

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEKİMLERİN MESLEK ALGILARINA İLİŞKİN DEĞERLERİNİN NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ

FATİH NAMAL

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ERAY SERDAR YURDAKUL

TIP TARİHİ VE DEONTOLOJİ ANABİLİMDALI
TIP TARİHİ VE DEONTOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

ARALIK/2022

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

FATİH NAMAL

23.12.2022

ÖZET

Hekimlerin Meslek Algılarına İlişkin Değerlerinin Niteliksel Olarak İncelenmesi

Amaç: Tıp etiği disiplininin yöntembilgisi çerçevesinde, hekimlerin mevcut sağlık sistemi içerisinde ortaya çıkan mesleğe yönelik algılarının değerlendirilmesi ve bu algıların değersel olarak analizidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda hekimlerinin meslek algılarını belirlemeye yönelik olarak niteliksel bir çalışma yürütülmüştür. Veri toplama yöntemi olarak derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Veriler sosyo-demografik ve mesleki bilgileri içeren soru formu ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu kullanılarak elde edilmiştir. Görüşmeler sağlık hizmetinin farklı basamaklarında, özel ve kamu sektöründe çalışan 77 hekim ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler tematik analiz yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin meslek öncesi beklentileri, mesleklerini icraları esnasında işlerini zorlaştıran ve kolaylaştıran faktörlerle ilişkili olarak; sosyal kabul, faydalı olma, kendini gerçekleştirme, mesleğe yabancılaşma, mesleki özerklik, güvenlik, dayanışma ve emeğinin karşılığını alma bağlamında temalar belirlenmiştir. Hekimlerin mesleğin geleceğinde hekimlik pratiği, hekimlerin niteliği, toplumdaki yeri ve sağlık sisteminde olacak değişikliklere yönelik olumlu ve olumsuz beklentileri olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Hekimlerin meslek algısına ilişkin değerleri hekim olduktan sonra hekimliğe başlamadan öncesine göre farklılaşmıştır. Hekimlerin meslek algıları mesleği ircaa ettikleri süre içerisinde sağlık sistemleri ve politikalarından etkilenmektedir Hekimlerin meslek yaşamı süresince, hekimlik mesleğinin hasta ve toplumla olan ilişkisi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişim göstermiştir. Sağlık hizmetinin farklı basamaklarında çalışan hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler arasında farklılıklar vardır. Kamu sektörü ve özel sektörde çalışan hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler arasında farklılıklar vardır.

Anahtar Kelime: Hekim, meslek algısı, hekimliğe ilişkin değerler, niteliksel çalışma

ABSTRACT

Qualitative Analysis on Values of Physicians' Regarding Their Professional Perceptions

Aim: The object of the study is evaluating professional perceptions of physicians under the current health system and analyzing this perception in terms of values, in the scope of medical ethics methodology.

Materials and Methods: A qualitative research was conducted to state the professional perceptions of the physicians, in this study. As a method of datacollecting, deepinterviewapproach/procedurewaschosen. The data was obtained by using the question form that includes the socio-demographic and occupational details and semi-strcutured interview questions. The interviews were held with 77 physicians who work at the private and public sector. The obtained data was evaluated through thematic analyse.

Reaults: Regarding the pre-professional expectations of physicians and the factors that obstruct and facilitate their work; the themes were determined in the context of social acceptance, being useful, self-realization, alienation from the profession, professional autonomy, security, solidarity and getting fair return for their labor. It was found that the physicians had positive and negative expectations about the future of the profession regarding to medical practices, characteristics of physicians, the place among the society of them and foreseen changes in the future of the health system.

Conclusion: The values of the physicians concerning professional perception have been changed before and after working. Physicians' perceptions of profession are affected by health systems and policies during their career. During the professional life of physicians, the relationship of the profession of medicine with the patient and the society has changed depending on various factors. There are differences between the factors affecting the profession perceptions of physicians working in different stages of health care sector. There are differences between the factors affecting the profession perceptions of physicians working in the public and private sectors.

Keywords: Physician, professional perceptions, values of physicians, qualitative analysis

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasında son yıllarda sık bir şekilde olumsuz medya haberleri ile gündemde olan hekimlerin kendi mesleklerine bakış açılarını meslek algılarına ilişkin değerler üzerinden belirlemeye çalıştım. Konu üzerinde çalıştıkça hekimlerin mesleğe bakış açılarının hem makro anlamda sosyolojik, ekonomik ve politik değişimler hem de pratiklerini uyguladıkları mikro çevre içerisindeki değişimlere ait çok sayıda faktörden etkilendiğini ve buna yönelik bir çerçeve belirlemenin de kolay olmadığını gördüm. Çalışma sonuçlarının, ülkemizin eğitim sisteminin en üst diliminden seçilen ve önemli bir milli değer olan hekimlerimizin problemlerinin çözümü için sağlayabileceği en ufak bir fayda bu çalışmadan beklediğim en büyük temennidir.

Çalışmam sırasında tezime verdikleri destek ve bana gösterdikleri hoşgörüden dolayı sayın Prof. Dr. Metin Hasde ve Doç. Dr. Mukadder Gün'e teşekkür ediyorum.

Tez çalışmam sırasında bana sağladıkları imkânlar ve yardımlarından dolayı başta Nuray Güneş olmak üzere Nazlı Yücesoy Polat, Sevilay Tankoç, Ebru Zeyrekli ve Enver Gönülbağı'na teşekkür ediyorum.

Doktora eğitimim süresince derslerinden çok şey öğrendiğim, danışmansız kaldığım dönemde danışmanım olmayı kabul eden ve tez çalışmasına birlikte başladığımız hocam sayın Prof. Dr. Yasemin Yalım'a teşekkürü bir borç bilirim.

Uzun süren doktora eğitimim sırasında yaşadığım tüm sıkıntılarda bana destek olan, vazgeçtiğimi düşündüğüm anlarda bana rehberlik ederek yolumu aydınlatan, derslerinden hayata dair çok kıymetli bilgiler öğrendiğim sevgili dostum ve tez danışmanım sayın Dr. Eray Serdar Yurdakul'a sonsuz teşekkürlerimi sunmak isterim.

Tez sürecinde yanımda olduğunu her zamankinden daha fazla hissettiren ve bugünlere gelmemde önemli paya sahip olan sevgili eşim Burcu NAMAL'a teşekkür ediyorum. Son olarak varlıklarıyla hayatıma neşe getirdikleri, kendilerine ayırmam gereken zamandan fedakârlık ettikleri ve anlayış gösterdikleri için kızlarım Kevser NAMAL ve Fatma Bahar NAMAL'a da ayrı ayrı teşekkür ediyorum

İÇİNDEKİLER

ÖZET i
ABSTRACT ii
TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
ÇİZELGE LİSTESİ viii
SİMGELER VE KISALTMALAR x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1 Giriş 1
1.2 Amaç 2
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1 Hekim ve Hekimlik 5
2.1.1. Etimolojik Köken 5
2.1.2. Kısa Tarihçe 6
2.1.3. Hekimlik 13
2.2. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları 15
2.3.Neoliberalizm ve Sağlık Politikaları 22
2.3.1. Neoliberalizm 22
2.3.2. Neoliberalizmin Sağlık Politikalarına Etkisi 25
2.4.Türkiye'de Neoliberal Sağlık Politikaları 28
2.4.1. 1980 Sonrası Sağlık Politikaları 28
2.4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı 30
2.4.2.1.Performansa Dayalı Ücretlendirme 34
2.4.2.2. Aile Hekimliği 38
2.4.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Özel Sektör 41
2.5. Tıp Eğitimi 43
2.5.1. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi 45
2.5.2. Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi 48
2.5.3. Sürekli Mesleki Gelişim 52
2.6. Değerler ve Etik 54
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 59
3.1.Araştırmanın Yöntemi 59
3.2. Araştırma Grubu 59

3.3. Veri Toplama Araçlar 160
3.4. Veri Analizi 61
3.5. Araştırma İzinleri 62
3.6. Araştırma Kısıtlılıklar 163
4. BULGULAR 65
4.1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Verileri 65
4.2. Çalışma Grubunun Derinlemesine Görüşme Verileri 67
4.2.1. Hekimlerin Meslekten Beklentileri 68
4.2.1.1. Hekimlik Kararı 69
4.2.1.2. Hekimlik Beklentilerinin Sonuçları 73
4.2.2. Hekimlik Pratiği 83
4.2.2.1. Hekimlik Pratiğini Zorlaştıran Şeyler 83
4.2.2.2. Hekimlik Pratiğini Kolaylaştıran Şeyler 102
4.2.2.3. Sağlık Hizmeti Sunumunu Etkileyen Değişiklikler1 113
4.2.3. Hekimlikte Gelecek ve İstekler 129
4.2.3.1. Hekimlikte Gelecek Beklentisi 129
4.2.3.2. Çalışma Şartlarında Değişiklik İstekleri 140
5. TARTIŞMA 157
5.1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Verileri 159
5.2. Hekimlerin Meslekten Beklentileri 161
5.2.1. Sosyal Kabul 161
5.2.2. Faydalı Olma 168
5.2.3. Kendini Gerçekleştirebilme 169
5.3. Hekimlik Pratiği 173
5.3.1. Mesleğe Yabancılaşma 174
5.3.2. Kendini Gerçekleştirebilme 177
5.3.3. Faydalı Olma 189
5.3.4. Mesleki Özerklik 204
5.3.5. Güvenlik 208
5.3.6. Dayanışma 211
5.4. Hekimlikte Gelecek 215
5.4.1. Hekimlik Pratiği 215
5.4.2. Hekim Niteliği 218
5.4.3. Hekimliğin Toplumdaki Yeri 221
5.4.4. Sağlık Sistemi 222

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 227
6.1. Sonuçlar 227
6.2. Öneriler 233
7. KAYNAKLAR 237
8.EKLER 261
9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ 266

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

TABLO 4.1. : Çalışma grubuna ait sosyodemografik veriler 66
TABLO 4.2. : Derinlemesine görüşme verileri sunum başlıkları 68
TABLO 4.3. : "Hekim olmaya nasıl karar verdiniz?" sorusunda öne çıkan bağlam, anatema ve temalar 69
TABLO 4.4. : "Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?" sorusuna verilen cevaplarda benzerlik olarak öne çıkan bağlam, anatema ve temalar 74
TABLO 4.5. : "Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?" sorusuna verilen cevaplarda farklılık olarak öne çıkan bağlam, anatema ve temalar 77
TABLO 4.6. : "İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi zorlaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar 84
TABLO 4.7. : Mesleğe yabancılaşma bağlamını oluşturan anatema, tema ve alt temalar 85
TABLO 4.8. : Kendini gerçekleştirme bağlamını oluşturan anatema, tema ve alt temalar 90
TABLO 4.9. : Faydalı olma bağlamını oluşturan anatema ve temalar 94
TABLO 4.10. : Özerklik bağlamını oluşturan antema ve temalar 99
TABLO 4.11. :Güvenlik bağlamını oluşturan anatema ve temalar 100
TABLO 4.12. : Dayanışma bağlamını oluşturan anatema ve temalar 101
TABLO 4.13. : .. "İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi kolaylaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar 102
TABLO 4.14: Kendini gerçekleştirebilme bağlamını oluşturan anatema ve temalar 103
TABLO 4.15. : Dayanışma bağlamını oluşturan anatema ve temalar 106
TABLO 4.16. : Faydalı olabilme bağlamını oluşturan anatema ve temalar 110

TABLO 4. 17. : Emeğinin karşılığını alma bağlamını oluşturan anatema ve temalar 113
TABLO 4. 18. : Mesleki özerklik bağlamını oluşturan anatema ve temalar 114
TABLO 4. 19. : Destek Alamama bağlamını oluşturan anatema ve temalar 115
TABLO4.20. : Sağlık hizmeti sunumunu olumlu yönde etkileyen değişiklikler 116
TABLO 4. 21. : Sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkileyen değişiklikler 122
TABLO 4. 22. : "Hekimliğin geleceği ile ilgili neler düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar 130
TABLO 4. 23. : "Elinizde sihirli bir değnek olsa hekimlerin çalışma şartları ile ilgili neleri değiştirmek isterdiniz? Neden?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar 141
TABLO 4. 24. : Kendini gerçekleştirme bağlamında değer lendirilen anatema, tema ve alt temalar 142
TABLO 4. 25. : Faydalı olabilme bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar 149
TABLO 4. 26. : Mesleki özerklik bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar 153
TABLO 4. 27. : Güvenlik bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar 154
TABLO 4. 28. : Meslek değişikliği bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar 154

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD Amerika Birleşik Devletleri

SDP Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK Sosyal Güvenlik Kurumu

İTS İlaç Takip Sistemi

TUİK Türkiye İstatistik Kurumu

KHK Kanun Hükmünde Kararname

PDÜS Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi

ASM Aile Sağlığı Merkezi

TSM Toplum Sağlığı Merkezi

DPT Devlet Planlama Teşkilatı

OECD Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı

WFME The World Federatıon For Medıcal Educatıon

ÇEP Çekirdek Eğitim Programı

ACGME Accreditation Council for Graduate Medical Education

TEPDAD Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği

TUS Tıpta Uzmanlık Sınavı

YDUS Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı

TUK Tıpta Uzmanlık Kurulu

TUKMOS Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi

TTB Türk Tabipler Birliği

HMO Health Maintenance Organization

USVS Ulusla Sağlık Veri Sözlüğü

ESK Elektronik Sağlık Kaydı

BUT Bütçe Uygulama Talimatı

SUT Sağlık Uygulama Tebliği

İCD International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

SKRS Sağlık Kodlama Referans Tebliği

KTS Kayıt Tescil Sistemi

MHRS Merkezi Hekim Randevu Sistemi

MEDULA Medikal Ulak

OGTT Oral Glukoz Tolerans Testi

TTB-UDEK Konuya yönelik Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

BBaG Branş Bazlı Ayaktan Gruplar

KÖO Kamu Özel Ortaklığı

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

YÖK Yüksek Öğretim Kurumu

GİP Girişimsel İşlemler Puan Cetveli

CT Bilgisayarlı Tomografi

MR Manyetik Rezonans

ÖSYM Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

İnsan yaşamının başladığı andan itibaren acı, ızdırap ve beraberinde bu acıyı dindirmeye yönelik bir arayış her zaman var olmuştur. Tıbbın tam olarak ne zaman doğduğu bilinmese de insanın şifa arama çabası ile var olduğu ve insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi olduğu kabul edilmektedir. Tıp, başlangıcından günümüze dek farklı paradigmalar üzerine kurulu farklı dönemlerden geçmiştir. İnsanlık tarihi ile paralel giden bu süreçte tıp içerisindeki tüm kavramlar da bu değişime ayak uydurarak anlam değiştirmiş, farklı anlamlar kazanmış ya da yeni kavramlar terminolojiye eklenmiştir. Kazanılan yeni anlamlar aynı zamanda bu alanda çalışan kişiler için yeni iş tanımları, yeni örgütlenme şekli, toplumla kurulmuş yeni bir ilişki türüne işaret etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun merkezinde kritik bir role sahip hekimlerin gerek iş yapış tarzları gerek toplum tarafından algılanışları gerekse hekimlerin kendi meslekleri ile ilgili olan algıları bu değişikliklere uygun olarak evrimleşmiştir.

Hekimlerin meslek algılarının aldıkları eğitim, ücretlendirme politikaları, sağlık hizmeti organizasyonunun yapısı, sağlık giderlerinin karşılanması için kullanılan finansman, tıbbi gelişmeler gibi faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Hekimlerin meslek algıları gerek toplumla ilişkisi gerekse sağlık hizmeti alan birey bazında hasta ile olan ilişkisine yön veren temel bir parametredir. Aynı zamanda hekimlerin meslekten beklentilerini şekillendiren, sağlık hizmeti sunumundaki pratiklerini etkileyen, iş başarısı ve mutluluklarını belirleyen faktörlerden biridir. Özellikle eğitim öğretim döneminde olan hekim adaylarının algıladığı hekimlik ile pratikte uygulamaya başladıkları hekimlik arasındaki büyük farklılık olması onların hem sağlık sistemine uyumunda hem de beklenen performansı sergilenmelerinde en büyük engellerden biridir.

Tez kapsamında hekimlerin meslek algısını etkileyen faktörlerin neler olduğu ve bunların hekim değerlerine yansıması belirlenmeye çalışılmıştır. Hekimlerin meslek algısını etkilediği öngörülen etmenlere ilişkin niteliksel bir saha çalışması yapılmıştır. Hekimlerin gerek meslek öncesi beklentileri gerekse hekimlik süresince algılarını ve hekimlik değerlerini değiştiren faktörlerin belirlenmesinin geleceğe

yönelik yapılacak kestirimlere ışık tutacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörlerin ve bu faktörlerin değersel analizinin ortaya konulması bu çalışmanın hedefini oluşturmaktadır.

1.2. AMAÇ

Araştırmanın genel amacı, tıp etiği disiplinin yöntem bilgisi çerçevesinde, hekimlerin mevcut sağlık sistemi içerisinde ortaya çıkan mesleğe yönelik algılarının belirlenmesi ve bu algıların değersel analizidir. Bu bağlamda özellikle değerler açısından günümüz hekimlik mesleğinde oluşan değişim ve sorun alanları açığa çıkarılmaya çalışılarak, tıp eğitimi ve sağlık sistemlerindeki düzenlemelere yönelik öneriler sunulmaya çalışılacaktır.

Bu araştırmanın önemi, hekimlik mesleğini icra edecek kişilerin özellikle mesleki değerler açısından içinde çalışacağı sisteme göre yetiştirilmesini sağlamak amacı ile hekimlerin meslek algısındaki değişimin ortaya çıkarılma zorunluluğudur.

Tez yazarının tez kapsamında yanıt arayacağı, öne çıkan temel sorular şunlardır:

1. Hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler nelerdir?
2. Hekimlerin meslek öncesi hekimliğe ilişkin algıları ile şu an ulaştıkları noktadaki algıları arasında ne gibi değişiklikler olmuştur?
3. Sağlık sisteminin farklı hizmet basamaklarında çalışan hekimlerin meslek algılarında bir farklılık var mıdır?
4. Kamu sektörü ve özel sektörde çalışan hekimler arasında meslek algısı açısından bir farklılık var mıdır?
5. Meslek algılarının değer dünyalarına yansıması nedir?

Tezin varsayımları ise;

1. Hekimlerin meslek öncesi ve sonrası mesleğe yönelik algıları değişim göstermiştir.
2. Hekimlerin meslek algıları mesleği ircaa ettikleri süre içerisinde sağlık sistemleri ve politikalarından etkilenmektedir.
3. Hekimlerin meslek yaşamı süresince, hekimlik mesleğinin hasta ve toplumla olan ilişkisi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişim göstermiştir.

4. Sağlık hizmetinin farklı basamaklarında çalışan hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler arasında farklılıklar vardır.

5. Kamu sektörü ve özel sektörde çalışan hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler arasında farklılıklar vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. HEKİM ve HEKİMLİK

2.1.1. Etimolojik Köken

Hekim Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre "insanlardaki hastalıkları teşhis ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimse, doktor, tabip" anlamındadır (1). Etimolojik kökeni incelendiğinde Arapçada *hkm* kökünden gelmekte ve "hikmet sahibi, bilge, filozof" anlamlarındadır. Hakīm sözcüğü de "Fevkalade akliyle ve ahlakı hasenesiyle mümtaz olan adam, filozof ve bilge" anlamlarına gelmekte ve hekim kelimesinin hakīm kelimesinin değişime uğramasıyla kullanılmaya başladığı düşünülmektedir. Nitekim hekim kelimesini Osmanlıca sözlük hakīm kelimesine yönlendirmektedir. Hakīm kelimesinin karşılığında ise "işleri ve emirleri hikmetli ve yanlışsız olan. Tabip, doktor" manaları bulunmaktadır (2). Kelimenin geçmişine bakıldığında ise Arapçaya Aramice/Süryanice'den geçtiği "χakīm חכים" kelimesinden alıntı olduğu ve "bilme" kökünden türetildiği görülmektedir (3, 4). Bu anlamlar doğrultusunda hekimi doğruyu bilen ve hikmetli iş yapan kişi olarak tanımlanmak mümkündür.

Hekim kelimesinin yerine kullanılan *tabip* kelimesi incelendiğinde etimolojik kökeninin Arapça *tbb (*طبيب) kökünden geldiği görülmektedir. Aynı zamanda *ṭibb* (طبّ) sözcüğünün sıfat halidir ve tıpla aynı köke sahiptir (3). Osmanlıcada "hekim ve doktor" anlamlarına gelmektedir (2).

Günlük hayatta hekim yerine sık olarak kullanılan doktor kelimesi etimolojik kökeni ise Fransızca *docteur* kelimesinden gelmektedir. Üniversitede hocalık beratına sahip kimse, doktora sahibi anlamındadır. Tıp doktoru anlamlarında da kullanılmaktadır. Bu sözcük Latince *docere, doct-* "öğretmek" fiilinden "or" son ekiyle türetilmiştir.

İngilizcede hekim kelimesinin yerine kullanılan *physician* kelimesi ise "iyileştirme sanatında yetenekli olan kişi" daha spesifik anlamda "eğitimli, klinik olarak deneyimli ve tıpta uygulama lisansına sahip biri" olarak tanımlanmaktadır (5). Hekim ve yerine kullanılan kelime anlamlarından hepsinde hekim kişinin doğru

bilgiye sahip, insanları iyileştirme konusunda eğitimli ve yetenekli kişi olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte hekimlik özgün bir faaliyet ve sanat olarak da ifade edilmektedir.

2.1.2. Hekimliğin Kısa Tarihçesi

Tıbbın evrimsel süreci içgüdüsel tıptan başlayarak çağdaş bilimsel tıp uygulamalarına kadar uzanmaktadır. Tarih öncesi dönemde insanların acı ve ızdıraplarını giderme arayışları ile başlayan çabaları bazı bitki ve otların faydalarını fark etmeleri ve bunları yara ve hastalıklarına şifa olarak kullanmaya başlamalarını sağlamıştır. Bu dönemde insanlar kendi hastalıklarının hem hekimi hem eczacısı olmuşlardır. Zaman içerisinde tedavi yöntemleri bu konuda tecrübe kazanan ve yetenekli kişiler bünyesinde toplanmaya başlamıştır. İlkel topluluklarda daha çok büyücü, kabile şefi gibi kişiler tarafından yapılmaya başlanan tedavi işleri bu kişilerin büyücü hekim olarak anılmaya başlanmasına neden olmuş ve ilerleyen dönemde kendi aralarında aktarılan veya veraset yoluyla devredilen bir eylem haline dönüşmüştür (6). İlkel toplumlarda yaptıkları büyülerle kötü ruhları kovan büyücü olarak adlandırılan hekimler sonraki dönemde rahip hekim olarak isimlendirilmeye başlanmışlardır.

Hekimlerin rahip olarak isimlendirildikleri ilk büyük medeniyetler Mezopotamya medeniyetleri olmuştur. Mezopotamya'da tıp, tapınaklara bağlı gizli bir sanat olarak öğretilmiştir. Babil kralı Hammurabi döneminde yazılmış ve tarihin ilk yazılı kanunları olan "Hammurabi Kanunları" cerrahi uygulamalar ile ilgili müeyyideler ve düzenlemeler getirmiştir. Düzenlemeler sadece cerrahları kapsamış, hekimler rahip oldukları için kutsal sayılmış ve bu düzenlemelere tabi olmamışlardır (7).

Aynı şekilde rahip hekimlerin bulunduğu Mısır uygarlığında ise rahiplikten tıp tanrılığına doğru bir geçiş yaşanmıştır. Hekimlerin çalışmaları ile ilgili belirli düzenlemeler yapılmış ve toplumsal statüleri belirlenmiştir. Hekimler hastalara hermetik kitaplarda belirlenmiş olan tedavileri uyguladığı sürece tedavi sonuçlarından sorumlu tutulmazken, bu kitapların dışında yeni bir tedavi metodu uygulaması durumunda sonuçlarından sorumlu tutulmuştur. Hekimler kendi içlerinde belirli hastalıklarda uzmanlaşma gösterirken bu ihtisaslaşma daha çok hekimlerin tüm hastalıklara bakarken bazı hastalıklarda daha fazla deneyim sahibi olması şeklinde

olmuştur. Hekimlik babadan oğla geçen ve sıradan insanlara öğretilmeyen bir meslek olarak devam etmiştir. Ayrıcalıklı kişilerin sahip olduğu tıbbi bilgide aynı zamanda toplumsal bir güç unsuru olarak hekimlerin toplumda saygın bir yere sahip olmasını sağlamıştır. Tüm bu medeniyetlerde hekimler toplumda kutsal bir statüye sahiptir ve o nispette de saygı görmüşlerdir (7, 8).

Eski Hint medeniyetinin Vedik ilahi ve efsanelerinde, hekimlerin yaptıkları ayinlerle hastalıklara neden olan şeytani güçlerle savaştıkları tasvir edilmiştir. Hekimler bunun yanında hastalıkların tedavisinde bitkisel ve madensel kökenli ilaçları ve cerrahi teknikleri de kullanılmıştır. Ancak bu yöntemlerin sadece dinsel ritüellerle birleştirildiğinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Hekimler profesyonel bir grubun üyesi olarak görülür mevcut kast sisteminin üç tabakaya da olabilirlerdi. Öğrenciler usta hekimlerin yanında onların klasik metinlerden aktarımları ile ders alır ve yeterli görülene kadar ustalarının yanında yaşar ve onlara hizmet ederlerdi. İyi bir hekimin teorik bilgi, akıl yürütme yeteneği, tecrübe ve kişisel beceri sahibi olması beklenirdi. Hekimlerin suçlu olarak bilinen kişiler ve tedavisi olmayan hastalıkları olan kişileri tedavi etme zorunluluğu yoktu (9).

Antik Çin medeniyetinde tıp doğanın birliğine inanç, yin-yang dulaizmi, beş evre teorisi (toprak, ateş, su, tahta ve metal) ve sistematik uyum teorilerine dayalı olarak gelişmiş ve bu teoriler çerçevesinde kavramsallaşmıştır. Bilgin hekimler daha çok koruyucu hekimliğe önem verip hastalarından ücret almazken bilimsel iddiaları olmayan şifacılar, eczacılar ve cerrahlar daha çok tedaviyle ilgilenmiş ve ücretli çalışmışlardır. Çin tıbbında imparatorluğa hizmet eden hekimlerin eğitiminde yapılan değişiklikler geleneksel Çin tıbbındaki pek çok yeniliğin gelişmesine de öncülük etmiştir. Chou Hanedanlığı döneminde (MÖ1122- MS 221) tıp pratiği yapmak isteyenler için yıllık değerlendirmeler yapılmıştır. Alt sınıf şifacılar kendi kendini eğitirken, pek çok şehirde açılan tıp okullarında çıraklık eğitimi verilmiştir (9, 10).

Mısır medeniyetinden erken dönemden itibaren etkilenen Yunan medeniyetinde tıp, mitolojik dönem, filozof hekimler dönemi ve Hipokrat anlayışının hâkim olduğu dönem olmak üzere üç döneme ayrılabilir. Hayatın her alanında tanrıların olduğu mitolojik dönemde hekimlerin tanrısı Asklepios idi. Asklepios adına asklepion adı verilen tapınaklar kurulmuş ve bu tapınaklarda asklepiad adı verilen

rahip hekimler tarafından hizmet verilmiştir. Bazılarının hastane tapınak olma özelliği de olan asklepionlarda uyku odaları, kütüphane ve tapınaklar vardı. Asklepiadlar güçlü bir lonca sistemine sahiptiler. Günümüzdeki tabipler odasına benzer bir yapı olan loncaya alınan hekimler evlat edinilmiş gibi muamele görürken aynı zamanda hocalarına da anne ve babalarına gösterdikleri saygıyı göstermeleri beklenirdi. Asklepiosun iyileştirici gücü Hıristiyanlığın yaygınlaşmasıyla birlikte Hz. İsa'ya atfedilmeye başlanmış, asklepieionların yerini ise kiliseler almıştır. Tüm bu süreçte hekimlik seçilmiş kimseler tarafından yapılan, hastalara sağladıkları şifa ile ilahi bir yönü olan bir meslek olarak kabul edilmiştir. Hastanelerin ilk öncüsü olarak kabul edilebilecek Asklepieionlarla birlikte hastaların yatırılarak takip edildiği, birden fazla hekimin aynı anda hizmet verdiği ve yeni hekimlerin yetiştirildiği bir çeşit kurumsal yapı oluşturulmuştur. Sağlık hizmetinin bu tesislerde birbirlerine güçlü bir lonca sistemi ile bağlı hekimler tarafından verilmeye başlanmasıyla ilk defa ferdi hekim uygulamalarının yerini kurumsal bir yapının almaya başladığı söylenebilir (6, 7).

Tıp alanında paradigma değişimi yaratan, hekimliği kutsal ve mitolojik kavramlardan arındırarak ampirik ve rasyonel bir temele oturtan Hipokrat, hekim kimliği ve hekim algısında bir değişime neden olmuştur. Hipokrat her zaman hastalarına zarar vermemeyi önceleyerek insan sevgisiyle yaklaşan, dikkatli gözlem yapan ve insana saygılı olmayı öğreten örnek bir hekimdir. Mısır inanç ve öğretilerinden yararlanarak oluşturduğu hekim andı dönemin hekim kimliğini yansıtan bir metindir. Koyduğu kriterler mesleği yapabilecek kişilerin standartlarının belirlendiği ve mesleksel örgütlenmenin oluşturularak hekim kimliğinin yavaş yavaş belirlenmeye başladığının da işaretleri olmuştur. Bununla birlikte Hipokrat andı topluma karşı bir yükümlemede bulunan yaşama ve hastanın mahremiyetine saygı, zarar vermeme gibi değerlerin yanında hekimlik adına öğrenilen bilgilerin yeni hekim adaylarına ücretsiz olarak öğretilmesi gibi tıp alanında her biri sonradan temel birer norm olarak kabul edilecek değerleri ortaya koymuştur (11, 12). Hipokrat'ın ortaya koyduğu söylemler ve gösterdiği hekimlik pratiği ile tarihin o dönemine kadar oluşmuş olan hekimlik algısı ile ilgili büyük bir değişime neden olduğunu söylemek mümkündür.

Batıda ilkçağın sonlarına doğru tarihe adını yazdıran diğer bir hekim şüphesiz Galen olmuştur. Tıbba en önemli katkıları anatomi ve fizyoloji alanında veren Galen'in düşünceleri orta çağ sonuna kadar tıp eğitimini etkilemiştir. Diğer taraftan Galen'in yaşadığı Roma İmparatorluğu döneminde hekimlik aşağı bir sanat olarak görülmüştür. Hatta o dönem için aşağı bir sınıf olarak görülen kadın ve kölelerin de hekim olmalarına imkân sağlanmıştır. Zaman içerisinde mesleğe olan ilgi artmış ve devlet tarafından çıkarılan yasa ile hekimlik faaliyetleri düzene sokulmaya çalışılmıştır (6, 13).

Orta çağ döneminde tüm toplumsal yapıya benzer şekilde Avrupa'da tıp da kilisenin etkisi altına girmiştir. Hastalık tedavileri için mucizelere sığınılmış, doğal yollardan şifa aramak tanrıya olan inançsızlığın bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Kilise hekimliği diye bir kurum ortaya çıkmış ve Hipokrat öncesi Asklepios inancının Hıristiyanlık tarafından dönüştürülmüş bir formuna geri dönülmüştür (6).

Orta çağdaki olumsuz gelişmelere karşın bu dönemin sonuna doğru açılan üniversiteler Avrupa'da tıp eğitimi için dönüm noktasıdır. Avrupa'da ilk tıp okulu olan Salerno Tıp Okulu 1096 yılında İtalya'da kurulmuştur. Okulun eğitiminde öğrenci alımı, eğitim süreleri ve hekimlik yapacak kişilerin gireceği sınavlar ile ilgili kriterler belirlenmiş ve mezun olanlar için doktor kelimesi ilk defa kullanılmaya başlamıştır. Avrupa'da tanınan ilk resmi tıp okulu olan Salerno'nun tıbbın bilimsel bir disiplin haline gelmesi için atılan adımlarda önemli bir yeri vardır. Salerno Tıp Okulu açılmasından sonraki süreçte Avrupa'da dört yeni tıp okulu daha açılmış ve Salerno Tıp Okulu mezunları bu okulların müfredatlarının oluşturulmasında etkili olmuşlardır (13, 14). Yine Salerno Tıp Okulu'nun etkisiyle 13. Yüzyılda Roma Kralı 2. Frederick tıp eğitimi ve lisanslamaya yönelik bir ferman yayınlamış ve hekimlerin 5 yılda bir kadavra diseksiyonu yapmasına izin vermiştir. Bologna, Montpellier ve Padua okullarında da diseksiyona izin verilmeye ve yeni fizyolojik çalışmaların önünün açılması tıbbın profesyonelleşmesinde ve mesleğin otoritesinin sağlanmasında değişime neden olan sebeplerdendir (14).

Avrupa'da orta çağın sonlarına doğru yeni ticaret yollarının keşfedilmesi, para ekonomisinin yaygınlaşması, yeni icatlar ve diğer medeniyetlerdeki uygulamaların Avrupa'da uygulanmaya başlaması ile kilisenin otoritesi yıkılmıştır. Ekonomik,

politik, sosyal alanda 1300 ile 1650 yılları arasında yaşanan ve entelektüel dönüşümün eşlik ettiği, Rönesans olarak adlandırılan bu dönemin sonucunda Avrupa kültürünü modern dünyaya götüren keskin bir dönüşüm yaşanmıştır. Dogmatik düşüncelerin yerini rasyonelleşme almaya başlamasıyla her alanda olduğu gibi tıp alanında da gelişmeler yaşanmaya başlamıştır (6, 9, 15). Bu dönemde Padua'da yapılan anatomik çalışmaların sonuçlarından biri William Harvey'in 1628 yılında kan dolaşımını bulması olmuştur. Giovanni Battista da Monte 1543 yılında tıp eğitimini hasta başı dersleri ile vermeye başlamış daha sonra eğitim metodu tüm Avrupa'ya yayılmıştır (14).

Hollanda'da 16.yy sonlarında kurulan Liden Üniversitesi'nde Herman Boerhaave tıp eğitiminde ders programını ilk olarak matematik ve doğa bilimleri, daha sonra normal anatomi ve fizyoloji son olarak pataloji ve hastalıkların tedavisi şeklinde gerçekleştirmeye başlamıştır. Herman Boerhaave tarafından kurgulanan ve yatak başı derslerine önem verilerek gerçekleştirilen ders programı modern tıp eğitimi programına atılan öncü bir adım olmuştur (13, 14).

Onsekizinci yüzyıl başlarında Giovanni Battista Morgagni'nin yaptığı otopsilerle hastalıkların genel dengesizlikten değil organlardan kaynaklandığını ortaya koyması tıpta nedenselliğe geçişin başlangıcı olmuştur. Aynı yüzyılın sonlarına doğru ise Louis Pasteur mikroorganizmaları (mikropları) tespit ederek kendiliğinden üreme teorisini tamamen sonlandırmış, kuduz, şarbon gibi hastalıklara karşı aşılar bulmuş ve pastörizasyon yöntemini geliştirmiştir. Robert Koch bakteri izolasyonu ve hastalık etkenlerini bulmak için Koch prensiplerini belirlemiştir. Anestezi ve antisepsi prensiplerinin 19. yy'da ortaya konmasıyla başarılı operasyonlar yapılmaya başlanmış ve cerrahi tıbbın bir dalı olmuştur. Wilhelm C. Röntgen X ışınını, Pierre ve Marie Curie radyoaktif radyumu ve Sigmund Freud psikanalizi keşfetmiştir. Yaşanan bu gelişmeler modern tıbbın temel taşları olmuşlardır (6). Yirminci yüzyılda temel bilimlerde yaşanan gelişmelerin tıp alanında kullanılmasıyla başlayan dönem günümüzde moleküler seviyeye kadar inilen tıbbi araştırma ve uygulamalara ulaşan süreçle devam etmiştir.

Bu süreçte Avrupa'da 18. yüzyılla birlikte hekim sayısının artması, yeni hastanelerin kurulması sağlık tüketimini arttırmıştır. Diğer taraftan hekimlerin

eğitiminin standart hale getirilmesi, hekim uygulamalarının tıp bilgisi ile olan ilişkisinin daha iyi tanımlanması, geleneksel tedavilere güveni azaltırken hekimlere olan güveni arttırmıştır. 18. yy ile birlikte başlayan ve yavaş gelişen bu süreç sonunda doktorların sosyal statüsü diğer şifa sağlayıcılarla ayrışmış daha değerli bir yer işgal etmeye başlamıştır (16).

İslam coğrafyasında ise Müslümanlıkla birlikte bilime olan merak, kitaplara ve âlimlere olan ilgi artmıştır. Hekimlik İslam dininde çok şerefli bir meslek olarak görülmekteydi. Hekimler uyguladıkları tedavilerin sonuçları nedeniyle sorumlu tutulmaktaydılar. Belirlenmiş kurallar çerçevesinde çalışırlardı ve yetkili mercilerin izni olmadan hekimlik yapılamazdı. Hekimlerin başında muhtesipler vardı. Muhtesipler ahlak sahibi ve toplumda bilinen kişilerden seçilirdi. Muhtesipler hekimleri denetler ve gerekli görürse ceza verebilirlerdi (17)

Selçuklu döneminde kurumsal olarak sağlık hizmetinin verildiği darüşşifalar kurulmuş, bu kurumlarda hastane hizmeti ve tıp eğitimi birlikte verilmiştir. Darüşşifalar içerisinde hekimler arasında hiyerarşik bir yapı vardı. Hekimler birinci tabip, ikinci tabip ve öğrenci tabip olarak isimlendirilmişti. Bütün hekimlerin başında onların tayinlerini ve ücretlerini düzenleyen başhekim bulunurdu. Hekimler darüşşifalarda usta çırak usulü ile eğitim alırlardı. Darüşşifalar vakıflara bağlanmış ve giderleri bu vakıflar tarafından karşılanmıştır. Darüşşifaların dışında sağlık hizmeti veren mahalle hekimleri de o dönemde mevcuttur (6, 17).

Osmanlılarda tıp Selçuklu ve İslam tıbbının bir devamı gibidir. Bu özellikler 17. yüzyılda batının ilk etkileriyle beraber değişime uğramaya başlamış ve değişimin sonuçları 19. yüzyılla beraber hissedilmiştir. 19. yüzyıla kadar olan dönemde hekimler Selçuklu dönemindekine benzer şekilde usta çırak ilişkisi içinde yetişmiştir. Bu eğitim darüşşifalarda ya da özel muayenehanelerde gerçekleşmiştir. Hekim adaylarının eğitimleri sonrası almaya hak kazandıkları diplomalar kurumların adına değil, eğitim veren hocasının adına düzenlenmiştir. Onbeşinci yüzyıldan itibaren hekimbaşılık makamı kurulmuştur. Hekimbaşı bir taraftan sarayın sorumlu hekimi olarak çalışırken diğer taraftan günümüzdeki sağlık bakanına benzer yetkilere sahip olmuştur. 19. yüzyılın ortalarından itibaren hekimbaşılık makamı önemini yitirmeye başlamış,

hekim başı tarafından yapılan görevler yeni kurulan kurumlara aktarılarak yetkileri sınırlandırılmıştır (18).

Osmanlı'da 19. yy döneminde sağlık hizmetlerini modernleştirme çabaları başlamıştır. Bu çabalara yönelik yapılan ilk çalışmalar modern anlamda tıp eğitimi veren bir tıp okulu açmaya yönelik olmuştur. Bu çalışmaların sonunda başta 2. Mahmut tarafından yeni kurulan Asakir-i Mansure-i Muhammediyye ordusunun hekim ihtiyacını karşılamak, yabancı hekim mecburiyetini azaltmak, ülkemizde yetişen hekimlerin yeni tıp yöntemlerini öğrenmeleri, tıp alanında batıda yaşanan ilerlemeleri yakalayabilmeleri ve modern tıbbın ülkemizde hayata geçirilebilmesi amacıyla 14 Mart 1827'de Tıbhane-i Amire açılmıştır. Böylece yüzlerce yıldır devam ettirilen geleneksel anlayış terk edilerek yerine modern tıp eğitiminin ön planda olduğu yeni bir anlayış getirilmiş, dönemin tıp anlayışı ve sağlık hizmeti sunumunda bir dönüm noktası olmuştur (6). Tıbhane-i Amire 1838 yılında bugünkü Galatasaray Lisesinin bulunduğu binaya taşınmış ve Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane ismini almıştır. Okulun gerçek anlamda modern tıp eğitimine geçmesi ise bu süreçte okulun başına başına Avusturya'dan Dr. Karl Ambrois Bernard getirilmesi ile gerçekleşmiştir. Bu değişimle birlikte eğitim sistemi Viyana'daki Josephium'a benzer bir modele dönüştürülmüştür. Klinik dersleri hasta başında verilmiş, ilk diseksiyon ve otopsi çalışmaları başlamıştır. Buradan mezun olan öğrencilere artık "doktor" unvanı verilmeye başlanmıştır (7, 19).

Okuldan mezun olduktan sonra doktor unvanı ile birlikte askeri rütbe alan hekimler orduda hizmet vermeye başlamıştır. Ancak hekimlerin sayıları ordu için bile yetersiz kalmıştır. Bunun yanında toplumun hekim ihtiyacını karşılayacak modern tıp eğitimi görmüş hekim ihtiyacı halen karşılanamamıştır. Öncelikle bu ihtiyacın karşılanması bunun yanında eğitimin Türkçe olarak yeniden yapılandırılması çalışmalarının sonucunda askeri tıbbiyenin yanına Türkçe eğitim veren sivil bir tıp okulu kurulmasına karar verilir. Bu çalışmaların sonunda 1867 yılında ilk sivil tıp okulu olan ve Türkçe eğitim veren Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye açılır. Sivil tıp okulu ve askeri tıp okulu 1909 yılında birleştirilerek Haydarpaşa'da yeni binalarında İstanbul Darülfünun Fakültesi ismiyle eğitim vermeye devam etmiştir (7, 20). Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunda ülkenin tek tıp fakültesine de sahip olan Darülfünun

1933 yılında batı normlarına kavuşturulması amacıyla kapatılmış yerine İstanbul Üniversitesi kurulmuştur. Tıp fakültesi bu tarihten sonra İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi olarak eğitimine devam etmiştir.

2.1.3. Hekimlik

Tarihin erken dönemlerinden itibaren var olan, 19. yy başlarından itibaren yaşanan bilimsel gelişmeler ve belirlenen eğitim normları ile standartlaşan hekimlik, günümüzde her ülkenin ulusal mevzuatına göre belirlenen bir lisanslanma süreci sonrasında yapılmaya hak kazanılan bir meslektir (21). Üniversiteler tarafından verilen hekimlik (tıp doktoru) derecesinin ve ulusal standartların sağlanması ile atılan bu ilk adım hekimliğe yönelik eğitim sürecinin yalnızca başlangıcına işaret etmektedir. Bu süreç temeli Morgagni'nin organ temelli patolojileri ortaya koymasıyla başlayan, farklı hastalıklar için faklı sağlık kurumlarının oluşmasıyla devam eden ve fazlaca artan ve sürekli yenilenen tıbbi bilginin de etkisiyle artık bir norm haline gelen uzmanlaşma ve yaşam boyu öğrenim süreci ile devam etmektedir (14, 22).

Hekimlerin hem uygulayıcı hem de karar verici olarak sağlık sistemleri içerisindeki kritik rolü düşünüldüğünde aldıkları eğitim süresince edinilmesi gereken geniş bir yeterlilikler listesini de beraberinde getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hekimlerin mevcut sağlık sistemi içindeki rolüne hazırlanırken birey ve toplum sağlığını aynı anda düşünecek, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri arasında denge kurabilecek, toplumun artan ihtiyaçları doğrultusunda maliyet etkin çözümler sunabilecek ve teknolojiyi iyi kullanabilecek şekilde yetiştirilmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Aynı zamanda gelecekte hekimlerin iyi birer hizmet sunucusu, karar verici, iletişimci, toplum lideri ve yönetici özelliklerine sahip olmaları gerektiğini belirtmiştir (23). Birleşik Krallıkta tıp eğitimi standartlarını belirleyen GMC (General Medical Counsil) ise tıp fakültesi mezun yeterliliklerini bilim adamı, uygulayıcı ve profesyonel olarak üç başlık altında açıklamıştır. Bilim adamı olarak bilimsel araştırma ve tıbbi uygulamaları bilimsel metotlar doğrultusunda yapabilen, uygulayıcı olarak tıbbi bilgilerini etkin kullanarak hastalarının muayene, tanı ve tedavi işlemlerini yönetebilen, hasta ve meslektaşları ile etkin iletişim kurabilen, bir profesyonel olarak ise etik ilkeler ve hukuki kurallara göre hareket edip sürekli öğrenen, öğreten ve yansıtabilen hekimler olmaları gerektiğini belirtmiştir (24). Sahip olmak için uzun ve

zorlu bir eğitim süreci gerektiren ve genel olarak teknik yeterliliğin sağlanması ve sadece çıkar çatışmalarının açıklanması üzerine kurulu bir hasta hekim ilişkisini sağlayacak yeterliliklerin "iyi hekim" olabilmek için gerekli şartları sağlayacağı ise tartışılan bir konudur.

Hastalıkların biyolojik sonuçları ve insan ilişkilerinde ortaya çıkardığı duygusallığın yapısı gereği hekim ve hasta ilişkisi temel insani değerlerlerin ön plana çıktığı bir ilişkidir (25). Dolayısıyla bu ilişki hekimin öncelikli olarak temel insani değerlere sahip "iyi insan" olarak tanımlanacak niteliklere sahip olmasını zorunlu kılmaktadır. Yani iyi bir hekim temelde iyi bir insan olarak adalet, doğru olanı seçme, sevgi gösterme, merhamet, sadakat, ölçülülük gibi ahlaki erdemlere ve bilgelik, doğru yargılama gücü, akılcılık gibi entelektüel erdemlere sahip olmalıdır (26). Bu erdemler hekimlerin tıbbi pratiklerinde etik normlar içinde hareket etmelerini ve hasta hekim ilişkisinde güvenin sağlanmasının da temelini oluşturur. Sadakatine güvenilmeyen bir hekimin hasta yararını önceleme ilkesine bağlı kalacağı varsayımı şüphe uyandırır. Benzer şekilde dürüst olduğuna güvenilmeyen bir hekimin bilgi, tecrübe ve deneyimleri konusundaki söylemlerine güvenerek hareket etmek mümkün değildir. Şefkat göstermeyen bir hekimin teknik ve empati dengesini sağlayabilmesi ve hastaya bütüncül yaklaşabilmesi imkânsız hale gelmektedir. Yine cesaret ve adalet gibi erdemler hekimin kendi zararına bile olsa doğru karar alması, hastalara eşit davranması gibi eylemlerin temelini oluşturur. Entelektüel erdemlerse teknik yetkinliğin sağlanmasındaki temel erdemleri oluşturmaktadır (27).

Hekimlik en nihayetinde toplumla yazılı olmayan bir sözleşmeye dayalı olarak yapılan meslektir. Bu sözleşmenin temelinde hekimlerin alanlarıyla ilgi en iyi bilgiye sahip olacakları, ona göre eylemde bulunacakları, hasta ve toplumun çıkarlarını önceleyecekleri ve belirli etik normlar doğrultusunda davranacakları varsayımı yer almaktadır. Günümüzde bilgiye ulaşımın kolaylaşması hekimlerin bilgilerini sorgulanabilir hale getirmiştir. Sağlık politikaları ve sektörleşen sağlık sisteminde yaşanan değişimin hasta yararının öncelenmesinde ve etik normlara uygun davranılmasında zorluklara neden olduğu da açıktır (28, 29). Hekimliğin toplumla varsayılan sözleşmesini ve ilişkisini bozan bu gelişmeler içerisinde mesleğin saygınlığının korunması için erdemli hareket etme alışkanlığının edinilmesi önem arz etmektedir. Yalnızca bir yüzyıldan biraz fazla zaman önce semptom ve fiziksel

bulguları göz önünde bulundurarak hastasına teşhis koyan, akut bakım odaklı tedavi etmeye çalışan, tıp bilgisini sayılı kitaplardan öğrenen, sadece pratisyen, konsultan ve cerrah hekim olarak görev yapan ve ücreti hasta ile olan sözleşmesinden temin eden hekimden söz etmek artık olanaklı değildir. Ancak hastanın derdine şifa olma, acısını dindirme, endişelerini giderme, mümkün olan en iyi bakımı sağlama, özen gösterme, hastanın yanında olduğunu hissettirme ve merhamet gösterme süreç içinde hekimlerin hastayla ilişkisinde hiç değişmeden kalan en önemli sorumluluklarıdır.

2.2. CUMHURİYET DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Cumhuriyet'in ilk dönemi, Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde yaşanan Balkan savaşları, Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş savaşı gibi yıkıcı ve büyük savaşlar sonrası yeni bir devletin kuruluşu ve ülkenin yeniden inşa sürecinin başladığı bir dönem olmuştur. Savaş sonrası tüm halk bitkinlik ve yoksulluk içindedir ve kaynaklar ise çok kısıtlıdır. Bu kısıtlı kaynakların en başında yetişmiş insan gücü gelmektedir. Böyle bir ortamda sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu ve sağlıklı bir toplum inşası için pek çok zorluğa göğüs gerilmiş ve varolan olanaklar dâhilinde en kısa sürede sonuç alınacak politikalar oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri açısından mevcut imkânların ortaya konması uygulanan politikaların anlaşılması adına Osmanlı'nın son dönem sağlık hizmetlerindeki durum hakkında kısa bir giriş uygun olacaktır.

Avrupa'da 19. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren mikrobiyoloji alanında yaşanan gelişmeler, devletlerin özellikle salgın hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini ülkelerinde yaygınlaştırmak amacıyla sağlık örgütleri kurmalarına neden olmuştur. Osmanlı da bu değişimlere ayak uydurmak ve hekimler tarafından sağlık hizmetinin tüm yurda ulaşmasını sağlamak amacıyla bazı düzenlemeler yapmıştır. İlk olarak aktif olarak çalışan sağlık personelinin kayıt altına alınması ve sağlık alanında ehliyetlerinin kontrol edilmesine yönelik çabalar gerçekleşmiştir. Bu amaçla atılan ilk adım 1861 yılında çıkarılan Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname olmuştur. Bu nizamname ile diploması olmayan kişilerin hekimlik yapamayacağı, yabancı ülkelerden diploma alan hekimlerin sınava tabi tutulması, hekim ve cerrahların ruhsatlı eczaneler dışında ilaç veremeyeceği, ebelerin doğumu hızlandırmak için alet ve ilaç

kullanamayacakları hüküm altına alınmıştır. Ayrıca nizamname ile o zaman için Sağlık Bakanlığı işlevini gören Mektebi Tıbbiye Nezaretine taşrada hekim bulundurma zorunluluğu yüklenmiştir. Bu nizamname ile belediyelerin birer hekim istihdam etmesi ve sağlık hizmetlerinin bu şekilde verilmesi planlanmışsa da mevcut hekim sayısının yetersiz olması nedeniyle belediyeler hekim bulmakta zorlanmıştır. Sivil tıp okulunun açılmasının sebeplerinden olan bu süreç sonrasında sivil tıp okulunda eğitim gören hekimlerin mezuniyetine yakın 7 Temmuz 1870 tarihinde yürürlüğe giren İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile memleket tabibi adı altında ülke çapında hekim atama kararı alınır (21). Bu nizamname ile memleket tabiplerinin ücretlerinin belediyeler tarafından karşılanması, belediyeler bünyesinde eczane açılması, tabiplerin haftada 2 gün yoksulları parasız muayene etmesi, ihtiyaç halinde hastaları evde ziyareti, gerekli hallerde adli tabip hizmetleri vermesi, çalıştığı bölgenin başta salgın hastalıklar olmak üzere sağlık risklerini değerlendirerek raporlaması hüküm altına alınmıştır. Devlet bu uygulamayla hem tüm belediyelerde hekim bulundurulmasını sağlarken hem de maddi bir yükümlülük altına girmez. Ancak bu süreç 1888'de çıkarılan Memleket Etibbası ve Eczacıları Hakkında Nizamname ile değiştirilir ve hekimlerin ücretleri merkezi idare tarafından ödenmeye başlanarak memuriyet altına alınırlar (22). Teşkilat yapılanmasında yapılan sonraki önemli değişiklik kırk yıl kadar sonra 1912 yılında çıkarılan Vilayeti İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi ile gerçekleşir. Bu nizamname ile memleket tabibi yerine hükümet tabibi ifadesi kullanılmaya başlanırken aynı zamanda illerde il sağlık müdürlükleri ve sıhhiye meclisleri oluşturulur. İl Sağlık Müdürlükleri bir taraftan Genel Sıhhiye Müdüriyeti'ne bağlanırken diğer taraftan il idari yöneticisi olan valilere bağlı olarak çalışırlar. Bölgenin genel sağlık durumunun belirlenmesi, bulaşıcı hastalıklar ve mücadele, nüfusun arttırılmasına yönelik çalışmalar için kurulan Sıhhiye Meclisleri ise vali ya da kaymakamların başkanlığında sağlık müdürleri, tabipler ve bazı idari müdürlerin katılımıyla oluşturulmaktadır. Cumhuriyet dönemi sonrası bu meclisler Umumi Hıfzıssıhha Meclisine ve sonrasında il/ilçe Sağlık Kurullarına dönüştürülürler (22–24). Yönetim yapısına yönelik olarak 1913 yılında çıkarılan Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi Teşkilatına Dair Kanun'la Meclis-i Umur-u Tıbbiye-i Mülkiye Dahiliye Nezaretine bağlı Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi haline getirilmiş ve sağlık personelinin atama ve terfileri bu müdüriyete bağlanarak tüm kamu personelinin

yönetimi tek elde toplanmıştır. Dahiliye Nezareti'nin yapılanması ise 1916'dan itibaren değiştirilerek ismi Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti olmuştur (25, 26).

Milli mücadele döneminde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasından hemen sonra 2 Mayıs 1920'de çıkarılan 3 sayılı kanunla Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurularak sağlık işleri ayrı bir bakanlık tarafından yönetilen asli bir devlet görevi olarak tanımlanmış ve ilk Sağlık Bakanı olarak Adnan Adıvar atanmıştır (27). Henüz pek çok ülkede Sağlık Bakanlığı yapılanması mevcut değilken meclisin ilk açılışıyla beraber 3. kanun maddesinin sağlık hizmetlerinin organizasyonuna yönelik olması toplum sağlığına verilen önemin ve aynı zamanda dönemin çok daha ilerisinde bir anlayışa sahip olunduğunun bir göstergesidir (23).

Adnan Adıvar Sağlık Bakanı olarak kısa bir süre görev yaptıktan sonra 1921 yılından itibaren göreve Dr. Refik Saydam gelmiştir. Refik Saydam kısa süreli kesintilerle 1937 yılına kadar görev yapmıştır. Refik Saydam Dönemi olarak adlandırılabilecek bu dönemde sağlık hizmetlerinin yapılanması, örgütlenmesi ve yurt geneline yayılmasında büyük başarılar sağlanmıştır (24). Sağlık hizmetleri plan ve programının tek elden yönetilmeye başladığı bu dönemde bir taraftan koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verilip salgın hastalıklarla mücadele öncelenirken diğer taraftan yataklı sağlık hizmetleri geliştirilmeye çalışılmıştır. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları başlatılmış ve bu hastalıklara yönelik dikey örgütlenmeler oluşturulmuştur (28). Sağlıkta insan gücünü arttırmak amacıyla tıp fakültesinin cazibesi arttırılmaya çalışılmış, yatılı talebe yurtları kurulmuş, ebe ve hemşirelik okulları açılmıştır (24, 25). Yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilirken bunlara örnek olması için kötü durumda olan Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas'ta memleket hastaneleri devralınarak numune hastaneleri ismiyle işler duruma getirilmiştir (29). Sağlık hizmeti illerde il sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri aracılığıyla verilmeye çalışılırken köylere kadar hizmet ulaştırılması amacıyla seyyar tabiplik görevi ihdas edilmiştir. Taşrada sağlık hizmeti sunumunda sağlık ünitelerinin ihtiyacı görülerek başta ilçe merkezlerine muayene ve tedavi evleri (dispanser) kurulmuştur. Muayene ve tedavi evleri arasında Etimesgut Muayene ve Tedavi Evi'nin farklı bir özeliği olmuştur. Refik Saydam'ın

Amerika gezisinden sonra oradaki tesislerden örnek alarak planladığı Etimesgut Muayene ve Tedavi Evi diğerlerinden farklı olarak koruyucu ve yataklı sağlık hizmetlerinin ortak olarak verildiği bir birim olarak hizmet vermiştir. Taşra ve kırsal kesim hizmet sunumu için örnek alınan Etimesgut Muayene ve Tedavi Evi ve buna göre teşkil eden diğer birimler 1937'den sonra sağlık merkezi ismini almış, 1961'den sonra ise sağlık ocağı olarak isimlendirilmiştir (23).

Refik Saydam Dönemi'nde yapılan önemli çalışmalardan biri de sağlık hizmetlerine yönelik yasal düzenlemeler olmuştur. Bu düzenlemelerden en önemlisi 14 Nisan 1928 tarihinde çıkarılan "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun"dur. Bu kanunun çıkarılmasında en önemli sebep 1861 yılında çıkarılan nizamnamenin hükümlerinin artık tıp alanında yaşanan gelişmelerden dolayı hekimler için yeterli gelmemesi ve hekim dışında sağlık alanında çalışan diğer sağlık personelini kapsayıcı hükümler içermemesi olmuştur. Altı bölümden oluşan kanunun birinci bölümü hekimlerle ilgilidir. Hekimlik yapabilme, muayenehane açabilme, ameliyat yapabilme koşullarının yanı sıra kurallara uymayanlara yönelik yaptırımlar belirlenmiştir. Aynı zamanda tıpta uzmanlık alanlarının neler olacağı, eğitim sürelerinin ne kadar olacağı gibi hususlara yasal dayanak oluşturulmuş ve bu kanuna dayanarak bir yıl sonra uzmanlık alanlarını belirleyen "Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname" yürürlüğe girmiştir (24, 30). İkinci bölüm diş hekimleri, üçüncü bölüm ebeler, dördüncü bölüm sünnetçiler, beşinci bölüm hasta bakıcı ve hemşireler, altıncı bölüm ise genel hükümler ile ilgili kısımları oluşturmaktadır (24). Günümüzde halen hekimlik yapabilmenin temel yasal dayanağı sayılan kanunun pek çok maddesi süreç içersinde değiştirilmiş, iptal edilmiş ya da yeni maddeler eklenmiştir. Özellikle sağlık alanında yeni gelişen profesyonel meslek gruplarına yönelik ilaveler yapılmıştır.

Bu dönemde çıkarılan önemli kanunlardan biri "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu"dur. 24 Nisan 1930 tarihinde çıkarılan bu kanun ile hastalıklarla mücadele edilmesi, halkın sağlık şartlarının iyileştirilmesi amaçlanmış ve ihtiyaç duyulan tıbbi ve sosyal yardımların ulaştırılması devlet hizmeti olarak tanımlanmıştır. Tanımlanan bu görevlerin yerine getirilmesi ve yerel idareler tarafından verilen sağlık hizmetlerinin denetlenmesi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın görevi olarak

belirlenmiştir. Bakanlığa bunların yanı sıra şehir, ilçe ve daha küçük yerleşim yerlerinde belediye ve mahalli idarelerce yürütülen sağlık hizmetlerine örnek teşkil edecek kuruluşların açılması sorumluluğu da yüklenmiştir. Bu yasayla bir taraftan hastalıklara karşı alınacak önlemler belirlenmiş, sağlık hizmetleri örgütlenmesi genişletilmeye çalışılmış, sağlık ve sosyal yardım hizmetleri devlet yükümlülüğü olarak belirlenmiştir (24, 28, 31).

Bu dönemde hekimlerin çalışma koşulları için önemli olacak bir gelişme 1932 yılında çıkarılan "Zorunlu Hizmetin Kaldırılmasına İlişkin Kanun"un kabulü olmuştur. Mezun olan hekim sayısında yaşanan artış, ekonomik şartlardan dolayı memuriyetin tercih edilebilir olması ve sağlık hizmetlerinin aksamayacağı düşüncesiyle bu karar alınmıştır (24).

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapılanmasına yönelik olarak çıkarılan ilk kanun olan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu da bu dönemde çıkarılmıştır. 23 Haziran 1936 tarihinde çıkarılan ve 1983 yılına kadar geçerliliğini koruyan kanun sağlık teşkilatlanmasının genel çatısını oluşturmuştur (27). Refik Saydam Dönemi genel olarak; koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelendiği, sağlık hizmetlerine ulaşımın yaygınlaştırıldığı, sağlık personeli sayısının arttırıldığı, sağlık hizmetlerinin devlet sorumluluğuna alındığı ve merkezi olarak yönetilmeye başlandığı bir dönem olmuştur.

Refik Saydam sonrası sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ilk önemli değişimlerin yaşandığı dönem Behçet Uz dönemidir. Behçet Uz 1946-1948, 1954-1955 yılları arasında Sağlık Bakanı olmuş ve her iki dönemde birer sağlık tasarısını yürürlüğe koymaya çalışmıştır. Behçet Uz'un ilk döneminde yürürlüğe koymaya çalıştığı tasarı olan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" ülkeyi yedi sağlık bölgesine ayırmayı ve her bölgenin örgütlenmesinin kendi içerisinde yeterli olmasını sağlamayı hedeflemiştir. Her köy için bir ebe ve sağlık memuru bulundurulması, 40 köy için bir sağlık merkezi kurulması amaçlanmıştır. Her bölge için 500'er yataklı tedavi hastanesi ve ilerleyen süreçte birer tıp fakültesi kurulması planlanmıştır. Burada temel amaç nüfusa göre planlanmış, tedavi ve koruyucu hizmetleri birleştiren bir sağlık sistemi kurulması olarak belirlenmiştir. Böylece nüfusu az olan yerlere de tedavi hizmetleri ulaştırılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca idari yönetimlerde bulunan yataklı sağlık

hizmetlerinin sunumu da Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumluluğuna aktarılarak tüm sağlık hizmetlerinin sunumunda bütünlük sağlanması amaçlanmıştır. On yılda gerçekleştirilmesi planlanan bu tasarı ilerleyen süreçte yeterince uygulanamamış ve eylemde sadece sağlık merkezlerinin açılmasına yönelik icraatlar yer almıştır. Bu icraatların sonucunda da 1950 yılına gelindiğinde açılabilmiş olan sağlık merkezi sayısı da ancak 16'ya ulaşmıştır (23, 27). Sağlık merkezlerinde çalışan hekimler ise yeterli ücret alamadıkları için daha çok özel muayenehane açma yolunu tercih etmişler, sağlık merkezlerinde sadece hasta bakım hizmetleri vermişler ve halk sağlığı ile hemen hemen hiç ilgilenmemişlerdir.

Bu süreçte gerçekleştirilen önemli icraatlardan biri de 1946 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulması ve işçilerin iş kazaları ve meslek hastalıklarına yönelik olarak sigorta altına alınması olmuştur (25). Sigorta kapsamı sonraki yıllarda genişletilmiş ihtiyarlık, hastalık, analık, maluliyet ve ölüm sigortası 1965 yılına kadar sigorta kapsamına dâhil edilmiştir. İşçi Sigortalar Kurumu 1965 yılında 506 sayılı kanunla Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'ya dönüştürülmüştür. İlerleyen süreçte SSK sadece sigorta hizmetlerini finanse eden bir kurum vasfından çıkarılmış, sağlık örgütü ve hastaneler kurarak aynı zamanda sağlık hizmeti veren bir kuruma dönüşmüştür (25). Yine çalışanlara sağlanan sosyal güvenceler kapsamında 1949 yılında çıkarılan kanunla o güne kadar dağınık halde bulunan ve memurlara sosyal güvence sağlayan yasa ve sandıklar birleştirilerek Emekli Sandığı kurulmuş ve yaklaşık 200 bin çalışan ve 6 bin emekli üyeyi kapsamına alarak faaliyete geçmiştir (32, 33).

Behçet Uz 1954 yılında ikinci defa Sağlık Bakanı olunca yeni bir sağlık programını uygulamaya geçirmeye çalışmıştır. Yeni programda daha önce ülke genelinde belirlenen 7 sağlık bölgesi 16 bölge olarak değiştirilmiş, her köye ebe ve sağlık memuru bulundurulmasından vazgeçilmiş her ilçeye büyüklüğüne göre 10 ya da 25 yataklı sağlık merkezi açılması planlanmıştır. Tanı ve tedavi hizmetleri sadece hekim tarafından verilen bir hizmetten sağlık ekibi ile verilen bir hizmet anlayışına dönülmüş ve sağlık kurumlarının teknik donanımları arttırılmaya çalışılmıştır. Tüm bu yatırımların finansmanı için bir Sağlık Bankası kurulması, bu banka aracılığıyla sağlık sigortası oluşturulması ve sağlık harcamalarının yapılması planlanmış ise de gerçekleştirilememiştir (23, 25, 27). Bununla birlikte 1950 yılında iktidara geçen

demokrat partinin liberal politikalara geçme çabalarının yansıması olarak sağlık alanında da özel sektörün gelişimi teşvik edilmiştir. SSK'nın 1951 de İstanbul'da ilk hastanesini açması ile başlayan süreç ve özel sektörde yaşanan gelişmeler Sağlık Bakanlığı'nın tek hizmet veren kurum olmaktan çıkmasına neden olmuştur (34).

Bu dönemde bazı sağlık meslekleri günümüze taşıyan hukuki alt yapıları oluşturulmuştur. Bu kapsamda Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953) Hemşirelik Kanunu (1954) ve Türk Eczacılar Birliği Kanunu (1956) çıkarılmıştır (35). Yine hekimlikte uzmanlık dallarının değişimine uygun olarak yapılan çalışmalar kapsamında ihtisas dalları ve şartlarını belirleyen yönetmelikler güncellenerek yeniden düzenlenmiştir. Bu konuda ilk olarak 1929 yılında çıkarılan "Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname" isimli yönetmelik on sekiz yıl geçerliğini koruduktan sonra 1947, 1949, 1956 ve 1961 yıllarında güncellenmiştir. Bu süreçte nizamnamenin ismi "Tababet İhtisas Tüzüğü" olarak değiştirilmiş, ilk nizamnamede 3 ana alanda 16 uzmanlık dalı olarak belirlenen ihtisas dalları son olarak 37'ye çıkarılarak detaylandırılmıştır (30).

Demokrat Parti iktidarı 1960 yılında yapılan askeri darbe ile son bulmuştur. Yönetimi ele alan askeri hükümet tarafından 1961 yılında çıkarılan anayasa ile sağlık ve sosyal güvenliğin birer hak olduğu vurgulanmış ve devletin temel görevlerinden biri olarak belirlenmiştir (32, 34). Anayasada tanımlanan herkesin sağlığını korumak adına gerekli tıbbi bakımın halka ulaştırabilmesi ise Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmış olan ve 1961 yılında yürürlüğe giren "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (25, 27, 32, 34). Bu kanunla birlikte Türkiye'de sağlıkta sosyalizasyon döneminin başladığını söylemek mümkündür. Sağlıkta sosyalizasyon dönemiyle geniş bölgede tek yönlü hizmet anlayışı terk edilerek dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı getirilmeye çalışılmıştır. Yapılan çalışmalarla 1960'lı yıllarda başlayan süreç 1980'li yıllarda tüm ülkeye yayılması planlamış ancak tüm şehirlerde plan doğrultusunda geçiş başarılı olmamıştır. Sosyalizasyonla herkesin sağlık hizmetine eşit ulaşımı hedeflenirken sağlık hizmetinin temelinin de sağlık ocakları tarafından oluşturulması planlanmıştır. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri öncelenerek halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amaçlanmış ve tedavi edeci sağlık hizmetleri bir anlamda tamamlayıcı

unsur olarak ele alınmıştır (27, 34). Sosyalleştirmeye geçişte personel eğitimine öncelik verilmiş, halkla ilişkilerin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Belediyelerin sağlık hizmetlerindeki yükümlülükleri sadece çevre sağlığı hizmeti ile sınırlandırılmış, hükümet tabiplikleri kaldırılmıştır. Kamu kurumları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin (diğer kurumlara ait hastanelerin) tek çatı altında toplanması planlamış, Sağlık Bakanlığı'na tüm sağlık kurumlarını denetleme yetkisi verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ilaçların ve sağlık ocağı muayenelerinin ücretsiz olmasına karar verilmiş, özelde ise istenilen sağlık kuruluşundan parasıyla hizmet alınması serbest bırakılmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu muayenelerinin acil durumlar dışında ücretsiz olabilmesi için bir alt sağlık kuruluşundan sevk edilmesi gerekliliği getirilmiş ve sevk zinciri oluşturulmaya çalışılmıştır (36). Tüm toplumu kapsayacak genel sağlık sigortası çalışmaları ise başarıya ulaşamamıştır (37).

Sosyalizasyonla birlikte sağlık ocağı hekimlerinin sadece kamuda çalışması istenmiş ve teşvik amaçlı yüksek ücret verilmesi planlanmıştır. Buna yönelik olarak kamudaki hekimlerin tam gün çalışma zorunluluğu ile ilgili ilk düzenleme 1965 yılında yapılmıştır. Kamu dışında çalışmayacak olanlara ek ücret verilmesini de beraberinde getiren düzenleme başarı sağlanamayınca uygulamadan vazgeçilmiştir. Tam gün çalışma zorunluluğuna yönelik ikinci düzenleme ise 1978 yılında yürürlüğe girmiş, hekim ücretlerinde önemli bir artışa da neden olan bu düzenlemede 1980 darbesi sonrası iptal edilmiştir (37–39).

Sağlıkta sosyalizasyon politikaları 1970'li yıllardan sonra başlayan neoliberal akımların etkisiyle sonraki hükümetlerden yeterli desteği görememiş bir anlamda iki farklı görüşün çekişme alanı haline gelmiş ve tam anlamıyla başarıya ulaşamamıştır (27). Özellikle 1980'li yıllardan sonra tüm alanlarda neoliberal akımların etkisi görülmüş sağlıkta bunlar içerisinde öne çıkan unsurlardan biri olmuştur (40).

2.3. NEOLİBERALİZM VE SAĞLIK POLİTİKALARI

2.3.1. Neoliberalizm

Neoliberal politikaları anlamak için Avrupa kıtası ve ABD'nin yaşadığı tarihsel sürece kısaca bakmak gerekebilir. 17.yy. filozoflarından John Locke'ın, Thomas

Hobbes'un toplumsal sözleşme teorisinin temeline yaşam, özgürlük ve mülkiyet hakkını koyarak inşa ettiği fikirlerin liberalizm akımının başlangıcı olduğu söylenebilir (41). Bu fikirlerin toplumsal kabulü ve yayılmasıyla 18.yy. ortalarından itibaren monarşi ve krallık yönetimlerine karşı başlayan ayaklanmalar aynı yüzyılın sonunda gerçekleşen devrimlerle sonuca ulaşmıştır (42). Genel anlamda bireysel ve toplumsal insan hakları üzerine yoğunlaşan ve temelinde özgürlük, mülkiyet hakkı ve yönetenleri seçme hakkı yatan bu akım liberalizm olarak adlandırılmıştır (41). Liberalizm akımı devlet tarafından belirlenen ve denetlenen serbest piyasa düzeni olarak kurgulanan ekonomi tasarımını da beraberinde getirmiş ve bu tasarım zaman içerisinde başta Avrupa ülkeleri olmak üzere pek çok ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Ancak 1929 yılında yaşanan büyük ekonomik buhran sonrası ülkeler ekonomi tasarımlarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalmışlar ve pek çok ülkede yaşanan yoksulluğun önlenmesi adına devlet otoriterliğinin arttığı ve devletin serbest piyasaya daha fazla müdahil olduğu ekonomik programlara geçiş yaşanmıştır. Bu durum İngiltere'de "Keynesci" politikalara, ABD de "New Deal" uygulamalarına geçilmesine, Almanya ve İtalya'da ise Naziler ve Mussolini iktidarlarına neden olmuştur. Bu süreç Nazilerin Almanya'da işsizliği azaltmak ve ekonomiyi güçlendirmek adına savaş sanayine yatırımlarını arttırmasını beraberinde getiren ve sonrasında yaşanan İkinci Dünya Savaşı'nın önemli sebeplerinden biridir.

Neoliberalizim Avrupa'da Almanya'ya İkinci Dünya Savaşı sonrası ekonomi politikalarına yön veren ve çıkardıkları dergiden dolayı ordoliberaller olarak isimlendirilen Freiburg Okulu temsilcisi iktisatçıların (Walter Eucken, Hans Großmann-Doerth ve Franz Böhm, F. Meyer, K. Paul Hansel, Wilhelm Röpke, Alexander Rüstow) fikirlerinden ortaya çıkmıştır. Her ne kadar terim olarak daha önce kullanılmış olsa da literatürde neoliberalizmin doğduğu yerin 1939 yılında Paris'te gerçekleştirilen Wilhelm Röpke, Alexander Rüstow, Ludwig Von Mises ve F. A. Hayek gibi ekonomistlerin katıldığı Lipmann Kolokyumu olduğunu söylemek mümkündür. Kolokyum'daki bazı katılımcıların şiddetli itirazlarına yol açan ve devletin ekonomik kurumlara daha fazla müdahale ve rehberlik edeceği proaktif bir tutum ve daha fazla kamu harcamasına tolerans gösteren bir serbest piyasa ekonomisi isteyen strateji neoliberalism olarak adlandırılmıştır (43). İlk kullanıldığında bugünkü anlamından çok farklı bir stratejiyi ifade ettiği açık olan terimin ünlenmesi ise Micheal

Foucoult'nun 1978-1979 dersleri ile gerçekleşmiştir. Foucoult'ya göre ise neoliberalizm; liberalizmin getirdiği devlet tarafından denetlenen ve düzenlenen serbest piyasanın aksine serbest piyasanın devleti baştan sona düzenlediği bir düzeni ifade etmektedir. Yani devlet kontrolünde bir piyasa yerine piyasanın kontrolünde bir devlet düzeni söz konusudur. Neoliberalizmin temel alındığı toplumda düzenleyici esas; ürünlerin mübadelesi değil rekabet mekanizmalarıdır. Toplumsal politika ise eşitlik değil eşitsizlik üzerine kuruludur ve ekonomik politikada hedef her zaman ekonomik büyümedir. Sürekli ekonomik büyüme hedefinin getirdiği temel sonuçlardan biri de küreselleşmedir. Ayrıca ekonomik büyüme ne kadar artarsa artsın hiçbir zaman gelirlerin toplumsallaşmasını beraberinde getirmemelidir. Yani hastalık, yaşlılık, ölüm ve diğer bireysel risklerin tanzimi hiçbir zaman toplum tarafından karşılanmamalıdır. Kişilerin bu tür risklere karşı kendi kaynakları ile kendilerini garanti altına alabilecek yeterli gelire sahip olması hedeftir ve bunu da sağlayacak olan ekonomik büyümenin kendisidir. Dolayısıyla Foucoult'nun tarif ettiği neoliberal sistemde devletin sağlık, eğitim ve diğer sosyal alanlardaki görevi sadece piyasanın gerektirdiği düzenlemeleri yapmaktan ibarettir. Foucoult bu piyasa tasarımının özellikle Alman ordoliberaller tarafından 2. Dünya Savaşı sonrası Almanya'nın kuruluşunda etkili olduğunu söyler. Bunun temel nedenin ise savaş sonrası tarih önünde suçlu bulunmuş bir devleti meşrulaştırmak ve serbest piyasanın denetimi altında tutarak ondan çekinenler için bir teminat oluşturabilmek olduğunu ifade eder (44).

Neoliberalizm doktirinin olgunlaşmasında önemli etkenlerden biri ekonomist ve sosyologlardan F. A. Hayek'in 1940-1950 yıllarda ortaya koyduğu fikirler olmuştur. Hayek piyasadaki ürünlerin değerinin oluşmasında en önemli etkenin enformasyona sahip bireyler yani bireylerin değerleri, amaçları ve öncelikleri olduğunu ve bu yüzden iktisadi konularda alınacak kararlarda önceliğin bireylerde olması gerektiğini savunmuştur. Merkezi ekonomik politikaların insanların özgürlük ve ihtiyaçlarını kısıtlayacağını ve piyasanın insan tasarımıyla değil insanların doğal eylemleri sonucuyla ortaya çıkması gerektiğini vurgulayan Hayek neoliberalizmi; güçlü özel mülkiyet hakları, serbest piyasalar ve serbest ticaret ile karakterize edilen kurumsal bir çerçeve içinde bireysel girişimcilik özgürlüklerini ve becerilerini özgürleştirerek insan refahının en iyi şekilde geliştirilebileceğini öne süren politik

ekonomik uygulamalar olarak tanımlamış ve devletin buradaki rolünün kurumsal yapıyı oluşturmak ve korumaktan ibaret oluğunu belirtmiştir (45–47).

ABD'de neoliberalizm 1933-1934'te Roosevelt tarafından geliştirilen New Deal politikaları, savaş sonrası belirlenen sosyal programlar ve federal idarenin büyümesi sonrası bunlara karşı oluşan politikalar zemininde gelişmiştir. Bununla birlikte Avrupa'dan farklı olarak liberalizm Amerika'nın kuruluşundaki ana unsurlardan biri ve devletle toplum arasındaki temel ilişki biçimiydi (48). Amerikan neoliberalizminde ekonominin temelinde şirket birimlerinin bulunması gerektiği ve şirket birimlerinden oluşan bir toplum yapısı kurgulanmıştır. Bu strateji içinde beşeri sermaye olarak görülen her bireyin de ayrı bir şirket olarak değerlendirildiği bir yapıya dönüşüm yani *homo ekonomikus*'a bir geçiş vardır (44).

Genel olarak neoliberal politikaların gelişim ve uygulamaları farklı ülkelerde farklı şekilde gerçekleşmiş olmakla birlikte özellikle 1970'li yıllardan itibaren Keynesci ve sosyal devlet projelerine duyulan güvenin iyice azalması ile çoğu devlet neoliberal politikalara yönelmiştir (49). ABD'de Reagan, İngiltere'de Thatcher uygulamaları dikkat çeken ilk uygulamalar olmuş ve tüm dünyaya yayılan bir ideoloji haline gelmiştir (50). Bununla birlikte pek çok devlet neoliberal ekonomik politikaları uygularken tüm sorumluluklarını serbest piyasaya devretmemiş ve farklı oranlarda sosyal devlet anlayışını kaybetmedikleri karma politikalar uygulamışlardır (44, 48). Tüm bu süreçte yani 20. yüzyılın başında yaşanan büyük ekonomik buhran ve 2. dünya savaşı sonrası geliştirilen ve serbest piyasa kapitalizminin hâkim olduğu yeni liberal politikaların hepsini neoliberalizm çatısı altında toplamak mümkündür.

2.3.2.Neoliberalizmin Sağlık Politikalarına Etkisi

Neoliberalizmin 1980'li yıllarla yayılmaya başlamasıyla kurulan Dünya Bankası ve IMF (International Money Fon) gibi uluslararası kuruluşlar uluslararası sermayenin ihtiyaç duyduğu yeterli pazarı sağlamak adına gelişmekte olan ülkelerde devletlerin kontrolünde olan alanların serbest piyasaya sunulmasında ve küreselleşmenin sağlanmasında kullanılmışlardır. Bu kuruluşlar gelişmekte olan ülkelere fon sağlarken istedikleri yapısal değişiklikleri ve neoliberal politikaları dayatmışlardır (37, 40, 51).

Neoliberal politikaların tüm dünyada sağlık alanında getirdiği temel değişiklik piyasalaşma sürecinin hızlanması olmuştur. Özellikle Dünya Bankasının belirlediği temel sağlık politikalarında sadece koruyucu sağlık hizmetleri devlet sorumluluğu olarak görülürken hastane hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinde kamusal finansmanın en aza indirilmesi, mümkünse hizmet sunum ve finansmanın özelleştirilmesi en önemli unsurlar olarak yer almıştır. Bunun yanında Dünya Bankası destekli yapılan pek çok araştırmada neoliberal politikaların desteklemesi ve devlet eliyle yapılan sağlık hizmetlerinin verimsiz, yavaş ve kalitesiz olduğu yönünde açıklanan sonuçlar sürecin hızlanmasında etkili olmuşlardır. Bulaşıcı hastalıkların azalması, yaşlı nüfusun ve beraberinde kronik hastalıkların artması ile artan sağlık hizmeti ihtiyacı neoliberal sağlık politikalarına geçişte önemli olan diğer bir nedendir (37, 52).

Neoliberal politikaların sağlık üzerine olan etkileri genel anlamda sağlık sisteminde yaşanan değişimler üzerinden tartışılmaktadır. Ancak tüm kamusal politikalara olan etkisiyle sağlığın genel belirleyicisi olan faktörleri de önemli bir şekilde değiştirdiği unutulmamalıdır. Endüstriyelleşmenin kontrolsüz şekilde artması sağlıksız kentleşme, çevre kirliliği, artmış işsizlik, kayıt dışı çalışma ve sağlıksız bir yaşam şeklini beraberinde getirmiştir. Toplumlarda yoksulluk, sağlıksız barınma koşulları, sağlık güvencesi olmayan kişi sayısı, çevre kirliliği, sağlıksız gıda ve sağlıksız yaşamın neden olduğu hastalık türlerinde artış gözlenmiştir. Bir taraftan açlık artarken diğer taraftan obesitenin salgın halini aldığını söylemek mümkündür (52).

Neoliberal politikaların yaygınlaşmaya başladığı dönem aynı zamanda teknolojik gelişmelerin arttığı ve tıbbi çalışmaların laboratuara dayalı hale geldiği bir dönemdir. Sağlık sektörü tıbbi tanıda yüksek maliyetli teknolojik cihazların tedavide de büyük sermaye gerektiren üretim alanlarında geliştirilen ilaçların kullanıldığı bir alan haline gelmiştir. Bu aynı zamanda neoliberal politikaların dayattığı kapitalist sistem içinde tekelci sermeyenin genişlemesi ve sağlık sektörünün kar elde edilmesi için uygun bir ortam haline gelmesini sağlamış ve oluşturulan politikalarla da artık milyarlarca dolarlık bir ekonomik büyüklüğe sahip ve sektör olarak görülen sağlık hizmetlerinin bu yönde gelişimi desteklenmiştir (53). Yeni ihtiyaçların yaratıldığı ve ihtiyaçların sınırsız olması gerektiği ilkesi üzerine kurulu kapitalist sistem üretim ve

tüketim çarkının işler tutulmasına hizmet edecek şekilde sağlık alanındaki ihtiyaç kavramını oluşturduğu toplumsal tabakalara göre farklılaştırmış, çeşitlendirmiş ve en nihayetinde artmasına da neden olmuştur (54–56). Yani gerek oluşturduğu sağlıksız toplum gerek içeriği değişen ihtiyaç kavramı ile sağlık ihtiyaçlarını arttırırken bu ihtiyaçların serbest piyasa ile uyumlu bir şekilde karşılanmasını da kurumsallaştırmıştır. Bu kurumsallaşmada modern tıbbın yaşadığı teknolojik değişimin önemi büyüktür. Kapitalist sistemde bu kurumsallaşmanın ekonomik büyümedeki etkisi ve kazandığı meşruluk tedavi ile tüketimi aynı gören bir metalaşmaya da neden olmuştur (57).

Sağlık sektörü kapitalist sistemde sermayenin artması, yatırım imkânlarının sağlanması, istihdam alanı oluşturması ve emek gücünün yeniden sağlanması gibi ekonomik işlevlerinin yanı sıra üç önemli ideolojik işleve sahiptir. Birincisi toplumsal statükoyu meşrulaştırmaktır ki bunu toplumun gerektiğinde etkili sağlık hizmeti alabileceği algısı ile yapar. Böyle bir algı sistemin diğer başarısızlıklarını telafi edebilir. İkincisi sosyal kontrol ve kapitalist üretim biçimini yeniden üretmektir ki bunu toplumsal sorunlardan kaynaklanan hastalıkları bireysel sorunlara indirger ve dış ortamdan soyutlanmış bir tedavi ve iyileşme süreci ortaya koyarak yapar. Üçüncüsü ise oluşturduğu örgütlenme biçimi ve tüketim modelleriyle sınıf yapısını yeniden üretmesidir (58). Devlet ise kapitalist düzende bir taraftan özel girişime dayalı ekonomik sistemi meşrulaştırır, yeni sağlık girişimleri ile piyasada kar artışını güçlendirir (özel sağlık sigortaları, tarama, eğitim programları vs.) ve sistemi destekleyen ve alternatif arayışları baskılayan klinik ve tıbbın egemen yapılarına destek olur (53).

Sonuç olarak neoliberal politikalar sağlık sisteminde önce kamu harcamalarının azaltılmasına, yaşanan sıkıntılarla birlikte sağlık hizmetlerinin serbest piyasaya açılmasının meşrulaştırılmasına ve serbest piyasa düzenine geçilmesine neden olmuştur. Genel olarak toplumsal etkileri ile hastalık neden ve çeşitlerinin değişmesine yol açmış, ihtiyaç kavramını değiştirmiştir. Teknolojinin desteğiyle laboratuara dayalı tıbbi uygulamaları arttırmış, koruyucu sağlık politikalarının öncelenmesini engellemiş, kamu sağlığı yerine bireysel sağlığın öncelendiği bir model oluşturmuştur. Hastalıkların sosyal ve psikolojik nedenlerini göz ardı edip hastayı

sadece bozuk sistem ve organlar üzerinden değerlendiren, hastaya bütünsel yaklaşımı ortadan kaldıran ve hastalıkları da standartlaştırıp bireysel farklılıkların hiç düşünülmediği algoritma yaklaşımlarına neden olan, adeta hasta yok hastalık vardır anlayışının egemen olmasını sağlayan bir paradigmaya neden olmuştur (59). Sağlık hizmetinin sınırlarını genişleterek hastaneler ve tıp merkezleri dışında ilaç firmaları, tıbbı cihaz üreticileri, sigorta şirketleri gibi birçok aktörün yer aldığı kapitalist sistem için önemli bir sektöre dönüştürmüştür. Diğer taraftan küreselleşmenin de etkisiyle teknolojik cihazların gelişmiş ülkelerden az gelişmiş ülkelere, nitelikli sağlık çalışanlarının ise az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere transferini yaparak mal ve hizmetlerin serbest dolaşımını sağlamıştır. Neoliberal politikalar tüm bu dönüşümün sonucunda pek çok gelişmekte olan ülkede sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde ayrıştığı ve ayrıcalıklı bir azınlığı hedef aldığı bir sağlık sistemi ortaya çıkarmıştır (52, 60).

2.4.TÜRKİYE'DE NEOLİBERAL SAĞLIK POLİTİKALARI

2.4.1. 1980 Sonrası Sağlık Politikaları

Türkiye 1980 sonrası şekillenen neoliberal politikaların temelini oluşturan Washington Mutabakatını 24 Ocak 1980 kararlarıyla onaylayan ve Dünya Bankası'nın yapısal reformlarını uygulayacağını kabul eden ilk ülke olmuştur (51). Bu kararlar ülkede kamu iktisadi kuruluşlarının devlet kontrolünden çıkarılması, kamu yatırımlarının azaltılması ve yabancı sermayenin serbestçe dolaşıma girmesi sürecini başlatmıştır (40). Sadece Türkiye'de değil başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere birçok ülkede salgın gibi uygulanmaya başlanan neoliberal politikalar sağlık reformlarını da beraberinde getirmiştir (61).

Türkiye'de 12 Eylül 1980'de gerçekleştirilen askeri darbe sonrası sağlık personel rejiminde yeni politikalar doğrultusunda değişikliğe gidilmiştir. Sağlık personel sayısının hızla arttırılması hedeflenmiş, ihtiyaç duyulan yerler için mecburi hizmet ve rotasyon yöntemleri uygulanmaya başlanmış, atama ve yükseltmelerde liyakat ortadan kaldırılmış ve kamuda çalışmayı özendiren uygulamalardan uzaklaşılmıştır. Bu amaçla 21.08.1981 tarihinde 2514 sayılı "Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun" yürürlüğe konmuştur. Sağlık personel sayısını arttırmaya yönelik tıp fakültesi ve sağlık meslek yüksek okulları sayıları

arttırılmış ancak yeterli planlama ve alt yapı olmadan gerçekleştirilerek mezun olacak personelin nitelikleri göz ardı edilmiştir (62, 63). Bu süreç sonrası milli güvenlik konseyi tarafından uygulamaya konulan 1982 anayasasıyla sağlıkta devletin rolünün planlayıcı ve denetleyici olduğu yeni bir dönem başlatılmıştır (64). Ayrıca bu anayasa ile sağlık hizmetlerinin özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından da verilebileceği net bir şekilde ortaya konmuştur (65).

Bu dönemde gerçekleştirilen uygulamalarla yeterli başarı sağlanamamış, bir sonraki yeni ve kapsamlı kanun 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" olmuştur. Bu kanunla devlet hastanelerinin kendini finanse edebilecek özerk kuruluşlar olarak sağlık işletmelerine çevrilebileceği belirtilmiştir. Aynı zamanda sosyalleştirme yasası tamamen yürürlükten kaldırmıştır. Ancak kanunun birçok maddesi daha sonra Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir (61, 64). Bu dönemde yapılan önemli çalışmalardan biri Dünya Bankası'nın desteğiyle 1988 yılında yapılan "Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" olmuştur. Çalışma sonuçlarında Türkiye Sağlık Sektörü'nün geliştirilmesine yönelik dört seçenek ortaya konmuştur. Mevcut statü, ulusal sağlık hizmetleri, serbest pazar ve uzlaştırma seçeneği olarak belirlenen sonuçlardan Türkiye uzlaştırma seçeneğini seçmiştir (51). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın ismi 1989 yılında Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiş ve Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu temel kuruluş olmuştur (63).

Ayrıca bu dönemde belirlenen "2000 Yılında Herkese Sağlık" politikasına yönelik olarak 1992 ve 1993 yıllarında ulusal sağlık kongreleri yapılmıştır. Sağlık sigortalarının genel sağlık sigortası çatısı altında birleştirilmesine yönelik karar alınsa da gerçekleştirilememiştir. Bu kongrelerde üzerinde durulan diğer konular ise aile hekimliği çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hastanelerin özerk hale getirilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması olmuştur (61, 63). 1992 yılında sosyal güvencesi olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır (34). Bu dönem neoliberal politikalara geçiş için yapılan çalışmalar sonucunda 1981 yılında toplam 4028 yatak kapasiteli 96 adet olan özel sağlık kuruluşu sayısı 2002 yılında 271 adet ve 12.387 yatak kapasitene ulaştırılmıştır (64). Sadece kamuda çalışan hekim oranı 1992

ile 1998 yılları arasında %52'den %29'a düşerken kamuda çalışan hekimlerin özel sektörde çalışma oranı ise %34'ten %58'e yükselmiştir (66).

2.4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye'de 2000'li yılların başlarında sağlık hizmeti sunumunda yaşanan sorunlar nedeniyle hizmetin sunumu, finansmanı, insan gücü planlaması gibi birçok alanda köklü bir değişiklik yapılması zorunlu hale gelmiştir (63). Bu sorunların çözümüne yönelik 58. Hükümet tarafından 3 Ocak 2003 tarihinde acil eylem planı hazırlanarak kamuoyuyla paylaşılmıştır (67). Acil eylem planının hemen arkasından sağlık hizmetlerinin verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamaya konulmuştur (39, 67). Genel olarak 1980'li yıllardan itibaren başlayan, tartışılan, planlanan ama gerçekleştirilemeyen pek çok programın bu değişimle uygulamaya geçtiğini söylemek mümkündür (39). SDP ile insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet sağlık hizmeti sunumunda belirlenen temel ilkelerdir (68). SDP'nin temel bileşenleri ise;

- *Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,*
- *Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,*
- *Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,*
    - *Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,*
    - *Etkili, kademeli sevk zinciri,*
    - *İdari ve mali açıdan daha verimli yönetilen sağlık kurumları,*
- *Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,*
- *Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,*
- *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,*
- *Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma*
    - *Ulusal İlaç Kurumu,*
    - *Tıbbi Cihaz Kurumu*
- *Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi* olarak belirlenmiştir (39, 68, 69).

SDP tarafından belirlenen temel ilke ve bileşenler doğrultusunda yapılan reformların dört ana esas üzerine inşa edildiği söylenebilir. Bunlardan birincisi sosyal güvenlik yapısının yeniden tasarlanmasıdır. Önceden SSK, Bağkur ve Emekli Sandığı olmak üzere parçalı olan sosyal güvenlik yapısı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmiş ve arkasından toplumun tamamını kapsayan genel sağlık sigortası uygulamaya konulmuştur. İkincisi sosyalizasyon politikalarının devamı olarak birinci basamakta devam eden sağlık ocağı sistemi kaldırılarak aile hekimliği sisteminin kurulması olmuştur. Üçüncü olarak ikinci ve üçüncü basamakta hizmet veren hastanelerin özerk yapıya sahip sağlık işletmeleri olarak dizayn edilip yönetilmesidir. Önemli esaslardan sonuncusu ise Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici rolüne uygun olarak merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması olmuştur (39, 63, 67, 68). Bu dört ana esas çerçevesinde gerçekleştirilen yenilikler kısaca şunlardır:

- Herkes için genel sağlık sigortası prim oranları eşitlenmiştir.
- 18 yaş altı vatandaşlar sosyal güvence aranmaksızın genel sağlık sigortası kapsamına alındı.
- Tüm vatandaşlar için birinci basamak sağlık hizmetleri ve 112 Acil hizmetleri ücretsiz hale getirildi.
- Kırsal kesim için ücretsiz gezici sağlık hizmeti uygulaması başlatıldı.
- Genel sağlık sigortası antlaşmalı özel hastaneler ve tıp merkezlerinde geçerli hale getirildi.
- Acil ve yoğun bakım tedavi hizmetleri hem kamu hem de özel tüm hastanelerde ücretsiz hale getirildi.
- Yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemelerin ücretsiz teminine başlandı.
- İlaçların istenilen eczaneden alınabilmesi sağlandı.
- Yeşil kart sahibi yoksul vatandaşların ayaktan ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz alması sağlandı.
- Özel hastanelerde yanık, kanser, yeni doğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmaması sağlandı.
- İlaçta "Referans Fiyat Sistemi" uygulamasına geçildi.
- 112 Acil sağlık hizmetlerinin yaygınlık ve niteliği arttırıldı.

- Kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirildi.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tam otomasyon sistemine geçildi.
- Hastane yöneticileri için ödemeye esas olacak "yönetici performansı" uygulaması yürürlüğe konuldu.
- Tam gün yasası ile hekimlerin kamu ve özelde aynı anda çalışmaları engellendi.
- Kamuda çalışanlar için performansa dayalı ek ödeme sistemi getirildi.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde performans esaslı bütçeleme uygulanarak hedef odaklı yönetime geçildi.
- Hastanelerde koğuş sisteminden nitelikli oda sistemine geçildi.
- Hastanelerin modern tıbbi cihaz kapasiteleri arttırıldı.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde "hasta hakları birimleri" oluşturuldu.
- Aile hekimliğinde kayıtlı kişi başı ve performansa dayalı ödeme modeli uygulamasına geçildi.
- Aşılama programları genişletilerek uygulama ve lojistik destek sistemleri modern seviyeye ulaştırıldı.
- İlaç Takip Sistemi (İTS) kurularak ilaçların her aşamada takip edilmesi sağlanmaya çalışıldı.
- Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatları yeniden yapılandırıldı.
- Sağlık personeli için getirilen devlet hizmet yükümlülüğü ile sağlık personelinin ülke çapına dağılımı sağlanmaya çalışıldı.
- Oluşturulan ALO SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) (184) hattı ile vatandaşların talepleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na iletebilmesi sağlandı (63, 69).

Tüm bu düzenlemeler sonrası Türkiye'nin temel sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler görülmüştür. Beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, bebek aşılama oranı ve çeşitliliği gibi parametrelerde özellikle 2000 ile 2010 yılları arasında belirgin gelişmeler yaşanmıştır. Kızamık, sıtma, tifo ve tüberküloz gibi hastalıkların insidanslarında çok önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Bununla birlikte bu parametrelerin bazılarında 2010'dan sonraki süreçlerde ülkemiz çevresinde yaşanan

savaş ve göçler nedeniyle tekrar gerilemeler gözlenmiştir. Toplumun cepten yaptığı sağlık harcamalarının 2000'li yıllardan 2011 yılına kadar %10 oranında azaldığı gözlenirken sonraki yıllarda hafif artışlar olmakla birlikte genelde aynı oranda kalmıştır (69, 70). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) yaşam memnuniyet araştırma sonuçlarına göre 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2011 yılında %75,9 oranına yükselmiş, 2020 yılı itibari ile 72,1 oranına gerilemiştir. Özellikle 2011 yılına kadar olan dönemde yakalanan önemli başarıların 2011 yılından sonra yatay bir seyir gösterdiği görülmüştür (71).

Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolü ile birlikte SDP ile sağlık hizmeti sunumunda desantralizasyon ilkelerden biri olarak belirlenmiştir. Temelinde yerel idarecilerin bölgenin ihtiyaçlarını daha iyi bileceği, kaynaklarını daha etkin kullanabileceği varsayımı olan desentralizasyonu sağlamak amacıyla atılan en önemli adım Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Ancak Sağlık Bakanlığı 663 sayılı kanun hükmünde kararname (KHK) ile kurduğu Kamu Hastane Birlikleri ve Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu'nun yapısı ile ilgili sonradan değişikliklere gitmiştir. Konuyla ilgili çıkarılan 694 sayılı KHK ile Kamu Hastane Birilikleri kaldırılmış, Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu ise genel müdürlük seviyesine indirilerek yeniden Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır (72). Kamu hastaneleri ise Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin yerine il sağlık müdürlükleri bünyesinde kurulan Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı'na bağlanmıştır. Kamu hastanelerinin yönetimi başhekimlere verilmiş ayrıca hastaneler bünyesinde idari işler, mali işler ve sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri oluşturulmuştur (37).

SDP ile hedeflenen konulardan biri hizmette rekabet ilkesidir. Hizmette rekabet ilkesinin temelinde belirlenmiş standartlar üzerinden farklı hizmet sunucularının aralarında yarışmacı bir ortam oluşturulması ve bunun sonucu olarak kalitenin artırılarak maliyetlerin azaltılması hedeflenmiştir. Bu hedefe yönelik en önemli değişiklik kamu hastanelerinde performans esaslı bütçeleme ve hedef odaklı yönetime geçilmesi olmuştur. Bu sistemi tamamlayıcı bir unsuru olarak personelin ücretlendirilmesinde performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir. Kurumsal düzeyde performans ölçülmesinin hedefinde hizmet kalitesi, verimliliği ve hasta memnuniyetinin arttırılması varken çalışanların performans kriterleri ile

değerlendirilmesinin temelinde çalışanların kurumsal hedeflere olan katkılarının arttırılması vardır (73).

SDP ile yaşanan önemli değişikliklerden biri personel istihdam biçimlerinde olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılına kadar ana istihdam kaynağı memurluk iken SDP sonrası çıkarılan kanunlarla devamlı ve asli olan görevlerde sözleşmeli personeller çalıştırılmaya başlanmıştır. Özellikle personel temininde güçlük çekilen bölgeler ve boş kalan kadroları doldurmak amacıyla nispeten ücretleri yüksek olan ama yer değiştirme hakkı olmayan hekim ve diğer sağlık personeli istihdamları olmuştur. Sözleşmeli personel çalıştırılmasına bir başka örnek aile hekimliği sisteminde gerçekleşmiştir. Aile hekimleri de bulundukları bölgedeki yetkili merci ile sözleşme imzalayarak Sağlık Bakanlığı kontrolünde kendi nam ve hesabına çalışan personel durumuna dönüşmüştür. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yapılanmasını belirleyen 694 sayılı KHK'da da taşra teşkilatı üst yönetimi için sözleşmeli çalışma esası belirlenmiş, başhekim ve yardımcıları, müdür ve yardımcıları gibi 9381 kişi ile sözleşme yapılabileceği belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın özellikle şehir hastaneleri bünyesinde çeşitli sağlık hizmetlerini de taşeron firmalardan aldığı değerlendirildiğinde sağlık hizmeti sunumunda çalışan personel yapısının çok parçalı ve esnek bir yapıya evrildiği görülmektedir (37).

Tüm bu değişiklikler arasında kamu sektörü için performansa göre ücretlendirme sistemi ve birinci basmak sağlık hizmeti sunumunda yaşanan aile hekimliği sistemi hekimlerin çalışma pratiklerini etkileyen en önemli değişikliklerdir.

2.4.2.1.Performansa dayalı ücretlendirme:

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi (PDÜS) bu yüzyılın başında F.W. Taylor'un 'bilimsel yönetim' akımı içinden doğan ve Henry Gantt tarafından geliştirilen bir sistemdir. PDÜS işyerlerinde kar maksimizasyonunu sağlamak adına verimlilik ve üretkenliği mevcut sınırlar içerisinde en yüksek düzeye ulaştırmanın bir yoludur. Bu düşünce bireysel maddi çıkarını kollayan insan tasarımı üstüne kurgulanmıştır. Arkasında yatan temel felsefeye göre (Taylorizm) maddi özendiriciler ve para ödülleri insan unsuru ile ilgili olarak bir iş yerinde üretkenliği arttırmanın temel yöntemleridir (74).

Sanayi üretiminden köken alan bu yöntemde kullanılan parasal ödüller daha çok prim, ikramiye, komisyon, kârdan pay verme, hisse dağıtımı şeklinde görülmektedir. Sistemin kamuda ve hizmet sunumunda da kullanılabilmesi için özel sektörden farklı olarak özel puanlama sistemleri hazırlanmakta ve çalışanlar bu puanlama sistemlerinin sonuçlarına göre ödüllendirilmektedir. Sisteminin başarılı olabilmesinde neyin, kimin ve nasıl teşvik edileceği kritik öneme sahiptir. Özellikle puanlama sistemi kriterlerinin oluşturulması ve değerlendirilmesinde yaşanan zorluklar nedeniyle sistem kamuda sınırlı alanlarda kullanılabilmiştir (75, 76).

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi SDP sonrası başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının programa sahip çıkması ve motivasyonunun arttırılması amacıyla 2004 yılından itibaren kamuya bağlı tüm sağlık kuruluşlarında uygulamaya konulmuştur. Performans ölçütleri olarak hasta memnuniyeti, sağlık çıktıları, hizmet sunum sürecinin ölçülmesi ve altyapı girdilerinin analizi hedeflendiği belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının kendi gayretlerinin yanı sıra çalıştıkları birim ve kurumun bir bütün olarak değerlendirilmesi esas alınmıştır. Sistem sürekli öğrenme ve gelişme süreci olarak değerlendirilmiş ve edinilen tecrübeler doğrultusunda ileriye dönük yeni düzenlemeler yapılmak üzerine kurgulandığı ifade edilmiştir (77).

Sağlık sisteminde PDÜS uygulaması yasal dayanağını 209 sayılı "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun" oluşturmakta, personele yapılacak ödemeler ise kanunun 5. maddesinde düzenlenmektedir. Sistemin detayları ise "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile düzenlenmektedir. Süreç içerisinde ifade edilen kanun ve yönetmelikle ilgili yaşanan değişimler ve mahkeme süreçleriyle nedeniyle çeşitli güncelleme ve değişiklikler yapılmıştır (75, 77, 78).

PDÜS'de birinci basamak sağlık hizmeti verilen kuruluşlara ve devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine yönelik uygulama olmak üzere iki farklı uygulama modeli vardır. Uygulamanın ilk olarak başladığı 2004 yılında sadece bireysel performans ölçütleri göz önünde bulundurulurken, 2005 yılından itibaren kurumsal performans ölçütleri, 2010 yılından itibaren yönetici performans ölçütleri, 2011 yılından itibaren birim performans ölçütleri uygulamaya dâhil edilmiştir (79).

Bireysel performans ölçütleri hekimler tarafından bizzat yapılan ve sonuçlandırılan işlemlerin puanlaması üzerine kurulmuştur. Kurumsal performans ölçütleri muayeneye erişim, hasta ve hasta yakını memnuniyeti, alt yapı ve süreç değerlendirmesi, kurum hedef katsayısı ve verimlilik oranlarının değerlendirilmesiyle hesaplanan bir ölçüttür. Yönetici performansının değerlendirildiği ölçütler ise muayene kabul işlemi, hizmet kalitesi, borçluluk oran ve süresi, performans hedef katsayısı ve ek ödemeyi zamanında dağıtma katsayısıdır. Birim performans puanlaması ise branşlara göre belirlenen ve kaynakların verimli kullanmasını hedefleyen katsayı birimlerinden oluşmaktadır. Tüm bu ölçütlerden alınan puan girdilerinin belirli bir formül dahilinde işleme tabi tutulmasıyla net performans puanı hesaplanmakta ve hekimlere buna göre ödeme yapılmaktadır (75, 77, 79).

Kısaca ifade edilen PDÜS incelendiğinde genel olarak niceliksel veriler üzerinden verimlilik esasına dayalı bir uygulama olduğu görülmektedir. Kalite standartlarını yükseltmek adına değerlendirmeye alınan kurumsal performans ölçütlerinin ise daha çok hastanenin alt yapı, otel hizmetleri ve hastane işleyişine yönelik olduğu görülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti değerlendirilmesi ise daha çok bekleme süreleri, işleyiş, fiziki şartlar gibi konuları içeren anket uygulaması ile yapılmaktadır. Hastanın kendisine yapılan işlem ya da verilen tedavilere ya da bunların başarısına yönelik bir değerlendirme yapılmamaktadır. Esasında bu anlamda sağlık hizmetinin niteliği değerlendirilmek istense bile hekim ve hasta arasında var olan büyük bilgi farkı nedeniyle hastalar üzerinden bu durumun sağlıklı olarak değerlendirilebilmesi de mümkün değildir. Sistem bu haliyle tamamen nicel olarak ölçülen bir verimliliğin ön planda tutulduğu bir uygulama haline gelmiştir. Yani yatan hasta sayılarının, poliklinik muayene sayılarının, ameliyat sayılarının, yatak devir hızlarının arttığı, hastane yatış sürelerinin azaldığı ve performans ölçütlerine göre en fazla puantajın toplanabileceği uygulamaların arttığı bir sistem oluşmuştur.

PDÜS'nin getirdiği en temel problem hasta ve ihtiyaçları yerine hastane ve hekimin girdilerinin ön planda tutulduğu bir anlayışı sağlık hizmetinin merkezine yerleştirmesidir. Hekimler mevcut ödeme sisteminin bir sonucu olarak hastaya gerekli özeni gösterip daha nitelikli sağlık hizmeti vermek ya da daha yüksek performans

kazanma odaklı şekilde hekim pratiği uygulamak arasında bir seçim yapmak zorundadır. Diğer taraftan performansa bağlı ek ödemelerin alınan ücrette önemli bir yeri olması hekimlerin PDÜS uygun hareket etmelerini kaçınılmaz hale getirmektedir (80).

PDÜS'nin ortaya çıkan önemli problemlerden biri sistemin hekimleri performanslarını arttırmak adına aşırı tanı ve aşırı tedavi uygulamalarına yöneltmesidir. Ayrıca sistem hekimlerin yeterli puan getirmeyecek ve iş yükünü arttıracak kronik karmaşık rahatsızlığı olan hastalardan kaçınmasına ve bu hastaların tedavisiz kalmasına neden olabilmektedir. Performansı arttırmak adına bakılan hasta sayısı ve yapılan işlemlerin arttırılmasının getirdiği önemli sıkıntılardan biri ise hastaya yeterli zamanın ayrılamamasıdır. Bu durum aynı zamanda tıbbi hataların artmasına sebep olan, hastaya gerekli bilgilendirmeler için zaman bırakmayarak aydınlatılmış onam sürecine zarar veren bir durum ortaya çıkarabilmektedir. Performans böylece hasta hekim ilişkisinde bir taraftan güvenin sarsılmasına diğer taraftan ilişkinin satıcı/müşteri ilişkisine dönüşmesine neden olmaktadır.

Hekimler arası rekabetin artması PDÜS'nin istenen ancak beraberinde önemli olumsuz sonuçlara da neden olan bir diğer etkisidir. Oluşan rekabet ortamı hekimler arası iş barışını ve ekip uyumunu bozmakta, hekimler arası ilişkilerde dayanışma, yardımlaşma ve saygı gibi temel değerlere zarar vermektedir. Farklı hastane ve branşlarda çalışanların aynı işlemlerden farklı puan almaları hekimler arasında sistemin adil kurgulanmadığı fikrini oluşturmaktadır. Sistemin diğer önemli bir sonucu ise tedavi edici sağlık hizmetlerini özendirerek koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana atıldığı bir sağlık kültürü oluşturması olmuştur (73, 78, 80).

PDÜS tıbbi bilgi düzeyi, klinik ve iletişim becerileri, sorumluluk alabilmek, karmaşık problemleri çözebilmek, ekip uyumu, diğer personelle dayanışma ve yardımlaşma gösterebilmek, hastayı bir bütün olarak değerlendirebilmek, faydalı olabilmek ve şefkat gösterebilmek gibi hekimin sağlık hizmetinin niteliğini arttıran yönlerine önem vermek yerine bakılan hasta sayısı, yatak doluluk oranı, ameliyat masası başına düşen işlem sayısı gibi ölçütlerin önemsendiği sağlık hizmeti sunumuna neden olmaktadır (81). Sonuç olarak PDÜS zarar vermeme, yarar sağlama gibi temel etik ilkeleri ve hekimlerin hastaya özen gösterme sorumluluğunu zorlayan, hekimler

arası değerleri yozlaştıran ve hasta hekim ilişkisindeki güveni sarsan, sağlık hizmeti sunumunda dengesiz bir dağılıma neden olan bir sistem haline gelmiştir.

2.4.2.2.Aile hekimliği:

Türkiye'de gerçekleştirilen SDP'nin temel bileşenlerinden biri birinci basamakta sağlık hizmetlerini güçlendirmek amacıyla uygulamaya konulan aile hekimliği sistemidir. Aile hekimliği sistemi 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"un 24 Kasım 2004 yılında kabul edilmesiyle ilk olarak Düzce ilinde uygulanmaya başlamış, 13 Aralık 2010 tarihinde ülke tamamında uygulamaya geçilmiştir. Yeni yapılandırma kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 112 acil sağlık hizmetleri merkezi olmak üzere üç temel kurum üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. Aile sağlığı merkezlerinin görevi kişiye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunmak olarak belirlenirken toplum sağlığı merkezlerinin görevi ise çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıları izleme ve müdahale, okul sağlığı, sağlık eğitimi, ruhsatlandırma ve denetleme gibi topluma yönelik sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir (69, 82). Aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri ilk dönemler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı olarak yapılandırılmış olsalar da sonradan yapılan değişiklikle il sağlık müdürlüklerine bağlanmışlardır. Bu değişiklik kapsamında toplum sağlığı merkezlerinin yerini ilçe sağlık müdürlükleri almış olmakla birlikte halen toplum sağlığı merkezlerinin görev yaptığı bölgeler de bulunmaktadır (83).

Aile sağlığı merkezleri kişilere yönelik koyucu ve tedavi hizmetleri vermek amacıyla oluşturulan aile hekimliği birimlerinin hizmet verdikleri yerlerdir. ASM'ler tek bir aile hekimi birimi tarafından oluşturulabileceği gibi birden fazla aile hekimliği biriminin bir araya gelmesiyle de oluşturabilir. Sistemin temel yapı taşını oluşturan aile hekimi birimi en az bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır. Ebe, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenleri yapılan sözleşme ile hekimlerin yanında aile sağlığı elemanı olarak çalışabilmektedir. Hekimler aile sağlığı elemanlarının işvereni pozisyonundadır. Diğer taraftan hekimlerde aile hekimi olarak çalışmaya başlamadan bölgenin valisi ya da yetkisini devrettiği ilgili makam ile

sözleşme imzalar ve sözleşmeli olarak çalışırlar. Türkiye'de 2020 yılı itibari ile 26.594 aile hekimliği birimi ve 8.015 aile sağlığı merkezi hizmet vermektedir (70).

Aile hekimleri kendilerine kayıtlı olan ve nadiren değişen popülâsyona hizmet vermektedir. Aile hekimlerine kayıtlı ortalama 3500 kişi olmakla birlikte en az 1000, en fazla 4000 kişi kayıtlı olabilmektedir. Kişiler aile hekimlerini istedikleri zaman değiştirebilmekle birlikte genelde kendi bölgelerinde hizmet veren ve doğru iletişim kurabildikleri hekimi bulduklarında sürekli olarak aynı hekimle devam etmektedir. Dolayısıyla aile hekimliği sistemi sürekli aynı kişilere sağlık hizmeti veriyor olmanın avantajlarını da beraberinde getirmektedir. Aile hekimliği sistemi kişinin yaşadığı çevre ve iş ortamının bilgilerine sahip, aile ve toplum bağlamında ailelerle devamlı ortaklık geliştirerek hizmet sunan, kolay ulaşılabilen, entegre ve zamansal sürekliliğe sahip bir model olarak planlanmıştır (69). Planlanırken sağlık sisteminde kapı tutucu (gatekeeper) rolü üstlenmesi ve hastaların diğer basamak sağlık merkezlerine buradan sevk almak şartıyla gidebilecekleri bir sistem kurulmak istenmiştir. Bu şekilde tüm hastaların ilk başvuru noktasının aile hekimliği olması ve daha pahalı olan 2. ve 3. basamak yerine sağlık problemlerinin büyük oranda burada çözümlenmesi hedeflenmiş ancak zorunlu sevk sistemi uygulamaya geçirilememiştir.

Aile sağlığı merkezleri yönetmelikte belirtilen asgari fiziki ve teknik şartları sağlamak zorundadır. Ayrıca sahip oldukları özelliklere göre A, B, C ve D olmak üzere dört gruba ayrılmaktadırlar. Hiçbir grubun kriterini sağlayamayan ASM'ler ise E sınıfı olarak sınıflandırılmaktadır. Sınıflandırmalar elektronik sıra takip sistemi, bebek izlem odası, gebe izlem odası, emzirme odası, müdahale odası ve engelli tuvaleti olması, temizlik personeli çalıştırılması, yardımcı sağlık elemanı çalışma süreleri, internet sayfası, gibi kriterlere göre yapılmaktadır. ASM'ler altı ayda bir yapılan denetlemelerde sınıflandırıldıkları gurubun standartlarını sağlayamazlarsa bir alt gruba düşürülebilmektedir (84). Aile hekimleri ASM'de verdikleri hizmetin yanı sıra yerleşim açısından uzakta bulunan kişiler için evde sağlık hizmeti ve huzurevi, çocuk evi gibi birlikte yaşayan özellikli gruplar içinde yönetmelik tarafından belirlenen süreler kadar gezici sağlık hizmeti verebilmektedir.

Aile hekimlerinin ücretlendirilmesi performansa dayalı ek ödeme kapsamında gerçekleştirilmektedir. Birinci basamakta uygulanan performans sisteminin yapısı

ikinci ve üçüncü basamakta sağlık kuruluşlarında uygulanan sistemden oldukça farklıdır. Aile hekimlerine yapılan ödemeler hizmet verilen nüfus, ilin sosyoekonomik kalkınma endeksi, gezici sağlık hizmetleri, muayene ve sarf malzemeleri maliyeti ve aile hekimliği merkezinin işletme maliyeti olmak üzere dört kalemden oluşmaktadır. Hizmet verilen nüfus ödemeleri nüfusun sayısının yanı sıra yaş ve klinik özelliklerine göre değişen katsayılarla yapılmaktadır. Aile sağlığı merkezinin işletme maliyetlerine yönelik yapılan ödemeler ise ASM'nin hangi grupta sınıflandığına göre değişmektedir. Ayrıca hekimlerden bireysel koruyucu hekimlik hizmetleri için belirlenen hedeflere ulaşmamaları halinde ücretlerinden %20'ye varan oranlarda kesinti yapılabilmektedir. Bu yüzden birinci basamaklarda uygulanan performans sistemi negatif performans olarak da adlandırılmaktadır (85).

Sağlıkta dönüşüm programı sayesinde sağlık göstergelerinde elde edilen başarıların önemli bir kısmının aile hekimliği sistemi sayesinde gerçekleştiğini söylemek mümkündür. Özellikle bebek ölüm hızlarındaki azalmalar ve beklenen yaşam süresinde yaşanan gelişmelerde aile hekimliği sisteminin bebek izlem, kronik hastalık takip, erken tanı ve teşhise yönelik tarama programlarının doğrudan etkisi olmuştur (86). Sağlık göstergeleri açısından yakalanan bu başarının yanı sıra aile hekimliği sistemine yönelik önemli eleştiriler de mevcuttur. Birey ve toplumun ayrı kategoriler olarak değerlendirilerek bunlara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrı birimlerce verilmesi, sistemin hekim ve kent tabanlı olarak kurgulanması kırsal alan veya bölgesel perspektif eksikliği ve zorunlu sevk zincirinin uygulanamaması sisteme yönelik olarak yapılan eleştirilerden bazılarıdır (87).

Aile hekimleri sisteme yönelik yaptıkları değerlendirmelerde sürekli olarak aynı kişilere hizmet vermenin sağlık hizmeti sunumunda önemli bir avantaj olduğunu belirtmişlerdir (88). Hekimlerin memnun olduğu diğer hususların başında çalışma şarlarının ve ortamının iyi olması ve verilen ücretler olmuştur (89). Öte yandan aile hekimleri açısından sistemin önemli problemlerinden biri ASM'nin özel bir işletme mantığıyla işletilmesinin getirdiği zorluklardır. Her ne kadar devlet tarafından buna yönelik ödeme yapılıyorsa da sistemin fiziksel (elektrik, su, internet vs.), ekonomik (sarf malzemesi, vergi, kira, stopaj, muhasebe gideri, işveren olmanın yükümlülükleri vs) ihtiyaçlar, mevcut sistemin idamesi ve mevzuata göre yeniliklerin takip edilip

uygulanması ve diğer hekimlerle koordinasyonu önemli bir iş yükü oluşturmaktadır. Bunların dışında askerlik belgesi, sürücü belgesi, spor yapabilir belgesi gibi sınırı olmayan rapor istekleri, ilaç ve tetkik istem dayatmaları, esnek çalışma, rol ve görev tanımlarındaki belirsizlikler, negatif performans nedeniyle ücretlerde yapılan kesintiler, sözleşmeli çalışıyor olmak ve izin gibi yasal özlük hakları kullanmada yaşanan güçlükler aile hekimlerini en çok zorlayan konular olarak belirlenmiştir (90, 91).

2.4.2.3. Sağlıkta dönüşüm programı sonrası özel sektör:

Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) sekizinci beş yıllık kalkınma planında (2001-2005) yer alan özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi hedefi doğrultusunda özel sektörün sağlık yatırımlarının "özel önem taşıyan sektör" yatırımı olarak değerlendirilmesi ve bu kararların SDP ile uygulamaya geçirilmesi sonrası özel sektörün gelişim sürecinde belirgin bir artış görülmüştür (92). Özel sektörde 2002 yılında 271 hastane ve 12.387 olan yatak kapasitesi 2020 yılında 566 hastane ve 52.230 yatak kapasitesine yükselmiştir. Aynı süreçte kamu ve üniversite hastaneleri sayısı 885'ten 968'e, yatak kapasiteleri ise 152.084'ten 198.951'e yükselmiştir. Hastane sayısındaki artış kamuda %9 oranında gerçekleşirken özel sektörde %108 oranında, yatak sayısındaki artış ise kamuda %30 oranında iken özel sektörde ise %321 oranında gerçekleşmiştir. Sağlık kuruluşlarının sayı ve kapasite artışlarına uyum gösteren hekim sayılarındaki artış da sektörel olarak benzer şekilde gerçekleşmiştir. Hekim sayılarındaki artış oranı 2002-2020 yılları arasında kamu sektöründe %64 olarak gerçekleşirken özel sektörde ise bu oranın %160 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Yine sağlık kurumlarına başvuru sayıları, ameliyat sayıları gibi parametreler açısından da özel sektördeki artışın kamu sektörünün çok üstünde olduğu görülmektedir (69, 70, 93).

Sağlıkta özel sektöre yönelik teşvikler sadece sağlık hizmeti sunumuna yönelik kuruluşlara değil tıbbi cihaz, ilaç sektörü gibi sağlık alanına yönelik çalışmaları olan sektörleri de kapsamıştır. Bu teşvikler ve planlamalar sonrası büyük ölçekli sermayeler farklı alanlardan sağlık alanına geçiş ya da portföylerine sağlık alanını dâhil edecek yatırımlar yapmışlardır. Bu konuda devlet tarafından verilen teşviklerin yanı sıra Türkiye'de özel sağlık sektörünün tam olarak olgunlaşmaması, artan nüfusla birlikte

yaşlı nüfus oranının artması, kişi başı gelir miktarlarının artması, sağlık turizmine yönelik beklentiler dolayısıyla Türkiye'de sağlık alanın genişleyen bir pazar olarak görülmesi bunun en temel sebebi olmuştur. Dünya Bankası ve büyük tıbbi cihaz üreticilerinin finansman destekleri ayrıca bu gelişmelere ivme kazandırmıştır. Ayrıca özel sektörün harcamalarının önemli bir finansman kaynağı da devlettir. SGK ile anlaşması olan özel sektör hastanelerinin sağlık hizmetinin tamamının ya da bir kısmının genel sağlık sigortası kapsamında karşılanması özel sektör gelişimini destekleyen en önemli unsurlardan biri olmuştur (94).

Sağlık alanına geçen büyük sermayeler özel sektörün sağlık hizmeti yapılanmasında bazı değişiklikleri de beraberinde getirmiştir. Bu konuda en temel değişiklik büyük hastane zincirlerinin oluşturulmasıdır. Ayrıca sermayenin uluslararasılaştırılması ve sektördeki birleşme ve satın almalar da diğer önemli sonuçlarıdır. Acıbadem, Medicalpark ve Medicana gibi sağlık grupları Türkiye'de önemli hastane zincirlerini oluşturan gruplardır. Diğer taraftan sağlık sektöründeki kar potansiyeli uluslararası yatırımcıyı da ülkemize çeken bir unsur olmuştur. Yabancı sermaye özel sektördeki önemli kuruluşları satın almış veya yatırımcısı olmuştur. Örneğin; Malezya kökenli Khazanah & Integrated Healthcare Holdings Acıbadem Sağlık Grubu'nun %75 hissesine, ABD kökenli Newcon Anadolu Hastaneler Grubu'nun %50 hissesine, Suudi Arabistan kökenli Nesma Holding; ReAya Holding Avrupa Göz Grubu'nun %50 hissesine yatırım yapmıştır. Benzer şekilde ülkemizde yer alan sağlık grupları da yurtdışına açılarak yatırımlar yapmaya başlamıştır (95). Ülke genelinde potansiyel kar ve yatırımlarını arttırmak isteyen büyük sermaye gruplarının temel yollarından biri küçük ve orta ölçekli hastaneleri satın almak olmuştur. Özellikle 2008 yılından sonra Sağlık Bakanlığı'nın başta büyük şehirler olmak üzere hastane sayısının fazla olduğu yerlerde yeni hastane ruhsatlarını zorlaştırması hatta bazı bölgeler için durdurması diğer hastanelerin satın alımlarını büyük sağlık gruplarının temel büyüme stratejilerinden bir haline getirmiştir. Mevcut durumda az sayıda olan hekimler tarafından yatırım yapılmış ya da yönetilen küçük ve orta büyüklükteki sağlık kuruluşları hızla azalmış ve özel sektördeki sağlık kuruluşlarının yönetimi büyük sermaye gruplarına geçmiştir. Bu olgu sonuç olarak büyük hastane zincirlerinin tekeline doğru ilerleyen bir özel sektör yapılanmasına neden olmaktadır (94).

Özel sektörün ülkemizde gelişimine yönelik temel ihtiyaçlarından biri nitelikli sağlık personeli olmuştur. Özellikle hekim sorunun çözümüne yönelik olarak yapılan en önemli icraat tıp fakültesi sayı ve kontenjanlarının arttırılmasıdır (94). Gerçekten de ülkemizde 1980'li yıllardan sonra tıp fakültesi sayı ve kontenjanları hızla arttırılmıştır (96). Tek sebebi bu olmasa da özel sektörün ihtiyacı bu artışın önemli sebeplerinden biri olarak görülmektedir. Devletin tıp fakültelerinin sayısını arttırmasının yanı sıra büyük sağlık grupları da kendi tıp fakültelerini oluşturarak hekim arzını arttırma yoluna gitmişlerdir. Acıbadem, Medipol, Başkent gibi üniversitelerinin fakülteleri sayıları hızla artan özel tıp fakültelerine önemli örnekler olarak verilebilir.

Özel sağlık sektöründeki bu değişimlerin hekimler açısından getirdiği temel sonuçlardan biri hekimlerin piyasadaki pazarlık gücünün düşmesi ve emeğin ucuzlaması olmuştur. Diğer taraftan özel sağlık kuruluşları tarafından tamamen kar hedefli olarak yürütülen bu çarkın dişilisi olmak durumunda olan hekimler kurumsal hedeflerle uyumlu oldukları sürece mevcut düzen içinde kendilerine yer bulabilmektedir. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda hekimlerin mesleki özerkliklerini kısıtlayan, hasta hekim ilişkisini değiştiren ve meslek pratiklerini doğrudan etkileyen bir sonuç doğurmaktadır. Hekimlerin yaşadıkları güvencesiz çalışma ortamı, uzun mesai saatleri ve meslek pratiklerindeki özerklik kaybı beraberinde çalışma motivasyonunda azalma, değer çatışmaları ve mesleğe yabancılaşma gibi sorunları getirmektedir (97).

2.5. TIP EĞİTİMİ

Toplumun sağlığının korunması ve geri kazandırılması için hem sağlık hizmeti sunumu hem de planlanmasında yer alan tüm sağlık kuruluşlarında hekimler kilit rol oynamaktadır. Bu açıdan hekimlerin gerekli yeterlilik ve yetkinliklere sahip olması tüm toplum için kritik öneme sahiptir. Hekimlerin gerekli yeterlilikleri kazanabilmesi adına aldıkları tıp eğitimi oldukça uzun ve zorlu süreçtir. Değişim ve yenilenmenin çok hızlı olduğu, temel amacı insanların sağlığını korumak ve yükseltmek olan tıp eğitimi; kaliteli ve özverili insan gücünün yanında pahalı ve emek yoğun bir eğitimdir (98, 99). Son yüzyılda tıpta yaşanan gelişmelerle birlikte hızla artan bilgi yükü tıp eğitiminde de çeşitli değişimlere neden olmuştur. Özellikle biyoloji ve genetik gibi

temel bilim alanlarında yaşanan gelişmeler sonrasında insan fizyolojisi ve hastalıkların patofizyolojisi gibi alanlarda ve teknolojide yaşanan ilerlemeler sayesinde tanı ve tedavi yöntemlerinde büyük gelişmeler yaşanmıştır (100, 101). Bununla birlikte artan bilgi yükü beraberinde tıpta uzmanlaşma ve ileri uzmanlaşmayı getirmiştir. Teknolojinin tıbbın içinde bu kadar etkin yer alması ile karmaşık cihazlara ve testlere olan bağlılığın artması hekimlerin eğitim içeriklerinde değişikliklere neden olmakla birlikte farklı alan uzmanlarının sağlık hizmeti sürecine dâhil olmasına ve multidisipliner yaklaşımların gelişmesine neden olmuştur (101, 102). Tıp eğitimi de gelişmelere paralel olarak çeşitli değişimlere uğramıştır.

Dünyada 20. yüzyılda tıp eğitimini şekillendiren önemli belgelerden biri Flexner raporu olmuştur. Rapor 1910 yılında Abraham Flexner tarafından Amerika ve Kanada'da bulunan 155 tıp okulu incelenerek hazırlanmıştır. Bu rapor doğrultusunda en iyi olduğu değerlendirilen John Hopkins Tıp Okulu'nun eğitimi model olarak alınmış ve diğer tıp okullarının eğitimlerini buna göre düzenlemesi istenmiştir. Flexner Raporu ile tıbbın deneysel bir bilim dalı olduğu vurgulanarak tıp fakültelerindeki temel eğitim süresi temel bilimler 2 yıl ve klinik bilimler 2 yıl olmak üzere 4 yıl olarak belirlenmiştir. Çıraklık yöntemiyle yapılan eğitimin yerini üniversitelerin laboratuar ve seminer salonları ve hasta başı eğitimleri almıştır. Flexner raporu sonuçları doğrultusunda Amerikan tıp okullarında başlayan dönüşüm 1960 yılına kadar tüm tıp okullarında uygulanır hale gelmiştir (10, 103–106). Tıp eğitimi ile ilgili bir diğer önemli adım 1988 yılında yayınlanan Edinburgh Bildirgesi olmuştur. Bildirge; eğitim programları belirlenirken ulusal sağlık ihtiyaçlarının dikkate alınması, ömür boyu aktif öğrenme yöntemlerinin müfredata eklenmesi, eğitim sonrası tam bir yeterlilik sağlanması gibi başlıklara vurgu yapmaktadır. Bunların dışında tıp fakülteleri ile ulusal sağlık sisteminin entegrasyonunun sağlanması, tıp fakültelerine girişte sadece entelektüel niteliklerin değerlendirilmemesi, takım çalışması ve multidisipliner eğitim gibi konular yer alan diğer hususlardır (107). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile beraber çalışan ve altı farklı bölgesel birlikten oluşan The World Federatıon For Medıcal Educatıon (WFME) 1998 yılında başlattığı "tıp eğitiminde uluslararası standartlar" programında tıp eğitimini; temel/mezuniyet öncesi tıp eğitimi, mezuniyet sonrası tıp eğitimi ve devamlı tıp eğitimi/sürekli mesleki gelişim dönemi olmak üzere 3 temel döneme ayırmıştır. Günümüzde tıp eğitiminde mevcut durumu

değerlendirirken birbirinden farklı süreçler, eğitim modelleri ve sorunlar içeren bu üç dönemi ayrı başlıklar altında değerlendirmek daha uygun olacaktır.

2.5.1. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

Cumhuriyet dönemi başında ülkemizde sadece İstanbul'da bir tıp fakültesi ve tüm yurtta toplam 534 hekim mevcuttur. Cumhuriyetin ilanından sonra açılan ilk tıp fakültesi 1945 yılında açılan Ankara Tıp Fakültesi olmuştur. Bunu 1955 yılında Ege Tıp Fakültesi ve 1963 yılında Hacettepe Tıp Fakültesi'nin kuruluşları izlemiştir (108). 1970 yılında 8'e yükselen tıp fakültesi olan üniversite sayıları 1980'li yılların başında 19'a, 1990'lı yıllardan itibaren ise neredeyse her yıl sayıları ikiye katlanarak 2019 yılında toplam 105 sayısına ulaşılmıştır (96). Bu üniversitelerin 72 si devlet 33 tanesi ise vakıf üniversitesidir. Bunların dışında 16 tane Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) bünyesinde ismen açılmış ama henüz öğrenci almayan ya da öğrencilerini başka fakültelerde okutan tıp fakültesi mevcuttur. Toplam 22 il hariç tüm şehirlerde tıp fakültesi açılmıştır (96). Ülkemizde bu fakültelerden mezun 85.199 uzman, 46.843 pratisyen ve 28.768 asistan olmak üzere toplam 160.810 hekim bulunmaktadır (109). Halen tıp fakültelerinde öğrenim gören 17.076'sı yeni kayıt, toplam 95.035 öğrenci mevcuttur (96). Yeni açılan tıp fakültelerinin yanı sıra mevcut tıp fakültelerine alınan öğrenci sayılarında da artış olmuştur. Örneğin 2008 yılında 257 öğrenci alan Ankara Tıp Fakültesi 2020 yılında 370 öğrenci, 2008 yılında 298 öğrenci alan Hacettepe Tıp Fakültesi 2020 yılında 370 öğrenci almıştır (110, 111). Bunun yanı sıra Hacettepe Tıp Fakültesi'nde 2009-2016 yılları arası Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri de eğitim almıştır (112).

Tüm bu süreçte yaşanan hem fakülte sayısı hem de öğrenci sayısındaki artış sonucu olarak hekim sayısının artması ile sistem için getirdiği avantajların yanı sıra eğitim kalitesi ve mezun hekimlerin yeterliliklerine yönelik problemleri de beraberinde getirmiştir. Maalesef genel olarak tıp fakülteleri kontenjanlarında yaşanan bu artış çoğu tıp fakültesinde fiziksel imkân artışlarıyla birlikte gerçekleşememiştir (113). Bazı üniversitelerde öğrenciler teorik derslerde yer bulamadığından merdivenlere oturarak ders takibi yapmışlardır. Ayrıca tıp eğitimi için gerekli olan fiziksel imkânlar sadece eğiticinin ders anlattığı ve öğrencilerin takip ettiği salonlardan ibaret değildir. Eğitimlerde mikroskop sayısı, kadavra sayısı,

laboratuar imkânları ve gelişen teknolojinin tıbba yansıması olan pek çok teknolojik cihazın öğrencilerin eğitiminde ne kadar efektif kullanıldığı da önemli bir yer tutmaktadır. Bu açıdan pek çok tıp fakültesinde uygulamalı eğitim imkânlarında da sıkıntılar yaşanmaktadır (108). Tıp fakülteleri alt yapı ve fiziksel imkânlar açısından eksiklikleri tamamlasalar bile öğrencilerin klinik derslere başlamasıyla sayı fazlalığının dezavantajları daha belirgin hale gelmektedir. Hasta başında verilen anamnez alma, fizik muayene, hasta değerlendirilmesinin yanı sıra tanı ve tedaviye ait uygulamalı girişim eğitimlerinin kalabalık öğrenci gruplarına verilmesi, hem hasta hem eğitici hem de öğrenciler açısından zorluklar içermektedir. Kalabalık gruplar eşliğinde yapılan eğitimlerde başta hasta mahremiyeti olmak üzere genel etik prensiplere bağlı kalınması güçleşmekte ve zaman zaman bazı hastaların tepkilerine neden olabilmektedir. Öte yandan öğrenciler verilen eğitimi verimli şekilde takip edememekte, eğitici açısından da her öğrencinin konuyu anlayıp anlamadığının ve ders kazanımlarının değerlendirilmesi mümkün olmamaktadır (114, 115).

Tıp eğitimi kalitesine etkileyen önemli unsurlardan bir diğeri yeterli sayıda ve yetkin öğretim üyeleridir. Öğretim üyesi sayıları ile ilgili olarak özellikle yeni açılmış bazı tıp fakültelerinde sorunlar yaşanmaktadır. Temel bilimler başta olmak üzere pek çok ana bilim dalında eksiklikler mevcuttur (99, 116). Tıp fakültelerinde 2020-2021 eğitim öğretim yılı itibari ile 7.758 profesör, 3,120 doçent, 5,489 yardımcı doçent ve 994 öğretim görevlisi bulunmaktadır (96). Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) sisteminden öğretim görevlilerinin dağılımına bakıldığında tüm öğretim görevlilerinin %14,4'ünün temel bilimlerde (15 farklı temel bilim dalı dâhil edilmiştir) olduğu görülmektedir (96). Ayrıca öğretim görevlisi sayısı açısından üniversiteler arasında da büyük farklılıklar vardır. Örneğin 2018 yılında eğitim öğretim faaliyetlerine başlayan İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 21 öğretim görevlisi bulunurken Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 516, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 560 öğretim görevlisi bulunmaktadır (96). Öğretim üyesi sayısının yanında özellikle klinik branşlardaki öğretim üyelerinin eğitime ne kadar zaman ayırdıkları klinikte tam zamanlı olarak çalışıp çalışmadıkları da ayrıca önemlidir. TTB tarafından 2010 yılında yapılan çalışmaya göre Profesör ve 5 yıldan tecrübeli doçentlerin tam zamanlı çalışma ortalamaları % 78,3 olarak bulunmuştur (117).

Tıp eğitimini etkileyen diğer önemli bir parametre eğitimin içeriğidir. İçeriğin nasıl olması gerektiği konusundaki tartışmalar halen tüm dünyada devam etmektedir. Bu konudaki temel problemlerden biri tıbbi bilginin katlanarak artması ancak öğretim için ayrılan zamanın arttırılamamasının beraberinde öğrencileri ezbere yönelterek bilgi, beceri ve tutum dengesinin bozulmasına yol açmasıdır. Programı belirleyenlerin kendi disiplinlerini önceleyip diğer disiplinleri göz ardı edebilmesi ve eğitim programına giren bir konunun ulusal ve uluslararası sağlık öncelikleri değişse bile programdan çıkarılamaması diğer temel problemler olarak ön plana çıkmaktadır (118).

Ülkemizde tıp eğitiminin toplumun sağlık önceliklerinden koparak kişisel gelişim odaklı bir noktaya doğru evirilmesi son yıllarda eleştirilen konulardan biridir. Bu anlamda özellikle 3. basamak hastanelere gereğinden fazla bağımlı kalınması, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik yaklaşımının öncelenememesi tıp eğitimi içeriklerinde sorun alanları olarak görülmektedir. Hastalıkların sosyokültürel belirleyicilerine yönelik eğitimlerin müfredatta yeterince yer almaması toplum sorunlarından uzaklaşan bir eğitime sebep olmaktadır (119). Ülkemizde son yıllarda eğitim programı hazırlamaya yönelik ulusal düzeyde çalışmalar da yapılmıştır. 1980'li yıllardan itibaren sayısı hızla artan, farklı olanak, alt yapı ve eğitim modellerine sahip fakültelerden mezun olan hekimlerin aynı temel bilgi ve becerileri kazanmaları amacıyla yapılan çalışmaların sonucunda mezuniyet öncesi tıp eğitimine yönelik hazırlanan Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) bunlardan en önemlisidir.

Tıp fakültelerinin desteğiyle 2000'li yılların başlarında yapılan çalışmalar ilk olarak tıp dekanları konseyinin onayıyla 2002 yılında Ulusal ÇEP hazırlanmasıyla sonuçlanmıştır. Tıp fakültelerinde 2003 yılından itibaren uygulanan Ulusal ÇEP-2002 geçen süreçte yaşanan değişime ayak uydurmak amacıyla 2014 yılında yenilenerek Ulusal ÇEP-2014 olarak 2015 yılından itibaren yeni haliyle tıp eğitiminde uygulanmaya başlamıştır. (120) Ulusal ÇEP tıp fakültelerin eğitim programlarını hazırlamaları için esas alacakları bir çerçeve program olarak hazırlanmıştır. Tıp fakültesi mezunlarının yeterliliklerinin belirlenerek eğitimin bu yeterlilikler çerçevesinde yürütülmesi hedeflenmiştir. (120) Konuya ilişkin Ulusal ÇEP -2014'de bulunan temel hekimlik yeterliliklerinin mezunlarda değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada hekim yeterliliklerinin belirlenmiş yeterliliklere göre oldukça düşük

olduğu değerlendirilmiştir. (121) Henüz Ulusal ÇEP-2014'e göre yetişen hekimler mezun olmamış olsalar da mevcut hekimlerin yeterliliklerinin istenen düzeyden düşük olduğu görülmüştür. Çekirdek eğitim programlarının başarısı eğitim içeriği kadar öğrenme stratejileri ile de yakından ilişkilidir (122). Tıp fakültelerinde kullanılan eğitim modelleri değerlendirildiğinde 2010 yılı itibari ile %60,7'si karma, %32,1'i eğitici merkezli ve %7,1'i öğrenci merkezli eğitim modeli kullanılmaktadır. Müfredat incelendiğinde %83,9'u sistem temelli (entegre), %8,9'u disiplin temelli (klasik) ve %5,3'ünde probleme dayalı müfredat, %1,7 ise entegre ve klasik müfredat uygulandığı belirlenmiştir. Özellikle yirminci yüzyılın başlarından sonra gelişmeye başlayan ve gelişmiş ülkelerde birçok tıp fakültesinde uygulanan probleme dayalı öğretiminse genel olarak toplam müfredatın %10-15'ini oluşturduğu görülmektedir. (110)

Çekirdek eğitim programı dışında ülkemizde tıp eğitiminde standart oluşturma çabalarından bir tanesi de YÖK tarafından bağımsız bir akreditasyon kuruluşunun kurulması olmuştur. Yükseköğretim Kalite Kurulu ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tarafından da tanınan ve 2010 yılında kurulan Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) tıp eğitiminin kalitesinin arttırmak amacıyla bilgilendirme, değerlendirme ve akreditasyon çalışmaları yapmaktadır. Ülkemizde TEPDAD tarafından yapılan değerlendirmelerde akredite olabilmiş tıp fakültesi sayısı henüz 22 olup büyük çoğunluğunun akredite olmadığı görülmektedir (123).

2.5.2. Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi ana bileşenini uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimleri (asistanlık) oluşturmaktadır. Yirminci yüzyılın başından itibaren artan bilgi ve teknolojinin sonucu olarak eğitim ve uygulamalarda ortaya çıkan yeni alanlar uzmanlık ve yan dal uzmanlıklarının artmasını da beraberinde getirmiştir. Bugün ABD'de Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (ACGME) tarafından tanınan 107 uzmanlık ve alt uzmanlık dalı bulunmaktadır. Uzmanlaşmayı hastalıkları anlamak ve bunlarla mücadelede insan yaratıcılığının hem bir ön koşulu hem de mantıksal bir sonucu olarak gören bir grup olduğu gibi bunu fazla parçalara ayrılmış, pahalı, hasta hekim ilişkisinde insani nitelikleri azaltan ve hastalar için kafa karışıklığına yol açan bir durum olarak görenler de vardır (124). Özellikle uzmanlaşmadaki artışla beraber

bir hastanın sürekli ve kapsamlı tedavisi ile ilgilenen doktor sayısında endişe verici bir düşüş yaşandığı görülmektedir (125). Hekimler açısından bakıldığında uzmanlık eğitimi istedikleri bir alanda bilgi ve yetkinliklerini arttırarak o alanda çalışma yetkisi almalarını sağlamaktadır. Diğer taraftan uzman olmak etkili bir statü ve gelire kavuşmak, daha yüksek teknolojik cihazları kullanma becerisini kazanmak ve daha büyük ve geniş imkânlara sahip sağlık kuruluşlarında çalışmanın da tek yolu gibi gözükmektedir.

Uzmanlık eğitimi ülkemizde Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre tıbbın herhangi bir dalında gerekli yeterlilik ve yetkinliği kazanmak amacıyla yapılan eğitim, öğretim, araştırma ve uygulama süreçlerinin bütünüdür. Temel amacı toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yetkin uzmanlar yetiştirmektir. Eğitim süresince hekimler uzmanlık sonrası verimli bir sağlık hizmeti verebilmek adına alanında karşılaşacağı olgularla baş edebilmesi için gerekli olacak donanımı kazanmaya çalışırlar (126). Uzmanlık eğitimi tıp fakültesi eğitimi sonrası merkezi olarak yapılan tıpta uzmanlık eğitimi giriş sınavında (TUS) alınan başarı puanına göre yerleşilen bir eğitimdir. Devlet veya vakıf üniversitelerinde yapılabildiği gibi Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanelerinde de yapılabilmektedir. Benzer şekilde yan dal uzmanlık eğitimi de yan dal uzmanlık eğitimi giriş sınavı (YDUS) ile girilen bir eğitimdir (126).

Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda pratisyen hekimlerin sağlık sistemi üzerindeki etkinliğini arttırma çabalarına karşın halen sağlık sisteminin merkezinde uzman hekimler bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık sisteminin başarısında sistem içerisinde yeterli ve yetkin uzman hekimlerin çalışması çok önemli olarak görülmektedir. Mevcut uzmanlık eğitiminin sorunlarının yanı sıra uygun olmayan adayların uzmanlık eğitimine alınması bu sorunları arttıran bir etken olarak değerlendirilmektedir (127). Uzmanlık eğitimi için hekim seçiminde kullanılan TUS sınavı ilk olarak yapıldığı 1987 yılından itibaren çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Özellikle uzmanlık eğitimi alacak hekimlerin seçiminde yetkin bir sınav olup olmadığı ve mezuniyet öncesi tıp eğitimine olan etkileri tartışmaların ana konularını oluşturmaktadır (127–129). Uzmanlık eğitimi adaylarının seçimini sağlayan TUS çoktan seçmeli, klinik ve temel bilim sorularından oluşan teorik bir

sınavdır (130, 131). Benzer şekilde uzmanlık eğitimi seçimi için Amerika ve pek çok Avrupa ülkesinde yapılan sınavlar çok aşamalı olarak gerçekleştirilmektedirler (132, 133). Tek aşamalı olarak gerçekleştiren sınav test tekniğine adapte olmuş öğrencilerin anlık teorik bilgileri dışında bir ölçüm yapamamaktadır. Adayların klinik yeterlilikleri, girmek istedikleri branşa yönelik yetenekleri ve ilgileri değerlendirilememektedir. Bunun sonucu olarak adaylar aldıkları puana göre yetenekleri ve bazen ilgilerine uygun olmayan branşlara yerleşebilmektedir. Örneğin cerrahi branşlara yeteneği olmayan birinin cerrahi alanda bir uzmanlığa yerleşmesine, fotoğrafik hafızası olmayan birinin patoloji tercih etmesine ya da konuşma bozukluğu olan birinin psikiyatri tercih etmesine bir engel yoktur.

Her yıl tıp fakültesi sayısı ve alınan öğrenci sayısındaki artışla beraber artan mezun hekim sayısına rağmen uzmanlık kontenjanları sayısındaki artışın aynı hızla gerçekleşmemesi TUS sınavının daha yarışmacı bir hale dönüşmesine neden olmuştur (130, 131). Bu durum öğrencilerin tıp eğitimi esnasında erken dönemden itibaren çoktan seçmeli olan bu sınava hazırlanmaya başlamalarına neden olmaktadır. Sınava olan yoğun talep bu sınav için hazırlık kurslarının açılmasına ve bu sektör tarafından hazırlanan müfredatın öğrenciler için klasik müfredatın önüne geçmesine neden olmuştur (129, 134). Öğrenciler klasik tıp eğitiminde büyük öneme sahip olan hasta başı eğitimleri ve klinik eğitimlerden mümkün olduğunca uzaklaşıp TUS sınavına yönelik teorik çalışmalara yönelmektedir (128, 129). TUS sınavının çoktan seçmeli yapısı nedeniyle oluşan bu çarpık eğitim modeli klinik tecrübeleri, hasta ile ilişkileri ve temel pratikleri eksik bir hekim grubunun mezun olmasına neden olan sebeplerden biri olarak değerlendirilmektedir.

Uzmanlık eğitiminin verildiği üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aynı anda gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla bir taraftan asistanların eğitimi devam ederken diğer taraftan hizmet sunumu ve araştırmaların da devam etmesi gerekmektedir. Bu süreç asistan eğitiminde yaşantısal ve iş başı öğrenme modelinin oluşmasını zorunlu kılmıştır. Öğrenme ve gelişimin temelini klinik süreçlerde edinilen tecrübe ve deneyimlerle birlikte bu deneyimlere yönelik eğitmenlerle gerçekleştirilen değerlendirme süreçleri oluşturmaktadır (135). Ancak hizmet sunumunda aşırı yoğunluğun getirdiği iş yükü çoğunlukla önceliğin bu

alana verilmesini zorunlu kılmaktadır. Çoğu hastanede hizmet sunumunda esas hekimlik yükü asistanlar üzerinden gerçekleştirilmektedir. Poliklinik yükü ve iş yoğunluğu fazla olan branşlarda asistanlar hizmet sunumundan eğitim ve araştırmaya yeterince zaman ayıramamaktadır. Yapılan teorik eğitimler ise hizmetin aksamaması adına mümkün olduğunca mesai saati dışındaki (öğle arası ve akşam) vakitler gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Günlük olarak yaşanan bu iş yükünün yanı sıra yoğun nöbet hizmetleri ve nöbet hizmeti sonrası dinlenme periyodu olmaksızın mesaiye devam etme mecburiyeti asistanların iş ve öğrenme performanslarını etkilemekte, depresyona eğilimlerini arttırırken duyarsızlaşmalarına ve tükenmişlik sendromu yaşamalarına neden olmaktadır (136–138).

Uzmanlık eğitiminin bir tarafında asistanlar yer alırken diğer tarafında öğretim görevlileri yer almaktadır. Eğitimin verildiği bölümlerde bulunan öğretim görevlilerinin sayısı, yetkinliği ve eğitime ayırdıkları zaman eğitim sürecini doğrudan etkilemektedir. Uzmanlık eğitimi verilecek branşlarda en az üç öğretim üyesi olması şartı aransa da hemen hemen her branşın daha fazla ihtisaslaşma gerektiren dallara ayrıldığı ve birbirinden çok farklı uygulama becerileri gereken uygulamaları aynı anda barındırdığı düşünüldüğünde bu farklı alanlarda yeterli eğitimi verebilecek öğretim görevlisi sayısı çoğu kurumda mevcut değildir. Diğer taraftan öğretim üyelerinin özel hasta ve muayenehane hastalarına yoğunlaşarak eğitim için gerekli uğraşı göstermemesi mevcut öğretim üyelerinin de eğitime katkısını azaltmaktadır. Hatta bazı kurumlarda eğitim yükü de tamamen kıdemli asistanların üzerine yüklenmiş durumdadır (139).

Uzmanlık eğitiminde son yıllarda tüm dünyada genel yaklaşım mezuniyet öncesi eğitime benzer şekilde çıktıya dayalı eğitim yönündedir. Birçok ülke bu konuda tanımlanmış yeterlilikler ve buna göre belirlenmiş müfredatlar üzerinden eğitim vermektedir (135). Ülkemizde de buna yönelik çalışmalar son yıllarda gittikçe artmıştır. Eğitim içerikleri standartların oluşturulması adına oluşturulan Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından belirlenen çekirdek eğitim programı temelinde belirlenmektedir. Kurul tarafından oluşturulan Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi (TUKMOS) kapsamında belirlenen komisyonlar eğitim programlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yürütmektedir (140). Bunun dışında

uzmanlık dernekleri de asistan eğitimine yönelik çalışmalar yürütmektedir. Dernekler bir taraftan eğitim müfredatlarına katkıda bulunmaya çalışırken diğer taraftan yeterlilik sınavlarına yönelik çalışmalar yürütmektedir (141). Ancak halen pek çok fakültede ÇEP'in uygulanmasında farklılıklar olduğu ve standart bir eğitim programına sahip olmadığı görülmektedir (139).

2.5.3. Sürekli Mesleki Gelişim

Sürekli mesleki gelişim kavramı; lisans ve lisansüstü eğitimin dışında mezuniyet sonrası hekimlerin tıbbi uygulama ve hizmet sunumlarındaki standartlarını korumak ve yükseltmek amacıyla bireysel bilgi, beceri ve davranışlarını geliştirme süreçlerinin tamamını ifade eden bir kavramdır (142). Sürekli mesleki gelişim kavramı daha önce kullanılan sürekli tıp eğitimi kavramının yerine kullanılmaya başlanılan yeni bir terimdir. Kavramlar arasındaki temel fark sürekli mesleki gelişim kavramının sadece tıp eğitimini değil hizmet sunumunda ihtiyaç duyulan tüm alanlarda hekimin kendini geliştirmesi ve hekimin kendisinin yönettiği öğrenme sürecini ifade etmesidir (143). Hekimlerin mesleklerini icra ederken katıldıkları tüm seminer, konferans, sempozyum, kongre, kurs, araştırma ve yayın yapma, sürekli yayınları takip etme ve hizmet içi eğitimler bu kapsamda değerlendirilebilir (144, 145). Hekimlerin sürekli mesleki gelişiminde yaşanan eksikliklerde profesyonel duruşta azalma, mesleki gelişimde yetersizlik, mesleki tatminde azalma, meslektaşlarla olan rekabette geriye düşme, mesleki becerilerden yeterince yararlanamama gibi sorunlar yaşanabilmektedir (144).

Tıbbi bilginin kısa sürede kendini yenilediği günümüzde kongre ve sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere katılmak hekimler için mesleki gelişmeleri takip etme, deneyimli meslektaşların çalışmalarından yararlanma, kendi çalışmalarını paylaşabilmenin yanı sıra yoğun çalışma ortamından uzaklaşmak ve kendini yenileyebilmenin bir yoludur. Ancak hekimlerin düzenli olarak bu tür bilimsel faaliyetlere katılabilmesi çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Yoğun iş yükü içerisinde bilimsel faaliyetlere zaman ayırmaya çoğu hekim fırsat bulamamakta fırsat bulanlar içinse ekonomik olarak giderleri karşılayabilmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır (146). Türk Tabipler Birliği (TTB)nin uzmanlık eğitimine yönelik hazırladığı raporda uzmanlık öğrencilerinin %74,2 si kongre ve kurs gibi mesleki

gelişim faaliyetlerine katılım harcamalarının kurum tarafından karşılanmadığını belirtmiştir (147). Üniversite gibi akademik ortamlarda belli bir oranda sağlanabilen bilimsel faaliyetlere katılım oranı özellikle bilimsel ortamdan uzakta bulunan, taşrada çalışan ve yenilenmeye en fazla ihtiyacı olan hekimlerde daha da düşmektedir. (148).

Hekimlerin ortak bilimsel faaliyetler dışında bireysel olarak kendilerini geliştirebilmek için takip edebilecekleri diğer bir yol bilimsel makale ve yayın okumaktır. Uluslararası ve ulusal yayınlara ulaşmanın en önemli yolu internet ortamında bilimsel yayınları sunan veritabanlarına ya da dergilere üyelikten geçmektedir. Ancak zaman içerisinde veri tabanları ve dergilere üyelik maliyetleri gittikçe artmıştır (149). Kurumsal olarak sağlanan üyeliklere erişim imkânı olmayan çoğu hekimin bireysel olarak veritabanı ve dergilere üye olmaları mümkün gözükmemektedir. Diğer taraftan hekimlerin kendilerini geliştirmelerine imkân sağlayacak olan araştırma çalışmalarına katılım oranları da düşüktür. Asistanlarda uzmanlık eğitimi sonunda yapılan tez araştırması haricinde herhangi bir araştırmaya dâhil olma oranı %57 civarındadır (147). Uzman hekimlerde bilimsel çalışma yürütmeyen hekim oranıysa %76,7 olarak belirlenmiştir (148). Bu oranın pratisyen hekimlerde çok daha düşük olacağı açıktır.

Hekimlerin mesleki başarılarına etki eden diğer faktörlerden biri de sağlık sistemi içerisinde kullandıkları elektronik bilgi sistemleri, raporlama yöntemleri ve diğer idari işlerde ihtiyaç duydukları yazılı mevzuat gibi sistem içerisinde pratiklerini etkileyen uygulamalara olan hâkimiyetleridir. Özellikle tıp eğitimi sırasında pratik imkânlarını bulamadıkları veya sonradan uygulanmaya başlayan her türlü sistem ve yasal düzenleme konusunda yaşadıkları yetersizlikler iş başarılarını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda elektronik bilgi sistemlerinin başarıya ulaşmasında temel unsurlardan biri kullanıcıların bu sistemleri içselleştirmesi olarak görülmekle birlikte bunun sağlanmasında temel rol oynayan faktörün sistemin faydalarının ve kolaylıklarının etkili iletişimle anlatılması ve interaktif eğitimlerin önemi olmuştur (150). Diğer taraftan hekimlerin tıbbi ve idari mevzuata yönelik bilgi seviyesi de oldukça düşük düzeydedir. Hekimler tıbbi uygulama pratiklerinde hasta ve kendileri açısından çok önemli olabilecek tıbbi uygulama hatalarına yönelik mevzuata dair bile yeterli bilgiye sahip değillerdir. Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada bunun temel

sebebinin eğitim eksikliği olduğunu belirtmişlerdir (151). Hekimlerin süreç içinde değişen şartlara uyum sağlaması ve iş başarısının artmasında hizmet içi ve iş başı eğitimlerinin bu anlamda önemli bir yeri bulunmaktadır (145). Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse kurumlar düzeyinde gerçekleştirilen bu eğitimlerle hekimlerin eksiklikleri tamamlanmaya çalışılsa da henüz istenilen seviyede başarıya ulaşılamamıştır.

Genel olarak tıp eğitiminde başarının artmasına yönelik son yıllarda sarf edilen tüm çabalara rağmen tıp eğitimi hem mezuniyet öncesi hem sonrası hem de sürekli mesleki gelişimi dönemi açısından birbirine benzer ve farklı pek çok sorunu içinde barındırmaktadır. Tüm bu çabaların ötesinde tıp eğitiminin yaşanan baş döndürücü değişime ayak uyduramadığı ve genel olarak pek az dönüşüme uğradığını ifade eden görüşler de mevcuttur. Harvard Tıp Fakültesi eski dekanı Robert Higgins Ebert'e göre hekim eğitimine ne şekilde bakılırsa bakılsın, son yarım yüzyılda tıp eğitiminin temel organizasyonunda bu kadar az değişiklik olması dikkat çekicidir (103). Eğitim sürecinin sonunda gerek kurumsal gerek bireysel eksiklikler sonucunda yeterli seviyede kendini yetiştiremeyen, mesleki olarak eksik gören veya yetkin olmadığını düşünen hekimin gerek iş yapış pratikleri gerekse meslek algıları tüm bu eğitim sürecinin çıktılarından doğrudan etkilenmektedir. Kendini yeterli hissetmeyen hekim başta malpraktis uygulamalarından kaçınmak için gerçekleştiği tıbbi uygulamalarda defansif davranmakta ya da sorumluluk almaktan kaçınmaktadır. Diğer taraftan kendini geliştirmek için yeterli olanaklar sunulmadığını ya da olanakların adaletsiz dağıtıldığını düşünen hekimlerin ise iş verimlilikleri azalmaktadır (151–153).

2.6. DEĞERLER VE ETİK

Değer, bir şeyin kendine benzer diğer şeyler arasındaki durumunu betimleyen bir ölçüt ya da niteliktir. Değerlendirme ise insanın bir var olma şartı olup insanın diğer varlıklar arasındaki yerini belirleyecek kadar insana özgü bir davranıştır. İnsanın değerine ilişkin bir yargıya varabilmek için, insana ait değerleri yani "onun varlık imkânlarının gerçekleşmesi anlamına gelen bütün başarılarını; bilgi, bilim, sanat, felsefe, teknik, moral ve kültürü dikkate almak gerekmektedir (154)**.** Başka bir deyişle insanın değerine ilişkin bilgiyi bütüncül bir yaklaşımla ortaya koymak için indirgemeci bir biçimde tek bir teoriyi esas almak yerine, insanın bio-psişik varlığına ait fenomenlerine ve başarılarına bakmak yerinde olacaktır (155).

İnsanın varlık yapısı olanaklarından olup başka hiçbir varlık türünün hayata geçiremediği, insanı diğer varlıklardan ayırt eden, insana özgü değerlerden en önemlisi "etik değerler"dir. Kuçuradi'ye göre bir eylemin etik değeri, bu eylemin tür olarak insanın değeriyle olan ilgisine, insanın değerini koruyup korumamasına göre belirlenir (154). Etik değerler, "etik kişi değerleri" ve "etik ilişki değerleri" olarak iki alanda ele alınır. Etik kişi değerlerine, dürüst, saygılı, güvenilir olma gibi kişi özellikleri, etik ilişki değerlerine ise saygı, sevgi, güven, minnet gibi kişiler arası kavramlar örnek verilebilir. Esasen bu olanakların gerçekleştirilebilmesi için gerekli koşullar, toplumsal değerleri oluşturmaktadır (156)

Toplumsal alanda bu koşulları keskin bir biçimde belirleyen olay ve olgular üzerinden hareketle değerler arasında bir hiyerarşi kuran ahlak'tan farklı olarak etik değerlendirme daha dinamik ve değişken bir süreci kapsamaktadır. Toplumsal yapılar kurulurken ya da iktidar tarafından belirlenen politikalar oluşturulurken değerler arasındaki öncelik sırası tarihsel ve kültürel faktörlere göre değişiklik gösterebilmektedir (157). Ancak bu değerlerin göreceli olmasından değil değerler arasında yapılan tercihlerin önceliğinin değişken olmasından kaynaklanır. Değerlerin göreceli ve değişken olarak algılanması, Kuçuradi'ye göre "değer biçme" ve "değer atfetme" gibi öznel ve ilişkisel düşünme biçimlerinin "doğru değerlendirme" ile karıştırılmasından kaynaklanan bir hatanın sonucudur (154). Doğru değerlendirmede şeylerin değerinin ortaya konması gereklidir. Bu değer, değerlendirilen şeyin kendisindedir ve bu değer, değerlendirilen şeyin, -eylemin, eserin, kişinin- yapısal bir özelliğidir. Değerlendirilen şeyin değeri yalnızca diğer varlıklara göre konumu ile belirlenmeyip, kendinde değerine ait bilgi esas alındığından doğru değerlendirmede görecelik söz konusu olmaz (155).

Schwartz'a göre temel insani değerler, kültürler ve toplumlar arasında ortak olan on çeşit motivasyonla belirlenmiş değerlerdir. Bunlar: güç, başarı, hazza yönelme, uyarılma, özyönetim, evrenselcilik, hayırseverlik, gelenek, uyumlaşma ve güvenliktir. Teorinin en önemli özelliği, açıkladığı on değer motivasyonu arasındaki dinamik ilişkilerin yapısıdır. Herhangi bir değeri amaçlayan eylemin, diğer değerlerle çelişebilecek veya bunlarla uyumlu olabilecek pratik, psikolojik ve sosyal sonuçları olduğu varsayılmaktadır (158). Bunun gibi değişken olgular içinde değişmez yapılar araştırmak ve kültür ve toplumsal yapıya göre değişir görünen kavramlara ilişkin

asgari bir ortaklık tayin edebilmek, insan realitesine dair büyük ve kapsayıcı bir resim görebilmek için gerekli bir şarttır.

Değerli, iyi ve doğru olanın ne olduğuyla ilgilenen etik; değerlerin birbiriyle çatıştığı her biri kendi bağlamında ele alınması gereken durumlarda "en doğru, en iyi, en az değer harcayan ve en çok değer koruyan" eylemin ne olduğunun anlaşılması için bir düşünce alanı açmaktadır.

Tıp etiğinde, "Dört İlke Kuramı" yaygın olarak kabul edilmektedir. Etik ilkelerden biri diğerinden üstün olmayıp, bağlamda en çok değer koruyan ve en az değer harcayan herhangi birinin tercih edilebileceği veya tersi durumu sağlayan değerin harcanabileceği belirtilmektedir. Bu dört temel ilke; Özerkliğe saygı, Yarar sağlama, Zarar vermeme ve Adalet ilkeleridir. Yaşama saygı duyma, sır saklama, mahremiyete saygı gösterme, dürüstlük, özgecilik, bilgiye itibar etme, dayanışma, ayrımcılıktan kaçınma gibi nispeten daha ayrıntılı tariflere işaret eden değerlerle desteklenmektedir (159).

İnsanların davranış ve tercihlerinde, benimsedikleri değerler önemli rol oynamaktadır. Hekimlerden de beklenen tercih ve davranışlarında mesleki değerler doğrultusunda hareket etmeleridir. Meslek etiği kapsamında bir eylem ne kadar mesleki değerleri korursa o kadar meslek etiğine uygundur. Ancak derinlemesine ele alındığında etik değerlendirme, kişiyi eyleme götüren etkenleri, eylemin içinde yapıldığı koşulları, hedeflediği sonuçlarını dikkate alarak eylemin doğruluğunu temellendirme sürecini içerir (160).

Tez çalışması kapsamında hekimlik mesleğini etkileyen tarihsel, politik, teknolojik, sosyolojik değişimler ve bu değişimlerin hekimlerin mesleki algıları üzerindeki etkileri ve meslek algılarına ilişkin değerler üzerindeki yansımalarının incelemesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda çalışma kapsamında yabancılaşma kavramı önem kazanmaktadır. Ayrıca çalışmada teorik düzlemde idealize edilen meslek algı ve değerlerinin pratikte ne gibi darbelerle şekillendirildiği, hangi koşullarda ne gibi değer kayıplarına uğratıldığı, hekimlerin yaşantı ve tecrübeleri üzerinden okunmaktadır.

Günümüzde hekimlerin içinde bulunduğu durum, her bakımdan bir yabancılaşma sürecidir. Kapitalist üretim modelinin her alanda uyarlandığı modern dünyaya ait kendi varoluşuna ve kendi değerlerine yabancılaşan günümüz hekimleri,

pek çok ahlaki sorunla karşılaşmaktadırlar. Malpraktis yasası ile güvensizleşmekte, defans ihtiyacı ve performans baskısı ile mesleklerinin gereklerini tam olarak yerine getirememektedirler. Sermayenin yönettiği özel hastanelerde hüküm süren uygulamalar altında hekimin emeğinin metalaşması ve hekim hasta ilişkisinin yozlaşması sonucunda tanrısal hikmetlerle dolu hekim figürü, niyeti, haklılığı ve güvenilirliği sorgulanır gri bir imge haline gelmektedir.

Yabancılaşma modern dünyada güçsüzlük, anlamsızlık, yalıtılmışlık, kuralsızlık, değersizlik (değerleri önemsememe ve toplumdaki değerlerden kopma duygusu) ve kendine yabancılaşma (kendi gerçekliğini ve gerçeklerini kavrayamama) gibi çeşitli şekillerde tezahür etmektedir (161).

Günümüz hekimleri, kurallarını mesleki olarak benimsemediği, işleyiş mekanizmasını kendi belirlemediği, inanmadığı bir teşhis ve tedavi sürecini hayata geçirmeye ücret karşılığında razı olmuş emekçiler haline gelmişlerdir. Sistemsel olarak belirlenmiş bu zoraki uygulamalar, kendi kanı ve kararlarını olabildiğince sınırlayan standartlar çerçevesinde dayatılmaktadır. Marks'ın kuramında; işçinin, üretim, ürün, öteki işçiler ve ait olduğu tür ile ilişiklerinde gözlenen yabancılaşma, günümüz hekimlerinin farmakoterapi üzerine kurulu ve artık terapötik değil ekonomik saiklerle işleyen modern tıbbın çalışma koşullarında belirgin bir biçimde gözlemlenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma hekimlerinin meslek algılarını belirlemek amacıyla niteliksel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın niteliksel olarak planlanmasının temel nedeni çalışılan konu ile ilgili yüzeyel bilgiden çok derinlemesine ve ayrıntılı bilgiye ulaşma arzusudur.

Niteliksel çalışmaların temelinde postmodernist yaklaşımlar yer almaktadır. Özellikle yirminci yüzyılın başlarından itibaren pozitivist paradigmaya bir alternatif olarak yükselmeye başlayan postmodern, postyapısalcı (poststructuralism), postendüstriyel olarak bilinen tüm yaklaşımlar bazı ortak kabuller içerirler. Ortak kabullerin temelinde değişkenlik ve karşılıklı etkileşimin bütün sistem ve olguların genel özelliği olduğu, tek bir doğrunun olmadığı ve özne merkezli çoğulcu bir anlayışın olduğu düşüncesi yer almaktadır. Bu anlayış sosyal alanda yapılacak bilimsel araştırmaların davranış ve ilişkileri genel geçer yasalar yoluyla belirleyemeyeceği, her durumun yalnızca kendine özgü boyutlarıyla değerlendirilerek anlamlandırılabileceğini söyler. Bununla birlikte yapılacak analizlerde amaç genelleme yapmak yerine olayın daha iyi anlaşılmasını sağlamakla sınırlandırılır. Günümüzde sosyal alanda bu anlayış doğrultusunda yapılan araştırmalar gittikçe artan bir şekilde nesnellikten çok bakış açısının ön plana çıktığı niteliksel araştırmalara yönlenmektedir (162). Bu araştırmada da benzer şekilde hekimlerin mesleğe yönelik algılarının daha iyi anlaşılması amaçlandığından niteliksel bir araştırma olarak kurgulanmıştır.

Çalışma tasarımı olarak fenomenolojik bir yaklaşım tercih edilmiştir. Fenomenolojik yaklaşım insanların fenomeni nasıl anlamlandırdıkları, hakkında ne hissettikleri, nasıl dile getirdikleri ve deneyimlerini nasıl bilince dönüştürdüklerine odaklanmaktadır (163). Araştırmada hekimlerin meslek algısını etkileyen faktörlerin neler olduğu, bunları nasıl dile getirdikleri ve değer dünyalarına etkisi incelenmiştir.

3.2. ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırma grubunun belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmış ve belirlenen ölçütlere uygun katılımcılarla

görüşmeler yapılmıştır. Hekimlerin seçiminde ölçüt olarak dâhili ve cerrahi branşlarda ve hastayla yüz yüze sağlık hizmeti verecek biçimde çalışıyor olmaları belirlenmiştir. Bununla birlikte farklı bulgular elde edilebileceği düşünülerek hekimler beş farklı grup olarak tabakalandırılmış ve görüşmeler bu gruplara göre gerçekleştirilmiştir. Tabakalandırma sonrası araştırmaya dâhil edilen hekim grupları şunlardır:

1. Kamu sektöründe çalışan ve birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimleri,
2. Kamu sektöründe çalışan ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler,
3. Kamu sektöründe çalışan ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hekimler,
4. Özel sektörde çalışan ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler
5. Özel sektörde çalışan ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hekimler

Tabakalandırma yapılarak verinin derinliğinin yanı sıra genişliği de arttırılmaya çalışılmıştır.

Niteliksel çalışmalarda örnek büyüklüğünü belirlemeye yönelik bir kural olmamakla birlikte ideal olan veri tekrarlarının başladığı ve yeni verinin alınamadığı kişi sayısına ulaşıncaya kadar görüşmelere devam etmektir. Tez çalışmasında her grup için on görüşmeciden sonra veri tekrarları gözlenmeye başlamıştır. Bu doğrultuda birinci grupta 13, ikinci grupta 17, üçüncü grupta 15, dördüncü grupta 16 ve beşinci grupta 16 olmak üzere toplamda 77 hekimle görüşme yapılmıştır. Kolay ulaşılabilir olması açısından çalışma Ankara bölgesinde çalışan hekimler ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşmeler yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

Görüşmecilere derinlemesine görüşme öncesi sosyodemografik bilgilerin yer aldığı kısa cevaplı sorular sorulmuştur. Derinlemesine görüşmelerde hekimlerin meslek algıları ve buna ilişkin değerlerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak hekim olmaya yönelten motivasyonları, mesleği icraları esnasında beklentileri ile benzer ya da farklı olan durumlar, hekimlik pratiği yaparken onları destekleyen ve engelleyen sebepler, meslek icrası süresince iyi ya da kötü yönde değişen uygulamalar, hekimliğin geleceğine yönelik projeksiyonları ve çalışma şartlarında neleri değiştirmek

istediklerine dair açık uçlu sorular sorulmuştur (Bkz. EK-1). Soruların belirlenmesinden önce ön çalışma yapılmış, soruların hedeflenen amaca uygunluğu değerlendirilmiş ve soruların son şekli böylece belirlenmiştir.

Görüşmelerin tamamı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmacı derinlemesine görüşme tekniği ve tematik veri analizine yönelik olarak doktora eğitimi süresince eğitim almış ve daha önce çalışma gerçekleştirmiştir.

Görüşmeler esnasında 76 hekimin onayıyla ses kaydı alınmış, ses kaydı vermek istemeyen bir hekimle yapılan görüşmede ise eş zamanlı olarak not tutulmuştur. Görüşmeler mümkün olduğunca sessiz bir ortamda yapılmaya çalışılmış, görüşmelerin bölünmemesi için hekimlerden randevu alarak gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. En kısa görüşme 8 dakika, en uzun görüşme 2 saat 10 dakika sürmekle birlikte görüşmelerin büyük çoğunluğu 20-30 dakika arasında gerçekleşmiştir. Derinlemesine görüşmeler 03.01.2018-24.05.2019 tarihleri arsında gerçekleştirilmiştir. Hekimlerin yoğun çalışma temposu içerisinde olmaları nedeniyle sıklıkla randevu iptalleriyle karşılaşılmış ve veri toplama süreci planlanandan daha uzun bir sürede tamamlanabilmiştir.

Araştırma esnasında hekimlerin onamları hazırlanan "aydınlatılmış onam formu" kullanılarak alınmıştır (EK-2). Araştırmada görüşmecilerin kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

3.4. VERİ ANALİZİ

Araştırma verileri tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Tematik analiz yöntemine uygun olarak ses kaydıyla alınan veriler öncelikle deşifre edilmiş ve ham kütükler oluşturulmuştur. Ham kütükler oluşturulurken görüşmecilerin söylemleri sırasında ortaya çıkan ifade şekilleri ve duygu durumlarının vurgulanmasına dikkat edilmiştir. Ham kütüklerin oluşturulmasından sonra görüşmecilerin ön plana çıkarmak istedikleri söylemler kaydedilerek tekrarlı okumalar gerçekleştirilmiştir.

Ham kütük kayıtlarında görüşmecilerin kimlik bilgileri ve çalıştıkları yerleri gizlemek adına her bir görüşmeci için protokol numarası oluşturulmuştur. Protokol numaraları şu şekilde kodlanmıştır: "Görüşmeci, görüşme sırası, çalışılan sektör, hangi basamakta hizmet verdiği". Örneğin "G14K3" olarak kodlanan bir görüşmecinin

açılımı: 14. sırada görüşülen kamu sektörü 3. basamakta çalışan bir hekimi ifade etmektedir.

Ham kütük okumalarını takiben her bir soru başlığı altında belirlenen söylemler birbirinden ayrılarak veri sökümü yapılmış sıklıkla tekrarlayan temalar ve tematik çerçeve genel hatları ile belirlenmiştir.

Temaların ilk belirlenmesi sonrası bir bütün olarak tekrarlı okumalar yapılmış, temalar üzerinde araştırma ekibi tarafından tartışmalar gerçekleştirilmiş, temalar ve işaret ettiği anatemaların son hali oluşturulmuştur. Tema ve anatemaların oluşturulması sonrası tablolar oluşturulmuş ve genel çerçeve üzerinden bağlamlar belirlenmiştir. Böylece verilerin alt tema, tema, anatema ve bağlamlar olarak kategorize edilmesi tamamlanmıştır.

Son olarak belirlenen tema, anatema ve bağlamlar anlaşılır bir şekilde sunulması amacıyla birbiriyle ilişkilendirilmiş ve her tema ve alt tema altında uygun söylemler bulgularda sunulmuştur.

3.5. ARAŞTIRMA İZİNLERİ

Araştırmanın konusu SBU Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 11.07.2017 tarihli ve 0000222 sayılı kararı ile kabul edilmiştir (Bkz EK-3). Etik kurul onayı Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 26.07.2017 tarihli ve 1485 karar numarasıyla alınmıştır (Bkz EK-4).

Etik kurul onayını müteakip birinci basamak kamu kurumunda çalışan hekimlerle yapışacak görüşmeler öncesinde Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır. Üçüncü basamak kamu kurumunda çalışan hekimler için 4 eğitim araştırma hastanesine çalışma izni için başvuruda bulunulmuş 3'ünden izin alınmış, ikinci basamakta çalışan hekimler için 5 devlet hastanesine başvurulmuş 4'ünden idari izin alınmıştır. Özel sektör 3. basamakta çalışan hekimlere yönelik olarak 2 özel sektör 3. basamak hastanesine çalışma izni için başvurulmuş 1'inden çalışma izni alınmıştır. İdari izin formları hekim kimliklerinin korunması için ekte sunulmamıştır.

Tezin ilk aşamasında konuyla ilgili tarihsel sürece yönelik perspektif elde etmek amacıyla araştırmaya dâhil edilmesi planlanan tarihsel araştırma kısmının saha

çalışmasında elde edilen veri setinin büyüklüğü, bu veriye odaklanmanın daha uygun olacağı görüşü ve tez izleme kurulunun tavsiyeleri doğrultusunda tez çalışmasından çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda tez başlığı SBU Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 12.03.2020 tarihli ve 00001317 sayılı kararı ile "Hekimlerin Meslek Algılarına İlişkin Değerlerin Niteliksel Olarak İncelenmesi" olarak değiştirilmiştir (Bkz EK-5).

3.6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmada veriler yüz yüze ses kaydı alınarak yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Bir görüşmeci haricinde tüm görüşmecilerden ses kaydı alındığından alınan verilerde bir kayıp olmadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte her ne kadar onam verseler de bazı görüşmecilerin ses kaydı alınmasından dolayı cevap verirken tereddüt yaşadığı gözlemlenmiştir. Görüşme öncesinde araştırma sonuçlarında kimlik bilgilerinin gizli kalacağı ve protokol numarası verilerek görüşmecilerin anonimleştirileceği belirtilmiştir. Ancak yine de az sayıda görüşmecide veriye ulaşamama sorunu yaşanmış olabileceği değerlendirilmektedir. Diğer taraftan görüşmeci sayısının fazlalığı veri setinin büyüklüğüne neden olmuş ve nadiren geçen, tekrarlanmayan ve özellikle kişisel bir problemden kaynaklandığı değerlendirilen verilerin bazılarına temalarda yer verilmemiştir.

4. BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan 77 hekimle derinlemesine görüşmeler 03.01.2018-24.05.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve elde edilen veriler değerlendirilmeye alınmıştır.

Çalışma grubuna derinlemesine görüşme öncesinde kısa cevaplı 5 adet sosyodemografik soru sorulmuştur. Derinlemesine görüşme sırasında giriş sorusu olarak kendilerini kısaca tanıtmaları istenmiş devamında neden hekim olmak istedikleri, hekim olduklarında karşılanan ve karşılanmayan beklentileri, mesleki uygulamaları sırasında onları destekleyen ve engelleyen sebepler, hekimlik yaptıkları süreçte sağlık hizmeti sunumlarını iyi ya da kötü yönde etkilemiş olan değişiklikler, hekimliğin geleceğine yönelik ne düşündükleri ve ellerinde imkân olsa neleri değiştirmek istediklerine dair 8 adet açık uçlu soru sorulmuştur. Görüşmeler sırasında sadece protokol numarası G77Ö2 olan görüşmeci ile yapılan görüşmede not tutulmuş diğer görüşmecilerin ses kaydı alınmıştır.

4.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin sorulduğu bu bölümde cinsiyet, yaş, çalışma süresi, tıp fakültesini kaçıncı sırada tercih ettikleri, çalıştığı kurum (kamu sektörü/özel sektör, kaçıncı basamakta sağlık hizmeti veren kurum olduğu, örneğin; kamu sektörü 2. basamak gibi) ve unvan hakkında veriler elde edilmiştir (Tablo 4.1.).

Araştırmaya katılan 77 hekimin yaşları 25 ile 72 aralığındadır. Hekimlerin yaş ortalamaları 43 olarak bulunmuştur.

Sosyodemografik verilere göre çalışmaya 49 erkek ve 28 kadın hekim katılmıştır. Erkek hekimlerin çalışmaya katılımı daha yüksek sayıda gerçekleşmiştir.

Görüşmecilerin çalışma süreleri 1 yıl ile 47 yıl arasında değişmektedir. Çalışma sürelerinin ortalaması 18 yıl olarak bulunmuştur. Görüşmeciler arasında hem mesleğe yeni başlayan hem de meslekte oldukça tecrübeli olan hekimler yer almasının veri

derinliğini arttıracağı düşünülmüş ve araştırmaya katılacak kişi seçiminde buna dikkat edilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışma Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler

Sosyodemografik Bilgiler	Hekim Sayısı
CİNSİYET	
Erkek	49
Kadın	28
YAŞ	
25-35	23
36-45	21
46-55	23
56 yaş ve üstü	9
ÇALIŞMA SÜRESİ	
1-5 yıl	15
6-15 yıl	19
16-25 yıl	21
26-35 yıl	16
36 yıl ve üstü	6
ÇALIŞILAN KURUM	
Kamu sektörü birinci basamak	13
Kamu sektörü ikinci basamak	17
Kamu sektörü üçüncü basamak	15
Özel sektör ikinci basamak	16
Özel sektör üçüncü basamak	16
TIP FAKÜLTESİ TERCİH SIRASI	
1. Sırada	67
2.-5. Sırada	5
6.-10. Sırada	5
ÜNVAN	
Pratisyen	14
Uzmanlık Öğrencisi	15
Uzman	35
Öğretim Üyesi	13
Toplam Hekim Sayısı	77

Görüşmecilerin üniversite sınavında tıp fakültesini kaçıncı sırada tercih ettiniz sorusuna verdikleri cevaplara göre 77 hekimin 67 (%87)'si tıp fakültesini 1. sırada tercih ederken, 2.-5. sırada tercih edenler 5 (%6,5) kişi, 5.-10. sırada tercih edenler ise 5 (%6,5) kişi olarak bulunmuştur. Hekimlerin tamamı tıp fakültesi tercihlerini ilk on sırada gerçekleştirmişlerdir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 14'ü pratisyen hekim, 15'i uzmanlık öğrencisi, 35'i uzman hekim ve 13'ü öğretim üyesidir.

4.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME VERİLERİ

Araştırmada hekimlerin meslek algılarına ilişkin değerlerinin belirlenmesine yönelik olarak hazırlanan derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler bu başlıkta verilmiştir. Verilerden alt tema, tema ve anatemalar oluşturulmuş, genel çerçeveye uygun olarak belirlenen bağlamlar altında sunulmuştur.

Derinlemesine görüşmede katılımcılara toplam 8 soru sorulmuştur. Görüşmenin ilk sorusu katılımcıları görüşmeye ısındırmak amacıyla sorulan "Kendinizi kısaca tanıtabilir misiniz?" sorusudur. Bu soruya yönelik cevaplar bulgulara dâhil edilmemiştir.

Hekimlere sorulan ikinci ve üçüncü soru hekimlerin meslek seçimindeki motivasyonlarının, beklentilerinin ve bu beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmediğinin değerlendirildiği sorulardır. Bu sorularda amaç görüşmecilerin hekimlik mesleğine başlamadan önce hekimliğe yönelik algılarının neler olduğu ve tecrübelerinin bu beklentilerle örtüşüp örtüşmediğini ortaya çıkarılmasıdır. Bu sorulara yönelik elde edilen veriler "Hekimlik Mesleğinden Beklentiler" başlığı altında sunulmuştur (Tablo 4.2.).

Görüşmecilere sorulan 4, 5 ve 6. sorular hekimlerin günlük mesleki pratiklerine yönelik algılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Hekimlere sorulan 4.ve 5. soru ile mesleklerinin icrasında hekimlerin işlerini zorlaştıran veya kolaylaştıran (destek olan) şeylere yönelik algıları değerlendirilirken 6. soruda mesleği icra ettikleri süreçte sağlık hizmeti sunumlarını etkileyen olumlu ya da olumsuz değişikliklerin neler olduğu ve

bunların hekimlik pratiklerine yansımasına yönelik algıları değerlendirilmek istenmiştir. Bu sorulara yönelik elde edilen veriler "Hekimlik Pratiği" başlığı altında sunulmuştur (Tablo.4.2).

Derinlemesine görüşmenin son bölümünde sorulan 7. soru hekimlik mesleğinin geleceği ilgili beklentilerin neler olduğunu sorgularken son olan 8. soru hekimlerin çalışma şartları ile ilgili değiştirmek istedikleri konuların neler olduğunu sorgulamaktadır. Bu sorularla hekimlerin mesleklerinin geleceği ile ilgili algıları ve onların pratikte en fazla değiştirmek istedikleri şeyler ve algılarında ön plana çıkan sorun alanlarının neler olduğu değerlendirilmeye çalışılmıştır. Son iki sorudan elde edilen veriler "Hekimlikte Gelecek ve İstekler" başlığı altında sunulmuştur (Tablo.4.2).

Tablo 4.2. Derinlemesine görüşme verileri sunum başlıkları

Başlık	Sorular
Hekimlik Mesleğinden Beklentiler	● Hekim olmaya nasıl karar verdiniz? ● Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?
Hekimlik Pratiği	● İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi zorlaştıran şeyler nelerdir? ● İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi kolaylaştıran şeyler nelerdir? ● Mesleğiniz yaptığınız süre içerisinde sağlık hizmeti sunumunuzu etkileyen değişiklikler nelerdir?
Hekimlikte Gelecek ve İstekler	● Hekimliğin geleceği ile ilgili neler düşünüyorsunuz? ● Elinizde sihirli bir değnek olsa hekimlerin çalışma şartları ile ilgili neleri değiştirmek isterdiniz? Neden?

4.2.1. Hekimlik Mesleğinden Beklentiler

Hekimlik mesleğinden beklentiler başlığı altında hekimlerin meslek seçimlerindeki kararlarını etkileyen faktörler, hekimlikten beklentileri ve bu

beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığını değerlendiren iki sorudan elde edilen veriler sunulmuştur.

4.2.1.1. Hekimlik kararı:

Görüşmecilerin hekimliği tercih etme motivasyonlarını anlattıkları "Hekim olmaya nasıl karar verdiniz?" sorusuna alınan cevaplarda öne çıkan değersel söylemler sosyal kabul, faydalı olma ve kendini gerçekleştirme bağlamları altında değerlendirilmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. "Hekim olmaya nasıl karar verdiniz?" sorusunda öne çıkan bağlam, anatema ve temalar.

Bağlam	Anatema	Tema
Sosyal Kabul	**Toplumsal itibar**	● Toplumdaki saygınlık ● Toplumdaki popülerliği
	Çevre etkisi	● Yakın çevre yönlendirmesi ● Başarılı öğrencilerin hekim olacağı algısı ● Rol model alma
	Sosyal çevreye dâhil olma	● Üniversite ortamı.
	Rahat bir hayat	● Ekonomik kazanç ● İş garantisi
Faydalı Olma	**Toplumsal ihtiyacı karşılama**	● Hekime ulaşamama ● Kronik hastalıklı birey yakını olmak
	İnsanlara yararlı olabilme isteği	● İnsanlara yararlı olabilme isteği
Kendini Gerçekleştirebilme	**Mesleki tatmin**	● Mesleki tatmin duygusunun yüksek olması
	Fen bilimlerine olan ilgi	● Fen bilimlerine olan ilgi
	İnsanı tanıma isteği	● İnsanları tanıma isteği
	İç huzur	● Dinsel motivasyon ● Kutsal bir meslek olarak görmek

Sosyal kabul bağlamında toplumsal itibar, çevre etkisi, sosyal çevreye dâhil olma ve rahat bir hayat anatemalarının değerlendirilmesi uygun görülmüştür. Bu temaları oluşturan temalar ve onlara uygun değersel söylem örnekleri aşağıda sunulmuştur.

Toplumsal itibar anatemasını oluşturan toplumdaki saygınlık temasına yönelik görüşmeciler özellikle 1970 ve 1980'li yıllarda **tıp okumanın popüler olduğunu, saygınlığı ve itibarının da yüksek olduğunu** belirtmişlerdir.

Toplumdaki saygınlık

"...Her şeyi cazip yani toplum içindeki itibarı, çevre saygınlığı..." G35K1

Toplumdaki popülerlik

"...Çevremde en popüler meslek hekimlik olduğu için ben de onu tercih ettim." G3K2

"...hani fen lisesi mezunuyum ben etrafımdaki arkadaşlarım ve herkes zaten hekimliğe yöneliyorlardı." G75Ö2

Hekimlik mesleği seçiminde önemli etkilerden olduğu belirtilen **yakın çevrenin yönlendirmeleri, başarılı öğrencilerin hekim olacağı algısı ve rol model alma** çevre etkisi anatemasını oluşturan temalardır.

Yakın çevre yönlendirmesi

"...ben doğduğumdan beri babam birisi sorduğu zaman ne olmak istiyorsunuz ne olacaksın falan diye bana sordukları zaman bile bizimkiler annemle babam benden önce atlar doktor olacak doktor olacak derlerdi." G22 K3

Başarılı öğrencilerin hekim olacağı algısı

"...yani 1984 yılında üniversite sınavına girdiğimde ıı yani iyi durumda olan öğrencilerin hemen hemen tamamı tıp fakültesi yazıyodu ilk. Yani üniversite tercihlerine baktığınızda ilk 20'de kazananların 19 tanesi, 18 tanesi ya da

abartmayayım 15 tanesi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne giriyodu." G43K1

Rol model alma

"..8 kuzen doktoruz. Hani büyük halaoğlu, dayıoğlu, şeyler aile hep sülale Osmanlı'ya kadar doktor. Onları işte örnek alarak yani." G54K1

Görüşmecilerin hekimliği seçmelerinde etkili olduğunu ifade ettikleri temalardan biri **üniversite ortamında bulunmak**tır. Üniversite ortamı sosyal kabul bağlamında değerlendirilen sosyal çevreye dâhil olma anatemasını oluşturmuştur.

Üniversite ortamı

"*O 1 değil 2. sınıftaydı galiba evet morfoloji binasında. Morfolojiyi falan görünce hoşuma gitti yani üniversite ortamı hoşuma gitti."* G41K1

Hekimlerin meslek seçiminde sıkça öne çıkan söylemlerden **ekonomik kazanç** ve **iş garantisi**ne yönelik söylemleri sosyal kabul bağlamında değerlendirilen son anatema olan rahat bir hayat anateması altında değerlendirilmiştir.

Ekonomik kazanç

"*Doktorluk tabii o zamanlarda çok cazip görünen bir şeydi yani muazzam bir ekonomik düzeye ulaşma şansının memur olarak başka bir yolu çok fazla yoktu o dönemlerde."* G21K3

İş garantisi

"...gelecek olarak da düşündüğüm de yani bir meslek yani iş kaygısı olmadan meslek hayatına atılabileceğimi düşündüğüm için tıp yazmaya karar verdim." G15K3

Meslek seçimi tercihlerinde yaşadığı çevrede hekime ulaşamamasının veya ailesinde ve yakın çevresinde kronik hastalıkları olan kişilerin olması nedeniyle sürekli hekime ihtiyaç duyulmasının etkili olduğunu ifade eden görüşmeciler olmuştur. Bu ifadeler toplumsal ihtiyacı karşılama anateması altında **hekime ulaşamama** ve **kronik hasta yakını olmak** temaları olarak toplanmıştır. İnsanlara yararlı olabilme isteği

nedeniyle hekim olduğunu ifade eden görüşmecilerin cevaplarından oluşturulan **insanlara yararlı olabilme isteği** teması aynı isimle anatema olarak faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir.

Hekime ulaşamama

"Küçük bir kasabada büyüdüm. O zamanın koşullarında muhtemel bizlerin doktora ulaşımında sıkıntılar oluyordu. O yüzden o zamanken daha çocuk zihnimde bile doktor olmak gibi bir şey oluşmuştur. Yani bir ihtiyacı gidermek gibi bir şey." G26K2

Kronik hasta yakını olmak

"...annemin uzun yıllar ömrü hastaneler de geçtiği için hekim olursan oğlum iyi olur dedi." G9K3

İnsanlara yararlı olabilme isteği

"İlk başta insanlığa hizmet etmek insanlığa faydalı olmak gibi şeyler düşünüyordum" G25K2

Görüşmecilerden söylemlerinde hekim olma kararını toplumsal ihtiyaç ve kanılardan daha çok kendi yapmak istediklerine odaklanarak verdiği değerlendirilen hekimler olmuştur. Bu söylemler kendini gerçekleştirebilme bağlamında değerlendirilmiştir. Bu bağlamda değerlendirilen **mesleki tatmin, fen bilimlerine olan ilgi** ve **insanı tanıma isteği** anatemaları aynı isimli temalardan oluşurken, iç huzur anateması **dinsel motivasyon** ve **kutsal meslek** temalarından oluşmaktadır.

Mesleki tatmin

"...insanın en kıymetlisi, en değerlisi sağlığını insana tekrar geri verebilmek mükemmel bir duygu ve insana ciddi haz veriyor." G8K3

Fen bilimlerine olan ilgi

*"... şöyle biyoloji ve fizik fen bölümlerini çok sevdiğim için özelikle de insan biyolojisini çok sevdiğim için"*G69Ö2

İnsanı tanıma isteği

"...ben tamamen insanla uğraşmak istiyordum, çalışma alanımın insan olmasını istiyordum." G50Ö3

Dinsel motivasyon

" 2 şey yüzünden hekim oldum 1 peygamber efendimiz hadisi var insanların en hayırlısı en faydalı olandır bu benim için birinci tetikleyici faktör oldu ikincisi de ölüme yakın insanlarında tıpta en çok gördüğümüz şeyler olduğu için ölümü hatırlar ona göre hazırlığımı yaparım diye düşündüm." G17K2

Kutsal meslek

*"...lise çağlarında doktorluğun kutsal bir meslek olduğunu düşünerekten yani karar verdim."*G65Ö2

4.2.1.2. Hekimlik beklentilerinin sonuçları:

Görüşmecilerin hekimlik mesleğinden beklentilerinin neler olduğu ve bu beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı "Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?" sorusu ile değerlendirilmiştir. Alınan cevaplar karşılanan ve karşılanmayan beklentiler olmak üzere 2 ayrı başlık altında incelenmiştir. Ayrıca görüşmecilerin bazıları aynı temalar ile ilgili farklı söylemlerde bulundukları için "saygı görme" ve "ekonomik getiri" temalarına hem karşılanan hem de karşılanmayan beklentiler içerisinde yer verilmiştir.

Hekimlikte karşılanan beklentiler sosyal kabul, kendini gerçekleştirebilme ve faydalı olma bağlamlarında değerlendirilmiştir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. "Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?" sorusuna verilen cevaplarda benzerlik olarak öne çıkan bağlam, anatema ve temalar.

Bağlam	**Anatema**	**Tema**
Sosyal Kabul	**Toplumsal İtibar**	● Saygı Görme
	Rahat bir hayat	● Ekonomik Kazanç
Faydalı Olma	**İnsanlara Yararlı Olabilme**	● İnsanlara Yararlı Olabilme
Kendini Gerçekleştirebilme	**Mesleki Tatmin**	● Bilimsel Araştırma Yapabilme ● Hekimlik Pratiğinden Keyif Alma ● Tıp Alanında Geçekleşen İlerlemeler
	Mesleki Kariyer	● Akademik Kariyer Yapabilme
	İç Huzur	● Huzurlu Yaşam

Sosyal kabul bağlamı içerisinde **saygı görme** ve **ekonomik kazanç** temalarının işaret ettiği toplumsal itibar ve rahat bir hayat anatemalarına yer verilmiştir. Saygı görme ve ekonomik kazanca yönelik söylemler çoğunlukla karşılanmayan beklentiler içinde ifade edilse de özellikle hekimliğe daha erken dönemde başlamış ve akademik kariyer sahibi hekimlerin bu yöndeki beklentilerinin gerçekleştiğine dair söylemlerinin de bulunması nedeniyle aynı zamanda karşılanan beklentiler içinde de yer almışlardır.

Saygı görme

"Karşıladı, evet. İtibar gördük mesleğimizin sayesinde." G12K3

Ekonomik kazanç

"Beğendiğin kızı alacaksın, iyi ev, iyi araba, çocuk sahibi olmak, çocukları özel okullarda kolejlerde okutmak, yurtdışında masterlarını yapsın, iyi bir eğitim alsın, yazlık evin olsun, kışlık evim olsun, toplumda saygı duyulan bir mesleğim olsun, sevilen takdir edilen gittiği her yerde saygı gösterilen insan olayım bunların hepsini hekimlik karşıladı." G77Ö2

Araştırmada bazı hekimler tarafından hekimliğin en önemli gayesi olarak vurgulanan **insanlara yararlı olabilme** karşılanan beklentilere yönelik söylemlerde

yer almış, aynı isimli tema ve anatema olarak faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir.

İnsanlara yararlı olabilme

"...derdine derman olmak yani hasta ağrı çekerek geliyor ve ameliyat ediyorsun sonra da çok rahatlamış bir şekilde dua ederek size dua ederek gidiyor yani. O herhalde başka da bir beklenti olmaz hekimlik dediğimiz şeyde" G46Ö3

Hekimlerin mesleğe yönelik hedeflerine ve kendi iç dünyalarına yönelik olarak karşılanan beklentileri kendini gerçekleştirme bağlamında birleştirilmiştir. Kendini gerçekleştirme bağlamı mesleki tatmin, mesleki kariyer ve iç huzur anatemalarından oluşmaktadır.

Araştırmada karşılanan beklentilerinden bahsederken **tıp alanında gerçekleşen ilerlemeler**in beklentisinin ötesinde gerçekleştiğini ifade eden görüşmeciler olmuştur. Yine **bilimsel araştırmaları yapabildiğini** ve **hekimlik pratiğinden aldığı keyf**in beklentilerini karşıladığını ifade eden görüşmeciler olmuştur. Bu ifadeler mesleki tatmin anatemasında değerlendirilmiştir.

Bilimsel araştırma yapabilme

"Yani daha çok araştırmacı bir hekim olmayı istiyordum. Yani nörolojiyi de onun için seçtim zaten. Böyle bir piyasa beklentisi olan bir hekim değildim. Onun için yani büyük bir çoğunluğunu Gülhane'de elde ettim diyebilirim." G31K2

Hekimlik pratiğinden keyif alma

"Hani tedavi veriyorsunuz ve karşılığını alıyorsunuz hastada yani bu fizyolojiyi görmek bu mekanizmaları çözmek, hastaları çözmek bunun verdiği şey haz yani tamamlanmış olma duygusunu hep alıyorum." G16K2

Tıp alanında gerçekleşen ilerlemeler

"Yani işte tıpta çok ilerlemeler oldu. Tomografi bile yoktu. Şimdi metabolik görüntülemeden tut da MR'ların 9 çeşit sekansı var…" G12K3

Akademik kariyer beklentilerini gerçekleştiren hekimlerin ifadeleri **akademik kariyer yapabilme** temasını ve mesleki kariyer anatemasını oluşturmuştur.

Akademik kariyer yapabilme

"Beklentim standardın üzerinde bir hayat yaşamaktan ziyade akademisyenlikti. O açıdan orada başlamakla kendimi tatmin ettiğimi sanıyorum." G7K3

İnsanca ve huzurlu bir yaşam beklentisinin gerçekleştiğini ifade eden görüşmecilerimizin söylemleri **huzurlu yaşam** teması ve iç huzur anatemasını oluşturmuştur.

Huzurlu yaşam

"İnsanca bir yaşam, iyi bir hizmet, huzurlu bir yaşam bunların hepsini de gerçekleştirdim sayılır." G23K2

Görüşmeciler "Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?" sorusuna verdikleri yanıtlarda hekimlik tecrübeleri esnasında beklentilerine olan benzerlikten çok farklılıklarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu farklılıklar sosyal kabul, faydalı olma, kendini gerçekleştirebilme, dayanışma ve güvenlik bağlamları altında değerlendirilmiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. "Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?" sorusuna verilen cevaplarda farklılık olarak öne çıkan bağlam, anatema ve temalar.

Bağlam	Anatema	Tema
Sosyal Kabul	**Toplumsal İtibar**	● Saygı görememe ● Meslek saygınlığının azalması
	Rahat bir hayat	● Ekonomik beklentilerin gerçekleşmemesi
Faydalı Olma	**İletişim Kuramama**	● Hastaların gerçekçi olamayan beklentileri
Kendini Gerçekleştirebilme	**Mesleki Tatmin**	● Beklenenden daha fazla uzmanlaştırma gerektirmesi ● Performans endişesinin meslek pratiğini etkilemesi ● Bilimsel çalışmalar için yeterince vakit ayıramama ● Mesleğin yaratıcı düşünme özelliğini kısıtlaması ● Hekimliğin bilim insanlığından farklı olması ● Mesleği bireysel uygulama imkânının kalmaması
	İç Huzur	● Mesleğin beklendiği kadar kutsal olmaması
	İş Yoğunluğu	● Hasta sayısının çokluğu ● Beklenenden fazla özveri gerektirmesi ● Sosyal hayatın kısıtlanması
	Liyakat	● Akademisyenlikte liyakate dikkat edilmemesi ● Akademisyenliğin suiistimal edilmesi ● Hekimlik mesleğine yakışmayan meslektaşlar
	Yeterli Eğitim Alamama	● Eğitim olanaklarına erişememe
Dayanışma	**Kurumsal Destek Alamama**	● Kurumun hekimini korumaması
	Ayrımcılığa Uğrama	● Cinsiyet ayrımcılığına uğramak
Güvenlik	**Şiddete Uğrama**	● Hakaret ve şiddet olaylarının yaşanması

Görüşmeciler mesleki tecrübelerinde beklentilerinden farklı olarak **saygı göremediklerini** ve **mesleğin genel olarak saygınlığının beklediklerinden düşük** olduğunu ifade etmişleridir. Görüşmecilerin pek çoğu tarafından dile getirilen bu

temalar toplumsal itibar anateması altında toplanmıştır. Yine **ekonomik olarak beklentilerinin karşılanmadığı** yönündeki ifadeleri rahat bir hayat anateması olarak değerlendirilmiş ve her iki anatema sosyal kabul bağlamını oluşturmuştur.

Saygı görememe

"...hastayla pek farklı düşündüğümüzü gördüm. Diyor ki bana bu ilacı yazacaksın diyor. Benim tanım bu diyor. Bana bu tetkiki yapacaksın diyor. Yani onun gözünde hak ettiğim saygıyı hak ettiğim yani bu özveriye bu fedakarlığıma karşılık bulduğunu düşünmüyorum yani." G9K2

Meslek saygınlığının azalması

"...hekimlik algısı yani şöyle söyleyeyim postanedeki bir memure o bankın arkasında ki, camekanın arkasındaki memureden daha yakın, daha ulaşılabilir, daha ezilebilir, daha onuru gururu vesairesi ayakları altına alınabilir vaziyetteyiz. O postanedeki memurun önünde bile insanlar sırasını vesaire gayet nizami bir şekilde beklerken bizim önümüzde böyle bir şey yok." G22K3

Ekonomik beklentilerin gerçekleşmemesi

"Bir hekim çok çok extreme yetenekleri yoksa orta düzeyde bir doktor ancak hayatını sürdürebilecek konumdadır maddi açıdan". G6K2

"Yani aynı zamanda hani maddi sıkıntımız olmasın diye de bunu tercih ettik. Ama ne yazık ki nöbet tutmadan sadece devletin bize verdiği para 2.500 lira. Bu da hiçbir şekilde yani bizim isteklerimizi ee karşılayacak bir şey değil. Hani bu çalışmaya, bu yoğunluğa hiçbir şekilde yani karşılık görülen şeyin bu olmaması gerekiyor. Abim benim mühendis. ... O da 6,5 alıyo, ben 10 nöbet, artı cumartesi günleri de çalışıyorum buna rağmen bende 6,5 bin kazanıyorum." G38Ö3

Hekimler beklentilerinden farklı olarak topluma sağlayacakları faydanın hasta beklentilerinin farklı olması nedeniyle istedikleri seviyede gerçekleşmediğini gördüklerini belirtmişlerdir. **Hasta beklentilerinin gerçek dışı olması** teması iletişim

kuramama anatemasının altında değerlendirilmiş bu anatema faydalı olma bağlamında sunulmuştur.

Hastaların gerçekçi olmayan beklentileri

"Şimdi pek çok hasta bağırıp çağırarak çıkabiliyor, beklentileri karşılamak mümkün değil. En ufak bir eksik ya da gecikme olduğunda çok kaba bir şekilde şikâyet ediliyorsunuz" G11K2

Hekimlerin beklentilerinin karşılanmadığı ve farklı olarak değerlendikleri mesleki tatmin, eğitim alamama, iş yoğunluğu ve liyakat anatemalarını oluşturan 14 tema kendini gerçekleştirebilme bağlamında değerlendirilmiştir.

Hekimler mesleğin **beklediklerinden daha fazla uzmanlaşma gerektirdiğini**, **performans endişesinin hekimlik pratiklerini etkilediğini**, **bilimsel çalışmalar için yeterince vakitlerinin olmadığını**, **mesleğin yaratıcı düşünceyi kısıtladığını**, **bilim insanlığından farklı olduğunu** ve **mesleği bireysel uygulama imkânlarının kalmadığını** ifade etmişlerdir. Bu ifadeler mesleki tatmin anatemasını oluşturan temalar olarak değerlendirilmiştir.

Beklenenden daha fazla uzmanlaştırma gerektirmesi

"Şöyle bir egom vardı bu ego bence dirsek yapacağım, el bileği yapacağım, kalçada yapacağım çocuk da yapacağım, tümörde yapacağım, travma da yapacağım, artroplasti de yapacağım. Öyle bir şey yok. Bir şey yapmak lazım onu da gerçekten hakkını vererek yapmak lazım." G8K3

Performans endişesinin meslek pratiğini etkilemesi

"Performans sisteminde ne kadar hasta bakarsanız o kadar para kazanıyorsunuz. Burada az hasta görmek hastaya daha iyi bakmak ile daha fazla hasta görmek ve çok para kazanmak arasında denge kurmaya çalışıyorum". G25K2

Bilimsel çalışmalar için yeterince vakit ayıramama

"Mesela daha bilimsel olmak isterdik mesela makale yazmak istiyorum ama hiç vaktimiz olmuyor gerçekten". G16K2

Mesleğin yaratıcı düşünme özelliğini kısıtlaması

"Hani böyle bir mühendislik ya da mimarlık gibi çok böyle beynimizi zorlayarak bir şeyler ortaya koymuyoruz, yaratıcılığımızı geliştirmiyor tıp fakültesi. Daha stabil insanlar yapıyor, birbirimize benzer insanlar yapıyor". G58Ö3

Hekimliğin bilim insanlığından farklı olması

"...hekimlikte ben bilim insanlığını hekimlik zannediyordum yani hekimler bilim adamı zannediyordum." G17K2

Mesleği bireysel uygulama imkânının kalmaması

" ...biz hani doktor olduğumuzda muayenehane açarız, böyle periferde işimizi seve seve yaparız, para kazanırız diye düşünürken şimdi kapitalist sistemin kölesi olduk yani özelde çalışan insanlar olarak." G66Ö2

Hekimlerin söylemlerinden mesleğin **beklendiği kadar kutsal olmadığı** ifadeleri iç huzur anatemasını oluşturan tema olarak değerlendirilmiştir.

Mesleğin beklendiği kadar kutsal olmaması

"...hani doktorları hastalarla uğraşan şifa dağıtan olarak görüyorsunuz biraz daha yüksek bir yere koyuyorsunuz belki ama bakıyorum yani yaptığımız işte o kadar yani beklediğim kadar yüksek bir yerde değilmiş açıkçası." G5K2

Görüşmeciler çalışma şartlarına yönelik yaptıkları değerlendirmelerde **hasta sayısının beklediklerinden çok fazla olduğu**nu, mesleğin **beklediklerinden fazla özveri gerektirdiğini** ve **sosyal hayatlarının bu kadar kısıtlanacağını** ummadıklarını belirtmişlerdir. Bu üç tema iş yoğunluğu anateması altında birleştirilmiştir.

Hasta sayısının çokluğu

"On dakikada bir randevu sisteminin dayatılması, o mesela çok zor yani hastayı dakikasında almanız gerekiyor alamadığınız zaman kavga çıkıyor. Onlara baktığınız zaman acil hastalara bakamıyorsunuz, diğer yaşlı hastalar benim önceliğim var diyor." G29K2

Beklenenden fazla özveri gerektirmesi

"O tahmin ettiğimden çok daha yorucu bir meslekmiş hem fiziksel hem de zihinsel olarak ben psikolojik olarak benim hayatımı bu kadar baskılayacağını bilmiyordum." G5K2

Sosyal hayatın kısıtlanması

"Hayat enerjimiz yok, tüm cumartesi, pazarlarım dolu. Ee hiçbir şekilde tatile gidemiyorum. Ankara dışına çıkamıyorum." G38Ö3

Görüşmecilerin özellikle akademik kariyere yönelik beklentilerinin gerçekleşmemesi ile ilgili olarak **akademisyenlikte liyakate dikkat edilmemesi** ve **akademisyenliğin suiistimal edildiği** ifadeleri ile beraber çalıştıkları meslektaşlarında gördükleri mesleğe yakışmayan davranışlar liyakat anatemasını oluşturan temalar olmuşlardır.

Akademisyenlikte liyakate dikkat edilmemesi

"…üniversitede hoca olmak isterdim kendi branşımda ama onu başaramadım. Ülkenin şartları nedeniyle ülkemizdeki siyasi tabloda liyakat esaslı bir analiz olmadığı için, bir değerlendirme olmadığı için o beklentimi karşılayamadım." G23K2

Akademisyenliğin suiistimal edilmesi

"*Türkiye'de akademisyenlerin sadece ve sadece iş yapmadan oturmak gibi bir gayeleri var doçent oluyor profesör oluyor ve bir koltuk sahibi oluyor oraya oturuyor birileri çalışıyor ve o kazanıyor böyle garip bir sistem var onu fark ettim."* G17K2

Hekimlik mesleğine yakışmayan meslektaşlar

"...ilk hayal kırıklığım şeyde oldu hekimliği kendine bir şey bir paye olarak gösterip bundan faydalanmaya çalışan insanları görünce ciddi hayal kırıklığına uğradım çünkü bu adamlar bence 5 para etmez ve bırak hekim olmayı meslek sahibi olmaları bence..." G17K2

Hekimlerden tıp eğitimi süresince hem eğitim sırasında kullanılan fiziksel olanaklar hem de öğretim üyelerinden yeterince faydalanabilme açısından hayal kırıklığına uğradıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler **eğitim olanaklarına erişememe** temasını ve yeterli eğitim alamama anatemasını oluşturmuştur.

Eğitim olanaklarına erişememe

"Hani eğitim sürecinde atıyorum hani en basitinden bir anatomi dersinde her şeyi yalnızca kendim kullanabileceğim bir ortam hayal etmiştim ama öyle şeyler olmuyor. Sayımız çok gerek çalışırken gerek okurken erişimlerimiz kısıtlıydı ..." G15K3

Hekimlerin çalıştıkları kurumdan bekledikleri değeri göremedikleri, **kurumun hekimi korumadığı** ile ilgili ifadeleri ve meslektaşları arasında **cinsiyet ayrımcılığına uğradıkları**na yönelik ifadeleri kurumsal destek ve ayrımcılığa uğrama anatemalarından oluşan dayanışma bağlamında değerlendirilmiştir.

Kurumun hekimi korumaması

"...mesela böyle bir konumdayken de yani idari sistem taraftan da arkamda durulmadığını görüyorum mesela. ... siyasi oluşumlar ki yani o idari sistemdekiler tribünlere oynuyorlar yani o hastanın isteklerinin daha önemli olduğunu daha ön plana geçtiğini her zaman haksız durumunda olanın ben olduğumu hissettirildim yani.". G9K2

Cinsiyet ayrımcılığına uğramak

"Şöyle genel olarak işte bayan öğretim üyesi olmanın, bir kuruma dışarıdan sonradan katılmış özellikle bir bayan öğretim üyesi olmanın erkek ağırlıklı bir toplumda kabul edilmediğini yaşadım." G56K2

Hekimlerin beklemekleri şekilde hastalar tarafından **hakaret ve şiddete maruz kaldıkları**na yönelik ifadeler güvenlik bağlamında değerlendirilen şiddet anatemasını oluşturmuştur.

Hakaret ve şiddete maruz kalmak

"genel olarak hastaların bize karşı tutumları, hasta yakınlarının tutumları, bu arada 2-3 tane beyaz kodum olmuştur benim. Üç defada mahkemeye gittim bununla ilgili olaraktan. Ee yani hiçbir şekilde tabii ki karşılamıyor." G38Ö3

4.2.2. Hekimlik Pratiği

Hekimlik pratiği başlığı altında hekimlerin mesleklerini icraları sırasında hekimlik pratiklerini zorlaştıran ve kolaylaştıran şeylerin neler olduğu ve hekimlik yaptıkları süreç içerisinde sağlık hizmeti sunumlarını iyi ya da kötü yönde etkileyen değişikliklerin neler olduğunu değerlendiren 3 sorudan elde edilen veriler sunulmuştur.

4.2.2.1. Hekimlik pratiğini zorlaştıran şeyler:

Hekimlik pratiğini zorlaştıran şeyler başlığı altında "İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi zorlaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna alınan cevapların değerlendirilmesiyle belirlenen tema, anatema ve bağlamlar verilmiştir. Bu soruda verilerden elde edilen temaların fazla olmasından dolayı bağlam ve anatemaların olduğu tablo verildikten sonra temaları içeren tablolar ayrı ayrı sunulmuştur. Hekimlerin işlerini zorlaştıran şeyler 6 bağlam ve 15 anatemadan oluşmuştur. (Tablo4.6.).

Mesleğe yabancılaşma bağlamında değerlendirilen tükenmişlik anateması muayene hizmetlerinde yoğunluk, idari işlerde yaşanan yoğunluk, personel yetersizliği, fiziki yetersizlikler, sağlık organizasyonunda yaşanan problemler ve gelecek beklentisinde azalma temaları ve bu temaları oluşturan alt temalardan oluşmaktadır. Aynı bağlamda değerlendirilen araçsallaşmış hissetme anateması ise hekimlik pratiğinin toplum isteklerine göre yapılması, topluma sağlık sistemine erişimde sınırsız özgürlük tanınması, özel sektörde yüksek hasta memnuniyeti baskısı,

sağlık sisteminin siyasi rant kapısı olarak görülmesi ve şikayet mekanizmalarının tek taraflı ve kontrolsüz çalışması temalarından oluşmaktadır (Tablo 4.7.).

Hekimlerin hasta sayısının fazla olması, yoğun nöbet hizmetleri ve nöbet sonrası mesaiye devam etme hakkında ifadeleri **muayene hizmetlerinde yoğunluk** temasını oluşturan alt temalar olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6. "İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi zorlaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar

Bağlam	**Anatema**
Mesleğe Yabancılaşma	Tükenmişlik
	Araçsallaşmış hissetme
Kendini Gerçekleştirme	Tıp eğitiminde yetersizlik
	Özel sektörde kazanç baskısı
	Liyakatin önemsizleşmesi
Faydalı Olma	Güvenilmeme
	Kendini koruma
	Mevzuat ve uygulamalar
	Başarılı iletişim kuramama
	Saygı görmeme
Mesleki Özerklik	Dayatma görme
Güvenlik	Şiddete maruz kalma
Dayanışma	Meslektaşlar arasında iş barışının bozulması
	İş yükü paylaşımından kaçınma
	Meslek örgütünün hekim birliğini sağlayamaması

Hasta sayısının fazla olması

"Bizim hastanemizde ben bir bayram dönüşü tek başıma 350 tane hasta aldığımı biliyorum. Mesai saati içerisinde 350 tane insana günaydın merhaba desen kafayı yersiniz zaten." G8K3

Yoğun nöbet hizmetleri

"*Yasal değil diye söyleniyor ayda 10 nöbetten fazlası tutulamaz. Yani bir buçuk yıl önceye kadar 10'dan fazla nöbet tutuyordum. Şimdi kıdemli asistan olduğum için nöbet sayım haliyle düştü*." G8K3

Tablo 4.7. Mesleğe yabancılaşma bağlamını oluşturan anatema, tema ve alt temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Mesleğe Yabancılaşma	Tükenmişlik	● Muayene hizmetlerinde yoğunluk ○ Hasta sayısının fazla olması ○ Yoğun nöbet hizmetleri ○ Nöbet sonrası mesaiye devam etmek ● İdari İşlerde Yaşanan Yoğunluk ○ Elektronik Sistemlerdeki aksaklıklar ve zorunlu prosedürler ○ Aile hekimliğinde yarı özerk bir sağlık kuruluşu işletmenin getirdiği iş yükü ○ Aile hekimlerine muayene dışında fazla sayıda angarya olarak görülen iş verilmesi ● Personel Yetersizliği ○ Yardımcı sağlık profesyoneli ve diğer personel sayısının yetersiz olması ○ Yardımcı sağlık profesyoneli ve diğer personel niteliğinin yetersiz olması ● Fiziksel İmkânlardaki Yetersizlikler ● Sağlık Hizmetleri Organizasyonunda Yaşanan Problemler ○ Sevk zincirinin uygulanmaması ○ Hasta Yönetiminde organizasyon eksikliği ● Gelecek Beklentisinde Azalma
	Araçsallaşmış hissetme	● Hekimlik pratiğinin toplum isteklerine göre uygulanmak zorunda bırakılması ● Sağlık hizmetlerine erişiminde sınırsız özgürlük tanınması ● Sağlık sisteminin siyasi rant kapısı olarak görülmesi ● Şikayet mekanizmalarının tek taraflı ve kontrolsüz çalışması ● Özel sektörde yüksek hasta memnuniyeti baskısı

Nöbet sonrası mesaiye devam etme

"*Ne kadar minimale indirmek istesek de yani bir 30-36 saati burada geçirip işe gitmek var bir de hani evinden duşunu kahvaltını alıp yapıp gelip işine gitmek var. Bu gerçekten çok yıpratıcı."* G13K3

Görüşmeciler işlerini zorlaştıran şeylerden birinin de idari işlerde yaşanan yoğunluk olarak ifade etmiştir. Elektronik sistem kullanımında yaşanan aksaklıklar ve zorunlu prosedürler tüm hekimler için işleri zorlaştıran faktörler olurken aile hekimlerinde bunun yanı sıra muayene dışında fazla sayıda angarya olarak görülen işlerin verilmesi ve aile hekimliğinin yarı özerk bir kuruluş olmasından kaynaklanan işletmenin getirdiği yükler **idari işlerde yaşanan yoğunluk** temasını oluşturan alt temalar olmuşlardır.

Elektronik sistem kullanımında yaşanan aksaklıklar

*"Bilgisayarların yavaş olması, yazıcıların sürekli arızalanması, teknik aksaklıklar, e-reçete sisteminin çalışmaması vs."*G48Ö3

Zorunlu prosedürler

"O malzemenin teknik şartnamesini yazmak, işte ihalenin sonuçlarıyla ilgilenmek. Mesela bu gibi doktorluğu ilgilendirmeyen esasında işlerimizde var." G11K2

Aile hekimlerine muayene dışında fazla sayıda angarya olarak görülen iş verilmesi

"…aile hekimliği açısından değerlendirirsem akıllarına gelen her şey aile hekimliği üzerinden yapılmaya başlandığı için… işte askerlik eklendi şimdi mesela bi tane ehliyet muayenesi" G41K1

Aile hekimliğinde yarı özerk bir sağlık kuruluşu işletmenin getirdiği iş yükü.

"İşte buranın kirası, personelin muhasebe giderleri, SGK'sı yattı mı, anlatabiliyor muyum hani şurada doktorluğun ötesinde bir yandan işverenmiş gibi." G52K1

Tükenmişlik temasını oluşturan temalardan bir diğeri personel yetersizliği teması olmuştur. Görüşmecilerden yardımcı sağlık profesyonellerinin ve diğer görevlilerin hem sayısının hem de niteliğinin yetersiz olduğunu vurgulayanlar olmuştur. Bu iki konu **personel yetersizliği** temasını oluşturan alt temalar olarak değerlendirilmiştir.

Yardımcı sağlık profesyoneli ve diğer personel sayısının yetersiz olması

"Ama mesela sürekli bir sekreter olmaması, hemşirelerin sayısının eksik olması, o işlerin tamamen düzgün yürümemesine neden oluyor. Bu da bana yansıyor. Onların pek çok işini bende yapmak zorunda kalıyorum. Zaman yetmiyor o zaman." G11K2

Yardımcı sağlık profesyoneli ve diğer personel niteliğinin yetersiz olması

"...çalıştığım sekreterler tıbbı sekreterlik mezunu değildi. Dolayısıyla benim yazışmalarımı takip edecek ve onları doğru yazacak insanlar olmadığından yazılarımı kendim yazmak zorunda kaldım." G7K3

Hekimlerden alınan yanıtlara göre **fiziksel imkânlardaki yetersizlikler** teması tükenmişlik anatemasını oluşturan temalardan biri olmuştur.

Fiziksel imkânlardaki yetersizlikler

"Mesela bir hastanede genetik testler yapılmıyorsa, yüzde 10 güçten düşmüş oluyorsun. Yani bu genetik testler yapılan hastanenin doktoru bir sıfır önde oluyor." G12K3

"2005ten 2011'e kadar sadece bir elektrokoter, büyüteçli ışıklı bir lamba ile çalışmak zorunda kaldık. Çünkü kaynak verilmedi bana bir de krio aldırmıştım" G7K3

Hekimlerin ifadelerine göre tükenmişlik anatemasını oluşturan temalardan biri **sağlık hizmetleri organizasyonunda yaşanan problemler** olmuştur. "Hasta yönetiminde yaşanan organizasyon eksikliği" ve "hasta sevk zincirinin uygulanmaması" sağlık hizmeti organizasyonunda yaşanan problemlerin alt temaları olarak değerlendirilmiştir.

Hasta sevk zincirinin uygulanmaması

"3. Basamağa gelene kadar çoktan işinin hallolması gereken hastanın buralarda kalabalık yapması maalesef bizi sağlık hizmetini vermek açısından olumsuz etkiliyor." G48Ö3

Hasta yönetiminde yaşanan organizasyon eksikliği

"...oradaki mesela stroke felç için böyle bir harita yapmışlar. Şu hastaneye gidecek bu hastaneye gidecek. Burada şu doktor var. Herkes belli. Belli bir sistemde çalışılıyor Almanya'da. Burada da öyle bir şey olması gerekir." G12K3

Hekimlerin iş yüklerini arttıran sebeplerin yanında tükenmişliğe neden olduğunu ifade ettikleri bir diğer sebep "gelecek beklentisinde azalma" temasıdır.

Gelecek beklentisinde azalma

"...herkes ben zaten gelecekte olacağım şey devlet memurluğu, yapacağım şey bu, ekonomik olarak maksimumda kazanacağım şey bu, dolayısıyla çok da fazla kendimi yormama gerek yok tarzında görüyor asistanlar şu anda. Bence en önemli şey o yani motivasyon yok yani." G21K3

Mesleğe yabancılaşma bağlamında tükenmişlikle beraber değerlendirilen diğer anatema araçsallaşmış hissetme olmuştur. Araçsallaşmış hissetme anatemasını oluşturan ilk tema **hekimlik pratiğinin toplum isteklerine göre uygulanmak zorunda bırakılması**dır.

Hekimlik pratiğinin toplum isteklerine göre uygulanmak zorunda bırakılması

"Biz hekimler amacına uygun kullanılmıyoruz. Hekime bir nevi.. Görüntü hekimlik yapıyormuş gibi gözüküyor ama aslında başka şey için kullanılıyor hekimler sekonder kazanç için kullanılıyor." G3K2

"hani doktor mecbur bakacak size, yapacaksınız, edeceksiniz, hastayı her türlü memnun edeceksiniz vs tarzı hani genel bir sağlık bakanlığı politikası var bu doğru değil kesinlikle hani… o yüzden Türkiye'de çok hekimlik yapmayı düşünmüyorum ben. G75Ö2"

Toplumun **sağlık hizmetlerine erişiminde sınırsız özgürlük tanınması** araçsallaşmış hissetme anatemasını oluşturan diğer temalardan biridir.

Sağlık hizmetlerine erişiminde sınırsız özgürlük tanınması

*"...nezle olan biride gece 22.00'da gelip hizmet almayacak. Nezle olan kişi birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarına gidecek. Ama bu yanlış. Nezle olan birisi buraya da geliyor. Çünkü bizim halkımıza eğer nezle olduğu zaman eğitim hastanesine gitmeyeceksin denirse memnun olmayacak. Memnun olmayacak diye istediği yere gitme özgürlüğüne sahip..."*G10K3

Hekimlerin ifadelerinde araçsallaşmış hissetmelerine neden olan sebeplerden biri **sağlık sisteminin siyasi rant kapısı olarak görülmesi** teması olmuştur.

Sağlık sisteminin siyasi rant kapısı olarak görülmesi

"Bugünkü sağlık anlayışı siyasilere rant kapısı oldu ve siyasiler de bunun farkında olduğu için bu sorunu çözmek istemiyorlar. Sorundan nemalanıyorlar. Siyasetçiler sağlıktan nemalandığı sürece bu ülkedeki sağlık problemi hiçbir şekilde çözülmez yani". G19K2

Görüşmeye katılan çok sayıda hekimin ifadelerinde yer bulan şikayet mekanizmalarına yönelik söylemler **şikayet mekanizmalarının tek taraflı ve kontrolsüz çalışması** teması olarak değerlendirilmiştir.

Şikâyet mekanizmalarının tek taraflı ve kontrolsüz çalışması

"Evet bir şikâyet merkezi olmalı hastalar bir dertlerini şikâyet yerine iletebilmeli bunların önü açık çok güzel ama bir süzgeç var mı? Yok. Hasta dese ki şöyle bir şikâyet yapsa beni bir kel doktor muayene etti dese abartmıyorum size idareden yazı geliyor ki savunmanızı yazın. Bu şey yok bütün kel doktorların savunması alınıyor yani. Ben bunu yaşadığım için söylüyorum." G47Ö3

"Mesela yurt dışında hekimi şikâyet etme hakkın gayet tabi var. Şikâyet ederken sana şunu söylüyor. Sen şikâyet edeceksin, bu hekim bundan dolayı yargılanacak ama eğer hatalıysa, o ceza ödeyecek sen para kazanacaksın. Aksi takdirde de sen ödeyeceksin haksız yere suçladığın için. Ama bizde ucu açık, tek taraflı bir kılıç var." G37Ö3

Araştırmaya katılan hekimlerimizden bazıları özel sektörde kamudan farklı olarak **yüksek hasta memnuniyeti baskısı**nın hekimlik pratiklerini zorlaştırdığını ifade etmişlerdir.

Özel sektörde yüksek hasta memnuniyeti baskısı

"hastanın tedavisi bu ise budur yani hasta aman da şurama da bir krem dediği zaman o krem bizde yazılmaz ona ihtiyacı yoksa burada öyle bir sistem yok burada ben bunu çok net hissediyorum gerçekten direnç koyuyorum ama ne kadar başarılıyım başarısızım o kısım tartışılır." G55Ö3

Görüşmecilerin **"**İyi hekimlikle ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirmek adına işinizi zorlaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna verdiği cevapların değerlendirildiği bağlamlardan biri de kendini gerçekleştirmedir. Kendini gerçekleştirme bağlamında tıp eğitiminde yetersizlik, liyakatin önemsizleşmesi ve özel sektörün kazanç baskısı anatemaları ve bunları oluşturan tema ve alt temalar yer almaktadır (Tablo 4.8.).

Tıp eğitiminde yetersizlik anateması "tıp fakültesi eğitimi sorunları", "uzmanlık eğitimi sorunları" ve "hizmet içi eğitim eksikliği" temaları ve bunların alt temalarından oluşmaktadır.

Tablo 4.8. Kendini gerçekleştirme bağlamını oluşturan anatema, tema ve alt temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Kendini Gerçekleştirme	**Tıp Eğitiminde Yetersizlik**	● Tıp Fakültesi Eğitimi Sorunları o Nitelikli öğretim üyesi sayısı azlığı o Öğrenci sayısının fazla olması o Pratik eğitimin yetersiz olması o İdari işler ve kanuni evraklar ile ilgili eğitimin yetersiz olması ● Uzmanlık Eğitimi Sorunları o Eğitimin yetersiz olması o Kriter ve standartların olmaması o Uzmanlık öğrencisi seçiminde TUS sınavının iyi bir gösterge olmaması ● Hizmet içi eğitim eksikliği
	Liyakatin Önemsizleşmesi	● Görevlendirmelerin liyakate göre yapılmaması
	Özel Sektörde Kazanç Baskısı	● Hekimin yaşadığı performans kaygısı ● Özel sektörün kazanç baskısı

Tıp fakültesi eğitimi sorunları ile ilgili olan ifadeler "nitelikli öğretim üyesi azlığı", "öğrenci sayılarının fazla olması", "pratik eğitimin yetersiz olması", "idari işler ve yasal evraklara yönelik eğitimin yetersiz olması" alt temaları üzerinde yoğunlaşmıştır.

Nitelikli öğretim üyesi azlığı

"Sadece bir tane 35 yaşında anatomi hocası veya bir fizyoloji hocası ne öğretebilir ki? Çünkü onun her konuda uzmanlaşması mümkün değil. Yani bu tıp eğitimi ekip işi. Bu ekiplerin kurulduğu yerlerde yapılması lazım." G12K3

Öğrenci sayısının fazla olması

"Öğrenci fazlalığı ama öğrenci fazlalığı hakikaten en çok o etkili. Mesela bizim küçük bir hastaneydi 120 öğrenci, 100 öğrenci vardı. Yani bir staj durumunda bir serviste 5 tane hasta yatıyorsa 10 tane stajyer oluyordu" G34Ö3

Pratik eğitimin yetersiz olması

"Çok gereksiz bir teorik yük var tıp fakültelerinde. Pratik eğitiminin çok daha fazla mesela ben hiç bir daha hiç hayatımda entübasyon yapmadım. Tıp fakültesinden mezun olduğumda." G34Ö3

İdari işler ve yasal evraklara yönelik eğitimin yetersiz olması

"Yani böyle o hastanenin işleyişi işte evraklar raporlar bunlarla ilgili yeterli eğitim almıyorsunuz. Hani sahaya çıktığınızda hiçbir şey bilmediğinizi fark ediyorsunuz" G14K3

Uzmanlık eğitimi sorunları temasının alt temalarını "eğitimin yetersiz olması", "kriter ve standartların olmaması", "uzmanlık öğrencisi seçiminde TUS sınavının iyi bir gösterge olmaması" oluşturmaktadır.

Eğitimin yetersiz olması

"...asistanlık eğitimi bence birçok şeyde üniversitede yeterli değil asistanlık eğitimi. Yani insanlar doktorluğu şeyde dışarıya artık uzman olduktan sonra birçok şeyi öğreniyor." G3K2

Kriter ve standartların olmaması

"...şöyle asistanlığın son birkaç ayında, asistanlık eğitiminin bir noktasında resmi olarak dense ki hani 5 saat 6 saat atıyorum şu kütüphanede geçirecek ya da şu yayını okuyacak". G13K3

Uzmanlık öğrencisi seçiminde TUS sınavının iyi bir gösterge olmaması

"Geliyor nöroloji kazandım diyor ilgisi de yok. Esasında ben şurayı kazanmak istiyordum hasbelkader buraya gelmişim diyor. Bir sene falan böyle bir ilgisiz bekliyor ondan sonra işte biraz lütfen konuyla ilgileneyim. Tekrar tusa gircem artık bir şey kazanamazsam buna devam ederim diyor. Böyle bir ortamda adam bir şey öğrenmez ki." G12K3

Tıp eğitiminde yetersizlik anatemasının son temasını **hizmet içi eğitim eksikliği** teması oluşturmaktadır.

Hizmet içi eğitim eksikliği

"...nedir mesela nöroloji geri beslemeye alınma gibi şeylerin olması." G4K2

Kendini gerçekleştirme bağlamının ikinci anateması liyakatin önemsizleşmesi anateması ve ona işaret eden **görevlendirmelerin liyakate göre yapılmaması** temasından oluşmaktadır.

Görevlendirmelerin liyakate göre yapılmaması

***"…**liyakat yok ondan sonra çalışma barışı olmalı, bakıyorsunuz çalışma sizin altınızda insanlar belli bir görevlere geliyor sizin asla o görevlere gelme şansınız olmuyor."* G2K3

Kendini gerçekleştirme bağlamının son anateması özel sektörün kazanç baskısıdır. Özel sektörde kazanç baskısı hem **hekimin performans kaygısı** hem de **sektörün kazanç baskısı** temalarından oluşmaktadır.

Hekimin performans kaygısı

"hekimin kafasında kesinlikle şu olmamalı; ya ben ay sonunda işte maddi kaygılarım var onun için daha fazla hasta bakayım ya da daha fazla ameliyat yapayım yani maalesef gereksiz ameliyata giriyor iş yani bir yerden sonra para kazanmaya dönüyorsa hem kamuda hem özel sektörde. ... Bana soran birisine kesinlikle derim iki üç hekimden görüş almadan acil değilse ameliyat olmayın derim yani bunu net hâlihazırda söylerim. ... Adam şimdi girişte 100 hastanın 20sini ameliyat ederse 2000 lira örnek atıyorum ameliyat 40000 lira kazanır. 100'ün hiçbirini ameliyat etmezse sadece 50 liradan para kazanır hastanede performansın artarsa özel sektör böyle." G67Ö2

Sektörün kazanç baskısı

"Çünkü bir şirketin içinde çalışıyorsunuz, o şirketin istediği tek şey para kazanmak başka hiçbir şey değil. O hekimi tabi zorluyor yani sizin yapacağınız vakalarda bile siz de o yönde gidiyorsunuz yani" G70Ö2

Görüşmecilerin ifadelerinde odaklandıkları temel konulardan biri hastalara yararlı olmalarında önlerine çıkan engeller olmuştur. Hekimlerin bu konuya yönelik ifadeleri güvenilmeme, kendini koruma, başarılı iletişim kuramama, saygı görmeme, mevzuat ve uygulamalar anatemalarını oluşturmuş ve faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Faydalı olma bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Faydalı Olma	**Güvenilmeme**	● İnsanlara güvensizlik ● Doktorlara güvensizlik ● Medyada hekimlerin kötülenmesi ● Medyada yanlış yönlendiren sağlık programları ● İnternetten alınan yanlış bilgiler
	Kendini Koruma	● Tıbbi hata (malpraktis) kaygısı ● Kanunların ve cezai müeyyidelerin ağır olması ● Performans sisteminin işin niteliğinden çok niceliğine önem vermesi
	Sağlık Hizmeti Karşılama Politikaları	● SGK'nin bazı ilaç ve tıbbi hizmetleri karşılamaması ● İlaç ödeme protokollerinde sık yaşanan değişim

	Başarılı İletişim Kuramama	● Ön Yargılı Yaklaşım
		  ● Hekimin parasal motivasyonla hareket ettiği algısı
		  ● Hastaların gerçekçi olmayan beklentileri
		  ● İyi hekimlik algısının halk ve hekim nazarında birbirinden çok farklı olması
		● Toplum eğitiminin yetersizliği
		● Toplumun yetişme tarzındaki değişim

	Saygı Görmeme	● Hastaların hekime gerekli saygıyı göstermemesi

Güvenilmeme anateması **insanlara güvensizlik**, **doktorlara güvensizlik**, **medyada hekimlerin kötülenmesi**, **medyada yanlış yönlendiren sağlık programları** ve **internetten alınan yanlış bilgiler** temalarından oluşmaktadır.

<u>İnsanlara güvensizlik</u>

"İnsanlar annesine babasına da güvenmiyor. Yani sürücünüze güvenmiyorsunuz yani doktorada güvenmesi olmayacak tabi ona da güvenmeyecek yani. Genel bir güvensizlik var genel bir ahlak şeyi var". G2K3

Doktorlara güvensizlik

"Her geçen gün daha mesela verdiğimiz tedaviler, her türlü şeyler bir kuşkuyla bakılıyor" G63Ö2

Medyada hekimlerin kötülenmesi

"*sürekli doktor yanlış tedavi uyguladı diye sürekli haberleri ön plana çıkarırsan… yani tamamen algıyı ona göre değiştirebilirsin yani. Bu iyi elindeyse iyi olur kötü elindeyse kötü olur toplumun gözünde."* G34Ö3

Medyada yanlış yönlendiren sağlık programları

"Medyanın sürekli bu alternatif tıp pazarlamaları diyeyim en kaba tabirle… Alternatif tıp pazarlamaları ve bu medyatikliğin bilimsel tıptan uzaklaşması da insanlar da güven eksikliği oluşturuyor." G50K2

İnternetten alınan yanlış bilgiler

"…internet işimi çok zorlaştırıyor. Hasta okuyor geliyor. Mesela sen ne anlatırsan anlat boş yani sen nereden gelmiş olursan hangi hocadan ne dinlemiş olursan hangi kitaptan ne okumuş olursan önemli değil yani o maydanozu kaynatıp içecek aksi mümkün değil" G55Ö3

Hekimlerin hastalara faydalı olmalarının önünde gördükleri engellerden biri de kendini koruma davranışları olarak ifade edilmiştir. **Tıbbi hata kaygısı**, **kanun ve müeyyidelerin ağır olması** ve **performans sistemi ölçütlerinin niceliğe odaklanması** kendini koruma anatemasını oluşturan temalardır.

Tıbbi hata kaygısı

"Çünkü hata yapmak yani davalar çok oldu artık. Sorumluluk aldığınızda dava riskini de almış oluyorsunuz. Bu kez kimse elini taşın altına koymak istemiyor herkes temiz hasta almak istiyor." G14K3

Kanun ve müeyyidelerin ağır olması

"... ameliyatı yaparken bir komplikasyon çıktığı zaman ne oluyor? Taksirle adam öldürmekten giriyorsunuz. Yani bir adamı planlayarak öldürmek noktasından ceza alıyorsunuz. Ama ben orada yaptıklarımın sonucunda oluşan komplikasyon olarak değerlendirilebilmesi için çok büyük aşamalardan geçiyor olması lazım. Senin ihmalinin olmadığının kanıtlanması lazım tamamen kendini kanıtlamak zorundasın." G25K2

Performans sistemi ölçütlerinin niceliğe odaklanması

"İşte performans sisteminde insanlar çok hasta bakmaya yönlendirilmiş. Eee hani bakılan hastada yapılan işin kalitesi değil de sayı önemli şu an." G3K2

Görüşmeciler ifadelerinde SGK'nın bazı ilaç ve tıbbi hizmetleri karşılamaması ve ödeme protokollerinde sık yaşanan değişimi kendilerine zorluk çıkaran etkenlerden biri olarak ifade etmişlerdir. Bu ifadeler **sağlık hizmeti karşılama politikaları** teması altında faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir.

SGK'nın bazı ilaç ve tıbbi hizmetleri karşılamaması

"İşte atıyorum çok popüler artı işte hastaların fayda gördüğü bazı uygulamalar SGK kapsamında olmadığı için hastalara direkt önersek bile hasta eğer ekonomik yeterliliği yoksa onu kabul edemiyor, yaptıramıyor falan. Şuanda bizim açımızdan en önemli engel o." G68K2

"...hastaların kronik hastalıklarıyla ilgili aldıkları raporların süreleri az, bitiyor. Bazı arkadaşlar uzman olan bir iki tane arkadaş var onların dışındakiler rapor çıkaramıyor hastalar mağdur kalıyor. Yani emek verirken hizmeti de genişletmek lazım bir de hekimlere bunların biraz daha hak tanımak lazım çok müdahale ediliyor." G60K2

Ödeme protokollerinde sık yaşanan değişim

"Yazdığımız ilaçların çoğu ödenmiyor, dün ödenen ilaç bugün ödenmiyor. ... endirekt olarak bizim iş yoğunluğumuzu arttırıyor. İlaç düzeltmeye geliyor o

yokmuş o ödenmiyormuş gibi yani aksaklıklarda bunlar. Çok sık değişiyor." G60K2

Hekimler günlük pratiklerinde en önemli zorluklardan biri olarak gerek hastalarla kurdukları iletişimde yaşadıkları problemler olduğunu ifade etmişlerdir. İletişim kuramama anateması olarak belirlenmiş bu söylemleri **önyargılı yaklaşım**, **toplum eğitimindeki yetersizlik** ve **toplumun yetişme tarzındaki değişim** temalarından oluşmaktadır. Önyargılı yaklaşım temasını hekimin parasal motivasyonla hareket ettiği algısı, gerçekçi olmayan beklentiler ve iyi hekimlik algısının halk ve hekim nazarında farklı olması temalarından oluşmaktadır.

Hekimin parasal motivasyonla hareket ettiği algısı

"*Hasta bana diyor ki "sen benim param için diyor, başka bir bölümden diyor, şey istiyorsun diyor. Sen benim ilaçlarımı vermedin". Böyle saçma sapan şeylerle karşılayabiliyoruz ne yazık ki"* G37Ö3

Hastaların gerçekçi olmayan beklentileri

"…insanların taleplerinin ve şeylerinin arzularının anında giderilmesi gibi bir şeyleri var. Yani anında giderilecek, anında acıları, sıkıntıları, reçeteleri anında muayene edilecek ve gerçekten şeye döndü." G26K2

İyi hekimlik algısının halk ve hekim nazarında farklı olması

"Hastaya göre iyi hekim ile gerçekten iyi hekim arasında dağlar var şu anda. Hastaya göre iyi hekim hastanın ilacını yazan, hastaya rapor yazan, hastaya istirahat veren hastaya gülücükler dağıtan hekim. Evet. İşin hakkını vererek gerçekten iyi hekimlik maalesef böyle olmuyor." G8K3

Toplumda eğitimin yetersizliği

"Hastaların sosyo-kültürel durumu çok etkili. Bazı hastalarla gerçekten iyi ilişkiler kurabiliyorsunuz. Ona bir verdiğinizde onun 2 hatta 3 aldığını görüyorsunuz ama bazılarına 10 verdiğinizde hiçbir şey almadığını görüyorsunuz". G8K3

Toplumun yetişme tarzındaki değişim

"…bilhassa da özellikle 18-25 yaş grubu gençler. Hani özellikle etik dediğimiz şey hani hakikaten yok onlar da. Hakikaten aşırı bir özgüven var ya yetiştirilişten bir çocuk merkezi yetiştiriyor çocukları aileler artık ondan… Benim gördüğüm bu gençlikte bir problem var". G28K2

Hekimlerin çoğunluğu tarafından ifade edilen hastalara faydalı olmalarında bir engel olarak gördükleri ve aynı zamanda beklentilerinden farklı olarak karşılaştıkları bir durum olarakta ifade ettikleri **saygı görmeme** faydalı olma bağlamında da değerlendirilen son tema ve anatema oluşturmuştur.

Saygı görmeme

"*Çok yoğunum bakamam yarın şu saatte gel diyorum mesela. Allah belanı versin deyip gidiyor. İki gözün kör olsun deyip gidiyor. Bu yediğin sana haram zıkkım olsun deyip gidiyor. Bu da beni tabi ki sonuç olarak hiç kimseye, hiç kimse için riske atmama noktasına getiriyor. Sonuçta muayene yapmak zorundayım ama ameliyat yapmak zorunda değilim… Ben de defansif tıbba geçtim.* " G24K2

"*…yani ağzındaki sakızı bile ağzından çıkarmayı bırak çiğnemeyi durdurmadan giriyor içeriye. Bu kadar saygısızca. Ben bile bakkala gittiğimde ağzımdaki sakız varsa çiğnemiyorum. E bu da doktorları olumsuz yönde etkiliyor. İnsan hizmet vermek istemiyor*." G3K2

Hekimlerin mesleki uygulamalarında önlerine çıkan engellerden biri hekimlik pratiklerini etkileyen dayatmalar olarak ifade edilmiştir. Hekim inisiyatifini ortadan kaldıran ya da zorladığını düşündükleri durumlar dayatma görme anateması ve mesleki özerklik bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Özerklik bağlamını oluşturan antema ve temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Mesleki Özerklik	**Dayatma Görme**	● Mevzuatla belirlemiş katı uygulamalar ● Gereksiz ilaç ve rapor istekleri ● Diğer kurumların yanlış tutumları

Dayatma görme anateması **mevzuatla belirlenmiş katı uygulamalar**, **uygunsuz hasta talepleri** ve **farklı kurumların yanlış yönlendirmeleri** temalarından oluşmaktadır.

Mevzuatla belirlenmiş katı uygulamalar

"Antibiyotik konusunda çok ciddi baskı var. çocuk geliyor burada değerlendiriyorum viral üsye belli ama hani buna bir baktığınız zaman bakteriel bir enfeksiyonun süperpoze olarak gelişeceğine 3 gün sonra ben eminim zaten bu çocukta. Bakım şartları çünkü bakım yok bu çocukta… Ben buna başlıyorum mesela antibiyotiği…ama şimdi bu olaylardan dolayı bunu yaparken iki kere düşünmek zorunda kalıyoruz." G42K1

Uygunsuz hasta talepleri

"Yani muayene ettiriyor sana kendini veya hastasını fakat reçete kısmında kendi istediğini yaptırmaya çalışıyor. Bu çok oluyor mesela ben bu konuda sıkıntı yaşıyorum hastalarla". G51K1

Farklı kurumların yanlış yönlendirmeleri

"Ama bir müdür onu o şekilde işleme almıyor ya da hani iletişimde mi sıkıntılar oluyor. Sen git bana doktordan bir evrak getir ona göre düzenleyebilirim gibi yönlendirebiliyorlar." G52K1

Görüşmeciler özellikle son yıllarda arttığı düşünülen şiddet olaylarına işlerini zorlaştıran maddeler içerisinde yer vermişlerdir. **Can güvenliğinin sağlanamaması**, **farklı sorunların hekime şiddet olarak yansıması** ve **medyada hekime şiddetin**

özendirilmesi temaları şiddete maruz kalma anatemasını oluşturan temalar olarak değerlendirilmiş ve güvenlik bağlamında sunulmuştur (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Güvenlik bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Güvenlik	**Şiddete maruz Kalma**	● Sağlık personelinin can güvenliğinin sağlanamaması ● Toplumdaki farklı sorunların hekime şiddet olarak yansıması ● Medyada hekime şiddetin özendirilmesi

Can güvenliğinin sağlanamaması

"Şu an ne fiziksel şartlarımız hususu ne güvenlik hususu ne herhangi bir şikayetimizi dileğimizi bildirebileceğimiz bir merci hususu bunların hiçbirisi sağlanmadığı için ve gelecekteki yıllarda da sağlanacağını düşünmediğim için optimal bir hekimlik yapma olanağımız yok." G22K3

Toplumdaki farklı sorunların hekime şiddet olarak yansıması

"Bugün kaç milyon, 45 milyon insan işsiz bunların aileleri var. Nasıl sağlığı çözeceğiz? Zaten çözülmüyor…Şiddet evet yani vatandaş zaten potansiyel olarak şiddete meyilli sorunlar yumağı ile geliyor ve müsebbip olarak sizi görüyor." G24K2

Medyada hekime şiddetin özendirilmesi

"Maalesef televizyonlarda doktora şiddet gösteriliyor sonra sonuçta birazcık buna müsait olan biri televizyonda inanın onu gördüğünde işte oradaki adam dövmüş ben de gidip yarın onu döverim diye düşünebiliyor." G13K3

Hekimlerin söylemlerinde işlerini zorlaştıran şeylerden bir diğer etkenin diğer meslektaşlar olduğu belirlenmiştir. İfadelerindeki **performansa göre ücretlendirme sisteminin iş barışını bozması,** meslektaşlar arası iş barışının bozulması anatemasını, **iş yükü yoğun hastaya hizmet vermekten kaçınma** teması iş yükü paylaşımından

kaçınma anatemasını, **meslek örgütünün hekim birliğini sağlayamaması** meslektaş birliğinin sağlanamaması anatemasını oluşturmuş ve dayanışma bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo4.12.).

Tablo 4.12. Dayanışma bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Dayanışma	**Meslektaşlar arasında iş barışının bozulması**	● Performansa göre ücretlendirme sisteminin meslektaşlar arasında iş barışını bozması
	İş Yükü Paylaşımından Kaçınma	● İş yükü yoğun hastaya hizmet vermekten kaçınma
	Meslek Örgütünün Hekim Birliğini Sağlayamaması	● Meslek örgütünün hekim birliğini sağlayamaması

Performans sisteminin meslektaşlar arasında iş barışını bozması

"*hiç döner hasta döneri almayan hekim arkadaşımız da vardır ama 6 lira döner alan hekim arkadaşımız da vardır. Gelir arasında böyle bir uçurum var. Bu birçok faktöre bağlı en önemli faktör de bulunduğunuz hastanede ki kaç tane branş doktoru olduğuna bağlı. Burada beş psikiyatrist doktor olsa bizim gelirimiz performansımız hiç olmaz".* G26K2

"Çünkü hekimler arasında ciddi şey kıskançlık mı diyeyim ciddi bir birbirini çekememezlik yarattığı bu durum pratikte. Sen şu kadar hasta baktın, ben bu kadar hasta baktım, senin dönerin ne kadar, benimki ne kadar." G28K2

İş yükü yoğun hastaya hizmet vermekten kaçınma

"*Mesela devredilecek bir hasta oluyor ama devir almıyorlar. Bizlik değil, bizlik değil falan gibisinden… Bu da tamamen iş yükünün azaltılmasıyla alakalı bir şey. Hani sorumluluk almamakla alakalı bir şey. Öyle."* G37Ö3

Meslek örgütünün hekim birliğini sağlayamaması

"Yani meslek örgütlenmeleri sırasında siyaset çok ön plana çıkmaya başladı, mesleki ihtiyaçlarımızı önceliklerimizi özlük haklarımızı gibi şeyleri ön plana getiremez hale geldik." G43K1

4.2.2.2. Hekimlik pratiğini kolaylaştıran şeyler:

Hekimlik pratiğini kolaylaştıran şeyler başlığı altında "İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi kolaylaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna alınan cevapların değerlendirilmesiyle belirlenen tema, anatema ve bağlamlar verilmiştir. Bu soruda verilerden elde edilen temaların fazla olmasından dolayı bağlam ve anatemaların olduğu tablo verildikten sonra temaları içeren tablolar ayrı ayrı sunulmuştur. Hekimlerin işlerini zorlaştıran şeyler 6 bağlam ve 22 anatemadan oluşmuştur. (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. "İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi kolaylaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar

Bağlam	**Anatema**
Kendini Gerçekleştirebilme	İş yükü azlığı
	Yenilikleri takip etmek
	İç huzur
	Teknoloji kullanımı
	Akademik ortam
Dayanışma	Sağlık ekibi desteği
	Öğretim üyelerinden alınan destek
	İdari destek
	Aile ve sosyal çevre desteği
Faydalı Olabilme	Toplumsal İhtiyacı Karşılama
	Hastalar ile başarılı iletişim
	Sağlık hizmetine uygun tesisler
	Sağlık hizmetine uygun organizasyon
	Kapsamlı ödeme politikaları
	Empati yapabilme
Emeğinin Karşılığını Alma	Hastaların olumlu geribildirimi
	Ücret politikası
Mesleki Özerklik	İş yükü planlaması
Destek Alamama	Hiçbir şey

Hekimlerin mesleki pratiklerinde işlerini kolaylaştırdıklarını ifade ettikleri söylemlere göre belirlenen 11 tema ve bu temaların işaret ettiği iş yükü uygunluğu, yenilikleri takip etmek, iç huzur, teknoloji kullanımı ve akademik ortam anatemaları kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.14.).

Görüşmecilerden uzmanlık öğrencisi statüsünde olan hekimlerin işlerini kolaylaştıran şeylerden biri **kıdemli bir pozisyona geçmek** olmuştur. Yine özel sektörde çalışan hekimlerin söylemlerinde işlerini kolaylaştırdıklarını söyledikleri ifadelerden biri **hastaya yeterli zamanı ayırabilmek**tir. Bu temalar iş yükü uygunluğu temasını oluşturmuştur.

Tablo 4.14. Kendini gerçekleştirebilme bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	**Anatema**	**Tema**
Kendini Gerçekleştirebilme	**İş yükü uygunluğu**	● Kıdemli bir pozisyona geçmek ● Hastaya yeterli vakti ayırabilmek
	Yenilikleri takip etmek	● Yenilikleri takip etmek
	İç huzur	● Dini inançlar ● Mesleğini sevmek
	Teknoloji kullanımı	● Teknoloji kullanımının artması ● Otomasyon sistemlerinin kullanılması ● Sosyal medya ve iletişim uygulamalarının kullanımı
	Akademik ortam	● Akademik ortam içinde bulunmak ● Tecrübeli öğretim üyeleri ile çalışmak ● Meslektaşlarla birlikte yapılan bilimsel faaliyetler

Kıdemli bir pozisyona geçmek

"Hani biraz daha kıdemli olduğunda altında ki insanların sayısı arttığında tabi ki de sana düşen iş yükü biraz daha azalıyor. İşte nöbette biraz daha az yoruluyorsun bu ne oluyor birincisi yılların verdiği o fiziksel yorgunluk gidiyor." G13K3

Hastaya yeterli vakti ayırabilmek

"...en önemlisi özel sektörde olduğum için zaman, hastalara ayırdığım zamanın daha yeterli olması diyebilirim bu konuda." G71K3

Hekimlerin işlerini kolaylaştırdığını ifade ettikleri kendilerine yönelik temalardan biri **yenilikleri takip etmek** teması ve anateması olmuştur.

Yenilikleri takip etmek

"O zaman bir competition için bir eğitim sürecinde bir şeyler okuman, geliştirmek gerekiyor. Bu sonsuz bir şey yani. Okudukça daha önceki bir yöntemin, daha iyi bir yöntemle değiştiriyorsun." G40Ö3

Görüşmeciler işlerini kolaylaştıran şeylerden birinin **dini inançlar**ı olduğunu ifade etmişlerdir. Bir diğer ifade de **mesleğini sevmektir**. Bu temalar içsel motivasyon anateması olarak değerlendirilmiştir.

Dini inançlar

"Tabi insanların dini duyguları da insanın meslek şeyini kolaylaştırıyor. Yani en belli başlı olanlar bunlar bence." G2K3

Mesleğini sevmek

"*Bence iyi hekimlik yapmanın en önemli şartları işini sevmek… Yani işini seven birisi biraz şartlar zor da olsa bir şekilde bir yerlere yani istediği tam istediği ya da yeterli bulduğu gibi olmasa da iyi hekimlik yapıyor diye düşünüyorum."* G27K2

Hekimler işlerini kolaylaştıran şeylerden biri olarak teknoloji kullanımının artması olarak ifade etmişlerdir. **Teknoloji kullanımının artması**nın, **otomasyon sistemlerinin kullanılması**nın ve **sosyal medya ve iletişim uygulamalarının kullanılması**nın işlerini kolaylaştırdıklarını belirtmiş bu temalar teknoloji kullanımı anatemasını oluşturmuştur.

Teknoloji kullanımının artması

"Teknoloji bilim dalının içine girince hakikaten hayal edemediğimiz şeyler yapabiliyoruz. İşte o dönemde enstrümantayson çok sınırlıydı. O çok sınırlıydı. Enstrümantasyonun gelişmesi, mesleğin içerisine girmesi, ortopediye girişi yani çok devrim oldu". G19K2

Otomasyon sistemlerinin kullanılması

*"...şu bilgisayar sistemine geçilmesi, otomasyona geçilmesi, laboratuvar sisteminin kurulması, ulusal sağlık sistemi, nabız portalının açılması yani bu bunlar başlı başına aslında sağlıkta bir devrim yani."*G35K1

Sosyal medya ve iletişim uygulamalarının kullanılması

"hastamız hakkında bir sıkıntı olduğu zaman onlar bana ben onlara, hepimiz birbirimize yaptığımız zaman hepimizin bir yorumu oluyor. Bunu gerek facebook gerek whatsApp grupları, bunlar bize çok yardımcı oluyor." G65Ö2

Görüşmecilerin ifadelerinde işlerini kolaylaştıran diğer bir faktör akademik ortamda ve faaliyetlerde bulunabilmekle ilgili olmuştur. **Akademik ortamda bulunmak**, **tecrübeli öğretim üyeleri ile çalışmak** ve **meslektaşlarla birlikte yapılan bilimsel faaliyetler** akademik ortam anatemasını oluşturan temalar olmuşlardır.

Akademik ortamda bulunmak

"...o yüzden akademik bir ortamın içinde bulunursanız bu ortamda zaten karışmak istemeseniz de, kendiniz okumasanız bile ortamın içinden zaten nemalanabiliyorsunuz." G47Ö3

Tecrübeli öğretim üyeleri ile çalışmak

"Birikimli bi hocamız, bir diğeri yıllarca ……. hastanesinde başhekimlik yapmış bi hocamız var… Hani işimizi kolaylaştırıyorlar yani demek istediğim o bilgi birikim ve yani yarattıkları kültür açısından diyorum yani." G46Ö3

Meslektaşlarla birlikte yapılan bilimsel faaliyetler

"Kendi bölümünle ilgili arkadaşlarınla bir tecrübe paylaşmak, literatür takibi, kongreye gitmek bunlar önemli şeyler." G12K3

Hekimlerin ifadelerinde işlerini kolaylaştıran şeylerden birinin iş ve aile çevresinden alınan destekler olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin iş yerinde sağlık ekibi, beraber çalıştıkları öğretim üyeleri ve kıdemliler, klinik ve hastane yöneticilerinden aldıkları destek iş ortamında aldıkları desteğe yönelik belirlenen anatemalar olurken ailelerinden aldıkları destek aile desteği anateması olarak belirlenmiş ve dayanışma bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.15.).

Tablo 4.15. Dayanışma bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	**Anatema**	**Tema**
Dayanışma	**Sağlık ekibi desteği**	● Meslektaş desteği ● Bilinçli yardımcı sağlık personeli ● Uyumlu bir ekip olabilmek
	Öğretim üyelerinden alınan destek	● Öğretim üyelerinden ve kıdemlilerden gerekli desteği görebilmek
	İdari destek	● Klinik ve hastane
	Aile desteği	● Aile ile olan iyi ilişkiler.

Hekimlerin ifadelerinde **meslektaş desteği**, **bilinçli yardımcı sağlık personeli** ve **uyumlu bir sağlık ekibi olabilme**nin işlerini kolaylaştıran temel faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir. Bu ifadeler tema olarak sağlık ekibi desteği anatemasını oluşturmuştur.

Meslektaş desteği

"... multidisipliner bir dalda çalışıyoruz sonuçta her türlü hasta bize geliyor. ...işte beraber hasta kontrol ettiğiniz hekimlerin sizin gibi özverili olması tabi işinizi çok kolaylaştırıyor." G75Ö2

Bilinçli yardımcı sağlık personeli

"Eczanesinden tut hemşiresine yani bu çok önemli. İyi hekimlik yapmak yani iş sizinle bitmiyor. Sizin gerinizde de yardımcı sağlık personelinin, sekreterinin hepsinin hastaya yaklaşımı, işte bilinçli olması sizin işinizi kolaylaştırıyor sonuçta." G74Ö2

Uyumlu bir ekip olabilmek

"Öncelikle ekibimi çok seviyorum. Biz çok iyi bir ekibiz. Yani şey değil gerçekten böyle. Sürekli birbirimizi upregüle eden bir ekibiz." G8K3

Görüşmecilerden üniversite ve eğitim araştırma hastanesinde çalışan uzmanlık öğrencilerinin ifadelerinde kendilerinden kıdemli hekimler ve öğretim üyelerinden aldıkları desteğin işlerini kolaylaştıran önemli faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir. Bu ifadeler **öğretim üyelerinden ve kıdemlilerden gerekli desteği görebilmek** temasını ve öğretim üyelerinden alınan destek anatemasını oluşturmuştur.

Öğretim üyelerinden ve kıdemlilerden gerekli desteği görebilmek

"*İşimi kolaylaştıran şeyler kesinlikle bizim kıdemlilerimiz ve hocalarımızdır… bizim burada bizzat doçent, profesör düzeyinde gidip soruyorsun ve adamda sana anlatıyor. Hatta anlatmaya çok çok meraklı olan hocalar da var. Onların olması benim için bu mesleğe olan aşkımı, sevgimi arttıran, mesleğe motivasyonumu arttıran şeylerden bir tanesi."* G48Ö3

"Kıdemlinden uzmanından veya hocandan göreceğin destek. Sorarken ya da hani bir konuyla ilgili bilgi alırken karşılaş hani ne diyeyim ee dirençle karşılaşmamak hani bunlar önemli… İşimi kolaylaştırıyor işimi kolaylaştıran onun dışında da bir şey yok gerçekten." G15K3

Hekimlerin işlerini kolaylaştıran şeylerden biri de aileleri olmuştur. Hekimler ifadelerinde aileleri ile olan iyi ilişkilerinin onlar için önemli bir destek olduğunu belirtmişlerdir. **Aile ile olan iyi ilişkiler** teması aynı zamanda aile desteği anateması olarak belirlenmiştir.

Aile ile olan iyi ilişkiler

"Hala 27 yaşındayım ama çocuk gibi bize bakıyorlar ediyorlar yani. Çok büyük veya şey gösteriyorlar bize karşı ıı o kelimeyi bulamadım ama… Tolerans? Tolerans gösteriyorlar biz çünkü bu konuda onları çok ihmal ediyoruz galiba. Özel günlerde hiçbir şekilde yanlarında olamıyoruz yorgun oluyoruz falan bu konuda bize en çok destek olan kişiler aile yani. Çünkü çocukluktan o okuma devrelerinin hepsini bildiği için alışıyorlar onlar da." G16K2

Hekimlerin mesleklerini icra ederken öncelikli olarak hastalara faydalı olma motivasyonuyla ifade ettikleri söylemler faydalı olabilme bağlamında değerlendirilmiştir. Toplumsal ihtiyacı karşılama, sağlık hizmetine uygun tesisler, sağlık hizmetine uygun organizasyon, hastalarla olumlu iletişim ve kapsamlı ödeme politikaları faydalı olabilme bağlamını oluşturan anatemalardır. Bu anatemalara işaret eden temalarla birlikte faydalı olma bağlamında sunulmuştur (Tablo 4.16.).

Hekimlik yaparken hekimsiz bir yerden gelmiş olmanın zorluklarını görerek bunun en önemli motivasyon kaynağı olduğunu ifade eden görüşmecilerin ifadeleri **toplumun hekime olan ihtiyacının farkında olmak** teması ve toplumun ihtiyacını karşılamak anatemasını oluşturmuştur.

Toplumun hekime olan ihtiyacının farkında olmak

"… yani hekimsiz bir yerden çıkıp gelmiş olmaktan dolayı yani bir hekimin ne olduğunu toplum için milletimiz için ne anlama geldiğini ifade ettiğini biliyorum. Hala önümde benim şahsım adına hekimliği yapmadaki en büyük motive edici etkendir." G6K2

Hekimlerden **büyük şehirde olma**nın sağladığı tıbbi avantajların yanı sıra **tüm uzmanlık dallarının olduğu bir hastane çalışma**nın ve **fiziksel olarak sağlık hizmetine uygun tesislerde çalışma**nın işlerini kolaylaştırdığını ifade eden hekimler olmuştur. Aile hekimlerinden çalıştıkları **birimlerin hem fiziksel hem de donanımsal olarak standartlarının belirlenmiş olması**nın işlerini kolaylaştırmış olduğunu

söyleyen hekimler bulunmaktadır. Bu ifadeler sağlık hizmetine uygun tesisler anatemasını oluşturan temalar olarak belirlenmiştir.

Büyük şehirde olmak

"Yani şöyle Ankara'da olmam birazcık avantaj çünkü büyük şehirdeyim yani destek alabileceğim eğitim ve araştırma hastaneleri var sıkıştığımı düşündüğün bir durumda." G5K2

Tüm uzmanlık dallarının olduğu bir hastanede çalışmak

"Büyük bir hastane olması bizim işimizi kolaylaştırmaktadır. Mesela hematoloji, onkoloji hangi uzmanı arıyorsan ulaşabiliyorsun. Acil bypass yapılacak, acil kalp pili takılacak ya da ablasyon yapılacak hepsine hastane içinde ulaşmak mümkün. Bunlar işimizi kolaylaştırıyor." G77Ö2

Fiziksel olarak sağlık hizmetine uygun tesisler

"bu kötü ortamda olmama rağmen fasiliti durumumuz güzel. Yani fiziksel şeyimiz çok iyi. O benim işimi kolaylaştırıyor mesela iyi bi ortamdayım şuanda Allah için yani benim üç tane odam var. Bu odanın 4'te 1'i kadar yerde hasta bakan adam var." G41K1

Aile sağlığı merkezlerinde fiziksel ve donanımsal standartların belirlenmiş olması

"Yani bunlar en azından bir aile sağlığı merkezlerinin bir standardizasyona dönüşmesi. Belli alet edevatlarının mecburi kılınması, zaman zaman denetimlerinin yapılması bence bunlar hekimlik pratiğine de olumlu yansıyan. Tabi tabi yani en azından bir hastane şartlarında çalışan doktorlar kadar bir şeyimiz var. Hareket alanımız var yani." G35K1

Tablo 4.16. Faydalı olabilme bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	**Anatema**	**Tema**
Faydalı Olabilme	**Toplumsal İhtiyacı Karşılamak**	● Toplumun hekime olan ihtiyacının farkında olmak
	Sağlık hizmetine uygun tesisler	● Büyük şehirde olmak ● Tüm uzmanlık dallarının olduğu bir hastanede çalışmak ● Fiziksel olarak sağlık hizmetine uygun tesisler ● Aile sağlığı merkezlerinde fiziksel ve donanımsal standartların belirlenmiş olması
	Sağlık hizmetine uygun organizasyon	● Uygun düzenlenmiş idari yapılanma o Hekim ihtiyaçlarının ön planda tutan yönetim ● Aile hekimliği sistemi o Aile hekimliği sisteminde sürekli aynı kişilere hizmet veriyor olmak ● Sürekli ulaşılabilen sağlık danışma hattı ● Randevulu muayene sistemi
	Hastalar ile başarılı iletişim	● Hastaların uyumlu tavrı ● Bilgi birikimi ve algı düzeyi yüksek hasta ● İletişime uygun kişisel yapı
	Kapsamlı ödeme politikaları	● SGK ödemelerinin kapsamının geniş olması

Hekimler sağlık hizmeti sunumunda işleyişe yönelik bazı uygulamaların işlerini kolaylaştırdığını ifade etmiştir. **Uygun düzenlenmiş idari yapılanma** ve bu yapılanma içerisinde **hekim ihtiyaçlarını ön planda tutan yönetim**, **sürekli ulaşılabilen danışma hatları**, **aile hekimliği sistemi** ve bu sistemde özellikle **sürekli olarak aynı kişilere hizmet veriyor olma**nın, işlerini kolaylaştıran uygulamalar olduğunu ifade etmişlerdir. Yine **randevulu hasta sistemi** genel olarak işleri zorlaştıran şeylere yönelik ifadelerde yer alsa da bu sistemin işini kolaylaştırdığını ifade edenler de olmuştur. Tüm bu ifadeler sağlık hizmetine uygun organizasyon anatemasını oluşturan temalar olarak değerlendirilmiştir.

Uygun düzenlenmiş idari yapılanma

"İdarenin yapısı, idari yapılanma tabi destek oluyor bize. Ciddi anlamda destek oluyor." G18K2

Hekim ihtiyaçlarını ön planda tutan yönetim

*"özel hastanede çalışmanın getirdiği bir dinamizm var. Bir malzeme, bir ortam talebimiz olduğunda eğer niteliği neyse hekim olarak tabiri caizse tutulan bir hekimse bu hastane bunu fark ediyor ve senin iyi hekimliğini icra etmek için istediğin malzeme konusunda olsun, ortam konusunda olsun, zaman konusunda olsun taleplerini göz önüne alıyor***."** G6K2

Aile hekimliği sistemi

"ya yani aile hekimliği sistemi bu işi kolaylaştırdı. Öncelikle onu söyliyim. Çünkü bireyle hekim arasındaki yapı netleşti. Hizmeti alan bireyle hekim arasında bir şey oluştu resmi bir yapı oluştu." G43K1

Aile hekimliği sisteminde sürekli aynı kişilere hizmet veriyor olmak

"sistemde mesela güzel tarafa şu benim dört bin nüfusum var ben nüfusuma hakim bir doktorum. Hani ailede bir şey olduğu zaman o aileye hakimim hani birisi hastalandığı zaman birisinde kanser çıktı ötekileri de taramaya gönderebiliyorsun." G5K24

Sürekli ulaşılabilen sağlık danışma hattı

"Mesela acildeyken çalıştığım yıllarda ben üniversitede okurken zehir danışma hattına kol ay kolay ulaşamazdık bir şeyle ilgili işin açıkçası zehirlenme vakasıyla. Şimdi çok rahat ulaşılabiliyor. Orda bir doktor açıyor telefonu ilacı şu dozajdan verin şundan verin diye 7/24 açık mesela." G5K24

Randevulu muayene sistemi

"mevcut randevu sistemi işimizi kolaylaştırıyor tam anlamı ile işleme geçse daha çok kolaylaştıracak ama tam olarak işleme sokulabilmiş hali bile çok rahat hissettiriyor aslında ne zaman nerede hasta olduğunun bilmek hayatınızı kolaylaştırıyor." G5K20

Hekimlerin işlerini kolaylaştıran şeylerden biri de hastaların ve hekimlerin tavrı olduğu ifade edilmiştir. **Hastaların uyumlu tavrı**, **bilgi ve algı düzeyi yüksek hasta**ların yanı sıra kişilik özellikleri açısından **iletişime uygun kişisel yapıya sahip olma**nın hekimlerin işlerini kolaylaştırdığı ifade edilmiştir. İfadelerde geçen bu temalar hastalarla başarılı iletişim anatemasını oluşturmuştur.

Hastaların uyumlu tavrı

"nasıl az önce hastalarla ilgili birden fazla serzenişte bulunduysam yine hastalar bu konu da çok destek… Gerçekten bizi tolere ediyorlar bekliyorlar ve iyileşmek istiyorlar ve bize güveniyorlar bu da işimizi kolaylaştırıyor. Böyle bir hasta boyutu da var." G5K20

Bilgi birikimi ve algı düzeyi yüksek hasta

"Bazen bir hasta geliyor mesela geçen bana bir hasta geldi. Hastayla diyalog kuracağım, hastanın tanısı belli değil. Konuştuk, anemnezini aldık. Hasta son yaklaşık 10 yılına dair o kadar güzel bir medikal kayıt yapmış ki kendisi, kendi çabasıyla yani. … Yani hastanın bu denli bilinçli olması benim işimi o kadar kolaylaştırır ki." G49Ö3

İletişime uygun kişisel yapı.

"biraz daha böyle hasta ile alakalı olursan yüzüne bakıp dinlersen çok hastadan duydum bunu mesela hiç doktor gibi değilsiniz diye. Hani bu övünmek için değil ama yani bu kişisel özellikler gerçekten etkiliyor." G28K2

Hekimlerin bir kısmı **SGK'nın sağlık hizmetleri ödemelerinin kapsamının geniş olması**nın işlerini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir. Bu ödemelerin olması gerektiğinden daha kapsamlı olduğunu belirten hekimler de olmuştur. Bu tema kapsamlı ödeme politikaları anateması altında değerlendirilmiştir.

SGK ödemelerinin kapsamının geniş olması

"*sınırsız bir sgk ödemesi tek yardımcı olan o hocam… Devletin bol bol ödediğine inanıyorum gerekli gereksiz her şeyi*." G17K2

Hekimlerin işlerini kolaylaştıran ve onları motive eden en önemli faktörlerden biri **hastaların olumlu geri bildirimleri** olmuştur. Bunun yanında aile hekimliği yapan hekimlerin ifadelerinde **yeterli ücret alabildiğini** belirten söylemler olmuştur. Bu temalar hastaların olumlu geri bildirimleri ve yeterli ücret alabilme anateması olarak emeğinin karşılığını alma bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Emeğinin karşılığını alma bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	**Anatema**	**Tema**
Emeğinin Karşılığını Alma	**Hastaların olumlu geri bildirimleri**	● Hastaların olumlu geri bildirimleri
	Yeterli ücret alabilme	● Aile hekimliği sisteminde verilen ücretler

Hastaların olumlu geri bildirimleri

"İşte hastanın buraya gelip işte hocam annem size 5 aydır dua ediyor dizlerinden hiç uyuyamıyordu, yürüyemiyordu siz protez ameliyatı yaptınız 5 aydır yol yürüyor, merdiven inip çıkabiliyor; her gün her namazından sonra dua ediyor. Bu beni en çok en mutlu eden şey bu yani mesleki olarak" G67Ö2

Aile hekimliği sisteminde verilen ücretler

"maddi olarak iyi oldu, maddi olarak sağlık çalışanlarını bu sistem tatmin etti, mutlu etti ben o kanaatteyim… Maddi olarak bence tatmin edici doyurucu kimse diyemez ki o konuda ben az para alıyorum, hak ettiğim parayı alamıyorum diyemez yani. Çünkü niye bu şartlar altında hastanede ihtisas yapan arkadaşlar, asistanlar döner sermayedeki sıkıntılardan falan duyuyoruz, görüyoruz. Karın tokluğuna hemen hemen nerdeyse ihtisas bitiyor arkadaşlar." G60K1

Hekimlerin kendilerine destek olan ve işlerini kolaylaştıran şeylere yönelik olarak ifade ettikleri söylemlerden biri iş yükünü planlayabilmek olmak olmuştur. Sadece özel sektörde çalışan hekimlerin söylemlerinde geçen ve h**izmet verilecek hasta sayısını belirleyebilmek** ve **kapitalist baskılardan arındırılmış sağlık hizmeti sunuyor olabilmek** temaları olarak belirlenen ifadeler iş yükünü planlayabilmek anateması içerisinde mesleki özerklik bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.18.).

Tablo 4.18. Mesleki özerklik bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	**Anatema**	**Tema**
Mesleki Özerklik	**İş yükü planlaması**	● Hizmet verilecek hasta sayısını belirleyebilmek
		● Kapitalist baskılardan arındırılmış sağlık hizmeti sunabiliyor olmak.

Hizmet verilecek hasta sayısını belirleyebilmek

"Bizim hastanemizde biraz daha az hasta alıyoruz. Mesela geçen güne kadar bir tane kliniğimiz biraz sıkıştı. Biz hemen 40 olan o ritmik muayene sayımızı 20 ye düşürdük." G49Ö3

Kapitalist baskılardan arındırılmış sağlık hizmeti sunabiliyor olmak

"hani özel sektörde hani biraz böyle hasta yatırın işte hasta hani biraz böyle maddi şeyler gündeme gelebiliyor ama çok şükür hani bizim hastanede öyle bir

şey yok. Hani o açıdan hani bir baskıyla karşı karşıya değiliz. Dolayısıyla hani rahat bir şekilde, kendimizi çok sıkıntıya sokmadan her açıdan hani hastalarımızı değerlendiriyoruz. Yani yatırıyoruz o yüzden en azından onu söyleyebilirim." G57Ö3

Hekimlerin "İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi kolaylaştıran şeyler nelerdir?" sorusuna verilen ifadelerinden belirlenen son bağlam destek alamama olmuştur. Pek çok hekim bu soruya verdikleri yanıtta **hiçbir şey**in kendisine destek olmadığını ve işlerini kolaylaştırmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.19.).

Tablo 4.19. Destek Alamama bağlamını oluşturan anatema ve temalar

Bağlam	**Anatema**	**Tema**
Destek Alamama	**Hiçbir şey**	• Hiçbir şey

Hiçbir şey

"*Hiçbir şey, destek olan hiçbir şey yok. Hiçbir şey yok."* G24K2

"hani işimi kolaylaştıran bir şey yok diyebilirim. Biraz karamsar bakıyorum ben olaya galiba ama ıı şöyle düşünüyorum kabaca da aklıma gelmiyor yani işimizi kolaylaştıran ne yapılıyor." G42K1

4.2.2.3. Sağlık Hizmeti Sunumunu Etkileyen Değişiklikler:

Görüşmecilerin hekimlik mesleklerini icraları esnasında sağlık hizmeti sunumlarını etkileyen değişikliklerin neler olduğu ve bunların hekimlik pratiklerine yansıması "Mesleğiniz yaptığınız süre içerisinde sağlık hizmeti sunumunuzu etkileyen değişiklikler nelerdir?" sorusu ile değerlendirilmiştir. Bu soruya alınan yanıtlar olumlu ve olumsuz yönde etkileyen değişiklikler olarak 2 ayrı tabloda sınıflandırılmıştır.

Hekimlerin "Mesleğiniz yaptığınız süre sağlık hizmeti sunumunuzu etkileyen değişiklikler nelerdir?" sorusuna olumlu yönde etkilediğini ifade ettikleri yanıtlardan oluşan tema ve anatemalar kendini gerçekleştirme, dayanışma ve faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.20.).

Tablo 4.20. Sağlık hizmeti sunumunu olumlu yönde etkileyen değişiklikler

Bağlam	Anatema	Tema
Kendini gerçekleştirebilme	**Teknoloji kullanımı**	● İnternet kullanımı ● Otomasyon Sistemlerinin Kullanılması
	Meslek içi eğitim alabilme	● Uzmanlık sonrası alınan eğitimler ● Uzmanlık derneklerinin sağladığı bilimsel destek
Dayanışma	**Mesleki destek alabilme**	● Uzman hekim sayısının artması
Faydalı olma	**Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması**	● Muayene hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması ● İlaç ve tıbbi malzemeye ulaşımın kolaylaşması
	Sağlık hizmetlerine ulaşımda eşitlik	● Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ● Muayene hizmetine ulaşımda eşitlik
	Sağlık hizmetine uygun organizasyon	● Aile hekimliğine geçiş ● 112 acil sağlık hizmetleri
	Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen modernizasyon	● Sağlık kuruluşunun fiziki yapısında iyileşmeler ● Teknolojik altyapı imkânlarının artması
	Özel sektöre geçiş	● Özel sektörde hastaya yeterli zaman ayırabilme

Hekimlerin sağlık hizmeti sunumlarında meydana gelen ve hizmet sunumlarına olumlu yansıyan değişikliklerden **internet kullanımı**, **otomasyon sistemlerinin kullanımı** temaları teknoloji kullanımı anateması, **uzmanlık sonrası alınan eğitimler** ve **uzmanlık derneklerinin sağladığı bilimsel destek** ise meslek içi eğitim anateması olarak kendini gerçekleştirebilme bağlamında değerlendirilmiştir.

İnternet kullanımı

"...internette yani çok rahat istediğimiz bilgiye şey biliyoruz yani ben 10 yıl önce gider bütün kütüphanelerden hani bilgileri alırken, şimdi artık internet sayesinde her bilgiye çok rahat ulaşabiliyorum. Hasta varken bile açıp bakabiliyorum yani o açıdan tabii ki bir avantaj var." G31K2

Otomasyon sistemlerinin kullanımı

"*Hastaların yani dosya sisteminden bilgisayara geçildiğinde hastaların geçmişlerine bakmak eski tetkiklerine bakmak çok daha kolay bir şey bizim*

için. Çünkü bütün geçmişte yapılan, edilen her şeyi oradan görebiliyoruz. Çok güzel bir uygulama… Mesela bu son yıllardaki en güzel şey bence bu." G11K2

Uzmanlık sonrası alınan eğitimler

"İhtisas ondan sonra yetmiyor daha sonra işte popüler olan tedavi yöntemleri veya yeni ortaya çıkan girişimsel yöntemlerle ilgili falan sürekli eğitim aldık, kendimizi geliştirdik. İşte tamamlayıcı tıp teknikleriyle ilgili olsun ondan sonra farklı ilaç deneyimleriyle ilgili olsun farklı gelişmeler yaşadık. Bunlarda olumlu oldu tabi hastalar açısından da bizim açımızdan da." G68Ö2

Uzmanlık derneklerinin sağladığı bilimsel destek

"Dernekler çok önemli bu konuda derneklerimize bizim göğüs hastalıklarında Toraks Derneği var. Diğer derneklerimiz var onların eğitim şeyleri hani bilgiye erişilebilirlik çok önemli ve onu hani çok rahat elde edebiliyoruz artık. Evet tabii ki de çok daha güzel oldu tabii o açıdan." G31K2

Hekimler zaman içerisinde farklı dallarda uzman hekim sayısının artması ile daha rahatladıklarını ifade etmişlerdir. **Uzman hekim sayısının artması** teması meslektaş desteği alabilme anateması olarak dayanışma bağlamında değerlendirilmiştir.

Uzman hekim sayısının artması

"yani pratiği şöyle şimdi 10 yıl önce çalıştığım hastanede mesela hiç uzman doktor yoktu. Ben 130 küsür doğumu tek başıma yaptırmak zorunda kaldım. … hani uzman doktorların artmasıyla bir tık rahat ediyorum hani işin açıkçası." G54K1

Sağlık hizmeti sunumuna olumlu yansıyan değişiklikler için ifade edilen diğer temaların hepsi faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir. Faydalı olma bağlamında değerlendirilen anatemalar; sağlık hizmetine ulaşımın kolaylaşması, sağlık hizmetine ulaşımda eşitlik, sağlık hizmetine uygun organizasyon, sağlık teşkillerinde gerçekleştirilen modernizasyon ve özel sektöre geçiş anatemaları olmuştur.

Hekimler sağlık sisteminde meydana gelen değişimler sonucu hastaların muayene hizmetlerine, ilaç ve tıbbi malzemeye ulaşımlarının kolaylaştığını bu sayede hastalara daha faydalı olabildiklerini ifade etmişlerdir. **Muayene hizmetlerine kolay ulaşım** teması ve **ilaç ve tıbbi malzemeye kolay ulaşım** teması sağlık hizmetlerine kolay ulaşım anateması olarak faydalı olma bağlamında yer almışlardır.

Muayene hizmetlerine kolay ulaşım

"eskiden yani yıllar önce ülkemizin taa uç noktalarından geliyordu gecenin köründe kuyruğa giriyorlardı bilmem sevk kâğıdı alabilmek için. Böyle mavili turunculu sarılı kağıtları dosyalar halinde getirirlerdi. Ondan sonra yorgan döşek SSK'larda eziyet çekerlerdi hastalar sonra da güç bela sevk kâğıdı alırdı hastalar ondan sonrada hasbel kader doktorun karşısına çıkarlarsa doktorda çoğu kez çünkü yüzlerce hasta var o gün yüzlerce hastaya bakmak zorundalar dı. Başını kaldırmadan bir reçete yazar o reçeteyi de bulabilirsen ne ala yani. Yok o eczanede yoktur olmadığına dair kâğıt alırsınız gider başka eczaneden yani bütün bunlardan sonra ilaca ulaşabilirse kendini şanslı hisseder. Bugün çok daha kolay olduğunu düşünüyorum" G9K2

İlaç ve tıbbi malzemeye kolay ulaşım

"Çok da ekonomik ilaca sosyal güvencesi olmasa bile bugün hastalarımız ilaçlara çok daha kolay bir şekilde ulaşabilmektedir yani bugün. Bazı markalar vardır mesela ilaçlarda müstahzarlarda yanına yaklaşamıyorduk yani ben bunu hastaya nasıl yazacam diye düşünüyorduk yani. Bunun sosyal güvencesi emekli sandığındakiler hiç alamıyordu örneğin. Evet. Bugün o ilaçlarda bile yüzde seksene varan bir ucuzlama oldu." G9K2

Hekimlerin hastaların sağlık hizmetine ulaşımına yönelik bir diğeri ifadeleri sağlık hizmeti sunumunda eşitliğe yönelik olmuştur. Sağlık giderlerini karşılayan farklı **sosyal güvenlik kurumlarının SGK çatısı altında birleştirilmesi**nin ve imkânların çok daha kısıtlı olduğu zamanlarda **muayene hizmetlerinde yapılan ayrıcalıkların artık olmamasının** hastaların sağlık hizmetine ulaşımlarını daha eşit

hale getirdiğini ifade etmişlerdir. Bu ifadeler muayene hizmetlerine ulaşımda eşitlik ve sigorta hizmetlerinin tek çatı altında toplanması temaları olarak sağlık hizmetlerine ulaşımda eşitlik anatemasını oluşturmuş ve faydalı olma bağlamı altında değerlendirilmiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması.

"sağlık hizmeti sunumu açısından çok güzel şeyler oldu. Bir kapsayıcılığı arttı açıkçasını söyliyim. Sosyal güvenlik sistemiyle beraber sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı arttı birleştirildi. Bu çok güzel bir şey onu söyliyim" G43K1

Muayene hizmetine ulaşımda eşitlik

"*Eskisi gibi öyle hastayı torpille bir yere yatıralım yani ben validemin anılarından anlatıyorum da işte filanca milletvekili hangi partidense artık seçilemediği için hastaneden kapı dışarı edilmiş 1950'li yılların sonunda öyle kendisi anlatırdı. Şimdi öyle bir şey yok yani hastalar bugün… (Ayrımcılık mı vardı?) Vardı o zaman şu anda sağlık hizmetlerinde çok daha kolay ulaşabiliyorlar*." G9K2

Sağlık hizmeti sunumunun organizasyonuna yönelik bazı önemli değişiklikler de hekimlerin söylemlerinde yer almıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda **aile hekimliği sistemine geçiş** ve **112 acil sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikler** bu söylemlerdeki önemli temalar olarak sağlık hizmetine uygun organizasyon anatemasını oluşturmuş ve faydalı olmak bağlamı içinde yer almıştır.

Aile hekimliğine geçiş

"…sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçiş hani bu bizi ama pozitif yönde etkiledi tabii. Sağlık ocağında çalışırken elimiz kolumuz bağlı durumda idi. Aile hekimliğine geçtiğimiz zaman birden gökten bir teknik destek yağdı." G35K1

"En önemli değişiklik, sağlık ocağı sisteminden aile hekimliğine geçişti. Bu benim mesleki bakış açımda çok büyük değişikliğe neden olmadı aslında… Ama hastaların bakış açısı değişti. Oo ailemizin hekimi şeklinde." G36K1

112 acil sağlık hizmetleri

"Şu anda bir sağlık hani 112 sistemi oldu ya. Bence o çok önemli bir şey 112'nin olması. 2009'dan sonra oldu sanırım o… Hani eskiden hastayı sevk etmek çok zor oluyordu öyle bir şeyin olması süper oldu bence. O çok önemli hasta nakli olsun hemen sevk edebilme anlamında o koordinasyonu sağlaması çok önemli. Sağlık sistemi getirdiği önemli şeylerden biri bence yani." G31K2

Hekimler sağlık kuruluşlarının fiziki ve teknolojik alt yapılarında sağlanan ilerlemelerin pratiklerini kolaylaştırdığını ve hastalara olan faydalarını artırdığını ifade etmişlerdir. **Sağlık kuruluşlarının fiziki yapısında ilerlemeler** ve **teknolojik alt yapı imkanlarının arttırılması** temaları sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen modernizasyon anateması olarak faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir.

Sağlık kuruluşunun fiziki yapısında iyileşmeler

"mesela eski binadaki koridorun dar olması bile inan her yani acayip fark ettirdi. Çok insanlar o dar koridorda sıkışık pıkış beklerken daha da sinir olup içeriye daha sinir kat sayısı yükselmiş bir şekilde gelirken şimdi hani yeni ve ferah bir koridorunuz var. Fark ettiyseniz. O bile fark etti bir kere ortam kesinlikle fark ediyor." G32K2

Teknolojik altyapı imkânlarının artması

"Yani mesela ben ilk mezun olduğum zaman tıp fakültesinden tomografi bile yoktu. Şimdi tabi MR'a kadar geçtik. Her yerde MR var o bakımdan" G29K2

Hekimlerden kamu sektöründen özel sektöre geçmenin bakılacak hasta sayısında sağladığı rahatlamanın sağlık hizmeti sunumunu değiştirdiğini ve kendilerini rahatlattığını ifade eden hekimler olmuştur. Bu ifadeler **özel sektörde hastaya yeterli zaman ayırabilme** teması olarak özel sektöre geçiş anatemasını oluşturmuş ve faydalı olma bağlamındaki son tema olarak değerlendirilmiştir.

Özel sektörde hastaya yeterli zaman ayırabilme

"…ya şimdi defansif tıbbı zaten hani orada insan mecburen tabi çok fazla uygulamak zorunda kalıyor. Çünkü çok fazla kısa sürede hasta görüyor.

Dolayısıyla hani bir şey atlamamak adına. Ama biz burada hani o noktada biraz daha rahat olduğumu zaten söylemiştim. Yani çok benim hekimlik pratiğimi çok fazla değiştirmedi. Ama hani kendimi psikolojik anlamda çalışırken daha rahat hissediyorum. Onun getirmiş olduğu bir şey var." G5K27

Hekimlerin "Mesleğiniz yaptığınız süre içerisinde sağlık hizmeti sunumunuzu etkileyen değişiklikler nelerdir?" sorusuna olumsuz yönde etkilediğini ifade ettikleri yanıtlardan oluşan tema ve anatemalar mesleğe yabancılaşma, kendini gerçekleştirme, faydalı olma, güvenlik ve dayanışma bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.21.).

Hekimlerin sağlık hizmeti sunumlarında meydana gelen ve sağlık hizmeti sunumlarına olumsuz yansıyan değişikliklerden **kurum geleceği hakkında belirsizlik**, **MHRS sistemi**, **sekretarya** ve **yardımcı sağlık personeli işlerinin hekime yüklenmesi** tükenmişlik anateması olarak mesleğe yabancılaşma bağlamında değerlendirilmiştir.

Kurumun geleceği hakkında belirsizlik

"...çünkü orada bir şey yapamadık yıkılacak hastane şeklinde belirsizlik. Aslında belirsizlik dönem dönem çalıştığımız kurumlarda yaşadığınız belirsizlik. Tabii yönetim ile ilgili belirsizlik de tabii. Böyle daha yani yönetimde bilmiyordu gidecek miyiz gitmeyecek miyiz böyle şeyler yaşadık." G18K2

MHRS sistemi

"*Şöyle bir kere bu MHRS randevu sistemi günlük işin çıktığı zaman çok büyük sıkıntı. Eşin çalışıyor, sen çalışıyorsun diyelim ki çocuğun hastalandı ertesi gün gelemeyeceksin o randevu seni çok bağlıyor. Randevu sisteminde izin almak için 3 gün önceden bildirmiş olman lazım. Bütün Türkiye'de böyle 3 gün önceden her şeyi kimse bilemez. Bu yani büyük bir anksiyete yaratıyor açıkçası."* G28K2

Tablo 4.21. Sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkileyen değişiklikler

Bağlam	Anatema	Tema
Mesleğe yabancılaşma	**Tükenmişlik**	● Kurumun geleceği hakkındaki belirsizlikler ● MHRS sistemi ● Sekretarya ve yardımcı sağlık personeli işlerinin hekime yüklenmesi
	Araçsallaşmış hissetme	● Hasta şikayet mekanizmaları ● Hasta haklarının tek taraflı olarak vurgulanması ● Tedavi edici sağlık hizmetlerinin özendirilmesi
Kendini gerçekleştirme	**Tıp eğitiminde yetersizlik**	● Yetkin olmayan tıp fakültesi sayılarının arttırılması ● Tıp fakültesi kontenjanlarının arttırılması ● Akademisyenlere devlette para kazanma yolunun kapatılması
	Özel sektöre yönelik düzenlemeler	● Özel muayenehane açma ve idamesinin zorlaştırılması ● Özel sektörde tıbbi işlemlere yönelik uygulanan fiyat politikası
Faydalı olma	**Kendini koruma**	● Tıbbi hataya yönelik uygulamalar ● Performans sistemi
	Saygı görmeme	● Hekime olan saygının azalması ● Toplumda artan kapitalizm etkisi ● Hekimlerin kötü uygulamaları
	Güvenilmeme	● Medyada artan sağlık programlarının etkisi
	Önyargılı yaklaşım	● 1980 sonrası politik söylemlerin etkisi
Güvenlik	**Şiddete maruz kalma**	● Şiddet olaylarında artma ● Medyada şiddeti körükleyen yayınların artması

Sekretarya ve yardımcı sağlık personeli işlerinin hekime yüklenmesi

"En önemli şey şu oldu. Ben mesela Zonguldak'ta ilk uzman olarak çalışırken yanımda sekreter vardı poliklinikte. Numaratör vardı falan hastalar geliyor sekreter de ayarlıyordu o işi. Raporlarda birileri yazıyordu. Yani biz yazıyorduk onlar bilgisayar ortamında çıkarıyorlardı. Buraya geldim burada sekreter yoktu. 2 sene orada çalıştım. Benim mesela en büyük dedim ki bu nasıl bir şey yani. Şimdi biz sekreterlik mi yapacağız doktorluk mu yapacağız. İlk benim şey kırılmam orada oldu" G20K2

Hekimlerin zaman içerisinde ön plana çıkan hasta haklarının vurgulanma ve sistem içerisinde buna yönelik olarak gelişen uygulamalarla ilgili ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin özendirilmesine yönelik olumsuz yorumları olmuştur. Bunlardan **hasta şikâyet mekanizmaları**, **hasta haklarının tek taraflı vurgulanması**, **tedavi edici sağlık hizmetlerinin özendirilmesi** temaları araçsallaşmış hissetme anateması altında mesleğe yabancılaşma bağlamında değerlendirilmiştir.

Hasta şikâyet mekanizmaları

"her köşeye bir şikâyet kutusunun bulunması, doktoru şikâyet et diye hastaların yönlendirilmesi, hiç olmayacak şeylerden hastaların yaptıkları şikâyetlerinin sana geri dönmesi hadi buna savunma yaz denmesi filan onlar insanı kötü etkiliyor… En büyük şey bu. Bu konuda değişiklik olduğunu düşünüyorum." G27K2

Hasta haklarının tek taraflı vurgulanması

"Hastalara sınırsız bir hak verildiğinde hastalar oraya lav oluyordu çünkü karşısında başka bir hakkın olmadığını düşünüp şikâyet mekanizmaları işletilmeye başlayınca bunu ülke genelinde hekim olarak hepimiz çok acı şekilde sonuçlarına yaşadık. Öldürülen dayak yiyen meslektaşlarımız oldu ama ben bunu hemen her noktasında hissettim mesela geliyordu sudan sebepler olsa bile şikâyet ediyordu ve bu teşvik edilmişti bu doğru bir şey değildi. Bunun karşılığında hekimlerinde hakkının vurgulanması lazımdı." G7K3

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin özendirilmesi

"Ama en başından şey şu yani kötüye gittiğine dair; bir kere sağlık hizmeti özendiriliyor bizim ülkemizde. Enteresan bir şekilde koruyucu sağlık hizmetlerinin özendirilmesi gerekirken, önleyici sağlık hizmetlerinin özendirilmesi gerekirken, aile hekimliği sistemi getirildi özendirilmesi gerekirken bizim hastanemizde hala 3. basamak sağlık kuruluşlarına gidip orada muayene olmak özendiriliyor garip bir şekilde." G8K3

Görüşmecilerimiz içerisinde tıp eğitiminin zaman içinde kötüye gittiğini ifade eden hekimler olmuştur. **Yetkin olmayan tıp fakültesi sayılarının arttırılması**nın,

tıp fakültesindeki öğrenci kontenjanlarının arttırılmasının ve **akademisyenlere devlette para kazanma yolunun kapanması** tıp eğitimine yönelik temalar olarak ifadelerde yer almıştır. Bu temalar tıp eğitiminde yetersizlik anateması olarak kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilmiştir.

Yetkin olmayan tıp fakültesi sayılarının arttırılması

"Yetkin olmayan tıp, yeterince pratiğe dayalı olmayan, çok fazla kontrolü yapılmayan tıp fakülteleri de açılıyor… Orada yetişen öğrenciler, hekim olanlar biraz daha pratik açısından daha zayıflar, hasta görmeden yetiştikleri için. Bu ne yazık ki devam edecek. Çünkü ihtiyaç var mıydı da bütün küçük illerde yan yana birbirine yarım saat bir saatlik mesafelerde tıp fakültesi açmak." G10K3

Tıp fakültesindeki öğrenci kontenjanlarının arttırılması

"Belki bütün yani bizim eğitim süreçlerimizi etkileyen bir diğer süreç olmuştu bu kontenjan artırımları yani o bizim eğitim süreçlerimizi ciddi bi biçimde etkilemişti. Hani bu genel cerrahi servisine gelen 4 grup vardı bu 4 gruba düşen öğrenci sayısı 8-9ken biz eğitim aldığımız zaman … 20 kişilik grupla aldım sadece bir grupta. Yani bu da bi 20 kişinin hastane odasına girip yani muayene etmeye çalışması çok anlamlı olmuyo. Ne bişey görebiliyor hocayla … Yani bu da eğitim sürecimizi etkileyen bi değişiklik olmuştu". G46Ö3

Akademisyenlere devlette para kazanma yolunun kapanması

"Şimdi bakın benim ablam tiroidmedüller ca oldu hatta tanıyı burada koyduk. Şimdi Ankara'da cerrah arkadaşlarla konuşuyorum bu işi kim iyi yapar? Bu yapar. Bulduk. Gittik hocaya konuştuk hoca ….Üniversitesi'nin hocası 30 yıllık cerrahı ama ….Üniversitesi'nde sadece ders veriyor ameliyatlara Özel …. Hastanesinde yapıyor. İyi de kardeşim bunun asistanı kimden eğitim alıyor. Bu adam 30 yıllık tiroid cerrahı bu adam tecrübesini kime aktaracak. Kendi ile beraber yok mu olacak. (Cerrah orada sadece teorik bir ders mi veriyor yani?)Evet. Tabi teorik ders veriyor dışarıda çalışabildiği için." G21K3

Hekimlerin sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkileyen değişikliklere yönelik söylemlerinde özel sağlık sektörüne yönelik olarak yapılan düzenlemeler ile ilgili olumsuz ifadeler olmuştur. Bu ifadelerden bir kısmı özel muayenehane açmanın ve işletmenin zorlaştırılmasına bir kısmı ise özel sektörde uygulanan ödeme ve fiyat politikalarına yönelik olmuştur. **Özel muayenehane açma ve idamesinin zorlaşması** ve **özel sektörde tıbbi işlemlere yönelik uygulanan fiyat politikası** temaları özel sektöre yönelik düzenlemeler anateması olarak kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilmiştir.

Özel muayenehane açma ve idamesinin zorlaştırılması

"Mesela Türkiye'de hiç küçük poliklinik kalmadı, muayenehanecilik çok azaldı, sadece büyük özel hastaneler olmaya başladı. Bunu devlet politikası yaptı. Öyle olunca da ben ayrılınca hastaneden özel hastaneye gitme şansım var yani gidip muayenehane mi açacağım? Olmaz. Kendi yerimi açacak potansiyelim yok. Şimdi potansiyelin olsa da bu sefer devlet izin vermiyor. Anladın mı? Yani devlet senin çalışma şartlarını sınırlayabiliyor." G72Ö2

Özel sektörde tıbbi işlemlere yönelik uygulanan fiyat politikası

" ...765 lira, 2007'de bir katarakt başına bana fiyat veriyordu paket fiyat yani bütün göz içi merceği, bütün malzemeleri içinde ameliyatı da dâhil paket fiyat veriyordu. Sene 2019, 550 liraya indi. Yani artmadı azaldı. Yani devlet özel sektörlere şu nazarla bakıyor; yani ben bunlar nasıl olsa hastadan farklarını alıyor diyip SGK'ya çok yük getirmek istemiyor ama yani bu yanlış bir yaklaşım. (Niye yanlış bir yaklaşım?) Ben bir şeyde, semtte düşük sosyoekonomik düzeye hitap eden bir göz merkeziyim. Ben hastadan çok fazla fark alamıyorum zaten." G62Ö2

Hekimlerin söylemlerinde işlerini zorlaştıran şeyler arasında ön plana çıkan temalardan olan tıbbi hata kaygısı ve performans sistemi aynı zamanda sağlık hizmet sunumunu olumsuz yönde etkileyen değişiklikler ile ilgili ifadelerde de yer almıştır. **Tıbbi hata uygulamaları** ve **performans sistemi** temaları kendini koruma anateması olarak faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir.

Tıbbi hataya yönelik uygulamalar

"Yani şu şeyler biraz hani mesela şeyle ilgili mesela tıbbi hatalarla ilgili belki yasaların çok şey olması yani hekimi koruyucu yönde olmaması belki bazen koruyucu hekimliğe itebiliyor bizi. Koruyucu değil defansif. Daha defansif pardon özür dilerim defansif hekimliğe itebiliyor. Bazen mesela burada tedavi edilebilecek bir hasta ama sırf defansif Ankara büyük yer deyip büyük bir merkeze göndermek isteyebiliyoruz… Bu bizi etkiliyor hani." G65Ö2

Performans sistemi

"…bakın performans sistemini önümüze getirdiler dayadılar. Çok hasta çok para. Ne kadar ilkel ne kadar tehlikeli şimdi ne kadar müdahale ne kadar hasta o kadar para. Böyle bir şey olur mu? Burada insan yok. Hasta figür sisteme sürekli dahil olan bir hasta var. Cahil zaten, bu cahil vatandaşı siz senede 20 defa çağırın 30 defa çağırın vatandaş sizi anlayana kadar iş işten geçer. Doğru mudur? Böyle bir mantık olabilir mi? Buyur işte geldi bir siyasi iktidar böyle bir tercih yaptı. Performans çıkarıyorum dedi. Performanstan önce bir yıldaki Türkiye'de ki toplam hastanelerde ameliyat sayısı iki milyon civarındaydı bir buçuk- iki milyon civarındaydı müdahale, şimdi yirmi milyon… paraya yönelik, belirleyici para. Ne kadar çok müdahale ne kadar çok hasta, hastanın tedavisi bitmez ki gerçekçi olalım. Ben eğer paraya angaje olduysam hastayı sürekli sisteme dahil ederim çıkarmam sistemden. Gider gelir hasta. Sizinle ilgileniyorum derim." G23K2

"Çalışma sistemini en fazla etkileyen şey dediğim gibi performans sistemi oldu. Hekimlerin arasında da adaletsizliğe yol açıyor. Beraber olduğunuz aynı hastanede çalıştığınız kişiler arasında fark olması en önemli problemlerden biri." G25K2

"Performans denilen olayla işte bu şimdi politikalar dediğimiz olay bu. Siz muayenehanesini kapattınız adamın, elinize aldınız adamı e o adam nasıl para kazanacak? Bunu kullanıyor. Yani bu tabi ki ya ben her zaman söylerim yani şimdi ben bir yerde sabit fiyatla çalışıyorsam, en rahat doktorluğu yaparım. Hani beni bir şeye zorlamayan bir sistemde hiçbir şey düşünmem, o zaman

hastayı düşünürüm, tıbbi gereklilikleri düşünürüm ve ona göre davranırım. Ama öbür türlü ben prim kazanacaksam, normal maaşım düşükte prim beni yaşatacaksa o zaman ben de mecbur o sistemin içine girerim hiç kaçış yok." G70Ö2

Hekimlerin sağlık hizmeti sunumunda değişikliğe neden olan şeylerden biri hekime olan **saygının azalması** olmuştur. Bu saygının azalmasına sebep olarak toplumda **kapitalizmin toplumda yarattığı etki** ve **hekimlerin yaptığı kötü uygulamalar** olduğunu ifade edenler de olmuştur. Bu temalar saygı görmeme anateması olarak faydalı olma bağlamında yer almıştır.

Saygının azalması

"... gelip sarılır, nörolojiye geldim hocam seni de görmeye geldim hani teyzeden böyle geri bildirim, sen işte iyi ettin bizi falan. Bu gitgide azaldı yani artık önünü ilikleyip giren geriye geri geri çıkan o zaman %10sa şuan %1 belki yani benim 10 yıllık, demek ki 50 yıl önce %50ydi belki bu bilmiyorum yani o gitgide kırıldı ama maalesef. Bu değişiklik bizi negatif etkiliyor ama yani hekime saygı." G67Ö2

Toplumda artan kapitalizm etkisi

"*Eskiden mesela yaptığın bir ameliyat sonrası mesela işte hastada bir komplikasyon çıktığı zaman hastaya anlatıyordum bunu hasta anlıyordu. Ne yapacağını soruyordu. Ben tabi ki komplikasyon sonra da hastaya destek oluyordum. Şimdi komplikasyon çıktıktan sonra hasta benden nasıl tazminat alacağının derdine düştü. (Peki bu toplumu değiştiren temel etken ne sizce?) Bence kapitalizm. İnsanların oradan, nereden para kırpacağını hesap etmesi"* G24K2

Hekimlerin yaptığı kötü uygulamalar

"Hekimlerde eski dönemlerde muayenehanecilik adına biraz, bayağı bir kıyım yaptılar. Muayenehanecilik adı altında." G24K2

Hekimler sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyen değişimlerden birinin de **medyada artan sağlık programlarının etkisi** olarak ifade ettiler. Bu tema güvenilmeme anateması olarak faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir.

Medyada artan sağlık programlarının etkisi

"... birde televizyonun sağlıktaki etkisi çok arttı mesela ben bir örnek vereyim bir gün poliklinik yapıyorum 80 hasta falan baktım o gün gelen hastalarımın 40 tanesi migren olduğuna inanıyordu bu iki şey resmen insanları yönlendiriyor yani bir hastalarımız mr çektirmeyi çok seviyor birde o gün televizyonda hangi program varsa kendisinde o hastalığının olduğuna inanıyor normalde sağlıkta reklam bir şekilde girdiği alan oldu normalde reklam sağlıkta kesinlikle izin verilmemesi gereken bir şey sizde hastalara titremeniz var Parkinson olabilirsiniz derse hastalar ertesi gün hafif bile titriyor olsa eli bende Parkinson olmasın der ya da alzheimer hastalığının genetik bir geçişi vardır derse hasta ertesi gün bende bir mr çekileyim beynimde küçülme olabilir diye geliyor ve siz ona ne anlatırsanız anlatın ikna edemiyorsunuz." G17K2

Yaş olarak 1980 darbesinde hekimlik yapan bir görüşmeci **darbe sonrası yapılan politik söylemler**in hekimleri para ile özdeşleştirilmesine neden olduğunu ifade etmiştir. Bu tema ön yargılı yaklaşım anateması olarak faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir.

1980 sonrası politik söylemlerin etkisi

"Yani 80 darbesi yani Kenan Evren'in hekimliğe, tıp camiasına verdiği zarar kadar hiç kimse zarar verememiştir bu ülkede. Tıp insan tahsiline, tıp insanına nasıl bir zarar verdi. Yani bir defa öncelik ile vatan haini ilan etti en büyük. Onun gözünde en büyük vatan hainleri doktordur. Onun bir lafı vardır doktorlara bayrağın ucundan tut desen kaç para vereceksin derler diye ve bunu angaje etti." G19K2

Hekimler genel olarak **şiddet olaylarında yaşanan artmanın** sağlık hizmeti sunumunda değişikliğe neden olduğunu ifade etmişlerdir. Hekimlerden **medyada şiddeti körükleyen yayınların artması**nın da buna etken olduğunu ifade edenler

olmuştur. Şiddete maruz kalma anatemasını oluşturan bu ifadeler güvenlik bağlamında değerlendirilmiştir.

Şiddet olaylarının artması

"*... benim izlediğim kadarıyla hasta aileleriyle hekim arasındaki şiddet. Beni en çok üzen, en çok etkileyen bu… Bu çok bilinçli olmayan bir toplumun birden hasta hakları adı altında kendini bu sefer önceden hiç olmayan bir şeyi bir anda verdiğiniz zaman bir görgüsüzlükle bunu taşıyamadığını düşünüyorum. Çünkü bir kültür değişimi de gerektiriyordu bütün bunların değişimi. Toplumun kültürü değişmeden çok yetkilendiler diyebilirim. Belki hekimlerde eski hala hekim merkezli hekimlik yapıyorlar belki de… Yani tek faktörlü olmadığını çok faktörlü olduğunu düşünüyorum*." G56Ö3

Medyada şiddeti körükleyen yayınların artması

"Bir de doktor aleyhtarı yazılar basında çok zarar veriyor. Yani medyatik olmak için basın da bunu kullanıyor." G12K3

4.2.3. Hekimlikte Gelecek ve İstekler

Hekimlikte gelecek ve istekler başlığı altında hekimlerin mesleklerinin geleceğine yönelik algıları ve mesleklerini daha iyi yapabilmek adına öncelikli olarak değiştirmek istedikleri uygulamaların neler olduğunu değerlendiren 2 soruya verdikleri cevaplardan elde edilen veriler sunulmuştur.

4.2.3.1. Hekimlikte Gelecek Beklentisi:

Hekimlik gelecek beklentisi başlığı altında "Hekimliğin geleceği ile ilgili neler düşünüyorsunuz?" sorusuna alınan cevapların değerlendirilmesiyle belirlenen tema ve anatemalar hekimlik pratiğinde beklenen değişiklikler, hekimlerin niteliği, hekimlik mesleğinin niteliği ve sağlık sistemine yönelik beklentiler bağlamlarında değerlendirilmiştir (Tablo 4.22.).

Hekimlerin mesleklerinin geleceğine yönelik ifadelerinde geçen hekimlik pratiğini ve iş yapış biçimlerini etkileyeceği düşünülen söylemler hekimlik pratiğinde

beklenen değişimler bağlamında değerlendirilmiştir. Bu bağlamda teknolojinin ilerlemesi, mesleki bilgi ve hasta yaklaşımı anatemaları yer almıştır.

Tablo 4.22."Hekimliğin geleceği ile ilgili neler düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar

Bağlam	Anatema	Tema
Hekimlik pratiğinde beklenen değişiklikler	**Teknolojinin ilerlemesi**	● Tetkike dayalı hekimlik artacak ● Robotik teknoloji kullanımı artacak ● Genetik biliminin etkisi artacak ● Yapay zeka kullanımı hekimliği ihtiyacı azaltacak
	Mesleki bilgi	● Bilgiye ulaşımın kolaylığı hekimlerin işini zorlaştıracak ● Mesleki bilginin daha sık değişecek ● Uzmanlaşmayla hekimlerin iş yapış biçimleri arasındaki fark daha da artacak
	Hastaya yaklaşım	● Hastaya bütüncül yaklaşım azalacak ● Empati yapmak azalacak
	Piyasalaşma etkisi	● Hekimlerin pratiklerinde serbest piyasa etkisi artacak
Hekimlerin niteliği	**Tıp eğitimi süreci**	● Hekim sayısının artarken kalitesi azalacak o Tıp fakültesi sayısının artması o Tıp eğitiminde kalitenin azalması o TUS sınavının olumsuz etkisi o Özel tıp fakültelerinde alınan ücretlerin eğitim kalitesine etkisi
	Hekimlik sonrası kariyer süreçleri	● Akademik unvana sahip hekim kalitesi düşecek. ● Büyük cerrahi branşlarda hekim sayısının azalacak
Hekimlik mesleğinin topludaki yeri	**Hekim saygınlığı artacak**	● Saygınlığı ve değeri artacak
	Hekim saygınlığı ve güven azalacak	● Hekimlik mesleğinin saygınlığı azalacak ● Hasta ve hekim ilişkisinin güven azalacak ● Hekime karşı şiddet olayları artacak
	Meslek seçiminde hekimliğe olan talep azalacak	● Tercih edilir meslek grubu olmayacak
Sağlık sistemine yönelik beklentiler	**Sağlık sisteminde artan özelleşme ve özel sektör etkisi**	● Sağlık Sisteminin tamamen özelleştirileceği beklentisi ● Sermaye sahiplerinin politikaları belirleyeceği beklentisi
	Hekim istihdamında beklenen değişiklikler	● Hekim ücretlerinde değişiklik o Ücretler genel olarak azalacak o Hekimler arası ücret farkları aratacak. ● İşsizlik tehlikesi olacak ● Nitellikli hekimler yurt dışına gidecek ● Meslekten farklı alanlara geçişler artacak

Görüşmeciler teknolojinin ilerlemesine yönelik olarak **robotik teknoloji kullanımı**nın, **genetik biliminin etkisi**nin ve **tetkike dayalı hekimlik**

uygulamalarının artacağını ve **yapay zekâ kullanımın hekimliği olan ihtiyacı azaltacağı**nı ifade etmişlerdir. Bu ifadeler teknolojinin ilerlemesi anatemasını oluşturan temalar olarak belirlenmiştir. Tetkike dayalı hekimlik artacak.

"Hekimlik bizim zamanımızdaki gibi pratiğe dayalı değil daha çok ekran başında bir hekimlik olmaya başladı zaten… tetkiklerine bakıp tetkik isteme tetkik isteme ama muayene yok." G18K2

Robotik teknoloji kullanımı artacak.

"Bir robotun yaptığı ameliyatın riski bir insanın yaptığı ameliyat riskinin çok çok daha az, çok daha az risk taşıyor. Bunlar da çok uzak şeyler değil herhalde robotlara kalacak bence meslek. Ha bir de sınav falan da yapmışlar hani mesela biz hekimlik mesleğinde algoritmik bir algoritma üzerinden tanılar ayrıcı tanılar bakıyoruz ya robotlar onu çok daha iyi yapıyor yani robotlara kalacak. Bunu olumlu veya olumsuz anlamda değerlendirmiyorum ama. Bunlar daha çok tıptaki değişiklikler robotların kullanımı hastalık yoktur hasta vardır kavramındaki değişikliğinde bir yansıması aslında." G26K2

Genetik biliminin etkisi artacak.

"… genetik şeydeki büyük çalışmalar yani çok yakın bir dönemde gerek transplantasyon konusu olsun gerek bu mekanik ve diğer elektronik malzemelerin tıpta kullanılması konusu olsun. Bunlar çok gelişecek, çok değişecek, çok büyük şeyler olacak. Genetik kodlamalar ve hastalıkların bir kısmı bu şekilde önlenecek. G2

Yapay zeka kullanımı hekimliği ihtiyacı azaltacak.

"Yani yapay zekânın devreye girmesiyle beraber azalır ve biter… Yapay zekâyla beraber azalır. Hareket sahası çok kısıtlanır yani %90 kısıtlanır hareket sahası hekime gerek kalmaz." G63K2

Hekimlerin geleceğe yönelik beklentilerinde mesleki bilginin değişimi ve bilgiye ulaşıma yönelik olarak söyledikleri; hastaların **bilgiye ulaşımının daha da kolaylaşması**nın hekimlerin işlerini zorlaştıracağı, **mesleki bilginin daha sık**

değişeceği ve **artan mesleki bilgi yükünün beraberinde uzmanlaşmayı da arttıracağı** ifadeleri mesleki bilgi anatemasını oluşturan temalar olarak değerlendirilmiştir.

Bilgiye ulaşımın kolaylığı hekimlerin işini zorlaştıracak

"hastaların artık internetten bu bilgiye kolay ulaşması da bilgiye kolay ulaşılıyor fakat yanlış bilgiye de kolay ulaşılıyor. Bu yüzden sizi manipüle etmeye çalışıyorlar bu da hekimlerin hastayı ikna etmede bence gittikçe zorlanacaklarını düşünüyorum." G14K3

Mesleki bilginin daha sık değişecek.

"Tıpta sürekli değişiyor yani bu yüzden eskiden herhalde tahmin ettiğim kadarıyla bu konu bu kadar şey değildi, gelişmeler bu kadar hızlı değildi. Artık nerdeyse altı ayda bir yeni bir guide kılavuz çıkıyor bunları takip etmeniz lazım." G7K31

Uzmanlaşmayla hekimlerin iş yapış biçimleri arasındaki fark daha da artacak.

"yani benim kafamda hepimiz aynı meslek grubunda değiliz gibi pratisyen hekimlik başka bir meslek grubu. (Gelecekte bunun artacağını mı düşünüyorsunuz?) Tabi ki bu bi gereklilik. Çünkü bunun kalp damar cerrahı var kardiyologu var onlar ayrıştı işte ne bileyim kadın doğumu var üreme sağlığı var daha da ayrılacak genetiği var Şu anlık arttıkça uzmanlık arttıkça koskocaman bi böyle bir insan sağlığı ile ilgilenen farklı meslekleri içeren bir yapıya dönüştük. Artık ortak noktalar var tabi ki herkes anatomi biliyor olabilir ama yaptığımız işler çok farklılaştı." G44K1

Hekimler gelecekte hekimlerin hastaya yaklaşımına yönelik olarak bütüncül yaklaşımın ve empati yapmanın azalacağını ifade etmişlerdir. Olumsuz olarak değerlendikleri beklentiler olan **hastaya bütüncül yaklaşım**ın ve **empati yapmanın azalacak olması** temaları hasta yaklaşımı anatemasını oluşturan temalar olarak değerlendirilmiştir.

Hastaya bütüncül yaklaşım azalacak

"tıbbi felsefe çok kötüye gidiyor ve insanlar bunun için çok ağır bedeller ödeyecek. Tıpta insanı bir bütün olarak görmek zorundasınız bir bütün olarak. Hasta girdiği zaman siz onu bir bütün olarak görmek zorundasınız. Batıda okyanus ötesinin pompalaması ile öyle yapmıyor. Tıbbı insan vücudu sanki bağımsız bölümlermiş gibi ayrı parçalara ayırıyor. İşte sadece kardiyoloji yapıyor. Sadece nefroloji yapıyor. Sadece ortopedi yapıyor ve o insanlar temel tıp bilgilerini almadıkları için sistematik olarak bir bütün olarak hastaya yaklaşmadığı için bunun cezasını hastalar çekiyor. Dizi ağrıyan bir hasta üst solunum yolu enfeksiyonu olmuş ona bağlı olarak bir artriti vardır. Ona bağlı ağrı olur. Ama bu şimdiki tıbbın düştüğü hata şu kıza bir MR çektiriyor yine demin söylediğim konulara dönüyoruz pahalı pahalı tetkikler yaptırıyor. Sonuçta da hastayı bir şey yok deyip gönderiyor" G19K2

Empati yapmak azalacak

"Daha çok robotlaşmış hekimler geliyor. Yani duygu katmadan uğraştığınız şeyin insan olduğunu farkında olmadan bir mühendis gibi çalışan empati yoksunu hekimler geleceğini düşünüyorum. Genç hekimlerde bunu görüyoruz." G25K2

Hekimlerin ayrıca piyasadaki rekabetten etkilenecekleri ve bunların pratiklerine yansıyacağına yönelik beklentiler mevcuttur. **Hekimlerin pratiklerinde serbest piyasa etkisi artacağı** teması piyasalaşma etkisi anatemasını oluşturan ve hekim pratiğinde beklenen değişiklikler bağlamında yer alan son temadır.

Hekimlerin pratiklerinde serbest piyasa etkisi artacak

"hani yine vurgu yaptım çok ciddi bi piyasalaşma eğilimi ve çok ciddi bi kar getiren bi noktaya gidiyo. Iıı yani burada ıı bi şekilde hekimin kendini pazarlayabileceği bi noktaya doğru gidiyo. Hani bu da en azından gözle instagramda …. Doktorun hesabı varken kendi yaptıklarını ettiklerini paylaşıyolar kendi reklamlarını yapıyolar. Noktasında bi gidişat var." G46Ö3

Görüşmecilerin gelecekte hekimlerin niteliğini belirleyen tıp eğitimi ve hekimlik sonrası kariyer süreçleri hakkında bekledikleri değişimlere yönelik söylemleri bulunmaktadır. "Tıp fakültesi sayısının azalması", "tıp eğitiminde kalitenin azalması", "tus sınavının olumsuz etkileri" ve "özel tıp fakültelerinde alınan ücretlerin eğitim kalitesine etkisi" nedeniyle **hekim sayısının artarken kalitesinin azalacağı** teması olarak tıp eğitimi süreçleri anatemasında, **Akademik unvan sahibi hekimlerin kalitesinin azalacağı** ve **büyük cerrahi branşlarda hekim sayısının azalacağı** temaları hekimlik sonrası kariyer süreçleri anatemasında ve hekimlerin niteliği bağlamında değerlendirilmişlerdir.

Hekim sayısı artarken kalitesi azalacak

"... bilinçli olarak çok fazla tıp fakültesi açıldı. Keşke kalite korunarak bunlar açılmış olsaydı ama maalesef bu sayı arttırılırken kalite korunamadı. Yeni mezun hekimlerde ciddi bir niteliksel sıkıntı olduğunu gözlemliyorum. Sayı arttı ama nitelik azaldı ve bunun da zamanla neticede hepimiz yaşlanacağız bu hekimler bize bakacak. Bunların halk bazında, hekim bazında sıkıntılı bir sürecin beklediğini düşünüyorum." G64K2.

Tıp fakültesi sayısının artması

"bir kere çok fazla fakülte açılıyor. Bu bir sorun çünkü içinde yani tıp fakültesi bina açmak kolay ama içine koyacakların daha önemli. Yani en iyi dediğimiz fakültelerde bile bir sürü eksik varken hani mantar gibi açılanlarda nelerin olduğunu konuşmak daha kolay nelerin olmadığını konuşmaktan, bu bir sorun." G15K3

Tıp eğitiminde kalitenin azalması

"Şu andaki kaç 186 tane Tıp Fakültesi 20 bin tane öğrenci alıyor. 20 bin tane doktor demek. 10 yılda 200 bin doktor. Şu anda mevcut doktor sayımız kaç 130 bin. Yani bunun şu anda kadavra görmeyen 174 fakültenin 170 tanesi belki kadavra görmeden insanı öğreniyor." G35K1

TUS sınavının olumsuz etkisi

"Adam 3 yıl asistanlık yapıyor hadi Allah'a ısmarladık ben burada gıcık kaptım diyor başka yere gidiyor. Diplomayı almadan. Kimsenin ne yaptığı belli değil. Çattı pattı kaç attı deyip tercih yapıp imtihana giriyorlar. Halbuki, hani insanın bir ideali olmalı. Nöroloji uzmanı mı olacaksın, kardeşim bir iki sene adam pratisyen olunca bile acillerde nöroloji doktorlarıyla beraber çalışıp kendini geliştirebilir. Veya devamlı olarak hobi nöroloji kitabı okur. Şimdi geliyorlar nöroloji kazanmış ömründe nöroloji kitabı okumamış. Geliyor nöroloji kazandım diyor ilgisi de yok. Esasında ben şurayı kazanmak istiyordum hasbelkader buraya gelmişim diyor. Tekrar tusa gircem artık bir şey kazanamazsam buna devam ederim diyor. Böyle bir ortamda adam bir şey öğrenmez ki. Tıp eğitiminin asistan eğitiminin ilk şartı motivasyon… Tıp eğitimi süreklidir. 4 senedir nöroloji uzmanı olunmaz. Kuradan çıkmayla nöroloji uzmanı olunmaz". G12K3

Özel tıp fakültelerinde alınan ücretlerin eğitim kalitesine etkisi

"Şuanda çok fazla fakülte sayıları arttığı için paralı bir eğitim ortaya çıktı. Yani muhtelif fakültelerde burası da dahil olmak üzere, şuanda burada yetişen öğrencilerin çoğu yani büyük bir kısmı parayla yetişiyor. Bu da açıkçası tıp fakültesinde işin içine para ve beklenti girdiği zaman siz kaliteyi tam ölçemiyorsunuz. Yani şöyle ki bir insan size parayı veriyor, yıllık belli bir para veriyor ve siz onun sınıfı geçmesini önlüyorsunuz misal. Bu insan sizi tercih etmeyi bırakır. Eğer sizin geliriniz o paraya bağlıysa, ordan gelen paraya ihtiyacınız varsa bakanlık size yeterli desteği vermiyorsa, siz sırf kaliteyi düşürmek adına dahi olsa ihtiyacınız olduğu için gerekirse doktor olarak yetişmeyecek adamı doktor olarak yetiştirmek zorunda kalıyorsunuz." G49Ö3

Akademik unvan sahibi hekimlerin kalitesinin azalacağı

"Akademik anlamda doçentlik süresinin olması gerekenden, bunu tamamlamadan insanların profesör olduğu veyahut ta yardımcı doçentlikten bir yıl içinde doçent olması. Ne derler? Onu nasıl derler? Gündelik yaşantı

içinde geçirmesi gereken evrim süresini tamamlamadan basamakların ilerlemesi iyice kalitesizliğe zaten itiyor." G4K2

Büyük cerrahi branşlarda hekim sayısının azalacağı

"Ama özellikle kalp-damar cerrahisi, göğüs cerrahisi. Hani böyle hani çok az tercih ediliyor şu anda bunlar hakikaten hayat kurtaran özellikle kalp damar ve beyin cerrahisini hiç kimse tercih etmiyormuş. Yeni TUS'larda siz de biliyorsunuzdur. Ve haklılarda. Tercih etmeyenleri de hiç kınamıyorum ama ileride hakikaten bu çok büyük sıkıntı yaratacak. Çünkü değersiz görüyorlar kendilerini…" G32K2

Görüşmecilerin gelecekte hekimlik mesleğinin toplumdaki değerinde gerçekleşmesini bekledikleri değişimlere yönelik söylemleri hekimlik mesleğinin toplumdaki yeri bağlamında değerlendirilmiştir. Gelecekte **hekimliğin saygınlığının ve değerinin artacağı**na yönelik olumlu beklentiler hekim saygınlığı artacak anatemasını oluştururken **hekimliğin saygınlığının azalacağı**, **hekime olan güvenin azalacağı** ve **şiddet olaylarının artacağı**na yönelik olumsuz beklentiler hekim saygınlığı ve güveninin azalacağı anatemasını oluşturmuştur. Yine **hekimliğin atık tercih edilen bir meslek grubu olmayacağı**na yönelik söylemler meslek seçiminde hekimliğe olan talebin azalacağı anatemasını oluşturan tema olarak değerlendirilmiştir.

Saygınlığı ve değeri artacak

"Hekimlik ileride iyiye gidecek. Bizim Türkiye'de bir geriye düşme var ama bu da biraz daha geriye düşünce ki yani bu önce bir dibe vuracak yani şu anki durumundan belki daha da kötüye gidecek bir dibe vuruş ama ondan sonra insanlar hekimliğin ne kadar kıymetli olduğunu anlayacaklar yeniden değeri yükselecek diye düşünüyorum." G27K2

Hekimlik mesleğinin saygınlığı azalacak

"Yani farkında hatanın farkında olsa insanlar bunu düzeltmek için gayrette bulunabilir ama kimse hatanın farkında değil. Yani giderek insanlar kanıksıyor

doktorun gerçek konumunun bu olduğunu düşünüyor. Halkta böyle düşünüyor. Onun için düzelme ihtimali düşük." G3K2

"Yani son 10-20 yıl içerisindeki gidişata bakarsak sadece hekime değil bütün sağlık personeline karşı olan saygının azalacağını söyleyebiliriz." G22K3

Hasta ve hekim ilişkisinin güven azalacak

"Saygınlık azaldığı zaman da birtakım şeylere işte buna sağlık konusundaki işte girişimler olabilir, medikasyon olabilir, yatış çıkış kararları olabilir hekimin önerdiği şeylere olan güvende azalacak." G22K3

Hekime karşı şiddet olayları artacak

"Daha fazla dayakların artacağını düşünüyorum. Küfür yemenin daha fazla artacağını düşünüyorum. Değersizlik toplumda sürekli bir değersizlik." G4K2

Tercih edilir meslek grubu olmayacak.

"Ne olacak bir noktadan sonra diyecek ki artık benim doktorum tamam denecek muhakkak denilecek. Yok ölene kadar 100 sene daha biz zorunlu hizmet atayacağız hiçbir devletinde politikası olamaz normal olarak söylüyorum, doğal süreç buraya gidecek. Buraya geldiği zaman ne olacak? Diğer bölümler gibi tıbbın puanını en hızlı şekilde düşeceğini düşünüyorum ben. Daha hızlı düşecek. Çünkü insanlar hem KPSS'ye gireceksin, öyle atanacaksın bir de doktorluk yapacaksın, yaptığın işin karşılığında bu kadar para aldın. Yorum yaptığın kıyasladığın zaman puanı geriye düşecek." G47Ö3

Hekimler gelecekte sağlık sisteminde özel sektörün ağırlığının artacağını ve hekim istihdamında değişiklikler yaşanacağını belirtmişlerdir. Bu ifadeler sağlık sistemine yönelik beklentiler bağlamında değerlendirilmiştir. **Sağlık sisteminin tamamen özelleştirileceği**ni düşünen hekim ifadelerinin yanı sıra **serbest piyasa koşullarının hâkimiyetinin artacağı** ve **sermaye sahiplerinin sağlık politikaları üzerinde daha fazla söz sahibi olacağı**na yönelik hekim ifadeleri sağlık sisteminde artan özelleştirme etkisi anatemasını oluşturan temalar olmuştur. Hekim ücretlerinin genel olarak azalacağı ve hekimler arası ücret farklarının artacağı beklentisi **Hekim**

ücretlerinde beklenen değişiklikler teması olarak ve **işsizlik tehlikesi**, **nitelikli hekimlerin yurtdışına gideceği**ne yönelik ve **hekimlik dışı mesleklere geçişlerin artacağı**na yönelik beklenti temaları hekim istihdamına yönelik beklentiler anatemasını oluşturmuştur.

Sağlık sisteminin tamamen özelleştirileceği beklentisi

"...tamamen sistemin özelleşeceğini düşünüyorum 10 yıl sonra olayların tamamen Amerika'daki sistem üzerinden tamamen döneceğini düşünüyorum. Sosyal devlet vazgeçileceğini olayların özelleştirileceğini. Genel anlamda baktığınızda kötü ama primer şahsi anlamda baktığınızda kendini geliştirmiş, sivrilmiş insanların çok daha popüler olacağı diğer belli bir azınlığın elde tutulup diğer çoğunluğun çok fazla şey yapmadığı yer bulamadığı bir sistem olur diye düşünüyorum." G34Ö3

Sermaye sahiplerinin politikaları belirleyeceği beklentisi

"Sonuçta bir uygulama mı var bu uygulamanın sonucunda kazanan kim kazanan halk değil yani şu anda e kim kazanıyor ben de kazanmıyorum. Kim kazanıyor? Sektör kazanıyor yani sermaye kazanıyor temelde. Aslında sermayenin kazanması için yapılmış bir düzen gibi görüyorum ben açıkçası. Dolayısıyla bu sermaye de güçlü, iyice güçlenmiş bir sermaye dolayısıyla bunlar özel hastane özel üniversite lobisinden habersiz de kimse artık bundan sonra politika yürütemez". G21K3

Ücretler genel olarak azalacak

"Hani maddi açıdan hiçbir şeyin daha iyiye gideceğini düşünmüyorum özellikle ben devlette hani bu kamuda da her zaman hani özellikle eşi de çalışmıyorsa bir hekim sıkıntı yaşar öyle söyleyeyim ama eşi de çalışıyorsa yine hani bir miktar devam ettirecekler. Bence hekimlerin maddi sıkıntıları biraz devam edecek." G57K2

Hekimler arası ücret farkları aratacak

"Bu sistemin sonu ne olur böyle giderek bence ardaki fark iyice artar zaten şu an doktorlar arasında bir fark var. Hani diyoruz ya büyük şehirler parsellenmiş büyük şehirde on bin liraya çalıştırıyor seni doğuda bilmem ne kadara çalıştırıyor diye. Bu fark bence artacak bu artan fark doktorlar arasında daha büyük sıkıntılara daha büyük rekabetlere yol açacak." G13K3

İşsizlik tehlikesi

"Benim hekimliğinin geleceği ile ilgili en büyük kayboluşu sayısı çok arttı ve muhtemelen birçok doktor arkadaş artık iş bulamayacak. TUS artık daha zor olacak hani öğretmenler gibi KPSS ile atanamayan, bir yerlere gelemeyen doktorlarda olacak gibi düşünüyorum." G30K2

Nitellikli hekimler yurt dışına gidecek

"Benim şuana kadar ki üniversiteden mezun olduğum arkadaşlarımın yarısı yurt dışına kaçmış durumda. Yarıya yakını yurtdışında çalışıyo bıraktı gittiler. Hatta şuanda uzman olanlar zaten uzman olanlar çoktan gitti hani… maddi sebepler ya da böyle gereken saygıyı görmedikleri için bildiğim kısmı bu. Böyle giderse pratisyenler de yavaş yavaş fırsatını bulursa gider. O açıdan ülke için iyi değil yani bence. Çok iyi doktorlar var çünkü." G41K1

Meslekten farklı alanlara kaymalar artacak

"şu anda arkadaşlar herhangi aileden bir ticari kapasitesi varsa ya da kendi ticari bir kapasitesi varsa ücretsiz izin alıyor bir deniyor mesela bir sene izin alıyor. Alternatif bir imkân yaratabilir miyim diye. Evet çünkü bu işin artık sürdürülebilir olmadığını düşünüyor ya da 5 bin lira burada toplamda 6-7 bin lira para kazanıyorsa öğretmen de zaten 5 bin lira kazanıyor mesela. Arada bir maddi fark da kalmadı. O zaman bizim farkımız ne diye insanlarda bir geri viteste oluyor. Birçok insan başka işe girmeye başlıyor hekimlik dışında ki o kadar yıllardır emek verdiğim bir meslek yani bu. Hepsini tüm eğitim sürecini katarsan hepsini sonunda bir hedef uğruna bu adam hekim olmuş ama sosyal

başarıyı sağlayamadığı için bu meslek grubunda başka bir yere kaymak istiyor." G21K3

4.2.3.2. Çalışma Şartlarında Değişiklik İstekleri:

Çalışma şartlarında değişiklik istekleri başlığı altında "Elinizde sihirli bir değnek olsa hekimlerin çalışma şartları ile ilgili neleri değiştirmek isterdiniz? Neden?" sorusuna alınan cevapların değerlendirilmesiyle belirlenen tema, anatema ve bağlamlar verilmiştir. Bu soruda verilerden elde edilen temaların fazla olmasından dolayı bağlam ve anatemaların olduğu tablo verildikten sonra tema ve alt temaları içeren tablolar ayrı ayrı sunulmuştur. Hekimlerin çalışma şartlarındaki değişiklik istekleri kendini gerçekleştirme, faydalı olabilme, mesleki özerklik, güvenlik ve meslek değişikliği bağlamlarında ve 10 anatema altında değerlendirilmiştir (Tablo 4.23.).

Hekimlerin değiştirmek isterdim diye ifade ettikleri iş yükünün azaltılması, tıp eğitimi ve özlük haklarına yönelik söylemler aynı adlı anatemalar olarak kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilmiştir. İş yükünü azaltma anateması "hasta sayısının sınırlandırılması", "MHRS de randevusuna uymayan hastalara yaptırım getirilmesi", "randevu sisteminin kaldırılması" alt temalarından oluşan **muayene hizmetlerinde yoğunluğun önlenmesi** teması; "çalışma saatlerinin azaltılması", "mesai saatlerinde esneklik" ve "nöbet ertesi mesaiden muaf olmak" alt temalarından oluşan **çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi** teması ve **yardımcı personel sayısının arttırılması** temalarında oluşmaktadır (Tablo 4.24.).

<u>Randevu sistemini kaldırmak</u>

"*Randevu sistemini kaldırırım. Herkes eskisi gibi aynı şekilde buraya gelir numarasını alır sırasını bekleyebilir yani.*" G29K2

Tablo 4.23. "Elinizde sihirli bir değnek olsa hekimlerin çalışma şartları ile ilgili neleri değiştirmek isterdiniz? Neden?" sorusuna verilen ifadelerden belirlenen anatema ve bağlamlar

Bağlam	**Anatema**
Kendini Gerçekleştirme	İş yükünü azaltma
	Tıp eğitimi
	Özlük hakları
Faydalı olabilme	Sağlık hizmetine uygun tesisler
	Sağlık sistemine uygun organizasyonu
	Toplum eğitimi
Mesleki Özerklik	Mesleki dayatmanın kaldırılması
Güvenlik	Güvenli iş ortamının sağlanması
	Medyada olumsuz yayınların azaltılması
Meslek Değişikliği	Meslek Değişikliği

Çalışma saatlerinin azaltılması

"Uzun saatler olduğunu düşünüyorum yani daha az çalışıp daha kaliteli bir hizmet süreci olması gerektiğini düşünüyorum. Kalan vakit boşluğunda da gerek mesleki gerek insani bazında kendisini geliştirmesine yardımcı olabileceği şeylere zaman kalmasını isterdim. Maalesef çoğu hekimde bir meslek dışı uğraşılarla ilgili pek zaman kalmadığını görüyorum." G64K2

Mesai saatlerinde esneklik, rutinin dışına çıkma

"Çalışma saatleri ile ilgili biraz esneklik sağlardım. Bu aynı zamanda robotlaşmaya götüren sebeplerden biridir. Bazen hasta selam dediğinde reçete yazmak gibi. Bu insani bir şey çok katı uygulamalar robotlaşmaya götürüyor. Bu insana olan merhamet duygusunu azaltıyor. Siz mutsuz ve gergin olduğunuzda hastaya yansıyabiliyor. Bu tür uygulamalarla merhamet duygusunu kaybetmek en önemli tehlike bence." G25K2

Tablo 4.24. Kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Kendini Gerçekleştirme	**İş yükünü azaltma**	● Muayene Hizmetlerinde Yoğunluğun Önlenmesi o Hasta sayısının sınırlandırılması o MHRS de randevusuna uymayan hastaya yaptırım getirilmesi o Randevu sistemini kaldırmak ● Çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi o Çalışma saatlerinin azaltılması o Mesai saatlerinde esneklik, rutinin dışına çıkma o Nöbet ertesi mesaiyi kaldırmak ● Yardımcı personel sayısını arttırmak
	Tıp eğitimi	● Tıp Fakültesi Eğitimi o Tıp fakültesi sayılarının ve kontenjanlarının azaltılması o Eğitim müfredatının ve sisteminin yenilenmesi o Hekimlere yeterlilik sınavı getirilmesi. ● Uzmanlık Eğitimi o Uzmanlık öğrenciliği eğitim içeriklerinin yeniden düzenlenmesi. o Öğretim üyelerinin özel hastane yerine çalıştıkları kurumda muayene ve ameliyat yapmaları. ● Sürekli Mesleki Eğitim o Sosyal iletişim ile ilgili mesleki eğitim. o Hizmet içi zorunlu eğitim programları ● Bilimsel Gelişim Olanaklarının Arttırması o Hekimlerin bilimsel çalışmalara ulaşımını kolaylaştırmak o Akademik ve bilimsel çalışmalar için ödül ve teşvik sistemini arttırmak. o Öğretim üyesi seviyesinde yurtdışı personel değişim programları
	Özlük hakları	● Ücretlendirme Sistemine Yönelik İstekler o Performans sisteminin kriterlerinin değiştirilmesi o Emekliliğe yansıyan ücretlendirme o İşve risk açısından yoğun branşların ücretlerini arttırmak o Hekim ücretlerini arttırmak o Sabit bir ücretlendirme sistemi olmalı. ● Atama ve görev yapılan yerlere yönelik istekler, o Mecburi hizmet atamalarını kaldırmak o Eş durumu atamalarını düzenlemek

Nöbet ertesi mesaiyi kaldırmak

"Çalışma saatlerini özellikle şu an asistanlık yapıyorum hani asistanlar için hani daha insani boyutlara çekilmesi gerekiyor bence. Yani bunu hani nöbet tutuyorsunuz sabah geldiniz sekizde o gün nöbetçisiniz ertesi gün sekizde

mesaiye devam ediyorsunuz. Öteki gün akşam beşte çıkıyorsunuz ve yaptığınız iş hani dikkat gerektiren kafa yorucu ve fiziki olarak da yoğun bir iş." G14K3

Yardımcı personel sayısını arttırmak

"yani doktorun yapması gereken işlerin sadece doktorun yapması ama doktorun yapması gerekmeyen işlerin de başkaları tarafından yapılması için böyle bir çalışma organizasyonu yapılmasını isterdim. Yani ben neden teknik şartname hazırlıyorum?... Yani ne bileyim ee rapor yazmak. Hani ben niye rapor yazayım. Raporu bir sekreter yazmalıdır mesela. Hani bu gibi zamanı daha çok hasta ile geçirmeye ayırarak, ee doktorluk dışı işlerin de yardımcı personel tarafından yapılmasını sağlayacak bir organizasyon yapılmasını isterdim." G11K2

"Hasta girişi, hasta çıkışı işte efendim rapordur, bilmem nedir bu tarz işlerle uğraştırmam. Bir defa hekimi hasta ile direkt muhatap etmem sadece muayene ettiği hasta ile muhatap olur. Onun dışındaki o girmiş, bu çıkmış, sen gel, sen git gibi kapının önünden geçen, ben muayene olamadım, ben seni anlamadım, ne yapacağım ben şimdi gibi ya da kulak burun boğaz nerede, göz nerede, nöroloji nerede gibi mesleği dışındaki şeylerle muhatap etmem." G24K2

Hekimlerin ellerinde sihirli bir değnek olsa neleri değiştirmek isteyeceklerini ifade ettikleri söylemlerden bazıları tıp eğitimine yönelik olmuştur. Tıp eğitimine yönelik söylemler tıp fakültesi eğitimi, uzmanlık eğitimi, hizmet içi eğitim ve bilimsel gelişim olanaklarının arttırılması temalarına işaret eden alt temalardan oluşmaktadır. Tıp fakültesi sayılarının ve kontenjanlarının azaltılması, eğitim müfredatının ve sisteminin yenilenmesi, hekimlere yeterlilik sınavı getirilmesi **tıp fakültesi eğitimi**ne yönelik söylemlerden belirlenen alt temalar olurken uzmanlık öğrenciliği eğitim içeriklerinin yeniden düzenlenmesi, öğretim üyelerinin özel hastane yerine çalıştıkları kurumda muayene ve ameliyat yapmaları **uzmanlık eğitimi**ne yönelik söylemlerden belirlenen alt temalar olmuştur. Sosyal iletişim ile ilgili mesleki eğitim ve hizmet içi zorunlu eğitim programları **sürekli mesleki eğitim**e yönelik, bilimsel çalışmalara erişimin kolaylaşması ve bilimsel çalışmalara yönelik teşvik sistemini arttırması

bilimsel gelişim olanaklarının arttırılmasına yönelik söylemlerden belirlen alt temalar olmuştur (Tablo 4.24.).

Tıp fakültesi sayılarının ve kontenjanlarının azaltılması

"Bu kadar tıp fakültesine gerek var mı? Az olsun öz olsun iyi hekim yetişsin. Yani az olsun öz olsun derken sayı belli bir şeye ulaşmak zorunda hekim sayısı onu şey yapmıyorum ama şimdi ülkenin her yerinde neredeyse ilçelere inecek kadar üniversite açıp da oraya öğretim üyesi gönderemiyorsan burada bir sıkıntı vardır." G76K3

Eğitim müfredatının ve sisteminin yenilenmesi

"Tıp fakültesinin eğitiminin kalitesinin düştüğüne inanıyorum. Yani önü iyi bir eğitim olacak ki iyi bir doktor yetiştirmeniz lazım. Sadece branş hekimi yetiştirmek yani artık bir uzman yetiştirmek değil, artık fakülte çok önemli değil. Fakülteden bir şekilde a üniversitesi b üniversitesi önemli değil diplomasını alıyor artık insanlar ihtisasını, branşını aldığı zaman atıyorum ben mesela ürolog oldum. Hasta bana şunu sorduğu zaman hocam başım ağrıyor ben bilmem deyip geri çekiliyoruz. Böyle bir şey yok. Genel tıp doktorluğumuz bitti." G47Ö3

Hekimlere yeterlilik sınavı getirilmesi

"mutlaka 5 yılda bir board sınavını tüm hekimlere uygulanmasını sağlarım eğer ki yetersizse hekimi eğitime alırım yine anlamıyorsa hekimlik yaptırmam çünkü cahil bir hekim caniden farksızdır size eğer yanlış tanı koyarsa hasta ölür." G17K2

Uzmanlık öğrenciliği eğitim içeriklerinin yeniden düzenlenmesi.

"bakın hastanede 60 şey var aile hekimi asistanı var… dermatoloji hastalıkları genel pratisyenlik birinci basamaktaki hekimliğinin %20'sini oluşturur o adamın asistanları bize rotasyona gelmez çünkü kafasına göre belirlemiş dermatoloji hiç yok içlerinde bu adamın %20 göreceği bir klinik branşa göndermiyorsun." G7K3

"…asistan eğitimleri de tabi ki başka bölümlerde daha da cerrahi branşlar da birçok asistan arkadaşımız birçok ameliyatı yapmadan yapamadan falan uzman olduklarını söylüyorlar." G26K2

Öğretim üyelerinin özel hastane yerine çalıştıkları kurumda muayene ve ameliyat yapmaları

"Bu seviyede birçok eğitim hastanesine bakarsanız hiçbir öğretim üyesi ulaşamazsınız. Şu anda üniversitede eğer part time çalışıyorsa üniversite öğretim üyelerine ulaşamıyorsunuz… Ve o öğretim üyesi de o hastanede ameliyatını yapmalı muayenesini yapmalıdır. (Yapmıyor mu?) Yapmıyor tabi ki. Şuanda gidin Hacettepe'de ya da Ankara'da üniversite öğretim üyelerine muayenehanesi olanlara asla ulaşamıyorsunuz." G33Ö3

Sosyal iletişim ile ilgili mesleki eğitim

"çalıştığımız insanların arasındaki iletişimle ilgili belki bizi daha bilinçlendirecek yeni tıp fakültelerinde var heralde insan kayna…şey sosyal şeyle ilgili iletişimle ilgili onlar olmalı belki bunlarla ilgili ara ara mesleki eğitim yanı sıra verilebilir." G44K1

Hizmet içi zorunlu eğitim programları

"*Belki eğitimler hizmet içi yani alan içi eğitimleri biraz daha sıklaştırmak. Belki bunu yıllık belli süreler zorunlu hale bile getirmek olabilir"* G65Ö2

Hekimlerin bilimsel çalışmalara ulaşımını kolaylaştırmak

"tüm hekimlere internet ortamında kendi branşları ile ilgili dış yayınlara ve yabancı literatüre bedava ulaşma imkânı sağlanmalıdır. Tüm hekimlerin branşları ile ilgili kongrelere devlet ya da özel sektör tarafından katılımı sağlanmalı." G77Ö2

Akademik ve bilimsel çalışmalar için ödül ve teşvik sistemini arttırmak

"Yayın teşviki bunları, çeşitli teşvikler kurmak lazım. Yayın teşviki, kongre teşviki, asistanlara tez, yayın yapan asistanlara yurt dışı kongrelere, İngilizce

bilenleri, İngilizce teşviki. Önlerine çeşitli ödüller koyarak mesleği daha sevimli hale getirmek lazım." G12K3

Öğretim üyesi seviyesinde yurtdışı personel değişim programları

"Hekimlere özellikle öğretim üyesi düzeyinde yurtdışı hastanelerde bilgi tazeleme eğitimlerine gönderilmesini aynı şekilde diğer ülkelerden de hekimlerin ülkemizde ağırlanması, çalıştırılmasını isterdim." G77Ö2

Hekimlerin değiştirmek istedikleri konulardan bazıları özlük haklarına yönelik olmuştur. Hekimlerin söylemlerinden ücretlendirme sistemi ve atama ve görev yapılan yere yönelik istekler özlük hakları anatemasını oluşturan temalar olarak belirlenmiştir. **Ücretlendirme sistemine yönelik istekler** teması hekim ücretlerinin arttırılması, iş ve risk açısından yoğun branşlarda ücretlerin arttırılması, sabit bir ücretlendirme sistemi, performans sisteminin kriterlerinin değiştirilmesi ve emekliliğe yansıyan bir ücretlendirme sistemi alt temalarından oluşurken **atama ve görev yapılan yerlere yönelik istekler** teması mecburi hizmet atamalarını kaldırmak ve eş durumu atamalarını düzenlemek alt temalarından oluşmuştur (Tablo 4.24.).

Genel hekim ücretlerini arttırmak

"Ya onun üzerine insanlar gelecek kaygısı taşımazsa efendim çoluğunun çocuğunun geçim sıkıntısını yaşamazsa ne bileyim bir kongreye gidecekken birilerinin peşinde beni kongreye götürün diye dolaşmazsa, dolaşmak zorunda kalmazsa. Kendisi ayrı rahat gidebilecek pozisyonda olursa hem mesleğini daha zevkli yapar hem gelişir bu meslek." G76Ö2

İş ve risk açısından yoğun branşların ücretlerini arttırmak

"Mesela genel cerrahi uzmanı adam gece gündüz çalışıyor nöbet tutuyor aldığı maaş birinci basamak ta çalışan aile uzmanından düşük bu tür onlarında teşvik edilebilmesini düşünüyorum ileride beyin cerrahinde ameliyat olmak istesek iyi bir beyin cerrahı bulabileceğimizi düşünmüyorum. Çünkü kimse TUS'ta tercih etmiyor artık o bölümleri. Hem çalışma şartları kötü hem maaşı kötü, çok idealist olanlar dışında tercih eden olduğunu düşünmüyorum. O yüzden bunların ücretlendirilmesi düzenlenebilir." G45K1

Sabit bir ücretlendirme sistemi oluşturmak

"Bir doktorun ekonomik kaygısı olmaması adına ülkenin şartları göz önünde bulundurarak bir şey belirlenebilir. Her neyse doktor bunu kazanacağını bilmelidir ilk aklıma gelen bunlardır." G6K2

Performans sisteminin kriterlerinin değiştirilmesi

"Performans sistemi olmamalı değil olmalı kesinlikle ama bu kadar etkili olmalı mı tartışılır. Yani bir beyin cerrahı arkadaşın aldığı parayla atıyorum ben ürologum, benim aldığım para hani arasında çok yakın bir meblağ varsa veya benden az alıyorsa arkadaşa yazık oluyor yani." G47Ö3

"Performansın adaletli olmasını sağlardım bir tarafta aynı işlem bir klinik branşta yapıldığında 15 puanken öbür tarafta 250 350 gibi absürt puanlara erişmezdi oraya konan insanlar oraya getirilen insanlar kendilerine göre performansı tırpanlayıp oluşturmuştur asla müsaade etmezdim böyle bir şeye." G7K3

Emekliliğe yansıyan ücretlendirme

"Bu döner sermaye performans güzel geldi hani gerçi çatışmaları da sonuç oldu ama hiç yoktu, bir de sabit diye bir şey çıktı o eklendi fakat şeye yansımıyor emekliye yansımıyor. Emekliye hekimlerden duyduğumuz çok düşük alıyorlar bunu değiştirdim hani." G28K2

Mecburi hizmet atamalarını kaldırmak

"Hekimlerin bir kere yani mecburi hizmette muhtemelen insanların istemedikleri yerlere zorla gönderilmesini kaldırırdım. Mecburiyeti bir kere kaldırırdım. Oralara teşvikle de insanlar gidebilir." G33K3

Eş durumu atamalarını düzenlemek

"eş durumundan atamalarla ilgili sıkıntıları düzeltmek isterdim. İlk değiştireceğim bu olurdu. ... Atandığımız yerler, görevlendirmeler bazen ciddi yaşam kalitemizi bozuyor. Yani tamam hani 6 yaşına kadar çocuğu olanları

göndermiyorlar ama daha sonrasında da hani gittiğinde yine düzenin bozulmuş oluyor belki bunu daha düzenli yapabilirler ya da hiç yapmayabilirler." G30K2

Görüşmecilerin ellerinde sihirli değnek olsa değiştirecekleri konular arasında sağlık hizmeti sunan tesisler, sağlık hizmetinin organizasyonu ve yönetimi ve toplumun eğitimine yönelik de ifadeleri olmuştur. Bu söylemlerden **sağlık tesislerinin fiziksel yapıları ve donanımlarının iyileştirilmesi**ne yönelik istekler sağlık hizmetine uygun tesisler anatemasını oluşturan tema olarak belirlenirken **birinci basamağa**, **basamaklar arası yapılandırmaya**, **özel sektöre** ve **idari yapıya yönelik istekler** sağlık hizmetine uygun organizasyon anatemasını oluşturan temalar olarak belirlenmiştir. Yine **sağlık okuryazarlığını arttırmak** ve **medyada bilinçli sağlık eğitimi**ne yönelik söylemler toplum eğitimi anatemasının oluşturan temalar olarak belirlenmiştir. Tüm bu anatema ve temalar faydalı olma bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.25.).

Sağlık tesislerinin fiziksel yapılarının ve donanımlarının iyileştirilmesi

"Benim şimdi bir odama bakın yani ne tuvaleti var, ne musluğu var, ne banyosu var, ne şeyi var. Yani ameliyat yapıyorsunuz ameliyattan çıktığınız zaman bir duş alacağınız yeriniz bile yok. Oturup çay kahve içeceğiniz bir yer bile yok. Yani maalesef hastaneler dizayn edildiği zaman hastaların rahatı düşünülüyor ama hiçbir zaman hekimlerin yav bu hekimler 24 saat kalıyorlar bunlar ne içerler ne yerler nerde kalırlar nasıl uyurlar bunların şeyi yok." G2K2

"Vallahi öncelikle daha steril, daha güzel daha yeni binalar hakikaten önemli. Çoğu yerde de zaten yenilenmeye başladı çok şükür. Ama onun dışında hakikaten bir bakılmalı." G32K2

Halk sağlığı yaklaşımının öncelenmesi ve birinci basamağın güçlendirilmesi

"Katılımcı, koruyucu, kapsayıcı, kişiye özel, birinci basamağı güçlendirilmesiyle böyle güçlendirilen birinci basamağın hekimi kendini de iyi algılar, yanlış algıları da göğüsler, süreci de yönetirken daha etkin, yetkin olur,

toplum sağlığı da halk sağlığı da çok güzel gelişir. Her şey güllük gülistanlık olur, bir anda. Bu kadar mı kolay, bu kadar kolay." G36K1

Tablo 4.25. Faydalı olabilme bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Faydalı olabilme	**Sağlık hizmetine uygun tesisler**	● Sağlık tesislerinin fiziksel yapılarının ve donanımlarının iyileştirilmesi
	Sağlık sistemine uygun organizasyon	● Birinci Basamağa Yönelik İstekler o Halk sağlığı yaklaşımının öncelenmesi ve birinci basamağın güçlendirilmesi o Aile hekimliğinin kaldırılması ● Basamaklar Arası Yapılandırma İstekleri o Basamaklar arası sevk zinciri sisteminin kullanılması ● Özel Sektöre Yönelik İstekler o Özel hastanelerin devletle olan anlaşmalarını kaldırmak. o Muayenehanelerin serbest bırakılması o Özel hastane ve sağlık kuruluşlarının sadece hekimler tarafından açılıp işletilebilmesi o Yeni açılacak özel hastane ve sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılmasına izin verilmesi ● İdari Yapıya Yönelik İstekler o Hekim olmayanların sistem içerisinde etkin olmadığı bir sistem oluşturulması. o Yönetim kademesiyle daha kolay iletişim kurabilme
	Toplum eğitimi	● Sağlık okur yazarlığını arttırmak. ● Medyada bilinçli sağlık eğitimi

Aile hekimliğinin kaldırılması

"aile hekimliği müessesesinin kaldırılmasını Türkiye'de kesinlikle destekleyen bir insanım. Çünkü çok boş yani güzel amaçlarla oluşturulmuş fakat herhangi

bir işlev, mekanizma açısından işleviyetini tamamen kaybetmiş bir müessese." G75Ö2

Basamaklar arası sevk zinciri sisteminin kullanılması

"Tüm yoğun, gelen hastaların çok büyük bir yüzdesi aile hekimliklerinde tanı, tedavi alıp iyileşecek hastalar. Ama bunlar aile hekimliklerine uğramayıp direkt bunlara gittiği için tam bir kaos oluşuyor, felaket oluşuyor… Bence sevk zincirini getirirdim." G37Ö3

Özel hastanelerin devletle olan anlaşmalarını kaldırmak

"Özel hastanelerle antlaşmayı devlet kaldıracak. Adı üstünde özel hastane kardeşim parası olan gitsin. Devlet onlara vereceği parayla kendi imkânlarımızı sağlasa o özel hastanenin on katı daha iyi hizmet verir." G35K1

Muayenehanelerin serbest bırakılması

"bir kere muayenehaneciliği serbest bırakırdım… Ya arz talep var ki bu da açılıyor... Çünkü millet daha fazla ilgi bekliyor, daha fazla alaka bekliyor dolayısıyla da gidiyor yani muayenehane şeylerine. En büyük değiştirmek istediğim bu olurdu herhalde." G66Ö2

Özel hastane ve sağlık kuruluşlarının sadece hekimler tarafından açılıp işletilebilmesi

"Bir kere kurumların özel hastaneler, tıp merkezleri falan gibi kurumların uzmanlık alanı veyahut da meslek sahiplerine bırakılması gerektiğini düşünüyorum… yani sonuçta emeğimizin sömürüldüğünü düşünüyorum. Biz burada hizmet veriyoruz hastalara bakıyoruz falan ondan sonra belli bir kazanç elde ediliyor, bu kazancın çoğu patrona gidiyor. Patron piyasada şuanda birçok yerde olduğu gibi ya işletme sıkıntısı olduğundan veyahut da başka sektörlerle de çalıştıklarından mevcut kurumlarını, sağlık işletmelerini batırıyorlar. Sadece doktorlar değil diğer sağlık personelleri de mağdur oluyor, maaşlarını alamıyorlar." G68Ö2

Yeni açılacak özel hastane ve sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılmasına izin verilmesi

"*Bu hastane zincirleri doktorların emeğinin sömürülmesi yönünde hizmet ediyorlar diye düşünüyorum. Elimde bir imkân olsa bu sürecin bir yerde kırılmasını ondan sonra bu sağlık sektöründeki ruhsatlandırma ondan sonra yeniden yeni giriş hastane, tıp merkezleri falan açılabilmesinin önündeki ruhsatlandırma sorununun, engelinin kaldırılmasına yönelik bir şeyler yapılmasını isterim… hastane ruhsatları, tıp merkezi ruhsatları taksi plakası gibi birbirleri içerisinde yani ciddi meblağlarla ruhsat satışı yapılıyor illegal olmasına, kanunsuz olmasına rağmen. Çünkü ben istesem şimdi 3-5 arkadaş birleşsek bir merkez açıyoruz desek açamıyoruz çünkü sağlık bakanlığı ruhsat vermiyor. 2008de verilen o ruhsatlar üzerinden işlemler yürüyor. Öyle bir ruhsatı satın almak zorundasın. Taksi plakası gibi ne bileyim veyahut da işte legal olmayan bir şekilde ruhsat alışverişi piyasası var şuanda Türkiye'de. Bu da hiç sağlık sektörü açısından ahlaki olmayan bir durum yaratıyor diye düşünüyorum."* G68Ö2

Hekim olmayanların sistem içerisinde etkin olmadığı bir sistem oluşturulması

"… devletten gelen yönetmeliklerde bütün her şeyde karar vericilerin mutlaka hekim olması lazım. Hekim dışı personelin, idari personelin hekim adına karar vermesi normalde hani hekimin çalışma şartları hakkında çok uygun değil." G22K3

"Yönetimsel hastane yönetimlerinin hem yönetim bilen insanlarla hem hekimlerle daha sıkı bir koordinasyon da yapılmasını sağlamak isterdim en azından hani direk hekimler yönetemiyorsa bile bu da sağlıklı olmuyorsa bile yönetecek insanın birebir hayat içerisindeki hekimlerin yaşamına, hastanenin yaşamına dâhil olabilmesini ve bunu bilmesini sağlamak isterdim." G50K2

Yönetim kademesiyle daha kolay iletişim kurabilme

"Biraz daha böyle idareyle daha rahat görüşülebilir olunmasını isterim. Siz görüşmek istiyorsunuz ama bir ay sonra görüşüyorsunuz mesela. Bunu

yaşıyorum ve ben burada eğitim görevlisi olduğum halde. Böyle olmamalı. Ama dedim ya her yönetim döneminde olmadı." G10K3

Sağlık okur yazarlığını arttırmak

"yani halkın eğitim seviyesini artıracak bir kere bir sağlık kanalı kurardım. Hastanelere nasıl gidilir? Gitmeden önce nasıl hazırlıklar yapılır? Hekimle nasıl konuşulur? Hasta haklarının yanında hangi sorumlulukları vardır? Bu sorumlukları yerine getirmesi gerekir bu sorumlulukların dışına taşıp da çeşitli haksız yere huzursuzluk çıkarırsa veya sorun çıkarırsa nelere maruz kalabilir? Bunları getirirdim yani bunları da öğretilmesi lazım bu insanlara ama öyle bir şey yok." G7K3

Medyada bilinçli sağlık eğitimi.

"bir de eğitim diyoruz ya hep eğitim eğitimi biz sadece okullarda verilir zannediyoruz ama değil hani sağlıkla ilgili eğitimlerin birincisi yalan yanlış olmaması. Hani ana haber bültenlerinde falan görüyorsunuz yılda 2 defa şunu ölçtürün bunu ölçtürün falan gibi şeyler. Bir furya gidiyor şu anda mesela d vitamini furyası var. D vitaminini muhakkak ölçtürün falan hani doğru yönlendirici şeylerle bazı şeyleri hiç buraya gelmeden halkın daha sağlıklı olması sağlanabilir." G5K2

Hekimler mesleki pratiklerini etkileyen ya da zorlayan idari sistem ve ücretlendirme sisteminin de değiştirilmesini istemişlerdir. Performans sistemi ile ücretlendirme kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilmiş olmasına rağmen aynı zamanda hekim özerkliğini de zorlayan bir uygulama olarak görülmüştür. **Dış müdahalelerin önlenmesi** ve **performans sisteminin kaldırılması**na yönelik ifadeler mesleki dayatmanın kaldırılması anatemasını oluşturan temalar olarak belirlenmiş ve mesleki özerklik bağlamında değerlendirilmiştir (Tablo 4.26.)

Dış müdahalelerin önlenmesi

"Öncelikle özgürlük, özgürlük lazım hekimlere. Yani hekim tıbbi anlamda yani bazen hekim günde bir hasta bakabilir, bazen 30 hasta bakabilir. Hekimi bir şeye zorlamamak lazım. Ya bunun yaptıklarını inceleyerek bunun dışına çıkan

hekim varsa o gerekli yaptırım neyse o yapılabilir o ayrı bir şey. Hani bunu suistimal eden varsa ama hekim sınırlanmaz yani. İlla her gün 30 hasta bak denilemez hekime. Bazen oluyor bir hasta 10 hasta kadar uğraştırır hekimi. Olabilir yani." G3K2

Tablo 4.26. Mesleki özerklik bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Mesleki Özerklik	**Mesleki dayatmanın kaldırılması**	● Dış müdahalelerin önlenmesi
		● Performans sisteminin kaldırılması

"hekimlerin idari sisteme yani hekim olmayanların idare sistemine daha az bağlı olmalarını gerektiren bir sistem oluşturdum. Daha özgür hareket etmelerini, daha rahat tedavi etmelerini… hekimlik uygulamalarının yargılandığı, değerlendirildiği bir sistem mutlaka olacak ama hekim olmayan kişiler tarafından daha az yargılanan bir düzen olması gerektiğini düşünüyorum." G9K2

Performans sisteminin kaldırılması

"Bu performans düzeni olmayacak ve bizim şu an düştüğümüz nokta parça başı iş yapıyor durumundayız. Öyle demek istemiyorum ama hekimlik bu değil o anlamda değeri de azaldı. Hekimlik parça başı işe düştü. Bu hale düştü. O yüzden buradan çok acilen çıkılması gerekiyor. Çok zarar verdi bakın o kadar çok zarar verdi ki zaten bu zararlar işte şimdi mesela doktorların hastayı muayene yani muayene kalktı. Muayene dediğimiz şey kalktı. Tetkik var sadece… Öykü bile alamıyoruz yani çok kısa o andaki şikayetini alıyoruz aslında öykü almıyoruz." G26K2

Hekimlerin söylemlerinde değiştirmeyi istedikleri bir diğer şey güvenliklerine yönelik olmuştur. **Güvenlik şartlarının sağlanması** için alınması gereken tedbirlere yönelik söylemler ve şiddeti azaltmaya yönelik olarak **medyadaki olumsuz örneklerin azaltılıp olumlu örneklerin çoğaltılması**na yönelik ifadeleri güvenlik bağlamında güvenli iş ortamının sağlanması ve medyada olumsuz yayınların azaltılması anatemaları altında temalar olarak belirlenmiştir (Tablo 4.27.).

Tablo 4.27. Güvenlik bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Güvenlik	**Güvenli iş ortamının sağlanması**	● Güvenlik şartlarının sağlanması
	Medyada olumsuz yayınların azaltılması	● Medyada hekimler hakkındaki olumsuz yayınların azaltıp olumlu örnekleri çoğaltması

Güvenlik şartlarının sağlanması

"... güvenlik işte şartlarının arttırılması. Doktora yapılan işte tacizlerin olsun, saldırıların kanunen tabi cezalandırılması gibi şeyleri bekleriz." G73Ö2

Medyada hekimler hakkındaki olumsuz yayınların azaltıp olumlu örnekleri çoğaltması

"halkın gözünde hani yani gazete ve televizyonlarla da hekimlere yönelik saygının arttırılmasına yönelik kamu spotları olsun ya da hani haberler olsun bu anlamda yapılabilir. Sürekli televizyonu açtığımızda hani …… , hekim hatalarıdır hep bu tarz şeyler görüyoruz. Ama bunun dışında hekim başarılarından dolayı şifasını bulmuş hastaların, tedavisi tamamlanmış hastaların halka hiç yansıtılmıyor. O şekilde hani hekimlerde başarı ve motivasyon anlamında hani pozitif her yönden desteklenmeli bence." G52K1

Son olarak mesleğin içinde bulunduğu durumun artık düzeltilebileceğinden umudunu kesmiş olan veya meslekte aradıklarını bulamayan hekimler ellerinde sihirli bir değnek olsa kendi **mesleklerini değiştirecek**lerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.28.).

Tablo 4.28. Meslek değişikliği bağlamında değerlendirilen anatema, tema ve alt temalar

Bağlam	Anatema	Tema
Meslek Değişikliği	**Meslek Değişikliği**	● Meslek değişikliği.

Meslek değişikliği

"Benim mesela kafamda açık açık olan bir şey de uzmanlığımı aldıktan sonra bir ilaç firmasına girip çalışırım ne nöbetiyle ne hastasıyla uğraşırım gibi

düşüncelerim var. İnşallah sistem düzelir de gerçekten doktorluk mesleğini icra ederiz ama onun dışında bu meslek çok yapılacak gibi durmuyor." G48Ö3

"Elimde sihirli bir değnek olsa hekim olmazdım. Daha keyifli bir meslek seçerdim." G25K2

5. TARTIŞMA

Tez çalışması hekim algısının değişen sağlık sistemleri ve sağlık politikalarından etkilendiği, mesleğin toplumla olan ilişkisinin zaman içerisinde değiştiği ve hekimlerin meslek öncesi ve sonrası mesleğe yönelik algılarında farklılıklar olduğu varsayımına dayanılarak planlanmıştır. Çalışma kapsamında hekimlerin mevcut sağlık sistemi içerisinde ortaya çıkan meslek algısına ilişkin değerleri belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın amacına ulaşabilmek için niteliksel bir çalışma planlanmış, hekimlerin mesleğe yönelik algılarına yarı yapılandırılmış açık uçlu sorular kullanılarak yapılan yüz yüze derinlemesine görüşmelerle ulaşılmaya çalışılmıştır. Soru formunda hekim olmalarına neden olan sebepler ve karar sürecindeki beklentileri, hekimlik pratiğinde meslek algılarını etkileyen faktörler ve hekimliğin geleceği ile ilgili algılarına yönelik birbirini destekleyen sorular sorulmuştur. Tezin bu bölümünde sorulara alınan yanıtlardan meslek algılarına yönelik değersel söylem içeren ifadeleri değerlendirilmiş, bu söylemlerin hem uluslararası hem de ulusal çalışma sonuçlarıyla benzerlik ve farklılıkları incelenmiştir.

Literatürde hekimlerin meslek algılarının farklı boyutları ile ilgili çalışmalara rastlamak mümkündür. Bu çalışmalar daha çok özerklik, hekim kimliği, profesyonalizm kavramları üzerinden yürütülmüştür. Son yıllarda dünya genelinde yapılan çalışmaların daha çok profesyonalizme odaklandığını söylemek mümkündür. Katherine Y. Lin tarafından 16.519 hekimle yapılan ve hekimlerin çalıştıkları ortama göre mesleki özerklik algılarının değerlendirildiği çalışmada daha küçük gruplarla çalışan hekimlerin lojistik ile ilgili konularda, daha büyük gruplarla çalışan hekimlerin ise bilgi temelli kararlarda daha özerk davranabildiklerini belirtmiştir (164). Bu çalışma hekimlerin farklı ortamlarda meslek algılarının da farklılaştığını göstermektedir. Hekimlerin özerkliğine yönelik olarak dört farklı ülkede 1000 hekimin katılımıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin özerklik kaybının en yüksek olduğu ülkenin %68 ile Almanya, en düşük olduğu ülkenin ise %9 ile Singapur olduğu

görülmüştür. Aynı çalışmada hekimlerin sadece %40'ı tekrar şans verilirse hekim olarak kariyer yapmak isteyeceklerini belirtmişlerdir (165)

Profesyonalizm ile ilgili tanımların tam olarak oturmamış olması, bu kavramın temel alındığı çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar bulunmasına neden olmaktadır (166). Konu ile ilgili literatürdeki 88 çalışmayı değerlendiren ve Deirdre C. Lynch, Patricia M. Surdyk ile Arnold R. Eiser (2004) tarafından yapılan derlemede mevcut profesyonellik değerlendirmeleri ile ilgili çalışmaların geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (167)

Hekimlerin mesleki kimliklerinin teknoloji ile etkileşiminin değerlendirildiği ABD'de yapılan bir çalışmada kullanılan elektronik sağlık kayıt sisteminin hekim kimliğindeki evrimi güçlendirdiği veya değiştirdiği diğer taraftan hekim kimliğinin de elektronik sağlık kayıt sisteminin içselleştirilmesi sürecini etkileyerek karşılıklı bir etkileşim süreci yaşandığı belirtilmiştir (168).

Ülkemizde hekim algısının dolaylı olarak değerlendirildiği üç tez çalışmasına ulaşılmıştır. Bunlardan Rukiye Çelik (2016) tarafından Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ramazan Erdem danışmanlığında tamamlanan "Semantik Analiz ve Gömülü Teori Çerçevesinde Sağlığın Kültürleşmesi" başlıklı doktora çalışmasında tarihsel süreçte hekim, doktor ve tabip kelimelerine yüklenen anlam değişiklikleri semantik analizle ortaya konulmaya çalışılmıştır (169). Bir başka çalışma Ömer Sağlam (2015) tarafından Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı bünyesinde Doç. Dr. Serdar Sağlam danışmanlığında yapılan "Modernleşme Sonrasında Yeni Bir Otorite Biçimi Olarak Ortaya Çıkan Hekimlik" başlıklı doktora tezidir. Modernleşmeyle gelişen yeni teknik imkânların hekimlerin otoritelerine etkileri ile birlikte modernleşmenin ileri aşaması olarak postmodernizmin hasta hekim ilişkisine ve iktidar tarzlarına yansımaları ve hekimlerin buna yaklaşımları araştıran bu çalışma 39 hasta ve 18 hekim toplam 57 derinlemesine görüşme ile gerçekleştirilmiştir (15). Hekimlerin meslek algıları ile ilişkilendirilebilecek diğer bir çalışma ise Mustafa Kılıç (1998) tarafından Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Hikmet Timur danışmanlığında hazırlanmış olan "Profesyonellerin Yönetiminde Örgüt Çalışan İlişkilerinin

Düzenlenmesinde Mesleki Özerklik Sorunu: Hastane Hekim İlişkileri" başlıklı doktora tezidir. Toplam 455 hekimle anket soruları üzerinden yapılan çalışmada hekimlerin özerklik ile ilgili algıları değerlendirilmiştir (170).

Özlem Mıdık ve Ayşe Hilal Batı (2014) tarafından yapılan hekimlerin tıbbi profesyonalizmi nasıl kavramsallaştırdıklarını belirlemeye yönelik çalışma konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalara örnek olarak verilebilir. Toplam 29 hekimle derinlemesine görüşme yapılarak gerçekleştirilmiş olan çalışmada hekimlerin, tıbbi profesyonalizmi, duygusal, hizmet ve felsefi olarak üç boyutta ve on yedi başlık altında kavramsallaştırdığı değerlendirilmiştir (171) Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan "Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği" isimli çalışmada öğrenciler tarafından "hekim" kavramına ilişkin olarak beş farklı kavramsal kategori altında toplanabilecek 248 adet geçerli metafor üretilmiştir (172).

Tüm bu çalışmalar ve sonuçları değerlendirildiğinde süreç içinde pek çok farklı faktörün farklı yönlerle hekimlerin mesleki algısını değiştirdiği görülmektedir. Tez çalışmasının özel ve kamu sektörünün farklı basmaklarında çalışan hekimleri kapsayan bir çalışma olması, niteliksel olarak planlanması, meslek algısını etkileyen tüm faktörlere derinlemesine ulaşması ve konuyu değer içerikli söylemeler üzerinden etik açıdan değerlendirmesi çalışmamızın farklılığını ve güçlü yönlerini oluşturmaktadır. Bu anlamda çalışmamızda hekimlerin meslek algılarına ilişkin değerlerine yönelik değersel evrenlerini anlamaya ve açıklamaya yardımcı olabilecek önemli veriler elde edilmiştir.

5.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ

Tez kapsamında hekimlerden sosyodemografik olarak; cinsiyet, yaş, çalışma süresi, tıp fakültesini kaçıncı sırada tercih ettikleri, çalıştığı kurum (kamu sektörü/özel sektör, kaçıncı basamakta sağlık hizmeti veren kurum olduğu, örneğin; kamu sektörü 2. basamak gibi) ve unvanları hakkında veriler elde edilmiştir. Çalışmamız niteliksel bir çalışma olması nedeniyle temsiliyet kaygısı gütmemektedir. Bununla birlikte 76 gönüllünün çalışmaya katılması ile niteliksel bir çalışmaya göre oldukça yüksek bir sayıya ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin 49'u erkek, 29'u kadındır. Erkek hekimlerin çalışmaya katılımı daha yüksek sayıda gerçekleşmiştir. Sadece kamu sektörü 2. basamakta çalışmaya katılan kadın hekim sayısı erkek sayısını geçmiş diğer basamaklarda çalışmaya katılan erkek hekim sayıları fazla olmuştur. Bu nedenle erkek hekimlerin görüşlerinin çalışmaya daha fazla yansıdığını söylemek mümkündür.

Araştırmaya katılan 77 hekimin yaşları 25 ile 72 aralığındadır. Hekimlerin yaş ortalamaları 43'tür. Hekimlerden 25-35 yaş aralığında 23, 36-45 yaş aralığında 21, 46-55 yaş aralığında 23 ve 56 yaş ve üstünde 9 gönüllü çalışmaya katılmıştır. Yaş grubu dağılımına göre çalışmada hem genç hem de yaşlı hekimlerin görüşlerine ulaşılmıştır. Benzer şekilde çalışma süreleri incelendiğinde katılımcılardan 1-5 yıl arası çalışan 15, 6-15 yıl arası çalışan 19, 16-25 yıl arası çalışan 21, 26-35 yıl arası çalışan 16, 36 yıl ve üstü çalışan 6 hekim olmuştur. Dolayısıyla çalışmada elde edilen veriler hem yeni başlayan hem de tecrübeli hekimlerin görüşlerini yansıttığı söylenebilir.

Araştırmanın örneklemi belirlenirken sağlık sisteminin farklı basamaklarında çalışan hekimler çalışmaya dâhil edilmiştir. Kamu sektörü birinci, ikinci, üçüncü basamak ve özel sektör ikinci ve üçüncü basmaktan hekimler çalışmaya katılmıştır. En fazla kamu sektörü 2. basamaktan 17 hekim ve en az kamu sektörü 1. basamaktan 13 hekimle görüşme yapılmıştır. Görüşmelerde veri tekrarı olmaya başlayınca katılımcı sayısı sınırlandırılmış olmakla birlikte genel olarak farklı basamaklardaki görüşmeci sayıları birbirine yakın gerçekleşmiştir. Bu bilgiler ışığında araştırmadan elde edilen verilerin genel olarak hekimlerin algılarını yansıtmasının yanında çalıştıkları farklı basamak ve sektöre özgü algılarını etkileyen faktörleri de yansıttığını söylemek mümkündür.

Çalışmaya katılan hekimlerin 14'ü pratisyen hekim, 15'i uzmanlık öğrencisi, 35'i uzman hekim ve 13'ü öğretim üyesidir. Çalışılan sektör ve basamak haricinde akademik kariyer açısından da her gruptan hekimle çalışma kapsamında görüşülmüş ve böylece çalışılan pozisyona bağlı olarak hekimlerin algısını etkileyecek faktörlere ait verilere de ulaşılmıştır. Uzman hekimlerin hem ikinci hem de üçüncü basmakta çalışıyor olmaları nedeniyle çalışmaya katılımları görece olarak fazla gerçekleşmiştir.

Görüşmecilerin üniversite sınavında tıp fakültesini kaçıncı sırada tercih ettiniz sorusuna verdikleri yanıtlara göre 77 hekimin %87 (67)'si tıp fakültesini 1. sırada tercih ederken, 2.-5. sırada tercih edenler %6,5 (5) kişi, 5.-10. sırada tercih edenler ise %6,5 (5) kişi olarak bulunmuştur. Hekimlerin tamamı tıp fakültesi tercihlerini ilk on sırada gerçekleştirmişlerdir.

5.2. HEKİMLİK MESLEĞİNDEN BEKLENTİLER

Tez kapsamında elde edilen verilerden; hekim olmaya nasıl karar verdikleri, bugün ulaştıkları noktada beklentileri ile benzer ve farklı olan yönlere yönelik söylemlerden ortak olarak belirlenen sosyal kabul, faydalı olma ve kendini gerçekleştirme bağlamlarında belirlenen temalar tartışmanın bu bölümünde bir arada değerlendirilecektir.

5.2.1. Sosyal Kabul

Meslek seçimi kişinin tüm yaşamını etkileyen kişisel ve çevresel faktörlerden etkilenen önemli bir karardır. Bu kararın alınması kişinin cinsiyet, yaş, ilgi alanları, becerileri, değerleri gibi kişilik özelliklerinin yanı sıra sosyoekonomik durum, anne baba eğitimi, kardeş sayısı, ebeveynler, akranlar, öğretmenler gibi dışsal nedenlere de bağlı olarak değişmektedir (173).

Hekimler özellikle mesleği tercih ettikleri yıllarda hekimliğin toplumsal açıdan saygın ve popüler bir meslek olarak görüldüğünü ifade etmişlerdir. Bu görüşün aynı zamanda tercihlerinde etkili olan yakın çevreleri tarafından da benimsendiği ve telkinlerin hekim olmaları yönünde olduğunu vurgulamışlardır. Bunun yanı sıra yakın çevresindeki hekimleri rol model alarak bu mesleği seçtiklerini ifade eden hekimler olmuştur. Tercihlerini etkileyen bir diğer çevresel etki lisans öncesi öğrenim gördükleri dönemde üst düzey başarı gösteren öğrencilerinin önemli bir kısmının tıp fakültesi tercihinde bulunması ve öğrenciler arasında başarılı olanların tıp fakültesi eğitimi alacağı algısının yerleşmiş olmasıdır. Yine meslek seçiminde üniversite ortamı, ekonomik kazanç ve iş garantisi hekim söylemlerinde yer alan ve sosyal kabul bağlamında etkili temalar olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada bu beklentilerden saygı görme ve ekonomik kazanç yönünden beklentilerinin karşılandığını ifade eden çok az sayıda hekim bulunurken beklediği saygıyı görmediğini, mesleğin genel olarak

saygınlığının azaldığını ve ekonomik beklentilerinin gerçekleşmediğini ifade eden çok sayıda hekim yer almıştır.

Mesleklerin soysal statülerin değerlendirildiği Amerika, Kanada ve Çin de farklı tarihlerde yapılan çalışmaların tümünde hekimlik sosyal statüsü en yüksek meslek olarak birinci sırada yer almıştır (174–176). Ülkemizde yürütülen Türkiye Çalışma Hayatı ve Meslekler Araştırması'ndan elde edilen veriler ışığında Türkiye'de mesleki itibar ve mesleklerin sosyal konumunun değerlendirildiği çalışmada tıp doktoru olmak hem 2015 hem de 2020 yıllarında en itibarlı meslek olarak bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızda bulunan hekimlerin mesleğin saygınlık ve popülaritesi nedeniyle tercihleri ile uyumlu olmakla birlikte bahse konu çalışmanın puanlama sistemi incelendiğinde hekimliğin halen birinci sırada olsa da son beş yıl içinde puan kaybına uğradığı da görülmektedir (177). Yine bizim çalışmamızda da hekimlerin büyük çoğunluğu meslekleri sırasında bekledikleri saygıyı göremediklerini ve mesleki saygınlığın da azaldığını ifade etmişlerdir. Bekledikleri saygıyı gördüğünü ifade eden az sayıda hekim ise uzun yıllardır bu mesleği yapan, akademik kariyerin son basamağındaki hekimlerdir. Genel olarak hem gelişen hem de gelişmekte olan ülkelerde hekimlerin mesleğin sosyal statüsünün azaldığından şikâyet ettiğini söylemek mümkündür (178). Ülkemizde Ertan Özensel ve Abdullah Koçak tarafından 498 hekimle yapılan çalışmada hekimlerin %81.5'i hekimliğin toplumun gözünde büyük bir prestij kaybına uğradığı fikrine katılmışlardır (179). Arzu Şengül tarafından özel sektör ve kamu sektöründe çalışan hekimlerle yapılan çalışmada yıllar içinde mesleki saygınlığın azalmış olduğu fikrine %92 oranında katılım olduğu saptanmıştır (180). Bu bulgular hekimlerin algısında zamanla mesleğinin saygınlığın azaldığını göstermektedir.

Ülkemizde özellikle 1980'li yıllar sonrası ülkemizde hekimlik mesleğine ve hekime olan saygının azalmasını hızlandıran ilave bazı olumsuz değişimler yaşanmıştır. Türkiye'de 1980 döneminde iktidara gelen askeri yönetimin başında olan Kenan Evren'in hekimlere zorunlu hizmet uygulamasını başlatırken söylediği "doktorlara bayrağın ucundan tut dediğimizde kaç para diye soruyorlar" ifadeleri ile başlayan ve aşağı yukarı her dönem farklı siyasetçilerin benzer söylemleri ile devam eden süreç hekimlerin siyasetçiler tarafından toplum gözünde para hırslısı

gösterilmesine neden olmuştur (181, 182). Yine 1980 ve 1990'lı yıllarda bazı hekimlerin kısıtlı devlet imkânlarını tekeline alıp, verilecek hizmetler için hastaları muayenehanelerine yönlendirmeleri ve haksız para taleplerinin yarattığı olumsuz durumların toplumdaki algısı toplumun bir kısmında hala devam etmektedir (183, 184). Tıp fakültesi sayıları ve kontenjanları hızla arttırılırken eğitim kalitesi dikkate alınmadan hekim sayıları arttırılmıştır (96). Sağlıkta dönüşüm programının getirdiği performans sistemi ile başlayan niceliksel değerlendirme kriterlerinin dayattığı çok sayıda hasta bakma ve kısıtlı hasta muayene sürelerinin hekimlerde neden olduğu tükenmişlik ve hasta hekim ilişkisinde yarattığı tahribat hasta hekim arasındaki güven ilişkisini sarsmıştır (73, 80). Hasta hakları ön plana çıkarılırken hekim haklarını yok sayan kurumsal şikâyet hatları devreye sokulmuştur (73, 80). Diğer taraftan medyada sürekli olumsuz hekim örnekleri ve hekim hataları gündeme getirilerek hekimlere olan güveni azaltmıştır (185, 186). Tüm bu süreç ülkemizdeki hekimlik mesleğinin ve hekime gösterilen saygının diğer ülkelere göre daha fazla azalmasına sebep olmuştur. Süreç sonuçlarının bulgularımızda yer alan hekimlik mesleğine olan saygının azalması ve hekimlerin bekledikleri saygıyı göremedikleri ifadeleri ile uyumlu olduğunu söylemek olanaklıdır.

Yakın çevrenin yönlendirmesi öğrencilerin meslek seçiminde önemli bir etkendir (187). Hekimlerle kariyer seçiminde etkili olan faktörlere yönelik yapılan çalışmalarda da akran etkisi, ebeveynler, ders öğretmenleri ve rehberlik hizmetleri sunan öğretmenlerin etkili olduğu görülmektedir (188–191). Yakın çevre etkisinin yanı sıra rol model olan hekimlerin etkisi sık olarak ilgili çalışma sonuçlarına yansımıştır. Bizim çalışmamızda da rol model bir hekimin etkisiyle hekim olmaya yönlenen olmakla birlikte bu rol modeller genelde yakın aile çevresinden olan hekimler olmuştur (189). Yakın çevresinde hekim olanların dışında herhangi bir hekimin rol model olarak görülmemesi yurt dışı çalışmalara göre farklı bir bulgu olarak göze çarpmaktadır. Bu bulgu öğrencilerin meslek tercihlerini yaptıkları yıllarda meslekleri yakından inceleme ve çalışma sahasında gözlemleme fırsatı bulamadığını düşündürmektedir. Nitekim yurt dışında yapılan çalışmalarda doktorların günlük faaliyetine katılma meslek tercihinde bir etken olarak belirtilirken ülkemizde yapılan çalışmalarda böyle bir bulguya rastlanmamıştır (190).

Çalışmamızda hekim olma sebeplerinden biri olarak ifade edilen başarılı öğrencilerin hekim olacağı algısı benzer şekilde hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde hekim olma sebeplerinden biri olarak belirtilmiştir (190, 192). Mesleğin eskiye göre itibar kaybetse de halen itibarlı meslekler sıralamasında birinci sırada yer alan meslek konumunda olması bunun en önemli nedeni olarak görülmektedir.

Bireylerin toplum içinde sosyal statülerini belirleyen eğitim, meslek gibi kriterlerin yanında temel faktörlerden biri elde edilen maddi gelirdir (193–195). Kişilerin maddi gelirini belirleyen en önemli faktörlerden biri de sahip olunan meslektir. Dolayısıyla meslek seçerken bu meslekle elde edilecek gelir seçimi etkileyen önemli faktörlerden birini oluşturur. Çalışmamızda hekimlerin meslek seçimini belirleyen faktörler arasında ekonomik kazanç sık tekrarlayan bir bulgu olmuştur. Ekonomik kazancın yanı sıra iş garantisi olması da meslek seçimini etkileyen bir faktör olarak yer almıştır. Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda da benzer şekilde yüksek ücret ve iş garantisi meslek tercihinde önemli bir faktör olarak bulunmuştur (187, 189). Yine hekimlerle ilgili çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış olmakla birlikte Finlandiya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin meslek seçimindeki ücret etkisinin yıllar içinde azaldığı görülmüştür (188, 189). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise ideal meslekte aranan birinci sıradaki özelliğin iyi gelir getirmesi sonucuna ulaşılmış ve hekimlerin meslek seçiminde de etkili olduğu görülmüştür (192, 196).

Çalışmamızda ekonomik beklentilerinin gerçekleşmediğini ifade eden çok sayıda hekimin yanı sıra ekonomik beklentilerinin karşılandığını ifade eden çok az sayıda hekim de vardır. Ekonomik beklentilerinin yeterince karşılandığını ifade eden az sayıda hekim daha çok akademik unvan sahibi ve özel sektörde çalışan hekimlerdir. Yine ekonomik beklentilerinin karşılandığını söyleyen nadir hekimlerden biri olan kamu sektörü ikinci basamakta çalışan bir uzman hekimin söylemi ise "*mevcut şartlar altında hekime de ancak bu kadar olur*" şeklinde gerçekleşmiş ve daha çok ülke şartlarına göre uygun olduğunu ifade etmiştir. Ancak çalışma sonuçlarına göre çoğu hekimin ekonomik beklentilerinin karşılanmadığını söylemek mümkündür.

Tüm dünyada hekimlerin mesleklerinden kazandıkları ücretler hiç şüphesiz ki uzman olup olmadıkları, uzmanlık dalları, kamu ya da özel sektörde faaliyet

göstermeleri, akademik unvanları, çalıştıkları kurum, ülke ve şehir gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir (197, 198). Bununla birlikte dünya genelinde kariyer ve meslek seçimi konusunda çalışan tüm önemli kurumların listelerinde en çok kazandıran ilk 10 meslek arasında önemli bir kısmını hekimler oluşturmaktadır (199, 200). Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD)'ye üye 14 ülkenin 2004 yılı verileri üzerinden pratisyen ve uzman hekim ücretleri ve ülkeler arası değişimi etkileyen faktörlerin karşılaştırıldığı çalışma sonuçlarına göre yıllık pratisyen hekim ücretleri en yüksek olduğu ABD'de139 bin dolar, en düşük olduğu Çek Cumhuriyeti'nde ise 39 bin dolar düzeyinde gerçekleşmiş ve bu ücretlerin o ülkelerdeki ortalama gelire oranı ise sırayla 3.4 ve 2.4 kat olarak belirlenmiştir. Uzman hekimlerin en yüksek ücret aldığı ülke ise yıllık 390 bin dolarla Hollanda olurken en düşük ücret alan ülke 28 bin dolarla Macaristan olmuştur. Bu ücretlerin o ülkelerdeki ortalama gelire oranı sırayla 7.5 ve 1.5 kat olarak belirlenmiştir (201).

Hekimlik halen en yüksek gelir kazanan meslek grubu olsa da son yıllarda ücretlerinde değişim yaşandığını söylemek olanaklıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1973 yılında başkan Nixon tarafından çıkarılan Health Maintenance Organization (HMO) isimli sağlık sigortalarının yasal zemininin oluşturulmasını sağlayan 'HMO Act' yasası hekim pratiğini ve gelirlerini etkileyen bir dönüm noktası olmuştur. HMO genel olarak insanların daha düşük prim ödemelerini sağlayan, koruyucu hekimlik hizmetlerinin ücretsiz alındığı, sağlık hizmetine ulaşım için bir kapı tutucu hekimin belirlendiği ve öncelikli muayenenin bu hekim tarafından yapıldığı, ileri tıbbi hizmetlere erişim için bu hekimden sevk almayı zorunlu kılan ve doktor ağı aracılığıyla oluşturulan bir sağlık sigortasıdır (202). ABD genelinde 1970'li yıllardan sonra yaygınlaşmaya başlayan HMO'ların klasik sağlık sigortalarına benzer özellikler sağlayan hibrit formları da oluşturulmuştur. Hekimler açısından değerlendirildiğinde yapılan çalışmalar HMO'ların yaygınlaşması sonrası hekimlerin mesleki tatminlerinde azalma olduğu bunun temelinde hem özerkliklerinin hem de ücret artışlarının yıllar içinde azalmasının yer aldığı gösterilmiştir (203, 204). Yine ABD'de 1995 ve 1999 yılları arasında çoğu ücret ve maaşların hızla yükseldiği dönemde Çalışma İstatistikleri Bürosu İstihdam ve Maliyet Endeks verilerinin karşılaştırılmasıyla elde edilen sonuçlara göre enflasyona göre düzeltilmiş hekim

gelirlerinde pratisyen hekimlerde %6.5, uzman hekimlerde %4 ve tüm hekim gelirlerinde ortalama %5 oranında düşüş olduğu gözlenmiştir (205).

Avrupa ülkelerinde de hekim ücretlerinin zaman içerisinde geliştirilen sağlık politikalarına bağlı olarak birbirinden farklı şekilde değiştiği görülmektedir. Örneğin İsviçre, İsveç ve Fransa'nın sağlık politikalarında değişim çabalarının ve sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada her üç ülkede de belirlenen ulusal sağlık sigortası ve hekim ücretlerini kontrol altına alma hedefiyle çıkılan yolda üç ülkede de farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu politika sonuçlarından hekimlerin ekonomik özerklikleri en fazla İsveç'te kısıtlanırken en az İsviçre'de kısıtlanmıştır (206). Almanya'da da yasal sağlık sigortası tarafından vaka başına yapılan ödemelerde yaşanan düşüşle birlikte ayaktan sağlık hizmeti sunan hekim ücretleri 1994'den 2001'li yıllara kadar uzayan bir düşüş yaşamıştır (207). Ortalama hekim gelirlerine bakıldığında 1970-1990 yılları asında Fransa'da 1/3, Almanya'da 1/4 ve 1970-1980 yılları arasında İtalya'da1/4 oranında düşüş yaşanmıştır (208). Bunun yanı sıra Finlandiya'da pratisyen hekim ücretleri 2001-2005 yılları arasında %10'dan fazla artmıştır. Yine İngiltere'de pratisyen hekim ücretleri 1995-2004 yılları arasında %44 oranında artmıştır ki bu oran ülkedeki ücret artışlarının iki katına ulaşmaktadır (201). Bu sonuçlara bakıldığında hekim ücretlerindeki seyrin dünya genelinde ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte en azından covid-19 pandemisine kadar genel olarak bir düşüş eğiliminde olduğunu söylemek olanaklıdır.

Ülkemizde hekim ücretlerinin her zaman hem toplum hem de medyanın ilgi odağı olmuştur. Genel olarak hekimlerin çok para kazandığı algısı maalesef gerek siyasi söylemler, gerek medya yönlendirmesi gerekse uç örneklerin sürekli dillendirilmesi nedeniyle toplum algısına yerleşmiş durumdadır. Bunun temelinde 1980'li yıllardan başlayan siyasi söylemler ve belirli kariyere sahip özel sektörde yer edinmiş ve aslında hekimlerin çok küçük bir kısmını oluşturan ve benzer şekilde her meslek grubunda olabilecek iyi paralar kazanan azınlık bir grup hekim olduğu söylenebilir.

Ülkemizde 1980'li yıllardan sonra neoliberal politikaların her alanda benimsenmesiyle yaşanan değişikliklere bağlı olarak hekimlerin de hem istihdam biçimleri hem de ücretlerinde değişimler yaşanmıştır. Bu değişimleri etkileyen önemli

unsurlardan biri ülke ekonomisinin genel durumu olurken bunun yanında özel sektörün büyümesi, tam gün yasaları, sağlıkta dönüşüm programı gibi izlenen sağlık politikaları hekim ücretlerine doğrudan etki eden unsurlar olmuşlardır. Diğer taraftan 1980 sonrası yaşanan süreçte istihdam biçimlerinde yaşanan değişimle uzun süreli olan sözleşmeli çalışma biçimleri oluşturularak istihdam güvencesi ile çalışan personel sayısı azaltılmış ve aynı işi yapan hekimler arasında ücret farklılıkları oluşmuştur (209). Olasılıkla özel ve kamu sektöründe farklılıklar olması, uzmanlık alanlarına, bölgelere, kadrolara göre ücretlerin farklılık göstermesi gibi nedenlerle süreç içinde hekim ücretlerinin değişimini takip eden uzun süreli kapsayıcı çalışmalara ulaşmak mümkün değildir. Ancak bölgesel ve dönemsel yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde hekim ücretlerinde 1990'lı yılların başından itibaren sağlıkta dönüşüm programının uygulanmaya başladığı 2003 yılının başına kadar ekonomik kriz yılları başta olmak üzere belirgin bir düşüşün olduğunu söylemek mümkündür. Örneğin pratisyen hekimlerin aylık ücretleri 1992 ile 2002 yılları arasında kamuda 762$'dan 497$'a, özelde ise 2400$'dan 669$'a düşmüştür. Benzer şekilde uzman hekim ücretleri de 1992 ve 2002 yılları arasında kamuda 1085$'dan 882$'a, özelde ise 2432$'dan 1077$'a gerilemiştir (210). Bu sonuçlara paralel olarak İlker Belek tarafından 2003 yılında Antalya'da hekimlerin statü ve sınıf konumu açısından değerlendirildiği ve 331 hekimin katıldığı çalışmada da tüm hekimlerin %69'u maddi durumunu kötü olarak değerlendirmiş, bu oran pratisyen hekimlerde de %79'a ulaşmıştır. Maddi açıdan tatmin olan hekim oranı ise %13,1'de kalırken, mesleki doyumsuzluk nedenleri arasında da birinci sırada maddi yetersizlikler yer almıştır (210).

Sağlık politikalarının değişmesiyle 2003 yılından itibaren yürürlüğe giren sağlıkta değişim programı sonrası hekim ücretlerinde performansa dayalı ücretlendirme dönemi başlamıştır. Birinci basamakta 2005 yılı itibariye başlatılan aile hekimliği uygulaması, ikinci ve üçüncü basamakta döner sermaye gelirlerinden ek ödeme uygulaması ile birlikte kamuda çalışan tüm hekimler farklı fakat en küçük ayrıntısına kadar belirlenmiş bir puanlama sistemiyle ek ücret almaya başlamıştır. Temelde başarılı kişilerin ödüllendirilmesi hedeflenen sistemde hekimlerin aldıkları ücretlerin önemli bir kısmını performansa bağlı ek ödeme oluşturmaktadır. Performans sistemi sonrası hekimlerin aldığı ücretlerde görece olarak bir yükselme sağlandığı

görülmektedir (209). Ancak performans sisteminin puanlama sisteminde sık yapılan değişiklikler, sistemin adaletsiz kurgulandığı düşüncesi, aynı işi yapanların farklı kurumlarda farklı ücretler alması, hekimlik pratiğine etkileri, meslektaşlar arası ortaya çıkan rekabet ve performansla alınan ödemelerin emekliliğe yansımıyor olması gibi nedenler ücretlerde sağlanan yükselmeye karşın bir hoşnutsuzluk yaratmıştır (73, 80).

Nasır Nesanır ve arkadaşları tarafından Manisa'da 2005 yılında birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarından 718 hekimin katılımıyla yapılan kesitsel çalışmanın sonuçlarına göre performansa dayalı döner sermayeden aldığı paradan yeterli derecede hoşnut olan hekim oranı pratisyen hekimlerde %6,8, uzman hekimlerde ise %2.5 oranında gerçekleşmiştir. Aynı çalışma sonuçlarına göre hekimlerden kendilerine uygulanan puanlama sisteminden yeterli derecede hoşnut olan hekim oranı pratisyen hekimlerde %2.5, uzman hekimlerde %2.1 olarak bulunmuştur (211). Benzer şekilde Elif Kart tarafından 20 hekimle gerçekleştirilen niteliksel çalışmada genel olarak hekimler mevcut ücretlendirme sisteminden memnun olmadıklarını söylemişlerdir. (73). Özlem Çakır ve H.Hakan Sakaoğlu tarafından Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan 55 hekimin katıldığı çalışmada yaptığı mesleğe göre performans dayalı ek ücretlerin yeterli olduğunu düşünen uzman hekim oranı %3, asistan hekim oranı %8 ve pratisyen hekim oranı %0 düzeyinde gerçekleşmiştir (212). Tüm bu çalışma sonuçları bizim çalışmamızdaki hekimlerin ekonomik beklentilerinin karşılanmamış olması bulgusuyla uyumludur.

5.2.2. Faydalı Olma

Hekimlerin meslek seçiminde etkili olan diğer önemli bir faktör faydalı olma bağlamında değerlendirilen toplumsal bir ihtiyacı karşılama ve insanlara faydalı olma isteği anatemalarıdır. Toplumsal bir ihtiyacı karşılama motivasyonuna yönlendiren ise hekime ulaşamama ve kronik bir hastalığı sahip bir yakını olma temaları olmuştur. İnsanlara faydalı olabilme isteği ile hekim olan görüşmeciler genel olarak bu isteklerini gerçekleştirmiş olmakla beraber bunu gerçekleştiremeyen hekimler de bulunmaktadır. Faydalı olamadığını düşünen hekimlerin ana söyleminde gerçekçi olmayan hasta beklentileri teması yer almıştır. Bu tema aynı zamanda iyi hekimlik pratiğinin geçekleştirilmesini zorlaştıran temalardan biridir ve hekimlik pratiği bölümünün ilgili kısmında tartışılacaktır.

Lise öğrencileri ile meslek seçimine yönelik yapılan çalışmalarda insanlara faydalı olma isteği tek başına etkili bir faktör olarak bulunmamıştır (187, 191, 196). Ancak hekimler ve tıp öğrencileri ile yapılan çalışmalarda meslek seçiminde insanlara faydalı olma isteği önemli bir etken olarak belirlenmiştir (189, 192). Bulgularımıza benzer şekilde kişisel hastalık veya ailede hasta birey olması da Finlandiya'da yapılan çalışmada hekim olmaya sebep olan etkenler arasında bulunmuştur (188). Kişinin hem toplum hem de bireysel insan ihtiyaçlarını karşılama isteği aynı zamanda kişinin kendini algılamasının ve anlamlandırmasının bir parçasıdır (213). Alturistik ya da özgeci bir anlayışla yapılan meslekleri tercih edenlerin meslek seçiminde genelde ön plana çıkan güvenlik, prestij ve ekonomik getiri gibi dışsal değerlere önem vermek yerine fedakarlık, yaratıcılık ve arkadaşlık gibi içsel değerleri önemsedikleri gösterilmiştir (214, 215). Hekimlik insanlara yardım etmek ve faydalı olmak isteyen kişilerin önemsedikleri bu değerleri ön planda tutarak yapabilecekleri ve doğrudan insanlara ulaşabilecekleri temel mesleklerden biridir. Bu nedenle hekimlik mesleğini tercih eden kişilerin hekimlik motivasyonlarından birinin insanlara faydalı olma isteği olması beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Bununla birlikte günümüzde eğitim alanında kabul gören ve temelinde gözlem ve başkalarının yaptığı davranışları taklit etmeye dayalı bir öğrenme olan sosyal öğrenme kuramına göre kişilerin kariyer seçiminde geçmiş deneyimlerinden etkilendiği bilinmektedir (216). Yani ihtiyacı olan birine yardım eden bir örneği gözlemleyen ya da ailede sorunu olan birinin bir profesyonelin yardımıyla yaşamına yapılan katkıya tanık olan kişinin bu yardımın öneminin farkına varması ve taklit etme yöneliminde olması beklenen bir olgudur. Bu açıdan çalışmamızdaki geçmişte hasta bir yakına sahip olan kişinin bu motivasyonla hekimlik mesleğini tercih etmesi sosyal öğrenme kuramıyla da uyumlu bir bulgudur (217).

5.2.3. Kendini Gerçekleştirebilme

Hekimlerin meslek seçiminde etkili olan faktörlerin son olarak değerlendirildikleri bağlam kendini gerçekleştirebilmektir. Bu bağlam içerisinde değerlendirilen ana temalar mesleki tatmin duygusunun yüksek olması, fen bilimlerine olan ilgi, insanları tanıma isteği ve iç huzur ana temaları olmuştur. İç huzur ana teması dini motivasyon ve kutsal bir meslek olarak görme temalarından oluşmaktadır.

Kendini geçekleştirme bağlamında değerlendirilen beklentilerin hekim söylemlerine göre bazı hekimler için gerçekleştiği bazıları içinse gerçekleşmediği görülmektedir.

Mesleki tatmin duygusunun yüksek olması nedeniyle hekimliği tercih ettiğini ifade eden hekimlerin söylemlerinde iki nokta vurgulanmıştır. Bunlardan birincisi insanlara faydalı olmanın yarattığı his, öteki ise gösterilen çabanın sonuçlarını somut olarak görebilmenin verdiği haz. Bu söylemler hekimlerin durumu kendilerine sağladığı duygu üzerinden ifade etmeleri nedeniyle mesleki tatmin teması içerisinde değerlendirilmiştir. Mesleki tatmin alınan ücret, yapılan iş, bulunulan konum gibi pek çok faktörden etkilenen bir kavramdır. Kişinin işinden ne istediği ile ona sunduğu ve gerektirdiği şeyler arasındaki algılanan ilişkinin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkan duygusal durum olarak tarif edilebilir (218). Çok farklı değişkenlerden etkilenen mesleki tatminin sağlanmasında bazı eylemler ve nesneler özelliklidir. Kişilerin kendi niteliklerini kullanma fırsatı buldukları, özel yetenekler gerektiren işler mesleki tatminde önemlidir ve kendi içinde birer amaç özelliği taşıyabilirler. Örneğin bir sanat eseri ortaya koymak gibi bir eylem diğer etkenlerden bağımsız olarak kişinin yaptığı işten tatmin olmasını sağlayabilir (218–220). Öte yandan anlamlı bir şey yapma veya başkalarına bağlı hissetme ihtiyacı gibi psikolojik ihtiyaçlar, insanların zanaatkârlık çabalarının hem itici güçlerini hem de sonuçlarını oluşturur (221). Çalışmamızda da hekimlerden bazılarının benzer olarak meslek seçiminde diğer şartlardan bağımsız, yaptıkları iş ile ortaya çıkmasını bekledikleri sonucun yaratacağı tatmin duygusuna odaklı tercih yaptıkları değerlendirilmiştir.

Meslek ve kariyer tercihinde çalışılacak alana olan ilgi ve merak önemli bir faktördür. Pakistan'da 432 öğrenci ile yapılan çalışmada kariyer tercihlerindeki temel faktörün tercih ettikleri alana olan ilgi olduğu öğrencilerin tümünde belirlenmiştir (187). Krapp'a göre ilgiye durumsal ilgi ve kişisel ilgi olmak üzere iki türlü yaklaşım vardır. Durumsal ilgi öğretmenler ve akranlar gibi çevresel faktörlerden etkilenen ve zamansal olarak değişebilen bir ilgidir. Kişisel ilgi ise konuya özel, zaman içinde değişmeyen öğrencinin bilişsel gelişimine rehberlik eden bir ilgidir. Bilime olan ilgi daha çok bu tarzdadır ve bu öğrenciler doğayı tanıma, deney yapma, problem çözmek gibi eylemlerden kendiliğinden hoşlanırlar (222, 223). Bizim çalışmamızda meslek seçiminde etkili olan fen bilimlerine ve insanı tanımaya olan ilgi de benzer şekilde

bilime olan ilginin bir yansımasıdır. Yine konuyla ilgili gerek yurtdışında gerekse ülkemizde hekimlerle yapılan çalışmalarda hekimliğin insanlarla ilgili olması ve bilime olan ilgi meslek seçiminde önemli faktörler arasında yer almıştır (188, 189, 192). Bu sonuçlar bizim çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda mesleki tatmin beklentilerini gerçekleştiğini ifade eden hekimler meslek pratiğinden keyif aldığı, bilimsel araştırma yapabildiği ve tıp alanında yaşanan ilerlemelerin mesleki beklentilerinin gerçekleşmesini sağladığını ifade etmişlerdir. Mesleki tatmin açısından beklentilerinin karşılanmadığı değerlendirilen hekimlerin söylemleri ise hekimliğin bilim insanlığından farklı olduğu, bilimsel çalışmalar için vakit ayıramadıkları, mesleğin yaratıcı düşünceyi kısıtlaması, beklenenden fazla uzmanlaşma gerektirmesi, bireysel uygulama imkânın kalmaması ve performans endişesinin meslek pratiğini etkilemesi olarak belirlenmiştir. Bilimsel araştırma yapabilen hekimin beklentileri karşılanırken bilimsel araştırmaya vakit ayıramayan ya da mesleğin bilim insanlığından farklı olduğunu değerlendiren hekimlerin beklentilerinin karşılanmamış olması kendi içinde birbiri ile tutarlı bulgulardır. Yine hekimliğin bireysel uygulama imkanı kalmadığını değerlendiren ve beklendiğinden aşırı uzmanlaşma gerektiğini ifade eden hekimlerin söylemleri de hekimliğin artık teknoloji bağımlı, bir çok farklı dalda uzman hekim ve farklı disiplinlerdeki çalışanların dahil olduğu büyük yatırım gerektiren kuruluşlarda uygulandığı düşünüldüğünde bir biri ile uyumlu bulgulardır. Hekimlerin uzman olduktan sonra çoğu uzmanlık alanında her konuya hakim olmanın mümkün olmaması, yan dal uzmanlığı yapma ya da kendini belli konularda geliştirme zorunluluğunu doğurmaktadır (224). Bu durum hekimler için 6 yıl tıp fakültesi ve çoğu bölüm için artık 5 yıl olan uzmanlık eğitimi ile toplam 11 yıllık zorlu eğitim ve arada zorunlu hizmetleri de kapsayan süreç sonrası yeni bir eğitim ve öğrenim sürecine işaret etmektedir. Tıpta uzmanlaşma süreçlerinin bilim ve teknoloji alanında yaşanan gelişmelere paralel olarak değişiyor ve artıyor olması bazı hekimlerin işin başındaki beklentilerine göre daha uzun ve zorlu bir eğitim ve öğretim süreci bulmasını açıklamaktadır (124). Yine PDÜS'nin zorladığı çok sayıda hasta bakmak adına hastaya ayrılan sürelerin kısalması hekimlik pratiğini kısıtlaması ve hekimlerin mesleki tatminlerini azaltan bir faktör olması doğal olarak değerlendirilmektedir (73, 80).

Hekimler içinde mesleği kutsal olarak gördükleri ve dini inançlarının sağladığı motivasyonla tercih ettiklerini ifade edenler olmuştur. Toplumsal iş bölümü içerisinde toplumun sağlıklı işleyişi adına yapılan her işin ayrı ayrı önemi vardır. Ancak doktorluk, askerlik ve öğretmenlik gibi mesleklerin kutsal olduğuna ilişkin en azından toplumun bir kesiminde genel bir kanı olduğunu söylemek mümkündür. Bununla birlikte insanların kutsal meslek derken tam olarak neyi kastettiği ya da bunu mesleğin hangi özelliğine atıfta bulunarak söylediği çok açık değildir. Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre kutsal "*Güçlü bir dinî saygı uyandıran veya uyandırması gereken, tapınılacak veya yolunda can verilecek derecede sevilen, bozulmaması, dokunulmaması, karşı çıkılmaması gereken ve tanrıya adanmış, tanrısal olan*" anlamlarına gelmektedir (1). Bu tanımlara bakıldığında hekimlik mesleğinin tarih boyunca hemen hemen kelimenin tüm anlamlarına karşılık gelen bir özelliği olduğunu söylenebilir. Kelime anlamıyla doğru bilgiye sahip, hikmet sahibi kişi anlamına gelen hekim kelimesi bu alanda çalışanların uzun süreli çaba ve eğitimle elde edilen bilgi birikimine sahip olduğunu ve mesleki değerleri doğrultusunda hikmetsiz bir iş yapmayacağını da ifade etmektedir. Yine insanları iyileştirme ve onları rahata kavuşturmadaki eşsiz rolü hekimliğe tarihin önemli bir kısmında tanrısal bir özellik atfedilmesine neden olmuştur (7). Her ne kadar bu algı son yüzyılda bilgiye ulaşımın kolaylaşması, tıbbın teknoloji bağımlı, farklı uzmanlarca, ekip halinde büyük sağlık kuruluşlarında verilen bir hizmet haline dönüşmesiyle beraber büyük bir değişime uğramış olsa da toplum tarafından el üstünde tutulan bir meslek olmaya devam etmektedir. Hayat için en temel gereksinim olan sağlığı geri kazandırmasının yanı sıra, çok sayıda insanla doğrudan etkileşime geçebilen ve onlara doğrudan yardımda bulunulabilen az sayıda meslekten biri olma özelliğini halen korumaktadır. Bu özellikler göz önüne alındığında kutsal kelimesinin anlamlarını en azından tarihin farklı dönemlerinde karşıladığını söylemek mümkündür. Dolayısıyla bu motivasyonla hekimliği tercih eden hekimlerin olması da, son yıllarda yaşanan değişimin etkisi ile bu konuda beklentileri karşılanmayan hekimlerin olması da doğal olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye'de genel olarak benimsenmiş olan İslam inancına göre hastalığı da şifasını da veren Allah'tır. Hekim ise hastada Allah'ın şafi (şifa veren)isminin tecelli etmesinde aracı olur. Bununla birlikte İslam inancında bütün varlık aleminde en

kıymetli olan şey hayat ve yine bütün varlıkların içinde en kıymetlisi de insandır. İnsan hayatı onların sadece bu dünyadaki yaşamlarını değil ahiretteki sonsuz yaşamlarını kazanmaları için de anahtar konumundadır. Dolayısıyla insan hayatını uzatmak, hastalıklarını iyileştirmek ve hafifletmek adına yapılan işler çok değerlidir. Kur'an-ı Kerim'in Maide Suresi 32. Ayetinin meali "… Kim bir cana kıymamış veya yeryüzünde fesat çıkarmamış birisini öldürürse, bütün insanları öldürmüş gibidir. Kim de onu diriltirse (ölümden kurtarırsa) bütün insanları diriltmiş gibi olur…" şeklindedir. Bu ayete göre bir insanı yaşatmak bütün insanları yaşatmak gibi kıymetli ve değerli bir vazife olarak belirtilmiştir. İslam'ın insanları iyileştirmeye verdiği önemin yanı sıra hekimlik sırasında hastalardan alınan olumlu geri bildirimlerde sık sık hekime dua edileceği düşüncesi ve günlük olarak ölüme yakın insanlarla çalışmanın vereceği ahirete hazırlıklı olma düşüncesinin de ayrı bir dini motivasyon oluşturduğunu söylemek mümkündür. Nitekim çalışmaya katılan hekimlerimizden biri ölüme yakın insanların sık görülebileceği bir meslek olmasının kendisine ahireti hatırlatarak hayatına yön vereceğini ve bu durumun hekimliği tercih etmesi için bir sebep olduğunu ifade etmiştir. Konuya yönelik olarak yapılan işin anlamı ile ilgili yayınların değerlendirildiği bir çalışmada bir işe anlam katan dört temel kaynaktan birinin manevi yaşam olduğu belirlenmiştir (225). Yine 31 farklı Hıristiyan cemaatten 3409 kişi ile yapılan çalışmada insanların iş hakkındaki düşüncelerine yönelik tanımlamalarda seküler faktörlerin yanında dini faktörlerinde teorilere dâhil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Dinin bazı insanlar için işlerini sadece fayda odaklı seküler bir motivasyonla değil, kutsal terimlerle yaratıcıya karşı bir sorumluluk duygusunu ve bütünün hayrını gözeten bir kavram seti ile düşünmelerini ve işin kutsal bir öneme sahip olduğuna yönelik bir bağlam ve çerçeve sağladığı belirtilmiştir (226). Bu bulgular çalışmamızda dini motivasyonlarla mesleği tercih eden hekimlerin bulunmasını açıklamaktadır.

5.3. HEKİMLİK PRATİĞİ

Tez kapsamında hekimlik pratiğine yönelik olarak; hekimlerin iyi hekimlik pratiği ortaya koymak istediklerinde işlerini kolaylaştıran, zorlaştıran ve hekimlik yaptıkları süreçte içerisinde pratiklerini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen değişikliklere ait verilere ulaşılmıştır. Konuyla ilgili birbirinden çok farklı konuları

ilgilendiren ve geniş bir dağılıma sahip veriler ortak bağlamlar altında değerlendirilmiştir.

5.3.1 Mesleğe Yabancılaşma

Hekimlik pratiğini zorlaştıran ve aynı zamanda sağlık hizmetini olumsuz yönde etkileyen değişikliklere ait verilerde tükenmişlik ve araçsallaşmış hissetme ana temalarını oluşturan temalar mesleğe yabancılaşma bağlamında değerlendirilmiştir.

Tükenmişlik insanlarla sürekli yüz yüze çalışan mesleklerde daha sık ortaya çıkan, artan iş stresi nedeniyle başlayan, kaynaklar ve talepler arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan bir etkileşim süreci olarak tanımlanmaktadır (227). Tükenmişliğin aşırı iş yüküne bağlı duygusal tükenme (emotional exhaustion), çalışma ortamına olumsuz duygular geliştirdiği duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişinin yaptığı işte kendini yetersiz ve başarısız hissettiği kişisel başarının azalması (lack of personal accomplishment) olmak üzere üç boyutu kapsadığı kabul edilmektedir (228, 229). Tükenmişlik hekimlerin profesyonel çabalarında azalma, hasta bakımında sorunlar, sağlık sistemi üzerinde olumsuz etkilerin yanı sıra doktorun kendi bakımı ve güvenliği üzerine olumsuz sonuçlar, depresyon ve intihar düşünceleri ile ilişkilendirilmektedir (230, 231). Tükenmişliğin başlıca sebepleri arasında aşırı iş yükü, kişinin mesleğinde kontrol kaybı, uzun çalışma saatleri, nöbetli çalışma ve iş yerinde rol çatışması sayılmaktadır (229, 232). Tükenmişlik kişinin yaptığı işten aldığı ödüller ve diğer harici kazançlardan bağımsız olarak yaptığı işin doğasıyla ilgilidir. Dolayısıyla tükenmişliğin çözümüne yönelik önlemlerin alınan ücretler ve haklar gibi kazançların düzeltilmesinden daha çok iş ortamı ve iş organizasyona odaklı olması gerektiği belirlenmiştir (229, 233).

Tez çalışması kapsamında tükenmişlik ana teması altında değerlendirilen hekimlerin tümünün söylemlerinde yer alan hasta sayısının fazla olması, özellikle asistan hekimlerin söylemlerinde yer alan yoğun nöbet hizmetleri, nöbet sonrası mesaiye devem etmek iş yoğunluğunu arttıran sebepler olarak değerlendirilmiştir. Yine elektronik sistemlerde yaşanan aksaklıklar hekimlerin hasta taleplerini karşılamalarında zorluklara neden olurken özellikle aile hekimlerinin özerk kuruluş olarak işletilmelerinin getirdiği fazladan yükler ve temel halk sağlığı hizmetleri ve

muayene hizmetleri dışındaki sorumluluklar (spor, ehliyet, askerlik için sağlık raporları vs.) iş yükünü arttıran görevler olarak ifade edilmiştir. İşi zorlaştıran bir diğer husus yardımcı sağlık personelinin sayı ve niteliğinin yetersiz olması ve fiziksel imkânlarda yetersizlikler olarak yer almıştır. Yardımcı sağlık personelinin eksikliği hekimlerin muayene dışı işlerle ilgilenmesini ve iş yükünü arttıran ve diğer taraftan görev tanımlarında belirsizliğe yol açarak tükenmişliğe sebep olan bir faktör olarak değerlendirilebilir. Hekimlerin söylemlerinde sevk zincirinin uygulanamaması ve hasta yönetiminde organizasyon eksikliğine yönelik ifadeler de yer almıştır. Sevk zincirinin uygulanmaması ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta yoğunluğunu arttıran sebeplerden biri olmasının yanı sıra özellikle birinci basmakta tedavi edilebilecek hastaların uzmanlaşmış ve ileri uzmanlaşmış hekimlere başvurarak bu hekimlerin yaptıkları işin de niteliğini değiştiren ve rol çatışmasına neden olan bir faktör olduğunu söylemek olanaklıdır. Hasta yönetiminin özellikle kurumlar arası sevk olacak hastalarda önceden belirlenmiş bir algoritma üzerinden yönetilmemesinin bazen hekimleri çaresiz bırakarak hasta ve hasta yakınları ile karşı karşıya getiren bir unsur olarak ifade edilmiştir.

Tükenmişlik sadece ülkemizde değil tüm dünyada hekimler ve diğer sağlık personelinde yaygın olarak görülen bir problemdir. Fransa'da hekimlerde tükenmişliğe yönelik çalışmaların meta analizinin yapıldığı ve 9667 hekime ait verinin değerlendirildiği bir çalışmada hekimlerin %49'da tükenmişlik, %5'in de ise şiddetli tükenmişliğin olduğu belirlenmiştir (234). Benzer şekilde ABD'nde 7228 hekimi kapsayan çalışmada hekimlerin en az %45,8'inin tükenmişlik belirtisi yaşadığı ve en yüksek oranların aile hekimliği, dahiliye ve acil tıpta çalışan hekimlerde olduğu bildirilmiştir (235). Çin'de yapılan çalışmalarda nörologlarda %53, anestezistlerde %69 oranında tükenmişlik bulunurken, Singapurlu doktorlarda ise %80 gibi çok daha yüksek oranlarda görülmektedir (236–238). Ülkemizde Neslihan Partlak Günüşen ve Besti Üstün tarafından ikinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelere yönelik olarak yapılan, 45 çalışmanın değerlendirildiği literatür çalışmasında çalışma saatlerinin fazla olması, nöbetli çalışma, iş yükü, işyerinden memnun olmama, rol çatışması ve belirsizliği, hasta sayısı, yoğun bakım ve acilde çalışma tükenmişliği artıran faktörler olarak belirlenmiştir (239). Ümit Çıralı tarafından 18 OECD ülkesinin 2002-2018 yılları arasında kişi başı ortalama hasta muayene sürelerinin karşılaştırıldığı çalışmada

Türkiye'de muayene süreleri ortalamasının belirtilen yıllar arasında 50 dakikadan 23 dakikaya düştüğü belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre Türkiye çalışmaya dahil edilen ülkeler içerisinde muayene süresi en fazla kısalan ülke olmuştur (240). Dolayısıyla gün içinde muayene edilen hasta sayısı artışının en fazla olduğu ülkenin de Türkiye olduğunu söylenebilir. Bilal Şerik ve arkadaşları tarafından Sakarya ili ve ilçelerinde 157 aile hekimi ile hekimlerde tükenmişlik ve sebeplerine yönelik yapılan çalışmada verilen cevapların %57,4'nün hasta kaynaklı tutum ve davranışlar, %16'sının iş yükü fazlalığı, %13,4'ünün gereksiz iş yükü (angarya), %7'sinin sürekli uygulama değişikliği, %3,6'sının yetersiz fiziksel koşullarla %1,2'sinin ikinci basamakla yaşanan koordinasyon eksikliği ile ilgili olduğu belirlenmiştir (241). Zeynep Baykan ve arkadaşları tarafından Kayseri'de 143 aile hekimi ile gerçekleştirilen çalışmada aile hekimliğine geçiş sonrasında iş yükü ve stresin, günlük çalışma sürelerinin arttığı; ailelerine, kendilerine ve mesleksel gelişimlerine ayırdıkları sürenin azaldığını düşünenlerin sayısı oldukça yüksek bulunmuştur (242). Almila Erol ve arkadaşları tarafından 117 asistan hekimle yapılan çalışmada ise günde 8 saatin üzerinde çalışanlarda duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve depresyon seviyelerinin anlamlı derecede yükseldiği, çalışma saatleri ve nöbet sayısı arttıkça duyarsızlaşmanın arttığı belirlenmiştir (137). Bu bulguların bizim çalışmamızda elde edilen bulgularla uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Mesleğe yabancılaşma bağlamında değerlendirilen araçasallaşmış hissetme ana temasında hekimlerin iş yapışları sırasındaki pratiklerini değiştiren, hastaların sağlık problemlerinin çözüm hedefi dışında farklı amaçların sağlık sistemi ve kendileri üzerinden gerçekleştirildiğini düşündükleri temalar belirlenmiştir. Hekimler günlük pratiklerinde işlerini toplumun isteklerine göre yapmak zorunda bırakıldıklarını, şikâyet mekanizmalarının tek taraflı ve kontrolsüz çalıştığını, hastalara sağlık hizmetine ulaşımda sınırsız bir özgürlük tanındığını ifade etmişlerdir. Bu ifadelerin yanı sıra bu uygulamaların temelinde yatan sağlık sisteminin siyasi rant kapısı olarak görülmesinin yer aldığına dair söylemleri bu anatema altında değerlendirilen temalar olmuştur.

Toplum isteklerinin son yıllarda her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de değiştiğini söylenebilir. Özellikle medya ve internetin hayatımıza girmesi, bilgiye

ulaşımın kolaylaşması, toplumu sağlık hizmetinde daha fazla sorgulayan ve talep eden bir yapıya dönüştürmüştür. Bu değişimin sonucu hasta hekim ilişkisinde paternalist ilişki modeli büyük oranda değişmiş daha önceden ona minnet duyan ve her dediğini kabul eden hasta yerine hekimle eşitler ilkesi çerçevesinde bir ilişki kurma beklentisi olan hasta modeli oluşmuştur (243). Bunların yanı sıra toplumsal ve ahlaki değerlerde meydana gelen erozyon bencillik, kişiler arası ilişkilerde saygı yitimi, tahammülsüzlük ve şiddete başvurma gibi davranış değişikliklerine neden olmaktadır. Kapitalist düzenle birlikte yaşam alışkanlıklarımız değiştiren tüketim kültürünün yarattığı beklentilerde artış, aşırı istek, hırs, sabırsızlık ve her isteğin belli bir bedel karşılığında gerçekleşeceği algısı sağlık sisteminde de benzer beklentileri beraberinde getirmiştir (244). Hasta haklarını ön plana çıkarırken çalışan haklarını yok sayan uygulamalar, sağlık sistemine sınırsız ulaşım, sürekli özendirilen şikayet hatları gibi hekimleri örseleyen uygulamalar ve artan şiddet olayları pratikte bilimsel kriterlerin öncelenmesi yerine bir taraftan defansif tıp uygulamalarına diğer taraftan da hasta isteklerinin öncelenmesine yol açmıştır (243, 245). Tüm bu sürecin çalışmamıza katılan hekimlerde politika belirleyenler tarafından gerçekte istenilenin hasta isteklerinin yerine getirilmesi olduğu ve bunun altında sağlık sisteminin siyasi bir rant kapısı olarak kullanıldığı algısını beraberinde getirmesi normal bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Benzer şekilde Osman Elbek ve Emin Baki Adaş tarafından hekimlerle şiddete yönelik yapılan çalışmada “köle muamelesi görmek”, “kapının önündeki it olmak”, “hastaların şımartılması”, “hakkın abartılması”, “hasta ve hasta yakınları, siyasilerin politik metasıdır; sağlıkta bunun pazarlama yeridir” vb. ifadeler yer almıştır. Literatürde yer alan defansif tıp ve şiddete yönelik olarak yapılan diğer çalışmalarda da sağlık politikalarına yönelik benzer söylemlerin yer aldığı görülmektedir (73, 243, 245–247). Bu bulgular bizim çalışma sonuçlarımızla uyumlu bulunmuştur.

5.3.2. Kendini Gerçekleştirme

Hekimlerin iyi hekimlik yapmak istediklerinde önlerine çıkan zorluklara yönelik ifadelerden belirlenen tıp eğitiminde yetersizlik, kazanç baskısı ve liyakatin önemsizleşmesi ile işlerini kolaylaştırdığına yönelik ifadelerden belirlenen iş yükü

uygunluğu, yenilikleri takip etmek, iç huzur, teknoloji kullanımı, akademik ortamda bulunmak anatemaları kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hekimlerin tıp eğitiminin farklı aşamalarında yaşanan sorunlara yönelik ayrıntılı söylemleri olmuştur. Tıp fakültelerindeki eğitimlere yönelik olarak fakültelerde nitelikli öğretim üyesi sayılarının azlığı, öğrenci sayılarının fazlalığının yanı sıra pratik eğitiminin, idari işler ve yasal evraklara yönelik eğitimlerin yetersiz olduğuna yönelik ifadeleri ön plana çıkan temalardır. Ülkemizde 1970 yılında tıp fakültesi sayısı 8 iken 2019 yılına geldiğimizde 105 sayısına ulaşmıştır (96). Tıp fakültesi sayısında 40 yıllık süreçte on katından fazla gerçekleşen bu artışın beraberinde getirdiği temel sorunlardan biri yeterli sayı ve nitelikte öğretim üyelerinin eksikliği olmuştur. Özellikle yeni açılan üniversitelerde başta temel bilimler olmak üzere pek çok alanda öğretim üyesi sayısı yeterli değildir. Hacettepe, Gazi gibi üniversitelerin tıp fakültelerinde temel bilim alanında 60 civarında öğretim üyesi varken bu sayı Hitit Üniversitesi'nde 9, Namık Kemal Üniversitesi'nde ise 5'dir (248). Benzer farklar diğer dahili ve cerrahi bilim alanlarında da görülmektedir. Örneğin 2017-2018 eğitim ve öğretim yılında öğrenci almaya başlayan Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin 2020 yılı faaliyet raporunda unvanı doçent ve profesör olan öğretim üyesi sayıları tüm dâhili, cerrahi ve temel bilim alanlarında toplam 13 olarak belirtilmiştir (249). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde sadece Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda mevcut olan profesör ve doçent sayısının 19 olduğu değerlendirildiğinde daha eski/köklü fakültelerle yeni fakültelerin deneyimli öğretim üyeleri sayısı arasındaki fark daha net olarak görülebilmektedir (250). Fakülte sayılarının artmasının yanı sıra mevcut fakülte kontenjanları da arttırılmıştır. Türkiye'nin en gözde tıp fakültelerinden olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008 yılında 257 öğrenci alırken 2020 yılında 370 öğrenci almış, 2008 yılında 298 öğrenci alan Hacettepe Tıp Fakültesi ise 2020 yılında 370 öğrenci almıştır (110, 111). Öğrenci sayılarının fazlalığı tıp eğitiminde ek sıkıntıları da beraberinde getirmiştir. Ders anlatılan salonların yanı sıra laboratuar, teknolojik cihazlar ve kadavra sayıları gibi özellikle uygulamalı eğitimlerde kullanılan imkânlar öğrenci sayıları ile aynı oranda arttırılması mümkün olmamıştır (251). Yine hasta başında verilen eğitimlerin kalabalık gruplarla yapılması eğitimin verimliliğini düşüren hem eğitici hem de öğrenci için zorluklar içeren bir sürece neden olmuştur (114, 252).

Hekimlerin tıp eğitimleri esnasında öğrendikleri bilgi, tutum ve becerileri pekiştirecekleri ve pratiklerini yapabilecekleri en önemli süreç intörnlük dönemidir. Ancak hekimler intörnlük döneminde bir taraftan meslekleri için gerekli olan temel yeterlilikleri kazanırken diğer taraftan kariyerleri için önlerinde duran TUS sınavına çalışmak zorunda kalmaktadır. Sınavın tüm tıp eğitimini kapsayan geniş müfredata sahip olması, sınava giren aday sayısının her sene artıyor olması ve uzmanlık yapmanın sosyal zorunluluk haline gelmesi nedeniyle intörnlerin çoğunluğunun önceliği durumuna gelmektedir (129). Diğer taraftan pek çok fakültede intörnlerin kliniklerde yapmaları gereken bireysel uygulamalara ve eğitimlerine yönelik çalışma programları da oluşturulamamış ya da uygulamaya yansıtılamamıştır. İntörnler daha çok yardımcı iş gücü olarak görülmüş ve diğer sağlık personellerinin yetişemediği işlerde kullanılmışlardır (253). Dolayısıyla verimli geçirilmeyen bir intörnlük dönemi sonrası hekimlerin kendilerini pratik uygulamalar açısından yetersiz hissetmesi beklenen bir durumdur. Yine kayıt tutma, raporlama gibi yasal dokümanların düzenlenmesine yönelik pratikler gözlemlerle daha çok intörnlük döneminde öğrenilmektedir. Konuya yönelik olarak 2078 intörn öğrencinin katıldığı çalışmada öğrencilerin %91,3'ü başka bir meslek grubunun görev tanımında olan görevi yapmak zorunda kaldıklarını ve % 77,5'i intörn doktor yönergesi hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir (253). Mezun hekimlerle Ulusal ÇEP-2014'de bulunan temel hekim yeterliliklerine yönelik yapılan ve 501 hekimin katıldığı çalışmada ise kayıt tutma ve raporlama bölümünde bulunan sorularda asgari toplam puanı alabilen hekim sayısı tüm hekimlerin %15,6'sını oluşturmuştur (121). Bu bulgular bizim çalışmamızda belirlenen tıp eğitiminde pratik eğitimlerin, idari işler ve yasal dokümanlarla ilgili eğitimlerin yeterli olmadığına yönelik bulgularla uyumludur.

Hekim eğitiminde uzman olanlar için mezuniyet sonrası en ciddi ve uzun süreli eğitimi uzmanlık eğitimi oluşturmaktadır. Uzmanlık eğitimi hangi dalda uzmanlık eğitimi yapıldığına bağlı olarak değişmekle birlikte ortalama 3 ile 5 yıl, yan dal uzmanlık eğitimleri ise ana dala ek olarak 2 ile 3 yıl arasında sürmektedir (254). Çalışmamızda uzmanlık eğitimine yönelik olarak hekimlerin söylemlerinden eğitimin yetersiz olduğu, ölçüt ve standartların oluşturulmadığı ve TUS sınavının uzmanlık öğrencisi seçiminde iyi bir gösterge olmadığına yönelik temalar belirlenmiştir. Uzmanlık Eğitiminin verildiği üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri eğitimin yanı

sıra sağlık hizmeti ve araştırma faaliyetlerinin de yürütüldüğü kurumlardır. Dolayısıyla uzmanlık eğitiminin önemli bir kısmı usta çırak ilişkisiyle yani daha çok iş başı öğrenme modeli ile gerçekleştirilmektedir (135). Ancak sağlık hizmeti sunumunda yaşanan yoğunluk nedeniyle çoğu zaman öncelik bu alana verilmekte ve eğitim faaliyetleri geri plana itilebilmektedir. Eğitim verecek öğretim üyelerinin de benzer şekilde önceliği sağlık hizmeti sunumuna ayırmaları özellikle öğretim üyesi sayısının sınırlı olduğu bölümlerde eğitimin kıdemli asistanların üzerine kalmasına neden olmaktadır. Asistanlık eğitimimin bir diğer sorunlarından biri ise pek çok eğitim veren kurumda standartların tam olarak uygulamaya yansıtılamaması ve objektif değerlendirme kriterlerinin oturulamamış olmasıdır (128). Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından hazırlanan tıpta uzmanlık eğitimi raporu bünyesinde 1161 uzmanlık öğrencisiyle yapılan çalışmada sadece %27'si eğitime başladıklarında kendilerinden sorumlu bir eğitim sorumlusu atandığını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada uzmanlık öğrencilerinin %75'i öğrenmeleri gereken konular ve uygulamalar ile ilgili basılı materyal verilmediğini, %69'u uzmanlık dernekleri tarafından hazırlanan ulusal çekirdek eğitim programlarından haberi olmadığını ve sadece %20'si aldıkları eğitimden, %17'si ise eğiticilerin kendilerine ayırdığı süreden memnun olduklarını belirtmişlerdir (147). Kazım Ersin Altınsoy tarafından acil asistanlarının uzmanlık eğitim düzeylerinin değerlendirildiği ve 348 hekimin katıldığı uzmanlık tezi çalışmasında kamu üniversitesi ve eğitim araştırma hastanelerindeki asistanlar alanlarında edindikleri bilgilerin çoğunluk eğitmenlerden değil, kitaplardan (%40), özel/vakıf üniversitelerinde ise konsültan hekimlerden (%64,7) olduğunu ifade etmişlerdir (255). Diğer taraftan R. Özen Kutanis ve arkadaşları tarafından hazırlanan uzmanlık öğrencilerinin ve öğretim üyelerinin TUS sınavına bakış açılarını değerlendiren niteliksel çalışmada seçici bir sınav olmaması, beceri ve yeteneği ölçememesi ve TUS ile gelen öğrencilerin içinde branşın özelliklerine uygun olmayan öğrencilerin olması sınava yönelik algılarda ön plana çıkan olumsuz temalar olmuştur. Tıp fakültesi eğitimini olumsuz etkilemesi ve gereksiz kadro doldurulmasına neden olması da belirlenen diğer olumsuz temalardan bazılarıdır (127). Konuya yönelik yapılan çalışma sonuçlarının bizim sonuçlarımızla uyumlu olduğu değerlendirilmektedir.

Hekimler sürekli mesleki gelişim kapsamında aldıkları önemli eğitimlerden biri hizmet içi eğitimlerdir. Özellikle üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri gibi akademik ortamın olduğu kurumların dışında çalışan hekimler için hizmet içi eğitim bilgilerin güncellenmesi, çalışan personelin performansının ve örgütsel bağlılığının artırılması açısından kritik öneme sahiptir (256, 257). Sağlık Bakanlığı'nca 2001-2006 yılları arasında düzenlenen hizmet içi eğitimlere; 2001 yılında toplam 1892 hekim, 2002 yılında toplam 1545 hekim, 2003 yılında toplam 1618 hekim, 2004 yılında toplam 2634 hekim, 2005 yılında toplam 4856 hekim, 2006 yılında toplam 3013 hekim olmak üzere toplam 15558 hekim katılmıştır (258). Son yıllarda verilen eğitim ve katılan hekim sayısında giderek artış görülse de toplam hekim sayısı göz önüne alındığında hekimler için eğitimlerin yeterli sayıda olmadığı ve bunun bulgularımızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Hekimlerin çalışmalarında önlerine çıkan temel zorluklardan biri de liyakatin önemsizleşmesi ve görevlendirmelerin liyakate göre yapılmaması olmuştur. Kurumların işlerini daha verimli ve nitelikli gerçekleştirebilmelerinin temel şartlarından biri görevlendirme ve kurum içi terfilerin adil, hakkaniyete uygun ve liyakate göre yapılmasıdır (259, 260). Liyakatin kurum işleyişinde değerini yitirip ihlal edilmesi performans ölçütlerinde düşme, kurumun itibarsızlaşması, olumsuz örgütsel iklim, kurum değerlerinde yozlaşma ve nitelikli personel kaybı gibi olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir (261). Murat Tunçer tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde stratejik insan kaynakları yönetimi ve liyakat ilkesine yönelik olarak yapılan çalışmada çalışanların kurum içinde personel temin etme, atama ve yükseltmede liyakat ilkelerine tam olarak uyulmadığı algısına sahip oldukları belirlenmiştir (262). Feride Yılmaz ve Ayşehan Çakıcı tarafından kamu çalışanlarının liyakat algısına yönelik olarak iki kamu üniversitesinde yapılan ve 132 kişinin katıldığı çalışmada ise liyakat ihlali algısına yol açan temel neden kayırmacılık olarak bulunurken bunlar içinde siyasi kayırmacılığın ise en önde geldiği belirlenmiştir. Çalışmada aynı zamanda liyakat ihlalinin mağdurlarda duygusal etkilere yol açarken diğer çalışanlarda da davranışsal ve bilişsel etkilere sebebiyet verdiği tespit edilmiştir (261). Literatürde yer alan çalışmaların sonuçları bizim çalışma bulgularımızla benzerdir.

Özel sektörde çalışan hekimler için iyi hekimlik uygulamak istediklerinde önlerine çıkan ve kendini gerçekleştirme bağlamında değerlendirilen bir diğer tema maddi kazanç baskısı olmuştur. Her ne kadar kamuda uygulanan performansa dayalı ücretlendirme sisteminin kamuda çalışan hekim söylemlerinde de kazanç baskısı oluşturduğu ifade edilse de bu ifadeler sistemin getirdiği diğer olumlu ve olumsuz yönlerle birlikte ifade edilmektedir. Ancak özel sektörde çalışan hekimlerin yaşadığı kazanç baskısı sadece kendi kazançları anlamında değil çalıştıkları kuruma sağladıkları maddi gelirinde iş güvenceleri açısından önemli olması nedeniyle söylemlerine daha belirgin olarak yansıdığı görülmektedir. Nitekim bu baskı G70 sayılı görüşmecimizin söylemine yansıyan *"Çünkü bir şirketin içinde çalışıyorsunuz, o şirketin istediği tek şey para kazanmak başka hiçbir şey değil. O hekimi tabi zorluyor yani sizin yapacağınız vakalarda bile siz de o yönde gidiyorsunuz yani"* şeklindeki ifadelerde net olarak görülmektedir. İfadelerden bu baskının hekimlik pratiğini şekillendirdiği de açıktır.

Özel sektörde hekimler çalışan (işçi) olarak (4A'lı), serbest meslek makbuzu (4B'li) ya da şirket faturası (4B'li) karşılığında çalışabilmektedir. Aslında yapılan iş aynı olsa da sahip olunan haklar, ekonomik ve sosyal açıdan farklılıklar bulunmaktadır. Serbest meslek makbuzu ve şirket faturası ile hizmet veren hekimler ilave giderlere maruz kalmak, emekliliğe yönelik düşük primler ödemek, çalışma süresinde ve sonrasında iş güvencesi ve tazminat gibi haklar da dâhil pek çok haktan feragat etmek zorunda kalmaktadır. Ancak işverenlerin baskısı sonucu pek çok hekim 4B'li statüde çalışmak zorunda kalmaktadır (97, 263). Hekimlerin ücretlendirme biçimleri ise sabit ödeme (fix), hakediş veya sabit ödeme ve hakedişin birlikte olduğu şekillerde olabilmektedir. Sabit ödeme aylık sözleşmede belirlenen miktarın net olarak ödenmesi iken hakediş hekimin yaptığı hekimlik uygulamalarından sözleşmede belirlenen oranda ücret alması demektir. Daha yaygın olan ise her iki modelin (sabit+hakediş) bir arada kullanılmasıdır. Bu ikili modelde genel olarak sabit ücretler düşük miktarda olurken hekimin esas ücretini hakediş kısmı oluşturmaktadır. Ancak ücretlerin genel olarak zamanında ödenmemesi, önemli bir kısmının kayıt dışı olarak ödenmesi, yasal olan süreden fazla çalışmalar yaptırılması ve fazla mesai ücretlerinin ödenmemesi özel sağlık kurumlarında hekimlerin sık karşılaştıkları sorunlardır (97). Diğer taraftan hekimlerin iş güvencesi noktasında yaşadıkları hak kayıpları

beraberinde yaşadıkları ciro baskısını da arttırmaktadır. Konuya yönelik İzmir Tabip Odası tarafından yapılan özel sektörde çalışan 198 hekimin katıldığı çalışmada katılımcıların %47'si resmi tatillerde tam zamanlı, % 21'i kısmen çalıştığını belirtirken, %61'i iş güvencesi kaygısı yaşadığını belirtmiştir. Yönetim ya da geçim baskısı nedeniyle ciro baskısı yaşamadığını belirtenlerin oranı ise sadece %31 olarak gerçekleşmiştir (264). Bu bulguların özel sektörde çalışan hekimlerimizin söylemeleriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

Hekimlerin iyi hekimlik yapmak istediklerinde onlara yardımcı olan ve kendini gerçekleştirmek bağlamında değerlendirilen ana temalardan biri iş yükü uygunluğudur. İş yükü fazlalığının hekimlerde tükenmişliğe sebep olan ve iyi hekimlik yapmak istediklerinde karşılarına çıkan en önemli engellerden biri olduğu değerlendirildiğinde iş yükü uygunluğunun işlerini kolaylaştıran önemli unsurlardan biri olması doğal olarak değerlendirilmektedir. Katılımcılara göre iş yükü uygunluğunun nedenleri çalışılan yerde daha kıdemli bir pozisyona geçmek ya da kamudan özel sektöre geçmek olmuştur. Özellikle uzmanlık öğrencileri arasında kıdemli duruma yükselmek daha az nöbet ve daha az angarya olarak görülen işi beraberinde getirmektedir. Uzmanlık öğrencilerinde tükenmişlik düzeyi ve depresyon ilişkisine yönelik çalışmalarda deneyim ve meslekte geçirilen sürenin artmasıyla tükenmişlik düzeyinin azaldığı gösterilmiştir (137, 265). Diğer yandan özel sektörde hasta sayılarının daha az ve hastaya ayrılan sürelerin daha fazla olduğunu söylemek mümkündür. Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök tarafından yapılan özel sağlık kuruluşları ve kamu hastanelerindeki hasta memnuniyetini karşılaştıran çalışmada doktorların hastalara zaman ayırma, bilgilendirme ve zamanında muayeneye alma hususlarında özel hastanelerde kamu hastanelerinden daha olumlu sonuçlara ulaşılmıştır (266). Bu sonuçlar özel sektörde hekimlerin iş yükünün kamuya göre daha az olduğuna işaret etmektedir. Bunun yanı sıra Ahu Özkaya Karsandı ve arkadaşları tarafından yapılan ve 500 hastanın dahil edildiği çalışmada fazla süre ayrılabilen ve ayrıntılı fizik muayene yapabilen hastalara konulan ön tanıların doğruluk oranlarının yapılamayanlara göre anlamlı bir oranda yüksek olduğu belirlenmiştir (267). Dolayısıyla iş yükü uygunluğu ve beraberinde hastaya yeterli muayene süresi ayırabilmenin iyi hekimlik pratiği ortaya koymak adına önemli bir faktör olduğu açıktır.

Hekimlerin kendini gerçekleştirme bağlamında işlerini kolaylaştıran anatemalardan biri meslek alanındaki yenilikleri takip edebilmek ve akademik ortam içinde bulunabilmek olmuştur. Sağlık alanının ilerleyen teknoloji, bilimin kazandırdığı yeni bilgi ve gelişmelerle hızla değişen ve dinamik bir alan olduğu açıktır. Hekimlerimiz de söylemlerinde yarışmacı bir alan oluğunu, bilimsel okumalar yaptıkça kullanılan bir yöntemi yenisiyle değiştirdiklerini ifade etmişler ve sonu olmayan bu süreçte yenilikleri takip etmenin önemini vurgulamışlardır. Akademik ortam içinde bulunmanın ise bu süreci kolaylaştırdığı ve kendilerinin direkt yeterli bilimsel okuma yapamasa bile devam eden akademik faaliyetler nedeniyle yenilikleri takip etmelerinin kolaylaştığını söylemişlerdir. Kushnir ve arkadaşları tarafından mesleki bilgileri güncelleme olanağına sahip olmanın tükenmeyle negatif, iş doyumu ile pozitif anlamda ilişkisi olduğu bulunmuştur (268). Rand Şirketi tarafından hazırlatılan araştırma raporu serilerinden hekimlerin mesleki başarılarını ve bunların etkilerini değerlendiren rapor sonuçlarında hekimlerin mesleki başarılarında önemli olarak görülen uygulamalarını iyileştirilebilmesi için veri tabanlarına, kaynaklara ihtiyaç duyarken uygulamaların değiştirilmesi konusunda da yardıma ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (269). Amerika'da hekim memnuniyetine yönelik 97 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede akademik bağlantının hekim memnuniyetinde önemli bir ilişkisi olabileceği değerlendirilmiştir (270). Süheyla Ünal ve arkadaşları tarafından yapılan hekimlerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmada yaşam doyum düzeyi en yüksek grup akademisyenler bulunurken en düşük grup ise pratisyen hekimler bulunmuş ve bunun meslek içi eğitime devam edebiliyor olmaları ile ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir (271). Bu çalışmalar mesleki bilgi ve uygulamaları geliştirmenin mesleki başarı için önemli olduğunu, akademik ortamda bulunmak ya da ilişkili olmanın bunu kolaylaştırdığı ve yaşam doyumunu da arttırdığını göstermektedir. Akademik ortam içinde bulunmanın bir diğer avantajı da tecrübeli öğretim üyeleri ile çalışabilmektir. Tecrübeli ve rol model alınabilecek bir öğretim üyesi; hekimlerin bilgi, tutum, davranışlarının gelişiminde ve hekim kimliğinin oluşmasında çok önemli bir yere sahiptir. Hekimler gerekli bilgi ve beceriye sahip olsalar da bu bilgi beceriyi kullanarak hastaların ihtiyaçlarının giderilmesi bir noktadan sonra usta çırak ilişkisi ile öğrenilebilmektedir. Örnek alınan eğiticinin, hem tıp öğrencileri hem de mezun

hekimlerin davranışlarında ve uygulama standartlarında en güçlü etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (272, 273). Dolayısıyla rol model hekimlerle çalışma hem mesleki gelişimin sağlanması hem de mesleki tatmin anlamında hekimler için önemli bir role sahiptir. Bu sonuçlar bizim çalışma bulgularımıza da benzer şekilde yansımıştır.

Teknoloji kullanımının artması hekimler tarafından kendini gerçekleştirme bağlamında olumlu anlamda değerlendirilen diğer anatemalardan biridir. Yeni teknolojik cihazların, otomasyon sistemlerinin, sosyal medya ve iletişim uygulamalarının kullanımı hekimlik pratiğini olumlu etkileyen teknolojik yenilikler olarak ifade edilen temalardır. Sağlık teknolojisi en genel anlamda sağlık sunucularının sağlığın geliştirilmesi, hastalıkları önlemek, tedavi etmek, rehabilitasyon ve bakım süreçlerini iyileştirmek amacıyla kullanılan araçlar olarak tanımlanabilir. Tıp alanında teknoloji kullanımı doğrudan hastaya müdahalede kullanılan cihazların yanı sıra tüm tıbbi cihazlar, ilaçlar, aşılar, teknikler, prosedürler ve destek sistemleri gibi çok geniş bir yelpazeyi içine almaktadır (274). Günümüz şartlarında merkezi bir konumda olan internetin tıp alanında kullanımı teknoloji kavramına iletişim sistemleri ve online sistemlerin getirdiği yenilikler de eklenmiştir. Bu sistemler sayesinde teletıp uygulamaları hızla gelişmiş ve sağlık hizmeti sunumunda yaygınlaşmaya başlamıştır (275). Yine son yıllarda gelişme gösterilen sanal, arttırılmış ve karma gerçeklik uygulamaları sayesinde gerçek dünyadaki ortam ve metaların sanal gerçeklik üzerinde oluşturulması tıp alanında önemli uygulama alanları bulmuştur (276). Sağlık hizmetleri veri yönetiminde blockchain uygulamaları da verilerin kaydedilmesi ve takip edilmesini kolaylaştırarak kulanım alanına girmiştir (277). Yeni teknolojilerin sağlık alanında kullanımı ve yaygınlaşması; ekonomik olması, verimli olması, mevcut mevzuata uygun olması, kullananlar ve hastalar açısından kullanım kolaylığı ve fayda sağlaması gibi çeşitli faktörlere bağlıdır (274). Sağlık hizmeti sunumunda ileri teknolojik cihazların daha iyi tedavi ve daha az maliyetli bakım hizmeti sunduğu belirlenmiştir (278). Sezer Korkmaz ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan çalışmada hekimler, ileri tıbbi teknolojik cihazların hastane verimliliklerini arttırdığını ve mesleki gelişimlerine katkı sağladığını belirtmişlerdir (279). Bununla birlikte ileri teknolojik cihazların kullanımı kullananların bilgi, beceri ve tutumlarından kaynaklanan etik problemleri de beraberinde getirmektedir. Hasta güvenliği, kaynakların adil kullanımı ve norm

değişikliği bu konudaki temel etik sorunlardır. Cihazların kullanımı sırasında bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan hatalar hasta güvenliğini tehlikeye atarken, cihazların daha çok varlıklı kesimlerin hizmetine sunulması ile adil kullanımına yönelik ve hasta tedavisi dışında gençleşmek ya da güzelleşmek adına kullanımıyla ortaya çıkan norm değişikliklerine yönelik etik sorunları da barındırmaktadır (280). Gülay Yıldırım ve arkadaşları tarafından Sivas'ta görev yapan 313 hekimle yapılan çalışmada ileri teknoloji cihaz ve aletlerin kullanımında hekimin yeterli bilgiye sahip olmaması halinde ciddi hatalara neden olabileceği, hastaların yanlış propaganda nedeniyle hekimlere gerekli olmasa bile bu cihazların kullanımı konusunda baskı yaptığı, teknolojik cihazların plansız alımının kaynak israfına neden olduğu hekimlerin en çok fikir birliğinde olduğu maddeler olmuştur (281). Bizim çalışmamızda hekimler yeni teknolojik cihazlardan pratiklerini kolaylaştıran ve onlara destek olan şeyleri hedef alan soruya verilen yanıtlarda bahsetmişlerdir. İşlerini zorlaştıran ve engel olan şeylere yönelik sorunun cevaplarında ise yeni teknolojik cihazlara yönelik bir tema olmamıştır. Ancak önyargılı yaklaşım ve dayatma görme anatemaları altında değerlendirilen uygunsuz hasta istekleri temalarında gerekli olmasa bile ileri teknolojik cihazların kullanımı ve benzeri hususlarda baskı gördüklerini vurgulamışlardır.

Sağlıkta otomasyon sistemleri sayesinde oluşturulan lojistik sistemler ilaç ve tıbbi malzemelerin, elektronik hasta kayıt sistemleri ile hasta kayıtlarının ve hastane otomasyon programlarıyla hastanın girişinden muhasebesine kadar tüm hastane süreçlerinin takibi yapılabilmeye başlanmıştır. Bununla birlikte otomasyon sistemlerinin alt yapısı ile oluşturulan bilişim teknolojilerinin sağladığı yeteneklerle gerçekleştirilen sağlık verilerinin toplanması, işlenmesi ve analiz edilmesi sağlık bilişiminin gelişmesine neden olmuştur (282–284). Sağlık hizmetinin doğası gereği parçalanmış hizmet sunumu, sistemdeki büyük hacimli işlemler, yeni bilimsel gelişmelerin sisteme entegrasyonu düşünüldüğünde kâğıt tabanlı sistemlerin devamında yaşanacak zorluklar aşikârdır (285). Sağlık bilişimi sayesinde yöneticiler kaynak kullanımı ve sağlık hizmeti planlamalarını daha doğru yapabilir, sağlık çalışanları ihtiyaç duydukları bilgiye doğru ve hızlı bir şekilde ulaşabilir olmuşlardır. Sağlık hizmeti alanlar ise sağlık durumlarını takip edebilir, verilerini istediği kimselerle paylaşabilir ve sağlık hizmetlerinin bazı özelliklerine daha kolay ve hızlı

bir şekilde ulaşabilir hale gelmişlerdir (282–284). Ülkemizde bu alanda 1999 yılından itibaren başlayan çalışmalar sonrası hızlı bir değişim yaşanmış ve tüm sağlık kurumları sağlık bilişimi alt yapısını oluşturarak otomasyon sistemlerini kullanmaya başlamıştır. Standardizasyon sağlamada kullanılan ulusal sağlık veri sözlüğü (USVS), sağlık kayıtlarının bilgi deposu olarak kullanılan elektronik sağlık kaydı (ESK), bütçe uygulama tebliği (BUT), sağlık uygulama tebliği (SUT) ve International Statistical Classification of Diseases (İCD) kodları gibi kodlamaları sağlayan sağlık kodlama referans sunucusu (SKRS) ve sağlık bilişimi alanında hizmet veren tüm firmaların kayıtlarının zorunlu olduğu ürün ve kalite standartlarını sağlayan kayıt tescil sistemi (KTS) bu süreçte uygulamaya giren sistemlerdir. Yine e-sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilebilecek telefon ve internet üzerinden sağlık hizmetleri için randevu almayı sağlayan merkezi hastane randevu sistemi (MHRS), sağlık verilerine vatandaşların ve sağlık uygulayıcılarının ulaşımını sağlayan e-nabız, radyolojik görüntülerin uzaktan değerlendirilmesini sağlayan teletıp, sigortalılık, ilaç, rapor gibi bilgileri anlık takip eden medikal ulak (MEDULA) uygulamaları kullanılmaya başlanmıştır (286).

Sağlık hizmetinin tüm paydaşları sağlık bilgi teknolojilerinin sağlık hizmetinin dönüşümünde kritik öneme sahip olduğunu düşünmektedir (287–289). Bununla birlikte henüz değişen sağlık hizmeti ihtiyaçlarını tam olarak karşılamadığı ve gerçekleşen ilerlemelerin prosedürsel, profesyonel, sosyal, etik konular ve bilgi güvenliği ihtiyacının gölgesinde kaldığını belirtenler de mevcuttur (290). Basit Chaudhry ve arkadaşları tarafından sağlık bilgi teknolojisinin tıbbi bakım kalitesi, verimliliği ve maliyetlere etkisine yönelik yapılan 257 çalışmanın değerlendirildiği sistematik derlemede tıbbi bakım kalitesine yönelik olarak rehber temelli bakım hizmetinde artış, gelişmiş gözetim ve izlem, ilaç hatalarında azalma olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında en önemi iyileştirmenin koruyucu hekimlik alanında yaşandığı belirlenirken, en önemli verimliliğin bakım hizmetine duyulan ihtiyacın azalması olarak tespit edilmiş ve maliyet verimlerinin sınırlı olduğu belirtilmiştir (285). Diğer taraftan sağlık bilgi teknolojisi kullanımının hekim hasta ilişkisinde yeni bir kültür oluşturduğu ve ortak karar verme ve sağlık bakımına yönelik alınan kararların demokratikleştirilmesi ile eşit düzeyde bir doktor-hasta ilişkisine yol açtığı belirleyen çalışmalar olduğu gibi iletişim süresini kısalttığı için hasta hekim iletişimini

olumsuz etkilediğini ifade eden çalışmalarda mevcuttur (291, 292). Ülkemizde Elifcan Kaçamaz tarafından Kahramanmaraş'taki 105 aile hekimiyle yapılan elektronik reçete sistemi başarısının ölçülmesi ve hekim algısına yönelik uzmanlık tezi çalışmasında hekimlerin %82,9'u e-reçeteyi, klasik kâğıt reçeteye tercih edeceklerini ve %77,1'i eczane ile yaşanan kâğıt reçete kaynaklı problemlerin e-reçete yardımıyla aşılabildiğini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada e-reçete kullanımı sırasında karşılaşılan en sık sorunun (%72,8) sistem hataları olduğu tespit edilmiştir (293). Mesut Şahin tarafından 109 aile hekimiyle aile hekimlerinin elektronik sağlık kayıt sistemi hakkındaki görüşleri ve elektronik sağlık kayıtlarının aile hekimlerinin tükenmişliği üzerindeki etkisi isimli tez çalışmasında elektronik sağlık kayıt sisteminin hastalarla iletişimi arttırdığı, tıbbi kayıtlara erişime izin vermesi ve hekimlerle iletişimi arttırmasının tükenmişliği azalttığı saptanmıştır (294). Bizim çalışmamızda da sağlık alanında teknoloji kullanımının artması, otomasyon sistemlerinin kullanıma girmesi yaşanan tüm bu değişim hekimlerin işlerini kolaylaştıran temalar içinde yer almış hatta bazı hekim söylemlerinde bunların başlı başına sağlık alanında devrim olduğu vurgulanmıştır.

Hekimlerimizin işlerinin kolaylaştıran teknoloji alanındaki temalardan biri sosyal medyanın sağlık alanında kullanımı oluştur. Sağlık sektöründe genelinde son yıllarda anlık mesajlaşma platformları, görüntülü sohbet ve sosyal ağlar gibi yeni medya araçları hızla kullanılmaya başlamış ve hekimlerin hasta ve meslektaşlarıyla olan ilişkilerini yeniden yapılandıran bir süreci de başlatmıştır (295). Sosyal medya araçlarının daha eşit seviyede, daha demokratik ve muhtemelen daha etkili iletişim avantajlarını sağlık hizmetlerine getirdiği öngörülmekle birlikte bazı çekinceleri de içinde barındırmaktadır. Sosyal ağlar tanım gereği birçok taraf arasında aynı anda iletişimi kolaylaştırdığından, hastaların sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunmasına ilişkin artan endişeleri beraberinde getirmektedir. Yine sorunlu ve yanlış bilgilerin yayılmasını engellemek ve kontrol altında tutmak oldukça güçtür (296). Hekimlerin sosyal medya kullanımlarının temel nedenlerinin; araştırmalarını yönlendirmek, kendilerini geliştirmek, meslektaşlarla bağlantıda kalmak, bilgi paylaşmak, daha geniş topluluğa ulaşmak, hedef kitlelerini artırmak ve markalaşma çabaları olduğu belirlenirken kullanımlarını kısıtlayan en önemli sebeplerin gizliliğin korunması, aktif katılım eksikliği, zaman bulma, güven eksikliği, doktor olarak rollerini çevrimiçi

olarak nasıl yürüteceklerine ilişkin modellerin/yönergelerin eksikliği olmuştur (296, 297). Popüler olan sosyal medya uygulamalarından İnstagram'ın daha çok eğitim, bilgilendirme, geniş topluluklara erişim ve markalaşma gibi sebeplerle hem hekim hem de sağlık kurumlarınca kullanıldığı belirlenirken Whats App'ın daha çok meslektaşlar arası konsultasyonlarda, klinik karar verme ve hastaların takip süreçlerinde yaygın kullanıldığı belirlenmiştir (295). Ülkemizde Kadriye Avcı tarafından yapılan ve 240 hekimin katıldığı araştırmada hekimlerin % 92,1'inin sosyal medya kullandığı, %65,4'inin de sosyal medyayı profesyonel olarak kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca mesleki fayda, bilgi edinme ve popülerliğin, hekimleri sosyal medyaya çeken özellikler olduğu, etik sorunların ve zaman ayıramamanın ise negatif olarak etkilediği bulunmuştur (298). Bu bulgular bizim çalışmamızda sosyal medya kullanımından mesleki açıdan fayda gördüğünü ifade eden hekimlerimizden elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir.

5.3.3. Faydalı Olma

Hekimlerin iyi hekimlik yapmak istediklerinde önlerine çıkan zorluklara yönelik ifadelerden belirlenen güvenilmeme, kendini koruma, sağlık hizmetlerini karşılama politikaları, ön yargılı yaklaşım, iletişim kurmama ve saygı görememe ile işlerini kolaylaştırdığına yönelik ifadelerden belirlenen toplumsal bir ihtiyacı karşılama, hastalar ile olumlu iletişim, sağlık hizmetine uygun tesis ve organizasyon kapsamlı ödeme politikaları ve empati yapabilme anatemaları faydalı olma bağlamında değerlendirilen anatemalar olmuştur.

Hekimlerin ifadelerinde güvenilmeme anatemasını oluşturan temalar insanlara güvensizlik, doktora güvensizlik, medyada hekimlerin kötülenmesi, yanlış yönlendiren sağlık programları ve internetten alınan yanlış bilgilerdir.

Güven kavramı çok boyutlu bir kavram olarak farklı disiplinlerin konusu olmuştur. Tanımlaması çok kolay bir kavram olmamakla birlikte genel olarak yapılan tanımların diğer taraftan beklentiye ve diğer tarafa karşı savunmasız kalma isteğine yoğunlaştığı söylenebilir. Shaw'un tanımlamasına göre bireylerin onlardan beklediğimiz şekilde davranacaklarına, olumlu anlamda beklentilerimizi karşılayacaklarına duyduğumuz inanç olarak tanımlanırken, Mishra'ya göre bir tarafın

diğer tarafa yeterli, açık, ilgili, itimat edilebilir olduğuna dayanan inancına karşı savunmasız kalma isteği olarak tanımlanmaktadır (299). Kişiler arası güvenin kaynağı ile ilgili literatürde oldukça fazla tartışma mevcuttur. Uslaner'e göre neredeyse kalıtsal bir özellikken Putnamcı yaklaşıma göre deneyimsel ve toplumsal süreçlerle şekillenmektedir. Kişiler arası güven kurumların kurallara uymayanları tespit edip yaptırım uygulayacağına inanıldığında artma eğilimindedir ve bu davranış şekli sosyal güvenin oluşmasını sağlarken tersi de olasıdır (300). Kişiler arası güven toplumlara göre ciddi farklılıklar göstermektedir. Kişiler arası sosyal güvenin değerlendirildiği ülkemizin de dâhil edildiği ve toplam 60 ülkenin yer aldığı 2010-2014 yılları arasında yapılan dünya değerler araştırmasında Türkiye sondan 16. sırada yer almış olup Türkiye'den sonra gelen ülkelerin çoğunluğunu Güney Amerika Kıtası ülkeleri oluşturmuştur (301). Yine IPSOS araştırma grubu tarafından 2022 yılında yapılan ve dünya genelinde 30 ülkenin dâhil edildiği kişiler arası güven araştırmasında Türkiye sadece Malezya ve Brezilya'nın önüne geçebilmiş ve 27. olabilmiştir (302). Bu sonuçlar çalışmamızda hekimlerimizin de belirttiği gibi toplumumuzda kişiler arası güvenin çok düşük seviyelerde olduğunu göstermektedir.

Hasta hekim ilişkisinde ise güvenin tartışılmaz bir önemi vardır. Aradaki güvenin sarsılması hastaların verilen tedavi ve tavsiyelere uyumunda bozulmaya neden olurken tersi de tedaviyi pozitif yönde etkileyen sonuçlara yol açmaktadır (303). Diğer taraftan hekimlik mesleği genel olarak en çok güvenilen mesleklerin başında gelmektedir. ABD'de yapılan mesleklerin güvenilirlik araştırmasında hekimlik hemşirelikten sonra en güvenilir ikinci meslek grubunu oluşturmuştur (304). IPSOS tarafından 2022 yılında 28 ülkede yapılan küresel güvenilirlik endeksi araştırmasında hekimler tüm araştırma genelinde en çok güvenilen meslek grubu olarak bulunmuşken aynı araştırmanın ülke sonuçlarına göre hekimler Türkiye'de bilim adamlarından sonra ikinci sırada yer almışlardır (305). Ülkemizde hastaların hekime olan güven düzeyinin araştırıldığı çalışmalarda ise genel olarak güven düzeyinin yüksek seviyede olduğu görülmüştür (306–308). Ancak güvenin orta düzeyde olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (309). Tez çalışmasına katılan hekimlerimizin hekimlere olan güvensizlik söylemi diğer araştırmaların bulgularıyla sadece kısmen uyumlu bulunduğunu söylemek mümkündür. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde hekimlere olan

güvensizliğin sadece hekimlerin bir problemi olmadığı ve genel güvensizliğin bir yansıması olduğunu söylemek daha uygun olacaktır.

Yazılı ve görsel iletişim araçlarını ifade etmek için kullanılan medya aynı anda çok kişiyle iletişim kurmak ve bir konunun gündeme getirilmesi, paylaşılması ve tartışılması için kullanılan en etkili yöntemlerden biridir. Medyanın haber seçimi ve ulaştığı kitlede oluşturduğu etki açısından dört temel yanılgı ortaya çıkardığı değerlendirilmektedir. Bunlar; panik etkisinin yatıştırıcı etkisine, uç noktaların orta olana, suçlamanın tehlikeye, görüş ve kanaatlerin verilere baskın olmasıdır (310). Medyanın doğasında olan bu yanılgılar halk tarafından yakından takip edilen sağlık haberlerinde gerçekleştiğinde sansasyonel durumlara açık hale gelebilmektedir (311). Diğer yandan medya sektörü rekabetin çok çetin olduğu ve değerlendirmelerin tamamen "rating" üzerinden yürütüldüğü bir sektördür. Çok seyredilenin iyi ve doğru kabul edildiği "rating" sisteminin pragmatik yapısı içerisinde belirli bir bilinç yapısına sahip izleyici kitlesi sürekli yeniden üretilmeye çalışılmaktadır. Bu amaç doğrultusunda etik kaygılar ikinci plana atılarak, hatta tamamen yok sayılarak iyinin, doğrunun, haklının yeniden tanımlandığı haber süreçleri oluşturulmakta ve sonucunda tamamen farklı bir gerçeklik algısı olan toplum bilinci ortaya çıkabilmektedir (312). Sağlık ve hekime yönelik haberlerde de bu pragmatik yapının doğasından kaynaklanan haberleştirme yöntemleri başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personeline karşı yanlış algılar oluşmasına ve sağlık hizmeti sunumunun olumsuz olarak etkilenmesine neden olabilmektedir. Konuyla ilgili Kenan Kaya ve Özgenur Köken Tok tarafından ulusal gazetelerin yaptığı sağlıkta şiddet ve hatalı tıbbi uygulama iddiaları ile ilgili haberlerin değerlendirildiği çalışmada sağlık haberlerinin sıkça 'Mide küçültme ameliyatı iki çocuk babasının sonu oldu', 'Karın ağrısıyla hastaneye gitti, hayatı karardı', 'Sezaryen sırasında karnında bant unutuldu', 'Mide ameliyatında kalbini kestiler', 'Doktor tamamen yalan söylüyor', 'Kırık kol için girdikleri hastanede cansız bedeniyle çıktılar' gibi başlıklarla verildiğini belirlemişlerdir (313). İçeriklerinin doğru olup olmamasından bağımsız bir şekilde sağlık hizmeti sunumuna yönelik olumsuz haberlerin genelinde bu çalışma sonuçlarına benzer haberleştirme yöntemi kullanıldığı düşünüldüğünde halkın üzerinde hekimlere ve sağlık çalışanlarına karşı nasıl bir algı oluşturulacağı açıktır.

Medyada çıkan sağlık hizmeti sunumuna yönelik haberler dışında hekimlerin işlerini belki daha da fazla zorlaştıran haberler hastalık ve sağlığın kendisine yönelik olan haberlerdir. Sağlık ilgili haberlerin hangisinin doğru hangisinin yanlış olduğunun halk tarafından bilinebilmesi çoğu zaman olanaklı değildir. Öte yandan internet kullanımının artmasıyla birlikte hastalıklara ya da şikâyetlere yönelik merak edilenlerin ilk olarak sorgulandığı yer artık internet olmuştur. İnternette yer alan bilgilerin çoğu zaman kaynağı yazılmamakta, yanlış olabilmekte, anlaşılması zor olabilmekte ya da her okuyucunun seviyesine uygun olmayabilmektedir. Uşak iline bağlı bir aile sağlığı merkezine kayıtlı kişiler üzerinde yapılan çalışmada çalışmaya katılan 605 kişiden sadece %17.1'nin yeterli seviyede sağlık okur yazarlığı oluğu tespit edilmiştir (314). Her ne kadar ülkeye genellenemese de bu çalışmaya benzer şekilde toplumumuzda sağlık okuryazarlığın çok düşük olduğunu öngörmek olasıdır. Yani doğru yazılan haberlerdeki bilgilerin bile toplumumuzda tam olarak doğru anlaşılma ve kullanılma olasılığı düşük görülmektedir. Bunların yanı sıra gerek internet gerek diğer medya araçlarında yer alan haberlerde bulunan yanlış ya da abartılı ifadeler durumu işin içinden çıkılmaz bir hale sokabilmektedir. Kanada'da gazetelerde yayınlanan sağlık haberlerinden rastgele seçilen 109'unun konunun uzmanları tarafından yapılan değerlendirmesinde %50'sinde önerilen yöntemlerin doğru olmadığı, %28'nde tehlikeli ve yanlışlarla dolu bilgiler verildiği, %22'sinde ise önerilen yöntemlerin yan etkilerinden bahsedilmediği belirlenmiştir (315). Ülkemizde internette ve whats up gibi soysal medyada çıkan haberleri doğrulama platformu olarak çalışan teyit.org sitesinde doğrulaması yapılmaya çalışılan sağlık haberleri ile ilgili yapılan çalışmada sitenin teyit amacıyla incelediği 19 haberden 12'sinin yanlış, 3'ünün belirsiz, 3'ünün karma olduğu belirtilmiş, sadece bir iddianın doğru olduğu sonucuna ulaşılmıştır (316).

Medyada sağlık ile ilgili yapılan haberlerin bir diğer tartışılan yönü ise seçilen konu içerikleridir. Tüketim kültürünün idealize ettiği yaşam tarzına uygun olacak şekilde ele alınan sağlık haberleri, sağlık ve hastalık ilgili kavramların tanımlarını değiştiren ve birçok farklı konuyu da tıbbileştiren bir sürece neden olmuştur. Tıbbi olmayan sorunların tıbbi terimlerle ve tıbbi çerçevede sunulmasıyla müdahale edilecek ya da tedavi edilecek birer durum haline getirmişlerdir (317). Tıbbileştirme sürecinde tıbbi ilaç ve teknoloji endüstrisi, özel sağlık sigortaları ve sağlık kuruluşları, kozmetik

sektörü gibi sektörler aktif olarak yer almakta ve topluma ulaşımda temel araç olarak medyayı kullanmaktadır (318). Medyada konu içeriklerine bakıldığında doğal ilaçlar, mucize tedaviler, beslenme ve diyet önerileri, estetik cerrahiye yönelik haberlerin yoğunlukta olduğu görülmektedir (317). Bir taraftan insan hayatının doğal bir süreci olan yaşlanmanın getirdiği fiziksel değişiklikler tedavi edilmesi gereken hastalıkmış gibi vurgulanırken diğer taraftan popüler kültürce empoze edilen vücut kalıplarının dışında kalan insanların hasta olarak kabul edilmesine neden olmaktadır (318). Ayrıca çoğu zaman bilimsel bir temele oturmayan ya da çok ender başarılı olabilen tedaviler pek çok hastada yanlış yönelimlere neden olmakta ve hayal kırıklıkları yaşatabilmektedir (315). Medyadan ya da internetten aldığı bilgilerle kafası karışan hastalar mevcut tedavilerini bırakabilmekte, doktoru tarafından önerilenin aksine tercihlerde bulunabilmektedir. Konuyla ilgili Gökhan Dinçerler ve arkadaşları tarafından statin tedavisi gören 286 hastayla yapılan çalışmada daha önce başlanmış statin tedavisini bırakan hastaların %52,9'unun tedaviyi medyada yer alan olumsuz haberler nedeniyle bıraktığı, endikasyonu olduğu halde tedaviyi reddeden hastaların ise %93,8'nin medyayı gerekçe gösterdiği belirlenmiştir (319). Arzu Çakır ve Kıymet Y. Çalık tarafından Gebelerin Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) yaptırma durumlarına yönelik 384 gebe ile yapılan çalışmada medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilendiğini düşünen gebelerin (%54.1) OGTT yaptırmadığı belirlenmiştir (320). Benzer çalışmaların sonuçlarında gösterildiği gibi tüm bu sürecin sonunda değişen toplum algısı hasta ve hekim ilişkisinde her iki tarafın beklentilerinin farklı olduğu ve karşılıklı güvenin zarar gördüğü bir ilişki modeline evirilebilmektedir (321, 322). Bu bulgularla uyumlu şekilde bizim çalışmamıza katılan hekimlerimizde gerek internet gerekse görsel medyadan alınan bilgilerin hasta hekim ilişkisinde güven sorununa neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Hekimlerin faydalı olmalarının önüne geçen anatemalardan biri kendini korumadır. Tıbbi hata kaygısı, yasaların ve cezai yaptırımların ağır olması ve performans sisteminin işin niteliğinden çok niceliğine önem vermesi kendini koruma ana temasını oluşturan temalardır.

Hekimlik, uygulanan tıbbi girişimlerde hata olasılığı barındıran riskli bir meslektir. Çoğu tıbbi uygulama belirlenmiş kabul edilebilir risk veya komplikasyon

olarak adlandırılan riskleri de içermektedir. Ancak bu riskler hastadan alınan uygun onam, uygun önlemeler ve ortaya çıktığında gerçekleştirilen uygun tedaviler olduğu sürece tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmemektedir. Tıbbi uygulama hatası (malpraktis) ise komplikasyon olarak belirlenen risklerin dışına taşan ve kusur olarak görülen durumları ifade etmektedir (323). Dünya tabipler birliği malpraktisi "*hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*" olarak tanımlamıştır (324). Malpraktis dünya genelinde yaygın olarak görülebilen ve sağlık sistemlerinin düzeltilmeye çalışan önemli problemlerinden biridir. Amerika'da dört çalışmaya dayandırılarak yapılan tahmini hesaplamalara göre yılda 400.000 kişinin önlenebilir zarardan dolayı öldüğü, bunun 10 ila 20 katı arasındaki kişinin de ciddi zarar gördüğü tahmin edilmektedir (325).

Malpraktis her ne kadar çoğu zaman hekimin kişisel hatasından çok genel sağlık sistemi işleyişindeki problemlerden kaynaklansa da hekim merkezli sistem içinde daha çok hekime mal edilmektedir (326). Dünya Tabipler Birliği konuya yönelik olarak hasta güvenliği bildirgesinde hataların nadiren tek başına kişiler ve süreçlerden meydana geleceğini, durumla ilgili pek çok unsurun sorumlu olduğunu, sistemi bir bütün olarak değerlendiren bir yaklaşım olması gerektiğini söylemiştir (327). Malpraktis nedenlerine yönelik olarak ülkemizde Mehmet Top ve arkadaşları tarafından hekimlerle yapılan çalışmada 28 tıbbi hata konusunda iş yükü, tükenmişlik, stres, personel yetersizliği, yanlış teşhis ve mevzuat boşluğu olmak üzere 6 temel neden belirlenmiştir (328). Ülkemizde malpraktis sonucu hekimler ceza davası, tazminat davası, idari soruşturma ve meslek odası tarafından yürütülen disiplin soruşturması gibi çeşitli hukuksal süreçlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Günümüzde hekimlerin bu süreçlerle karşı karşıya kalması hasta beklentilerinin artması, hasta hakları ve güvenliğinde yaşanan gelişmeler ve medyanın da etkisi ile hızla artmış ve medyada daha görünür hale gelmiştir (324). Gül Ertem ve arkadaşları tarafından medyada yer alan malpraktis haberlerine yönelik 18 gazetenin incelendiği çalışmada malpraktis haberlerinin 2000 yılında %1.2 oranında yer aldığı belirlenirken 2007 yılında bu oranın %30.8'e çıktığı belirlenmiştir (329). İstanbul Tabip odası verilerine göre 1982-2002 yılları arsında hekim hatalarıyla ilgili olarak 1525 şikâyette bulunulmuş, 411 ihmal tespit edilmiş ve 66 hekim ceza almıştır. Aynı verilere göre

1982-1997 yılları arasında başvuru sayısının 158 ve ceza alan hekim sayısının 27 olduğu belirtilmiştir. Bu sayılardaki değişim değerlendirildiğinde şikâyet sayılarının, hekim hatalarının veya hekim hatalarının tespitinin yıllar içinde hızla arttığı görülebilmektedir (329).

Ülkemizde hekimlerin yaptıkları işlemler sonrası ortaya çıkan istenmeyen sonuçların olduğu olaylarla ilgili olarak ayrı bir kanun olmayıp ceza davasının konusu olmaktadır. Hastada oluşacak zarar nedeniyle sorumlu tutulacakları ceza maddeleri "taksir" başlığı altında toplanmıştır. Hastada istenmeyen sonuçların ortaya çıkması ve durumun taksir olarak değerlendirilmesi halinde ceza 2-6 yıl arasında değişirken, bilinçli taksir olarak değerlendirildiğinde bu ceza oranları 1/3 veya 1/2 oranında arttırılabilmektedir. İhmal (çağırıldığı halde icap nöbetine gitmemek gibi) veya kast gibi hastada ortaya çıkan sonuç ne olursa olsun şeklinde yaklaşımların sergilendiği ya da kötü sonucun bilerek istendiğine kanaat getirildiği durumlarda ise çok daha ağır cezalarla karşılaşılabilmektedir (323). Özellikle çalıştığı bölgede tek uzman olan ya da ayda onbeş gün ve üstünde icap nöbeti tutan hekimler için sorumluluğun büyüklüğü ortadadır. Diğer taraftan davalarda bilirkişi olarak atanan adli tıp kurumları ve diğer sağlık heyetleri için en önemli nokta mevcut kayıtlardır. Ancak hekimlerin gerek iş yükü nedeniyle gerekse kayıt tutma ve raporlamanın tıp eğitiminde en eksik hissettikleri konu başlıkları olduğu düşünüldüğünde kayıtlarda olabilecek eksikliklerin hekimleri dava süreçlerinde en çok zorlayan husus olması kaçınılmaz olmaktadır (121). Bununla birlikte bu davalar sonunda hekimin suçsuz olduğu kanıtlansa bile hekimler için itibar kaybı, sosyal ve mesleki yaşamlarında bozulmalara neden olabilen uzun bir sürece neden olmaktadır (330). Dolayısıyla hekimlerin gerek hasta açısından ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar gerekse kendilerinin yaşayabilecekleri hukuki süreç nedeniyle yaşadıkları tıbbi hata kaygısı defansif tıp uygulamalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Diğer bir ifadeyle bu süreç sorumluluk endişeleri nedeniyle riskli hastaya bakmaktan kaçındıkları (negatif defansif tıp) ya da hastayı ve sistemi yoran, hastaya faydası olmasa da hekimi koruyacağı düşünülen uygulamalara (pozitif defansif tıp) yöneldikleri bir eğilimin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (331). Aysel Başer ve arkadaşları tarafından İzmir'de 88 hekimle yapılan çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğunun defansif tıp uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır (153). Yusuf Aynacı tarafından Konya ilindeki hastanelerde 762 hekimle yapılan çalışmada

hekimlerin defansif tıbbi belirgin olarak kullandıkları saptanmıştır. Çalışmada tıbbi malpraktis iddialarından korunmak için hekimlerin çoğu zaman ya da her zaman olmak üzere %30,31'i fazladan tetkik, %36,10'u fazladan konsültasyon ve %39,11'i fazladan görüntüleme yöntemi istediğini belirtmiştir. Yine çoğu zaman ya da her zaman olmak üzere hekimlerin %34,52'si dava etme olasılığı yüksek hastalardan, %29,13'ü kompleks tıbbi problemleri olan hastadan ve %36,75'i komplikasyon olasılığı yüksek olan tedavilerden kaçındığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hekimlerin %88,84'ü ise davalarda komplikasyon ile malpraktis ayrımının kesinlikle yapılamadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir (332). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki hekimlerin ifadeleriyle uyumlu bulunmuştur.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde verilen hizmetin niteliğinden çok niceliğine önem verecek şekilde kurgulanmış olması hekimlerimizin faydalı olmalarının önünde gördükleri engellerden biridir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programıyla başlatılan performansa dayalı ücretlendirme sistemi 2004 yılından itibaren sağlık sisteminin tüm basamaklarında uygulamaya geçilmiştir. Sağlık hizmeti kalitesinin, çalışan ve hasta memnuniyetinin artırılması ve sağlık çalışanına hak ettiği kadar gelir kazandırılması hedeflenen performansa dayalı ücretlendirme sistemi uygulamaya başlandığı andan itibaren tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan, "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile düzenlenen ve pek çok parametrenin bir araya getirilmesiyle hesaplanan uygulama tartışmaların odak noktasını oluşturmaktadır (333). Belirlenen parametreler arasında hizmet kalite standartları çerçevesinde 383 standart belirlenmişse de bu ölçütler daha çok hastanelerdeki işleyiş, yönetim ve otel hizmetlerine odaklıdır (334). Hekim tarafından kişilere uygulanan sağlık hizmetinin uygunluğunu ve başarısını ölçmesi mümkün olmamaktadır. Konuya yönelik Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) Etik Çalışma Grubu performansa dayalı ücrete yönelik açıklamalarında defansif tıp uygulamalarına yol açan, maliyet kaygıları nedeniyle hasta bakımını kısıtlayan, hastaya ayrılan süreyi azaltan, hastanın müşteri olarak görüldüğü, hasta hekim ilişkisini bozan ve en temelde hastaya karşı olan özen sorunluluğunu zorlayan bir uygulama olduğunu belirtilmiştir (80). Vahit Yiğit tarafından üniversite hastanesinde

hekimlerle yapılan çalışmada performansa dayalı ücretlendirme sisteminin hekim kazancının artması adına fazladan test, muayene ve girişimlere neden olduğu, puan kazandıran ve düşük riskli uygulamalara yönlendirdiği belirlenmiştir (335). Özlem Çakır ve H. Hakan Sakaoğlu tarafından Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada tetkik sayılarını arttırdığı, hastane hedeflerine ulaşmak adına mali kısıtlamalara yol açtığı belirlenmiştir (212). Onur Özveri ve arkadaşları tarafından 64 hekimle yapılan çalışmada hekimlerin %93,8'i hasta başına düşen muayene süresinin azaldığını, %84,4'ü ise verilen sağlık hizmetinin niteliğinin azaldığı belirtilmiştir (336). Elif Kart tarafından yapılan çalışmada da hekimler benzer şekilde işin kalitesini düşüren, hastayı tedavi etmek yerine memnun etmeye yönlendiren, hasta sayısını arttıran ve gereksiz işlemlere yola açan bir uygulama olduğuna yönelik söylemlerde bulunmuşlardır (73). Bu sonuçlar bizim bulgularımızla benzerdir.

Devletin sağlık hizmetini karşılama politikaları hekim söylemlerinde faydalı olmalarını engelleyen bir diğer konu olmuştur. SGK'nın bazı ilaç ve tıbbi hizmetleri karşılamaması, ödeme protokollerinin sık değişmesi hekim söylemlerinde yer alan temalardır. SGK 2006 yılında daha önce faaliyet gösteren üç sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altında toplanmasıyla oluşturulmuş ve güçlü finansman sağlanması amacıyla sağlıkta dönüşüm programının bir parçası olarak hayata geçirilmiştir (337). SGK kurumunun genel olarak gelir ve giderleri incelendiğinde hazineden alınan %25'lik destek payı çıkarılırsa, 2010 yılında %60 civarında olan karşılama oranının 2018 yılı itibari ile %70 civarına çıktığı görülmektedir (338). Bu süreçte SGK yıllar içerisinde mevcut açığın azaltılmasına yönelik olarak önemli bir gider kalemi olan sağlık harcamalarına yönelik birtakım tedbirler alma yoluna gitmiştir. Ancak alınan tedbirlere rağmen SGK'nın tedavi ve ilaç ödemlerinin 2007 yılında 20 milyar TL civarındayken 2014 yılında 55 milyar TL civarına yükselmiştir (339). Bu artış sağlık hizmetine ulaşımın artması, teknolojik ilerlemelerle maliyetlerin artması, yaşlanan nüfusla artan kronik hastalıklar ve hasta beklentilerinde yaşanan değişimin sonucu ortaya çıkan doğal sürecin yanı sıra gereksiz tedavi ve tetkikler, haksız ve mevzuata uygun olmayan faturalandırmalar gibi sebeplere bağlı olarak gerçekleşmiştir (340). Sağlık harcamalarını kısıtlamaya yönelik çabalar ise ekonomik olarak gelişmiş olan ülkelere göre zaten düşük sağlık harcamaları olan Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde yeni birtakım sorunları da beraberinde getirmiştir. Elçin Güven

ve arkadaşları tarafından Türkiye'nin 2007-2015 yılları sağlık harcamalarının Amerika, İngiltere, Fransa, İtalya ve Almanya'nın sağlık harcanmalarıyla karşılaştırıldığı çalışmada Türkiye'nin sağlık harcamasının genel harcamalara olan oranının yıllar içerisinde 5,2'den 4,1'e indiği görülürken, çalışmaya alınan diğer devletlerde arttığı görülmektedir (338). Bu oranlar karşılaştırıldığında Türkiye'nin sağlık harcama oranı en düşük devlet olduğu ve Türkiye'den sonra en düşük harcama oranına sahip olan İtalya'da bile bu oranın Türkiye'nin iki katından fazla olduğu dikkat çekmektedir.

Gelir gider dengesizliğindeki bu durumun düzeltilmesine yönelik SGK politikalarının sağlık hizmetlerinin sunumuna yansıması mevcut giderlerin sürekli gözetimi ve duruma göre sık değiştirilen ödeme protokolleri olmuştur. Sık yapılan işlemlerin, harcanan malzemelerin ve sık reçete edilen ilaçların kullanımını azaltmaya yönelik olarak endikasyonların daraltılması, rapor zorunluluğu getirilmesi, rapor sürelerinin azaltılması, raporu verebilecek ilgili uzmanlık alanlarının veya sağlık kuruluşu basamağının azaltması, mevcut piyasa koşullarında yer alan en ucuz muadil oranında ödeme yapılması gibi tedbirler bu kapsamda yapılan değişikliklerdir. Bu amaçla ülkemizde ilk olarak 2005'te ICD-10'nun kullanılması zorunluluğu getirilmiş, 2010'da SUT yayınlanmıştır. Bu uygulamalar sonrası Tanıyla İlişkili Gruplar (TİG), Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBaG), MEDULLA gibi birçok kavram uygulamaya sokulmuştur (341). Bu değişikliklerin sağlık hizmeti sunumunda pratiğe yansıması başta hastalar için yaşam kalitesini olumsuz olarak değiştirebilecek sonuçlara neden olabilirken hekimler içinde başarı oranlarını azaltan, hastayla ilişkisini bozabilen ve iş yükünü arttıran sonuçlara neden olabilmektedir. Güven Bektemür ve arkadaşlarının kişisel ödeme yöntemiyle ilaç harcamalarına yönelik yaptığı çalışmada 2015 yılında %16.4 olan kişisel ödemeyle ilaç alımının 2017 yılında %19.2'ye yükseldiği, SGK tarafından karşılanan ilaç oranının ise aynı yıllar içerinde %82'den %79.6'ya düştüğü belirlenmiştir (342). Gizem Gülpınar ve arkadaşları tarafından SGK uygulamalarının eczacıların iş doyumu üzerindeki etkisine yönelik yapılan çalışmada kolesterol ilaçlarının ödenmesine yönelik olarak eczacı söylemlerinde ön plana çıkan "*Kolestrolü yükseltmişler LDL değerini… kolestrollerle ne uğraştık. 130 oldu, 140 oldu, 160 oldu, 180 oldu. Yani anlayamıyorsunuz, dünyada böyle bir şey olmaz, bakıyor SGK masaya, hangi ilaç fazla gitmiş, yekünü nedir… kolestrol ilaçları nasıl azaltırız bunu!*"

cümlesindekine benzer ifadeler SGK ödemelerindeki değişimi çarpıcı olarak göstermektedir (343). Umut Otlu ve Şafak Taner tarafından 142 hekimle SGK uygulamalarına yönelik yapılan çalışmada %78.9'u SGK uygulamalarının kaliteyi düşürdüğü, %85.8'i pratiklerini etkilediğini, %87.2'si ise hastaların hak mahrumiyeti yaşadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir (341). Bu çalışmalardaki bulgular çalışmamızdaki hekim söylemleri ile uyumlu bulunmuştur.

Hekimler hastalarla kurdukları iletişimde ön yargılı yaklaşım, toplumun eğitiminin yetersizliği ve gençlerin yetişme tarzındaki yaşanan değişimi iletişime olumsuz yansıyan ve faydalı olmalarını engelleyen bir faktör olarak belirtmişlerdir. Diğer yandan hastaların uyumlu tavrı, bilgi birikimi ve algı düzeyi yüksek hasta ve iletişime uygun kişisel yapının iletişime olumlu yansıyarak hastalara olan faydalarını arttırdığını ifade etmişlerdir.

Hekimlerimizin önyargılı yaklaşım teması ile değerlendirilen alt temaları hastalarda hekimlerin parasal motivasyonla hareket ettiği algısı, hastaların gerçekçi olmayan beklentileri ve iyi hekimlik algısının halk ve toplum nazarında birbirinden farklı olduğu söylemleridir. Hekimlerin parasal motivasyonla hareket ettiği algısı temelde hasta hekim ilişkisindeki güven duygusunu bozarak tedavi sürecini doğrudan etkileyen bir faktördür (309). Tuğba Durmaz ve Ramazan Erdem tarafından yapılan hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirildiği 460 hastayla yapılan araştırmada sağlık hizmeti sunucularının maddi kazanç güdüsüyle hareket ettiği düşüncesine orta düzeyde katıldıkları saptanmıştır (344). Aslı Metin ve Ramazan Erdem tarafından Isparta ilinde hastalarla hekim imajına yönelik yapılan diğer bir çalışmada ise hekimlerin paraya göre bireylere olan yaklaşımlarının değiştiği, bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe hekimlerin maddi çıkar gözettikleri düşüncesinin arttığı belirlenmiştir (345). Aslında hekimlerle yapılan çalışmalarda da kamu sektöründe çalışan hekimlerin performans sistemi, özel sektördeki hekimlerin iş kaygısı ve sermaye baskısının etkisi ile pratiklerinin değiştiğine yönelik bulgular bu sonuçları destekler niteliktedir (73, 336, 346). Her ne kadar hekimi zorlayan sistemlerden kaynaklanan bir problem olsa da bu durumun hastanın algısına hekimlerdeki parasal motivasyon olarak yansıması doğaldır. Sağlık sisteminin işleyişine hâkim olan kişilerin de hekimin mevcut sistemler içerisinde

maddi menfaatini gözeterek karar almak zorunda kalacağı algısının yüksek olması da normal olarak değerlendirilmektedir. Bu bulgular bizim çalışmamızda da hastaların hekimlerin parasal motivasyonla hareket ettiği önyargısıyla kendilerine geldiğini söyleyen hekimlerin söylemleriyle uyumludur.

Hasta hekim ilişkisinde diğer önemli bir husus hastaların eğitim düzeyidir. Çalışmamızda eğitim düzeyinin düşüklüğü hasta hekim iletişiminde olumsuz bir faktör olarak değerlendirilirken eğitim düzeyinin ve algı düzeyinin yüksek olması, uyumlu hasta tutumu iletişimi olumlu etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Hekim hasta ilişkisinde tarafların eğitiminin onlarda meydana getirdiği bilgi, inanç ve tutumlar, ilişkiden beklentileri ve iletişim becerileri ilişkiyi etkileyen temel etkenlerdir (347). Hasta ve hekim iletişimi üzerine Gaye Atilla ve arkadaşları tarafından yapılan nitel çalışmada iletişim sorunlarına yönelik 10 hekimden 4'ü hastanın şikâyetleri ile ilgili tam ve doğru bilgi aktaramaması, 2'si hastanın eğitimsizliği, 2'si hastaların daha kıdemli hekime muayene olmak istemesi, 2'si sosyokültürel nedenler olarak belirtmiştir. Eğitimsizliğin yanında eğitimli olan hastalardan çokbilmiş olarak davranan hastalarında iletişim problemine yol açtığını ifade eden bir hekim olmuştur (347). Bu çalışma sonuçlarına göre eğitimin, bilgi ve algı düzeyinin yüksek olmasının yanı sıra hastaların uyumlu tavrının iletişimi kolaylaştıracağı görülmektedir. Alper Yılmaz tarafından hazırlanan hasta hekim iletişimindeki problemler ve bu problemlere yönelik çözüm önerileri; nitel araştırma isimli tezin hekim bakış açısıyla hasta kaynaklı problemlere yönelik bulgular kısmında hastaların çok talepkar olduğu, beklentilerinin yüksek olduğu ve hekimi dinlemek yerine kendi aklındakileri dikte etmeye çalıştıkları yönünde söylemler yer almaktadır (348). Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızdaki gerçekçi olmayan hasta beklentileri ve hekim ve toplum nazarında iyi hekimlik algısının farklarını gösterir niteliktedir. Aslı Metin ve Ramazan Erdem tarafından hekim imajına yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarından biri de 39 yaş üstü bireylerin hekimleri daha inandırıcı ve güvenilir bulurken 19-23 yaş arası genç bireylerin hekim inandırıcılığını en az bulan yaş aralığı olmasıdır (345). Bu da hekimlerimizin gençlerle daha fazla sorun yaşadıkları söylemleriyle uyumludur.

Diğer yandan hasta hekim iletişiminde hasta kaynaklı sorunların yanı sıra hekim, hastalık ve sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar da bulunmaktadır.

Hekimlerin hastaları sadece fizyolojik rahatsızlıkları olan bireyler olarak değil psikolojik, sosyal ve kültürel özelliklerini de hesaba katarak değerlendirmeleri gerekmektedir. Özellikle teknolojinin çok fazla tıbbın içine girmesi, uzmanlaşmanın artması hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesini etkileyen, insancıl yaklaşımı bozan ve yabancılaşmaya neden olan bir sürece sebep olmuştur (349). Hastaların hekime geldiğindeki beklentileri sadece onlara bir tedavi verilmesi değil, hekim tarafından anlaşılmak, endişe ve korkularını giderilmesi, sorularına anlayacakları şekilde cevaplar verilmesi gibi unsurları da kapsamaktadır. Hastaların beklentilerini bu şekilde geniş anlamda düşünmek ve hastaya empati yapabilmek hekimlerin iletişimini kolaylaştıran ve hastaların uyumunu arttıran bir unsur olacaktır (349, 350). Çalışmamızda da hekimlerimiz kendilerine yönelik olarak iletişime uygun kişisel yapının hastalara faydalı olmalarını arttıran bir unsur olarak değerlendirmişlerdir. Özgün Ünal ve arkadaşları tarafından Sakarya'da 400 hastayla yapılan çalışmada hekimin empatik eğiliminin hastaların hekime olan güvenini ve tedaviye uyumunu pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (303). Mehmet Kutlu ve arkadaşları tarafından hasta ve hekim ilişkisinde empatinin önemine yönelik 225 hasta ve 45 hekimle yapılan çalışmada hekimlerin %91,1'i hastalarının duygularını anladıklarında hastalarının kendilerini daha iyi hissedeceklerini, %75,6'sı empatinin tedavi edici bir davranış modeli olduğunu ve %53,3'ü iyi bir espri anlayışına sahip olmanın daha iyi klinik sonuçlar elde etmeye etkili olduğunu düşünmektedir (350). Ancak hekimlerin tıp eğitimi sırasında eğitim ilerledikçe iletişim becerilerinin azalma eğiliminde olduğu, hastaya bütünsel yaklaşımlarının azaldığı, eğitimin fiziksel ve psikolojik acımasızlığının hekimlerin empati yeteneğini azalttığı ve konuşma şekillerini değiştirdiği de düşünülmektedir (351). Bizim çalışmamızın bulgularına olumlu olarak yansıyan iletişime uygun kişisel yapı ise bu süreçte değişmeden kalabilecek ve hastalarla iletişimlerini olumlu yönde etkileyen faktörlerden bir olarak değerlendirilebilir.

Hekimlerimizin faydalı olmalarını kolaylaştıran anatemalardan biri sağlık hizmetine uygun tesislerdir. Fiziksel olarak sağlık hizmetine uygun tesiste çalışıyor olmanın yanı sıra tüm uzmanlık dallarının olduğu bir hastanede olmak, büyükşehirde olmak ve aile hekimliği sistemi hekimlerimiz tarafından olumlu bulunan temalardır.

Türkiye'de 2003 yılında başlatılan sağlıkta dönüşüm programıyla belirlenen sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması, etkinliğinin yükseltilmesi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin yaygınlaştırılması hedeflerinin bir parçası olarak sağlık tesislerinin fiziksel ve donanımsal yapısı da geliştirilmeye çalışılmıştır (68). Bu kapsamda hastanelerin geliştirilmesi ve yeni hastanelerin yapımına yönelik yatırımlar arttırılmıştır. Aynı süreçte kamu sektörünün yanı sıra özel sektörün de önemli yatırımlarla geliştirilmesi sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre 2002-2020 yılları arasında kamu ve özel sektör toplamında hastane sayısı 1156'dan 1534'e yükselmiştir. Aynı yıllar içerisinde nitelikli yatak sayısı 113.166'dan 159.765'e, yoğun bakım sayısı 2.214'ten 47.700'e, hemodiyaliz cihazı sayısı 4.891'den 18.116'ya, MR cihazı sayısı 58'den 939'a, BT cihazı sayısı 323'den 1.348'e, ultrason cihazı sayısı 1.005'ten 6.080'e yükselmiştir (70). Veriler değerlendirildiğinde belirtilen yıllar içerisinde hem hastane sayıları hem de hastane donanımları açısından büyük gelişme kaydedildiğini söylemek mümkündür.

Sağlıkta dönüşüm programı sonrası dikkat çeken yatırımlardan biri de "entegre sağlık kampüsleri" adı verilen, bilinen adıyla şehir hastaneleridir. Şehir hastanelerinin yapımında kamu bünyesindeki yatırımları arttırmanın ve finansman sağlamanın bir yolu olarak kurulan kamu özel ortaklığı (KÖO) modeli kullanılmıştır. KÖO modeli 2005 yılında 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa bir ek madde eklenmesine yönelik kanunla başlamıştır. Konuyla ilgili yaşanan mahkeme süreçleri ve tartışmalar sonrası 2013 yılında 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un kabul edilmesiyle uygulamaya temelde bu yasal düzenlemeye göre devam edilmiş süreç içinde pek çok değişiklikte eklenmiştir (352). Bu modele göre kısaca özel sektör, hastanenin inşasını yaparak Sağlık Bakanlığı'na tahsis etmekte ve asıl hizmetler (sağlık hizmetleri) sunumu bakanlık tarafından görevlendirilen kamu personeli tarafından gerçekleştirilmektedir. Yan hizmetler (anlaşma kapsamına alınırsa tıbbi görüntüleme, laboratuar, sterilizasyon vs. gibi bazı tıbbi hizmetler de dâhil) olarak adlandırılan bakım, onarım, temizlik, güvenlik, otopark gibi hizmetler ise özel sektör tarafından yürütülmektedir (353). Bakanlık, hastaneleri 25 yıl sonra özel sektörden bedelsiz olarak devralmakta bu süreye kadar özel sektöre hastane döner sermayesinden ve

yeterli gelmediği miktar kadarı devlet hazinesinden karşılanmak üzere belirli bir ücret ödenmektedir. Şehir hastaneleri depreme dayanıklı, enerji verimli, nitelikli yatak kapasitesi fazla ve yüksek dijital alt yapıya sahip olarak inşa edilmişlerdir (353). Ancak şehir hastanelerine yönelik sözleşme yapısı ve finansmanı başta olmak üzere sağlık hizmeti sunumuna etkisi, ulaşım sıkıntıları, çok büyük yapılar olması, özelleştirmeden bir farkının olmadığına dair tartışmalar da devam etmektedir (353–355).

Durmuş Gökkaya ve arkadaşları tarafından Isparta Şehir Hastanesi'nden hizmet alan 303 hastayla yapılan çalışmada hastane malzemelerin kalitesi, hastanenin ferah yapısı, fiziki görünümü ve odaların rahatlığı memnun eden faktörler arasında yer almıştır (356). Türkiye'nin en büyük şehir hastanelerinden biri olan İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi ile ilgili 05.10.2022 tarihinde köşe yazısı yazan Fatih Altaylı hastane sisteminin çok iyi işlediğini, fiziksel olarak çoğu özel hastaneden iyi olduğunu, işletmecinin sorumluklarının yaptırımlarla güvenceye alındığını ve çok fazla talep gördüğünü ifade etmiştir (357). Bu veriler bizim hekimlerimizin son yıllarda işlerini kolaylaştırdıklarını ifade ettikleri sağlık hizmetine uygun organizasyon ve tesislere yönelik söylemleriyle uyumludur.

Sağlıkta dönüşüm programı sonrası birinci basmakta yapılan en önemli değişiklik aile hekimliği sisteminin kurulmasıdır. Uygulama ile bireysel koruyucu hekimlik faaliyetleri ile birinci basamakta gerçekleştirilen muayene, teşhis ve tedavi işlemleri aile hekimliği birimi tarafından gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Aile hekimliği sisteminin en önemli hususlarından biri aile hekiminin sürekli olarak aynı kişilere sağlık hizmeti veriyor olmasıdır. Aile hekiminin sürekli aynı kişilere sağlık hizmeti vermesi; hizmet verdiği kişileri tanıması, hayat şartlarını bilmesi ve onlara bütüncül bir yaklaşımla sağlık hizmeti verebilmesi hedefinin sağlanmasında en önemli kriterlerden biridir. Bu aynı zamanda Sağlık Bakanlığı tarafından hekim içinde mesleki tatmin ve başarıyı arttıracak bir unsur olarak değerlendirilmektedir (69). Benzer şekilde tez çalışmamızda aile hekimliğinde sürekli aynı kişilere hizmet vermek ve fiziksel ve donanımsal standartların belirlenmiş olması faydalı olabilme bağlamında onları destekleyen bir unsur olarak ifade edilmiştir. Konuya yönelik olarak Ö.E. Aktaş ve G. Çakır tarafından yapılan 6 farklı ilde 104 aile hekiminin katıldığı çalışmada

hekimlerin aile hekimliği sisteminde en çok beğendikleri üç şey sırasıyla ücretin iyi olması, mesleki tatminin iyi olması ve çalışma şartları ve ortamının iyi olması olmuştur (89). Çiğdem Tekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile sağlığı merkezinde çalışanların sadece %14'ü fiziksel çalışma koşullarından memnun olmadığını belirtilmiştir (358). İbrahim Efe Efeoğlu ve Erdal Özcan tarafından 135 aile hekimiyle yapılan çalışmada %77,8'i çoğu zaman işi konusunda istekli olduğunu, %62,2'si iş değiştirmeyi düşünmediğini belirtmiştir (359). Celalettin Çevik tarafından yapılan sağlık ocağı ve aile hekimliği döneminin karşılaştırıldığı doktora tezinde sağlık ocağı dönemine göre aile hekimliğinde hastaları tanıyor olma ve geçmişlerini biliyor olmanın avantaj olduğunu söylemişlerdir (88). Bu bulgular bizim bulgularımızla uyumlu bulunmuştur.

5.3.4. Mesleki Özerklik

Hekimlerin iyi hekimlik yapmak istediklerinde önlerine çıkan zorluklara yönelik ifadelerden belirlenen dayatma görme ve güvenilmeme, işlerini kolaylaştırdığına yönelik ifadelerden belirlenen iş yükü planlaması anatemaları mesleki özerklik bağlamında değerlendirilen anatemalar olmuştur.

Mesleki özerklik meslek sınırlarının uzmanlık alanı içerisinde bir eylemi başlatabilme, sonuçlandırabilme, yapılacak işin kapsamını, yönetimini, hızını kontrol edebilme, bu alan içerisinde mesleğin belirlediği kodlar dahilinde hareket etme serbestliğine sahip olması demektir. Hekimler için mesleki özerlik ise hastaların en iyi şekilde sağlık hizmeti alabilmelerini sağlamak adına bilimsel bilgileri ve yeteneklerini belirli etik kodlara uygun olarak özgürce uygulayabilme pratiğine sahip olmaları olarak ifade edilebilir (360). Aslında hekimliğin diğer mesleklerden farklı olarak çalışma alanında mesleki özerkliğinde ötesine geçen egemenliği olduğunu söylemek mümkündür. Özerkliğin yanı sıra kendi alanındaki diğerlerinin çalışmaları üzerinde olan kontrol yetkisi, kültürel ve inançsal olarak insanların doktorlara bakış açısı ve kurumsal güç mesleki özerkliğin ötesinde egemenlik sağlayan diğer öğelerdir. Ancak zamanla hekimlerin bilgi üzerindeki tekeli, hasta üzerindeki otorite beklentisi, mesleki özerkliği ve halkın hekim ethosuna olan inancı azalmıştır. Toplumda okuryazarlık seviyesinin yükselmesi, bilginin internet ve bilgisayarlar aracılığıyla kolay ulaşılabilir olması, kamuoyunun hesap verebilirlik talebinin artması bu egemenliği azaltan önemli

sebeplerdendir (59, 361). Diğer taraftan tıp alanında sürekli olarak uzmanlık alanları artmış, pek çok alanda ileri uzmanlaşmaya gidilmiştir (30, 362). Hekim dışı sağlık personelinin de sayısı ve çeşidi artmış, çalışma alanları hekimlerin kontrolünde olan alanlara doğru genişlemiştir (363, 364). Yine tıbbın artık yüksek teknoloji ve maliyet gerektiren cihazlara bağımlı hale gelmesi, sağlık hizmetinde tıp dışı alanlarda uzmanlarında yer alması sağlık hizmetinin ekip halinde hastane ortamlarında verilmesini zorunlu kılmıştır (365). Bununla birlikte bu farklı disiplinlerden gelen ekiplerin bir arada çalışmasını sağlamak, yüksek maliyetli alt yapı ve çok sayıda hastanın tedavi aldığı kurum organizasyonlarını sağlamak amacı ile yönetim kademeleri sisteme dâhil olmuş ve bürokrasi artmıştır (164, 361). Tüm bu süreç sağlık hizmeti sunumunda tek otorite olan hekimin rolünü değiştirerek, diğer paydaşlara bağımlı hale getirmiş ve sağlık ekibinin bir parçası olmaya zorlamıştır. Yaşanan bu değişim benzer şekilde özel sektörde de hekimlerin bireysel sağlık hizmeti sunumunu kısıtlamış ve sermaye sahiplerinin hastanelerinde çalışmaya zorlamıştır. Tamamen kar odaklı olarak işletilen bu kurumlarda hekimler hizmet sunumu ve örgütlenmede söz haklarını yitirmiş, proleterleşme olarak tanımlanabilecek süreç sonunda ücretli çalışan statüsüne evirilmişlerdir (59, 361, 366).

Bizim çalışmamızda da hastalardan gelen gereksiz ilaç ve rapor istekleri, diğer kurumların yanlış tutumları, mevzuatla belirlenmiş katı uygulamalar ve idarecilerin zorlamaları hekimlerin mesleki özerkliklerini kısıtlayan ve zorlayan temalar olarak belirlenmiştir. Hekimler için mesleki özerklik klinik özerkliğinde ötesine geçen mesleğin örgütlenmesi, mesleğe giriş ve çalışma standartlarının belirlenmesi, kurumsal düzeyde mesleğin uygulanması ve devletle ilişkilerinin yapılandırılması gibi standartların da oluşturulmasını ifade ederken bizim çalışmamızdaki söylemler daha çok klinik özerklik üzerine olan zorlamalarla ilgili gerçekleşmiştir (360). Hekim hasta ilişkileri son yıllarda hasta özerkliğinin etiğin diğer temel prensipleri ile eşit veya onlardan daha fazla öne çıkması ile paterrnalistik bir yaklaşımdan hasta merkezli ve ortak karar vermeye evrilen bir şekilde değişeme uğramıştır. Bu değişim sonrası hasta özerkliğinin artan öneminin hekim özerkliğini örseler bir noktaya geldiğini söylemek mümkündür (367). Hastaların eğitim seviyesinin değişmesi, başta internet sayesinde olmak üzere bilgiye daha kolay ulaşımının da sağlanmasıyla hastalar hekim karşısında olası semptom ve tanıları sıralayarak hekimi bir notaya doğru yönlendirmeye

çalışabilmektedir. Genelde çatışmadan kaçınarak ustaca yapılmaya çalışılan bu yönlendirmeler bazen hekime direkt dikte edilmek suretiyle yapılmaya çalışmakta ve hekimin klinik karar verme özgürlüğünü kısıtlar hale gelebilmektedir (368). Erkut Etçioğlu tarafından aile hekimlerinin çalışma şartlarının değerlendirildiği uzmanlık tezinde hekim hasta ilişkilerinde hekimlerin en çok zorlandıkları konuların rapor ve gereksiz ilaç istekleri olduğu belirtilmiştir (369). Özellikle aile hekimliği birimlerine ilaç yazma ve rapor düzenleme isteklerinin yarattığı problemler aile hekimleri uzmanlık derneğinin raporlarında da önemli bir problem alanı olarak yer almaktadır. Diğer taraftan başka kurumlarca istenen ve aile hekimliğince verilmesi mümkün olmayan raporlar için kişilerin aile hekimlerine yönlendirilmesi de ayrı bir problem alanı olarak yer almıştır (370).

Tez çalışmasında hekim özerkliğini etkileyen diğer bir tema hekimlerin klinik kararlarını etkileyen ve neredeyse tamamı ekonomik sebeplere dayanan yasal düzenlemelerle belirlenen uygulamalardır. Hekimlerin sağlık hizmeti sunumunda hastanın yararı söz konusu olduğunda önceliklerinin hastaya yarar sağlama olacağı da aşikârdır. Ancak aynı zamanda sağlık hizmeti sunumlarında mümkün olduğunca bağlı bulundukları toplumun insani ve maddi kaynaklarının sınırının bilincinde bir dengeyle hareket etmek zorundadır (371). Genel anlamda ülkelerin sağlık harcamaları içinde ilaç masrafları önemli bir yer tutmaktadır. Yüksek maliyetli, etkisiz ve gereksiz ilaç kullanımı tüm dünyada sağlık sektörünün önemli sorunlarından biridir. Özellikle antibiyotiklerin gereksiz ve fazla kullanımı ilacın maliyet etkilerinin yanında direnç gelişmesi sebebiyle de önemli bir problem olarak görülmektedir (372). Bizim ülkemizin sağlık harcamaları değerlendirildiğinde ilaç masraflarının sağlık masrafları içindeki oranının diğer ülkelere göre çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık harcamaları içinde ilaç masraflarının OECD ülkelerinde %17 iken, Türkiye'de ise 2009 yılında SGK'nın sağlık harcamaları içinde oranı %37.7 olarak gerçekleşmiştir (371). Bu masrafların azaltılmasına yönelik çalışmalar dünya genelinde eğitim, kısıtlama ve her ikisinin birlikte kullanıldığı yöntemler şeklindedir (372). Ülkemizde de bireye ve klinik bulgularına yönelik uygun süre ve dozajda ilaç kullanımı yani akılcı ilaç uygulamalarına yönelik çeşitli eğitimler verilmektedir (373). Bununla birlikte yayınlanan SUT ile geri ödeme politikalarında kısıtlamalar gerçekleştirilmektedir. Bu anlamda bazı ilaçların sadece yatan hastalara ödenmesi, belli uzmanların reçete

edebilmesi ve ilaç raporu ile alınabilmesi gibi tedbirler alınmaktadır (374). Ancak bu tedbirlerin sadece istatistiksel olarak maliyeti arttıran ilaçlara yönelik olarak bilimsel gerekçe olmadan alınması hekimlerin özerkliğini ve hastalara faydalı olmayı kısıtlayan uygulamalara dönüşebilmektedir. Pek çok ilacın raporlu hale gelmesi ya da uzman tarafından reçete edilme zorunluluğu özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin mesleki özerkliklerini çok kısıtlamakta hastalara faydalı olmalarının önünde bir engel olabilmektedir. Yine bir ilacın (örneğin: pregabalin içeren vs.) aynı yetkiye sahip uzman tarafından aynı şekilde başvuran hastalar için farklı sağlık hizmeti basamağı ve kurumlarda reçete edildiği için ödenmemesi aslında aynı yetkiye sahip hekimler arasında bir tarafın klinik yetkisinin kısıtlanması ile sonuçlanmaktadır (375). Bu sonuçlar bizim bulgularımızla uyumludur.

Mesleki özerklik bağlamında değerlendirilen ve iş yükü planlaması anatemasını oluşturan "hizmet verilecek hasta sayısını belirleyebilmek" ve "kapitalist baskılardan arındırılmış sağlık hizmeti sunuyor" olabilmek temaları hekimlerin pratiklerini kolaylaştırdığını ifade ettikleri temalar olmuştur. Hekimlerin tanı ve tedavi hizmetlerini planlamaları, mevcut imkanlar dahilinde yönetmeleri mesleki özerklikleri kapsamında kendileri tarafından belirlenmesi gereken bir konudur (376, 377). Ancak günümüzde iş yükünün planlanmasında sağlık politikaları, hekim ve kurumun performans kriterleri, özel sektörde sermaye sahiplerinin kar hedefleri gibi faktörler daha etkin olan unsurlardır (378). Kamu sektöründe iş yükü planlanmasına yönelik olarak MHRS'ye geçilmiştir. MHRS uygulaması ile hasta bekleme sürelerinin azaltılması, kaynak planlamasının daha iyi yapılması, veri takibi yapılabilmesi, verim ve kalitenin arttırılması hedeflenen temel hususlardır (379). MHRS uygulamasına yönelik çalışmalarda hastaların çoğunluğunun memnun olduğu belirlense de bu oranın yıllar içinde azaldığı ve sistemi kullanan hasta sayısı arttıkça randevu bulmanın zorlaştığı görülmektedir. MHRS sisteminde hekim için belirlenen randevu aralıkları ile ilgili olarak özellikle 10 dakikada bir 2 hasta randevusu verildiğine yönelik iddialar medyanın gündeminde yer almıştır. Konuyla ilgi Sağlık Bakanlığı "*9 Aralık 2021 tarih ve 2021/12 sayılı genelgenin 3. maddesinde de yer aldığı gibi muayene süresi hekime ve ilgili branşın özelliğine göre değişebildiğinden randevu aralıkları en etkili şekilde hekimlerimiz tarafından oluşturulmalı ve başhekimliklerimizce onaylanmalıdır. Kamuoyunda gündem olduğu gibi 5 dakikada bir muayene yapıldığı şeklindeki*

söylentilere sebep olacak uygulamalardan sakınılmalıdır." ifadeleri ile muayene süresinin hekimler tarafından belirlenmesi gerektiğini açıkça belirtmiştir (380). Mevcut haliyle MHRS sistemi incelendiğinde her ne kadar 5 dakikada 1 olmasa da genel olarak randevu aralıklarının 10'ar dakikada 1 hasta olacak şekilde planlandığı görülmektedir (381). Bu haliyle randevusu tam dolu olan bir hekim gün içerisinde 48 hastaya sağlık hizmeti sunmak zorundadır. Üstelik randevu almadan muayene için gelen hasta sayıları da en az randevulu hastalar kadar olabilmektedir. Hasan Evirgen ve Mehmet Yorulmaz tarafından 750 yataklı bir kamu hastanesinin 2016 Haziran ve Temmuz aylarının verilerinin incelendiği çalışmada sağlık hizmeti için başvuru yapan hastaların iç hastalıkları polikliniğinde %38,4, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde %69,3, genel cerrahi polikliniğinde %59, kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde %62,7'sinin randevusuz hasta olduğu belirlenmiştir (382). Mevcut bulgular genel olarak hekimlerin iş yükü planlamasını istedikleri şekilde yapamadıklarını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da iş yükü planlaması yapabildiğini ifade eden hekimler sadece 3.basamak özel sektörde çalışan hekimler olmuştur. Diğer hekimlerimizden bu şekilde veriler gelmemesi 3. basamak özel sektörde çalışan hekimlerin bu konuda diğer hekimlerden ayrıştığını düşündürmektedir.

5.3.5. Güvenlik

Hekimlerin ifadelerinde sıkça tekrarlayan ifadelerden can güvenliğinin sağlanamaması, toplumda farklı sorunların hekime şiddet olarak yansıması, medyada hekime şiddetin özendirilmesi temalarından belirlenen şiddete maruz kalma güvenlik bağlamında değerlendirilen anatema olmuştur.

Şiddete maruz kalma son yıllarda hekimlerimizin yanı sıra tüm sağlık personeli için kanayan yaralardan biridir. Sağlık sektöründe yaşanan şiddet sadece Türkiye'de değil son 15 yıldır Avrupa, Amerika ve Avustralya'da da endişeye neden olmaktadır (383). Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma açısından diğer sektör çalışanlarına göre 16 kat daha fazla risk altında olduğu tahmin edilmektedir (383). İş yerindeki şiddet Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre "*İşle ilgili durumlarda başka bir kişiye veya bir gruba karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ile sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan, gücün bilinçli bir şekilde tehdit veya fiili bir*

şekilde kullanılması" olarak tanımlanmıştır (384). Geniş bir kapsamı olan bu tanım sadece fiziksel zararı değil psikolojik zarar ve yine sadece zararın gerçekleşmesini değil olma olasılığı yüksek olan durumları da kapsamaktadır.

Sağlıkta şiddete pek çok durum neden olabilmektedir. Bireysel faktörler, örgütsel faktörler, sağlık hizmeti sunumun yapıldığı çevre ve daha büyük anlamda toplumsal normlar en temel faktörler olarak değerlendirilmektedir. Bireysel olarak kişilerin cinsiyeti, psikolojik durumları, madde kullanımları gibi faktörler etkiliyken, örgütsel anlamda personel sayısının yetersiz olması, uzun bekleme süreleri, hatalı iletişim, zayıf ekip ilişkileri ve zayıf güvenlik gibi faktörler etkili olabilmektedir. Yine sağlık hizmetinin verildiği bölgede suç oranı, sosyoekonomik seviye, genel anlamda toplumda saldırganlığın kabulüne yönelik normlar ve buna neden olan söylem ve medya etkisi gibi faktörler başlıca sebepler olarak belirlenmiştir (385–388). Sağlıkta sektöründe yaşanan şiddet; verilen sağlık hizmeti kalitesinde bozulma, işyeri ortam huzurunun bozulması, iş bırakmalar nedeniyle nüfus başına verilen sağlık hizmetinde azalma, sağlık mesleklerine ilginin azalması, sağlık hizmetleri maliyetlerinde artış, çalışan personel sağlığında bozulma ve toplumu bozan kabul edilemez davranışların sürmesi gibi sonuçlara sebep olmaktadır (389). Sağlık çalışanları içinse tükenmişlik, mesleki tatmin kaybı, isteksizlik, depresyon, madde kullanımı hatta intihara kadar giden geniş bir problem ve hastalık tablosuna neden olabilmektedir (390). Ülkemizde Tevfik Pınar ve arkadaşları tarafından 12.944 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada son 12 ayda işyerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanı oranı %44,7 olup, %6,8'i fiziksel, %43,2'si sözel, %2,4'ü mobbing, %1'i cinsel taciz şeklinde gerçekleşmiştir (391). Ünal Ayrancı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada şiddete en fazla maruz kalan sağlık personelinin pratisyen hekimler ve hemşireler olduğu, en fazla birinci basamak ve acil servislerde gerçekleştiği belirlenmiştir (392). Rıfat Erten ve arkadaşları tarafından 433 hekimle yapılan araştırmada katılımcıların %50,8'i son bir yılda iş yerinde en az bir kere şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (393). Bazen işin şiddetle sınırlı kalmadığı ve çok daha vahim olarak hekimlerin katledildiği durumlar da görülmektedir. Son beş yılda ülkemizde maalesef beş hekim şiddet kurbanı olmuştur (394). Çalışma sonuçları ülkemizde sağlık hizmeti sunumunda maruz kalınan şiddetin önemli bir problem haline geldiğini göstermektedir. Bununla birlikte tez çalışması sonuçlarında belirlenen toplumdaki farklı sorunların hekime şiddet

olarak yansıması temasına benzer sonuçlar da bulunmuştur. Emin Adaş ve Osman Elbek tarafından 203 hekimle yapılan araştırmada hekimlerin %59'u çalıştıkları kurumda son bir yıl içinde şiddetin arttığını, %91,3'ü ise son bir yıl içinde toplumda şiddetin arttığını belirtmişler, ekonomik sorunlar, eğitim ve kültür düzeyine bağlı nedenler, değerlerde yaşanan aşınma ve medya etkisine vurgu yapmışlardır (395).

Medya daha önce bahsedildiği gibi hasta hekim ilişkisini bozmasının yanı sıra sağlıkta yaşanan şiddeti de sıradanlaştıran haberlerle toplum algısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kenan Kaya ve Özgenur K. Tok tarafından sağlık haberlerinin incelendiği araştırmada sağlıkta şiddet haberlerinde şiddet uygulayanı güçlü gösteren, şiddetin sürekliliğine vurgu yaparak sıradanlaştıran, normalleştiren, meşrulaştıran hatta değerleştiren söylemler olduğu belirlenmiştir (313). Elif K. Durur tarafından 235 hekime yönelik saldırı haberinin çözümlendiği çalışmada haber başlıkları şiddeti bayağılaştıran, gerekçelendirerek meşrulaştıran, şiddet fiiline yönelik şüphe uyandıran ve şiddetin sürekliliğine vurgu yapan şekilde sınıflandırılarak değerlendirilmiştir (396). Diğer taraftan şiddeti özendiren, açığa çıkmasını kolaylaştıran ve toplumda kanıksanmasını sağlayan önemli bir unsur medyanın tüm programlarında (film, dizi, haber vs.) şiddetin veriliş şekli ve sıkça yer almasıdır. Medyada yer alan programlarda şiddetin sorun çözmek için başarılı bir yöntem olarak işlenmesi, özellikle seyircinin sevdiği başrol gibi karakterler tarafından kullanılması ve bunun çok farklı materyallerle sıkça tekrar edilmesi şiddet eğilimini tetikleyebilmekte ve toplumsal normları değiştirebilmektedir (396, 397). Bizim çalışmamızın sonuçlarına yansıyan medyanın hekime şiddeti özendirdiğine yönelik söylemler bu bulgularla uyumlu bulunmuştur.

Şiddet riskini azaltmanın en önemli yolunun etkili güvenlik önlemleri almak olduğu ifade edilmektedir (398). Güvenlik önlemleri hem sağlık çalışanlarının hem de sağlık hizmeti alan diğer hastaların daha güvenli hissetmelerini sağlamaktadır. Amerika'da yapılan çalışmada acil girişlerine sadece metal detektörü eklendiğinde hastaların %89'u çalışanların %73'ünün kendini daha güvende hissettiği belirlenmiştir (399). Bizim çalışmamızda temalardan biri sağlık personelinin can güvenliğini sağlamaya yönelik yeterli önlem alınamaması olarak gerçekleşmiştir. Nurhan Aytuğ Kanber ve arkadaşları tarafından 99 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada benzer

şekilde sağlık personelinin %71,1'i kurumda yeterince güvenlik önlemi alınamadığını bildirmiştir (400). Güvenlik önlemlerinin yanı sıra çalışma koşullarının değiştirilmesi, eğitimler, uygun raporlama sistemleri ve yaptırımlar alınabilecek önlemlerden bazılarıdır (401). Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarının şiddete uğramasını engellemeye yönelik olarak 7/24 çalışan beyaz kod çağrı merkezini oluşturmuş, bir takım mevzuat düzenlemeleri yapmış ve kamu spotları oluşturmuştur. Alınan tedbirlerin özellikle 2016 yılından sonra sözel olmasa da fiziksel şiddeti azalttığına ilişkin sonuçlar mevcuttur (402).

5.3.6. Dayanışma

Hekimlerimizin meslektaşlarına yönelik söylemleri de tez çalışmasının bulgularında yer almıştır. Meslektaşlar arasında iş barışının bozulması, iş yükü paylaşımından kaçınma ve meslektaş birliğinin sağlanamaması dayanışma bağlamında değerlendirilen ve hekimlerin pratiklerinde zorluk olarak karşılarına çıkan anatemalar olarak belirlenmiştir.

Performansa göre ücretlendirme sisteminin ortaya çıkardığı temel sorunlardan biri hekimler arasında iş barışının bozulmasıdır. Sağlık Bakanlığı toplumun tüm taleplerine kaliteli bir hizmet sunumuyla cevap verebilecek sistemi kurmak amacıyla 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası tüm sağlık hizmetlerini performansa dayalı duruma getirmeyi amaçlamıştır (79). Bu kapsamda 2004 yılında tüm yurt çapında bireysel performans ölçümü ve 2007 yılından itibaren tüm kurumlarda kurumsal performans ölçümü uygulamaya geçmiştir (77). Tez çalışmasında performansa göre ücretlendirmenin iş barışını bozduğuna yönelik söylemler daha çok ikinci basmakta çalışan hekimlerimizden gelse de tüm kamuda çalışan hekimler için etkisi olduğunu söylemek mümkündür (403). Performansa göre ücretlendirme sisteminin uygulanma şekli birinci basmak ve diğer basamaklar arasında bazı temel farklılıklar içermektedir. Aile hekimliğinde daha önce bahsedildiği gibi kişi sayısı temelinde ve belirlenen kriterlere göre ücretlendirme ve bu ücret üzerinden koruyucu hekimlik performans kriterlerine göre kesintiler yapılmaktadır (79, 85). İkinci ve üçüncü basmak sağlık kuruluşlarında ise üniversite ve kamu hastaneleri

birbirinden farklı yönergelere göre ücretlendirilmektedirler. Kamu hastanelerinde ücretin temelini Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan SUT'a göre alınan puanlar belirlerken üniversite hastanelerindeki ücretlendirmenin temeli YÖK tarafından yayınlanan girişimsel işlemler puan cetveline (GİP) göre yapılmaktadır. Kamu ve üniversite hastanelerinde puanlama sisteminin yanı sıra ücret hesaplama şekli de birbirinden farklıdır (404). Diğer taraftan kamuda 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının yaptıkları işleme göre puanlama sistemi aynı olmakla birlikte bunlar arasında da ücret hesaplama şekli farklıdır. Bununla birlikte aynı birimde beraber çalışılan hekim sayısı, kurumda çalışan hekim sayısı da bu hesaplamalarda oldukça önemlidir. Aynı birimde çalışılan hekim sayısı arttıkça hem hesaplama kriterleri hem de hekim başına düşen muayene sayısını azaltması nedeniyle alınan ücreti düşürmektedir (79). Ayrıca uygulamalar için belirlenen puanlar branşlar arasında adaletsizliklere neden olabilmekte ya da yapılan bazı uygulamaları önemsizleştirebilmektedir. Bu durum bir taraftan hekimler arası rekabete diğer taraftan iş barışının da bozulmasına neden olmaktadır. İhsan Öztunç ve Mehmet Cural tarafından 144 hekimle yapılan çalışmada performansa göre ücretlendirme sisteminin hekimlerin %67'sine göre çalışanlar arası iş birliğini arttırmadığı sonucu bulunmuştur (334). Onur Özveri ve arkadaşları tarafından yapılan ve hekimlerin performans sistemini değerlendirdiği çalışmada hekimlerin %93,8'ine göre çalışanlar arası rekabetin arttığı, %78,1'ne göre klinikler arası rekabetin arttığı, %75'ine göre meslektaş ilişkisinin azaldığı ve %85,9'una göre mesleki dayanışmanın azaldığı belirlenmiştir (336). Sebiha Kablay tarafından yapılan performansa dayalı prim uygulamasının sağlık çalışanlarına olan etkisinin değerlendirildiği çalışma sonuçlarında sistemin getirdiği en büyük kötülüklerden birinin hekimlerin meslektaşlarından nefret etmesi olarak belirtilmiş, bazı branşların kayırıldığı ve puanlamaların keyfi olduğuna yönelik söylemler yer almıştır (405). Elife Kart tarafından yapılan performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkilerine yönelik niteliksel çalışmada *"…Şimdide hasta kapkaçı oluştu… Trajik komik gülünç…"*, *"…Doktorlarda birbirinin rakibi oldular. Yakın ilişkiler bile bozuluyor. Neden onun performansı yüksek neden benim düşük tartışmaları başlıyor…"* şeklinde gerçekleşen söylemler bizim çalışmamızdaki söylemlerle benzerdir (73). İş barışının bozulmasına yönelik bulgularımız diğer çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Hekimlerimizin söylemlerinde yer alan dayanışma bağlamında değerlendirilen temalardan biri meslek örgütünün hekim birliğini sağlayamamasıdır. Mesleki örgütleri genel anlamda mesleğe yönelik bilgi, standartlar, yenilikler ve eğitim içeriklerini takip eden, ücretlendirme politikaları, lisanslama, öz denetim, disiplin uygulamaları ve etik kodları belirleyen, meslektaşlarının sorunlarına çözüm arayan ve onların çıkarlarını koruyan kurumlardır (406, 407). Meslek örgütünün meslek ve meslektaşların yararını gözetmek dışındaki diğer temel işlevi de toplumsal faydayı korumaktır. Dolayısıyla meslek örgütleri siyasi, ekonomik, kültürel ve hukuksal tüm alanlarda önemli işlevleri olan kuruluşlardır (408).

Ülkemizde şuanda hekimlerin meslek örgütü olarak görev yapan TTB 1953 yılında 6023 sayılı kanunla kurulmuş, yerel örgütlenmeleri olan kamu kurumu nitelliğinde bir meslek örgütüdür. TTB kanuna göre serbest olarak çalışan hekimlerin TTB odasına üye olmaları zorunludur. Kamu sektöründe çalışanların üye olmaları için bir zorunluluk olmamakla birlikte önlerinde bir engel olmadığı da bildirilmiştir (409). Öner Kurt ve arkadaşlarının Mersin ilinde 550 hekimle hekimlerin meslek örgütü ile ilişkileri ve beklentilerine yönelik yaptıkları araştırmada hekimlerin %77,1'nin tabip odasına üye oldukları belirlenirken bu durumun örgütün tüm hekimlere ulaşamadığı, hekimlerin meslek sorunlarına yönelik yeterince destek olmadığı ya da hekimlerin bu yönde inancı olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (410). Mehmet Demirci tarafından hekimlerin meslek ve meslek örgütüyle ilgili değer algıları üzerine yapılan doktora tezinde meslek örgütüne üye olan hekimlerin meslek odasından beklediği ilgiyi ve desteği görmediğine yönelik açıklamaları yer alırken, üye olmayanların ise örgütün siyasi olması, toplumun inanç ve değerlerine uymaması ve beklentileri karşılayamaması yönünde söylemleri olmuştur (411). Bu bulgular tez çalışmamızın bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Hekimler söylemlerinde meslektaşlarından, kıdemli hekimlerden, yardımcı sağlık personellerinden ve yöneticilerden gördükleri desteğin işlerini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir. Örgütsel destek insanların çalışma verimlerini ve kurumsal güvenlerini arttıran, kurumla özdeşleşmelerini sağlayan bir unsurdur. Kurumsal hedeflere ulaşmanın sağlanmasında da önemli bir yere sahiptir (412). Örgütsel destek algısını oluşturan parametreleri inceleyen 70 çalışmanın dâhil edildiği sistematik

derleme sonuçlarına göre yönetici desteği örgütsel destek algısını oluşturan dört temel parametreden biridir (413). Dolayısıyla idarecilerle güven ortamının oluşturulması ve onlardan alınan destek iş başarısının ve örgütsel güvenin sağlanmasında önemli kriterlerden biridir. Sabiha Sevinç Altaş tarafından Kocaeli ilindeki sağlık çalışanları ile yapılan örgütsek bağlılık ve güvene yönelik araştırmada sağlık çalışanlarının örgütsel güven hissi, örgütsel destek düzeyi ve örgütsel bağlılıklarının yüksek olduğu yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (414). Bu sonuçların bizim çalışmamıza benzer şekilde idareci desteğini hisseden sağlık personelinin var olduğunu ve bunun iş başarısını arttırdığını göstermektedir.

İnsan ilişkileri doğası gereği organizasyonel yapıların temelinde yer alan ve öğrenme, başa çıkma ve iş başarısını doğrudan etkileyen bir unsurdur (415). Hekimlerle ilgili yapılan çalışmalarda da meslektaş dayanışmasının adalet ve saygının yanında mesleki tatmini etkileyen önemli bir unsur olduğu belirlenmiştir (416). Paulo de Oliveira Vasconcelos Filho ve arkadaşları tarafından Brezilya'da 141 hekimle yapılan çalışmada hiç biri hastaneden ayrılmak istemediğini belirten hekimlerin en büyük memnuniyet noktalarının meslektaşları ile olan ilişkileri olduğu bulunmuştur (417). Nilgün Göktepe ve arkadaşları tarafından 172 hemşire ile yapılan çalışmada meslektaş dayanışma ölçeği ile iş motivasyonu ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (418).

Hekim ve yardımcı sağlık personeli arasında çok fazla çatışma çıkma potansiyeli bulunmakla birlikte günümüzde hekim ve yardımcı sağlık personeli arasında kurulacak uyumlu bir ilişkinin önemi daha da artmıştır. Hastalıkların daha karmaşık ve daha zaman alıcı hale gelmesi, uzmanlık alanlarının artması, sağlık bakım maliyetlerin artması ve verimliliğin artık bir öncelik haline gelmesi bu ilişkiyi daha önemli hale getiren unsurlardır. Ayrıca hekim ve yardımcı sağlık personelleri arasında kurulacak başarılı ilişki hasta bakımında başarıyı ve iş başarısını yükselten bir faktördür (419). Yine hekimlerin yaptıkları iş gereği yardımcı sağlık ve destek personeliyle olan ilişkileri de mesleki tatminlerini etkileyen bir unsurdur. Özellikle yardımcı personelin yapabileceği görevleri yerine getirmek zorunda kaldıklarında bu işlerin kendilerine dikte edildiği şeklinde algıladıkları, tam tersi olarak yeterli destek gördüklerinde ise iş tatminlerinin arttığı belirlenmiştir (416). Dolayısıyla hekimlerin

yardımcı sağlık personelinden etkin bir destek görmelerinin pratiklerine olumlu bir şekilde yansıması beklenen bir unsurdur.

5.4. HEKİMLİKTE GELECEK

Tez kapsamında mesleklerinin geleceğine yönelik algıları ve mesleklerini daha iyi yapabilmek adına öncelikli olarak değiştirmek istedikleri şeylere ait veriler bu bölümde tartışılacaktır.

Hekimlik tıp alanında hızla artan bilgi, teknolojide yaşanan gelişmeler, sağlık hizmeti maliyetlerinde yaşanan artış ve toplumda yaşanan değişim dinamiklerine bağlı olarak sürekli değişim içinde olan bir meslektir. Esasen hekimliğin geçmişe yönelik sadece son yüzyıldaki tarihsel süreci incelendiğinde bu değişimin devam edeceği daha net olarak görülebilmektedir.

Tez çalışmasına katılan hekimlerimizin mesleğin geleceğine yönelik söylemleri hekimlik pratiğinde, hekimlerin niteliğinde, toplumdaki yerinde ve sağlık sisteminde beklenen değişiklikler olmak üzere dört bağlam altında değerlendirilmiştir.

5.4.1. Hekimlik Pratiği

Hekimlerimiz meslek pratiğinde; teknoloji kullanımında, mesleki bilgide, hastaya yaklaşımda ve piyasa etkisinin artmasına bağlı yaşanacak değişiklikler olduğunu söylemişlerdir.

Teknolojinin hızla ilerlemesiyle sağlık hizmetlerinde de kullanımı hızla artmış ve kullanım alanları çeşitlenmiştir. Örneğin günümüzde aktif olarak kullanılan ve ileri teknoloji cihazlar olan CT ve MR gibi cihazların hem sayıları hem de kullanım oranlarının dünya genelinde arttığı görülmektedir. OECD istatistiklerine bakıldığında milyon kişi başına düşen CT cihazı sayısının 2010'la 2020 arasında Avustralya'da 43,07'den 67,68'e, Fransa'da 11,82'den 18,83'e Türkiye'de 12,36'dan 14,97'ye yükseldiği, aynı tarih aralığında milyon kişi başına düşen MR cihazı sayısının da Avustralya'da 5,67'den 14,79'a Fransa'da 6,09'dan 16,36'ya ve Türkiye'de 9,27'den 11,26'ya yükseldiği görülmektedir (420). Örnek olarak verilen ülkelerin dışındaki ülkelerde de cihaz sayılarında benzer artışlar yaşanmıştır. Ayrıca ülkemiz bilgisayarlı tomografi (CT) ve MR cihazı kullanımında cihaz başına düşen görüntüleme sayısı

açısından OECD ülkeleri arasında ilk sıradadır (70). Daha önceki bölümlerde de bahsedilen sağlık bilişimi ile kullanıma geçen teknolojilere (elektronik sağlık kayıtları, teletıp vs…) ilave olarak yapay zekâ ve yapay zekânın yönettiği robotların, nanoteknolojinin, mobil cihazlara bağlı sağlık uygulamalarının, genetik test ve uygulamalarının ve yeni teknoloji ortopedik implantların kullanımlarının gelecekte yaygınlaşması beklenmektedir (421). Dolayısıyla gelecekte teknoloji kullanımının her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hızla artacağı ve hekimlerin de bu yeniliklere ayak uydurarak hekimlik pratiği yapmak zorunda kalacakları aşikârdır (422). Teknolojik gelişmelerin hekimler için ezberleme ve analiz etme gibi yeteneklerinin önemini azaltırken tıbbın analitik olamayan hasta bakımı gibi insancıl yaklaşım gereken yönleri, iletişim, empati, ortak karar verme, liderlik, ekip oluşturma, yaratıcılık gibi yeteneklerinin önemini arttırması beklenmektedir (422). Yine yapay zeka tabanlı sistemlere yönelik değerlendirmeler bu sistemlerin doktorları güçlendireceği ve geleneksel doktor hasta ilişkisinin yerini alma ihtimalinin düşük olduğu sonucuna varmaktadır (423).

İnternet tüm insanların ulaşımına açılıp hayatın parçası olmaya başladığı andan itibaren sağlıkla ilgili bilgilerin yaygınlaşmasını sağlamış ve sağlık şikâyetlerine yönelik ilk başvuru noktası olmaya başlamıştır. Faydalı bilgilerin yanı sıra yanlış ve zararlı bilgilere ulaşımı da sağlayan internet daha önce bahsedildiği gibi hasta hekim ilişkini değiştiren temel faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (424). Hekimlerin internet bilgisi ile gelen hastalara karşı; uzman görüşü ileri süren savunmacı yaklaşım, bilgi üzerinde birlikte analiz süreci yürüten hasta odaklı yaklaşım ya da güvenilir sitelere yönlendirme şeklinde yaklaşımları olabilmektedir (425). Bu noktada hekimlerin özellikle kendi tanı ve tedavi düşüncelerinden farklı bilgiyle gelen hastalarla ilişkilerini nasıl bir tarzda yapılandıracağı önemlidir. Diğer taraftan konuyla ilgili 1996-2006 yılları arası alan yazının incelendiği çalışmaya göre internette bilgi sorumluluğunun giderek artacağı, sağlığın korunmasına yönelik faydalar sağlayıcı ve hasta hekim ilişkisinde ortaya çıkardığı iş birlikçi model ile sağlık hizmeti sunumunun kalitesini arttıracağı yönünde sonuçlar da bulunmuştur (426). Hekimleri gelecekte bilgiye ulaşımın kolaylığının hekimlerin işlerini zorlaştıracağını ifade etmişlerdir. Hekimlerin işlerinin internete bağlı olarak bazı durumlarda zorlaşacağı öngörülmekle birlikte kesin olan, ilişki modelini değiştireceği hatta değiştirdiğidir (424, 427).

Tıpta uzmanlaşmanın hızla artması 20.yy'da yaşanan bilgi ve teknolojik gelişmelerin yanı sıra verimlilik arayışı ve mükemmeliyetçiliğin bir sonucu olarak gerçekleşmiştir. Hali hazırda biyokimya, patoloji, genetik, radyoloji gibi farklı teknoloji kullanımı ve yetkinlikler gerektiren pek çok uzmanlık alanı mevcuttur. Bu alanlarda çalışan hekimlerin bir pratisyen ya da diğer branş hekimlerine göre iş yapış tarzları çok farklıdır (428, 429). Dolayısıyla tıpta uzmanlıklar arttıkça hekimlerin bilgi, donanım ve iş yapış şekillerinin çeşitlenmesi, aradaki farklılıklarının artması çalışma bulgularımıza yansıdığı gibi beklenen bir durumdur.

Hekimlikte uzmanlaşmanın getirdiği temel yeniliklerden biri vücudu sistemlere ayırarak her parça hakkında daha ayrıntılı ve detaylı bilgi edinmemizi sağlayan "indirgemecilik" temelli bir anlayıştır. İndirgemecilik bir bütünü paçalarına ayırarak basitleştirip anlaşılır kılmaya çalışmak olarak tanımlanabilir (430). Bu anlayış sayesinde her sistem ve doku hakkında hücresel seviyede pek çok ayrıntılı bilgi ve tedavi protokolü tıbba kazandırılmıştır. Ancak bir bütünü indirgeyerek değerlendirmek bütüne ait faktörlerin gözden kaçırılmasını da neden olabilir. Genetik, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel gibi birbirinden çok farklı değişkenlerden etkilenen insanı bu değişkenleri göz ardı ederek değerlendiren, istatistiğe, klinik protokollere ve kanıta dayalı uygulamalara dayalı anlayış da indirgemeci yaklaşımın bir yansımasıdır (430). Tıpta bu anlamda "hastalık yoktur hasta vardır" anlayışını tersine çeviren bir yaklaşımın hâkim olmaya başladığını söylemek mümkündür. Sonuç olarak tüm bu anlayışın getirdiği farklı uzmanların kendi alanlarına yönelik değerlendirmeleri ile devam eden ve hastaya bütüncül yaklaşımın azaldığı sağlık hizmeti sunumu olmaktadır. Bu aynı zamanda farklı uzmanlıklardan sağlık hizmeti almak zorunda kalan ve bakımı bölünen hastaların sorumluluğunu hangi hekimin alacağı, sorumluluğun paylaştırılıp paylaştırılamayacağı, paylaştırılcaksa nasıl paylaştırılacağı ve uzmanlıklar arası sağlıklı iletişiminin nasıl sağlanabileceğine yönelik endişeleri de beraberinde getirmektedir (428). Hali hazırda yaşanan bu süreç göz önüne alındığında gelecekte de hekimlerimizin söylemleri ile uyumlu olarak hastaya bütüncül yaklaşımın azalacağı ve hasta yaklaşımlarında değişimin devam edeceği öngörüsünde bulunmak mümkündür.

5.4.2. Hekimlerin Niteliği

Hekimler gelecekte tıp eğitimi süreci ve hekimlik sonrası kariyer süreçlerinde hekim niteliğini etkileyen değişiklikler olacağına yönelik görüş bildirmişlerdir. Tıp fakültesi sayılarının artması, eğitim kalitesin azalması, TUS sınavının olumsuz etkisi ve özel tıp fakültelerinde alınan ücretlerin eğitim sürecine olan etkilerinin hekim sayısını arttırırken hekim kalitesini düşüreceğini ifade etmişlerdir. Akademik unvana sahip hekim kalitesinin düşmesi ve büyük cerrahi branşlardaki hekim sayısının azalması hekimlik sonrası kariyer süreçlerine ait beklentilerdir.

Türkiye'de son yıllarda yaşanan artışla 2002 yılında 91.949 olan hekim sayısı 2020 yılında 171.259'a ulaşmıştır. Bu artışa rağmen Türkiye'nin 2020 yılı itibari ile OECD ülkeleri arasındaki 100.000 kişiye düşen hekim sayısı karşılaştırmalarında 205 hekimle en düşük hekim oranına sahip ülke olduğu görülmektedir. Aynı ya da en yakın yıllara göre OECD ülke ortalaması bu oran için 356 olarak gerçekleşmiştir. Ancak 100.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından OECD ülkeleri ortalamalarında 2002'den 2019'a %28'lik bir artış görülürken, Türkiye'de bu artışın %48,5 oranında olduğu da görülmektedir. Yani Türkiye'de OECD ülke ortalamalarının çok üzerinde hekim artışı gerçekleşmiştir (70). Bununla birlikte bir milyon kişi başına düşen tıp fakültesi sayısı Avrupa'da 0,54, Kuzey Amerika'da 0,60, Okyanusya'da 0,72, Türkiye'de ise 1,2'dir (431). Dolayısıyla her ne kadar Türkiye'de popülâsyona göre hekim oranı OECD ülkelerine göre hala düşük olsa da hekim sayısının mevcut artış hızı, hızla artan tıp fakültesi sayıları ve kontenjanları göz önünde bulundurulduğunda bir süre sonra OECD ortalamalarının üzerine çıkacağı görülmektedir. Seçil Özkan ve Zuhal Cafoğlu tarafından tıp eğitimi sorunlarına yönelik tıp fakültesi öğretim üyeleriyle yapılan çalışmada tıp fakültesi ve öğrenci sayısının fazlalığı eğitimdeki önemli sorunlardan biri olarak görülmüştür (432).

Tıp fakültesinde öğrenci sayılarındaki artışın yanı sıra daha önce bahsedilen fiziksel yetersizlikler, kadavra sayıları, laboratuar gibi nitelikli eğitim olanaklarındaki kısıtlılıklar, müfredat kaynaklı sorunlar ve bazı fakültelerde yaşanan tecrübeli öğretim üyesi eksikliği gibi sorunlara bağlı olarak yaşanan eğitim problemleri yeni mezun hekimlerin niteliği hakkında da şüphe uyandırmaktadır (114, 251, 252, 433). Bunun yanında TUS sınavının tıp eğitimine yansıyan olumsuz yönleri ve tıp fakültelerinin

çoğunda hala devam eden uzmanlığa hekim yetiştirme algısının eğitimin niteliğine olan etkisi düşünüldüğünde hekim kalitesinin azalma olasılığını bulgularımıza benzer şekilde öngörülebilir (129, 432).

Hekimler mezuniyet sonrası pratisyen hekim olarak meslek yaşantısına devam edebileceği gibi farklı kariyer seçeneklerini de değerlendirebilmektedirler. Bunlardan en önemlisi ve en çok tercih edileni tüm dünyada olduğu gibi uzmanlık eğitimi alarak uzman hekim olmaktır. Ülkemizde 2020 yılı itibari ile mevcut olan 171.259 hekimin %71'i (121.499) uzman ya da uzmanlık öğrencisi hekimdir (70). Hekimleri uzmanlığa yönelten pek çok farklı sebep olabilmektedir. Bilgehan Açıkgöz ve arkadaşlarının Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2017 yılında 798 tıp öğrenciyle kesitsel tipte yaptığı araştırmada öğrencilerin %85,7'si (684) uzmanlık yapmak istediklerini belirtmiş, mesleki tatmin sağlayacak spesifik bir alanda çalışma isteği, statü ve kariyer beklentisi ve maddi kaygılar uzmanlık motivasyonundaki en önemli faktörler olarak belirlenmiştir (434). Bu faktörler aynı zamanda uzmanlık dalının tercihini de önemli oranda etkileyen faktörlerdir. İbrahim Hüseyin Cansever ve arkadaşları tarafından yapılan hekimlerin uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörleri ele alan çalışmaların değerlendirildiği sistematik derleme çalışmasında uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler uzmanlık eğitimi öncesi ve sonrasına ait faktörler olarak iki gruba ayrılarak sunulmuştur. Uzmanlık öncesi dönem için en önemli faktörler uzmanlık dalına olan ilgi, toplumun bakış açısı, aile isteği olarak belirlenirken uzmanlık sonrasına ait faktörler maddi tatmin, çalışma koşulları, akademik kariyer fırsatı, mesleki tatmin ve malpraktis riski olarak belirlenmiştir (435). Bununla birlikte belirtilen faktörler genel olarak hekimlerin tercihlerini etkilese de hangi uzmanlık alanına başvurabileceklerini belirleyen temel ölçüt TUS sınavında aldıkları puanlardır.

Uzmanlık eğitimi verecek bölümleri açıklayan, uzmanlık sınavına giren hekimlerin hangi bölümlere yerleşeceğini belirleyen TUS, 1986'dan beri ÖSYM tarafından yapılan bir sınavdır (127). Sınavda bölümlerin giriş puanları temel olarak açılan kontenjan sayıları ve öğrencilerin tercihlerine göre belirlenirken daha çok tercih edilen bölümler daha yüksek puana, daha az tercih edilen bölümler ise daha düşük bir giriş puanına sahip olmaktadır. Hekimlerin son yıllarda büyük cerrahi dallar ve makpraktis dava olasılığı yüksek branş tercihlerinin azaldığı genel olarak medyanın

gündeminde de yer almaktadır (436, 437). İbrahim Hüseyin Cansever tarafından sistematik derlemeye alınan çalışmalar incelendiğinde uzmanlığı etkileyen bir faktör olarak malpraktis riskinin 2013'den önceki çalışmalarda yer almazken bu tarihten sonraki tüm çalışmalarda yer aldığı görülmektedir (435). Benzer şekilde çalışmamıza katılan hekimlerimizin de büyük cerrahi branşları yapmak isteyecek hekimlerin azalacağına yönelik söylemleri olmuştur. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar genel olarak uzmanlık alanlarını "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ" kapsamında dört risk grubuna ayırarak değerlendirmektedir. Bu sınıflandırmada büyük cerrahi girişimlerin uygulandığı branşları da içinde barındıran ve en riskli branş grubu olarak değerlendirilen acil tıp, anesteziyoloji ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, kalp damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi branşları dördüncü risk grubu olarak sınıflandırılmıştır. Dördüncü risk grubunun TUS puanlarının yıllara göre incelendiği çalışmalarda hem sınavın başladığı 1987 yılına göre hem de son 5 yılda belirgin bir düşme olduğu gözlenmiştir. Bu branşlar tek tek incelendiğinde ise acil tıp, beyin ve sinir cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum ve kalp damar cerrahisinin esas düşüşten sorumlu olan ve puanları belirgin olarak düşen branşlar olduğu gözlenmektedir (131, 438). Dilara Bakan Kalaycıoğlu tarafından yapılan çalışmada sınavda ilk yüze girme başarısı gösteren öğrencilerin tercihleri incelendiğinde 1987 yılında iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ön plandayken 2017 yılında bu branşların yerini dermatoloji, radyoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi branşları aldığı belirlenmiştir (131). Ahmet Ergin ve arkadaşlarının 1. ve 6. sınıf öğrenciler ile yaptığı çalışmada 1. sınıfta öğrencilerin en çok tercih etmeyi planladıkları branşlar sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum, kardiyoloji, dâhiliye ve beyin ve sinir cerrahisi olurken 6. sınıfta sırasıyla dermatoloji, kardiyoloji, psikiyatri, dahiliye ve üroloji olarak değiştiği belirlenmiştir. (439) Bulgular bizim çalışmamıza katılan hekimlerin beklentilerine benzer şekilde hekimlerin bu branşları tercihlerinin azaldığını, ilgili alanda hekim sayısının azalacağını göstermese bile en azından kalitenin azalacağını açıkça göstermektedir.

Hekimlerin bir kısmının meslek hayatlarının ileri dönemlerine ait hedefleri arasında bulunan ve akademik kariyerlerinin en üst aşaması akademisyen yani öğretim

üyesi olmaktır. Çalışmamızda gelecekte akademik unvana sahip olan hekimlerin kalitesinin düşeceğine yönelik beklentiler mevcuttur. Deniz Örücü ve Hasan Şimşek tarafından yapılan akademisyenlerin gözünden Türkiye'de eğitim yönetiminin akademik durumunu inceleyen nitel çalışmada nitelikli akademisyen sayısının azlığı sorun alanı olarak belirlenmiştir (440). Evrim Üstünlüoğlu tarafından yüksek öğretimde öğretim kalitesine yönelik 2 farklı ülkede yapılan ve Türkiye'den 32 akademisyen ve 437 öğrencinin katıldığı çalışmada üniversite öğretim görevlilerinin öğretim kalitesi açısından öğrencilerin beklentilerini karşılamada başarısız olduğu belirlenmiştir (441). Konuyla ilgili genel olarak akademisyenlere yönelik yapılan çalışmaların yanı sıra tıp alanında yapılan farklı çalışmaların bulgularında da akademisyenlere yönelik sonuçlar mevcuttur. Tamer Edirne ve arkadaşları tarafından tıp fakültesi 2. sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrenciler derslerine giren akademisyenlerin anlatma becerileri hakkında %41,9'u emin olmadığını, %37,1'i yetersiz bulduğunu ifade etmiştir (251). Nilgün Yalçınoğlu ve arkadaşları tarafından İstanbul Tıp Fakültesi'nde 6. Sınıfta eğitim alan 288 öğrenciyle yapılan çalışmada öğrencilerin tıp eğitimi boyunca klinik ve teorik bilgiye ulaşma yolları arasında hocalar klasik kitaplar ve asistanlardan sonra 3. sırada yer almışlardır (442). Seçil Özkan ve Zuhal Cafoğlu tarafından yapılan çalışmada öğretim üyelerinin tıp eğitiminde algıladıkları sorunlar arasında öğretim üyesi niteliğinin düşük olması öğrenci sayısı fazlalığından sonra en fazla hemfikir olunan sorun olarak ortaya çıkmıştır (432). Bu sorunun öğretim üyeleri tarafından dile getirilmesi ayrıca dikkat çekicidir. Çalışma sonuçlarının hekimlerimizin akademik kadro kalitesinin geleceğine yönelik olumsuz beklentilerine benzer sonuçlara sahip olduğu görülmektedir.

5.4.3. Hekimlik Mesleğinin Toplumdaki Yeri

Hekimlerimizin gelecek öngörüsünde en fazla görüş farklılığı yaşanan hususlardan biri mesleğin saygınlığıdır. Çalışmada hekimlerimiz arasından bir kısmı gelecekte hekim saygınlığının ve değerinin artacağını ifade ederken bir o kadar hekim de mesleğin saygınlığının ve hekimlere olan güvenin azalacağını ifade etmiştir. Şiddet olaylarının artacağı ve artık tercih edilebilir bir meslek olamayacağına yönelik öngörüler de hekimliğin toplumdaki yeri bağlamında değerlendirilen diğer temalar olmuştur.

Hekimlik mesleğinin itibarı ve saygınlığına yönelik daha önceki değerlendirmelerimizde belirtildiği gibi son yıllarda biraz düşüş olsa da şuanda dünya genelinde en itibarlı meleklerden biri olmaya devam etmektedir (174–176). Türkiye özelinde de daha önce vurgulandığı gibi 1980'li yıllardan itibaren yaşanan olumsuz gelişmelerle yaşanan düşüşe rağmen halen en itibarlı meslek konumundadır (177). Ancak hekim sayısının sürekli artması, hekim niteliğinde yaşanması beklenen değişimler ve son yıllarda yaşanan şiddet olaylarının bizim ülkemiz için hekim itibarı ve saygınlığını gelecekte olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Bununla birlikte hekimlerin bu etkiyi farklı uzmanlık alanlarındaki hekimlerin sayı/ihtiyaç oranına göre birbirinden farklı şekilde yaşaması da olasıdır.

Tez çalışmasında hekimliğin değerinin artacağını söyleyen hekimlerimizden bazıları önümüzdeki kısa dönemde hekimliğinin değerinin azalacağı ancak daha sonra tekrar artacağını söylerken hekimliğin değerinin azalacağını ifade eden hekimlerimiz ise şiddet olaylarının artacağını, tıp fakültesi puanlarının azalacağını ve devlette göreve atamaların sınavla olacağını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili hekim değerlendirmesinin yer aldığı medimagazin haberinde hekim sayısının artacağı, niteliğinin azalacağı, kamuda hekim atamalarının diğer meslek gruplarına benzer bir sürece evirileceği, saygınlığın bir miktar daha azalacağı, tıp fakültelerine daha düşük yüzdelik dilimlerle öğrenci alınacağı ve sağlık hizmeti kalitesinin azalacağına yönelik öngörüler olmuştur (443). Seçil Özçiftçi ve arkadaşlarının tıp fakültesi 6.sınıf öğrencileri ile yaptığı niteliksel çalışmada şiddet olaylarının gelecekte mesleğin itibarını daha da düşüreceğini ifade eden öğrencilerin yanı sıra son zamanlarda hasta şikayet hatları nedeniyle hekimlikte yaşanan gerilemenin zamanla tekrar bir dengeye oturacağı ve hekimliğin saygınlığının artacağını belirten öğrenciler de olmuştur. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızla uyumludur (444).

5.4.4. Sağlık Sistemi

Tez çalışmasına katılan hekimlerin geleceğe yönelik söylemlerinden bir kısmı sağlık sistemine yöneliktir. Sağlık sisteminin tamamen özelleştirileceği, sağlık politikalarını sermaye sahiplerinin yönlendireceği beklentisinin yanı sıra hekim istihdamında beklenen değişiklikler de bulunmaktadır.. Hekimlerin işsizlik

tehlikesiyle karşılaşacağı, ücretlerinin azalacağı, farklı mesleklere yönelecekleri ve nitelikli hekimlerin yurt dışına gideceğine yönelik beklentiler mevcuttur.

Tez çalışması kapsamında sağlık sisteminin tamamen özelleştirileceğine yönelik söylemler sağlık sisteminin geleceğine yönelik olarak belirlenen temalardan biri olmuştur. Ülkemizde 1980 sonrası neoliberal politikaların etkisiyle hızlı bir özelleştirme süreci yaşanmış ve pek çok kurum özel sektöre devredilmiştir (445). Sağlık sistemine yönelik en önemli değişim ise 2003 sonrası başlatılan SDP olmuştur. SDP programının temel bileşenlerinden biri Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetini sunan yerine planlayan ve denetleyen bir yapıya dönüşmesidir (64). Bu hedefi gerçekleştirmek için yapılan önemli icraatlardan biri 2011 yılından itibaren Kamu Hastaneler Kurumu çatısı altında her ilde ihtiyaca göre bir veya daha fazla Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulması ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının bu birliklere bağlanarak "özerk" bir yapıya kavuşturulması olmuştur. Oluşturulan yapının temel hedeflerinden biri hastanelerin kendi gelirleriyle kendi masraflarını karşılaması, sağlık alanındaki diğer aktörlerle rekabet edebilir duruma getirilmesidir (63). Ancak çok başlılık ortaya çıkararak verimi düşürdüğü düşünülen yapı 2017 yılında tekrar değiştirilerek Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı genel müdürlük olarak yapılandırılmış ve kamu hastane birliklerinin görevleri il sağlık müdürlüklerine devredilmiştir (37). İdari yapılanmada gerçekleştirilen bu değişikliğe rağmen hastanelerin mali olarak özerk bir kuruluş gibi çalışma sistemi devam ettirilmiştir (72). Sağlık hizmetleri yapılanmasına devam eden süreçte KÖO modeli ile yapılan ve 25 yıl süreyle özel sektöre ödeme yapılmasını gerektiren şehir hastaneleri süreci eklenmiştir. Şehir hastanelerinin işletilmesinde uygun görülen yerlerde yan hizmetler kapsamında değerlendirilen radyoloji ve laboratuar hizmetleri gibi tıbbı hizmetlerin sunumu da özel sektör tarafından verilmeye başlanmıştır (446). Kısaca ifade edilen bu süreçte gerek diğer kamu alanlarında yaşanan özelleştirmeler gerekse sağlık hizmeti sunumunda yaşanan değişimler bazı sağlık personellerinde sektörün tamamen özelleştirileceği algısının oluşmasına neden olmuş hatta konu yargıya taşınmıştır (447).

Mevcut durumda hastanelerin finansman yapısında genel bütçe ve döner sermaye işletmesi gelirleri olmak üzere ikili bir yapı olduğu görülmektedir. Sağlık

hizmetleri faaliyetinin sunumunda finansmanın hala %55'i genel bütçeden karşılanmaktadır (448). Ayrıca döner sermaye gelirlerini ödeyen SGK uzun yıllardır fiyatları yeteri kadar arttırmamakta ve sağlık hizmeti maliyetinin altında ödemeler yapmaktadır. Bu durum 2016 yılı Sayıştay raporlarına da yansımış hastanelerin borç yükü nedeniyle zorlandıkları belirtilmiş ve döner sermaye bütçesinin kaldırılarak merkezi bütçeye geçilmesi önerilmiştir (72). Dolayısıyla mevcut haliyle kar edemeyen hastanelerin merkezi bütçe desteği olmadan ayakta kalabilmesi olanaklı değildir. Ayrıca özel sağlık sigortaları kullanımı vatandaşların arasında yaygınlaşmadan sağlık hizmeti sunumunu tamamen özelleştirilmeye çalışmak devlet açısından ya çok daha maliyetli sonuçlara yol açacak ya da sağlık hizmetlerinde aksamaya neden olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın en son yayınladığı plan olan 2019-2023 stratejik planına göre bireylerin finansal riskten korunmasını dikkate alan bir finansal sürdürülebilirlik temel hedeflerden biri olarak belirlenmiştir (448). Tamamen özelleştirme sürecine gidileceğini düşündüren bir hedefleri de bulunmamaktadır. Sağlık hizmetindeki tamamen özelleştirmeye yönelik değişimin sosyal, politik, toplumsal barışa yönelik olası sonuçları da düşünüldüğünde önümüzdeki kısa vadede böyle bir değişim mümkün gözükmemektedir.

Hekimlerimizin gelecekte nitelikli hekimlerin yurt dışına gideceğine yönelik tahminleri olmuştur. Başarılı sağlık hizmeti sunumunun temel şartlarından biri uygun sayı ve nitelikte sağlık çalışanı istihdamıdır. Sağlık çalışanı ihtiyacı ülke kaynakları ile yetiştirilebileceği gibi diğer ülkelerde yetişen personelin istihdam edilmesiyle de karşılanabilir. Son yıllarda nitelikli sağlık çalışanlarının uluslararası göçü küresel bir sorun haline gelmiştir. OECD ülkelerinde 2006 -2016 yılları arasında yabancı ülke eğitimli doktorların sayısı %50 artmıştır (449). En fazla sağlık iş gücünün göç ettiği ülkeler ABD, İngiltere ve Almanya'dır. İrlanda, Fransa, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde de yabancı doktor sayısı son on yılda hızla artmıştır. Bu hekimlerin önemli bir bölümü Hindistan, Pakistan, Irak Sri Lanka gibi ülkelerden olurken Avrupa ülkeleri arasında da çok sayıda geçiş gerçekleşmektedir. Örneğin 2010'dan sonra Romanya'dan her yıl 500 kadar hekim Fransa'ya ve bir o kadar da Almanya'ya göç ederken, 2012 ve 2013 yıllarında sadece İspanya'dan 2600 kadar hekim İngiltere'ye geçmiştir (449). Hekimleri ülkeden gitmeye zorlayan düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları, sınırlı kariyer olanakları, iş memnuniyetsizliği, politik nedenler, düşük mesleki statü gibi

nedenlerdir. Diğer yandan yüksek gelir, daha iyi muamele, daha iyi çalışma koşulları, daha iyi kariyer olanakları, aile için daha iyi bir gelecek ve daha kaliteli bir yaşam koşulları hekimleri ülkelere çeken faktörler olarak belirlenmiştir. Genel olarak son yıllarda küreselleşme, diplomaların karşılıklı tanınması, Avrupa ülkelerinde yaşlanan nüfusla artan ihtiyaç ve yaşlanan sağlık gücü hekim göçünün artmasına neden olan sebeplerdir (450).

Ülkemizde de hekimlerin son yıllarda yurt dışına göçüne yönelik endişeler artmış ve sıkça gündeme gelmiştir. Yabancı ülkelere gidecek hekimlerin çalışma izinleri için ihtiyaç duyduğu ve ülkeden ayrılmadan önce TTB'den aldıkları "Good Standing" (iyi hal) belge sayıları incelendiğinde giden hekim sayısında 2012'den 2020'ye kadar düzenli bir artış olduğu görülmektedir. Yaşanan Covid-19 pandemisinin etkisiyle 2020 bir miktar düşüş olduğu görülmekle birlikte 2021 ve 2022'de tekrar artmıştır (451). Göç etmek için belge alan hekim sayısı 2020'de 931 iken 2021'de 1405'e yükselmiş, 2022'nin ilk 5 ayında ise 945'e ulaşmıştır (451, 452). İstanbul Ekonomi Araştırma Grubu tarafından 80 ilden 6421 doktorla yapılan Türkiye'de doktorların Yaşam Kalitesi isimli çalışmada hekimlere sorulan son bir yıl içinde çalıştığınız doktorlar arasında "yurt dışına giden oldu mu?" sorusuna %59'u evet cevabı verirken, 1-5 yıl içinde "yurt dışına gitmek istiyor musunuz?" sorusuna %67 oranında evet cevabı verilmiştir. Beş yıl içinde yurt dışına gitmek istediğini ifade eden hekim oranı profesörlerde %34, doçentlerde %55, uzman doktor, doktor öğretim üyesi ve pratisyenlerde %66, asistanlarda ise %84 olarak bulunmuştur (453). Bu bulgulardan Türkiye'de hekimlerin son yıllarda yurtdışına gitme oranlarının ve isteklerinin arttığı anlaşılmaktadır. Mevcut durum tez çalışmasındaki hekimlerimizin nitelikli hekimler yurt dışına gidecek söylemi ile uyumludur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Hekimlerin Meslek Algılarına İlişkin Değerlerinin Niteliksel Olarak İncelenmesi isimli tez çalışmamızda hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörlerin neler olduğu, bunları nasıl dile getirdikleri ve bunlara ilişkin değerler araştırılmıştır. Bu bağlamda hem özel sektör hem de kamu sektöründe sağlık hizmetinin farklı basamaklarında çalışan hekimlerin yarı yapılandırılmış sorular üzerinden duygu ve düşünceleri değerlendirilmiştir.

Sağlık ve hastalık gibi kavramların yaşamı etkileyen tüm değişkenlerden etkilendiği ve doğrudan veya dolaylı olarak sağlık sistemi ve hekimlik mesleğine yansımasının olduğu açıktır. Benzer şekilde tez çalışmasında da hekimlerin meslek algılarına ilişkin değerlerini etkileyen faktörlerin tıp alanında yaşanan değişim, sağlık sistemleri, sağlık politikalarının ötesine geçen ve toplumun genel yapısını etkileyen pek çok faktörden etkilendiği görülmüştür. Çalışma kapsamında mümkün olduğunca bu faktörlere değinilmekle birlikte hepsinin ayrıntılı bir şekilde ele alınamadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışma bulgularının ortaya çıkan söylemlere ilişkin belirlenen alt tema ve temalar için belirlenen anatema ve bağlamların net sınırlarla ayrışmadığı, birden fazla anatema ve bağlamı ilgilendirdikleri, sunum kolaylığı ve araştırmacının değerlendirmeleri sonucu bu şekilde katagorize edildikleri unutulmamalıdır.

Genel olarak hekimlerin mesleğe yönelik söylemleri birbiri ile örtüşmektedir. Ancak mesleğe yönelik olarak çalışma şartlarından bağımsız, genel bazı konular hakkında da birbiriyle tamamen zıt söylemler de olmuştur. Hekimlerimizin farklı eğitim, tecrübe ve yaşam şartları olduğu düşünüldüğünde bu farklılıklar doğal olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda öne çıkan sonuçlarından biri hekimliğin meslek itibarının ve saygınlığının azaldığına yönelik algılardır. Hekimler hekim niteliğini azaltan ve sayısını sürekli arttıran politikalar, eskiye oranla daha kötü olan ekonomik kazanımlar, mesleğin uygulanmasında hekimlerin hem kendi pratiklerinde hem de genel meslek

faaliyetleri üzerinde kaybolan otoritelerinin meslek itibarını ve saygınlığını azalttığını düşünmektedir.

Başta kamuda çalışan hekimler olmak üzere pek çok hekim pratiklerinde kendilerini en çok zorlayan durumun iş yoğunluğu olduğunu ifade etmişlerdir. Hekimlerde tükenmişliğinde en önemli sebebi olan iş yoğunluğunda hastaların sağlık hizmetine sınırsız ulaşımı, sevk zincirinin uygulanmaması, yoğun nöbet hizmetleri ve yardımcı sağlık personeli sayı ve niteliğinde yaşan sıkıntıların en önemli sebepler olduğu değerlendirilmektedir.

Hekimlerin toplum ve hastayla olan ilişkisinin olumsuz yönde bir değişim yaşadığına yönelik algıları vardır. Bu değişimin kapitalist sistemin son yüzyılda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde her alanda yayılması ile birlikte yerleşen tüketim kültürünün tüm ilişkilerimizde yarattığı yapısal deformasyonun yanı sıra kamuda performans sistemi, özel sektörde sermaye baskısının da etkisiyle hekimin toplumla ilişkisini satıcı müşteri ilişkisine eviren süreçten etkilendiği değerlendirilmiştir. Hekimlerimizin özellikle ülkemizde 1980 yılı sonrası politikacıların hekimlere yönelik olumsuz söylemleri ve şikâyet hattı gibi hekimleri örseleyen sağlık politikalarından etkilendiği değerlendirilmektedir. Ayrıca yaşanan şiddet, medyada hekimleri kötüleyen ve şiddeti özendiren programlar, malpraktise yönelik davaların bu sürecin temel dinamiklerini oluşturduğu saptanmıştır.

Şuanda ülkemizde kamuda uygulanan performans sisteminin yeninden değerlendirilmesi gerekmektedir. Her ne kadar verilen sağlık hizmetinin sayısal verileri üzerinden başarılı olduğu varsayılsa da sağlık hizmeti sunumunda yarattığı sorunlar çok büyüktür. Hekimleri sürekli etik ikilemde kalmaya zorlayan, hekimlerin hasta ve meslektaşlarla ilişkisini derinden yaralayan, bazı hastaların sağlık bakımını sekteye uğratan ve ulusal kaynakların israfına neden olan bir uygulamadır. Sistemin özel sektörden alındığı şekliyle uygulanan kişisel maddi kazanç temelli kurgusu, hem kişisel hem de mesleki değerleri ortadan kaldırarak, sadece ödül/ceza sistemi ile çalışan ve hekimlikle uyuşmayan sorunlu bir insan modeli yaratmaktadır.

Hekimlerin tıp eğitimin tüm süreçlerine yönelik ayrıntılı söylemleri olmuştur. Tıp fakültesi sayısı ve kontenjanlarındaki artışın hekim niteliğini olumsuz etkilemesi

sık yaptıkları değerlendirmelerden biridir. Bunun yanı sıra TUS tıp eğitimi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ve uzmanlık öğrencisi seçiminde iyi bir gösterge olmadığı öğretim üyeleri başta olmak üzere tüm hekimler tarafından belirtilmiştir.

Son yıllarda sağlık tesislerinde yaşanan fiziksel ve donanımsal iyileştirmelerin hekimlerin meslek algılarını olumlu yönde etkileyen faktörler olarak değerlendirilmektedir. Özellikle otomasyon sistemlerinin kurulması ile hekimlerin hastaların sağlık geçmişine ulaşımının kolaylaştırılması, yeni kurulan hastanelerin fiziksel yapıları, hastanelerin geneline kazandırılan yeni teknolojik donanımlar hekim pratiklerini kolaylaştıran ve destekleyen unsurlar olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık sigortalarının ortak çatı altında birleştirilmesi, hastaların sağlık hizmeti ulaşımında sağlanan eşitlik ve kolaylıklar hekimlerin olumlu olarak buldukları değişimlerdir. SGK'nun geniş ödeme politikaları yine hekimlerin beğendiği bir unsur olmakla birlikte son yıllarda ödemelerin gittikçe kısıtlanması ve protokollerinin sık değişmesi hekimleri zorlayan konular olarak değerlendirilmiştir.

Özel sektörde muayenehane açma ve işletilmesinin zorlaşması, özel sektöre ait tıbbi işlemlere yönelik belirlenen fiyat politikaları hekimlerin kendi başlarına ya da küçük gruplar halinde hekimlik pratiği gerçekleştirmelerin önünde önemli bir engel olarak değerlendirilmiştir.

Meslektaşlar arasında dayanışmanın azalması, iş paylaşımından kaçınma ve kamuda performans sistemi, özel sektörde sermaye baskısıyla yaşanan rekabet iş barışını bozan önemli bir unsur olarak bulunmuştur. Ayrıca meslek örgütünün milli ve manevi duygularla çelişen politikalarının hekimlerin meslek örgütünden uzaklaşmasına ve mesleki birliğin sağlanamamasına neden olduğu değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda bir arada bulunduğumuz pek çok hekimin meslek hakkında olumsuz söylemlerine, pek çoğunun kendi çocuklarının hekim olmasına karşı çıkmalarını gözlemlediğimiz, hekimlerin yurt dışına göçünün çokça dillendirildiği son süreçte tez araştırmamızın konuyla ilgili derinlemesine veriler elde ettiği değerlendirilmektedir. Çalışmamızda beklenenden daha fazla tema hekim söylemlerinde yer bulmuş ve geniş bir veri seti elde edilmiştir. Çalışma bulgularının

sağlık politikalarına yön verenler, tıp eğitiminde yer alanlar, sağlık idarecileri ve alanla ilgili çalışma yapmak isteyen araştırmacılar için yol gösterici olacağı değerlendirilmektedir.

Tezin planlama aşamasında belirlenen varsayımlara yönelik elde edilen sonuçlar şunlardır:

- **Hekimlerin meslek öncesi ve sonrası mesleğe yönelik algıları değişim göstermiştir.**

Hekimlerin mesleğe başlamadan önce var olan beklentileri ve mesleğe başladıktan sonra beklentilerine yönelik ortaya çıkan sonuçlar üzerinden meslek algılarındaki değişim değerlendirilmiştir. Hekimlerin meslek algılarının mesleğe başlamadan önce ve mesleğe başladıktan sonra varsayımımızla uyumlu olarak değiştiği değerlendirilmiştir. Bununla birlikte bazı faktörler açısından beklentilerinin karşılandığını ifade eden hekimler de olmuştur.

Hekimlerin mesleğe başladıktan sonra meslek algılarını olumsuz şekilde değiştiren faktörler; toplumsal itibar, rahat bir hayat, hastalarla iletişim kuramama, mesleki tatmin, yeterli eğitim alamama, iş yoğunluğu, liyakate dikkat edilmemesi, yeterli kurumsal destek görememe ve şiddete uğramaktır.

Az sayıda hekim için mesleğe başladıktan sonra beklentileriyle uyumlu olan faktörler; toplumsal itibar, rahat bir hayat, mesleki tatmin, mesleki kariyer ve iç huzurdur.

- **Hekimlerin meslek algıları mesleği ircaa ettikleri süre içerisinde sağlık sistemleri ve politikalarından etkilenmektedir.**

Hekimlerin meslek pratiklerini olumlu ve olumsuz etkileyen faktörler üzerinden meslek algılarındaki değişim incelenmiştir. Hekimlerin meslekleri süresince sağlık politikaları ve sağlık sistemleri gibi faktörlere bağlı olarak meslek algılarının olumlu ve olumsuz yönde değiştiren faktörler olduğu, bulguların varsayımımızla uyumlu bulunduğu değerlendirilmiştir.

Olumsuz yönde etkileyen faktörler; tükenmişlik, araçsallaşmış hissetme, tıp eğitiminde yetersizlik, güvenilmeme, kendini koruma, yasal düzenlemeler, ön yargılı yaklaşım, iletişim kuramama, saygı görememe, dayatma görme, şiddete maruz kalma, özel sektörün kazanç baskısı, hekimler arası rekabet, meslektaşların iş yükü paylaşımından kaçınması ve meslektaş birliğinin sağlanamaması olarak bulunmuştur.

Olumlu yönde etkileyen faktörler; meslekte yetkin olmak, kariyer olarak yükselmek, manevi motivasyon, mesleği sevmek, akademik ortamda bulunmak, sağlık ekibi desteği, öğretim üyeleri desteği, idari destek, aile ve sosyal çevre desteği, toplumsal bir ihtiyacı karşılama, hastalar ile olumlu iletişim, sağlık hizmetine uygun tesisler, sağlık hizmetine uygun organizasyon, kapsamlı ödeme politikaları, hastaların olumlu geri bildirimleri ve iş yükünü planlayabilmek olarak bulunmuştur.

Hekimlerin meslek hayatları süresince olumsuz yönde değişiklikler yaşanan faktörler; tükenmişlik, araçsallaşmış hissetme, tıp eğitiminde yetersizlik, özel sektöre yönelik düzenlemeler, saygı görememe, güvenilmeme, ön yargılı yaklaşım, şiddete maruz kalmadır.

Hekimlerin meslek hayatları süresince olumlu yönde değişiklikler yaşanan faktörler; teknoloji kullanımı, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, sağlık hizmetlerine ulaşımda eşitlik olması, sağlık hizmetlerine uygun organizasyon ve sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen modernizasyondur.

- **Hekimlerin meslek yaşamı süresince, hekimlik mesleğinin hasta ve toplumla olan ilişkisi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişim göstermiştir.**

Hekimlik mesleğinin toplumla ilişkisi son yüzyıl içerisinde insan haklarında yaşanan gelişmeler, tıpta yaşanan gelişmelerin sağlık hizmeti sunumuna etkisi, bilgiye ulaşımdaki değişim gibi faktörlere bağlı olarak değiştiği açıktır. Genel olarak yaşanan bu değişimlerin yanı sıra hekimlerimizin pratiklerine yansıyan yönleriyle yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde meslek yaşamları süresince de hastalarla ve toplumla olan ilişkilerinin değiştiği belirlenmiştir. Varsayımımızı doğrulayan bu değişimin, hekim algıları ve değerlerine genel olarak yansımasının olumsuz yönde olduğunu söylemek olanaklıdır.

Hekimlerin hasta ve toplumla olan ilişkisini olumsuz yönde etkileyen faktörler; sağlık sisteminin siyasi rant kapısı olarak görülmesi, mesleğin toplum isteklerine göre uygulanmak zorunda bırakılması, sağlık hizmetlerine sınırsız erişim, tek taraflı ve kontrolsüz şikayet mekanizmaları, insanlar arası güvensizlik, hekime güvensizlik, toplum eğitiminin yetersizliği, toplumun yetişme tarzında yaşanan olumsuz değişim, toplumdaki farklı sorunların hekime şiddet olarak yansıması, medyada hekime şiddetin özendirilmesi, medyada hekimlerin kötülenmesi, yanlış yönlendiren sağlık programları, internetten alınan yanlış bilgiler, performans sisteminin nitelikten çok niceliğe önem vermesi, özel sektörde kazanç baskısıdır.

Hekimlerin hasta ve toplumla olan ilişkisini olumlu yönde etkileyen faktörler; hastaların uyumlu tavrı, hastaların olumlu geri bildirimleri, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, sağlık hizmetlerine ulaşımda eşitlik, sağlık sigortalarının SGK çatısı altında toplanmasıdır.

- **Sağlık hizmetinin farklı basamaklarında çalışan hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler arasında farklılıklar vardır.**

Tez çalışmasında hekimlerin meslek algılarını etkilediğini ifade ettikleri ortak faktörler olduğu gibi farklı basamakta çalışan hekimlerin kendi sağlık hizmeti sundukları basamağa özgü diğer hekimlerden farklılaşan söylemleri de olmuştur. Bu anlamda hekimler arasında tam bir farklılık olduğunu söylemek mümkün olmasa da varsayımın kısmen doğru olduğu söylenebilir.

Birinci basamakta farklılaşan olumsuz faktörler; aile hekimliğinde yarı özerk bir sağlık kuruluşu işletmenin getirdiği sorumluluk ve iş yükü, fazla sayıda angarya olarak görülen iş, kanunsuz ve gereksiz ilaç ve rapor istekleridir

Birinci basamakta farklılaşan olumlu faktörler; ASM'nin fiziksel ve donanımsal standartlarının belirlenmiş olması, sürekli aynı topluma hizmet veriyor olmak, yeterli ücret alabilme, otomasyon sistemlerinin kullanılmasıdır.

İkinci basamakta farklılaşan olumsuz faktörler; hasta sayısının fazla olması, personel yetersizliği, sevk zincirinin uygulanmaması, idareci zorlamaları, performans sisteminin iş barışını bozması, yeterli ücret alamamadır.

İkinci basamakta farklılaşan olumlu faktörler; klinik ve hastane yöneticilerin desteği, büyükşehirde çalışmak, tüm uzmanlık alanlarının olduğu bir hastanede çalışmak, fiziksel olarak sağlık hizmetine uygun tesisler, SGK ödeme politikalarının geniş olmasıdır.

Üçüncü basamakta farklılaşan olumsuz faktörler; yoğun nöbet hizmetleri, nöbet sonrası mesaiye devam etme, hasta yönetiminde organizasyon eksikliği, uzmanlık eğitiminde standartların olmaması, nitelikli öğretim üyesi azlığı, uzmanlık öğrencisi seçiminde TUS'un iyi bir gösterge olmamasıdır.

Üçüncü basamakta farklılaşan olumlu faktörler; yenilikleri takip edebilme, teknoloji kullanımının artması, akademik ortam içinde bulunma, tecrübeli öğretim üyeleri ile çalışma, öğretim üyeleri ve kıdemli hekimlerden destek görmedir.

- **Kamu sektörü ve özel sektörde çalışan hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler arasında farklılıklar vardır.**

Özel sektör ve kamu sektörü hekimlerinde de benzer söylemler yanında farklılaşan söylemler de olmuştur. Özel sektör ve kamu sektöründe çalışan hekimlerin meslek algılarını etkileyen faktörler arasında farklılıklar vardır varsayımı kısmen doğru olarak değerlendirilmiştir.

Özel sektörde çalışan hekimlerin algılarını etkileyen ve kamuda çalışan hekimlere göre olumsuz olarak farklılaşan faktörler; yüksek hasta memnuniyeti baskısı, özel sektörün kazanç baskısı, tıbbi işlemlere yönelik SGK'nın fiyat politikası, muayenehane açma ve idamesindeki zorluklardır.

Özel sektörde çalışan hekimlerin algılarını etkileyen ve kamuda çalışan hekimlere göre olumlu olarak farklılaşan faktörler; iş yükü uygunluğu, iş yükü planlaması yapabilmek, kapitalist baskılardan arındırılmış sağlık hizmeti sunabilmektir.

6.2. ÖNERİLER

- Hekimlerin yaşadığı iş yoğunluğunun azaltılmasında en önemli noktalardan birinin yardımcı sağlık personelleri olduğu

değerlendirilmektedir. Yardımcı sağlık personel sayı ve niteliklerinin arttırılması ile ihtiyaca uygun şekilde yapılacak dağılım ve görevlendirmelerin hekim iş yükünü önemli ölçüde azaltacağı görülmektedir. Hekimlerin kıymetli olan vakitlerini hasta değerlendirmeye ayırmalarını sağlayacak, hastalarla gereksiz karşılaşmaları engelleyecek ve hekimler için rol çatışmasını önleyecek bir planlama olduğu değerlendirilmektedir.

- Mevcut hasta yoğunluğu ile hekimlerin muayene sayılarının kısa vadede azaltılması mümkün görünmemektedir. Ancak uzun vadede Sağlık Bakanlığı'nın mevcut politikasıyla uyumlu olarak aile hekimliği uzmanlarının sayısının arttırılmasının bu konuda bir çözüm oluşturabileceği değerlendirilmektedir. Aile hekimliği sisteminde hekimler için tanımlanacak maksimum nüfus sayıları 2000'li rakamların altına getirilebildiği takdirde kapıtutucu sistemin uygulamaya geçirilmesiyle sevk sisteminin zorunlu hale getirilmesinin hastanelerdeki yoğunluğu azaltmakla birlikte hastaların kendilerini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendiren sürekli bir hekimin kontrolünde olmalarını sağlayabilir.
- Performans sisteminin mevcut halinin değiştirilerek verilen sağlık hizmetinin en az nicelik kadar niteliğini de ön plana çıkaran, hekimi etik ikilemde bırakmayan, sağlık hizmetinde olması gereken etik çerçeveleri zorlamayacak bir formasyona dönüştürülmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- Ülkemizde henüz hekim sayısı yeterli olmasa da tıp fakültesi sayı ve kontenjanları değerlendirildiğinde ileride hekim sayısının ihtiyacın üzerine çıkacak olması olası hatta kesin gözükmektedir. Türkiye'nin en başarılı öğrencilerinin ülkenin önemli bir sermayesi olduğu düşünüldüğünde bu sermayenin gereksiz kullanımını önlemek açısından ileriye yönelik ayrıntılı bir personel planlaması yapılması uygun olacaktır.
- Tıp fakültelerinin hekim ihtiyacı göz önünde bulundurularak (hekim sayıları arttıkça) süreç içerisinde standartlarının belirlenmesi ve bu standartları sağlayamayanların kapatılması gündeme gelmelidir. Ayrıca

nitelikli bir eğitim için alabilecekleri öğrenci kapasiteleri de olanakları ölçüsünde sınırlandırılmalıdır.

- Tıp öğrencilerinin artık hekimin sağlık sisteminde tek karar verici konumunda olmadığı ve sistemin içerisinde sağlık ekibiyle birlikte çalıştığının farkında olarak rol çatışması yaşamadan, hekimlik mesleği etik ilkelerine uygun görev yapmalarını sağlayacak formasyonda yapılandırılmış bir eğitim almalarının uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- Tıp öğrencilerinin sadece hastalarla iletişime yönelik değil diğer sağlık çalışanları ile bir ekip olarak çalışacakları değerlendirildiğinde ekip çalışmasına da yönelik iletişim eğitim almalarının uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- Uzmanlık öğrencisi alımında ülke genelinde bir sınav yapılması genel olarak istenilen bir durumdur. Ancak TUS sınavının tıp eğitimine olumsuz yansımasını engellemek için sınava girişin iki senelik pratisyen hekimlik tecrübesi sonrasına ertelenmesi değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra kişilerin klinik tercihlerinde alana olan ilgi ve yeteneklerinin ölçülmesi amacıyla aldıkları puanla başvurdukları uzmanlık alanında eğitim başlangıcında yapılacak sözlü ve pratik bir değerlendirmenin sınav sistemine entegre edilmesi üzerinde düşünülmesi gereken bir husustur.
- Uzmanlık tercihlerinde geride kalan majör cerrahi branşlara yönelik çalışma gruplarının oluşturularak sorun alanlarının netleştirilmesi, gerekli görülmesi halinde bu branşlara sunulan finansal olanakların arttırılmasının değerlendirilmesi uygun olacaktır.
- Hasta hekim ilişkisinde güvenin zedelenmemesi adına her ne kadar sistem zorlamaları olsa da hekimler hastaların refahını öncelemeyi, özerkliklerine saygı göstermeyi ve sosyal adalet ilkesi çerçevesinde hareket etmeyi unutmamalıdır. Hastaya karşı olan özen gösterme sorumluluğu her şart altında yerine getirilmeye çalışılmalıdır.
- Hastaların uzmanlaşma ile ortaya çıkan bölünmüş sağlık yapısı içerisinde yaşadıkları zorlukların giderilmesi içi özellikle tanısı tam olarak belirlenemeyen, tedavisi başarılı olmayan ve hayatının son döneminde olan hastalara yeterli zaman ayrılmasına dikkat edilmelidir. Birden fazla uzman

hekimin ilgilendiği hastalarda gerekli koordinasyonun sağlanması, uyuşmazlıkların giderilmesi, tanı ve tedavilerin kesinleştirilerek hastaya yol gösterilmesinin önemli olacağı değerlendirilmektedir.

- Sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetlerinin temel faktörlerinden biri olduğu göz önünde bulundurularak buna yönelik ulusal eğitim müfredatına eklenebilecek çalışmalar yapılabilir. Ayrıca sağlık okur yazarlığını geliştirmek için mobil uygulamalar ya da toplum eğitimine yönelik programlar değerlendirilebilir.
- Medya şirketlerinin ticari olmayan bir yayın anlayışı benimsemeleri mümkün olmasa da en azından medya etiğinin değerlerine uygun bir yayın anlayışının yerleşmesine yönelik adımlar atılmalıdır. Sağlık haberlerine yönelik Sağlık Bakanlığı ya da TTB bünyesinde bir danışma kurulu oluşturulması uygun olabilir.
- Sağlıkta yaşanan şiddetin önlenebilmesi adına yasal düzenlemelerin gözden geçirilmesi, yasal düzenleme suçlarının adalet sistemindeki yansımalarının izlenmesi, sağlık çalışanlarına şiddetle baş edebilmeye yönelik eğitimler verilmesi ve sağlık kuruluşlarında güvenliğin arttırılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir. Medyada sağlıkta şiddeti sıradanlaştıran ve özendiren yayınların engellenmesi, hatta genel olarak toplumda şiddeti normalleştiren yayınlara yönelik önlemler alınması uygun olacaktır.
- Yeni teknoloji ve iletişim sistemlerinin sağlık alanında daha yaygın olarak kullanılacağı düşüldüğünde olası gelişmelerin öngörülerek bunlara yönelik regülâsyonların önceden hazırlanması kullanımda ortaya çıkabilecek tereddütlere ve karmaşaya engel olacaktır. Bunun yanında sık kullanılan iletişim araçlarında bilgi güvenliğine, hekim rollerine yönelik kılavuzların oluşturulması, önemli görülen hususların tıp eğitimi müfredatına yansıtılması uygun olacaktır.
- Tez çalışmasının bulgularında yer alan pek çok konu üzerinde ayrı ayrı çalışılan alanlardır. Bu çalışmaları yaparken hekimlerin meslek algılarının etkilendiği tüm faktörlerin bir bütün olarak göz önünde bulundurulmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Kurumu TD. TDK Sözlük. [https://sozluk.gov.tr/]. Erişim Tarihi: 22.10.2020

2. Yeğin A, Badıllı A, İsmail H, Çalım İ. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Büyük Lugat. (Aş. T, ed.). İstanbul: Ziya Ofset; 1987.

3. Etimolojitürkçe. [https://www.etimolojiturkce.com/arama/hekim]. Erişim Tarihi: 22.10.2020

4. Nişanyan. nişanyan etimolojik sözlük. [https://www.nisanyansozluk.com/?k=hekim]. Erişim Tarihi: 22.10.2020

5. Webster M. Meriam webster. Enclopedia Britannica; 2013. [http://www.merriam-webster.com/dictionary/research]. Erişim Tarihi: 22.10.2020

6. Bayat AH. Tıp Tarihi. 2. baskı. İstanbul: Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği; 2010.

7. Aydın E. Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitapevi; 2006.

8. Gökçe N. Tarih öncesinden günümüze hekim ve hekimlik. Trak Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2000;17 (2):117–121.

9. Magner LN. A History of Medicine. Second. (Magner LN, ed.). Boca Raton, FL: Taylor & Francis Group; 2005.

10. Nelson T. A History of Medicine. first. Great Britain: Sons Ltd.; 1945.

11. Uğurlu MC. Hipokrat. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1997;50 (2):67–78.

12. Yayla G. Imhotep'den Leonardo'ya: Hekimlik. Perinatoloji Derg 2002;10 (4):297–299.

13. Elçin M. Tıp eğitiminin tarihçesi. Hacettepe Tıp Derg 2010;41 (March 1827):195–202.

14. Dolan B. The medical profession through history. Içinde: Perspectives in Medical Humanities, Supplement 1 (August 2021); 2021.

15. Sağlam Ö. Modernleşme sonrasında yeni bir otorite biçimi olarak ortaya çıkan hekimlik. 2015. Doktora Tezi [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

16. Foucault M. The politics of health in the eighteenth century. Foucault Stud 2014:113–127.

17. Akdeniz N. Osmanlılarda hekim ve hekimlik ahlâkı. 1977.

18. Şehsuvaroğlu BN, Erdemir AD, Güreşsever GC. Türk tıp tarihi. Bursa: Taş Kitapçılık; 1984.

19. Öztürk H, Karasu C. An Assessment on the Works of Charles Ambroisse Bernard the Founder of Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane Imperial School of Medicine and His Effects on Ottoman. Bull Leg Med 2016;19 (3):125.

20. Tıp NK-TDU ve AM, 2016 undefined. 19. Yüzyıl Osmanlı Devleti'nde tıp eğitimi ve tıp dilinin türkçeleşmesi çabaları. estudamdergi.org. [http://estudamdergi.org/index.php/etik/article/view/8]. Erişim tarihi: 5.12.2020

21. Çavdar N, Karcı E. XIX. Yüzyıl Osmanlı sağlık teşkilatlanması'na dair bibliyografik bir deneme. Int Period Lang Lit Hist Turkish or Turkic 2014;9 (4):255–286.

22. Aydın E. 19. Yüzyilda Osmanli Sağlik Teşkilatlanmasi. OTAM (Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygul Merk Dergisi) 2004;15:185–207.

23. Aydın E. Türkiye'de taşra ve kırsal kesim sağlık hizmetleri örgütlenmesi tarihi. Toplum ve Hekim 1997;12 (80):21–44.

24. Karabulut U. Cumhuriyet'in ilk yıllarında sağlık hizmetlerine toplu bir bakış, Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve hizmetleri (1925-1937). Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Derg 2007;6 (15):151–160.

25. Dirican RM. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni 1970;2 (7):184–193.

26. Bingöl S. Tanzimat ilkeleri ışığında osmanlı'da adli tababete dair notlar. Tar Araştırmaları Derg 2007;26 (42):37–65.

27. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri. Yeni Türkiye Derg (Cumhuriyet-3, Sos Değerlendirme) 1998; (25):1976–1984.

28. Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında sağlık hizmetleri. J Fac Pharm 2002;31 (3):183–192.

29. Tekir S. Sıhhiye ve muavenet-i içtimaiye vekâleti'nin kuruluşu ve erken cumhuriyet dönemindeki faaliyetleri (1920-1930). Belgi Derg 2019;2 (18):1301–1326.

30. İzgi MC, Çoban M. Tıpta uzmanlık dallarının cumhuriyet dönemindeki değişimi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg 2014;4 (1):26–37.

31. Nesipoğlu g. olgusal bir yapı olarak sağlık politikaları: 1920-1960 yılları arası cumhuriyet döneminin tarihsel izleği. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2018;21 (1):165–177.

32. Güvercin CH. Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye'de sosyal güvenliğin tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57 (2):89–95.

33. Yılmaz GA. Sosyal güvenligin finansmanı. İktisat Derg 2006;sosyal pol (478):68–69.

34. Kasapoğlu A. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Sosyol Araştırmaları Derg 2016;19 (2):131–174.

35. Korkusuz MR, Doğa BB. Sağlık hakkı ı sosyal güvenlik sistemindeki yeri ve önemi ile gelişim sürecindeki eğilimler. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg 1 (1):65–83.

36. Gazete R. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.; ;10705.

37. Yazıcı E. Sağlık politikalarındaki değişim ve istihdam biçimine etkisi. Is, Guc J Ind Relations Hum Resour 2018;20 (Özel Sayı):121–146.

38. Özatkan Y. Hekimlerin tam gün çalışmasına yönelik politikalar: Ülke örnekleri ve Türkiye. 1. baskı (Hasan Hüseyin YILDIRIM, ed.). Ankara: Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü; 2018.

39. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Derg 2017;1 (1):48–57.

40. Uçkaç A. Türkiye'de neoliberal ekonomi politikaları ve sosyo-ekonomik yansımaları. Maliye Derg 2010;158 (1):422–430.

41. Young SP. Beyond Rawls: An analysis of the concept of political liberalism. University Press of America; 2002.

42. Duman MZ. Fransız Devriminin Politik Sonuçları ve Tocqueville'in Devrime İlişkin Görüşleri. Sosyol Derg 2008; (19):103–119.

43. Brennetot A. The geographical and ethical origins of neoliberalism: The Walter Lippmann Colloquium and the foundations of a new geopolitical order. Polit Geogr 2015;49:30–39.

44. Sennellart M. Biyopolitikanın doğuşu College de France dersleri 1978 1979/Michel Foucault. 2015.

45. Klein PG, Çetin Ü. avusturyalı ekonomist ve sosyal teorisyen. Lib Düşünce Derg 2014; (76):133–145.

46. Aka A. Neoliberal politikaların üreticisi olarak doktorlar. Sarajevo. (Çötok T, Şahin Y, ed.). Dobra knjiga d.o.o. Sarajevo – Put Famosa 38; 2016.

47. Harvey D. A brief history of neoliberalism. Oxford University Press, USA; 2007.

48. Lowi T. The End of Liberalism: The second republic of the United States. Second Edi. Newyork: W. W. Norton & Company; 1969.

49. Topal Yılmaz A. Küreselleşme sürecindeki Türkiye'yi anlamaya yarayan bir anahtar: Yeni sağ. Praksis 2002;7:63–84.

50. Navarro V. Neoliberalism, globalization, and inequalities: Consequences for health and quality of life. (Navarro V, ed.). London and Newyork: Routledge, Taylor& Franchis Group; 2020.

51. Savaş N. Dünya bankası'nın sağlık reformları üzerine etkisi; Türkiye'de sağlıkta dönüşüm örneği. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg 5 (1):142–157.

52. Temmuz G. Neoliberal politikaların küresel düzeyde sağlık üzerindeki etkileri. Anadolu Üniversitesi Sos Bilim Derg 2017;17 (1):159–178.

53. Waitzkin H. A Marxist view of medical care. Ann Intern Med 1978;89 (2):264–278.

54. Featherstone M. The body in consumer culture. Theory, Cult Soc 1982;1 (2):18–33.

55. Yanıklar C. Tüketim kültürü, kapitalizm ve insan ihtiyaçları arasındaki ilişki üzerine bir tartışma. Cumhur Üniversitesi Edeb Fakültesi Sos Bilim Derg 2010;34 (1):25–32.

56. Barbee H, Moloney ME, Konrad TR. Selling slumber: American neoliberalism and the medicalization of sleeplessness. Sociol Compass 2018;12 (10):e12622.

57. Renaud M. On the structural constraints to state intervention in health. Int J Heal Serv 1975;5 (4):559–571.

58. Rodberg L, Stevenson G. The health care industry in advanced capitalism. Rev Radic Polit Econ 1977;9 (1):104–115.

59. McGregor S. Neoliberalism and health care. Int J Consum Stud 2001;25 (2):82–89.

60. Rotarou ES, Sakellariou D. Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. Health Policy (New York) 2017;121 (5):495–503.

61. Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg 2012;2 (1):21–30.

62. Akdur R. Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık.; 2008. [https://www.recepakdur.com/media/1372/04-akdur-r-cumhuriyetten-gu-nu-mu-ze-tu-rkiye-sag-lik-12ulusal-halk-sag-lig-i-kongresi-21-25-ekim-2008-ankara-kitabi-sayfa-45-71.pdf]. Erişim tarihi: 5.12.2020

63. Altındağ Ö, Yıldız A. Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. Birey ve Toplum Sos Bilim Derg 2020;10 (1):157–184.

64. Cansever İH. Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg 2018; (31):105–120.

65. Kökçü AT. Türkiye'de Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları. Türkiye Klin J Med Ethics 2014;22 (3):98–105.

66. Kılıç B. Türkiye için sağlık insangücü planlaması ve istihdam politikaları. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2007;6 (6):501–514.

67. Kerman DU. Sosyal devlettenneoliberal devlete Türk sağlik sektöründeki paydaşlarin sağlikta dönüşüm algisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg 2014;19 (1):65–80.

68. Başol E, Abdülkadir I. Türkiye'de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. Int Anatolia Acad Online J Soc Sci J 2015;2 (2):1–26.

69. Akdağ R, Koç Y. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011): herkes için sağlık. TC Sağlık Bakanlığı; 2012.

70. Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Yentür GK, vd. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2020.

71. TUİK. Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2020. Ankara; 2021.

72. TTB. Sağlıkta dönüşüm programı çöktü kamu hastane birlikleri: ne dediler, ne oldu? Tıp Dünyası Gazetesi. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/khb_brosur.pdf. Published 2 2018. Erişim tarihi: 22.08.2022

73. Kart E. " Sağlıkta Dönüşüm" sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. Calisma ve Toplum 2013;38 (3):103–140.

74. Üstüner Y, İdrisoğlu FK. Kamu çal ı ş ma eti ğ i ve neo -taylorist uygulamalar : Türk kamu sa ğ l ı k hizmetinde performansa dayal ı ücretlendirme örne ğ i. 2014;41:177–200.

75. Erkan A. Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. Maliye Derg 2011;160 (1):423.

76. Korku C, Sıdıka K. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine etkisi: Hastane yöneticileri ve sağlık personelinin değerlendirmeleri. Veriml Derg (3):83–113.

77. Aydın S, Demir M. Sağlıkta performans yönetimi performansa dayalı ek ödeme sistemi. Ankara; 2007.

78. Beliner AS. Döner Sermaye ve Performans. Içinde: ttb, ed. Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı. Birinci ba. Ankara: Türk Tabiplar Birliği; 2011:163–176.

79. Sayan İÖ, Şahan Y. Sağlık Bakanlığı'nda performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi. Memleket Siyaset Yönetim 2011;6 (16):33–70.

80. TTB-Udek Etik Çalışma Grubu. Sağlık sisteminde performans uygulamasının mesleki değerlere etkileri ve etik sorunlar çaliştayi son bildirgesi. Içinde: TTB-UDEK Performans ve Etik Çalıştayı Sonuç Bildirgesi.; 2011:75–79.

81. Elbek O. Performans ve Hekimlik. Toplum ve Hekim 2010;25 (6):432–447.

82. Öztek Z. Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. Toplum Hekim Bülteni 2006;25 (2):1–6.

83. Akman E, Tarım M. Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg 2020;6 (2):303–316.

84. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Grubu Başkanlığı. Aile hekimlerinin gruplandırma işlemleri. Türkiye; 2017. [http://www.ahef.org.tr/upload/files/c4c9cba4-8bcd-4ac7-a1fd-

7109b1ae55c0.pdf]. Erişim tarihi: 19.10.2021

85. Resmi Gazete. Aile hekimliği sözleşme ve ödeme yönetmeliği. Türkiye; 2021. [https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/21.5.4198.pdf]. Erişim tarihi: 16.09.2022

86. Özcan C, Erdal R. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanılan süreçler. Smyrna tıp dergisi 2017; 2:58-62

87. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatr Derneği Bülteni 2009;12 (1):33–44.

88. Çevik C. Manisa iline ait sağlık düzeyi göstergeleri: Yıllara göre sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinin karşılaştırılması (2003-2012). 2013.

89. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Derg 2012;51 (1):21–29.

90. Emre E, Saral A. İş yükü-Angarya. Içinde: Ulutaş Y, Bozçalı F, Ünal F, ed. 2. Aile hekimleri buluşması raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi; 2019:116–122.

91. Mehlepçi AT. Emek sürecimiz ve bileşenleri: ASM yönetimi için harcanan emek. Içinde: Ulutaş Y, Bozçalı Ü, Ünal F, ed. Aile Hekimleri Buluşması Raporu 2. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi; 2019:113–116.

92. Teşkilatı DP. Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı 2001-2005. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı; 2000.

93. Kaya İ, Ceyhan R, Bıçakçllar T, Taşkın ŞÖ. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2003. (Araştırma P ve KKB, ed.). TC Sağlık Bakanlığı; 2004.

94. Karakaş GD, Yılmaz YF. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi: özel hastane sektörünün inşa süreci. Toplum ve Hekim 2011;26 (2):84–108.

95. Sezgin AŞ, Özel Hastaneler Sektörü. Türkiye İş Bankası İktisadi Araştırmalar Bölümü 2015;4. [https://ekonomi.isbank.com.tr/ContentManagement/Documents/sr04_ozelhastanelersektoru.pdf] Erişim tarihi: 11.10.2022

96. YÖK. [https://istatistik.yok.gov.tr.] Erişim Tarihi: 10.10.2021

97. Kolu TÖH. Özel sağlık sektöründe çalışma ve ücretlendirme biçimleri. Birinci Ba. İstanbul: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2018. [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/calisma_bicimleri.pdf]. Erişim tarihi: 10.08.2022

98. Office W. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. [https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=WFME+Office%3A+University+of+Copenhagen+·+Denmark+·+2003&btnG=]. Erişim tarihi: 13.12.2020

99. Öztürk R. Ülkemizde tıp eğitimine genel bir bakış. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg 2006;1 (1). [http://sdplatform.com/Dergi/14/Ulkemizde-tip-egitimine-genel-bir-bakis.aspx]. Erişim tarihi: 13.12.2020

100. Tosteson DC. New pathways in general medical education. N Engl J Med 1990;322 (4):234–238.

101. Behavior DL-J of H and S, 1988 undefined. Toward a new sociology of medical education. JSTOR. [https://www.jstor.org/stable/2136865]. Erişim tarihi: 16.12.2020

102. Donini-Lenhoff F, Jama HH-, 2000 undefined. Growth of specialization in graduate medical education. jamanetwork.com. [https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/193068]. Erişim tarihi: 16.12.2020

103. Behavior SB-J of health and social, 1988 undefined. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. JSTOR. [https://www.jstor.org/stable/2136864]. Erişim tarihi: 16.12.2020

104. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. 1972. [http://www.columbia.edu/itc/hs/pubhealth/rosner/p8773/readings/flexner1.pdf]. 16.12.2020 tarihinde erişilmiştir.

105. Ozan S, Gurpinar E. Understanding Abraham Flexner Correctly Efficiency of problem-based learning in medical education: Views of tutors and students View project TETdizin View project Hatice Sahin. [https://www.researchgate.net/publication/286611013]. Erişim tarihi: 16.12.2020

106. Medicine SS-A, 2010 undefined. Commentary: a century of progress in medical education: what about the next 10 years? journals.lww.com. [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2010/02000/Mission_Aligned_Management_and_Allocation__A.14.aspx]. Erişim tarihi: 16.12.2020

107. Roddie IC. The Edinburgh declaration. Lancet 1988;2 (8616):908.

108. Başkan S. 2000'li Yılların eşiğinde türk tıp eğitimi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 50, Sayıl, 1997 7-25 [https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/54366/10938.pdf?sequence=1]. Erişim tarihi: 19.12.2020

109. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni.; 2020. Erişim tarihi: 11.09.2022

110. Sayek İ, Odabaşı O, Kiper N. Türk Tabipleri Birliği mezuniyet öncesi tıp eğitimi raporu 2010. Birinci Ba. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2010. [http://www.ttb.org.tr]. Erişim tarihi: 21.12.2020

111. ÖSYM. 2020 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (Yks) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu.; 2020. 11.06.2021 tarihinde erişilmiştir.

112. Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Tarihçe. [http://tip.bozok.edu.tr/sayfa/tarihce,tr-802.aspx]. 21.12.2020 tarihinde erişilmiştir.

113. Arısoy ES. Türkiye'de Tıp Eğitimi Sorunları. Toplum ve Hekim 2 (8):58–64.

114. Akturan S, Sunar M. Erzincan Üniversitesi tıp fakültesi klinik eğitim dönemi öğrencilerinin staj kurulları ile ilgili görüşleri, öğrenci merkezli tıp eğitimi metotlarına ilişkin bilgi düzeyi ve yaklaşımları. Konuralp Tıp Derg 2018;10 (1):112–119.

115. Aydoğana S. Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Beceri Kazanmaları Sırasında Karşılaştıkları Etik Problemler Ethical Problems of Nursing Students Related to Acquisition of Clinical Skills. Turk J Bioeth 2016;3:120–123.

116. Güven M, Poyrazoğlu H. Tıp eğitiminin sorunlarına tıp fakültesi dekanlarının bakışı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg 2013; (22):72–75.

117. Odabaşı O, Sayek İ, Kiper N. Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitimi-2010. Türk Pediatr Arşivi 2011;46 (4). doi:10.4274/tpa.553.

118. O'neill PA, Metcalfe D, David TJ. The core content of the undergraduate curriculum in Manchester. Med Educ 1999;33:121–129.

119. Murt A, Şeker M. 2023 için tıp eğitimi: Kime, kiminle ve nasıl? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg 2015; (34):28–31.

120. Gürpınar MA, Gürpınar E, Songur A, Vitrinel A. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı-2014; 2019.

121. Namal F. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ULUSAL ÇEP-2014) Çerçevesinde Tıp Fakültesi Mezunlarının Yeterliliklerinin Değerlendirilmesi. 2016.

122. Svinicki MD. Practical implications of cognitive theories. New Dir Teach Learn 1991;45:27–37.

123. Layık ME, Karahocagil MK, Kalem P. Tıp Eğitiminde Akreditasyonun Önemi.; 2017. [https://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=vtd&plng=tur&un=VTD-33043]. Erişim tarihi: 10.1.2021

124. Donini-Lenhoff FG, Hedrick HL. Growth of specialization in graduate medical education. J Am Med Assoc 2000;284 (10):1284–1289.

125. Citizens Commission on Graduate Medical Education & AMA. The graduate education of physicians: the report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education: commissioned by the American Medical Association. Council on Medical Education, American Medical Association; 1966.

126. TC Sağlık Bakanlığı. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliği. 2014. [https://tuk.saglik.gov.tr/TR,30763/yururlukteki-mevzuat.html]. Erişim tarihi: 11.1.2021

127. Kutanis RO, Tunc T, Practice MT-EST and, 2011 U. Tıpta Uzmanlık Eğiticileri ve Uzmanlık Öğrencileri Tıpta Uzmanlık Sınavını (TUS) Nasıl Algılıyor? Kuram ve Uygulamada Egit Bilim Eğitim Bilim 2011;11 (4):1991–2004.

128. Terzi C. Bir Zihniyet Sorunu Olarak Tıpta Uzmanlık Eğitimi. Toplum ve Hekim 2001;16 (1):46–48.

129. Durak Hİ. Ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitimi sınavı yapılmalı mıdır? Tıp Eğitimi Dünyası 2003;11 (11):7–13.

130. Kaya A, Aktürk Z, Çayır Y, Taştan K. 2007-2013 arası Tıpta Uzmanlık Sınavları: Bir Trend Analizi. Ankara Med J 2014;14 (2):53–58.

131. Kalaycıoğlu DB. 1987'den 2017'ye Hekimlerin Uzmanlık Alanı Tercih Değişimleri. Tıp Eğitimi Dünyası 19 (59):157–170.

132. Segouin C, Jouquan J, Hodges B, Bréchat P, David S, Maillard D, vd. Country report: medical education in France. Med Educ 2007;41 (3):295–301.

133. Green M, Jones P, Thomas Jr JX. Selection criteria for residency: results of a national program directors survey. Acad Med 2009;84 (3):362–367.

134. Yıldırım Dİ, Marakoğlu K. Tıp fakültesi internlerinin tıp eğitimi ile tıpta uzmanlık sınavı hakkındaki düşünceleri ve branş tercihlerinin belirlenmesi. Genel Tip Derg 2019;29 (4).

135. Gülpınar MA. Uzmalık Eğitimi Dönemi ve Çerçeve Eğitim Programı Geliştirme Rehberi. Tıp Eğitimi Dünyası 2011;30 (30):29–59.

136. Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Kalyon ST, vd. Uzmanlık Eğitimindeki Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu. Turkish J Anesth Reanim 2016;44 (5).

137. Erol A, Saricicek A, Gülseren S. Asistan hekimlerde tükenmislik: Is doyumu ve depresyonla iliskisi/Burnout in residents: association with job satisfaction and depression. Anadolu Psikiyatr Derg 2007;8 (4):241.

138. Yılmaz Y, Ebubekir U, Ertin H. Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Asistan Hekimlerin Sorunlarının

İrdelenmesi: Bir Anket Çalışması. Tıp Eğitimi Dünyası 2019;18 (54):21–29.

139. YÖK. Tıp Dallarında Asistan Eğitim Çalıştayı Çalıştay Raporu. Ankara; 2017.

140. Murt A. Tıpta Uzmanlık Eğitimi 1. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg 2012;24:92–95.

141. Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy İF, Çiçek C. Ege ve Adnan Menderes Tıp Fakültelerinde uzmanlık eğitimi tıpta uzmanlık öğrencisi bakış açısı ile. 2006.

142. Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, Golnik KC. Continuing professional development: Best practices. Middle East Afr J Ophthalmol 2014;21 (2):134.

143. Hıdıroğlu S, Önsüz MF, Topuzoğlu A, Karavuş M. Bir tıp fakültesindeki öğretim üyesi, uzman ve asistan doktorların sürekli mesleki gelişim kavramına bakış açılarının değerlendirilmesi. Marmara Med J 2010;23 (3).

144. Tabak RS. Sağlık hizmetlerinde sürekli eğitim ve sürekli mesleki gelişim. Türk Hij Den Biyol Derg 2005;62 (1,2,3):59–66.

145. Akalın S. Birinci Basamakta Sürekli Eğitimin Geliştirilmesi: Deneyim Paylaşımı. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2002;11 (6):215–219.

146. Çıtak N. Hekimlerin kongre ve benzeri etkinliklere katılımı" hakkında bir çözüm arayışı. [http://www.asyod.org/dokuman/13102016122530.pdf].

147. Sayek İ, Aktan Ö, Demir T, Özyurt A. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu. Ankara; 2015.

148. Gölboyu BE, Dülgeroğlu O, Ekinci M, Kızıloğlu İ, Sarı E, Karaca Baysal P. Doğu Anadolu Bölgesi'nde ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan uzman hekimlerin sürekli tıp eğitimi faaliyetleri. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastan Derg 2015;25 (3):179–185.

149. Polat C. Bilimsel bilgiye açık erişim ve kurumsal açık erişim arşivleri. Atatürk Üniversitesi Fen Edeb Fakültesi Sos Bilim Derg 2006;6 (37):53–80.

150. Bozkurt S, Samur MK, Zayim N. Sağlık Bilgi Teknolojileri Uygulamalarında İnsan ve Organizasyona İlişkin Konular Üzerine Bir Derleme. Içinde: TURKMIA'10 Proceedings 87 VII. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi; 2010:87–98.

151. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan A. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhur Med J 2009;31 (4):356–366.

152. Özata M, Özer K, Akkoca Y. Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması Investigation of Defensive Medical Applications of Doctors Who Work in Konya City Center.; 2018. [https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/36260/345021] Erişim tarihi: 28.1.2021

153. Başer A, Kolcu G, Çığırgil Y, Kadınkız B, Öngel K. İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Derg 2014;16:24.

154. Soltekin MF. Hobbes ve Kuçuradi'de Bir Kişinin Değeri. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sos Bilim Derg 2019; (46):99–107.

155. Yavlal-Gedik N. İ. Kuçuradi" nin İnsan Hakları Görüşü. Uludağ Üniversitesi Felsefe Derg 2003; (2):12–19.

156. Kocaman AÇ. Kuçuradi Felsefesinde İnsanlaşma Sorunu Olarak Eğitim. Tabula Rasa Felsefe ve Teol 2021; (35.):36–55.

157. Şükrü Keleş. Psikiyatristlerin ve Cinsel Azınlıkların Cinsel Kimlik ve Cinsel Yönelim

Konusuna İlişkin Değersel Söylemleri. 2015.

158. Schwartz SH. An overview of the schwartz theory of basic values.pdf. Online Readings in Psychology and Culture.2012;2:1–20. [https://core.ac.uk/download/pdf/10687025.pdf] Erişim tarihi 08.11.2021

159. Yıldırım G, Kadıoğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. CÜ Tıp Fakültesi Derg 2007;29 (2):7–12.

160. Yasemin Oğuz. Psikiyatride onam ve aydınlatılmış onam. 1994. Doktora Tezi. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp] Erişim tarihi: 12.10.2022

161. Ertin H. Marksist bir perspektiften tababetin özüne yabancılaşması. Içinde: M. Bilgin Saydam, Hakan Kızıltan, ed. Hekimin Filozof Hali. İstanbul: İtaki Yayınları; 2018:208–224.

162. Şimşek H, Yıldırım A. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık 2011.

163. Patton MQ. Nitel Araştırma ve değerlendirme yöntemleri, çev. Ed M Bütün ve SB Demir Ankara Pegem Akad Yayıncılık 2014.

164. Lin KY. Physicians' perceptions of autonomy across practice types: Is autonomy in solo practice a myth? Soc Sci Med 2014; (100):21–29.

165. Consensus RG. Report Of Fındıngs A Cross-Country Comparative Study of Physician Autonomy Objectives : 2010. [http://www.medlib.ch/documents/%20042011MedLibStudyDeck.pdf] Erişim tarihi 10.10.2022

166. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med 2000;75 (6):612–616.

167. Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR. Assessing professionalism: A review of the literature. Med Teach 2004;26 (4):366–373.

168. Mishra AN, Anderson C, Angst CM, Agarwal R. Electronic health records assimilation and physician identity evolution: An identity theory perspective. Inf Syst Res 2012;23 (3 PART 1):738–760.

169. Çelik R. Semantik analiz ve gömülü teori çerçevesinde sağlığın kültürleşmesi. Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi 2016. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp] Erişim tarihi 10.10.2022

170. Mustafa Kılıç. Profesyonellerin yönetiminde örgüt çalişan ilişkilerinin düzenlenmesinde mesleki özerklik sorunu hastane hekim ilişkileri kültürleşmesi. 1998. Yayınlanmamış Doktora Tezi.

171. Mıdık Ö, Özbenli T, Pekşen Y. Tıbbi profesyonalizm bağlamında tasarlanan " Hekim Rolleri " Seçmeli Programının Müfredata Entegrasyonu The Integration Of The Elective Program " Doctor Roles ", Designed Within The Context Of Medical Professionalism, Into The Curriculum. 2015; (61):83–94.

172. Abay ŞE, Sezer B, Başusta NB. Hekim Adaylarının hekim kimliğine ilişkin algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi metafor analizi örneği. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2017;26 (1):1–8.

173. Young DJ, Fraser BJ, Woolnough BE. Factors affecting student career choice in science: An Australian study of rural and urban schools. Res Sci Educ 1997;27 (2):195–214.

174. Hakel MD, Hollmann TD, Dunnette MD. Stability and change in the social status of occupations over 21 and 42 year periods. Pers Guid J 1968;46 (8):762–764.

175. Fredrickson RH, Lin JG, Xing S. Social status ranking of occupations in the People's Republic of China, Taiwan, and the United States. Career Dev Q 1992;40 (4):351–360.

176. Welch MK. The ranking of occupations on the basis of social status. 2013. [http://hdl.handle.net/10484/4798]. Erişim tarihi: 08.012.2021

177. Sunar L. Türkiye'de mesleki itibar: dönüşen çalışma hayatı ve mesleklerin sosyal konumu. J Econ Cult Soc 2020; (Özel Sayı 1/Supplement 1):29–58.

178. Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? Int J Health Plann Manage 2003;18 (S1):S89–S101.

179. Özensel E, Koçak A. Hekimler ve hekimlik. Birinci Ba. Konya: Konya: Çizgi Kitabevi; 2004.

180. Şengül A. Kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerinde görev yapan klinisyen hekimlerin ii doyumları arasındaki farklılıkların belirlenmesi üzerine bir araştırma. Ege Acad Rev 2009;9 (4).

181. Hamzaoglu O. Son yirmi yılda sağlıktaki değişim 12 Eylül rejiminin yarattığı olumsuzluklar. Toplum ve Hekim 2000;15 (4):265–277.

182. Kalyoncu F. Yillardir değişenler ve değişmeyenler. Toraks Bülteni 2017:3–6.

183. Tosun Ö, Aktan HE. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin hastane verimlilikleri üzerindeki etkileri. TİSK Akad 2010;5 (10):112–129.

184. Fişek G. SSK Hastanelerinin sağlık bakanlığına devri: Ver-Kurtul. Çalışma Ortamı Derg 2004;77:2–6.

185. Heybet M, Tekin O, Kahveci R, Heybet ER, Yarloglues G, Sencan I, vd. Development of a scale for measuring physician perception: Physician related health care perception scale. Konuralp Tip Derg 2016;8 (2):104–113.

186. Karaca BK, Aydın B, Turla A, Dündar C. Samsun'da hekimlerin meslekleri nedeniyle yaşadıkları şiddetin özellikleri ve şiddetin önlenmesi konusundaki düşünceleri. Adli Tıp Bülteni 2015;20 (2):76–82.

187. Kazi AS, Akhlaq A. Factors Affecting Students' Career Choice. J Res Reflections Educ 2017;11 (2).

188. Hyppölä H, Kumpusalo E, Neittaanmäki L, Mattila K, Virjo I, Kujala S, vd. Becoming a doctor—Was it the wrong career choice? Soc Sci Med 1998;47 (9):1383–1387.

189. Seetharaman N, Logaraj M. Why become a doctor? Exploring the career aspirations and apprehensions among interns in South India. Natl J Res Community Med 2012;1 (4):188–195.

190. Millan LR, Azevedo RS, Rossi E, De Marco OLN, Millan MPB, Arruda PCV de. What is behind a student's choice for becoming a doctor? Clinics 2005;60:143–150.

191. Ensari MŞ, Hazal K. Meslek seçimini etkileyen faktörlerin demografik değişkenler ile ilişkisinin araştırılması: İstanbul ilinde bir uygulama. Humanit Sos Bilim Derg 2017;5 (10):409–422.

192. Gülten G, Alim K, Metin G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin meslek seçimini etkiyen faktörler. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg 2007;8 (13):49–63.

193. Hollingshead AB. Four factor index of social status. Yale J Sociol 2011;8:21–52.

194. Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. Soc Sci Med 2003;56 (6):1321–1333.

195. Słomczynski KM, Kacprowicz G. The subjective evaluation of social status. Int J Sociol 1986;16 (1–2):124–143.

196. Abdullah A, Gür SH. Lise öğrencilerinin meslek tercihleri ve bu tercihlerine etki eden faktörler. Kariyer Psikolojik Danışmanlığı Derg 2019;2 (1):32–53.

197. Sloan FA. Lifetime earnings and physicians' choice of specialty. ILR Rev 1970;24 (1):47–56.

198. Reschovsky JD, Staiti AB. Physician incomes in rural and urban America. Practice 2005;156 (171,000):0–169.

199. Melina Theodorou. The 20 Highest-Paying Jobs in the World. 2020. [https://www.careeraddict.com/the-highest-paid-jobs-in-the-world]. Erişim tarihi: 08.08.2021

200. Indeed Editorial Team. Top 100 Highest-Paying Jobs. 2021. [https://www.indeed.com/career-advice/finding-a-job/top-100-highest-paying-jobs]. Erişim tarihi: 08.08.2021

201. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? 2008.

202. Adam Hayes. Health Maintenance Organization (HMO). İnvestopedia 2022. [https://www.investopedia.com/terms/h/hmo.asp]. Erişim tarihi: 08.09.2022

203. Hadley J, Mitchell JM. The growth of managed care and changes in physicians' incomes, autonomy, and satisfaction, 1991–1997. Int J Health Care Finance Econ 2002;2 (1):37–50.

204. Hadley J, Mitchell JM. HMO penetration and physicians' earnings. Med Care 1999:1116–1127.

205. Reed M, Ginsburg PB. Behind the times: physician income, 1995-99. Data Bull (Cent Stud Health Syst Change) 2003; (24):1–2.

206. Immergut EM. The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden. Struct Polit Hist institutionalism Comp Anal 1992;4 (4):57–89.

207. Wörz M, Busse R. Analysing the impact of health-care system change in the EU member states–Germany. Health Econ 2005;14 (S1):S133–S149.

208. Freeman R. The politics of health in Europe. first publ. (Freeman R, ed.). Manchester: Manchester University Press; 2000.

209. Ulutaş ÇÜ. Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. 1. baskı. Ankara: NotaBene Yayınları; 2011.

210. Belek İ. Antalya'da hekimler: Statü ve sınıf konumu açısından değerlendirme. Türk Tabipler Birliği; 2003.

211. Nesanır N, Ali E, Bedri B, Saltık A. Manisa" da Birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin bakış açısıyla performansa dayalı döner sermaye uygulaması. Toplum ve Hekim 2006;21 (3):231–238.

212. Çakır DÖ, Sakaoğlu HH. Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sisteminde ücret adaleti algısı: tepecik eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Çalışma İlişkileri Derg 2014;5 (1):1–21.

213. Gustafson JM. Professions as" Callings". Soc Serv Rev 1982;56 (4):501–515.

214. Ben-Shem I, Avi-Itzhak TE. On work values and career choice in freshmen students: The case of helping vs. other professions. J Vocat Behav 1991;39 (3):369–379.

215. Stevens M, Moriarty J, Manthorpe J, Hussein S, Sharpe E, Orme J, vd. Helping others or a rewarding career? Investigating student motivations to train as social workers in England. J Soc

Work 2012;12 (1):16–36.

216. Krumboltz JD, Mitchell AM, Jones GB. A social learning theory of career selection. Couns Psychol 1976;6 (1):71–81.

217. Krous T, Nauta MM. Values, motivations, and learning experiences of future professionals: Who wants to serve underserved populations? Prof Psychol Res Pract 2005;36 (6):688.

218. Locke EA. What is job satisfaction? Organ Behav Hum Perform 1969;4 (4):309–336.

219. Michaelson C, Pratt MG, Grant AM, Dunn CP. Meaningful work: Connecting business ethics and organization studies. J Bus ethics 2014;121 (1):77–90.

220. Lawler EE, Hall DT. Relationship of job characteristics to job involvement, satisfaction, and intrinsic motivation. J Appl Psychol 1970;54 (4):305.

221. Kosenkranius M, Rink F, Kujanpää M, de Bloom J. Motives for Crafting Work and Leisure: Focus on Opportunities at Work and Psychological Needs as Drivers of Crafting Efforts. Int J Environ Res Public Health 2021;18 (23):12294.

222. Krapp A. Interest and human development: An educational-psychological perspective. Dev Motiv 2003;2:57–84.

223. Lavonen J, Gedrovics J, Byman R, Meisalo V, Juuti K, Uitto A. Students'motıvatıonal orıentatıons and career choıce ın scıence and technology: a comparatıve ınvestıgatıon ın fınland and latvıa. J Balt Sci Educ 2008;7 (2).

224. Yeşiltaş A. Tıp Uzmanlık tarihi ve tıpta uzmanlaşmadan aşırı uzmanlaşmaya. Türkiye Klin Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Derg 2019;27 (1):65–72.

225. Rosso BD, Dekas KH, Wrzesniewski A. On the meaning of work: A theoretical integration and review. Res Organ Behav 2010;30:91–127.

226. Davidson JC, Caddell DP. Religion and the meaning of work. J Sci Study Relig 1994:135–147.

227. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. Greenwood; 1980.

228. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 1981;2 (2):99–113.

229. Gregory ST. Burnout among primary care physicians: a test of the areas of worklife model. J Healthc Manag 2015;60 (2):133–148.

230. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;388 (10057):2272–2281.

231. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, vd. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg 2010;251 (6):995–1000.

232. Lee Y, Medford A, Halim A. Burnout in physicians. JR Coll Physicians Edinb 2015;45:104–107.

233. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, vd. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2017;177 (2):195–205.

234. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2019;246:132–147.

235. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, vd. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern

Med 2012;172 (18):1377–1385.

236. Lee PT, Loh J, Sng G, Tung J, Yeo KK. Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. Singapore Med J 2018;59 (1):50.

237. Zhou X, Pu J, Zhong X, Zhu D, Yin D, Yang L, vd. Burnout, psychological morbidity, job stress, and job satisfaction in Chinese neurologists. Neurology 2017;88 (18):1727–1735.

238. Li H, Zuo M, Gelb AW, Zhang B, Zhao X, Yao D, vd. Chinese anesthesiologists have high burnout and low job satisfaction: a cross-sectional survey. Anesth Analg 2018;126 (3):1004–1012.

239. Günüşen N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. DEUHYO ED 2010;3 (1):40-51

240. Çıraklı Ü. 18 OECD Ülkesinde 2002-2018 yılları arası kişi başı ortalama hasta muayene sürelerinin karşılaştırılması. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Derg 18M.S.;3 (1):43–54.

241. Şerik B, Erdoğan N, Ekerbiçer HÇ, Demirbaş M, İnci BM, Bedir N, vd. Sakaryada Aile Salığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sak Tıp Derg 2016;6 (2).

242. Baykan[1] Z, Çetinkaya F, Naçar[1] M, Kaya A. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. 2014.

243. Elbek O, Adaş EB, Tolerans ATOŞS, Grubu Ç. Şiddetin Gölgesinde Hekimlik. Aydın Tabip Odası Şiddete Sıfır Toler Çalışma Grubu, Türk Tabipleri Birliği Aydın Tabip Odası Yayını, Mayıs 2012;28:39.

244. Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet: Hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını 2008.

245. Toraman A, Çarıkçı İH. Defansif tıbbın nedenlerinin hekim gözüyle değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg 2018;10 (23):40–51.

246. Yeşiltaş ÖGA, Erdem R. Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma1 Öz. Akad Sos Araştırmalar Derg 2018;6 (64):486–500.

247. Civaner M, Yürür K, Pala K. Sağlık alanında "hizmet kaynaklı zarar": hekimler ne diyor? Birinci Ba. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2011.

248. Benli AR, Habibe İ, Cebecik A, Sunay D. Türkiye'de tıp fakülteleri temel tıp bilimlerinin ders saatleri ve akademisyen sayılarının karşılaştırılması. Tıp Eğitimi Dünyası 2018;17 (51):13–20.

249. Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Tıp Fakültesi. Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Tıp Fakültesi 2020 Yılı Birim Faaliyet Raporu.; 2021. [https://static.ohu.edu.tr/uniweb/media/portallar/tipfakultesi/sayfalar/15735/fe3zcyuc.pdf]. Erişim tarihi: 08.04.2022

250. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara Üniversitesi Kardiyoloji AD. [http://kardiyoloji.medicine.ankara.edu.tr/ogretim-kadrosu/]. Erişim tarihi: 08.04.2022

251. Edirne T, Deveci A, Kolusarı A, Can T. Tıp fakültesi dönem 2 öğrencileri ve tıp eğitimi. Van Tıp Derg 2008;15 (1):18–22.

252. Atılgan B, Temizayak F, Çağıran T, Ege O, Gürler G, Turan S, vd. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Tıp Fakültesinde Hekimlik Becerileri Eğitimine Yönelik Görüşleri. Tıp Eğitimi Dünyası 2020;19 (57):5–25.

253. YÖK. Tıp Eğitiminde İntörnlük Çalıştayı. Ankara; 2018.

[https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/Tip_egitiminde_intornluk_calistayi.pdf]. Erişim tarihi: 17.04.2022

254. TC Sağlık Bakanlığı. Tıpta Uzmanlık Kurulu Kararı. Türkiye; 2018;1.

255. Altınsoy KE. Acil Tıp Asistanlarının Uzmanlık Eğitim Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2019. [https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/219143]. Erişim tarihi: 12.07.2021

256. Demir Uslu Y, Silacı OY. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin sürdürülebilir hizmet içi eğitimlerinin yönetimi üzerine bir alan araştırması. 2018. Yüksek Lisans Tezi. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp] Erişim tarihi: 17.09.2022

257. Aktuğ S. Hizmet İçi Eğitimin Örgütsel Bağlılık Düzeyi ve Algılanan Çalışan Performansı Üzerine Etkisi. 2016. Yüksek Lisans Tezi [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp] Erişim tarihi: 17.09.2022

258. Üzgül A. Sağlık Bakanlığı'nın Hizmet İçi Eğitimlerine İlişkin Bir Değerlendirme. 2006.

259. Özçelik E, Yılmaz S. İstihdam politikalarında ehliyet ve liyakat unsurlarının kapsam derlemesi. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sos Bilim Araştırmaları Derg 2019;2 (1):87–100.

260. Murat AK, Sezer Ö. Kamu Personel Sisteminde Çalişanlarin Görevde Yükselmesinde Kayirmacilik Sorunu. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg 2018;23 (Geybulla Ramazanoğlu Özel Sayısı):739–757.

261. Yılmaz F, Çakıcı A. Kamu Çalışanlarının Liyakat İhlali Algısı, Kaynakları ve Etkileri. İş ve İnsan Derg 2021;8 (2):195–208.

262. Tunçer M. Stratejik insan kaynakları yönetimi ve liyakat ilkesi: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi örneği. 2017. [https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/126086/yokAcikBilim_10144242.pdf?sequence=-1&isAllowed=y]. Erişim tarihi: 23.09.2022

263. Bozdemir E. Özel hastanelerde hekimlik hizmet alımı uygulamasının mali açıdan analizi. Konuralp Med J 2018;12 (1):87–96.

264. İzmir Tabip Odası ÖHÇHK. İzmir'de özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin çalışma koşulları ve mesleki sorunlarını değerlendirme Anketi Sonuçları. İzmir; 2021. [http://www.izmirtabip.org.tr/SF/3919/ozel_ank.pdf]. Erişim tarihi: 07.06.2022

265. Arıca SG, Özer C, Arı M, Karakuş A, Mansuroğlu YE, Eraslan S. Cerrahi ve dahili bölüm asistanlarında tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler. Smyrna Tıp Derg 2011;1 (1):6–9.

266. Taşlıyan M, Gök S. Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg 2012;2 (1):69–94.

267. Karsandı A, Özkan S, Dibek K, Arslan ED. Kalabalık Acil Servislerde Hasta Değerlendirme Sürelerinin Tanıya Etkisi. Phoenix Med J 3 (1):5–10.

268. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Med Educ 2000;34 (6):430–436.

269. Friedberg MW, Chen PG, Busum KRV, Aunon FM, Pham C, P.Caloyeras J, vd. RAND Study - Physician Satisfaction.; 2013.

270. Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. U.S. physician satisfaction: A systematic review. J Hosp Med 2009;4 (9):560–568.

271. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam

doyumu düzeyleri ile ilişkisi. Klin Psikiyatr 2001;4 (2):113–118.

272. Karaoğlu N. Tıp Eğitiminde Rol Modellik ve Aile Hekimliği için Önemi. Turkish J Fam Med Prim Care 2012;6 (2).

273. Aslan D, Odabaşı O. Tıp eğitiminde "mentorluk" ve "rol modelliği" kavramları. Tıp Eğitimi Dünyası 2013;38 (38):43–49.

274. Yaşar ME, Aydemir İ. Sağlık Teknolojileri ve Teknoloji Değerlendirme Süreci. Içinde: Uysal ŞA, Çelik R, ed. Sağlık Yönetiminde Güncel Konular. Ankara: İksad Yayınevi; 2020:117–172.

275. Kutsal YG. Teletıp. Içinde: Kutsal YG, Aslan D, ed. Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları. 1. baskı Ankara: Türk Geriatri Derneği; 2021:1–16.

276. Doğan D, Tolga E, Mendi AF. Sağlık alanında karma gerçeklik. Avrupa Bilim ve Teknol Derg 2021; (29):11–18.

277. Siyal AA, Junejo AZ, Zawish M, Ahmed K, Khalil A, Soursou G. Applications of blockchain technology in medicine and healthcare: Challenges and future perspectives. Cryptography 2019;3 (1):3.

278. Herzlinger RE. Why innovation in health care is so hard. Harv Bus Rev 2006;84 (5):58.

279. Korkmaz S, Arıkan G, Kurumlu Y. Yeniliklerin Yayılması Teorisi Kapsamında İleri Tıbbi Teknolojik Cihazların Hekimler Tarafından Değerlendirilmesi: Bir Araştırma. Turkiye Klin J Heal Sci 2021;6 (1):94–103.

280. Hayran O. Yeni Tıp Teknolojilerinin Kullanımı ve Etik Sorunlar. J Biotechnol Strateg Heal Res 2019;3 (2):54–60.

281. Yıldırım G, Karagözoğlu Ş, Yıldız E, Özbay S. Bir ildeki hastanelerde çalışan hekimlerin ileri teknoloji kullanım düzeyinin belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg 12 (1):126–135.

282. Ömürbek N, Altın FG. Salık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Aratırma: İzmir Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sos Bilim Derg 2009;2009 (19):211–232.

283. Akalın B, Veranyurt Ü. Sağlıkta dijitalleşme ve yapay zeKÂ. SDÜ Sağlık Yönetimi Derg 2020;2 (2):128–137.

284. Ak B. Sağlıkta yeni hedef: Dijital hastaneler. Akad Bilişim 2013:23–25.

285. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, vd. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med 2006;144 (10):742–752.

286. ŞENGÜL Y. Türkiye'de Sağlık Bilişimi Altyapısının Kamusal Alandaki Gelişimi ve E-Sağlık Hizmetleri. Sağlık ve Sos Refah Araştırmaları Derg 2019;1 (2):14–20.

287. Tommy G. Thompson, David J. Brailer. The Decade of Health Information Technology: Delivering Consumer-centric and Information-rich Health Care. A Strategic Framework.; 2004.

288. Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM, Hayward RA, Shekelle P, Rubenstein L, vd. Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. Ann Intern Med 2004;141 (12):938–945.

289. Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG, vd. Use of electronic health records in US hospitals. N Engl J Med 2009;360 (16):1628–1638.

290. Evans RS. Electronic health records: then, now, and in the future. Yearb Med Inform 2016;25 (S 01):S48–S61.

291. Shachak A, Hadas-Dayagi M, Ziv A, Reis S. Primary care physicians' use of an electronic medical record system: a cognitive task analysis. J Gen Intern Med 2009;24 (3):341–348.

292. Mesko B, Győrffy Z. The rise of the empowered physician in the digital health era. J Med Internet Res 2019;21 (3):e12490.

293. Kaçamaz E. Aile hekimleri tarafından kullanılan elektronik reçete sistemi başarısının ölçülmesi ve hekimlerin algısı. 2017. Uzmanlık Tezi [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp] Erişim Tarihi 11.10.2022

294. Şahin M. Aile hekimlerinin elektronik sağlık kayıt sistemi hakkındaki görüşleri ve elektronik sağlık kayıtlarının aile hekimlerinin tükenmişliği üzerindeki etkisi. 2020. Uzmanlık Tezi. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp] Erişim Tarihi 08.10.2022

295. Hawn C. Take two aspirin and tweet me in the morning: how Twitter, Facebook, and other social media are reshaping health care. Health Aff 2009;28 (2):361–368.

296. Panahi S, Watson J, Partridge H. Social media and physicians: exploring the benefits and challenges. Health Informatics J 2016;22 (2):99–112.

297. Campbell L, Evans Y, Pumper M, Moreno MA. Social media use by physicians: a qualitative study of the new frontier of medicine. BMC Med Inform Decis Mak 2016;16 (1):1–11.

298. Avcı K. Hekimlerin Tıpta Sosyal Medya Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. Içinde: Nilay Etiler, ed. 18. Ulluslararası Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. Konya: HASUDER; 2015:802.

299. Tüzün İK. Güven, örgütsel güven ve örgütsel güven modelleri. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sos ve Ekon Araştırmalar Derg 2007;2007 (2):93–118.

300. Aytaç SE, Çarkoğlu A, Ertan G. Türkiye'de kişilerarası sosyal güven ve bireysel belirleyicileri. 2017.

301. Inglehart R, Haerpfer C, Moreno A, Welzel C, Kizilova K, Diez-Medrano J, vd. World Values Survey: Round Six - Country-Pooled Datafile Version: www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp. Madrid; 2014.

302. Ipsos., Changers G. Interpersonal trust across the world, A 30-country global advisor survey.; 2022. [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-03/Global Advisor - Interpersonal Trust 2022 - Graphic Report_0.pdf].Erişim Tarihi: 22.09.2022

303. Ünal Ö, Akbolat M, Amarat M. Hastaların hekim kalitesi algısının hekime güvene ve tedaviye uyuma etkisi. Içinde: Erdem R, Bostan S, Şahinöz T, ed. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi e-Bildiri Kitabı. İstanbul: Üsküdar University; 2019:112–117.

304. Gaines K. Nursing ranked as the most trusted profession for 20th year in a row. Nurse org 2022. [https://nurse.org/articles/nursing-ranked-most-honest-profession/].

305. Ipsos, Changers G. Global trustworthıness ındex 2022.; 2022. [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-07/Global trustworthiness 2022 Report.pdf]. Erişim Tarihi: 22.09.2022

306. Akıcı A, Alkan A, Dönertaş B, Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş. Birinci basamak sağlık merkezlerine ve devlet hastanelerine başvuran hastaların aldıkları sağlık hizmetinin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. J Turkish Fam Physician 2015;6 (1):30–39.

307. Deniz S, Çimen M. Hekimlere güven düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Celal

Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg 2021;8 (1):10–16.

308. Aksaraylı M, Kıdak LB. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008;10 (3):87-122

309. Gülcemal E, Keklik B. Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: ısparta ili örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg 2016;8 (14):64–87.

310. Güler Ç. Kitle iletişim araçları ve sağlık. Toplum Hekim Bülteni 2006;25 (1):1–4.

311. Oğuz C. Sağlık İletişiminde Medya Etiği: Haber mi, Hasta mı? Içinde: Gezgin S, ed. Sağlık İletişimden Geçer. Nobel Tıp; :181–188.

312. Erdogan I. Tekelleşme, medya ve medya pratikleri. Toplum ve Hekim 2002;Kasım-Ara:417–424.

313. Kenan K, TOK ÖK. Sağlıkta Şiddetin Bir Başka Yüzü: Medya Etkisi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 18 (2):217–220.

314. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. Sak Tıp Derg 2018;8 (3):575–581.

315. Utma ÖGDS. Medyadaki sağlık haberlerini "doğru" okumak. Int J Soc Sci 2017; (57):597–605.

316. Recep Ü, Taylan A. Sağlık iletişiminde yalan haber-yanlış enformasyon sorunu ve doğrulama platformları. Atatürk İletişim Derg 2017; (14):81–100.

317. Bilişli Y. İnternet sağlık haberlerinde tıbbileştirmenin inşaası: sağlık haber söylemine eleştirel bir bakış. MANAS Sos Araştırmalar Derg 2019;8 (4):3608–3629.

318. Birsen Ö, Öztürk ŞY. Tüketim kültürü çerçevesinden sağlık haberleri. Akad Bakış Derg 2011;26:1–21.

319. Alsancak AD, Gümüş E, Dincer G, Tekin O, Alsancak Y, Dincer ZS. Statin tedavisinde hasta uyumu: Medya ne kadar etkili? Türkiye Aile Hekim Derg 2016;20 (1):23–28.

320. Çakır A, Çalık KY. Gebelerin oral glikoz tolerans testi (OGTT) yaptırma durumlarına medyanın etkisi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2020;29 (5):318–328.

321. Kriegbaum M, Liisberg KB, Wallach-Kildemoes H. Pattern of statin use changes following media coverage of its side effects. Patient Prefer Adherence 2017;11:1151.

322. Başbuğ A, Sönmez Cİ, Kaya AE, Yıldırım E. Gestasyonel diyabet taramasında karşılaşılan önemli bir problem: Gebeler neden oral glukoz tolerans testi yaptırmak istemiyor? Konuralp Med J 2018;10 (2):144–148.

323. Altun G, Yorulmaz AC. Yasal değişiklikler sonrası Hekim sorumluluğu ve Malpraktis. Balkan Med J 2010;27 (1):7–12.

324. Gökmen H, Güleç S. Tıbbi malpraktis riskinin yönetiminde bir araç olarak hekim mesleki sorumluluk sigortaları. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg 2010;1 (1):9–16.

325. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf 2013;9 (3):122–128.

326. Ersoy LV. TIBBİ MALPRAKTİS. Bull Thorac Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5 (1):29–32.

327. WMA General Assembly. Declaratıon on patıent safety. Adopted by the 53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 and reaffirmed by the 191st WMA Council Session, Prague, Czech Republic, April 2012 [https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-patient-safety/]. Erişim tarihi: 07.08.2022

328. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2008;11 (2):161–200.

329. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009;84 (1):1–10.

330. Yorulmaz C. İstanbul Adli Tabip Odası'na yansıyan hekim hatası iddiası bulunan olguların adli tıp açısından irdelenmesi. 2005.

331. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif Tip Uygulamalarina Yönelik Bir Derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg 2018;10 (23):137–150.

332. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. 2008. [https://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12452/4419/204130%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y]. Erişim tarihi:03.06.2021

333. Erkoç Y, Şencan İ, Atasever M. Sağlıkta yönetici ve birim performansı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı; 2012.

334. Öztunç I, Cural M. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu sağlık hizmetleri memnuniyeti üzerine etkileri. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Derg 2017;13 (13):880–891.

335. Yiğit V. Performance based supplementary payment system at university hospitals in Turkey. J Contemp Med 2016;7. doi:10.16899/gopctd.284438.

336. Özveri O, Kayışkan D, Savaş DAĞ, Arslan B, Hisar A. Sağlıkta performans sisteminin hekimler tarafından değerlendirilmesi. Hukuk ve İktisat Araştırmaları Derg 10 (2):18–30.

337. köktaş AM, Gölçek AG. Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Finansmanı: Sosyal GüvenlikKurumu ve Mali Yapısı Üzerine Bir Değerlendirme. Içinde: Şahin Karabulut, ed. kamu politikalarında mali ve iktisadiyapıdaki dönüşüm: yerelden globale teori, beklentiler ve uygulama. Ankara: Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti; 2020:53–71.

338. Güven E, Tevfik AT, Ramazan E. Sağlık ekonomisi kapsamında sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı: Bir uygulama. Haliç Üniversitesi Sos Bilim Derg 2020;3 (1):63–81.

339. Yılmaz V, Yentürk N. Türkiye'de sağlık harcamalarına tarihsel bir bakış. İstanbul Bilgi Üniversitesi Siv Toplum Çalışmaları Merk 2015;1:17.

340. Yereli AB, Kobal İ, Köktaş AM. Türkiye'de sağlık piyasasının düzenlenmesi ve denetlenmesi gereği. Finans Polit ve Ekon Yorumlar Derg 2010;47 (549):5–20.

341. Otlu U, Taner Ş. Asistan hekimlerin bir geri ödeme kurumu olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'na (Sgk) ve uygulamalarına yönelik görüş ve uygulamaları: Anket Çalışması. Içinde: 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Edirne: HASUDER, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2014:1337.

342. Bektemür G, Yılmaz EŞ, Arslanoğlu A, Beylik U, Adaş GT. Türkiye'de Kişisel Ödeme Yöntemiyle İlaç Harcamaları. Out-of-Pocket Expend Med Turkey JAREM 2018;8 (2):101–108.

343. Gülpınar G, Uzun MB, Yalım NY. Sosyal Güvenlik Kurumu uygulamalarının serbest eczacıların iş doyumu üzerine etkisi: kalitatif bir çalışma. Türkiye Biyoetik Derg 2015;2 (1):36–46.

344. Durmaz T, Erdem R. Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi. J Suleyman Demirel Univ Inst Soc Sci 2017;29 (4).

345. Metin A, Erdem R. Hekim imajina yönelik toplumsal algiya dair bir araştirma. Journal of Academic Researches and Studies 2019;11 (21):361–376.

346. Bayrak E, Ogan H, Turan M. Özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal durumları ile mesleki memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 2021;36 (2):126–134.

347. Atilla G, Oksay A, Erdem R. Hekim-Hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalişma. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| Istanbul Univ Fac Commun J 2012; (43):23–37.

348. Yılmaz A. Hasta hekim iletişimindeki problemler ve bu problemlere yönelik çözüm önerileri; Nitel Araştırma. 2016. Uzmanlık Tezi. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp] Erişim Tarihi: 15.08.2022

349. Atici E. Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2007;33 (2):91–96.

350. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç ZP. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg 2010;2 (2):127–143.

351. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. Ochsner J 2010;10 (1):38–43.

352. Sözer N. Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) devamı olarak şehir hastahaneleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg 2014;15 (Özel sayı):215–254.

353. Uysal Y. Kamu-özel işbirliği (yap-kirala-devret) modeli ve şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşüm üzerine etkileri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg 2019;14 (3):877–898.

354. Yeşiltaş A. Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Değerlendirme. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg 2020;6 (1):15–28.

355. Cerrahoğlu A. Şehir hastaneleri ve birinci basamak. J Turkish Fam Physician 2016;7 (3):81–84.

356. Gökkaya D, İzgüden D, Erdem R. Şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: Isparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg 2018;9 (20):136–148.

357. Fatih Altaylı. Hastane şahane ama ne kadar sürdürülebilir! 2022. [https://www.haberturk.com/yazarlar/fatih-altayli-1001/3526529-hastane-sahane-ama-ne-kadar-surdurulebilir]. Erişim Tarihi:25.11.2022

358. Tekin Ç, Bozkır Ç, Sazak Y, Özer A. Malatya il merkezinde çalışan aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri, iş doyumu düzeyleri ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Derg 2014;19 (3):135–139.

359. Efeoğlu İE, Özcan E. Aile hekimlerinin iş doyumu: Adana il merkezinden bir çalışma. Cukurova Med J 2013;38 (4):567–573.

360. Hamzaoğlu O, Özkan Ö. Sağlık reformları ve esnek üretim hekim özerkliğini nasıl etkiliyor? Toplum ve Hekim 2019;34 (1):5–16.

361. Light D, Levine S. The Changing Character of the Medical Profession: A Theoretical Overview. Manag Heal Care 2019;66 (1988):301–324.

362. Cassel CK, Reuben DB. Specialization, subspecialization, and subsubspecialization in internal medicine. N Engl J Med 2011;364 (12):1169.

363. Nyweide DJ, Lee W, Colla CH. Accountable Care Organizations' Increase In Nonphysician Practitioners May Signal Shift For Health Care Workforce: The growth of non-physician practitioners participating in Medicare Shared Savings Program ACOs. Health Aff 2020;39 (6):1080–1086.

364. Stoeckle JD, Twaddle AC. Non-physician health workers: some problems and prospects. Soc Sci Med 1974;8 (2):71–76.

365. Kirchhoff SM. Physician practices: Background, organization, and market consolidation. 2013.

366. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. Int J Heal Serv 2002;32 (2):379–416.

367. Pellegrino ED. Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. J Contemp Heal L Pol'y 1994;10:47.

368. Timmermans S. The engaged patient: The relevance of patient–physician communication for twenty-first-century health. J Health Soc Behav 2020;61 (3):259–273.

369. Etçioğlu E. Aile hekimlerinin çalışma şartlarının değerlendirilmesi: Niteliksel bir araştırma= Evaluation of primary care physicians' working conditions: Qualitative research. 2020.

370. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD). Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı'na Verilmek Üzere Hazırlanan Kısa Rapor.; 2018. [https://www.tahud.org.tr/file/2aa996d6-eb09-4020-aed1-5874d5464767/Tam Rapor .pdf]. Erişim Tarihi: 28.10.2022

371. Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2010;13 (1).

372. Çolak H. Hastanelerde antibiyotik kullanım politikasının saptanması: kısıtlama mı? eğitim mi? Flora 1998;3 (1):16–19.

373. Aksoy M, Alkan A, İşli F. Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri. Türkiye Klin J Pharmacol-Special Top 2015;3:19–26.

374. Kabakçı M. Sağlık uygulama tebliğinde sağlık hakkı. Çalışma ve Toplum 3 (74):1769–1795.

375. Kurumu SG. Sağlık Uygulama Tebliği.; ;164.

376. Engel G V. The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician. J Health Soc Behav 1969;10 (1):30–41.

377. O'Connor SJ, Lanning JA. The end of autonomy? Reflections on the postprofessional physician. Health Care Manage Rev 1992:63–72.

378. Tekin A, Esin K. Sağlık alanında türbülans: irtifa kaybeden hekimler-turbulence ın health sector: Physicians losing altitude. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg 2016;1 (13):43–63.

379. Kurşun A, Kaygısız EG. Merkezi hekim randevu sistemi mhrs uygulamalarına yönelik memnuniyet ve erişilebilirlik düzeyinin belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2018; (4):401–409.

380. Hekimsen. 5 Dakikada 1 Olmaz: MHRS. [https://hekimsen.org/gonderiler/gonderi/detay/5-dakikada-1-olmaz-mhrs/148#:~:text=Dün itibari ile MHRS (Merkezi,muayene süresi ayırabilmek durumunda bırakılmıştır.]. Erişim Tarihi: 18.10.2022

381. TC Sağlık Bakanlığı. MHRS. [https://mhrs.gov.tr/]. Erişim Tarihi: 18.10.2022

382. Evirgen H, Yorulmaz M. Merkezi hekim randevu sistemi (Mhrs): Bir kamu hastanesi örneği. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Derg 2019;7 (16):432–443.

383. Cooper C, Swanson N. Workplace violence in the health sector; 2002.

384. Dahlberg LL, Krug EG. Violence a global public health problem. Cien Saude Colet 2006;11:277–292.

385. McClure LF. Origins and incidence of workplace violence in North America. ISSUES Child Fam LIVES 1999;11:71–100.

386. Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. Eur J Work Organ Psychol 1996;5 (2):215–237.

387. Cole LL, Grubb PL, Sauter SL, Swanson NG, Lawless P. Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace. Scand J Work Environ Health 1997;23:450–457.

388. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. Image J Nurs Scholarsh 1998;30 (3):249–254.

389. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev 2001;48:129–130.

390. Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. J Psychiatr Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dern 2013;4 (1).

391. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, vd. Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. J Interpers Violence 2017;32 (15):2345–2365.

392. Ayranci Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoglu C. Çesitli saglik kurumlarinda ve saglik meslek gruplarinda siddete ugrama sikligi1/the frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession groups. Anadolu Psikiyatr Derg 2002;3 (3):147.

393. Erten R, Öztora S, Dağdeviren HN. Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2019;23 (2):52–63.

394. Özcan F, Yavuz E. Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. J Turkish Fam Physician 2017;8 (3):66–74.

395. Adaş E, Elbek O. Hekimlere yönelik şiddet üzerine bir değerlendirme. Toplum ve Hekim 2008;23 (2):147–160.

396. Durur EK. Medyada şiddetin bir başka yüzü:'doktora saldırı'haberleri. Atatürk İletişim Derg 2017; (14):45–60.

397. Bilici N. Sağlıkta şiddette medyanın rolü. Izmir Democr Univ Heal Sci J 3 (1):52–72.

398. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar 2010;2 (2):161–173.

399. Meyer T, Wrenn K, Wright SW, Glaser J, Slovis CM. Attitudes toward the use of a metal detector in an urban emergency department. Ann Emerg Med 1997;29 (5):621–624.

400. Kanber NA, Gürlek Ö, Çiçek H, Gözlükaya A. Bir sağlık kurumunda sağlık çalışanlarının memnuniyeti. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg 2010;2 (2):114–126.

401. Doğanay İ. ALO 113-BEYAZ KOD: Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Yaşadığı Şiddet Olgusu ve Çözüm Önerileri. Sağlık Akad Derg 2014;1 (2):136–140.

402. Torun N. Şiddete yönelik beyaz kod verilerin değerlendirilmesi. Cukurova Med J 2020;45 (3):977–984.

403. Öztürk R. Sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sisteminin SWOT (GZFT) analizi. SD Dergi 2011;19:74–75.

404. Yüksel İ, Sayın KŞ. Kamu hastanelerinde hekimlere yönelik performansa dayali ek ödeme model önerisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2020;23 (3):387–410.

405. Kablay S. Performansa dayalı döner sermaye primi uygulaması ve sağlık çalışanlarına etkisi. J Ind Relations Hum Resour 2014;16 (4):85–110.

406. Robert K. Merton. The Functions of the Professional Association. Am J Nurs 1958;58 (1):50–54.

407. Doğan H, Can A. Örgütlerde mesleki özerklik sorunu ve Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ampirik bir çalışma. ÇÜ Sos Bilim Enstitüsü Derg 2009;18 (1):133–148.

408. TC Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu. Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının teşkilat ve mali yapıları, denetimleri, organlarının seçimlerine dair esasların değerlendirilmesi ile bunların etkin ve verimli şekilde hizmet yürütmelerinin ve geliştirilmesinin sağlanması amacıyla alınması gereken tedbirler. Ankara; 2009. [https://todab.org.tr/files/FAYDALI%20B%C4%B0LG%C4%B0LER%20KLAS%C3%96R%C3%9C/Yeni%20klas%C3%B6r/T.C.%20Cumhurba%C5%9Fkanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Devlet%20Denetleme%20Kurulu%20ARA%C5%9ETIRMA%20VE%20%C4%B0NCELEME%20RAPORU.pdf]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

409. Resmi Gazete. Türk Tabipler Birliği Kanunu.; ;Tertip:3, Cilt:34, Sayfa:374.

410. Ahmet K, Yapici G, Şaşmaz T, Uzabaci M, Aksel TOL, Hakkı Bozgedik İ, vd. Mersin ilinde görev yapan hekimlerin meslek örgütüyle ilişkileri ve beklentileri. Turkish J Public Heal 2011;9 (3):174–182.

411. Demirci M. Tabip Odasına Üye Olan Ve Olmayan Hekimlerin Meslek ve Meslek Örgütüyle İlgili Değer Algıları Üzerine Bir Çalışma Denizli İl Merkezi Örneği. 2020. Doktora Tezi. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

412. Settoon RP, Bennett N, Liden RC. Social exchange in organizations: Perceived organizational support, leader–member exchange, and employee reciprocity. J Appl Psychol 1996;81 (3):219.

413. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. J Appl Psychol 2002;87 (4):698.

414. Altaş SS. Sağlık çalışanlarının örgütsel özdeşleşme, örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve örgütsel destek algıları arasındaki ilişkiler. İşletme Araştırmaları Derg 2021;13 (1):875–891.

415. Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO, Aasland OG. The communication atmosphere between physician colleagues: competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med 1997;44 (4):519–526.

416. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, Aunon F, Pham C, Caloyeras J, vd. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. Rand Heal Q 2014;3 (4).

417. De Oliveira Vasconcelos Filho P, de Souza MR, Elias PEM, D'Ávila Viana AL. Physicians' job satisfaction and motivation in a public academic hospital. Hum Resour Health 2016;14 (1):1–11.

418. Göktepe N, Yalçın B, Türkmen E, Dirican Ü, Aydın M. The relationship between nurses' work-related variables, colleague solidarity and job motivation. J Nurs Manag 2020;28 (3):514–521.

419. Leever AM, Hulst MVD, Berendsen AJ, Boendemaker PM, Roodenburg JLN, Pols J. Conflicts

and conflict management in the collaboration between nurses and physicians–A qualitative study. J Interprof Care 2010;24 (6):612–624.

420. OECD. OECD Health Care Resources: Medical Technology. 2022. [https://stats.oecd.org/].

421. FutureLearn. The future of healthcare technology: How is medicine changing? FutureLearn 2021. [https://www.futurelearn.com/info/blog/future-of-healthcare-technology]. Erişim tarihi: 09.10.2022

422. Johnston SC. Anticipating and training the physician of the future: the importance of caring in an age of artificial intelligence. Acad Med 2018;93 (8):1105–1106.

423. Ahuja AS. The impact of artificial intelligence in medicine on the future role of the physician. PeerJ 2019;7:e7702.

424. Tan SS-L, Goonawardene N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. J Med Internet Res 2017;19 (1):e5729.

425. Caiata-Zufferey M, Schulz PJ. Physicians' communicative strategies in interacting with Internet-informed patients: results from a qualitative study. Health Commun 2012;27 (8):738–749.

426. Wald HS, Dube CE, Anthony DC. Untangling the Web—The impact of Internet use on health care and the physician–patient relationship. Patient Educ Couns 2007;68 (3):218–224.

427. Gerber BS, Eiser AR. The patient-physician relationship in the Internet age: future prospects and the research agenda. J Med Internet Res 2001;3 (2):e842.

428. Godber GE. Trends in specialization and their effect on the practice of medicine. Br Med J 1961;2 (5256):843.

429. Stevens R. Medical practice in modern England: the impact of specialization and state medicine. New York: Routledge; 2017.

430. Beresford MJ. Medical reductionism: lessons from the great philosophers. QJM An Int J Med 2010;103 (9):721–724.

431. Ercan S. Tıp Fakültelerinin Yüz Yüze Kaldığı Genel Sorunlar Ve Tıp Fakültelerinde Eğitim Kalitesinin İyileştirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası 2016;15 (45).

432. Özkan S, Cafoğlu Z. Tıp fakültesindeki öğretim üyelerinin tıp eğitimini ve sorunlarını algılamalarına yönelik bir durum araştırması. Tıp Eğitimi Dünyası 2003;12 (12).

433. Erpek S, Dereboy Ç, Altınışık M. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim elemanları ve öğrencilerinin uygulanan tıp eğitimine ilişkin görüşleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergii 2002;3 (3):13–20.

434. Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu I, Yüksel NA, Ayoğlu FN. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2019;12 (1):113–125.

435. Cansever İH, Metin A, Merve K. Tıp öğrencilerinin tıpta uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler üzerine sistematik derleme. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Derg 2020;16 (27):791–812.

436. Ataklı C. Sağlıkta iflas, yakında ameliyat yapacak doktor bulunamayacak. Korkusuz Gazetesi 2022. [https://www.korkusuz.com.tr/saglikta-iflas-yakinda-ameliyat-yapacak-doktor-bulunamayacak.html]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

437. Parlak M. Sağlıkta ŞOK Öncesi Dönem. Sözcü Gazetesi 2022.

[https://www.sozcu.com.tr/2022/yazarlar/mesut-parlak/saglikta-sok-oncesi-donem-7115390/?utm_source=gazeteoku&utm_medium=referral]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

438. Kasap H, Akar T, Demirel B, Sarı S, Özkök A, Aydemir Ö. The change of preference priorities on examination for specialty in medicine by years of high risky medical branches in medical malpractice. Bull Leg Med 2015;20 (1).

439. Ergin A, Dikbaş E, Bozkurt Aİ, Atçeken G, Gürbüz H, Yılmaz C, vd. Tıp fakültesi öğrencilerin mezuniyet sonrası kariyer seçimi ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası 2011;32 (32):8–17.

440. Örücü D, Şimşek H. Akademisyenlerin gözünden Türkiye'de eğitim yönetiminin akademik durumu: Nitel bir analiz. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2011;2 (2):167–197.

441. Üstünlüoğlu E. Teaching quality matters in higher education: a case study from Turkey and Slovakia. Teach Teach 2017;23 (3):367–382.

442. Yalçınoğlu N, Kayı İ, Işık Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi ile ilgili görüşleri. İstanbul Tıp Fakültesi Derg 2012;75 (3):41–45.

443. Er O. Doktorluğun Türkiye'de Geleceği. medimagazin 2013. [https://medimagazin.com.tr/guncel/doktorlugun-turkiyede-gelecegi-53790]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

444. Özçiftçi S, Üstün Ç, Güngördü ND, Alvur TM. tıp fakültesi ve hemşirelik fakültesi son sınıf öğrencilerinin meslek yaşamlarının geleceğine ilişkin görüşleri: bir karşılaştırmalı araştırma. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksek Okulu Derg 2022;10 (1):384–400.

445. Güngör G. Tarihi açıdan türkiye'de özelleştirme uygulamalarının değerlendirilmesi. Sak İktisat Derg 1 (2):100–119.

446. Fırat K. Şehir hastaneleri özelinde kamu özel ortaklığı modelinin incelenmesi. J Heal Sci Manag 2021;1 (2):14–20.

447. Medimagazin. Sağlık Bakanlığı'na "özelleştirme" freni. medimagazin 2010. [https://medimagazin.com.tr/guncel/saglik-bakanligina-ozellestirme-freni-5082]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

448. Bakanlığı TCS. 2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş Versiyon). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022.

449. OECD. Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students.; 2019. doi:https://doi.org/https://doi.org/10.1787/5571ef48-en.

450. Yıldırım T. Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: Göç nedenleri üzerine bir inceleme. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2009;62 (3):87–94.

451. TTB. TTB Çalışma Raporu2020-2022. Ankara; 2022. [https://www.ttb.org.tr/c_rapor/2020-2022/2022.pdf]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

452. Fıstık F. Yurt dışına gitmek isteyen doktor sayısında rekor. Sözcü Gazetesi. https://www.sozcu.com.tr/2022/saglik/yurt-disina-gitmek-isteyen-doktor-sayisinda-rekor-7177307/. Published 6. 6 2022. Erişim Tarihi: 09.12.2022

453. İstanbul Ekonomi Araştırma. Türkiye'de Doktorların Yaşam Kalitesi.; 2022. [https://turkiyeraporu.com/arastirma/mayis-ayi-ozel-dosyasi-turkiyede-doktor-olmak-7971/]. Erişim Tarihi: 09.12.2022

8.EKLER

EK 1. Görüşmede Kullanılan Soru Formu

Görüşmede hekimlere yöneltilecek sorular:

a) Sosyo-demografik (tanımlayıcı) bilgiler:

- Çalışma Süresi
- Çalıştığınız Kurum
- Tıp fakültesini kaçıncı sırada tercih ettiniz
- Yaş
- Cinsiyet
- Unvan

b) Derinlemesine görüşme soruları:

1) Kendinizi kısaca tanıtabilir misiniz?
2) Hekim olmaya nasıl karar verdiniz? (hekim olmaya karar verdiren nedenler neydi?)
3) Hekim olmaya karar verdiğiniz dönemki beklentilerinizle bugün ulaştığınız noktada elde ettiğiniz deneyim arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?
4) İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi zorlaştıran şeyler nelerdir?
5) İyi hekimlik ile ilgili yapmak istediklerinizi gerçekleştirebilmek adına işinizi kolaylaştıran şeyler nelerdir?
6) Mesleğiniz yaptığınız süre içerisinde sağlık hizmeti sunumunuzu etkileyen değişiklikler nelerdir?
7) Hekimliğin geleceği ile ilgili neler düşünüyorsunuz?
8) Elinizde sihirli bir değnek olsa hekimlerin çalışma şartları ile ilgili neleri değiştirmek isterdiniz? Neden?

.

EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu

Bu görüşme ile ilgili zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz. Bu görüşme "Türkiye'de Modern Tıp Eğitiminin Başlangıcından Günümüze Hekimlerin Meslek Algıları Konusunda Ortaya Çıkan Değişimin Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı tezin araştırma bölümü kapsamında yapılmaktadır. Bu araştırmada, hekimlerin mevcut sağlık sistemi içerisinde ortaya çıkan mesleklerine yönelik algılarının değerlendirilmesine ve bu algıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesine çalışılacaktır.

Araştırma 100 hekim ile gerçekleştirilecektir. Araştırmaya katılacak gönüllüler ile yüzyüze, derinlemesine görüşme yapılacaktır. Görüşme, yaklaşık 15-45 dakika sürecektir. Görüşme tekniği açısından ses kaydı alınması önemlidir; bu nedenle izninizle ses kaydı alınacaktır. Tüm görüşme kayıtları gizli tutulacaktır. Kayıtlara sadece bu çalışmanın araştırmacıları tarafından ulaşılabilecek ve hiçbir şekilde isminiz ve kişisel bilgileriniz üçüncü şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. İstediğiniz zaman görüşmeyi sonlandırmakta özgürsünüz.

Anlaşılmayan herhangi bir konu varsa bilgi istemekten lütfen çekinmeyiniz. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız, yukarıda belirtilen gizlilik şartlarına uyulacağını belirten bu gönüllü katılım formunu lütfen imzalayınız.

Araştırmaya Katılan

Görüşmeci

Dr. Fatih NAMAL

EK 3. Enstitü Tez Kabul Onayı

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 11.07.2017
Toplantı Sayısı : 14 (12)
Karar Sayısı : 0000222

Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı Tıp Tarihi ve Deontoloji AD. Bşk.lığı doktora programı öğrencisi Fatih NAMAL' ın "Türkiye' de Modern Tıp Eğitiminin Başlangıcından Günümüze Hekimlerin Meslek Algıları Konusunda Ortaya Çıkan Değişimin Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi." tez konusu önerisi.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 11.07.2017 tarih 14 (12) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

EK 4. Etik Kurul Onayı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırma Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1485 26.07.2017
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU

"Türkiye'de Modern Tıp Eğitiminin Başlangıcından Günümüze Hekimlerin Meslek Algıları Konusunda Ortaya Çıkan Değişimin Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi" adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

EK 5. Tez Başlığı Değişiklik Onayı

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 12.03.2020
Toplantı Sayısı : 89(08)
Karar Sayısı : 00001317

Tıp Tarihi ve Deontoloji doktora programı öğrencisi Fatih NAMAL'ın, jüri üyeleri tarafından uygun görülen tez başlığı değişikliği önerisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 12.03.2020 tarih 89(08) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Yeni Tez Başlığı
Fatih NAMAL	Doktora	Hekimlerin Meslek Algılarına İlişkin Değerlerinin Niteliksel Olarak İncelenmesi.