

KAMU HASTANELERİ EMEK GÜCÜNDE YABANCILAŞMA DİNAMİKLERİ

Burhanettin KAYA*, Ali Gökhan EŞİM**

Öz: Yabancılaşma kavramı; felsefi, sosyolojik ve psikolojik kuramlar çerçevesinde, kökenleri Hegel ve Karl Marx'a uzanan tarihsel bir zeminde, emeğin nesneleşmesi ve metalaşması bağlamında ele alınan bir kavramdır. Aynı zamanda yabancılaşma kavramı Melvin Seeman'ın tanımladığı güçsüzlük, anlamsızlık, kuralsızlık (anomi), sosyal izolasyon ve kendine yabancılaşma boyutları üzerinden doğrudan sağlık sisteminin pratiklerine uyarlanmaktadır. Neo liberal politikalarla şekillenen performansa dayalı ek ödeme sistemleri, sözleşmeli çalışma modelleri, "Tam Gün Yasası" ve kamu-özel ortaklığıyla inşa edilen devasa şehir hastaneleri, sağlık kurumlarını birer ticarethaneye dönüştürmüştür. Bu yapısal dönüşüm, hekimlerin mesleki özerkliklerini kaybetmelerine ve klinik bağımsızlıklarının idari tahakküm altında ezilmesine neden olmuştur. Hekim emeği niteliksel değerinden kopararak salt niceliksel verilere ve "puanlara" indirgenmiş, hastalarla kurulan bütüncül, şefkatli ilişkiye mekanik ve kâr odaklı bir endüstriyel üretim bandına evrilmiştir. Şehir hastanelerinin insan ölçeğini aşan devasa yapıları ve taşeronlaşma pratikleri, hastaları ve çalışanları geleneksel aidiyetlerinden kopararak derin bir güçsüzlük ve sosyal izolasyon döngüsüne sokmuştur. Bu sistem içinde hastalar "müşteri" konumuna itilip nesneleştirilirken; hekimler ve sağlık çalışanları ise artan iş yükü, performans baskısı ve anlam kaybı altında ağır tükenmişlik, ahlaki çöküntü ve kendi yaratıcı emeklerine karşı derin bir yabancılaşma yaşamaktadır. Türkiye'de bu konuda yapılmış araştırmalar yabancılaşmayı sınıfsal ve ekonomi politik temellerinden kopararak, yalnızca işletmenin verimliliğini düşüren "örgütsel" bir sorun gibi ele almaktadır. Yabancılaşmanın anlaşılması yapısal nedenlerini görünürlü kılacak bağlamsal araştırmalarla olanaklıdır. Sağlık emek gücündeki çok boyutlu yabancılaşma ancak bilim, etik, mesleki dayanışma ve örgütlü bir kolektif mücadele pratiği ile aşılabilir.

Anahtar sözcükler: Yabancılaşma, kamu hastaneleri, emek gücü, sağlıkta dönüşüm programı, psikiyatri

Alienation Dynamics in the Labor Force of Public Hospitals

Abstract: The concept of alienation is rooted in philosophical, sociological, and psychological traditions, tracing back to Hegel and Marx. It has been examined particularly in relation to the objectification and commodification of labor. In healthcare, alienation can be understood through the dimensions defined by Melvin Seeman—powerlessness, meaninglessness, normlessness (anomie), social isolation, and self-estrangement. Neoliberal policies, including performance-based payment systems, contractual employment models, the "Full-Time Law," and large-scale city hospitals built through public-private partnerships, have transformed healthcare institutions into commercial enterprises. This transformation has eroded physicians' professional autonomy and subordinated clinical decision-making to administrative control. Medical labor has been reduced to quantitative metrics, while the physician-patient relationship has shifted toward a mechanical, profit-oriented model. Additionally, large hospital complexes and subcontracting practices have weakened traditional forms of belonging, placing both patients and healthcare workers in conditions of powerlessness and social isolation. Patients are increasingly positioned as "customers," while healthcare professionals experience burnout, moral injury, and alienation from their labor due to escalating workload, performance pressure, and loss of meaning. Research conducted in Türkiye often frames alienation as an organizational issue, overlooking its class-based and political-economic foundations. Addressing alienation requires context-sensitive research that reveals its structural determinants rather than relying on system-conforming solutions. Ultimately, overcoming alienation in healthcare necessitates science, ethics, professional solidarity, and collective struggle.

Key words: Alienation, labour force in state hospitals, health transformation program, psychiatry

1. Giriş

Devletin vatandaşlarına sağlık hizmetlerini doğru-
dan sunma, finanse etme veya organize etme so-
rumluluğunu üstlendiği, temel amacı toplumun her
kesiminin sağlık hizmetlerine eşit, adil, erişilebilir,
ücretsiz ve nitelikli bir şekilde ulaşmasını sağlamak
olan kamusal sağlık sistemi, 1980 yılından itibaren
neoliberal politikaların etkisiyle sosyal devletin ge-
riye çekilmesi, sağlık politikalarının buna göre şe-
killenmesi, sağlığın bir metaya dönüştürülmesi ve
sağlık sisteminin özelleştirilmesi ve ticarileştirilmesi

ile büyük bir yıkıma uğramıştır (Yaşar, 2026,
Üçkuyu, 2026). 2026 yılında geldiğimizde neoli-
beralizmin üçüncü aşamasında yurttaşlığın kaybı-
nın başat dönüşüm olduğu noktada kamusal sağlık
kavramı da gerçekliğini yitirmiş görünüyör.

Bu durumda kamu hastaneleri olarak tanımlanan
bu hastanelere gerçekten kamu hastanesi diyebi-
limiyiz? Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın egemen
sağlık politikası olma durumunda kamu hasta-
neleri diye bir kavramdan söz etmek olanaklı mı?

*Prof. Dr. Psikiyatri, Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi (ORCID No: 0000-0002-6480-1451)

**Uzm. Dr. Psikiyatri, İzmir Alsancak Devlet Hastanesi (ORCID No: 0009-0005-1828-4608)

Geliş Tarihi / Received : 25.02.2026

Kabul Tarihi / Accepted : 29.03.2026

Şirketleşen, kamu ya da şirket aklı ile yönetilen devlet hastaneleri, son yılların ana aktörü olan alışveriş merkezi biçiminde kurgulanmış şehir hastanelerine kamu hastaneleri diyebilir miyiz? Yanıtımız hayır olacaktır. Çünkü evet demeye olanak veren hiçbir öğeden söz etmek olanaklı görünmüyor.

Emek gücünün yabancılaşması tartışmasına öncelikle bu adlandırmaların, kamu, kamusal sağlık, kamu hastanesi kavramlarının yabancılaşması ile başlamak gerekiyor. Artık olmayan, kamusal sağlık sisteminin birinci basamağını oluşturan, koruyucu hekimlik bakışını ana eksen yapan sosyalizasyon modelinden üçüncü basamak hastanelere kamusal sağlık sisteminin tüm bileşenleri bu kavramsal yabancılaşmadan nasibini almış görünüyor. Bu yabancılaşmayı kırmak, öncelikle görünenin altındaki gerçeği görünür kılmak, ardından sağlığın temel insan hakkı olduğunu, bunu gerçek kılmanın devletin asli sorumluluğu olduğunu, kamusal bir sağlık sistemini geliştirerek yeniden başat sistem kılmanın gerektiğini, sağlığın bir ticari ilişkiye dönmesini önlemek için ortaklaşmacı bir düşünce ve tutum ile mücadele etmek gerektiğini söylemekle başlayacaktır.

2. Yabancılaşma Kavramı Üzerine

Yabancılaşma 200 yılı aşkın tarihi olan kavramdır. İnsanın kayıtsız ve hatta düşman bir evrende kendi başına yalnız olduğu anlamında kullanılan, neredeyse tüm insan ve toplum bilimlerinde, felsefe ve edebiyatta tartışılan bir tema olmuştur. Bu kavramı ilk kez kullanan Hegel, yabancılaşmayı bilişsel bir durum olarak ele almıştır. Yabancı doğayı kendi oluşunun bir uğrağı olarak ele almış, mutlak "Tin" in kendine özgü etkinliği olarak görmüştür. Hegel'e göre yabancılaşma kendi içinde kendinin ortadan kaldırılışdır. Bir tür öteki varlık, bilincin ve öz bilincinin, nesnenin ve öznenin karşıtlığıdır. Dolayısıyla yabancılaşmanın aşılması gereken özünün, insanın (varlığın) kendisi tarafından "Tin"den ayrı olarak nesneleştirilmesi olduğunu söyler (Demirer ve Özbudun, 1999). Hegel'in en önemli katkısı yabancılaşmayı bir esrime, düşünceyi aşan ve öteyle bütünleştiren bir hal olmaktan çıkartarak yeniden düşünce alanına, yani insan alanına taşıması olmuştur.

Feuerbach yabancılaşmayı insanın kendi özünü dışına yansıtma hali olarak görmüş ve Hegel'in aksine insansal değil imgesel olduğunu, kurmaca bir özün imal edildiğini öne sürmüştür. Yabancılaşmanın sahip olabileceği tek olumlu yönün ise insanı özünü dışında aramasından sonra içinde aramaya yönelen bir evre oluşturmasında ifade etmiştir (Demirer ve Özbudun, 1999).

Marks yabancılaşmayı insanı kendi etkinliğinin ürünlerine, üretken etkinliğinin kendisine, içinde yaşadığı doğaya, kendine, kendi özsel doğasına ve insanlığına, öteki insanlara yabancılaştıran eylem

olarak tanımlamıştır. İşçinin ürününe yabancılaşması yalnızca emeğinin bir nesne haline gelmesi, bir dışsal varoluş kazanması anlamına gelmemekte, onun dışında bağımsız olarak ona yabancı bir şey olarak var olması ve onun karşıda bir güç olarak çıkması anlamına da gelmektedir (Marks, 2003). Bu süreç işçi için gerçekliğin yitirilmesi olarak, nesneleşme de nesnenin yitirilmesi olarak ya da nesneye kölelik olarak bir yabancılaşma ve bunun sonunda yoksullaşma, değersizleşme olarak yaşanır. İşçi ne kadar çok zenginlik üretir, üretimi hacim bakımından ne kadar artarsa o kadar yoksul duruma gelecek, ne kadar çok meta üretirse kendisi o kadar ucuz bir meta olacaktır. İnsanların dünyasının değersizleşmesinin nesnelere dünyasının değer kazanması ile orantılı olarak arttığını söyler. Emek yalnızca meta üretmekle kalmamakta bu metayı ürettiği ölçüde kendi kendini ve işçiyi de metaya dönüştürerek üretmektedir. Aynı zamanda emeğin ürettiği nesne yabancı bir varlık, üreticiden bağımsız bir erk olarak ona karşı koymaktadır (Marks, 2003). Marks'ın en önemli vurgularından biri aynı zamanda bu yabancılaşmış emeğin doğayı kendi kendini ve öz etkinliğini, kendi yaşamsal etkinliğini insana yabancılaştıran türü de yabancılaştıranı olmasıdır (Marks, 2003; Demirer ve Özbudun, 1999; Elibol, 2024).

Durkheim yabancılaşma kavramını daha çok normsuzluk ya da normların geçerliliklerini yitirmeleri olarak tanımlanan anomie sözcüğü üzerinden ifade eder. Simmel ise nesnel kültür alanının gelişmesi ve *iş bölümü ile yabancılaşmanın ortaya çıktığını*, tüketim sürecinin yabancılaşmanın kaynağı olduğunu söylemektedir (Demirer ve Özbudun 1999, Elibol, 2024).

Erich Fromm, sağlıklı bir psikolojinin kaynağının, bireyin toplumsal örgütlenmesinde yattığını, örgütlenmenin gerçekleşmemiş olmasının yabancılaşmaya yol açtığını, kişinin kendini yabancı olarak duyumsadığını, kendine yabancılaştığını, kendini dünyanın ve kendi edimlerinin yaratıcısı olarak görmediğini, aksine ürünlerinin kendi efendisi haline dönüştüğünü belirtiyor. Yabancılaşmış, "nesne"leşmiş kişinin bu yabancılaştırılmış yaşam içinde kaybolup gittiğini belirtmiştir (Fromm, 2023).

3. Sağlık Sistemi İçinde Yabancılaşma

Yabancılaşma kavramı Melvin Seeman tarafından bireyin beklentileri ve ödül değerleri temel alınarak, ampirik olarak ölçülebilir sosyal-psikolojik boyutlara ayrılarak tanımlanmıştır. Uzun yıllar boyunca yabancılaşma kavramı üzerine çalışan Seeman 1959 yılında yayımlanan "Yabancılaşmanın Anlamı Üzerine" adlı makalesinde yabancılaşmayı güçsüzlük, anlamsızlık, kuralsızlık /anomie, sosyal izolasyon ve kendine yabancılaşma olmak üzere beş boyut

üzerinden kavramsallaştırmıştır. Uzun yıllar devam eden çalışmaları sonucunda (örneğin 2001 tarihli "Yabancılaşma: Sosyo-Psikolojik Gelenek" adlı ansiklopedi yazısında) bu listeye altıncı bir boyut ekleyerek yabancılaşmayı altı boyutlu bir yapı olarak güncellemiştir (Seeman & Seeman, 2024).

Bu bağlamda ele alındığında sağlık sisteminde yabancılaşma, bireyin kendisinden, çevresinden, bedeninden, emeğinden veya toplumdaki kopma, uzaklaşma ve yalıtılma hissi olarak, çok boyutlu sosyo-psikolojik bir kavram olarak tanımlanabilir. Felsefi ve sosyolojik temelleri olan bu kavram, özne ile dünyanın (veya sistemin) birbirine kayıtsız veya düşmanca yaklaştığı, aralarında hiçbir içsel veya duygusal bağın kurulamadığı eksik ve kopuk bir ilişki biçimini ifade eder ve sağlık sistemi pratiğinde birçok soruna sebep olma riski taşır (Mobarak & Iswinarti, 2025; Tome ve ark., 2016).

Yabancılaşmanın sağlık sistemi üstüne etkileri; hastalar üzerine etkileri, sağlık çalışanları üzerine etkileri ve sağlık sisteminin işleyişi üzerine etkileri olarak üç kategoride değerlendirilebilir.

- **Hastalar Üzerindeki Etkileri:** Yabancılaşma, hastaların kendi bedenleri ve tedavileri üzerindeki özerkliklerini ve insanlık onurlarını kaybetmelerine yol açar (Bologh, 1981; Vo, 2021). Hekim-hasta ilişkisindeki güven ve işbirliği zedelenir; hastalar kendilerini çaresiz, yalnız ve birer "sayı" veya "kod" gibi hissederler (Ewertzon ve ark., 2010; Rudden, 2022). Sonuç olarak hastalar, sağlık sisteminden uzaklaşarak tıbbi bakımdan tamamen kaçınma eğilimi gösterebilirler ki bu durum kronik hastalıkların takipsiz kalmasına ve hayati risklere zemin hazırlar (Xia ve ark., 2023).
- **Sağlık Profesyonelleri Üzerindeki Etkileri:** Sistemik yabancılaşma; doktor, hemşire ve diğer personelde iş tatminsizliğine, ağır tükenmişlik sendromuna, depresyona ve yüksek moral bozukluğuna neden olur (Baum ve ark., 2026; Vo, 2021). Sağlık çalışanları, aldıkları insani eğitim ile kurumun ticari ve bürokratik dayatmaları arasında sıkıştıkları için "ahlaki yaralanmalar" yaşarlar (Byrne ve ark., 2023; Rudden, 2022). Bu durum sinik ve alaycı tutumların gelişmesine, kendi mesleklerinden soğumalarına ve neticesinde erken emeklilik, sistemden göç etme veya mesleği tamamen bırakma gibi kararlara yol açar (McKinlay & Marceau, 2011).
- **Sistemin İşleyişi ve Bakım Kalitesi Üzerindeki Etkileri:** Tıbbi hizmet, şifa veren insani bir ilişki olmaktan çıkarak soğuk, ticari ve mekanik bir sürece dönüşür (Bologh, 1981; McKinlay & Marceau, 2011; Rudden, 2022). Profesyonellerin uzmanlıklarından ziyade idari

ölçütlerin ön plana çıkması ve çalışanlar ve çalışma birimleri (doktorlar, hemşireler, yataklı servisler, poliklinikler vb.) arası iletişimin kopması, tıbbi hataların artmasına, tedavi süreçlerinde bilgi kaybına ve bakım kalitesinin ciddi şekilde düşmesine neden olur (Gümüş ve ark., 2021; McKinlay & Marceau, 2011; Rudden, 2022). Sistemin sadece karlılığa odaklanması, sağlık bakımının temel amacından saparak hem maliyetlerin haksız yere artmasına (yanlış faturalandırma uygulamaları vs.) hem de toplum sağlığının olumsuz etkilenmesine zemin hazırlar (Rudden, 2022).

Sağlık sisteminde yabancılaşmanın Seeman'ın sosyo-psikolojik temel boyutları açısından nasıl deneyimlendiği şu şekilde açıklanabilir:

- **Güçsüzlük (Powerlessness):** Bireyin karşılaştığı koşulları etkileyemediği, kendi kaderini belirleyecek seçimler yapamadığı ve kontrolün tamamen dış güçlerin (sistemin, yöneticilerin veya hekimin) elinde olduğu hissidir (Mobarak & Iswinarti, 2025; Talebi ve ark., 2025). Hastalar, kendilerini ifade edemedikleri karmaşık yapılar karşısında bu çaresizliği yaşarken; sağlık çalışanları da katı bürokratik kurallar, kar odaklı yönetimler ve zaman baskısı altında mesleki özerkliklerini kaybederek sistemin "pasif birer dişlisi" haline geldiklerinde güçsüzlük yaşarlar (Baum ve ark., 2025, 2026; Durrah, 2020; Rudden, 2022).
- **Anlamsızlık (Meaninglessness):** Bireyin eylemlerinin amacını kavrayamaması veya içinde bulunduğu sürecin kişisel ve sosyal değerden yoksun olduğunu hissetmesidir (Durrah, 2020; Mobarak & Iswinarti, 2025). Örneğin, hekimlerin randevu süreleri, performans baskısı gibi sebeplerle etkin ve yeterli muayene ve tedavi hizmeti verememeleri, sosyal hizmet uzmanlarının veya hemşirelerin ağır iş yükü, bürokratik baskılar ve çeşitli kota baskıları yüzünden hastalarına şefkatli bakım sunamaması, yaptıkları işin gerçek anlamını ve iyileştirici doğasını yitirmelerine yol açar (Baum ve ark., 2026; Tummers, 2012).
- **Kuralsızlık (Normlessness, Anomi):** Bireyin, belirli hedeflere ulaşmak için toplum tarafından onaylanmayan davranışların gerekli olduğuna dair yüksek bir beklentiye sahip olmasıdır. Sağlık sistemi içinde anomi neoliberal politikalar, piyasalaşma ve performans odaklı sistemlerin etkisiyle mesleki etik ve evrensel tıbbi standartların işlevsizleşerek yerini maddi çıkar odaklı meşru olmayan pratiklere bırakması şeklinde açıklanabilir (Homedes & Ugalde, 2005; Moran, 2022; Özkal Sayan & Şahan, 2011). Bu süreçte sağlık hizmeti insancıl temellerinden koparak ticari bir metaya, hasta ise bir "müşteri"ye dönüşmekte; hayali faturalandırmalardan tıbben gereksiz

cerrahi müdahalelere kadar uzanan geniş bir yozlaşma yelpazesi sistemin bileşenleri tarafından küçük ihmallerin kanıksanmasıyla sistem genelinde rutinleşmektedir (Kart, 2013; Kayral, 2019; Moran, 2022). Anomi, sağlık çalışanlarını etik bir boşluğa sürükleyerek, sistemin koruyucu normlarını tamamen çökerten ve hem toplum sağlığını hem de mesleki onuru tehdit eden yapısal bir sistemsizlik haline sebep olur.

- **Sosyal İzolasyon:** Bireyin dominant kültürden, toplumdan veya gruptan dışlanması, kendini güvensiz ve yapayalnız hissetmesidir (Mobarak & Iswinarti, 2025; Tome ve ark., 2016). Özellikle hastalar, doktorları tarafından dikkatle dinlenmediklerinde, anlamadıklarında veya şikayetleri standart tıbbi "kutulara" uymadığı için reddedildiklerinde, kendi hastalık deneyimleri içinde derin bir "etik yalnızlık" (ethical loneliness) yaşarlar (Rudden, 2022).
- **Kendine Yabancılaşma:**
 - **Bedenin ve Sosyal Benliğin Ayrışması** Modern tıp pratiğinde, hastanın sosyal çevresi ve psikolojik bütünlüğü olan bir insan olarak görülme-ten ziyade, yalnızca "arızalı organlara sahip onarılmaması gereken bir makine" veya bir "nesne" olarak ele alınmasıdır (Baum ve ark., 2026; Bologh, 1981; Rudden, 2022). Tıbbi bilginin hekimlerin tekelinde özel bir mülkiyet gibi konumlandırılması, hastanın kendi bedeni, hastalığı ve tedavisi üzerindeki otonomisini kaybetmesine ve kendi bedenine bile yabancılaşmasına yol açar (Bologh, 1981).
 - **Kendi Emeğine Yabancılaşma:** Kapitalist ve şirketleşmiş sağlık hizmeti modellerinde, sağlık personelinin kendi uzmanlık yeteneklerini geliştirmesinin engellenmesi ve sundukları hizmetin sadece "üretilen bir metaya" dönüşmesidir (Gümüş ve ark., 2021; McKinlay & Marceau, 2011). Sağlık çalışanları, hastayla kurdukları insani bağı ve yaratıcılıklarını kaybederek kendi mesleklerinden soğurlar ve tükenmişlik yaşarlar (Durrah, 2020; López-Deflory ve ark., 2023).
- **Kültürel Yabancılaşma:** bireylerin veya azınlık gruplarının, sağlık sisteminin standartlaştırılmış ve baskın değerleri ile kendi kültürel inançlarının örtüşmediğini fark etmeleri sonucunda aidiyet hislerini kaybederek dışlanmalarıdır (Mobarak & Iswinarti, 2025; Vo, 2021). Bu durumun temelinde, farklı kültürel kimliklere sahip hastaların değerlerinin sistem tarafından yok sayılması ya da LGBTI+ bireyler gibi azınlık grupların kapsayıcı ve önyargısız hizmete erişememesi yatar. Örneğin, Hmong kültüründe bebeğin ruhunu koruduğuna inanılan ve derin bir ruhani önemi olan plasentanın, hastane protokolleri gereği aileye danışılmadan "tıbbi atık" olarak imha edilmesi;

yerleşik sistemlerin farklı kültürel değerleri görmezden gelerek bireyi nasıl yalnızlaştırdığına dair çarpıcı bir örnektir (Vo, 2021).

Özetle sağlık sisteminde yabancılaşma; bakım, güven ve şefkat odaklı olması gereken tıbbi ilişkinin; katı kurallar, aşırı uzmanlaşma, bürokratikleşme ve ticari baskılar sonucunda soğuk, mekanik ve insanın temel onurunu göz ardı eden bir işlem ağına dönüşmesi durumudur

3.1 Sağlık sistemi pratiği içerisinde yabancılaşma örnekleri

- **Nesneleştirici Dil Kullanımı:** Hastaların birey olarak değil, birer nesne, sorun veya hastalık olarak etiketlenmesi yabancılaşmanın en yaygın biçimlerindedir. Hastaları ameliyat edilecek vücut uzuvlarına indirgeyerek "iki femur ve bir diz" veya Alzheimer hastaları için demanslı, nöroçesitliliği olan bireyler için otistik gibi terimlerin kullanılması, insanları nesneleştirerek onlarla araya duygusal bir mesafe koyma çabasıdır. Bunun yanı sıra hastaların başvuru sıklıkları ve başvurularına gelip gelmemeleri gibi durumlara göre etiketlenip kategorize edilmeleri hastaları suçlayıcı ve nesneleştirici bir pratik olarak örneklendirilebilir (Cayton, 2006).
- **Bürokratikleşme ve Zaman Baskısı:** Hekimlerin hastaları dinlemek ve bütüncül olarak muayene etmek yerine, 3 ila 15 dakikalık kısa vizitlerde sigorta ve yönetim odaklı elektronik sistemlere veri girmek zorunda kalmalarıdır. Bu durumlarda hekimlerin hastanın yüzüne bakmak yerine sadece bilgisayar ekranına odaklanması ve etkileşimin son derece yüzeysel ve mekanik kalması hasta için derin bir yabancılaşma yaratır (Rudden, 2022).
- **Duyarsızlaşma ve Empati Kaybı:** Sağlık çalışanlarının, aşırı yorgunluk ve sistemin yetersizlikleri karşısında suçluluk duygularını bastırmak veya ruhsal olarak ayakta kalabilmek amacıyla hastalarla aralarına bilerek duygusal mesafe koymaları, yorgunluktan dolayı empatilerini tamamen yitirmeleridir (Byrne ve ark., 2023).
- **Sağlık Politikalarına Yabancılaşma:** Bireylerin sağlık sigortası ve tıbbi politikaların karmaşıklığı, algıladıkları yüksek mali riskler ve sisteme olan güvensizlikleri nedeniyle, aslında ihtiyaçları olduğu halde tıbbi bakımdan kaçınması davranışdır (Xia ve ark., 2023).
- **Psikiyatrik Bakımda Hasta ve Ailelerin Dışlanması:** Psikiyatrik acil durumlarda hastaların iradeleri dışında zorla tutulmaları ve zorla ilaç tedavisine maruz bırakılmaları psikiyatri pratiğinde yabancılaşma ile ilişkilendirilebilecek uygulamalardan biridir (Dechent ve ark., 2022). Ayrıca hasta yakınlarının, sağlık profesyonelleri

tarafından ciddiye alınmaması, fikirlerinin dinlenmemesi ve bakım sürecinden dışlanarak onlara kendilerini güçsüz ve yalnız hissettirilmesi yabancılaşma sebepleri arasında sayılabilir (Ewertzon ve ark., 2010).

4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Yabancılaşma

4.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yabancılaşma

Türkiye'deki 1. basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan bu dönüşüm süreci, yabancılaşma kavramının temel boyutları olan anlamsızlık, güçsüzlük, kendine yabancılaşma üzerinden açıklanabilir.

- **Hekimin Ticarethane İşletmecisine Dönüşmesi (Kendine Yabancılaşma):** Sağlıkta dönüşüm programlarıyla aile hekiminin bir "işletmeci" konumuna itilmesi, sağlık hizmetlerinin ve hekim emeğinin ticari bir ürüne dönüşmesi anlamına gelir (Baum ve ark., 2026; Vo, 2021). Kurumsal ve ticari bir ethosun tıbbi bakıma sızması, hekimlerin hastalarının iyiliği için çalışma yeminleriyle şirket/işletme mantığının karlılık ve verimlilik hedefleri arasında kalmasına yol açar (Rudden, 2022). Bu durum, hekimin kendi mesleki değerlerinden, şefkatli bakım idealinden ve kendisinden koparak emeğine yabancılaşmasına neden olur (López-Deflory ve ark., 2023). Ekonomik değerlerin ve karın ön plana çıkması, hekimlerin bilimsel standartlara göre hareket etme güdülerini zedeler ve mesleki tatminsizlik yaratır (Tummers, 2012).
- **Göstermelik İstatistikler ve Sekreteryaya Görevi (Anlamsızlık):** Hekimlerin asli görevlerinden kopararak sürekli veri girişi, istatistik hazırlama ve sekreteryaya işlerine zorlanması, yabancılaşmanın en belirgin boyutlarından biri olan anlamsızlık duygusunu tetikler (Durrah, 2020; Tummers, 2012). Hekimler, klinik yargılarını ve düşüncelerini yansıtmayan, yalnızca idari otoritelerin taleplerini karşılayan elektronik kayıt sistemlerine veri girmek zorunda bırakılırlar. Bu süreçte hastaya şifa vermek yerine, "üretilebilir nesne" hazırlanan raporların ve istatistiklerin kendisi haline gelir (Rudden, 2022). Tıpkı 20. yüzyılın başarılarındaki fabrikalarda işçilerini mekanik dişlilere çeviren Taylorist işbölümü gibi, sağlık hizmetleri de mekanik, katı ve bürokratik bir işlem ağına dönüşür (Baum ve ark., 2026). Bu durum, hekimin yaptığı işin amacını ve toplumsal faydasını sorgulamasına, mesleğine karşı derin bir anlamsızlık ve sinizm geliştirmesine neden olur (Durrah, 2020).
- **Performans Sistemi ve "Eziyet Yönetmeliği" (Güçsüzlük ve Kültürel Yabancılaşma):** Performans hedefleri ve hekimlerin gelirlerini veya çalışma şartlarını daraltan katı yönetmelikler, profesyoneller üzerinde güçsüzlük ve sağlık politikaları üzerinden kültürel yabancılaşma yaratır

(Tummers, 2012). Hekimler, kendi çalışma koşullarını, uygulayacakları tedavileri veya hastalarına ayıracakları zamanı belirleme konusundaki klinik, idari ve finansal özerkliklerini (otonomilerini) kaybederler (López-Deflory ve ark., 2023; McKinlay & Marceau, 2011). Sıklıkla değişen, hekimlerin veya yerel ihtiyaçların fikri alınmadan tepeden inme dayatılan örneğin eziyet yönetmeliği olarak adlandırılan politikalar gibi, sağlık çalışanlarının kendilerini dışlanmış ve çaresiz hissetmelerine yol açar (McKinlay & Marceau, 2011). Sistemin aşırı bürokratik denetimi ve ceza ödül mekanizmaları altında hekimler kendilerini adeta "hareket edemedikleri bir zırhın içinde" çalışıyormuş gibi hissederler (Tummers, 2012).

- **Çalışamaz Hale Gelme ve Tükenmişlik:** İdealize edilen hekimlik mesleği ile idari otoritelerin dayattığı bu mekanik ve baskıcı çalışma koşulları arasındaki devasa uçurum, ağır bir ahlaki çöküntü ve tükenmişlik yaratır (Braithwaite ve ark., 2016; Maslach & Leiter, 2016). Artan iş yükü, anlamsız evrak işleri ve süregelen yapısal yetersizlikler karşısında ayakta kalabilmek için sağlık çalışanları hayatta kalma moduna geçerler (Byrne ve ark., 2023). Sistem içinde tükenen hekimler, ahlaki yaralanmalar yaşar, duygusal olarak duyarsızlaşır ve hem hastalarından hem de kendi mesleklerinden kaçınma, sistemi terk etme veya erken emeklilik gibi yollara başvurarak tam bir yabancılaşma tablosu sergilerler (McKinlay & Marceau, 2011; Rudden, 2022).

4.2. Kamu Hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi, tam gün yasası, devlet hizmet yükümlülüğü, sözleşmeli hekimlik uygulaması ve yabancılaşma

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile literatüre giren Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, sağlık hizmet sunumunu piyasa odaklı bir üretim modeline dönüştürmüştür. Bu sistem, hekim emeğini niteliksel değerinden koparıp niceliksel verilere indirgeyerek; hekimlerin çalışma pratiklerinde çok boyutlu bir yabancılaşma ve tükenmişlik krizine yol açmıştır. Sistemsel yapı; emeği sayısallaştıran ve "hizmet başı ödeme" mantığını merkeze alan karakteriyle, sağlık çalışanlarını mesleki ideallerinden, hastalarından ve meslektaşlarından koparan bir yabancılaşma döngüsü yaratmaktadır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, hekim emeğini küçük işlem birimlerine ve puanlara bölerek, tıbbi pratiği adeta endüstriyel bir üretim bandına taşımıştır (Hanna, 1988; Karaca, 2022; Özkal Sayan & Şahan, 2011).

Hekim, bütüncül bir sağaltım süreci yerine en kısa sürede en fazla "puan" getirecek işlemleri yapmaya zorlanmaktadır. Günlük 100-150 hasta kabulü gibi rasyonel olmayan iş yükleri, hasta başına ayrılan süreyi 3-5 dakikaya indirerek tıbbi bakımın niteliğini

aşındırmakta, bu durum hekimlerde *güçsüzlük* ve *anlamsızlığa* yol açarak yabancılaşmayı tetiklemektedir. Hastanın bir "insan" özelliğinden çıkarılarak "puan", "birim maliyet" veya "müşteri" olarak algılanması, hekimin şifa verme motivasyonunu zedelemekte; yaptığı işin özüne karşı derin bir *anlamsızlık* duygusu geliştirmesine neden olmaktadır (**Karaca, 2022; Kart, 2013; Özkal Sayan & Şahan, 2011**).

Puanlama sisteminin nicelik odaklı yapısı, hekimleri karmaşık ve riskli vakalardan (psikoterapi, radikal cerrahiler vb.) ziyade, hızlı sonuç veren basit işlemlere yönlentmektedir. Bu durum iki temel sonucu doğurmaktadır. Birincisi tıbbi gereklilikler ile iktisadi dayatmalar arasındaki çatışma, hekimde *etik yabancılaşma* yaratmaktadır. Malpraktis davaları ve performans kaybı endişesiyle riskli hastalardan kaçınma eğilimi, hekimin "yararlı olma" ilkesine yabancılaşmasının somut bir göstergesidir (**Karaca, 2022; Kart, 2013; Özkal Sayan & Şahan, 2011**).

Performans ve piyasa odaklı model, hastaneleri ticari işletmelere dönüştürürken hekimleri de kısıtlı kaynaklar için yarışan rakip aktörler haline getirmiştir. Geleneksel usta-çırak ilişkisi ve ekip ruhu, yerini "hasta kapma" rekabetine ve karşılıklı denetim mekanizmalarına bırakmıştır. Özellikle hekim dışı personelin sistemden aldığı payın düşüklüğü, kurum içi adaletsizlik duygusunu pekiştirerek *sosyal izolasyonu* ve meslektaşlar arası yabancılaşmayı derinleştirmektedir (**Karaca, 2022; Kart, 2013; Özkal Sayan & Şahan, 2011**).

"Tam Gün Yasası", "Devlet Hizmet Yükümlülüğü" ve muayenehane açma kısıtlamaları, hekimliği özerk bir profesyonel meslek grubundan, sistemin bağımlı birer "sağlık işçisi" haline getirmiştir. Geçmişte kendi üretim araçlarına (muayenehane ve teşhizat) sahip olan hekimlerin büyük çoğunluğu, bugün kamu veya özel sektör sermayesine tam zamanlı bağımlı hale gelmiştir. Bu durum, klasik bir mülksüzleşme ve proleterleşme örneğidir (**Kasapoğlu, 2016; Özkal Sayan & Şahan, 2011**). Hastanelerin "CEO/Genel Sekreter" modeliyle yönetilmesi, idareciler ile hekimler arasında hiyerarşik bir işveren-çalışan ilişkisi tesis etmiştir. Hekim liyakati, kuruma sağladığı finansal kârlılık üzerinden değerlendirilen bir değişim değerine dönüşmüştür (**Kart, 2013**).

Sözleşmeli hekimlik uygulamaları, iş güvencesini esneterek idari bir "sopa" görevi görmektedir. Sözleşme feshi tehdidi hekimin klinik bağımsızlığını ve otonomisini ortadan kaldırmaktadır. Bu güvencesizlik ortamında hekim, hayatta kalma moduna girerek; yaratıcılığını kaybettiği, duyarsızlaştığı, empatik yaklaşımı ve şefkatli benliğini işine yansıtmadığı bir *güçsüzlük* ve *kendine yabancılaşma* sürecine mahkûm edilmektedir. Öte yandan sözleşmeli hekimlik uygulamaları eşit işe eşit ücret prensibinin

ortadan kaldırılmasına sebep olarak meslektaşlar arası ayrımcılığa sebep olarak *sosyal izolasyon* oluşmasına yol açmaktadır (**Kart, 2013; Moran, 2022**).

Özetle; sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde şekillenen politikalar bütünü, hekimliği toplumsal saygınlığı olan bağımsız bir meslek olmaktan uzaklaştırarak; pazar kuralları ve idari tahakküm altında ezilen, emeğine, hastasına ve kendi kimliğine yabancılaşmış bir "sağlık işçiliği" modeline hapsetmiştir.

4. 3. Şehir hastaneleri modeli ve yabancılaşma formun üstü

Şehir hastaneleri veya entegre sağlık kampüsleri modeli, Kamu Özel Ortaklığı (KÖİ) çerçevesinde inşa edilen devasa yapılar olarak Türkiye sağlık sisteminde büyük bir dönüşümü temsil etmektedir. Bu dönüşüm çerçevesinde meydana gelen mekansal, yönetsel ve istihdama yönelik yapısal sorunlar, hem hastalar hem de sağlık çalışanları açısından çok boyutlu bir yabancılaşma pratiği üretmektedir.

Şehir hastaneleri, geleneksel bir şifa merkezi olmaktan ziyade, içinde alışveriş merkezleri, oteller, ticari alanlar (kantin, otopark) barındıran devasa "sağlık kompleksleri" olarak tasarlanmaktadır (**Arıkan, 2025**). Bu durum, hastaneleri birer ticaret-haneye çevirmekte ve sağlık hizmetinin özünü ticarileştirmektedir. Bu yapı içerisinde hasta, şifa arayan kırılabilir bir insan olmaktan çıkıp, otoparkı, kafeteryası ve oteliyle hastane işletmesine para kazandıran bir "müşteriye" veya "tüketiciye" dönüşmektedir (**Kart, 2013**). Kurumların yalnızca birer "hizmet fabrikası" veya "işletme" mantığıyla yönetilmesi, hekimlerin ve sağlık personelinin mesleki ideallerinden kopmasına ve *kendi emeğine yabancılaşmasına* yol açmaktadır (**Gökkaya, 2021; Kasapoğlu, 2016**).

Şehir hastaneleri kurulurken, şehir merkezlerinde yer alan, vatandaşların tek bir vasıtayla veya yürüyerek kolayca ulaşabildiği köklü yerel hastaneler yıkılmakta veya kapatılarak bu yeni merkezlere taşınmaktadır. Hastanelerin genellikle şehir dışında veya otoyol kenarlarında konumlandırılması, hastaların kendi yaşadıkları çevreyle bütünleşik olan sağlık kurumlarından koparılmasına neden olmaktadır. Evrensel ve eşit olması gereken sağlık hizmetinin uzak diyarlara taşınması, özellikle yaşlılar, engelliler ve yoksul kesimler için sağlık hizmetine erişimi büyük bir engele dönüştürerek onların sisteme karşı derin bir dışlanmışlık ve *sosyal izolasyon* hissetmelerine neden olmaktadır. Bireyler, kendi mahallelerindeki "tanıdık" hastane ortamından koparılarak, aidiyet kuramadıkları devasa, soğuk ve uzak yapılara mahkûm edilmektedir (**Gökkaya, 2021**).

Şehir hastanelerinin uluslararası optimum standartların (200-600 yatak) çok üzerinde, devasa yatak kapasiteleriyle ve çok geniş kapalı alanlarla inşa edilmesi, hastaların bu büyük kütle içinde "kaybolmasına" ve yönlerini bulamamasına yol açmaktadır. Hastalar için hastane içi ulaşımın başlı başına bir eziyete dönüşmesi, sunulan hizmetin kullanılabilirliğini ve insani boyutunu yok etmektedir. Sağlık çalışanları açısından ise, bloklar arası mesafelerin çok uzun olması nedeniyle konsültasyonların zamanında yapılamaması veya kâğıt üzerinde yapılmak zorunda kalınması, sunulan tıbbi hizmetin kalitesini düşürmektedir. Bireylerin kontrol edemedikleri, içinde bir "hiç" veya sadece "küçük bir dişli" gibi hissettikleri bu devasa kütleler ve verimsiz "ölü alanlar", çalışanlar üzerinde bir *güçsüzlük*, tıbbi süreçler üzerinde ise *anlamsızlık* duygusu yaratarak tam bir yabancılaşma tablosu ortaya koymaktadır (**Gökkaya, 2021**).

Kamu Özel Ortaklığı modelinin en belirgin özelliklerinden biri, tıbbi (çekirdek) hizmetlerin kamu (Sağlık Bakanlığı) tarafından verilmesi, ancak temizlik, güvenlik, yemek, laboratuvar, radyoloji ve bilgi işlem gibi tüm destek hizmetlerinin ihaleyi alan özel sektör firmaları (taşeronlar) tarafından yürütülmesidir. Aynı çatı altında hem kamunun hem de kâr odaklı özel sektörün bir arada bulunması, ciddi yönetim zafiyetlerine, yetki karmaşalarına ve "iki başlılığa" neden olmaktadır. Bu durumun çalışanlar üzerindeki en yıkıcı etkisi ise "iş barışının" bozulması ve *sosyal izolasyondur*. Aynı işyerinde omuz omuza çalışması gereken sağlık personeli; kadrolu devlet memurları ve esnek güvencesiz çalışma saatlerine tabi taşeron işçiler olarak sınıflara bölünmektedir. Kadrolu çalışanlarla taşeron çalışanlar arasındaki statü, güvence ve hak farklılıkları, personelin bir ekip ruhu etrafında birleşmesini engellemekte, aralarındaki dayanışmayı yok ederek birbirlerine ve kurumlarına yabancılaşmalarına (*sosyal izolasyon*) yol açmaktadır (**Kayral, 2019; Sever, 2018**).

Özetle; şehir hastaneleri modeli, sadece mimari bir büyüme veya inşaat projesi değil; sağlık hizmetinin metalaştığı, hastanın müşteriye dönüştüğü, mekânın devasa ve soğuk bir AVM'ye dönüştüğü ve çalışanların taşeron sistemle parçalanıp güvencesizleştirildiği bütüncül bir "*sistemik yabancılaşma*" projesi olarak karşımıza çıkmaktadır (**Kart, 2013**).

4.4. Üniversite hastaneleri ve yabancılaşma

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve "Tam Gün Yasası" ile birlikte üniversite hastaneleri, bilimsel üretim merkezleri olmaktan çıkarak piyasa odaklı işletmelere dönüştürülmüştür. Bu süreçte öğretim üyeleri; araştırma yapma ve evrensel tıp ilkelerini uygulama gibi asli görevlerinden uzaklaştırılarak, kurumun döner sermayesini ayakta tutmakla yükümlü "puan üreticisi teknisyenler" konumuna indirgenmiştir (**Karaca, 2022; Moran, 2022**). Akademik gelişime

ayrılması gereken zamanın, niceliksel performans hedeflerine feda edilmesi; akademisyen hekimlerin bilimsel kimliklerine ve yaratıcı emeklerine karşı derin bir *kendine yabancılaşma* yaşamasına yol açmaktadır (**Moran, 2022; Özkal Sayan & Şahan, 2011**).

Tıp eğitiminin temel taşı olan usta-çırak ilişkisi, performans sisteminin dayattığı niceliksel baskılar altında işlevsizleşmiştir. Polikliniklerdeki aşırı hasta yığılması ve hizmet sunumu önceliği, asistan hekimlerin teorik ve pratik eğitim süreçlerini ikincil plana itmiştir. Eğitim faaliyetlerinin maddi bir karşılığının olmaması, bu faaliyetlerin "kâğıt üzerinde" kalmasına neden olmaktadır. Üniversitenin varoluşsal amacı olan "bilim ve eğitim" vizyonundan kopularak sadece rutin hizmet üretimine odaklanması, hekimler için emeğin özündeki anlamın kaybolduğu bir *anlamsızlık* evresini ifade eder (**Kart, 2013; Kucuk ve ark., 2012**).

Üniversite hastanelerinin içine itildiği mali krizler, bu kurumların idari ve bilimsel özerkliğini merkezi otoritenin finansal dayatmalarına bağımlı hale getirmiştir. Kamu kaynaklarından aktarılan ödeneklerin Sağlık Bakanlığı kriterlerine bağlanması, üniversiteleri "gelir getirici faaliyet" baskısı altına sokmuştur. Bu süreçler sonunda hekimlerin klinik kararları ve akademik öncelikleri yerine; istatistiklerin, kotaların ve yönetici tahakkümünün belirleyici olması, profesyonel özerkliğin yerini kronik bir *güçsüzlük* hissine bırakmasına neden olmuştur (**Fedai, 2020; Kart, 2013**).

Üniversite kliniklerinde maliyet düşürme stratejisi olarak benimsenen taşeronlaşma gibi esnek ve güvencesiz istihdam modelleri, kurum içi dayanışma zeminini tahrip etmiştir. Sağlık hizmetinin kolektif doğasına aykırı olarak; kadrolu, sözleşmeli ve taşeron şeklinde kategorize edilen personel yapısı, ekip ruhunu zedelemiş ve iş barışını bozmuştur, *sosyal izolasyon* meydana gelmesine yol açmıştır (**Kasapoğlu, 2016**).

Tam Gün Yasası'nın alelacele ve ilgili tarafların görüşü alınmadan dayatmacı bir biçimde yürürlüğe konmasıyla, gelecek güvencesinin kaybı ve ağır iş yükü nedeniyle deneyimli öğretim üyelerinin özel sektöre yönelmesi, üniversiteleri nitelikli insan kaynağından mahrum bırakmıştır (**Karaca, 2022; Kart, 2013**). Bu tasfiye süreci, geride kalan asistan ve öğrencilerin ustalarından yoksun kalarak mesleki bir *sosyal izolasyon* içine düşmesiyle sonuçlanmıştır.

Sonuç olarak üniversite hastanelerinde sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte uygulanan performans odaklı politikalar; akademisyen hekimi mesleki idealizminden, eğitimi bilimsel derinliğinden ve kurumu özerk yapısından koparmıştır. Ortaya çıkan tablo;

sürekli stres, tükenmişlik ve akademik kimliğin kaybı ile karakterize olan, sistemin çarkları arasında nesneleşmiş bir hekimlik pratiğidir.

5. Türkiye’de Yapılan Çalışmalardan örnekler

Buraya kadar yabancılaşma kavramını, sağlıkta dönüşümün çeşitli düzlemlerde ve boyutlarda yabancılaşma yaratma özelliklerini, hem hasta hem de sağlık emek gücü üzerindeki etkilerini, dinamiklerini özetlemeye ve yorumlamaya çalıştık. Bu bölümde Türkiye’de yapılan araştırmalarda yabancılaşmanın nasıl ele alındığını, nasıl tartışıldığını yapılmış bazı araştırmalar üzerinden gözden geçirmeye çalışacağız. Ulaştığımız çalışmaların büyük çoğunluğunun metropol kentlerden çok Anadolu’daki küçük kentlerde, bazı kamu ve özel hastanelerde gerçekleştirildiğini, araştırma soruları, kullanılan araç ve değişkenlerin sınırlı ve küçük örneklem sayıları içeren araştırmalar olduğunu görüyoruz.

Çoğu araştırmada bazı değişkenlerle yabancılaşma arasında ilişki kurulsa da ortaya çıkan yabancılaşmanın ya da diğer olumsuz tutum değişikliklerinin kaynağı aranmaksızın daha çok bireye özgü sorunları olarak görüldüğü, yabancılaşmanın nedenselliğini, yapısal temellerini anlamaktan öte yabancılaşmayı hızla ortadan kaldırarak hizmet ve üretim sürecini kurumun ya da araştırmalarda sıklıkla dile getirildiği şekilde örgütün devamlılığını sağlamaya odaklı öneriler üretmeye gerekçe olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu araştırmalarda da “yabancılaşma” sıklıkla kişinin kendini bütün olarak hissedememesi, bilincine yönelik bölünmelere yol açan eylemler ve deneyimler, çalışmaya karşı ilgi göstermemek, kişiliğin parçalanarak kimlik kaybının ortaya çıktığı psikolojik bir süreç biçiminde ifade edilmiştir. Kimi zaman işin özerklik, sorumluluk, toplumsal etkileşim ve kendini gerçekleştirme gibi bireyin insan olarak değerini ortaya koyan koşulların ve ortamların sağlanamaması olarak tanımlamıştır. Yabancılaşma sıklıkla insanın yaşamın öznesi olmaktan çıkıp, yaşamın nesnesi olmak, herhangi bir şeye içten ve derinden bağlanamama, soğuma, ilgisizlik, bütünlüşememe, geri çekilme, ilişkilerin kopukluğu ve izole olma gibi duygular belirtilerin sergilendiği bir durum olarak değerlendirilmiştir (**Aktaran: Can Polat ve Özer, 2023**).

Bu araştırmalarda da sağlık çalışanlarının, eğitim düzeylerinin yüksek olması nedeniyle iş ve yaşam beklentileri yüksek bir grup olarak görüldüğü, günümüzde sağlık sektöründeki ağır koşullar, gece nöbetleri, vardiya sistemi, yönetim tarzı ve uygulamaları, yönetim politika ve kurallarındaki değişimler, teknolojideki hızlı değişim, yönetenlerle yönetilenler arasındaki iletişimin yetersizliği, çalışanın teknik bilgi ve yetkinliğinin işin değişen gereksinimlerine ayak uyduramaması gibi nedenlerle işine ve kendine yabancılaşmasına yol açtığı aktarılmaktadır (**Karanlık ve Özafşaroğlu, 2023**).

İç Anadolu Bölgesi’nde yer alan bir tıp fakültesinde 359 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir araştırmada işyeri yalnızlığının damgalamayı artırdığı, damgalamanın da işe yabancılaşmayı, artırdığı saptanmıştır. Katılımcıların damgalama düzeyleri arttıkça işe yabancılaşma düzeylerinin de arttığı, damgalama eğiliminin işyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşma arasındaki etkiye aracılık ettiği belirtilmektedir. Damgalamanın kişilerin iş ve özel yaşamlarında yıpratıcı etkilerinin olduğu ve ruhsal bozukluklarla işyeri yalnızlığının işe yabancılaşmaya etki edebileceği öngörülmüş, işyeri yalnızlığının işe yabancılaşmaya etkisinde damgalamanın aracılık rolü üstlendiği vurgulanmıştır. Yabancılaşmayı azaltabilmek için işyerinde olumsuz örgütsel davranışları engelleyecek tedbirler geliştirilmesi, çalışanların damgalama eylemlerinin önlenmesi için gereken tedbirlerin alınması önerilmiş, işyeri yalnızlığı yaşayan kişilerin bu algılarının ortadan kaldırılabilmesi için grup etkinlikleri, rotasyon, iş geliştirme ve iş genişletme vb. gibi insan kaynakları uygulamalarından yararlanılabileceği belirtilmiştir (**Can Polat ve Özer, 2023**).

Araştırmalarda sıklıkla vurgulanan işe yabancılaşmanın işletmelerde birçok olumsuz sonuçlar doğurabildiği ve verimliliği düşürdüğüdür. İşletmenin verimliliği ve işletme içi sosyal maliyetler üzerindeki olumsuz etkiler, işe yabancılaşma sonucunda bireylerde oluşan çeşitli tutum ve davranışların iş sonuçlarına olumsuz yansımaları dikkate alınmış, ürün veya hizmetin kalitesiyle ilgili sonuçlar öncelenmiştir. Burada görüldüğü gibi yabancılaşma kavramı daha çok “ticarileşen” hizmetin niteliğini etkileme üzerinden ele alınmakta, bu çalışmalarda yabancılaşmayı ortaya çıkaran süreçler ile ilgili bir araştırma sorusu gündem olmamaktadır. Araştırma sorularının işe yabancılaşmanın iş ve yaşam doyumunu azaltması, üretkenliği düşürmesi, motivasyonun azalması, artan iş stresi ile örgüte sadakatin azalması, işgücü devri, işten kaçma, işe karşı soğuma, işten uzaklaşma ve örgütsel sağlık algısını azaltması ile ilgili sonuçlara yönelik olduğu görülmektedir. Yabancılaşmaya yol açan etkenler arasında çalışma koşulları, iş ortamı ve iş karakteristikleri, kurumun büyüklüğü, yönetim biçimi, bürokratik yapı, yöneticiler ve diğer çalışanlarla yaşanan olumsuz ilişkiler gibi unsurlar ele alınsa da ekonomi politik bir bağlam içinde değerlendirilmediği görülmektedir. Yabancılaşmaya neden olan çalışma ortamları da sosyal olmayan, kişinin özerkliğine olanak tanımayan, karar süreçlerine katılmadığı, ortamlar olarak ele alınmış ama bunu kaynakları ve nedenselliği ile ilgili bir araştırma sorusu ve tartışma yürütülmemiştir.

İstanbul’da faaliyet gösteren İl Sağlık Müdürlüğü’ne kayıtlı 168 hastaneden A sınıfı olarak tanımlanan 11 özel girişim hastanesinden çalışmaya katılmayı kabul eden 2 hastaneden 118 kişide yapılan araştırmada, algılanan örgütsel destek azaldıkça işe

yabancılaşmanın arttığı, algılanan örgütsel destek arttıkça örgüte bağlılığın arttığı saptanmıştır. Çalışanların örgütsel destek algısını oluşturan bilişsel bileşenler ile işe yabancılaşma arasında olumsuz bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucunda örgütsel destek algısının işe yabancılaşma ve örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı ve güçlü bir belirleyici olduğu, bu bağlamda, örgütlerde çalışanların güçlendirilmesi, inisiyatif kullanabilir hale gelmeleri, işleriyle ilgili karar almaları ve olumlu davranışları konusunda ödüllendirilmeleri olumsuz dinamiklerin etkilerini azaltan yaklaşımlara gerek olduğu vurgulanmaktadır. Yabancılaşmayı kırarak bir örgüte bağlılık politikasının sistemin devamlılığını sağlamayı amaçladığını göstermektedir.

Yazarlar sağlık hizmetlerinde çalışanların işe yabancılaşmasının, diğer sektörlerde göre çok daha ciddi olumsuz sorunlar doğurabildiğini ama bu konunun yeterince ele alınmadığını vurgulamaktadırlar. Yabancılaşmasının azalmasında örgütsel destek rolü olabileceğini öne sürmektedirler. İstatistiksel değerlendirmenin sonuçlarına da bakarak yapılacak yeni çalışmalar ile işe yabancılaşmayı etkileyen diğer etkenlerin ortaya konulmasının önemli olduğunun da altını çizmektedirler. Emek yoğun olan sağlık işletmelerinde çalışanların örgütsel desteği hissetmelerinin; işe yabancılaşmanın azalması, devamsızlıkların ve işten ayrılmaların düşmesi, örgüte bağlılığın artması, sorumluluk duygusunun güçlenmesi, iş tatmininin yükselmesi, yaratıcılık ve buluşların artması gibi sonuçlar ortaya koyabileceği öne sürmektedirler. Bu anlamda insan kaynakları -ki personel müdürlüğünün yerini insan kaynaklarının alması, insanın bir kaynağa, metaya dönüşmesinin, metalaşmasının, nesneleşmesinin ya da şeyleşmesinin diyelim, dikkat çekmeyen ama en özgün ifadesidir- büyük sorumluluk düştüğü ve geliştirilmesi, güçlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi işe yabancılaşma ile ilgili araştırmalar daha çok örgüt olarak ifade edilen işletmenin güçlendirilmesi, bir metaya dönüşen sağlığın, sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğini artırmasını önceleyen bir çerçevede kurulmaktadır **(Taştan ve ark., 2014)**

Konya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurları gibi hekim dışı sağlık personellerinde yapılan bir araştırmada yabancılaşmanın kadınlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonuç kapitalist yaklaşım ile ilişkilendirilmiş, daha çok kapitalizmin ekonomiyi birincil sıraya taşıması, dayanışmacı sosyal yapının kaybı, bireyciliğin öne çıkması ve vefakarlık gibi kavramların değer kaybetmesi, üretim tarzına bağlı geleneksel değerlerle çatışan modern değerlerin ortaya çıkması ile ilişkilendirilmiştir. Rekabetçi erkeksi duyguların fe-

dakarlık ve sabır gibi değerleri sarstığı, ruhsal çatışmaları ve yabancılaşmayı tetiklediği öne sürülmektedir **(Uşul ve Atan,2014)**.

Bu çalışmada yabancılaşmanın meslekte 16-20 yıl geçirenlerde daha fazla ve 20 yılın üzerinde çalışanlar arasında daha az olduğu görülmektedir. Bu durum terfi alamama, emeklilik yaşına gelme, teknolojiye uyum sağlayamama gibi öznel gerekçelere bağlanmaya çalışılmıştır.

Akdeniz Bölgesi'nde yer alan bir kamu hastanesinin çeşitli bölümlerinde çalışan 740 hemşireden araştırma evreni temsil edebilme yeterliliğini sağladığı belirtilen 262 kişinin değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin yaşları ve işe yabancılaşma algıları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, 45 ve üzeri yaşta katılımcıların diğer yaş gruplarına göre işe yabancılaşma algılarının daha fazla olduğu saptanmıştır. 7-9 yıl süresince sektörde çalışanların 4-6 yıl süresince sektörde çalışanlara oranla iletişim ve katılım algılarının daha yüksek olduğu, hemşirelerin pozisyonları ile sırasıyla "bağlılık", "liderlik" ve "işe yabancılaşma" algıları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Sorumlu hemşire pozisyonunda çalışanların bağlılık ve liderlik algılarının servis hemşirelerine oranla daha yüksek olduğu, bu durumun aksine sorumlu hemşire pozisyonunda çalışanların, işe yabancılaşma algılarının ise, servis hemşiresi olarak çalışanlara oranla daha düşük olduğu görülmektedir **(Hırlak ve ark., 2018)**.

Hemşirelerin meslek seçimi ile sırasıyla "performansın tanınması", "liderlik", "kaynak kullanımı" ve "işe yabancılaşma" algıları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmektedir. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin performansın tanınması, liderlik ve kaynak kullanımı algılarının mesleği istemeyerek seçenlere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun aksine hemşirelik mesleğini istemeden seçenlerin ise, işe yabancılaşma oranlarının mesleğini isteyerek seçenlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır **(Hırlak ve ark., 2018)**.

Araştırmacılar örgütler tarafından yabancılaşma karşıtı önlemlerin ivedilikle alınması, öncelikle ilk olarak yabancılaşmanın varlığının kabul edilmesi, iş yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel ve ruhsal iklimin iyileştirilmesi, işgören motivasyonunun artırılması, takım birlikteliğinin sağlanmasını önererek, bu öğeler aracılığıyla işgörenlerin örgütsel sağlığa yönelik eğilim ve algılamalarının olumlu yöne çekilebileceğini belirtmektedirler. Bununla birlikte örgütlerin birer sosyal alan özelliği çıkararak, işgörenlerin anlam boşluğu ve yalnızlık hislerinden kurtarılması gerektiğini, aynı zamanda; faaliyet ve kararlara katılım, yetki denklığı ve sorumluluk devri gibi yönetsel pozisyon kararlarının bireylere yansıtılmasının sağlanmasını, örgütsel sağlık düzeyini

yukarıya çekebilmek için örgütsel iletişime önem verilmesini, bilgi akışının kuvvetlendirilmesinin, kişisel gelişim önlemlerinin belirlenmesi ve alınmasının, açık ve net bir örgüt kültürü oluşturulmasının, örgütsel iklimin motivasyon ve moral gibi değerleri içermesini sağlamanın altını çizmektedirler (**Hırlak ve ark., 2018**). Bu çalışmada da dikkat çeken yaşanan bu yabancılaşma sürecinin kaynakları, nedenleri, sağlık sistemi, sağlıkta dönüşümün etkileri, örgütlenme yapısı ve sağlık politikaları, özlük hakları, sağlık çalışanlarını çalışma koşulları, bağlamı belirleyen son derece önemli ekonomi politik değişkenler ile bağlantı kurmayı, iletişim becerileri ve bilgi akışındaki, çevre düzenlemesi odaklı bireye ve "ürün"e odaklanan, süreci dönüştürmeyen palyatif çözümler önerilmesidir. Burada özellikle sağlık çalışanını sınıfsal ve mesleki kimliğinden sıyrarak sadece işlevine indirgeyen, vasıfsızlaştıran "işgören" olarak tanımlaması *-ki bu da bireyin metalaşmasının, aslında yabancılaşmasının özgün bir ifadesi olarak ele alınabilir-* son derece anlamlıdır.

Küresel dünyada yaşanan hızlı ve köklü değişimlere gerek bireysel gerekse örgütsel açıdan farklı anlamlar yüklemenin çalışanların içinde bulunduğu çevrede yaşanan değişikliklere ayak uyduramama, kendisine ve örgüte yabancılaşması biçiminde değişiklikler yaratabildiği, bu değişimin içerdiği belirsizlik nedeniyle, olumsuz ruhsal sonuçlara yol açtığı öne sürülmektedir. Özellikle sağlık kurumlarının büyük ve çalışanların hem fonksiyonel bir yönetici hem de bir proje yöneticisine bağlı olduğu, dikey ve yatay yönetim yaklaşımlarının birleştiği hibrit yapılarda işe yabancılaşmanın daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu tanım sağlıkta dönüşümün son döneminin ana sağlık kurumu, kamu görünümü şirket hastaneleri olan şehir hastanelerini, iki başlı, yönetimin baş hekimde değil işletmecisi şirket tarafından atanan hastane yöneticisinde olduğu, sağlık hizmetlerinin yüksek kar elde etmek üzerine inşa edildiği şehir hastanelerini akla getirmektedir.

Uşak il merkezinde yer alan bir özel hastanede fiili olarak çalışan ve toplamda 96 kişiden oluşan hemşire, ebe ve yardımcı sağlık çalışanları (acil tıp teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter) oluşan gruptan çalışmaya katılmayı kabul eden 71 kişi üzerinde yapılan çalışmada, örgütsel değişimin ve değişimdeki belirsizliğin yabancılaşmanın alt boyutları olan güçsüzleşme, anlamsızlaşma ve kendine yabancılaşmayı artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmacılar, örgütlerin çevrelerinde gerçekleşen bu değişimleri doğru algılamaları ve değişimin nedenlerini açıkça tanımlamalarının son derece önemli olduğunu, aksi durumda çalışanların mevcut alışkanlıklarını terk ederek yeni durumlara alışma süreçlerinin sarsıcı olduğunu, değersizlik düşüncelerinin artmasının yabancılaşmaya yol açtığını, değişimin boyutları arttıkça yabancılaşmanın arttığını ifade

etmişlerdir. Dikkat çeken, bu nedensellik üzerine bir tartışma yürütmek yerine örgütlerin varlıklarının sürdürülebilmesi için çalışanlarına değişim hakkında bilgilendirmeler yaparak, onların değişim hakkındaki görüşlerini göz ardı etmeyerek, çalışanlarını değişimlere ikna etmesi gerektiğini vurgulamalarıdır. Bir anlamda yabancılaşmanın çözümü için yabancılaşmayı yaratan küresel değişimler ve belirsizliklere uygun, bunu anlamsız bulmayan, uyumlu, edilgen ama üretken, sistemin için bir dışı olarak kalmayı benimseyen, olumlayan bireyler olmayı, bir başka deyişle, başka bir şey gibi görünen yeni yabancılaşma biçimini çözüm olarak önermektedirler (**Karanlık ve Özafşaroğlu, 2023**).

Mersin ili içerisinde kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışan 251 sağlık çalışanının değerlendirildiği bir çalışmada sağlık çalışanlarının yaşamış olduğu yabancılaşma düzeylerinin, yaş, eğitim durumu ve mesleğe göre anlamlı bir farklılık gösterirken; cinsiyet, medeni durum, çalışılan sektör, meslekte çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre 46-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının yabancılaşma düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, lisans mezunlarının yabancılaşma düzeyinin lisansüstü mezunlarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yabancılaşma düzeyi doktor ve diyetisyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (**Durmuş ve Atalay, 2023**). Bu sonuçlar ülkeden yaşanmış olan felaketler, Covid-19 salgını, 6 Şubat Depremi tüm dünyayı derinden etkilediği gibi sağlık çalışanlarının stres ve iş yükünü dramatik bir şekilde artıran olaylarla ilişkilendirilmiş, sağlık çalışanlarının istek ve ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, sürekli psikolojik risklere maruz kalmaları, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, uzun saatler ağır şartlar altında çalışmaları sonucunda ortaya çıktığı belirtilmiştir. Çalışmada sağlık çalışanlarında duygusal tükenmişlik ve yabancılaşma güçlü pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Duygusal tükenmenin bireyin bilişsel yapısını, düşüncesini, dikkatini, iş planlamasını, sorunları çözme yeteneğini ve bireyin iç kaynaklarını tüketerek bireyde yabancılaşma hissi yarattığı belirtilmiştir. Araştırmacılar duygusal tükenmişlik durumu iyileştirilerek yabancılaşma duygusu azaltma, sağlık çalışanlarının işlerine olan bağlılıklarını artırarak hasta bakımının kalitesi artırmaya yönelik öneriler geliştirmişlerdir (**Durmuş ve Atalay, 2023**). Aynı değerlendirme ve bağlam kısıtlılığı burada da devam etmektedir.

Kocaeli Başiskele ilçesinde yer alan özel hastanelerde 201 kişinin değerlendirildiği, demografik değişkenlerin psikolojik dayanıklılık ve yabancılaşmaya etkisi ölçüldüğü bir çalışmada da cinsiyet ile psikolojik dayanıklılık ve alt boyutları olan kendilik algısı, sosyal yeterlilik, gelecek algısı, aile uyumu, yapısal stil, sosyal kaynaklar arasında ve

yabancılaşma ve alt boyutları olan sosyal izolasyon, güçsüzlük, kuralsızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzeri bulgular gelir değişkeni için de elde edilmiştir. Gelir ile psikolojik dayanıklılık ve alt boyutları olan kendilik algısı, sosyal yeterlilik, gelecek algısı, aile uyumu, yapısal stil, sosyal kaynaklar; yabancılaşma ve alt boyutları olan sosyal izolasyon, güçsüzlük ve kuralsızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim değişkeni açısından bakıldığında psikolojik dayanıklılık ve alt boyutları kendilik algısı, sosyal yeterlilik, gelecek algısı, aile uyumu, yapısal stil, sosyal kaynaklar ve yabancılaşma ve alt boyutları sosyal izolasyon, güçsüzlük, kuralsızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırmanın analizi sonucunda, demografik değişkenlerden yalnızca medeni durum ile yaşın psikolojik dayanıklılığın ve yabancılaşmanın alt boyutlarına etkisi olduğu görülmüştür. Birbirine yakın olan 41-47 yaş ile 48-54 yaş aralığına sahip çalışanların en yüksek ve en düşük kendilik algısı ve sosyal izolasyon algısına sahip olmalarının nedeni olarak bu yaş aralığında yer alan çalışan sayısı ile ilişkili olduğu öne sürülmüş, kariyer devreleri olarak ilerleme devresinin 41-47 yaşa, gerileme ve emeklilik devresinin 48-54 yaş sınırlarına denk gelmesine bağlanmıştır. İlerleme devresinde bulunan yaş grubunun kendilik algısının yüksek çıkması; kendini gerçekleştirme ile içsel motivasyon unsurlarından etkilendiği şeklinde yorumlanmış. 48-54 yaş diliminde sosyal izolasyon düzeyinin düşük çıkması da yaş alma ile birlikte yalnızlık kaygısı duygusunda artış olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Medeni durum ile psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan kendilik algısı, yabancılaşma ve alt boyutu olan sosyal izolasyon arasında anlamlı bir ilişki yaş ve medeni durumun psikolojik dayanıklılığı etkilediği yönünde değerlendirilmiştir. Yazarlar bu etkiyi ne yönde olduğuna ilişkin bir değerlendirme yapmamışlardır. Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılıklarını ve yabancılaşma düzeylerini etkileyen nedenlerin bilinmesi kurum ve kamu adına yarar sağlayacağı öne sürülmektedir. Bu amaçla araştırmacılar tarafından kamu hastaneleri çalışanları ya da farklı sektör çalışanlarını da kapsayacak biçimde psikolojik dayanıklılık ve yabancılaşma arasındaki ilişkiyi düzenleyebileceği ya da etkileyebileceği düşünülen örgütsel destek, sosyal kaytarma, psikolojik sahiplenme, örgüt iklimi, iş-aile çatışması, psikolojik kontrat kavramlarıyla birlikte araştırılması önerilmektedir (**Şenol ve Üzüm, 2019**). Yöntem bilimsel sorunlar yabancılaşmanın etkilerinin görünürlüğünü gizleyen sonuçlar oluşturmaktadır

Aynı araştırmacıların 185 sağlık çalışanında yaptıkları araştırmada demografik değişkenlerden cinsiyetin üretim karşıtı iş davranışlarında farklılık yarattığı belirlenmiş, medeni durumun da yabancılaşma ve üretim karşıtı iş davranışlarını etkilediği

görülmüştür. Kadın katılımcıların üretim karşıtı iş davranışlarının erkek katılımcılara göre daha düşük olduğu, yabancılaşma ile cinsiyet, çalışanların gelir ve eğitim düzeyleri ile yabancılaşmanın ve alt boyutları, üretim karşıtı iş davranışları arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür. Evli çalışanların yabancılaşma, sosyal izolasyon, kuralsızlık düzeylerinin bekar çalışanlardan daha düşük olduğu, tam tersine evli çalışanların üretim karşıtı iş davranışlarının bekar çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca yabancılaşma, sosyal izolasyon, kuralsızlık alt boyutları ile üretim karşıtı iş davranışları arasında doğru yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (**Üzüm ve Şenol, 2019b**).

Sağlık çalışanlarının işe yabancılaşma düzeylerini belirlemek, çalışanlara ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin işe yabancılaşma düzeyi üzerinde etkili olup olmadığını ve yabancılaşmaya yönelik düşüncelerinin çalışanların iş tatmini üzerindeki etkisi olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 159 sağlık personeli üzerinde yapıldığı ifade edilen bir araştırmada eğitim düzeyinin yabancılaşmanın her üç boyutunda (güçsüzlük, anlamsızlık ve kendine yabancılaşma) farklılık gösterdiği, lisansüstü eğitim alan katılımcıların daha düşük algı puanlarına sahip oldukları, eğitim düzeyinin yükselmesiyle işe yabancılaşma algısını azaldığı gözlenmiştir. Ayrıca, kadın çalışanların işe yabancılaşmanın her üç boyutunda algı düzeyleri erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Kadınlar kendilerini iş yerlerinde daha güçsüz, anlamsız ve kendine yabancılaşmış hissetmektedirler. İşyerindeki çalışma süresi, cinsiyet ve eğitim değişkenleri yabancılaşmanın alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir (**Korkmazer ve Ekingen, 2017**).

Van'da yapılan bir araştırmada da hastanedeki yoğun çalışma saatleri ve çalışanların sosyal hayatlarına yeterli zamanı ayıramayışının çalışanların kendilerine yabancılaşmasına neden olan etmenlerin başında yer aldığı saptanmıştır. Ayrıca kamu hastanelerinde kendine yabancılaşmanın özel hastanelere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (**Gürsoy, 2014**). Yabancılaşmaya ilişkin bir erken uyarı sistemi kurulması, program ve stratejik politikalar üretilmesi, yabancılaşmaya yol açabilecek çevresel ve örgütsel etmenlerin sürekli biçimde analiz edilmesi, yönetici ve çalışanlar tarafından kabul görececek bir sosyal politikalar oluşturulması, çalışma yaşamının niteliğini artırılması gibi öneriler geliştirilmiştir.

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışan 268 hemşirenin değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin yüzde 55.6'sının "orta-düşük düzey"de, yüzde 31.7'sinin ise "orta-yüksek düzey"de, işe yabancılaşma yaşadığı, medeni durum, iş yerindeki pozisyon, mesleki derneklere üye

olma, mesleki yayınları takip etme değişkenlerinin hemşirelerde işe yabancılaşmanın yüzde 16'sını yordadığı bulunmuştur. Hemşirelerin en yüksek düzeyde işe yabancılaşma yaşadıkları alt boyut "Karar Sürecine Katılım" en az düzeyde işe yabancılaşma yaşadıkları alt boyut "İş Bölümü" olduğu, işe yabancılaşmayı en yüksek düzeyde yordayan değişkenin iş yerindeki pozisyon olduğu, hemşirelerin yönetici hemşirelere göre işe yabancılaşmayı daha çok yaşadığı gözlenmiştir. Mesleki yayınları takip etme ve meslek derneklerine üye olma işe yabancılaşma azaltan bir değişken olarak saptanmıştır. Bu bulgu son derece önemlidir. Mesleki yetkinlik ve denetim kazanma ile örgütlenmenin ve dayanışmanın yabancılaşmayı çözmeye önemli süreçler olduğunu düşündürmektedir. Bekar olan hemşirelerin evli olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde işe yabancılaşma yaşadıkları gözlenmiştir. Her yönüyle sosyal destek sistemlerinin önemini akla getirmektedir (**Ertekin ve Özmen, 2017**).

Ankara'nın Metropol bölgesinde faaliyet gösteren bir üniversite hastanesi, bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personel olarak çalışan 493 kişide yapılan bir araştırmada da genel işe yabancılaşma düzeylerinin orta düzeyde olduğu, sağlık çalışanlarının işe yabancılaşma düzeyleri hastanedeki göreve göre anlamlı farklılık gösterdiği, kamu hastanesinde en yüksek işe yabancılaşma puanı hemşirelere ait iken, hekimlerin ise en az işe yabancılaşan grubu oluşturduğu saptanmıştır. Özel hastanede çalışan sağlık personelinin görevlerine göre işe yabancılaşma düzeylerinde ve alt boyutlarında farklılık gözlenmemiştir. Bunun yanı sıra meslek gruplarına göre yabancılaşma düzeyleri karşılaştırıldığında kamu hastanesinde hekimlerin işe yabancılaşma düzeyleri oldukça düşük bulunmuş, üniversite hastanesi ve özel hastanelerde genel işe yabancılaşma ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (**Kartal, 2017**).

6. Tartışma

Bu yazıda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık emek gücündeki yabancılaşma dinamikleri yabancılaşma kuramları ve yerel, ulusal ve uluslararası bazı araştırmaların yöntemden hipoteze, bulgulardan tartışmaya içerdiği ve ürettiği sonuçlar ışığında anlamaya, yorumlanmaya, tartışılmaya, yabancılaşmanın sağlık sistemindeki, hem hastalar hem de sağlık emek gücü üzerindeki etkileri ve ruhsal alanda bıraktığı izler görünür kılınmaya çalışılmıştır.

Görülen odur ki, hastalar, kendilerini ifade edemedikleri karmaşık yapılar karşısında bu çaresizliği yaşarken; sağlık çalışanları da katı bürokratik kurallar, kar odaklı yönetimler ve zaman baskısı altında mesleki özerkliklerini kaybederek sistemin "pasif birer

dişlisi" haline gelmektedirler. Hekimlerin randevu süreleri, performans baskısı gibi nedenlerle etkin ve yeterli muayene ve tedavi hizmeti verememeleri, sağlık çalışanlarının ağır iş yükü, bürokratik baskılar ve çeşitli kota baskıları yüzünden hastalarına şefkatli bakım verememeleri, yaptıkları işin anlamını ve iyileştirici doğasını yitirmelerine yol açmaktadır. Neoliberal politikalar, piyasalaşma ve performans odaklı sistemlerin meslek etiği ve evrensel standartları işlevsiz kılması, yerini maddi çıkar odaklı meşru olmayan pratiklere bırakması yabancılaşmayı artırmaktadır. Hayali faturalandırmalardan gereksiz cerrahi müdahalelere uzanan geniş bir yozlaşma yelpazesi oluşmakta ve kanıksanmaktadır. Hastalarda bir "etik yalınlık" hali oluşmaktadır.

Bilginin hekimlerin tekelinde özel bir mülkiyet gibi konumlandırılması, hastanın kendi bedeni, hastalığı ve tedavisi üzerindeki otonomisini kaybetmesine ve kendi bedenine bile yabancılaşmasına yol açmaktadır. Kapitalist ve şirketleşmiş sağlık hizmeti modellerinde, sağlık personelinin kendi uzmanlık yeteneklerini geliştirmesinin engellenmesi ve sundukları hizmetin sadece "üretilen bir metaya" dönüşmesi hastayla kurdukları insani bağı ve yaratıcılıklarını yitirmelerine, mesleğe karşı soğumalarına ve tükenmişliğe neden olmaktadır.

Hekimlerin çok kısa süreli muayene ve değerlendirmelerle karar vermeleri ve bu sürede sigorta ve yönetim odaklı elektronik sistemlere veri girmek zorunda kalmaları, hasta için derin bir yabancılaşma yaratmaktadır. Hekimlerde anlamsızlık duygusunu tetikleyerek duyarsızlaşma ve empati yitimine yol açmaktadır. Bu süreç yüksek mali riskler ve sisteme olan güvensizlik nedeniyle, sağlık hizmetinden bakımdan kaçınma ile sonuçlanmaktadır.

Hekiminin bir "işletmeci" konumuna itilmesi, sağlık hizmetlerinin ve hekim emeğinin ticari bir ürüne dönüşmesi, sözleşmeleri gereği şirket/işletme mantığının karlılık ve verimlilik hedefleri arasında kalmaları, otonomilerini yitirmeleri hekimin kendi mesleki değerlerinden, iyi hekimlik idealinden ve kendisinden koparak emeğine yabancılaşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu durum hekimde *etik yabancılaşma* yaratmaktadır. Bürokratik denetimi ve ceza-ödül mekanizmaları hekimleri adeta "hareket edemedikleri bir zırhın içinde" çalışıyor durumuna getirmektedir.

Sağlıkta dönüşümün (*performansa dayalı ek ödeme istemi, piyasa odaklı sağlık hizmet sunumu, hizmet başı ödeme vs.*) bir üretim modelin yarattığı ağır ahlaki çöküntü ve tükenmişlik, duyarsızlık, meslekten kaçınma, sistemi terk etme veya erken emeklilik gibi yollara başvurarak tam bir yabancılaşma tablosu yaratmaktadır.

Tüm destek hizmetlerinin taşeronlar firmalar tarafından yürütülmesi çalışanlar arasındaki farklı statü, özlük haklar ve güvence farklılıkları, iki başlı yönetim "iş barışının" bozulması ve sosyal izolasyon ile sonuçlanmaktadır. Bu durum personelin bir ekip ruhu etrafında birleşmesini engellemekte, aralarındaki dayanışmayı yok ederek birbirlerine ve kurumlarına yabancılaşmalarına yol açmaktadır. Usta-çırak ilişkisi ve ekip ruhunun, yerini "hasta kapma" rekabetine ve karşılıklı denetim mekanizmalarına bırakması önemli bir etkidir. Üniversite hastaneleri, bilimsel üretim merkezleri olmaktan çıkarak piyasa odaklı işletmelere dönüştürülmüş, öğretim üyeleri; araştırma yapma ve evrensel tıp ilkelerini uygulama gibi asli görevlerinden uzaklaştırılarak, kurumun döner sermayesini ayakta tutmakla yükümlü "puan üreticisi teknisyenler" konumuna indirgenmiştir. Tüm bunları birlikte ele aldığımızda Sağlıkta dönüşümün, "sistemik yabancılaşma" projesi olduğunu söyleyebiliriz.

Türkiye'de yapılan ve gözden geçirilen çalışmalar da gösteriyor ki, yabancılaşmanın nedenselliği ve yapısal temelleri araştırılmadan daha çok bireye özgü sorunlar olarak görülmekte, yabancılaşmayı hızla ortadan kaldırarak hizmet ve üretim sürecini kurumun devamlılığını sağlamaya odaklı çözüm önerileri üretilmeye çalışılmaktadır. Yabancılaşmanın işletmelerde doğurduğu olumsuz sonuçlar, düşük verimlilik üzerine odaklanmakta, verimliliği artırmak amacıyla yabancılaşmayı ortadan kaldırmaya yönelik öneriler geliştirildiği dikkati çekmektedir. Sistemin devamlılığı için yabancılaşmayı kırarak bir örgüte bağlılık politikası geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. İletişim becerileri, bilgi akışı, çevre düzenlemesi odaklı bireye ve "ürün"e odaklanan, sürecin dönüştürmeyen palyatif çözümler geliştirilmektedir.

Türkiye'de yapılan araştırmaların dikkat çeken ortak özelliği ağırlıklı olarak Anadolu kentlerindeki küçük ölçekli hastanelerde ve sağlık kurumlarında, düşük örneklem sayılı sağlık çalışanı gruplarında yapılmış olması ve birbirine çok benzeyen, derinlikli tartışmaya izin vermeyen ve nedensel bağlar kurmaya fırsat tanımayan sınırlı değişkenler içermesidir. Çoğu kentte çok sayıda sağlık kuruluşlu olmasına rağmen sağlık otoritesi tarafından tümünde araştırma yapılmasına izin verilmemiş olması, aynı zamanda çalışmaların yapıldığı kimi kurumlarda da evrenin büyüklüğüne rağmen küçük örneklem sayıları ile araştırmaların tamamlanabilmiş olması dikkat, çekmektedir. Araştırma sorularının yabancılaşmanın ekonomi politik, siyasal ve sınıfsal temellerini görünür kılmak, diğer bir deyişle sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almak yerine daha çok ilgili "örgütün" verimliliği, yabancılaşmış bireyin bu verimi düşürmesi ve bunu nasıl çözülebileceği konularına odaklanmasındır. Bu eğilim doğal olarak sistem içi çözümleri öneriler listesine eklenmesi anlamına gelmektedir. Çoğu çalışma araştırdığı korelasyonlar ve anlamlı farklı-

lıklar konusunda hipotezlerinin tam ya da kısmen kabul edildiğini belirtmekte ama bunun neye karşılık geldiğini yorumlamamakta, tartışmamakta ve belirsiz bırakmaktadır.

7. Sonuç ve Öneriler

Yabancılaşma bir yazının değil başlı başına bir dosyanın ana teması olması, farklı branş ve sağlık hizmeti alanlarında yabancılaşmanın dinamikleri, hasta hekim ilişkisine ve gücüne yansımalarının örnekler üzerinden ve tarihsel bir perspektifte ele alınması gerektiğini düşünüyoruz. Özellikle yabancılaşmanın ruhsal boyutları, psikiyatri ve psikoloji kuramlarıyla açısından nasıl görüldüğü ve yabancılaşmanın etkilerini ortadan kaldırmada siyasal, toplumsal ve ruhsal dinamiklerin neler olacağı konularının özellikle ele alınması gereken başlıklar içinde olduğu düşüncesindeyiz.

Var olan araştırmaların hem eleştirel hem derinlemesine ele alınarak tartışılması yanında yabancılaşma üzerine yapılan araştırmaların da ayrıntılı, kapsamlı, sağlığın sosyal belirleyicilerini kapsayan bir bağlam çerçevesinde ele alan, metodolojik yenilikler içeren, daha önceki araştırmaların handikaplarının en az düzeyde tutulduğu, süreç temelli bir desende düzenlenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Tarihsel ve toplumsal bir bağlamda, eleştirel bir bilinçle, düşünceden yazıya ve oradan bilinçli eyleme, diğer bir deyişle "praksise" dönüştürerek...

Yabancılaşmayı ortadan kaldırmak özgürleşmek ile mümkün. Özgürleşmek ise iyi ilişki kurmayı gerektirir. Kolektif olmayı, topluluk haline birey olarak yeteneklerini geliştirerek ve ortaklaşarak... Bir topluluk içinde... Örgütlü bir mücadeleyle... Bilim, etik ve dayanışma ile...

Kaynaklar

- Arikan, G.** (2025). Kamu özel ortaklığı modeli çerçevesinde şehir hastaneleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 11(1), 13-26.
- Baum, F., Anaf, J., Freeman, T., Musolino, C., Van Den Berg, M., Friel, S., & Schram, A.** (2025). Twenty-first century alienation and health: A research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 79(7), 481-483. <https://doi.org/10.1136/jech-2024-223112>
- Baum, F., Litherland-De Lara, J., Anaf, J., Freeman, T., Musolino, C., & van den Berg, M.** (2026). Marxist concepts of alienation in relation to health: A narrative review of the evidence. *Health Promotion International*, 41(1), daag017. <https://doi.org/10.1093/heapro/daag017>
- Bolough, R. W.** (1981). Grounding the alienation of self and body: A critical, phenomenological analysis of the patient in western medicine. *Sociology of Health & Illness*, 3(2), 188-206. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11343883>
- Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (Eds.)** (2016). *Resilient Health Care, Volume 3: Reconciling Work-as-Imagined and Work-as-Done*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315366838>
- Byrne, J.-P., Creese, J., McMurray, R., Costello, R. W., Matthews, A., & Humphries, N.** (2023). Feeling like the enemy: The emotion management and alienation of hospital doctors. *Frontiers in Sociology*, 8, 1232555. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1232555>
- Canpolat & Özer** (2023), İşyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşma

- arasında damgalamanın aracılık rolü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2023; 26(3), 745-760
- Cayton, H.** (2006). The alienating language of health care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(10), 484. <https://doi.org/10.1177/014107680609901002>
- Dechent, F., Moeller, J., & Huber, C. G.** (2022). Meaning and Alienation: A Method of Immanent Critique in Acute Psychiatry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16194. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316194>
- Demirel, T., Özbudun, S.** (1999). *Yabancılaşma. Özgür Üniversite Kitaplığı, Öteki Yayınevi, Ankara.*
- Durrah, Ö.** (2020). Injustice Perception and Work Alienation: Exploring the Mediating Role of Employee's Cynicism in Healthcare Sector. *Journal of Asian Finance, Economics and Business*, 7, 811-824.
- Elibol, Ö.** (2024). *Yabancılaşma, Yabancılaşmadan Arınma ve Haysiyet. Hayalci Hücre, İstanbul.*
- Ertekin, P., Özmen D.** (2017). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İşe Yabancılaşmayı Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (1): 25-30.
- Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E., & Andershed, B.** (2010). Family members' involvement in psychiatric care: Experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation: Adolescents' strengths and difficulties. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(5), 422-432. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01539.x>
- Fedai, R.** (2020). Şehir hastaneleri'nin gelişimi sürecinde sağlık bakanlığı'nın yapısal ve işlevsel dönüşümü. *Journal of Management and Economics Research*, 18(4), 1-28. <https://doi.org/10.11611/yead.569978>
- Fromm, E.** (2023). *Sağlıklı Toplum. Çev: Şükrü Alpagut, Say yayınları, İstanbul.*
- Gökkaya, D.** (2021). Türkiye'de kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi: nitel bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (31), 73-96. <https://doi.org/10.18092/ulikidince.771797>
- Gümüş, E., Alan, H., Taşkıran Eskici, G., & Eşkin Bacaksız, F.** (2021). Relationship Between Professional Quality of Life and Work Alienation Among Healthcare Professionals. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(3), 342-352. <https://doi.org/10.5152/FNjN.2021.20095>
- Gürsoy, F.** (2014). *Sağlık İşletmeleri Personelinin İşe Yabancılaşma Düzeyi: Van İli Örneği, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Hanna, D. P. (with Internet Archive).** (1988). *Designing organizations for high performance.* Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co. <http://archive.org/details/designingorganiz00hann>
- Hırlak, B., Çiçeklioğlu H., Tashyan M.** (2018). İşe Yabancılaşma ile Örgütsel Sağlık İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Alan Araştırması. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 22(2): 245-267.
- Homedes, N., & Ugalde, A.** (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 71(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Karaca, T.** (2022). Sağlık Dönüşüm Programı İçinde "Tam Gün Yasası" ve "Performans Sistemi". *Düşünce Dünyasında Türkiz*, 4(24), 29-40.
- Karanlık, B., Özafşarlıoğlu S.** (2023). Algılanan Değişim Ve Yabancılaşma: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 24 (1): 237-254.
- Kart, E.** (2013). "Sağlıkta Dönüşüm" Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum : Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, (38), 103-139.
- Kartal N.** (2017). Sağlık çalışanlarının işe yabancılaşma düzeylerini ölçmeye yönelik bir araştırma: üniversite, kamu ve özel hastane farklılıkları üzerine bir inceleme. *GUEJISS, Gümüşhane University Electronic Journal of The Institute of Social Sciences* 125 (8): 21.
- Kasapoğlu, A.** (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174. <https://doi.org/10.18490/sosars.261673>
- Kayral, İ. H.** (2019). Kırık pencereler teorisi, şehir hastaneleri yönetimi modelinde hasta güvenliği için kullanılabilir mi? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 677-694.
- Korkmazer, F., Ekingen E.** (2017). Örgütsel yabancılaşmanın iş tatmini ile ilişkisi: sağlık sektöründe bir uygulama. *International Journal of Social Science*, 63: 459-470.
- Kucuk, A., Gokcinar, D., Aksoy, E., Albayrak, D., Erdem, D., Akan, B., & Gogus, N.** (2012). The Effect of Pay for Performance System on Anesthesia Practices. *Turkish Journal of Anesthesia and Reanimation*, 40(5), 262-268. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2012.002>
- López-Deflory, C., Perron, A., & Miró-Bonet, M.** (2023). Social acceleration, alienation, and resonance: Hartmut Rosa's writings applied to nursing. *Nursing Inquiry*, 30(2), e12528. <https://doi.org/10.1111/nin.12528>
- Marks, K.** (2003). *Yabancılaşma. Çev: Kenan Somer, Ahmet Kardam, Sevim Belli, Arif Gelen, Yurdakul Fincancı, Alaattin Bilgili. Derleyen: Barışta Erdost. İkinci Baskı, Sol Yayınları, Ankara.*
- Maslach, C., & Leiter, M. P.** (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- McKinlay, J. B., & Marceau, L.** (2011). New Wine in an Old Bottle: Does Alienation Provide an Explanation of the Origins of Physician Discontent? *International Journal of Health Services*, 41(2), 301-335. <https://doi.org/10.2190/HS.41.2.g>
- Mobarak, S. & Iswinarti.** (2025). The Factors Correlated with Psychological Alienation Among Adults: Systematic Review. *International Journal of Educational and Life Sciences*, 3, 2323-2338. <https://doi.org/10.59890/ijels.v3i6.73>
- Moran, B.** (2022). Sağlık Sistemi İçinde "Performans Sistemi". *Düşünce Dünyasında Türkiz*, 4(24), 17-28.
- Özkal Sayan, İ., & Şahan, Y.** (2011). Sağlık Bakanlığı'nda performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi. *Memleket Siyaset Yönetim*, 6(16), 33-70.
- Rudden, M. G.** (2022). Our system of "not-care": Psychoanalytic perspectives on the impact of health care corporatization on patients. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 19(3), 291-310. <https://doi.org/10.1002/aps.1766>
- Seeman, P., & Seeman, T. (Ed.).** (2024). *Alienation Studies: Collected Papers of Melvin Seeman.* Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-07218-5>
- Sever, D. Ç.** (2018). Sağlık Kamu Hizmetinin Örgütlenmesi Ve Özelleştirme Biçimleri. İçinde Sağlık ve Tıp Hukukunda Sorumluluk ve İnsan Hakları, Seçkin Yayınları, s. 103-124.
- Şenol L., Üzüm, B.** (2019). Özel Sağlık Kurumları Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılık ve Yabancılaşma Düzeyleri. *İşletme Araştırmaları Dergisi* 11(2): 1092-1102.
- Talebi, M. A., Arabi, A., & Nouranifar, F.** (2025). The Impact of Employment on the Sense of Social Alienation of Employed Women in the Healthcare System of Gonabad. *Journal of Women's Studies Sociological & Psychological*, 23(3), 59-242. *Complementary Index* (189379883). <https://doi.org/10.22051/JWSPS.2025.51186.2992>
- Taştan, S., İsci, E., Arslan, B.** (2014). Örgütsel destek algısının işe yabancılaşma ve örgütsel etkilisinin incelenmesi: İstanbul özel hastanelerinde bir çalışma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19: 121-138.
- Tek Durmuş, İ., Atalay, E.** (2023). Sağlık Çalışanlarında Duygusal Tükenmişlik ve Yabancılaşma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Türk Dili ve Edebiyatı Araştırmaları Dergisi Özel Sayı 1: 1550-1564.*
- Tome, G., De Matos, M. G., Camacho, I., Simoes, C., & Gomes, P.** (2016). Impact of Alienation on Portuguese Adolescents' Well-being. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(5). <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000280>
- Tummers, L.** (2012). Policy Alienation of Public Professionals: The Construct and Its Measurement. *Public Administration Review*, 72(4), 516-525. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2011.02550.x>
- Usul, H., Atan, A.** (2014). Sağlık Sektöründe Yabancılaşma Düzeyi. *MÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 16 (26): 1-10.
- Uçkuyuy, Y.** (2026). Türkiye'de Kamu Hastanelerinin Dönüşümü. *Toplum ve Hekim*, 41(1): 3-4.
- Üzüm, B., Şenol, L.** (2019). Yabancılaşma ve üretim karşıtı iş davranışları: sağlık kurumlarında bir araştırma. *Beykoz Akademi Dergisi*, 7(2): 65-80.
- Vo, T.** (2021). Cultural alienation: A concept analysis. *Nursing Forum*, 56(1), 160-171. <https://doi.org/10.1111/nuf.12512>
- Xia, C., Xu, J., & Ding, X.** (2023). Alienation from medical care policy, medical care avoidance, and the role of sex and risk perception. *BMC Psychiatry*, 23(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05104-0>
- Yaşar, Y.** (2026). Kamusal Sağlık sistemlerinin dönüşümü: 1980'den günümüze küresel bir bakış. *Toplum ve Hekim*, 41(1): 5-18.