplumsal rahatsız edici durumların daha iyi bir seviyeye getirilmesi amacıyla sunulan bir hizmet türüdür. Bu hizmet, bireylerin kendi yaşamlarını destekleyebilmeleri için başkalarına bağımlı olmadan yeteneklerini geliştirmelerini sağlamaktadır (Gürhan ve Üstün, 2015: 46-49).

Rehabilitasyon; doğuştan ya da sonradan meydana gelen hastalık, kaza veya yaralanma sonucunda bazı yetilerini kaybeden bireyin, tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki açıdan en iyi duruma ulaşmasını hedeflemektedir. Bu doğrultuda kalıcı sakatlıkların etkilerini en aza indirmeyi ve bireyin kendisine, ailesine ve topluma daha faydalı olmasını sağlamayı amaçlayan tedavi edici bir yaklaşımdır (Akdemir ve Akkuş, 2006: 85).

Rehabilitatif tedavi hizmetleri kendi içinde tıbbi ve sosyal rehabilitatif edici hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon; bireyin fiziksel görünümünden kaynaklı sorunlarını azaltmayı, bağımsız hareket kabiliyetini geliştirmeyi ve günlük yaşamını kendi başına sürdürebilmesini sağlamayı amaçlayan bir sağlık hizmetidir. Sosyal rehabilitasyon ise, çalışma hayatında yaşanan sakatlıklar sonrası eski işine dönemeyen bireylerin yeni beceriler kazanarak farklı iş alanlarına uyum sağlamasını desteklemektedir (Demirel, 2001: 66).

Tüm bu bilgiler ışığında; zihinsel, bedensel ya da sosyal yönden yaşanan kayıpların bireyin yaşam kalitesini ve toplumsal işlevselliğini olumsuz etkilememesi için sunulan rehabilitasyon hizmetleri, bireyin bağımsızlığını kazanmasına, topluma yeniden uyum sağlamasına ve üretken bir yaşam sürmesine olanak tanıyarak, insanın sosyalizasyonu için önemli bir rol üstlenmektedir.

2.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri genel olarak bireyin içerisinde yer aldığı sağlıklı olma halinin korunmasını ve toplumun da içerisinde bulunduğu sağlık

seviyelerini çok daha yüksek tutabilmesi adına oluşturulan birden çok uğraşı yani pratikleri temsil etmektedir (Sarp, 2018: 33).

Sağlığı geliştirme hizmetleri, sağlık sorunları ortaya çıkmadan önce risk faktörlerini ortadan kaldırmayı veya hastalık sürecine kişi dahil olmadan yön vermeyi amaçlamaktadır ve bu aşama birincil koruma olarak tanımlanmaktadır. Erken belirtiler gösteren ya da sağlıklı yaşam tarzı benimseyen bireylerde sorunlu davranışları değiştirmeye yönelik müdahaleler ise ikincil koruma kapsamında değerlendirilmektedir. Üçüncül koruma düzeyinde ise, kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik sağlığı geliştirme uygulamaları yer almaktadır (Fertman ve diğ., 2012: 7).

Snelling (2014) 'e göre; sağlık hizmetlerinde ulaşılmak istenen ana amaç, bireylerin özellikle de toplum içerisinde bulunduğu sağlık seviyesinin geliştirilmesi ve refah düzeyinin artırılmasıdır (Snelling, 2014, aktaran Yeşildal, 2023: 3). Bu bağlamda toplumsal iyilik hali sağlanmış olur. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri genel olarak sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır.

Sağlık sektöründe ciddi ilerleme ve gelişmeleri gerçekleştirme ya da bu gelişmelerin ortaya çıkmasına imkan sağlama, sağlık statüsünün yer aldığı konumu çok daha yükseklerle ilerletme, sağlık alanında sunulan eğitimi, rahatsızlıkların ortaya çıkmasının engellenmesi ve ortaya çıkabilecek mevcut yan etkenlerin azaltılması, stres ile baş edebilme, hayata çok daha iyi bir biçimde devam edebilmek adına bireyde davranışsal olarak bazı farklılıkların oluşturulması şeklinde birden çok hizmet bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025).

Tüm bunlarla beraber; sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; uygulanan sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması konusunda araştırmalar ve projeler gerçekleştirerek yeni ve güncel sağlık hizmetlerinin uygulanmasını sağlayan hizmetler olarak tanımlanabilir.

2.5. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Sağlık sosyolojisi, bireylerin sağlık ve hastalık durumlarını toplumsal yapılar ve sosyal etkenler çerçevesinde ele alan sosyolojinin bir alt alanı olarak; sağlıkla ilgili durumların ardındaki toplumsal nedenleri incelemeyi amaçlamaktadır (Ekizer, 2020:

1).Buna bağılı olarak sağıık sosyolojisi görünenin içindeki görünmeyen gerçeklikleri ele alarak sağıık ve hastalığa dair tüm durumları ele almaktadır.

Aytaç ve Kurtdaş (2015) ise sağıık sosyolojisini şöyle ele almaktadır: Sağıık, yalnızca bireysel bir durum değil; aynı zamanda sosyal ilişkiler, toplumsal gruplar ve kurumlarla bağılantılı sosyolojik bir olgu olarak değerlendirilmelidir. Çünkü insan yaşamının en temel ve değerli unsurlarından biri olan sağıığın kazanılması, korunması ve sürdürölmesi toplumsal etkenlerle doğrudan ilişkilidir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015 :1). Sağıık, çoğu zaman yalnızca tıbbın ilgi alanı olarak görölse de, konuya derinlemesine bakıldığında tıbbın aslında sürecin en son aşamasında devreye girdiği anlaşılmaktadır. Bireylerin sağıığı tıp meselesi haline gelene kadar bir çok aşamadan geçmekte ve bir çok bilimsel alanın konusu olabilmektedir (Cirhinlioğlu, 2014: 139).Bu durum sağıığın sadece tıbbi boyutunu ele alınmasının yeterli olmayacağını, sosyal ve çevresel faktörlerinde etkili olduğunu ve bütöncöl bir yaklaşım ile alınması gerektiğini işaret etmektedir.Bu doğrutuda sağıık süreci ve bu süreçte sosyal hayatın etkilenmesi, aksaması, kesintiye uğraması gibi konulara ilişkin değerlendirmelerin sadece biyolojik yönden yapılması, çok boyutlu insan doğası için yetersiz kalmaktadır. Aynı zaman da sağıık konusu “*insan-toplum ilişkisi*” içerisinde; bireyin yaşadığı toplumla arasındaki karşılıklı etkileşimi ile toplumsaldır (Bingöl, 2017: 161).

Sağıık ve hastalık olgularını toplumsal bir bakış açısıyla ele alan sağıık sosyolojisinin yanı sıra; sosyal tıp, epidemiyoloji, etiyoloji ve halk sağıığı gibi başka disiplinler de bu konuları farklı yönleriyle incelemektedir. Bu disiplinler arasında sosyal tıp, epidemiyoloji, etiyoloji ve halk sağıığı öne çıkmaktadır. Sosyal tıp, bireylerden ziyade toplumun genel sağıık sorunlarını incelemektedir Epidemiyoloji ise hastalıkların toplum içindeki yayılım biçimlerini, sağıık ve ölüm oranlarının dağılımını analiz etmektedir. Etiyoloji, hastalıkların ortaya çıkış nedenlerini araştırmaktadır. Halk sağıığı disiplini ise, toplumun genel sağıık düzeyini etkileyen faktörleri, çevresel koşulları, sağıık hizmetlerinin işleyişini ve bu hizmetleri sunan kurumların yapısını ele almaktadır (Kızılçelik, 1996: 17, aktaran: Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 242).

Tüm bu bilgiler ışığında sağıık sosyolojisi konu olarak, sağıık-hastalık-toplum ilişkisini geniş bir perspektiften ele almaktadır.

2.5.1. Sağlık Sosyolojisinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık sosyolojisi düşünsel temelleri açısından uzun süredir varlığını sürdürse de, bağımsız bir disiplin olarak ortaya çıkışı 1800'lü yıllara dayanmaktadır. Bu dönemde yaşanan Fransız Devrimi (1789–1799) ve Endüstri Devrimi (1760–1830) gibi önemli sosyo-politik ve sosyo-ekonomik değişimler, sağlık, hastalık ve bireyin sosyal çevresi arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılmasına zemin hazırlamıştır (Tekin, 2007: 17). Yaşanan devrimler ile birlikte beraberinde gelen toplumsal değişimler bunda etkili olmuştur.

Coe (1978) 'ye göre sağlık sosyolojisinin gelişmesinde rol oynayan bazı faktörler ise şunlardır:

1. *Ölüm/hastalık oranlarındaki değişim neticesinde tıbbın, kronik hastalıklara ve özellikle onların sosyo-psikolojik bileşenlerine bakması.*
2. *Sosyal psikolojinin zihinsel hastalıkların sosyal sebeplerine olan vurgusunun gelişmesi.*
3. *Kamu sağlığı hizmetlerinin gelişmesi.*
4. *Sağlık hizmetlerinin odağı olarak genel hastanelerin toplumsal sağlık hizmeti veren bir yer olarak ortaya çıkması.*
5. *Sosyolojinin olgunlaşıp gelişmesiyle teorik ve metodolojik olarak ilgisinin tıp alanına hazır hale gelip, genişlemesi* (Coe, 1978, aktaran Kurttaş, 2020: 652-653).

“Sağlık sosyolojisi” terimi ilk kez 1894 yılında Charles McIntyre tarafından, sosyal etkenlerin sağlık üzerindeki rolünü ele alan “*Sağlık Sosyolojisi Çalışmalarının Önemi*” başlıklı makalesinde kullanılmıştır. Bu alanda bir diğer önemli katkı ise, 1902 yılında Elizabeth Blackwell'in “*Essays in Medical Sociology*” adlı eseridir. Blackwell, bu çalışmasında tıp ile toplum arasındaki ilişkiyi irdelleyerek sosyal faktörlere de yer vermiştir. Ancak sağlık sosyolojisine dair ilk yayınların çoğu, sosyologlardan ziyade tıp alanındaki uzmanlar tarafından kaleme alınmıştır. Sosyolojik bir bakış açısıyla hazırlanan ilk önemli çalışma ise, 1927 yılında Bernhard Stern'in yayımladığı “*Tıbbi Gelişimde Sosyal Faktörler*” adlı makale olmuştur (McIntyre, 1894; Blackwell, 1902; Stern, 1927, aktaran Oksev, 2020: 7).

II. Dünya Savaşı sonrasında hız kazanan sağlıkla ilgili çalışmalarla birlikte bireylerin sağlık davranışları, hasta rolleri, sağlık profesyonelleriyle olan ilişkileri ve sağlık politikalarının toplumsal boyutları üzerine yoğunlaşmış ve günümüzde ki sağlık sosyolojisinin kuramsal ve yöntemsel çerçevesinin oluşmasını sağlamıştır (Güven, 2014: 129-132). Örneğin Durkheim, “*İntihar*” adlı eserinde bireyleri intihara sürükleyen toplumsal değişimlere dikkat çekerken; Marx ise yabancılaşma kuramı doğrultusunda, bireylerin ruhsal sorunlar yaşamasına neden olan toplumsal ve ekonomik koşulları analiz etmeye çalışmıştır (Ekizer, 2020: 7). Buradan yaşanan savaşların toplumlar üzerinde kalıcı izler bıraktığını bu yönden sağlığı da olumsuz yönde etkilediğini ve büyük kitleler de değişik biçimlerde fiziksel-psikolojik-sosyal sorunlar ortaya çıkardığını görmekteyiz. Bu nedenle sağlık; sosyologların incelediği konulara dahil olmuştur.

2.5.2. Sağlık Sosyolojisinin Türkiye’deki Tarihsel Gelişimi ve Yapılan Çalışmalar

Türkiye’de sağlık sosyolojisi alanındaki çalışmaların başlangıcı, Türkdoğan’ın çalışması ile olmuştur. Türkdoğan (1972) ’nın yayımladığı “*Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi*” adlı eserinde; sağlık ve hastalık olgularının oluşumunda toplumsal değerlerin, sosyal tabakalaşmanın, halkın bakış açısının, kültürel unsurların ve çeşitli toplumsal faktörlerin belirleyici bir rol oynadığını ortaya konmuştur (Türkdoğan, 1991: 8, aktaran Aşğa, 2023: 9).

Ahmet Gençler (1974) ’in farklı toplumsal grupların modern sağlık hizmetlerinden nasıl yararlandığını inceleyerek öne çıkan “*Diyarbakır ve Çevresinde Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Toplumsal ve Kültürel Faktörler*” başlıklı doktora tezi bu alandaki diğer bir çalışmadır (Gençler, 1974, aktaran Güven, 2014: 132).

M. Aytül Kasapoğlu (1982) ’nın yılında hazırladığı “*Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri*” başlıklı doktora tezi, sağlık sosyolojisi alanındaki önemli çalışmalardan biridir (Kasapoğlu, 1982, aktaran Ekizer, 2020: 10). Bu çalışma da Kasapoğlu, koruyucu hekimlik hizmetlerini merkeze alarak hekim, sağlık personeli ve hasta arasındaki ilişkileri analiz etmiştir (Güven, 2014: 132). Ayrıca Kasapoğlu’nun

“Sağlık Sosyolojisi” ve “Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık” adlı eserlerinin yanı sıra, akademik dergilerde yayımlanmış makaleleri de bulunmaktadır.

Yakın dönem çalışmalarından biri olarak Nurşen Özçelik Adak’ın “*Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*” adlı eseri öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, sağlık ve hastalık kavramları; toplumun kültürel yapısı, geleneksel değerleri ve sosyal normları çerçevesinde ele alınmıştır. Ayrıca, 15–49 yaş arası doğurganlık dönemindeki kadınların, sosyal sistemin bir alt bileşeni olan sağlık-hastalık sistemine yönelik tutum ve davranışları birlikte değerlendirilmiştir (Kaya, 2012: 16).

Bahattin Akşit ve Belma Akşit tarafından 1989 yılında yayımlanan “*Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Sosyokültürel Belirleyicileri*” başlıklı çalışma, sağlık sosyolojisi alanında yapılan önemli araştırmalardan biridir. Bu çalışmayı, Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu (UNICEF) desteğiyle yürütülen ve 1994 yılında tamamlanan “*Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı: Antalya’nın Bir Gecekondu Bölgesinde Hızlı Antropolojik Bir Araştırma*” adlı proje izlemiştir. Ardından, 1997 yılında yayımlanan “*Mothers Education, Differential Child Valuation and Infant/Child Mortality: A Review of Literature and Conceptual Debates*” başlıklı çalışma ise konuyu literatür taraması ve kuramsal tartışmalar çerçevesinde ele alarak sağlık sosyolojisi alanına katkı sunmuştur (Akşit ve Akşit, 1989, aktaran Daşlı ve Bulut, 2019: 9).

Emre Işık (2004), “*Gen ve Politik*” adlı eserinde, sağlık sosyolojisinin tıbbi ve sosyolojik boyutları arasındaki ilişkileri ele alarak, beden ile sağlık arasındaki bağlantıya dikkat çekmektedir. Işık, bu çalışmasında Foucault’nun bilim, tarih ve iktidar eksenindeki kuramlarından ve Weber’in organik yapı ile rasyonelleşme anlayışından etkilenmiştir. Genetik araştırmaların artan etkisiyle birlikte bedenin rasyonelleşme sürecini politik bir perspektiften değerlendirmekte ve bu sürecin toplumsal yansımalarını analiz etmektedir (Işık, 2004, aktaran Aşğa, 2023: 10).

Cirhinlioğlu (2024) ise sağlık sosyolojisinin temel kavramlarını, hasta-hekim ilişkileri ve hastalıkların sosyal, kültürel ve siyasal boyutlarını tartışarak bu alana önemli katkılar sunmuş, sağlık sorunlarının bir toplumun gelişmişlik düzeyiyle ilişkisini de vurgulamıştır. Bununla birlikte post-modern bakış açısıyla insan bedeninin algılanışına ve bu anlayışın birey üzerindeki etkilerine değinerek, sağlık sistemlerinin

bilimsel temellerle güçlendirilmesi gerektiğini savunmuştur (Cirhinlioğlu, 2024: 1-129).

Bu alanda öne çıkan diğer bazı önemli isimler arasında; Özbay (1969), Oskay (1974), Peker (1977), Tezcan (1988), Akşit (1989, 1993), Özen (1993), Surat (1993) ve Aycan (2002) yer almaktadır. Ayrıca sağlık sosyolojisi alanında kaydedilen önemli gelişmelerden biri de, 1998 yılında “*Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği*”nin kurulmuş olmasıdır (Kaya, 2012: 17).

Türkiye’de sağlık sosyolojisi alanındaki bir diğer önemli gelişme ise, 2001 yılında yayımlanan Toplumbilim Dergisi’nin “*Sağlık Sosyolojisi*” özel sayısının çıkarılmasıdır (Güven, 2014: 10).

Bu gelişmelerle birlikte, Türkiye’de sosyoloji bölümlerinde lisans ve lisansüstü programlara “*Sağlık Sosyolojisi*” derslerinin dahil edilmesi, alana olan ilgiyi artırmış ve konuyla ilgili yapılan araştırmaların sayısında önemli bir artış olmuştur. Bu araştırmalar, Türkiye’de sağlık sosyolojisi geleneğinin oluşturulması açısından önemli bir gelişme olarak düşünülmektedir.

2.6. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ KURAMLARI

Sağlık sosyolojisi; sağlık ve hastalık olgularını, toplumsal süreçlerle birlikte ele alarak bu kavramlara bütüncül bir bakış sunan ve tıpla ilgili tüm unsurları kapsayan bir disiplindir. Sosyoloji ile tıp alanının kesişim noktasında yer alan bu alana, “*sağlık sosyolojisi*” ya da “*tıp sosyolojisi*” adı verilmektedir. Toplumun genel sağlık düzeyini yükseltme amacı doğrultusunda, bu iki alanın bilgi ve yöntemlerinin bir araya getirilmesi, sağlığı daha geniş bir çerçevede anlamak açısından büyük önem taşımaktadır (Cirhinlioğlu, 2024: 6).

Tıbbi sosyolojinin gelişimi, Robert Straus (1957) ’un belirttiği “*Tıp sosyolojisi*” ve “*Tıpta sosyoloji*” ayrımı ile en iyi şekilde ortaya konmaktadır. Buna göre bu iki alan birbirinden farklı ama birbiriyle yakın ilişkilidir. Tıpta sosyoloji, belirli bir sağlık sorununu ilişkili sosyal faktörleri incelemek için doğrudan doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapmayı tanımlamaktadır. Bu alanda sosyolojik bir sorundan ziyade, genellikle tıbbi bir sorun ön planda tutulmaktadır. Daha çok sağlık eğitimi verilen okullar ve sağlık kuruluşlarıyla bağlantılı olarak yapılan uygulamalı araştırmalar bu alana aittir. Tıbbın sosyolojisi ise; bir insan davranışı olarak tıbbi

uygulamaların organizasyonu, rol ilişkileri, normları, değerleri ve inançları gibi öğeleri içermektedir. Tıbbi ortamda meydana gelen sosyal süreçler ve bu süreçlerin yaşam anlayışına nasıl katkıda bulunduğunu vurgulamaktadır. Aslında tıpla ilişkili alanların sosyolojik perspektiften araştırılmasını konu edinmektedir (Straus, 1957, aktaran Ekizer, 2020: 2).

Bu doğrultuda Kömürcü (2024) 'nın sağlık olgusunu açıklayan teorik perspektif tablosunu incelemek daha açıklayıcı olabilir;

Tablo 1: Sağlık Sosyolojisinde Yedi Temel Teorik Perspektif

Teorik Yaklaşım	Öncü Teorisyenler	Anahtar Kavramlar	Analizin Odağı	Sağlık Örnekleri
Yapısal-İşlevselcilik	Émile Durkheim Talcott Parsons Robert Merton	Yapısalcı odak: toplumun çeşitli parçalarının sosyal düzeni korumak için nasıl işlediğini işaret eder.	Yapısalcı odak: toplumun çeşitli parçalarının sosyal düzeni korumak için nasıl işlediğini işaret eder.	'Hasta rolü' (doktorların ve hastaların nasıl davranması gerektiğine dair toplumsal beklentiler) hastalığın yönetimini sosyal bir deneyim olarak ortaya koymaktadır.
Marksizm	Karl Marx Friedrich Engels Vicente Navarro Howard Waitzkin Evan Willis	-Sınıf çatışması -Kapitalizm -Tıbbi-endüstri -Kompleks -Metalaşma -Sağlık hizmetlerinin metalaşması	kapitalist bir toplumda kıt kaynakların eşitsiz dağılımının nasıl sınıf ayrımına dayandığını gösterir ve kimlerin faydalanıp kimlerin dezavantajlı olduğunu vurgular.	Sınıf ve sağlık durumu arasındaki ve sınıf, tıbbi güç ve kâr maksimizasyonu arasındaki bağlantıları analiz eder.
Webercilik	Max Weber Robert Alford Magali Larson George Ritzer Anne Witz	-Bürokrasi -İdeal tip -Rasyonelleştirme -McDonalddlaştırma	Eylemliliğe odaklanmayı yapısalcı eğilimlerle birleştirir: sosyal yaşamın giderek daha fazla düzenlenmesinin nasıl gerçekleştiğini ve	Sağlık çalışanlarının nasıl giderek daha fazla düzenlemeye ve yönetsel kontrole tabi olduğunu, bunun da sağlık hizmeti sunumunda daha fazla

			insan yaratıcılığını nasıl engelleyebileceğini gösterir; ayrıca sosyal eşitsizlik ve sosyal çatışmanın çeşitli biçimlerini açıklar.	verimlilik ve tekdüzellik yarattığını ancak potansiyel olarak hasta bakımının etkinliğini azalttığını inceler.
Sembolik Etkileşim	George H. Mead Erving Goffman Herbert Blumer Howard S. Becker Anselm Strauss	-Benlik -Etiketleme teorisi -Stigma -Toplam kurumlar -Anlaşılmalı düzen	İrade odaklı: Bireysel ve küçük grup etkileşiminin, sosyal davranış kalıplarını oluşturmak ve değiştirmek için günlük ortamlarda sosyal anlamı nasıl meydana getirdiğinin altını çizer.	Belirli davranış biçimlerinin nasıl ve neden sapkınlık olarak ele alındığını ortaya çıkararak, davranışları 'anormal' kabul edilen sosyal grupların (örneğin eşcinseller) damgalanmasını, olumsuz sonuçlarını, etkileşimciliğini ve önyargılı muamelesini gözler önüne serer.
Feminizm	Ann Oakley Sylvia Walby Arlie Hochschild Rosemary Pringle	-Ataerkillik -Cinsiyet -Cinsel iş bölümü	Yapısalcı ya da irade odaklı bir dizi akımdan oluşur; kadınların toplumdaki eşitsiz konumunu açıklamaya ve ele almaya çalışır.	Yapısalcı ya da eylem odaklı bir dizi akımdan oluşur; kadınların toplumdaki eşitsiz konumunu açıklamaya ve ele almaya çalışır.
Modernizm	Norbert Elias Ulrich Beck Pierre Bourdieu Anthony Giddens	-Yapılandırılmalar -Uygarlaştırma süreçleri -Habitus -Risk toplumu -Refleksif modernite	Yapı ve iradeyi bütünleştirmeye çalışan çeşitli sosyolojik teoriler grubu	Sağlık risklerinin bireyler, sağlık profesyonelleri ve sosyal kurumlar (örn. devletin sağlığı geliştirme kampanyaları) tarafından nasıl

				tanımlandığını ve uygulandığını araştırır.
Post-modernizm	Michel Foucault Nicholas Fox David Armstrong Deborah Lupton	-Söylem -Panoptikon -Biyo-güç -Gözetim -Performatiflik -Öznellik	İrade odaklı: evrensel doğrulara ve yapısalcı varsayımlara dayalı teorileri eleştirir; öznellik, çeşitlilik ve parçalanma üzerine yoğunlaşır.	Normallik söylemlerinin ve panoptik etkilerin belirli sosyal grupları disipline ve kontrol etmeye nasıl hizmet ettiğini inceler

Kaynak: Germov, 2005, aktaran Kömürçü, 2024: 35

Tablo da görüldüğü üzere; sağlık ve hastalık olgusuna sosyolojik bakış, hastalıkların nedenlerini toplumsal etkenlere dayandırmaktadır. Marksist yaklaşım bu durumu, kâr elde etme arzusuyla açıklar. Parsons ise hastalığı, bireylerin sosyal rollerinden kaynaklanan talepler karşısında yaşadığı zorluklarla ilişkilendirir. Foucault, sağlığı nüfusu denetim altına almanın bir aracı olarak değerlendirirken; feminist kuram, sağlığı erkek egemen bakış açısının bir yansıması olarak ele alır ve kadının toplumsal rollerini sürdürebilmesinde bir araç olarak görmektedir (Kömürçü, 2024: 35).

Sonuç olarak, tüm yaklaşımlar sağlık ve hastalık olgusunu bir sosyal kontrol aracı olarak değerlendirmekte sağlık kurumunu ise toplumsal düzenin sürdürülmesine hizmet eden bir yapı olarak tanımlamaktadır. Tüm bu bilgiler doğrultusunda çalışmada; sağlık sosyolojisi çerçevesinde hekimlik pratiği; işlevselci kuram, sembolik etkileşimcilik kuram, çatışma kuramı ve postyapısalcılık kuram ile ele alınacaktır.

2.6.1. İşlevselci Kuram

İşlevselci kurama göre; toplum, birbirine bağlı parçalardan oluşan bir bütünü temsil etmektedir. Toplumu oluşturan bu parçalar, sistemin bütünlüğünü sağlaması için uyum içinde çalışmalıdır. Bu uyumun sağlanabilmesi için de çevreyle olan ilişkiler, toplumda rol dağıtımı, toplumsallaşma süreci ve sapkın davranışların düzenlenmesi önemlidir (Swingewood, 1998: 272, aktaran Aydın, 2014: 227). Toplumsal birimler, sürekli birbirine bağlı, istikrarlı ve bütünleşik yapılar olarak kabul edilmektedir; her

biri toplumun devamlılığını sağlamak için belirli işlevleri yerine getiren parçalardan oluşmaktadır (Şavran, 2019: 25).

Her bir parçanın ve birimin kendine özgü bir anlamı bulunmaktadır. Bununla birlikte her bir birimin ayrı işlevi vardır. Bu işlevler, parçaların bir bütün olarak uyum içinde çalışmasıyla ortaya çıkar. Bu anlayışta, birimler arasındaki farklılaşma ve karşılıklı bağımlılık temel bir öneme sahiptir (Kınsün, 2023: 160). Buna göre; sağlık kurumları da tüm toplumsal yapılarda varlığını korumaktadır ve bu yapıların bir parçası olarak yer almaktadır. Bu nedenle sağlık, bağlı bulunduğu toplumsal yapının işlevsel ilişkilerine uyumlu şekilde faaliyet göstermektedir (Aytaç ve Kurttaş, 2015 :233). Bu yönden sağlık kurumları toplumsal yapının ayrılmaz bir parçası olarak, farklılaşmış ancak birbirine bağlı işlevleriyle toplumun genel uyum ve devamlılığını sağlayan bir rol üstlenmektedir.

Toplumu bir sistem olarak ele alan bu yaklaşımın gelişiminde Parsons'un önemli bir katkısı olmuştur. Parsons (1951), "*Sosyal Sistem*" adlı eserinde, sağlık ve hastalık olgularını analiz eden ilk özgün fonksiyonalist bakış açısını geliştirmiştir; sağlığın toplumsal sistem içindeki işlevsel rolüne odaklanmıştır (Turner, 1990: 11, aktaran Aytaç ve Kurttaş, 2015: 243). Buna göre; toplum, hem hekimlere hem de hastalara önceden belirlenmiş belirli roller vermiştir ve bireyler hastanelerde bu roller doğrultusunda davranmaktadır (Cirhinlioğlu,2024: 53). Hasta rolünde; bireyler, sağlıkları bozulduğunda bu rolü üstlenmektedir. Hasta rolü, kişinin günlük kişisel ve sosyal yaşamından geçici olarak çekilmesi anlamına gelir. Hastalanan bireyler, tedavi sürecinde sosyal çevrelerinden ve iş yaşamlarından uzaklaşarak bir süreliğine işlevlerini yerine getiremez hale gelirler. Bu dinlenme ve tedavi süreci, kişinin sağlığına kavuşmasına kadar sürer. Dolayısıyla, hasta rolü kalıcı değildir ve hastalık sona erdiğinde sonlanan geçici bir roldür; bireyler iyileştiklerinde toplumsal sorumluluklarına kaldıkları yerden devam etmeye başlarlar (Bingöl, 2017: 167).

Hekimlerin bu ilişkideki rolü, hastanın yaşamı ya da ölümüyle ilgili kararlar alma yetkisine dayanır. Bireyler hastalandıkların da toplumsal açıdan sapma gösterir ve iyileşmeleri gerekir; bu sorumluluk ise hekimlere aittir. Hekimler, sahip oldukları bilgi ve yetenekle bu iyileşmeyi sağlama gücüne sahiptir. Bu ilişkide eşitlik söz konusu değildir; hekimler güçlü, statü sahibi ve prestijliyken, hastalar daha bağımlı ve edilgen

bir konumdadır. İşlevselci yaklaşıma göre bu durum olumludur çünkü teknik bilgiye sahip olanların ödüllendirilmesi, sağlıklı bir toplumun sürdürülmesi açısından gereklidir. Bu sayede hastalar da eğitilmiş sağlık profesyonellerine güven duyar. Parsons’a göre bilgi asimetrisi sorun oluşturmaz; çünkü hekimler evrensellik, tarafsızlık ve ortak değerlere bağlı kalarak herkes için eşit ve etik bir hizmet sunmalıdır (Ertong, 2011: 39).

Parsons (1978), hekim ve hasta rollerini “*ideal tip*” olarak tanımlamış ve bu kavramı belirli bir sosyal organizasyonun temel özelliklerini analiz etmek için bir yöntem olarak kullanmıştır (Parsons, 1978, aktaran Öngören, 2017: 61).

Parsons (1951), hekim rolünde dört temel özelliğe dikkat çekmektedir;

- *Hekimler, hastalığı iyileştirmek için, yüksek düzeyde ki bilgi ve becerilerini kullanacaklardır.*
- *Kendi çıkarları ya da para için değil, kamunun çıkarı ve hastanın iyiliği için hareket edeceklerdir.*
- *Tarafsız olacaklardır ve duygusal davranmayacaklardır. Hastanın davranışlarını kendi değerleri ile değerlendirmeyeceklerdir.*
- *Meslek kurallarına göre hareket edeceklerdir.*
- *Hastanın fiziksel ve kişisel hayatın en ücra köşelerini bilmeye hakkı vardır.*
- *Çok ciddi şekilde, mesleksi bir özerkliğe sahiptirler.*
- *Hasta ile olan ilişkilerinde hakimiyet ellerindedir* (Parsons, 1951, aktaran Cirhinlioğlu, 2024: 55).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda, hekimlik pratiği işlevselci kuram çerçevesinde yalnızca bir meslek değil, aynı zamanda toplumsal düzenin sürdürülebilirliği açısından kritik bir rol olarak karşımıza çıkmaktadır. Parsons’un geliştirdiği ideal tip kavramı, hekim-hasta ilişkisini belirli toplumsal roller üzerinden açıklayarak bu ilişkinin toplumdaki işlevine vurgu yapar. Hekimler, sağlık sisteminin merkezinde yer almakta, bilgi ve uzmanlıkları sayesinde bireylerin yeniden topluma kazandırılmasını sağlamaktadır. Bu çerçevede hekim, yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda toplumsal düzenin devamlılığını da güvence altına alan bir aktör konumundadır.

Hekimlerin bilgiye dayalı otoriteleri, hastanın geçici olarak üstlendiği hasta rolünü sonlandırmak ve onu yeniden üretken birey rolüne döndürmek açısından önemlidir. Dolayısıyla hekimlik pratiği, bireysel bir iyileştirme sürecinden çok daha fazlasını ifade etmektedir. İşlevselcilik kuramın da hekimlik pratiği; toplumun istikrarı, üretkenliği ve genel sağlığı açısından bir işlev üstlenmektedir. Bu nedenle hekim-hasta ilişkisi, sadece bireysel düzeyde bir etkileşim değil, toplumsal işlevlerin sürekliliğini sağlayan temel bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir.

2.6.2. Sembolik Etkileşimcilik Kuramı:

Sembolik etkileşimci yaklaşım, esas olarak sosyal psikoloji alanındaki çalışmalarından etkilenecek gelişmiştir. Bu kuramın öncü isimleri arasında, George Herbert Mead (1863–1931) ve Herbert Blumer (1900–1987) bulunmaktadır (Gökulu, 2019: 174).

Bu yaklaşım, insanların kendi gelişim süreçlerinde ne kadar yaratıcı olduklarının anlaşılmasına vurgu yapmaktadır. Semboller ve iletişim yoluyla bireylerin günlük yaşamda gerçekleştirdikleri etkileşimlerden nasıl bir düzen (order) ve anlam (meaning) oluşturdıkları üzerine çıkarımlarda bulunmaktadır (Turhanoğlu, 2019: 89).

Herman ve Reynolds (1995) 'a göre, sembolik etkileşimciler bu teorinin temel varsayımlarını şu şekilde belirtmektedir:

- İnsanlar, öğrenilmiş anlamların sembolik bir dünyasında yaşarlar
- Semboller, toplumsal süreçlerde ortaya çıkar ve paylaşılır
- Semboller, insan davranışını etkilemesi bakımından önemlidirler
- Zihin, işlevsel, irade sahibi ve bireyin çıkarlarına hizmet eden teleolojik bir varlıktır
- Benlik, toplumsal bir kurgudur
- Toplum, toplumsal süreçler sonucunda ortaya çıkan dilsel ya da sembolik bir kurgudur
- “Sempatetik içe bakış” (sympathetic introspection) sorgulamanın zorunlu bir biçimidir (Herman ve Reynolds, 1995: 1-2, aktaran Turhanoğlu, 2019: 92-93).

Buna göre; sembollerin ve anlamların paylaşılması, sembolik bir dünyada mümkün olmaktadır. Sembolik etkileşimcilik, dünyayı bireyin kendi bakış açısıyla tanımlamayı ve açıklamayı temel alan bir teoridir. Bu yaklaşım, bireyler arasındaki etkileşimi anlamaya çalışmaktadır. Buna göre, bir nesnenin yalnızca tek bir anlamı yoktur; nesneye yüklenen anlamlar, sosyal etkileşim süreci içinde öğrenilmektedir (Maycock, 2014, aktaran Kömürcü, 2024: 37).

Sembolik etkileşim, işlevselciliğin eleştirisi üzerine kurulan yaklaşımlardan biridir. Bu modele göre hekimle hasta arasındaki ilişkiler belli bir muayyane odasında geçtiğine göre, böyle bir ortam müzakare yapılmasını gerekli kılar. Bu müzakere Parsons'ın dediği gibi zorunlu olarak çatışmayı içerisinde barındırmayabilir. Muayenede ki belli koşullar müzakareyi belirler ve yönünü tayin eder. Bu ilişki hem uzlaşmayı hem de çatışmayı içerisinde barındırabilir. Bu ilişkinin etkilendiği faktörler ise çok yönlüdür; hastalığın şiddetinden olduğu kadar hastanelerin yapısından, yaş, cinsiyet, sınıf, etnik köken gibi toplumsal faktörlerde etken olabilmektedir. Bu perspektif; hekim-hasta ilişkisinin uzlaşmaya mı yoksa çatışmaya mı yol açtığından çok, bu ilişkinin nasıl oluştuğu, nasıl sürdürüldüğü ve nasıl değiştiği üzerine odaklanmaktadır (Cinhirlioğlu, 2014 :59). Bu bilgiler doğrultusunda sembolik etkileşimcilik de; doğum, ölüm ve hastalığa verilen anlamlar, önemlidir. Sağlığın ve hastalığın anlamını belirleyen, hasta-hekim ilişkisinde önceden belirlenen roller etkili değil, çevresel ve toplumsal faktörler etkilidir.

Sembolik etkileşimci yaklaşım, hekimlik pratiğine bireylerin sağlık, hastalık ve tedaviye yüklediği anlamlar çerçevesinde bakmayı mümkün kılmaktadır. Bu kurama göre, sağlık hizmetleri sabit ve tek yönlü bir yapıdan ziyade, hasta ile hekim arasında gerçekleşen dinamik bir etkileşim sürecidir. Hekimlik uygulamalarında, bireylerin toplumsal geçmişleri, cinsiyetleri, etnik kimlikleri, yaşları ve yaşadıkları çevre gibi faktörler, sağlık algılarını ve beklentileri önemlidir. Bu nedenle, hekim-hasta ilişkisi yalnızca bir bilgi aktarımı değil, aynı zamanda anlamların müzakere edildiği bir etkileşim alanıdır. Dolayısıyla sembolik etkileşimci yaklaşım, hekimlerin hastalarıyla iletişim kurarken sadece klinik bilgilerle değil, onların deneyim dünyalarıyla da bağ kurmaları gerektiğini vurgulamaktadır.

2.6.3. Çatışmacı Kuram

İşlevselciliğe eleştiri olarak ortaya çıkan çatışma kuramı, toplumsal analizde göz ardı edilen çıkar farklılıkları ve toplumsal çatışmaları merkeze almayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, işlevselci kuramın vurguladığı değerler birliğinin aksine, toplumun çatışan çıkar gruplarına odaklanmaktadır. Marshall (1999) 'a göre; çatışma kuramcılarının temel görüşü “*toplumsal düzenin var olma nedeninin konsensüsten ziyade baskı olduğu*” yönündedir (Marshall, 1999: 112, aktaran Suğur, 2019: 60). Bu bağlamda toplumu sınırlı kaynaklar ve güç üzerinde rekabet eden grupların oluşturduğu bir çatışma alanı olarak değerlendirmektedir. Bu bakış açısında, toplumsal yapının bütünlüğünden çok, çıkar çatışmaları ve güç ilişkileri önemlidir (Özçelik Adak, 2002: 137, aktaran Aşğa, 2023: 14). Buna göre çatışma teorisinde toplumsal değişim ve çatışma, toplumun temel dinamiğini oluşturmaktadır. Böylelikle toplumdaki gruplar arasında var olan eşitsizlikler ve ayrılanlar, sosyal yapıyı yeniden oluşturmakta ve değiştirmektedir. Bu durum, güç, kaynak durumu, statü ve ideolojik farklılıklar gibi faktörlerden kaynaklanabilmektedir (Bingöl, 2022: 112-113). Çatışma teorisi, çatışmanın sürekli devam eden bir süreç olduğunu savunmaktadır. Bu teori daha çok Karl Marx ve Marksizm ile özdeşleştirilmiştir (Akdağ, 2020: 5233).

Bu kurama göre modern tıp alanı ve sağlık sistemi uygulamaları kapitalist yapının etkisi altındadır. Bu nedenle sağlık, hem verimsiz, hem aşırı maliyetli hem de ciddi eşitsizlikler barındırmaktadır. Lupton (2003) bu yaklaşımla tıp profesyonellerinin uygulamalarının yarattığı fiziksel ve toplumsal olumsuzluklara dikkat çekerken, aynı zamanda tıbbın toplumu denetim altında tutan bir sosyal kontrol mekanizması haline gelmesini eleştirel bir bakışla değerlendirmektedir (Lupton, 2003: 8-9, aktaran Aytaç ve Kurttaş, 2015: 245). Bu bağlamda sağlıkta güç dinamiklerini açıklamak için bir çerçeve sunmaktadır. Sağlık sistemlerindeki çatışmaların temelinde genellikle kaynakların dağıtımı, statü, etki alanları ve değerler gibi faktörler yatmaktadır. Örneğin, bir sağlık kuruluşunda, doktorlar ile hemşireler arasında yapılan bir çatışma; güç ve statü mücadelesinden kaynaklanabilir.

Bloor ve Horobin (1975) 'nin araştırmasına göre; hekimler hastayı ikilemeye itmektedir. İlk olarak hastadan şikayetlerini tasvir etmelerini beklemektedir. Bir anlamda hastadan hekime gelmeden önce rahatsızlığı kendi başına ve mümkün olduğu

kadar açık bir şekilde anlatmasını istemektedir. Çünkü bu muayyane odasında gereklidir. Oysa hastalığını tasvir eden hasta bir sonraki aşamada kendi hastalığına ilişkin hekimden gelecek yorumlar karşında yine pasif kalacaktır. Dolayısıyla kendiliğinden çelişki ve çatışma üreten bir ilişki doğacaktır. Bu her zaman açık bir şekilde olmayabilir (Bloor ve Horobin, 1975, aktaran Cirhinlioğlu, 2024: 58).

Konuyla ilgili literatür incelemesi ışığında; çatışma kuramı, hekimlik uygulamalarını toplumsal eşitsizlikler ve güç ilişkileri çerçevesinde değerlendiren bir yaklaşımdır. Bu kurama göre, sağlık sistemi içinde doktorlar, hemşireler ve hastalar arasında statü, güç ve kaynak paylaşımı konusunda çeşitli çatışmalar yaşanabilmektedir. Hekimlik sadece hastalıkları tedavi etmekle sınırlı değildir; aynı zamanda toplumsal düzenin sürdürülmesinde rol oynayan bir kontrol mekanizması haline gelmiştir. Çatışma teorisi, sağlık sistemlerindeki çatışmaları anlamak ve çözmek için önemli bir araç olabilir. Örneğin, sağlık politikalarının oluşturulması sürecinde, paydaşların çıkarlarını dengelemek ve adil bir politika ortamı oluşturmak için çatışma teorisi kullanılabilir. Ayrıca, sağlık kuruluşlarında güç mücadelelerinin azaltılması ve iş birliğinin artırılması için çatışma teorisi temelli yönetim stratejileri geliştirilebilir.

2.6.4. Postyapısalcılık Kuramı

Post-yapısalcılık, en temel anlamıyla insan olma durumu, dünya ve anlamların yaratılması ile bunların yeniden üretim süreçleri arasındaki bağlantıları inceleyen bir yaklaşımdır (Belsey, 2002, aktaran Ulusoy, 2012: 119). Levi-Strauss (1963) 'a göre sosyal yapı; zihinsel etkinliklerle bireyler arasındaki gözlemlenebilir görünür gerçekliklerin arkasında yer alan gizli bağlantılar aracılığıyla açıklanabilir (Strauss, 1963, aktaran Nar, 2014: 35). Bu şekilde hastalık ve sağlık, bir toplumun değerleri, inançları ve sembolik sistemleri tarafından etkilenmektedir. Bu yaklaşım, içerdiği farklı görüşler sayesinde dilbilim, antropoloji, psikanaliz ve sosyoloji gibi birçok disiplinin ilerlemesine katkı sağlamıştır (Güler, 2013: 2).

Bu kuramın önde gelen isimlerinden biri Paul-Michel Foucault'dur. Foucault (2003); çalışmalarında delilik, sapkınlık ve modern tıbbın ortaya çıkışı gibi konular üzerinden, iktidarın tıp aracılığıyla beden üzerinde nasıl bir tahakküm kurduğunu analiz etmektedir. Ayrıca, toplumsal yapıların ve süreçlerin sağlık olgusu üzerindeki etkilerine vurgu yapmaktadır (Foucault, 2003, aktaran Aşğa, 2023: 15). Bu çerçevede,

Foucault'nun beden kavramına dair yaptığı tanımlamalar, post yapısalcı yaklaşımın temelini anlamak açısından önemli görülmektedir.

Foucault (2003) 'un “özne” kavramı tüm düşünsel çabalarının merkezinde yer almaktadır. Ancak Foucault'a göre özne, beden ve iktidardan bağımsız düşünülemez; çünkü iktidar, öznenin değerlerini, normlarını ve söylemlerini yeniden üretirken bu süreci beden üzerinden yürütmektedir (Foucault, 2003, aktaran Bingöl, 2017: 93). Bu yüzden beden, sadece biyolojik bir varlık olmanın ötesinde, iktidarın işlediği ve biçim verdiği bir alan olarak sosyolojik bir anlam taşımaktadır.

Lupton (2003) 'a göre, tıp bilimsel bir alan olarak toplumsal yapı içinde insan bedeni üzerindeki sosyal ve kültürel etkileri ön plana çıkarmaktadır (Lupton, 2003, aktaran Aytaç ve Kurdaş, 2015: 245). Bu bağlamda insan bedeni sadece biyolojik bir varlık değil aynı zamanda toplumsal yapı içinde incelemesi gereklidir.

Turner (1997) 'e göre; insan bedeni çevre ile diyalektik ilişkidir ve üç biçim de kendini belli etmektedir. Birinci durumda, birey bedeni kendisine yabancı bir çevrenin parçası gibi algılamaktadır. Özellikle hastalandığında, bedenini kendinden ayrı bir varlık olarak görmeye başlamaktadır. Bu durum, “*bedene sahip olma*” şeklinde tanımlanmaktadır; burada beden, sanki bireyden bağımsız bir nesneymiş gibi algılanır. İkinci durumda ise birey, bedeni üzerinde tam bir kontrol sahibidir. Bedenin varlığı çoğu zaman fark edilmez; gündelik yaşamda beden, verilen komutlara sorgusuzca uyar. Örneğin oturmak, yürümek ya da kalkmak gibi eylemlerde beden otomatik olarak görevini yerine getirir. Bu durum “*bedeni oluşturma*” ya da “*bedeni kurma*” biçiminde ifade edilir. Üçüncü durumda ise beden, toplumsallaşma süreciyle birlikte şekillenir. Birey, özellikle çocukluk döneminde bedeninin farkına varır, onu kullanmayı öğrenir ve zamanla üzerinde bir egemenlik kurar. Bu da “*bir beden olma*” olarak tanımlanmaktadır (Turner, 1997, aktaran Cırhinlioğlu, 2024: 84-85). Bu açıdan bu perspektif; bedenlerin nasıl kontrol edildiği, düzenlendiği ve yeniden üretildiği konularını ele almakla birlikte bireylerin bedenlerini toplumsal, kültürel ve tarihsel bağlamlarda anlamaya ve analiz etmeye odaklanmaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında post-yapısalcı kuram ve bu yaklaşıma katkı sunan düşünürlerin beden, iktidar ve söylem üzerine yaptığı analizler, hekimlik pratiğini sadece biyomedikal bir uygulama alanı olmaktan çıkarmaktadır. Beden ve iktidar

ilişkinine dair görüşler, hekimlik mesleğinin yalnızca hastalıkları tedavi eden bir rol üstlenmediğini, aynı zamanda bireylerin bedenleri üzerinde normlar üreten, denetleyen ve biçimlendiren bir otorite işlevi gördüğünü ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, modern tıbbın pratikleri; bireyleri sadece fiziksel olarak iyileştirme amacı taşımaz, aynı zamanda onları toplumsal düzene uygun hale getirme işlevi de görmektedir. Bedenin toplumsal boyutuna dair yapılan sınıflandırmalar ise, hastalık deneyiminin bireysel algılarla sınırlı olmadığını, sosyal yapılar ve kültürel normlar tarafından şekillendiğini göstermektedir. Dolayısıyla, hekimlik uygulamaları; yalnızca tanı ve tedavi süreçlerini değil, bireyin bedenine ve sağlığına dair anlam dünyasını da içermelidir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TARİHSEL SÜREÇ İÇERİSİNDE TIP VE TIBBİ POLİTİKALAR

Tıbbın tarihi çok eski çağlara dayanmaktadır. Tıp tarihi, insanlığın tarih boyunca sağlıkla ilgili düşüncelerini, uygulamalarını ve keşiflerini inceleyen önemli bir alandır (Özay, 2021: 12). Çalışmanın bu bölümünde Osmanlı ve Türkiye’de ki tıp politikaları incelenerek sağlığın değişimi ve gelişim süreçleri ana hatlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır.

3.1. OSMANLI’DA TIP

Osmanlı döneminde tıbbın temelini hem geleneksel yöntemler hem de İslam tıbbı oluşturmaktadır. 18.yüzyıldan 20. yüzyıla kadar Osmanlı tıbbı, tıbbi sorunlara öncelik vererek İslam tıbbının birikimi içinde çözümler aramıştır. Avrupa’da Rönesans sonrasında yaşanan tıbbi gelişmelerle birlikte zaman içinde uygulanan geleneksel yöntemler yerini modern tıba bırakmıştır. Osmanlı döneminde hekim ihtiyacı, başlangıçta medreselerde tıp eğitimi alanlar ile usta-çırak yöntemiyle yetişen hekimler aracılığıyla karşılanmıştır. Bu hekimler, aldıkları tıbbi bilgileri deneyimleriyle pekiştirerek, hocalarının verdiği icazetle uygulamaktaydı (Bayat, 2016: 295-297).

Osmanlı döneminde, özellikle serbest çalışan hekimlerin uyması gereken etik kurallar, fütüvvetnamelerde ayrıntılı şekilde belirtilmiştir. Bu metinlerde yer alan ahlaki ilkeler arasında; iffetin (namusluluk ve ahlaki duruluk), tövbenin, cömertliğin, şecaatin (yiğitlik ve cesaret), tevazunun (alçakgönüllülük), emniyetin (güvenilirlik), hikmetin (bilgelik), doğruluğun, hidayetin (doğru yolda olmanın), adaletin ve vefanın yer aldığı görülmektedir. Bu değerler, hekimin mesleki kimliğinin yanında, toplumsal itibarı ve güvenilirliği açısından da önemli kabul edilmiştir (Altıntaş ve Doğan, 2003, aktaran Songur ve Saygın 2014: 2003). Bu şekilde Osmanlı’da hekimler teknik becerilerinin yanı sıra karakterleri de ele alınıp o şekilde seçilmekteydi.

Osmanlı’da, özellikle Fatih Sultan Mehmet döneminde sağlık sistemi içinde en önemli kurumlardan biri “*hekimbaşılık*” olmuştur. Padişahın birinci hekimi olan hekimbaşı, aynı zamanda saray hekimlerinin başı ve sarayın Birun teşkilatında yer alan bir yetkili olarak görev yapmıştır. Hekimbaşı, yalnızca saraydaki sağlık hizmetlerinden

değil, tüm ülke genelindeki sağlık sisteminden de sorumlu olan en üst düzey sağlık görevlisiydi. Osmanlı'da bu görev yaklaşık 380 yıl boyunca devam etmiş ve bu süre zarfında toplam 46 hekimbaşı görev yapmıştır (Serin, 2020: 29).

Devletin sağlık hizmetlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin görevlendirme yetkisine sahip olan tek resmi kurum Reisületıbbı (Hekimbaşı) makamıydı. Bu dönemde, başka bir resmi sağlık örgütü bulunmamaktaydı. Dolayısıyla, halkın büyük bir kısmı sağlık hizmetlerini genellikle serbest çalışan tabip ve cerrahlardan, belirli bir ücret karşılığında almaktaydı (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

Osmanlı sağlık sistemi, hem geleneksel tıp bilgisi ve etik değerlerle donanmış hekimler ile uzun süreli merkezi otorite konumundaki hekimbaşı kurumu aracılığıyla oluşturulmuştur.

3.2. TÜRKİYE'DE TIBBİ POLİTİKALAR

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çabalar, Cumhuriyetin ilanıyla birlikte başlamıştır (Yılmaztürk, 2023: 441). Günümüzde de halen devam etmektedir.

3.2.1. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları:

Bu süreçte, sağlık politikalarının belirlenmesinde Batı ülkelerindeki uygulamalardan yararlanılmıştır. 1920-1923 yılları arasında daha çok mevzuat düzenlemelerine odaklanılmıştır (Yılmaztürk, 2023: 441-442).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasının ardından, 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanunla Sağlık Bakanlığı resmen kurulmuştur. Bakanlığın ilk yöneticisi, Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Bu dönemde sağlık alanında düzenli veri kaydı oluşturmak mümkün olmamış, öncelik savaşın yaralarını sarmaya ve sağlıkla ilgili yasal altyapıyı oluşturmaya verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2025).

Cumhuriyet ilanı sonrası bu dönemde uygulanan sağlık politikaları; henüz savaştan yeni çıkmış olan ülkenin sağlık sorunlarına yönelik çağdaşlaşma uygulamalarını içermektedir.

3.2.2. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları:

1923 yılı Türkiye’inde sağlık hizmetleri; hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmekteydi (Sağlık Bakanlığı, 2025).

Sağlık alanındaki temel yapılanma, 1925 yılında Dr. Refik Saydam’ın ikinci kez Sağlık Bakanı olarak göreve başlamasıyla gerçekleşmiştir. 1937 yılına kadar görevde kalarak en uzun süre Sağlık Bakanlığı yapan Dr. Saydam, Türkiye’de sağlık sektörünün örgütlenmesinde birçok önemli çalışmaya öncülük etmiştir (Karabulut, 2007: 152).

Sağlık Bakanlığı’nın 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma planında belirlenen hedefler ise şu şekilde sıralanmıştır:

- 1- *Devlet sağlık örgütünü genişletmek*
- 2- *Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek*
- 3- *Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak*
- 4- *Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla savaşmak*
- 5- *Sağlıkla ilgili yasaları yapmak*
- 6- *Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye dek götürmek*

7- *Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak* (Sağlık Bakanlığı, 2025).

Buradan bu dönemde; sağlık alanında teşkilatlanmanın yaygınlaşması politikalarına önem verilerek; sağlık erişimindeki sıkıntıların giderilmesine yönelik çalışmaların yapıldığı görülmektedir.

3.2.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları:

Üçüncü Sağlık Bakanı Hulusi Alataş’ın ardından göreve gelen Dr. Sadi Konuk, 18 Ocak 1945 ile 5 Ağustos 1946 tarihleri arasında Sağlık Bakanı olarak görev yapmış; bu dönemde İşçi Sigortaları Kurumu’nu kurarak iş kazaları ve meslek hastalıklarının tedavisini kapsayan sigortalama sisteminin temelini atmıştır (Nesipoğlu, 2018: 172).

Bu dönemde, bir yandan koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirme çabaları sürerken, diğer yandan yataklı tedavi hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda olduğu anlayışı benimsenmiş ve bu doğrultuda tedavi hizmetlerine yönelim başlamıştır. Salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsayan “*Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı*” hazırlanmıştır. Ancak zamanla koruyucu hizmetlerin önceliği geri planda kalmıştır. Bakanlık hastane yatırımlarına ağırlık vermiştir. Sağlık işgücü politikalarında da değişiklik yaşanmış; uzman hekimlere, pratisyenlere kıyasla daha yüksek ücret ödenmeye başlanmış ve uzman hekim sayısında artış gözlenmiştir. Bu gelişmeler, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci planda kalmasına neden olmuştur (Alacadağlı, 2016: 3).

Tüm gelişmelerle şunları söylemek mümkündür; halkın sağlık ihtiyaçlarına öncelik verilmiş bu yönde sağlıkta hizmetleri arttırılmıştır. Bu kapsamda hastane sayıları ve yatakların sayısı yükseltilmiştir. Hekimlikte uzun süreli çalışanlara daha fazla maaş ödenmesine başlanmıştır. Ayrıca daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanılmıştır.

3.2.4. 1960-1980 Yılları Sağlık Politikaları

1960'lı yıllarda, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in hazırladığı ve 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 sayılı Kanun yürürlüğe girmiştir. Bu kanun, kamu kurumlarının gelirlerinden bağımsız olarak, sağlık ve ilaç hizmetleri için ödenen primlerin paylaşılması yoluyla, her türlü sağlık hizmetinin ücretli ya da ücretsiz şekilde sunulmasını amaçlamaktadır. Böylece, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde bir hak olarak tanımlanan sağlık hizmetleri, sosyal adalet ilkesi ile vatandaşların eşit şekilde yararlanmasını sağlamaktadır. Fakat bu yasa ile sağlık hizmetleri özünde sosyalleşme çerçevesinde vatandaşların sağlık güvencesini kontrol altına almaya çalışırken, özel sektör serbest bırakılmıştır. Bu doğrultuda;

- 1962 Yılında kabul edilen “*Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*” ile 224 sayılı yasanın ilkeleri esas kabul edilmiştir ve 1963 yılında ilk olarak Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır.

-1978 Yılında 2162 sayılı “*Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları Kanunu*” çıkartılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2025).

Bu kapsamda; ülke 16 sağlık b6lgesine ayrılmış, sağlık personelinin ihtiyaç duyulan b6lgelere y6nlendirilmesi için teşvik edici d6zenlemeler getirilmiştir. Ancak bu yasa 1980 yılında y6r6rl6kten kaldırılmıştır. Aynı d6nemde, sağlık alanında 6nemli tartışmalardan biri olan “*Genel Sağlık Sigortası (GSS)*” konusu da g6ndeme gelmiştir. GSS ile ilgili tartışmalar bu yıllarda başlamış olsa da, ilk taslak 1967 yılında hazırlanarak Bakanlar Kurulu’na sunulmuş ancak tasarı kabul edilmemiştir. Tasarı birkaç kez daha tekrar sunulmuş, fakat yine de onay alamamıştır (Kumbasar, 2016, aktaran Ak, 2021: 29).

Bu gelişmeler, T6rkiye’de sağlık politikalarında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve yaygınlaştırılması açısından 6nemli adımlar atılmışsa da 6zel sekt6r6n serbest bırakılması ve GSS’nin uygulamaya geçirilememesi nedenleri ile sağlık konusunda sıkıntılar devam etmiştir.

3.2.5. 1980-2000 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1980’lerde neo-liberal politikaların d6nya çapında yaygınlaşmasıyla birlikte, T6rkiye’de de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyon yapısı yeniden g6ndeme gelmiştir. Bu d6nemdeki h6k6metler, sağlık sisteminde reformlar yapma çabası içine girerek, sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği modelini getirmeyi, kamu hastanelerini 6zerk hale getirmeyi ve sağlık hizmetlerinin finansmanında genel sağlık sigortası sistemini uygulamayı 6neren yeni yaklaşımlar geliştirmişlerdir.

“1980’lerde sağlık alanında 6nemli yasalar çıkarılmıştır. 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Yasası bunlardan biridir. Beşinci Kalkınma Planı’ndaki gibi reformist bir çizgiye sahip bu yasanın çerçevesini aşağıdaki unsurlar oluşturmaktadır;

- *Sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolleri,*
- *Desantralizasyon (hizmet yerinden y6netim),*
- *T6keticilerin g6lendirilmesi,*
- *Halk sağlığının rol6 (Akkuş, 2019: 9).*

Bunlara bağlı 1980’lerde halk sağlığı ve koruyucu tedavi hizmetleri konusunun 6nemini koruduğunu g6rmekteyiz. Beşinci Kalkınma Planı’nda da hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine y6nelinecektir (md. 614) ifadesi kullanılmıştır. Ardından eksiklikler

giderilerek koruyucu hizmetlerin ülke geneline yaygınlaştırılmaya çalışılacağı belirtilmiştir (md. 615). 1988-1993 yılları arasında Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) iş birliğiyle sağlık alanında büyük çaplı bir reform için altyapı çalışması yapılmıştır. Bu süreç içerisinde 1990'da uluslararası finans kurumuyla yapılan anlaşma sonucunda reform çalışmaları ve sağlık sektörünün genel planlaması başlatılmıştır. Bu reform çerçevesinde; sağlık hizmetlerinin finansmanı, temel sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma, sağlık bilgi sistemleri gibi konularda düzenlemeler yapılmıştır. 1992 yılında düzenlenen 1. Ulusal Sağlık Kongresi'nde önerilen sağlık reformunda ise söz konusu düzenlemelere ek olarak hastane ve sağlık işletmeleri, birinci basamak hizmetlerinin sunumuna yönelik aile hekimliği ve insan kaynakları gibi temel başlıklar yer almaktadır (DPT, 1985: 150-156).

Sağlık planlamaları istenilen düzeyde yapılamadığı için, 2000'li yıllara gelindiğinde hazırlanan planlar büyük ölçüde önceki planlar ve kongre kararlarının tekrarları ve özetlerinden oluşmaktadır. Yedinci Kalkınma Planı (1996-2000) 'nda sağlık alanına yönelik hedefler ve planlar temel hatlarıyla şu şekildedir;

- Genel sağlık sigorta sistemine geçilmesi,
- Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,
- Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Kamu kaynaklarının öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında yerel yönetimlerin rolünün artırılması

(DPT, 1995: 41-56).

Genel olarak bu dönem; Türkiye'de sağlık politikalarının süreklilik arz eden bir dönüşüm arayışı içinde olduğunu göstermektedir.

3.2.6. 2000 ve Sonrası Yıllarda Sağlık Politikaları

2000'li yılların başında sağlık alanında öne çıkan önemli gelişmelerden biri, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 'nın duyurulmasıdır. Bu program, 2003-2011 dönemini kapsayan 1. Stratejik Plan ile birlikte hayata geçirilmiştir. Programda “dönüşüm” ifadesinin tercih edilmesi, sağlık sisteminin tamamen

yenileneceği anlamına gelmemektedir; çünkü daha önce sıkça kullanılan ve başarısızlıkla sonuçlanan “reform” kelimesinden kaçınılarak, onun yerine “Sağlıkta Dönüşüm” ifadesi benimsenmiştir. SDP’nin temel hedefleri şunlardır;

- Sağlık Bakanlığının planlama ve denetlemeden sorumlu olması,
- Emekli Sandığı, Bağkur gibi sistemlerinin GSS altında birleştirilmesi,
- Sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması ve genişletilmesi,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ve hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Sağlık personelinin bilgi-beceri ve motivasyonunun artırılması,
- Sistemi desteklemek üzere eğitim ve bilimsel kurumların tesisi,
- Sağlık hizmeti sunumunda kalite ve akreditasyon sistemlerinin düzenlenmesi,
- Akılcı ilaç kullanımı ile tıbbi malzeme ve cihaz yönetiminin uygulanması,
- Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi’nin kurulması (Bulut, 2011: 115-117).

Bu hedefler doğrultusunda aşamalarla uygulanmaya çalışılan SDP çerçevesinde, hedeflerin bir kısmına hızlıca ulaşılmıştır. Örneğin GSS sistemi, Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK) çatısı altında oluşturulmuştur. Sağlık ocakları yoluyla yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri (kişiye yönelik koruyucu hizmetler) 2004’te yerini Aile Hekimliği (Aile Sağlığı Merkezleri) uygulamasına bırakmıştır. Topluma yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ise toplum sağlığı merkezlerinin sorumluluğuna verilmiştir. 2011’de Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu çatısı altında kamu hastaneleri birlikleri oluşturulmuştur. Döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi yoluyla rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu süreçte 2013-2017 ikinci stratejik planı da hazırlanmıştır.

Türkiye’de sağlık alanındaki beşeri sermaye planlaması, Refik Saydam dönemine kadar uzansa da, bu alandaki çalışmalar genellikle nüfus ve yatak sayısı gibi kriterlere dayanmıştır; iş yükü, uzmanlık dalları ve hizmet kullanımı gibi detaylar göz önünde bulundurulmamıştır. Bu nedenle sağlık planlarında beşeri sermayeye ilişkin hedefler oldukça genel kalmıştır. Daha çok politika belirleme düzeyinde kalmış gerçek manasıyla uygulanamamıştır.. Ancak makro düzeyde hazırlanan planların gerçekçi

olabilmesi için mikro düzeyde de ayrıntılı planlamalar yapılması gerekmektedir. Son dönemde Sağlık Bakanlığı, iş yüküne dayalı mikro düzey planlama yapma çabası içine girmiştir (Şantaş ve diğ., 2012, aktaran Akkuş, 2019: 12).

Bununla birlikte SDP ile sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmış, ancak mikro düzeydeki ihtiyaçlar yeterince gözetilmediği için bu uygulama; hem sunumu gerçekleştirenler hem de sunumdan yararlananlar açısından çeşitli tartışmalara yol açmıştır.

Genel olarak sağlıkta gelişmeler değerlendirildiğinde, Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel dönüşümünün özellikle 1980 sonrası dönemde hız kazandığı görülmektedir. Bu dönemde etkisini artıran neoliberal politikalar, sağlık alanında piyasalaşma, hizmetin özelleştirilmesi ve rekabet temelli yapıların ön plana çıkmasını beraberinde getirmiştir. Başlangıçta sağlık hizmetlerinin kamusal olarak yaygınlaştırılması ve herkesin eşit şekilde erişmesi amaçlanırken, zamanla bu hedeflerin yerini verimlilik ve maliyet etkinliği gibi neoliberal öncelikler almıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TIP ENDÜSTRİSİ VE SAĞLIKTA NEOLİBERAL YÖNELİMLİ DÖNÜŞÜM İLE TUS TERCİHLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Günümüzde tıp alanında ilerlemeler yaşanırken, neoliberal politikaların sağlığın sosyal belirleyicileri üzerindeki etkisi, toplum sağlığında olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Neoliberal yaklaşımların sağlık alanındaki etkisi ele alınırken, küresel kuruluşların yönlendirmesiyle sağlık sistemlerinde gerçekleşen dönüşümler üzerinde durulmaktadır. Sağlık politikaları ise çoğunlukla sadece “sağlık hizmetleri politikalarına” indirgenmekte ve hatta bu alanda tekeli bir anlayış hakim olmaktadır (Mooney, 2014, aktaran Gönç, 2017: 160).

Sağlık politikalarındaki bu değişim hekimlerin uzmanlık kariyeri tercihlerine etki etmektedir. Bu bağlamda çalışmanın bu bölümünde; ilk olarak hekimlik mesleği değişen ve dönüşen Dünya’da tıp endüstrisi ile ele alınacak sonra tıp endüstrisinin malpraktis yasası, hasta-hekim ilişkisi, mesleki etik ve eczacılık sektörü üzerindeki etkileri incelenecektir. Ardından sağlıkta neoliberal dönüşüm süreci ile bu sürecin sağlık hizmetlerine etkileri incelenecektir. Son olarak, bu dönüşümün TUS ve TUS tercihlerine etkisi değerlendirilecektir.

4.1. DEĞİŞEN VE DÖNÜŞEN DÜNYA’DA TIP ENDÜSTRİSİ

Antik Yunan döneminde hekimlik; Carr-Saunders Wilson (1962) ’a göre genellikle deneyimli kişilerin yanında yetişen öğrenciler aracılığıyla sürdürülen bir meslekti. Roma İmparatorluğu’na gelindiğinde ise hekimlik; çoğunlukla varlıklı ailelere hizmet eden kölelerin üstlendiği bir görev haline gelmiştir. Brint (1994) ’e göre Rönesans’ın etkisiyle birlikte bilimsellik yükselmiş ve hekimlikte uygulayıcılar ile hizmet alanlar arasında güven ilişkisi önemini yitirmiştir (Wilson, 1962; Brint, 1994, aktaran Seçer, 2018: 141-142). Artık bilgi merkeze alınarak hekimlik uygulamalarına geçilmiştir. Rasyonelleşme ile birlikte sağlık alanında bir takım değişimler yaşanmıştır. Turner (1992) ’e göre rasyonelleşme; medikalleşmeyi de beraberinde getirmiştir. Artık toplumda din adamı ile hekimlik farklılaşmış, kiliselerin yerini klinikler almıştır. Kiliselerde yapılan günah çıkarma durumu, psikoloji kliniklerinde

Freud'un psikiyanalizlerine bırakmıştır (Turner, 1992, aktaran Cırhinlioğlu, 2024: 46-47).

Bu gelişmelerle birlikte; sosyal yaşamdan çalışma ilişkilerine, hukuki yapıdan siyasi sistemlere kadar birçok alanda yeni düzenlemelere yol açan sanayi devrimi ile tıp alanında da yenilikler yaşanmıştır. Bu durum sağlık bilimleri için devrimsel gelişmeler yaşanmasına zemin hazırlamıştır (Özsoylu, 2017: 42). Bu dönemde profesyonel ideoloji olarak da bilinen profesyonizm ön plana çıkmıştır. Freidson (2010) 'un profesyonelleşme anlayışının temel unsurlarından biri olan mesleki otonomi ile hekimler tanı, tedavi ve etik kararlarında bağımsız hareket edebilme yetkisine sahip olmuş ve mesleki saygınlık artmıştır. Ayrıca bununla birlikte mesleki uzmanlaşma önemli hale gelerek tıp eğitimi ve bilimsel gelişmelerin takibi artmıştır (Kurutkan, 2010: 128-131).

Sanayi devriminin etkisiyle üretim süreçlerinde yaşanan yapısal dönüşüm, sağlık hizmetlerinde endüstriyel bir dönüşümün temelini oluşturmuştur. Geleneksel sağlık sisteminde hekimler; hastalığı teşhis eden, tedavi uygulayan ve sağlık hizmetlerinin genel işleyişinden sorumlu tutulmaktayken bu dönemde iş bölümü ve uzmanlaşmanın artmasıyla bu durum değişmiştir. Sağlık sisteminin büyümesi, teknolojik gelişmeler ve hizmetlerin çeşitlenmesiyle birlikte hekimler artık yalnızca tedavi eden kişiler değil; aynı zamanda belirlenmiş yeni kurallara, sağlık protokollerine ve performans ölçütlerine uymak zorunda olan birer “uygulayıcı” konumuna gelmiştir (Kurtulmuş, 2012: 163).

Tüm bu gelişmelerin sonucunda, değişen ve gelişen dünya düzeninde artan nüfusa paralel olarak kliniklerin sayısı da çoğalmıştır ve bu kurumlar sistemli bir şekilde denetlenmeye başlanmıştır. Bu durum, hem hekim sayısının artırılmasını hem de hekimlerin niteliğinin yükseltilmesini gerekli kılmıştır. Özellikle bilgi temelli teknolojik gelişmelerin etkisiyle tedavi süreçleri artık kişiye özel, yüksek kaliteli, konforlu ve standartlara uygun hale gelmiştir. Bu bağlamda, kaliteli sağlık hizmeti sunumunu önceleyen tıpta uzmanlaşma; hekimlerin bilgi ve becerilerini ölçerek, sağlık sisteminin ihtiyaç duyduğu nitelikli iş gücünü sağlamada kritik bir rol oynamıştır.

4.1.1. Malpraktis Yasası

Hekimlik, risk içeren bir meslektir. Her tıbbi müdahalenin kendine özgü riskleri ve sapmaları bulunmaktadır. Bu nedenle, hekimlik mesleği uygulanırken hatalar ve yanlışlıklar kaçınılmazdır. “*Malpraktis*” terimi ise tıbbi hatalı uygulama, tıpta yanlış tedavi veya mesleki deneyimsizlik gibi farklı ifadelerle tanımlanmaktadır (Aykın, 2015: 117).

Malpraktis yasası, haksız fiil veya kişisel yaralama ile ilgili olarak hukukun da konusudur. Dünya Tabipler Birliği’nin Tıpta Yanlış Uygulama Duyurusu 44. Genel Kurulu (1992) ’nda kabul edilen tıbbi uygulama hataları; “*hekimin tedavi sonrasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*” olarak tanımlanmıştır (Dünya Tabipler Birliği Tıpta Yanlış Uygulama Duyurusu 44. Genel Kurulu, 1992, aktaran Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Çalışma Raporu, 1998-2000: 273).

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda malpraktis, “*hekimin bilgisizlik, deneyimsizlik veya hatası sonucunda hastanın zarar görmesi*” olarak tanımlanmıştır. Bu tür olumsuz durumlar nedeniyle hastanın zarar görmesi hukuki olarak koruma altına alınmıştır. Her tıbbi müdahale hastaya yönelik belirli bir risk oluşmaktadır. Bu yüzden malpraktis yasası önemli görülmektedir çünkü korunması gereken en önemli hak hastanın yaşam ve sağlık hakkıdır. Sağlık hizmeti sunulurken tıbbi müdahalenin hedeflenen şekilde tamamlanamaması tıbbi hata olarak kabul edilmektedir. Bu hatalar; yanlış bir işlemin yapılması, doğru işlemin yapılmaması veya doğru işlemin hatalı uygulanması şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Hekim, yanlış teşhis koyması ve hastayı yanlış tedaviye yönlendirmesi durumunda, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranışından dolayı sorumlu tutulmaktadır. Hekimin hatalı tıbbi uygulaması sonucunda ortaya çıkan hukuki sorumluluk ise Türk Ceza Kanunu çerçevesinde değerlendirilmektedir. Ancak tıbbi standartlara eksiksiz ve doğru şekilde uyulduğunda, hastada gelişen komplikasyonlardan hekim sorumlu tutulmamaktadır (Değtaş, 2018: 41).

Bununla birlikte çoğu zaman “*Tıbbi malpraktis*” durumu yalnızca hekimin kusurundan kaynaklı olmamaktadır. Fakat sağlık hizmeti hekim merkezli bir sistem içinde verildiğinden tıbbi malpraktis olgularında hekim, hukuksal sürecin baş

aktörüdür. Tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmetlerini sunan hekim, hemşire veya hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi diğer sağlık çalışanlarının; önerileri veya uygulamaları sonucu, hastalığın olağan seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden, hastanın ölümüne kadar çeşitli durumların tamamını içermektedir (Kumral ve Özdeş, 2013, aktaran Çağlar, 2019: 15-16).

Literatür incelemeleri doğrultusunda görüldüğü üzere, malpraktis yasasının getirdiği hukuki ve mesleki yükümlülükler, hekimleri daha az risk içeren branşlara yöneltmektedir.

4.1.2. Değişen Hasta/Hekim İlişkisi ve Mesleki Etik

Tıbbi ve tedavi süreçlerinin temel noktası hasta-hekim ilişkisidir. Çünkü tedavinin başarıya ve sonuca ulaşması bu ilişkiye dayanmaktadır. Sağlığına kavuşmak ya da hastalığının sebepleri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinmek isteyen her hasta, doğal olarak hekimlerle olumlu ve uyumlu bir ilişki kurmayı arzu etmektedir (Cırhinlioğlu, 2024: 53).

Hekim-hasta ilişkisi, esasen bir insan-insan etkileşimi olduğundan, toplumsal, kültürel, hukuki, ahlaki ve psikolojik boyutları olan çok yönlü bir ilişkidir. Bu çok yönlülük hekim-hasta ilişkinin birtakım etkenlerle kolayca etkileşebildiğini göstermektedir. Öztürk (2010) 'e göre hekim-hasta ilişkisini belirleyen etkenler şöyle sıralanabilir:

- 1. İlişkinin gerçekleştiği uzmanlık dalı,*
- 2. Belirli bir zamanda o toplumda benimsenen hastalık kavramı,*
- 3. İlişkinin gerçekleştiği koşullarda tıbbın imkânları,*
- 4. Hekimin ve hastanın eğitim düzeyiyle bağlantılı olan bilgi, inanç ve tutumları,*
- 5. Hekim ve hastanın iletişim becerileri,*
- 6. Hekimle hasta arasındaki parasal ilişki,*
- 7. İlişkinin gerçekleştiği fiziksel ortam,*
- 8. Söz konusu toplumda hekim başına düşen hasta sayısı,*

9. *Toplumsal hekim-hasta ilişkisine bakış açısı* (Öztürk, 2010, aktaran Erdem, 2018: 49).

Hekim-hasta ilişkisi, yalnızca tarafları değil, geniş bir perspektifte tüm toplumu ilgilendiren kritik bir olgudur. Sağlıklı bir iletişimin kurulması, sadece bilgi aktarımı ve tedavi süreçlerini değil, aynı zamanda hekimlerin iş doyumu, hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının verimliliği ve toplum sağlığını da doğrudan etkilemektedir (Atilla ve diğ., 2012: 23).

Tüm bu bilgiler ışığında; hekim-hasta ilişkileri sağlık hizmetlerinde insani boyutu öne çıkarmaktadır. Daha bütüncül bir yaklaşımla ele alındığında yalnızca bireysel sağlık sonuçlarıyla ilgili bir güven meselesi olmasının ötesinde genel sağlık sisteminin kalitesini ve toplumsal sağlık düzeyini de etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir. Ayrıca günümüzde tedavinin ve iletişimin hasta odaklı hale gelmesi; hekimlik mesleğinin etik temellerini ve mesleki tatminini doğrudan etkilemektedir.

4.1.3. Eczacılık Sektörü ve Tıp Endüstrisi

Tıba yönelik üretim yapan ilaç sektörü; insanların kaliteli yaşam beklentilerini karşılamayı amaçlamaktadır. Günümüz dünyasında eczacılık sektörü; çevresel etkenler ve teknolojik gelişimin etkisiyle dinamik bir yapıya sahiptir (Tıraş, 2020: 43). Bu dinamik yapı, yalnızca tedaviye yönelik gelişmeleri değil, aynı zamanda tıbbileştirme süreciyle birlikte daha önce tıbbi olarak görülmeyen doğal olarak karşılanan birçok durumun hastalık kategorisine alınmasını da beraberinde getirmiştir.

Conrad (1992) bu durumu; “*Daha önce tıbbi olmayan sorunların tıbbi sorunlar, hastalık veya bozukluklar olarak tanımlanıp tedavi edildiği süreç*” olarak tıbbileştirme kavramı ile açıklamaktadır. Bu bağlamda doğum, menopoz gibi süreçler ve obezite, şeker hastalığı osteoporoz, sosyal anksiyete, hiperaktivite öne çıkan tıbbileştirilme alanlarına örnek verilebilir (Conrad, 1992; Kılıçarslan 2015, aktaran Toraman ve Erdem, 2016: 507).

Bu doğrultuda; tıbbileştirme kavramı, insan doğasında var olan sağlığa dair tüm olguları; bir problem şeklinde değerlendirerek etiketlemektedir. Rasyonel bilim ışığında deney ve gözlemle türetilmiş tanı ve tedavi odaklı bir yaklaşımı savunmaktadır. Tıp endüstrisinin etkisiyle bu süreç, yalnızca bireysel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını değil, aynı zamanda yeni tanı kategorileri ve tedavi

alanları üzerinden kâr elde etmeyi amaçlayan bir yapıya dönüşmektedir. Bu durum, sağlık alanında talep yaratırken, hekimler üzerinde artan iş yükü ve sorumluluk baskısına da yol açmaktadır.

4.2. SAĞLIKTA NEOLİBERAL YÖNELİMLİ DÖNÜŞÜM

Küresel düzeyde etkisini gösteren neoliberal politikalar sağlık sektöründe ve tıp uygulamalarında da etkisini göstermektedir. Neoliberal politikaların etkisi ile önceki döneme kıyasla kamuya bağlı sağlık tesislerinin yerine özel sağlık kuruluşlarının arttığı görülmektedir. Bu tesislerde sunulan tıbbi hizmetlerin de yine bu politikalardan etkilendiği görülmektedir (Boyacı, 2024: 1018-1032). Bu doğrultuda çalışmamızda neoliberalizm kapsamında yaşanan süreç ve sağlık sistemine yansıması ele alınacaktır.

4.2.1. Neoliberalizm

Neoliberalizm, en genel seviyede devlet müdahalelerinin bulunmadığı, işletmelerin ve iş kollarının kar güdüsü kapsamında özel mülk sahipleri tarafınca sınırlamalar olmadan, serbest şekilde işletildiği ve yönetildiği küresel düzeyde bir serbest piyasayı desteklemekte olan liberalizm çeşididir (Yılmaz ve Genel, 2021: 253).

Neoliberalizm, serbest piyasa köktencililiği ideolojisine dayanmaktadır. Piyasa ekonomisinin düşünce babası olarak kabul edilen Adam Smith, piyasanın sınırlarını onaylamış ve kişi tasvirinde “*saf fayda azamileştirme modelini*” özümsemiştir. Bu model rasyonel birey varsayımına dayanarak; bireyleri, kendi faydalarını en üst düzeye çıkarmaya çalışan varlıklar olarak ele almaktadır. Buna karşılık olarak modern neoliberalizm düşünce babalarından olan Milton Friedman ve Friedrich Hayek gibi economiciler, bu modeli hem piyasa aktörleri bulunan kişiler adına, hem de karar alıcılar adına özümsemiştir. Ayrıca Hayek, Smith’in “*görünmez el*” (bireylerin kendi çıkarları doğrultusunda hareket ederken, farkında olmadan toplumun genel refahına da hizmet ettiklerini savunan görüş) fikrini tekrardan oluşturarak, kaynakları en verimli ve karlı kullanıma yönlendiren, giderleri minimum seviyede tutan ve ekonomik olarak adalet dağıtan, olağanüstü yapıcı özelliklere sahip olan piyasa tasvirini hazırlamıştır (Umar, 2024: 96).

Aynı zamanda neo-klasik liberalizm olarak da bilinen neoliberalizm:(Heywood, 2013 :67) yaşama dair her şeyin ekonomi politiğinin pratikleşmesini sağlayan bir yönetim biçimidir. Neoliberalizm, Wendy Brown (2018) 'un ifadesiyle, *“kendine özgü bir düşünme biçimi, özne oluşturma tarzı, “bir davranış yönetimi” ve değerlendirme sistemidir”* (Brown, 2018: 22, aktaran Demirtaş, 2018: 47). Neoliberalizm, birçok önemli düşünür tarafından farklı açılardan tanımlanmıştır; Harvey (2007: 10), neoliberalizmi bir *“politik-ekonomik pratikler”* teorisi olarak tanımlamakta ve devletin rolünü bu pratiklere uygun bir çerçeve oluşturmak olarak belirtmektedir. Jessop (2016: 149); neoliberalizmi, piyasa mantığını sosyal yaşamın tüm alanlarına yaymayı amaçlayan asimetrik bir düzenleme mekanizması olarak tanımlamaktadır. Bourdieu (1998); neoliberalizmi, pazar mantığına göre toplumun ve bireyin yeniden düzenlenmesi süreci olarak açıklamaktadır. Foucault (2015: 111); neoliberalizmi, *“homo economicus”* yani finansal sermaye ve girişimci insan figürüne dönüşüm olarak görmekte ve bunu yeni bir hakikat rejimi olarak değerlendirmektedir. Dardot ve Laval (2012, 2013: 3); neoliberalizmi sadece bir ideoloji ya da politika değil, yaşam biçimimizin kendisi olarak tanımlamaktadır ve buna göre insanların nasıl yönetildiğine dair bir yönlendirmeyi ifade etmektedir. Brown (2018: 56) ise neoliberalizmi, bireyleri *“davranış yönetimi”* ve *“değerlendirme şeması”* aracılığıyla şekillendiren bir normatif akıl tarzı olarak tanımlamaktadır (Harvey, 2007; Jessop, 2016; Bourdieu, 1998; Foucault, 2015; Dardot, 2012; Laval, 2013, aktaran Gökce ve Gökce, 2022: 139). Görüldüğü üzere neoliberalizm hakkında birçok tanımlamalar bulunmaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında neoliberalizm; yalnızca ekonomik bir sistem ya da serbest piyasayı savunan bir yaklaşım olmanın ötesinde; bireyleri, kurumları ve toplumu etkileyen politik düşünce ve yaşam biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.2.2.Neoliberal Dönüşüm

Neoliberalizmin temel amacı, II. Dünya Savaşı sonrasında küresel ölçekte artan devlet müdahalesi eğilimlerini tersine çevirmek olmuştur. Bu yaklaşım, refah, verimlilik ve ekonomik büyümeyi her yerde artıracığı varsayımıyla, serbest piyasa kapitalizminin düzenlemelerden arındırılmasını ve ön plana çıkarılmasını

savunmaktadır. Bu doğrultuda, neoliberalizm devletin ekonomiye müdahale alanlarını daraltmasını hedeflemektedir (Acar, 2017: 251).

Steger (2003) 'e göre; Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi küresel ekonomik, mali ve siyasi kuruluşlar aracılığıyla tüm dünyaya yayılan neoliberal politikaların temel ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kamu işletmelerinin özelleştirilmesi,*
- Ekonomideki merkezi devlet düzenlemelerine son verilmesi,*
- Ticaretin ve sanayinin serbestleşmesi,*
- Eşitsizliği artırma pahasına, enflasyona karşı 'parasalcı' önlemlerin alınması,*
- Örgütlü (Sendikalı) işgücü üzerindeki sıkı denetimin sağlanması,*
- Kamu harcamalarının, özellikle de sosyal harcamaların ve yatırımların kısılması,*
- Devletin faaliyet alanı ve personel olarak küçülmesi,*
- Uluslararası piyasaların gelişmesi için küresel finans akışları üzerindeki denetimlerin kaldırılması* (Steger, 2003: 13, aktaran Acar, 2017: 253-253).

Bu ilkeler dahilinde neoliberalizm, dünyanın “küresel bir köy” haline geldiğini savunmaktadır. Bu görüşe göre dünya, farklı kurumların tek bir sistemin parçası olarak çalıştıkları ve birbirlerine çok uzaklarda yaşayan insanların aynı gezegende birlikte yaşadıkları duygusunu paylaştıkları bir yer haline gelmektedir (Alsancak ve diğ., 2010: 2). Bu doğrultuda “herkese uyan tek beden” varsayımıyla hazırlanan yeni reformlar tüm dünya ülkelerini kapsayacak şekilde faaliyete geçirilmiştir (Gledhill, 2018, aktaran Sarıkaya ve Ağacasulu, 2022 :26). Bu bağlamda neoliberalizm; ekonomik bir sistem olmanın ötesine geçerek, hayatın tüm yönlerini ele almaktadır (Nofal, 2023, aktaran Öztürk, 2019: 9).

Tüm bunlarla beraber neoliberalizm; bireylerin değer yargılarından toplumsal ilişkilerine kadar yaşamın her alanına etki eden kapsamlı bir yönetim aklı haline gelmiştir. Esasında piyasa mantığını merkeze alan bu yaklaşım, insan davranışlarını, düşünme biçimlerini ve toplumsal yapıları yeniden inşa ederek, bireyi sürekli rekabet eden, kendi sorumluluğunu taşıyan bir özneye dönüştürmektedir. Böylelikle

neoliberalizm, görünürde ekonomik bir sistem gibi dursa da, aslında kültürel, sosyal ve politik boyutlarıyla hayatın tüm yönlerini yeniden yapılandıran bir yönetim biçimidir.

4.2.3. Neoliberal Politikaların Sağlığa Yansıması

Ülkelerin; uluslararası finansal kuruluşlar ile sağlık hizmetleri alanında işbirliğine gitmeleri ile sağlık hizmetlerinde neoliberal politikalar uygulanmaya başlanmıştır (Gönç, 2017: 160). Bu politikalar ile temelde hizmet sektöründe etkinliğin ve verimliliğin artması amaçlanmıştır (Eke, 2019: 65).

Bu yönden neoliberal uygulamalarla birlikte kamusal sağlık hizmetleri süreç içerisinde dönüşüme uğramıştır. Bu yönden hak temelli bakış açısı giderek yerini piyasa yönelimli arz-talep ilişkilerine bırakmıştır. Buna göre; kamu sektörünün bir görevi ve sosyal bir hak olarak tanımlanan sağlık hakkı kapsamında ki sağlık hizmetleri; alınıp satılabilir bir metaya dönüşmüş ve sağlık sosyal bir hak olmaktan çıkıp piyasaya bağlı hale gelmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişimde; ekonomik, toplumsal, sınıfsal ve sosyal konularda çok sayıda eşitsizlik gündeme gelmiştir (Turancı ve Bulut, 2016: 41).

Neoliberal politikalarla birlikte kapitalizm yeniden yapılandırılmış ve sağlık hizmetlerinin toplumsal işlevi giderek azalmıştır. Kamu kurumları artık piyasa mantığıyla işletilen yapılara dönüşmüştür (Zencir, 2012: 57). Aslında neoliberalizmin ekonomik dayanağı; iktisadi büyümenin artmasıyla insanların refahının yükselmesi, zenginliğin çoğalması, kalkınmanın sağlanması, yaşam standartlarının iyileştirilmesi ve yoksulluğun azaltılması üzerine olmuştur (Çoşkun, 2021: 57). Ancak sağlık hizmetlerinin depolanamaması, ne zaman ihtiyaç duyulacağının öngörülemez ve ertelenemez olması gibi özellikleri, bu hizmetlerin serbest piyasa koşullarında sunulmasını zorlaştırmıştır (Aslan ve Atalay, 2021: 1257). Bu nedenle sağlık hizmetleri verimlilik ve karlılık odaklı sektörleşmeye başladıysa da bu sağlık erişimini olumsuz yönde etkilemiştir.

Neoliberalizm, bireyselleşme, piyasalaşma ve yerinden yönetim (desantralizasyon) gibi yaklaşımlar aracılığıyla sağlık sistemini etkilemektedir. Teorik olarak bireycilik, özel yaşam alanına müdahalenin sınırlandırılması anlamına gelse de, pratikte toplumsal dayanışma ve kamu yararı anlayışını zayıflatmakta; gelir

eşitsizliklerinden doğan sorunları ise göz ardı etmektedir (Alptekin, 2019: 64). Bu bağlamda piyasalaşma ise özel mülkiyet, sözleşme özgürlüğü, serbest ticaret ve rekabetin gerekliliği üzerinden meşrulaştırılmakta ve bu doğrultuda kamuya ait hizmet ve kurumlar giderek özelleştirilmektedir.

Sosyal refah modeli kapsamında sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, hastalık biçimlerindeki değişimlerle birlikte maliyetlerin artmasına neden olmuş ve sağlık sektörünün devlete getirdiği maliyetlerin tartışılmasını gündeme getirmiştir. Neoliberal süreçle birlikte sağlık sektörü piyasa koşullarına açılarak, devletin sağlık hizmeti üretimindeki rolü azalırken özel sektörün kârlı bu alana girmesi kolaylaşmıştır (Cansever ve Tüfekçi, 2020, aktaran Aldemir, 2022: 33). Böylece neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında köklü dönüşümlere yol açmıştır. Ayrıca bu durum, emeğin prekaryalaşmasına zemin hazırlamış; hekimlerin istihdam konusunda sürekli belirsizlik yaşamasına ve iş konusunda güvencesizliklere neden olmuştur. Bu şekilde Guy Standing (2011) 'in ortaya koyduğu “*Prekarya*” kavramı, hekimlik pratiğinde neoliberalizmin etkisiyle artan performans baskısı, sözleşmeli çalışma ve mesleki güvencesizlikler bağlamında kendini göstermektedir (Standing, 2011, aktaran Özcan, 2019: 3-7). Bu süreçte, geleneksel statü sahibi hekim profili yerini; emek güvencesinden yoksun, esnek ve rekabete dayalı bir hekim modeli almaktadır.

Tüm bu bilgiler kapsamında sağlık alanında uygulanan neoliberal politikalar doğrultusunda gerçekleştirilen sağlıkta yeniden yapılandırma süreci, kamu sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürme ve verimliliğini artırma iddiasıyla yeniden dönüşüme uğramıştır. Ancak bu dönüşüm, sağlık hizmetlerinin bir kamu hakkı olmaktan çıkarılarak ticarileştirilmesine yol açmış; eşitsizliklerin çoğalmasına, sosyal hakların zayıflamasına ve sağlık hizmetlerine erişimde yeni engellerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu anlamda neoliberal yaklaşımdan etkilenen sağlık uygulamaları, hasta memnuniyeti, yarar ilkesi ile birlikte kar odaklı bir yaklaşıma evrilmiştir. Hekimlik pratiğinde de mesleki güvencesizliğe yol açmıştır.

4.3. TIPTA UZAMANLIK EĞİTİMİ GİRİŞ SINAVI (TUS)

Türkiye’de tıpta uzmanlık eğitimi almak isteyen adayların katıldığı TUS; Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yürütülmektedir. TUS;

adayların tıp alanındaki temel kavram, ilke ve yöntemleri tanıma, anlama ve uygulama yetilerini ölçmeyi amaçlayan bir sınavdır (ÖSYM, 2024).

Hekimler, bu sınavdan elde ettikleri puanlara göre branş tercihlerinde bulunmakta ve sıralama doğrultusunda tercih ettikleri alanlara yerleştirilmektedir TUS, her yıl iki kez gerçekleştirilmektedir (Yapalak ve diğ., 2021: 121).

Türkiye'de altı yıllık tıp eğitimini tamamlayarak “*tıp doktoru*” unvanını alan hekimler, uzmanlık alanında eğitim alabilmek için TUS’da başarılı olmak zorundadır. Bu doğrultuda uzmanlık eğitimi, tıp fakültesinde kazanılan temel bilgi ve yetkinliklerin üzerine, belirli bir branşta derinleşmeyi amaçlayan bir eğitim sürecidir. Bu bağlamda TUS, hekimler için mesleki gelişim yolunda kritik bir aşamadır (Kaya, 2014: 1).

TUS’da aldıkları puan kapsamında seçmiş oldukları uzmanlık dalında eğitim alma imkânı elde eden doktorlar, eğitim süresince “*asistan hekim*” olarak isimlendirilmektedir. Türkiye’de asistan hekimler, “*uzmanlık öğrencisi*” veya “*araştırma görevlisi*” olarak da adlandırılabilirler (Dikici, ve diğ., 2008, aktaran Öztürk, 2019: 27).

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (TDHUEY) 'ne göre, asistan hekimler, uzmanlık eğitimi gören, araştırma ve uygulama yapan kişilerdir. Tıpta uzmanlık konusunda eğitim; üniversitelerin bünyesinde bulunan tıp fakültelerinde ve Sağlık Bakanlığı ile bağlantılı olan Eğitim ve Araştırma hastanelerinde, Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde ve Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde verilmektedir (TDHUEY, 2022).

Günümüzde birçok uzmanlık alanlarına ayrılan tıp alanında uzmanlık eğitiminin yeterli ve nitelikli olmasına yönelik olan çalışmalar halen sürmektedir. Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından 2015’de yayınlanmış olan “*Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu*” içinde Türkiye’de tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan 1161 asistan hekimle yürütülen çalışmada; katılımcıların %35’inin tıbbi olarak yapılan uygulamalar sırasında eğitmenlerin nadiren yanlarında bulunduğunu, %88’inin klinik eğitimin kalitesini denetlemesi gerektiği, %57’sinin almış oldukları eğitimden memnuniyetsiz olduğu ve %53’ünün de eğitim aldıkları kliniklerdeki eğitime yönelik kaynakların yeterli olmadığı bildirilmiştir (TTB, 2015: 84-85).

Bahsi geçen tüm tartışmalar sürerken, hekimler mevcut olan sağlık sisteminin getirisi şeklinde uzmanlaşmayı yani temelde TUS’da başarılı olmayı mecburi bir amaç olarak görmekte, daha fakültenin ilk dönemlerinde seçeceği uzmanlık alanına karar kılmaktadırlar. Bununla beraber dönemimizde hizmet edeceği toplumun da genel olarak esas sağlık problemlerine hakim, hastalıktan korunma ve tedavi yöntemlerini iyi bilen doktorlara ihtiyaç duyulmaktadır. Tıp konusunda yapılmış olan uzmanlık seçimi ve tercihi öğrencilerin akademik başarılarını, performansını ve dolaylı olarak toplum sağlığını etkilemekte olan bir unsur olarak kabul edilmektedir.

4.3.1. Tıpta Uzmanlık Alanı Branşları

Tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin kariyer yolculuklarını nasıl belirleyecekleri, hem kişisel gelecekleri hem de sağlık sisteminde insan kaynağının etkin kullanımı açısından büyük önem taşımaktadır (Çetinavcı ve diğ., 2022: 364).

Tıpta pek çok bilim dalı ile bu bilim dallarına ek olarak yan dallar mevcuttur. Detaylı bir biçimde incelendiği zaman temel branş ve her bir branşta çeşitli yan dallarının bulunduğu görülmektedir. Genel bir şekilde tıp uzmanlık branşları; temel, dahili ve cerrahi tıp bilimleri olarak üçe ayrılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4.3.1.1. Temel Tıp Bilimleri

Genel olarak tüm mesleği ve yaşamı boyunca ilgileneceği insan vücudunun bütün yapısını öğretmeyi hedeflemektedir. Fizyoloji, Biyofizik, Anatomi, Mikrobiyoloji, Tıbbi Biyokimya, Histoloji, Embriyoloji, Tıbbi Genetik ve Biyolojiden oluşmaktadır. Temel genetikle insanların genetik mekanizması, biyokimya ile insan vücudunun moleküler ve hücre mekanizma ve yapıları, fizyoloji ve biyofizikle fonksiyonel mekanizmaları, mikrobiyolojiyle hastalık meydana getiren mikroorganizmaları ve histoloji ve anatomiyle anatomik ve morfolojik yapıyı öğretir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4.3.1.2. Cerrahi Tıp Bilimleri

Reanimasyon ve Anesteziyoloji, Çene-Ağız-Yüz Cerrahisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Çocuk Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Göz Hastalıkları, Doğum ve Kadın Hastalıkları, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak-Burun ve Boğaz Hastalıkları, Travmatoloji ve Ortopedi, Estetik Cerrahi, Üroloji ve Tıbbi Patoloji bunların yan

dalları olarak bilinmektedir. Cerrahi tıp bilimleri ise hastalığın ve yaralamaların tedavisinde ameliyat yapmakta olan tıp dalını meydana getirmektedir. Cerrahi genel olarak organları ve vücut dokularını kesmeyi, dikmeyi, aşındırmayı, dikmeyi ya da farklı bir biçimde fiziksel açıdan değiştirmeyi içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4.3.1.3. Dahili Tıp Bilimleri

Adli Tıp, Acil Tıp, Aile Hekimliği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ile Hastalıkları, Deri ve Zührevi hastalıklar, Rehabilitasyon, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıklar, Halk Sağlığı, Radyoloji, Radyasyon Onkolojisi, Nükleer Tıp, Nöroloji, Kardiyoloji, Spor Hekimliği ve Tıbbi Genetikle Tıbbi Farmakoloji ile alt dallarını içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Dahili tıp bilimlerine bağlı branşlar; ameliyatın gerekli olduğu durumlar dışında hastalıklara direkt olarak çözüm merkezi olmakta, böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, ateşli ve metabolik hastalıklar şeklindeki bütün problemlerin tedavisini ve tanısını üstlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4.4. TUS TERCİHLERİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

TUS; Türkiye’de sağlık hizmet sunumunun temel unsurlarından biri olan hekimlerin mesleki geleceğini belirleyen kritik bir sınavdır. Bu çerçevede, hekimlerin uzmanlık alanı tercihleri, sağlık sistemi açısından büyük bir önem taşımaktadır. TUS, tıp fakültesi mezunu hekimler için kariyer yolunda belirleyici bir adım olmasının yanı sıra; günümüzde tıp fakültesi sayısının ve buna bağlı kontenjanların artması, buna karşılık uzmanlık kadrolarının sınırlı kalması gibi pek çok unsurdan etkilenmektedir (Cansever, ve diğ., 2020: 794-804). Bu doğrultuda hekimlerin uzmanlık tercihleri değişkenlik göstermektedir.

Bu konu da; ÖSYM (2024) ’nin Yıllara Göre Tıpta Uzmanlık Sınavı Branş Puanları tablosunun incelenmesi faydalı olacaktır.

Tablo 2: Yıllara Göre Tıpta Uzmanlık Sınavı Branş Puanları

Bölüm*	Risk G r u b u	Uzmanlık Alanı	N	Katılımcıların Puan Ortalaması				
				1987	1997	2007	2017	2024
T	1	Anatomi	216	54,21	58,94	57,95	48,89	63,84
T	1	Fizyoloji	203	56,91	59,38	59,26	52,56	60,38
T	1	Histoloji ve Embriyoloji	153	52,65	58,72	58,03	53,26	62,96
T	1	Tıbbi Biyokimya	296	57,37	60,74	60,31	65,32	69,51
T	1	Tıbbi Mikrobiyoloji	293	57,79	60,82	57,43	63,45	67,2
T	1	Tıp Tarihi ve Deontoloji	5	56,54	60,65	.	.	.
D	4	Acil Tıp	1.061	.	61,00	54,21	50,88	49,81
D	1	Adli Tıp	240	55,09	58,12	55,11	57,18	61,19
D	2	Aile Hekimliği	1.005	.	58,13	55,96	55,34	49,7
D	3	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1.593	65,80	64,72	62,13	54,99	49,49
D	3	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Has.	128	.	65,08	67,53	67,60	68,91
D	2	Deri ve Zührevi Hastalıkları	199	60,03	64,31	66,19	70,59	72,73
D	3	Enfeksiyon Hastalıkları	341	64,75	61,72	58,20	63,63	63,55
D	2	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	335	61,42	63,13	64,73	67,42	68,99

D	3	Göğüs Hastalıkları	435	60,76	62,07	60,67	58,67	56,75
D	1	Halk Sağlığı	341	54,18	58,13	56,59	58,61	62,95
D	2	Hava ve Uzay Hekimliği	4	.	53,70	61,58	64,91	64,93
D	3	İç Hastalıkları	1.605	65,11	63,28	62,61	59,63	55,94
D	3	Kardiyoloji	461	.	67,00	67,69	63,44	59,15
D	3	Nöroloji	422	60,35	61,56	61,00	62,16	57,8
D	2	Nükleer Tıp	100	65,75	62,22	59,45	66,09	70,63
D	3	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	471	63,35	61,10	63,28	65,29	67,24
D	2	Radyasyon Onkolojisi	106	60,58	61,04	58,49	68,02	68,88
D	3	Radyoloji	609	63,22	64,86	64,00	68,33	65,75
D	2	Spor Hekimliği	18	.	63,96	60,39	65,53	74,36
D	2	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	17	.	60,16	60,52	61,52	65,36
D	1	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	12	64,98	58,54	60,37	64,97	64,16
D	1	Tıbbi Farmakoloji	186	55,32	60,06	57,80	56,52	64,65
D	2	Tıbbi Genetik	64	.	62,01	60,34	66,38	70,34
C	4	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1.734	57,95	59,26	56,67	59,62	55,52
C	4	Beyin ve Sinir Cerrahisi	453	59,21	58,89	54,92	53,95	55,42

C	3	Çocuk Cerrahisi	215	63,90	61,23	55,97	51,09	50,32
C	4	Genel Cerrahi	905	61,26	60,64	58,14	54,15	53,73
C	4	Göğüs Cerrahisi	187	56,18	58,91	54,31	50,21	51,86
C	3	Göz Hastalıkları	463	66,60	66,58	67,05	67,78	69,89
		Kadın						
C	4	Hastalıkları ve Doğum	971	66,55	66,24	65,94	56,50	52,98
C	4	Kalp ve Damar Cerrahisi	327	64,87	60,54	56,54	53,92	55,13
		Kulak Burun						
C	3	Boğaz Hastalıkları	435	65,10	63,89	64,23	66,30	68,57
		Ortopedi ve Travmatoloji						
C	4	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cer.	610	61,54	61,69	61,53	62,14	60,47
C	4		222	66,45	64,57	62,55	68,09	71,72
C	1	Tıbbi Patoloji	428	59,61	61,74	57,77	61,76	63,94
C	3	Üroloji	439	62,77	61,48	62,17	61,62	64,11

*T: Temel, D: Dahili, C: Cerrahi

Kaynak: ÖSYM, 2024

Tablo 2’de ÖSYM tarafından TUS tercihleri sonrasında ilan edilen en yüksek ve en düşük puanlar doğrultusunda ilgili bölümlerin yıllara göre tercih edilme sıklığı, popülitesi incelenmiş olup, Cerrahi branşların son yıllarda daha az tercih edildiği görülmüştür.

4.4.1. TUS Branş Seçiminde Kişisel Tercihler

Öztürk (2019) ’ün araştırmasında, tıpta uzmanlık alanı tercihi etkileyen faktörler incelenmiştir. Katılımcıların görüşleri doğrultusunda, tercihler genellikle

“bireysel” ve “mesleki/sistemsel” faktörler olmak üzere gruplara ayrılmıştır. Araştırmada, bireysel faktörler arasında kişilik özelliklerinin belirleyici olduğu vurgulanırken, mesleki faktörler arasında şiddete maruz kalma durumu ve tercih edilen branşın risk durumları da seçimlerde etkili olmuştur (Öztürk, 2019: 32-35).

Bayrakçı ve Güler (2022) 'in araştırmasında; kişilerin tercihlerini en çok etkileyen faktör “bireysel faktörler” dir. Mesleğe olan ilgi şiddet gibi durumlar da etkileyici unsurdur. Bireysel faktörler arasında, uzmanlık alanının kişilikle uyumlu olması (%79) ve kişisel yeteneklere uygun olması (%58) ön plandadır. Ayrıca, özel hayata ve aileye zaman ayırabilme imkanı da önemli bir faktör olarak belirlenmiştir (%44). Mesleki ve sistemsel faktörler arasında ise, TUS puanının (%42) ve nöbet/icap sayısının (%40) tercihleri etkilediği gözlemlenmiştir. Bu bulgular, doktor adaylarının uzmanlık branşı seçiminde bireysel özelliklerin ve mesleki koşulların ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Bayrakçı ve Güler, 2022: 563).

Alanda gerçekleştirilen çalışmaların sonuçlarını incelediğimizde kişilerin isteklerinin, ilgilerinin hayat düzeninin devamı için seçim yaptıklarını görüyoruz. Kişiler yorucu bir hayat temposunu minimize etmek isteyip buna uygun seçimler yapmaktadır, tıp alanı yoğun bir alandır fakat bazı branşlar çok daha yorucu ve hayattan ödün verilmesi gereken alanlardır tabi bunların yanında yapılan çalışmalarda belirtildiği gibi TUS puanı, çok önemlidir kişilerin istedikleri branşı seçebilmeleri için o branşın puanına ulaşabilmiş olmaları gerekmektedir. Kişilerin meslek seçimleri oldukça önemlidir severek yaptıkları meslekte hem kendilerine hem de çevrelerine çok daha faydalı olurlar.

4.4.2. Maddi Gelire Bağlı Faktörleri

Tıpta uzmanlık branşının seçilmesinde maddi gelirin etkisi büyük önem taşır. Özellikle ekonomik güvence, birçok öğrencinin tıp fakültesine giriş yaparken ve hekimlerin uzmanlık alanı seçerken göz önünde bulundurduğu bir faktördür. Dikici ve arkadaşlarının (2008) tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada, uzmanlaşma nedenleri: maddi kazanç ve prestij (%30), kişisel gelişim (%20), hastalara daha fazla fayda sağlama isteği (%17), şehirde yaşama arzusu (%4), kolaylık (%1), kişisel ilgi (%1) ve diğer çeşitli sebepler (%1) olarak belirlenmiştir (Dikici, 2008, aktaran Cansever ve diğ., 2020: 800).

Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD)'nün 2020 verilerine göre Türkiye, uzman doktor maaşları sıralamasında 28 OECD ülkesi arasından 23. sırada yer almaktadır (OECD, 2020, aktaran Selçuki 2022: 20). Buna bağlı olarak literatür araştırmalarında en sık karşılaşılan tıpta uzmanlık alanı tercih nedeninin maddi kazanç olduğu görülmektedir.

4.4.3. Kariyer Olanaklarına Göre Faktörler

Kariyer eğilimlerine dair yapılan araştırma ve gözlemler, genellikle sekiz temel kariyer yöneliminin öne çıktığını göstermektedir. Bunlar; güvenlik ve kararlılık, teknik/fonksiyonel yetkinlik, ilerleme, özerklik/bağımsızlık, yaratıcılık/ girişimcilik, hizmet etmek/katkı sağlamak, yaşam tarzı/denge ve zorluklarla başatmaktır (Barutçugil, 2007: 323-324, aktaran Sav, 2008: 53). Hekimlik; hem saygın hem de tatmin edici bir meslek olarak, hastaların hayatlarını kurtarmak ve iyileştirmek için kritik beceriler kullanmayı gerektirmektedir. Hekimler, sürekli gelişen tıp alanında çalışmanın keyfini çıkarabilmektedir ve tıp fakültesi eğitimleri onları araştırma, eğitim ve yönetim gibi çeşitli alanlarda kariyer yapmaya hazırlamaktadır. Tıp, çok çeşitli uzmanlık dalları sunmaktadır. Buna bağlı olarak kardiyoloji, nöroloji, cerrahi ve pediatri gibi alanlardan hangisine ilgi duyulduğunu belirlemek önemlidir. Ayrıca hekimler; empatik, sabırlı ve iyi iletişim becerilerine sahip olmalıdır (Kutlu, ve diğ., 2010: 140-141). Ayrıca stresli durumlarda sakin kalabilme ve hızlı karar verebilme yeteneği de kritik öneme sahiptir.

Bu çerçevede, uzmanlaşma; hekimlik mesleğinde yalnızca teknik bilgi ve beceri gerektirmekle kalmayıp, aynı zamanda kişisel özellikler ve kariyer yönelimleriyle birlikte çok boyutlu bir alan olup, başarılı ve tatmin edici bir mesleki pratik fırsatı sunmaktadır.

4.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER DİYARBAKIR İLİ VE DİYARBAKIR'IN SAĞLIK PROFİLİ

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin öne çıkan şehirlerinden biri olan Diyarbakır, Karacadağ'ın eteklerinde Dicle vadisinde yer almaktadır. Diyarbakır, denizden 650 metre yükseklikte, kuzeydeki dağlık bölge ile güneydeki ovalar arasında yerleşime uygun bir alanda kurulmuştur (Pıçak ve Eroğlu, 2018: 71).

Batı ve doğuyu birleştiren Dicle vadisine hakim bir tepe üstünde konumlanmış olan Diyarbakır, uzak bölgeleri liman şehirlerine ve denizlere bağlayan ana yollar üstünde kurulmuştur. Bununla birlikte Akdeniz sahillerini Basra Körfezine, Mezopotamya'yı da Karadeniz sahillerine bağlayan köprü görevi görmektedir. Coğrafi konumu sebebiyle son derece verimli topraklara sahip olmasıyla Diyarbakır, birçok medeniyetin izlerinin bulunduğu bir merkezdir (Yılmazçelik, 1997: 217). Anadolu'nun en eski yerleşim yerlerinden biri olmasının yanı sıra, önemli ticaret yolları üzerinde yer aldığı için nüfus hareketliliğinin yoğun olduğu bir kenttir (Erkan, 2024 :59). Bu durum, kentte yaşanan göçü ve doğal nüfus artışını beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda nüfus artışı, sağlık hizmetlerine olan talebi doğrudan etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bu nedenle aşağıdaki tablo ile Diyarbakır İli nüfus popülasyonunu değerlendirebiliriz.

Tablo 3: Diyarbakır İli Nüfus Verileri (2007-2022)

Yıl	Diyarbakır Nüfusu	Artış Hızı %	Net Göç Hızı (%)
2007	1.460.714	-	-
2008	1.492.828	%2.17	-10.7
2009	1.515.011	%1.49	-7.6
2010	1.528.958	%0.92	-6.6
2011	1.570.943	%2.71	-6.5
2012	1.592.167	%1.34	-10.5
2013	1.607.437	%1.09	-7.7
2014	1.635.048	%1.72	-6.8
2015	1.654.196	%1.17	-9.8
2016	1.673.119	%1.14	-12.0
2017	1.699.901	%1.60	-5.0
2018	1.732.396	%1.91	-4.0

2019	1.756.353	%1.38	-4.2
2020	1.783.431	%1.54	-2.2
2021	1.791.373	%0.45	-11.3
2022	1.804.880	%0.75	7.6

Kaynak:TUİK aktaran Erkan, 2023: 771

Buna göre İl’de hızla büyüyen nüfusa bağlı olarak, hasta sirkülasyonu da oldukça fazla fazladır ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nin sağlık hizmetleri alt yapısını belirlemektedir.Diyarbakır’ın başlıca sağlık kuruluşlarını, özel sektör ve devlet tarafından işletilen hastaneler, sağlık ocakları, aile hekimliği istasyonları gibi birimler oluşturmaktadır (Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, 2025). Bu birimlerin her biri farklı tıbbi alanlarda hizmet sunmaktadır.

Özellikle devlet hastaneleri, bir çok sağlık hizmetlerini kapsayarak; acil durum hizmetleri, yataklı tedavi ile uzmanlık alanlarında hizmet sunmaktadır. Diyarbakır’da 21 tane devlet hastanesi bulunmaktadır; “*Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selahaddin Eyyübi Devlet Hastanesi, Dağkapı Devlet Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Ergani Devlet Hastanesi, Silvan Dr. Yusuf Azizoğlu Devlet Hastanesi, Bismil Devlet Hastanesi, Eğil Devlet Hastanesi, Çermik Devlet Hastanesi, Lice Halis Toprak Vakfı Devlet Hastanesi, Dr. Abdullah Biroğul Kulp Devlet Hastanesi, Hani Devlet Hastanesi, Çınar Devlet Hastanesi, Dicle Devlet Hastanesi, Hazro İlçe Entegre Hastanesi, Çüngüş İlçe Entegre Hastanesi, Kocaköy İlçe Entegre Hastanesi ve Bismil Tepe İlçe Entegre Hastanesi Devlet Hastanesi ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’dir*” (Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, 2025).Ayrıca İl’de; “*Özel Bağlar Hastanesi, Özel Sultan Hastanesi, Diyarlife Hastanesi, Memorial Diyarbakır Hastanesi, Özel Batı Hastanesi, Memorial Dicle Hastanesi, Özel Bower Hospital, Dünyapark Hospital ve Özel Genesis Hospital*” olmak üzere 9 özel hastane bulunmaktadır (Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, 2025).

Diyarbakır ilinde 2. Ve 3. Basamak sağlık hizmetleri Kamu ve Özel hastaneler aracılığı ile sunulmakta olup Tablo 3’te bu hastanelere ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4: Yıllara Göre Diyarbakır İli Hastane ve Yatak Sayıları

Yıl	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
2002	12	3.184
2003	12	3.326
2004	12	3.424
2005	14	2.988
2006	16	3.431
2007	19	3.307
2008	21	3.447
2009	23	3.636
2010	22	4.226
2011	23	4.226
2012	24	4.498
2013	24	4.699
2014	24	4.502
2015	24	4.508
2016	22	4.472
2017	25	4.474
2018	27	4.629
2019	27	4.759
2020	28	4.797
2021	28	4.910
2022	28	4961
2023	28	4961

Kaynak: Sağlık Bakanlığı-Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2024

İlk olarak Diyarbakır’da bulunan hastanelerin sayısı 2002 senesinde 12 adet iken siteden ulaşılan son veri yılına bakıldığında yani 2021 senesinde bu sayının 28 olduğu görülmektedir. Bu detaylı bilgiler tablo 3 üzerinde gösterilmektedir.

Tablo incelendiği zaman özellikle 2002 ile 2006 seneleri arasında az olarak sayılabilecek hastane sayısı 2008 itibarıyla bir artış göstermeye başlamıştır. Bu kapsamda o dönemlerde bölgenin sağlık ihtiyacının arttığı ve bu ihtiyaca yönelik olarak açılan yeni hastanelerin işlevlerini gerçekleştirdiği söylenebilmektedir. 2021 senesi itibarıyla incelendiği zaman 28 hastaneden 9 tanesi özel, 9 tanesi üniversite 10 tanesi ise devlete bağlı hastanelerdir.

Tablo 5: Yıllara Göre Diyarbakır İli Hekim Sayıları

Yıl	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Diş Hekimi
2018	1.228	953	472	406
2019	1.266	1.038	511	485
2020	1.326	1.076	543	499
2021	1.411	1.076	593	559
2022	1.477	1.123	720	594
2023	1.600	1.063	794	612

Kaynak: Sağlık Bakanlığı-Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2024

Diyarbakır'daki sağlık hizmetlerine ilişkin görseldeki veriler detaylı bir analiz sunmaktadır. İlde toplam 12 devlet hastanesi, 176 aile sağlığı merkezi, 575 aile hekimliği birimi ve 66 acil sağlık hizmetleri istasyonu bulunmaktadır. Bu rakamlar, Diyarbakır'da her 10 bin kişiye yaklaşık 10 sağlık kuruluşu düştüğünü ve bu oranın Türkiye ortalamasının biraz üzerinde olduğunu göstermektedir.

Diyarbakır'da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri de gelişmiştir. Görselde 1 eğitim ve araştırma hastanesi, 1 devlet diş hastanesi, 4 E2-E3 ilçe hastanesi, 1 dal hastanesi ve 1 diş hekimliği fakültesi hastanesi yer almaktadır. Bu hastanelerde, kalp hastalıkları, kanser, nöroloji, cerrahi gibi çeşitli branşlarda uzman doktorlar tarafından hizmet verilmektedir. Bu durum, Diyarbakır'da sağlık hizmetlerinin kapsamının geniş olduğunu göstermektedir.

İlde özel sağlık kuruluşları da önemli bir yer tutmaktadır. Görselde 9 özel hastane, 9 özel tıp merkezi, 3 özel diyaliz merkezi, 1 özel diş hekimliği muayenehanesi ve 74 serbest hekim muayenehanesi olduğu görölmektedir. Bu özel kuruluşlar, devlet hastanelerinde sıra beklemek istemeyen veya özel sağlık sigortası olan kişilere alternatif seçenekler sunmaktadır.

Erkan ve Bulut (2024) 'un gerçekleştirmiş olduğu Diyarbakır Gençlik Araştırmasında sağlık sektörünün hizmetlerini yerine getirme durumu sorgulandığında katılımcıların %31'i sağlık sektörü görevini hiç yerine getiremiyor cevabını verirken, %68'i olumlu olarak değerlendirmiştir(Erkan ve Bulut, 2024: 243).Bu alışma doğrultusunda; sağlık sektörünün görevini tam olarak yerine getirebilmesi amacı ile bir takım önlemler alınmış olup bu tedbirler şu şekilde sıralanabilir. Artan 2. Ve 3. Basamak sağlık hizmeti ihtiyacı doğrultusunda 1000 yataklı şehir hastanesinin açılması, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amacı ile aile sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimleri ile Sağlıklı Hayat Merkezlerinin açılması, ilçelerde efektif ve nitelikli sağlık hizmeti sunulabilmesi amacı ile yenilenmiş hizmet binası ve modernize edilmiş tıbbi cihazlar ile sağlık hizmetlerini sunmak alınan tedbirler olarak karşımıza çıkmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Tıp Endüstrisinin gelişimi ve tıbbın endüstrileşmesinin pratisyen hekimlerin TUS tercihleri üzerindeki sosyolojik etkisinin incelenmesinin amaçlandığı araştırmanın bu bölümünde, bu amaç doğrultusunda hazırlanan sorulara verilen yanıtların analizlerine ilişkin bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir.

5.1. ÖRNEKLEM GRUBUNUN SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLERİ

Tablo 6: Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	41	25,5
Erkek	120	74,5
Toplam	161	100,0

Tablo 6’da, örneklemin cinsiyet dağılımı gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi örneklem grubunu oluşturan 161 hekimin %74’ünü erkekler oluştururken; %26’sını kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 7: Yaş Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	%
24-35 yaş	89	55,3
36-50 yaş	60	37,3
50 yaş ve üzeri	12	7,5
Toplam	161	100,0

Tablo 7’de, örneklem grubunu oluşturan hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmektedir. Tablodan da anlaşıldığı gibi 161 örneklem grubunun %55’i en büyük yaş dilimini oluşturmaktadır. Örneklemimizi TUS’a hazırlanan pratisyen hekimler oluşturduğundan; 36 yaş altı genç grubun daha fazla olması olağan bir durum olarak karşılanmaktadır. 36-50 yaş aralığında %37 oranında katılımcı hekim bulunmaktadır. 50 yaş ve üzeri TUS’a hazırlanan hekimlerin oranı ise %7’dir.

Tablo 8: Medeni Durum Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	97	60,2
Bekar	60	37,3
Boşanmış/Dul	4	2,5
Toplam	161	100,0

Tablo 8’de, örneklemimizi oluşturan grubun medeni durumlarına göre sayısal ve yüzdesel dağılımını görmekteyiz. Tabloya baktığımızda 161 örneklem grubumuzda %60’ının evli olduğunu ve bu kategoride en yüksek gruba sahip olduğunu görmekteyiz. Bekar grup ise %37’dir. Boşanmış veya dul olanlar %3’dür ve örneklem içinde en küçük grubu oluşturmaktadır.

Tablo 9: Doğum Yeri Dağılımı

Doğum Yeri	Sayı	%
Diyarbakır ili içi	120	74,5
Diyarbakır ili dışı	41	25,5
Toplam	161	100,0

Tablo 9’da, çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin doğum yerlerine göre dağılımını görmekteyiz. Araştırmamızın örneklemini Diyarbakır’da görev yapan pratisyen hekimleri kapsadığından doğum yerleri Diyarbakır ili içi ve dışı olarak sınıflandırılmıştır. Toplamda 161 pratisyen hekimin doğum yerleri Diyarbakır ili olanların oranı %75’dir. Doğum yerleri Diyarbakır ili dışı olanlar ise %25’dir.

Tablo 10: Çocuk Sayısı Dağılımı

Çocuk Sayısı	Sayı	%
Yok	102	63,5
1	19	11,80
2	25	15,5
3	10	6,2
4	5	3,10
Toplam	161	100,0

Tablo 10’da görüldüğü üzere, toplam 161 pratisyen hekimin %63’ü çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir ve bu grup en yüksek grubu temsil etmektedir. Daha sonra sırasıyla pratisyen hekimlerin % 15’i, 2 çocuğa sahip olduğunu, %12’ si tek çocuğa sahip olduğunu, %6’sı, ise 3 çocuğa sahip olduğunu bildirmiştir. Dört çocuğa sahip olan pratisyenlerin oranı ise %3’dür ve bu kategoride en düşük grubu oluşturmaktadır.

5.2. AİLE EĞİTİMİ, SOSYAL SERMAYE VE STATÜ İLİŞKİLERİ

Tablo 11: Eşin Eğitim Durumu Dağılımı

Eşin Eğitim Düzeyi	Sayı	%
İlk/Orta Okul Mezunu	6	6,18
Lise Mezunu	23	23,71
Üniversite ve üzeri	57	58,7
Tıp Fakültesi	11	11,34
Toplam	97	100,0

Tablo 11 incelendiğinde; 97 evli pratisyen hekimlerin eşlerinin eğitim düzeyine ilişkin dağılımları en yüksek oranı %59 ile üniversite ve üzeri mezunu olanlar, oluşturmuştur. Bu grubu, %24 oranıyla lise mezunu olanlar takip etmektedir. Daha sonra sırasıyla %11 oranıyla tıp fakültesi mezunu ve %6 oranıyla ilk ve ortaokul mezunu kategorileri gelmektedir.

Tablo 12: Eşin Çalışma Durumu Dağılımı

Eşin Çalışma Durumu	Sayı	%
Evet	65	67,1
Hayır	32	32,9
Toplam	97	100,0

Tablo 12’de; 97 evli pratisyen hekimin %67’sinin eşlerinin çalıştığı; %33’ünün eşlerinin çalışmadığı görülmektedir. Tablo 11’de eşlerin eğitim durumu incelendiğinde eşlerin %70’inin lisans ve lisans üstü eğitim gördüğü belirlenmiş olup iş edinme hususunda eğitim düzeyi belirleyici bir faktör olmaktadır.

Tablo 13: Anne Eğitim Durumu Dağılımı

Anne Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur-yazar değil	87	54,0
İlk/Orta Okul Mezunu	45	28,0
Lise Mezunu	13	8,1
Üniversite ve üzeri	16	9,9
Toplam	161	100,0

Tablo 13’te; toplamda 161 pratisyen hekimin %54’ünün, anneleri okur-yazar olmadığını ve bu grupta en yüksek sayıda olduklarını görmekteyiz. Anneleri ilkokul veya ortaokul mezunu olan katılımcıların oranı %28 olup ikinci sırada yer almaktadır. Lise mezunu olan annelere sahip olan pratisyen hekimlerin oranı ise %8’dir. Son sırada %10 oranıyla üniversite mezunu ve üzeri eğitime sahip olan annelere sahip olarak hekimler yer almaktadır.

Tablo 14: Baba Eğitim Durumu Dağılımı

Baba Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur-yazar değil	16	9,9
İlk/Orta Okul Mezunu	77	47,8
Lise Mezunu	28	17,4
Üniversite ve üzeri	40	24,8
Toplam	161	100,0

Tablo 14’te pratisyen hekimlerin baba eğitim düzeyine ilişkin dağılımları incelendiğinde, en yüksek grup %48’lik kesim ile ilköğretim veya ortaokul mezunu olan babalara sahip olanlara aittir. Bunu, %25 ‘lik kesim ile üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde ki babalara sahip olanlar takip etmektedir. Lise mezunu babalara sahip olanlar %17’lik kesim olup ; okur-yazar olmayan babaları olanlar ise %10’dur. Toplam pratisyen hekim sayısı 161 olup, veriler bu toplam üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 15: Anne Mesleği Dağılımı

Anne Mesleği	Sayı	%
Ev Kadını /Çalışmıyor	139	86,3
İşçi	2	1,1
Memur	17	10,6
Serbest Meslek	3	1,9
Hekim	0	0
Emekli	0	0
Toplam	161	100,0

Tablo 15’te, pratisyen hekimlerin anne meslek durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde, büyük bir çoğunluğun; %86’lık kesim ile annesi ev kadını ya da çalışmıyor olarak belirtilmiştir. Annesi memur olan hekimler %11 oranıyla ikinci sırada yer almakta, serbest meslek sahibi anneleri olanların oranı ise %2’dir. Annesi işçi olan hekimler ise % 1 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 16: Baba Mesleği Dağılımı

Baba Mesleği	Sayı	%
Çalışmıyor	18	11,18
İşçi	27	16,8
Memur	45	28,0
Serbest Meslek	48	29,8
Hekim	1	0,6
Emekli	22	13,66
Toplam	161	100,0

Tablo 16’da pratisyen hekimlerin baba meslek durumlarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde; en yüksek oran %30 olup babası serbest meslekle uğraşanlara aittir. Bunu, %28 oran ile babası memur olanlar takip etmektedir. Babası emekli olanlar %14’tür. Çalışmayan babalara sahip olanlar % 11 olarak tespit edilmiştir. İşçi olan babalara sahip olanlar %17’dir. Babası hekim olanların oranı ise %1 olarak belirlenmiş ve bu grupta en düşük seviyede kalmıştır.

5.3. MESLEKİ YOĞUNLUK, GELİR ALGISI VE TOPLUMSAL SINIF

Tablo 17: Çalıştıkları Kurum Dağılımı

Çalıştığı Kurum	Sayı	%
Kamu	147	91,3
Özel	14	8,7
Üniversite Hastanesi	0	0
Toplam	161	100,0

Tablo 17’de; örneklem grubumuz pratisyen hekimlerden oluşması nedeniyle büyük bir çoğunluğun %91 oranında kamu sektöründe çalıştığı görülmektedir. Özel sektörde çalışan pratisyen hekimlerin oranı ise %9 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 18: Aylık Gelir Dağılımı

Aylık Gelir	Sayı	%
125.000 tl-150.000 tl arası	16	9,9
151.000 tl ve üzeri	3	1,9
98.000 tl ve altı	54	33,5
99.000 tl-124.000 tl arası	88	54,7
Toplam	161	100,0

Tablo 18’de pratisyen hekimlerin aylık ortalama gelir durumlarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde, 99.000 TL-124.000 TL arası alarak en yüksek gelir grubuna sahip olanların oranı %55’dir. Bunu, %33’lük oran ile 98.000 TL ve altı alan pratisyen hekimler takip etmektedir. Aylık geliri 125.000 TL-150.000 TL arasında olan hekimlerin oranı %10 olup, 151.000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip hekimlerin oranı ise %2 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 19: Çalışma Yılı Dağılımı

Çalışma Yılı	Sayı	%
0-3 yıl	55	34,2
4-7 yıl	27	16,8
8-11 yıl	18	11,2
12-15 yıl	17	10,6
15 yıl ve üzeri	44	27,3
Toplam	161	100,0

Tablo 19’da; pratisyen hekim olarak çalışma yılına göre dağılımları incelendiğinde, örneklem grubu TUS’a hazırlanan pratisyen hekimler olduğundan en yüksek oran %34 olup bunu 0-3 yıl arası mesleki deneyime sahip olanlar oluşturmaktadır. Bunu, %27 oranıyla 15 yıl ve üzeri deneyime sahip hekimler takip etmektedir. Çalışma süresi 4-7 yıl olanların oranı %17’dir. 8-11 yıl çalışma süresi olanların oranı ise %11’dir. En düşük grup çalışma süresi 12-15 yıl olan pratisyen hekimler olup bu oran %10’dur. Bu durum, TUS’a hazırlanan genç hekimlerin örneklem içindeki yoğunluğunu göstermektedir.

Tablo 20: Kendilerini Maddi Olarak Değerlendirdikleri Grup Dağılımı

Kendisini Gördüğü Sosyal Tabaka	Sayı	%
Alt Sosyal Tabaka	32	19,9
Orta Sosyal Tabaka	129	80,1
Üst Sosyal Tabaka	0	0
Toplam	161	100,0

Tablo 20’de; toplam 161 kişiden oluşan örneklem grubundan oluşan katılımcı üzerinden yapılan bu değerlendirme, pratisyen hekimlerin öznel maddi durum algılarına yönelik önemli veriler sunmaktadır. Örneklem grubunun %80’ni kendini orta tabakada değerlenmektedir. Kendilerini alt sosyal tabakada değerlendirenler ise %20 oranındadır. Kendilerini üst sosyal tabakada değerlendirenler ise örneklem grubunda rastlanmamıştır.

Tablo 21: Oturulan Evin Mülkiyet Durumu Dağılımı

Evin Mülkiyet Durumu	Sayı	%
Kendinize ait	117	72,7
Kira	43	26,7
Lojman	1	0,6
Toplam	161	100,0

Tablo 21’de pratisyen hekimlerin oturdukları evin mülkiyet durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde, pratisyenlerin büyük bir çoğunluğu; %73 oranında kendilerine ait bir evde yaşadığını belirtmiştir. Kirada oturanların oranı %27 iken, lojmanda oturanların oranı %1 olduğu görülmüştür.

5.4. İŞ-YAŞAM DENGESİ, İZİN KULLANIMI VE MESLEKİ TATMİN

Tablo 22: Yıllık İzin Kullanma Dağılımı

Düzenli Yıllık İzin Kullanımı	Sayı	%
Evet	67	41,6
Hayır	94	58,4
Toplam	161	100,0

Tablo 22’de pratisyen hekimlerin yıllık izinlerini düzenli kullanma durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde, örneklemin %58’nin yıllık izinlerini düzenli olarak kullanmadığı tespit edilmiştir. Buna karşılık, izinlerini düzenli olarak kullandığını belirten hekimlerin oranı ise %42’dir.

Tablo 23: Hekimlik Mesleğini Seçme Nedeni Dağılımı

Hekimliği Seçme Nedeni	Sayı	%
Üniversite Puanıma göre	56	34,7
Kişisel ilgi ve Yetenek	49	30,4
Hayal Edilen Meslek	28	17,3
Aile istediği için	15	9,3
Maddi Getirisi	9	5,6
Statü	4	2,5
Toplam	161	100,0

Tablo 23’te; pratisyenlerin hekimlik mesleğini seçme nedenlerine ilişkin dağılımlar incelendiğinde, en yüksek oran %35 olurken, bu kesim "Üniversite puanıma göre" seçeneğinde yer almaktadır. Bunu, %30 oran ile "Kişisel ilgi ve yetenek" ve %17 oran ile "Hayal edilen meslek" nedenleri takip etmektedir. Katılımcıların %9 'u mesleği ailesinin isteği üzerine seçtiğini belirtirken, %6 'sı maddi getirisini, %3 'ü ise statüyü tercih nedeni olarak ifade etmiştir.

Tablo 24: Tekrar Hekimlik Mesleğini Seçme Dağılımı

Şu an üniversite sınavına girmiş olsanız tekrar hekim olmak ister miydiniz?	Sayı	%
Evet	45	28,0
Hayır	76	47,2
Kararsızım	40	24,8
Toplam	161	100,0

Tablo 24’te örneklem grubunun üniversite sınavına tekrar girmeleri durumunda hekimlik mesleğini seçme durumlarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde, %47’lik kesimin tekrar hekimlik mesleğini seçmek istemediği görülmektedir. Araştırmamıza katılan pratisyen hekimlerin %28’i bu mesleği tekrar seçeceğini ifade ederken, %25’i kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 25: Çocuklarının Hekimlik Mesleğini Seçmesini İsteme Dağılımı

Çocuğunuzun Hekim Olmasını İster misiniz ?	Sayı	%
Evet	40	24,8
Hayır	121	75,2
Toplam	161	100,0

Tablo 25’e göre; örneklem grubunun çocuklarının hekimlik mesleğini seçme durumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde, katılımcıların %75’inin çocuklarının hekimlik mesleğini seçmesini istemediği, buna karşın %25’inin ise çocuklarının hekimlik mesleğini tercih etmesini istediği görülmektedir. Bu durum, toplumsal algıların ve meslekle ilgili mevcut sorunların ailelerin kararlarını nasıl etkilediğini göstermektedir.

Tablo 26: Hekimlik Mesleğinin En Önemli Sorunları

Size Göre Hekimlik Mesleğinin En Önemli Sorunu nedir ?	Sayı	%
Çalışma Yoğunluğu	100	62,11
Ücretlendirme	52	32,30
Sağlıkta Şiddet Olayları	5	3,1
Mobing	4	2,48
Toplam	161	100,0

Tablo 26’da örneklem grubunun mesleğinde karşılaşılan en önemli sorunlara ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde, %62’lik kesim "Çalışma yoğunluğu" en yaygın sorun olarak belirtilmiştir. Bunu %32’lik kesim "Ücretlendirme" , %3’lük kesim ‘Sağlıkta şiddet olayları" ve %2’lik kesim ‘Mobing’ şeklinde belirtmiştir.

5.5. TIP ENDÜSTRİSİNİN ETKİLERİ: TİCARİLEŞME, TEKNOLOJİ VE HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİ

Tablo 27: Tıp Endüstrisinin Hekimlik Ücretine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Hekimlerin ücretlerini nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	7	4,34
Olumsuz	101	62,73
Kararsızım	53	32,91
Toplam	161	100

Tablo 27’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin aldıkları ücret etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %63’lük kesim ile "Olumsuz" seçeneği örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %33’lük kesim ile "Kararsızım" ve %4’lük kesim ile ‘Olumlu’ kategorileri takip etmektedir.

Tablo 28: Tıp Endüstrisinin Yeni İş Olanaklarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Hekimlere yeni iş (sağlık danışmanlığı, telemedicine, vb.) olanaklarını nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	108	67,08
Olumsuz	34	21,11
Kararsızım	19	11,8
Toplam	161	100

Tablo 28’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin yeni iş olanakları sağladığına dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %67’lik kesim ile "Olumlu" seçeneği örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %21 oranıyla "Olumsuz" ve %12 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir. Bu durum bize örneklem grubunun tıp endüstrisinin hekimler için yeni iş sahası yaratması açısından olumlu yönde düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 29: Tıp Endüstrisinin Çalışma Koşullarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Hekimlerin çalışma koşullarını olumlu etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	8	4,96
Olumsuz	149	92,54
Kararsızım	4	2,48
Toplam	161	100

Tablo 29’da örneklem grubunun tıp endüstrisinin çalışma koşullarına etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %93’lük kesim ile "Olumsuz" seçeneği örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %5 oranıyla "Olumlu" ve %2 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir.

Tablo 30: Tıp Endüstrisi Hasta-Hekim İlişisine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Hasta-Hekim ilişkisini nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	66	40,99
Olumsuz yönde	89	55,27
Kararsızım	6	3,72
Toplam	161	100

Tablo 30’da örneklem grubunun tıp endüstrisinin hasta- hekim ilişkisine etkisi değerlendirmeleri incelendiğinde, %55’lik kesim ile "Olumsuz yönde" seçeneği örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %41 oranıyla "Olumlu yönde" ve %4 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir.

Tablo 31: Tıp Endüstrisinin Tıbbi Teknolojiye Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Yenilikçi tıbbi teknoloji tedavi süreçlerini nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	126	78,26
Olumsuz yönde	29	18,01
Kararsızım	6	3,72
Toplam	161	100

Tablo 31’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin yenilikçi tıbbi teknoloji tedavi süreçlerini nasıl etkilediğine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %78’lik kesim "Olumlu yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %18 oranıyla "Olumsuz yönde" ve %4 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir.

Tablo 32: Tıp Endüstrisinin Kullanılan Tıbbi İlaç, Cihaz, Malzeme Kalitesine Etkisi

Kullanılan tıbbi ilaç, cihaz, malzemelerin kalitesi nasıl etkilenmiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	139	86,33
Olumsuz yönde	17	10,55
Kararsızım	5	3,10
Toplam	161	100

Tablo 32’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin kullanılan tıbbi ilaç, cihaz, malzeme kalitesine etkisi değerlendirmeleri incelendiğinde, %86’lık kesim ile "Olumlu yönde" seçeneği, örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %11’lik kesim "Olumsuz yönde" ve %3’lük kesim ‘Kararsızım’ kategorilerini seçmiştir. Bu veriler, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun tıp endüstrisinin sunduğu ürünlerin kalitesini olumlu bir şekilde değerlendirdiğini göstermektedir.

Tablo 33: Medikal Firmaların Tedavi Kararlarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Medikal firmaların teşvik edici promosyon ürünleri, kongre, vb. etkinlikler alınan tedavi kararlarını nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	87	54,03
Olumsuz	70	43,47
Kararsızım	4	2,48
Toplam	161	100

Tablo 33’te örneklem grubunun medikal firmaların tedavi kararlarına etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %54’lük kesim "Olumlu" seçeneğini seçerek

örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmuştur. Bunu %43 oranıyla "Olumsuz" ve %2 oranıyla 'Kararsızım' kategorileri takip etmektedir.

Tablo 34. Tıp Endüstrisinin Tıp eğitiminin Niteliğine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Tıp eğitiminin niteliğini nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	28	17,39
Olumsuz	58	36,02
Kararsızım	75	46,58
Toplam	161	100

Tablo 34'te örneklem grubunun tıp endüstrisinin tıp eğitiminin niteliğine etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %47'si "Kararsızım" kategorisini seçerek örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %36'luk kesim ile "Olumsuz" ve %17 kesim ile 'Olumlu' kategorileri takip etmektedir. Bu sonuçlar, katılımcıların büyük bir kısmının tıp endüstrisinin tıp eğitiminin niteliğine dair kararsız bir tutum sergilediğini göstermektedir.

Tablo 35: Tıp Endüstrisinin Tıpta Uzmanlık İhtisasına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Tıpta uzmanlık ihtisas eğitiminin önemini nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	67	41,61
Olumsuz yönde	53	32,91
Kararsızım	41	25,46
Toplam	161	100

Tablo 35'te örneklem grubunun tıp endüstrisinin tıpta uzmanlık ihtisasının önemini arttırdığına dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %42'si "Olumlu yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %33'lük

kesim ile "Kararsızım" ve %25'lik kesim ile 'Olumsuz yönde' kategorileri takip etmektedir. Bu bulgu, katılımcıların çoğunluğunun tıp endüstrisinin tıpta uzmanlık ihtisasının önemine katkı sağladığına dair güçlü bir algıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 36: Tıp Endüstrisinin Mesleki Gelişime Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Hekimliğe dair mesleki gelişimi nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	67	41,61
Olumsuz yönde	53	32,91
Kararsızım	41	25,46
Toplam	161	100

Tablo 36'da örneklem grubunun tıp endüstrisinin mesleki gelişime katkısına dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %42'lik kesim ile "Olumlu yönde" seçeneği, örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %33 oranıyla "Olumsuz yönde" ve %25 oranıyla 'Kararsızım' kategorileri takip etmektedir.

Tablo 37: Tıp Endüstrisinin Halk Sağlığı Kampanyalarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Halk sağlığı kampanyalarını nasıl etkilemiştir? (aşılama, obeziteyle mücadele, vb.)	Sayı	%
Olumlu	136	84,47
Olumsuz	21	13,04
Kararsızım	4	2,48
Toplam	161	100

Tablo 37'de örneklem grubunun tıp endüstrisinin halk sağlığı kampanyalarına etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %84'ü "Olumlu yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %13 oranıyla "Olumsuz yönde" ve %3 oranıyla 'Kararsızım' kategorileri takip etmektedir.

Tablo 38: Tıp Endüstrisinin Erken Tanı ve Tedavi Olanaklarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Erken tanı ve tarama programlarının gelişimini nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	148	91,92
Olumsuz	3	2,04
Kararsızım	10	6,2
Toplam	161	100

Tablo 38’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin erken tanılama ve tarama programına etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %92’lik kesim ile "Olumlu yönde" seçeneği, örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %6 oranıyla "Olumsuz yönde" ve %2 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir. Bu sonuçlar, tıp endüstrisinin erken tanı ve tarama programlarının önemine dair güçlü bir algının var olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 39: Tıp Endüstrisinin Sağlık Sigortasının Yaygınlaşmasına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Sağlık sigortasının yaygınlaşmasını nasıl etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	139	86,33
Olumsuz	1	0,62
Kararsızım	21	13,04
Toplam	161	100

Tablo 39’da örneklem grubunun tıp endüstrisinin sağlık sigortalarının artmasına dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %86’sının "Olumlu yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %13 oranıyla "Kararsızım" ve %1 oranıyla ‘Olumsuz’ kategorileri takip etmektedir.

Tablo 40: Tıp Endüstrisinin Koruyucu ve Rehabilite Edici Tedavi Olanaklarına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Koruyucu ve rehabilite edici tedavi olanaklarını ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	127	78,88
Olumsuz yönde	11	6,83
Kararsızım	23	14,28
Toplam	161	100

Tablo 40’da örneklem grubunun tıp endüstrisinin koruyucu ve rehabilite edici tedavi olanaklarına dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %79’luk kesim ile "Olumlu yönde" seçeneği, örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %7 oranıyla " Olumsuz " ve %14 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir. Bu sonuçlar, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun tıp endüstrisinin sunduğu koruyucu ve rehabilite edici tedavi olanaklarını genel olarak olumlu değerlendirdiğini göstermektedir.

Tablo 41: Tıp Endüstrisinin Salgınları Önleme Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Salgın hastalıkların önlenmesini ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	118	73,29
Olumsuz	24	16,01
Kararsızım	19	10,8
Toplam	161	100

Tablo 41’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin salgınları önleme dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %73’lük kesim ile "Olumlu yönde" seçeneği, örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %16 oranıyla " Olumsuz " ve %11 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir. Bu sonuçlar,

katılımcıların büyük bir çoğunluğunun tıp endüstrisinin salgınları önleme çabalarını genel olarak olumlu gördüğünü ortaya koymaktadır.

Tablo 42: Tıp Endüstrisinin Mesleki Etik Kurallarını Nasıl Etkilediğine Dair Düşünce Dağılımları

Mesleki etik kurallarını ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	73	45,34
Olumsuz	33	20,49
Kararsızım	55	35,16
Toplam	161	100

Tablo 42’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin mesleki etik kurallarını nasıl etkilediğine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %45’lik oran ile "Olumlu yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %35 oranıyla " Kararsızım " ve %20 oranıyla ‘Olumsuz yönde’ kategorileri takip etmektedir. Bu sonuçlar, katılımcıların tıp endüstrisinin mesleki etik kurallarına ilişkin genel bir görüş birliği olmadığını, ancak yine de olumlu bir algının mevcut olduğunu göstermektedir.

Tablo 43: Tıp Endüstrisinin Mesleki Etkinliğine Dair Düşünce Dağılımı

Hekimliğin etkinliğini ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	97	60,24
Olumsuz	53	32,91
Kararsızım	11	6,83
Toplam	161	100

Tablo 43’teki örneklem grubunun tıp endüstrisinin hekimlerin etkinliğine etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %60’lık kesim "Olumlu yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %33 oran ile " Olumsuz " ve %7 oran ile ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir. Bu

sonuçlar, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun tıp endüstrisinin hekimlerin etkinliğine olumlu katkılarda bulunduğu yönünde bir görüş belirttiğini göstermektedir.

Tablo 44: Tıp Endüstrisinin Aşırı İlaç Kullanımına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Aşırı ilaç kullanımını ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu	85	52,79
Olumsuz	49	30,43
Kararsızım	27	16,77
Toplam	161	100

Tablo 44’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin aşırı ilaç kullanımına etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %53’lük kesim "Olumlu yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %30 oranıyla "Olumsuz " ve %17 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir. Bu veriler, katılımcıların tıp endüstrisinin aşırı ilaç kullanımı üzerindeki etkisini değerlendirmede farklı görüşlere sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 45: Tıp Endüstrisinin Kullanılan Tıbbi İlaç, Cihaz, Malzeme Fiyatına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Kullanılan tıbbi ilaç, cihaz, malzemelerin fiyatını ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	57	35,40
Olumsuz yönde	46	28,57
Kararsızım	58	36,02
Toplam	161	100

Tablo 45’te örneklem grubunun tıp endüstrisinin tıbbi ilaç, cihaz, malzeme fiyatlarına etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %36’lık kesim "Kararsızım"

seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %35 oranıyla " Olumlu yönde " ve %29 oranıyla ‘Olumsuz yönde’ kategorileri takip etmektedir.

Tablo 46: Tıp Endüstrisinin Günlük Hasta Sayısına Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Hekim başına günlük hasta sayısını ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	49	30,43
Olumsuz yönde	64	39,75
Kararsızım	48	29,81
Toplam	161	100

Tablo 46’da örneklem grubunun tıp endüstrisinin hekim başına günlük hasta sayısı etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %40’lık kesim "Olumsuz yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu %30 oranıyla " Olumlu yönde" ve %30 oranıyla ‘Kararsızım’ kategorileri takip etmektedir. Bu sonuçlar, katılımcıların tıp endüstrisinin günlük hasta sayısı üzerindeki etkisine dair belirgin bir görüş birliği olmadığını göstermektedir.

Tablo 47: Tıp Endüstrisinin Mesai Süresine Etkisine Dair Düşünce Dağılımı

Hekimlerin mesai süresini ne yönde etkilemiştir?	Sayı	%
Olumlu yönde	27	16,77
Olumsuz yönde	75	45,62
Kararsızım	59	36,64
Toplam	161	100

Tablo 47’de örneklem grubunun tıp endüstrisinin hekimlerin mesai süresine etkisine dair değerlendirmeleri incelendiğinde, %46’lık kesim "Olumsuz yönde" seçeneği ile örneklem grubunun en yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu %37 oranıyla " Kararsızım " ve %17 oranıyla ‘Olumlu yönde’ kategorileri takip etmektedir.

Bu sonuçlar, katılımcıların çoğunluğunun tıp endüstrisinin hekimlerin çalışma sürelerini olumsuz etkilediğine dair güçlü bir görüşe sahip olduğunu göstermektedir.

5.6. HEKİMLİK MESLEĞİNE DAİR KAMU-ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ KARŞILAŞTIRMALARI

Tablo 48: Çalışma Koşulları Açısından Kamu/Özel Karşılaştırılması

Hekimlerin Çalışma Koşulları	Sayı	%
İkisi de Aynı Derecede İyidir	7	4,3
Kamu Kurumlarında Daha İyidir	10	6,2
Kararsızım	53	32,9
Özel Kurumlarında Daha İyidir	91	56,5
Toplam	161	100

Tablo 48’de pratisyen hekimlerin çalışma koşullarına yönelik kamu ve özel kurum karşılaştırması incelendiğinde, %57’si özel kurumların çalışma koşullarının daha iyi olduğunu belirtmiştir. Kamu kurumlarını daha iyi bulanların oranı ise %6’dır. Örneklem grubundaki hekimlerin %33’ü bu konuda kararsız olduğunu ifade ederken, yalnızca %4’ü her iki kurum türünün de aynı derecede iyi çalışma koşulları sunduğunu düşünmektedir. Araştırma örneklemimize katılan pratisyenlerin neredeyse tamamının (147 kişinin) kamuda çalışmasına rağmen özel kurumların çalışma koşullarının daha iyi bulunduğunu düşünmektedir.

Tablo 49: Ücrete Göre Kamu/Özel Karşılaştırılması

Hekimlerin Aldığı Ücret	Sayı	%
İkisi de Aynı Derecede İyidir	7	4,3
Kamu Kurumlarında Daha İyidir	10	6,2

Kararsızım	53	32,9
Özel Kurumlarında Daha İyidir	91	56,5
Toplam	161	100

Tablo 49’da; hekimlerin aldıkları ücretlere yönelik kamu ve özel kurum karşılaştırması incelendiğinde, %57’si özel kurumların daha iyi ücret imkânları sunduğunu belirtmiştir. Kamu kurumlarını daha iyi ücretlendirme açısından değerlendirenlerin oranı ise %6’dır. Örneklem grubunun %33’ü bu konuda kararsız olduğunu ifade ederken, %4’ü her iki kurum türünün de aynı derecede iyi ücretlendirme sağladığını düşünmektedir.

Tablo 50: Günlük Bakılan Hasta Sayısına Göre Kamu/Özel Karşılaştırması

Günlük Bakılan Hasta Yoğunluğu	Sayı	%
İkisi de Aynı Derecede İyidir	8	4,96
Kamu Kurumlarında Daha Çoktur	29	18,01
Kararsızım	58	36,02
Özel Kurumlarında Daha Çoktur.	66	40,99
Toplam	161	100

Tablo 50’de katılımcıların %41’i özel kurumlarda hekim başına düşen hasta sayısının daha yoğun olduğunu belirtirken, %36’sı kararsız olduğunu belirtmiştir. %18’i ise kamu hastanelerinde bakılan hasta sayısının daha yoğun olduğunu ifade etmiştir. %5’i her iki kurumunda aynı hasta yoğunluğuna sahip olduğunu bildirmiştir.

Tablo 51: Mesleki Tatmin Düzeyine Göre Kamu/Özel Karşılaştırılması

Mesleki Tatmin	Sayı	%
İkisi de Aynı Derecede İyidir	8	5,0
Kamu Kurumlarında Daha İyidir	29	18,0
Kararsızım	58	36,0
Özel Kurumlarında Daha İyidir	66	41,0
Toplam	161	100

Tablo 51’de pratisyen hekimlerin mesleki tatmin düzeyine ilişkin kamu ve özel kurum karşılaştırması incelendiğinde, %41’i, özel kurumlarda mesleki tatminin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Kamu kurumlarında mesleki tatminin daha iyi olduğunu düşünenlerin sayısı ise %18’dir. Örneklem grubunun %36’sı bu konuda kararsız olduklarını belirtirken, %5’i bir grupta her iki kurumun da aynı derecede mesleki tatmin sağladığını düşünmektedir.

Tablo 52: Meslektaş İlişkileri Kamu/Özel Karşılaştırılması

Hekim-Hekim İlişkisi	Sayı	%
İkisi de Aynı Derecede İyidir	30	18,6
Kamu Kurumlarında Daha İyidir	31	19,3
Kararsızım	41	25,5
Özel Kurumlarında Daha İyidir	59	36,6
Toplam	161	100

Tablo 52’de pratisyen hekimlerin diğer hekimlerle olan ilişkilerine yönelik kamu ve özel kurum karşılaştırması incelendiğinde, %37’si özel kurumlarda hekim-hekim ilişkilerinin daha iyi olduğunu ifade etmiştir. Kamu kurumlarını bu açıdan daha iyi bulanların sayısı ise %19’dur. Örneklem grubunun %25’i bu konuda kararsız

olduğunu belirtirken, %19 de her iki kurum türünde de hekim-hekim ilişkilerinin aynı derecede iyi olduğunu düşünmektedir.

Tablo 53: Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Düşünce Dağılımı

Günümüzde giderek yaygınlaşan özel sağlık kuruluşları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	%
Gerekli olduğunu düşünmekteyim	67	41,6
Gereksiz olduğunu düşünmekteyim	55	34,2
Kararsızım	39	24,2
Toplam	161	100

Tablo 53'te örneklem grubundaki pratisyenlerin %42'i, özel sağlık kuruluşlarının artmasının gerekli olduğunu düşünmektedir. Buna karşın %34'ü, bu kuruluşların artmasının gereksiz olduğunu ifade etmiştir. Kararsız olan pratisyenlerin oranı ise %24 olarak görülmektedir.

Tablo 54: Hasta-Hekim İlişkisi Açısından Kamu/Özel Karşılaştırılması Dağılımı

Hekimlik mesleğinde hasta-hekim ilişkisi göz önüne alındığında kamu kurumları mı yoksa özel sağlık kurumları mı daha iyidir?	Sayı	%
Kamu Sağlık Kurum ve Kuruluşları	43	26,6
Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları	118	73,3
Toplam	161	100

Tablo 54'te; verilere göre, örneklem grubunda %73'lük kesim hekim-hasta ilişkisi bakımından özel sağlık kurum ve kuruluşlarını daha iyi olarak

değerlendirmiştir. Buna karşın, %27'lik kesim, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının daha iyi olduğunu belirtmiştir.

5.7. TUS SÜRECİ VE TUS TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tablo 55: TUS'a Yeterince Hazırlanma Durumu Dağılımı

TUS'a yeterince Hazırlanabiliyor musunuz?	Sayı	%
Evet	63	39,1
Hayır	98	60,9
Toplam	161	100

Tablo 55'te TUS'a yeterince hazırlanabilme durumları incelendiğinde, %61'inin TUS'a yeterince hazırlanamadığı tespit edilmiştir. Buna karşılık, %39'luk bir kesim TUS'a hazırlık (kursu katılma, sınava çalışma, gibi) yaptığını belirtmiştir.

Tablo 56: TUS Deneyimi Dağılımı

Kaç Defa TUS'a Girdiniz?	Sayı	%
1-5 arası kez	149	92,5
10 ve üzeri kez	3	1,9
6-10 arası kez	9	5,6
Toplam	161	100

Tablo 56'da örneklem grubumuzda ki pratisyen hekimlerin daha önce TUS'a girme durumları incelendiğinde; %92'sinin, 1-5 kez sınava girdiği görülmektedir. 6-10 kez sınava girenlerin oranı %6 iken, 10 veya daha fazla kez sınava girenlerin oranı %2 olmakla beraber en düşük düzeydedir.

Tablo 57: TUS Tercihleri Dağılımı

TUS tercihleri	Sayı	%
Dahili Bilimler	119	73,9
Cerrahi Bilimler	31	19,3
Temel Bilimler	11	6,8
Toplam	161	100

Tablo 57’de toplamda 161 örneklemin %74’ü Dahili Bilimler alanını tercih etmek istediğini belirtmiştir. Cerrahi Bilimler alanını tercih etmek isteyen pratisyenlerin oranı %19’dur. Temel Bilimler alanını tercih etmeyi düşünenlerin oranı %7’dir.

Tablo 58: TUS Tercihlerini Etkileyen Faktörler Dağılımı

Hekimlerin TUS Tercihlerini Etkileyen Faktörler	Sayı	%
Çalışma Saatleri / Hasta yoğunluğu	43	26,50
Kişisel İlgi Alanı ve Yetenek	65	40,37
Maddi Kazanç	13	8,07
Malpraktis Durumu	11	6,8
Nöbet Durumu	15	9,3
TUS puanı	14	8,7
Toplam	161	100

Tablo 58’de, pratisyen hekimlerin TUS tercihlerini etkileyen faktörleri sayısal ve yüzdesel olarak göstermektedir. Örneklem grubunda toplam 161 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların %40’ı; TUS tercihlerini kişisel ilgi alanları ve yeteneklerine göre belirlediğini ifade etmiştir, bu oran en yüksek yüzdedir. Çalışma saatleri ve hasta yoğunluğu faktörü, % 26 ile ikinci sırada yer almıştır. Maddi kazanç faktörü % 9, TUS puanı faktörü % 9, nöbet durumu faktörü % 9 ve malpraktis durumu faktörü % 7 olup daha düşük oranlarda etkili olduğu görülmektedir.

Tablo 59: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Sonrası Akademik Kariyer İsteme Dağılımı

Akademik Kariyer	Sayı	%
Evet	61	37,9
Hayır	100	62,6
Toplam	161	100

Tablo 59’da toplamda 161 örneklemin %63’ü akademik kariyer yapmayı düşünmediğini ifade ederken, %38’i akademik kariyere devam etmeyi planladığını belirtmiştir.

Tablo 60: TUS Tercihlerinde Sağlıkın Sektörleşmesinin Etkisi

TUS tercihlerinizde sağlık sektörleşmesi etkili midir?	Sayı	%
Evet	61	37,9
Hayır	100	62,6
Toplam	161	100

Tablo 60’da katılımcıların %63’ü TUS Tercihlerinde sağlık sektörleşmesi diğer bir ifade ile endüstrileşmesinin etkili olmadığını belirtirken katılımcıların %38’i etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 61: TUS Tercihlerinde Endüstriyellemenin Sağladığı Yeni İş Olanaklarının Etkisi

TUS tercihlerinizde tıp endüstrisinin gelişmesiyle ortaya çıkan yeni iş olanakları (özel muayyaneler, telemedicine, online sağlık danışmanlığı, vb.gibi) etkili oluyor mu?	Sayı	%

Evet	61	37,9
Hayır	100	62,1
Toplam	161	100

Tablo 61’de katılımcılara Tıp Endüstrisinin gelişmesi ile yenilikçi yöntemlerden telemedicine, online sağlık danışmanlığı vb. hizmetlerin TUS tercihlerine etkisinin olup olmadığı sorulmuş katılımcılardan %62’si etkili olmadığını ifade ederken, %38’i etkili olduğunu belirtmiştir.

5.8. GÖÇ EĞİLİMLERİ, SENDİKALAŞMA VE MESLEKİ BEKLENTİLER

Tablo 62: Sendika Üyeliği Dağılımı

Herhangi bir sendikaya üyeliğiniz bulunmakta mıdır?	Sayı	%
Evet	84	52,2
Hayır	77	47,8
Toplam	161	100

Tablo 62’de toplam 161 örneklemin %52’si bir sendikaya üye olduğunu belirtirken, %48’i herhangi bir sendikaya üye olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 63: Türk Tabipler Birliğine Üye Olma Durumları

Türk Tabipler Birliğine üyeliğiniz bulunmakta mıdır?	Sayı	%
Evet	84	52,2
Hayır	77	47,8
Toplam	161	100

Tablo 63'te katılımcıların %52'si Meslek Odası olan TTB'ye üye iken, %48'i üye olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 64: Maaşını Yeterli Bulma Dağılımı

Aldığınız maaşı yeterli bulmakta mısınız?	Sayı	%
Evet	13	8,1
Hayır	148	91,9
Toplam	161	100

Tablo 64'te toplamda 161 pratisyenin %92'si maaşlarını yeterli bulmadığını ifade ederken, sadece %8'i mevcut maaşlarını yeterli bulduğunu belirtmiştir.

Tablo 65: Mesleki Göçü Düşünme Dağılımı

Başka Ülkelerde Hekimlik Yapmayı Düşünüyor musunuz?	Sayı	%
Evet	98	60,9
Hayır	63	39,1
Toplam	161	100

Tablo 65'te, hekim göçü, bir ülkenin sağlık sistemini tehdit eden önemli bir sosyolojik bir olgu olduğundan araştırmamızın örneklem grubunun bu konudaki düşüncelerini incelediğimizde; %61'i başka bir ülkede hekimlik yapmayı düşündüklerini ifade ettiklerini, %39'u böyle bir düşüncelerinin olmadığını belirtmiş olduğunu görmekteyiz.

Tablo 66: Hangi Ülke İçin Mesleki Göçü İsteme Dağılımı

Başka Ülkede Hekimlik Yapma İmkânınız Olsaydı Nereyi Tercih ederdiniz?	Sayı	%
ABD	11	6,83
Almanya	40	24,84
Birleşik Krallık	15	9,31
Kanada	24	14,90
İngiltere	8	4,96
Başka Ülkede Hekimlik yapmam	63	39,13
Toplam	161	100

Tablo 66’da, örneklem grubundaki katılımcıların başka bir ülkede hekimlik yapma imkânına sahip olmaları durumunda hangi ülkeyi tercih edeceklerini gösterilmektedir. Örneklem grubunun en büyük kısmı %39 oranı ile başka bir ülkede hekimlik yapmayı düşünmediğini belirtmesi dikkat çekmektedir. Bunu sırasıyla %25 oranıyla Almanya, %15 oranıyla Kanada, %9 oranıyla Birleşik Krallık, ve %7 oranıyla ABD ve %5 oranıyla İngiltere kategorisi izlemektedir.

Tablo 67: Performansa Dayalı Ödeme Sistemine İlişkin Görüşler

Performansa dayalı ödemeyi nasıl değerlendirmektesiniz?	Sayı	%
Olumlu	84	52,2
Olumsuz	77	47,8
Toplam	161	100

Tablo 67’de katılımcıların performansa dayalı ödeme sistemine ilişkin görüşleri incelenmiş olup katılımcıların %52’si olumlu yönde, %48’i olumsuz yönde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 68: Hekimler Arasında Adaletsiz Döner Sermaye Dağıtıldığını Düşünme Dağılımı

Döner sermaye hekimler arasında dağılımının adaletsiz dağıtıldığını düşünmekte misiniz?	Sayı	%
Evet	143	88,8
Hayır	18	11,2
Toplam	161	100

Tablo 68’de örneklem grubundaki %89 oranında hekim, döner sermayenin dağılımının adaletsiz olduğunu ifade ederken, % 11’i dağılımın adil olduğu görüşündedir.

Tablo 69: Pratisyen Hekimliğin Geleceği Hakkında Düşünce Dağılımı

Pratisyen hekimlerin geleceğini nasıl görmektesiniz?	Sayı	%
Dijital sağlık uygulamaları pratisyen hekimlerin çalışma şeklini olumlu yönde etkileyecektir	2	1,2
Eğitim ve sürekli gelişim pratisyen hekimlerin mesleki yeterliliğini artıracaktır	6	3,7
Her geçen gün daha kötüye gidecektir	1	0,6
Pratisyen hekim kalitesi giderek düşecek ve malpraktis davaları artacaktır.	1	0,6
Pratisyen hekimlerin multidisipliner ekiplerdeki rolü artacaktır	8	5,0
Pratisyen hekimlerin rolü ve önemi artacaktır	16	9,9
Uygulanan sağlık politikaları pratisyen hekimlerin çalışma koşullarını daha karmaşık hale getirecektir	127	78,9
Toplam	161	100

Tablo 69’da verilere göre, örneklem grubunun büyük bir çoğunluğu %79’u "Uygulanan sağlık politikalarının pratisyen hekimlerin çalışma koşullarını daha karmaşık hale getireceğini" belirtmiştir. Katılımcı hekimlerin %10’u, "Pratisyen hekimlerin rolü ve öneminin artacağını" düşünürken, %5’i, "Pratisyen hekimlerin multidisipliner ekiplerdeki rolünün artacağını" ifade etmiştir."Eğitim ve sürekli gelişim pratisyen hekimlerin mesleki yeterliliğini artıracaktır" görüşünü savunanların oranı ise %4 olarak tespit edilmiştir.Daha düşük oranlarla ifade edilen diğer görüşlere

baktığımızda , "Dijital sağlık uygulamalarının pratisyen hekimlerin çalışma şeklini olumlu yönde etkileyeceği" %1, "Her geçen gün daha kötüye gideceği" %1, ve "Pratisyen hekim kalitesinin düşeceği ve malpraktis davalarının artacağı" %1 oranı olarak yer almaktadır.

5.9. TUS TERCİHLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER: SAĞLIKTA YAPISAL DEĞİŞİM, RİSK ALGISI VE TEKNOLOJİK GELİŞMELER

Tablo 70: TUS Tercihleri Dağılımı

TUS tercihleri	Sayı	%
Aile Hekimliği	13	8,07
Tıbbi Biyokimya	4	2,48
Göz Hastalıkları	11	6,83
Halk Sağlığı	3	1,86
Radyoloji	17	10,55
Deri ve Zührevi Hastalıkları	44	27,32
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	9	5,59
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	2	1,24
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	15	9,31
Göğüs Cerrahisi	2	1,24
Pediyatri	2	1,24
Kalp ve Damar Cerrahisi	1	0,62
Genel Cerrahi	4	2,48
Doğum ve Kadın Hastalıkları	2	1,24
Dahiliye	5	3,10
Nöroloji	1	0,62
Reanimasyon ve Anesteziyoloji	8	4,96
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	14	8,69
Mikrobiyoloji	1	0,62
Spor Hekimliği	1	0,62
Kardiyoloji	2	1,24
Toplam	161	100

Tablo 70’de Pratisyen hekimlerin TUS ile tercih etmek istedikleri uzmanlık alanları incelenmiş olup katılımcıların; %27’si Deri ve Zührevi hastalıkları, %11’i Radyoloji alanını, %9’u Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonu, %9’u Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, %8’i Aile Hekimliğini, %7’si Göz Hastalıklarını, %6’sı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, %5’i Reanimasyon ve Anesteziyoloji, %3’ü Dahiliye, %2’si Tıbbi Biyokimya, %2’si Halk Sağlığı, %2’si Genel Cerrahi, %1’i Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, %1’i Göğüs Cerrahi, %1’i Pediatri, %1’i Kalp Damar Cerrahi, %1’i Doğum ve Kadın Hastalıkları, %1’i Nöroloji, %1’i Mikrobiyoloji, %1’i Kardiyoloji ve %1’i Spor Hekimliği branşlarını tercih etmek istediklerini belirtmişlerdir. Elde edilen bulgular ile Tablo 3’te yer alan Yıllara Göre TUS Puanları Tablosu ile paralellik göstermektedir.

Tablo 71: Sağlık Hizmetlerinde Giderek Artan Özelleşme TUS Tercihlerine Etkisi

Sağlık hizmetlerinde giderek artan özelleşme TUS tercihlerinizi etkiler mi?	Sayı	%
Evet	101	62,73
Hayır	60	37,26
Toplam	161	100

Tablo 71’de sağlık hizmetlerinin özelleşmesinin TUS tercihinin etkisi sorulmuş olup katılımcıların %63’ü evet yanıtını verirken, %37’si TUS tercihlerinde bu hususun etkili olmayacağını belirtmiştir.

Tablo 72: Sağlık Alanındaki Gelişmekte Olan Teknolojik Yeniliklerin TUS Tercihine Etkisi

Sağlık alanındaki gelişmekte olan teknolojik yenilikler (robotik cerrahi,3 D yazıcılar, gibi), TUS tercihinizi etkiler mi?	Sayı	%
Evet	136	84,47
Hayır	25	15,52
Toplam	161	100

Tablo 72’de sağlık alanındaki gelişen teknolojilerin TUS tercihlerine etkisi sorulmuş olup katılımcıların %84’ü evet yanıtını verirken, %16’sı bu hususun tercihlerini etkilemeyeceğini belirtmiştir.

Tablo 73: Gelirin TUS Tercihlerine Etkisi

Sağlık sektöründe daha çok gelir getiren branşlar, TUS tercihinizi etkiler mi?	Sayı	%
Evet	151	93,78
Hayır	10	6,21
Toplam	161	100

Tablo 73’te katılımcılara gelirin TUS tercihlerine etkisi sorulmuş olup katılımcıların %94’ü ekonomik getirinin TUS tercihine etkisi olduğunu savunurken %6’sı hayır yanıtını vermiştir.

5.10. ARAŞTIRMA SONUCUNDA ELDE EDİLEN DEĞİŞKENLERE AİT ÇAPRAZ TABLOLAR

Tablo 74: TUS Tercihlerini Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı

TUS Tercihleri	n / %	TUS Tercih Nedenleri									
		Diğer	Çalışma Saatleri	Hasta Yoğunluğu	İlgi alanına göre	Maddi Kazanç	Malpraktis Durumu	Nöbet Durumu	Risk Durumu	TUS Puanı	Toplam
Dahili Bilimler	n	2	29	1	47	9	8	11	1	11	119
	%*	1,6 %	24,4 %	0,8 %	39,5 %	7,6 %	6,7 %	9,2 %	0,8 %	9,2 %	100,0 %
Cerrahi Bilimler	n	0	5	0	15	4	0	4	0	3	31
	%*	0,0 %	16,1 %	0,0 %	48,4 %	12,9 %	0,0 %	12,9 %	0,0 %	9,7 %	100,0 %
Temel Bilimler	n	0	5	1	3	0	2	0	0	0	11
	%*	0,0 %	45,5 %	9,1 %	27,3 %	0,0 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %

*Satır Yüzdesi

Tablo 74, TUS tercihlerinde etkili olan faktörlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımını göstermektedir. Dahili Bilimler, Cerrahi Bilimler ve Temel Bilimler olmak üzere üç ana uzmanlık alanı değerlendirilmiş ve adayların tercih nedenleri çalışma saatleri, hasta yoğunluğu, ilgi alanına göre seçim, maddi kazanç, malpraktis riski, nöbet durumu, mesleki riskler ve TUS puanı gibi çeşitli faktörler üzerinden analiz edilmiştir. Dahili Bilimler alanında uzmanlık branşı düşünenlerin en sık tercih nedeni %39 ile "ilgi alanına göre" seçim olurken, bunu %24 ile "çalışma saatleri" takip etmektedir. Maddi kazanç (%8), nöbet durumu (%9) ve malpraktis durumu (%7) gibi faktörler daha düşük oranlarda etkili olmuştur. Cerrahi Bilimler alanında tercih de bulunacakların en büyük belirleyici etken %48 ile "ilgi alanına göre" seçim olurken,

bunu %16 ile "çalışma saatleri" ve %13 ile hem maddi kazanç hem de nöbet durumu takip etmektedir. Temel Bilimler alanında tercih de bulanacaklar ise en önemli tercih nedeni %45 ile "çalışma saatleri" olurken, bunu %27 ile "ilgi alanına göre" seçim izlemektedir. Ayrıca, Temel Bilimler tercihlerinde %18 ile malpraktis durumu ve %10 oranı ile hasta yoğunluğu gibi faktörlerin de etkili olduğu görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, ilgi alanına göre seçim en sık karşılaşılan tercih sebebi olurken, özellikle Temel Bilimler alanını tercih etmeyi düşünenler de çalışma saatlerinin ön plana çıktığı dikkat çekmektedir. Maddi kazanç ve nöbet durumu gibi faktörler ise tercihler üzerinde daha sınırlı bir etkiye sahiptir.

Tablo 75: Akademik Kariyer Düşüncesinin TUS Tercihlerine Etkisi

TUS Tercihleri	Akademik Kariyer Düşünme			
	n / %	Evet Düşünüyorum	Hayır Düşünmüyorum	Toplam
Dahili Bilimler	n	44	75	119
	%*	37,0%	63,0%	100,0%
Cerrahi Bilimler	n	15	16	31
	%*	48,4%	51,6%	100,0%
Temel Bilimler	n	2	9	11
	%*	18,2%	81,8%	100,0%

*Satır Yüzdesi

Tablo 75, akademik kariyer yapma düşüncesinin TUS tercihlerine etkisini göstermektedir. Üç ana uzmanlık alanı olan Dahili Bilimler, Cerrahi Bilimler ve Temel Bilimler de tercih yapmayı düşünenler için akademik kariyer yapmayı düşünen ve düşünmeyenlerin dağılımı verilmiştir. Dahili Bilimler alanında uzmanlık tercihinde bulunacak hekimler de akademik kariyer yapmayı düşünenlerin oranı %37 iken, düşünmeyenlerin oranı %63'tür. Cerrahi Bilimler alanında uzmanlık tercihinde bulunacak hekimler de akademik kariyer yapmayı düşünenlerin oranı %48 ile daha

yüksek bir oran gösterirken, akademik kariyer düşünmeyenlerin oranı %52'dir. Temel Bilimler alanında uzmanlık tercihinde bulunacak hekimlerde ise akademik kariyer yapmayı düşünenlerin oranı %18 ile en düşük seviyede olup, bu alanda tercih yapacakların %82'si akademik kariyer düşünmemektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, Dahili ve Cerrahi Bilimler alanlarında tercih de bulunacak hekimlerde akademik kariyer yapma düşüncesi daha yaygınken, Temel Bilimler alanını seçmeyi düşünenlerde bu eğilim belirgin şekilde düşmektedir.

Tablo 76: TUS Tercihleri ile Tıp Endüstrisinin Yeni İş Olanaklarına Etkisine Yönelik Görüşler Arasındaki İlişki

TUS Tercihi	Bölümün İş İmkânı Sağlama Durumuna İlişkin Görüş			Toplam
	Olumlu	Olumsuz	Kararsızım	
Aile Hekimliği	7 / 53.8%	3 / 23.1%	3 / 23.1%	13
Tıbbi Biyokimya	2 / 50.0%	0 / 0.0%	2 / 50.0%	4
Göz Hastalıkları	6 / 54.5%	2 / 18.2%	3 / 27.3%	11
Halk Sağlığı	2 / 66.7%	0 / 0.0%	1 / 33.3%	3
Radyoloji	10 / 58.8%	4 / 23.5%	3 / 17.6%	17
Deri ve Zührevi Hastalıkları	26 / 59.1%	11 / 25.0%	7 / 15.9%	44
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	1 / 50.0%	0 / 0.0%	1 / 50.0%	2
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	9 / 60.0%	3 / 20.0%	3 / 20.0%	15
Göğüs Cerrahisi	0 / 0.0%	0 / 0.0%	2 / 100.0%	2
Pediyatri	0 / 0.0%	0 / 0.0%	2 / 100.0%	2
KVC	0 / 0.0%	0 / 0.0%	1 / 100.0%	1
Genel Cerrahi	1 / 25.0%	1 / 25.0%	2 / 50.0%	4

Kadın Doğum	0 / 0.0%	0 / 0.0%	2 / 100.0%	2
Dahiliye	3 / 60.0%	1 / 20.0%	1 / 20.0%	5
Nöroloji	0 / 0.0%	0 / 0.0%	1 / 100.0%	1
Anestezi	4 / 50.0%	2 / 25.0%	2 / 25.0%	8
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	5 / 35.7%	5 / 35.7%	4 / 28.6%	14
Psikiyatri	6 / 66.7%	1 / 11.1%	2 / 22.2%	9
Mikrobiyoloji	0 / 0.0%	0 / 0.0%	1 / 100.0%	1
Spor Hekimliği	0 / 0.0%	0 / 0.0%	1 / 100.0%	1
Kardiyoloji	1 / 50.0%	0 / 0.0%	1 / 50.0%	2

Katılımcıların TUS tercihleri ile sağlık sektöründeki yeni iş olanaklarına (örneğin sağlık danışmanlığı, telemedicine vb.) yönelik görüşleri arasındaki ilişki incelenmiş ve elde edilen veriler Tablo 76’da gösterilmiştir.

Tabloya göre, Deri ve Zührevi Hastalıkları (n=44) alanını tercih edecek hekimlerin %57’si bu yeni iş alanlarına yönelik olumlu bir tutum sergilemiş, %23’ü olumsuz düşünmüş, %20’si ise kararsız olduğunu ifade etmiştir. Benzer şekilde, Radyoloji (n=17) tercihinde bulunacak hekimlerin %59’u olumlu görüş bildirirken, Psikiyatri (n=9) alanında bu oran %67 olarak belirlenmiştir.

Özellikle Dahiliye, Psikiyatri, Tıbbi Biyokimya ve Halk Sağlığı gibi daha çok temel ve dahili tıp alanlarında yoğunlaşan tercihlerde olumlu görüş bildirme oranının %60’ın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu bulgu, sağlık endüstrisinin dönüşümüne ve dijitalleşmeye daha duyarlı olan bu alanlardaki hekim adaylarının, yeni istihdam biçimlerini daha pozitif değerlendirdiklerini göstermektedir.

Buna karşın, cerrahi branşlarda (örneğin, Genel Cerrahi, Kadın Doğum, Kalp Damar Cerrahisi) olumlu görüş oranları görece daha düşüktür ve bazı durumlarda kararsızlık oranları dikkat çekici derecede yüksektir. Örneğin, Kadın Doğum alanını tercih edenlerin %50’si kararsız olduğunu belirtmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık endüstrisindeki yapısal değişimlerin ve teknoloji tabanlı yeni iş modellerinin, özellikle Dahili ve Temel Bilimler alanlarını tercih edecek hekimler tarafından daha olumlu karşılandığı söylenebilir.

Tablo 77: Aldığı Maaşı Yeterli Bulmanın TUS Tercihlerine Etkisi

TUS Tercihleri	Aldığınız Maaşı Yeterli Buluyor musunuz ?			
	n / %	Evet Düşünüyorum	Hayır Düşünmüyorum	Toplam
Dahili Bilimler	n	10	109	119
	%*	8,4%	91,6%	100,0%
Cerrahi Bilimler	n	3	28	31
	%*	9,7%	90,3%	100,0%
Temel Bilimler	n	0	11	11
	%*	0,0%	100,0%	100,0%

*Satır Yüzdesi

Tablo 77, sağlık çalışanlarının aldığı maaşı yeterli bulma durumunun TUS tercihlerine etkisini göstermektedir. Dahili Bilimler, Cerrahi Bilimler ve Temel Bilimler olmak üzere üç ana uzmanlık alanında tercih de bulunacak katılımcıların büyük çoğunluğunun maaşlarını yeterli bulmadığını ortaya koymaktadır. Dahili Bilimler alanında tercih de bulunacak hekimlerde maaşını yeterli bulanların oranı %8 iken, %92'si maaşlarının yetersiz olduğunu düşünmektedir. Benzer şekilde, Cerrahi Bilimler alanında tercih de bulunacak hekimlerin maaşını yeterli bulanların oranı %10 olup, %90'nı maaşlarının yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Temel Bilimler alanında tercih de bulunacak hekimlerde ise hiçbir katılımcı maaşını yeterli bulmazken, tüm katılımcılar (%100) maaşlarını yetersiz olarak değerlendirmiştir. Genel olarak bakıldığında, tüm uzmanlık alanlarında maaşların yetersiz bulunma oranı oldukça yüksek olup, bu durumun TUS tercihlerine etkili olabileceği düşünülmektedir.

Özellikle Temel Bilimler alanında uzmanlık branşı seçmeyi düşünenlerde maaş memnuniyetsizliğinin en yüksek seviyede olduğu görülmektedir.

Tablo 78: Özel Sağlık Kurumları Hakkındaki Düşüncelerin TUS Tercihlerine Etkisi

TUS Tercihleri	Günümüzde giderek yaygınlaşan özel sağlık kuruluşları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?				
	n / %	Gerekli Olduğunu Düşünüyorum	Gerekli Olmadığını Düşünmüyorum	Kararsızım	Toplam
Dahili Bilimler	n	48	43	28	119
	%*	40,3%	36,1%	23,5%	100,0%
Cerrahi Bilimler	n	16	5	10	31
	%*	51,6%	16,1%	32,3%	100,0%
Temel Bilimler	n	3	7	1	11
	%*	27,3%	63,6%	9,1%	100,0%

*Satır Yüzdesi

Tablo 78, özel sağlık kuruluşları hakkındaki düşüncelerin TUS tercihlerine etkisini göstermektedir. Dahili Bilimler, Cerrahi Bilimler ve Temel Bilimler alanlarında tercih de bulunacak hekimlerin değerlendirmelerinde, katılımcıların özel sağlık kuruluşlarına yönelik tutumlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Dahili Bilimler alanında uzmanlık yapmayı tercih edenlerin %40,'ı özel sağlık kuruluşlarını gerekli bulurken, %36'sı gerekli olmadığını düşünmekte, %23'ü ise kararsız kalmaktadır. Cerrahi Bilimler alanında uzmanlık yapmayı tercih edenlerde ise özel sağlık kuruluşlarını gerekli bulanların oranı %52 ile en yüksek seviyedeysen, %16'i gerekli olmadığını düşünmekte ve %32'si kararsız kalmaktadır. Temel Bilimler alanında tercih de bulunacak hekimlerde ise özel sağlık kuruluşlarına yönelik en olumsuz tutum gözlemlenmektedir; bu alandaki katılımcıların %64'ü özel sağlık kuruluşlarının gerekli olmadığını düşünürken, yalnızca %27'si gerekli bulmaktadır ve

%9'u kararsızdır. Genel olarak değerlendirildiğinde, Cerrahi Bilimler alanını tercih edecekler tarafından özel sağlık kuruluşlarına daha olumlu bakıldığı, Temel Bilimler alanında tercih de bulunmak isteyenlerde ise olumsuz görüşlerin baskın olduğu görülmektedir.

Tablo 79: Hekim Göçü Hakkındaki Düşüncelerin TUS Tercihlerine Etkisi

TUS Tercihleri	“Hekim Göçü” sıkça gündeme gelen bir konu.Siz başka bir ülkede hekimlik yapmayı düşünmekte misiniz?			
	n / %	Evet Düşünüyorum	Hayır Düşünmüyorum	Toplam
Dahili Bilimler	n	76	43	119
	%*	63,9%	36,1%	100,0%
Cerrahi Bilimler	n	15	16	31
	%*	48,4%	51,6%	100,0%
Temel Bilimler	n	7	4	11
	%*	63,6%	36,4%	100,0%

*Satır Yüzdesi

Tablo 79, hekim göçü konusundaki düşüncelerin TUS tercihlerine etkisini göstermektedir. Dahili Bilimler, Cerrahi Bilimler ve Temel Bilimler alanlarında tercih de bulunacakların değerlendirmelerinde, hekimlerin yurtdışında çalışma konusundaki eğilimlerinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Dahili Bilimler alanında uzmanlık yapmayı tercih edenlerin %64'ü başka bir ülkede hekimlik yapmayı düşündüğünü belirtirken, %36,'sı bu fikre sıcak bakmamaktadır. Cerrahi Bilimler alanında tercih de bulunacaklar da ise yurtdışında hekimlik yapmayı düşünenlerin oranı %48 olup, bu

oran Dahili Bilimler ve Temel Bilimler alanlarını tercih edenlere kıyasla daha düşüktür; ayrıca, bu alanda hekim göçüne karşı olanların oranı %52 ile az da olsa daha fazladır. Temel Bilimler alanında tercih de bulunacaklarda ise yurtdışında hekimlik yapmayı düşünenlerin oranı %64 olup, bu alandaki katılımcılar arasında da hekim göçüne yönelik güçlü bir eğilim olduğu görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, Dahili ve Temel Bilimler alanlarını terci edenlerde hekim göçüne yönelik yüksek bir eğilim varken, Cerrahi Bilimler alanını seçecekler de bu düşüncenin daha dengeli olduğu gözlemlenmektedir. Bu sonuçlar, hekimlerin yurtdışında çalışma isteğinin uzmanlık alanlarına göre değiştiğini ve belirli alanlarda daha baskın olduğunu göstermektedir.



ALTINCI BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Hekimlik mesleği; sağlık hizmetleri sisteminde merkezi bir konumda yer almaktadır. Ekonomik koşullar, siyasal kararlar, toplumsal dinamikler ve bireysel yaşam biçimleriyle doğrudan etkileşim içinde olan bu meslek; tıbbi bilgi ve teknik becerilerin ötesinde toplumsal bilinç ve etik sorumluluklarla gelişim göstermektedir. Bu yönden hekimlik kültürü hem içsel değerler hem de dışsal faktörler doğrultusunda sürekli olarak yeniden üretilmektedir.

Günümüz de teknolojidaki hızlı ilerlemeler, tıbbın uygulama alanını genişletmiş ve geleneksel sınırlarını belirsizleştirmiştir. Artık tıp yalnızca hastalıkların tedavisiyle sınırlı kalmayıp, insan yaşamının neredeyse tüm evrelerine müdahale eden bir otorite haline gelmiştir. Bu sürece eşlik eden neoliberal politikalar sağlık hizmetlerini piyasalaştırmaya başlamış; hastalar “müşteri” konumuna gelmiştir. Bu bağlam da tıp alanı bilgi, beceri ve teknik bilginin ötesinde bir pazar haline gelerek, hekimlik mesleğini de etkilemiştir.

Sağlıkta yaşanan bu gelişmeler ve dönüşümler hekimlerin uzmanlık tercihlerine de doğrudan yansımaktadır. Artık TUS sonrası yapılan uzmanlık alanı seçimleri, sadece bireysel ilgi ve yeteneklere göre değil, aynı zamanda ekonomik getiriler, çalışma koşulları ve statü gibi değişkenlerle belirlenmektedir. Böylelikle bazı branşlar daha çok tercih edilir hale gelirken, daha hayati önem arz eden tıp branşları ise göz ardı edilmektedir.

Bu bağlamda çalışmamızda tıp endüstrisinin ve neoliberal politikaların pratisyen hekimlerin TUS tercihlerini ne yönde ve ne şekilde etkilediği Diyarbakır ili özelinde sosyolojik olarak analiz edilmeye çalışılmıştır.

Bu kapsamda çalışmada tıp eğitimini tamamlayarak pratisyen hekim olarak çalışan ve TUS’a hazırlanan katılımcıların branş seçiminde etkili olan faktörler incelenmiştir. Pratisyenlerin sosyo-demografik bilgileri incelendiğinde; çalışmaya katılım sağlayan hekimlerin %74’ünün erkek olduğu gözlenmiştir. OECD’nin 2020 yılı verilerine göre de Türkiye’de görev yapan hekimlerin %62’sinin erkek olduğu belirtilmiş olup çalışmaya katılım sağlayan örneklem grubu ile Türkiye verilerinin

paralellik gösterdiği söylenilebilir (OECD, 2020, aktaran Selçuki 2022: 20). Ayrıca bu durum, Lupton (2003)'un feminist kuram çerçevesinde dile getirdiği eleştirilerle de örtüşmektedir; Lupton, kadınların kamu alanına özellikle de erkek egemen mesleklerden biri olan tıp alanının tam katılımını engelleyen ve "biology as destiny" (biyolojik kader) ideolojisini benimseyen tıbbi bağlamı ağır bir dille eleştirmiştir. Bu ideoloji, kadınların toplumsal rollerinin biyolojik özelliklerine indirgenmesiyle, onların mesleki yaşamda eşit temsiline yönelik ciddi bir engel oluşturmaktadır (Lupton, 2003 :13, aktaran Kurttaş, 2013 :21). Bu durum son yıllarda kadınların kamusal alanlarda daha fazla yer alması ile değişim göstermektedir.

Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin %55'inin 24-35 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Bu veri, tıpta uzmanlık sınavına katılımın ağırlıklı olarak yeni mezun ve genç hekimlerden oluştuğunu göstermektedir. Örneklemin medeni durumu incelendiğinde ise %60'ının evli, %37'sinin ise en az bir çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre, TUS'a hazırlanan hekimlerin büyük çoğunluğunun genç yaş grubunda olduğu ve evli hekimlerin önemli bir kısmının çocuk sahibi olduğu söylenebilir. Bu durum, evli hekimlerin branş tercihlerinde ailevi faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, uzmanlık yapmak isteyen genç hekimlerin kariyer planlamalarına göre hareket ettiği, evli ve çocuk sahibi pratisyenlerin ise iş-yaşam dengesi içinde branş seçimi yapmayı planladıklarını söyleyebiliriz.

Çalışmada ki örneklem grubunun %75'inin Diyarbakır doğumlu olması; bünyesinde Tıp Fakültesi bölümü bulunan Dicle Üniversitesinin aynı şehirde yer almasının ve buradan mezun hekimlerin aynı ilde çalışmaya devam etmelerinin etkisini yansıtmaktadır. Bu yerel aidiyet durumu, hekimlerin doğal sosyal çevrelerinden kopmadan çalışmayı tercih ettiklerini ve bu tercihlerin ekonomik koşullar ve sosyal destek sistemleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Uzmanlık sınavına hazırlanan pratisyen hekimlerin eş ve partnerlerine ilişkin veriler incelendiğinde, eşlerin eğitim düzeylerinde dikkat çeken bazı bulgular ortaya çıkmıştır. Pratisyen hekimlerin eşlerinin %6'sının ilk veya ortaokul mezunu olması dikkat çekici bir oran olup geleneksel evliliklerin halen devam ettiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte %59'unun, üniversite ya da üzeri düzeyde eğitime sahip olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgu pratisyen hekimlerin genellikle

yüksek eğitimli bireylerle evlenmeyi tercih ettiklerini göstermektedir. Toplumda yaygın olan “hekim-hekim evliliği” düşüncesinin aksine, bu oranın yalnızca %11 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca eşlerin %67’sinin formel bir sektörde çalıştığı, %33’ünün ise herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Bu veriler, sosyolojide yapısal işlevselcilik kuramıyla da açıklanabilir. Buna göre toplumun düzenli işleyişi, çeşitli kurum ve rollerin bir arada uyumlu şekilde çalışmasıyla sağlanır. Aile ise bireyin kararlarını etkileyen temel kurumlardan biridir. Eşin eğitim düzeyi ve çalışma yaşamına katılımı, aile içindeki rol dağılımını ve ekonomik yapıyı etkileyerek pratisyen hekimin uzmanlık alanı tercihi gibi mesleki kararlarını etkileyebilmektedir.

Pratisyen hekimlerin ebeveynlerinin eğitim durumları incelendiğinde, annelerin %90’ının ve babaların %75’inin lise veya daha düşük seviyelerde eğitim aldığı görülmüştür. Ayrıca, katılımcılar annelerinin %86’sı ve babalarının %11’i çalışmadıklarını belirtmiştir. Elde edilen bulgular, genel olarak hekimlerin düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerden geldiklerini ortaya koymaktadır. Cirhinlioğlu (2024) ’nun çalışmasında da benzer şekilde, Türk hekimlerinin çoğunun düşük sosyo-ekonomik geçmişe sahip ailelerden geldiği belirtilmiştir (Cirhinlioğlu, 2024: 123).Ebeveynlerin eğitim ve çalışma durumları birlikte değerlendirildiğinde, hekimlerin çoğunun yüksek sosyal statüye sahip olmayan ailelerden geldiği anlaşılmaktadır. Bourdieu’nun kuramına göre bireylerin sahip olduğu bilgi, beceri ve eğitim düzeyi onların toplumsal konumlarını belirleyen önemli faktörlerdendir. Ailedeki düşük eğitim düzeyi, bireyin başlangıçta koşullarını olumsuz yönde etkileyebilir. Ancak birey, çevresel etkenlerle sosyal ve kültürel sermayesini artırarak mevcut durumu değiştirebilir. Söz konusu durum, çocukların daha iyi bir gelecek ve toplumda kabul gören meslekler için çaba göstererek dikey sosyal hareketliliği sağlamaya çalıştıklarını göstermektedir.

Pratisyen hekimlerin mesleki yoğunlukları, gelir algıları ve toplumsal sınıfsal konumlarına dair değerlendirmeler kapsamında, öncelikle çalıştıkları kurumlar incelendiğinde katılımcıların %91’inin kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında görev yaptığı görülmektedir. Elde edilen bulgu, pratisyen hekimlerin mesleki faaliyetlerini ağırlıklı olarak kamuda sürdürdüklerini göstermektedir. Bu bulgu neo-liberal politikalar çerçevesinde değerlendirildiğinde; sağlık sektöründe yaşanan özelleşme sürecinin pratisyen hekimlik alanında henüz yaygınlaşmadığını düşündürmektedir.

Ayrıca, özel sağlık kuruluşlarının daha çok uzmanlık ya da akademik unvana sahip hekimleri tercih ettiği anlaşılmaktadır.

Katılımcılara 2024 yılı içerisinde kazanmış oldukları aylık bilgileri sorulduğunda %55'i 99.000₺-124.000₺ (6 veya 7 asgari ücret) aldığını belirtmiştir. Ancak bu gelir düzeyi; hekimlerin kıdem yılı, görev yaptıkları kurumun türü, döner sermaye katkısı, teşvik ve performans ödemeleri gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. OECD (2023) verilerine göre ise Türkiye'deki hekim maaşlarının, birçok gelişmiş ülke ortalamasının altında kaldığı belirtilmektedir (OECD Raporu, 2023, aktaran Aydan, 2023: 907). Bu bakımdan maaş durumu, hekimlerin ekonomik tatmin düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmada dikkat çeken bir bulguda, hekimlerin %27'sinin 15 yıl ve üzeri süredir pratisyen hekimlik yapmalarıdır. Buradan pratisyenliğin yalnızca uzmanlığa geçişte geçici bir aşama olmaktan çıkıp, kalıcı bir meslek haline dönüşmeye başladığı anlaşılmaktadır.

Pratisyen hekimlerin %80'i kendilerini orta sosyal sınıfa ait olarak tanımlarken, %92'si ise emeklerinin karşılığı olan maaşı yeterli bulmadıklarını ifade etmiştir. Buradan bireylerin kendilerini algıladıkları toplumsal sınıf ile gerçek ekonomik koşulları arasında bir uyumsuzluk olduğu çıkarılmaktadır. Kişisel ekonomik algının toplumsal sınıfla örtüşmemesi, bireylerin ekonomik durumlarını içinde bulundukları sınıfsal konumdan bağımsız olarak kendilerini değerlendirdiklerini ortaya koymaktadır. Örneğin, düşük gelir grubundaki bireyler kendilerini daha üst ekonomik düzeyde hissedebilirken, daha yüksek gelir elde eden bireyler bile ekonomik kaygılar yaşayabilir. Bu çelişkili durum, Piketty (2020) 'nin ekonomik algının bireyleri yalnızca gelirle değil, sosyal ilişkiler, tüketim alışkanlıkları ve yaşam memnuniyeti gibi faktörlerle de ilişkili olduğu görüşüyle örtüşmektedir (Piketty, 2020: 20, aktaran Bülbül ve Şenkal, 2023: 2144). Dolayısıyla, ekonomik aidiyet hissi yalnızca maddi gelirle değil, hekimlerin toplum içindeki konumu ve yaşamdan aldığı tatminle de ilgilidir.

TÜİK'in (2023) raporuna göre; Türkiye genelinde bireylerin %56'sı kendi konutlarında yaşarken %27'si kiracıdır. Araştırmamızda benzer dağılımlar gözlemlenmiş ve pratisyen hekimlerin %73'ü kendilerine ait evi olduğunu belirtmiştir.

Buna karşılık %27'si kirada oturduğunu ifade etmiştir. Buradan hekimlerin barınma ve gelir durumlarının Türkiye geneli ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

Çalışma bulguları pratisyen hekimlerin iş-yaşam konusunda önemli zorluklar yaşadıklarını ortaya koymuştur. Yıllık izin kullanımı ile ilgili veriler incelendiğinde katılımcı hekimlerin %59'u düzenli izin kullanmadıklarını belirtmiştir. Bu verinin nedenleri arasında yoğun iş temposu, kesintisiz nöbet düzeni ve izin günlerinde; döner sermaye ve performansa bağlı ek ödemelerde yaşanan kesintiler yer almaktadır. Pratisyenlerin, ekonomik kayıplar yaşamamak için izin kullanmaktan imtina ettikleri görülmektedir. Literatür de benzer bulgulara rastlanmaktadır. Beyoğlu ve arkadaşları; (2022) yoğun çalışma temposuna sahip olan hekimlerin izin kullanmamaları durumunda tükenmişlik sendromu, stres ve yaşam kalitesinde düşüş yaşama olasılıklarının arttığını ifade etmektedir (Beyoğlu ve diğ., 2022: 225). Çalışmamızda da bu eğilimin genç hekimler arasında daha çok belirginleştiği düşünülmektedir. Bu bağlamda mesleki kıdemi düşük olan bu genç grup; nöbet sıklığı ve iş yükü açısından en dezavantajlı kesimi oluşturmaktadır.

Pratisyen hekimlerin mesleki tatmin durumları incelendiğinde; %47'sinin üniversite sınavlarına tekrar girme şansları olsa hekimlik mesleğini tercih etmeyeceklerini belirtmeleri, mesleki doyum düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgu Dayı (2007) 'nın, çalışmasındaki hekimlerin mesleki memnuniyet düzeyinin düşük olduğu bulgusu ile örtüşmektedir (Dayı, 2007: 101). Hekimlerin başlangıçta sahip oldukları ideallerin zaman içinde aşırı iş yükü ve sorumluluğu, düşük ekonomik tatmin ve mesleki itibarsızlaştırma gibi nedenlerle yıpranması, hekimleri zamanla mesleğe karşı yabancılaşmasına neden olmaktadır. Marx (2009) 'ın “yabancılaşma” kavramı motivasyon kaybını anlamada açıklayıcı bir çerçeve sunmaktadır (Marx, 2009, aktaran Zengin, 2014: 335). Dolayısıyla hekimlerin mesleki tükenmişliği yalnızca bireysel değil, aynı zamanda yapısal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada pratisyenlerin hekimlik mesleğini seçme sürecinde %30'u kişisel ilgi ve yeteneğin, %17'si ise hayal edilen meslek olmasının, %4'ü statü durumunun etkili olduğunu belirterek içsel faktörleri ön plana çıkarmıştır. Öte yandan, %35'i sınav puanına göre tercih yaptığını, %9'u aile isteği doğrultusunda karar verdiğini ve %6'sı

maddi getirisini göz önünde bulundurduğunu belirterek dışsal faktörlerin etkisini vurgulamıştır. Tüm bu bulgular pratisyen hekimlerin mesleklerine dair memnuniyetsizliğini göstermektedir. Bununla birlikte kişisel ilgi ve yetenek, hayal edilen meslek, statü gibi mesleğin başındaki motivasyonlarının zamanla azaldığını ve mesleklerine yabancılaşmaya başladıkları görülmektedir. Katılımcı pratisyen hekimlerin mesleklerini ilk etapta tatmin edici bulsalar da mesleğin zorluklarını göz önünde bulundurduklarında çabalarının karşılığını alamadıkları ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamız kapsamında pratisyen hekimlerin %75 'lik bir kesmi çocuklarının hekim olmasını istememektedir. Bu bulgu örneklem grubunun içinde önemli bir bölümü temsil ederek mesleki stresin ve iş yükünün; mesleki miras aktarımını olumsuz şekilde etkilediğini göstermektedir. Ayrıca mesleki memnuniyetsizliği işaret etmektedir. Cirhinlioğlu (2024) 'nın çalışmasında da; hekimlerin hekimlik mesleklerinden fazlaca memnun olmadıkları belirtilmiş olup işlerine istekle değil koşullanma ve zaruret hali ile gittikleri ifade edilmiştir (Cirhinlioğlu, 2024: 124).

Hekimlik mesleğine yönelik katılımcıların değişen ve motivasyon kaybına neden olan mesleki sorunlar iletilmiş katılımcıların %62'si çalışma yoğunluğu, %32'si ücretlendirmedeki düşüklük yanıtını vermişlerdir. Neo-liberal yaklaşım çerçevesinde, hizmet sunumunda iş gücünün daha verimli ve düşük maliyetle kullanılmasını hedefleyen politikalar, hekimlerin çalışma sürelerinin uzamasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, gelişen ve değişen sağlık sisteminin bir parçası olan tıp endüstrisinin, hekimlerin ücret düzeyleri üzerinde de olumsuz etkiler yarattığı görülmektedir. Artan iş yükü, performans sistemi kaynaklı ekonomik baskılar ve yoğun mesai temposu, hekimlerin çalışma koşullarını zorlaştırdığı anlaşılmaktadır. Bu durum, hekimlerin iş güvencesinden yoksun, esnek ve güvencesiz koşullarda çalıştığı bir prekarya sınıfına dönüşmelerine zemin hazırlamaktadır.

Çalışma kapsamında elde edilen bulgular, tıp endüstrisinin sunduğu olanakların sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini çok boyutlu biçimde ortaya koymuştur. Pratisyen hekimlerin %63'ü tıbbın endüstrileşmesinin hekimlik ücretine etkisini olumsuz değerlendirmektedir. Bu husus ticarileşme ile ilgilidir. Sarısoy ve Atalay (2022) 'a göre ücretlendirme, hekimlerin yeteneklerini geliştirip verimliliğini artırabilirken, yalnızca sonuç odaklı olması süreçlerin göz ardı edilmesine neden

olmaktadır (Sarısoy ve Atalay, 2022: 112). Özellikle teknolojinin yoğun olduğu ortamlarda hekimlerin bireysel başarıya yönelmesi alınan ücreti az bulmalarına bağlıdır.

Katılımcı pratisyen hekimlerin %68'i, tıp endüstrisinin sunduğu yeni iş olanaklarına olumlu yaklaştıklarını belirtmiştir. Hekimler, özellikle sağlık danışmanlığı, özel muayene hizmetleri, telemedicine gibi dijital sağlık uygulamaları sayesinde yeni çalışma alanlarının oluştuğu görüşündedir. Ancak bu genişleyen iş sahasına rağmen, tıp endüstrisinin çalışma koşulları üzerindeki etkisinin olumsuz olacağını düşünenlerin oranı ise %92'dir. Dilbaz ve arkadaşlarının (2020) da belirttiği gibi, gelişen telekomünikasyon sistemleri ve teletıp uygulamaları sağlık hizmetlerinde dönüşüm yaratmakta ve bazı pratik sorunlara alternatif çözümler sunmaktadır (Dilbaz, 2020: 44-45). Bu gelişmeler, pratisyen hekimlerin uzmanlık tercihlerini etkileyebilecek yeni mesleki alanlar yaratmakta olup özellikle dijital sağlık, uzaktan hasta takibi ve yapay zekâ destekli hizmetler, gelecekte uzmanlık eğitimi ile ilgili önemli süreçler olarak dikkat çekmektedir. Bununla beraber bu yeniliklere adaptasyon sürecinin ayrı bir iş yükü getireceği ve olası mesleki risk doğuracağı düşünülmektedir.

Tıp endüstrisinin gelişimiyle birlikte hasta-hekim ilişkisi üzerindeki etkileri de çalışmada incelenmiştir. Katılımcıların %55'i, artan iş yükü nedeniyle hastalarla yeterince ilgilenemediklerini ve bunun hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Bu bulgu, literatürdeki diğer araştırmalarla da örtüşmektedir. Örneğin, Atıcı (2007), hekimlerin artan iş yükü ve bürokratik engeller sebebiyle hastalarıyla etkili iletişim kurmakta zorlandıklarını ortaya koymuştur (Atıcı, 2007: 93-94). Sayım (2010) ise ekonomik baskıların, hekimlerin karar alma süreçlerini olumsuz yönde etkilediğini ve bunun hasta memnuniyetini düşürdüğünü ifade etmiştir (Sayım, 2010: 112-120). Cirhinlioğlu (2024) da hekimlerin, günlük hayatta kurdukları ilişkilerden genel olarak memnun olmadıklarını ve hasta-hekim-hastane ilişkilerinin hukuki açıdan yeniden düzenlenmesi gerektiğine inandıklarını belirtmektedir (Cirhinlioğlu, 2024: 124). Literatür doğrultusunda bu durum Parsons'un normatif tıbbi rol teorisiyle de açıklanabilir. Parsons'a göre, hekimlik mesleği toplumun sağlıkla ilgili beklentilerini karşılamak için profesyonel ve etik sorumluluklar taşır. Ancak tıp endüstrisinin ticarileşmesi, bu etik sorumluluklarla çelişerek hasta-hekim ilişkisinde bir kopuşa yol açmaktadır.

Çalışmada yer alan pratisyen hekimlerin büyük bir kısmı (%87), tıbbi cihaz ve malzeme kalitesinin sağlık hizmetlerinin niteliğini artırdığına inandıklarını belirtmiştir. Elde edilen bulgu, literatürde de sıkça vurgulanan teknoloji odaklı gelişmelerin sağlık hizmetlerine olumlu etkilerini desteklemektedir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar ve tıbbi donanımlar, endüstriyellemenin getirdiği yenilikler arasında yer almaktadır. Bu alanlar, sürekli değişen ve teknolojiyi yakından takip eden yapılarıyla dikkat çekmektedir. Daha önce yapılan araştırmalar da benzer sonuçlara rastlanmaktadır: Ak (2022), yenilikçi tıbbi cihazlar ve dijital sağlık uygulamalarının hekimlerin daha hızlı ve doğru tanı koymasına olanak tanıdığını, bunun da hasta bakım süreçlerini iyileştirdiğini belirtmiştir (Ak, 2022: 63). Öte yandan, Sarıhan (2021), bu teknolojilere erişimde yaşanan eşitsizliklerin sağlık hizmetlerinde adalet açısından önemli riskler barındırdığını vurgulamıştır (Sarıhan, 2021: 255). Tarcan ve arkadaşları (2024) ise yapay zekâ ve veri analitiği uygulamalarının tanı sürecini hızlandırarak tedavi kalitesini artırdığını ortaya koymuştur (Tarcan ve diğ., 2024: 57). Bu bulgular, teknolojik gelişmelerin sağlık alanındaki etkisini ortaya koymaktadır.

Medikal firmaların sunduğu yenilikçi tıbbi ürünler, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta tedavi süreçlerini doğrudan etkileyen bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Farmakoloji sektöründe faaliyet gösteren firmaların hekimlere yönelik kongre sponsorlukları, pratisyen hekimlerin %54'ü tarafından olumlu karşılanmıştır. Medikal firmaların sağlık sistemi içindeki rolü sosyolojik teorilerle de açıklanabilir. Yapısal fonksiyonalist bakış açısına göre bu firmalar, sağlık sisteminin işleyişini destekleyen faydalı aktörler olarak görülebilirken; çatışmacı kuram, bu firmaların kâr odaklı yapılar şeklinde olduğunu belirterek; sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin ve etik sorunların ortaya çıkmasına neden olan kapitalist düzenin bir parçası olarak görmektedir.

Tıp endüstrisinin tıp eğitiminin niteliğine etkisi, katılımcı hekimlerin %36'sı tarafından olumsuz olarak değerlendirilmiştir. TTB'nin Çalışma Raporu (2024) 'na göre, Türkiye'de pek çok tıp fakültesinde nitelikli eğitimin önünde ciddi yapısal engeller bulunmaktadır. Özellikle yeni açılan fakültelerin öğrencilerinin başka üniversitelerde eğitim alması, bu kurumlarda öğrenci yoğunluğunu artırmakta ve bire bir ya da küçük grup temelli hasta başı eğitimlerin niteliğini düşürmektedir. Bu durum,

öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısını da artırarak eğitimin kalitesini olumsuz etkilemektedir (TTB Çalışma Raporu, 2024: 608-609). Öte yandan, katılımcı hekimlerin %41'i tıp endüstrisinin uzmanlık eğitimi üzerindeki etkisini olumlu bulmaktadır. Parsons'un fonksiyoncilik kuramına göre sağlık sistemi, toplumun işleyişinde kritik bir role sahiptir ve hekimler, bu sistemin etkin çalışabilmesi için belirli norm ve değerlerle eğitilmelidir. Ancak günümüzde tıp eğitimi, endüstriyel dönüşümün etkisiyle bu idealist anlayıştan uzaklaşmakta; eğitim daha çok pratik beceriler ve uzmanlık alanlarına odaklanmaktadır. Bu dönüşüm, hekimlerin TUS'a yönelik daha teknik ve sınav odaklı bir eğitim almalarına neden olmaktadır. Becker ve Geer (1958) 'in ileri sürdüğü gibi, öğrenciler tıp fakültesine yüksek idealist duygularla başlasalar da zamanla eğitim sürecinin artan teknik boyutlarına yönelmektedirler. (Becker ve Geer, 1958, aktaran Kasapoğlu, 1990: 178). Böylelikle bazı hekimler yalnızca sınav başarısına odaklanmakta olup hekim-hasta ilişkisini zedelemektedir. Bu bağlamda tıp endüstrisinin ve sınav odaklı eğitim sisteminin etkisiyle hekimlerin teknik yeterlilikleri artmakta ancak sağlık hizmetlerinin insani boyutu geri planda kalmaktadır.

Tıbbın endüstriyelleşme sürecini katılımcı pratisyenlerin %42'si hekimlik mesleğinin gelişimine, %92'si erken tanı, tedavi ve tarama programlarına, %86'sı sağlık sigortasının yaygınlaşmasına, %79'u koruyucu ve rehabilite edici tedavi olanaklarına ve %73'ü salgın hastalıkların erken fark edilerek önlenmesine olumlu katkılar sağladığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcı pratisyenlerin %85'i, tıp endüstrinin koruyucu ve önleyici halk sağlığı kampanyalarındaki rolünü desteklediğini ifade etmiştir. Bu bakımdan bilginin iletişimi, sağlık kampanyaları yoluyla; bilgi ve davranışların, sağlığın iyileştirilmesinde ve hastalıkların önlenmesinde kullanılmaktadır (Watson ve McCormack, 2016, aktaran Arıcı, 2022: 24). Bu bilgiler hekimlerin mesleki pratiklerini kolaylaştırmaktır ve bu tür hizmetler toplum sağlığını yükseltmede önemli katkılar sağlamaktadır.

Tıp endüstrisinin gelişmesiyle birlikte hekim başına düşen hasta sayısının arttığını belirten katılımcıların oranı %40'dır. Öztürk ve Günsel (2018) 'e göre, yenilikçi teknolojilerin kullanımı hekimlere daha geniş bir hasta ağına ulaşma imkânı sunmaktadır (Öztürk ve Günsel, 2018: 416). Bu sayede hekimler, hastalara dair tüm bilgileri bütüncül bir bakış açısıyla analiz ederek daha nesnel değerlendirmeler

yapabilmekte; bu da hem hekimin hem de hastanın zaman kazanmasına katkı sağlamaktadır.

Tüm bu bulgular ışığında çalışmamızda tıp endüstrisinin getirdiği yenilikleri pratisyen hekimler genel olarak olumlu yönde değerlendirdikleri fakat %93 oranında artan iş yükü ve %62 oranında ekonomik kaygı durumuna karşı olumsuz fikirlerin de bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedeninde endüstrileşen sağlık hizmetlerinin gerekliliklerinin tüm yönleri ile yerine getirilmediği görülmektedir. Bu gereklilikler; yeni hekim istihdamı, çalışma saatleri ve nöbet sistemlerinin düzenlenmesi, hasta ile daha çok ilgilenebilecek zaman yaratma olanağının sağlanması olarak sıralanabilir.

Örneklem grubundaki pratisyen hekimlerin kamu ve özel sağlık hizmet sunucularına ilişkin görüşlerine yönelik incelemelerde; %41'i günlük hasta sayısına göre, %57'si ücrete göre, %41'i mesleki tatmin düzeyine göre, %37'si meslektaş ilişkileri, %74'ü hasta-hekim ilişkileri açısından özel sektörü daha avantajlı olduğunu belirtmektedir. Ayrıca pratisyenlerin %56'sı özel kurumlardaki çalışma koşullarının daha iyi olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu elde edilen gelirin özel sağlık hizmeti sunan kurumlarda daha yüksek olduğu görüşü ile ilgilidir. Bununla beraber hekimlerin çoğunluğu %91'i kamu sektörün de çalışmasına rağmen; %42'si özelleşmenin yaygınlaşmasını gerekli gördüğünü belirtmiştir. Hekimlerin bu görüşünün temelinde özel kuruluşların personellerine yönelik daha iyi ücretlendirme imkanı yaratması, daha konforlu kurum içi alanların bulunması ve mesai dışı çeşitli aktiviteler sunmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde sağlık hizmetlerinin merkezi konumunda olan ve çevre illerden yoğun hasta kabul eden Diyarbakır'da; son yıllarda kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin memnuniyetini artırmak amacıyla yürütülen çalışmalar, (hekimlere yönelik 4924 sözleşme teşvik ödemesi, her park alanı yanında aile sağlığı merkezlerinin kurulması, gibi) bu veriler ışığında önemli görülmektedir.

Çalışmada pratisyen hekimlerin tıpta uzmanlık sınavı süreci ve tercihlerini etkileyen faktörlere yönelik bulgular incelendiğinde edinilen bilgiler doğrultusunda %61'nin yeterince sınava hazırlanamadığı görülmektedir. Yoğun iş temposu, hekimlerin TUS'a yeterince hazırlanamamasına neden olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak katılımcı pratisyenlerin %7'sinin; 6 ve üzeri kez TUS sınavına girdiği tespit edilmiştir. TUS'a hazırlık sürecinde yaşanan güçlükler incelendiğinde, zaman

yönetimi, iş yoğunluğu ve ekonomik kayıplar gibi unsurların sınava hazırlanmayı zorlaştırdığını belirtmişlerdir. Kalaycıoğlu (2017) 'nın çalışmasında da TUS hazırlığının sadece bireysel motivasyonla değil, mevcut çalışma koşullarıyla doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Kalaycıoğlu,2017: 239). Özellikle yıllık izin süresi sınırlılığı ve performansa dayalı sistemin ekonomik etkileri, hekimlerin sınav sürecine odaklanmalarını güçleştirebilmektedir.

Çalışmamıza katılan pratisyen hekimlerin TUS sonrası tercih ettikleri uzmanlık alanlarına bakıldığında; %74'ünün Dahili Bilimler, %19'unun Cerrahi Bilimler ve %7'sinin Temel Bilimler kapsamındaki bölümleri seçme eğilimleri görülmüştür.

Pratisyen hekimlerin TUS tercihini etkileyen faktörler incelendiğinde; %40'ının ilgi alanı ve yeteneklerine göre, %27'sinin çalışma saatlerine, %9'unun maddi kazanca, %10'unun nöbet durumuna ve %7'sinin malpraktis riskine göre tercih yaptığı görülmektedir. Bu bulgular, hekimlerin uzmanlık alanı seçimini yalnızca kişisel ilgi ve yetenekler doğrultusunda değil; aynı zamanda iş yükü, nöbet sıklığı, ekonomik kazanç ve yasal sorumluluklar gibi yapısal koşulları da dikkate alarak yaptıklarını ortaya koymaktadır. Bourdieu (1986) 'nün kültürel sermaye yaklaşımı da bu bilgileri desteklemekte; bireylerin tercihlerini sadece bireysel motivasyonlarla değil, içinde bulundukları toplumsal ve yapısal koşullarla belirlediklerini ileri sürmektedir (Bourdieu, 1986, aktaran Yarcı, 2011: 130-131). Benzer şekilde, Becker (1993) 'in sermaye kuramı da bireylerin meslek seçiminde ekonomik ve sosyal faydaları gözettiğini vurgulamaktadır (Becker, 1993, aktaran Koç, 2022: 228). Kasap ve arkadaşları (2015) uzmanlık alanları üzerine yaptığı çalışmada, yasal sorumlulukların da tercihleri etkileyen önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur (Kasap ve diğ.,2015: 34-35, aktaran Yasdı, 2024: 220). “Özellikle hataya açık branşlarda artan dava riski ve cezai yaptırımlar; bazı hekimler için caydırıcı bir etken olarak değerlendirilmektedir” (Kızılarıslan, 2020: 189).

Tıpta uzmanlık eğitimi sonrası akademik kariyer planları incelendiğinde, pratisyen hekimlerin %63'ü akademik ilerlemeyi düşünmediğini belirtmiştir. Bu durumun ortaya çıkmasında iş yükü, uzun çalışma saatleri ve yapısal sınırlamalar gibi çeşitli faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. TTB (2024) 'nin vurguladığı gibi,

uzmanlık sonrası artan iş yükü ve akademik ilerlemeye engel olan yapısal düzenlemeler de TUS tercihlerine etki etmektedir (TTB, 2024: 12).

Katılımcı hekimlerin sendikalaşma düzeyine bakıldığında, araştırmaya katılan hekimlerin %52'sinin bir sendikaya üye olduğu görülmektedir. Bu oran, Yeşiltaş (2019) 'ın sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada belirttiği %73'lük sendika üyeliği oranıyla karşılaştırıldığında daha düşüktür (Yeşiltaş, 2019: 143). Aradaki fark, hekimlik mesleğine özgü sendikaların henüz yeni kurulmaya başlaması ve bu sendikaların yeterince tanınmamasıyla açıklanabilir. Ayrıca birçok hekimin yalnızca meslek örgütü olan TTB'ye üye olması, sendika üyeliği oranlarını dolaylı olarak düşüren bir diğer etken olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada elde edilen bulgular, pratisyen hekimlerin Türkiye'deki mevcut çalışma koşullarından duydukları memnuniyetsizliğin arttığını ve bu durumun mesleki yönelimler üzerinde önemli etkiler yarattığını göstermektedir. Bu çerçevede, katılımcıların %61'i mesleki göç düşüncesine sahip olduklarını ifade etmiştir. Son yıllarda yapılan araştırmalar da bu eğilimi desteklemektedir. Örneğin Aydan (2023), tıp fakültesi öğrencileri ve genç hekimler arasında yurt dışına göç etme eğiliminin giderek yükseldiğini vurgulamaktadır (Aydan, 2023: 911). Göç eğilimi yalnızca ekonomik beklentilere bağlı değil; aynı zamanda yoğun iş temposu, mesleki şiddet olayları, düşük mesleki tatmin ve yetersiz kariyer olanakları gibi faktörlerle doğrudan ilişkilidir. Cinsiyet temelli göç eğilimleri incelendiğinde, Çiçek (2023) 'in çalışmasında erkek hekimlerin yurt dışına gitme hedeflerinin daha belirgin olduğu, kadın hekimlerin ise yerel çalışmaya daha eğilimli oldukları görülmektedir. Ayrıca, daha önce yurt dışında yaşamış olan hekimlerin %52'si tekrar yurt dışına gitmek istediklerini belirtirken, yurt dışında hiç bulunmamış olanların bile %37'si bu yönde bir isteğe sahiptir (Çiçek, 2023: 73-74). Yıldız (2022) ise hasta memnuniyetini merkezine alan sağlık politikalarının, hekimlerin öznel deneyimlerini ve ihtiyaçlarını göz ardı ettiğini ve bu durumun göç eğilimini artırdığını ifade etmektedir (Yıldız, 2022: 3). Hekimler, yurtdışına göç etme nedenleri arasında verilen emeğe karşılık düşük gelir, uzun çalışma saatleri, yıpratıcı nöbet sistemi, hasta yoğunluğu ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet endişesini sıralamaktadır. Hekimlerin çalışmak istedikleri ülkeler ise sırasıyla Almanya (%25), Kanada (%15), Amerika Birleşik Devletleri (%7) ve İngiltere (%5) olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda yer alan pratisyen hekimlerin %48'i, performansa dayalı ödeme sistemini olumsuz değerlendirmiştir. Buradan tıp endüstrisinin ticarileşme süreciyle birlikte hekimlerin bu ücretlendirme modeline yönelik memnuniyetsizliğini görmekteyiz. Ayrıca çalışma da pratisyenlerin %89'u döner sermaye ödemelerinin adil bir şekilde dağıtılmadığını ve bu süreçte mesleki kıdem ile uzmanlık düzeyi gibi önemli niteliklerin dikkate alınmadığını belirtmiştir. Bu bulgular literatür verileriyle de örtüşmektedir. Akpınar (2013) 'ın sağlık çalışanlarının performansa dayalı ödeme sisteminin liyakat esasına dayanmadığını düşündüğünü ve bu durumun etik dışı davranışları teşvik edebileceğini ifade etmiştir (Akpınar, 2013: 174). Benzer şekilde Yüksel (2020) de sistemin iş yükü ve mesleki yeterlilik gözetilmeksizin uygulandığını ve adaletsizlik duygusu yarattığını ortaya koymuştur (Yüksel, 2020: 45-61). Bununla birlikte, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, performans sisteminin daha adil bir yapıya kavuşturulması ve uzmanlık eğitiminde hasta odaklı yaklaşımların benimsenmesi, hekimlerin mesleki geleceğine dair kararlarını olumlu yönde etkileyebilecek önemli adımlar olarak değerlendirilmektedir. Bu durum performansa dayalı sistemin sadece maddi anlamda değil, aynı zamanda çalışma şartları ve mesleki tatmin açısından da olumsuz etkiler doğurduğunu göstermektedir. Öcal (2019) 'a göre bu sistem, hekimleri daha fazla işlem yapmaya, gün içinde daha çok hastayı muayene etmeye ve girişimsel müdahalelerde bulunmaya zorlamaktadır (Öcal, 2019: 122). Böylelikle hekimler ekonomik kaygılarla daha fazla iş yüküne sahip olmaktadır.

Araştırma kapsamında hekimlerin branşlara yönelik tercih eğilimleri incelendiğinde; en fazla tercih edilen alanların başında Dahili Bilimler geldiği görülmektedir. Bu grupta en çok tercih edilen branşlar sırasıyla; Deri ve Zührevi Hastalıkları (%28), Radyoloji (%11), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (%9), Aile Hekimliği (%8), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (%6), Dahiliye (%3), Halk Sağlığı (%2), Pediatri (%2), Kardiyoloji (%1), Kalp ve Damar Cerrahisi (%1), Nöroloji (%1) ve Spor Hekimliği (%1) olmuştur.

Dahili branşları, Cerrahi Bilimler takip etmektedir. Bu alanda öne çıkan tercihler; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi (%9), Göz Hastalıkları (%7), Anesteziyoloji ve Reanimasyon (%5), Genel Cerrahi (%3), Göğüs Cerrahisi (%2), Kadın Hastalıkları ve Doğum (%2) ve Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (%2) şeklindedir.

Son olarak Temel Tıp Bilimleri içinde; Tıbbi Biyokimya (%2) ve Mikrobiyoloji (%1) tercih edilmiştir.

Branş tercihlerine ilişkin veriler, katılımcıların %74'ünün gelecek planlamalarında özellikle dahili tıp alanlarına yönelme eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşın, cerrahi branşlara yönelik tercihlerde belirgin bir azalma gözlemlenmiştir. İlgili veriler, cerrahi alanların yüksek risk içermesi, yoğun iş yükü gerektirmesi ve artan yasal sorumluluklar nedeniyle hekimler tarafından daha az tercih edilmesiyle açıklanabilir. Literatürde yer alan çalışmalar da bu eğilimi desteklemektedir. Yasdı ve Torun (2024) 'un çalışmasında, malpraktis yasasının özellikle riskli branşlara olan ilgiyi azalttığı ifade edilmiştir (Yasdı ve Torun, 2024: 221). Aynı şekilde Kaya (2024), cerrahi alanlardaki dava risklerinin ve sorumlulukların hekimleri daha güvenli ve dengeli alanlara yönelttiğini vurgulamaktadır (Kaya, 2024 :74-75). Kablay (2014)'da malpraktis yasalarının cerrahi tercihlere olan ilgiyi azalttığını açıkça belirtmiştir (Kablay, 2014: 106).Toplumsal cinsiyet temelli tercihler açısından Kalaycıoğlu (2017) 'nun çalışması, erkek hekimlerin cerrahi alanlara, kadın hekimlerin ise daha çok dahili ve temel bilimlere yöneldiğini göstermiştir (Kalaycıoğlu, 2017: 166-168).Ancak günümüzde bu eğilimlerde de değişim yaşandığı, cerrahi branşlara olan ilginin genel olarak azaldığı görülmektedir.

Çalışmada yer alan katılımcı hekimlerin %63'ü, sağlık alanında giderek artan özelleşmenin TUS tercihleri üzerinde etkili olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgu, bazı hekimlerin SDP süreciyle birlikte meslekte yaşanan yapısal değişimlerin, hekimlik rollerini ve uzmanlık tercihlerini etkilediğini göstermektedir. Ayrıca, hekimler artan hasta yoğunluğunun sağlık hizmetlerini niceliksel hâle getirdiğini ve bu hususun hasta-hekim ilişkilerinin niteliğini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Bu değerlendirme, mesleki değerlerin piyasa koşullarına göre şekillenmeye başladığını ve sağlık hizmetlerinin giderek ticarileştiğini savunan görüşlerle de örtüşmektedir. Nitekim Ünlütürk (2023) 'ün çalışmasında da, sağlık politikaları kapsamında mesleki değerlerin piyasalaşma süreci içinde dönüşüme uğradığını vurgulanmaktadır (Ünlütürk, 2023: 3313).

Pratisyen hekimlerin %85'i, tıp alanındaki teknolojik gelişmelerin TUS tercihlerinde etkili olabileceğini belirtmiştir. Bu veriler, teknolojik yeniliklerin

pratisyenlerin uzmanlık alanı seçiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Tıbbın endüstriyelmesiyle birlikte özellikle cerrahi alanlarda; teknolojinin hata payını azaltması beklenmekte, bu da cerrahi branşlara yönelik olumsuz risk algılarının zamanla değişebileceğini düşündürmektedir.

Gelirin TUS tercihlerine etkisine bakıldığında, katılımcı hekimlerin %94'ü gelirin önemli bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Bu veri, hekimlerin TUS tercih eğilimlerine de doğrudan yansımaktadır. Tıp uygulamalarının ticarileşme süreciyle birlikte hekimlerin daha çok özel sektörün rağbet ettiği branşları (Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi (%9), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (%6), Reanimasyon ve Anesteziyoloji (%5), Genel Cerrahi (%3), Kardiyoloji (%1), gibi) seçme eğiliminde olduğu görülmektedir. İlgili veriler, neoliberal politikaların sağlık sektörüne yansısı olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada, TUS tercihlerini etkileyen faktörlerin uzmanlık alanı seçimine nasıl yansıdığı çapraz tabloyla analiz edilmiştir. Bulgulara göre, pratisyen hekimlerin %39'u, Dahili Bilimler; %48'i, Cerrahi Bilimler ve %27'si, Temel Bilimler alanında uzmanlık tercihinin ilgi alanlarına göre yapmaktadır. Söz konusu veriler, hekimlerin büyük ölçüde kişisel ilgiye bağlı tercih yaptıklarını göstermektedir. Ancak Temel Bilimler alanını tercih edenlerin %45'i için çalışma saatlerinin en belirleyici unsur olduğu görülmüştür. Buna göre pratisyen hekimlerin uzmanlık tercihlerinde hem bireysel ilgilerini hem de çalışma koşullarını dikkate aldıklarını söylemek mümkündür. Özellikle tıp endüstrisinin ve neoliberal sağlık politikalarının neden olduğu yoğun iş yükü; Temel Bilimler alanını düşünen (Tıbbi Biyokimya (%2), Mikrobiyoloji (%1), gibi) hekimler açısından daha düzenli çalışma saatlerini öncelikli hale getirmesine neden olmaktadır.

Katılımcı hekimlerin uzmanlık sonrası akademisyen olarak mesleklerine devam etme isteklerinin TUS tercihleri üzerindeki etkisi çapraz tablo ile incelenmiştir. Buna göre, Dahili Bilimleri tercih edecek hekimlerin %37'si ve Cerrahi Bilimleri tercih edecek hekimlerin %48'i, akademik kariyer yapmayı planlamaktadır. Temel Bilimleri'ni seçecek hekimlerin ise %18'i, akademik alanda ilerlemeyi düşündüğünü belirtmiştir. Bu veriler ışığında; Genel Cerrahi (%3), Doğum ve Kadın Hastalıkları (%2), Kalp Damar Cerrahisi (%1) gibi cerrahi branşları tercih etmeyi düşünen

hekimlerin; olası mesleki riskler ve yoğun çalışma şartları gibi faktörlerden dolayı akademik kariyere yönelme eğiliminde oldukları değerlendirilmektedir.

Katılımcı hekimlerin TUS tercihleri ile tıp endüstrisinin yeni iş fırsatlarına yönelik görüşleri çapraz tablo ile incelendiğinde, çalışma bulgularına göre özellikle Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (%6), Dahiliye (%3), Tıbbi Biyokimya (%2), Halk Sağlığı (%2) gibi Dahili ve Temel Bilimleri tercih edecek %60 oranındaki pratisyen hekimin, tıp endüstrisindeki dönüşüm ve dijitalleşmeye olumlu baktığı görülmüştür. Bu kapsamda tercih eğiliminde olan pratisyen hekimlerin, yeni iş alanlarına karşı daha açık ve olumlu bir tutum sergilediklerini söylemek mümkündür. Bu bulgular, tıp endüstrisindeki yapısal değişimlerin ve teknoloji odaklı yeni iş modellerinin; daha çok Temel ve Dahili tıp alanlarını seçmeyi planlayan hekimler tarafından daha olumlu karşılandığını ortaya koymaktadır.

Alınan maaşın yeterli olup olmamasının maaşın yeterli olup olmamasının TUS tercihlerine etkisi çapraz tablo ile incelendiğinde, genel olarak tüm pratisyen hekimlerin mevcut maaşlarından memnun olmadıkları görülmüştür. Özellikle Temel Bilimler alanında uzmanlık yapmak isteyenlerin (Tıbbi Biyokimya (%2), Mikrobiyoloji (%1), gibi); tamamı (%100) maaşlarının yeterli olmadığını ifade etmiştir. Bu durum, tıp endüstrisinin ve neoliberal politikaların hekimler üzerindeki olumsuz etkisini göstermekte olup TUS tercihlerini de doğrudan etkilemektedir.

Katılımcı hekimlerin özel sağlık kuruluşlarına ilişkin görüşlerinin TUS tercihlerine etkisi, çapraz tablo ile değerlendirildiğinde; özel sağlık sektörüne yönelik olumlu yaklaşımın, Dahili Bilimleri (%73) tercih etmeyi düşünenlerde %40, Cerrahi Bilimleri (%19) tercih etmeyi düşünenlerde %51, Temel Bilimleri (%7) düşünenlerde ise %27 oranında olduğu görülmüştür. Neoliberal politikaların etkisiyle giderek yaygınlaşan özel sağlık sektörü, sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa dinamiklerini öne çıkararak hekimler arasında mesleki rekabeti artırmaktadır. Sağlık sunumunda hizmet kalitesini yükseltmek adına, hekimlerin uzmanlaşmasını zorunlu hâle getirmektedir. Bu nedenle uzmanlık eğitimi, yalnızca mesleki gelişimin bir parçası olmayıp aynı zamanda yeni iş sahası ve kariyer olanakları açısından gereklilik haline gelmektedir.

Branş tercihlerine göre pratisyen hekimlerin yurt dışında mesleklerini icra etme eğilimleri incelendiğinde, dahili branşları (Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (%9), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (%6), Dahiliye (%3), gibi) tercih eden hekimlerin %64'ü; Cerrahi Branşları (Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi (%9), Genel Cerrahi (%3), Doğum ve Kadın Hastalıkları (%2) gibi) tercih edenlerin %48'i ve Temel Tıp Bilimleri (Tıbbi biyokimya (%2), Mikrobiyoloji (%1) gibi) alanını seçenlerin %63'ü, yurt dışında hekimlik yapmak istediklerini belirtmiştir. Bu oranlar dikkat çekici düzeydedir. Söz konusu veriler, pratisyen hekimlerin branş tercihleriyle birlikte, tıp endüstrisinin ticarileşmesi ve neoliberal politikaların yarattığı çalışma koşulları karşısında daha iyi mesleki imkânlar ve yaşam standartları arayışıyla yurt dışına yönelme eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın bulguları; hekimlerin TUS tercihlerini belirleyen faktörlerin yalnızca bireysel ilgi ve mesleki hedeflerle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda tıp endüstrisinin dönüşüm süreci ve uygulanmakta olan neoliberal yönelimli sağlık politikaları doğrultusunda etkilendiğini ortaya koymaktadır. Hekimlerin temel bilimlerden ziyade daha çok gelir getiren, özel sağlık sektörüyle uyumlu Dahili Bilimler kapsamında branşlara yönelme eğilimi; sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecinin uzmanlık tercihleri üzerindeki etkisini yansıtmaktadır. Endüstriyel tıbbın sunduğu; sağlık danışmanlığı, tele-tıp, dijital ve online uygulama gibi yeni iş olanakları, özellikle klinik branşlarda uzmanlaşmak isteyen hekimler için cazip hale gelirken; Temel Bilimleri tercih eden hekimlerin bu dönüşüme mesafeli yaklaştıkları görülmektedir. Aynı şekilde, hekimlerin çoğunlukla maaşlarını yetersiz bulmaları ve maddi kazancı artırma arzusuyla hareket etmeleri; sağlık hizmetinin bir kamu hakkı olmaktan çıkıp bireysel rekabet ve performansa dayalı bir yapıya dönüşmesi, neoliberal sağlık politikaları ile ilgilidir. Akademik kariyer düşüncesi, ekonomik ve yapısal faktörlerle belirlenmekte ve göç eğiliminin artması neoliberal politikaların, tıbbın küresel iş gücü piyasasına entegre edilmesinin bir yansımasıdır. Sonuç olarak, hekimlerin TUS tercihleri; yalnızca bireysel değil, aynı zamanda yapısal ve politik bağlamda tıbbın endüstrileşmesi ve neoliberal dönüşümün etkileri ile ilişkilidir.

Tüm elde edilen veriler dahilinde katılımcıların hedefledikleri TUS tercihleri; çalışmanın literatür kısmında yer verilen ÖSYM Yıllara göre Tıpta

Uzmanlık Sınavı Tercih Tablosu (2024) ile karşılaştırıldığında, Cerrahi Bilimlere yönelik tercihlerin azaldığı görülmektedir. Bu durumun temelinde; cerrahi uygulamalar sırasında ortaya çıkabilecek riskler karşısında özellikle malpraktis yasasının yaratabileceği olumsuzluklara karşı kaygı yatmakta olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda olası kasıt olmadığı sürece olası zararlardan hekimin doğrudan sorumlu tutulmaması ve Sağlık Bakanlığınca idari ve hukuki olarak desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca Cerrahi Bilimler’e talebin arttırılması amacı ile bu alandaki branşlarda çalışacak hekimlerin performans ödemelerinde iyileştirmelerin sağlanması gerektiği düşünülmektedir. Böylelikle bilgi ve beceri bakımından daha nitelikli olan hekimlerin daha hayati önem arz eden uzmanlık branşlarına yönelmeleri sağlanması gerektiği değerlendirilmektedir.

Tıp endüstrisinin gelişmesine bağlı olarak artan hasta sayısının taleplerinin karşılanabilmesi, hastalara yeterince zaman ayrılabilmesi ve hekimin iş yükünün azaltılabilmesi amacı ile tıpta uzmanlık eğitimi veren bölümlerin; kontenjanlarının ve niteliğinin artırılması için Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ve ilgili komisyonca çalışmaların yeniden revize edilmesi mevcut duruma katkı sağlaması açısından gerekli görülmektedir. Hekimlerin ve sağlık personellerinin hizmet sunumu sırasında karşılaşılabileceği şiddet olaylarına karşı güvenlik önlemlerinin artırılması, yasal yaptırımların ve ceza-i müeyyidelerin düzenlenmesi ve hukuki desteğin verilmesi, güvenlik açısından önem arz etmektedir. Tıp Endüstrisinin gelişimini desteklemek amacı ile yardımcı sağlık personellerinin de eğitimlerinin revize edilmesi, hekimlerin iş yoğunluğunun azaltılması için etkili olacağı düşünülmektedir. Hasta memnuniyetini sağlayabilmek amacı ile ilgili sağlık kuruluşunda görev yapan tüm personellere yönelik iletişim ve hastaya yaklaşım eğitimlerinin verilmesi, hasta-hekim ilişkilerine katkı sağlaması açısından önemli görülmektedir. Yurtdışına yönelik hekim göçünün önlenmesi amacı ile tüm branşlarda başta ekonomik iyileştirme olmak üzere gerekli düzenlemelerin yapılmasının önem arz etmektedir.

Bu çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar ilerleyen süreçte doğabilecek ve toplumu etkileyecek sağlık sisteminin sorunlarına dikkat çekmek ve bu konuda yapılan çalışmalara katkı sağlanması amacı ile ortaya konmuştur.

KAYNAKÇA

- Acar, E. (2017). Neoliberalizm ve Sosyal Refah Devleti Ekseninde Üçüncü Yol Yaklaşımı. *Kastamonu Üniversitesi İİBF Dergisi*. 18(1), 248-263.
- Ak, S. (2022). Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları. *Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 20(1), 28-36.
- Akdağ, İ. (2020). Çatışma Teorisi Bağlamında Tarihsel-Toplumsal Çatışmanın Değişen Biçimleri Üzerine Bir İnceleme. *Opus International Journal of Society Researches*. 15(1), 5231-5251. <https://doi.org/10.26466/opus.629985>
- Akdemir, N. ve Akkuş, A. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 13(1), 82-91.
- Akkuş, Y. (2019). *Tarihsel Süreçte Türkiye'nin Sağlık Politikaları ve Planlamaları*, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Yayınları.
- Akpınar, A. T. ve Taş, Y. (2013). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. 2(37), 167-182.
- Alacadağlı, E. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma ve Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik. *JOEEP: Journal of Emerging Economies and Policy*. 1(1), 1-10.
- Aldemir, D. (2022). *Dijital Hastane ve Hekimlerin Tıbbi Profesyonallıkları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alptekin, U. (2019). *Türkiye Sağlık Sisteminin Yeniden Yapılandırılması: Neoliberal Politikaların Etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alsancak, S., Altınkaynak, H., Özgöncü, N., Kuru, M., vd. (2010). Neoliberalizm, Küreselleşme ve Sağlık. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 9(1), 1-10.
- Alu, A. (2017). Sağlığın Temel Kavramları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 1(2), 32-41.
- Arıcı, A. ve Kılınç, Ö. (2022). Sağlık İletişimi Kampanyaları: Obezite Temalı Kampanya Afişlerinin Göstergebilimsel Çözümlemesi. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. (38), 23-44. <https://doi.org/10.31123/akil.1144612>
- Aslan, Ş. ve Atalay, H. (2021). Neoliberalizm ve Sağlık Hizmetlerinin Metalaştırılması, *Taras Shevchenko 6th International Congress on Social Sciences*. (1)1, 1257-1265.
- Aşğa, E. (2023). *Halk Hekimliği Uygulamaları: Van Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Atıcı, E. (2007). Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33(2), 91-96.
- Atilla, G. Oksay, A. ve Erdem, R. (2013). Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. (43), 23-37. <https://doi.org/10.17064/iüifhd.95420>
- Atlı, Y. ve Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2(2), 45-64.
- Aydan, S. (2023). Hekim Göçü Açısından Türkiye'nin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 26(3), 895-920.
- Aydın, K. (2014). Yapısal İşlevselci Teori ve Toplumsal Tabakalama. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 4(8), 213-237. <https://doi.org/10.17828/yasbed.22507>
- Aykın, A. (2015). *Hekimin Sorumluluğu ve Bu Kapsamda Vakıf Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Durumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: İzmir Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, M. Ç. (2015). Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat University Journal of Social Sciences*. 25(1), 231-250. <https://doi.org/10.18069/fusbed.31544>
- Bayat, A. (2016). *Tıp Tarihi* (3. Baskı). İstanbul: Zeytinburnu Belediyesi Yayınları.
- Bayrakçı E. ve Güler H. (2022). Uzmanlık Öğrencilerinin Branş Tercihlerini Etkileyen Faktörler Arasında Şiddetin Yeri. *Ege Tıp Dergisi*. 61(4), 558-67.
- Beyoğlu E., Erdoğan A. ve Okyay R. (2022) Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 17(2), 222-227. <https://doi.org/10.17517/ksutfd.674291>
- Bilgin, Y. ve Göral, M. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*. 8(16), 151-176.
- Bingöl, O. (2017). Sosyolojik Reçetelerle Sağlık. Kaygı. *Bursa Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi*. (28), 159-172. <https://doi.org/10.20981/kaygi.310291>
- Bingöl, İ. (2022). Toplumsal Teoride Çatışmanın Klasik Kökleri Üzerine Bir Değerlendirme: Karl Marx, Max Weber, Georg Simmel. *Akademik Matbuat*, 6(1), 111-136.
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(3). 78-87.

- Boyacı, İ. (2024). Dönüşen Türkiye Sağlık Sisteminde Özel Hastanelerin Yayılımı. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 22(53), 1017-1037. <https://doi.org/10.35408/comuybd.1407511>
- Bulut, A. (2011). Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi. 2. Baskı. Keyder Ç. (Ed.). *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* içinde (111-124). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Bülbül, Y. ve Şenkal, A. (2023). Piketty’nin Kapital’indeki Sermaye, Yoksulluk ve Eşitsizlik Yaklaşımı Üzerine Bir Değerlendirme. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. 3(78), 2121-2150. <https://doi.org/10.54752/ct.1325494>
- Cansever, İ. H., Metin, A. ve Kişi, M. (2020). Tıp Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihlerini Etkileyen Faktörler Üzerine Sistematiik Derleme. *Opus International Journal of Society Researches*. 16(27), 791-812. <https://doi.org/10.26466/opus.646193>
- Cirhinlioğlu, Z. (2024). *Sağlık Sosyolojisi*. (10. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- Çağlar, C. (2019). *Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları ve Tıbbi Hataların Kurumsal İtibar Üzerindeki Etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 1(1), 48-57.
- Çetinavcı D., Koçak, E., Yüce, S., Elbe, H. (2022). Tıpta Uzmanlık Sınavı’nda Histoloji ve Embriyoloji Branşının Seçimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 10(4), 357-368
- Çiçek, A. (2024). Türkiye’deki Hekim Adaylarının Yurt Dışına Göç Etme Eğilimleri. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*. 8(2), 67-80. <https://doi.org/10.52539/mad.1348476>
- Coşkun, B. (2021). Neoliberalizm ve Eleştirel Kuram: Neoliberalizmin Teori ve Pratik Uyuşmazlığı. *Sosyoloji Notları Dergisi*. 5(1), 53-76.
- Daşlı, Y., Bulut, E. (2019). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Dayı, Y. (2007). *Meslekler Sosyolojisi Açısından Doktorluk Mesleği ve Doktorlar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Değdaş, U. C. (2018). Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 4(6), 41-65.
- Demir, Z. (2018). Karl Marx’ın Bakış Açısından Kapitalist Toplumda Yabancılaşma ve Sonuçları. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*. 3(5), 102-120.

- Demirel, S. (2001). Rehabilitasyon Hizmetlerinde Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 12(3), 64-80.
- Demirtaş, M. (2018). Neoliberalizmde Borç ve Öznellik. *Sosyoloji Dergisi*. (37), 41-52.
- Devlet Planlama Teşkilatı [DPT]. (1985). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985-1989. Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı [DPT]. (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1996-2000. Ankara.
- Dikici, M.F., Yaris, F., Topsever, P. (2008). Factors Affecting Choice of Specialty Among First-Year Medical Students of Four Universities in Different Regions of Turkey. *Croat Med J*. 49, p. 415-20.
- Dilbaz, B., Kaplanoğlu, M. ve Kaya, D. (2020). Teletıp ve Telesağlık: Geçmiş, Bugün ve Gelecek. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*. 4(1), 40-56.
- Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, Hastaneler. Erişim Tarihi: 12 Ocak 2025, <https://diyarbakirism.saglik.gov.tr/tr-17178/hastaneler.html>.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2014). Erişim Tarihi: 22 Ağustos 2024, Sağlık Sosyolojisi. https://www.geriatri.org.tr/pdfler/2_dso_avrupabolgesi.pdf
- Eke, B. (2019). Bir Sosyal Sınıfı Belirleyicisi Olarak Meslek Faktörü. İstanbul Üniversitesi *İktisat Fakültesi Mecmuası*. 43(1-4).
- Ekizer, A. (2020). Sağlık Sosyolojisi ve Tarihsel Gelişimi. *Selçuk Sağlık Dergisi*. 1(1), 1-12.
- Erdem, İ. (2018). *Hastane Ahlakı Üzerine Nitel Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erkan, R. (2023). Diyarbakır ve Göç. G. Kaya (Ed.). *Cumhuriyetin Göçlerle Dolu 100 Yılı 100 Başlıkta Göç Yazıları* içinde (767-773). İzmir: Cem Yayınevi.
- Erkan, R. ve Bulut, M. (2024). *Diyarbakır Gençlik Araştırması*. (1. Baskı). Konya: Literatürk Academia Yayınları.
- Ertong, G. (2011). *Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fertman, C. (2012). *Sağlığı Geliştirme Programları*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

- Gençer, Ç., Er, F., Barut, B. ve Kara, Y. (2021). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 32(3), 1125-1142. <https://doi.org/10.33417/tsh.845895>
- Gezen, A. (2013). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanması Perspektifinden Sağlıkta Dönüşüm Programının Gazetelerdeki Sunumu*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gökce, G. ve Gökce, O. (2022). Neoliberalizmin Siyasal, Yönetimsel ve Toplumsal Olana Etkileri, *Türk İdare Dergisi*. 94(494), 135-153.
- Gökulu, G. (2019). Sembolik Etkileşimci Teorinin Gündelik Yaşam Sosyolojisine Katkıları. *Ekev Akademi Dergisi*. (80), 173-190.
- Gönç, T. (2017). Neoliberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 17(1), 159-178. <https://doi.org/10.18037/ausbd.415673>
- Gül, S. ve Can, M. (2025). *Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*. İzmir: Duvar Yayınevi
- Güldalı, E.(2021).*Geleneksel Şifacılar Üzerine Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.Balıkesir:Üniversitesi.Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güler, N. (2013). Kitle İletişim Araçları, Post-Yapısalcılık ve Çoğul Olanaklar. *Karadeniz Teknik Üniversitesi İletişim Araştırmaları Dergisi*. 3(1), 47-63.
- Günler, E. (2011). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gürhan, N. ve Üstün, B. (2015). Rehabilitasyon Hizmetleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 8(31), 46-51.
- Güngör Özcan, D.(2019). *Sağlık Çalışanlarının Prekaryalaşma Deneyimleri Ve Mücadele Biçimleri*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.Ankara Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Güven, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları. *Istanbul University Journal of Sociology*. 3(29), 127-164.
- Kablay, S. (2014). Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi. *Isguc The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 16(4), 82-110.
- Kalaycıoğlu D. (2017). 1987’den 2017’ye Hekimlerin Uzmanlık Alanı Tercih Değişimleri. *Tıp Eğitim Dünyası Dergisi*. 19(59), 157-70.

- Kaplan, M. (2016). Kültürel Bir İnşa Süreci Olarak Sağlık: Kavramsal ve Tarihsel Bir Bakış. *Dört Öge Dergisi*. (10), 11-18.
- Karabulut, U. (2007). Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış, Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*. 6, 151-60.
- Kasapoğlu, A. (1992). *Tıp Eğitimi Uygulamalı Sosyolojik Bir Araştırma*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi
- Kaya, İ. (2012). *Kültür, Sağlık ve Din Gürün (Sivas) ve Çevre Köylerinde Sağlık Hastalık Kültürü Üzerine Bir Din Sosyolojisi Araştırması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kaya, Ş. ve Yumak, S. (2024). Malpraktis (Kötü/Hatalı Uygulama) Kurumuna Sağlık Hukuku Açısından Genel Bir Bakış. *Eskişehir Barosu Dergisi*. (40. Yıl Özel Sayısı), 50-80.
- Kayral, İ. H. (2018). Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. 1(1), 27-31.
- Kınsün, A. (2023). Robert Merton ve İşlevselcilik Kuramının Temel Unsurları. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 23(1), 156-167. <https://doi.org/10.30627/cuilah.1259351>
- Kızılarıslan, H. (2020). Hekim ve Özel Hastanelerin Cezai Sorumlulukları. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*. 1(41), 187-212.
- Kilis Devlet Hastanesi (2024). Koruyucu Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler. Erişim Tarihi: 08 Şubat 2025, <https://kilisdh.saglik.gov.tr/tr,522763/koruyucu-saglik-ve-sagligin-gelistirilmesine-yonelik-hizmetler.html>.
- Koç, M. H., Fidan, T. ve Kurt, T. (2022). İnsan Sermayesi Türleri ve İstihdam Edilebilirlik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Vakıf Meslek Yüksekokulu Örneği. *Yükseköğretim Dergisi*. 12(2), 227-244. <https://doi.org/10.2399/yod.20.716284>
- Korkmaz, S. ve Çuhadar, U. (2017). Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 3(1), 72-87.
- Kömürcü, B. (2024). Sağlık Sosyolojisi Perspektifinden Tıbbileştirmeyi Yeniden Düşünmek, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*. 10(72), 32-42. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10582075>
- Köse, A. (2022). Türkiye'de Sağlık Göstergelerine Göre İstatistik Bölgelerin Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması. *Alanya Akademik Bakış Dergisi*. 6(2), 2167-2189. <https://doi.org/10.29023/alanyaakademik.1021019>

- Kurtdaş, M. Ç. (2013). *Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi (Malatya Örneği)*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kurtdaş, M. (2020). Sağlık ve Toplum. U. Şentürk (Ed.). *Sosyoloji (Kavramlar-Kurumlar-Kuramlar)* içinde (339-368). Çanakkale: Paradigma Yayınları.
- Kurtulmuş, N. (2012). Post-Endüstriyel Ekonomilerde Kitle Üretimine Bir Alternatif: Esnek Uzmanlaşma. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. (40), 161-173.
- Kutlu, M., Çolakoğlu, N. ve Özgüvenç, Z. P. (2010). Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2(2), 127-143.
- Kurutkan, M. (2010). *Hekimlerin Profesyonelleşme Anlayışı*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Enstitüsü.
- Metin, B. (2017). Sağlık Hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 4(1), 46-50. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1489085317>
- Nar, M. Ş. (2014). Yapısalcılık Kavramına Antropolojik Bir Yaklaşım: Levi-Strauss ve Yapısalcılık. *Anthropology Dergisi*. (27), 29-46. https://doi.org/10.1501/antro_0000000225
- Nesipoğlu, G. (2018). Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 21(1), 165-177.
- Oksev, B. (2020). *Beden, Tıp, Sağlık ve Toplum*. (1. Baskı). Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*. (1), 1-22.
- Öcal, Ş. (2019). *Sağlık Hukuku*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Ölçme Seçme ve Yerleştirme Merkezi [ÖSYM]. Tıpta Uzmanlık Puanları (2024). Erişim Tarihi: 31 Aralık 2024, <https://www.osym.gov.tr/tr,32806/2024-tus-2-donem-yerlestirme-sonuclarina-iliskin-sayisal-bilgiler.html>
- Öngören, B. (2017). Hekim-Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim. 2. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. (10), 57-69.
- Özay, Y. (2021). *Türkiye’de Diş Hekimliğine Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Bakan Nitel Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özkan, Z. (2020). Sağlığın Sosyolojik Boyutu. *Mavi Atlas Dergisi*. 8(2), 473-489. <https://doi.org/10.18795/gumusmaviatlas.775468>

- Özsoylu, A. F. (2017). Endüstri 4.0. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*. 21(1), 41-64.
- Öztürk A. ve Günsel, A. (2018). Hizmet Yenilikçiliği Kavramı ve Sağlık Sektöründe Hizmet Yenilikçiliğinin Gelişimi, *Uluslararası Turizm, İşletme, Ekonomi Dergisi*. 2(2), 402-418.
- Öztürk, N. (2019). *Tıpta Uzmanlık Branşlarının Tercihinde Etkili Olan Faktörler Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Pıçak, M. ve Eroğlu, O. (2018). Osmanlı Döneminde Diyarbakır'ın Sosyo-Ekonomik Yapısı. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (20), 70-82.
- Sağlık Bakanlığı Tarihçesi. Erişim Tarihi: 02 Nisan 2025, <https://www.saglik.gov.tr/tr-11492/tarihce.html>,
- Sağlık Bakanlığı. (2020). Erişim Tarihi: 15 Mart 2025, Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/eklenti/22044/0/tibbi-hizmetler-sunum-rehberipdf.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2025). Erişim Tarihi: 10 Mart 2025, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, <https://www.saglik.gov.tr/tr-84930/saglik-%c4%b0statistikleri-yilliklari.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Erişim Tarihi: 02 Şubat 2025, Tıpta Uzmanlık Kurulu, <https://tuk.saglik.gov.tr>
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 8(3), 400-428.
- Sarıhan, M. (2021). Sağlık Hizmetleri ve Yenilikçi Sağlık Teknolojilerine Erişimde Eşitsizlikler. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*. (22), 249-257. <https://doi.org/10.31590/ejosat.844085>
- Sarıkaya, M. ve Ağcasulu, H. (2022). Neoliberalizmin Alternatif Bir Okuması: Almanya'dan Latin Amerika'ya. *Akademik Düşünce Dergisi*. (6), 22-36. <https://doi.org/10.53507/akademikdusunce.1186940>
- Sarısoy, İ. ve Erdoğan, B. (2022) Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Sistemi Uygulamasının Hekimler Arasındaki Sosyal, Maddi ve Mesleki İlişkilere Etkisi *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*. 10/2, 109-136. <https://doi.org/10.54429/sevad.1163971>
- Sarp, N. (2018). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kuruluşları. (Ed.). M. Şeker. Sağlık Kurumları Yönetimi I içinde (31-41). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Sav, D. (2008). *Bireysel Kariyer Planlamada Etkili Olan Faktörler ve Üniversitelerin Etkisi Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Sayım, F. (2010). Doktor Gruplarında Ekonomi Eğitiminin Genel Özelleştirme Uygulamalarına Bakış Üzerindeki Etkisi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. (58), 99-127.
- Seçer, Ş. (2018). *Endüstri Sosyolojisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Selçuki, C. (2022). Türkiye Raporu, Türkiye’de Doktorların Yaşam Kalitesi. Erişim Tarihi: 02 Mart 2025, <https://turkiyeraporu.com/wp-content/uploads/2022/05/doktorlar-raporu-mayis-2022.pdf>,
- Serin, S. (2020). *Osmanlı Devleti’nde Hekimbaşılık Müessesesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Songur, H. ve Saygın, T. (2014). Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış. Süleyman Demirel Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (19), 199-212.
- Suğur, S. (Ed.). (2019). *Modern Sosyoloji Tarihi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Suğur, S. (2019). İşlevselciliğe Karşı Eleştirel Gelişmeler: Çatışma Teorisi ve Sosyolojik İmgelem. (Ed.). S. Suğur. *Modern Sosyoloji Tarihi* içinde (58-87). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Şantaş, F., Özer, Ö. ve Çıraklı, Ü. (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*. 2(2), 45-57.
- Şavran, T. (2019). *Modern Sosyoloji Tarihi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Şavran, T. (2019). İşlevselcilik-II: Parsons Sonrası İşlevselcilikte Gelişmeler. (Ed.). S. Suğur. *Modern Sosyoloji Tarihi* içinde (30-57). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Tarcan, Y., G., Yalçın Balçık, P. ve Sebik, N. B. (2024). Türkiye ve Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekâ. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 14(1), 50-60. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1278529>
- Tekin, A. (2007). *Sağlık- Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (2022). Erişim Tarihi: 21 Şubat 2025, Resmi Gazete, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?mevzuatno=39700&mevzuattur=7&mevzuattertip=5>,
- Tıraş, H. H. (2020). Türkiye’de İlaç Sektörünün Gelişimi; Bir Durum Değerlendirmesi. *Journal of Economics and Research*. 1(1), 42-59.

- Toraman, A. ve Erdem, R. (2016). Kavramsal Açıdan Tıbbileştirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 19(4), 423-442.
- Türk Tabipler Birliği 2000-2001 Çalışma Raporu. Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2024, https://www.ttb.org.tr/c_rapor/2000-2001/2000-2001.pdf
- Türk Tabipler Birliği (2021). Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavının Değiştirilmek İstenmesine Yönelik Açıklama. Erişim Tarihi: 02 Şubat 2025, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?guid=93d2287e-541a-11ec-9408-b279490334f9
- Türk Tabipler Birliği (2015). Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu. Erişim Tarihi: 02 Şubat 2025, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tiptauzmanlikegitimi.pdf>
- Turancı, E. ve Bulut, S. (2016). Neo-Liberalizm ve Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü: Özel Sağlık Sektörünün İletişim Politikaları Üzerine Bir Analiz. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*. (43), 40-63.
- Turhanoglu, F. (2019). Sembolik Etkileşimcilik. (Ed.). S. Suğur. Modern Sosyoloji Tarihi içinde (88-115). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 8(1), 3-29.
- Ulusoy, M. (2012). *Post-Yapısalcılık: Michel Foucault ve Jacques Derrida*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Umar, N. (2024). Kapitalist Dönüşüm ile Siyasi Sistem Arasındaki Bağlantı ve Neo Liberalizmin Tarih Sahnesine Çıkışı. *Lefke Avrupa Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 15(1), 84-102.
- Ünlütürk, Ç. (2023). Sağlık Hizmetleri Dönüşürken Hekim Emeği Nasıl Dönüştü: Proleterleşme, Şiddet ve Göç. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. 4(79), 3311-3332. <https://doi.org/10.54752/ct.1364610>
- Yapalak, A. N., Uçar, A., Yüce, S. ve Ataç, Ö. (2021). Tıpta Uzmanlık Seçimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*. 84(1), 120-129. <https://doi.org/10.26650/iutfd.2019.0062>
- Yarcı, S. (2014). Pierre Bourdieu'da Sosyal Sermaye Kavramı. *Akademik İncelemeler Dergisi*. 6(1), 125-135.
- Yasdı, A. ve Torun, S. (2024). Tıbbi Malpraktis Konusunda Dergipark Üzerinden Ulaşılan Dergilerde Yayımlanmış Makalelerin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 14(2), 214-222. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1418111>
- Yeşildal, M. (2023). *Sağlığın Geliştirilmesine Etki Eden Faktörler: Yapısal Eşitlik Modeline Dayalı Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Yeşiltaş A. (2019). Tıp Uzmanlık Tarihi ve Tıpta Uzmanlaşmadan Aşırı Uzmanlaşmaya. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi*. (27), 65-71.
- Yıldız, G. ve Özer, K. (2022). Neoliberal Sağlık Politikaları ve Hekim Göçü, *Scientific and Academic Research*. (1)1, 1-12.
- Yılmaz, M. ve Genel, Z. (2021). Neoliberalizm ve Çalışma Hayatının Biyopolitik İnşası. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 23(41) , 252-264.
- Yılmazçelik, İ. (1997). XVIII. Yüzyıl ile XIX. Yüzyılın İlk Yarısında Diyarbakır Eyaletinin İdari Yapısı ve İdari Teşkilatlanması. *Tarih Araştırmaları Dergisi*. 18(29), 217-232.
- Yılmaztürk, A. (2023). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'nin 100 Yıllık Sağlık Politikaları Dönüşüm Süreci. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 26(49-1), 437-458. <https://doi.org/10.31795/baunsobed.1352498>
- Yüksel, İ. ve Sayın, K. Ş. (2020). Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 16(1), 41-62.
- Zencir, M. (2012). Sağlık Reformların Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 12(45), 49-58.
- Zengin, N. (2010). “Sağlık Hakkı” ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 1(1), 44-52.

EKLER

EK-1 Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Onam Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİN KOMİSYONU

Dicle Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Şule ÇALIŞKAN ÖDEN'nin "Tıp Endüstrisine Sosyolojik Bir Bakış: Diyarbakır Örneği" konulu çalışma Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bünyesindeki Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup Müdürlüğümüze bağlı Tüm Kamu ve Özel Hastahanelerde TUS'a hazırlanan Hekimleri kapsamak üzere Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, Dağkapı Devlet Hastanesi, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Diyarbakır İl Merkezindeki Özel Hastahaneler (Dünyapark, Genesis, Memorial, Diyarlife, Bower Hastanesi) Merkez de olan Toplum Sağlık Merkezleri ve Aile Sağlık Merkezlerinde çalışmasını yürütmek üzere **uygun görülmüştür.**

EK-2 Dicle Üniversitesi Etik Kurul Onam Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/03/2024-682720

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/03/2024-680433

	DİCLE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU PROJE ONAY BELGESİ FORMU (EK 4)
---	---

Üniversitemizde Sosyoloji Bölümü Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi olan Şule ÇALIŞKAN ÖDEN'in "Tıp Endüstrisine Sosyolojik Bir Bakış: Diyarbakır Örneği" başlıklı çalışması, Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Yönergesi uyarınca değerlendirilmiştir.

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	18/03/2024
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar sayısı	22/03/2024-8
☒ Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	
☐ Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. Açıklama:	
☐ Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. Açıklama:	