

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

MESLEKLER SOSYOLOJİSİ AÇISINDAN DOKTORLUK
MESLEĞİ VE DOKTORLAR
ELAZIĞ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Yelda SEVİM

HAZIRLAYAN

Yavuz Selim DAYI

ELAZIĞ-2007

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi
MESLEKLER SOSYOLOJİSİ AÇISINDAN DOKTORLUK
MESLEĞİ VE DOKTORLAR
Elazığ Örneği

Yavuz Selim DAYI
Fırat Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Anabilim Dalı
2007, Sayfa:141+IX

“Meslekler Sosyolojisi Açısından Doktorluk Mesleği ve Doktorlar: Elazığ Örneği” adlı çalışma, bir alan araştırmasıdır.

Araştırmanın amacı, toplumda yaptıkları iş ve verdikleri hizmetler bakımından çok önemli bir yeri olan Elazığ’da çalışan doktorların, toplumsal konumlarını, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durumlarını, yaşadıkları sorunları ortaya koymaktır.

Elde edilen veriler ışığında şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Örnekleme grubunda yer alan doktorlar; genç ve orta yaş grubunda yer alan, birçoğu evli, büyük ölçüde şehir kökenli, ekonomik ve kültürel köken itibarıyla orta-alt tabakalardan gelen, ancak yaşam standartları yükselen, yatırım yapmayı seven, yarısından fazlası mesleki tatmini olmayan kişilerdir.

ANAHTAR KELİMELER: Doktor, Meslek, Rol, Statü, Tabakalaşma, Profesyonellik, Meslekler Sosyolojisi.

SUMMARY**Master Thesis****OCCUPATION OF MEDICINE AND DOCTORS ACCORDING TO
OCCUPATIONAL SOCIOLOGY****Sample of Elazığ****Yavuz Selim DAYI****Fırat Üniversitesi****Institution of Social Sciences****Sociology Main Science Branch****2007, Page:141+IX**

This is an area research entitled “Occupation of Medicine and Doctors According to Occupational Sociology: Sample of Elazığ”

The doctors are significant with their job and with the medical service they perform for public. The aim of the research is to determine the doctor’s socioeconomic and sociocultural situation, their position in public and the problems they face to.

The following results have been reached under the lights of the data obtained through this study. Sample doctor group are found to be young and middle age and mostly married. Majority of them originally comes from cities and their economical and cultural origin is average. However their life standart is improving. They like investment and 50 per cent of them are not satisfied with their job.

KEY WORDS: Doctor, Occupation, Role, Status, Stratification, Professionality, Occupational Sociology.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK	
ONAY	
ÖZET	
SUMMARY	
İÇİNDEKİLER.....	I
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ÖNSÖZ.....	VII
KISALTMALAR.....	IX
GİRİŞ.....	1
1. MESLEKLER SOSYOLOJİSİNE KAVRAMSAL BİR GİRİŞ.....	4
1.1. Meslek Kavramı.....	4
1.2. Mesleklerin Tarihsel Gelişimi.....	7
1.2.1. Fütüvvet Kavramı.....	8
1.2.2. Ahilik Kavramı.....	9
1.2.3. Gedik	10
1.3. Statü.....	11
1.4. Rol.....	12
1.5. Sosyal Sınıf.....	15
1.6. Sosyal Tabakalaşma.....	17
1.7. İş bölümü.....	20
1.8. Meslek Ahlakı.....	24
1.9. Meslek Bilinci.....	28
1.10. Meslek Seçimi.....	29
1.10.1. Meslek Seçiminde Rol Oynayan Önemli Faktörler.....	32
1.10.2. Kişinin İncelenmesi.....	33
1.11. Profesyonel Meslekler.....	34
1.11.1. Profesyonelleşmenin Önemi.....	35
1.11.2. Profesyonelliğin Özellikleri.....	35
1.12. Meslekler Sosyolojisi.....	36
2. DOKTORLUK MESLEĞİ VE DOKTORLAR.....	39
2.1. Doktor ve Doktorluk Kavramı.....	39
2.2. Doktorlukla İlişkilendirilebilecek Kavramlar.....	41
2.2.1. Sağlık.....	41
2.2.2. Hastalık.....	42
2.2.3. Hastane.....	43
2.3. Doktorluk Mesleğinin Tarihsel Gelişimi.....	43
2.3.1. Osmanlı Dönemi.....	45
2.3.2. Cumhuriyet Dönemi.....	47
2.3.2.1. 1920-1937 Dönemi.....	47
2.3.2.2. 1937-1960 Dönemi.....	47
2.3.2.3. 1960 Sonrası Dönem.....	48
2.4. Sağlık Hizmetleri.....	49
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	49
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	50
2.4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	50

2.4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	51
2.4.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	51
2.5. Sosyal Güvenlik Sisteminin Örgütlenmesi.....	51
2.5.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	52
2.5.2. Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu.....	53
2.5.3. T.C. Emekli Sandığı (TCES).....	53
3. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ.....	55
4. ARAŞTIRMANIN METODU.....	59
4.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı.....	59
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	59
4.3. Bilgi Toplama Araçları.....	60
4.4. Uygulama.....	61
4.5. Tasnif ve Analiz Teknikleri.....	61
5. BULGULAR VE YORUMLAR.....	63
5.1. Doktor Grubunun Genel Demografik Özellikleri.....	63
5.1.1. Cinsiyet Durumu.....	63
5.1.2. Yaş Durumu.....	64
5.1.3. Doğum Yeri.....	64
5.1.4. Medeni Durumu.....	65
5.2. Doktor Grubunun Ailelerine İlişkin Bulgular.....	66
5.2.1. Eşin Öğrenim Durumu.....	66
5.2.2. Eşlerin Mezun Oldukları Bölüm.....	67
5.2.3. Sahip Olunan Çocuk Sayısı.....	67
5.2.4. Çocuklarına Vermek İstedikleri Eğitim.....	68
5.2.5. Ebeveynlerin Öğrenim Durumu.....	71
5.2.6. Baba Mesleği.....	72
5.2.7. Anne Mesleği.....	73
5.2.8. Ebeveynlerin Yaşam Standardı.....	73
5.2.9. Ailede Tıp Fakültesi Mezunu Olma Durumu.....	74
5.3. Doktor Grubunun Eğitimine İlişkin Bulgular.....	75
5.3.1. Bitirilen Lisenin Türü.....	75
5.3.2. Mezun Olunan Üniversite.....	76
5.3.3. Yabancı Dil Bilme Düzeyi.....	77
5.3.4. Bilgisayar Kullanma Düzeyi.....	78
5.4. Doktorların Ekonomik Durumları ve Toplumsal Konumlarına İlişkin Bulgular.....	79
5.4.1. Aylık Kazanç Durumu.....	79
5.4.2. Mesleğe Başladıktan Sonraki Ekonomik Değişme Durumu.....	82
5.4.3. Aylık Gelire İlişkin Algılar.....	82
5.4.4. Tüketim Tarzı.....	85
5.4.5. Tasarruf Alanları.....	86
5.5. Boş Zamanları Değerlendirme Faaliyetlerine İlişkin Bulgular.....	86
5.5.1. Sahip Olunan Hobiler.....	87
5.5.2. Boş Zamanlarını Değerlendirme Biçimleri.....	88
5.5.3. Kültürel Faaliyetlere Katılma Düzeyi.....	89
5.5.4. Televizyonda İzlenen Program Türleri.....	91
5.5.5. En Çok Okunan Yayın Türleri.....	92
5.5.6. Düzenli Olarak Takip Ettikleri Dergi Türleri.....	92
5.5.7. Spor Yapma Düzeyleri.....	93

5.5.8. Ailelerine Zaman Ayırma Durumu.....	94
5.5.9. Yaz Tatillerini Geçirme Tarzları.....	96
5.6. Doktorların Yaptıkları Mesleğe İlişkin Görüşleri.....	97
5.6.1. Doktorluk Mesleğini Seçmede Etkili Olan Faktörler.....	97
5.6.2. Doktorların En Fazla Saygınlığa Sahip Olan Meslekler Hakkındaki Görüşleri.....	98
5.6.3. Meslek Ahlakı Kurallarına Bakışları.....	99
5.6.4. Doktorların Yeniden Doktorluk Mesleğini Seçip Seçmemelerine Göre Dağılımı.....	100
5.6.5. Çalıştıkları Yıla Göre Dağılımları.....	101
5.6.6. Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımları.....	102
5.6.7. Uzmanlık Alanına Sahip Olma Durumları.....	103
5.6.8. Elazığ’da Çalışmaktan Duyulan Memnuniyet Durumu.....	104
5.6.9. Mesleki Tatminlik Derecesi.....	104
5.6.10. Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulmama Nedenleri.....	105
5.6.11. Özel Muayenehanelerde Çalışma Durumları.....	106
5.6.12. Özel Muayenehanelerde Çalışma Nedenleri.....	107
5.6.13. Doktorların Kendilerini Toplumun Hangi Kesiminde Gördüklerine Dair Görüşleri.....	108
5.7. Doktorların İş Yaşantılarına İlişkin Bulgular.....	109
5.7.1. İş Yerinde Yaşanan Problemler.....	109
5.7.2. Mesleki Çalışmalarını Yapmadaki Özgürlükleri.....	111
5.7.3. Doktorların İş Yerinde Kendilerini Özgür Hissetmeme Nedenleri.....	112
5.7.4. Çalışma Saatleri İçerisinde En Çok Zaman Ayırdıkları Faaliyetler.....	112
5.8. Doktorların Örgütlenmeye İlişkin Algılamaları.....	113
5.8.1. Doktorların Türk Tabipleri Birliğine Üyelik Durumları.....	113
5.8.2. Türk Tabipleri Birliğinin Düzenlediği Etkinliklerine Katılma Durumları.....	114
5.8.3. Doktorların TTB’nin Çalışmaları Hakkındaki Değerlendirmeleri.....	114
5.8.4. TTB’nin Çalışmalarından Memnuniyetsizliklerinin Nedenleri.....	115
5.9. Doktorların Türkiye ve Devlet Hakkındaki Görüşleri.....	116
5.9.1. Ülkenin Geleceği.....	116
5.9.2. Ülkenin Temel Sorunlarına İlişkin Görüşleri.....	117
5.9.3. Doktorların Devletle İlgili Görüşleri.....	117
6. GENEL SONUÇ VE ÖNERİLER.....	119
6.1. SONUÇ.....	119
6.2. ÖNERİLER.....	125
KAYNAKÇA.....	126
ANKET FORMU.....	131
ÖZGEÇMİŞ.....	141

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Doktorların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı.....	63
Tablo 2. Doktorların Yaş Değişkenine Göre Dağılımı.....	64
Tablo 3. Doktorların Doğum Yerine Göre Dağılımı.....	65
Tablo 4. Doktorların Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	65
Tablo 5. Doktorların Eşlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	66
Tablo 6. Doktorların Eşlerinin Mezun Olduğu Bölüme Göre Dağılımı.....	67
Tablo 7. Doktorların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	68
Tablo 8. Doktorların Çocuklarının Okumasını İstedikleri Bölüm Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	69
Tablo 9. Bugün Meslek Seçimi Yapsalar Yine Doktorluk Mesleğini Seçip Seçmeme Hakkındaki Görüşlerine Göre Doktorların Çocuklarının Okumasını İstekleri Bölümler.....	70
Tablo 10. Doktorların Anne ve Babalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.....	71
Tablo 11. Doktorların Baba Mesleğine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 12. Doktorların Anne Mesleğine Göre Dağılımı.....	73
Tablo 13. Doktorların Yetiştikleri Ailenin Yaşam Standardına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 14. Doktorların Ailelerinde Tıp Fakültesi Mezunu Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı.....	74
Tablo 15. Doktorların Mezun Olduğu Lisenin Niteliğine Göre Dağılımı.....	75
Tablo 16. Doktorların Mezun Olduğu Üniversiteye Göre Dağılımı.....	76
Tablo 17. Doktorların Yabancı Dil Bilgilerine Göre Dağılımı.....	77
Tablo 18. Doktorların Bilgisayar Kullanma Düzeyine Göre Dağılımı.....	78
Tablo 19. Doktorların Aylık Kazançlarına Göre Dağılımı.....	79
Tablo 20. Aylık Kazançlarına Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Aldıkları Ücret Hakkındaki Görüşleri.....	80
Tablo 21. Doktorların Gelir Değişimine Göre Dağılımı.....	82
Tablo 22. Doktorların Aldıkları Ücret Hakkındaki Algılarına Göre Dağılımı.....	82
Tablo 23. Aylık Kazançlarına Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulma Durumları.....	83
Tablo 24. Doktorların Yaptıkları Harcamalara Göre Dağılımı.....	85
Tablo 25. Doktorların Birikimlerine Göre Dağılımı.....	86
Tablo 26. Doktorların Hobilerine Göre Dağılımı.....	87
Tablo 27. Doktorların Boş Zamanları Değerlendirme Faaliyetlerine Göre Dağılımı.....	88
Tablo 28. Doktorların Kültürel Faaliyetlere Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.....	89

Tablo 29. Aldıkları Ücret Hakkındaki Görüşlerine Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Kültürel Faaliyetlere Katılma Durumları.....	90
Tablo 30. Doktorların Televizyonda İzledikleri Programlara Göre Dağılımı.....	91
Tablo 31. Doktorların Okuma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	92
Tablo 32. Doktorların Düzenli Olarak Takip Ettikleri Dergilere Göre Dağılımı.....	93
Tablo 33. Doktorların Spor Yapma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	93
Tablo 34. Doktorların Ailelerine Zaman Ayırma Durumlarına Göre Dağılımı.....	94
Tablo 35. Çalıştıkları Kuruma Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Ailelerine Zaman Ayırma Durumları.....	95
Tablo 36. Doktorların Yaz Tatillerini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı.....	96
Tablo 37. Doktorların Doktorluk Mesleğini Seçme Nedenlerine Göre Dağılımı.....	97
Tablo 38. Doktorların En Fazla Saygınlığa Sahip Olan Meslek Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	98
Tablo 39. Doktorların Mesleki Ahlak Kurallarına Uygun Hareket Edip Etmemeleri Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	100
Tablo 40. Doktorların Bugün Meslek Seçimi Yapsalar Yine Doktorluk Mesleğini Seçip Seçmeme Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	101
Tablo 41. Doktorların Çalıştıkları Yıla Göre Dağılımı.....	102
Tablo 42. Doktorların Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı.....	102
Tablo 43. Doktorların Uzmanlık Alanına Sahip Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımı.....	103
Tablo 44. Doktorların Elazığ’da Çalışmaktan Memnun Olma Durumu Göre Dağılımı.....	104
Tablo 45. Doktorların Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulma Durumlarına Göre Dağılımı.....	104
Tablo 46. Doktorların Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulmama Nedenine Göre Dağılımı.....	105
Tablo 47. Doktorların Özel Muayenehanede Çalışıp Çalışmama Durumlarına Göre Dağılımı.....	107
Tablo 48. Doktorların Özel Muayenehanede Çalışma Nedenlerine Göre Dağılımı.....	107
Tablo 49. Doktorların Bir Doktor Olarak Kendilerini Toplumun Hangi Kesiminde Gördükleri Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	108
Tablo 50. Doktorların İş Ortamında Karşılaştıkları veya Yaşadıkları Sorunlar Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	110
Tablo 51. Doktorların İş Yerlerinde Meslekleri İle İlgili Araştırmalarını, Çalışmalarını Yapmada, Uygulamada ve Sonuçlandırmada Kendilerini Yeterince Özgür Hissedip Hissetmemeleri Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	111
Tablo 52. Doktorların İş Yerinizde Kendilerini Özgür Hissetmeme Nedenlerine Göre Dağılımı.....	112
Tablo 53. Doktorların Çalışma Saatleri İçinde En Çok Zaman Ayırdıkları Faaliyet Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	112

Tablo 54.Doktorların Türk Tabipleri Birliği'ne (TTB) Üye Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımı.....	113
Tablo 55.Doktorların TTB'nin Düzenlediği Toplantı, Seminer, Eğitim vb. Etkinliklere Katılıp Katılmama Durumlarına Göre Dağılımı	114
Tablo 56.Doktorların TTB'nin İyi Çalışıp Çalışmadığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	115
Tablo 57.Doktorların TTB'nin Çalışmalarının Yeterli Olmadığını Düşünme Nedenleri Göre Dağılımı.....	115
Tablo 58.Doktorların Türkiye'nin Yakın Gelecekte Ekonomik ve Toplumsal Sorunlarını Çözerek Gelişmiş Bir Ülke Düzeyine Ulaşıp Ulaşamayacağı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	116
Tablo 59.Doktorların Ülkenin En Temel Sorunu Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	117
Tablo 60.Doktorların Türkiye'nin Bugünkü Toplumsal, Ekonomik ve Siyasi Yapısı Dikkate Alındığında, Devletin Konumu ve Yapılanmasının Nasıl Olduğu Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	118

ÖNSÖZ

Doktorluk tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir. Yazılı tarih boyunca hastalıkların sadece insanların bireysel olarak kaderlerini etkilemediği, aynı zamanda ulusların ve bazen de dünyanın kaderini etkilediği görülmektedir. Öyle ki ortaya çıkan bazı salgın hastalıklar; medeniyetleri ortadan kaldırmış, çağlar açıp kapatmıştır. Bütün bu süreç içinde doktorlar, insanlar için daima şifa kapısı olmuş, onlara inanılmış ve güvenilmiştir.

Ülkemizde görev yapan doktorlar, zor koşullar altında da olsa halka sağlık hizmeti vermek için sürekli ellerinden geleni yapmışlar ve yapmaya da devam etmektedirler. Ulu önder Atatürk'ün; "Beni Türk hekimlerine emanet edin." sözü de bunu onaylar niteliktedir.

Doktor, hoşgörülü, alçak gönüllü, kendini denetleyebilen, sabırlı ve paylaşımcı yapısı ile toplumda sevilen bir kişi olmak zorundadır. Kendisine karşı yapılan bütün eleştirilerden ders çıkarmalı ve bildikleri ile gururlanmayıp, bilmedikleri ile kendisini eleştirebilmelidir. Doktor, hastaların ihtiyaçlarına öncelik verme ve bu önceliğin ticari, sosyal ve yönetsel baskılarla zedelenmesine izin vermeme noktasında çok hassas olmalıdır. Doktor; ırk, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, etnik köken, din ya da başka sosyal değerlerin, sağlık hizmetlerinde adaleti bozmaması için uğraş verme prensiplerine bağlı olmak durumundadır.

Doktorluk, sürekli ve çok çalışmak gerektirdiği için sevmeden yapılamayacak bir meslektir. İyi bir yaşam için sağlıklı olmak temel taş olduğu sürece tüm dünyada doktora her zaman ihtiyaç olacaktır. Bu açıdan bakıldığında, insanların en sıkıntılı anlarında dertlerine derman olan, zor da olsa topluma çok değerli bir hizmet veren bu meslek grubu üzerinde sosyolojik bir inceleme yapmak, ayrı bir önem kazanmaktadır. Bu çalışma ile yukarıda toplumdaki yerleri ve önemleri birkaç cümle ile bile olsa anlatılmaya çalışılan doktorların sosyolojik portreleri ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın başından itibaren en zor zamanlarda yanımda olan, ilgi ve desteğini esirgemeyip beni çalışmaya motive eden sayın Metin ÇAĞLAR'a; alandan

VIII

elde edilen verilerin istatistiksel analizindeki çok değerli katkılarından dolayı sayın Burcu GEZER Hanımefendi'ye, anket sorularının eleştirel bir süzgeçten geçirilmesi sırasında değerli vaktini ayırarak yardımcı olan kıymetli hocam sayın Prof. Dr. İbrahim H. ÖZERCAN'a, her konuda yardımlarını esirgemeyen Sosyoloji Bölümü hocalarıma ve çalışmanın başlangıcından sonuna kadar emek ve desteğini sürekli hissettiğim, olumlu eleştirileriyle, değerli bilgi ve görüşleriyle yolumu aydınlatan tez danışmanım ve kıymetli hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Yelda SEVİM Hanımefendi'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Anket sorularını yanıtlama sorumluluğunu gösteren tüm doktorlara ayrıca teşekkürü bir borç bilirim.

ELAZIĞ-Mayıs 2007

Yavuz Selim DAYI

KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
Bağ-Kur	:	Esnaflık ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
Dr.	:	Doktor
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
MEB	:	Millî Eğitim Bakanlığı
MSB	:	Millî Savunma Bakanlığı
Örn.	:	Örneğin
SB	:	Sağlık Bakanlığı
Sos.Konf.	:	Sosyoloji Konferansları
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
TTB	:	Türk Tabipleri Birliği
TCES	:	Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TV	:	Televizyon
vb.	:	Ve benzeri, ve bunun gibi
vs.	:	Vesaire
YTL	:	Yeni Türk Lirası
yy.	:	Yüzyıl

GİRİŞ

İnsanoğlu, varolduğu ilk günden itibaren yaşamını sürdürebilmek ve onu daha iyi hâle getirebilmek için sürekli olarak bir şeylerle ilgilenmiş, yeni yeni şeyler keşfetmiştir. Bu süreçte insanoğlunun bilgi birikimi artmış, buna bağlı olarak farklı meslek dalları ortaya çıkmıştır. Basitçe icra edilen meslekler karmaşıklaştıkça her mesleği herkesin yapamayacağı görülmüş, böylelikle meslekler içinde uzmanlaşma yani profesyonelleşme ortaya çıkmıştır. Bu uzmanlaşmanın gereği olarak mesleki eğitim önem kazanmış, bir mesleğe sahip olabilmek için uzun yıllar o meslekle ilgili eğitim görmek gerekmeğe başlamıştır. Mesleğin karmaşıkliğına, zorluğuna ve insanlığa verdiği hizmetle doğru orantılı olarak meslek sahibine saygınlık atfedilmiş, kişiler toplumda derecelendirilmiş, bir anlamda sahip oldukları mesleklere göre statü sahibi olmuşlardır.

Denilebilir ki; kişilerin kimlik oluşturma süreçlerindeki en önemli araçlardan bir tanesi meslekleridir. Bireyler sahip oldukları meslekler sayesinde toplumda bir statü ve yetki sağlamış olurlar. Tabi ki mesleklerin ve o mesleğe sahip olanların önem ve statülerinin belirlenmesinde günün ihtiyaçlarının ve toplumsal değerlendirmelerin önemli rolü vardır. Bu olgular zamana ve toplumsal özelliklere göre değişiklik gösterebilir. Meslek, insanın hem kendisini hem de çevresindekileri etkileyen bir kavramdır. Zira meslek hayatı, insan ömrünün hemen hemen üçte birlik bölümünü oluşturur. Mesleğinden memnun olmayan kişilerin, hayatlarında mutlu olması mümkün değildir. Kişilerin bu mutsuzluğu, pek tabi ki çevrelerine de yansıyacaktır. Bu yüzden kişi için en doğru mesleğin seçimi büyük önem taşımaktadır.

Geçmişte “tıp, hukuk, eğitim, mühendislik” genel adları ile adlandırılan mesleklerin sayısı bugün binlerle ifade edilmektedir. Bu durumda, gelişen teknolojinin etkisi büyüktür. Ortaya çıkan bu yeni meslekler sayesinde devletlerin ekonomik kapasitelerinde büyük değişimler meydana gelmiş, gelişmiş ekonomilere sahip devletler, bu imkânlarını kullanarak büyük avantajlar elde etmişlerdir. Teknoloji ve bilişim esaslı mesleklerin gelişimi ile dünya üzerindeki birçok ülkenin gayrisafi millî hasılasından daha büyük servete sahip iş adamları ve teknoloji patronları ortaya çıkmıştır.

Meslek sayısının artması ile “mesleksen denetim”, “mesleksen ahlak” ve “mesleksen örgüt” gibi kavramlar da ortaya çıkmıştır. Bu kavramların ortaya çıkma sebebini şöyle bir örnekle açıklayabiliriz: Bir doktorun yaptığı yanlış bir uygulamayı ancak başka bir doktor anlayabilir ve ortaya çıkarabilir. İlgili meslek örgütü gerekli denetimleri yaparak halkın gözünde o mesleğin itibarının zedelenmesini önler. Bazen de meslek sahibinin haklarını savunur.

Kişinin sahip olduğu mesleğin sadece maddi kazanç sağladığı söylenemez. Çünkü insan sadece para kazanmak için çalışmaz. Çalışarak bir şeyler elde etmesi sonucunda haz duyar ki bu da kişi için manevi tatmin sağlar.

Bu çalışmada, insanların yaşamla ölüm arasında mücadele ettikleri zamanlarda sırtlarını dayadıkları, hasta olduklarında şifa bulmak için başvurdukları, doğdukları andan ölünceye kadar sürekli ihtiyaç duydukları doktorları ve doktorluk mesleğini Elazığ örneğinde sosyolojik olarak incelemeye çalıştık. Toplumsal alanda ayrıcalıklı bir sınıf oluşturan doktorların yetiştikleri aile ortamını, mesleki tatmin düzeylerini, karşılaştıkları zorlukları, mesleklerine olan bakış açılarını, meslek dışındaki yaşantılarını ve gelecekte beklentilerini genel olarak araştırdık.

Bu kapsamda yapılan çalışmayı teorik ve uygulama olarak iki kısma ayırabiliriz. Teorik kısım üç genel başlık altında toplanmıştır. İlk bölümde kavramsal bir giriş yapılarak meslek, mesleklerin tarihsel gelişimi, statü, rol, sosyal sınıf, sosyal tabakalaşma, iş bölümü, meslek ahlakı ve bilinci, profesyonel meslek ve meslek seçimi kavramları literatür taraması şeklinde incelenmiş, elde edilen bilgiler sunulmuş, konuya ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Teorik kısmın ikinci bölümünde, doktorluk, doktorluk mesleğinin tarihsel gelişimi, doktorlukla ilişkilendirilebilecek kavramlar, sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik sistemi konularına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise sağlık sosyolojisine değinilmiş, yapılan çalışmalar ortaya konulmuştur.

Uygulamalı kısımda ise araştırmanın konusu ve amacı, araştırmanın metodolojik çerçevesi, hangi metot ve tekniklerden faydalandığı, araştırma evreninin ve örneklem

grubunun nasıl belirlendiği, uygulamanın nasıl yapıldığı, bilgi toplama araçları, karşılaşılan problemler ve elde edilen bulguların nasıl değeriendirildiği ortaya konulmuştur. Sonrasında, yapmış olduğumuz alan araştırmasının verilerinden elde etmiş olduğumuz bulgular sunulmuştur. Veriler, tablolar aracılığı ile ortaya konulmuş ve sosyolojik bir perspektiften geçirilmiştir. Son bölümde de elde etmiş olduğumuz veriler göz önünde bulundurularak bir değeriendirme yapılmış ve genel bir sonuca ulaşılmaya çalışılmıştır.

1. MESLEKLER SOSYOLOJİSİNE KAVRAMSAL BİR GİRİŞ

1.1. Meslek Kavramı

Meslek kavramının genel bir tanımı yapılacak olursa; mesleği, insanlara yararlı mal ve hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, belli bir eğitimle kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş etkinlikler bütünü olarak tanımlayabiliriz (Kuzgun,2000:3).

“Meslek, belirli düzeyde beceri, teorik bilgi, eğitim ve diploma gerektiren, niteliği toplumdan topluma değişmekle beraber yüksek statü, prestij ve gelir kazandıran iş olarak da tanımlanmaktadır” (Demir ve Acar,2002:282). Sosyoloji sözlüğünde meslek; “Emek piyasalarının büyümesinin bir sonucu olarak ev eksenli işlerden ayrılan iktisadi bir rol” olarak yer almaktadır (Marshall,2005:491). “Meslek, bireyin yaşamını sürdürebilmesi için yaptığı işidir” (Kulaksızoğlu,2005:172).

Meslek, “kişinin düzenli bir biçimde çalıştığı herhangi bir ücretli istihdam biçimidir” (Arda,2003:412). “Batı dillerinde meslekler; anlam bakımından, yapılan görevlerin niteliğine ve eğitim düzeyine göre Uzman Meslekler (professions), Beceriye Dayalı Meslekler (vocations) olarak farklı terimlerle adlandırılmaktadır” (Kuzgun,2000:1).

“Meslek, bedeni olduğu kadar ruhsal hayatı da biçimlendirir. Eğilimleri, duyguları, hafızayı, hayal gücünü kısacası bütün zihinsel yetenekleri belirler. Her sınıfın öğelerinin benzer özellikleri bir araya getirilerek şu veya bu sosyal grubun genel temsilcisi, şeması olabilecek ‘tip’ ortaya konabilir” (Sencer,1974:41).

Toplumun kurduğu temel müesseseler içinde en önemlilerinden biri meslektir. Çünkü diğer bütün müesseselerin varlığının bu müessesenin sürekli olarak başarı

sağlamasına bağlı olduğunu söyleyebiliriz. Toplumdaki çeşitli kurumları mali bakımdan besleyen ve destekleyen hep vatandaşların meslekleridir. Bir topluluğun veya milletin nüfusu, ana meslekler arasında doğru dürüst dağılmamış ise topluluk ve millet hayatının her yönü bundan zarar görür. Bunun yanında, mesleklerin gelişmediği yerlerde, diğer bütün sosyal müesseselerin de ilerlemediği görülür ve insan hayatının her safhası düşük bir seviyede kalır (Mays,1973:1).

Her mesleğin cemiyetteki itibarı, büyük ölçüde, farklı olduğu için meslek, insanın sosyal statüsünü de büyük ölçüde tayin eder. Meslek, insanın sadece kişisel yaşamı üzerinde değil, çevresi ile olan ilişkilerinde de önemli rol oynar. İnsanın toplum içindeki statüsünde, icra ettiği mesleğin rolü göz ardı edilemez (Özsoy,2004:105). Mensuplarının bir geçim vasıtası olarak kullandıkları meslekleri toplum, hemen hemen görüş birliği ile dereceleemektedir. Bu derecelemenin dayandığı esasları tayin etmek çok güçtür. Şüphesiz ki, kazanılan para, derecelemede ölçü olamaz. İnsanlığa edilen hizmet de mesleğin itibar ölçüsü sayılamaz. Şayet meslekleri derecelendirmede tarifi mümkün bir ölçü varsa bu, yapılan işin özel mahiyeti ile bu işte aranan vasıflardır. Mesleklerin bu gibi özellikleri değiştikçe itibarları da değişir. Mesleklerin derecelenmesinde söz götürmeyen diğer bir faktör de yapılan işin neticesine, toplum tarafından verilen önemdir. Cerrahlığın berberlikle bir sayıldığı zamanlarda insan hayatının önemi pek yoktu. İnsanoğlu insan şahsiyetine ve sağlığına gün geçtikçe daha fazla değer verince ıstırapları giderecek ve hayatı uzatacak vasıtaları sağlayan mesleklere daha büyük bir itibar göstermeye başladı (Mays,1973:2). “Bir meslek sahibi olmak, sosyolojik olarak çeşitli sonuçlar doğurur. Toplumda tanınan bir meslek sahibi olmak, birçok prestiji beraberinde getireceği gibi üyelerine pek çok ayrıcalık; sosyal, ekonomik, yasal ve politik üstünlükler sağlar. Bu yüzden yeni ortaya çıkan iş grupları, bir meslek olarak tanınmak için önemli çabalar sarf ederler” (Arslan, 2001:74).

Meslekler, bir toplumdaki iş bölümünün düzeyiyle de ilişkilidir. İş bölümünün yüksek olduğu toplumlarda meslek sayısının ve çeşitliliğinin çok fazla olduğu görülmektedir. Bu bağlamda meslek veya iş, bireylerin toplumsal iş bölümü çerçevesinde yerine getirdikleri, karşılığında ücret verilsin veya verilmesin, üretime katkı niteliği taşıyan her türlü etkinlik olarak da değerlendirilmektedir. “Tarım, hayvancılık, madencilik gibi doğrudan ham madde elde etmeye yönelik işlere birincil

işler; el sanatları, halıcılık, çömlekçilik, zanaatçılık gibi yoğun insan bilgi ve becerisi gerektiren işlere ikincil işler; mal üretiminden ziyade servis üretiminin söz konusu olduğu işlere üçüncül işler; bir işin yürütebilmesi için gerekli bilgi, görgü ve deneyime de iş kültürü denilmektedir” (Demir ve Acar,2002:219).

Meslekte süreklilik esastır, insanın geçici olarak yaptığı işlere meslek olarak bakılamaz. Meslek, insanın hayatını idame ettirebilmesi ve geçinebilmesi için de önemlidir. Ancak geçim derdi sebebiyle yapılan her işe meslek diyemeyiz. Geçici olarak yapılan işler, meslek olarak kabul edilemez. Mesela; hırsızlık, soygunculuk gangsterlik, eşkıyalık meslek olarak kabul edilemez. Meslek sahibi olmak, insana bağımsızlığını kazandırır, kişi meslek sahibi olarak toplumda bir yer edinir. Böylece sosyalleşmenin bir bölümü tamamlanmış olur. Meslek sahibi biri olarak mensup olduğu kültürün değerler sisteminde kendine ayrılan yeri alır.

“Meslek, insanın hayatı boyunca duyacağı ruhi tatmin ve tatminsizlik, mutluluk-mutsuzluk, bağımlılık-bağımsızlık ve kendini gerçekleştirme duygularında rol oynayan en büyük etkenlerden biridir ve meslek, kişinin dünya görüşünü de etkiler. Mesleği sebebiyle kişi, kendi kültürüyle insanlık kültürü arasındaki bağlantıyı keşfeder ve ferdin kendini insanlığın bir üyesi olarak kabul etmesini sağlar. Böylece fert, kendini insanlık âleminin bir ferdi olarak görür. Ferdin kendini bu anlayışla görmesi, kendi sınırlarından taşması, ona hayatı daha çok sevdirebilir. Çünkü insan, mesleğe girdiği andan itibaren, o meslek mensuplarının kanaat, davranış ve tutumlarıyla hayat görüşlerini de benimsemek zorunda kalır. Kendi önünde yepyeni bir dünya açılır. Ancak bu özellikler, ferdin karşısına uymak zorunda olduğu bir sürü kurallar sistemi olarak çıkar. Fert, bu kurallara uyarak sosyalleşmesini tamamlar. Bu kurallara aykırı davrandığında, toplumun emir ve yasaklarıyla karşılaşır. Ortaya çıkan bu durum, ferdin kendini daha iyi tanımasına ve bir çatışmaya neden olur” (Özcan,1985:5).

Mesleklerin diğer bir özelliği de meslek faaliyetlerinin kısa veya uzun, planlı veya plansız bir eğitim sonucu öğrenilen faaliyetler olmasıdır. Bu özelliği ile meslek, kişinin gündelik otomatik faaliyetlerinden ayrılır. En basit düzeyde yapılan mesleki faaliyetler için bile en alt düzeyde bir eğitim gerekir. Bunun yanında özel uğraşlar da eğitimle kazanılan becerilerle sürdürülür. Bu anlamda meslek ile hobiler benzerdir.

Ancak hobiler için gereken beceriler genellikle gayri resmî ortamlarda geliştirilir. Meslek becerileri ise daha resmî, daha planlı olarak düzenlenmiş eğitim ortamlarında kazanılır (Kuzgun,2000:2).

İş, mesleğe oranla daha kısa süreli öğrenim veya eğitimi gerektirir. İş kavramının insan veya toplumun maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılaması önemlidir. İş kavramı sadece ferdin günlük hayatı ve gelecekteki ihtiyaçları için, mal üretimi ile ilgili fiziki ve ekonomik kıstaslarla değerlendirilen çalışmaları ifade etmez. Aynı zamanda oyun şeklinde veya amaçlı olarak yapılan zihni çalışmalar da -ilim adamları, politikacılar, sanatkârların çalışmaları- bu kavramın içine girer. Bu tarife göre insanın bütün faaliyetleri iş kavramı içinde mütalaa edilebilir. İnsanın tabii ve sosyal çevresine uyumu ve bu çevreleri değiştirme gayretlerinin hepsi işle ilgilidir. İş, aynı zamanda kültürü taşıyıcı bir özelliğe de sahiptir. Yapılan işler, kültürün araç gereçleriyle yapılır. Toplum ve kültür ürünlerinin hepsi, işin özelliklerini taşır. Bir toplum ve kültürdeki işler, işin sosyal veya değerler sistemindeki önemini göstermez. İşlerde çalışanlar işlerini değiştirebilirler. Meslek sahibi ise, hayat boyu mesleğini icra etmek zorundadır. Bir fabrikadaki işçi, iş yapar. Doktor, mühendis, öğretmen, avukat ve eczacı, mesleğinde çalışır ve mesleğinin kurallarını yerine getirir. Hatta doktor, emekli olduktan sonra bile insanların hayatını kurtarmak için göreve çağrıldığında, yine mesleğini icra eder. Meslek, bağımsız bir şekilde ve mümkün olduğu kadar sürekli olarak yapılan, insan ve toplumun maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan, ekonominin bir fonksiyonu olan, özellikle istidat, kabiliyet ve ilgilere dayalı olarak öğrenilmiş veya maharet ve ustalık kazanılmış, karşılığında para alınan hizmettir (Özcan,1985:3-4).

1.2. Mesleklerin Tarihsel Gelişimi

Orta Çağda meslekler, loncalarda örgütlenmiş ve her meslek pir ve ruhsal önder saydıkları bir aziz ya da din büyüğüne bağlanmıştır (Arslan,2001:82). Loncalar, esnaf ve zanaatkâr örgütleridir. Belirli bir kentte aynı zanaatı yapan kimseler arasında kurulmuştur. Loncaların en temel özelliği dinî olmalarıyla işçi, kalfa ve ustaları bir arada bulundurmalarıdır (Kızılçelik ve Erjem,1992:280).

Loncalar, sanayi devriminin etkisiyle ortadan kalkmıştır. Sanayi devrimi, teknolojik yeniliklerin üretim alanında kullanılmasıyla ekonomik, sosyal, politik ve kültürel değişimleri kapsayan bir süreç olarak gerçekleşmiştir.

Tarıma dayalı geleneksel toplumda üretim, evlerde el tezgahlarında yürütülürken sanayi devrimi sonrasında üretim, fabrikalara taşınmıştır. Kitle üretimi, kentleşmeyi geliştirmiş, aynı zamanda aile, geniş aileden çekirdek aileye dönüşmüştür. Emeğin özgürleşmesi, bu devirde gerçekleşmiştir. Sanayileşme ile birlikte zenginler ve fakirler arasında ciddi manada bir uçurum oluşmuş, sanayileşmenin ilk yüzyılında ikiye bölünmüş bir sosyal yapı meydana gelmiştir (Erkan,1994:4).

“Birinci Dünya Savaşı’ndan sonra meslekler süratli bir gelişim göstermiş, mesleklerin anlamı ve kapsamlarında büyük değişiklikler ortaya çıkmıştır. Yani bütün çalışma alanlarında hızlı bir değişiklik olmuş, yeni meslekler ortaya çıkmış, bazı meslek alanları daralmış, bazıları genişlemiş ve bazı mesleklerde hem nicelik, hem de nitelik bakımından büyük gelişmeler olmuştur” (Özcan,1985:10).

1.2.1. Fütüvvet Kavramı

VIII’inci yüzyıldan sonra ortaya çıkmıştır. Çeşitli kaynaklarda soy temizliği, mertlik, yiğitlik, gençlik, eli açıklık olarak tanımlanmakla birlikte başlarında bir şeyh bulunan ve özel bir yerde toplanan, belirli bir inanç ve davranışa sahip kişilerden meydana gelen mesleki birlik ve esnaf teşkilatı olarak tanımlanmıştır. Fütüvvetname ise; fütüvvetle ilgili uyulması zorunlu olan usul ve kaideleri toplayan tüzüktür (Gürata,1975:63).

“Fütüvvetçilik, X’uncu yüzyılda teşkilatlanmaya başlamıştır. Fütüvvetçilik, ahilikten önce ortaya çıkmış bir kuruluştur. Ancak fütüvvetçilik daha çok kişisel erdemlere ve askeri niteliklere önem verdiği hâlde ahilik, ilk sıralarda Osmanlıların askerî ve yönetim kurumlarını düzene koymasına dek hem esnaf ve sanatkârla korporasyon gibi hem de devletin askerî güçleri yanında, Abbasiler yönetimindeki Fütüvvetçiler gibi onlara yardımcı olarak görev yapmış bir kuruluştur” (Ekinci,1990:19).

1.2.2. Ahilik

Ahilik, Emevi Araplarının düzen bozucu davranışlarına karşı kurulmuş, Horasan'dan çıkarak Anadolu'ya gelmiş, özellikle, Ankara, Denizli, Kayseri, Konya, Sivas dolaylarına yayılmış, başlangıçta saraç ve kunduracıları daha sonra bütün esnafı kapsayan bir sosyal kuruluş olarak gelişmiştir (Gürata,1975:74).

Ahilikte ahlak ve dayanışma ön plandadır. Sır, önemli bir prensiptir. Bütün insanların kardeş olduğu görüşü üzerinde durulur. Üyeleri, sanat ve meslek içinde eğitmek, ana ilkedir. Ahiliğin amacı, anayurtlarından gelen halkın yeni yurtlarında yani Anadolu'da kendi sanat ve ticaretlerine yeni bir hayat alanı açma çabasıdır.

Ahiliğin Anadolu'da gelişmesi ile göçebe hayattan yerleşik hayata geçilmiş, ticaret hayatına Türkler de katılmaya başlamış ve aralarındaki dayanışma sayesinde bölgede imtiyazlı duruma geçmişlerdir (Çağatay,1983:259). Ahiliğin fütüvvetçilik meziyet ve sıfatlarına sahip olmasının dışında adayın bir meslek ve sanatı olması gerekmektedir. Halbuki fütüvvetçi olmak için meslek veya sanat sahibi olmaya lüzum yoktu (Ekinci,1990:19).

“Ahilik, XIII. yüzyılın ilk yarısından XX. yüzyılın başlarına kadar, Anadolu'nun yerleşme birimlerindeki esnaf ve zanaatkâr kuruluşlarının eleman yetiştirme, işleyiş ve denetimlerini düzenleyen bir kurum olmuştur. Nitekim, çırak-kalfa-usta ilişkileri, Anadolu'da ahi birlikleri içerisinde somutlaşır. Bu anlamda, ahi örgütlenmesi, belirli bir süre bir kademe kalınarak pişirilen yamak-çırak, kalfa-usta hiyerarşisini kurmak ve söz konusu kademelerde yetişenleri baba-evlat ilişkisi gibi içten bağlarla bağlamak suretiyle, sanatı ahlaki ve mesleki temellere oturtur” (Demircioğlu ve Centel,2003:36).

Ahiler, Türk kitlelerinin yeni girdikleri İslam dinine ve yeni vatan Anadolu'ya ısınıp kaynaşmalarını, yerleşik hayata intibak edebilmelerini sağlamada önemli rol

oynamışlardır. Eski inançlarla yeni din ve inançlar, Orta Asya'dan getirilen yarı göçebe kültürü ile Anadolu ve Orta Doğu'daki yerleşik kültürler arasında kalan Türk milletini, kendine mahsus yeni bir kültür ve medeniyet sentezine ulaştırmada öncü ve rehber olmuşlardır. Aynı zamanda iç ve dış tehlikelere karşı kurdukları düzen ve sağladıkları güçle halkı korumuşlardır. Bu öncü, uzlaştırıcı ve koruyucu cemaatler daha sonra tarım dışı üretim alanını, esnaf ve sanatkârları teşkilatlandırmış, daha doğrusu kendileri esnaflaşmışlardır. Fakat bunlar sendika, korporasyon, lonca gibi sadece mensuplarının menfaatlerini korumak için kurulmuş birlikler değildi, bir inanç ve görev "misyon" birliği idiler. Selçuklu Devleti'nin yıkılması ile devlet otoritesinde meydana gelen boşluğu doldurmada, toplum düzenini büsbütün çökmekten kurtarıp yeni bir birliğe imkân hazırlamada Ahilerin payı büyük olmuştur. Türk tarihinin el sanatları ve zanaatkârlar açısından incelemesinden anladığımız kadarıyla Türk toplulukları, Sanayi Devriminin görüldüğü 19'uncu ve 20'inci yüzyıla kadar, devirlerinin en mükemmel bir iş bölümünü ve bunun imkân verdiği iş birliğini diğer toplumların çok üstünde gerçekleştirmişlerdir (Sos.Konf,1986:164).

1.2.3. Gedik

17'inci yüzyıla kadar tezgâhta sanat, zaviyede ahlak ve edep öğretilmesi Müslümanlara özgü olarak devam etmiştir. Ancak sanat ve sanatkârlar çoğalıp dalları arttıkça Müslüman-gayrimüslim ayrımı ortadan kalkmaya başlamış, ortak çalışma zorunluluğu doğmuştur. 1727'de din ayrımı gözetmeyen, eski niteliğinden fazla farkı olmayan yeni kuruluşa "gedik" adı verilmiştir (Çağatay,1983:265).

Gedik sisteminde tekelleşme hâkimdir. Dışarıdan esnaflığa kimse kabul edilmemekte, çıraklıktan ve kalfalıktan yetiştirilmesi gerekmektedir. Bu düzen 1860 yılına kadar devam etmiştir. Tanzimat'ın ilan edilmesiyle ve onun sonucunda yabancı devletlerle yapılan ticaret anlaşmaları ile sanat ve ticarete tekelleşme kuralının zararlı olduğu anlaşılmış, ticaret ve sanayinin gelişmesi gerektiğinden, artık tekelleşme ve gedik kuralının sürdürülmesine hükümetçe bir gerek ve ilgi duyulmamıştır.

"Anadolu ahiliği, XVIII. yüzyıldan itibaren gediklere, yani lonca örgütlerine dönüşür ve XX nci yüzyılın başlarına kadar Osmanlı toplumunun ticari ve iktisadi

ilişkilerini etkiler. Ahiliğin gediklere dönüşmesi, hiyerarşik yapı içinde ara statü olarak kalfalığın oluşmasına neden olur. Nitekim gedikler, kalfalık statüsünü getirerek artık çırakların hemen kendi adlarına küçük bir iş yeri kurup usta statüsüne geçmeleri olanağını ortadan kaldırır” (Demircioğlu ve Centel,2003:36). Tekelci yapılarıyla gedikler, gelişen Osmanlı sanayisinin önünde engel oluşturur. Bu yüzden gedikler, ufak bir bölümü dışında, Tanzimat sonrasında kaldırılır. Böylece, sanayi devriminden sonra Batı Avrupa’da görüldüğü gibi Osmanlı meslek ve sanat yaşamında o zamana kadar bağımsızlıklarını korumuş zanaatkârlar, artık sermaye sahiplerine bağımlı olmaya başlar ve bunların yanlarındaki yamak, çırak ve kalfalar da ileride bağımsız usta olabilme ümitlerini yitirirler.

1.3. Statü

Statü, insanın toplum içindeki hiyerarşisinde sahip olduğu sosyal pozisyonu belirler. “Fertlerin ve sosyal grupların toplum içindeki mevkileri ve yerleridir” (Erkal,2004:16).

Birey, toplum içinde birtakım statülere sahiptir. Örneğin bir kişi asistan, aynı zamanda evde çocuklarının babası ve karısının kocası, diğer yanda devletin de bir vatandaşı olabilir. Sosyal statü, mutlaka bir veya daha fazla statü ile ilişkili olmak zorundadır. Örneğin, öğretmenlik statüsü mutlaka öğrencilik statüsünün varlığına muhtaçtır.

Sosyal statü, doğuştan elde edilen (ascribed status) ve kazanılan statü (achieved status) olmak üzere ikiye ayrılır. Doğuştan elde edilen statüler, toplumun bireye uyguladığı değerlendirme ölçütlerinin varlığına işaret eder. Burada bireyin statüsü üzerinde yapabileceği hiçbir şey yoktur. Bunun en açık örneği soy ölçütüdür. Kazanılan statü ise bireyin sosyal açıdan değerlendirilen çabalarının sonuçlarına işaret eder. Örneğin çalışkan bir sosyolog, sosyal itibarına kendi çalışmasıyla katkıda bulunmakla kalmaz; aynı zamanda sosyologluk mesleğine de onur ve saygınlık kazandırır. Sonradan kazanılan statülere örnek olarak meslek statülerini, ekonomik statüleri ve hatta uyruk değiştirme yoluyla sonradan kazanılan vatandaşlık statülerini gösterebiliriz. Basit

sanayileşmiş toplumlar, atfedilen statülere ağırlık verirken çağdaş sanayi toplumları sonradan kazanılmış statülere öncelik tanır (Erkal,2004:16).

Kişiler ne sadece tümüyle toplumun yargılarının merhametine bırakılmıştır, ne de tümüyle kendi sosyal statülerinin yaratıcılarıdır. Soysal statü, kişinin ne yaptığına veya ne olduğu hakkındaki kendinin ne düşündüğüne değil fakat toplumdaki insanların o kişinin ne olduğunu düşündüklerine işaret etmektedir.

Kişi, yaşamı boyunca düşük pozisyon atfedilen bir işte çalışabilir fakat sosyal statüde yükselmeyi asla başaramayabilir. Ancak kişilerin eline bazen öyle bir mesleksel fırsat geçer ki bu fırsat onu otomatik olarak yüksek bir statüye taşıyabilir. Öte yandan rekabetin çok fazla önemi olmadığı toplumdaki kişiler, başarılı olmak için fazla bir çaba harcamasalar bile yüksek bir statü elde edebilirler (Fichter,1990:29).

Bireyin sosyal statüsünü yargılarken şu ölçütlerden yararlanılabilir.

- a. Soy bağı: Kişiyi ayrıcalık veya aşağı bir pozisyon verir.
- b. Servet: Sahip olunan şeyler, statü için nesnel bir ölçüttür.
- c. İşlevsel yararlılık: Kişi toplumda ne yaptığına göre derecelendirilir. Bu ise başkalarının neyin yapılmasının iyi olduğuna ilişkin düşüncesine dayanır.
- d. Eğitim: Geçirilen eğitim basamaklarının sayısı ve çeşidi de sosyal statünün belirleyicilerindendir.
- e. Din: Her toplumun genel değerleri arasında doğa üstüne ilişkin tutumlar da yer alır.
- f. Cinsiyet: Evrensel bir ölçüt olarak toplumların çoğunda kullanılır (Fichter,1990:30).

“Bir birey çok sayıda davranış örneklerine katıldığından, sosyal sistem içinde herkesin birden fazla statüsünün bulunduğu bir gerçektir. Linton’a göre bir bireyin statüsü o bireyin içinde yer aldığı bütün statülerin toplamı anlamına gelir. Genel olarak bir insanın sosyal statüsünden söz edildiğinde, yapılan bir genelleştirme değil bir seçimdir. Akla gelen, özellikle tek bir statüdür” (Sencer,1974:108).

1.4. Rol

“Sosyal rol, bir sosyal statünün normlarını yerine getirmek için gerekli olan davranış biçimidir. Sosyal statü, bir sosyal mevki ise sosyal rol de o mevkinin aktif hâli; yani uygulama yönüdür” (Kızılcık ve Erjem,1992:347). “Belirli sosyal durumlardaki kişilerden beklenen sosyal davranış şekilleridir. Başka bir ifade ile toplumda ferlerin buldukları sosyal mevki ile (statü) gelen ve elde edilen hak ve ödevlerdir” (Erkal,2004:16).

Sosyal rolü, “kişinin sahip olduğu sosyal statü veya çeşitli kurumlar içerisinde bulunduğu konum gereği kendisinden göstermesi beklenen davranış örüntüsü” olarak da tanımlayabiliriz. Örn.: Annelik, öğrencilik, liderlik (Demir ve Acar,2002:351).

Roller, tekrarlanan, alışkanlık olarak devam eden, insan tavır ve eylemlerinin kendilerine göre örgütlendiği kurallar veya otorite taşıyan standartlara, yani sosyal normlara göre yerine getirilirler.

Sosyal rolde, hem açık hem kapalı davranış örüntülerinin oluşumu önem kazanır. Bir doktorun sadece doktor olarak davranması yetmez. Aynı zamanda bir doktor gibi düşünmesi ve bir doktorun tutum, değer ve bilgisine sahip olması da beklenir. Doktor, hastasına karşı, çocuğuna davrandığı gibi davranamaz. Gerek hasta gerek kamuoyu doktordan, rolünü toplumda açıkça bilinen örüntülere göre oynamasını bekler (Fichter,1990:90). Bunun gibi bir tiyatro veya sinema oyuncusunun bir oyunda ya da filmde oynadığı rolün anlamını çoğu insan bilir. Oyuncu, kurgusal veya tarihsel bir karakterin kişilik ve davranışlarını geçici olarak üstlenir ve canlandırdığı kişiymiş gibi oyundaki ya da filmdeki rolünü oynar. Sosyal rol kavramı da buna benzer. Aralarındaki temel fark, sosyal rolde bireyin kendini oynamasıdır. Sosyal rol ne geçicidir ne de kurgusaldır. Sosyalleşme sürecinde öğrenilir. Kişinin katıldığı çeşitli gruplarda oynanır.

Günümüzde endüstrileşmiş toplumlarda, iş bölümüne de bağlı olarak önemli mesleki rollerin yüksek statüler kazandıkları ve katmanlaşma sisteminin belirlenmesinde ana ölçüt olarak kullanıldıkları görülmektedir (Sencer,1974:91). İnsanın toplum içinde oynadığı rolün zayıflığı, prestiji, güçlülüğü onun toplum içerisindeki sosyal statüsünü de güçlü veya kılar.

İnsanların toplumda saygınlık sağlayacak rollere sahip olabilmesi için bireylerin belirli bir gelire sahip olması önemlidir. Ancak gelir düzeyinin aynı olduğu rollerde de yaşam biçimi aynı olmayabilir. Gelirin harcanış biçimine göre de yaşam tarzı farklı olabilir.

Statü ile rolü birbirine karıştırmamak gerekir. Statü bize, başkalarıyla karşılaştırıldığında kişinin sosyal yerinin neresi olduğunu anlatır. Sosyal rol ise bize kişinin ne yaptığını anlatır. İnsanın toplum içerisinde oynadığı rolün, zayıflığı, saygınlığı, güçlülüğü onun toplum içerisindeki sosyal statüsünü de etkiler.

Bir örnek verecek olursak; bir futbol takımında futbolcuların belirli sınırlanmış olan rolleri vardır. Takımdaki her pozisyondaki kişinin bek, orta saha, forvet, libero gibi rolleri belirlidir. Kalecinin topu tutması, santraforun gol atmak için uğraşması gibi. Aynı takımda bir tabakalaşma olgusu da vardır. Örneğin santrafor ve orta saha oyuncularını genellikle geri sahadaki oyuncularından hem maddi açıdan, hem de prestij, saygınlık, sevilme açısından daha kıymetlidirler. Bu durum, adaletli olmasa da bir toplumsal olgudur (Özkalp,1993:8).

Bir grup üyesi olmak, öteki üyelerin beklediği biçimde davranmak demektir. Sosyal rolün, iş bölümü gereği bir grup tarafından beklenen bireysel davranış örneği olduğu söylenebilir (Sencer,1974:102).

Statüyü bir toplum tarafından bir role bağlanan hiyerarşik düzey olarak adlandırmak olanaklıdır. Bu durum, statünün bir hiyerarşi düzeni içinde üst veya alt düzeyde değerlendirilen sosyal konum olarak tanımlanabileceğini göstermektedir. Bir konumun gerektirdiği niteliklerin, yeteneğin seyrekliği ve yetişmenin zorluğu yüzünden çok az kimsede bulunması hâlinde, söz konusu konumun, fonksiyonel bakımdan da önemli olduğunda, bir çekicilik gücüne sahip olması gerekir. Bu, gerçekte o konumun sosyal hiyerarşide yüksek bir yer tutması gerektiği, yani yüksek ücret, büyük prestij ve sosyal onura vb. sahip olması gerektiği anlamına gelir. Bir rolün konumunun hem fonksiyonel bakımdan daha önemli olması, hem de doldurulması için özel bir yetenek ve yetiştirmeye ihtiyaç göstermesi o konumun sosyal hiyerarşide üstün bir yer tutmasının gerekli ve yeterli koşuludur (Sencer,1974:106).

Son olarak toplumların gelişmesine bağlı olarak sosyal rollerin artması ile birlikte, bu rollerin yerine getirilmesinde bazı çatışmalar olabilir. Kişinin mensubu olduğu bir grupta yerine getirdiği rolün diğer bir gruptaki rolü ile bağdaştırılması olanaksız olabilir. Örneğin; iyi bir öğretmendir ama iyi bir baba değildir (Kocacık,2003).

1.5. Sosyal Sınıf

“Birbirinden farklı olan fertlerin grup oluşturmalarını sağlayan farklılıkların harekete geçirdiği güce sınıf denir. Sosyal statüye göre toplumun bir parçasının geri kalandan farklı bulunması ile gerçekleşir. Dil, konum, fonksiyon ve ihtisas sınırlamaları sınıfı doğurmaz” (Erkal,2004:203).

Sınıf, bir toplum içinde bireyler veya gruplar arasında var olan hiyerarşik farklılıklardır. Köy yaşamından şehir yaşamına geçişle birlikte toplumsal değerler komşuluk, akrabalık olmaktan çıkmış, sosyal sınıfta daha çok tüketim biçimi, oturulan mekân, gelir, meslek vb. değerler etkin hâle gelmiştir (Berber,2003:224).

Sosyal sınıfları belirleyen faktörler bazı benzerliklere rağmen, değişik şekillerde ele alınmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

a. Hayat tarzı: Yaşam tarzındaki özellikler, gelir seviyesine bir ölçüde bağlı ise de sadece gelirle ilgili değildir. Mesela, ücreti artan bir işçinin hayat tarzını da iyileştirebilmesi için eğitim ve kültür seviyesini de geliştirmesi gerekir.

b. Eğitim ve kültür: Bu faktör de önemlidir fakat tek başına yeterli değildir. Aynı eğitim seviyesi ve kültürden gelmiş kişilerin farklı sosyal çevreye mensup olmalarından dolayı hayattaki başarıları değişebilmektedir.

c. İktisadi menfaat: İktisadi menfaat değiştikçe farklı menfaatler peşinde koşan birlikler doğabilmektedir. Mesela sendikalar, dernekler, kooperatifler gibi.

ç. İktisadi güç: Aynı iktisadi güce sahip fertler, her zaman aynı sınıf içinde düşünülemezler. Aynı iktisadi güce sahip bir profesör ile şans oyunu zengini bir kimse arasında çeşitli farklılıklar vardır.

d. Sınıf şuuru: Mensup olunan sınıfın varlığını hissetmek ve ona ait olma duygusu ile dolu olmak gerekir. Bu da ortak davranışlarla tespit edilebilir. Ancak ortak davranışların değişmeyeceği ve kesin olduğu söylenemez. Bu davranışlar zaman, mekân ve fertlere göre değişebilmektedir. Sınıf şuurunu, mensup olma duygusu olarak düşünürsek hayatının bir döneminde bir sınıfa, başka bir dönemde ise başka bir sınıfa dâhil olma şuuru tabi ki hissedilebilir (Erkal,2004:198).

Sosyal sınıfın oluşumunu sağlayan aynı sosyal hayat tarzını tayin eden ölçütü Marx, iktisadi kritere dayandırmış ve sınıf farklarını iktisadi farklılaşmanın bir tezahürü kabul etmiştir. Ona göre hizmetlere ve eşyaya ulaşma düzeyi, kişinin sınıf düzeyini belirlemekteydi. Bunun yanında sosyal sınıfları sadece ekonomik kriterlerle incelemek ne kadar indirgemeci ise onu salt siyasi anlamda bir yönetici kesimle sınırlandırmak da o derecede indirgemecidir. R.M. Maclver ve Charles H. Page'e göre sosyal sınıfların birbirinden iktisadi farklarla ayırt edilmesi sosyolojik bakımdan mahzurludur. Bu görüşün sosyal sınıf kavramının tatbik edilebileceği sahayı çok tahdit ettiği ifade edilmiştir (Bilgiseven,1986:145). Marx'a göre ferdin iktisadi sınıfını tayin eden belli başlı kriter, üretim vasıtalarına sahip olup olmama keyfiyetidir. Bu bakımdan mesleki faaliyetin hiçbir rolü yoktur.

Marxçı sınıf kuramı, kapitalist toplumda emekçi sınıfın gittikçe daha yoksullaşacağını, yaşam koşullarının gittikçe daha bozulacağını, işçi sınıfının sayıca artacağını (ara katmanların eriyeceğini) söyler. Oysa özellikle 20'inci yy.' in ikinci yarısına doğru sermayenin geliştiği ülkelerde işçi sınıfının yaşam koşulları düzelmiş, işçi sınıf ile sermaye sahibi sınıf arasında yaşam düzeyi farkı azalmıştır. Toplumsal hizmetler genişlemiş, iş güvenliği sağlanmıştır. Sınıf bilinci Marx'ın beklediğinin tersine keskinleşmemiş, zayıflamıştır (Ozankaya,1977:137).

“Sosyal sınıfların, tarihteki pek çok sosyal tabakalaşma tarzlarından kökten farklı bir karakter arz ettiği görülmektedir. Çünkü sosyal sınıflar, evrensellik (İş bölümü ve uzmanlaşmanın artarak her bir meslek faaliyetinin kendi içinde bölünerek bağımsız meslekler hâline gelmesi.), yerellik (Her toplumun kendi sosyo-kültürel yapısına uygun olacak şekilde bir sosyal sınıf yapısı olması.) gibi kriterlerin giderek artması üzerine

toplumsal bir değişmenin hem öncüsü, hem de sonuçları olmuşlardır” (Berber,2003:231).

Toplumsal sınıf, ortak gelir düzeyi, yaşam biçimi, eğitim, saygınlık gibi özellikler bakımından birbiri ile uyuşan insanların oluşturduğu bir kategoridir. Bu açıdan toplumsal sınıfları birbirinden ayıran öğeleri yaşam biçimindeki farklar, sınıf bilinci ve gelir düzeyindeki farklılıklar başlıkları altında toplayabiliriz. Bu açıdan çoğu zaman aynı meslek grubunda yer alanlar aynı gelir düzeyine sahip olmaları ve aynı yaşam tarzını paylaşmaları dolayısıyla sınıf oluşturabilirler. Bunun yanında örgütlenerek ortak sınıf bilincine de sahip olmaları gerekmektedir.

Sosyal sınıf, sağlık konusunda da yaşlılık kadar ölüm ve hastalıkla yakından bağlantılıdır. Göğüs kanseri dışında hemen hemen her durum için bu geçerlidir. Sosyal sınıfın sağlıkla niçin bu kadar alakalı bir konu olduğu hâlen tam anlamıyla açıklığa kavuşmamıştır (Florey ve Burney,1983:17).

Sosyal sınıflar olgusunun günümüzde önem kazanmasının iki önemli nedeni vardır. Bunlardan birisi evrensel; diğeri ise yerel özelliklerdir. Evrensel özellikler iş bölümü, uzmanlaşmaya bağlı olarak faaliyet alanlarının kendi içinde bölünmesi ve bölünen her bir parçanın modern anlamda bağımsız meslekler oluşturmasıdır. İkincisi ise yerel özelliklerdir. Yerel özelliklerden kasıt, her toplumun kendi sosyo-kültürel yapısıdır (Berber,2003:224).

1.6. Sosyal Tabakalaşma

Sosyal tabakalaşma, “toplumu meydana getiren üyelerin ya da öğelerin bir ya da daha fazla ölçüte göre hiyerarşik sıralanmalarıdır” (Arda,2003:545). Buna göre kişiler veya grupların az ya da çok fakat belirli bir derecede sürececek bir statüler hiyerarşisinin içine girmesi, konulması süreci, tabakalaşma olmaktadır.

Her tabakalaşma sisteminde;

- a. Farklılaşma,
- b. Altlık ve üstlük düzeyine uygun sınıflandırma,
- c. Değerlendirme olmak üzere üç sosyal süreç vardır.

Farklılaşma, insanlar arasında doğuştan veya sonradan edinilen farklılıklardır.

Altlık ve üstlük düzeyine uygun sınıflandırma, rol ve statü farklarını tamamlar.

Değerlendirme, statülerden her birine değerler sıralamasında belirli bir yer verilmesi demektir (Kocacık,2003).

“Toplumsal tabaka denilince toplumsal saygınlığı, siyasal iktidarı, ekonomik durumu, hayat şansları ve stilleri, ayrıcalıkları ve kültürel bakımdan özellikleri birbirinden farklı olan, az veya çok kapalı toplumsal yapı mertebelerinden her biri anlaşılır” (Gündüz,2004:136).

Sanayileşme sonucu sosyal yapıların karmaşık bir hâl almasıyla birlikte, nüfusun hızlı bir şekilde artması ve büyük şehir merkezlerinin doğuşu, bu merkezlerde modern sanayinin kuruluşu, ileri teknolojinin uygulanması, göreneğe ve geleneğe dayanan bilgi naklinin terk edilmesini gerektirmiştir.

Tabakalaşma konusunda Weber, Marx'ın açıklamalarında olduğu gibi sınıf olgusunun oluşumunda ekonomik pozisyonların önemini kabul etmekte fakat her şeyi ekonomiye dayandırarak açıklamanın yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Ekonomi kadar insanların sahip oldukları güç ve saygınlığın da önemine değinmektedir. Weber, üç tabakalaşma tipi önermektedir. Ekonomik gücün farklılığına dayanan toplumsal sınıflar hiyerarşisi, insanların sahip oldukları statülerin çeşitliliği veya benzerliği ile ortaya çıkan toplumsal statüler hiyerarşisi ve insanların bürokratik pozisyonlarının farklılığı sonucu ortaya çıkan siyasal güçler hiyerarşisidir (Özkalp,1993:255).

Weber, toplumdaki insanların meslekleri, olanakları, aile durumları nedeniyle ekonomik nesnelere elde etme güçlerinin bir olmadığını belirtmektedir. Bazı yaşam şartlarına sahip olanların, otomatik ve kaçınılmaz bir biçimde birleşmeyi meydana getireceğine inanmamaktadır. Marx ise benzer durumda olan insanların birleşerek dayanışma içerisine gireceğine ve üst sınıflara karşı düşmanca bir tutum ve davranış göstereceğine inanmaktadır. Weber buna karşı çıkmakla beraber düşmanca tutumun oluşmasına inanmamaktadır.

Weber'in toplumsal statüler hiyerarşisinde statü grubunu belirleyen en önemli öge, belirli bir yaşam biçimi ve bu yolla seçkin bir grubun üyesi bulunulduğu izlenimi ve duygusudur. Weber, yüksek statüye sahip olanların kendi kendilerine geliştirdikleri konuşma, giyim-kuşam, yeme-içme, sanat ve müzik alışkanlıklarının olduğunu belirtir. Böylece de bu grupların bu yetenekleri sayesinde kendilerini diğer insanlardan farklılaştırdıklarını söyler.

Weber'in önerdiği üçüncü tip tabakalaşma ise toplumdaki güç ilişkisine dayanmaktadır. Toplumlar sanayileşip karmaşık hâle geldikçe bunları yönetecek büyük bürokratik organizasyonlar gerekecektir. En etkin bürokrasi ise devlettir. Toplumsal kurumlar, bu gelişmenin paralelinde gittikçe bürokratikleşecek aynı zamanda da devlet, bu kurumlar üzerinde kontrol ve söz sahibi olacaktır (Özkalp,1993:256). “Ona göre, her üç ayrı kriter de karşılıklı etkileşim içindedirler. Bunlar tek tek veya bütün olarak ferdin davranışlarını, hayat tarzını şekillendirebilirler. Diğer bazı sosyal bilimciler ise bu kriterlere mesleki durumu, geliri, eğitimi veya bunların hepsini birden hesaba katmayı uygun bulmaktadırlar” (Erkal,2004:197).

Her toplumda belirli bir tabakalaşma söz konusudur. Eşit bir toplum sadece bir idealdir. Tabakalaşma, bireyler ve grupların belirli veya genelleştirilmiş karakteristiklere göre aşağı ve yukarı statülere, rollere sahip ve sınıflara mensup olarak anlaşılmaları, derecelendirilmeleri demektir. Tabakalaşma, böylece bir eşitsizliğin hiyerarşisidir.

Sosyal ve ekonomik değişimlerin ayrımı, tabakalaşma teorisinin bilinen özelliğidir. Ekonomik güçlerle sınıf faktörleri, rol faktörleri ile toplumsal değerlendirmeler, birbirleri ile benzeştirilir. Lockwood'a göre sınıf, ekonomik organizasyonların acı gerçekleri sonucu oluşan ayrımlara odaklaşır. Roller ise insanların birbirleri ile olan ilişkileri sonucu belirginleşen ince farklarla ilgilenir (Stewart ve Prandy ve Blackburn,1980:2).

“Sosyal tabakalaşma kavramı zaruri olarak sosyal mesafe kavramını içine almıştır. Çünkü alt ve üst tabakalar arasındaki mesafe, coğrafi ve fiziki mesafe olmayıp tam manasıyla sosyal bir anlam taşımaktadır. Fiziki manada çok yakın bulunan mağaza

sahibi ile onun istihdam ettiği tezgâhtar, aslında aralarında büyük mesafe bulunan iki kişidir” (Bilgiseven,1986:142).

Toplumsal tabakalaşma içindeki diğer bir kavram da sosyal hareketliliktir. Fertlerin ve sosyal grupların hayat grafiği inişli ve çıkışlıdır. Bu olguya sosyal hareketlilik denilmektedir. Bir işçinin, esnafın veya bir memurun çocuğu, profesör olabilmektedir. Baba mesleği ile çocuğun mesleği arasındaki statü bakımından müspet fark, yukarı doğru sosyal hareketliliğin göstergesidir (Erkal,2004:199).

1.7. İş bölümü

İş bölümü, farklı işlerin farklı kişiler tarafından yapılmasıdır. Geleneksel toplumlarda en basit iş bölümü çeşidi cinsiyet ve yaşa göre, yeteneğe ve ustalığa göre ve dini temellere göre yapılan iş bölümü olarak ayrılmıştır. “İnsanların zekâ, güç ve yeteneklerinin farklı olması ve bu farklılıklarından dolayı toplum içinde belirli gereksinimleri karşılamaları, iş bölümünü doğurmuştur” (Kızılcelik ve Erjem,1992:223). Gelişmiş, sanayileşmiş toplumlarda iş bölümü en yüksek düzeye çıkmıştır. İş bölümü ile birlikte meslekler ileri derecede uzmanlaşmıştır. Ancak bu uzmanlaşmanın sağladığı büyük verimlilik artışlarının yanında işe yabancılaşma, toplumsal ve psikolojik boyuttaki sorunlar gibi bazı sosyal sorunların da ortaya çıkması olasıdır. Uzmanlaşma, “belirli bir meslek, çalışma alanı veya bir konuda bilgi ve tecrübe birikimini artırma, ayrıntılı çözümlenmeler yapabilecek düzeye gelebilme durumudur” (Demir ve Acar,2002:415).

“İş bölümü konusunda birbirine karıştırılan bir olgu da, mesleklerin bölünmesi ve teknik iş bölümü kavramlarıdır. Mesleklere bölünme, toplumun içinde farklı mesleklerin ve işlerin yaratılmasını belirtir. Oysa teknik iş bölümü ise işin kurulduğu parçalara ayrılması demektir. Feodal toplumlarda uzmanlaşma, becerilerin farklılığına dayanmakta idi. Çünkü her sanatkâr bir malın ortaya çıkışındaki bütün safhaları kendisi yapmakta idi. Ancak teknoloji ve kitle üretim tekniklerinin gelişmesi ile uzmanlaşma becerilere göre değil, işlere göre organize edilmeye başlanmıştır. Böylece de ortaya teknik iş bölümü çıkmış ve iş, birtakım kısımlara ayrılmaya başlamıştır. Teknik iş bölümünün asıl nedeni örgütlenen işin parçalara ayrılmasıdır. Adam Smith örneğinde,

bir iğnenin üretimi için 18 işçi birlikte iş bölümü hâlinde çalıştıkları zaman, teker teker çalışmalarından ikiyüz misli üretimin artacağını belirtmiştir” (Özkalp,1993:142).

Toplumda yoğunluk artınca toplumun yaşayabilmesi için mesleklerin farklılaşması gerekir. Böylelikle iş bölümü zorunlu hale gelir. Ancak bu yolla hayat kavgası hafiflemiş olur. Böylece büyük kalabalıklar, birbirlerine zarar vermeden rahat rahat birlikte yaşayabilir (Köseihal,1971:69). “İş bölümünün sonucu olarak bilgi dalları bölündükçe uzmanlıklar artar ve herkes bir ilmin yalnız çok sınırlanmış bölümünde derinleşerek yaratıcı olma imkânı kazanır. Son yüzyıllarda keşifler ve icatların büyük bir hızla artması, iş bölümü ve uzmanlıkların derinleşmesinin eseridir” (Ülken,1969:309).

Johnson’a göre (1972) mesleki uzmanlaşma; yaratıcı, verimli malların üretimini ve ekonomik, sosyal güven ilişkisini sağlıyor gibi gözükse de aslında toplumsal ilişkilerde mesafeyi ortaya çıkarmaktadır. Başkalarının ustalıklarına ve uzmanlıklarına duyulan güven, yaygın olarak paylaşılan tecrübenin ve bilginin azalmasına ve sosyal mesafenin artmasına yol açmaktadır (Coxon ve Jones,1978:2).

İş bölümünün yoğun olduğu toplumlarda görülen bir diğer özellikte genel olarak kişilerin kendisinin olmayan aletlerle çalışmalarıdır. Örneğin fabrikalarda iş görenler ile hastanede çalışan personel buna örnek verilebilir. Çağdaş toplumda ilgi ve uğraşı konuları büyük bir rekabete dayalıdır ve çalışanlar, yaşam boyu bir mesleğin üyesi olarak çalışmak durumundadır (Özkalp,1993:144).

Birbirinden kesin çizgilerle ayrılmış mesleklerin varlığı, çağdaş bir olgu ve özellikle iş bölümünün geliştiği toplum türlerine özgü bir durumdur. İş bölümü sayesinde üretimde verim artmıştır. Ekonomik gelişme ile birlikte gerçekleşen uzmanlaşma ve iş bölümü sürekli yeni mesleklerin doğmasına yol açmıştır (Erkan,1994:209). Bu bakımdan, iş bölümünün yeteri kadar gelişmediği toplumlarda sosyal sınıf sınırlarını belirlemek, bu ölçüte göre geniş ölçüde güçleşmektedir.

“Tarih üzerinde yapılan incelemeler gösteriyor ki, mesleklerin soya çekimle bir kuşaktan ötekine geçişi eski ve ilkel bir hâldir. Mesleklerin böyle belirli ailelere ya da sınıflara bağlı olması, iş bölümünün ilerlemesini engellemiştir” (Köseihal,1971:73).

Sanayi toplumunun dinamik bir özelliğe sahip olan ilim ve teknolojisi ise iş gücünün vasıflarında, sorumluklarında ve hatta mesleklerinde sık görülen değişikliklere yol açmıştır. Hatta bazı meslekler lüzumsuz hâle gelmiş, yerine yenileri ortaya çıkmıştır (Sezal,1983:69). Sanayi toplumu iş gücünün devamlı eğitilmesini ve duruma göre yeniden eğitilmesini zaruri kılmıştır. Çünkü sanayi toplumunda, geleneksel toplumda olduğu gibi bir iş veya mesleğin ömür boyu sürdüğü görülmez.

Sanayileşme ile birlikte tarım alanından, sanayi ve hizmetler sektörüne doğru bir yönelme olmuştur. Bu arada o zamana kadar çok fazla duyulmamış yeni yeni meslekler ortaya çıkmıştır. Mesela telefonun ortaya çıkışından sonra yeni teşekkül eden meslekleri; radyo, televizyon ve sinemanın ortaya çıkışından sonra rejisörden, sinemalarda yer gösterenlere kadar olan meslekleri düşündüğümüzde gelişmenin nasıl olduğunu anlayabiliriz. Petrolün sanayide kullanılmaya başlamasından sonra petrol kuyularında çalışan personelden özel vasıta sahiplerine kadar binlerce yeni meslekle karşı karşıya bulunduğumuzu anlarız. Bunun yanında toplumun ihtiyaçlarına cevap vermeyen, yeni teknik gelişmelere ayak uyduramayan meslekler tarihe karışmış, onların yıkıntıları üstünde yeni yeni meslekler daha güçlü bir şekilde yükselmişlerdir. Mesela matbaadaki gelişmeler, elle kitap yazarların mesleklerini, motorlu araçlar, hayvanlarla yapılan taşımacılık mesleklerini ortadan kaldırmıştır (Özcan,1985:8).

İş bölümü ile toplum hayatı arasında sıkı bir bağ bulan ve çalışmalarının bir kısmını bu noktaya dayandıran sosyologlar vardır. Bunlardan en meşhuru Durkheim’dir. Durkheim, basit iş bölümü olan toplumlarla kompleks iş bölümü olan toplumları mukayese ederek birincisinde dayanışmanın mekanik olduğunu söyler. Yani, bu toplumlar bütün benzer ünitelerin bir arada tutulması ile mevcuttur. Bir solucanı örnek olarak verirsek; solucan tek bir vücut olarak yaşar; fakat onu ikiye bölersek, iki solucan olarak yaşamaya devam edebilir. Parçalar, uzvi olarak birbirine bağlı değildir. Yani mekanik ilişki söz konusudur. İş bölümünün kompleks olduğu yerde ise, solucan

misali müstakil parçalara bölmek mümkün değildir. Böyle bir toplumun oluşumu, tamamlayıcı üniteler arasındaki bağların sonucudur (Eröz,1973:159).

İşlerin fertler veya zümreler arasında gittikçe daha çok bölünmesi, toplumun hacmi ve yoğunluğu ile orantılı olarak artar. Durkheim'a göre iş bölümü olmayan veya başlangıçta olan ilkel toplumlarda fertler arasında mekanik bir dayanışma vardır. İş bölümü artmış, değerleri farklılaşmış çeşitli zümrelerden kurulmuş olan karmaşık toplumlarda ise organik bir dayanışma vardır. Durkheim bu konuda Marx'tan farklı olarak şu sonuca varır: İş bölümü, zümreler veya sınıflar arasında gerginliği artırmadan ibaret parçalayıcı bir eser meydana getirmez. Gelişmiş yapılarda farklı organların birbirlerini tamamlamaları gibi ileri toplumlarda da meslek dayanışmaları birbirini tamamlayarak millî birliği meydana getirir. Ancak farklılaşma olayının bir yandan zümreler arasında gerginlik doğurduğu, öte yandan meslekleri dayanışmaya götürdüğü ve toplum bütününde meslekler arasında tamamlanma ve bütünleşme münasebetlerini doğurduğu aynı derecede birer gerçektir (Ülken,1969:152).

Durkheim'a göre mekanik dayanışmadan organik dayanışmaya geçen gelişmiş toplumlarda iş bölümünün sonucu olarak meslekler ayrılır. Fakat birbirini tamamlayan meslekler arasındaki dayanışma, millî birliği ve bütünlüğü doğurur. Toplumda mesleklerin birbirine ihtiyacı yüzünden meslek içinde ve meslekler arasındaki dayanışma, sınıflar arasındaki gerginlikten daha kuvvetli rol oynar. Bu noktada Marx'cı sosyologlar ile Durkheim'cı sosyologlar tamamen zıt kutuptadırlar.

Durkheim, "De la Division du Travail Social" adlı yapıtında "İş bölümünün toplumda dayanışmayı sağladığı kesindir" der. Ahlak kurallarının amacı, bireyleri uyumlu olarak birbirine bağlamaktır. Başkasını hesaba katarak yapılan her davranış, ahlaksaldır. İş bölümü tıpkı ortaklaşa (kolektif) vicdan gibi dayanışmayı sağlamaktadır, demek ki ahlaksal bir değer taşımaktadır. Bu iki çeşit ahlak, ayrı ayrı yollardan giderek aynı amaca ulaşırlar. Bu yeni ahlak ülküsü uzmanlaşmaktır. Birey bir yandan ortaklaşa yaşamdaki gücünü sezmekten gurur duyar, öte yandan da eksikliğini duymakla daha sıkı bağlanır. İş bölümü, bireyin kişiliğini yok etmek şöyle dursun tersine artırır. İş bölümü arttıkça kimi bunalımların da arttığı görülmektedir. Örneğin sanayi geliştikçe emek ve sermaye, kapital arasındaki çatışma gittikçe şiddetlenerek toplumsal

dayanışmayı bozar. Orta Çağda usta ve çırak birlikte yaşar, işleri paylaşır, aynı dükkân ve tezgâhta birlikte çalışırlardı. Çıraklar, çıraklık dönemini geçirdikten sonra ayrı bir dükkân açabilirler ve kendileri de usta olurlardı. Ama XVIII. yüzyılda büyük sanayi doğmaya başlayınca işçi ve patron kümeleri birbirlerine düşman kesildiler, çünkü birbirlerinden tümüyle ayrıldılar. Büyük sanayi değişip de iş bölümü arttıkça bu uyuşmazlık ve çatışma da arttı denilebilir (Hançerlioğlu,1986:217).

“Durkheim’a göre ahlakı olmayan bir toplum tasarlanamaz, öyleyse toplumlar ister mekanik, ister organik dayanışmaya dayansın, mutlaka birer ahlakı bulunacaktır. Böyle olunca ilkel toplumlar din temeline dayandıkları için, onlarda ahlak vardır, uygar toplumlar da iş bölümüne dayandıkları için onlarda ahlak yoktur demek, gözleme dayanan olgulara aykırı bir yargı olmaz mı? Gerçekten iş bölümünün arttığı toplumlarda birey kendi kendine yetmediğini, kendine gereken her şeyi toplumdan aldığını, kendisinin de toplum için çalıştığını bilir. Böylece birey, toplum içindeki yerini daha iyi anlar. Bütün içinde bir parça olduğunu sezer. Buna karşılık toplum da kendisine bir ortak gözüyle bakar. İşte bütün bu duyguların bireyi büyük fedakârlıklara sürüklememesi olanaksızdır. Ama şunu da açıkça belirtelim ki, iş bölümü ahlakı henüz tam anlamıyla gelişmiş değildir” (Kösemihal,1971:66).

1.8. Meslek Ahlakı

Sosyoloji ortaya çıkıncaya kadar ahlakla ilgili konular eski çağlardan beri felsefenin ve kısmen de psikolojinin alanı içerisinde ele alınıyordu. Bireysel düzeyde ahlak, bazı sübjektif ve objektif (toplumsal) değerlerin bütünüdür. Bu değerler, gerçek yaşamda karşımıza somut toplumsal töreler (adetler) olarak çıkar. Bunlar arasında sübjektif nitelik taşıyanlara iyi-kötü ayırımını, sorumluluk duygusunu, vicdanı, ahlaklılıkla ilgili değer yargılarını, objektif (toplumsal) nitelik taşıyanlara da şeref, adalet, sorumluluk, insan değeri, gruba, topluma ve diğer insanlara karşı olan görevlerle ilgili töreleri örnek olarak gösterebiliriz (Tolan,1975:169).

Ekonomik hayatın sistematikleşmesi için etik bir anlayışa sahip olması ve bunu sürdürmesi, bireylerin bir ahlak boşluğu içerisinde yaşamaktan kurtulması son derece önemlidir. İş ortaklarına sorumluluk ve yükümlülüklerini açık bir şekilde ifade eden

kuralların var olması gerekmektedir. Ahlak, kendiliğinden doğup büyüyemez. “Ahlak, ahlaki tatbik edecek grubun eseridir” (Durkheim,1949:24). Etik değerlerdeki fakirlik, grubun birliğine zarar verir, grubun dağılmasının nedeni olur. Bu nedenle hastalığın gerçek ilacı ekonomik ortamda meslek gruplarına bu değerleri kavratmaktır.

“Belli bir mesleğin üyelerinin uyacağı standartları belirten kurallar bütününe meslek ahlaki ilkeleri diyoruz. Bu ilkeler, bir örgütün veya mesleğin temel değerlerini ve çalışanların izlemesi beklenen kuralları içerir” (Arslan,2001:77).

Kuralların yazılı olması, başkalarına aktarılmasını ve öğretilmesini daha kolay hâle getirir. Bu kurallara örnek olarak Hipokrat yemini gösterilebilir. Meslek ahlaki ilkeleri, gündelik yaşamdaki genel ahlak kuralları olan moral değerleri değil, ahlak bilimsel ilkeleri göstermektedir. Meslek ahlaki ilkeleri mutlak değil görelidirler. Meslek ahlaki ilkelerinin tüm üyelerce bilinmesi zorunludur (Arslan, 2001:78).

Günümüzde ekonomik faaliyetler hacmi -ticaretin ötesinde- oldukça genişlemiştir ve içinde sayısız meslek barındırmaktadır. Her meslek için ortak bazı ahlaki ilkeler söz konusu olmakla birlikte farklı mesleklerin kendisine özgü başka ahlaki ilkeleri de bulunmaktadır. Örneğin, doğruluk ve dürüstlük, sözünde durma gibi ilkeler, klasik ticaret ahlakının temelidir ve bu ahlaki ilkeler şüphesiz tüm meslekler için de geçerlidir. Ancak bunun dışında bir öğretmenin, doktorun, hâkimin, avukatın, gazetecinin, politikacının mesleklerini icra ederken uymaları gereken ya da uymaları beklenen başka ahlaki ilkeler de bulunmaktadır. Bunun dışında her mesleğin ya da her meslek sahibinin kendi içinde yaşadığı iç çevreye karşı sorumlulukları olduğu kadar, yaşadığı çevrenin dışına karşı da sorumlulukları bulunmaktadır. En başta insanların ve kurumların yaşadıkları doğal yaşam ortamına karşı önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Doğayı korumak, çevreyi kirletmemek, özürli insanlara saygı ve ilgi göstermek, toplumsal sorunlara karşı duyarsız kalmamak, sosyal sorumluluklara sadece birkaç örnek teşkil etmektedir (arihareketi.org,2007).

Her meslekte, ahlaki ilkeler ve ahlaki standartlar önem taşımaktadır. Para kazanma kaygısı olmaksızın sadece karnını doyurmak için ıssız bir adada balıkçılık yapan kişinin "meslek ilkeleri"nden belki söz edilemez, fakat bu kişinin doğaya ve

çevreye karşı olan ahlaki sorumlulukları olduğu kesindir. Bununla birlikte okyanusta ticari balıkçılık yapan bir şirketin hem mesleki ahlak kurallarına uygun davranışta bulunması, hem de doğaya ve çevreye karşı sorumluluk ahlakını taşıması gerekir (arihareketi.org,2007).

Mesleklerin toplum hayatındaki etkinliği köklü bir meslek ahlakının gelişmesine yol açmıştır. Meslekler toplumda çok özel bir ilişki içindedirler. Bu özel ilişki, belirli meslek sahiplerine bazı güç ve ayrıcalıklar verir. Bu tür ayrıcalıkların ardında yatan neden, genellikle tekel özelliği taşıyan bu mesleklerin topluma karşı görevlerini etkili bir şekilde yerine getirebilmeleridir. Ayrıca mesleklerinin gereklerini yapabilmeleri için bu tür güç ve ayrıcalıklara ihtiyaçları vardır. Bunun yanında toplum, bazı meslekler için eğitim yardımları, kütüphaneler, hastaneler, araştırma faaliyetleri gibi ek imkânlar da sunar. Bir mesleğin toplumdan sağladığı avantajlarla toplumun o meslekten sağladığı avantajlar, bir meslek ile toplum arasında bir tür sosyal sözleşmenin varlığına işaret etmektedir. İşte bu sözleşme belli bir meslek ile toplum arasındaki ilişkilerde ahlaki bir altyapı oluşturmaktadır ve meslek sahiplerinin topluma karşı özel bir ahlaki sorumlulukları olduğunu göstermektedir (Arslan,2001:75).

İş ve meslek ahlakı, 1980'lerin sonundan itibaren gündeme gelen bir konu olmuş ve giderek de önem kazanmaya başlamıştır. İş ahlakının bu kadar önem kazanmasındaki en önemli etkenler, dünyanın giderek tek bir pazar hâline gelmesi ya da küreselleşmesi, insan haklarına verilen önemin artması, çevre kirliliğinin tehlikeli boyutlara ulaşmasıdır.

Toplumları zengin ve mutlu yapan, doğal kaynaklardan çok, yetişmiş ve kaliteli insan gücü ve bu insan gücünün iyi yönetilmesidir. Bir toplumdaki iş ahlakı, o toplumdaki iş gücünün kalitesinin önemli bir göstergesidir. Yalnız başına teknik bilgi, zenginlik ve mutluluk getirmeye yetmemektedir. Herkesin çalışmadan zengin olmayı hayal ettiği, kısa ve haksız yoldan para kazanmanın her şeklinin doğru kabul edildiği, her yönetim kademesinde rüşvet ve yolsuzlukların mevcut olduğu bir toplumda iş ahlakı oluşmadan yeni yatırımlar yapmak ve istihdam artışı beklemek doğru olmaz (Arslan,2006).

Kalkınmış toplumların tümünde iş ahlakının mükemmel olduğu söylenemez. Ancak bu toplumlar, temel iş ahlakı ilkelerine uyma açısından gelişmekte olan toplumlara göre daha ileri düzeydedir.

Meslek ahlâkının bazı temel ilkelerini şöyle sıralanabilir:

- *Ulusa ve insanlığa hizmet etmek,
- *Mal ve can emniyetini sağlamak,
- *Zayıfı kuvvetliye karşı korumak,
- *Huzur ve güven içinde yaşayanları şiddete ve saldırganlığa karşı korumak,
- *Vatandaşların anayasal haklarına saygı göstermek,
- *Herkesi örnek olacak lekesiz, dürüst ve namuslu bir özel yaşam sunmak,
- *Hukuka ve kurumun kural ve ilkelerine bağlı olmak,
- *Kişisel duyguların, ön yargıların, düşmanlıkların mesleki kararları etkilemesine izin vermemek,
- *Gereksiz yere güç kullanmamak,
- *Hediye ve rüşvet kabul etmemek,
- *Görevi kötüye kullanmamak (Arslan,2006).

Meslek ahlakının tesis edilmesi için meslekleri icra eden tüm kişilerin ve kurumların bir içsel yaptırımla hareket etmeleri gereklidir. Vicdan, insanları ahlaki davranmaya sevk eden en güçlü içsel yaptırımdır.

Meslek ahlakı sadece içsel yaptırımla tesis edilemez. Dışsal yaptırıma, yani ahlak alanında zorlayıcı hukuk kurallarına da gerek bulunmaktadır. Hukuk, insanların üzerinde uzlaştıkları "kötü" ya da "yanlış" eylem ve davranışlardan uzak durmalarını sağlar. Bu çerçevede, meslek ahlakının tüm alanlarında devletin düzenleyici ahlak kurallarını ve standartlarını oluşturması şarttır.

Meslek ahlakının tesis edilmesinde mesleki birliklere de çok önemli bir görev düşmektedir. Mesleki birlikler (ticaret odaları, sanayi odaları, ziraat odaları, barolar, tabip odaları, gazeteciler cemiyeti vs.) ahlak alanında "içsel otokontrol" anlamında çok önemli bir görevi yerine getirebilirler. Mesleki birlikler dışında kalan diğer hükümet-dışı organizasyonlar ya da sivil toplum kuruluşları da çeşitli mesleklerden kişi ve kurumları ahlaka uygun davranış ve eylemlerde bulunmaları yönünde baskı altında

tutabilirler. Şüphesiz, sivil toplum kuruluşları içerisinde bu anlamda en etkin olanı medyadır. Ancak, medya kuruluşlarının ve bu sektörde faaliyet gösteren kişilerin, kendi mesleklerinde ahlaki ilke ve standartlarını oluşturmaları ve kurumsallaştırmaları gereklidir (arihareketi.org,2007).

Geleneksel meslek ahlakının temelinde yatan düşünce, meslek sahiplerinin mesleklerini icra etmek suretiyle kendilerine ihtiyaç duyanlara hizmet ederek kamu yararına çalışmalarınıdır. Örnek vermek gerekirse bir doktor para kazanmak için hasta bakmaz ama hastalarına baktığı için para kazanır. Yani mesleklerini icra ederken maaş, gelir, güç ve statü gibi kişisel yararlar meslek sahibi için ikinci planda kalmaktadır. Buna göre meslek sahibi olmak iş adamlığı ve işçilikten ayrılmaktadır. Çünkü bu gruplar açıkça uğraşlarının temel amacının kâr yada ücret olduğunu ifade etmektedirler.

Meslekleri birbirinden ayıran diğer bir husus da mesleki faaliyetlerin başarıyla ölçülmesinin zorluğu ve bazen de anlamsızlığıdır. Meslekler konusunda öyle değişik değerlendirme ölçütleri vardır ki mesleki başarı önceden belirlenen çıktı miktarıyla ölçülemezler. Örneğin mesleğinde çok başarılı olan bir doktorun da hastası ölebilir veya çok iyi bir avukat da bir davayı kaybedebilir. Öyle ki tedaviye cevap vermeyen hastalar ve kazanılma şansı olmayan davalar vardır. Mesleklerin değerlendirilmesinde çıktılardan çok meslek sahiplerinin insanlara nasıl davrandığı önem taşır (Arslan, 2001:75-76).

Ekonomik hayatın etik değerlerden uzaklaşması, kamu hayatı için bir tehlike teşkil etmektedir. Sorumluluk bilincinin vicdanlarda yer etmesi için söz konusu değerlerin ısrarla uyanık tutulmaya çalışılması gerekir. Bu da ancak sorumlulukları hatırlatan organize olmuş bir grubun varlığı ile mümkün olabilir.

1.9. Meslek Bilinci

Bilinç kavramı “canlı organizmanın çevresindeki olay, nesne ve durumları algılaması ve algılanan şeylerin niteliklerinin ayırt edilmesi yoluyla çevresinden haberdar olmasını sağlayan; daha üst bir aşamada ise -ki bu aşama yalnızca insana

özgüdür- soyutlama yoluyla, insanın çevresinden haberdar olduğundan haberdar olmasını, kendinin farkında olmasını sağlayan yetidir” (Demir ve Acar,2002:74).

Marx’ın toplumsal çözümlerinde toplumun ekonomik yapısını temel alması gibi Durkheim için de bir toplumdaki belirleyici unsur, bireylerin ortak inanç, değer ve duygularının soyut bir bütünü olan toplumsal bilinçtir. Toplumsal bilinç her ne kadar bireysel bilinçlerdeki inanç, değer ve duygularda belirginleşirse de toplumsal niteliği bakımından onlardan farklıdır ve onların basit bir toplamı, ya da sonucu değildir. Bireylerde somutlaşmasına rağmen bireysel bilinçlerdeki oluşumdan bambaşka bir varlığa sahip olan toplumsal bilinç, kendine özgü nitelikleri, varoluş koşulları ve gelişme biçimi olan bir toplumsal gerçektir ve bu hâliyle bireysel bilinçler üzerinde sürekli bir baskı mekanizması oluşturur (Tolan,1975:24).

“Organik dayanışmanın, ya da toplumsal farklılaşma veya iş bölümünün gelişmesi, bireylerde başkalarından farklı oldukları bilincini oluşturur; bu bireylik bilincinin toplumsal bilinci giderek daha fazla etkilemesi, zayıflatması Durkheim için olumsuz bir nitelik taşır. Durkheim, organik dayanışmanın giderek geliştiği bireyci toplumlarda toplumsal bilincin tümüyle yitirilmemesi gerektiğini savunur” (Tolan,1975:26).

Mesleki faaliyetlerin bazı kurallar doğrultusunda icra edildiğini daha önce belirtmiştik. Meslek icra edilirken birey mesleği ile ilgili detayları öğrendikçe, toplum içinde kendini bir yere konumlandırır. Mesleği ile ilgili tam bilgiye sahip olan birey aynı zamanda mesleki bilinç sahibidir denilebilir. Meslek bilinci, mesleki sorumluluk anlayışı, mesleki kurallara uyma, iş disiplini, mesleğe ilişkin tutum, davranış vb. kurallarla ilişkili olduğu kadar, mesleğin bireysel ve toplumsal yerine ve meslekte geçirilen süreye de bağlıdır (Aytaç,1996:37).

Muciellis’e göre “uzun bir süre mesleği sürdürmüş olmak insana belli bir zihniyet ve dünya görüşü kazandırır. Mesleğin tahditlerinin kendine özgü bir mantığı vardır ve bu uzun süre insan davranışının şekillenmesinde etkilidir” (Muchielli,1991:53, Aytaç,1996:37).

1.10. Meslek Seçimi

“Her insan hem ferdî, hem de sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için çalışmak zorundadır. Kısaca her insan bir meslek edinmek zorundadır. Meslek kararı verilirken kişinin meslekteki işlerin özellikleriyle kendisinin sahip olduğu psikolojik niteliklerini karşılaştırması gerekir. Meslek seçimi, belirli meslek veya meslek grupları arasından bir mesleği seçmeye karar verme süreci olarak tarif edilir. Fakat bu karar verme sürecinde genellikle kişinin işe ve mesleğe ruhen hazırlıklı olması gerekir” (Özcan,1985:8).

Bireyin tercih ettiği yani girmek istediği meslekler arasından birini ayırması ve buna girmek için çaba göstermesi meslek seçimi olarak adlandırılmaktadır. Meslek, kişinin değer yargılarını, dünya görüşünü, günlük yaşam tarzını ve alışkanlıklarını biçimlendiren faktörlerin başında gelir. Kişinin yaşamına böylesine çok yönlü etkileri olan uğraş alanının seçimi, günümüzde giderek karmaşıklaşan bir sorun hâline gelmiştir. Bunun en önemli nedeni seçeneklerin çok artmış olmasıdır. Çağımızda insan kendi yönünü çizme ve yaşamı hakkında karar verme özgürlüğüne sahiptir. Bir meslek sahibi olma konusunda kişinin seçme özgürlüğünü kullanması bir hak olmaktan öte çağdaş bir insan olmanın da gereğidir. Bireyin seçme özgürlüğünü doğru tercihler yapabilme doğrultusunda kullanabilmesi için neyi niçin istediğini, ne gibi bedensel, zihinsel ve ekonomik olanaklara sahip olduğunu bilmesi yani kendini tanıması gerekir. Aynı şekilde sağlıklı bir seçim için mevcut seçenekleri, gerektirdiği nitelikler ve sağladıkları olanaklar açısından değerlendirmek gerekir. (Kuzgun, 2000:6-7)

Meslek, sadece bir hizmet değildir. Herhangi bir kazanç ve geçim aracı da değildir. Meslek sahibi olma, ferdin kendine karşı, ahlaki, hukuki ve mesleki sorumlulukları yerine getirmesini gerekli kılar. Bu açıdan bakıldığında mesleğin, sosyal yönünün varolduğu görülmektedir. Yeni yetişen genç nesiller, mesleğe girerek sosyalleşme yönünde ileri adımlar atar. Girdiği meslek, gence mensup olduğu kültürün değerler sisteminin istediği davranışları yapmasını sağlar. Yine mesleklerin, toplumun değerler sisteminde, zamana ve mekâna göre bir derecelenme gösterdikleri unutulmaması gereken bir konudur. Bu derecelenme, toplumdan topluma değişir (Özcan,1985:4).

“Mesleği, insan faktöründen ayrı, soyut bir gerçeklik olarak düşünemeyiz. İş hayatı ve sosyal hayatta daima “meslek-insan” ilişkisinin göz önünde tutulması gerekir.

Meslek-insan ilişkisi, birbirinden hiçbir zaman ayrılmaz. Çevremizde bunun örneklerini her zaman görmek mümkündür. Meslekteki başarı ve başarısızlık, bu karşılıklı etkileşim içinde ele alınabilir. Bu etkileşimde, olumsuz özellikler ağır bastığında fert, mesleğinden memnun olmaz. Bu da onun meslekteki başarısının düşmesine neden olur” (Özcan,1985:6).

Günümüzde tekniğin gelişmesi ve iş bölümündeki artışa bağlı olarak insan hayatı, özel hayat ve iş hayatı olmak üzere ikiye bölünmüştür. Sanayi öncesinde ve günümüzde de köylerde olduğu gibi meslek hayatı ile insanın diğer faaliyetleri bir bütünlük teşkil ediyordu. Eskiden ev ile iş yeri arasında pek farklılık yoktu. Anne ve çocuklar, baba ile birlikte çalışmasalar bile bütün aile üyeleri hiç olmazsa yemek vakitlerinde bir araya gelirlerdi. İş yerinden uzak yerlerde tatil yapma kavramı henüz teşekkül etmemişti. Her ortaya çıkan yeni meslek grupları, yeni mesleki kültürleri ve alışkanlıkları ortaya çıkarmıştır. Bu da insanlar için yeni yaşam biçimleri alternatifleri ve yeni yeni alışkanlıklar demektir. Dolayısı ile de ilgi alanlarında ve beklentilerde de bir gelişme ve değişme gündeme gelecektir. Günümüzde meslek sahibi, eskiden olduğu gibi ham maddeden mamul maddeye kadar çok farklı işleri, aynı zamanda yapan kişi olma durumundan çıkmış, sadece belli bir işten anlayan ve yalnız onu yapan kimse olma durumuyla karşı karşıya kalmıştır. Yani günümüzde mesleklerde bir uzmanlaşma durumu ortaya çıkmıştır (Özcan,1985:9).

Günümüz insanı hem karşılıklı yardımlaşma ve iş birliğini isteyen, hem de rekabeti, şahsi teşebbüsü teşvik eden bir toplumda yaşamak zorunda kaldığından, toplumda para kazanacak, geçimini temin edecek bir iş bulma savaşını vermek durumu ile karşı karşıyadır. Buradaki çelişki inkâr edilemez. Bu savaş, ancak mesleki bir kariyer yapılarak bir meslek öğrenilerek veya belirli bir meslekte bilgi ve beceri kazanılarak elde edilebilir. Bu yüzden meslek seçimi, bir yetişkin olarak hayata atılmanın odak noktasıdır (Özcan,1985:13).

Meslek seçimi sadece sahip olunacak bir mesleki beceriye sahip olmayı seçmek değil aynı zamanda bir yaşam biçimi ve tarzını seçmek anlamına gelmektedir. Mesleğin getirdiği bilgi birikimi, mesleğin koşulları ve mesleğin sosyal çevresi, kişinin oluşturacağı alışkanlıkları ve yaşama biçiminin altyapısını oluşturacaktır.

Meslek seçimi pek çok seçenek içerisinde karar vermeyi gerektirir. Tabii ki bunun zorluğu kaçınılmazdır. Bu bakımdan günümüz gençleri yardıma muhtaçtır. Ayrıca bu gençlerin mesleki eğitim için yapacakları harcamaların da dikkate alınması, mesleki eğitim imkânlarının göz önünde tutulması gerekir. Anne-babanın meslek seçiminde yardımcı olması ve gençle birlikte, herhangi bir meslek için tercihte ortaklaşa karar vermeleri faydalı olabilir. Meslek seçiminde anne-babanın rolü önemlidir ancak anne-baba ne kadar iyi niyetle hareket ederse etsin, bu sorumluluğu çok sınırlı bir şekilde yerine getirme imkânına sahiptir. Mesleki eğitimciler, vatandaşın iyi bir eğitim görmüş sayılabilmesi için onu toplumun ihtiyaç duyduğu madde ve hizmetlerin üreticisi olarak hazırlama çabası içindedirler (Özcan,1985:10).

“İnsanın yaratıcı ve yenileyici gelişiminin temelinde mesleki eğitim vardır”(Barlow,1971:1). Amerika’da 20. yy.’ın başında bu konuya çok önem verilir, mesleki eğitim programlarının geliştirilmesi ve seviyelerinin yükseltilmesi için eyaletlere para yardımıyla bulunuldu.

Mesleğe girişte, ferdin sahip olduğu zekâ, ilgi ve şahsiyet özellikleri yanında ekonomik, teknik ve sosyal ilişkilerde etkili olmaktadır (Özcan,1985:1).

Genç nesillerin sosyalleşmesi, bunların çalışanlar grubuna katılması ile amacına ulaşır. Günümüz insanı hem karşılıklı yardımlaşma ve iş birliğini isteyen, hem de rekabeti, şahsi teşebbüsü teşvik eden bir toplumda yaşamak zorunda kaldığından, toplumda para kazanacak, geçimini temin edecek bir iş bulma savaşını da vermek durumu ile karşı karşıyadır. Bu savaş, ancak mesleki bir kariyer yapılarak bir meslek öğrenilerek veya belirli bir meslekte bilgi ve beceri kazanılarak kazanılabilir. Bu yüzden meslek seçimi, bir yetişkin olarak hayata atılmanın ağırlık merkezini teşkil eder.

1.10.1. Meslek Seçiminde Rol Oynayan Önemli Faktörler

“Meslek seçimi süreci, bireyin gerçek işini seçiminden çok önce başlar. Meslek seçimi, sadece varolan işler arasında en uygununa karar vermektense ibaret değildir. Bireyin geçmişi ve temelleri, rol modelleri, deneyimleri, ilgileri ve kişiliği meslek seçimini etkileyen en önemli etkenlerdir” (Onur,1997:151).

Bireyin meslek seçimini etkileyen etmenler arasında zihinsel yetenekler, özel yetenekler, türlü kişilik özellikleri ve benlik tasarımı, ilgiler, akademik başarı, cinsiyet, çevresel etmenler sayılmaktadır; bunlardan özellikle ailenin sosyal ve ekonomik düzeyi, önemli etmenler olarak gösterilmektedir. Kepçeoğlu'na göre meslek seçimini etkileyen etmenler şu altı grupta toplanabilir:

1. Biyolojik Etmenler: Bireyin fiziksel özellikleri, cinsiyet, beden yapısı, görme ve işitme durumu vb.

2. Sosyolojik Etmenler: Duyguları, değerleri, aile ile ilişkileri, bağlı olduğu arkadaş çevresinin beklentileri ve baskıları, ailenin sosyal düzeyi, yakın ilişki kurulan öteki kişiler.

3. Psikolojik ya da Kişisel Etmenler: Bireyin ihtiyaçları, duyguları, tutumları, değerleri, ilgileri ve yetenekleri.

4. Ekonomik Etmenler: Ailenin ekonomik düzeyi, çevrenin ya da ülkenin genel ekonomik durumu, otomasyon ve teknik gelişmeler, bunların, toplumun insan gücü ihtiyacı üzerindeki etkileri.

5. Politik Etmenler: Mesleğe girme olanakları, iş bulma olanakları, değişik eğitim ve yetişme fırsatları vb.

6. Şans ile İlgili Etmenler: Doğal afetler, işleri ve iş yerlerini etkileyen beklenmedik olaylar, iç ve dış savaşlar vb. (Kepçeoğlu,2004:65).

Genel olarak meslek seçiminde etkili olan faktörlerin yetenekler, ilgiler, değerler, ihtiyaçlar, sosyo-ekonomik düzey ve cinsiyet olduğunu söyleyebiliriz.

1.10.2. Kişinin İncelenmesi

Meslek seçme işi çok yönlü ve karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte Tan'a göre kişinin nitelikleri, meslek seçiminde dört ana bölümde incelenmelidir:

1- Bireyin Fiziksel Özellikleri

a) Cinsiyet, yaş, boy, ağırlık

b) Sağlık durumu

c) Gelişme ve büyüme özellikleri

d) Görünüş, ses tonu

e) Bedensel özellikler, arızalar

2- Bireyin Kişilik (Psikolojik) Özellikleri

- a) Zekâ durumu
- b) Özel yetenekler
- c) Tavırlar, ilgiler, değerler sistemi
- d) İhtiyaçlar, amaçlar, motivasyon seviyesi
- e) Heyecansal denge ve duygusal olgunluk
- f) Sosyal olgunluk derecesi
- g) Kılık, kıyafet, temizlik ve tertiplilik
- h) Davranış özellikleri
- i) Başkaları ile ilişki tarzı ve derecesi

3- Bireyin Akademik Özellikleri ve Okul Faaliyetleri

- a) Okuldaki genel başarı derecesi
- b) Kuvvetli ve zayıf olunan dersler
- c) Boş zaman merakları (hobiler)
- d) Okulda kol faaliyetlerine, kültürel ve sosyal faaliyetlere katılma durumu
- e) İş tecrübesi

4- Sosyal Şartlar

- a) Ailenin sosyo-ekonomik durumu
- b) Ailenin ihtiyacı
- c) Irk, din, bölgesellik gibi iş bulmayı etkilemesi muhtemel yönler
- d) İş etkilemesi mümkün yaşantı ve tecrübeler (Tan,1992:124-125).

1.11. Profesyonel Meslekler

“Profesyonellik amatörlüğün karşıtıdır. Bir işi para karşılığı beklemeden zevk için yapmak amatörlüktür. Profesyonellik ise hayatını o işten kazanmayı gerektirir. Diğer bir anlamda ise profesyonellik, bir işin maharetli ve işin gereklerine uygun bir tarzda yapıldığını gösterir. Örneğin ne kadar profesyonel bir iş yapılmış dendiğinde o işi yapanın işindeki ustalığını anlatmak isteriz” (Arslan,2001:73).

“Toplumumuzdaki meslekleri anlamanın yolu, daha çok profesyonelleşmiş -bu bağlamda bu terim bir mesleğin başına gelenleri temsil etmektedir, fakat son zamanlarda bir bireyin bir meslek sahibi olmak için aldığı eğitim sonucunda kazandıklarını ifade edecek biçimde kullanılmaya başlandı- olmak için, kendilerini yada imajlarını yada her ikisini birden değiştirmeye çalıştıklarını görmektir. Profesyonel meslekler, eğitim gerektiren üst düzey meslekler yada çalışma sosyolojisi altında düzenlenen kurslar, seminerlerle sosyolojinin dışından gelen bir yığın insanın da dikkatini çekmektedir. Hiç de azımsanmayacak ölçüde, bazı iş alanlarının profesyonel meslek haline gelmeye başladıklarını yada hâlihazırda bazılarının bu statüye eriştiklerini ispat etmek için yazıp çiziyorlar. Söz konusu kurslar, öğrencilere kendi düşüncelerini ortaya koymak için bir grup ölçüt sunuyor. Kütüphanecilik, sigorta temsilciliği, hemşirelik, halkla ilişkiler alanlarında çalışanlar, hayır kurumlarında yöneticilik yapanlar, hapisanelerde çalışanlar, hastane yöneticileri ve hatta kamu kurumlarında çalışan hekimler hep bu tür meslekleri temsil ederler” (Hughes,1963).

1.11.1. Profesyonelleşmenin Önemi

Profesyonel meslekler çağımızı belirlemede önemli bir role sahiptir. Özellikle sanayileşmiş ülkelerde doktorlar, hukukçular, mühendisler ve öğretmenler mesleksi örgütlenmelerini tamamlamışlardır. Bu tür gruplar, siyasal, ekonomik ve kültürel etkinliklere geçtiğimiz yüzyıla göre çok daha aktif biçimde katılmaktadırlar. Toplumsal hiyerarşinin en üst kesimlerini artık profesyoneller işgal etmektedirler. Sosyolojinin bir alt dalı olan meslekler sosyolojisi, profesyonelleşmeyle birlikte ortaya çıkan soruları kendine konu edinmiştir. Toplumsal yaşam içinde, sağlık sorunları doktorlarca, hukuk sorunları hukukçularca, eğitim sorunları da eğitimcilerce çözülmekte; halk bu tür sorunların çözümünde bilimin dışındaki kaynaklara çok nadiren başvurmaktadır. Bu kapsamda artık meslekler profesyonel bir konum kazanabilmek ve bu şekilde itibar görebilmek için çalışma üsluplarını, kamuyla, müşterileriyle olan ilişkilerini ve mesleklerine ilişkin başta kendilerinin daha sonra da müşterilerinin imajlarını değiştirmeye çalışıyorlar. Bu kapsamda insanların sorunlarına uygulanabilecek bilimsel ve teknik buluşlar baş döndürücü teknolojik değişim ve sosyal talepler, yeni özel meslekleri gündeme getirebilir (Goode,1957).

1.11.2. Profesyonelliğin Özellikleri

Profesyonelliğin özelliklerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Profesyonellere getirilen sorunlar genellikle müşterilerin çözemeyeceği, sadece profesyonellerin çözebileceği türden sorunlardır.
- Müşteri, genelde, profesyonelleri çok bilinçli olarak seçmez ve iş bittikten sonra işin uygun bir hâlde yapılıp yapılmadığını değerlendirebilecek durumda değildir.
- Geçmiş yıllara göre profesyonel meslekler şimdi çok daha çeşitlidir.
- Emek gücünün çok daha geniş bir oranını profesyoneller oluştururlar.
- Profesyonelce eylemde bulunma yada buna benzer bir psikoloji gittikçe yaygınlaşmaktadır (Cirhinlioğlu,1996:70).

1.12. Meslekler Sosyolojisi

Sosyoloji, toplumsal hayatı bir bütün olarak ele almak isteyen; toplumu oluşturan sosyal gruplar ve kurumlar arasındaki dokusal ilişkileri incelemeye çalışan bir bilim dalıdır. Bu bakımdan sosyolojinin temel inceleme konusu toplumsal yapıdır. Yani belirli bir toplumdaki eylem ve davranış formları arasındaki sistematik karşılıklı ilişkilerdir. Toplumsal yapının her alanını incelemeye çalışan bu bilim dalı özellikle son yüzyılda toplumsal yaşamın karmaşık bir hâl almasından dolayı çok çeşitli dallara ayrılmıştır. İşte bu çeşitli dallardan bir tanesi de meslekler sosyolojisidir.

Artık günümüzde toplumsal yaşam içinde, sağlık sorunları doktorlarca, hukuk sorunları hukukçularca, mekanik-yapı sorunları mühendislerce, eğitim sorunları eğitimcilerce çözülmekte, bilim dışında kaynaklara ve yollara çok nadiren başvurulmaktadır. Bu alanlarda üretilen bilgiler o kadar çok, anlaşılması zor ve karmaşıktır ki sıradan halkın genel kültürü içerisinde yer almamaktadır. Bütün bunlar profesyonelleşmenin gereği olarak ortaya çıkan ve sürekli gelişen yeni toplumsal düzenin özellikleridir. Sosyolojinin alt dalı olan meslekler sosyolojisi de, işte bu düzen içinde profesyonellerin rollerini geniş biçimde inceleyen, profesyonelleşme ile ortaya çıkan sorunları kendine konu edinen bir daldır (Cirhinlioğlu,1996:7).

Bu konu ile bağlantılı olarak Durkheim, iş bölümünün toplumsal işlevlerini incelemiş ve modern toplumlarda, ilkel toplumlardakinin tersine, iş bölümünün toplumsal kaynaşma yada toplumsal dayanışma kaynağı olduğunu göstermeye çalışmıştır. İş bölümünün toplumsal sonuçlarına karşı gösterilen ilgiler birçok sosyolojik araştırmanın yapılmasına yol açmıştır. Bunlardan biri, mesleklerle toplumsal statüler arasındaki bağlantılar kadar, mesleklere giriş sorunlarıyla da ilgilenen sosyolojik meslek inceleme ve araştırmalarıdır (Bottomore,1998:146).

Durkheim, 1933 yılında yaptığı çalışmalarda sanayileşme sürecinden sonra Fransa’da yaşanan sosyo-ekonomik bunalımların ve ahlak yozlaşmasının ancak yeni yeni ortaya çıkan yüksek düzeyde eğitim almış kişilerce yavaşlatılıp yok edilebileceğini vurgulamıştır. Profesyonel meslek gruplarını karşılıklı güven temeli üzerine kurulu, evrensel ahlak kurallarının geçerli olduğu bir ortamda yaşayan aile üyelerine benzetmiştir (Cirhinlioğlu,1996:9).

1960’lı yıllarda Daniel Bell, eğitilmiş insanların toplumda ne gibi işlevlerinin olabileceği sorusunu sordu. Ona göre sanayileşme sürecinde toplumlar emeğe değer vermek zorundaydılar. Fakat artık emeğin, gelişen kapitalist ilişkiler ve yüksek teknoloji karşısında önemi giderek azalmaktaydı. Bir tür Marksizm eleştirisi olarak kabul edilen bu görüşler aslında bilgi çağına geçişi önceden haber veriyordu. Toplumların ilerlemesi, Marx’ın iddia ettiği gibi üretim araçlarının mülkiyetine bağlı değil bilgiyi kimlerin elinde tuttuğuna bağlı olacaktı. Toplumlar bilgi ile birlikte gücü de ellerinde tutacaklardı. Bilgiye sahip sınıflarda, diğer sınıflar üzerinde hegemonya kurma olanağını ellerine geçirebileceklerdi. İşte bu noktada madem ki bilgi artık baskın güç olmuştur, bilgiyi elinde tutanlara yönelik sosyolojik incelemeler de kaçınılmaz olmuştur. Böylelikle meslekler sosyolojisi bir disiplin olarak ortaya çıkmış ve çok sayıda taraftar toplamıştır (Cirhinlioğlu,1996:10).

“Profesyonelleşmenin Yükselişi” adlı eserinde M. S. Larson (1979), profesyonellerin emeklerinin satılmak için üretilmediğini ileri sürmüştür. Halbuki profesyoneller de yaşamlarını sürdürebilmek için maddi gelir sağlamak durumundadırlar. O hâlde profesyonel üretimin satılabilmesi için bir pazarın oluşması gerekmektedir. Ancak bu pazarın oluşabilmesi için de özel kontrol mekanizmalarının

çalışması şarttır. Bunlar, özel bilgilerin herkesçe ele geçmemesini sağlamak ve meslek içi ilişkileri düzenlemektir. Böylelikle profesyoneller arasında rekabet önlenebilir, mesleki etkinlikler denetlenebilir olmuştur. İşte etik kurallar da bu kaygılardan ötürü doğmuştur (Cirhinlioğlu,1996:18).

Meslekler, profesyonellikleri yönüyle ülkeden ülkeye farklı şekillerde gelişmiş olabilir. Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda profesyonellerin işlerini ellerinden alabilecek tekelci kapitalist gelişim tam anlamıyla gözlenmemektedir. Oysa Batı'lı kuramcılara göre şirketleşme (corporation) sürecinin profesyoneller üzerinde yarattığı baskı tartışılmaz bir gerçektir. Sonuçta her ülke farklı tarihsel, ekonomik, siyasi ve kültürel koşullardan süzülerek bugüne ulaşmıştır. Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle profesyonel meslek üyeleri, teknolojik bilgiyi ellerinde tutan grupları temsil etmektedirler. Bu yüzden profesyonel mesleklerin dolayısıyla onları inceleyen meslekler sosyolojisinin önemi her geçen gün daha da artmaktadır (Cirhinlioğlu,1996:23).

2. DOKTORLUK MESLEĞİ VE DOKTORLAR

2.1. Doktor ve Doktorluk Kavramı

Doktor, Latince *öğretmen* demektir. Bin yıl önce ilk üniversitelerin ortaya çıkmasıyla birlikte, akademik bir unvan olarak kullanılmıştır. Günümüzde, doktora sahibi olan kişilere verilmekle birlikte, genellikle Tıp Doktoru anlamında kullanılır ve kişilerin adlarından önce gelen Dr. kısaltmasıyla belirtilir (wikipedia.org,2007).

Doktor, insan sağlığının korunması için önlemler alan, hastalıklara tanı koyan, tıbbi ve cerrahi girişimlerde bulunarak hastalığın tedavisini sağlayan kişidir. Doktor unvanı, ilk olarak Avrupa'da ortaya çıkmış ve zamanla Amerika'ya ve diğer Avrupa sömürgelerine de yayılmıştır. Doktorluk mesleği, özellikle günümüz toplumlarında halk tarafından el üstünde tutulan ve her kesimde saygı uyandıran bir meslek dalıdır. Gerçekten insanların sağlığı için çalışmak ciddi bir gayret, özverili bir yapı gerektirir.

Doktor olmak için belki de en gerekli olan özellik, mesleği çok istemek ve sevmektir. Doktorluk, sevmeden yapılabilecek bir meslek değildir. Çünkü doktorlar, insan hayatını daha iyi hâle getirmek için uğraşırlar. Doktor olmak isteyenlerin:

- Üst düzeyde akademik yeteneğe ve bilgiye sahip,
- Kimya ve biyoloji konularına ilgili ve bu alanlarda başarılı,
- Okumayı seven, meslek yaşamı boyunca tıptaki yenilikleri izleyen,
- Dikkatli, sabırlı, gerektiğinde fedakârlıktan kaçınmayan,
- Olayları derinliğine araştırma merakı olan,
- İnsanlara karşı saygılı, onların duygularını anlayabilen kimseler olmaları gerekir (milliyet.com.tr,2007).

Doktorluk mesleğinin yapılması için ilk koşul, doktorluk diplomasıdır. Diplomanın ya Türk fakültelerinden birinden ya da Sağlık Bakanlığı'nca onanmak

şartıyla, yabancı ülkelerdeki fakültelerden alınmış olması gerekir. Sadece diploma sahibi olmak da yeterli değildir. Ayrıca bunun Sağlık Bakanlığı'nca tescil edilmesi de zorunludur.

Türk vatandaşı olmak: Ülkenin doktorlarını yabancı doktorların fiili baskısından korumak için getirildiği öne sürülen bu koşul, birçok yabancı ülke yasalarında da yer almıştır. Türkiye'de doktorluk sanatını yapabilmek için Türk vatandaşı olma koşulunun özel ayrıcalıkları bazı yasalarda kabul edilmiştir. Ancak bu konuda ortaya çıkan yeni görüş yabancı doktorların da ülkemizde görev yapabilmeleri yönünde olmuştur. Bu konunun güncelliğini koruyarak uzun bir süre daha kamuoyunda tartışılacağı öngörülmektedir.

Doktorun mesleğini yapabilmesi için bir koşul da tabip odalarına kayıt olma zorunluluğudur. Doktorun resmi izin veya ruhsat sonunda çalışma hakkını elde etmesi, onun, gerek tıp bilgisi gerekse insanlık sevgisi ve genel ahlak bakımından, kendisine güvenilir bir kişi olduğunun kuvvetli kanıtıdır. Bu da doktorun hastalarına karşı sadakat ve özen borcunu ortaya çıkarmaktadır.

Sadakat borcu, hastanın yararına olacak davranışlarda bulunmak ve ona zarar verebilecek davranışlardan kaçınmaktır. Doktor, sanatını uygularken, hastanın yaşam ve sağlığına, kişiliğine saygı göstermek zorundadır. Bu borç, tedavi sonuçlanmış olsa bile devam eder. Bu da genellikle hastanın sırlarının saklanması sonucunu doğurur.

Özen borcu ise tıp kurallarının uygulanmasında söz konusu olmaktadır. Doktor, hastasını iyileştirmek için çalışır. Doktorun, hayat deneylerine ve işlerin normal akışına göre başarılı sonuca ulaşmak için gerekli dikkat ve özeni göstermesi ve bu yolda çaba sarf etmesi zorunludur. Doktorluğun uğraş alanının insan olması, özen borcunun işçi, avukat gibi diğer meslek mensuplarından daha fazla olmasını gerektirmektedir (Aşçıoğlu,2007).

“Toplum içinde hasta kişi olabildiğince çabuk iyileşip sağlığına kavuşmak ister. Bu isteği doğrultusunda doktora başvurur. Bu süreç içerisinde hastalığı nedeniyle toplum içerisinde devam ettirmekte olduğu iş ve sorumluluklarına ara verecek veya bunları bir süre erteleyebilecektir. Belki de içinde bulunduğu durumun özelliklerine göre bakım ve desteğe ihtiyaç duyacaktır” (Elçioğlu ve Erdemir,2003:113). Hasta

kişinin üstlendiği hastalık rolüne karşın hekim, hastasını sabırla ve aktif olarak dinlemek, sorunun onun yaşamını nasıl etkilediğini anlamak, onu tepeden tırnağa muayene etmek, her türlü hastalığa ait bulguları saptamak, klinik olarak ön gördüğü teşhisi, gerekli test ve tetkiklerle kanıtlamak, olası diğer nedenleri elemek, hastası için en uygun tedaviyi belirlemek, eğer tedavi ayakta uygulanabilecekse hastasına bu tedaviyi nasıl uygulaması gerektiği konusunda yeterince bilgi ve beceri sahibi kılacak şekilde eğitim vermek, hastanın tedaviye uyumunu sağlayacak ölçüde onu motive edip yüreklendirmek ve onun endişelerini, korkularını gidermek, onu yaşama bağlamaya çalışmak, hasta yararına hareket etmek, mesleki kurallara göre davranmak gibi temel özelliklerini sıralayabileceğimiz mesleki bir rol üstlenecektir (Özlu,2003:34).

2.2. Doktorlukla İlişkilendirilebilecek Kavramlar

2.2.1. Sağlık

Türkiye’de sağlık kavramı “sağ olmak, hayatta olmak kökünden gelmektedir. İngilizce’de “Health” sağlık, “Wholeness” bütünlük ve sağlamlık köküne dayalıdır” (Elçioğlu ve Erdemir,2003:112).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımına göre sağlık; “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli.” olarak tanımlanmıştır (Akdur,2003:11). Bu tanımda yer alan “iyilik” kavramının nasıl açıklanacağı yanında, “tam”ın nasıl ölçüleceği, cevaplanması zor olan sorulardır.

Sosyolog T. Parsons, sağlığı işlevsel model çerçevesinde incelemiştir. Bu yaklaşıma göre sağlık, bireylerin işlevsel olma yeteneği demektir. Toplumsal yaşam içinde her birey belirli rol ve sorumluluklara sahiptir. Bireyin bu rol ve sorumluluklarını tam olarak yerine getirmesi sağlıklı olduğunu göstermektedir. İşlevsel sağlık tanımı, sadece dengeli bir durumu değil, bireylerin neşeli ve eğlenceli oldukları bir durumu vurgulamaktadır (Adak,2002:24).

Günümüzde sağlıklı olmak, sadece herhangi bir fiziksel hastalık belirtisi olmaması anlayışının çok ötesine geçmiştir. Artık sağlıklı olmak denildiğinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, toplumsal iyilik, genel sağlık algısı gibi birbiriyle ilişkili kavramlar tanımlanmaktadır. Sağlık olgusunun önem kazandığı günümüzde, sağlık sistemleri daha fazla sorgulanmakta, sağlık hizmetlerinin sunumu ve iyileştirilmesi konusunda tüm dünyada arayışlar devam etmektedir (Turan,2004:1).

Türkiye’de yaşayan bireylerin sağlıkları anayasa tarafından güvence altına alınmıştır. Yasalar gereği bu güvence devlet tarafından sağlanmak zorundadır. Yani devlet sağlık problemlerinin üretilmesinde ve çözümlenmesinde sorumlu olan makamdır (Cirhinlioğlu,2001:109).

2.2.2. Hastalık

“Hastalık sözcüğü anlam yükü bakımından birtakım olumsuz nitelikler barındırmaktadır. Dolayısıyla bu kavram “kötü”, “çirkin” kaçınılması gereken bir konumda bulunmaktadır. Türkçede yaygın olarak kullanılan hastalık sözcüğü Farsça tedirgin, yorgun ve hâlsiz anlamına gelen “haste”den türetilmiştir. Sağlık bir durum, hastalık ise ayrıntıları bilinmese de bir başka durumdur” (Elçioğlu ve Erdemir,2003:113).

Hastalık; belirli işaret ve belirtilerle kendisini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder. Vücudun içsel çevresini etkileyen değişikliklere veya bazı sakatlık durumlarına verilen biyolojik tepkilerdir (Adak,2002:26).

Sosyolog Talcot Parsons, “Birey kendisini hasta hissettiği zaman ve bununla ilgili bir sorun olduğunu belirten ilaç almak, yatağa girmek gibi etkinliklere giriştiğinde, bireyin hastalık davranışı gösterdiğinden söz edilebilir. Gösterdikleri bu belirtiler (semptomlar) ve hastalık davranışıyla da insanlar, toplumun hasta rolü olarak isimlendirdiği bir role girebilirler. Böyle bir rol hekim tarafından da onaylandığı takdirde, birey artık hastadır” (Okyayuz,1999:10) demektedir.

Artık günümüzde hastalıklara karşı uygulanan tedavi şekilleri ve yöntemleri değişmekte, hastalık daha çok ortaya çıkmadan önce önlenmesi gereken ve sağlıklı yaşamı tehdit eden istenmedik bir durum olarak tanımlanmaktadır (Cirhinlioğlu,2001:6).

2.2.3. Hastane

“Hastane; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta yada yatarak, müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri yataklı kuruluşlardır” (Özgen,1995:73). Eğitim, araştırma, geliştirme ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma ve yine hastanelerde yürütülen diğer işlevler dikkate alındığında, tanımın eksik olduğu söylenebilir. Ancak eskiden beri hastanelerin değişmeden gelen esas işlevi, tedavi hizmetinin verilmesi olmuştur.

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne (genel hastaneler, özel dal hastaneleri), mülkiyet türüne, büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılabilir. “Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetilmeksizin hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise belirli cinsiyet (kadın hastalıkları ve doğum, çocuk), belirli hastalık türüyle sınırlı (kalp damar hastalıkları) hizmet veren hastanelerdir” (Yerebakan,2000:40). Bir başka ayırmda eğitim hastaneleri ile eğitim vermeyen hastaneler şeklindedir. Eğitim hastaneleri, öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanları yetiştiren hastanelerdir. Mülkiyet esasına göre sınıflandırma ise hastanenin mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğuna göre yapılmaktadır. Türkiye’de hastaneler SB’ye, SSK’ya, Tıp Fakültelerine, Belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SB dışındaki Bakanlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir. Büyüklüklerine göre hastaneler ise 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Seçim,1994:4).

2.3. Doktorluk Mesleğinin Tarihsel Gelişimi

İnsanın sağlığı ile ilgilenmesi herhâlde ilk varoluşu kadar eskidir. İlk kültürlerde hastalığın bedene şeytan girmesiyle oluştuğu ve hastalığın tedavisinin de ancak dualarla

bu şeytanın bedenden çıkartılması yoluyla yapıldığına ilişkin bilgiler vardır. Eski Mezopotamya ve Mısır tıbbında, tıp alanında büyü, sihir ve dinin önemli etkileri olduğu görülmektedir. Antik Yunan'da da, insanların inançlarına yansiyacak düzeyde sağlıklarıyla ilgili olduklarından ve hatta sağlık tanrılarında söz edilmektedir. Bunların en ünlüleri Tanrı Apollon'un oğlu Asklepios ve onun kızı Hygeia (Hijyen) dir. Asklepios, "Sağlık, kaybedilen ve bir fırsatta hekim tarafından bulunup getirilen, ele geçirilen bir şeydir yaklaşımını, Hygeia ise insan akla uygun yaşadığı takdirde sağlıklı kalabilir inancını simgelemektedir." Hipokrat'ın Asklepios'un 16 ncı kuşaktan torunu olduğu belirtilmektedir (Okyayuz,1999:2).

Tıbbın babası sayılan Hipokrat yaklaşık 1500 yıl önce yaşamıştır. Hipokrat ile birlikte tıpta yeni bir dönem başlamıştır. Doktorluğun temel ilkelerini ortaya koyarak insanın en muhtaç olduğu bir mesleğe nitelik kazandırmaya çalışmıştır. Ortaya koyduğu ve uyguladığı tıbbi esaslar bugünkü tıbbi düşüncelere ve esaslara ağırlığını koymuştur. 153 yazılı eser bırakan Hipokrat, tıbbi dinden ayırarak ilk modern hastaneyi kurmuştur. Tabiplik adlı kitabının önsözünde bulunan ve günümüzde de geçerli olan Hipokrat Yemini doktorluğun temel ilkelerini belirlemektedir. Bugün tüm dünyada tıbbiyeyi bitiren genç doktorlar mesleğe adım atmadan önce bu yemini ederler. Amaç; mesleki hayatları boyunca bu prensiplerden şaşmamak, insana ve insanlığa hizmetin en büyüğü olan tıp mesleğini şerefle yüceltmektir (Dinççağ,2003:61-62).

HİPOKRAT ANDI

- Hekim Apollon, Aeskülap, Hygeia, Panakeia ve bütün tanrılar ve tanrıçalar önünde, onları tanık göstererek bu andımı ve verdiğim sözü gücüm kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim.
- Bu sanatta hocamı babam gibi tanıyacağım, rızkımı onunla paylaşacağım.
- Paraya ihtiyacı olursa kesemi onunla bölüşeceğim, onun ailesini kardeş bileceğim.
- Öğrenmek istedikleri takdirde bu sanatı ücret veya senet almaksızın öğreteceğim.

- Reçete örneklerini, şifai bitkileri ve başka tıbbi bilgileri sadece evlatlarıma, hocamın çocuklarına ve hekim andı içenlere öğreteceğim. Bunlardan başka bir kimseye bu bilgileri vermeyeceğim.
- Aklımın erdiği, gücümün yettiği ölçüde hekimlik çabamı hastanın yararına olacak şekilde ortaya koyacağım.
- Ona zarar vermektan ve haksızlıkta bulunmaktan kaçınacağım.
- Benden zehir istense de onu isteyene vermeyeceğim ve böyle bir hareket tarzını asla tavsiye etmeyeceğim. Bunun gibi, gebe bir kadına çocuk düşürmesi için ilaç vermeyeceğim, bu konuda kimseye yol göstermeyeceğim.
- Hayatımı ve sanatımı iç temizliğiyle ve inançla koruyacağım.
- Özellikle mesanesinde taşı olan kişiye bıçak kullanmayacağım. Bunun için yerimi bu işi sanat edinmişlere bırakacağım.
- Hangi eve girersem gireyim hastaya yardım için gireceğim. Kasıtlı olan tüm kötülüklerden kaçacağım, ister hür, ister köle olsun erkek ve kadınların vücudunu kötüye kullanmaktan sakınacağım.
- Sanatımı uyguladığım yerde ve dışında, insanlarla ilişkilerimde görüp duyduğum, başkalarına söylenmemesi gerekenleri sır olarak saklayacağım.
- Eğer bu yemini tutar ve bozmazsam yaşamımda ve sanatımda yükselişim ve kazanacağım itibar benim hakkım olsun, eğer andımı çiğner ve tutmazsam bunun aksini göreyim (Dinççağ,2003:63).

Orta Çağa gelindiğinde tıpta bilimsel çalışmaların yerini mistisizm ve demonolojinin (şeytan bilimi) aldığı görülür. Hastalık anlayışı değişerek hastalığın bireyin bu dünyada yaptığı kötü şeylerin Tanrı tarafından cezalandırılması olarak kabul edilmesi görüşünün ağırlık kazandığı görülmektedir. Tedavi anlayışı da vücuda işkence yapılması yoluyla kefaret ödeme olarak anlaşılmaktaydı (Okyayuz,1999:3).

Rönesansla başlayan ve günümüze kadar devam eden süreçte ise doktorluk mesleğinde nitelik ve nicelik bakımından büyük gelişmeler olduğu söylenebilir. Mikroskobun geliştirilmesi, otopsi alanında daha kolay çalışılır hâle gelmesi, insanın hücre yapısı ve anatomisini tanımakta tıp mensuplarına yeni olanaklar kazandırmıştır (Okyayuz,1999:3).

2.3.1. Osmanlı Dönemi

Osmanlı Devletinde idari örgütlenmenin saray merkezli ve asker bazlı olması paralelinde, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Reisul Etibba (Hekim Baş) devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran bir kurum olarak görev yapmıştır. Hakim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdir. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almışlardır. Devlet, toplum sağlığını ilgilendiren içme suları, besin kontrolü, kanalizasyon, ölü defni gibi çeşitli sosyal yardım hizmetleri konularında hizmet üretmiş ise de bu hizmetler birkaç büyük kentle sınırlı kalmıştır (Akdur,2003:23).

Kanuni Sultan Süleyman tarafından kurulmuş olan Süleymaniye Medresesinin içinde yer alan Tıp Medresesi, hekim yetiştiren önemli bir kurum görünümündedir. Bunun yanında meslekten doktor sayısının az olduğu ve aynı zamanda meslekten olmayan kişilerin de doktor olarak çalıştıkları görülmektedir. 18'inci yüzyıla gelindiğinde, her alanda olduğu gibi, tıp bilimlerinde de gerileme kaydedilmiştir. (Kahya,1997:2-3).

“1827’de Tıp Fakültesinin kuruluşu ve özellikle 1838’de Dr. Bernard’ın Türkiye’ye gelişi, tıp tarihinde bir dönüm noktası sayılır. Eski hekimlik olarak tabir edilen İslam hekimliğine fazla önem verilmeden, Fransızca ve çağdaş olarak nitelendirilen hekimliğe geçilmiştir” (Sarı ve Hatemi,1990:12). Bu fakültenin mezunu hekimler, meslekleri yanında toplumsal yaşamın, idari, siyasi kademeleri, kültür ve edebiyat gibi alanlarında etkin roller üstlenmişlerdir. Fransızca ve Almanca tıp kitapları Türkçe’ye çevrilip bilgi birikimi sağlanmış, bir yandan da Avrupa’ya ihtisas için gönderilenler yeni branşlar ile yeni yöntem ve teknikleri getirerek Türk Tıbbının ilerlemesinde rol oynamışlardır. Burada yetişen öğrencilerin öğrendikleri Fransızca sayesinde Avrupa basınına takip etmeleri, çoğulcu ve demokratik düşünceler gibi Osmanlı toplumu için yabancı olan düşünceleri öğrenmeleri dikkate değer bir noktadır (Yıldırım,2002:294).

Böylece, 19'uncu yüzyılın ikinci yarısından sonra batıya yönelinmiş, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinde, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, yaygın kitlelere de hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır. Hekim Başı kurumu 1849'da kaldırılmış, 1862'de hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıbbiyeden mezun olma şartı getirilmiştir (Akdur,2003:24).

2.3.2. Cumhuriyet Dönemi

2.3.2.1. 1920-1937 Dönemi

TBMM, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği yasa ile sağlık hizmetlerini, ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir ve ilk bakan olarak Dr. Adnan ADIVAR'ı atamıştır. Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşulları ve o tarihlerde sadece gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı olmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurularak sağlık hizmetlerinin bu düzey ve öncelikle ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğü göstermektedir (Akdur,2003:24). Yeni kurulan bu Bakanlık, sağlık ile ilgili yasalar geliştirmek, cepheden gelen yaralıların tedavisini sağlamak, iç ve dış göçmenlerin yerleştirilme işlemleri ile uğraşmıştır (Turan,2004:4).

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik SAYDAM olup, 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür. Cumhuriyetin ilk yıllarında izlenmiş olduğu politikalar ile sağlık hizmetleri tarihimizde önemli bir yer edinmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutarak, kıt kaynakların sık görülen, çok öldüren ve sakat bırakan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kullanılması doğrultusunda çaba harcamıştır. Bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir. Devlet, sağlığa ilişkin tüm düzenlemelerin temeli olarak görülmüştür (Yerebakan,2000:34).

Hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek için Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekimlik dışı sağlık personeli yetiştirmek için de okullar açılmış kurslar düzenlenmiştir.

1923 yılında 554 olan hekim sayısı (19.860 kişiye bir hekim), 1930'da 1.182'ye, 1940'ta ise 2.382'ye çıkmıştır (Yerebakan,2000:36).

2.3.2.2. 1937-1960 Dönemi

Bu dönemde koruyucu hizmetler gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir. 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet UZ döneminde hazırlanan bir plana göre her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanması öngörülmüştü. Ancak bu plan tam olarak uygulamaya konulamamıştır (Akdur,2003:26).

1950 yılından itibaren sağlık merkezlerinin tüm yurda yayılmasına çalışılmış, il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı tüm hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Cumhuriyetin başından beri genel politika yada resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Buna karşılık özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir (Yerebakan,2000:37).

2.3.2.3. 1960 Sonrası Dönem

Bu dönemde kalkınma planları kapsamında, halkın sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Bu anlayışla 1982 yılına kadar her 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulmasının tamamlanması kararlaştırılmıştır. Halen yürürlükte olan bu örgütlenme modeli kırsal kesimde başarılı olmuşsa da çeşitli nedenlerle kentlerde bir türlü etkin hâle getirilememiştir (Akdur,2003:29).

Sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurularak DPT'nin koordinatörlüğünde sağlık da dahil olmak üzere tüm sektörler yeniden düzenlenmiş ve planlı kalkınma dönemine geçilmiştir. 1982 Anayasası ile herkesin sosyal güvenlik

hakkına sahip olduğu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiği ifade edilmiştir. 1990 yılında, DPT tarafından sağlık sektörü mastır planı hazırlanmış, müteakip yıllarda ulusal sağlık kongreleri toplanmış, ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir (Turan,2004:7).

2.4. Sağlık Hizmetleri

İnsanların yaşamlarında en çok değer verdikleri değerlerin başında sağlık gelir. Bu nedenle hastalandıklarında en kısa zamanda sağlıklarına yeniden kavuşabilmek ve bunu devam ettirebilmek için kaliteli sağlık hizmeti almak isterler. Bu da insanların, sağlık hizmeti veren kurum ve kişilerden beklentilerini yükseltir. Sağlık sistemleri de kişilerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve hastalıklarını tedavi ederek en uygun bakımı sunmakla yükümlüdür.

Sağlık hizmetleri; Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa'nın 2'inci maddesinde şu şekilde tanımlanmıştır: “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” (Turan,2004:3). Diğer bir tanıma göre sağlık hizmetleri; “insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve rehabilitasyonları için yapılan çalışmaların tümüne denir” (Akdur,2003:12). Buna göre sağlık hizmetlerinin temel amacı bireylerin sağlıklı olması için çaba göstermek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almaktır.

Ülkemizde varolan duruma baktığımızda, hastanelerin hastalıkları yok etmekten ziyade hastalık üreten merkezler konumuna geldiğini görmekteyiz. Birçok hastanede basit poliklinik hizmetleri dahi, kişilerin uzun kuyruklara girmelerini gerekli kılmaktadır. Bireyin şikâyeti basit de olsa, uzun süren kuyruklardan sonra birey sadece birkaç dakikalığına doktoru görmek, derdini anlatmak ve çaresini dinlemek durumunda kalmaktadır. Doktorun da hastasını bu kısa süre zarfında dinleyerek hastalığına teşhis

koyması, tedavi şeklini düşünmesi, ilaçlarını tavsiye etmesi gerekmektedir. Bunun her ikisi de olması gereken gibi olmamaktadır (Cirhinlioğlu,2001:110).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

a. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması: Hasta olsun yada olmasın, bütün bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini alması toplum sağlığı için gereklidir.

b. Sağlık Hizmetleri Tüketicisinin Bilgi Yetersizliği: Sağlık hizmetleri, son derece karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri tüketicisi ürün ve hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından, hizmetin sağlayacağı faydayı ve kaliteyi ölçemez.

c. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirsizliği: Sağlık hizmetleri talebi süreklilik göstermez. Talebin hangi şartlarda ve zamanda ortaya çıkacağını kestirmek zordur. Bu durum, hem arz hem de talep açısından sorun teşkil edebilir. Bu nedenle, özellikle talep edenlerin ortaya çıkabilecek bir hastalık için önceden belirli bir kaynağı ayırması gerekmektedir.

d. Sağlık Hizmetlerinin Kendine Özgü Yapısından Kaynaklanan Kâr Amacından Çok Sosyal Amaç Taşınması: “İnsan sağlığı parayla ölçülemez” anlayışı birçok kesim tarafından kabul görmüştür. Bu da sağlık hizmetlerinin sosyal bir amaç için sunulmasını beraberinde getirmiştir.

e. Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması: Sağlık hizmetlerinde tüketici, doktorun önerdiği hizmeti almak durumundadır (Turan,2004:10).

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, genelde üç ayrı biçimde verilmektedir.

2.4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyleri hastalıklardan korumak ve sağlığı geliştirmek için yapılan hizmetlerdir. Hastalıklar oluşmadan önce kişileri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanabilir. Hastalıkların önlenmesinde ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmede en etkili yol bu tür koruyucu

sağlık hizmetleri ile sağlanabilir (Akdur,2003:12). Bunlar, çevreye ve topluma yönelik sağlık hizmetleri: katı ve sıvı atıkların kontrolü, çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi, besin kontrolü, yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması gibi uygulamaları içermektedir. Bu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek grupları tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün, bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkilerine karşı dirençli ve güçlü kılarak onların insanları etkilemesini önlemeyi, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Aşı yapma, bireylerin uygun beslenmesini sağlama, erken tanı ve periyodik muayene, sağlık ve hijyen eğitimi verilmesi gibi temel uygulamaları içerir (Turan,2004:11).

2.4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

“Tedavi edici sağlık hizmetleri, genellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla uğraşmak için düzenlenmiş hizmetlerdir” (Yerebakan,2000:22). Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın ortaya çıkmasından sonra, hastalığın muayene ve tedavisini içeren hizmetlerdir. Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanabilir. Bu hizmetlerin ilk basamağını, hastanın hastanelere başvurmadan önce gerekli görüldüğünde hastanelere gönderildikleri sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetleri içerir. Hastaların evde ve ayakta hastaneye yatmadan yapılan tedavilerine denir. Bu hizmetler içerisinde, ilk yardım sağlık hizmetleri, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri gibi hizmetler bulunmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerini, hastalıkları giderilemeyen hastaların hastanelere sevk edilmeleri sonucu, uzman doktorlar tarafından muayene ve tedavi edilmeleri oluşturur. Hastaların önemli ölçüde uzmanlık gerektiren bir tedaviye gereksinim duyduğu durumlarda da üçüncü basamak sağlık hizmetleri devreye girer (Turan,2004:12).

2.4.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, sakatlanan ve çalışma gücünü yitiren kişilere verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler, sakatlanan ve çalışma gücünü yitirenleri tüketiciden üretici duruma getirmeyi hedeflemektedir (Turan,2004:14).

2.5. Sosyal Güvenlik Sisteminin rgtlenmesi

Günümüzde sosyal güvenlik, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkeler için temel sorunlardan birisini oluşturmaktadır. Ülkemizde sosyal güvenliğe ait ciddi alışmalar, Cumhuriyet döneminden sonra yapılmıştır. Ülkemizde sağlıklı yaşam hakkı, anayasal bir hak olarak Anayasamızın 56'ıncı maddesinde düzenlenmiştir. Devlete sağlık ve sosyal kurumları kurma görevi verilirken özel sektörden ise yardımcı olması istenmiştir.

Ülkemizde sosyal güvenlik kurumları, dağıncık bir görünüm arz etmektedir. Sağlık sektörünün örgütlenmesini çok sayıda resmi, yarı resmi, özel kurum ve kuruluşlar oluşturmaktadır. Kamu kesiminde; Sağlık Bakanlığı, MSB, SSK, tıp fakülteleri, MEB ve belediyeler, sağlık hizmeti sunan başlıca kuruluşlardır. Bunun yanında, dini gruplar, azınlıklar, vakıflar ve kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet üretmektedir (Akdur,2003:33).

2.5.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Ülkemizde ilk kez, 1936 tarihli 3008 sayılı İş Yasası ile sosyal sigortalar kurulması öngörülmüştür. 1945 yılında 4792 sayılı yasa ile İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. 1964 yılında da bu kurumun adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir (Turan,2004:19).

SSK, yatak kapasitesi ve kapsadığı nüfus itibariyle Sağlık Bakanlığından sonra sağlık hizmeti sunan ikinci büyük kurumdur. Aslında SSK doğrudan sağlık hizmeti sunan bir kurum değil bir sigorta kuruluşudur. SSK'nın doğrudan sağlık hizmeti üretmesine, Sağlık Bakanlığının btcesinin yetersizliği yol açmıştır (Adak,2002:127).

Sosyal Sigortalar Kurumu; zel sektör çalışanlarına, kamu sektöründe çalışan işçilere, tarım sektöründe çalışanlara ve bu üç grubun bakmakla yükümlü olduğu

kişilere emeklilik ve sağlık hizmetleri sağlamaktadır. SSK, sağlık hizmetleri ve emeklilik hizmetlerini kapsayan iki farklı bileşene sahiptir (Liu, Çelik ve Şahin,2005:21).

2.5.2. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)

Bağ-Kur belirli bir prim karşılığında devlet eliyle esnaf, sanatkârlar ve bağımsız çalışan vatandaşların sosyal güvenliklerini sağlamak üzere 1479 sayılı kanunla kurulmuş bir sosyal güvenlik kuruluşudur. 2 Eylül 1971'de 1479 sayılı Kanunla sosyal güvenlik hükümlerini uygulamak üzere, "Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu" kurulmuş, tüm yurttan 01.10.1972 tarihinden itibaren uygulamaya başlanılmıştır. Kurum, kısa adı; "BAĞ-KUR" diye anılır. Kurum, bu kanun ve özel hukuk hükümlerine tabi, tüzel kişiliğe haiz bir kamu kurumudur. Kurumun merkezi Ankara'dadır. Kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumunun ilgili kuruluşu olup, mali ve idari bakımdan özerktir (Turan,2004:20).

Ülkemizde yasal ve zorunlu sosyal güvenliğe son kavuşan grup, bağımsız çalışanlar olmuştur. Yaklaşık 15,8 milyon kişiyi ve toplumun %22,5'ini kapsayan Bağ-Kur, esnaf, sanatkâr ve kendi adına çalışanları kapsamaktadır. Bağ-Kur 1988 tarihine kadar sadece bu grup için hizmet veren bir emeklilik fonu iken; bu tarihte, pilot illerden başlamak suretiyle sağlık sigortasını da kapsamına almıştır. Sağlık sigortası programı şu anda tüm ülkeyi kapsamına karşın katılım oranları son derece düşüktür (Liu, Çelik ve Şahin,2005:22).

2.5.3. T.C. Emekli Sandığı (TCES)

T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı yasa ile kurulmuştur. 5434 sayılı kanunla, halen çalışmakta olan ve

emekliye ayrılmış olan devlet memurları ile onların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamalarını; ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinin tamamını karşılamaktadır. Başlangıçta sadece memurlar ve askeri personel, Sandığın kapsamında iken daha sonra çeşitli kanunlarla Belediye Başkanları, İl Daimi Encümen Üyeleri, Milletvekilleri, askeri okul öğrencileri ve bazı kuruluşlarda sözleşmeli çalışanlar kapsamına dâhil edilmiştir. 5434 sayılı yasanın kendisine vermiş olduğu görevlerin yanı sıra, diğer yasalarla verilen bazı görevleri de yerine getirmektedir. Sağlık yardımları da bu yardımlar arasında yer almaktadır (Turan,2004:21).

3. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Toplumsal nitelikli birçok sağlık sorununun varlığı ve yaygınlaşması, dünyada her geçen gün daha çok sosyologun bu alanda çalışmasına ve tıbbın sosyoloji ile iş birliği yapmasına yol açmış ve hatta bu ilişkiyi bir ölçüde kaçınılmaz kılmıştır.

Cirhinlioğlu'na göre sağlık-hastalık kavramlarının anlaşılmasında tıbbın tek taraflı yaklaşımı aşıldığı ve geniş zeminlere yayıldığı zaman, hastalık-sağlık kavramlarının toplumsal yanı ortaya çıkmış olacaktır. Sosyoloji ile tıp bilgilerinin kesiştiği noktayı sağlık sosyoloji oluşturmaktadır (Cirhinlioğlu,2001:7).

“Sağlık sosyolojisini, sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal ve kültürel yapı içine yerleştirerek inceleyen, toplum-sağlık alanında nedensellik ilişkileri kuran, bu ilişkileri araştırarak genellemelere ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir sosyoloji dalı” (Adak,2002:13) olarak tanımlayabiliriz.

Hastalıklarla mücadelede hastalık ortaya çıkmadan önceki dönemdeki sorunların çözümü önem kazanmaktadır. Bunun için de, sağlık sorununa sadece biyolojik değil aynı zamanda bu sorunu doğuran koşulların incelenmesini ele alan toplumsal bir araştırma sorunu olarak bakmak daha doğru olacaktır. Modern tıp, hastalıkların gerçek kökenleri ile birlikte anlaşılıp, tedavi edilebileceğini kabul etmektedir (Cirhinlioğlu,2001:9).

Sağlık sosyolojisi ilk olarak 1940'lı yılların sonunda ABD'de ortaya çıkmıştır. Avrupa'da ise on yıl kadar sonra 1950'lerin sonunda başlamıştır. Bu kavramın ilk kullanıldığı yer ise 1894'de McIntre tarafından yazılan ve sağlıkta sosyal faktörlerin önemine işaret eden makaledir. Bunu 1902'de Blackwell'in tıp ve toplum ilişkisini konu edinen yazısı izlemiştir. Blackwell, ABD'deki ilk tıp mezunu kadındır. 1927'de Stern'in tıbbi gelişimde sosyal faktörler ile ilgili çalışması ise, aslında sosyolojik bakış açısından

yapılan ilk yayın olmuştur. Bugün bir tarafta antropologlar, diğer tarafta sosyologlar olmak üzere uzmanlar, hastalık-sağlık problemi, hastane, klinikler gibi çeşitli sağlık merkezlerini, ilgi çekici araştırmalara tabi tutmuşlardır (Kasapoğlu,1999:1).

Sosyolojinin tıpla olan münasebetleri diğer özel sosyoloji disiplinleri kadar önemlidir. Son zamanlarda ABD’de ortaya çıkan bir kavram da “tıpta sosyoloji” (sociology in medicine) ile “tıbbi sosyoloji” (sociology of medicine) kavramlarıdır. Akademik sosyoloji yönelimli olarak, sosyoloji bölümlerinde sosyologların çalışmaları tıbbi sosyoloji iken, tıp fakültelerinde veya sağlık kuruluşlarında uygulamalı olarak sosyolojik araştırmalar yapmak tıpta sosyoloji olmaktadır. Bu kavramlar Amerika ve Avrupa’da yukarıda da bahsedildiği gibi ikinci dünya savaşından sonra geniş bir alaka görmüştür (Kasapoğlu,1999:3).

Sağlık sosyolojisi geçen 20 yıl boyunca karakteristik olarak devamlı olmayan, parça parça bir gelişme göstermiştir. Bu gelişme, akademik sosyolojiden ayrılıp daha çok pratik uygulamalara eğilim göstermiştir (Cunningham ve McKeganey,1990:1).

Türkiye’de medikal sosyoloji alanında yapılan ilk çalışma Orhan Türkdoğan’a aittir. 1964-1965 yılları arasında Erzurum-Ilıca kasabasının 37 köyü üzerinde uygulamalı olarak yapılmıştır.

Sağlık sosyolojisi, hastalıkların toplumun yapısı ile ilişkisini, hastalıkların dağılımını, hastalıklara karşı insanların tutumlarını, hastalıkların sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerini, sağlık-hastalık ile sosyal sınıf ilişkilerini, yoksulluk, işsizlik, boşanma ve ölüm gibi sosyal olguların sağlık ve hastalığa etkilerini, çevre, yaşamın konut, aile ve meslek faktörlerinin sağlık ve hastalığındaki rolünü inceler (Adak,2002:18).

20 yıl öncesine kadar sağlık ve hastalık denildiğinde hastaneler, doktorlar, hemşireler, ilaçlar ve ilk yardım çantaları akla gelirken günümüzde artık sağlıklı yiyecekler, vitamin hapları, alternatif tıp, sağlık kulüpleri, aerobik, koşu ve yürüyüş pabuçları, terapi, sağlık kontrolleri de dahil olmak üzere çok daha geniş bir alan akla gelmektedir. Bu yüzden batı toplumlarında sağlığın kültürün bir parçası haline geldiği belirtilmektedir (Kasapoğlu,1999:4). Ayrıca, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de

sağlığın medyanın son derece dikkatini çektiği; TV, radyo ve magazinlerin sağlık ve hastalık konularına daha fazla yer ve zaman ayırdığı gözlenmektedir. Özellikle eğitim düzeyi düşük toplumlarda, TV gibi görsel-işitsel iletişim araçlarında, sağlık ve hastalıklarla ilgili yapılan programların önemi yadsınamaz. Türkiye’de çeşitli televizyon kanallarının her kesimden izleyiciye hitap ederek bilinçlenmelerine katkıda bulunduğu da bir gerçektir.

Sosyoloji ve tıp sahalarındaki yakınlaşmaları ortaya koyan faktörleri şöyle açıklayabiliriz. Hasta, bir fert olarak toplumun üyesidir. Hastalanmadan önce hasta, sosyal sistem içinde belirli bir rol ve göreve sahip iken hastalandıktan sonra sosyal ilişkileri azalıyor, rol ve görevinde sorumsuzluk kazanıyor. Bu bakımdan hastalık, sağlığın tersi olarak insanlar arası sosyal münasebetlerin azalması, hastanın sosyal statüsünde işgal etmiş olduğu rol ve görevlerin ifa edilememesi ve hastanın iradesi dışı, yani kendi hatası olmadan, bir sorumsuzluk ortamı içinde yaşaması hâlidir (Türkdoğan,1991:2).

Dressler, Baliero ve Santos’da, Toplumsal Desteğin Kültürel İnşası adlı makalelerinde, sosyal ve kültürel faktörlerin, sağlık ve hastalıklarla ilişkisini tartışmakta ve kendileri de bir model önermektedirler. Onlara göre, bir toplumda hastalıkların dağılımında toplumsal ilişkiler önemlidir. Hatta toplumsal ilişkileri fazla olanlar daha sağlıklı ve uzun ömürlüdürler. İşte bu gözlem, toplumsal destek konusunda birçok araştırmanın yapılmasına yol açmıştır. Bu çalışmalarda örneğin, evli kişilerin ölüm hızlarının, tüm ölüm nedenleri açısından, bekarlarla karşılaştırıldığında daha düşük çıktığı gösterilmiştir (Kasapoğlu,1999:4).

Tıbbın yanı sıra, sağlık ve hastalığın sosyolojisinde de birçok önemli değişimler meydana gelmiştir. Örneğin, Nettleton’a göre bugün tıp ve sosyoloji daha fazla ortak yöne sahiptir. Tıptaki değişmelerin, kısmen de olsa sosyal bilimlerin meydan okumasından kaynaklandığı açıktır. Ayrıca hastalıkların da, toplumun tepkisi ve duyarlılığı yüzünden değiştiği bilinmektedir (Kasapoğlu,1999:5).

Son olarak sağlık ve hastalık sosyolojisinin yapmış olduğu katkıları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- a. Sağlık ve hastalığın sosyolojisi, geleneksel biomedikal yaklaşıma alternatif oluşturmaya yardımcı olmuştur.
- b. Hastanın bir cisim olarak değil, bütünüyle kişi olarak önemli olduğunu ortaya koymuştur.
- c. Kurum yerine topluluk içinde bakımın daha değerli olduğunu,
- d. Hastalık ve rahatsızlık kadar, sağlığın da önemli olduğunu,
- e. Sağlık bakımı, hastalık ve sağlıkta uzman olmayan, sıradan yada sokaktaki insanların görüşlerinin de önemli olduğunu tekrar gündeme sokmuştur (Kasapoğlu,1999:7).

4. ARAŞTIRMANIN METODU

4.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

“Meslekler Sosyolojisi Açısından Doktorluk Mesleği ve Doktorlar: Elazığ Örneği” adını taşıyan tez konumuz, bir alan araştırmasına dayanmaktadır. Bu alan araştırmasında “anket formu”, “gözlem” ve “görüşme” tekniklerinden faydalanılmıştır. Görüşmeler genellikle kısa süreli olarak anket formlarının uygulanmasından önce, uygulama esnasında ve uygulama sonrasında yapılmıştır.

Araştırmanın kuramsal çerçevesinin oluşturulmasında teorik bir yaklaşım takip edilerek dokümaner tekniklerden faydalanılmıştır. Bu amaçla konuyla ilgili olduğu düşünülen çeşitli eserler, kaynak kitaplar, dergiler, bültenler, makaleler ve sınırlı sayıda benzer çalışmalar incelenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın metodolojik yaklaşımı, durum tespitine yöneliktir. Ancak sadece durum tespitiyle yetinilmemiş, birtakım hipotezlerin test edilmesine de çalışılmıştır. Bu araştırma, gerek iktisadi gerekse siyasal alanda ayrıcalıklı bir sınıf oluşturan doktorların sosyolojik portresini çizmek amacı ile oluşmuştur. Bu araştırma ile doktorlar kategorisinin toplumsal konumu açıklığa kavuşturulmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla bu araştırma, doktorların ayırıcı genel özelliklerini, toplumsal ve sınıfsal kökenlerini, mesleklerine ilişkin tutum ve tavırlarını, mesleki bilinçlerini, mesleki etik ve duyarlılık düzeylerini, kendilerini ve mesleklerini algılama biçimlerini, toplumdaki prestijlerini, devlet yapısına olan bakış açılarını, toplumsal faaliyetlerini, boş zaman değerlendirme biçimlerini ve gelecek vizyonlarını anlamaya yönelik, bütüncül bir doktor portresi oluşturmaya çalışmaktadır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Elazığ'da bulunan resmi ve özel sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. Bunlar; Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ Harput Hastanesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zührevi Hastalıklar Hastanesi, Diş Hastanesi, Sarahatun Doğumevi, Yıldız Sağlık Ocağı, Kültür Sağlık Ocağı, Sanayi Sağlık Ocağı, İzzetpaşa Sağlık Ocağı, Özel Çağrı Tıp Merkezi, Özel İdeal Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Merkezi ve Özel Elazığ Hastanesidir.

Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nün verilerine göre Elazığ il merkezi, çevre ilçeleri ve köylerinde toplam 491 doktor görev yapmaktadır. Bunların 201'i belli bir alanda ihtisas sahibi uzman doktor, 290'ı ise pratisyen hekimdir.

Bu çalışmada örneklem grubunun belirlenmesinde evrendeki elemanların birbirine eşit seçilme şansına sahip olduğu oransız eleman örnekleme (simple random sampling) tekniği kullanılmıştır. Örneklemin oluşturulmasında yansızlık temel kuralına bağlı kalınmıştır. Çalışma evreninin tam bir listesi Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden temin edilmiştir. Buna göre, Elazığ'da mevcut toplam 491 kişi içinden 100 kişi örnekleminizi oluşturmaktadır. Örnekleminiz, evrenin %20,36 sını kapsamaktadır. Buna göre örneklem grubumuzun, evreni doğru olarak temsil etme özelliğine sahip olduğu söylenebilir.

4.3. Bilgi Toplama Araçları

Bu uygulamalı çalışmada bilgi toplama aracı olarak "anket formu" kullanılmıştır. Bunun yanı sıra çalışmamızın konusuna ilişkin gözlemlerde bulunmuş, anket formlarının uygulanması öncesinde, uygulanması esnasında ve sonrasında doktorlarla kısa süreli görüşmeler yapılmıştır.

Araştırma formlarının hazırlanmasında büyük ölçüde benzer çalışmalarda kullanılan anket formlarından yararlanılmıştır (Uzun,2000;Tengiz,2001)

Araştırmamızda kullanılan anket formu kapsam itibari ile kapalı ve açık uçlu 55 sorudan oluşmaktadır. Soru sayısını çok fazla tutmayarak anketi dolduranların sıkılmamaları amaçlanmıştır. Bir anketin doldurulması ortalama 15 dk. sürmüştür.

Anket formunda kullanılan sorularla, doktorların demografik özellikleri, toplumsal ve sınıfsal kökenleri, iktisadi durumları, mesleklerine ilişkin tutum ve tavırları, kendilerini ve mesleklerini algılama biçimleri, mesleki memnuniyetleri, gelecek vizyonları, boş zaman aktiviteleri, sürekli gelişim faaliyetleri, birikim araçları değerlendirilmeye çalışılmıştır. Böylece doktorların sosyolojik bir portresi oluşturulmaya çalışılmıştır.

4.4.Uygulama

Daha önceki bölümlerde de görüldüğü gibi anket formu oldukça kapsamlı bilgileri ölçmeye yöneliktir. Amaca yönelik bulguları vermesi için sorular ve cevap şıkları çok yönlü olarak düşünülmüştür. Bu yüzden anket formunun hazırlanma süreci uzun sürmüştür. Anket formu hazırlandıktan sonra yakın çevrede bulunan 8 doktora pilot uygulama yapılmış, uygulama sonucunda anketle ilgili gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Başlangıçta pilot uygulamaya tabi tutulan doktorlara anketin son hâli uygulanmamıştır.

Anket formlarının uygulanmasına 2007 yılı Mart ayı başında başlanmış ve 1.5 ayda tamamlanabilmiştir. Toplam 112 anket formu basılmış, bunların 100 tanesi elimize ulaşarak değerlendirme kapsamına alınmıştır. Anket sayısının yüz gibi yuvarlak bir sayı olması tesadüfi olmuştur, bunun yanında değerlendirmede de kolaylık sağlamıştır.

Anket formlarının uygulanmasında birebir görüşme yapıldığı gibi katılımcılara anket formunun bırakılıp daha sonra alınması yoluna da başvurulmuştur. Katılımcıların mesai programlarının çok yoğun olması bu şekilde bir uygulamanın başlıca nedeni olmuştur. Anketler dağıtılırken hangi kuruluşa kaç anketin verildiği tek tek not edilmiş ancak yine de 12 adet anket kaybolmuştur.

4.5.Tasnif ve Analiz Teknikleri

Araştırmada, veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu, konuyla ilgili yerli ve yabancı literatür taranarak, Sosyoloji Bölümündeki öğretim üyelerinin görüşlerine başvurularak ve daha önce aynı konuyla ilgili yapılmış araştırmalardan yararlanılarak elde edilmiştir. Geliştirilen ankette, doktorların kişisel

bilgilerini ve bazı konulardaki tutum ve görüşlerini ölçmeye yönelik 55 madde yer almıştır. Araştırmada kullanılan anket formunun soruları ve cevap seçenekleri, bilgisayar ortamında değerlendirilmeye uygun olacak biçimde numaralandırılarak hazırlanmıştır. Uygulama için gerekli izinler alındıktan sonra anket, Elazığ İl Merkezinde yer alan 5 adet Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi, 3 adet Özel Hastane ve 4 adet Sağlık Ocağında görev yapan doktorlara uygulanmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından doktorlara yönelik olarak geliştirilen anket formuyla elde edilmiştir. Uygulama için gerekli izinlerin alınması, anketlerin çoğaltılması, araştırma kapsamında yer alan hastane ve sağlık ocaklarına dağıtılması, doldurulan anketlerin toplanması işlemleri araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Örneklem içerisinde yer alan hastane ve sağlık ocaklarına 112 adet anket dağıtılmış, uygulamadan sonra geri toplanamayan veya geçersiz sayılan anketler dışında, 100 adet anket elde edilmiştir.

Verilerin analizine yönelik olarak, öncelikle araştırma kapsamında yer alan doktorlardan elde edilen veriler SPSS for Windows 10.0 paket programında işlenmiştir. İlk olarak basit dağılım tabloları aracılığı ile ele alınan bağımsız değişkenlerin hangi bağımlı değişkenlerle ilişkisinin olabileceği tespit edilmiştir. Doktorların kişisel özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistiksel analizler için frekans ve yüzde alma teknikleri uygulanmıştır. Doktorların kişisel özellikleri açısından yapılan karşılaştırmalarda iki değişken arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla X^2 testi uygulanmıştır. Elde edilen tablolar yorumlanırken bağımsız değişkenlerin yüzdeleri esas alınmış ve buna göre oransal açıdan bir azalma ya da artışın olup olmadığı öğrenilmeye çalışılmıştır. Basit dağılım tabloları, belli bir sistem çerçevesinde verilmiş olup belli alanlarda yoğunlaşmaların sebep sonuçları üzerine birtakım yorumlamalarda bulunulmuştur. Anket formunda yer alan açık uçlu sorulara verilen cevaplar, benzer özelliklere göre belirli kategorilere dönüştürülmek suretiyle bilgisayarda işlenmiş, daha sonra tablo hâline getirilmiştir. Açık uçlu sorulara ve bazı soruların “diğer” biçimindeki seçeneklerine verilen ve aktarmaya değer bulunan bazı ifadelere de ilgili bölümlerde yer verilmiştir. Anketteki açık uçlu sorulardan oluşan bu nitel veriler, belirli başlıklar altında toplanıp yüzde ve frekansları verilerek gösterilmiş ve yorumlanmıştır.

5. BULGULAR VE YORUMLAR

5.1. Doktor Grubunun Genel Demografik Özellikleri

Bu kısımda araştırma kapsamına giren doktorların genel birtakım özellikleri sunulmaktadır. Araştırmaya konu olan kitle hakkında daha sağlıklı yorumlarda bulunulması ve doktorların genel özellikleri itibariyle tanınması, söz konusu kategorinin toplumsal kimliği ve toplumsal konumuna ilişkin bazı genel çıkarımlarda bulunmamızı olanaklı kılmaktadır. Bu amaçla örnekleme girenlerin; cinsiyetleri, yaşları, doğum yerleri ve medeni durumlarının bilinmesi önem arz etmektedir.

5.1.1. Cinsiyet Durumu

Örneklem grubumuzun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkek doktorların oranının daha çok olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Doktorların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	29	29
Erkek	71	71
Toplam	100	100

Tablo 1’de araştırma kapsamında yer alan doktorların cinsiyet değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların %29’u kadın, %71’i erkektir.

Kadın doktor sayısının erkek doktora göre az olmasının, tıp fakültelerinde okumayı tercih eden kadın öğrencilerin sayısının az olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesinden son iki yılda mezun olan öğrencilere bakıldığında bu durum daha açık olarak görülebilmektedir. Son iki yılda (2005-2006) bu üniversiteden mezun olan 163 doktordan 61’i kadındır (med.firat.edu.tr). Bu yüzden örnekleminizde yer alan kadın doktorların azlığı,

evrendeki kadın doktorların azlığı ile açıklanabilir. Bu sonuca göre Elazığ'da doktorluk mesleği ağırlıklı olarak erkekler tarafından tercih edilen bir meslektir denilebilir.

5.1.2. Yaş Durumu

Örneklem grubumuzun içinde buldukları yaş dilimleri incelendiğinde genç ve orta yaş grubunda yer aldıkları görülmektedir.

Tablo 2. Doktorların Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	%
20-30 yaş	35	35
31-40 yaş	47	47
41 ve üzeri yaş	18	18
Toplam	100	100

Tablo 2'de araştırma kapsamında yer alan doktorların yaş değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların %35'i 20-30 yaş aralığında, %47'si 31-40 yaş aralığında, %18'i 41 ve üzeri yaş aralığında yer almaktadır.

Kişilerin toplumsal konumlarını ve rollerini belirlemede yaş, önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Yaş faktörü, kişilerin sergiledikleri tutum ve davranışların anlaşılmasında ve anlamlandırılmasında da önemli bir faktördür. Örneklem grubundaki doktorların beşte dördünün 40 yaş altı grupta kümelendikleri görülmektedir. Bu durumun örneklem grubunun içinde yer alan sağlık ocaklarında görev yapan doktorların, uzmanlık elde edememiş genç yaşta doktorlar olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye'nin genel demografik yapısı gereği genç nüfusa sahip olması, bu sonucu destekler niteliktedir. Dolayısıyla Elazığ'da doktorluk mesleği oldukça genç insanlarca icra edilmektedir denilebilir.

5.1.3. Doğum Yeri

Örneklem grubundaki doktorların doğum yerlerine göre dağılımları incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun küçük veya büyük şehirlerde doğdukları görülmektedir.

Tablo 3. Doktorların Doğum Yeriine Göre Dağılımı

Doğum Yeri	Sayı	%
Büyük şehir	22	22
Küçük şehir	50	50
Kasaba	10	10
Köy	18	18
Toplam	100	100

Tablo 3'te araştırma kapsamında yer alan doktorların doğum yeri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların %22'si büyük şehirde, %50'si küçük şehirde, %10'u kasabada, %18'i köyde doğmuştur.

Genel olarak doğum yerlerine göre doktorların dağılımına ilişkin olarak örneklem grubumuzun büyük bir çoğunluğunun şehir kökenli oldukları (%72) ve bu yüzden iyi olanaklara sahip olabildikleri (eğitim, sağlık, sosyal çevre) yönünde bir değerlendirmede bulunmamız mümkündür.

5.1.4. Medeni Durumu

Örneklem grubundaki doktorların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde büyük bir grubun evli olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Doktorların Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	77	77
Bekar	21	21
Dul	2	2
Toplam	100	100

Tablo 4'te araştırma kapsamında yer alan doktorların medeni durum değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların %77'si evli, %21'i bekar, %2'si duldur.

Örneklem grubumuzun genç sayılabilecek bir yaş diliminde olmasına rağmen %77 gibi bir kısmının evli olduğunu görüyoruz. Bir doktorun ortalama olarak 24-25

yaşlarında mezun olduğunu düşündüğümüzde, evlilik onlar için okul sonrasında yaş daha fazla ilerlemeden bir an önce tamamlanması gereken bir süreç olarak algılanabilir. Tabii ki okul sonrası, Türkiye şartlarının aksine doktorlar için işsizlik sorunun bulunmaması, evlilik sürecinin hızlanmasında önemli bir etken olarak düşünülebilir. Ayrıca örneklem grubumuzu oluşturan doktorlardan sadece %2'sinin dul olması ise bu grupta evlilik kurumunun göreceli olarak sağlam bir yapıda olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5.2. Doktor Grubunun Ailelerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde de önce eşin öğrenim durumu, mezun olduğu üniversite, çocuk sayıları ve çocuklarını okutmak istedikleri bölümler gibi değişkenler ele alınacak, sonra doktor grubunun anne ve babasının öğrenim durumu, anne ve baba meslekleri, yaşam standartları, ailelerinde tıp mezunu kimse olup olmadığı gibi değişik nitelikler incelenecektir. Bu niteliklerin incelenmesiyle örneklem grubumuzun birtakım tutumları açığa çıkarılmaya çalışılırken geldikleri sosyo-ekonomik köken tespit edilmeye çalışılacaktır.

5.2.1. Eşin Öğrenim Durumu

Araştırmamıza katılan 100 doktordan 79'unun evli olduğunu daha önce söylemiştik.

Tablo 5. Doktorların Eşlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eşin Eğitim Düzeyi	Sayı	%
İlkokul, Ortaokul, Lise	21	21
Yüksekokul, Üniversite	43	43
Yüksek Lisans, Doktora	15	15
Toplam	100	100

Tablo 5'te araştırma kapsamında yer alan doktorların eşlerinin eğitim düzeyi değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan evli ve dul 79 doktordan 21'inin eşi ilkök, ortaokul, lise; 43'ünün eşi yüksekokul, üniversite; 15'inin eşi yüksek lisans, doktora mezunudur.

Doktor eşlerinin öğrenim durumlarına bakıldığında doktorların büyük bir kısmının yüksek öğrenim görmüş, çalışma imkânı olan kişilerle evlenmeyi tercih ettikleri söylenebilir. Buna göre doktorların evlenecekleri kişilerde, kendilerinininki kadar yoğun bir eğitim olmasa da en azından üniversite eğitimi almış olma şartını aradıkları düşünülebilir.

5.2.2. Eşlerin Mezun Oldukları Bölüm

Doktor eşlerinin mezun oldukları bölümlere bakıldığında doktorların, eşlerinin de doktor olmalarını önemsedikleri ortaya çıkmaktadır.

Tablo 6. Doktorların Eşlerinin Mezun Olduğu Bölüme Göre Dağılımı

Eşin Mezun Olduğu Bölüm	Sayı	%
Tıp, Diş Hekimliği, Eczacılık	29	29
Eğitim, Fen-Edebiyat Fakültesi	19	19
Hukuk, İşletme, İktisat, Diğer	10	10
Eşi Üniversite Mezunu Olmayan Doktorlar	21	21
Bekar Doktorlar	21	21
Toplam	100	100

Tablo 6’da araştırma kapsamında yer alan doktorların eşlerinin mezun oldukları bölüm değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların 29’unun eşlerinin tıp fakültesi, diş hekimliği fakültesi, eczacılık fakültesi mezunu oldukları; 19’unun eşlerinin eğitim fakültesi, fen-edebiyat fakültesi mezunu oldukları; 10’unun hukuk fakültesi, işletme fakültesi, iktisat fakültesi ve diğer fakültelerden mezun oldukları tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre profesyonel bir mesleği icra eden doktorların eşlerinin tahsil düzeylerinin de yüksek olmasının; eşler arasında sosyo-ekonomik farkların azalması, birbirlerini anlama düzeylerinin yükselmesi, birbirlerini temsil edebilme yetisine sahip olabilmeleri, çocuklarını yetiştirirken topluma faydalı bireyler olarak yetiştirme beklentisinin daha yüksek olması ve Türk toplum yapısının gelişmesine yapacağı katkılar bakımından oldukça olumlu olduğu değerlendirilmiştir.

5.2.3. Sahip Olunan Çocuk Sayısı

Örneklem grubumuzdaki evli doktorların sahip oldukları çocuk sayıları, onların hayatı algılama ve yaşama tarzlarına ilişkin önemli bir gösterge niteliğini taşımaktadır.

Tablo 7. Doktorların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Çocuk Sayısı	Sayı	%
1 Çocuk	24	24
2 Çocuk	29	29
3 ve Daha Fazla	12	12
Evli ve Çocuksuz Doktorlar	12	12
Dul ve Çocuklu Doktorlar	2	2
Bekar Doktorlar	21	21
Toplam	100	100

Tablo 7’de araştırma kapsamında yer alan doktorların çocuk sayısı değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların %24’ünün 1 çocuklu, %29’unun 2 çocuklu, %12’sinin 3 ve daha fazla çocuklu olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan doktorların %12’si evli ve çocuksuz, %2’si dul ve çocuklu, %21’i bekadır.

Çocuk sahibi olmanın ekonomik (yaşlılıkta güvenecek birisinin olması, ev işlerine/ekonomisine yardım) ve psikolojik (çocuğun sağladığı şenlik, karı kocayı birbirine yakınlaştırma, çocuk sahibi olmanın yetişkinlik, olgunluk belirtisi olması vb.) birçok faydaları vardır (Kurtulmuş,1997:192). Ancak günümüzde, AB ülkeleri başta olmak üzere tüm gelişmiş ülkelerde doğurganlık oranları düşmekte, evlilik yaşı ve annenin ilk çocuğa sahip olma yaşı yükselmekte ve ailenin hacmi küçülmektedir. Buna göre doktorların da genel olarak gelir düzeylerine ve çalışma şartlarına göre mantık çerçevesinde aşırıya kaçmadıkları, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi oldukları görülmektedir.

5.2.4. Çocuklarına Vermek İstedikleri Eğitim

Örneklem grubunda çocuklarını tıp alanında yetiştirmek isteyenlerin sayısı diğerlerine göre daha fazladır. Ancak bu durum, 40. sorudaki doktorluk mesleğini tatmin edici bulup bulmama sorusuyla çelişki arz etmektedir.

Tablo 8. Doktorların Çocuklarının Okumasını İstedikleri Bölüm Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Çocuğunun Okumasını İsteddiği Bölüm Hakkındaki Görüşleri	Sayı	%
Tıp	36	36
Mühendislik	16	16
Hukuk	8	8
İdari Bilimler	4	4
Sosyal Bilimler	4	4
Askeri Okullar	3	3
Güzel Sanatlar	4	4
Diğer (Fark etmez vb.)	25	25
Toplam	100	100

Tablo 8’de araştırma kapsamında yer alan doktorların, çocuklarının okumasını istedikleri bölüm değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 36’sı çocuklarının tıp, % 16’sı mühendislik, % 8’i hukuk, % 4’ü idari bilimler, % 4’ü sosyal bilimler, % 3’ü askeri okullar, % 4’ü güzel sanatlar okumasını istediğini dile getirmiştir. Doktorların % 25’i fark etmez seçeneğini veya diğer bölümleri tercih etmişlerdir.

Çocuğun mesleki beklentilerinin belirlenmesinde en önemli etken, içinde bulunduğu aile ortamıdır. Ebeveynin eğitim düzeyi, ailenin geliri, toplumsal konumu vb. çocuğun mesleğini seçmesini etkileyen unsurlardır (Aslan,1996:95). Örneklem grubundan elde edilen bulgulara göre doktorlar mesleklerini toplumda saygın bir meslek olarak görmekte, çocukları için her şeyin en iyisini istemelerinin bir neticesi olarak onların da bu saygın mesleğe sahip olmalarının en doğal hakları olduğunu düşünmektedirler. Ancak çocuklarının bu hakkı elde etmeleri için onların çocukluklarını zehir etmemeleri, üzerlerinde sürekli bir baskı aracı olmamaları gerekmektedir. Yavuzer’in dediği gibi önemli olan, ebeveynin tutku ve beklentileri değil, çocuğun ilgi ve yetenekleridir. Bu sebeple anne ve babalar öncelikle çocuklarını tanımalı ve onları ilgi, yetenek ve istekleri doğrultusunda yönlendirmeye çalışmalıdırlar (Yavuzer,1996:63). Diğer şıkkını işaretleyenlerin büyük bir çoğunluğu çocuklarının kendi istediği bir dalda eğitim alması gerektiğini söylemişlerdir. Bunun yanında eğitim

fakültesi, uluslararası ticaret, mimarlık verilen cevaplar arasındadır. Bunların içinde en ilginç futbolcu ve popçu cevabı olmuştur.

Örnekleme grubundaki doktorların çocukların okumalarını istedikleri bölüm ile yeniden meslek seçimi yapsalar doktorluk mesleğini seçip seçmeyeceklerine ilişkin yapılan karşılaştırmalı değerlendirme ise aşağıdaki gibidir.

Tablo 9. Bugün Meslek Seçimi Yapsalar Yine Doktorluk Mesleğini Seçip Seçmeyecekleri Hakkındaki Görüşleriyle Çocuklarının Okumasını İstedikleri Bölüm Hakkındaki Görüşlerinin Kıyaslanması

Bugün Meslek Seçimi Yapsalar Yine Doktorluk Mesleğini Seçip Seçmeme Hakkındaki Görüşleri		Çocuklarının Okumasını İstedikleri Bölüm Hakkındaki Görüşleri								
		Tıp (n=36)	Mühendislik (n=16)	Hukuk (n=8)	İdari Bilimler (n=4)	Sosyal Bilimler (n=4)	Askeri Okullar (n=3)	Güzel Sanatlar (n=4)	Diğer (Farketmez vs) (n=25)	Toplam
Evet	Sayı	32	11	1	1	2	2	4	12	65
	%	32	11	1	1	2	2	4	12	65
Hayır	Sayı	4	5	7	3	2	1	-	13	35
	%	4	5	7	3	2	1	-	13	35
Toplam	Sayı	36	16	8	4	4	3	4	25	100
	%	36	16	8	4	4	3	4	25	100

$$X^2 = 27,364 \quad sd = 7 \quad p = ,000$$

Tablo 9'a göre, genel toplam açısından, araştırma dahilindeki doktorların %65'inin fikri, bugün meslek seçimi yapsam yine doktorluk mesleğini seçerdim şeklinde, %35'inin ise doktorluk mesleğini seçmezdim şeklindedir. Kendilerini; bugün meslek seçimi yapsam yine doktorluk mesleğini seçerdim şeklinde ifade eden 65 doktordan 32'sinin çocuğunun tıp okumasını, 11'inin mühendislik okumasını, 1'inin hukuk okumasını, 1'inin idari bilimler okumasını, 2'sinin sosyal bilimler okumasını, 2'sinin askerî bilimler okumasını, 4'ünün güzel sanatlar okumasını istediği, 12'sinin ise fark etmez vb. diğer ifadelerde buldukları görülmektedir. Kendilerini, bugün meslek seçimi yapsam doktorluk mesleğini seçmezdim şeklinde ifade eden 35 doktordan 4'ünün çocuğunun tıp okumasını, 5'inin mühendislik okumasını, 7'sinin hukuk okumasını, 3'ünün idari bilimler okumasını, 2'sinin sosyal bilimler okumasını, 1'inin askerî bilimler okumasını istediği, 13'ünün ise fark etmez vb. diğer ifadelerde buldukları görülmektedir. Verilerden; kendilerini, bugün meslek seçimi yapsam yine doktorluk mesleğini seçerdim şeklinde ifade eden doktorların çoğunun, çocuklarının da doktor olmasını istedikleri gözlemlenmektedir. Buna göre doktorların bugün meslek

seçimi yapsalar yine doktorluk mesleğini seçip seçmeme hakkındaki görüşlerine göre çocuklarının okumasını istekleri bölüm hakkındaki görüşlerinin anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($X^2= 27,364$, $p<.05$).

Örnekleme grubundaki doktorların üçte ikilik kısmı, yeniden meslek seçimi yapsalar yine doktorluk mesleğini seçeceklerini ifade etmişlerdir. Bu grubun yarısı da bu mesleğe çocuklarının da sahip olmasını istediklerini belirtmiştir. Buna göre doktorluk mesleği hakkında meslek sahiplerinin genel bir memnuniyeti olduğunu söyleyebiliriz. Ancak % 35'lik bir kesimin memnuniyetsizlikleri de göz ardı edilemez. Bunun nedenleri arasında gelir yetersizliği, iş yerindeki ilişkiler sıralanabilir.

5.2.5. Ebeveynlerin Öğrenim Durumu

Aile, sosyalleşmenin başladığı ilk kurumdur. Çocuğun ilk öğretmeni annesi ve babasıdır. Bu yüzden anne ve babanın eğitim düzeyi oldukça önemlidir. Çünkü bireyin tüm yaşamı boyunca ailenin etkisi hissedilir. Aile, bireyin kişiliğinin oluşmasında kritik öğelerden biridir.

Tablo 10. Doktorların Anne ve Babalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Anne Öğrenim Durumu	Sayı	%	Baba Öğrenim Durumu	Sayı	%
Okur-yazar	25	25	Okur-yazar	19	19
İlkokul	28	28	İlkokul	21	21
Ortaokul	6	6	Ortaokul	12	12
Lise	14	14	Lise	18	18
Üniversite	12	12	Üniversite	22	22
Diğer (Okur Yazar Değil vs)	15	15	Diğer (Okur Yazar Değil vs)	8	8
Toplam	100	100	Toplam	100	100

Tablo 10'da araştırma kapsamında yer alan doktorların anne ve baba öğrenim durumu değişkenlerine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 25'inin annesinin okur-yazar olduğu, % 28'inin annesinin ilkokul, % 6'sının ortaokul, % 14'ünün lise, % 12'sinin üniversite öğrenimi gördüğü tespit edilmiştir. Araştırma dahilindeki doktorların % 19'unun babasının okur-yazar olduğu, % 21'inin babasının ilkokul, % 12'sinin ortaokul, % 18'inin lise, % 22'sinin üniversite öğrenimi gördüğü tespit edilmiştir.

Anne öğrenim durumunda diğer şıkkını işaretleyen 15 kişiden 9'u annesinin okuma-yazma bilmediğini ifade etmiştir. 6 kişi de çeşitli sebeplerle boş bırakmıştır. Aynı şıkkın baba için geçerli olan 8 kişiden 3'ü okuma-yazma bilmediğini ifade etmiş, geri kalanı ise boş bırakmıştır. Doktor babalarının öğrenim durumları, annelere göre daha iyi olmakla birlikte doktorların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin beklenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu açıdan doktor grubunun eğitim düzeyi düşük ailelerden geldikleri söylenebilir.

5.2.6. Baba Mesleği

Örneklem grubundaki doktorların sosyo-ekonomik kökenlerinin anlaşılmasında, baba mesleği önemli bir gösterge olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca kişilerin mesleğe yönelmede, baba mesleğinin çoğu kez belirleyici olduğu düşünüldüğünde, bunun tespiti daha da önem kazanmaktadır.

Tablo 11. Doktorların Baba Mesleğine Göre Dağılımı

Baba Mesleği	Sayı	%
Emekli	27	27
Memur	24	24
İşçi	8	8
Esnaf, Serbest Meslek Sahibi	23	23
Çiftçi	4	4
Diğer	14	14
Toplam	100	100

Tablo 11'de araştırma kapsamında yer alan doktorların baba mesleği değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 27'sinin babası emekli, % 24'ünün memur, % 8'inin işçi, % 23'ünün serbest meslek sahibi, esnaf, %4'ünün çiftçi olduğu tespit edilmiştir.

Bu soru açık uçlu bir soru olduğundan bütün memurluk ve emeklilik çeşitleri memur ve emekli başlıklarında toplanmıştır. Dikkatimizi çeken bir nokta hiçbir doktor babanın bulunmaması olmuştur. Bulgular dikkate alınarak örneklem grubunun geldiği sosyal tabaka belirlenmek istenirse örneklem grubunda yer alan meslekler tabakalar hâlinde tasnife tutulduğunda esnaf, serbest meslek sahibinin orta-orta tabakada, diğer grupların orta-alt tabakada yer aldığı söylenebilir. Buna göre doktorların büyük ölçüde

yer aldıkları tabakalar doğrultusunda orta olarak düşünülebilecek bir sosyo-ekonomik tabakadan geldikleri söylenebilir.

5.2.7. Anne Mesleği

Örneklem grubumuzdaki doktorların büyük bir kısmının annesi ev hanımı olarak belirlenmiştir. Bu durum, anne öğrenim düzeyi ile paralellik arz etmektedir.

Tablo 12. Doktorların Anne Mesleğine Göre Dağılımı

Anne Mesleği	Sayı	%
Ev Hanımı	82	82
Emekli	4	4
Öğretmen	9	9
Diğer	5	5
Toplam	100	100

Tablo 12’de araştırma kapsamında yer alan doktorların anne mesleği değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 82’sinin annesi ev hanımı, % 4’ünün annesi emekli, % 9’unun annesi öğretmen ve %5’inin annesi diğer meslek gruplarına mensuptur.

Örneklem grubundaki doktorların annelerinin ev hanımı olmasının; çocuğa ayrılan zamanın artmasına, olaylara anında reaksiyon verilmesine, sevginin bakıcılar, kreşler yüzünden bölünmemesine, böylece çocuğun daha iyi yetiştirilmesi ihtimalinin artmasına neden olduğu düşünülebilir.

5.2.8. Ebeveynlerin Yaşam Standardı

Örneklem grubunun ailelerinin yaşam standardı, ebeveynlerin meslekleri de dikkate alındığında sosyo-ekonomik kökenlerinin anlaşılmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Tablo 13. Doktorların Yetiştikleri Ailenin Yaşam Standardına Göre Dağılımı

Yetiştikleri Ailenin Yaşam Standardı	Sayı	%
Toplumun oldukça üzerinde	5	5

Nispeten rahat yaşanacak düzeyde	28	28
Kendilerini geçindirebilecek düzeyde	57	57
Geçim zorluğu çekiyorlardı	10	10
Toplam	100	100

Tablo 13'te, araştırma kapsamında yer alan doktorların yetiştikleri ailenin yaşam standartları değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 5'inin yetiştikleri aile ortamının toplumun oldukça üzerinde, % 28'inin nispeten rahat yaşayacak düzeyde, % 57'sinin kendilerini geçindirebilecek düzeyde bir yaşam standardına sahip olduğu; % 10'unun ise geçim zorluğu çektiği tespit edilmiştir.

Ailenin yaşam düzeyine göre dağılımı incelendiğinde örneklem grubumuzun büyük bir bölümünün orta kesimde yer aldığı anlaşılmaktadır. Elde edilen bu veriler ışığında doktor kesiminin sosyo-ekonomik köken itibari ile büyük ölçüde orta ve kısmen orta alt tabakada yer alan ailelerden geldikleri söylenebilir.

Bu konuda Cirhinlioğlu'nun tespitlerine göre; hekimler genellikle kırsal kökenli ailelerden gelmektedirler. Fakir ailelerin çocuklarını doktorluk mesleğine yönlendirmelerinde iki husus etkili olmaktadır. Birincisi; sağlık sorunlarının ne kadar masraflı ve zor çözüldüğünü bildiklerinden, ailelerinden birinin doktor olmasının aileyi bu açıdan rahatlatılabileceğinin düşünülmesi, ikincisi ise; çocuğun çok zor koşullarda eğitim aldığı düşünüklerinden, itibarlı hekimlik mesleğine girmesi ile, hem toplumsal itibarlarının artacağı hem de maddi zorluklarının üstesinden daha zahmetsizce geleceklerini düşünmeleridir (Cirhinlioğlu,2001:115).

5.2.9. Ailede Tıp Fakültesi Mezunu Olma Durumu

Doktor ailelerine baktığımızda, ailelerinde azımsanmayacak ölçüde (%37) kendileri dışında doktor bulunduğunu görüyoruz. Tabii bunun büyük çoğunluğunu doktor eşleri oluşturmaktadır. Dolayısıyla doktorların çoğu, doktorluk mesleğini ailesinin dışındaki faktörler doğrultusunda belirlemiştir diyebiliriz.

Tablo 14. Doktorların Ailelerinde Tıp Fakültesi Mezunu Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

Tıp Fakültesi Mezunu Yakın	Sayı	%
----------------------------	------	---

Eşim	20	20
Akrabalarım	17	17
Yok	63	63
Toplam	100	100

Tablo 14’de araştırma kapsamında yer alan doktorların ailelerinde tıp fakültesi mezunu olup olmama değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 20’sini eşinin, % 17’sinin annesinin, babasının veya akrabalarının (anne-babası tıp mezunu olan doktor olmadığını söylemiştik, 17 kişinin 14’ü kardeş, 1’i kuzen, 1’i yeğen, 1’i de oğlu) tıp fakültesi mezunu olduğu; % 63’ünün ailesinde tıp fakültesi mezunu olmadığı tespit edilmiştir.

Doktor ailelerinin eğitim düzeylerinin beklenenin altında olduğunu görmüştük (Tablo 10). Dolayısıyla ailelerinde tıp fakültesi mezunu kişilerin azlığı olumlu karşılanabilir.

5.3. Doktor Grubunun Eğitimine İlişkin Bulgular

Bu alt bölümde doktor grubunun mezun olduğu lise türüne, mezun oldukları üniversiteye, bildiği yabancı dillere ve düzeylerine, bilgisayar kullanma sırasında aldığı bilgi ve becerileri işinde kullanma derecesine ilişkin bulgulara yer verilecek ve bunlara ilişkin değerlendirmelerde bulunulacaktır.

5.3.1. Bitirilen Lisenin Türü

Örnekleminizde yer alan doktorların bitirdikleri lisenin dağılımına göre dağılımı aşağıdaki gibidir.

Tablo 15. Doktorların Mezun Olduğu Lisenin Niteliğine Göre Dağılımı

Mezun Olduğu Lisenin Niteliği	Sayı	%
Düz lise	75	75
Özel okul	6	6
Meslek lisesi	3	3
Anadolu lisesi	13	13
Diğer	3	3

Toplam	100	100
--------	-----	-----

Tablo 15’te araştırma kapsamında yer alan doktorların mezun oldukları lisenin niteliği değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 75’i düz lise, % 6’sı özel okul, % 3’ü meslek lisesi, % 13’ü Anadolu lisesi, % 3’ü diğer liselerden mezun olmuştur.

Bu veriler de bize örneklem grubunun geldiği tabaka ile ilgili bilgiler sunmaktadır. Genellikle düz lise ve anadolu lisesi mezunu grubun, orta ve orta-alt tabakaya mensup ailelerin eğitim tercihinine uygun bir öğrenim gördükleri söylenebilir. İnsanların genel olarak devlet okullarının kalitesinden şüphe ettiği Türkiye’de, örneklem grubunun çok büyük bir bölümünün devlet okulları temelinden gelmesi, düşünülmesi gereken bir konudur. Bu bulgu, devlet okullarının kötü imajının telafisinde önemli bir role sahip olabilir. Özel okul mezunu olanların oranının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu da bize daha iyi eğitim verdikleri kabul gören özel ve yabancı dile dayalı eğitim veren okullardan mezun olan öğrencilerin tıp fakültelerini tercih etmedikleri sonucuna götürebilir.

5.3.2. Mezun Olunan Üniversite

Örneklemimizde yer alan doktorların mezun oldukları üniversitelere göre dağılımları aşağıdaki gibidir.

Tablo 16. Doktorların Mezun Olduğu Üniversiteye Göre Dağılımı

Mezun Olduğu Üniversite	Sayı	%
Fırat Üniversitesi	35	35
Büyük Şehir Üniversiteleri	46	46
Küçük Şehir Üniversiteleri	19	19
Toplam	100	100

Tablo 16’da araştırma kapsamında yer alan doktorların mezun oldukları üniversite değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 35’i Fırat Üniversitesinden, % 46’sı büyük şehir üniversitelerinden, % 19’u küçük şehir üniversitelerinden mezun olmuştur.

Örnekleme grubundaki % 35'lik kesim, kendi şehirlerinde okumayı tercih etmişlerdir. Uzak yerlerde okumanın getireceği maddi yükten kaçındıkları düşünülebilir. Bunun yanı sıra % 46'lık kesimin de Ankara, İstanbul, İzmir'deki büyük üniversitelerden mezun oldukları görülmektedir. Buna göre Elazığ'daki doktorların büyük bir kesiminin Fırat Üniversitesi'nin de dahil olduğu seçkin üniversitelerden mezun oldukları söylenebilir. Böylelikle öğrenim hayatlarında bilginin kaynağına birinci elden ulaştıkları düşünülmektedir.

5.3.3. Yabancı Dil Bilme Düzeyi

Doktorların yabancı dil bilmelerinin kendilerini geliştirmeleriyle direkt alakalı olduğu düşünülmektedir. Tıpla ilgili yayınların takip edilmesinde yabancı dilin önemi ortaya çıkmaktadır. Her geçen gün yeni şeylerin ortaya çıktığı tıp alanında yabancı dil bilme faktörü önemli bir ayrıcalık olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 17. Doktorların Yabancı Dil Bilgilerine Göre Dağılımı

Yabancı Dil Bilgisi	Sayı	%
İngilizce'yi çok az biliyorum	33	33
İngilizce'yi tıpla ilgili yayınları izleyecek düzeyde biliyorum	32	32
İngilizce'yi gündelik konuşma yapabilecek düzeyde biliyorum	9	9
İngilizce'yi çeviri yapabilecek düzeyde biliyorum	21	21
İngilizce'yi çok iyi biliyorum	3	3
Başka bir dili çok az biliyorum	1	1
Başka bir dili çeviri yapabilecek düzeyde biliyorum	1	1
Toplam	100	100

Tablo 17'de araştırma kapsamında yer alan doktorların yabancı dil bilgisi değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 33'ü İngilizce'yi çok az bildiğini, % 32'si İngilizce'yi tıpla ilgili yayınları izleyecek düzeyde bildiğini, % 9'u İngilizce'yi gündelik konuşma yapabilecek düzeyde bildiğini, % 21'i İngilizce'yi çeviri yapabilecek düzeyde bildiğini, % 3'ü İngilizce'yi çok iyi bildiğini, % 1'i başka bir dili çok az bildiğini, % 1'i başka bir dili çeviri yapabilecek düzeyde bildiğini belirtmiştir.

Örnekleme grubunda sadece 2 kişi başka bir yabancı dil bildiğini ifade etmiştir. Görüldüğü gibi İngilizce üzerine bir yoğunlaşma vardır. Bunun da orta öğretimde okutulan yabancı dil ders müfredatından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örnekleme grubunda % 33'lük bir kesimin İngilizceyi çok az bildiğini ifade etmesi; doktorluğun gelişmeleri sürekli takip etmesi gereken bir meslek grubu özelliği göstermesi bakımından şaşırtıcıdır. Sonucun bu şekilde olmasının, doktorların büyük bir kısmının orta öğretimde düz lise mezunu (Tablo 15) olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak doktorlarla yakından ilgili dil sorununu ivedilikle çözümlenmesi gerektiği belirtilebilir. Örnekleme grubunun geri kalan kısmı ise kendilerini geliştirebilecek ölçüde yabancı dil bildiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca yabancı dil bilme durumunun arzulanacak bir nitelik taşıdığı düşünülecek olursa bu oranların da abartılmış olabileceği hatırlanmalıdır.

5.3.4. Bilgisayar Kullanma Düzeyi

Bilgisayar kullanmak, araba kullanmak gibi gündelik işlerimizi kolaylaştırma adına bir zorunluluk hâline gelmiştir. Bu anlamda her meslek grubunda olduğu gibi doktorlar için de bilgisayar kullanabilmenin önemi büyüktür.

Tablo 18. Doktorların Bilgisayar Kullanma Düzeyine Göre Dağılımı

Bilgisayar Kullanma Düzeyi	Sayı	%
Hayır bilmiyorum.	2	2
Evet, oyun oynayabiliyor, basit işleri yapabiliyorum.	32	32
Evet, paket programlarını kullanabiliyorum.	44	44
Evet, Microsoft Office programlarını çalışmalarımda yoğun olarak kullanıyorum.	20	20
Evet, en az bir bilgisayar dili biliyorum ve program yapabiliyorum.	2	2
Toplam	100	100

Tablo 18'de araştırma kapsamında yer alan doktorların bilgisayar kullanma düzeyi değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 2'si bilgisayar kullanmayı bilmediğini, % 32'si bilgisayarda basit işlemleri yapabildiğini, % 44'ü paket programlarını kullanabildiğini, % 20'si Microsoft

Ofis programlarını çalışmalarında yoğun olarak kullandığını, % 2'si en az bir bilgisayar dili bildiğini ve program yapabildiğini belirtmiştir.

Görüldüğü gibi örnekleme oluşturan doktorların büyük bir kısmı bilgisayar kullanmayı bilmektedirler. Doktorların vakitlerinin büyük bir kısmını muayene, vizite, ameliyat vb. faaliyetlerin aldığı düşünüldüğünde bilgisayar kullanma düzeylerine ait bulguların onlar için yeterli olduğu düşünülmektedir.

5.4. Doktorların Ekonomik Durumları ve Toplumsal Konumlarına İlişkin Bulgular

Bu alt bölümde örneklem grubumuzun ekonomik ve toplumsal konumuna ilişkin bilgiler sunulacaktır. Bu amaçla bu bölümde örneklem grubumuzun aylık kazancı, gelir değişimleri, yaptıkları harcamalar, varsa birikim alanları gibi özellikleri incelenecektir. Ekonomik durum ile toplumsal konumun birbiri ile iç içe olduğu düşünülmektedir. Bazı sosyal bilimciler, yaşam tarzlarının tamamen meslekler tarafından belirlenmese bile, onlar aracılığı ile ortaya çıktığını ve şekillendiğini savunmuşlardır. “Bir evin esas gelirini oluşturan ücreti yada maaşı kazanan kişinin mesleğinin, o evin üyelerinin yaşam tarzı üzerinde kesin belirleyici olmasa da en önemli etken olduğu düşünülmektedir. Böyle düşünülmesinin sebebi yalnızca gelir düzeyinin ev halkı ve özellikle onların tüketim kalıpları üzerinde yönlendirici bir etken olması değil, ev dışında yapılan işin, ev halkının ortak değerleri, zevkleri ve acıları, ümitleri ve korkuları üzerinde de önemli rol oynadığının düşünülmesidir” (Bocock,1997:33).

5.4.1. Aylık Kazanç Durumu

Aşağıdaki tabloda doktor grubunun aylık kazanç durumlarına göre dağılımları yer almaktadır.

Aylık Kazanç	Sayı	%
1000-1500 YTL arası	17	17
1501-2000 YTL arası	28	28
2001-3000 YTL arası	10	10
3001-4000 YTL arası	12	12

Mart/Nisan 2007 Dönemine Aittir

4001-5000 YTL arası	18	18
5000 YTL üstü	15	15
Toplam	100	100

Tablo 19’da araştırma kapsamında yer alan doktorların aylık kazanç değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 17’si 1000-1500 YTL arası, % 28’i 1501-2000 YTL arası, % 10’u 2001-3000 YTL arası, % 12’si 3001-4000 YTL arası, % 18’i 4001-5000 YTL arası, % 15’i 5000 YTL üzerinde gelire sahip olduğunu belirtmiştir.

2007 yılının ilk yarısında geçerli olan asgari ücret miktarının 403,03 YTL olduğu Türkiye’de, bu veriler ışığında örnekleme katılan doktorların %33’ünün orta-üst gelir düzeyinde, %22’sinin orta-orta, %45’inin de orta-alt gelir düzeyinde olduğu değerlendirilmektedir. Bu veriler ışığında örneklem grubumuzun ailelerinin geldiği tabakalar dikkate alınarak doktor grubunun ekonomik durumlarında çok fazla bir değişimin yaşanmadığı söylenebilir. Ayrıca bu veriler doktor grubunun daha çok üst ekonomik düzeyde olması gerektiği şeklinde yaygın kanıyla da çelişir durumdadır. Ancak öyle zannediliyor ki araştırmaya katılan doktorların sadece salt maaşları doğrultusunda cevap verdikleri, döner sermaye, nöbet ücreti gibi ek gelirlerini ortaya koymadıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan doktorların aylık kazançları ile aldıkları ücret hakkındaki görüşlerine ilişkin karşılaştırmalı değerlendirme ise aşağıda sunulmuştur.

Tablo 20. Aylık Kazançlarına Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Aldıkları Ücret Hakkındaki Görüşleri

Aylık Kazanç		Aldığı Ücret Hakkındaki Görüşleri				
		Oldukça düşük (n=13)	Düşük (n=34)	Yeterli (n=50)	Fazla (n=3)	Toplam
1000-1500 YTL arası (n=17)	Sayı	4	9	3	1	17
	%	4	9	3	1	17
1501-2000 YTL arası (n=28)	Sayı	6	12	10	-	28
	%	6	12	10	-	28
2001-3000 YTL arası (n=10)	Sayı	1	6	3	-	10
	%	1	6	3	-	10
3001-4000 YTL arası (n=12)	Sayı	1	3	8	-	12
	%	1	3	8	-	12
4001-5000 YTL arası (n=18)	Sayı	-	2	15	1	18
	%	-	2	15	1	18

5000 YTL üstü (n=15)	Sayı %	1 1	2 2	11 11	1 1	15 15
Toplam	Sayı %	13 13	34 34	50 50	3 3	100 100

$X^2= 30,261$ $sd= 15$ $p= ,011$

Tablo 20 incelendiğinde, genel toplam açısından, araştırma dahilindeki doktorların % 13'ünün aldığı ücreti oldukça düşük bulduğu, % 34'ünün aldığı ücreti düşük bulduğu, % 50'sinin aldığı ücreti yeterli bulduğu ve % 3'ünün aldığı ücreti fazla bulduğu tespit edilmiştir. Aylık kazancı 1000-1500 YTL arasında olan 17 doktordan 4'ü aldığı ücreti oldukça düşük, 9'u düşük, 3'ü yeterli, 1'i fazla bulmuştur. Aylık kazancı 1501-2000 YTL arasında olan 28 doktordan 6'sı aldığı ücreti oldukça düşük, 12'si düşük, 10'u yeterli bulmuş; hiçbiri fazla bulmamıştır. Aylık kazancı 2001-3000 YTL arasında olan 10 doktordan 1'i aldığı ücreti oldukça düşük, 6'sı düşük, 3'ü yeterli bulmuş; hiçbiri fazla bulmamıştır. Aylık kazancı 3001-4000 YTL arasında olan 12 doktordan 1'i aldığı ücreti oldukça düşük, 3'ü düşük, 8'i yeterli bulmuş; hiçbiri fazla bulmamıştır. Aylık kazancı 4001-5000 YTL arasında olan 18 doktordan hiçbiri aldığı ücreti oldukça düşük bulmamış; 2'si aldığı ücreti düşük, 15'i yeterli, 1'i fazla bulmuştur. Aylık kazancı 5000 YTL üzerinde olan 15 doktordan 1'i aldığı ücreti oldukça düşük, 2'si düşük, 11'i yeterli, 1'i fazla bulmuştur. Verilerden, doktorların yarısının aldığı ücreti yeterli bulduğu; aylık kazancı 1000-1500 YTL arasında olan doktorların çoğunun aldığı ücreti düşük bulduğu, aylık kazancı 1501-2000 YTL arasında olan doktorların çoğunun aldığı ücreti düşük bulduğu, aylık kazancı 2001-3000 YTL arasında olan doktorların çoğunun aldığı ücreti düşük bulduğu; aylık kazancı 3001-4000 YTL arasında olan doktorların çoğunun aldığı ücreti yeterli bulduğu, aylık kazancı 4001-5000 YTL arasında olan doktorların çoğunun aldığı ücreti yeterli bulduğu, aylık kazancı 5000 YTL'nin üzerinde olan doktorların çoğunun aldığı ücreti yeterli bulduğu gözlemlenmektedir. Buna göre, doktorların aylık kazanç değişkenine göre aldıkları ücret hakkındaki görüşlerinin anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($X^2= 30,261$, $p<0.5$).

Araştırma bulgularına bakıldığında örneklem grubunun aylık kazançlarının en fazla toplandığı aralık 1000-2000 YTL arasındadır. Bu gelir düzeyine sahip olan doktorların aldıkları ücretten büyük ölçüde memnun olmadıkları görülmüştür. Alınan ücretin çoğunluk olarak yeterli görüldüğü aralık ise 4001-5000 YTL arası olmuştur.

Buna göre doktorlar için mesleki memnuniyetlerini sağlayabilecek alt gelir düzeyinin bu miktarlar düzeyinde başlaması gerektiği ortaya çıkmıştır.

5.4.2. Mesleğe Başladıktan Sonraki Ekonomik Değişme Durumu

Aşağıdaki tabloda örneklem grubumuzun mesleğe başladıktan sonraki gelir ve yaşam düzeylerine ait değişime ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 21. Doktorların Gelir Değişimine Göre Dağılımı

Gelir Değişimi	Sayı	%
Genellikle daha iyiye doğru	59	59
Hemen hemen aynı	33	33
Kısmen düştü	6	6
Çok düştü ve düşüyor	2	2
Toplam	100	100

Tablo 21’de araştırma kapsamında yer alan doktorların gelir değişimi değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 59’unun gelirinin genellikle iyiye doğru gittiğini, % 33’ünün hemen hemen aynı olduğunu, % 6’sının kısmen düştüğünü, % 2’sinin çok düştüğünü ifade ettiği tespit edilmiştir.

Ortaya çıkan bulgular Tablo 19’daki verilerle karşılaştırıldığında örneklem grubumuzun büyük ölçüde orta tabakada yer aldıklarına ilişkin verilerle uyduğu görülmektedir. % 59’luk bir kesimin gelir değişimlerinin genellikle daha iyiye doğru gittiğini ifade etmeleri, geldikleri aile yapıları dikkate alındığında alt tabakadan orta tabakaya çıkmaları ile açıklanabilir. Bunun yanında son yıllarda ülkenin ekonomik dengelerinde bir istikrar havasının ortaya çıkması da bunu destekleyici bir unsur olarak değerlendirilebilir.

5.4.3. Aylık Gelire İlişkin Algılar

Bu bölümde örnekleme oluşturan doktorların günümüz şartları dikkate alındığında aldıkları ücret hakkında ne düşündüklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 22. Doktorların Aldıkları Ücret Hakkındaki Algılarına Göre Dağılımı

Aldığı Ücret	Sayı	%
Oldukça düşük	13	13
Düşük	34	34
Yeterli	50	50
Fazla	3	3
Toplam	100	100

Tablo 22’de araştırma kapsamında yer alan doktorların aldığı ücret değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 13’ünün aldığı ücreti oldukça düşük bulduğu, % 34’ünün düşük, % 50’sinin yeterli, % 3’ünün fazla bulduğu tespit edilmiştir.

Bulgulara baktığımızda aslında sonuçları aldığı ücretten memnun olanlar ve olmayanlar şeklinde ikiye ayırabiliriz. Bu durum, örneklemdaki kişilerin beklentileriyle paralellik gösterebileceği şeklinde değerlendirilebilir. Aslında bu durumun Tablo 18’deki gelir düzeyi miktarlarına bakıldığında, 3000 YTL’nin altında ve üstünde şeklinde cevap verenlerin miktarları ile doğru orantılı olduğu görülmektedir. Denilebilir ki, 3000 YTL’lik bir gelir düzeyi doktorların aldıkları ücrete ilişkin değerlendirmelerinde önemli bir kırılma noktasıdır.

Bunun yanında örneklem grubundaki doktorların aylık kazançları ile doktorluk mesleğini tatmin edici bulma durumları arasındaki ilişki de araştırılmış ve sonuçlar aşağıdaki gibi oluşmuştur.

Tablo 23. Aylık Kazançlarına Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulma Durumları

Aylık Kazanç		Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulma Durumu		
		Evet (n=46)	Hayır (n=54)	Toplam
1000-1500 YTL arası (n=13)	Sayı	1	16	17
	%	1,0	16,0	17,0
1501-2000 YTL arası (n=13)	Sayı	15	13	28
	%	15,0	13,0	28,0
2001-3000 YTL arası (n=13)	Sayı	4	6	10
	%	4,0	6,0	10,0
3001-4000 YTL arası (n=13)	Sayı	6	6	12
	%	6,0	6,0	12,0
4001-5000 YTL arası (n=13)	Sayı	12	6	18
	%	12,0	6,0	18,0
5000 YTL üstü (n=13)	Sayı	8	7	15
	%	8,0	7,0	15,0
Toplam	Sayı	46	54	100
	%	46,0	54,0	100,0

$$X^2= 15,303 \quad sd= 5 \quad p= ,009$$

Tablo 23 incelendiğinde, genel toplam açısından, araştırma dahilindeki doktorların % 46'sının doktorluk mesleğini tatmin edici bulduğu, % 54'ünün doktorluk mesleğini tatmin edici bulmadığı tespit edilmiştir. Aylık kazancı 1000-1500 YTL arasında olan 17 doktordan 1'i doktorluk mesleğini tatmin edici bulmuş; 16'sı tatmin edici bulmamıştır. Aylık kazancı 1501-2000 YTL arasında olan 28 doktordan 15'i doktorluk mesleğini tatmin edici bulmuş; 13'ü tatmin edici bulmamıştır. Aylık kazancı 2001-3000 YTL arasında olan 10 doktordan 4'ü doktorluk mesleğini tatmin edici bulmuş; 6'sı tatmin edici bulmamıştır. Aylık kazancı 3001-4000 YTL arasında olan 12 doktordan 6'sı doktorluk mesleğini tatmin edici bulmuş; 6'sı tatmin edici bulmamıştır. Aylık kazancı 4001-5000 YTL arasında olan 18 doktordan 12'si doktorluk mesleğini tatmin edici bulmuş; 8'i tatmin edici bulmamıştır. Aylık kazancı 5000 YTL üzerinde olan 15 doktordan 8'i doktorluk mesleğini tatmin edici bulmuş; 7'si tatmin edici bulmamıştır. Verilerden, doktorların yarısından çoğunun doktorluk mesleğini tatmin edici bulmadığı; aylık kazancı 1000-1500 YTL arasında olan doktorların çoğunun doktorluk mesleğini tatmin edici bulmadığı, aylık kazancı 1501-2000 YTL arasında olan doktorların çoğunun doktorluk mesleğini tatmin edici bulduğu, aylık kazancı 2001-3000 YTL arasında olan doktorların çoğunun doktorluk mesleğini tatmin edici bulmadığı, aylık kazancı 3001-4000 YTL arasında olan doktorların yarısının doktorluk mesleğini tatmin edici bulduğu, aylık kazancı 4001-5000 YTL arasında olan doktorların çoğunun doktorluk mesleğini tatmin edici bulduğu, aylık kazancı 5000 YTL'nin üzerinde olan doktorların yarısından fazlasının doktorluk mesleğini tatmin edici bulduğu gözlemlenmektedir. Buna göre, doktorların aylık kazanç değişkenine göre doktorluk mesleğini tatmin edici bulma durumlarının anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($X^2= 15,303$, $p<.05$).

Bu veriler ışığında, doktorluk mesleğinin tatmin ediciliği konusunda 4001-5000 YTL'lik gelir düzeyi bir kez daha nirengi noktası olarak karşımıza çıkmaktadır. Elazığ gibi hayat pahalılığının ortalama bir seviyede olduğu bir kentte çalışan doktorlar için durum böyleyken, sosyal yaşamın daha parlak, gelir-gider dengesi arasındaki farkın büyük olduğu düşünülen büyük şehirlerdeki doktorlar için bu durumun daha da olumsuz olabileceği zannedilmektedir. Bu konuda iyileştirme çalışmalarının yapılması gerektiği düşünülmektedir. Bunun yanında 5000 YTL ve üstü gelir düzeyine sahip 15 kişinin

neredeyse yarısının doktorluk mesleğini tatmin edici bulmaması dikkat çeken diğer bir nokta olmuştur.

5.4.4. Tüketim Tarzı

Aylık kazanca bağlı olarak harcama alanları, bir anlamda da tüketim biçimleri ve eğilimleri ile toplumsal tabakalar arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Tüketim biçimleri ve eğilimleri genel olarak tabakalara özgü hayat stiline belirlenmesinde başta gelen öğelerden biridir. Bu anlamda kişilerin gelir düzeyi yükseldikçe, temel ihtiyaçlara (giyim-kuşam, yeme-içme, ev kirası vb.) yaptığı harcamaların gelir içindeki oranının azaldığı; bunun yanında ikinci dereceden veya lüks ihtiyaçlara yönelik harcamaların arttığı belirtilebilir.

Tablo 24. Doktorların En Çok Harcama Yaptıkları Alanlara Göre Dağılımı

Harcamalar	Sayı	%
Yiyecek-içceğe	48	48
Giyim-kuşama	6	6
Sosyal faaliyetlere	4	4
Yatırımlara	15	15
Çocukların okul masraflarına	8	8
Eğlenceye	14	14
Ev kirasına	5	5
Toplam	100	100

Tablo 24'te araştırma kapsamında yer alan doktorların harcamalar değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 48'inin en çok yiyecek-içceğe, % 6'sının giyime, % 4'ünün sosyal faaliyetlere, % 15'inin yatırımlara, % 8'inin çocukların okul masraflarına, % 14'ünün eğlenceye, % 5'inin ev kirasına harcama yaptıkları tespit edilmiştir.

Bu verilere göre doktorların harcama yaptıkları yerlerin başında yiyecek-içecek gelmektedir. Bunu yatırım ve eğlence dilimleri izlemektedir. Temel ihtiyaçlar diyebileceğimiz ev kirası, giyim-kuşam, okul masrafları gibi ihtiyaçlar bunlardan sonra gelmektedir. Genel olarak bu sonuçlardan doktorların yaptığı harcamalar içinde yeme-içme dışında temel ihtiyaçlarına yaptıkları harcamaların ikinci planda kaldığı görülmektedir. Bu durumun gelir düzeyi ile doğru orantılı olduğu değerlendirilebilir.

5.4.5. Tasarruf Alanları

Bu soruda, örneklem grubundaki katılımcılara yaptıkları yatırımları belirtmek istemeyebilecekleri değerlendirilerek direkt olarak yaptıkları yatırımlar sorulmamış, bunun yerine yatırımların hangi alanlara yapılması gerektiği konusunda düşünceleri sorulmuştur.

Tablo 25. Doktorların Birikimlerine Göre Dağılımı

Birikimler	Sayı	%
Gayri menkule	65	65
Döviz	7	7
Altına	2	2
Faize	0	0
Repoya	1	1
Hisse senedi-tahvil	3	3
Birikim yapmıyorum	18	18
Diğer	4	4
Toplam	100	100

Tablo 25'te araştırma kapsamında yer alan doktorların birikim değişkenine göre düşünceleri yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 65'i gayri menkule, % 7'si döviz, % 2'si altına, % 1'i repoya, % 3'ü hisse senedine, tahvile yatırım yapılması gerektiğini dile getirmiş, hiçbiri faize yatırım yapmayı düşünmediğini söylemiş, % 18'i yatırım yapmayı düşünmediğini ifade etmiştir.

Son yıllarda yapılan araştırmalarda gayrimenkul yatırımlarının en çok kazandıran yatırım aracı özelliğini göstermesinden dolayı (Gökkaya,2007) doktorların yatırım konusundaki düşünceleri haklı çıkmaktadır. % 18'lik bir kesimin birikim yapmadığını belirtmesi örneklem grubundaki genç doktorların varlığı ve Tablo 19'da görüldüğü gibi 1000-1500 YTL geliri olan 17 kişinin olmasıyla açıklanabilir.

5.5. Boş Zamanları Değerlendirme Faaliyetlerine İlişkin Bulgular

Sanayileşme ile birlikte toplumun özünde var olan zaman olgusu su yüzüne çıkmıştır. Sanayi öncesi döneme ait olan geleneksel toplumlarda çalışma hayatı ile boş zaman birbiri ile bütünleşmişti. Çalışma, aile ve cemaatler içinde yapılırken kendileri için üreten ve tüketen insanlar, eğlenceyi de dinlenmeyi de bu süreçte iç içe gerçekleştirmektedir. O nedenle çalışma hayatı ile eğlenme ve dinlenmeyle geçen boş zamanlar arasında kesin duvarlar yoktu. İşte sanayileşme bu farklılığı getirerek çalışma hayatı ile eğlence ve dinlenme hayatını birbirinden ayırmıştır. Ayırımın ortaya çıkardığı boş zaman kültürü çağa özgü yeni yaşama biçimlerinin, yeni alışkanlıkların ve hatta yeni mesleklerin ortaya çıkmasının bir nedenidir (Doğan,2000:439). Bu alt bölümde örneklem grubundaki doktorların sahip oldukları hobiler, boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıkları, kültürel faaliyetlere katılma durumları, izledikleri televizyon programları ve okudukları kitap, dergiler ile spor yapma alışkanlıkları, ailelerine ayırdıkları zaman, yaz tatillerini geçirme biçimlerine ilişkin veriler değerlendirilmeye çalışılacaktır. Bu verilere göre doktorların yaşam tarzı, sosyo-kültürel ve toplumsal konumları hakkında yorumlarda bulunulmaya çalışılacaktır. Bireylerin boş zamanlarını değerlendirme biçimleri ve okuma tarzlarının, içinde buldukları sınıf tarzına göre değişme gösterdiği bilinen bir gerçektir.

5.5.1. Sahip Olunan Hobiler

Hobi, kişinin normal yaşantısında yapmak zorunda olduğu şeylerin dışında (meslek, okul vb.) başka mutluluk veren uğraşlarla ilgilenmesidir. Bu uğraşlar, kişinin rahatlamasını sağladığı gibi çoğu zaman kendini tanımasına da yardımcı olur.

Tablo 26. Doktorların Hobilerine Göre Dağılımı

Hobi	Sayı	%
Var	71	71
Yok	29	29
Toplam	100	100

Tablo 26’da araştırma kapsamında yer alan doktorların hobi değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 71’inin hobisinin olduğu, % 29’unun hobisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Örneklem grubunda %71'lik oranda hobisi olan doktorların bulunması, oldukça yüksek bir rakamdır. Bu hobilerin başında fotoğrafçılık, müzik aleti çalma, balık tutma, avcılık, programcılık, maket yapma ve spor yapma gelmektedir. Bunların içinde en ilginç ise ders çalışmak cevabı olmuştur. Böylelikle doktorluk mesleğinin yoğun temposundan ve stresinden kurtulabilme adına doktorların kendilerini rahatlattıkları bir uğraşlarının var olduğunu görmekteyiz. Ayrıca doktor grubunun sosyal bir hayat tarzı yaşama anlamında da gayet ileri düzeyde oldukları söylenebilir.

5.5.2. Boş Zamanlarını Değerlendirme Biçimleri

Örneklem grubundaki doktorların boş zamanlarını değerlendirme biçimleri aşağıdaki gibidir.

Tablo 27. Doktorların Boş Zamanları Değerlendirme Faaliyetlerine Göre Dağılımı

Boş Zamanları Değerlendirme	Sayı	%
Dinlenerek	50	50
Spor yaparak	7	7
Kitap okuyarak	12	12
Eş dost ziyaretiyle	7	7
Televizyon izleyerek	10	10
Gazete, dergi vb. okuyarak	6	6
İnternet	1	1
Diğer	7	7
Toplam	100	100

Tablo 27'de araştırma kapsamında yer alan doktorların boş zamanlarını değerlendirme değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 50'si boş zamanlarını dinlenerek, % 7'si spor yaparak, % 12'si kitap okuyarak, % 7'si eş-dost ziyareti yaparak, % 10'u televizyon izleyerek, % 6'sı gazete, dergi vb. okuyarak, % 1'i İnternete bakarak boş zamanlarını değerlendirmektedir.

Örneklem grubunun yarısının boş zamanlarını dinlenerek geçirdiklerini ifade etmesi iş yerinde çok fazla yoruldukları anlamına gelmektedir. Araştırmaya katılanların bazıları ise Elazığ'ın sosyal aktivite yönünden sıkıcı bir yer olduğunu ifade etmişlerdir.

Ailesi ile ilgilenenler olduğu gibi boş zamanının olmamasından yakınanlar da mevcuttur.

Bu konuda Devlet Planlama Teşkilatının 1992 yılı “Türk Toplumunun Boş Zamanlarını Değerlendirme Biçimleri Raporu”nda, Türk toplumunun boş zamanlarını büyük ölçüde televizyon karşısında geçirdiği görülmüştür. Boş zamanlarını televizyon karşısında geçiren kentlilerin oranı % 18.9, kırsal kesimde yaşayanların oranı ise % 15.4’tür. Boş zamanlarında sinema, tiyatro ve konsere gitme oranı % 1’de kalmıştır. Evde kitap, dergi ve gazete okumak için ayrılan boş zaman oranı kırsal kesimde % 9.4 olurken, kentlerde % 14.9’a ulaşmaktadır. Evde dinlenenlerin oranı ise % 11’ler civarındadır (Doğan,1996:446). Günümüzde televizyon kültürünün artık çok geliştiği göz önünde bulundurulursa rakamların bu alana doğru kaymış olacağı düşünülmektedir.

5.5.3. Kültürel Faaliyetlere Katılma Düzeyi

Burada doktorların işlerinden arta kalan zamanlarda hangi sıklıkla kültürel aktivitelere katıldıkları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Tablo 28. Doktorların Kültürel Faaliyetlere Katılma Durumlarına Göre Dağılımı

Kültürel Faaliyetler	Sayı	%
Katılmam	12	12
Ara sıra	73	73
Sık sık	13	13
Sürekli	2	2
Toplam	100	100

Tablo 28’de de araştırma kapsamında yer alan doktorların kültürel faaliyetlere katılma değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 12’si kültürel faaliyetlere katılmadığı, % 73’ü ara sıra katıldığını, % 13’ü sık sık katıldığını, % 2’si sürekli katıldığını ifade etmiştir.

Buna göre doktorların sosyal ve kültürel aktivitelere orta düzeyde katıldıkları belirtilebilir. Bu sonuç, kültürel faaliyetlere olan ilginin olumlu bir düzeyde olduğunu düşündürmektedir.

Doktorların kültürel faaliyetlere katılma durumu ile aldıkları ücret hakkındaki görüşlerine ilişkin değerlendirme ise Tablo 29’da sunulmuştur.

Tablo 29. Aldıkları Ücret Hakkındaki Görüşlerine Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Kültürel Faaliyetlere Katılma Durumları

Aldığı Ücret		Kültürel Faaliyetler				
		Katılmam	Ara sıra	Sık sık	Sürekli	Toplam
Oldukça düşük	Sayı	3	9	1	-	13
	%	3	9	1	-	13
Düşük	Sayı	3	27	4	-	34
	%	3	27	4	-	34
Yeterli	Sayı	6	36	7	1	50
	%	6	36	7	1	50
Fazla	Sayı	-	1	1	1	3
	%	-	1	1	1	3
Toplam	Sayı	12	73	13	2	100
	%	12	73	13	2	100

$X^2= 19,826$ $sd= 9$ $p= ,019$

Tablo 29 incelendiğinde, genel toplam açısından, araştırma dahilindeki doktorların % 12’sinin kültürel faaliyetlere katılmadıklarını, % 73’ünün ara sıra katıldığını, % 13’ünün sık sık katıldığını, % 2’sinin sürekli katıldığını ifade ettiği tespit edilmiştir. Aldığı ücreti oldukça düşük bulan 13 doktordan 3’ünün kültürel faaliyetlere katılmadığını, 9’unun ara sıra katıldığını, 1’inin sık sık katıldığını ifade ettiği görülmektedir. Aldığı ücreti düşük bulan 34 doktordan 3’ünün kültürel faaliyetlere katılmadığını, 27’sinin ara sıra katıldığını, 4’ünün sık sık katıldığını ifade ettiği görülmektedir. Aldığı ücreti yeterli bulan 50 doktordan 6’sının kültürel faaliyetlere katılmadığını, 36’sının ara sıra katıldığını, 7’sinin sık sık katıldığını, 1’inin sürekli katıldığını ifade ettiği görülmektedir. Aldığı ücreti fazla bulan 3 doktordan 1’inin kültürel faaliyetlere ara sıra katıldığını, 1’inin sık sık katıldığını, 1’inin sürekli katıldığını ifade ettiği görülmektedir. Verilerden, doktorların çoğunun aldığı ücreti yeterli bulduğunu ifade ettiği, bu doktorların çoğunun da kültürel faaliyetlere ara sıra katıldığını ifade ettiği gözlemlenmektedir. Buna göre, doktorların aldıkları ücret hakkındaki görüşlerine göre kültürel faaliyetlere katılma durumlarının anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($X^2= 19,826$, $p<.05$).

Örnekleme grubunun aldığı ücret ile kültürel faaliyetlere katılma durumu arasında paralellik olduğu söylenebilir. Bunun yanında örneklem grubunun çoğunluğunun evli olması da kültürel faaliyetlere katılmalarını olumsuz yönde etkilediği düşünülen başka bir faktör olarak değerlendirilebilir.

5.5.4. Televizyonda İzlenen Program Türleri

Aşağıdaki tabloda doktorların televizyon izlerken tercih ettikleri program türlerine ilişkin dağılım yer almaktadır. Böylelikle tercih edilen programa bağlı olarak doktorların ilgi alanlarına ilişkin fikir edinilmeye çalışılacaktır.

Tablo 30. Doktorların Televizyonda İzledikleri Programlara Göre Dağılımı

Televizyon İzleme	Sayı	%
Televizyon izlemiyorum	9	9
Haberleri ve haber programlarını izliyorum	58	58
Magazin programlarını izliyorum	3	3
Müzik, eğlence, yarışma programlarını izliyorum	4	4
Belgesel, kültür, sanat programlarını izliyorum	8	8
Spor programlarını izliyorum	3	3
Dini yayınları izliyorum	1	1
Yabancı dizi-sinema izliyorum	7	7
Yerli dizi-sinema izliyorum	7	7
Toplam	100	100

Tablo 30'da araştırma kapsamında yer alan doktorların televizyonda izledikleri program değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 9'u televizyon izlemediğini, % 58'i haber programları izlediğini, % 3'ü magazin programları izlediğini, % 4'ü müzik eğlence programları izlediğini, % 8'i belgesel türü programları izlediğini, % 3'ü spor, % 1'i dini, % 7'si yabancı dizileri, % 7'si yerli dizileri izlediğini ifade etmiştir.

Bu verilere göre doktorların televizyonun esiri olmadıkları gerçeği ortaya çıkmaktadır. % 9'luk bir dilimin televizyon izlemediklerini açıklamalarının yorumu iki türlü olabilir. Ya yoğun iş temposundan televizyona ayıracak vakit bulamamaktalar

veya televizyona karşı bir tepki olarak televizyon izlememekteler. Çünkü televizyonun verdiği hep doğru kabul edip almanın üretkenliği ve hayal gücünü azaltıp tembelliğe sevk ettiği bilinen bir gerçektir. Diyebiliriz ki, doktorlar ilgi alanlarına giren programları seyredip diğer programları seyretmemektedirler. Bu da toplumun elit kesimiyle uyumlu bir tercih olarak değerlendirilebilir.

5.5.5. En Çok Okunan Yayın Türleri

Aşağıdaki tabloda örneklem grubundaki doktorların en fazla okumayı tercih ettikleri yayın türleri yer almaktadır.

Tablo 31. Doktorların Okuma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Okuma Alışkanlığı	Sayı	%
Gazete	38	38
Dergi	3	3
Şiir	0	0
Öykü-hikâye	7	7
Seyahat-gezi	2	2
Deneme-araştırma	2	2
Bilimsel-teknik	16	16
Mesleki yayınlar	32	32
Toplam	100	100

Tablo 31’de araştırma kapsamında yer alan doktorların okuma alışkanlığı değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 38’inin gazete okuduğu, % 3’ünün dergi okuduğu, hiçbirinin şiir okumadığı, % 7’sinin öykü-hikâye kitapları okuduğu, % 2’sinin gezi kitapları okuduğu, % 2’sinin deneme-araştırma kitapları okuduğu, % 16’sının bilimsel teknik yayınlar okuduğu, % 32’sininde mesleki yayınlar okuduğu tespit edilmiştir.

Örneklem grubunda % 38’lik bir kesimin gazete okuma alışkanlığının bulunması düşük bir rakamdır. Gazetenin günlük olayların takip edilmesinde bir araç olduğu kabul edilirse doktorların günlük olayların takibini daha çok televizyon yolu ile yaptıklarını söyleyebiliriz. Ayrıca İnternet kullanımının da yaygınlaşması, gazete okuma oranının düşük çıkmasında diğer bir etken olabilir. Mesleki yayınlar, doktorların ikinci öncelikle okudukları yayın türü olmuştur. Aslında bu oranın daha yukarılarda olması beklenirken düşük çıkmıştır. Bu durum, doktorlar arasında mesleki alandaki yeniliklerin küçük bir

ölçüde takip edildiğini gösteren olumsuz bir durum olarak değerlendirilmektedir. Yabancı dil bilme düzeyinin düşük olması, bu sonucu açıklar niteliktedir (Tablo-17).

5.5.6. Düzenli Olarak Takip Ettikleri Dergi Türleri

Aşağıda örneklem grubumuzun düzenli olarak takip ettikleri dergi türlerine göre dağılım yer almaktadır.

Tablo 32. Doktorların Düzenli Olarak Takip Ettikleri Dergilere Göre Dağılımı

Dergi Okuma Alışkanlığı	Sayı	%
Takip etmiyorum	41	41
Ekonomi dergileri	3	3
Politik dergiler	1	1
Tıp dergi/bültenleri	43	43
Aktüel/magazin dergileri	8	8
Diğer	4	4
Toplam	100	100

Tablo 32’de araştırma kapsamında yer alan doktorların dergi okuma alışkanlığı değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 41’i dergi okumadığını, % 3’ü ekonomi dergisi okuduğunu, % 1’i politik dergiler okuduğunu, % 43’ü tıp dergileri ve bültenler okuduğunu, % 8’i magazin dergilerini okuduğunu ifade etmiştir.

Örneklem grubundaki doktorların yarısına yakını düzenli olarak dergi takip etmediklerini belirtmişlerdir. Bu durum çalışma şartlarının yoğun olması ile açıklanabilir. Geriye kalan kısmın büyük çoğunluğu ise tıp dergi ve bültenlerini okuyarak mesleki bilgi ve tecrübelerini bu yolla geliştirmektedirler.

5.5.7. Spor Yapma Düzeyleri

Bu soruya verilen cevaplarla doktorların hangi toplumsal tabakada yer aldıkları tespit edilmeye çalışılacaktır. Sosyolojik bir kabul olarak üst tabakadan insanlar, genellikle araç ve gereç gerektiren sporlarla uğraşırken alt tabakadan insanlar büyük ölçüde izleyicidir.

Tablo 33. Doktorların Spor Yapma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Spor Yapma Alışkanlığı	Sayı	%
Evet, düzenli olarak.	10	10
Fırsat buldukça amatör olarak.	55	55
Bir amatör kulübün etkinliklerine katılıyorum.	3	3
Hayır, sadece izleyiciyim.	20	20
Hayır,yapmıyor ve ilgilenmiyorum.	12	12
Toplam	100	100

Tablo 33’de araştırma kapsamında yer alan doktorların spor yapma alışkanlıkları değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 10’u düzenli olarak spor yaptığını, % 55’i fırsat buldukça spor yaptığını, % 3’ü amatör bir kulübün etkinliklerine katıldığını, % 20’si sadece izleyici olduğunu, % 12’si spor yapmadığını ifade etmiştir.

Bu veriler ışığında örneklemimizdeki doktorların üçte ikilik bir kısmının sporla ilgili oldukları, sporla uğraştıkları gerçeği ortaya çıkmaktadır. Biraz önce belirtilen yaklaşım tarzı dikkate alındığında, doktorların genel olarak üst tabakaya yönelik spor algılarına sahip oldukları söylenebilir.

5.5.8. Ailelerine Zaman Ayırma Durumu

Doktorların aile bütünlüğünün korunması ve güçlendirilmesi ile ilgili olarak ailelerine ayırdıkları zaman önem kazanmaktadır. Meslek ne kadar çok kariyer olarak algılanırsa iş dışı yaşamın o kadar fazla meslek ekseninde örgütleneceği bilinen bir gerçektir.

Tablo 34. Doktorların Ailelerine Zaman Ayırma Durumlarına Göre Dağılımı

Aileye Zaman Ayırma	Sayı	%
Evet	54	54
Kısmen	24	24
Çok az	8	8
Hayır	14	14
Toplam	100	100

Tablo 34’te araştırma kapsamında yer alan doktorların ailelerine zaman ayırma durumu değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan

doktorların % 54'ü ailelerine zaman ayırdıklarını, % 24'ü kısmen zaman ayırdıklarını, % 8'i çok az zaman ayırdıklarını, % 14'ü zaman ayırmadıklarını dile getirmişlerdir.

Bu veriler ışığında örneklem grubundaki doktorların dörtte üçlük bir kısmının ailelerine zaman ayırdıklarını görmekteyiz.

Doktorların ailelerine zaman ayırma durumları ile çalıştıkları kurumlar arasında yapılan değerlendirmede aşağıdaki tablo ortaya çıkmıştır.

Tablo 35. Çalıştıkları Kuruma Göre Araştırmaya Katılan Doktorların Ailelerine Zaman Ayırma Durumları

Çalıştığı Kurum		Aileye Zaman Ayırma Durumu				
		Evet (n=54)	Kısmen (n=24)	Çok Az (n=8)	Hayır (n=14)	Toplam
Üniversite Hastanesi (n=42)	Sayı	28	7	3	4	42
	%	28	7	3	4	42
Devlet Hastaneleri (n=28)	Sayı	12	11	-	5	28
	%	12	11	-	5	28
Sağlık Ocakları (n=21)	Sayı	9	5	2	5	21
	%	9	5	2	5	21
Özel Hastaneler (n=9)	Sayı	5	1	3	-	9
	%	5	1	3	-	9
Toplam	Sayı	54	24	8	14	100
	%	54	24	8	14	100

$X^2 = 19,831$ $sd = 9$ $p = ,019$

Tablo 35 incelendiğinde, genel toplam açısından, araştırma dahilindeki doktorların % 42'sinin üniversite hastanesinde, % 28'inin devlet hastanelerinde, % 21'inin sağlık ocaklarında, % 9'unun özel hastanelerde çalıştıkları tespit edilmiştir. Ailelerine zaman ayırdıklarını dile getiren 54 doktordan 28'i üniversite hastanesinde, 12'si devlet hastanelerinde, 9'u sağlık ocaklarında, 5'i özel hastanelerde çalışmaktadır. Ailelerine kısmen zaman ayırdıklarını dile getiren 24 doktordan 7'si üniversite hastanesinde, 11'i devlet hastanelerinde, 5'i sağlık ocaklarında, 1'i özel hastanelerde çalışmaktadır. Ailelerine çok az zaman ayırdıklarını dile getiren 8 doktordan 3'ü üniversite hastanesinde, 2'si sağlık ocaklarında, 3'ü özel hastanelerde çalışmaktadır. Ailelerine zaman ayırmadıklarını dile getiren 14 doktordan 4'ü üniversite hastanesinde, 5'i devlet hastanelerinde, 5'i sağlık ocaklarında çalışmaktadır. Verilerden, doktorların

çoğunun ailelerine zaman ayırdıklarını ifade ettikleri gözlemlenmektedir. Veriler, çalıştıkları kurum değişkeni açısından değerlendirildiğinde en çok üniversite hastanesinde çalışan doktorların ailelerine zaman ayırdıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Buna göre doktorların çalıştıkları kurum değişkenine göre ailelerine zaman ayırma durumlarının anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($X^2= 19,831$, $p<.05$).

Örneklem grubundan elde edilen verilere göre doktorların büyük bir çoğunluğunun, yoğun iş temposuna rağmen ailelerine zaman ayırabildikleri gözlemlenmiştir. Bu durum doktorların aileleri ile olan ilişkilerinin olumlu, aile içi bağlarının kuvvetli olduğu şeklinde yorumlanabilir. Zaten örneklem grubunda, daha önce belirtildiği gibi (Tablo 4) sadece iki kişinin dul olması bunu destekler niteliktedir.

5.5.9. Yaz Tatillerini Geçirme Tarzları

Aşağıdaki tabloda doktorların genel olarak yaz tatillerini geçirme şekilleri ortaya konulmaktadır.

Tablo 36. Doktorların Yaz Tatillerini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı

Yaz Tatillerini Değerlendirme	Sayı	%
Evde dinlenerek	14	14
Yazlığında	16	16
Otel/motelde	10	10
Tatil köyünde	13	13
Akraba, eş-dost yanında	28	28
Yurt dışında	1	1
Tatil yapamıyorum	14	14
Diğer	4	4
Toplam	100	100

Tablo 36'da araştırma kapsamında yer alan doktorların yaz tatillerini değerlendirme durumları değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 14'ü evde dinlenerek, % 16'sı yazlığında, % 10'u otel/motelde, % 13'ü tatil köyünde, % 28'i akraba, eş-dost yanında, % 1'i yurt dışında tatil yaptığını dile getirmiş; % 14'ü ise tatil yapmadığını ifade etmiştir.

Araştırma verilerine göre örneklem grubunun yarısına yakınının tatil yaparken orta-üst ve üst gelir düzeyine uygun tatil mekânlarını tercih ettikleri söylenebilir. %14'lük bir kesimin tatil yerlerine gidememesine rağmen evde de olsa dinlenmeye önem verdiklerini, %28'lik bir kesimin akraba, eş-dost yanında tatillerini geçirmelerini ise örneklem grubundaki doktorların aile bağlarının güçlü olması ile açıklayabiliriz.

5.6. Doktorların Yaptıkları Mesleğe İlişkin Görüşleri

Bu bölümde doktorların bu mesleği seçmelerinde etkili olan faktörler, doktorluk ve ahlak kavramı, mesleklerini seçme konusundaki memnuniyetleri, çalıştıkları yıla ve kuruma göre dağılımları, uzmanlık alanına sahip olup olmadıkları, Elazığ'da çalışıyor olmaktan duydukları memnuniyet düzeyleri, doktorluk mesleğini tatmin edici bulma dereceleri, özel muayenehanede çalışanlara ilişkin inceleme, kendilerini toplumun hangi kesiminde gördükleri gibi konulara değinilecektir. Bu tespitlerle doktorların mesleklerinden ve içinde buldukları toplumsal çevreden duydukları memnuniyet düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

5.6.1. Doktorluk Mesleğini Seçmede Etkili Olan Faktörler

Doktorların bu mesleği seçerken etkilendiği faktörler aşağıdaki gibidir. Bu verilere göre örneklemimizin meslek seçimini yaparken başkalarının etkisiyle mi hareket ettiği, yoksa kendi isteğiyle mi bu mesleği seçtiği belirlenmeye çalışılacaktır. Bireyin kendini tanıması, toplumdaki olanakları ve sınırlılıkları fark etmesi, ilgi duyduğu mesleklerin özelliklerini öğrenmesi, doğru karar vermesini kolaylaştıracaktır.

Tablo 37. Doktorların Doktorluk Mesleğini Seçme Nedenlerine Göre Dağılımı

Doktorluk Mesleğini Seçme Nedeni	Sayı	%
Gelir düzeyi	7	7
Toplumdaki saygınlığı	18	18
Aile yönlendirmesi	29	29
Mesleğin içeriğine duyulan ilgi	33	33
Bilinçsizce	10	10
Diğer	3	3

Toplam	100	100
--------	-----	-----

Tablo 37’de araştırma kapsamında yer alan doktorların doktorluk mesleğini seçme nedeni değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 7’si doktorluk mesleğini seçme nedeni olarak gelir düzeyini, % 18’i toplumdaki saygınlığını, % 29’u ailenin yönlendirmesini, % 33’ü mesleğin içeriğine duyduğu ilgiyi, % 10’u bilinçsizliği sebep olarak göstermiştir.

Araştırma bulguları örneklem grubundakilerin büyük bir çoğunluğunun bu mesleğe adım atmadan önce meslekle ilgili az da olsa bilgilerinin ve öngörülerinin olduğunu göstermektedir. Bilinçsizce şikkını işaretleyenler sadece % 10’luk bir kesimi oluşturmaktadır. Bu da doktorluk mesleğinin toplum tarafından tanınan, saygın bir meslek olduğunu göstermektedir. Yapılan görüşmelerde, okul bittikten sonra iş imkânının hazır olması da önemli bir ayrıntı olarak dile getirilmiştir. Görülüyor ki örneklem grubundaki doktorlar genel olarak tercih ettikleri bir meslekte çalışmaktadırlar.

5.6.2. Doktorların En Fazla Saygınlığa Sahip Olan Meslekler Hakkındaki Görüşleri

Saygınlık kavramı genel olarak toplumun bireye yönelik takdir etme, önem verme, saygı gösterme, ilgi görme durumunu ifade eder. Toplumsal saygınlık birçok değişkene bağlı olarak gerçekleşmektedir. Bunlar içinde toplumsal saygınlığın belirlenmesinde eğitim, yetenek, gelir, meslek en etkili faktörler olarak sayılabilir. Mesleklerin saygınlığının meslek mensuplarının saygıları ile bağlantılı olduğu da söylenebilir. Bu bakımdan örneklemimizin en saygın mesleklere yönelik algıları belirlenmek istenmiştir.

Tablo 38. Doktorların En Fazla Saygınlığa Sahip Olan Meslek Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

En Saygın Meslek	Sayı	%
Doktorluk	31	31
Mühendislik	4	4
Avukatlık	2	2
İş adamlığı/müteahhitlik	10	10
Bilim adamlığı	19	19

Sanatçılık	8	8
Öğretmenlik	5	5
Politikacılık	13	13
Çiftçilik	1	1
Diğer	7	7
Toplam	100	100

Tablo 38’de araştırma kapsamında yer alan doktorların en saygın meslek hakkındaki görüşleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 31’i doktorluk, % 4’ü mühendislik, % 2’si avukatlık, % 10’u iş adamı/müteahhit, % 19’u bilim adamlığı, % 8’i sanatçılık, % 5’i öğretmenlik, % 13’ü politikacılık, % 1’i çiftçilik mesleğini en saygın meslek olarak dile getirmiştir. Diğer şıkkını işaretleyenler arasında bu soruyu yanıtlamayanlar olduğu gibi her mesleğin saygın olduğunu söyleyenler ile askerlik mesleğini belirtenler olmuştur.

Bu verilere göre doktorların toplumda en saygın meslek olarak kendilerini gösterdikleri görülmektedir. Gerçekten insanların sağlığı için çalışmak ciddi bir gayret, özverili bir yapı gerektirir. Bu yüzden doktorluk mesleği, özellikle günümüz toplumlarında halk tarafından da el üstünde tutulan ve her kesimde saygı uyandıran bir meslek dalı olarak kabul görmektedir. En saygın meslekler sıralamasında ikinci sırayı bilim adamlığı almıştır. Bu verilere göre örneklem grubumuzun mesleklerin saygınlık sıralamasını yaparken genel olarak gelir düzeyine bağlı kalmadan, ilgili mesleklerin topluma sağladıkları faydaları göz önünde tutarak değerlendirme yaptıkları gözlenmiştir. Değerlendirmede öğretmenlik mesleğinin % 5’lik bir oranda kalması ise şaşırtıcı olmuştur.

Bu paralelde; Amerika’da yapılan tüm karşılaştırmalı mesleki prestij incelemelerinde tıp, en yüksek saygınlığa sahip meslek olarak bulunmuştur. Gökçe (1984) de Türkiye’de tıp doktorluğunun orta öğretim öğrencileri arasında en saygın meslek olarak değerlendirildiğini (% 32.9) ortaya koymuştur (Kasapoğlu,1999:138).

5.6.3. Meslek Ahlakı Kurallarına Bakışları

Genel olarak meslek ahlakı hizmet verilen kişiye, kuruma, meslektaşına, mesleğin uygulanış biçimine ve topluma karşı sorumlulukları içeren bütünü ifade etmektedir. Bu

kurallar da doğruluk, dürüstlük, güvenilirlik, zarar vermeme, yarar, açıklık gibi temel ilkeler üzerine oturtulmaktadır. Doktorların meslek ahlakı kurallarına uymaları konusunda son yıllarda basın-yayın organlarında özellikle organ mafyası, doktor diplomasına sahip olmayan kişilerin doktorluk yapması, cinsel taciz, ilaç şirketleriyle anlaşma, bıçak parası gibi konuların işlenmesi sonucu bu mesleğe olan saygınlığın azaldığı düşünülebilir. Aşağıda bu konuyla ilgili olarak doktorların ahlak kurallarına uyup uymadıkları konusundaki görüşleri yer almaktadır.

Tablo 39. Doktorların Mesleki Ahlak Kurallarına Uygun Hareket Edip Etmemeleri Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Meslek Ahlakı	Sayı	%
Var	53	53
Yok	47	47
Toplam	100	100

Tablo 39’da araştırma kapsamında yer alan doktorların mesleki ahlak kurallarına uygun hareket edip etmemeleri konusundaki görüşleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 53’ü doktorların mesleki ahlak kurallarına uygun hareket ettiklerini, % 47’si doktorların mesleki ahlak kurallarına uygun hareket etmediklerini dile getirmiştir.

Elde edilen bulgular ışığında doktorların kendilerinin de neredeyse yarıya yakını bu mesleği icra edenlerin ahlak kurallarına uymadıklarını ifade etmişlerdir. Sonucun böyle çıkması gerçekten şaşırtıcıdır. Bunun nedenleri içerisinde doktorların kendilerini yurt dışındaki meslektaşlarıyla kıyasladıklarında gelir düzeylerini sürekli yukarı çekme istekleri, daha çok hastaya bakarak döner sermaye oluşumundan daha fazla ücret alma düşünceleri gibi sebepler ilk akla gelen sebeplerdir. Profesyonel mesleklerin temel özelliklerinden olan oto kontrolü, iç denetimi ve meslek örgütlerinin meslek sahipleri üzerindeki yaptırım gücünü yeterince kullanamadıklarını görüyoruz. Bu soruya “kısmen” diye bir şıkkın koyulması durumunda hayır cevaplarının aşağı düşeceği kanaatindeyiz.

Genel olarak Türkiye’de çalışan doktorların maaşları Avrupa’da çalışan doktora göre çok düşüktür. TTB’ye göre, örneğin Türk doktorları İngiliz meslektaşlarının maaşlarının ancak 15’te birini alabilmektedirler. Maaşların düşüklüğü

çalışma azmini kırdığı gibi, doktorları muayenehane açmaya ve yarı-sürekli çalışmaya zorlamaktadır. (Cirhinlioğlu,2001:119). “Yüksek gelir grubundan gelmeyen hekimler piyasa koşullarına kendilerini daha kolayca uydurmakta yada böyle bir fiili durumla karşı karşıya kalmaktadır. Bu fiili durum içerisinde her Türk hekimi Hipokrat yemini etmiş olsa bile, mesleklerinin varlığının ve devamının belli ahlak kurallarının yaratılması ve korunmasına bağlı olduğunu unutmuş gibi davranabilmektedir” (Cirhinlioğlu,2001:125).

5.6.4. Doktorların Yeniden Doktorluğu Seçip Seçmemelerine Göre Dağılımları

Aşağıdaki tabloda doktorların tekrar seçim yapsanız bu mesleği seçer miydiniz sorusuna verdikleri cevapların dağılımı yer almaktadır. Böylelikle doktorların mesleki memnuniyet düzeylerinin belirleneceği düşünülmektedir.

Tablo 40. Doktorların Bugün Meslek Seçimi Yapsalar Yine Doktorluk Mesleğini Seçip Seçmeyecekleri Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Doktorluk Mesleğini Seçme Konusundaki Memnuniyet	Sayı	%
Evet	65	65
Hayır	35	35
Toplam	100	100

Tablo 40’ta araştırma kapsamında yer alan doktorların doktorluk mesleğini seçme konusundaki memnuniyet değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 65’inin “bugün meslek seçimi yapsam yine doktorluk mesleğini seçerdim” dedikleri, % 35’inin “Doktorluk mesleğini seçmezdim” dedikleri tespit edilmiştir.

Bu konuda Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yapan doktorların iş doyum düzeyleri konusunda yapılan bir araştırmada, yaşları 30 veya daha az, evli olmayan, hizmet süresi kısa, aylık nöbet sayısı fazla ve pratisyen doktorların işlerinden daha az doyum sağladıkları tespit edilmiştir (Özaltın,2002:427).

Örneklem grubunun çoğunluğunun tekrar meslek seçiminde doktorluk mesleğini seçecekleri yönünde olduklarını görüyoruz. Bunu mesleklerinden duydukları memnuniyetin bir ifadesi olarak değerlendirebiliriz.

5.6.5. Çalıştıkları Yıla Göre Dağılımları

Aşağıdaki tabloda doktorların çalıştıkları yıla göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 41. Doktorların Çalıştıkları Yıla Göre Dağılımı

Çalıştığı Yıl	Sayı	%
1-5	29	29
6-10	24	24
11-15	27	27
16-20	12	12
21-25	3	3
25 yıl üstü	5	5
Toplam	100	100

Tablo 41’de araştırma kapsamında yer alan doktorların çalıştıkları yıl değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 29’u 1-5 yıl arasında, % 24’ü 6-10 yıl arasında, % 27’si 11-15 yıl arasında, % 12’si 16-20 yıl arasında, % 3’ü 21-25 yıl arasında, % 5’i 25 yıl üzerinde görev yapmış bulunmaktadır.

Örneklem grubunun, çalıştıkları yıllara göre dağılımının yaşa göre dağılımları (Tablo-2) ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Hizmet yılı arttıkça doktor sayısında düşüş yaşanmaktadır. Bu durum, tecrübeli doktor kadrolarının nispeten az olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Üniversitelerden mezun olan doktor sayısının her yıl arttığı düşünülürse böyle bir sonucu normal karşılamak gerektiği kanaatindeyiz.

5.6.6. Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımları

Örneklemimizi oluştururken örneklemin alt kümelerinin sayılarına bağlı kalınmadığını daha önce belirtmiştik. Mümkün olan en fazla miktarda doktorla görüşülmeye gayret edilmiştir. Buna göre oluşan tablo aşağıda sunulmuştur.

Tablo 42. Doktorların Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı

Çalıştığı Kurum	Sayı	%
Üniversite Hastanesi	42	42
Devlet Hastaneleri	28	28
Sağlık Ocakları	21	21
Özel Hastaneler	9	9
Toplam	100	100

Tablo 42’de araştırma kapsamında yer alan doktorların çalıştıkları kurum değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 42’si üniversite hastanesinde, % 28’i devlet hastanelerinde, % 21’i sağlık ocaklarında, % 9’u özel hastanelerde çalışmaktadır.

Özel hastanelerde çalışan doktor sayısı az olmasına rağmen, doktorlarla yapılan görüşmelerde Elazığ’da son zamanlarda özel hastane sektörünün gelişmeye başladığı, buna bağlı olarak kurum hastanelerinden özel hastanelere doğru bir kayışın söz konusu olduğu dile getirilmiştir. Hâlen yapımına devam edilen Alman Hastanesinin açılışını müteakip üniversite hastanesinden yoğun bir doktor göçünün yaşanacağı özellikle doktorlar arasında konuşulan bir konu olmuştur.

5.6.7. Uzmanlık Alanına Sahip Olma Durumları

Aşağıdaki tabloda araştırmaya katılan doktorların uzmanlık alanına sahip olup olmama dağılımları ortaya konulmuştur.

Tablo 43. Doktorların Uzmanlık Alanına Sahip Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımı

Uzmanlık Alanı	Sayı	%
Yok	41	41
Var	59	59
Toplam	100	100

Tablo 43’te araştırma kapsamında yer alan doktorların uzmanlık alanına sahip olma durumu değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 41’i uzmanlık alanına sahip olmadığını, % 59’u uzmanlık alanına sahip olduğunu dile getirmiştir.

Örneklem grubunda uzman doktor sayısının daha fazla olduğunu görüyoruz. Örneklem grubumuzun genel olarak genç sayılabilecek yaşta doktorlardan oluştuğunu düşünürsek doktorların uzun ve zorlu geçen lisans eğitiminden sonra aynı tempoyla yoğun bir şekilde ders çalışmaya devam ettiklerini, bunun yanında mesleklerini de beraberinde icra ettiklerini görüyoruz.

5.6.8. Elazığ'da Çalışmaktan Duyulan Memnuniyet Durumu

Doktorların Elazığ'da çalışmaktan dolayı duydukları memnuniyet düzeyine ilişkin dağılım tablosu aşağıdaki gibidir.

Tablo 44. Doktorların Elazığ'da Çalışmaktan Memnun Olma Durumuna Göre Dağılımı

Elazığ'da Çalışmaktan Memnun Olma Durumu	Sayı	%
Çok memnunum	39	39
Kısmen	44	44
Az	8	8
Hiç memnun değilim	9	9
Toplam	100	100

Tablo 44'te araştırma kapsamında yer alan doktorların Elazığ'da çalışmaktan memnun olup olmama durumu değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 39'u çok memnun olduğunu, % 44'ü kısmen memnun olduğunu, % 8'i az memnun olduğunu, % 9'u hiç memnun olmadığını dile getirmiştir.

Bu verilere göre örneklem grubundaki doktorların yarıya yakınının Elazığ'da çalışmaktan büyük haz aldıkları görülmektedir. Geri kalan kesimin büyük çoğunluğunun da Elazığ'da olmaktan memnun olduklarını söyleyebiliriz.

5.6.9. Mesleki Tatminlik Derecesi

Aşağıdaki tablodan doktorların yarısından fazlasının mesleklerini tatmin edici bulmadıkları gerçeği ortaya çıkmaktadır. Halbuki Tablo-35'te tekrar meslek seçimi yapsalar doktorluk mesleğini seçer miydiniz sorusuna %65 evet yanıtı alınmıştı.

Tablo 45. Doktorların Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulma Durumlarına Göre Dağılımı

Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulma	Sayı	%
Evet	46	46
Hayır	54	54
Toplam	100	100

Tablo 45'te araştırma kapsamında yer alan doktorların doktorluk mesleğini tatmin edici bulup bulmama değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 46'sı doktorluk mesleğinin tatmin edici olduğunu düşündüğünü ifade etmiş, % 54'ü tatmin edici olduğunu düşünmediğini ifade etmiştir.

İş doyumunun yaşla arttığı, bilinen bir olgudur. Gençlerde işe yeni başlamanın getirdiği uyum sorunları, taşıdıkları iş yükü ve kıdem yetersizliği, düşük gelir ve statü özellikleri bakımından alt basamaklarda olma gibi nedenlerden dolayı iş doyum puanları genellikle ileri yaş grubundakilerden düşük çıkmaktadır. İleri yaş grubundakiler, hem sahip oldukları gelir ve statü özellikleri bakımından, hem de iş ortamındaki sorunlarla başa çıkma stratejilerini geliştirmiş olmaları nedeniyle, işlerinden daha memnun olmaktadır (Ergin,1995:39). Mesleğini tatmin edici bulmadığını ifade edenlerin neden böyle bir cevap verdikleri, bir sonraki soruda açıklığa kavuşacaktır.

5.6.10. Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulmama Nedenleri

Araştırmaya katılanların % 54'ü doktorluk mesleğini tatmin edici bulmadıklarını ifade etmişlerdi. Bunun sebeplerinin dağılımı aşağıdaki tabloda açıklanmaktadır.

Tablo 46. Doktorların Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulmama Nedenine Göre Dağılımı

Doktorluk Mesleğini Tatmin Edici Bulmama Nedeni	Sayı	%
Ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlardan dolayı	13	13
Sorumluluğunun çok fazla olmasından dolayı	18	18
Çalışma şartlarının ağır olmasından dolayı	16	16

Doktor sayısının azlığından dolayı	4	4
Sahip olunan bilgilerin sürekli yenilenmek zorunda olmasından dolayı	3	3
Tatmin Edici Buluyorum	46	46
Toplam	100	100

Tablo 46’da araştırma kapsamında yer alan doktorların doktorluk mesleğini tatmin edici bulmama nedenleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan ve doktorluk mesleğini tatmin edici bulmayan 54 doktordan 13’ü doktorluk mesleğini tatmin edici bulmama nedenini ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlar, 18’i sorumluluğu ağır olan bir meslek olması, 16’sı çalışma şartlarının ağır olması, 4’ü doktor sayısının fazla olması, 3’ü sahip oldukları bilgileri sürekli yenilemek zorunda olmaları şeklinde dile getirmiştir.

Doktorluk mesleğinin sorumluluğu herkesçe aşıkardır. Doktor, ilmi kurallara uygun olarak teşhis (tanı) koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Tedavinin mutlak olarak şifayla neticelenmemesinden dolayı çeşitli tepkilerle karşı karşıya kalabilir. Öyle görünüyor ki böyle durumlarla karşılaşmanın muhtemel olmasından dolayı doktorluk mesleği 18 kişi tarafından tatmin edici bulunmamaktadır. Ancak bunun tam tersi de söylenebilir. Ölümle burun buruna gelmiş bir hastanın hayata dönmesine vesile olmak da herhâlde ayrı bir tatmin kaynağıdır.

Bilindiği gibi sağlık hizmetini öteki hizmetlerden ayırt etmek gerekmektedir. Sağlık hizmetindeki ayrıcalıklı faktörler, hizmetin bekletilmeksizin, geciktirilmeksizin verilmesi ve ertelenemeyecek olmasıdır. Aksi durumlarda geriye dönüşümsüz veya düzeltilmesi imkânsız sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Hastanelerin acil servis veya polikliniklerinin fiziki yetersizliği, personel noksanlığı ve kapasiteleri, zaten zor bir mesleğe sahip olan doktorların çalışma şartlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durum da 16 kişi tarafından mesleki tatminsizlik sebebi olarak sayılmıştır. Bazı doktorlar ise ülkenin mevcut ekonomik şartlarından dolayı hizmetlerinin karşılığını tam olarak alamadıklarını düşünmektedirler. Bu durumun da kendilerini özel hastanelerde veya polikliniklerde çalışmaya ittiği düşünülmektedir.

5.6.11. Özel Muayenehanelerde Çalışma Durumları

Burada doktorlara kamu hizmeti dışında özel bir yerde çalışıp çalışmadıkları sorulmuştur. Aşağıdaki tabloya baktığımızda örneklem grubunun dörtte birlik bir kesiminin özel muayenehanelerde çalıştıkları görülmektedir.

Tablo 47. Doktorların Özel Muayenehanede Çalışıp Çalışmama Durumlarına Göre Dağılımı

Özel Muayenehanede Çalışma	Sayı	%
Evet	26	26
Hayır	74	74
Toplam	100	100

Tablo 47’de araştırma kapsamında yer alan doktorların özel muayenehanede çalışma durumları değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 26’sı özel muayenehanede çalıştığını, % 74’ü çalışmadığını dile getirmiştir.

Kanunlarımız herhangi bir kamu kurum veya kuruluşunda çalışan doktorların da çalışma saatleri dışında özel muayenehane açabilmelerine ve çalışmalarına izin vermiştir. Ancak bunun için ilgili makamlardan izin alınması gerekmektedir. Bir sonraki soruda doktorların neden özel muayenehanelerde çalıştıklarının cevabı aranacaktır.

5.6.12. Özel Muayenehanelerde Çalışma Nedenleri

Toplumumuzda genel bir kanı olarak doktorların kamu hastanelerinde kendileriyle yeteri kadar ilgilenmedikleri, kendilerine özel muayenehanelerinin telefonlarını ve adreslerini vererek oralara davet ettikleri ve yüksek ücret karşılığında gerekli hassasiyeti göstererek tedavi uyguladıkları genel bir kanı olarak yaygınlaşmıştır.

Tablo 48. Doktorların Özel Muayenehanede Çalışma Nedenlerine Göre Dağılımı

Özel Muayenehanede Çalışma Nedeni	Sayı	%
Hayat standartlarını	18	18

yükseltmek için		
Mesleki tatminsizlik	6	6
Diğer	2	2
Özel muayenehanede çalışmıyorum	74	74
Toplam	100	100

Tablo 48’de araştırma kapsamında yer alan doktorların özel muayenehanede çalışma nedeni değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan ve özel muayenehanede çalıştığını dile getiren 26 doktordan 18’i özel muayenehanede çalışma nedenini hayat standartlarını yükseltmek, 6’sı mesleki tatminsizlik şeklinde ifade etmiştir.

Bu bağlamda doktorların bir kısmının mesleklerini kolay para kazanma aracı olarak gördükleri söylenebilir. Özellikle mesleki tecrübesi ve kariyeri itibari ile isim yapmış kişiler bu yola daha çok başvurumaktadırlar. Bunun yol açtığı olumlu bir sonuç da doktor-hasta ilişkilerinin derinleşmesi, hastaların kolaylıkla ihtiyaç duydukları an ve zamanlarda doktorlarına ulaşabilme imkânını sağlamış olmasıdır. Ancak bu da gelir düzeyi yüksek olan hastalar ile gelir düzeyi düşük olan hastalar arasında haksız bir farklılığın ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

5.6.13. Doktorların Kendilerini Toplumun Hangi Kesiminde Gördüklerine Dair Görüşleri

Bu soru ile doktorların kendilerini toplumun neresinde gördüklerine dair bulgular elde edilmiştir.

Tablo 49. Doktorların Bir Doktor Olarak Kendilerini Toplumun Hangi Kesiminde Gördükleri Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Kendilerini Toplumun Hangi Kesiminde Gördükleri	Sayı	%
Hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak üst kesimde	17	17
Hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak orta kesimde	41	41
Hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak alt kesimde	1	1
Sosyo-kültürel olarak üst, gelir olarak orta kesimde	28	28
Sosyo-kültürel olarak üst, gelir olarak alt kesimde	6	6

Sosyo-kültürel olarak orta, gelir olarak üst kesimde	2	2
Sosyo-kültürel olarak orta, gelir olarak alt kesimde	4	4
Sosyo-kültürel olarak alt, gelir olarak üst kesimde	0	0
Sosyo-kültürel olarak alt, gelir olarak orta kesimde	1	1
Toplam	100	100

Tablo 49’da araştırma kapsamında yer alan doktorların kendilerini toplumun hangi kesiminde gördükleri hakkındaki görüşleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 17’si kendilerini hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak üst kesimde gördüklerini, % 41’i kendilerini hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak orta kesimde gördüklerini, % 1’i kendisini hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak alt kesimde gördüğünü, % 28’i kendilerini sosyo-kültürel olarak üst, gelir olarak orta kesimde gördüklerini, % 6’sı kendilerini sosyo-kültürel olarak üst, gelir olarak alt kesimde gördüklerini, % 2’si kendilerini sosyo-kültürel olarak orta, gelir olarak üst kesimde gördüklerini, % 4’ü kendilerini sosyo-kültürel olarak orta, gelir olarak alt kesimde gördüklerini, hiçbiri kendisini sosyo-kültürel olarak alt, gelir olarak üst kesimde görmediğini ve % 1’i kendisini sosyo-kültürel olarak alt, gelir olarak orta kesimde gördüğünü dile getirmiştir.

Daha önce sorulan sorularda edinilen bulgularda doktorların sosyo-kültürel olarak üst tabakada, gelir düzeyi olarak da orta-üst tabakada yer aldıklarını dile getirmiştik. Örneklem grubunun bu soruya vermiş oldukları cevaplar da bu sonucu destekler niteliktedir.

5.7. Doktorların İş Yaşantılarına İlişkin Bulgular

Bu alt başlıkta örneklem grubundaki doktorların iş ortamında karşılaştıkları problemler, iş yerinde kendilerini özgür hissedip hissetmedikleri, çalışma saatleri esnasında en çok zaman ayırdıkları faaliyetler gibi iş yaşamlarının değişik alanlarına ilişkin bulgular değerlendirilmeye çalışılacaktır.

5.7.1. İş Yerinde Yaşanan Problemler

Örneklem grubunun iş yerinde yaşadığı problemler aşağıdaki gibi dağılım göstermiştir.

Tablo 50. Doktorların İş Ortamında Karşılaştıkları veya Yaşadıkları Sorunlar Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

İş Ortamında Yaşadıkları Sorunlar	Sayı	%
Sorunum yok	13	13
Ücret yetersizliği	18	18
Personel özlük hakları	6	6
Personel yönetim hataları	11	11
İş yerindeki iş ilişkileri	28	28
İş ortamında yeteneklerimi geliştiremeyişim	18	18
Mesleki doyumsuzluk	3	3
Diğer	3	3
Toplam	100	100

Tablo 50’de araştırma kapsamında yer alan doktorların iş ortamında yaşadıkları sorunlar değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 13’ünün sorununun olmadığını dile getirdiği, % 18’inin ücret konusunda, % 6’sının personel özlük hakları konusunda, % 11’inin personel yönetimi konusunda, % 28’inin iş yerindeki iş ilişkileri konusunda, % 18’inin iş ortamında yeteneklerini geliştirememesi konusunda, % 3’ü mesleki doyum konusunda sorun yaşadığını dile getirmiştir.

Örneklem grubundaki doktorların en çok dile getirdiği problem sahası iş ilişkileri konusunda olmuştur. Bunun altında yatan nedenler düşünüldüğünde akla ilk gelen sebep doktorlar arasında çeşitli kriterlere göre oluşan gruplaşmaların olabileceğidir. Özellikle rektörlük veya dekanlık seçimleri sürecinde bu çekişmelerin daha da fazlaşabileceği düşünülmektedir. İş ortamında yaşanan ikinci büyük problem, gelir yetersizliği olmuştur. Özellikle son yıllarda ortaya konulan sağlık politikaları sonucu her türlü sosyal sigorta sahibi hastanın dilediği hastanelere gidebilme imkânı yakalamış olması sonucu devlet hastanelerine giden hasta sayısı düşmüş, buna bağlı

olarak doktorların döner sermaye geliri azalmıştır. Doktorların yakındıkları diğer bir konu da yeteneklerini geliştiremeyişleridir. Bunun personel yönetim hatalarıyla bağlantılı olabileceği değerlendirilmelidir. Mesleğinde ilerlemeyi amaç edinen doktorların yaptıkları çalışmalar desteklenmeli, teknik donanım ve deneysel çalışma imkânları sunulmalı, bilgi ve görgülerini artıracakları düşünülen toplantılara azami katılımları sağlanmalıdır. Öyle ki bilimsel çalışma yapan her doktora ait bir para fonunun varolması gerektiği düşünülmektedir. Bu da tabii ki ülkenin ekonomik imkânları ile ilintili bir konudur.

5.7.2. Mesleki Çalışmalarını Yapmadaki Özgürlükleri

Bu soruda örneklem grubuna mesleki doyumla doğrudan ilgili olabilecek bir konu olan, çalışmalarını ortaya koymada kendilerini yeterince özgür hissedip hissetmedikleri sorulmuştur.

Tablo 51. Doktorların İş Yerlerinde Meslekleri ile İlgili Araştırmalarını, Çalışmalarını Yapmada, Uygulamada ve Sonuçlandırmada Kendilerini Yeterince Özgür Hissedip Hissetmedikleri Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

İş Yerinizde Kendilerini Özgür Hissetme Durumu	Sayı	%
Evet, bu konuda oldukça özgürüm.	22	22
Sınırlı da olsa bazı projelerimi uygulamaya koyabiliyorum.	35	35
Yönetimin istediği şekilde uygulamaya koyabiliyorum.	17	17
Hayır, bu konuda hiç özgür değilim.	26	26
Toplam	100	100

Tablo 51’de araştırma kapsamında yer alan doktorların iş yerlerinde kendilerini özgür hissetme durumu değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 22’sinin bu konuda oldukça özgür olduğunu dile getirdiği, % 35’inin sınırlı da olsa bazı projelerini uygulamaya koyabildiğini dile getirdiği, % 17’sinin işlerini yönetimin istediği şekilde uygulamaya koyabildiğini dile getirdiği, % 26’sının bu konuda hiç özgür olmadığını dile getirdiği tespit edilmiştir.

Örneklem grubundaki doktorların dörtte üçlük kısmı çalışmalarını yapmada çeşitli tahditlerle karşılaşsalar bile kendilerini özgür hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu konuda, çalışmaları teşvik edici devlet desteğinin yoğun bir şekilde devam ettirilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

5.7.3. Doktorların İş Yerinde Kendilerini Özgür Hissetmeme Nedenleri

Aşağıda örneklem grubunun iş yerlerinde meslekleri ile ilgili projeleri, çalışmaları yapmada, uygulamada ve sonuçlandırmada kendilerini neden yeterince özgür hissetmediklerine ilişkin dağılım verilmiştir.

Tablo 52. Doktorların İş Yerinde Kendilerini Özgür Hissetmeme Nedenlerine Göre Dağılımı

İş Yerinde Kendilerini Özgür Hissetmeme Nedeni	Sayı	%
Maddi imkânsızlıklar	15	15
Teknik donanım yetersizliği	16	16
Danışmanlık hizmetinin yetersizliği	9	9
Diğer	3	3
Kendimi özgür hissediyorum	57	57
Toplam	100	100

Tablo 52’de araştırma kapsamında yer alan doktorların iş yerlerinde kendilerini özgür hissetmeme nedenleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan ve iş yerlerinde kendilerini özgür hissetmediklerini dile getiren 43 doktordan 15’i özgür hissetmeme nedeninin maddi imkânsızlıklar olduğunu, 16’sının teknik donanım yetersizliği olduğunu dile getirdiği tespit edilmiştir.

Burada da doktorların yaptıkları çalışmalarda gerek idari yönden gerekse maddi imkânlar açısından desteklenmesi gerektiği gerçeği bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

5.7.4. Çalışma Saatleri İçerisinde En Çok Zaman Ayırdıkları Faaliyetler

Aşağıdaki tabloda doktorların çalışma saatleri içinde en çok zaman ayırdıkları faaliyetlere ilişkin dağılım ortaya koyulmuştur.

Tablo 53. Doktorların Çalışma Saatleri İçinde En Çok Zaman Ayırdıkları Faaliyet Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Çalışma Saatlerini Değerlendirme	Sayı	%
Vizite	10	10
Muayene	63	63
Cerrahi operasyon	9	9
Diğer	18	18
Toplam	100	100

Tablo 53'te araştırma kapsamında yer alan doktorların çalışma saatleri içinde en çok zaman ayırdıkları faaliyetler değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların çalışma saatleri içinde % 10'unun en çok viziteye, % 63'ünün muayeneye, % 9'unun cerrahi operasyona zaman ayırdıklarını dile getirdikleri tespit edilmiştir.

Bu dağılımda dikkat çeken bir konu, örneklem grubundaki doktorların hiçbirinin bilimsel araştırma, proje vb. şeklinde cevap vermemiş olmasıdır. Öyle anlaşılıyor ki bu gibi çalışmalar yoğun çalışma tempoları içinde ancak küçük bir kısmı teşkil edebilmektedir. Diğer şikkını işaretleyenler içerisinde genellikle materyal takibi, hastalara laf anlatmak, evrak işleri, mikroskobik inceleme, eğitim-öğretim gibi faaliyetler yer almıştır.

5.8. Doktorların Örgütlenmeye İlişkin Algılamaları

Bu alt bölümde örneklem grubunun Türk Tabipleri Birliğine üyelik durumları, TTB'nin seminer ve toplantılarına katılma durumları, doktorların TTB hakkındaki görüşlerine yer verilecektir.

5.8.1. Doktorların Türk Tabipleri Birliğine Üyelik Durumları

İlgili kanun maddesi gereği bir tabip odası sınırları içinde sanatını serbest olarak icra eden doktorlar, bir ay içinde o il veya bölge tabip odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler. Mesleklerini serbest olarak icra etmeksizin kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşekküllerinde asli ve sürekli görevlerde çalışanlar ile herhangi bir sebeple mesleğini icra etmeyenler tabip odalarına

üye olabilirler. Buna göre Türk Tabipleri Birliğine üyelik serbest çalışan hekimler için zorunlu olmakla birlikte halen üyelerinin yarısı, kamuda çalışan, üyeliği zorunlu olmayan hekimlerdir.

Tablo 54. Doktorların Türk Tabipleri Birliği'ne (TTB) Üye Olup Olmama Durumlarına Göre Dağılımı

TTB'ye üyelik	Sayı	%
Evet	46	46
Hayır	54	54
Toplam	100	100

Tablo 54'te araştırma kapsamında yer alan doktorların TTB'ye üye olma durumu değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 46'sı TTB'ye üye, % 54'ü TTB'ye üye değildir.

5.8.2. Türk Tabipleri Birliğinin Düzenlediği Etkinliklere Katılma Durumu

Örneklem grubundaki doktorların çok büyük bir kısmı Türk Tabipleri Birliğinin etkinliklerine katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 55. Doktorların TTB'nin Düzenlediği Toplantı, Seminer, Eğitim vb. Etkinliklere Katılıp Katılmama Durumlarına Göre Dağılımı

TTB'nin Toplantı ve Seminerlerine Katılma	Sayı	%
Evet	15	15
Hayır	85	85
Toplam	100	100

Tablo 55'te araştırma kapsamında yer alan doktorların TTB'nin toplantı ve seminerlerine katılma durumları değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan doktorların % 15'i TTB'nin toplantı ve seminerlerine katılmakta, % 85'i katılmamaktadır.

Bu durum iki şekilde yorumlanabilir. Birincisi; TTB'nin Elazığ'da çok az etkinlik düzenlediği veya düzenlenen etkinliklerin Elazığ'a uzak, ulaşımın zaman aldığı merkezlerde olduğu şeklinde, ikinci olarak da örnekteki doktorların TTB'nin düzenlediği toplantı, seminer, eğitim vb. etkinlikleri katılmaya değer bulmadıkları şeklinde yorumlanabilir.

5.8.3. Doktorların TTB'nin Çalışmaları Hakkındaki Değerlendirmeleri

Burada örneklem grubunun TTB'nin çalışmaları ile ilgili memnun olup olmadıkları konusunda dağılım yer almıştır. Buna göre örneklem grubundaki doktorların büyük bir kısmı memnuniyetsizliklerini dile getirmişlerdir.

Tablo 56. Doktorların TTB'nin İyi Çalışıp Çalışmadığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

TTB'nin Çalışmalarından Memnuniyet	Sayı	%
Evet	21	21
Hayır	79	79
Toplam	100	100

Tablo 56'da araştırma kapsamında yer alan doktorların TTB'nin iyi çalışıp çalışmadığı hakkındaki görüşler değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 21'inin TTB'nin iyi çalıştığını düşündüğü, % 79'unun iyi çalışmadığını düşündüğü tespit edilmiştir.

Profesyonel meslek grupları üyelerinin meslek ahlakını ve yanlış uygulamalarını kontrol edebilecekleri örgütler kurmak mecburiyetindedirler. Görülmektedir ki TTB'nin tıp mesleğinin meslek yapısına ilişkin faaliyetleri yetersiz kalmaktadır. Hemen her gün televizyonlarda sağlığa ilişkin bir skandal işitiliyor olmasına rağmen TTB'nin bunlara yönelik herhangi bir uygulaması kamuoyu tarafından bilinmemektedir. Alınan tedbirler muhakkak ki vardır ancak bu tedbirler ya yüzeysel kalmakta yada bu skandalların önüne geçebilecek ciddiyete erişmemektedir (Cirhinlioğlu,2001:125).

5.8.4. TTB'nin Çalışmalarından Memnuniyetsizliklerinin Nedenleri

Aşağıda bir önceki soru ile bağlantılı olarak TTB'nin çalışmalarından duyulan memnuniyetsizliğin nedenleri ortaya koyulmuştur.

Tablo 57. Doktorların TTB'nin Çalışmalarının Yeterli Olmadığını Düşünme Nedenleri Göre Dağılımı

TTB'nin Çalışmalarının Yeterli Olmadığını Düşünme	Sayı	%
---	------	---

Nedenleri		
Meslek ahlakını koruyamıyorlar.	21	21
Hekimlik mesleğinin çıkarlarını her platformda dile getiremiyorlar.	29	29
Üyelerinin maddi ve manevi haklarını koruyamıyorlar.	19	19
Diğer	10	10
TTB iyi çalışıyor	21	21
Toplam	100	100

Tablo 57’de araştırma kapsamında yer alan doktorların TTB’nin çalışmalarının yeterli olmadığını düşünme nedenleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan ve TTB’nin çalışmalarının yeterli olmadığını düşünen 79 doktordan 21’i TTB’nin iyi çalışmadığını düşünmesinin nedenini mesleki ahlakı koruyamadıkları, 29’u hekimlik mesleğinin çıkarlarını her platformda dile getiremedikleri, 19’u üyelerinin maddi ve manevi haklarını koruyamadıkları şeklinde ifade etmişlerdir.

Araştırma bulgularına göre Türk Tabipleri Birliğinin varoluş amaçlarından sapmış olduğu görünmekle birlikte meslek örgütü olmanın gereklerini yerine getiremediği anlaşılmaktadır. Yapılan görüşmelerde de bu konu, önemine binaen doktorlar tarafından dile getirilmişti. Öyle ki bazı doktorlar, Türk Tabipleri Birliğinin doktorlar dışında her şeyle ilgilendiklerini ifade etmişlerdir.

5.9. Doktorların Türkiye ve Devlet Hakkındaki Görüşleri

Araştırmamızın bu alt bölümünde doktorların ülkenin gidişatına ilişkin görüşleri, ülkenin temel problemleri ve devlet hakkındaki düşünceleri yer almaktadır.

5.9.1. Ülkenin Geleceği

Örneklem grubunun üçte ikisi Türkiye’nin yakın gelecekteki sosyo-ekonomik durumundan umutlu iken üçte birlik kısmı bunun aksine karamsar olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 58. Doktorların, Türkiye'nin Yakın Gelecekte Ekonomik ve Toplumsal Sorunlarını Çözerek Gelişmiş Bir Ülke Düzeyine Ulaşım Ulaşamayacağı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Ülkenin Gelişebileceği Konusundaki Düşünceler	Sayı	%
İyimserim	64	64
Kötümserim	36	36
Toplam	100	100

Tablo 58'de araştırma kapsamında yer alan doktorların, ülkenin gelişebileceği konusundaki görüşleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 64'ünün yakın gelecekte ülkenin gelişebileceği konusunda iyimser olduğu, % 36'sının bu konuda kötümser olduğu tespit edilmiştir.

5.9.2. Ülkenin Temel Sorunlarına İlişkin Görüşleri

Örneklem grubuna ülkenin en önemli sorusunun ne olduğu yöneltmiş ve alınan cevaplar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 59. Doktorların Ülkenin En Temel Sorunu Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Ülkenin En Temel Sorunu Hakkındaki Görüşler	Sayı	%
Ekonomi	33	33
İşsizlik	15	15
Terör	10	10
Eğitim	40	40
Sağlık	2	2
Toplam	100	100

Tablo 59'da araştırma kapsamında yer alan doktorların ülkenin en temel sorunu hakkındaki görüşleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 33'ü ülkenin en temel sorununun ekonomi, % 15'i işsizlik, % 10'u terör, % 40'ı eğitim, % 2'si sağlık olduğunu belirtmiştir.

Örneklem grubunun vermiş olduğu cevaplara göre ülkemizdeki en önemli sorun, eğitimidir. Doktorlara göre eğitim sorunu yaygın bir şekilde bütün ülke çapında halledilebilirse daha sonra sıralanan diğer sorunların kendiliğinden çözüleceği değerlendirilmektedir.

5.9.3. Doktorların Devletle İlgili Görüşleri

Bu soruda örneklem grubuna devlet işleyişi ve yapısı ile ilgili birbirinden farklı üç ayrı seçenek sunulmuştur. Aşağıdaki tablodan görülmektedir ki doktorlar genel olarak devleti bazı güçlerin egemenliği altında işleyişini sürdüren bir kurum olarak algılamaktadırlar.

Tablo 60. Doktorların, Türkiye'nin Bugünkü Toplumsal, Ekonomik ve Siyasi Yapısı Dikkate Alındığında Devletin Konumu ve Yapılanmasının Nasıl Olduğu Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Devletin Konumu Hakkındaki Görüşler	Sayı	%
Devlet, toplumdaki tüm kesimlerin taleplerini eşit derecede yansıtabilen tarafsız bir yapı niteliğindedir.	16	16
Devlet, ekonomik ve mali güce sahip olan toplumsal kesimlerden bağımsız olarak hareket edememekte, yasa ve politikalarını bu kesimlerin talepleri doğrultusunda biçimlendirmektedir.	73	73
Devlet, yönetici bir seçkinler grubu tarafından kontrol edilen, toplumsal dinamiklerden etkilenmeyen bağımsız bir yapı görünümündedir.	11	11
Toplam	100	100

Tablo 60'ta araştırma kapsamında yer alan doktorların devletin konumu hakkındaki görüşleri değişkenine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan doktorların % 16'sının "Devlet, toplumdaki tüm kesimlerin taleplerini eşit derecede yansıtabilen tarafsız bir yapı niteliğindedir" görüşünü dile getirdiği, % 73'ünün "Devlet, ekonomik ve mali güce sahip olan toplumsal kesimlerden bağımsız olarak hareket edememekte, yasa ve politikalarını bu kesimlerin talepleri doğrultusunda biçimlendirmektedir" görüşünü dile getirdiği, % 11'inin "Devlet, yönetici bir seçkinler grubu tarafından kontrol edilen, toplumsal dinamiklerden etkilenmeyen bağımsız bir yapı görünümündedir" görüşünü dile getirdiği tespit edilmiştir.

Doktorlar, devleti % 73'lük bir oranla ekonomik ve mali gücü olan ancak birtakım çıkar gruplarının hegemonyası altında bulunan, bu çıkar gruplarıyla ekonomik ve siyasi ilişkilerin mevcut olduğu kurum olarak görmektedirler.

6.GENEL SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Her insanın doğuştan getirdiği kendisine özgü yetenekleri, potansiyeli, farklı gizli güçleri vardır. İnsanlar, yaşamları boyunca bunları ortaya koymak, kullanmak ve geliştirmek ister. İnsana bütün bu olanakları sağlayacak yegâne olgu ise mesleğidir. Birey, mesleği sayesinde kendini gerçekleştirerek benlik kavramını sağlıklı ve kuvvetli bir şekilde geliştirir. Kişiler, yapmış oldukları meslekten sadece maddi bir kazanç değil aynı zamanda ruh sağlığı için de çok önemli olan psikolojik doyum (kazanç) elde ederler.

Türkiye'de mesleklerin durumuna şöyle bir göz atacak olursak şunları söyleyebiliriz: Bazı meslekler, diğerlerine göre daha çok kazandıran meslek grubu olarak algılanırlar (Endüstri, bilgisayar ve elektronik mühendislikleri ve tıp fakülteleri gibi). Ama şu gerçek unutulmamalıdır: Hangi meslek olursa olsun o meslekte çok iyi olunursa hem statü bakımından hem de mesleki kazanç bakımından çok kazançlı görünen mesleklerden daha fazlası kazanılabilir ve mesleki olarak çok daha iyi hissedilebilir.

Bu çalışmada da toplumsal yaşamdaki vazgeçilmezliği tartışılmaz bir yere sahip olan doktorluk mesleği ve doktorlar ele alınmıştır. Bu mesleği bu kadar önemli kılan özelliklere değinilecek olursa şunlar söylenebilir: Doktorlar insan yapısını ve anatomisini çok iyi bilirler, onurlu bir doktor, bu bilgisini hastalara gerçek anlamda yardımcı olabilmek için kullanır, sürekli kendini yenilemenin ve yeni bilgilere, gelişen çağa, yeni teknolojiye ayak uydurabilmek için kendini geliştirmenin çabasını verir. Doktorların malzemesi insandır, dolayısıyla her doktor, kendini geliştirip yenilemek

zorundadır. Doktorların hata yapma lüksü yoktur. Bu mesleklerinin onlara yüklemiş olduğu sorumluluktur. Bu bağlamda biz de araştırmamızda doktorluk mesleğinin ve doktorların toplumsal konumlarını meslekler sosyolojisinin ışığı altında incelemeye çalıştık.

Genel özellikleri itibariyle örneklem grubumuzun üçte ikilik kısmının erkek, büyük çoğunluğu 40 yaşın altında genç bir yaş ortalamasına sahip olan, büyük ölçüde kent doğumlu ve evli kişilerden oluştuğu görülmüştür. Örneklem grubunun bu genel özelliklerine bakılınca dinamik bir yapıda oldukları görülmektedir.

Doktor grubunun ailelerine ve sosyo-ekonomik kökenlerine ilişkin bulgulara bakıldığında büyük çoğunluğu evli olan doktorların eş seçimlerinde üniversite mezunu olma özelliğini aradıkları gözlenmiştir. Bu durumun sosyo-ekonomik gelişme açısından olumlu sonuçlar doğuracağı değerlendirilmiştir. Evli olan doktorların genel olarak bir veya iki çocuk sahibi oldukları görülmüştür. Doktor grubunun anne-babalarının eğitim düzeylerinin ise çoğunluk itibari ile düşük seviyede olduğu belirtilmiştir. Eğitim düzeyi ile bağlantılı olarak baba mesleğinin genel olarak profesyonel meslekler tanımlamamıza girmeyen meslek gruplarından oluştuğu söylenebilir. Anne mesleğinin ise çoğunlukla ev hanımı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Buna göre doktorların yetiştiği aile ortamına ilişkin gelir düzeyi de dikkate alınarak yapılacak değerlendirmede sosyo-ekonomik yaşam düzeylerinin orta, kısmen orta-alt seviyesinde olduğu, buna göre doktorların sahip oldukları meslek ile geldikleri köken arasında dikey bir hareketliliğin ortada olduğu görülmektedir.

Doktor grubunun eğitimlerine ilişkin bulgulara bakıldığında dörtte üçlük kesimin düz lise mezunu olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre biraz önce orta ve orta-alt tabakaya mensup ailelerde yetiştikleri görülen doktorların bu tabakalardaki insanların eğitim tercihinine uygun bir orta-öğrenim gördükleri söylenebilir. Örneklem grubunun bitirdiği üniversiteler ise ağırlıklı olarak Fırat Üniversitesi ile büyük şehir üniversiteleri olmuştur. Doktorların yabancı dil bilme düzeylerinin ise düşük seviyede olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan görüşmelerde bazı doktorlar, yabancı dilin kendilerine daha çok akademik kariyer için gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak dışarıdan bakıldığında doktorluk mesleğinin sürekli yenilenme ihtiyacı duyması gerektiği, bunun için de

yabancı dilin şart olduğu düşüncesi ağır basmaktadır. Bu ikisi arasında bir tezatlık olduğu ortadadır. Doktorların bilgisayar kullanma düzeylerinin ise yeterli seviyede olduğu değerlendirilmiştir.

Doktorların ekonomik durumları ve toplumsal konumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde; doktorların yaklaşık yarısının aldıkları ücret aralığının 1000-2000 YTL arasında toplandığı, bunun da tabii olarak alınan ücret konusunda bir memnuniyetsizlik durumunu ortaya çıkardığı görülmüştür. Aylık kazanç ile alınan ücret hakkındaki görüşler değerlendirildiğinde genel olarak 4000 YTL'lik bir alt kazanç düzeyinin mesleki memnuniyeti sağlayabilecek bir gelir olduğu ortaya çıkmıştır. Şunu da söylemek gerekir ki doktor grubunun gelir düzeyindeki değişimin genel olarak daha iyiye doğru gitmesi söz konusudur. Doktor grubunun elde ettikleri kazançları harcadıkları yerlere bakıldığında, gelirlerinin yarısına yakını yeme-içmeye ayırdıkları görülmüştür. Geriye kalan kısmını ise büyük ölçüde yatırımlara ve eğlenceye ayırdıkları değerlendirilmiştir. Tüketim tarzının tabakalara özgü hayat tarzının belirlenmesinde önemli bir veri olduğu göz önünde tutulduğunda doktorların yaptıkları harcamaların orta-üst tabaka ile uyduğu düşünülmüştür. Doktor grubunun tasarruf alanları değerlendirildiğinde ise büyük oranda gayri menkule yatırım yaptıkları ortaya çıkmıştır.

Doktor grubunun boş zaman olgularına bakıldığında; dörtte üçlük kesiminin bir hobiye sahip oldukları, boş zamanlarını büyük oranda dinlenerek geçirdikleri, kültürel faaliyetlere orta düzeyde katıldıkları görülmüştür. Bunun yanında kültürel faaliyetlere katılma düzeyi ile gelir düzeyi arasında bir paralelliğin olduğu da söylenebilir. Doktor grubunun izlediği televizyon programlarına bakıldığında ise genellikle tercih ettikleri programları izledikleri -ki bunun genelde haber programları olduğu görülmekte- bunun dışında televizyona pek fazla vakit ayırmadıkları görülmektedir. Doktorların takip ettikleri yayınların büyük çoğunluğunu gazete ve mesleki yayınlar oluşturmaktadır. Bu verilerin dağılımına bakıldığında, hem gazete hem de mesleki yayınların takip edilme oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Bunun da yoğun mesai programı ile bağlantılı olduğu değerlendirilmiştir. Örneklem grubundaki doktorların % 41'lik bir kesiminin sürekli olarak bir dergi takip etmediklerini ifade etmesi de bunu doğrular niteliktedir. Doktorların boş zaman aktiviteleri içinde genel olarak spor faaliyetlerine zaman ayırdıkları görülmektedir. Doktor grubunun ailelerine zaman ayırma durumlarına

bakıldığında, doktorların aileleri ile olan bağların kuvvetli olduğu söylenebilir. Doktorların yaz tatillerini geçirme durumlarına bakıldığında ise tatil anlayışlarının ve kültürlerinin olduğu, tatile önem verdikleri değerlendirilmiştir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında doktorların büyük çoğunluğunun bir hobiye sahip olması, kültürel faaliyetlere katılmaları, izledikleri televizyon programlarındaki seçicilik, spor faaliyetlerine katılımları ile gelir düzeylerinin orta-üst tabaka seviyesinde olması paralelinde, üst tabakaya ait yaşam algıları ve toplumun elit kesimiyle uyumlu bir hayat anlayışları olduğu değerlendirilmiştir.

Örneklem grubunun doktorluk mesleğini seçmelerinde etkili olan faktörlere verdikleri cevaplarda en fazla işaretlenen şık, mesleğin içeriğine duyulan ilgi cevabı olmuştur. Buna göre doktorların mesleklerini seçmeden önce az da olsa meslekleri hakkında bilgi sahibi oldukları görülmektedir. “Bilinçsizce” yanıtının çok düşük kalması da doktorluk mesleğinin toplum tarafından tanınan, ilgi duyulan bir meslek olduğunu göstermiştir. Doktorlar, mesleklerin prestij algılamalarında birinci sıraya genel olarak kendi mesleklerini koymuşlardır. Bu konuda yurt içinde ve yurt dışında yapılan çeşitli araştırmalar da bu durumu destekler niteliktedir. Doktorların meslek ahlakı konusundaki yanıtları ise şaşırtıcı olmuştur. Doktor grubunun neredeyse yarısı, doktorların meslek ahlakı kurallarına uymadıklarını ifade etmiştir. Bu konu gerçekten araştırılması gereken, ayrı bir tez konusu olabilecek bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Doktorların tekrar meslek seçimi yapsalar üçte ikilik kısmı yine doktorluk mesleğini seçeceklerini ifade etmişlerdir. Bu durum, doktorlar arasında olumlu bir meslek algısı olduğunu ortaya koymaktadır. Örneklem grubunun çalışma yılları dikkate alındığında çalışılan yıl ile doktor sayısı arasında ters orantı olduğu ortaya çıkmıştır. Doktor grubunun uzmanlık alanlarının olup olmadığına bakıldığında % 59'luk kesiminin uzmanlığının olduğu görülmektedir. Bu durum, örneklem grubunun mesleki amaçlarından bir tanesini yerine getirmeleri açısından memnuniyet vericidir. Örneklem grubundaki doktorların Elazığ'da olmaktan dolayı kayda değer bir memnuniyetsizliklerinin olmadığı görülmüştür. Doktor grubunun % 54'lük bir kesimi ise doktorluk mesleğini tatmin edici bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun nedenleri arasında ağırlıklı olarak sorumluluğunun çok fazla olması, çalışma şartlarının ağırlığı, ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlar yanıt olarak verilmiştir. Verilen yanıtlardan doktorluk mesleğinin herkes tarafından icra edilemeyecek, büyük fedakârlıklar

gerektirecek, sorumluluğu yüksek bir meslek olduğu anlaşılmaktadır. Bunun da yegâne sebebi başta da ifade ettiğimiz gibi uygulama alanının insan olması ve hata kabul etmeyecek olmasıdır. Doktor grubunun dörtte birlik kısmı özel muayenehanelerde çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Neden özel muayenehanede çalıştıkları konusunda verilen cevap ise genel olarak hayat standartlarını yükseltmek olmuştur. Özel muayenehanede çalışma, kolay para kazanma yolu olarak değerlendirilebilir. Ancak bunun gelir düzeyine bağlı olarak hastalar açısından da çeşitli yararlarının olduğu ortaya konulmuştur. Doktor grubuna kendilerini toplumun hangi kesiminde gördükleri sorulmuş ve daha önceki bulgularda elde etmiş olduğumuz verilere paralel olarak kendilerini gelir düzeyi olarak orta-üst, sosyo-kültürel olarak üst tabakada gördüklerini söylemişlerdir.

Doktorların iş ortamında karşılaştıkları problemler değerlendirildiğinde; iş yerindeki iş ilişkilerinin bozukluğunu, yeteneklerini geliştiremeyişlerini, ücret yetersizliğini, personel yönetim hatalarını sıraladıkları görülmüştür. Bu durumun mesleki faydayı azaltacağı, iş verimini düşüreceği değerlendirilmiştir. Bunun yanında doktorların iş yerinde kendilerini çok fazla özgür hissetmedikleri de ortaya çıkmıştır. Bütün bu sorunların kaynağının birinci sorumlusunun idari makamlar olduğunu düşünmektedirler. Son zamanlarda doktorluk mesleği ile ilgili tartışılan bir konu da ithal hekimlik konusu olmuştur. Bu konuda herkes gibi doktorların da çeşitli kaygılarının olduğu yapılan görüşmelerde vurgulanmıştır. Birincisi ülkemize çalışmaya gelecek doktorların tanınmış, bilinen üniversitelerden değil de Afrika ülkeleri gibi ekonomik durumu çok kötü, sıkıntılı olan yerlerden gelecekleri kaygısıdır. Bunun yanında gelecek doktorların dil öğrenme mecburiyetlerinin olup olmayacağı konusu tartışılmaktadır. Buna benzer kaygılardan ötürü örneklem grubundaki doktorlarımız, bu konuya çekince ile yaklaşmaktadırlar.

Doktor grubunun örgütlenmeye ilişkin algıları değerlendirildiğinde; örneklem grubunun % 54'ünün TTB'ye üye olmadığı görülmektedir. Buna göre doktorların örgütlenmeye çok fazla önem vermedikleri söylenebilir. Tablo-55'te görüldüğü gibi örneklem grubundakilerin neredeyse tamamının TTB'nin düzenlediği faaliyetlere katılmadıklarını belirtmesi, bunu destekler niteliktedir. TTB'nin protesto faaliyetleri içerisinde sık sık grev kararı alması, hasta mağduriyetine yol açmaktadır. Genel olarak

doktorlar arasında TTB'ye karşı bir tepki ve hoşnutsuzluk gözlenmiştir. TTB ile Sağlık Bakanlığı arasında da son zamanlarda medyada takip edildiği ölçüde bir sürtüşme ve anlaşmazlık olması da söz konusudur. İki taraf da birbirlerine kimi temsil ettikleri sorusunu sormakta ve bu bir kısır döngü içerisinde sürüp gitmektedir. Tabi ki bu durumun hiç kimseye fayda getirmeyeceği, aksine zarar getireceği ortadadır.

Son olarak doktor grubunun ülke ve devlet hakkındaki görüşleri incelendiğinde; doktor grubunun üçte ikilik kesiminin ülkenin geleceği hakkında iyimser oldukları değerlendirilmiştir. Ülkenin temel sorununa ilişkin en büyük problem ise eğitim olarak belirtilmiştir. Ekonomi, işsizlik ve terör daha sonra sıralanan temel problemler olmuştur. Bu konuda doktorların objektif bir değerlendirme içinde buldukları görülmektedir. Devletin konumu ve yapılanması konusunda ise doktor grubunun büyük çoğunluğunun, devleti, ekonomik ve mali güce sahip toplumsal kesimlerden bağımsız olarak hareket edemeyen, yasa ve politikalarını bu kesimlerin talepleri doğrultusunda biçimlendiren bir yapıda görmekteirler.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırma sonunda yapılacak öneriler, daha çok doktorların kendi inisiyatifleri dışındaki olgular içindir. Bunlardan ilki doktorların kendilerinin de neredeyse yarı yarıya olumsuz olarak nitelediği meslek ahlakı konusunda olacaktır. Doktorluk gibi direk olarak insana hizmet eden bir meslekte ahlak kavramının olumsuz anlamda adının bile anılmaması gerekirken elde edilen bulgular, bu konu üzerinde acilen yapıcı çalışmaların başlatılması konusunda önemli veriler sunmuştur.

İş yerinde yaşanan problemler ise üzerinde hassasiyetle durulması gereken diğer bir konu olmuştur. Yetkili makamlar tarafından konunun derinliğine araştırılması gerektiği önerilmektedir.

Doktorluk mesleğinde örgütlenme kavramı zayıf kalan bir konu olarak karşımıza çıkmıştır. Bu konuda meslek örgütlerinin, özellikle de TTB'nin yaptığı çalışmaları gözden geçirerek yapacağı çalışmalarda doktorların sesi olma konusunda kendilerini bir kez daha sorgulamaları gerektiği düşünülmektedir.

Doktorların yaptıkları bilimsel çalışmalarda, çalışmanın niteliğine göre yeterli maddi kaynağın oluşturulması ve bilimsel çalışmaların çeşitli yollarla teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Doktorların aldıkları ücretin mesleki memnuniyeti sağlaması konusunda 4000 YTL'lik bir alt sınır belirlenmiştir. Bu konuda iyileştirme çalışmalarının yapılmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

Son olarak doktorların mesleki yayınları takip etmeleri konusunda yabancı dil bilme düzeylerini iyileştirmeleri gerektiği, giderilmesi gereken önemli bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

- Adak, Nurşen Özçelik, (2002); Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme, Birey Yayıncılık, İstanbul
- Akdur, Recep, (2003); Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:17, Ankara
- Arda, Erhan ve Kılıçgedik, Necla ve Bakan, Selahattin ve Kemer, Barbaros, (2003); Sosyal Bilimler El Sözlüğü, Alfa Basım Yay., İstanbul
- Arslan, Mahmut, (2001); İş ve Meslek Ahlakı, Nobel Yayınevi, Ankara
- Arslan, Mahmut, (2006); İş ve Meslek Ahlakı,
<http://www.kho.edu.tr/kutuphane/kitap/ozetler/00103ozet.htm> 27.01.2007
- Aslan, A. Kadir, (1996); Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumunun Çocuğun Okul Başarısına Etkisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:85, İzmir
- Aşçıoğlu, Çetin; Tıbbi Deontoloji ve İyi Hekimlik, Doktorun Tıp Sanatını Uygulama Hakkı, İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulamaları Bürosu,
<http://www.istabip.org.tr/hub/rehber3.html> 27.01.2007
- Aytaç, Ömer, (1996); Sosyoloji Açısından Kamu Bürokrasisinde Memurlar ve Memurluk Bilinci (Elazığ Uygulaması), Yayınlanmamış Doktora Tezi, Elazığ
- Barlow, Melvin L., (1971); Meslek Eğitimi, Çev., Cavit Sıdal, Mesleki ve Teknik Öğretim Kitapları, İstanbul
- Berber, Şakir, (2003); Modern Bir Olgu Olarak Sosyal Sınıflar, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı:9, Konya
- Bilgiseven, Amiran Kurtkan, (1986); Genel Sosyoloji, Filiz Kitabevi, İstanbul
- Bocock, Robert, (1997); Tüketim, Dost Kitabevi, Ankara
- Bottomore, T.B., (1998); Toplumbilim, Der Yayınları, İstanbul
- Cirhinlioğlu, Zafer, (1996); Meslekler ve Sosyoloji, Gündoğan Yayınları, Ankara
- Cirhinlioğlu, Zafer, (2001); Sağlık Sosyoloji, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

- Coxon, Anthony P.M. ve Charles L. Jones, (1978): The Images Of Occupational Prestige, A Study In Social Cognition, Edinburgh Studies In Sociology, The Macmillan Press Ltd.
- Cunningham, Sarah ve McKeganey, Neil P., (1990); Readings In Medical Sociology, Tavistock/Routledge, London and New York
- Çağatay, Neşet, (1983); Makaleler ve İncelemeler, Selçuk Üniversitesi Yayınları-2, Konya
- Demir, Ömer ve Acar, Mustafa, (2002); Sosyal Bilimler Sözlüğü, Vadi Yayınları, İstanbul
- Demircioğlu, Murat ve Centel, Tankut, (2003); İş Hukuku, Beta Yayınları, İstanbul
- Dinççağ, Ahmet, (2003); Sevgili Doktorum Anla Beni, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul
- DOKTOR TANIMLAMASI,(2007); <http://tr.wikipedia.org/wiki/Doktor> 07.03.2007
- Doğan, İsmail, (1996); Sosyoloji Kavramlar ve Sorunlar, Sistem Yayıncılık, İstanbul
- Durkheim, Emile, (1949); Meslek Ahlakı, Çev., Mehmet Karasan, Millî Eğitim Basımevi, İstanbul
- Ekinci, Yusuf; (1990); Ahilik ve Meslek Eğitimi, Millî Eğitim Bakanlığı Yayınları, İstanbul
- Elçioğlu, Ömür ve Erdemir, Ayşegül Demirhan, (2003); Çağdaş Tıp Etiği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
- Ergin, Canan, (1995); Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Tutumları Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara
- Erkal, Mustafa E., (2004); Sosyoloji(Toplumbilimi), Der Yayınları, İstanbul
- Erkan, Hüsnü, (1994); Bilgi Toplumu ve Ekonomik Gelişme, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul
- Eröz, Mehmet, (1973); İktisat Sosyolojisine Başlangıç, İstanbul Üniversitesi Yayınları No:1851, İstanbul
- F. Ü. TIP FAKÜLTESİ MEZUNLARI,(2007); <http://www.med.firat.edu.tr> 05.05.2007
- Fichter, Joseph, (1990); Sosyoloji Nedir?, Çev., Nilgün Çelebi, Selçuk Üniversitesi Yayınları:75, Konya
- Florey, Charles du V. ve Burney, Peter, (1983); An Introduction to Community Medicine, Churchill Livingstone, Edinburgh London Melbourne and New York

- Goode, William J. (1957); Community Within A Community: The Professions, American Sociological Review. Editör: Cirhinlioğlu, Zafer, (1996); Meslekler Sosyolojisi
- Gökkaya, Işık, (26.04.2007); Gayri menkule 3 yılda 4.3 milyar dolar geldi, Milliyet Gazetesi Ekonomi Bölümü
- Gündüz, Mustafa, (2004); Türkiye'nin Toplumsal Sorunları, Anı Yayıncılık, Ankara
- Gürata, Mithat, (1975); Unutulan Adetlerimiz ve Loncalar, Tisa Matbaacılık, Ankara
- Hançerlioğlu, Orhan, (1986); Toplumbilim Sözlüğü, Remzi Kitabevi, İstanbul
- Hughes, Ewerett C., (1963); Professions in Deadalus, Special Issue on The Professions, Editör: Cirhinlioğlu, Zafer, (1996); Meslekler Sosyolojisi
- Kahya, Esin, (1997); Ondokuzuncu Yüzyılda Osmanlı İmparatorluğu'nda Tıp Eğitimi ve Türk Hekimleri, Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı Yayınları, Ankara
- Kasapoğlu, M.Aytül, (1999); Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar, Sosyoloji Derneği Yayınları VI, Ankara
- Kepçeoğlu, Muharrem, (2004); Psikolojik Danışma ve Rehberlik, Alkım Yayınevi, İstanbul
- Kızılcılık, Sezgin ve Erjem, Yaşar, (1992); Açıklamalı Sosyoloji Terimler Sözlüğü, Günay Ofset, Konya
- Kocacık, Faruk, (2003); Toplumbilim, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Sivas
- Köseihal, Nurettin Şazi, (1971); Durkheim Sosyolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul
- Kulaksızoğlu, Adnan, (2005); Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul
- Kurtulmuş, Sevgi, (1997); Teorik Esasları ve Tatbikatları Bakımından Aile Ödenekleri, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Ankara
- Kuzgun, Yıldız, (2000); Meslek Danışmanlığı, Nobel Yayınları, Ankara
- Liu, Yuanli ve Çelik, Yusuf ve Şahin, Bayram, (2005); Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları, Suvak Vakfı Yayınları, Ankara
- Marshall, Gordon, (2005); Sosyoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara
- Mays, Arthur B., (1973); Meslek Eğitiminin Prensipleri ve Tatbikatı, Çev., İlhan Özdil-Remzi Öncül, Millî Eğitim Basımevi, İstanbul
- Milliyet Gazetesi, Doktor Kimdir?, <http://www.milliyet.com.tr/2006/07/07/guncel/gun01.html> 27.01.2007
- Okyayuz, Ülgen H., (1999); Sağlık Psikolojisi, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19, Ankara

- Onur, Bekir, (1997); Gelişim Psikolojisi, İmge Kitabevi, Ankara
- Ozankaya, Özer, (1977); Toplumbilime Giriş, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No:403, Ankara
- Özaltın, Hazım, (2002); Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görev Yapan Muvazzaf Tabiplerin İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi:44, Ankara
- Özgen, Hüseyin, (1995); Hastane İşletmeciliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:845, Eskişehir
- Özlu, Tefik, (2003); Hekiminizi Nasıl Alırdınız?, Kaknüs Yayınları, İstanbul
- Özsoy, Osman, (2004); Geleceğin Meslekleri, Hayat Yayınları, İstanbul
- Özcan, Ali Osman, (1985); Ülkemiz İçin İsbetli Olabilecek Bir Mesleğe Yönelme Denemesi, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:3251, İstanbul
- Özkalp, Enver, (1993); Sosyolojiye Giriş, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları No:87, Eskişehir
- Sarı, Nil ve Hatemi, Hüsrev, (1990); Tıp Tarihi Araştırmaları-4, Sandöz Ürünleri A.Ş., İstanbul
- Seçim, Hikmet, (1994); Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, Anadolu Üniversitesi Yayın No:797, Eskişehir
- Sencer, Muzaffer, (1974); Sosyal Sınıflar (Kriter ve Göstergeler), Gözlem Yayınları, İstanbul
- Sezal, İhsan, (1983); Sosyoloji Yazıları, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa
- Stewart A. ve Prandy K. ve Blackburn M., (1980); Social Stratification And Occupations, Cambridge Studies in Sociology, The Macmillan Pres Ltd.
- Tan, Hasan, (1992); Psikolojik Danışma ve Rehberlik, Alkım Yayınevi, İstanbul
- Tengiz, Deniz, (2001); Meslekler Sosyolojisi Açısından Mühendislik Mesleği ve Mühendisler: Diyarbakır Türk Mimar ve Mühendisler Odası Birliğine Kayıtlı Mühendisler Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Elazığ
- Tolan, Barlas, (1975); Toplum Bilimlerine Giriş, Kalite Matbaası, Ankara
- Turan, Nurcan, (2004); Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar:Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1555, Eskişehir
- Türkdoğan, Orhan, (1991); Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi, Millî Eğitim Bakanlığı Yayınları:2213, İstanbul

- Uzun, Hasan, (2000); Meslekler Sosyolojisi Açısından Avukatlar ve Avukatlık Mesleği: Elazığ Barosu Avukatları Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Elazığ
- Ülken, Hilmi Ziya, (1969); Sosyoloji Sözlüğü, Millî Eğitim Basımevi, İstanbul
- Yavuzer, Haluk, (1996); Ana-Baba ve Çocuk, Ailede Çocuk Eğitimi, Remzi Kitabevi, İstanbul
- Yerebakan, Metin, (2000); Özel Hastaneler Araştırması, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26, İstanbul
- Yıldırım, Nuran, “Toplumsal Yaşamda Türk Hekimleri” 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi, 38th International Congress on the History of Medicine (1-6 Eylül 2002, İstanbul)

ANKET FORMU

Sayın Doktor,

Bu anket formu, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi için hazırlanmıştır. “Meslekler Sosyolojisi Açısından Doktorluk Mesleği ve Doktorlar: Elazığ Örneği” adını taşıyan bu çalışma, Elazığ’daki doktorların mevcut durumlarını, sosyo-kültürel yapılarını, sosyo-ekonomik durumlarının tespitini ve toplumsal yapılanmadaki rollerini incelemeyi amaçlamaktadır. Profesyonel bir meslek olan doktorluk mesleğinin sosyal yapılanmadaki rolü çok önemlidir. Bu bağlamda sorunların tespiti ve karşılığında önerilerin teşkil edilmesi istenmektedir.

Bilimsel bir nitelik taşıyan bu araştırmanın herhangi bir idari ve siyasi yönü bulunmamaktadır. Soru kâğıdı, bireysel bir değerlendirme amacı taşımadığı için anketin herhangi bir yerinde, isim, imza vb. bilgileri belirtmenize gerek yoktur.

Sorulara vereceğiniz cevaplardaki samimiyetin, daha net bulgular elde edilmesini sağlayacağı ve dolayısıyla ileriye dönük olarak sizlere de faydalı olacağı düşünülmektedir. Lütfen sorulardaki tüm seçenekleri okumadan tercihinizi yapmayınız. Tercihinizi yaptıktan sonra uygun seçeneği (X) işareti ile işaretleyiniz. Araştırmanın sağlıklı ve gerçek bulgulara ulaşması, anketteki soru ve ifadelere vereceğiniz yanıtlara bağlı olduğundan yanıtlarınızın gerçek görüş ve eğilimlerinizi yansıtması son derece önemlidir. Bu nedenle anket formunu yanıtlarken özen göstermenizi diler, değerli yardım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç .Dr. Yelda SEVİM

Yavuz Selim DAYI

Tez Danışmanı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz:

1() Kadın 2() Erkek

2. Yaşınız:

1() 20-25 5() 41-45
2() 26-30 6() 46-50
3() 31-35 7() 51-55
4() 36-40 8() 56 ve üzeri

3. Doğum yeriniz:

1() Büyük Şehir 4() Köy
2() Küçük Şehir 5() Yurtdışı
3() Kasaba 6() Başka (belirtiniz).....

4. Medeni durumunuz:

1() Evli 2() Bekar 3() Dul

5. Evli iseniz, eşinizin eğitim düzeyi:

1() İlkokul 5() Üniversite
2() Ortaokul 6() Yüksek lisans
3() Lise 7() Doktora
4() Yüksekokul 8() Başka (belirtiniz).....

6. Eşiniz üniversite mezunu ise hangi bölümden mezundur?

.....

7. Evli iseniz kaç çocuğunuz var?

1() Çocuğum yok 4() Üç tane
2() Bir tane 5() Dört tane

3() İki tane 6() Beş ve üzeri

8. Çocuğunuz veya çocuklarınızın ne tür bir yüksek öğrenim görmesini isterdiniz?

- 1() Tıp 5() Sosyal bilimler
 2() Mühendislik 6() Askeri okullar
 3() Hukuk 7() Güzel sanatlar
 4() İdari bilimler 8() Başka (belirtiniz).....

9. Sizi yetiştiren kimselerin öğrenim düzeyleri:

	ANNE	BABA
1 Okur-yazar	()	()
2 İlkokul	()	()
3 Ortaokul	()	()
4 Lise	()	()
5 Üniversite	()	()
6 Başka (belirtiniz).....	()	()

10. Babanızın mesleği:

.....

11. Annenizin mesleği:

.....

12. Sizi yetiştiren kimselerin (ailenizin) yaşam standardı:

- 1() Toplumun oldukça üzerindeydi.
 2() Nispeten rahat yaşanacak düzeydeydi.
 3() Kendilerini geçindirebilecek düzeydeydi.
 4() Geçim zorluğu çekiyorlardı.
 5() Geçinmekte fazlasıyla zorlanıyorlardı.

13. Ailenizde sizden başka tıp fakültesi mezunu var mı?

- 1() Eşim 3() Yok
 2() Annem/Babam 4() Başka (belirtiniz).....

- 2() Hemen hemen aynı.
 3() Kısmen düştü.
 4() Çok düştü ve düşüyor.

20. Bugünkü hayat şartlarınızı göz önüne aldığınızda, aldığınız ücret hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1() Oldukça düşük 3() Yeterli
 2() Düşük 4() Fazla

21. Kazancınızı genellikle nerelere harcıyorsunuz?

- 1() Yiyecek-içeceğe 5() Çocukların okul masraflarına
 2() Giyim-kuşama 6() Eğlenceye
 3() Sosyal faaliyetlere 7() Ev kirasına
 4() Yatırımlara 8() Başka (belirtiniz).....

22. Ülkemiz koşulları düşünüldüğünde birikimlerin nereye yatırılmasının doğru olacağını düşünüyorsunuz?

- 1() Gayri menkule. 5() Borsaya.
 2() Dövizle. 6() Hisse senedi-tahvil.
 3() Altına. 7() Birikim yapmıyorum.
 4() Faize. 8() Başka (belirtiniz).....

23. Başka bir ek uğraşınız (hobiniz) var mı?

- 1() Hayır 2() Evet (belirtiniz).....

24. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1() Dinlenerek 5() Televizyon izleyerek
 2() Spor yaparak 6() Gazete, dergi vb. okuyarak
 3() Kitap okuyarak 7() İnternette dolaşarak
 4() Eş dost ziyaretiyle 8() Başka (belirtiniz).....

25. Çevrenizde düzenlenen kültürel faaliyetlere ne oranda katılırsınız?

- 1() Katılmam 3() Sık sık
 2() Ara sıra 4() Sürekli

26. Televizyonda en çok hangi programları izliyorsunuz?

- 1() Televizyon izlemiyorum
- 2() Haberleri ve haber programlarını
- 3() Magazin programlarını
- 4() Müzik, eğlence, yarışma programlarını
- 5() Belgesel, kültür, sanat programlarını
- 6() Spor programlarını
- 7() Dini yayınları
- 8() Yabancı dizi-sinema
- 9() Yerli dizi-sinema
- 10() Başka (belirtiniz).....

27. Aşağıdakilerden en çok hangilerini okuyorsunuz?

- | | |
|------------------|-------------------------------|
| 1() Gazete | 6() Seyahat-gezi |
| 2() Dergi | 7() Deneme-araştırma |
| 3() Şiir | 8() Bilimsel-teknik |
| 4() Öykü-hikâye | 9() Mesleki yayınlar |
| 5() Bilim-kurgu | 10() Başka (belirtiniz)..... |

28. Düzenli olarak takip ettiğiniz dergi/dergiler:

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1() Takip etmiyorum | 5() Aktüel/magazin dergileri |
| 2() Ekonomi dergileri | 6() Otomobil dergileri |
| 3() Politik dergiler | 7() Sanat/edebiyat dergileri |
| 4() Tıp dergi/bültenleri | 8() Başka (belirtiniz)..... |

29. Spor yapıyor musunuz?

- 1() Evet, düzenli olarak.
- 2() Fırsat buldukça amatör olarak.
- 3() Bir amatör kulübün etkinliklerine katılıyorum.
- 4() Hayır, sadece izleyiciyim.
- 5() Hayır, yapmıyor ve ilgilenmiyorum.

30. Mesleğiniz, ailenize ayıracağınız zamanı etkiliyor mu?

- 1() Evet
2() Kısmen
- 3() Çok az
4() Hayır

31. Yaz tatillerinizi genellikle nasıl geçiriyorsunuz?

- 1() Evde dinlenerek
2() Yazlığında
3() Otel/motelde
4() Tatil köyünde
- 5() Akraba, eş-dost yanında
6() Yurt dışında
7() Tatil yapamıyorum
8() Başka (belirtiniz).....

32. Doktorluk mesleğini seçmenizde etkili olan en önemli faktörü işaretleyiniz.

- 1() Gelir düzeyi
2() Toplumdaki saygınlığı
3() Ailemin yönlendirmesi
- 4() Mesleğin içeriğine duyduğum ilgi
5() Bilinçsizce
6() Başka (belirtiniz).....

33. Sizce bir toplumda en fazla saygınlığa sahip meslek hangisidir?

- 1() Doktorluk
2() Mühendislik
3() Avukatlık
4() İş adamı/müteahhit
5() Bilim adamı
- 6() Sanatçı
7() Öğretmen
8() Politikacı
9() Çiftçi
10() Başka (belirtiniz).....

34. Sizce doktorlar, mesleki ahlak kurallarına uygun hareket ediyorlar mı?

- 1() Evet
2() Hayır

35. Bugün meslek seçimi yapsaydınız yine doktorluk mesleğini seçer miydiniz?

- 1() Evet
2() Hayır (Neden.....)

36. Kaç yıldır doktorsunuz?

- 1() 1-5
2() 6-10
3() 11-15
- 4() 16-20
5() 21-25
6() 25 yıl üstü

37. Hangi kurumda çalışıyorsunuz?

- 1() Üniversite hastanesi 3() Sağlık ocakları
 2() Devlet hastaneleri 4() Özel hastaneler
 5() Ruh ve sinir hastalıkları hastanesi
 6() Zührevi hastalıklar hastanesi

38. Uzmanlık alanınız var mı? Varsa hangi alan olduğunu yazınız.

- 1() Hayır 2() Evet (.....)

39. Elazığ'da çalışmaktan memnun musunuz?

- 1() Memnunum 3() Az
 2() Kısmen 4() Hiç memnun değilim

40. Doktorluk mesleği sizce tatmin edici mi?

- 1() Evet 2() Hayır

41. Cevabınız hayır ise niye tatmin edici bulmuyorsunuz?

- 1() Gelirinin düşük olmasından dolayı
 2() Sorumluluğunun çok fazla olmasından dolayı
 3() Çalışma şartlarının ağır olmasından dolayı
 4() Doktor sayısının azlığından dolayı çok hastaya bakmak mecburiyetinin olması
 5() Sahip olunan bilgileri sürekli yenilemek zorunda olmaktan dolayı
 6() Başka (belirtiniz).....

42. Kamu hizmeti alanı dışında (özel muayenehane, özel poliklinik vb.) ikinci bir yerde çalışıyor musunuz?

- 1() Evet 2() Hayır

43. Cevabınız evet ise niçin böyle bir şeye ihtiyaç duyuyorsunuz?

- 1() Hayat standartlarımı yükseltmek için.
 2() Mesleki tatminsizlik yaşadığım için.
 3() Boş zamanlarımı değerlendirmek için.
 4() Başka (belirtiniz).....

44. Bir doktor olarak kendinizi toplumun hangi kesiminde görüyorsunuz?

- 1() Hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak üst kesimde
 2() Hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak orta kesimde
 3() Hem sosyo-kültürel hem de gelir olarak alt kesimde
 4() Sosyo-kültürel olarak üst, gelir olarak orta kesimde
 5() Sosyo-kültürel olarak üst, gelir olarak alt kesimde
 6() Sosyo-kültürel olarak orta, gelir olarak üst kesimde
 7() Sosyo-kültürel olarak orta, gelir olarak alt kesimde
 8() Sosyo-kültürel olarak alt, gelir olarak üst kesimde
 9() Sosyo-kültürel olarak alt, gelir olarak orta kesimde

45. İş ortamında en çok karşılaştığınız veya yaşadığınız sorun nedir?

- 1() Sorunum yok
 2() Ücret yetersizliği
 3() Personel özlük hakları
 4() Personel yönetim hataları
 5() Yardımcı sağlık personeli yetersizliği
 6() İş ortamında yeteneklerimi geliştiremeyişiim
 7() Mesleki doyumsuzluk
 8() Başka (belirtiniz).....

46. İş yerinizde mesleğiniz ile ilgili araştırmalarınızı, çalışmalarınızı yapmada, uygulamada ve sonuçlandırmada kendinizi yeterince özgür hissediyor musunuz?

- 1() Evet, bu konuda oldukça özgürüm.
 2() Sınırlı da olsa bazı projelerimi uygulamaya koyabiliyorum.
 3() Yönetimin istediği şekilde uygulamaya koyabiliyorum.
 4() Hayır, bu konuda hiç özgür değilim.

47. Cevabınız hayır ise nedeni nedir?

- 1() Maddi imkânsızlıklar
 2() Teknik donanım yetersizliği
 3() Danışmanlık hizmetinin yetersizliği
 4() Başka (belirtiniz).....

48. Çalışma saatleri içinde en çok hangi konu zamanınızı alıyor?

- 1() Vizite
 3() Cerrahi operasyon

2() Muayene 4() Başka (belirtiniz).....

49. Türk Tabipleri Birliğine (TTB) üye misiniz?

1() Evet 2() Hayır

50. TTB nin düzenlediği toplantı, seminer, eğitim vb. etkinliklere katılıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

51. TTB sizce iyi çalışıyor mu?

1() Evet 2() Hayır

52. Cevabınız hayır ise niçin iyi çalışmadığını düşünüyorsunuz?

1() Meslek ahlakını koruyamıyorlar.

2() Hekimlik mesleğinin çıkarlarını her platformda dile getiremiyorlar.

3() Üyelerinin maddi ve manevi haklarını koruyamıyorlar.

4() Başka (belirtiniz).....

53. Türkiye'nin yakın gelecekte ekonomik ve toplumsal sorunlarını çözerek gelişmiş bir ülke düzeyine ulaşacağı konusunda nasıl bir beklenti içerisindeyiz?

1() İyimserim

2() Kötümserim (Neden.....)

54. Size göre ülkemizin temel sorunu nedir?

1() Ekonomi 4() Sağlık

2() Eğitim 5() Terör

3() İşsizlik 6() Başka (belirtiniz).....

55. Türkiye'nin bugünkü toplumsal, ekonomik ve siyasi yapısını dikkate aldığımızda, devletin konumu ve yapılanması hakkında aşağıda sunulan görüşlerden hangisine daha yakınsınız?

1() Devlet, toplumdaki tüm kesimlerin taleplerini eşit derecede yansıtabilen tarafsız bir yapı niteliğindedir.

2() Devlet, ekonomik ve mali güce sahip olan toplumsal kesimlerden bağımsız olarak hareket edememekte, yasa ve politikalarını bu kesimlerin talepleri doğrultusunda biçimlendirmektedir.

3() Devlet, yönetici bir seçkinler grubu tarafından kontrol edilen, toplumsal dinamiklerden etkilenmeyen bağımsız bir yapı görünümündedir.

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında İstanbul'da doğdum. İlk ve orta öğrenimimi İstanbul'da tamamladıktan sonra, 1995-1999 yılları arasında Bursa Işıklar Askeri Lisesi'nde, 1999-2003 yılları arasında Kara Harp Okulu'nda öğrenimimi sürdürdüm. 30 Ağustos 2003 tarihinde Kara Harp Okulu'ndan Ordudonatım Subayı olarak mezun oldum. 2004 yılında tayin olarak geldiğim Elazığ'da, Fırat Üniversitesi Sosyoloji Ana Bilim Dalında bir yıllık Bilimsel Hazırlık Programını müteakip, 2005 yılında Yüksek Lisans Programına başladım. Hâlen Elazığ 8'inci Kolordu Komutanlığında görev yapmaktayım.

ELAZIĞ-MAYIS 2007

Yavuz Selim DAYI