

Sağlık

Yönetimi

Cilt:1 Sayı:2 Yıl:2019

Dergisi



SÜLEYMAN DEMİREL
ÜNİVERSİTESİ

Süleyman Demirel University

**Healthcare
Management**

J o u r n a l

VOLUME:1 ISSUE: 2 YEAR: 2019

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 1

Sayı / Issue: 2

Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Prof. Dr. Ramazan ERDEM
(Süleyman Demirel Üniversitesi Adına / On Behalf of Süleyman Demirel University)

Editör / Managing Editor

Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Erdal EKE

Editör Yardımcıları / Editorial Assistants

Arş. Gör. / Research. Assist. Dilruba UĞURLUOĞLU
Arş. Gör. / Research. Assist. Merve KİŞİ
Arş. Gör. / Research. Assist. Selin EROYMAK

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Arş. Gör. / Res. Assist. Merve KİŞİ

Kapak Tasarımı / Cover Design

Durmuş Ali GÜRTOKLU
(SDÜ Kurumsal İletişim Merkezi Grafik Tasarım Bölümü)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Vahit YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Belma KEKLİK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Aygen OKSAY
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi. Arzu YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nezihe TÜFEKÇİ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aynur TOROMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Sıdıka KAYA
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI
İstinye Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU
Beykent Üniversitesi

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Nilgün SARP
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Prof. Dr. Mahmud KHAN
University of South Carolina
Prof. Dr. Motasem HAMDAN
Al-Quds University
Assoc. Prof. Dr. Amir Hossein TAKIAN
Tehran University

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 1

Sayı / Issue: 2

Amaç / Aim

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nün yayın organıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık yönetimi alanındaki ulusal ve uluslararası gelişmelerin takip edilmesi, sağlık yönetimi odaklı akademik yayınları içermesi ve alanla ilgili nitelikli ve güncel bir kaynak oluşturması başta olmak üzere çeşitli amaçlarla yayın hayatına başlamıştır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, hakemli ve yılda iki kez yayınlanan süreli bir yayındır.

Kapsam / Scope

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, iktisadi ve idari bilimler ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri, derleme makaleler ve olgu sunumlarını kabul etmektedir. Dergi Haziran ve Aralık aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık ekonomisi, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, hastane işletmeciliği, sağlık kurumlarında muhasebe-finance, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji başta olmak üzere sağlık yönetimi alanındaki konularda yazılmış araştırma, derleme, gözlem ve görüş, bildiri, rapor, çeviri ve duyuru türündeki Türkçe ve İngilizce bilimsel yazılar yayımlanmaktadır.

İletişim Adresi / Contact Info

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi
Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Doğu Kampüsü, 32260, Çünür, Isparta / TURKEY
<http://dergipark.gov.tr/sdusyd>
<http://saglikyonetimibolumudergisi@sdu.edu.tr>
+90 246 2110568

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 1

Sayı / Issue: 2

Hakem Kurulu / Referee Board

Prof. Dr. Belma KEKLİK Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Gökhan ABA Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Özlem ÖZER Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Emine ŞENER Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Sedat BOSTAN Ordu Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Elif KAYA Süleyman Demirel Üniversitesi

Liste dergimizin bu sayısında yayınlanan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makalesi / Research Article

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Meryem KOCAŞ

Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarıyla İlgili Bilgi Düzeyleri ve Bunların Kullanımı
Üzerine Bir İnceleme

Individuals Knowledge of Traditional and Complementary Medicine Practices and a Review on Them

64-81

Derleme Makalesi / Review Article

Öğr. Gör. Ramazan Rüçhan KAYA

Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA

Hekimlerin Yönetim Macerası: Melez İş Kimliği ve Hekim Yöneticiler
Management Adventure of Physicians: Hybrid Work Identity and Physician Managers

82-102

YAYIN İLKELERİ

1. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, altı ayda bir ve gerektiğinde özel sayı olarak yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe olup gerektiğinde İngilizce yazılara da yer verilebilir.
2. Dergiye iktisadi ve idari programlar ile ilgili tüm konularda bilimsel ve özgün makaleler gönderilebilir.
3. Dergiye gönderilen makaleler başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
4. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
5. Makaleler yazım kurallarımıza uygun bir şekilde hazırlanarak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları ve iletişim bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir. Sistem üzerinden makale gönderemeyen yazarlar saglikyönetimidergisi@sdu.edu.tr adresine e-mail yoluyla da çalışmalarını gönderebilir.
6. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmaktadır.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır.
8. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak intihal programından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir.
9. Makaleler içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör makaleyi üçüncü hakeme gönderilebilir veya hakem raporları çerçevesinde nihai kararı verebilir.
10. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayımlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin geri çevrilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç üç ay içinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir.
11. Yazım yanlışlarının çok fazla olması, bilimsellik şartlarına uyulmaması makalenin geri çevrilmesi için yeterli görülecektir.
12. Yayınlanmayan makaleler yazarına geri gönderilmeyecektir.
13. Dergide yayınlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarına aittir.
14. Dergide yayınlanan makalelerin her hakkı saklıdır. Derginin ismi olmadan hiçbir şekilde çoğaltılamaz.
15. Dergide yayınlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmez.
16. Yayın ilkelerine uygun olmayan makaleler hakem değerlendirme sürecine alınmayacaktır.

YAYIN ETİĞİ

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Buna göre kabul edilen etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de buna dahildir. Yayın etiği kapsamında tüm paydaşların özetle aşağıdaki etik sorumlulukları taşıması beklenmekte olup, her türlü etik vakası COPE kuralları gereğince değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlanmak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmekle yükümlüdür.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkanı sağlamalıdır.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

- Araştırmayı incelemek için yeterli nitelikte olmayan veya makaleyi hızlı bir şekilde değerlendirmesinin imkansız olacağını bilen seçilmiş herhangi bir hakem, editöre bu durumu bildirmeli ve inceleme sürecinden mazurunu istemelidir.
- Hakemler kendilerine ulaşan makaleleri gizli tutmak ve hakemlik sürecinden elde ettikleri bilgileri kişisel menfaatleri için kullanmamakla yükümlüdürler.
- Hakemler raporlarını veya makale hakkındaki bilgileri başkalarıyla paylaşmamalıdır ve editörün izni olmadan yazarlarla doğrudan iletişim kurmamalıdır.
- Hakemler makaledeki potansiyel etik meseleler konusunda özenli olmalı ve bunları editörün dikkatine sunmalıdır. Buna, değerlendirmedeki makale ile hakemin kişisel bilgi sahibi olduğu herhangi başka bir yayınlanmış çalışma arasındaki özlü benzerlik ve örtüşme dâhildir.
- Hakemlik nesnel bir şekilde yapılmalıdır. Yazarlara dair kişisel eleştirilerde bulunulmamalı, değerlendirmeler yapıcı, dürüst ve kibar olmalıdır.
- Hakemler yazarlarından herhangi biriyle rekabetçi, işbirlikçi veya başka türlü bir ilişki veya bağlantıdan kaynaklanabilecek potansiyel bir çıkar çatışmasına sahip olduğu bir makaleyi değerlendirmeyi kabul etmeden önce editöre danışmalıdır.

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

- Dergide hangi makalelerin yayınlanacağına karar vermek editör kurulunun sorumluluğundadır. Yazarların makalelerini değerlendiren editör kurulu; ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, dini inanç, etnik köken, vatandaşlık ya da politik felsefelerinden bağımsız olarak değerlendirme yapmalıdır. Alınacak karar, makalenin doğruluğu, geçerliliği ve önemi ile derginin kapsamının uygunluğuna dayanmalıdır. İftira, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili mevcut yasal gereklilikler de dikkate alınmalıdır.
- Editör veya herhangi bir editör kurulu üyesi, ilgili yazar, hakemler, potansiyel hakemler, diğer editör danışmanları ve yayıncılardan başka kimseye bir makale hakkında bilgi ifşa etmemelidir.

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 1

Sayı / Issue: 2

- Sunulan bir makalede açıklanan yayınlanmamış malzemeler, yazarın açık yazılı izni olmaksızın editörün veya editör kurulunun kendi araştırmalarında kullanılmamalıdır.

YAZIM KURALLARI

1. Makaleler “Office Word” programında A4 boyutlarında hazırlanmalıdır.
2. Makalelerin uzunluğu dergi formatında 30 sayfayı geçmemelidir.
3. Sayfa düzeni; Üst: 3 cm, Alt: 3 cm, Sol: 4 cm ve Sağ: 2,5 cm olmalıdır.
4. Makaleler 11 punto ve “Times New Roman” karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak yazılmalıdır. Yazımda, virgül ve noktalardan sonra bir karakter ara verilmelidir.
5. Paragraflarda başlangıç girintisi kullanılmamalı, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında ilave boş satır bırakılmamalıdır.
6. Makalenin ilk sayfasında 11 punto olarak Türkçe ve İngilizce başlık, 9 punto olarak 150 kelimeyi geçmeyecek Türkçe ve İngilizce özet ile en az 3 en fazla 5 tane olmak üzere Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler bulunmalıdır.
7. Yazarın unvanı ile ad ve soyadı, 10 punto olarak makale başlığının sağ altında belirtilmelidir. Aynı sayfanın dipnotlar için ayrılan kesim çizgisinin altında ise 8 punto olarak yazarın görev yeri ve e-mail adresi gösterilmelidir.
8. Makalede ana başlıklar ve alt başlıklar kalın (bold) ve sola yaslı (girintisiz) olarak 1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1. gibi ondalıklı şekilde numaralandırılmalıdır. Ana başlıkların bütün harfleri büyük yazılmalı, alt başlıkların ise sadece baş harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıklardan önce 1 satır boşluk bırakılmalı, başlık sonrasında ise boşluk bırakılmamalıdır. Alt başlıkların ise hem öncesinde hem de sonrasında herhangi bir satır boşluğu bırakılmamalıdır.
9. Makale içindeki tüm tablo, şekil ve grafikler metnin uygun yerlerinde ardışık olarak numaralandırılmış bir şekilde sayfaya ortalı olarak gösterilmelidir. Her tablo, şekil veya grafiğe bir başlık verilmelidir. Başlık; tablo, şekil veya grafiğin üstünde, sayfaya ortalı, yalnızca kelimelerin baş harfleri büyük olacak şekilde ve 10 punto olarak yer almalıdır. Tablo, şekil ve grafik içindeki metin 8-10 punto aralığında olmalıdır. Tablo, şekil veya grafikler yukarıda verilen sayfa yapısına (sayfa marjlarını aşmayacak şekilde) uygun olmalıdır.
10. Dergiye gönderilecek başvurularda aşağıdaki kurallar göz önüne alınacaktır.

KİTAP

Tek Yazarlı Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.
Dağ, R., (2007), Kırsal Kalkınma Siyaseti, 2. Baskı, Ankara: Dipnot Yayınları.

İki -Altı Yazarlı Kitap

Uyarı: İkidenden altıya kadar (altı yazar da dâhil) yazarı olan kitaplarda tüm yazarlar kaynakçada gösterilmelidir.

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i. ve Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Üçok, C., Mumcu, A. ve Bozkurt, G., (2008), Türk Hukuk Tarihi, 3. Baskı, Ankara: Turhan Kitabevi.

Not: İngilizce yayınlarda “ve” yerine “and” kullanılmalıdır.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Kitap

Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe kitaplarda “vd.” İngilizce kitaplarda “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Erdem, R., Alkan, A., Yılmaz, N., Çelik, R., Akkaş, E., Erdem, İ. vd., (2018), Sağlık Kurumlarına Sosyolojik Bakış, 1. Baskı, Isparta: Hayal Yayınları.

Not: İngilizce yayınlarda “vd.” yerine “et al.” kullanılmalıdır.

Editörlü Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), “İçerideki makalenin veya bölümün adı”, içinde Editörün İsmi Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kitabın Adı, (ss. Makale veya bölümün sayfa aralığı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Çarıkçı, İ. H. ve Arslan, E. T., (2010), “Türk Yönetim Geleneğinde Kayırmacılığın Tarihi Seyri”, içinde R. Erdem (Ed.), Yönetim ve Örgüt Açısından Kayırmacılık, (ss. 27-39), 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Not: Editör ikiden fazlaysa ikinci yazardan sonra “vd.” kısaltması yapılmalıdır.

Çeviri Kitap

Uyarı: Çeviri kitaplarında metin içerisinde ve kaynakçada kitabın orijinalinin hangi yılda yayınlandığı belirtilmelidir.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), Kitap Adı, (Çev. Kitabı Çeviren Yazarın İsmi Baş Harf(ler)i. Yazarın Soyadı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi

Neiman, S., (2006), Modern Düşüncede Kötülük, (Çev. A. Sargüney), 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı: 1999)

Not: Metin içi: (Neiman, 1999/2006: 155).

Bildiri Kitabı

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Bildirinin adı”, içinde Editörün İsmi Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kongrenin Adı, (ss. Bildirinin sayfa aralığı), Yayın Yeri: Yayınevi.

Atman, Ü., (2010), “Kalite, Hastane Yönetimi ve Liderlik”, içinde H. Kırılmaz (Ed.), II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, (ss. 80-88), Ankara: Bakanlık Yayınları

MAKALE

Tek Yazarlı Makale

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Pazarlıoğlu, M. V., (2007), “İzmir Örneğinde İç Göçün Ekonometrik Analizi”, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 14(1): 121-135.

Stouffer, S. A., (1940), “Intervening Opportunities: A Theory Relating Mobility and Distance”, American Sociological Review, 5(6): 845-867.

İki -Altı Yazarlı Makale

Uyarı: İki altıya kadar (altı yazar da dahil) yazarı olan makalelerde tüm yazarlar kaynakçada gösterilmeli, son yazarın soyadından önce Türkçe makalelerde “ve” yabancı makalelerde “and” konulmalıdır..

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i., Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Koçak, Y. ve Terzi, E., (2012), “Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri”, Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(3): 163-184

Pissarides, C. A. and Wadsworth, J., (1989), "Unemployment and the Inter-Regional Mobility of Labour", *The Economic Journal*, 99(397): 739-755.

İslamoğlu, E., Yıldırım, S. ve Benli, A., (2013), "Türkiye'de Tersine Göç ve Tersine Göçü Teşvik eden Uygulamalar: İstanbul İli Örneği", *Sakarya İktisat Dergisi*, 2(4): 46-66.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Makaleler

Uyarı: Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe makalelerde "vd." İngilizce makalelerde "et al." kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), "Makalenin Adı", Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A. Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al., (2010), "Health Professionals For A New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems In An Interdependent World", *The Lancet*, 376: 1923-1958.

Erdem, R., Gökkaya, D., Vergili, A., İzgüden, D., Eroymak, S., Uysal, M. vd., (2009), "Sağlık Hizmetlerinde Ters Bakım Yasasının Kent-Kır Ekseninde Değerlendirilmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(4): 95-104.

TEZ

Sağırılı, M., (2006), Eğitim ve İnsan Kaynağı Yönünden Türk Beyin Göçü: Geri Dönen Türk Akademisyenler Üzerine Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

SÖZLÜK

Jackson, Y. (Ed.). (2006). *Encyclopedia of Multi Cultural Psychology*, London & New Delhi: Sage Publications.

İNTERNET KAYNAĞI

http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/discrimination_1?q=discrimination, Erişim Tarihi: 03.07.2013.

DİĞER KAYNAKLAR (Rapor, Yasa, Sözleşme, Bildiri vs.)

1961 Anayasası (Kabul tarihi: 09.07.1961, Karar sayısı: 10859, Resmi Gazete: 20.07.1961).

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, (Kabul edildiği yer: Roma, Kabul tarihi: 04.11.1950, Değişiklik: 01.06.2010).

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirisi (Kabul: 05.04.1975, Resmi Gazete: 27.04.1977).

Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Personelin Kılık ve Kıyafetine Dair Yönetmelik (Karar sayısı: 5105, Kabul Tarihi: 16.07.1982, Resmi Gazete: 25.10.1982).

BİREYLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARIYLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE BUNLARIN KULLANIMI ÜZERİNE BİR İNCELEME^{1*}

INDIVIDUALS KNOWLEDGE OF TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE PRACTICES AND A REVIEW ON THEM

Prof. Dr. Ramazan ERDEM¹

Meryem KOÇAŞ²

ÖZET

Modern tıp hayli ilerlemesine rağmen ortaya çıkan hastalıklarla mücadele konusunda belirli sınırlılıklara sahiptir. Bu durumda insanlar hastalıklarına çare bulma adına alternatif arayışlara gitmiştir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, modern tıp karşısında belli bir zaman önemsizleştirilmiş olsa da, son zamanlarda yeniden ilgi odağı olmaya başlamıştır. Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını sağlık sisteminin içerisine almış, bununla ilgili Bakanlık teşkilatı içerisinde bir daire başkanlığı kurulmuş ve bilimsel kongreler yapılmaya başlanmıştır. Geleneksel tıp, beden ve zihni bir bütün olarak ele alan değişik kültürlerle ait doğal tedavi yöntemleridir. Tamamlayıcı tıp, geleneksel tıbbi destekleyen iyileştirmeye yönelik yöntemlerdir. Bu çalışmanın amacı bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerini ve bu uygulamaları kullanım durumlarını çeşitli değişkenler açısından incelemektir. Bu çalışmada nicel araştırma deseni uygulanmış olup anket tekniği kullanılmıştır. Ankete katılanların son bir yılda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları içerisinde; en çok kullandıkları fitoterapi ve en fazla bilgi sahibi oldukları uygulama hacamat olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel Tıp, Tamamlayıcı Tıp, Folk Sektör.

ABSTRACT

Modern medicine has certain limitations in the fighting with diseases, even though it is progressing. In this case, people have gone to alternative ways to find solution to their illnesses. Traditional and complementary medicine has recently become a focus of interest, although it has been trivialized for a certain time in the face of modern medicine. In Turkey, the Ministry of Health has taken traditional and complementary medical practices into the health system, established a department related to this issue and started to conduct scientific congresses. Traditional medicine is the natural treatment methods belonging to different cultures that treat the body and mind as a whole. Complementary medicine is a method for improving traditional medicine. The purpose of this study is to examine the level of information about the traditional and complementary medical practices of individuals and the use of these practices in terms of various variables. Quantitative research design was applied in this study and survey technique was used. In the last one year, the participants of the survey were in traditional and complementary medicine practices; The most commonly used phytotherapy and the application that they have the most information was found to be hajamat.

Key Words: Traditional Medicine, Complementary Medicine, Folk Sector.

*Bu çalışmanın özeti 3-6 Ekim 2018 tarihinde Bulgaristan’ın Sofya şehrinde düzenlenen 3. International Health Science and Management Conference’ta sunulmuştur.

¹Süleyman Demirel Üniversitesi/raerdem@yahoo.com

²Süleyman Demirel Üniversitesi/kocasmeryem.70@gmail.com

1. GİRİŞ

Halkın geçmişten günümüze şifa arayışları, kültürlerin bir parçası olmakta ve dünyanın birçok yerinde pek çok insan halk tarafından bulunan şifaları kullanmaktadır (Liamputtong, 2011). Kültürü ve uygarlığı ile Anadolu bunun güzel bir örneğidir. Anadolu güçlü bir kültürel hazineye sahip bir toprak parçasıdır. Hazinesinin bir bölümünü halk hekimliği ve halk ilaçlarını içermekte ve folk sektör olarak ifade edilmektedir (Şar, 2005:1164). Kullanılan halk hekimliği uygulamaları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları adı altında toplanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; geleneksel tıp, sağlığın korunmasında, zihinsel ve fiziksel hastalıkların önlenmesinde, teşhisinde, iyileştirilmesinde veya tedavisinde kullanılan farklı kültürlerle özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır. Tamamlayıcı tıp (alternatif tıp); o ülkenin kendi geleneğinin veya geleneksel tıbbının bir parçası olmayan ve hâkim sağlık sistemine tam olarak dahil olmayan geniş sağlık bakımı uygulamalarıdır. Sağlık Bakanlığı (2017), tarafından yayınlanan güncel Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları (GTTU); "sülük", "hacamat", "akupunktur", "proloterapi", "kupa tedavisi", "osteopati", "mezoterapi", "müzik terapi", "ozon terapi", "larva uygulamaları", "fitoterapi", "hipnoz", "refleksoloji", "apiterapi", "kayropratik" şeklindedir.

Fitoterapi (Bitkilerle Tedavi): İlaç ve tedavi uygulamalarının çeşitli bitkilerle ve bitkisel ürünlerle yapıldığı tedavi yöntemidir. Çin'de yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (Çağlayan vd., 2018: 112). Dagmar Ehling, Steve Swart ve Ali Dülger (2005)'e ait olan Çin Şifalı Bitkicilerinin El Kitabı'nda bitkiler ve iyi geldikleri hastalıklar hakkında detaylı bilgiler verilmektedir.

Akupunktur: 5000 yıldan daha fazla geçmişi olan bu yöntem Uygur Türkleri tarafından bulunmasına rağmen, Çinliler geliştirdiği için (Çevik, 2014: 129), Çin'de ortaya çıkmış bir tedavi yöntemi olarak bilinmektedir (Ma, 1992: 92). Akupunktur, vücudun yüzeyindeki belirli noktalar kullanılarak (kulak vb.) vücut fonksiyonlarını etkilemeyi ve vücudun düzenleyici sistemini geliştirmeyi ve iyileştirmeyi amaçlayan bir yöntemdir (www.camdoc.eu).

Kupa Terapi: Halk arasında "Bardak Çekme" olarak da adlandırılmaktadır. Bir hastalıktan kurtulmak ya da genel sağlığı koruma amacıyla, bölgesel boşluklar (vakum) oluşturmaya dayanan tedavi yöntemidir. Kupa tedavisi belirli bir bölgeye kuru bir şekilde uygulanmaktadır (Kılıç, 2018). Ağrıların azalmasına yardımcı olan bir yöntem olduğu söylenebilir.

Sülük Tedavisi (Hirudoterapi): Tıbbi sülükler kullanılarak yapılan tedavi yöntemidir. Vücutta tedavi edilmesi gereken bölgelere sülükler yapıştırılmaktadır. Yapıştıkları yerin kanını emerek beslenen sülükler, salyalarında bulunan anestezi maddeleri sayesinde de hastanın ağrılarının azalmasını sağlamaktadır (Yıldız vd., 2014: 21).

Hipnoz: Yunanca'da uyku anlamına gelen hipnoz (Dahl, 1994: 1), kişinin dikkatini tek bir noktaya toplayarak kişiye komut vermeyi kapsayan ve yoğun bir konsantrasyon hali olan tedavi yöntemidir (Kondu, 2009: 32).

Ozon Terapi: 19. yüzyılın ortalarında keşfedilen ozon (O₃) gazı hastalıkları dezenfekte ve tedavi etmek için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Kullanımı özellikle diş hekimliğinde (kompres vb.) optimal şekilde uygulanmaktadır (Elvis ve Ekta, 2011: 66).

Mezoterapi: Aktif maddeler cildin yüzey tabakasına enjeksiyon edilmektedir. Bu yöntem enjeksiyon bölgesi (cilt, kas ve eklem) altında yatan dokularda ilaçların yayılımını, daha yüksek seviyelerini ve daha uzun süreli etkilerini sağlamaktadır (Mammucari vd., 2012: 1).

Apiterapi: İlk olarak Sümerler tarafından uygulandığı düşünülen (Yeşilada, 2015: 13) ve propolis, arı sütü, polen, arı zehri gibi arı ve kovan ürünleri ile yapılan bir tedavi yöntemidir (Taneri ve Akış, 2017: 63).

Proloterapi: Vücudun bağ dokusu ve tendon yapılarını güçlendirerek yapıyı ve fonksiyonu iyileştirmek için kendi kendini iyileştiren mekanizmalarını kullanan düşük riskli bir enjeksiyon terapisi (Gosvami, 2012: 376).

Osteopati: Yurtdışında bazı ülkelerde vücuda 4-5 yıllık eğitim sonrasında ellerle (bele, boyna vb.) uygulanan bütüncül bir tedavi yöntemidir (Taneri ve Akış, 2017: 79).

Refleksoloji: Ayaktaki homeostazi, gevşemeyi ve iyileşme yanıtını teşvik etmek için karşılık gelen hedef organların işlevini etkileyebilecek şekilde refleks noktalar üzerinden lokal parmak basıncı ile ayağa yapılan masaj tedavi yöntemidir (Wang vd. 2008: 513). Bu tekniği sporcuların sıkça kullandığı söylenebilir.

Homeopati: 19. yüzyılda epidemilerde başarılı olmuş ve 20. yüzyılda popüler olmuş bir yöntem olan (Fisher, 2012) ve aktif bir maddenin çok küçük dozunun çözücü bir sıvı içinde hastaya verilmesine dayanan bir tedavi yöntemidir. “Benzer, benzeri tedavi eder” bu yöntemin temel prensibidir (Öz vd., 1999: 198).

Kayropraktik: El ile yapılan tedavi yöntemi olan (Taneri ve Akış, 2017: 72) ve omurgalardaki dizilim bozuklukları, spinal (bel kemiği ile ilgili) hareket kısıtlılığını ve artan doku gerilimini inceleyerek spinal sinirlerde meydana gelen baskının ve fonksiyonel kayıpların azaltılmasını amaçlayan vücut bütünlüğünü koruyan bir tedavi yöntemidir (Türk, 2016: 78).

Larva (Magot) Uygulaması: Dezenfekte edilmiş olan kurtçukların (phaenicia vb.) canlı konakta kontrollü olarak yaraya uygulanmasıdır. Ancak kurtçukların bütün türleri güvenli ve etkili değildir (Sherman, 2009: 338).

Müzik Terapi: Norveç’te hızla gelişen (Uçaner ve Jelen, 2015) müzik terapi, terapist eşliğinde danışan kişiye müzikle beraber insan sesinin ya da bedensel hareketlerin (dans vb.) karşılıklı olarak kullanılmasıyla terapistin danışanın anlık tepkilerini ölçülerek tedavi ettiği bir yöntemdir (Aydın, 2012: 1). Müzikle terapinin geçmişte de su sesi ile yapıldığı görülebilmektedir.

Hacamat: En az beş bin yıllık geçmişi olan hacamat, ağrısız, acısız ve iş gücü kaybı olmadan insanı ruhen ve bedenen iyileştiren bir yöntemdir. Belirli zamanlarda vücudun belirli bölgelerine bardak vurulup küçük kesikler atarak kılcal damarlardaki kirli kanın dışarı atılması için uygulanan bir yöntemdir (Benli, 2017: 46). Kupa tedavisinin kanlı olarak yapılan bir yöntemi olduğu söylenebilir.

GTTU’nun en çok kullanıldığı ülkeler Japonya ve Çin’in olduğu görülmektedir. ABD’de Alternatif Tıp Ofisi kurulmuştur. Etiyopya gibi düşük gelirli ülkelerin geleneksel tıbbı güvendiği ve modern tıbbı ulaşmada sıkıntı yaşadığı belirtilmektedir (Karahancı, 2015: 118).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Çalışmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, çeşitli değişkenler açısından bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerini ve bu uygulamaları kullanım durumlarını incelemektir. Bu temel amaç çerçevesinde GTTU'nun bireylerin bilgi düzeyleri ve kullanım durumlarının yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

2.2. Çalışmanın Önemi: Modern tıp hayli ilerlemesine rağmen ortaya çıkan hastalıklarla mücadele konusunda belirli sınırlılıklara sahiptir. Bu durumda insanlar hastalıklarına çare bulma adına alternatif arayışlara gitmiştir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, modern tıp karşısında belli bir zaman önemsizleştirilmiş ve ötelenmiş olsa da, son zamanlarda yeniden ilgi odağı olmaya başlamıştır. Bireylerin GTTU ile ilgili bilgi düzeylerinin ve bu uygulamaları ne kadar kullandıklarının belirlenmesi durum tespiti yapmak adına önem arz etmektedir.

2.3. Veri Toplama Aracı: Bu çalışmada nicel araştırma deseni uygulanmış olup anket tekniği kullanılmıştır. Anket, Sağlık Bakanlığı'nın geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları olarak sıraladığı alanlar esas alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. İki bölümden oluşan anketin birinci bölümünde katılımcıların GTTU ile ilgili bilgi düzeyi ve kullanım durumlarının ölçülmesi yer almaktadır. İkinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yönelik sorular yer almaktadır.

2.4. Evren ve Örneklem: Bu araştırmanın evrenini Isparta'da yaşayan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Anket Isparta'da yaşayan halka uygulanmıştır. %95 güven düzeyi, %10 hata payı düşünülen evrenden 96 kişilik örneklemin yeterli olduğu ifade edilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004). %10 hata payı alınması araştırmanın kısıtı olmuş ve bu bağlamda evrenden kolayda örnekleme yöntemi ile 201 kişiye ulaşılmış, elde edilen anketler değerlendirilmeye alınmıştır.

2.5. Analiz Yöntemi: Anket formları ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, istatistik programları kullanılarak elde edilen puanlar aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. Bu doğrultuda GTTU'nun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmaları yapılmıştır. Bu karşılaştırmalar yapılırken veriler normal dağılım gösterdiği için parametrik testler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında parametrik testlerden olan t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ve üç ve üzeri grubun karşılaştırılmasında parametrik testlerden olan ANOVA/F testi (varyans analizi) kullanılmıştır. Aynı zamanda varyans analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunda, farkın kaynağını bulmak için "Tukey's-b testi" kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Ankete katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo1. Ankete Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		

Erkek	91	45.3
Kadın	110	54.7
Toplam	201	100
Yaş (Yıl)		
0-29	98	48.8
30-39	34	46.9
40 ve üstü	69	34.3
Toplam	201	100
Eğitim Durumu		
İlköğretim	36	18.2
Lise	29	14.6
Önlisans ve Lisans	91	46.0
Lisansüstü	42	21.2
Toplam	197	100
Medeni Durum		
Evli	100	50.0
Evli Değil	100	50.0
Toplam	200	100
Aylık Toplam Geliri (TL)		
0-1999	84	43.5
2000-2999	37	19.2
3000 ve üstü	72	37.3
Toplam	193	100

Tablo 1’de görüleceğe üzere katılımcıların %45,3’ünü erkekler, %54,7’sini kadınlar oluşturmaktadır. Yaş durumlarına bakıldığında %48,8’nin 29 yaş ve altı, %46,9’nun 30-35 yaş aralığında ve %34,3’nün 40 ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların, %18,2’si ilköğretim, %14,6’sı lise, %46’sı ön lisans ve lisans, %21,2’si lisansüstü eğitime sahiptir.

Katılımcıların medeni durumuna göre, %50'sinin evli, %50'sinin evli olmadığı belirlenmiştir. Son olarak katılımcıların gelir dağılımına bakıldığında %43,5'i 1999 ve altı, %19,2'si 2000-2999 gelir aralığına ve %37,3'ü 3000 ve üstü gelire sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Ankete Katılan Bireylerin Bilgi Düzeyleri ve Kullanım Durumları

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	Bilgi Düzeyleri		Kullanım Durumu			
			Evet		Hayır	
	AO	SS	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1. Fitoterapi	3.101	1.366	102	51.0	98	49.0
2. Akupunktur	3.000	1.456	14	7.0	187	93.0
3. Kupa	3.782	1.277	56	28.1	143	78.9
4. Sülük Tedavisi	3.621	1.349	6	3.0	194	97.0
5. Hipnoz	2.930	1.437	7	3.5	193	96.5
6. Ozon Terapi	1.850	1.256	6	3.0	195	97.0
7. Mezoterapi	1.693	1.094	6	3.0	191	97.0
8. Apiterapi	2.029	1.348	22	10.9	179	89.1
9. Proloterapi	1.485	0.945	8	4.0	192	96.0
10. Osteopati	1.621	1.189	12	6.1	185	93.9
11. Refleksoloji	2.174	1.443	22	10.9	179	89.1
12. Homeopati	1.477	0.983	6	3.0	193	97.0
13. Kayropratik	1.943	1.305	21	10.6	177	89.4
14. Larva Uygulamaları	1.365	0.892	1	0.5	200	99.5
15. Müzik Terapi	3.000	1.480	27	13.5	173	86.5
16. Hacamat	3.905	1.294	27	13.4	174	86.4

Ankete katılan 201 kişinin, GTTU ile ilgili bilgi düzeyleri ve bu uygulamaları kullanım durumları incelenmiştir. Bu uygulamalardan fitoterapi ile ilgili bilgi düzeyi puanı 3.101 ± 1.366 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların fitoterapi ile ilgili bilgisi orta düzeydedir.

Fitoterapi uygulamalarının kullanım durumuna bakıldığında ise, katılımcıların %51,0'ı bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Aynı zamanda bu yüzde, GTTU içerisindeki en yüksek kullanımı ifade etmektedir. Bu uygulamalardan akupunktur ile ilgili bilgi düzeyi puanı 3.000 ± 1.456 olarak bulunmuştur. Katılımcıların akupunktur hakkındaki bilgisi orta düzeydedir. Akupunktur uygulamasının kullanım durumu incelendiğinde ise, katılımcıların %7,0'ı bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Kupa tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi incelendiğinde puanı 3.782 ± 1.277 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların kupa tedavisi hakkında yeterli bilgileri vardır. Kupa tedavisi kullanım durumuna bakıldığında ise %28,1'i bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Bu yüzde, GTTU içinde kupa tedavisini fitoterapiden sonra en yüksek kullanılan uygulama olduğunu göstermiştir. Bu uygulamalardan sülük tedavisi hakkındaki bilgi düzeyi puanı 3.621 ± 1.349 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sülük tedavisi ile ilgili yeterli bilgileri vardır. Sülük tedavisinin kullanım durumuna bakıldığında katılımcıların %3,0'ı bu uygulamayı kullandığını belirtmiştir. Katılımcılar sülük tedavisi hakkında yeterli bilgileri olduğunu belirtmelerine rağmen bu uygulamayı az kullandıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmacılar, sülük tedavisinin az kullanılmasının nedeninin "korku ve tikslenme" olduğunu gözlemlemiştir. Katılımcıların hipnoz uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 2.930 ± 1.437 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların bu uygulama hakkındaki bilgileri orta düzeydedir. Bu uygulamanın kullanım durumu ise, %3,5 olarak bulunmuştur. Bu uygulamalardan ozon terapi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 1.850 ± 1.256 olduğu ve katılımcıların bu uygulama ile ilgili bilgi düzeylerinin çok az olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan %3,0 bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Aynı zamanda bu yüzdeye göre kullanımı en az olan uygulamalardandır. Mezoterapi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 1.693 ± 1.094 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların bu uygulama ile ilgili hiç bilgilerinin olmadığı söylenebilir. Katılımcılardan %3,0 bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Apiterapi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 2.029 ± 1.348 olarak bulunmuştur. Katılımcılar apiterapi hakkında çok az bilgileri olduğunu ve bu uygulamayı %10,9'u kullandığını ifade etmiştir. Bu uygulamalardan proloterapi hakkındaki bilgi düzeyi puanı 1.485 ± 0.945 olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar bu uygulama hakkında hiç bilgileri olmadığını ifade etmişlerdir. Bu uygulamanın kullanım durumu ise, %4,0'dır. Bu uygulamalardan Osteopati uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 1.621 ± 1.189 olarak bulunmuştur. Katılımcılar bu uygulama ile ilgili hiç bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcılardan %6,1 bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Refleksoloji uygulaması hakkındaki bilgi düzeyi puanı 2.174 ± 1.443 olarak bulunmuştur. Katılımcılar bu uygulama hakkında çok az bilgileri olduğunu ve %10,9 bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Bu uygulamalardan hemeopati uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi 1.477 ± 0.983 olarak bulunmuştur. Katılımcılar hemeopati uygulaması ile ilgili hiç bilgilerinin olmadığını ve bu uygulamayı %3,0'ı kullandığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların kayropratik uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 1.943 ± 1.305 olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar bu uygulamayı çok az bildiklerini ve %10,6'sı bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Larva uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyi puanı 1.365 ± 0.892 olarak bulunmuştur. Katılımcılar bu uygulamayı hiç bilmediklerini ve sadece %0,5'i bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Aynı zamanda bu yüzde ve puan GTTU içinde en düşük kullanımı ve bilgi düzeyini ifade etmektedir. Müzik terapi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 3.000 ± 1.480 olarak bulunmuştur. Katılımcılar bu uygulama hakkında orta düzeyde bilgileri olduğunu ve %13,5'i bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir. Bu uygulamalardan hacamat uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi puanı 3.905 ± 1.294 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda bu puan GTTU içinde en yüksek bilgi düzeyini ifade

etmektedir. Katılımcıların hacamat ile ilgili bilgisi yüksek düzeydedir. Katılımcılardan %13,4 bu uygulamayı kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 3. GTTU İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

GTTU	Yaş						Test Değerleri
	-29		30-39		40 +		
	AO	SS	AO	SS	AO	SS	
Fitoterapi	3.104	1.301	3.117	1.430	3.081	1.442	F=0.006, p=0.994
Akupunktur	2.989	1.435	3.000	1.435	3.010	1.520	F=0.006, p=0.994
Kupa	3.670	1.288	3.588	1.437	4.042	1.147	F=2.206, p=0.113
Sülük Tedavisi	3.463	1.362	3.424	1.323	3.941	1.303	F=2.982, p=0.053
Hipnoz	3.288	1.353	2.558	1.330	2.608	1.497	F=6.185, P=0.002
Ozon Terapi	1.857	1.276	1.823	1.217	1.855	1.263	F=0.010 p=0.990
Mezoterapi	1.783	1.165	1.411	0.856	1.707	1.085	F=1.467 p= 0.233
Apiterapi	1.979	1.292	1.588	1.047	2.318	1.499	F=3.564, p=0.030
Proloterapi	1.540	0.943	1.575	1.061	1.362	0.890	F=0.902, p=0.407
Osteopati	1.505	1.080	1.794	1.273	1.695	1.286	F=0.946, p=0.390
Refleksoloji	2.367	1.326	2.000	1.477	1.985	1.567	F=1.726, p=0.181
Homoepati	1.494	0.914	1.393	0.978	1.492	1.158	F=0.141, p=0.868
Kayropratik	2.084	1.285	1.852	1.438	1.791	1.261	F=1.091, p=0.338
Larva Uygulamaları	1.515	1.021	1.147	0.557	1.260	0.798	F=2.920, p=0.056
Müzik Terapi	3.306	1.417	2.676	1.429	2.720	1.524	F=4.254, p=0.016
Hacamat	3.765	1.368	3.882	1.297	4.115	1.169	F=1.499, p=0.226

Tablo 3'e bakıldığında katılımcıların hipnoz ile ilgili bilgi düzeyleri, yaş grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir

($F=6.185$, $p=0.002$). Yapılan Tukey's-b testi ile farklılığın yaşı 29 ve altı olan grubun yaşı 40 ve üstü olan gruba göre puanının yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Genç grubun diğerlerine göre hipnoz ile ilgili bilgi düzeyleri yüksektir. Katılımcıların apiterapi ile ilgili bilgi düzeyleri yaş grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=3.564$, $p=0.030$). Yapılan Tukey's-b testi sonucuna göre farklılığın 29-39 arası yaş grubunun bilgi düzeyinin 40 ve üstü yaş grubuna göre puanın düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Orta yaş grubunun yaşlı kesime göre apiterapi ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Katılımcıların müzik terapi ile ilgili bilgi düzeyleri yaş grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=4.254$, $p=0.016$). Yapılan Tukey's-b testi ile farklılığın yaşı 29 ve altı olan grubun, yaşı 30 ve üstü olan gruplara göre puanının yüksek olmasından kaynaklı olduğu görülmüştür. 29 yaş ve altı grubun diğer yaş gruplarına göre müzik terapi ile ilgili bilgi düzeyleri yüksektir. Katılımcıların diğer GTTU ile ilgili bilgi düzeyleri ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4. GTTU ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

GTTU	Cinsiyet				Test Değerleri
	Erkek		Kadın		
	AO	SS	AO	SS	
Fitoterapi	3.122	1.347	3.083	1.388	$t=0.199$, $p=0.483$
Akupunktur	3.000	1.422	3.000	1.490	$t=0.000$, $p=1.000$
Kupa	3.833	1.291	3.740	1.270	$t=0.507$, $p=0.613$
Sülük Tedavisi	3.844	1.314	3.435	1.355	$t=2.145$, $p=0.033$
Hipnoz	2.813	1.421	3.027	1.449	$t=-1.051$, $p=0.295$
Ozon Terapi	1.813	1.272	1.881	1.246	$t=-0.385$, $p=0.701$
Mezoterapi	1.696	1.101	1.691	1.093	$t=0.032$, $p=0.974$
Apiterapi	2.197	1.431	1.890	1.265	$t=1.612$, $p=0.109$
Proloterapi	1.633	1.085	1.363	0.798	$t=2.022$, $p=$
Osteopati	1.842	1.322	1.440	1.040	$t=2.396$, $p=0.0450.017$
Refleksoloji	2.197	1.514	2.154	1.389	$t=0.211$, $p=0.833$
Homoepati	1.626	1.112	1.351	0.846	$t=1.975$, $p=0.050$

Kayropratik	2.033	1.361	1.866	1.257	t=0.883, p=0.378
Larva Uygulamaları	1.388	0.843	1.345	0.932	t=0.342, p=0.733
Müzik Terapi	2.945	1.551	3.045	1.423	t=-0.479, p=0.633
Hacamat	4.022	1.238	3.809	1.337	t=1.161, p=0.247

Tablo 4'e bakıldığında katılımcıların sülük tedavisi ile ilgili bilgi düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir (t=2.145, p=0.033). Erkeklerin kadınlara göre sülük tedavisi ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların proloterapi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (t=2.022, p=0.045). Erkeklerin kadınlara göre proloterapi uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların osteopati uygulaması ile ilgili bilgi düzeyleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (t=2.396, p=0.017). Osteopati ile ilgili erkekler kadınlara göre daha çok bilgiye sahip olduğu bulunmuştur. Diğer GTTU ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 5. GTTU ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

GTTU	Medeni Durum				Test Değerleri
	Evli		Evli Değil		
	AO	SS	AO	SS	
Fitoterapi	3.090	1.400	3.134	1.327	t=-0.226, p=0.821
Akupunktur	2.929	1.486	3.060	1.434	t=-0.633, p=0.528
Kupa	3.908	1.227	3.656	1.326	t=1.382, p=0.160
Sülük Tedavisi	3.806	1.336	3.434	1.348	t=1.943, p=0.053
Hipnoz	2.550	1.452	1.322	1.319	t=-3.777, p=0.000
Ozon Terapi	1.870	1.268	1.840	1.253	t=0.168, p=0.867
Mezoterapi	1.687	1.088	1.707	1.108	t=-0.124, p=0.901
Apiterapi	2.070	1.357	2.000	1.348	t=0.366, p=0.715
Proloterapi	1.494	0.951	1.480	0.947	t=0.111, p=0.912

Osteopati	1.757	1.302	1.489	1.057	t=1.583, p=0.115
Refleksoloji	2.020	1.537	3.340	1.335	t=-1.572, p=0.118
Homoepati	1.494	1.072	1.464	0.895	t=0.216, p=0.829
Kayropratik	1.927	1.332	1.969	1.287	t=-0.221, p=0.825
Larva Uygulamaları	1.320	0.886	1.414	0.903	t=-0.742, p=0.459
Müzik Terapi	2.727	1.497	3.250	1.416	t=-2.53, p=0.012
Hacamat	4.066	1.204	3.750	1.373	t=1.697, p=0.091

Tablo 5'e bakıldığında katılımcıların hipnoz ile ilgili bilgi düzeyleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında, evli olanların puanının evli olmayanların puanından düşük olduğu tespit edilmiş ve gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($t=-3.777$, $p=0.000$). Katılımcıların müzik terapi ile ilgili bilgi düzeyleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-2.530$, $p=0.012$). Evli olmayanların evli olanlara göre müzik terapi ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Diğer GTUU yöntemlerinin bilgi düzeyi ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Tablo 6. GTTU ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

GTTU	Eğitim Durumu								Test Değerleri
	İlkokul		Lise		Ön lisans ve Lisans		Lisansüstü		
	AO	SS	AO	SS	AO	SS	AO	SS	
Fitoterapi	2.861	1.457	2.931	1.556	3.166	1.326	3.225	1.270	F=0.682 p=0.564
Akupunktur	2.285	1.318	3.034	1.546	3.122	1.459	3.261	1.362	F=3.609 p=0.014
Kupa	4.117	1.148	3.607	1.370	3.703	1.303	3.785	1.279	F=1.063 p=0.366
Sülük Tedavisi	3.750	1.273	3.250	1.691	3.539	1.323	3.881	1.213	F=1.436 p=0.234

Hipnoz	1.888	1.063	2.750	1.506	3.208	1.487	3.33	1.161	F=9.751 p=0.000
Ozon Terapi	1.388	0.766	1.689	1.003	1.934	1.388	2.142	1.389	F=2.710 p=0.046
Mezoterapi	1.485	0.866	1.814	1.177	1.655	1.123	1.809	1.131	F=0.715 p=0.544
Apiterapi	2.222	1.456	1.793	1.176	2.044	1.413	1.952	1.228	F=0.585 p=0.625
Proloterapi	1.250	0.731	1.586	0.907	1.522	0.996	1.547	1.040	F=0.948 p=0.419
Osteopati	1.583	1.130	1.896	1.345	1.528	1.187	1.707	1.167	F=0.768 p=0.513
Refleksoloji	1.611	1.128	2.379	1.544	2.252	1.495	2.428	1.433	F=2.583 p=0.055
Homoepati	1.361	0.833	1.620	1.082	1.370	0.909	1.690	1.157	F=1.384 p=0.249
Kayropratik	1.771	1.139	1.892	1.423	1.977	1.357	2.000	1.260	F=0.256 p=0.857
Larva Uygulamaları	1.055	0.333	1.517	1.021	1.355	0.865	1.571	1.129	F=2.501 p=0.061
Müzik Terapi	2.000	1.218	3.069	1.579	3.233	1.476	3.333	1.300	F=7.631 p=0.000
Hacamat	3.888	1.259	4.034	1.375	3.747	1.426	4.111	0.942	F=0.918 p=0.433

Tablo 6’da görülebileceği üzere, katılımcıların akupunktur ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=3.609, p=0.014). Yapılan Tukey’s-b testi ile farklılığın eğitim gruplarında ilköğretim grubunda olanların puanının diğer grupların puanına göre düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. İlköğretim grubunun diğerlerine göre akupunktur ile ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Katılımcıların hipnoz ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=9.751, p=0.000). Yapılan Tukey’s-b testi ile farklılığın eğitim gruplarında ilköğretim

grubunda olanların puanının diğer grupların puanına göre düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. İlköğretim grubunun diğerlerine göre hipnoz ile ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Katılımcıların ozon terapi ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=2.710$, $p=0.046$). Yapılan Tukey's-b testi ile farklılığın eğitim gruplarında ilköğretim grubunda olanların puanının lisansüstü grubun puanına göre düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. İlköğretim grubunun lisansüstü gruba göre ozon terapi ile ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Katılımcıların müzik terapi ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=7.631$, $p=0.000$). Yapılan Tukey's-b testi ile farklılığın eğitim gruplarında ilköğretim grubunda olanların puanının diğer grupların puanına göre düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. İlköğretim grubunun diğerlerine göre müzik terapi ile ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Diğer GTUU yöntemlerinin bilgi düzeyi ve eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Tablo 7. GTTU ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Karşılaştırılması

GTTU	Gelir (TL)						Test Değerleri
	- 1999		2000-2999		3000 +		
	AO	SS	AO	SS	AO	SS	
Fitoterapi	3.012	1.356	2.973	1.443	3.323	1.339	$F=1.259$, $p=0.286$
Akupunktur	2.795	1.487	2.972	1.647	3.319	1.298	$F= 2.545$, $p=0.081$
Kupa	3.679	1.376	3.675	1.395	3.875	1.137	$F= 0.518$, $p=0.597$
Sülük Tedavisi	3.392	1.379	3.702	1.309	3.831	1.309	$F= 2.153$, $p=0.119$
Hipnoz	2.879	1.468	2.729	1.407	2.986	1.399	$F= 0.397$, $p=0.673$
Ozon Terapi	1.583	1.132	1.783	1.293	2.194	1.317	$F= 4.809$, $p=0.009$
Mezoterapi	1.500	0.959	1.828	1.175	1.902	1.200	$F= 2.818$, $p=0.062$
Apiterapi	1.869	1.268	1.945	1.432	2.208	1.373	$F=1.295$, $p=0.276$
Proloterapi	1.392	0.806	1.324	0.818	1.718	1.148	$F= 3.043$, $p=0.050$
Osteopati	1.518	1.182	1.971	1.424	1.625	1.106	$F=1.760$, $p=0.175$
Refleksoloji	2.107	1.326	1.864	1.336	2.347	1.611	$F=1.435$, $p=0.241$
Homoepati	1.416	0.894	1.555	1.132	1.527	1.034	$F= 0.355$, $p=0.702$

Kayropratik	1.963	1.318	1.416	0.874	2.084	1.349	F= 3.214, p=0.032
Larva Uygulamaları	1.297	0.847	1.222	0.637	1.458	0.977	F= 1.105, p=0.333
Müzik Terapi	2.928	1.479	2.783	1.511	3.098	1.465	F=0.592, p=0.554
Hacamat	3.535	1.383	4.054	1.451	4.291	0.879	F= 7.548, p=0.001

Tablo 7'ye göre, katılımcıların ozon terapi ile ilgili bilgi düzeyleri, gelir grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=4.809, p=0.009). Yapılan Tukey's-b testi ile farklılığın gelir gruplarından 3.000 ve üstü grubunda olanların puanının 1.999 ve altı gelir gruplarının puanına göre yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. 3.000 ve üstü gelir grubunda olanların ozon terapi hakkındaki bilgi düzeyleri yüksektir ve gelir arttıkça ozon terapi hakkındaki bilgi artmaktadır. Katılımcıların kayropratik ile ilgili bilgi düzeyleri, gelir grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=3.214, p=0.032). Yapılan Tukey's-b testi ile farklılığın gelir gruplarından 2.000-2.999 grubunda olanların puanının diğer gelir gruplarının puanına göre düşük olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. 2.000-2.999 grubunda olanların kayropratik ile ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Katılımcıların hacamat ile ilgili bilgi düzeyleri, gelir grupları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=7.548, p=0.001). Yapılan Tukey's-b testi ile farklılığın gelir gruplarından 1.999 ve altı grubunda olanların puanının diğer gelir gruplarının puanına göre düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. 1.999 ve altı grubunda olanların hacamat ile ilgili bilgi düzeyleri diğerlerine göre düşüktür. Diğer GTTU yöntemlerinin bilgi düzeyi ve gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

4. TARTIŞMA SONUÇ

İnsanların var olmasıyla birlikte ortaya çıkan hastalıklara doğadan ve geçmişten gelen deneyimlerden faydalanılarak çare aranmaya başlanmasıyla GTTU ortaya çıkmıştır (Arslan vd., 2016: 10). GTTU doğal yöntemlere dayanan ve kültürle sıkı bir ilişki içinde olan yöntemler olarak ifade edilebilir. Örneğin fitoterapi uygulamasının halkın kendi deneyimleri ile bitkilerin şifalı olduğunu keşfetmesi sonucunda ortaya çıkmış bir yöntem olduğu söylenebilir. Bu yöntemler halk tarafından rağbet görebilmekte ancak bazı hekimler bu tür uygulamaları bilimsel olmadığı gerekçesiyle eleştirebilmektedir. Ancak son zamanlarda GTTU sağlık sistemine entegre edilmeye çalışılmaktadır.

Isparta ilinde yaşayan 201 bireye yapılan anket, halkın GTTU hakkındaki bilgi düzeylerini ve kullanım durumlarını incelemek için uygulanmıştır. Anket sonucunda Isparta halkı GTTU'dan "kupa tedavisi", "hacamat" ve "sülük" hakkında yeterli düzeyde bilgilerinin olduğunu ve mezoterapi, proloterapi, osteopati ve homöopati hakkında ise hiç bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir. Kemper ve Connor (2004) çalışmasında katılımcıların fitoterapi, kayropratik, terapötik egzersiz, masaj ve hipnoz gibi yaygın kullanılan GTTU hakkında bilgiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Chan vd. (2004) çalışmasında hekimlerin GTTU hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir. Araz vd. (2012) çalışmasında katılımcıların en çok fitoterapi, reiki ve aromaterapi hakkında bilgilerinin olduğunu tespit

etmiştir. Lafçı ve Kaşıkçı (2014) çalışmasında katılımcıların akupunktur, fitoterapi, yoga, dini yöntemler, diyet desteği, masaj hakkında biraz bilgilerinin olduğu bulunmuştur. Hajbaghery ve Hoseinian (2014) çalışmasında katılımcıların çoğunun GTTU hakkında düşük düzeyde bilgiye sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Harris ve Rees (2000) çalışmasında Kanada, Finlandiya, İsrail, İngiltere ve ABD'de, Härtel ve Volger (2004) çalışmasında Almanya'da ve Avrupa ülkelerinde, Xue vd. (2007) Avusturalya'da Amin vd. (2015) çalışmasında Güney Asya'da, Şimşek vd. (2017) çalışmasında Türkiye'de, Pengpid ve Peltzer (2018) çalışmasında Endonezya'da, GTTU kullanımının yaygınlaşmaya başladığını istatistiksel verilerle ifade etmişlerdir. Bu çalışmada da GTTU'nun kullanımının arttığı görülmekte ve en çok kullanılan uygulamalar fitoterapi, kupa tedavisini, müzik terapi ve hacamat şeklinde sıralanabilmektedir. Cuellar vd. (2003) çalışmasında araştırmaya katılanlar fitoterapi uygulamasını, kayropratik ve müzik terapi uygulamalarını kullandıklarını ifade etmişlerdir. Sheikhrabori (2017) çalışmasında katılımcılarının en çok kullandığı GTTU fitoterapi ve kupa tedavisi olarak bulunmuştur.

Katılımcıların demografik verileri ve GTTU ile ilgili bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yaşın hipnoz, apiterapi ve müzik terapi ile ilgili bilgi düzeylerinde; cinsiyetin sülük, proloterapi ve osteopati ile ilgili bilgi düzeylerinde; medeni durumun hipnoz ve müzik terapi ile ilgili bilgi düzeylerinde; eğitim durumunun akupunktur, hipnoz, ozon terapi ve müzik terapi ile ilgili bilgi düzeylerinde; gelir düzeylerinin ozon terapi, kayropratik ve hacamat ile ilgili bilgi düzeylerinde farklılıklara sebep olan değişkenler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca korelasyon analizi sonucunda yaş ve gelirin bazı GTTU kullanımını da etkilediği sonucu bulunmuştur. Mitha (2013) vd. çalışmasında yaşlıların GTTU uygulamalarını daha çok kullandıklarını ve bilgili olduklarını ifade ederek GTTU ile yaş arasında anlamlı bir fark olduğunu ifade etmiştir. Hajbaghery ve Hoseinian (2014) çalışmasında katılımcıların GTTU uygulamalarına karşı bilgi ve eğitim alma isteği ve cinsiyet ile yaş arasında anlamlı bir fark olduğunu tespit etmişlerdir. Sütçü (2018) çalışmasında yaş ve cinsiyet ile bazı GTTU karşı tutumları arasında anlamlı farklar tespit etmiştir.

Sonuç olarak Isparta halkı hacamat, sülük gibi bazı GTTU hakkında yeterli bilgi düzeylerinin olduğunu ve fitoterapi, kupa tedavisi gibi bazı GTTU'nu ise sık kullandıklarını ifade etmişlerdir. Halk bu uygulamalardan özellikle sülük ve hacamat hakkında yeterli bilgileri olduğu halde bu uygulamaları az kullandığını belirtmiştir. Araştırmacı gözlemlerine göre bunun nedenini halkın sülükten ve kanlı bardaktan korktukları ve tiksindikleri için olduğu düşünülmektedir. GTTU ile ilgili bilgi düzeylerinin katılımcıların sosyo-ekonomik verilerle göre karşılaştırılması yapılmıştır. Karşılaştırma sonucunda bazı GTTU bilgi düzeyi ile sosyo-ekonomik durumlar arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Ayrıca halkın tedavi hakkında yeterli bilgisi olmadığı halde tedavi yöntemini kullandığı da belirlenmiştir. Bu durumun nedenlerinin tartışma konusu olabileceği ve bu uygulamalar hakkında nitel bir çalışma yapılabileceği önerilmektedir.

5. KAYNAKÇA

Amin, F., Islam, N. ve Gilani, A.H., (2015), "Traditional and Complementary/Alternative Medicine Use in a South-Asian Population", Asian Pacific Journal of Health Sciences, 2(3): 36-42.

Araz, Ç.N., Taşdemir, H.S. ve Kılıç, S.H., (2012), “Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Dışı Alternatif ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(4): 239-251.

Arslan, M., Sözen Şahne, B. ve Şar, S. (2016). “Dünya’daki Geleneksel Tedavi Sistemlerinden Örnekler: Genel Bir Bakış”, Lokman Hekim Dergisi, 6(3), 100-105.

Benli, Z. (2017). “Hacamat Tedavisi”, Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 1(6), 46-53.

Chan, P.S. ve Wong, M.M., (2004), “Physicians and Complementary-Alternative Medicine: Training”, Attitudes and Practices in Hawaii, Hawaii Medikal Journal, 63(6): 176-181.

Cuellar, N., Aycock, T., Cahill, B. ve Ford, J., (2003), “Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use by African American (AA) and Caucasian American (CA) Older Adults in A Rural Setting: A Descriptive, Comparative Study”, BMC Complementary and Alternative Medicine, 3(8): 1-7. Doi: 10.1186 / 1472-6882-3-8.

Çağlayan, H.Z., Ataoğlu, E. ve Kibaroglu, S., (2018), “Nörolojide Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi” , Turkish Journal of Neurology, 24(2): 111-116. DOI:10.4274/tnd.83357.

Çevik, C., (2014), “Türkiye’de Akupunktur Uygulamaları ve Gelişimi”, T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Uluslararası Bakış Konferans Bildirisi, Ankara.

Dahl, M.G. (1994), “Basic Hypnosis”, Uluslararası Medikal ve Dış Hipnoterapi Derneği (IMDHA) ve Uluslararası Danışmanlar ve Terapistler Derneği (IACT), E Kitap, Chapter 101, 7. Baskı, America.

Ehling, D. ve Swart, S., (2005), “Çin Şifalı Bitkilerinin El Kitabı”,1.Baskı, İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.

Elvis, M.A. ve Ekta, J.S., (2011), “Ozone Therapy: A Clinical Review”, Journal of Natural Science, Biology and Medicine, 2(1): 66-70.

Fisher, P., (2012), “What Is Homeopathy? An Introduction Frontiers in Bioscience, 1(4): 1669-1682.

Goswami, A., (2012),“Prolotherapy”, Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 26(4): 376-378. DOI: 10.3109/15360288.2012.734900.

Hajbaghery, M.A. ve Hoseinian, M., (2012), “Knowledge, Attitude and Practice Toward Complementary and Traditional Medicine Among Kashan Health Care Staff” , Complementary Therapies in Medicine, 22(1): 126-132. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.11.009>.

Harris, P. ve Rees, R., (2000), “The Prevalence of Complementary and Alternative Medicine Use Among the General Population: A Systematic Review of the Literature”, Complementary Therapies in Medicine, 8(2): 88-96.

Härtela, U. ve Volgera, E., (2004)., “ Inanspruchnahme und Akzeptanz Klassischer Naturheilverfahren und Alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse Einer Repräsentativen Bevölkerungsstudie”, Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 11: 327–334.

Karahancı, O.N., Öztoprak, Ü.M. Ersoy M, Ünsal Ç.Z., Hayırlıdağ M. ve Örnek Büken N., (2015), “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın karşılaştırılması”, Türkiye Biyoetik Dergisi, 2(2): 117-126.

Kemper, K.J., Karen, G. ve O'Connor, K.G., (2004), “Pediatricians' Recommendations for Complementary and Alternative Medical (CAM) Therapies”, Ambulatory Pediatrics, 4(6): 482-487. <https://doi.org/10.1367/A04-050R.1>

Kılıç, S. (2018). “Kupa terapisi (Kuru Kupa tedavisi / bardak çekme) nedir?”, <http://www.drsevilbiorezonans.com/kupa-terapisi-kurukupa-tedavisi-bardak-cekme-nedir/>

Kondu, C. (2009). “Herkes İçin Hipnoz”, Genç Gelişim, 1. Baskı, İstanbul: Kişisel Gelişim ve Yaşama Sanatı Dergisi.

Lafçı, D. ve Kaşıkçı, M. K., (2014), “Yataklı Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Personelin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları”, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 3(4): 1-18.

Liamputtong, P., (2011), “Folk Healing and Health Care Practices in Britain and Ireland: Stethoscopes, Wands and Crystals”, 33(7): 114-115. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01418.x>.

Ma, K.W., (1992), “The Roots and Development of Chinese Acupuncture: From Prehistory to Early 20 th Century”, Acupuncture in Medicine, 10: 92-99.

Mammucari, M., Gatti A., Maggiori S. ve Sabato A.F., (2012), “Role of Mesotherapy in Musculoskeletal Pain: Opinions From the Italian Society of Mesotherapy”, 5(6): 682-694. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/436959>.

Mitha, S., Nagarajan, V., Babar, M.G., Siddiqui, M.J.A. ve Jamshed, S.Q., (2013), “Reasons of Using Complementary and Alternative Medicines (CAM) Among Elderly Malaysians of Kuala Lumpur and Selangor States: An Exploratory Study”, Journal of Young Pharmacists, 5(2): 50-53.

Öz, M., Arias, R. ve Öz, L., (1999), “Şifayı Yüreğinde Ara: Dünyaca Ünlü Türk Cerrahı Alternatif Tıbbın Gücünü Keşfetti”, (Çeviren; Meral Gaspıralı), 1. Baskı, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi.

Pengpid, S. ve Peltzercd, K., (2018), “Complementary Therapies in Clinical Practice Utilization of Traditional and Complementary Medicine in Indonesia: Results of a National Survey in 2014–2015”, Complementary Therapies in Clinical Practice, 33: 156-163.

Sağlık Bakanlığı, (2017), <http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24683/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-nedir.html>) Erişim Tarihi: 11.07 2017.

Sheikhrabori, A., Dehghan, M., Ghaedi, F. ve Khademi, G.R., (2017), “Complementary and Alternative Medicine Usage and Its Determinant Factors Among Diabetic Patients: An Iranian Case”, J Evid Based Complementary Altern Medical, 22(3): 449-454. doi: 10.1177 / 2156587216675079.

Sherman, R.A., (2009), “Maggot Therapy Takes Us Back To The Future of Wound Care: New and Improved Maggot Therapy For The 21st Century”, Journal of Diabetes Science and Technology, 3(2): 336- 344. doi.10.1177%2F193229680900300215.

Şar, S., (2005), “Anadolu’da Rastlanan Halk Hekimliği Uygulamalarına Genel Bir Bakış”, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 13(2): 1163-1178.

Sütçü, S., (2018), “Sosyolojik Açıdan Alternatif Tıp Geleneği ve Uygulamaları: Isparta Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Şimşek, B., Yazgan Aksoy, D., Calik Basaran, N., Taş, D., Albasan, D. ve Kalaycı, M.Z., (2017), “Mapping Traditional and Complementary Medicine in Turkey”, European Journal of Integrative Medicine, 15: 68-72.

Uçaner, B. ve Jelen B., (2015), “Müzik Terapi Uygulamaları ve Bazı Ülkelerdeki Eğitimi”, Folklor Edebiyat, 21(81): 35-46.

Wang, M.Y., Tsai, P.S., Lee, P.H., Chang, W.Y., ve Yang, C.-M. (2008)., “The Efficacy of Reflexology: Systematic Review”, Journal of Advanced Nursing, 62(5), 512–520 doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04606.x

World Health Organization, <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/> Erişim tarihi: 26.01.2019.

Xue, C.C.L., Zhang, A.L., Lin, V., Costa, C.D. ve Story, D.F., (2006), “Complementary and Alternative Medicine Use in Australia: A National Population-Based Survey”, The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13(6): 643–650 Doi: 10.1089/Acm.2006.6355.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S., (2004), “SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Ankara: Detay Yayıncılık.

Yeşilada, E., (2015), “Apiterapi: Arıyla Gelen Şifa”, 1. Baskı, İstanbul: Hayy Kitap.

Yıldız, S., Eriş, S., Yücel Polat, N., Ürper, S., Kurt, Y., Kurt, B.B. ve Yıldız, Ü.G., (2014), “Sülük Tedavisi”, İntegratif Tıp Derneği, 2(1): 21-25.

Taneri, P. ve Akış, N., (2017), “Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları”, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Türk, A., (2016), “ Kayropraksi Uygulamaları”, 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Antalya.

https://www.camdoc.eu/Survey/Results_AC.html, (Erişim tarihi: 16.08.2018).

HEKİMLERİN YÖNETİM MACERASI: MELEZ İŞ KİMLİĞİ VE HEKİM YÖNETİCİLER *

MANAGEMENT ADVENTURE OF PHYSICIANS: HYBRID WORK IDENTITY AND PHYSICIAN MANAGERS

Öğr. Gör. Ramazan Rüçhan KAYA¹

Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA²

ÖZET

Melez iş kimliği, kişilerin eğitimini aldıkları meslek dolayısıyla kazandıkları profesyonel kimlikleri ile çalıştıkları kurum içerisindeki görevleri vasıtasıyla kazandıkları iş kimliklerinin bir araya gelmesiyle oluşan kimliklerin melezleşmesi durumudur. Sağlık alanının lideri olarak görülmeleri sebebiyle hekimliklerinin yanı sıra yönetim kademelerinde de görevlendirilen hekimlerin bu durumu melez iş kimliği olarak değerlendirilebilir. Hekimler, tıbbın uygulayıcısı ve sağlığın temel unsurudurlar ve tıbbi bilginin vermiş olduğu iyileştirici güç onları sağlığın doğal lideri yapmaktadır. Bu durumun da etkisiyle Türkiye ve dünyanın birçok ülkesinde hekimlerin sağlık kurumlarının idari pozisyonlarında görevlendirildikleri görülmektedir. Melez hekim yönetici, kurum içerisinde hekim olmalarının yanı sıra yöneticilik pozisyonlarında bulunan hekimlere verilen isimdir. Bu çalışma hekimlik ve yöneticilik kimlikleri arasında sıkışan melez hekim yöneticilerin bu durumlarına dikkat çekilmesi yönünden önem arz etmektedir. Çalışma, literatür derlemesi olarak kurgulanmış ve bu kapsamda, yöneticilik yapmakta olan hekimlerin mesleki kimlik anlayışlarını konu alan çalışmalar taranmış, okunmuş ve incelenmiştir. Bu çalışmayla melez iş kimliği ve melez hekim yöneticilik kavramalarının literatüre kazandırılması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kimlik, Melez İş Kimliği, Hekimler, Hekim Yönetici, Sağlık Yönetimi.

ABSTRACT

The hybrid work identity is the hybridization of the identities that are formed by the combination of the professional identities that the people earned for their profession and the work identities they earn through their duties in the institution they are working with Since they are regarded as leaders in the field of health, this situation of physicians who are assigned in the management levels as well as their medical practice can be evaluated as hybrid work identity. Physicians are the practitioner of medicine and the basic element of health. And the healing power of medical knowledge makes them the natural leader of health. The effects of this situation, physicians, Turkey and many other countries, are seen in their assigned administrative positions in the health institutions. Hybrid physician management is the name given to the physicians who are in the management positions as well as being physicians in the institution. This study is important in order to draw attention to these situations of hybrid physician managers who are stuck between their medical and managerial identities. This is a literature review. In this study, it is aimed to introduce the concepts of hybrid work identity and hybrid physician management to the literature.

Key Words: Identity, Hybrid Work Identity, Physicians, Physician Manager, Health Management.

*Bu çalışma, Ramazan Rüçhan Kaya'nın "Melez İş Kimliği: Hekim Yöneticiler Üzerine Nitel Bir Çalışma" isimli Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir. Çalışma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) Koordinasyon Birimi, 5048-YL1-17'nolu proje kapsamında desteklenmiştir.

¹Uşak Üniversitesi/Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu / Yönetim ve Organizasyon Bölümü/Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı/ramazan.kaya@usak.edu.tr

²Süleyman Demirel Üniversitesi / İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık Yönetimi Bölümü/elifakkas@sdu.edu.tr

GİRİŞ

İnsan hayatı açısından sağlık, en önemli değerdir. Dünya Sağlık örgütü sağlığı, “yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1947). “Sağlıklı olmak ve sağlıklı yaşamak insanların en temel, en doğal hakkı ve vazgeçilmez arzusudur” (Baloğlu, 2006: 3). Sağlık ve sağlık hizmeti sunumunun diğer herhangi bir hizmet ile aynı şekilde değerlendirilmemesi gerektiğinin unutulmaması gerekir. Çünkü bireyin hastalığı ya da herhangi bir sıkıntısı sadece o bireyi değil aynı zamanda ailesini ve toplumu da etkilemektedir. Bu açıdan değerlendirildiği zaman sağlık, bireylerin toplum içindeki durumunu, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesini etkileyecektir. Bu nedenle insanların sağlığını korumaya, eğer sorunu var ise tedavi etmeye ya da rehabilite etmeye yönelik yapılacak çalışmaların önemi çok büyüktür. Sağlık, temelde insanlar ve onların sağlıkları ile ilgilendiği için sağlık hizmeti sunan kurumların etkili ve verimli yönetilmesi de son derece zor ve bir o kadar da önemli bir durumdur. 20. yy’ın başlarında ABD’de sağlık hizmetlerinin yönetilmesi üzerine yapılan çalışmalar sonucu hastane yönetimi kavramı ortaya çıkmış ve ilerleyen dönemde hastane yöneticiliği önem kazanmaya başlamıştır. Daha sonraki dönemlerde bu alanda yapılan incelemelerde kurumsal ihtiyaçların değişmesi ve gelişmesi sonucu profesyonel sağlık yöneticiliği düşüncesi yaygınlaşmıştır. Bu noktada akıllara gelen soru; “sağlık hizmetinin vazgeçilmez unsuru olan hekimler mi sağlığı yönetmeli; yoksa yönetim, işletmecilik, finans gibi konularda eğitim almış profesyonel sağlık yöneticileri mi sağlığı yönetmeli?” şeklinde olmaktadır. Hekim, herhangi bir sağlıkçı ekibinin içerisinde bulunduğu anda ister istemez her şeyin danışıldığı ve yönlendirmesine göre hareket edilen kişi konumuna gelmektedir. Hekimin sahip olduğu tıbbi bilgiye dayalı gücünden kaynaklanan bu durum hekimleri sağlık alanının doğal lideri konumuna getirmektedir. Türkiye ve diğer birçok ülkenin sağlık sistemi, hekim baskın şekilde dizayn edilmiş ya da doğal bir biçimde hekim merkezli olarak oluşmuştur. Hekimlerin sağlık sisteminin temel ve en önemli parçası olduğunu düşündüğümüzde, hekim baskın bir sağlık sistemi olması kaçınılmaz görünmektedir.

Bazı durumlarda kişiler eğitimini aldıkları ve tecrübe sahibi oldukları görev dışında kurum içi yapıdan dolayı farklı görev ve sorumluluklar yüklenebilir. Söz konusu durumda kişinin eğitimini aldığı meslek dolayısıyla kazandığı profesyonel mesleği ile kurum içi görevinden dolayı kazandığı iş kimliği bir araya gelmekte ve melezleşmiş bir iş kimliği ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durum hekim yöneticiler için de söz konusu olmaktadır. Hekim olarak kişinin yapması gereken tedavi ve muayene işlerinin yanı sıra kurumun yönetim sorumlulukları da bu kişilere yüklenmektedir. Literatürde çalışma hayatında bu tip durumlarla karşılaşan kişilerin mesleki kimlik karmaşası yaşadığı anlatılmakta ve hem hekim hem de yöneticilik sorumluluğu olan bu kişiler, “melez hekim yöneticiler ya da melez doktor yöneticiler” şeklinde isimlendirilmektedir ((Joffe and MacKenzie-Davey, 2012; Cascon-Pereria vd., 2016; Kippist and Fitzgerald, 2010). Yabancı literatürde, melez iş kimliği, melez yöneticilik ve bunlar ile bağlantılı olarak melez hekim yöneticilik gibi konular üzerine bazı çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Ancak ülkemizde sağlık kurumlarının çoğunda yönetici pozisyonunda hekimler çalışmasına rağmen Türkçe literatürde melez hekim yöneticiliğinin gerekli ilgiyi görmediği fark edilmektedir.

Bu çalışmada, öncelikle sosyolojide kimlik kavramından yola çıkılarak mesleki kimlik kavramına ulaşılabilecek, akabinde literatürde Melez İş Kimliği (Hybrid Work Identity) ve Melez Hekim Yöneticiler (Hybrid Physician Manager’s) üzerine yapılan çalışmalar incelenmiş ve son olarak “sağlığı kim yönetmeli?” sorusuna literatürden cevap aranmaya çalışılmıştır.

Çalışma ile Melez Hekim Yöneticilik ve Hekim Yöneticiler üzerine umulan çalışmalar için literatür taraması yardımıyla bir değerlendirme sunmak hedeflenmektedir.

1. KİMLİK KAVRAMI

İnsan, bir toplum içerisinde doğup, toplum içerisinde büyüyen ve yaşamını toplum içerisinde şekillendiren bir varlıktır. Bu sebeptendir ki, insanın sosyal bir varlık olduğu söylemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Her insanın, sosyal ortamda tanınmasını ve tanımlanmasını sağlayan bir alametifarikaya ihtiyacı vardır. Söz konusu ihtiyaç; kişinin kim olduğu, ne iş yaptığı, hangi milletten olduğu, hangi dine mensup olduğu sorularına verilecek cevaplarla meydana gelen “kimlik” kavramı ile karşılanabilir. Kimlik kavramının, sosyoloji, biyoloji, psikoloji ve felsefe gibi bilim dallarında farklı konu başlıkları altında incelendiği ve farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir (Atak, 2011: 164-166). Bu nedenle, kimlik anlam olarak muğlak ve tanımlanması zor bir kavram olarak değerlendirilebilir. Latince, süreklilik ve aynılık anlamlarına gelen “idem” kelimesinden türemiş ve günümüzde halen bu şekilde kullanılmaktadır (Kohn ve Roth, 2001: 1). Güncel Türkçe Sözlük'te kimlik kavramı “toplumsal bir varlık olarak insana özgü olan belirti, nitelik ve özelliklerle, birinin belirli bir kimse olmasını sağlayan şartların bütünü” şeklinde tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr). Batı kaynaklarında kimlik kavramı üzerine yapılan çalışmalar üç ana aşamada gelişmiştir. Aydınlanma felsefesinin 18. yy'da ortaya çıkmasından 19. yy'a kadar olan ilk dönemde rasyonalist (akılcı) bilim insanları tarafından ilk kez kullanılmıştır. Daha sonra 20. yy'da psikologlar tarafından kullanılmış ve birkaç on yıldır da teoloji ve din bilimi üzerine çalışan bilim insanları tarafından ilgi görmüş ve çalışılmaktadır (Kohn ve Roth, 2001: 1). Erikson'a (1956) göre kimlik karşılıklı ilişkiler sayesinde oluşan bir kavramdır. Ve Erikson, kimlik olgusunun önemini kimlik duygusu olmadan sosyal ormanda (sosyal yaşamda) insanın varlığının bir anlamı yoktur diyerek vurgulamıştır (Gergen, 1991: 38). Kimlik ile ilgili bir diğer tanım yine Erikson'dan etkilenen James E. Marcia tarafından yapılmıştır. Ona göre kimlik; duyum, tutum ve çözüm kavramlarıyla açıklanır ve benliğin yapılandırılmış şekli olarak tanımlanabilir (Marcia, 1989; 1993; 2002a; 2002b). Tüm bu tanım ve yaklaşımlardan hareketle kimliği kısaca, bireyin kendisine sorduğu, “ben kimim?” ve “ben ne yaparım?”, sorularına verdiği cevaplar bütünü olarak değerlendirebiliriz. Bunun yanı sıra kimliği, toplum içerisinde bireyin kendisine biçtiği rol ve toplumun bireyi tanımladığı olgu (bireyi ne olarak gördüğü) olarak tanımlamak da yanlış olmayacaktır.

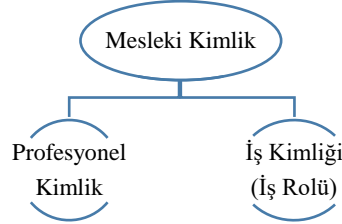
Çalışma kapsamında yapılan incelemede, çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmuş ve farklı şekilde tanımlanmış birçok kimlik türü ile karşılaşmış, kimlik türleri ile ilgili tam bir mutabakat sağlanamadığı görülmüştür. (Erikson: 1956; 1964; 1968; Goffman: 1963; Turner: 1987; Smith: 1994; Marcia: 1989; Güvenç: 2010). Çalışmanın devam eden bölümünde bireyin ait olduğu meslek grubunun, kişisel kimliğini şekillendirmesiyle oluşan mesleki kimlik ve bağlantılı şekilde profesyonel kimlik ve iş kimliği olgularından bahsedilecektir.

2. MESLEKİ KİMLİK

Mesleki kimlik ve iş kimliği kavramları Türkçe düşünüldüğü zaman yaklaşık olarak birbirleri ile aynı anlamda kullanılmaktadır. İngilizce kaynaklarda yapılacak bir incelemede de, aynı şekilde mesleki kimlik ve iş kimliği kavramlarının çoğu kez aynı anlamda olan; *professional identity* (profesyonel kimlik), *profession identity* (mesleki kimlik), *occupational identity* (meşguliyet/iş/meslek kimliği), *work identity* (iş kimliği) gibi şekillerde kullanıldığı görülecektir. Aslında bu durum, meslek ve iş kavramlarının toplum ağzında aynı anlamda kullanılıyor olmasının yanında konu üzerine çalışan yazarların aynı konu üzerine yaptıkları

farklı yorumlamalardan kaynaklanmaktadır (Sabancıoğulları ve Doğan, 2012: 276). Meslekî kimlik, bu çalışmada, çalışma hayatında bireyin kazanacağı kimlik türlerinin çatısı olarak değerlendirilmiş ve aşağıdaki şekil oluşturulmuştur.

Şekil 1. Meslekî Kimlik ve Alt Başlıkları



Günümüz bilim insanları tarafından ilgi çekici bir konu olarak ortaya çıkan kimlik kavramı, öncelikle bir özellik ya da nitelik belirtisidir. Bu da kimliğin kişi ya da grubu farklılaştıran veya tanımlanmasını sağlayan bir olgu olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla kimliğin görevinin sınıflama yapmak olduğu söylenebilir. Aynı zamanda tüm bireylerin toplum içerisinde statü olarak konumları farklıdır, bu statülerin bazıları (ırk, cinsiyet... vb.) bireye doğuştan verilirken, bazıları (eğitim seviyesi, meslek... vb.) ise ona atfedilir yani sonradan kazanılır (Marshal, 1999: 21). Söylenmek istenen şu ki; kişinin dini, ırkı, cinsiyeti yaşı ya da yapmış olduğu mesleği yönüyle edinmiş olduğu kimlikler kişiliğin alt başlıklarıdır. Binaenaleyh kişiliği oluşturan olgulardan birinin de bireyin meslekî kimliği olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

İnsanların yaşamları boyunca çeşitli ihtiyaçları olmaktadır. Çalışmak, yemek, giyinmek, barınmak ve başka özel ihtiyaçlar gibi... Bu ihtiyaçları karşılamak için günümüz sosyal şartlarında bireylerin bir kazanca ihtiyacı vardır. Bireyler yaşamlarının uzun bir dönemini bu ihtiyaçlarını karşılayabilecek parayı kazanmak için bir işte çalışarak geçirmektedir (Gini, 1998: 707). Hatta meslek ve çalışma ile ilgili olarak tanınmış sosyolog Worsley; “iş (meslekte çalışıyor olmak). kültürümüzün temelidir” demiştir. Çünkü artık insanlar, “ne yapıyorsun?” şeklinde bir soru sorduğunda dahi bu aslında “ne iş yapıyorsun?” anlamına gelmektedir. Bu da demek oluyor ki; meslek artık sadece para kazandıran bir durum değil aynı zamanda kişiye sosyal ortamda bir meşruiyet kazandıran bir olgu halini almıştır (Fryers, 2006: 2). TDK Türkçe Sözlük’te, “meslek: bir kimsenin geçimini sağlamak için sürekli yaptığı, bilgi, eğitim veya yaratıcı güç gerektiren etkinlik” şeklinde tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr). Bir diğer tanımla meslek; “tutulan yol, bir kimsenin geçimini sağlamak için sürekli yaptığı iş, uğraş, çığır, okul, ekoldür” şeklinde açıklanmıştır (Akdoğan, 2008: 79).

Çalıştıkları işler bir süre sonra kişilerin karakterlerini, yaşam şartlarını ve çevresinin ona bakışını değiştirmektedir. Dolayısıyla çalıştığı sürede kişi kendine yeni bir kimlik ve yeni bir karakter inşa etmektedir. Böylece meslekî kimlik ortaya çıkmaktadır (Saayman ve Crafford, 2011: 1). Meslekî kimlik, bir kişinin ne iş yaptığı, yapılan işin nasıl tanımlandığı, diğer insanlar tarafından nasıl değerlendirildiği ve yapılan işin değeri ile ilgili sorulara verilen cevapların oluşturduğu tarzın meydana getirdiği bir değerler bütünü olarak tanımlanabilir (Yılmaz, 2011: 22). Sveningsson ve Alvesson (2003: 1163-1164) meslekî kimlik olgusunun, grup içi ve gruplar arası ilişkiler, örgütsel işbirliği, eylem mantığı, sadakat ve istikrar için önem taşıdığını vurgulamaktadır. Meslekî kimlik özetle, kişinin kim olduğu sorusuna vereceği cevabı ararken işin içine mesleğini de dâhil ederek verdiği cevap ya da cevaplardır, şeklinde tanımlanabilir. Kirpal (2004: 210-220). çalışmasında kişinin benliğinin psikolojik ve kişisel boyutunun

olduğunu iddia etmektedir. Bunun, çalışılan yerin yapısal durumu ile etkileşime girerek meslekî kimlik üzerinde etkili olduğunu ve bunların kişinin çalışma hayatındaki kişisel hedefleri, kariyer durumu, görev ve sorumlulukları ile bir ilişki içerisinde meydana geldiğini vurgulamaktadır. Genel olarak literatür tarandığında meslekî kimliğin kültür, yapı, iş (veya rol), yönetim ve liderlik faktörlerinden etkilendiği ve bu başlıklar altında incelendiği görülmektedir.

2.1. Profesyonel Kimlik

Profesyonel kimlik kavramı literatürde, yazarların algısına ve kullanımına göre değişmekle birlikte; *professional identity* (profesyonel kimlik), *profession identity* (meslekî kimlik), *professionalizm* (profesyonelizm / profesyonellik) ve *professional self concept* (profesyonel kimlik (benlik) anlayışı) şeklinde yaklaşık olarak aynı anlama gelen kelimelerle kullanılmaktadır. Profesyonel kimliğin çıkış noktası meslekî profesyonelleşme ve profesyonellik düşüncesidir. Dolayısıyla profesyonel kimliği tanımlayabilmek için öncelikle profesyonellik olgusundan bahsetmek gerekmektedir. Profesyonellik ya da profesyonel olma, hakkında kesin bir tanım olmamakla birlikte, kelime anlamıyla bir işte uzmanlaşmış kişi olarak düşünülebilir. Bunun dışında Wynd (2003: 252) profesyonelliği, bilgi ve beceri edinmek amacıyla eğitim alınan sosyal süreçle başlayan, belirli bir mesleğe bağlılık ve kimlik seviyesini temsil eden tutumları içeren bir olgu olarak değerlendirmiştir. Profesyonel kimlik temel anlamıyla meslekle bütünleşme olarak düşünülebilir. Ek olarak; profesyonel kimlik, bir mesleğin özelliklerini, standartlarını ve gerektirdiği becerileri bilmek, özümsemek ve uygulamak olarak değerlendirilmektedir (Sabancıoğulları ve Doğan, 2012: 276). Ayrıca profesyonellik ya da profesyonel kimlik, sosyal roller bağlamında değerlendirildiğinde bireyin meslekî statüsüne vurgu yapmaktadır ve kişinin kendisini bir mesleğin ya da disiplinin bir parçası olarak değerlendirmesi olarak tanımlanabilir (Fagermoen, 1997: 434). Genel olarak meslekî kimlik ile aynı anlamda ya da yerine kullanılan profesyonel kimlik kavramının meslekî kimlikten farkı; profesyonel kimliğin profesyonelleşme çerçevesinde değerlendirilmesi yani, profesyonel kimliğe sahip olmak için belirli bir eğitim ve sosyalizasyon sürecinden geçilerek o meslek dalında bir profesyonel olunmasıdır.

2.2. İş Kimliği (İş Rolü)

Literatürde farklı birçok tanımı olmakla birlikte meslek kavramı “*günlük yaygın kullanımıyla bir kimsenin geçimini sağlamak üzere yaptığı iş ya da uğraşı ifade eder. Bir başka deyişle meslek, insanların sosyal statüsüne bakılmaksızın sadece yaşamı sürdürmek için gerekli geliri sağlayan bir iş ya da uğraştır*” şeklinde tanımlanabilir (Tutkun ve Koç, 2008: 263). İş kavramı ise TDK Türkçe Sözlük’te “*Bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma*” ve buna ek olarak “*birinden istenen hizmet ya da birine verilen görev*” olarak tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr). Bu iki kavram arasındaki fark şu şekilde özetlenebilir; meslek kavramı, herhangi bir meslekî alanda etkinlikte bulunabilme durumudur. İş kavramı ise meslekî bir örgüt içerisinde sürdürülen benzer uğraşlardır (Tutkun ve Koç, 2008: 263). Daha açık bir ifadeyle kurum içinde sürdürülen görev ya da kurum içi pozisyonlardır. İş kimliğinin, iş ve meslek kavramlarının yanı sıra çıkış noktalarından bir diğeri iş ve iş yeri rolü kavramlarıdır. İş rolü, sosyal bilimlerdeki toplumsal rol kavramı ile ilgilidir ve bunun organizasyon içerisine uyarlanmış halidir. Tanım vermek gerekirse; “*bir grup ya da organizasyondaki belirli bir pozisyon ya da durumla ilişkili olarak öngörülen ya da beklenen davranış*” şeklinde bir tanım uygun olabilir (www.businessdictionary.com). İş yeri rolü ise kişinin bireysel kimliğinin kurum içine yansımış halidir ve “*bir çalışanın, belirli*

bir işyerinin parçası olmaktan kaynaklanan bireysel kimlik duygusu” şeklinde tanımlanmıştır (Agostino, 2004: 26).

Aynı görüşü beyan eden farklı çalışmalar olmakla birlikte Buche (2006: 434) iş kimliğinin, meslekî kimlik ile bağlantılı olan, eski ve köklü bir konu olduğunu ve sosyal kimlik ve kişisel kimlik birlikte düşünülerek anlaşılabilirliğini ifade etmiştir. İş kimliği, Buche (2003: 10) tarafından *"Bir bireyin istihdam ortamındaki kendi etkileşimleriyle ilgili kendi algılamasının toplumsal olarak oluşturulmuş bir temsili"* olarak tanımlanmaktadır. Wrzesniewski ve Dutton (2001: 180) iş kimliğini, bireylerin kendilerini iş yerinde nasıl tanımladıkları sorusu üzerinden değerlendirmiş ve *"iş kimliği kısmen bilişsel niteliktedir, insanların işyerinde sahip oldukları nitelikleri ve daha bütünsel anlayışı tanımlar"* şeklinde açıklamışlardır. Witt ve ark. (2002: 488) ise iş kimliğini; *"bireylerin işleriyle ilgili, önceden belirledikleri hedefler"* olarak belirtmiştir. Bir diğer tanımla, iş kimliği, iş yerindeki çeşitli iktidar ilişkilerinde kişinin yerinin ne olduğu sorusuna verilen cevap şeklinde tanımlanmıştır (Wallace, 2002: 2; Baugher, 2003: 419-420). Verilen tanımlara ek olarak Walsh ve Gordon (2008: 2) tarafından yapılan tanım da kayda değerdir, onlara göre; iş kimliği *"örgütsel, meslekî ve diğer kimliklerin birleşiminden oluşan iş temelli bir benlik kavramı"* şeklinde değerlendirilmelidir.

3. MELEZ İŞ KİMLİĞİ VE MELEZ YÖNETİCİLİK

Bireylerin meslekî kimlikleri hem eğitimini aldıkları meslek (profesyonel kimlik), hem de örgüt içerisinde yapmış oldukları görev (iş kimliği) ile ilgilidir. Bu iki kimliğin bir araya gelmesi durumu ise iş kimliğinin melezeleşmesi olarak düşünülmektedir. Çalışmanın bu bölümü, melez iş kimliği etkisindeki hekim yöneticiler üzerine kurgulanmış ve bu kişiler melez hekim yönetici olarak değerlendirilmiştir.

Melez kavramı ilk okunuşta çoğu kişi için biyolojik ya da etnik kimlik belirten bir kavram olduğu çağrışımı yapacaktır. Ancak detaylı şekilde incelendiğinde görülecektir ki melezlik kavramı sadece biyolojik bir anlamı olan ya da etnisite anlatan bir kavram değildir. Melez, melezlik, melezeleştirme, gibi kullanımlarının yanı sıra melez kültür, melez organizasyon gibi çeşitli kavramlar olarak günlük hayatta ya da bilimsel çalışmalarda çokça karşımıza çıkabilmektedir. Melez ya da İngilizce karşılığıyla "Hybrid" kelimesi, Latince "Hybrida" kelimesinden türemiştir ve mitolojik kaynaklarda farklı türlerin aynı gövdede bir araya gelmesi ile oluşmuş efsanevi yaratıkları tanımlamak için kullanılmıştır (Burak, 2016: 2). Türkçe sözlükte ise, birbirine benzer üç tanımla değerlendirilmiştir. İlk olarak "değişik türden hayvan veya bitkiden üremiş (hayvan veya bitki). kırma, azma, metis." bir diğeri, "değişik ırkta ana babadan doğmuş olan (kimse)" ve son olarak, mecaz anlamıyla "katışık, karışık", biçiminde tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr). Melez kavramı bu çalışma kapsamında iki farklı sorumluluğun, iki farklı kimliğin bir araya gelmesi şeklinde değerlendirilmiş ve o şekilde kullanılmıştır.

Günümüz şartlarında işsizliğin vermiş olduğu zorunlulukların etkisiyle birçok kişi asıl mesleği dışında işlerde çalışabilmektedir. Örneğin, kamu yönetimi alanında eğitim alıp, kaymakamlıklarda görev yapması beklenen biri polis ya da asker olmakta ya da mühendis olmuş bir kişi mesleği dışında herhangi bir alanda çalışabilmektedir. Bu tip durumlarda kişiler çalıştıkları meslek dallarından dolayı yeni bir meslekî kimlik kazanmaktadırlar. Bazen de kişiler, eğitimini aldığı alanda çalışmasına rağmen örgüt içi dengelerden dolayı farklı pozisyonlarda sorumluluk yüklenerek iki işi aynı anda yürütmek zorunda kalabilmekte ya da asli görevinden koparak yeni sorumluluğunu yerine getirmek durumunda kalabilmektedir. İşte bu tip durumlarda melez iş kimliği ortaya çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde melez iş

kimliği ve melez yöneticilik, profesyoneller ve yöneticiler olmak üzere iki başlığa ayrılarak incelenmiştir (Currie ve Croft, 2015: 856-860; Joffe ve MacKenzie-Davey, 2012: 164; Spehar vd., 2014: 1). Melez iş kimliği, profesyonel meslek (hukuk, tıp, asker... vb.) mensubu kişilerin örgüt içerisinde yönetici pozisyonunda çalıştığı ortamlarda ortaya çıkan bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda melez iş kimliği sahibi kişinin iki farklı yönü olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki eğitimini aldığı meslek dolayısıyla edindiği profesyonel kimliği, diğeri ise yapmış olduğu görevden kaynaklanan yöneticilik kimliğidir (Joffe ve MacKenzie-Davey, 2012: 164). Melez iş kimliği etkisindeki kişilerin profesyonellik yönünün önceliği her zaman meslekleridir (Pratt vd., 2006: 235). Yöneticilik tarafında ise her zaman kurum çıkarları ön planda tutulmak durumundadır. Dolayısıyla bu iki durum arasında birbiri ile çelişen yönler bulunmaktadır. Şöyle ki; yöneticilik, kurumun verdiği özerkliği kullanan ve bütün mantığı, işin organizasyonel yapısını muhafaza ve kontrol etmek olan bir görevdir (Watson, 2002: 101). Ancak hekim, asker, avukat gibi profesyoneller daha spesifik olarak kendi görevlerini yerine getirmekle sorumludur. Yine yöneticiler, belirli meslek gruplarından ziyade tüm örgütle özdeşleşmektedir ve organizasyonu hedeflerine ulaştırma amacıyla olmalıdır (Pavlica ve Thorpe, 1998: 134). Profesyoneller ise tüm organizasyonun değil, kendi uzmanlık alanı ile ilgili o an yapması gerekenleri başarıya ulaştırmayı amaçlamaktadır.

Tüm anlatılanlar göz önüne alındığında, profesyonel kimlik ile yöneticilik rolünün (iş kimliği) farklı görev ve amaçlardan meydana gelmeleri çeşitli sorunlar ortaya çıkarabilmekte ve kişinin kendi içinde çatışmasına sebep olabilmektedir. McGivern ve ark. (2015: 412-415) vurguladığı gibi melez iş kimliği etkisindeki kişi meslekî sorumlulukları ile organizasyon kaynaklı görevleri arasında sıkışa bilmekte, verimliliği ve örgüte katkısı azalabilmektedir. Bu çatışmalar, meslekî açıdan değerlendirildiğinde eğer mesleğin uygulanması, uygulama şekil ve yöntemleri ile meslek mensuplarının davranışlarının tartışılmasına sebep olmaya başlarsa, bu noktada durum meslekî ahlâk açısından değerlendirilmek zorundadır (Işık, 1999: 846).

“Bir birey uzmanı olduğu işi mi yapmalı yoksa her birey her işi yapabilir mi?” Platon’un (2017: 56; 85; 89) Devlet kitabında bu soruya verilebilecek uygun bir cevap bulunmaktadır. Platon’a göre, herkes her işi yapamaz, çünkü “insanlar yaradılıştan birbirine benzemezler. Kimi A işine, kimi B işine yatkındır”. Platon’un anlayışına göre bir insan birçok işle uğraştığı zaman işini hakkıyla yerine getiremez “güzel iş göremez”, eğer tek işle meşgul olursa “güzel iş görmüş olur”. Herkesin yaradılışlarına ve mesleklerinin fitratına uygun olan işleri yapması ve bunları zamanında yerine getirmesi gerekir. Eğer böyle yaparsa yaptıkları “iş gelişir, hem daha güzel hem daha kolay olur”. Yine, “Devlet” kitabında yukarıdaki soruya bir cevap daha vermiştir; “Bir insan tek bir işi olunca onu iyi yapar; işler çoğalınca, hiç birini ün sağlayacak kadar iyi yapamaz”. Platon’un devlet anlayışında; “Kunduracı kunduracıdır. Kunduracılıktan başka bir de kaptanlık yapmaz. Çiftçi çiftçidir, çiftçilikten başka bir de yargıçlık etmez. Asker askerdir, askerlik ederken alım satımla uğraşmaz”. Buradan yola çıkılarak Platon ve onun gibi düşünen bilim insanlarının, çalışmanın konusu olan hekimlerin yöneticilik yapmalarını meslekî ahlâka aykırı olarak görecekları açıktır.

Özetlemek gerekirse, melez iş kimliği etkisindeki bireylerin hem meslekî sorumlulukları hem de kurum içi görevleri onları zorlamaktadır. Hatta bazı durumlarda bu kişiler asli görevlerinden tamamen koparak yöneticiliğe yönelmek durumunda kalabilmektedir. Bu durum bazen kişilerin meslekî etiğe ters düşen davranışlar sergilemelerine bile sebebiyet verebilmektedir. Dolayısıyla melez iş kimliğinin bireyin performansını olumsuz etkileyeceği söylenebilir. Ancak tam tersi durumlar da söz konusu olabilir, mensubu olunan mesleğin gerekliliklerini yerine getirmenin yanı sıra yöneticilik sorumluluklarını da gerektiği şekilde

yerine getiren ya da getirebileceğini savunan melez yöneticiler de mevcuttur. Bu noktada en önemli sorun kişinin kendisini bir yönetici olarak görüp görmediği ya da mevcut durumundan memnun olup olmadığıdır. Bu duruma örnek olarak çalışmanın konusu gereği hekimlerin çalıştıkları kurumda hekimliğin yanı sıra yönetici pozisyonlarında da görevlendirilmeleri verilebilir. Bu durumda çalışan bir hekimin kimliği; melez iş kimliği, yaptığı iş ise melez yöneticilik olarak değerlendirilmektedir.

3.1. Melez Hekim Yöneticilik

Güven duygusu, bireyin karar verme sürecinde en önemli noktalardan biridir. Birey kendini güvende hissetmediği durumlara girmekten kaçınır ve kendisini korumaya alır. Meslek hayatında da bu durum böyledir. Özellikle profesyonel meslekler olarak değerlendirilen, hekimlik, hukuk, askerlik vb. gibi mesleklerde hizmet alan ve hizmet sunan arasındaki güven duygusu son derece önemlidir (Seçer, 2009: 249-250). Bir hekim öncelikle kendine ve yaptığı işe güvenmeli, hasta da hekime aynı şekilde güven duymalı ve sağlık hizmeti alım süreci böyle ilerlemelidir. Dolayısıyla tüm meslek gruplarında olduğu gibi hekimlikte de meslekî güven duygusunun önemli olduğu söylenebilir. Bireyin kendini meslekî açıdan güvende hissetmesini sağlayan etmenlerden birinin de kurum içerisindeki görev tanımının belli olması durumu olduğu söylenebilir. Bu bakış açısından değerlendirildiğinde bireyin meslekî kimliğine etki eden görev tanımı olgusunun meslekî güvene de etki ettiği görülecektir.

Melez iş kimliğinde, bireyin eğitimini aldığı mesleğinin gereklilikleri yanında kurum içerisinde farklı sorumluluklarla da görevlendirildiklerinden bahsedilmişti, bu durum kişilerin meslekî kimlikleri arasında bocalamasına ve hekimin kendine güveninin sarsılmasına sebep olabilecektir. Bunun sonucunda da verimliliğin düşmesine neden olabilmektedir. Melez yöneticilik, yönetim bilgi ve becerileri ile profesyonel alt yapının bir araya gelmesiyle yürütülen idari görevler olarak açıklanabilir (Spehar vd., 2014: 2). Melez hekim yöneticilik ise hekimliğin yanı sıra idari görevleri de olan hekimleri kapsamaktadır. Melez hekim yöneticiler, tıbbi eğitim almış, bu bilgi ve beceriyle kurumlarındaki diğer profesyonelleri yönetmekle görevlendirilen hekimlerdir (Kippist ve Fitzgerald, 2009: 644). Bu durum sadece hastanelerde çalışan yönetici hekimler için geçerli değildir, sağlık müdürlüklerinde ya da merkez teşkilatında görev yapan, hekim kökenli yöneticiler de melez hekim yöneticiler olarak değerlendirilebilir. Aynı şekilde başhekimler, başhekim yardımcıları ve klinik şefleri de melez hekim yöneticisi olarak değerlendirilmektedir.

Braithwaite'a (2004: 246) göre melez hekim yöneticiler karar alırken beş farklı durumdan etkilenmektedir. "Değişim yönetimi, problem çözme, kendini ve başkalarını geliştirme, başarıyı hedefleme, örgütsel yapı ve hiyerarşi". Dolayısıyla hekim yöneticilerin, bir işletme yöneticisi gibi öncelikle çalışanlar ve finans olmak üzere kurumlarının sorunlarını çözmek için çaba sarf etmesi gerekmektedir. Hekim yöneticilerin artı ve eksileri üzerine yapılmış birçok değerlendirme bulunmaktadır. Ancak yönetici hekimlerin konu hakkındaki düşünceleri ihmal edilmiştir. Bu noktada önemli olan melez hekim yöneticilerin kendilerini nasıl tanımladıkları ve buldukları durum hakkında ne düşündükleridir. Yapılan okumalarda melez hekim yöneticilerin kimlik karmaşası yaşadığı görülmüştür (Joffe and MacKenzie-Davey, 2012: 171; Cascon-Pereria vd., 2016: 21; Kippist and Fitzgerald, 2010: 2). Çünkü hekimler, klinik bilgi ve beceriye sahip olmalarına rağmen, yönetsel liderlik açısından eksik kalabilmektedirler. Bu da hekimlerin yöneticilik ve hekimlik arasında sıkışarak, sorunlar yaşamasına sebep olabilmektedir. Yöneticilik pozisyonunda çalışan hekimlerden bazıları aslında bilgi ya da beceri yönünden eksik kalabileceklerini kabul etmektedir. Ancak hekimlerin profesyonel

kimlikleri ağır bastığı için yönetim kademelerinde başarılı olabilecekleri düşüncesi yaygındır (Kippist vd., 2012: 145). Literatür incelendiğinde kimi hekim yönetici kendisini nasıl tanımladığı sorulduğunda, “kendimi kesinlikle yönetici olarak görmüyorum ben bir klinisyenim, hekimim” şeklinde cevap verirken (Joffe and MacKenzie-Davey, 2012: 162) başka bir hekim yöneticinin ise “ben doğuştan liderim” şeklinde cevap verdiği görülmüştür (Cascon-Pereria vd., 2016: 22). Yine aynı şekilde hekim yöneticiler üzerine yapılan çalışmalarda bu hekimlerin meslekî kimliklerinin gelişiminde kültürel ve doğuştan getirilen kabiliyetlerin yanı sıra kurumsal kaynaklı etkilerin söz konusu olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgulara dayanarak çalışmaları yürüten ekipler, iki farklı görüşteki yöneticileri “istekli” ve “isteksiz” hekim yöneticiler olmak üzere iki gruba ayırarak incelemiştir (McGivern, vd., 2015: 420-422; Cascon-Pereria vd., 2016: 21-22; Forbes vd., 2004: 170-172; Doolin, 2001: 240-245).

3.1.1. İstekli Hekim Yöneticiler

İstekli olarak adlandırılan bu gruptaki hekim yöneticiler, kendilerini klinik özelliklerinin getirdiği öz güvenle doğal liderler olarak gören, kendisini yönetim pozisyonlarında görev yapabilmek için geliştirecek yöneticilik eğitimlerine katılan kişilerden oluşmaktadır (Cascon-Pereria vd., 2016: 22). Bu tip hekimler yöneticiliği meslek olarak yapan hekim yöneticiler olarak da değerlendirilebilir.

İstekli hekim yöneticilerinden bazıları, hekim yöneticilerin diğer yöneticilerden daha farklı olduğunu ve daha başarılı olacaklarını savunmaktadır. Hatta kendi meslekî kimliklerini, doğal lider ve yönetici tanımlayarak bu pozisyonu diğer iş arkadaşlarından (diğer hekimlerden) farklı olmak için bir fırsat olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Forbes vd., 2004: 170). İspanya’da melez hekim yöneticiler üzerine yapılan bir incelemede, istekli olarak sınıflandırılan hekim yöneticilerin çoğunun kendilerinde doğuştan gelen liderlik özellikleri gördüklerini ve bu yönde eğitim alarak yönetici pozisyonlarında zorlanmadıklarını söylemiştir (Cascon-Pereria vd., 2016: 22). Hayran’a (2016) göre istekli hekim yöneticiler, bir süre sonra makam ile bütünleşmekte ve diğer meslektaşları tarafından dahi sadece yönetim kademesinde çalışan bir yetkili olarak görülmektedir (www.saglikegitimcisi.blogspot.com). Bu durum gösteriyor ki hekim yöneticiler, bu pozisyonlarda bir süre çalıştıktan sonra hekimlik kimliğini arka plana atabilmektedirler. Örneğin, İskoçya’da yapılan bir çalışmada, yönetici olmak için kendi klinik (hekimlik) rollerinden vazgeçen hekimlerle karşılaşılmıştır. Bu kişiler yöneticiliğin hekimliğin getirdiği yük ve sorumluluktan daha rahat olduğunu, temelde liderlik karakterinin önemli olduğunu dile getirmiştir (Forbes vd., 2004: 170). Anlatılanlar doğrultusunda, söz konusu istekli hekim yöneticilerin, yöneticilik sayesinde kendini gerçekleştirme ihtiyacını karşılayabildikleri, aynı zamanda da yöneticiliği ilgi çekici, kolay, hekimliğin sıkıntılarından kaçma yolu ve statü kazanmak için fırsat olarak gördükleri anlaşılmaktadır.

3.1.2. İsteksiz Hekim Yöneticiler

Bu tip kişiler, genellikle yöneticilik görevi yüklenmek istemeyen ama kurum üst yönetimi tarafından yöneticilik pozisyonunda görevlendirilen hekimlerden oluşmaktadır (Forbes vd., 2004: 171). İsteksiz hekim yöneticiler kendi isteklerinin dışında üst yönetimin görevlendirmesiyle yöneticilik görevi yapmaktadır ve kendilerini bu konuda istekli ve başarılı olarak düşünmemektedir. Bu tip hekimlere göre yöneticilik ile harcadıkları zaman, kaybolan zamandır. Sebastian ve ark. (2014: 357) çalışmasına göre hekimlerin çoğu bu kısımda olmalıdır. Çünkü hekimler, tıp dünyasının lideri olsalar dahi, ister istekli ister isteksiz olarak yönetici yapıldıklarında gerekli alt yapıları olmadığı için sorun yaşayabilecektir.

İsteksiz hekim yöneticiler, kendilerini sadece hekim olarak tanımlarlar ve klinikte hastalarla ilgilenmenin yöneticilikten daha önemli olduğunu düşünürler. Bu konuda bir hekim yönetici şöyle demektedir; “yöneticilik her zaman bekleyebilir ve onu herhangi bir zamanda yapabilirim ancak hastalar bekleyemez onlarla hemen ilgilenmek zorundayım” (Cascon-Pereria vd., 2016: 21). İsteksiz hekim yöneticiler, hekimliğin yanı sıra yöneticilik yapmanın gereksiz, hiç yoktan sorumluluk yükleyen, tam olarak donanımlı yetişemedikleri için strese sebep olan bir durum olduğunu düşünmekte ve katılmak zorunda oldukları yönetsel toplantılardan kaçmak için fırsat kolladıklarını belirtmektedirler (Forbes, 2004: 171-174). Bu yöneticilere göre klinikte çalıştıkları alan onların güvenli bölgesidir. Ancak yönetici olduklarında bu alanın dışına çıkarak yeni ve bilmedikleri bir alana girmektedirler. Hekimliği hayatlarının merkezine yerleştirmiş olan idealist hekim yöneticilerden bazıları, klinik rollerinden asla vazgeçmeyeceklerini, yöneticilikle vakit kaybetmek istemediklerini ve kendilerini yönetici olarak değil, ansızın yönetim kademelerinde bulmuş hekimler olarak gördüklerini belirtmektedirler.

4. PROFESYONEL SAĞLIK YÖNETİMİ VE SAĞLIK YÖNETİMİNDE HEKİMLER

Austin’in tanımıyla, sağlık yönetimi; “sağlık alanında ortaya çıkan yönetim gereksinimini karşılamak adına gelişmiş, tıbbın ve sağlık hizmetlerinin tüm boyutlarını işletmecilik perspektifiyle inceleyen, uzmanlaşmış yönetsel bir disiplindir” (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 5). Schultz ve Alton (2003: 132) ise sağlık hizmetleri yönetimi ya da sağlık yönetimi olarak karşımıza çıkan bu kavramı ABD Sağlık Yönetimi Eğitimi Komisyonu’nun, “Sağlık yönetimi, tıbbi bakım ve sağlıklı çevre taleplerini bireylere, organizasyonlara ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur” şeklinde tanımladığını aktarmıştır. Bir diğer tanımla sağlık yönetimi; medikal bakım ve sağlıklı yaşanabilecek bir çevre oluşturulması adına, toplumu oluşturan bireylere, organizasyonlara ya da tüm topluma belli hizmetlerin sunulması, organize edilmesi, planlanması, kontrol edilmesi ve denetlenmesi olarak düşünülebilir (Kavuncubaşı vd., 2002: 50-55). Akdur’a (2006: 13) göre bir işletmede planlama yapma, örgütlenmeyi sağlama, insan gücünü kontrol altında tutma (personel istihdamı gibi), finansman ve koordinasyon sağlama, sevk ve denetleme, faaliyetleri yönetimin fonksiyonlarıdır. Dolayısıyla bu durum sağlık kurumları açısından değerlendirildiğinde, aynı zamanda sağlık yönetiminin başlıca öğeleri olduğu görülecektir. Sağlık yönetimini icra eden kişiler ise sağlık yöneticileri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık ile ilgili tüm alanların sevk ve idaresinde görev alan bu kişilerin temel görevi; toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde sağlık hizmetlerini planlamak, örgütlemek, yönlendirmek ve denetlemektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 15).

20. yy’da yönetim ve yöneticilik anlayışı değişiklik göstermeye ve bilimsel açıdan değerlendirilmeye başlamıştır. Bu vesileyle yönetim kademeleri, alanında uzman, gerekli finansal yetkinliğe sahip kişilere yani profesyonel yöneticilere doğru bir eğilim göstermektedir. Söz konusu durumun sağlık hizmetlerindeki yansıması ise genel kullanım şekli ile sağlık yönetimi, uygulama yönünden ise sağlık kurumları yönetimi ya da hastane yönetimidir. Şu anda dünyanın birçok yerinde sağlık hizmetleri ve sağlık kurumlarının idaresi hekimlerin kontrolindedir. Ancak hekimlerin meslekî bilgi haricinde yönetim konusunda yeterli donanıma sahip olmadığı düşünülmektedir. Aynı zamanda yönetim kademelerindeki hekimler arasında yöneticilik için ekstra bir bilgiye gerek olmadığı şeklinde bir düşünce söz konusudur. Bu konuda Nusret Fişek (1968) şu şekilde görüş beyan etmektedir: “Bugün birçok ülkede sağlık işlerinin yönetiminde karşılaşılan büyük güçlük sağlık idarecilerinin, yönetimin

bir bilim olduğunu bilmemeleri ve kimi kez kabul etmek istememeleridir. Hekimler yönetimin bir bilim olduğunu kabul etmezlerse ve sağlık yönetiminde görev alanlar yönetim bilimini öğrenmez, yönetim uzmanlarının önerilerini dinlemez ve yönetim kurallarını uygulamazlarsa, hizmetlerini geliştiremezler. Bu sorun sadece sağlık yönetimine değil, politik karar makamlarına kadar, yönetimin her kademesinde ve özellikle az gelişmiş ülkelerde önemlidir". Bu görüşte olduğu gibi iyi bir sağlık idarecisi olmak için bu alanda lisans ya da yüksek lisans derecesine sahip olunması tavsiye edilmektedir (Sarvan, 1995: 124).

Dünyada ve Türkiye’de sağlıkta profesyonel yönetime doğru bir yönelim bulunmaktadır. Bunun gereği olarak da sağlık yönetimi alanı bir bilim olarak ortaya çıkmış ve üniversitelerde, lisans eğitimi dışında lisansüstü düzeyde de eğitim verilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık yönetimi eğitimi ilk olarak 1910’lu yıllarda ABD’de uygulamaya geçirilmiştir. Bu doğrultuda sağlık yönetiminin ilk uzmanlık alanı “Hastane Yöneticiliği” olarak ortaya çıkmıştır (Çimen, 2010: 137). Ancak bu alanda M. Davis tarafından 1919 yılında yazılan “Hospital Administration: A Career” isimli esere kadar ne toplumda ne de sağlık camiasında ses getirecek bir çalışma ortaya çıkmamıştır (Sarvan, 1995: 12). Söz konusu eserle birlikte sağlık kurumlarının yalnızca topluma hizmet veren tıbbi kuruluşlar olmadıkları aynı zaman da sosyal ve ekonomik kontrol gerektiren kurumlar olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sayede bu kurumların gerekli eğitimi almış kalifiye kişiler tarafından yapılması gerektiği fikri yaygınlaşarak çeşitli üniversiteler tarafından hastane yönetimi alanında lisansüstü eğitim programları açılmaya başlamıştır. Bu alanda eğitime başlayan ilk kurum ise Hastane yöneticiliği Yüksek lisans programı ile Chicago Üniversitesi olmuştur (Tengilimoğlu vd., 2015: 562). Sağlık yönetimi eğitiminin Avrupa’ya geçişi otuz seneden fazla bir zaman almış ve Dünya Sağlık Örgütü’nün de desteklemesiyle çalışmalar 1950’li yıllarda başlamıştır. Bunun akabinde 1959 yılında Almanya’da “Hastane Enstitüsü” kurulması ile gelişim göstermiş ve ilerlemiştir (Sarvan, 1995: 14). Türkiye’de ise profesyonel anlamda sağlık yönetimi eğitimi 1963 yılında bu alanda eğitim veren Hacettepe Üniversitesi “Sağlık İdaresi Yüksekokulu’nun” kurulmasıyla başlamıştır.

4.1. Sağlık Yöneticisi Olarak Hekimler

Sağlık hizmetlerinin tüm unsurları içerisinde vazgeçilmez olan tek birim hekimlerdir. Hekimler, tıbbi bilgi birikiminin ve geçmişten gelen kudretlerinin vermiş olduğu saygınlıkla sağlık hizmetleri organizasyonlarının en etkili elemanları konumundadır. Bu liderlik vasfının yansımaları günümüz sağlık kurumlarının yönetim kademelerinde genellikle hekimler görev yapmaktadır. Başhekim pozisyonlarının yanı sıra hastanelerin yönetim kademelerinde ve hatta bakan da dâhil olmak üzere Sağlık Bakanlığı yönetim kademelerinde hekimlerin görev aldığını görülmektedir. Hekimlerin yönetim kademelerinde çalışmaları yeni bir durum değildir. 1980’li yıllarda sağlık alanındaki yeni teknolojik gelişmeler ve kurumların finansal yapılarındaki değişikliklerin etkisiyle durum değişene kadar, hastaneler hekimler tarafından yönetilmekteydi ve hatta hastane sahipleri dahi hekimlerden oluşmaktaydı (Clay-Williams ve Braithwaite, 2012: 7). Sağlık hizmetlerinde maliyet kontrol sağlanması ve bu hizmetlerin günümüz şartlarında gitgide daha çeşitli ve karmaşık hale gelmesi, profesyonel sağlık yöneticilerinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Fakat kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için hekimlerin en temel çalışanlar olmaları onlara meslekî bir özerklik sağlamaktadır. Bu sebeple yöneticiler hekimlerden bağımsız hareket edemezler. Günümüzde profesyonel yöneticiliğe doğru bir yönelim olmasına karşın, sağlık hizmetlerinde yüz yılları aşan hekim iktidarı, profesyonel yöneticilerin niteliklerinin ve kimliklerinin nasıl olacağı konularında şüphelere sebep olmaktadır. Çünkü hekimlerin çoğunlukta olduğu sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri

kültürü, sağlık yönetiminde hekimlerin doğal liderler olarak görülmesine sebep olmaktadır (Akdaş vd., 2008: 41).

Hayran'a (2016) göre bir kurum yöneticisinin görev ve sorumlulukları düşünüldüğünde, sağlık yöneticisinin sorumlu olduğu iki temel kısıt bulunmaktadır. İlki yönetim konusundaki bilgi düzeyi, ikincisi ise sağlık kurumları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler yani mevzuat (www.saglikegitimcisi.blogspot.com). Dolayısıyla yöneticilik görevi bulunan hekimlerin öncelikle yönetim konusunda donanımlı olması ve buna mukabil sağlık yönetimi ile ilgili mevzuata hâkim olması gerekmektedir. Tıp eğitimi sırasında yönetim ve işletmecilik ile ilgili yeterli eğitim verilmemesi bu konuda bir eksiklik olarak değerlendirilebilir. Ancak Mintzberg'e (1979: 348-349) göre hastanelerde profesyonel bürokrasi işlemektedir. Yani hekimler meslekî bilgi ve otoriteleri vasıtasıyla formal olarak yönetici olmasalar dahi informal anlamda sağlık ekibini hatta tüm kurumu idare edecek pozisyonadadırlar. Çünkü hekimler, klinisyenlerden kurulu profesyonel bürokrasinin işlediği hastane ortamlarının ana klinisyen grubunu oluşturmaktadırlar ve tabiri caizse alandaki pazar hâkimiyetleri sayesinde gerekirse yönetimin kararları üzerinde süreci yavaşlatma ve engelleme yetkisine sahip olabilmektedirler (Loh, 2015: 53). Çınaroğlu (2012: 94) bu durumu eski bir söz aktararak şöyle özetlemiştir; "kimse doktorlarla bir hastaneyi yönetemez; ancak onlar olmadan da yönetemez". Ancak unutulmamalıdır ki hekim bile olsalar bireyler, Fayol'un (2012: 44-45) tabiriyle; "işgal ettikleri pozisyonlar nispetince yönetsel yeteneğe ve bilgiye sahip olmalıdır". Dolayısıyla bir bireyin yönetici olabilmesi için profesyonel bilgisi (eğitim alması) yetmez, profesyonel bilginin yanına iş yerinde uygulamayla edinilecek tecrübe de gerekmektedir.

Sayım ve Aydın'a (2007) göre yöneticilik yapan hekimler üç kategoride değerlendirilmektedir (www.akademikarge.net). Meslek olarak yöneticilik yapanlar, konuları dolayısıyla yöneticilik yapanlar ve uzmanlık alanları dolayısıyla hekimlik yapanlar. Özetlemek gerekirse, yöneticiliği meslek olarak yapan hekimler, gerekli eğitimleri almış kendisini yöneticilik pozisyonu için hazırlamış kişilerdir. Konuları gereği yönetici olanlar, klinik ve servis hekimleri olarak değerlendirilebilir. Son olarak uzmanlık alanı dolayısıyla yönetici olanlar ise laboratuvarlar ya da uzmanlık gerektiren diğer birimlerde çalışıp teknik elemanlarla birlikte görev yapan hekimlerden oluşmaktadır.

Avustralya'da yapılan bir araştırmaya göre ülke de 850.000 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu çalışanların yaklaşık %10'luk kısmı hekimlerden oluşmaktadır (AHMAC, 2008: 1). Söz konusu çalışmaya ek olarak yapılmış bir diğer çalışmada da bu hekimlerin çoğunluğunun yönetici olduğu ya da yönetim kademelerine doğru bir eğilimi ve isteği olduğu çıkarımı yapılmıştır (Doolin, 2001: 240-245). Türkiye'de de özellikle son on yıldır sağlık kurumlarında yönetim pozisyonunda kimlerin olması gerektiğine dair bir tartışma söz konusudur. Ancak geçmişten günümüze hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarının idari pozisyonlarında genellikle hekimler görev almaktadır (Kahyaoğlu vd., 2013: 23). Bu konu ile ilgili 2015 yılında dönemin sağlık bakanı ile yapılan bir röportajda aktarıldığına göre; 2015 itibarıyla Türkiye kamu hastanelerinde yaklaşık 8500 yönetici bulunmakta ve bunların 1800 kadarı hekimdir ayrıca bu yöneticilerden yaklaşık 850 kadarı da başhekimlerden oluşmaktadır (www.medimagazin.com.tr).

4.2. Hekim Yöneticilere Yönelik Eleştiriler ve Övgüler

"Sağlık kurumlarını kim yönetmeli?" sorusu sağlık kurumlarında profesyonel yönetim anlayışının yayılmasıyla sıklıkla karşılaşılan bir soru olmuştur. Bu soruya kesin bir cevap bulunamamış olmakla birlikte, özellikle hekimlerin yönetim kademelerinde görev almalarının

artı ve eksileri tartışma konusu olmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, sağlık kurumlarında görev yapan hekim yöneticiler üzerine yapılan değerlendirmeler işlenecektir. Bu kapsamda, konu ile ilgili makalelerin yanı sıra çevrimiçi dergi ve gazetelerdeki köşe yazılarından bazı örnekler kullanılarak, söz konusu durum örneklendirilmeye çalışılacaktır. İncelenen haber ve makalelerde bu konu hakkında üç farklı yorum olduğu görülmüştür. Hekimlerin yönetici olması gerektiğini savunanlar, profesyonel yöneticilere bırakılmasını isteyenler ve kimin kurumu idare ettiği değil takım çalışmasının önemli olduğunu savunanlar.

İlk olarak Hayran (2016) tarafından aktarılan ve hekimler ile yöneticilerin farkını ortaya koyan bir tablo (Tablo 1.) ile başlamak konunun anlaşılabilirliği açısından değerli görülmektedir.

Tablo 1. Hekimler ve Yöneticiler Arasındaki Farklar

Yöneticiler	Hekimler
Birçok alana hâkimdirler	Uzmanlaşma önemlidir
Denetleme görevleri bulunur	Denetim yapmazlar
Kural koyucudurlar	Kurallarla sınırlandırılmayı istemezler
Farklı insan grupları ile ilgilenmek zorundadırlar	Sadece hastaları ile ilgilenmekle yükümlüdürler
Karar alırken uzlaşma yöntemi kullanırlar	Bireysel olarak karar alırlar
Realist olmak durumundadırlar	İdealizm hekimler için daha önemlidir
Kurum ya da kuruluşu temsil ederler	Sadece kendilerinden sorumludurlar
Maliyetlerin kontrolünü önemserler	Finans ve maliye kontrolü ile ilgilenmezler

Kaynak: (Hayran, 2016)

Tablodan da anlaşılacağı üzere hekimler ve yöneticiler arasında sağlık kurumlarının finansal kontrolü ve sorumluluk anlayışları arasında temel farklılıklar bulunmaktadır. Hekimlerin yönetici olmaması gerektiğini savunan görüşlerin çıkış noktasının da bu olacağını söylemek yanlış olmayacaktır. Sayım ve Aydın (2007) hekimlerin yönetici olmalarını SWOT analizi ile değerlendirdikleri araştırmalarında hekim yöneticilerin güçlü (S) ve zayıf (W) yönlerine aşağıdaki (Tablo 2) gibi bir değerlendirmede bulunmuştur.

Tablo 2. Hekim Yöneticilerin Güçlü ve Zayıf Yönleri

Güçlü Yönleri (S)	Zayıf Yönleri (W)
1 Sağlık hizmetlerinin temel sunucuları oldukları için yönetimden ayrı düşünülemezler	Yönetim ve işletmecilik konusunda yeterli donanıma sahip değildirler
2 Hekimleri meslekte olmayan kişilerin kontrol altında tutması zordur	Hekimlerin bazıları yönetim ve işletmeciliğin zaman kaybı olduğunu düşünmektedir. Bu durum yönetimde profesyonelleşme gerektiğini göstermektedir
3 Sağlık hizmetlerinin kalitesi hekimlerle yakından ilişkili bir durumdur	Kimi hekimler, hekim kimliklerini bırakıp yöneticilik yapmak istemezler
4 Hekimlerin sayısı giderek artmakta ve bu durum hekimlerin sağlık yönetimine kaymasına sebep olmaktadır	Kuralları ve maliyet kontrolünü sevmedikleri için, yönetici dahi olsalar bireysel karar verme yönelimleri olabilir
5 Hekim yönetici tıbbi kararlarda daha etkili olacaktır	
6 Hekimler, personelin çalışma ortamı hakkında daha iyi gözlem yapabilir	

(Sayım ve Aydın, 2007)

Tablo 2.'den de anlaşılacağı üzere hekimlerin tıbbi konulardaki yetkinlikleri yönünden güçlü görülmektedir. Ancak daha yönetsel konularda ise zayıf oldukları söylenebilir. Köşe yazıları ve bazı araştırmalarda bu konu ile ilgili farklı yorumlar bulunmaktadır. Örneğin;

Kendisi hem bir hekim hem de sağlık yöneticisi olan Prof. Dr. Çakmakçı (2012) hekimlerin yönetim kademelerinde daha başarılı olacağını düşünmektedir. “Bir sağlık kurumunun lideri, tartışmasız, bir hekim olmalıdır.” “...Örneğin ABD’de hastanelerin çoğunda (%95-96’sında) tepe yönetici olarak tıbbi bir eğitimi olmayan bir profesyonel yönetici olsa da iddialı ve en iyi hastanelerde artık bakış açısı değişmiş durumdadır.” “...hekim, gerekli yönetim becerisi, eğitimi ve deneyimi olmak koşuluyla bir sağlık kurumuna daha nitelikli liderlik yapabilmektedir.” “...Amerika’nın en iyi hastaneleri araştırmasında 6500 hastane içerisinde yalnızca 17 hastane, birden çok uzmanlık alanında olağanüstü başarı nedeniyle “Honor Roll” sınıfına yükselmiştir. Bunların üçü dışında kalan 14’ünün tepe yöneticisi, yani CEO’su bir hekimdir”(Çakmakçı, 2012).

Öte yandan yine bir hekim ve yönetici olan Prof. Dr. Cander ise tam tersi bir iddiayı gündeme getirmiştir. “Binalar konusunda yeni bir çığır açıldığı muhakkak. Peki bu güzel hastanelere kavuştuk ama değişmeyen şeyler yok mu?” “...binaları değiştirmek, en kolayı, ama eski yönetim anlayışlarını değiştirmek ise en zoru herhalde.” “...hastanelerde özellikle mali idare hep başhekimle bağlı. “Yıllık yüz milyonlarca lirayı bulan bütçeleri var, Böyle bir bütçeye sahip bir şirketi veya holdingi kim yönetir?” “...mali, idari konularda birikimli, eğitilmiş en üst düzey yöneticiler gelir bunların başına.” “Daha önce hiç şirket yönetmemiş bir doktoru getirirseniz nasıl bir tablo olacağını tahmin edebiliriz.” “Başhekim, yemek ihalesinden, güvenlik ihalesine, cihaz alımlarına kadar her şeyi yönetmek zorunda.” “Göreve atanan kaç başhekim Kamu İhale Kanunu’nu biliyor?” “Hastanelerimizin profesyonel işletmeler haline getirilmesi şart. Hastane işletmesindeki maddi yönetim başhekimlere bırakılmayacak kadar zor” (Cander, 2012).

Aynı şekilde hekimlerin lisans ve lisansüstü eğitimlerinde yönetim bilimi ile ilgili alanlarda herhangi bir eğitim almadığını da söylemek gerekir. Sur’a (2002) göre yönetim, finansman, insan kaynakları gibi konularda yeterli bilgisi olmayan hekimlerin, sağlık kurumlarını idare etmesi yönetsel olarak sorunlar ortaya çıkara bilmekte, verimsizlik ve kaynak israfına sebep olmaktadır. Gazeteci gözüyle değerlendirildiğinde de aynı doğrultuda bir söylemle karşılaşılmaktadır. “Sağlık hizmetlerinin yönetimi, insan sağlığı konusunda olduğu kadar, sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi alanlarda da bilgi ve beceri sahibi olmayı gerektirmektedir.” “...eczane hizmetleri gibi çok geniş bir yelpazeye yayılan hizmetlerin yönetimi, insan kaynakları planlaması ve yönetimi, finansal yönetim gibi birbirinden farklı pek çok faaliyetin bir arada yürütülmesini gerekli kılmaktadır ve tıp fakültesinde bu konularda eğitim almamış olan hekimlerin bu alanlarda başarılı olacağını söylemek mümkün değildir.” “...Hastane yöneticisi olan başhekimin bile kamu hastanelerinde mevzuatı, özel hastanelerde ise patronun isteklerini uygulamaya koymanın ötesinde etkin bir yöneticilik işlevi bulunmamaktadır.” “...Tüm bu tecrübeler göstermektedir ki hastane yöneticileri profesyonel yöneticiler olmalıdır” (Karayılan, 2017).

Bu söylemlerin aksine hekim yöneticiler üzerine çalışmaları ve köşe yazıları bulunan Goodall (2011: 18). çarpıcı şekilde hekim yöneticilerin daha başarılı olduğunu hatta Amerika’daki hastanelerin kalite puanları incelendiğinde “kanser, sindirim sistemi hastalıkları ve kalp hastalıklarında” hekimlerin yönettiği hastanelerin puanlarının %25 daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yine Goodall (2015) bir köşe yazısında profesyonel yöneticilerin sağlık

harcamalarının artmasına sebep olduğundan bahsederken espirili şekilde “bahçıvan ve bitkiler” üzerinden bir benzetmeden faydalanmıştır. “Güzel bir bahçe düşünün...” “Tecrübeli bir bahçıvan tarafından yıllarca yetiştirilmiş ve beslenmiş olsun.” “...bahçecilik alanındaki uzman bilgisi sayesinde önceki sezonun hava şartları, yeni tohum teknolojisi ve benzeri şeylere bağlı olarak ekim stratejisini değerlendirecek ve uygulayacaktır.” “Bir zaman sonra onun üzerine bir bahçe müdürü getirilmiş olsun...” Yönetici, bahçıvanın zamanını ve çalışma uygulamalarını yönetmek için süreçleri ayarlarken bahçıvanın ne yaptığını, nasıl çalıştığını anlamayacaktır. Hatta her yıl sipariş vermek yerine üç yıl boyunca bahçeye tedarik edilebilecek tohumun satın alınmasının daha verimli olacağına da karar verecektir.” “Ancak yöneticinin toprağın yaşlandığını ve aynı çiçeğin üç yılını ayakta tutamayacağını anlayacak bilgisi ve deneyimi yoktur. Bu sebeple bitkilerin rotasyonuna ihtiyaç duyar. Ancak sonuç istediği gibi olmayacak ve yardım etmeleri için danışmanlık firmalarından yardım isteyecektir.” “...Peki, bahçe müdürü, bahçede yıllarca tecrübesi olan bahçıvanı neden dinlemez ki? Çünkü yönetici bahçeciliğin doğasını bilmiyor, bu yüzden bahçıvanı anlayamaz.” “Ne yazık ki bahçıvan işinde mutsuz olacak ve performansı düşecektir.” “...çiçeklerin kalitesi düşecek hem daha çok para harcanacak hem de bahçıvan mutsuz edilecektir”.

Hekim yöneticilerin övgüye layık yönleri ve eleştirildiği tarafları olmakla birlikte kimin yönetici olması gerektiği sorusunu gereksiz bularak sağlık hizmetleri yönetiminin hekim, hemşire, yönetim ve diğer personellerin koordineli şekilde çalışmasıyla başarıya ulaşacağını savunan görüşler de bulunmaktadır. Mintzberg’e (2016) göre; “Hastaneler ve diğer sağlık bakım kurumlarını kimlerin yönetmesi gerektiği konusunda büyük tartışmalar devam ediyor. Örneğin, yönetici hekim olmalı mı? bir hemşire mi? profesyonel bir yönetici mi? Hekimler tedaviyi bilir, hemşireler bakımları bilir, profesyonel yöneticiler kontrolü bilir. Ama her üçünü kim bilir? “...Sonuç olarak, cevap açık gibi görünmektedir.” “...iş birliği önemlidir” “...Kimse hastaneyi tek başına yönetemez!” Karmaşık bir şirketi bile çalıştırmak, bir hastaneyi yönetmekle karşılaştırıldığında çocuk oyuncağı gibi görünmektedir...”. Özetlemek gerekirse hekim yöneticiler üzerine yapılan değerlendirmelerde bir fikir birliğine varılamadığı görülecektir.

SONUÇ

Literatür incelemesinde karşılaşılan çalışmalar değerlendirildiğinde hekimlerin, profesyonel kimlik ve yöneticilik kimliği arasında kaldıkları ve bir kısım hekimin yönetim sorumluluklarını üstlenmek istemediği bir kısmının ise bu görevi gönüllü olarak kabul ettiği görülmüştür. Yöneticilik yapan hekimlerin büyük bölümü hekimlik ve onun gereklerine ayırmaları gereken zamanı yöneticilik işlerini çözmek için harcamakta ve bu sebeple kısmen de olsa hekimliklerini ihmal edebilmektedir. Dolayısıyla bu hekimler, yöneticilik ve hekimlik arasında sıkışmakta ve sonuç olarak ya hekimlikleri zarar görmekte ya da yöneticiliği istenen seviyede yapamamaktadırlar. Bu noktada hekimlere yöneticilik yaptıracak lüksün olup olmadığı bir diğer tartışma konusudur. Türkiye’de hekim açığı olduğu bir gerçektir. 2018 verilerine göre Türkiye’de 144 bin 827 hekim görev yapmaktadır. Kişi başına düşen hekim sayısı değerlendirildiğinde ise her 100 bin kişiye 181 hekim düşmektedir. Ancak kendimize kıyas olarak belirlediğimiz OECD ülkelerinde ortalama her 100 bin kişiye 345 hekim düşmektedir. Bu sonuçlarla Türkiye, hekim sayısında OECD ülkeleri içerisinde son sırayı almaktadır (turksaglikxen.org.tr). Dolayısıyla hekim eksikliği olan Türkiye’de hekimlerden ulaşılabilecek en yüksek düzeyde verim almak gerekirken aynı zamanda eldeki hekimleri

yöneticilik yaptırarak harcamak büyük bir tezat oluşturmaktadır. Literatür incelendiğinde görülecektir ki, hekimlerin, eğitimleri süresinde yöneticilik için gerekli dersleri görmedikleri (Sur, 2002) ve bu sebeple yöneticilik konusunda başarılı olamayacaklarını savunan görüşlerin yanı sıra hekimler ile profesyonel yöneticilerin, liderlik ve yöneticilik yetenekleri arasında kayda değer bir fark bulunmadığı (Clay-Williams ve Braithwaite, 2012) sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır. Sonuç olarak bu çalışma ile yapılan okumalar ve incelemelerde, literatürde hekim yöneticilerin kendilerini hekim olarak mı yoksa yönetici olarak mı gördükleri konusunda kesin bir sonuca ulaşılamadığı, istekli ve isteksiz hekim yöneticiler olarak sınıflandırıldıkları görülmüştür. Dolayısıyla söz konusu hekimlerin melez hekim yönetici olarak değerlendirilmesi doğru bulunmaktadır. Diğer yandan İngilizce literatürde hekim yöneticilik ve melez iş kimliği üzerine yapılmış birçok çalışma mevcutken Türkçe literatürün, hekim yöneticilerin kendi mesleki kimlikleri hakkında ne düşündükleri konusunda eksik kaldığı görülmüştür.

KAYNAKÇA

- Agostino, J., (2004), "Workplace identity", Unpublished thesis Doctor of Business Administration, Swinburne University of Technology, Hawthorn, Victoria, Australia.
- AHMAC, (2008), "National E-Health Strategy", Department of Human Services, Melbourne.
- Akdaş, A., Sur, H., Şişman, N., Gemlik, N., (2008), "İdari görevi bulunan hekimlerin sağlık yönetimine bakış açıları", SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 5.
- Akdoğan, H., (2008), "İktisat ve işletme alanlarında verilen eğitim içerisinde meslek etiğinin yeri ve önemi", Ekonomik Yaklaşım Dergisi, 19(67), 79-90.
- Akdur, R., (2006), "Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu", (Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara.
- Atak, H., 2011, Kimlik Gelişimi ve Kimlik Biçimlenmesi: Kuramsal Bir Değerlendirme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 3(1):163-213.
- Baloğlu, B., (2006), "Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla: Sağlık ve Hastalık", DER yayınları, İstanbul.
- Baugher, J. E., (2003), "Caught in the middle? Worker identity under new participatory roles", In Sociological Forum (Vol. 18, No. 3, pp. 417-439), Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers
- Braithwaite, J., (2004), "An Empirically-Based Model For Clinician-Manager's Behavioural Routines", Journal of Health Organization and Management, Vol. 18, 240-261.
- Buche, M. W., (2003), "IT professional work Identity: Construct and outcomes", Unpublished Dissertation, University of Kansas, Lawrence, KS.
- Buche, M. W., (2006), "Gender and IT professional work identity" In Encyclopedia of gender and information technology, (pp. 434-439), IGI Global.
- Burak, Z., (2016), Editörden, Nucl Med Semin (Nükleer Tıp Seminerleri), Cilt 2, Sayı 1.

Cander, B., (2012), “Başhekim mi, Holding Yöneticisi mi?”, https://www.medimagazin.com.tr/authors/basar-cander/tr-bashekim-mi-holding-yoneticisi-mi-72-108_30_24.html, Erişim: 11.03.2018.

Cascon-Pereira, R., Chillas, S., Hallier, J., (2016), Role-meanings as a critical factor in understanding doctor manager’s identity work and different role identities, *Social Science & Medicine* 170, 18-25.

Clay-Williams, R., Braithwaite, J., (2012), *Doctors in Executive Management A systematic review of the peer-reviewed literature*, Centre for Clinical Governance Research, Australian Institute of Health Innovation, Faculty of Medicine, University of New South Wales, Sydney.

Currie, G., Croft, C., (2015), “Examining Hybrid Nurse Managers As A Case Of Identity Transition İn Healthcare: Developing A Balanced Research Agenda Work”, *Employment And Society*, Vol. 29(5) 855– 865.

Çakmakçı, M., (2012), “Sağlık Kurumlarının Yönetiminin Lideri Hekim Olmalıdır”, <http://saglikpolitikalari.omegacro.com/saglik-kurumlarinin-yonetiminin-lideri-hekim-olmalidir>, Erişim: 10.03.2018.

Çınaroğlu, S., (2012), “Yönetim Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar Ve Hastanelerde Profesyonel Yönetici İhtiyacı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1).

Çimen, M., (2010), “Sağlık Yönetimi Ve Sağlık Yönetim Eğitimi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 3.

Doolin, B., (2001), “Doctors As Managers - New Public Management İn A New Zealand Hospital”, *Public Management Review*, 3:2, 231-254.

Erikson, E. H., (1956), The Problem of Ego Identity, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 4, 1: pp. 56-121.

Erikson, E., (1968), *Identity: Youth and Crisis*, New York, Norton.

Fagermoen, M. S., (1997), “Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice”, *Journal of advanced nursing*, 25(3), 434-441.

Fayol, H., (2012), “Genel ve Endüstriyel Yönetim”, 3. Baskı, Çev: M. Asım Çalıköğlü, Adres Yayınları, Ankara.

Fişek, N., (1968), “Sağlık Yönetiminde Modern Eğilimler”, 20.Milli Türk Tıp Kongresi Zabıtları, İstanbul, http://nusret.fisek.org.tr/wp-content/kitaplasmamis_yazilari/kitap_1/8.html, Erişim: 01.12.2017.

Forbes, T., Hallier, J., Kelly, L., (2004), Doctors as managers: investors and reluctant in a dual role, *Health Services Management Research* 17, 167–176.

Forbes, E. J., Fitzsimons, V., (1993), “Education: The Key For Holistic İnterdisciplinary Collaboration”, *Holistic Nursing Practice*, 7(4), 1-10.

Fryers, T., (2006), Work, identity and health, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2:12.

Gergen, K., (1991), *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*, New York: Basic Books.14. Marcia, JE. Identity and Intervention. *J Adolesc.* 1989;12 (4):401-410.

Gini, A. (1998). Work, identity and self: how we are formed by the work we do. *Journal of Business Ethics*, 17(7), 707–714.

Goffman, E., (1963), “Stigma”, Penguin Books, London.

Goodall, A. H., (2011), “Physician-leaders and hospital performance: is there an association?”, *Social science & medicine*, 73(4), 535-539.

Goodall, A. H., (2015), “Doctors Should Be Running Hospitals Here’s Why”, <https://theconversation.com/doctors-should-be-running-hospitals-heres-why-40920>, Erişim:09.03.2018.

Güvenç, B., (2010), *Türk kimliği: Kültür tarihinin kaynakları* (2.baskı.). İstanbul: Boyut Yayıncılık.

Hayran, O., (2016), “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler Mi, Profesyonel Yöneticiler Mi?”, <http://saglikegitimcisi.blogspot.com/2016/05/hekimler-mi-profesyonel-yoneticiler-mi.html>, Erişim: 13.03. 2018.

<http://www.businessdictionary.com>

<http://www.tdk.gov.tr>

Işık, G, (1999), “Meslek, meslek ahlâkı ve meslek odası”, *Türkiye İnşaat Mühendisliği 15. Teknik Kongresi, Kongre Sempozyum Bildiriler Kitabı*, 843-856.

Joffe, M., MacKenzie-Davey, K., (2012), "The problem of identity in hybrid managers: who are medical directors?", *International Journal of Leadership in Public Services*, Vol. 8 Iss 3 pp. 161 – 174.

Kahyaoğlu, F., Yanık, A., Tengilimoğlu, D., (2013), “Batı Akdeniz Bölgesi Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Meslekî Yeterliliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma”, *Ejovoc (Electronic Journal Of Vocational Colleges)*, 3(1).

Karayılan, V., (2017), “Hastaneyi Yönetenler Hekim Mi Yoksa Profesyonel Yönetici Mi Olmalı ?”, http://www.saglikilan.com/haber_detay.asp?kat_id=1123&offset=255 , Erişim: 10.13.2018

Kavuncubaşı, Ş., Kısa, A., Uzkesici, N., (2002), “Sağlık Kurumları Yönetimi”, *Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Ön Lisans Programı*.

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S., (2015), “Hastane ve sağlık kurumları yönetimi”, *Siyasal Kitabevi*, Ankara.

Kippist, L. and Fitzgerald, A. (2010), 'The Paradoxical Role of the Hybrid Clinician Manager', 7th Biennial International Conference in Organisational Behaviour in Health Care (OBHC), Mind the Gap: policy and practice in the reform of healthcare, Birmingham, United.

Kippist, L., Fitzgerald, A., (2009), "Organisational Professional Conflict And Hybrid Clinician Managers", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 23 Iss 6 pp. 642 – 655.

Kippist, L., Hayes, K. J., & Fitzgerald, J. A., (2012), “Professional And Managerial Language İn Hybrid Industry-Research Organizations And Within The Hybrid Clinician Manager Role”, *Managing Dynamic Technology-Oriented Businesses: High Tech Oranizations and Workplaces*, 141-158.

- Kirpal: K., (2004). Researching work identities in a European context. *Career Development International*, 9(3), 199–221.
- Kohn, L., Harold D. R., (2002), *Daoist Identity: History, Lineage, and Ritual*, Editorler: Kohn, Livia ve Harold D. Roth, University of Hawai ‘i Press, United States of Amerika.
- Loh, E., (2015), "Doctors as health managers: an oxymoron, or a good idea?", *Journal of Work- Applied Management*, Vol. 7 Issue: 1, pp.52-60.
- Marcia, J. E., (1989), "Identity and Intervention", *Journal of Adolescence*, 12 (4), 401-410.
- Marcia, J. E., (1993), "The Relational Roots of Identity", In J. Kroger (Ed), *Discussions on Ego Identity*, Hillsdale, NJ, England, Lawrence Erlbaum Associates.
- Marcia, J. E., (2002a), "Adolescence, Identity, and the Bernardone Family", *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2 (3), 199- 209.
- Marcia, J. E., (2002b), "Identity and Psychosocial Development in Adulthood" *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2 (1), 7-28.
- Mcgivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., Waring, J., (2015), Hybrid Manager–Professionals’ Identity Work: The Maintenance And Hybridization Of Medical Professionalism In Managerial Contexts ,*Public Administration*, Vol. 93, No. 2, (412–432).
- Mintzberg, H., (1979), "The Structuring of Organisations", Prentice-Hall, New Jersey.
- Mintzberg, H., (2016), "Who can possibly manage a hospital?", [http://www. Mintz berg.org/blog/hospital-management](http://www.mintzberg.org/blog/hospital-management), Erişim: 13.03.2018.
- Pavlica, K., Thorpe, R., (1998), "Managers’ perceptions of their identity: a comparative study between the Czech Republic and Britain", *British Journal of Management*, Vol. 9, pp. 133-49, 230.
- Platon, (2017), "Devlet", Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
- Pratt, M.G., Rockman, K.W., Kaufmann, J.B., (2006), "Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents", *Academy of Management Journal*, Vol. 49 No. 2, pp. 235-62.
- Saayman, T., Crafford, A., (2011), Negotiating work identity, *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*, 37(1), 1-12.
- Sabancıoğulları, S., Doğan, S., (2011), "Bir Entegre Eğitim Programından Yeni Mezun Olan Hemşirelerin Meslek ve Okul Eğitimine İlişkin Düşünceleri ve Profesyonel Kimlik Düzeyleri", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 184-192.
- Sabancıoğulları, S., Doğan, S., (2012), "Profesyonel Kimlik Gelişimi ve Hemşirelik", *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(4), 275-282.
- Sarvan, F., (1995), "Hastane yönetimi eğitimi, *Toplum ve Hekim Dergisi*", Cilt: 10, Sayı: 69-70.
- Sayım, F., Aydın, N., (2007), "Sağlık Kurumlarının Yöneticilerinin Doktor Olmasının Fayda-Maliyet, Maliyet-Etkinlik Ve Swot Analizi", <http://www.aka-demikarge.net/index.php/faaliyetler/pubindex/item/252-saglik-kurumlarinin-yoeneticilerinin-doktor-olmasinin-fayda-maliyet-maliyet-etkinlik-ve-swot-analizi>, Erişim: 13.03.2018.

Schultz, R. ve Alton, C. J., (2003), *Management of Hospitals and Health Services*, Washington D.C., BeardBooks.

Sebastian, A., Fulop, L., Dadich, A., vd., (2014), "Health LEADS Australia and implications for medical leadership", *Leadership in Health Services*, 27(4), 355-370.

Seçer, H. Ş., "Profesyonel Mesleklere ve Profesyonel Bireylere Güven", *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, Cilt:10 Sayı: 4, Sayfa: 247-277, 2009.

Smith, A. D., (1994), "Milli Kimlik" (National Identity), Çev: Şener B. S., İletişim Yayıncılık, İstanbul.

Spehar, I., Frich, J. C., Kjekshus, L. E., (2014), Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals, *BMC Health Services Research*, 14:251.

Stryker, S., (1968), "Identity Salience and Role Performance: The Relevance of Symbolic Interaction Theory for Family Research", *Journal of Marriage and Family*, Vol. 30, No. 4 (Nov., 1968), pp. 558-564.

Sur, H., (2002), "Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Yöneticiliği", Kasım 2002, <http://www.merih.net/m1/whaysur16.htm>, Erişim: 10.04.2017.

Sveningsson, S., Alvesson, M., (2003), Managing managerial identities: Organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, 56(10), 1163–1193.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O., (2015), "Sağlık İşletmeleri Yönetimi", Nobel Yayıncılık, Ankara.

Turner, J. C., (1987), "Rediscovering the Social Group: A Self-categorization Theory", Oxford: Basil Blackwell.

Tutkun, Ö. F., Koç, M., (2008), "Mesleklere atfedilen kalıp yargılar", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 41(1), 255-273.

Türk Sağlık-Sen Tıp Bayramı nedeniyle yaptığı bir araştırmayla Türkiye'nin doktor haritasını çıkardı. 14.03.2018. Erişim tarihi: 15.06.2018. Erişim adresi: https://www.turksaglikksen.org.tr/1-doktor-basina-dusen-hasta-sayisi-5635_3069.html.

Wallace, R. ve Wolfe, A., (2012), "Çağdaş Sosyoloji Kuramları: Klasik Geleneğin Genişletilmesi", Çev, Elburuz, L. Ve Ayaz, M. R., Doğu Batı Yayınları, Ankara.

Walsh, K., Gordon, J. R., (2008), "Creating an individual work identity", *Human resource management Review*, 18(1), 46-61.

Watson, T., (2002), "Professions and professionalism: should we jump off the bandwagon, better to study where it is going?", *International studies of management and organisation*, Vol. 32, No. 2, pp. 93-105.

Witt, L. A., Patti, A. L., Farmer, W. L., (2002), "Organizational politics and work identity as predictors of organizational commitment", *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 486-499.

World Health Organization definition of health (1947), <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Wrzesniewski, A., Dutton, J. E., (2001), “Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work” *The Academy of Management Review*, 26 (2), 179–201.

Wynd, C. A., (2003), “Current factors contributing to professionalism in nursing”, *Journal of professional nursing*, 19(5), 251-261.

Yılmaz, Y., *Siyasal Sistem Ve Medya Kuramları Bağlamında Türkiye’de Gazeteciliğin Meslekî Kimlik Sorunu Ve Bir Alan Araştırması*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Doktora Tezi), İstanbul, 2011.

Yönetici kadrolarında kaç hekim var?, 11 Şubat 2016, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-yonetici-kadrolarinda-kac-hekim-var-2-13-68968.html>, Erişim: 12.03.2018.