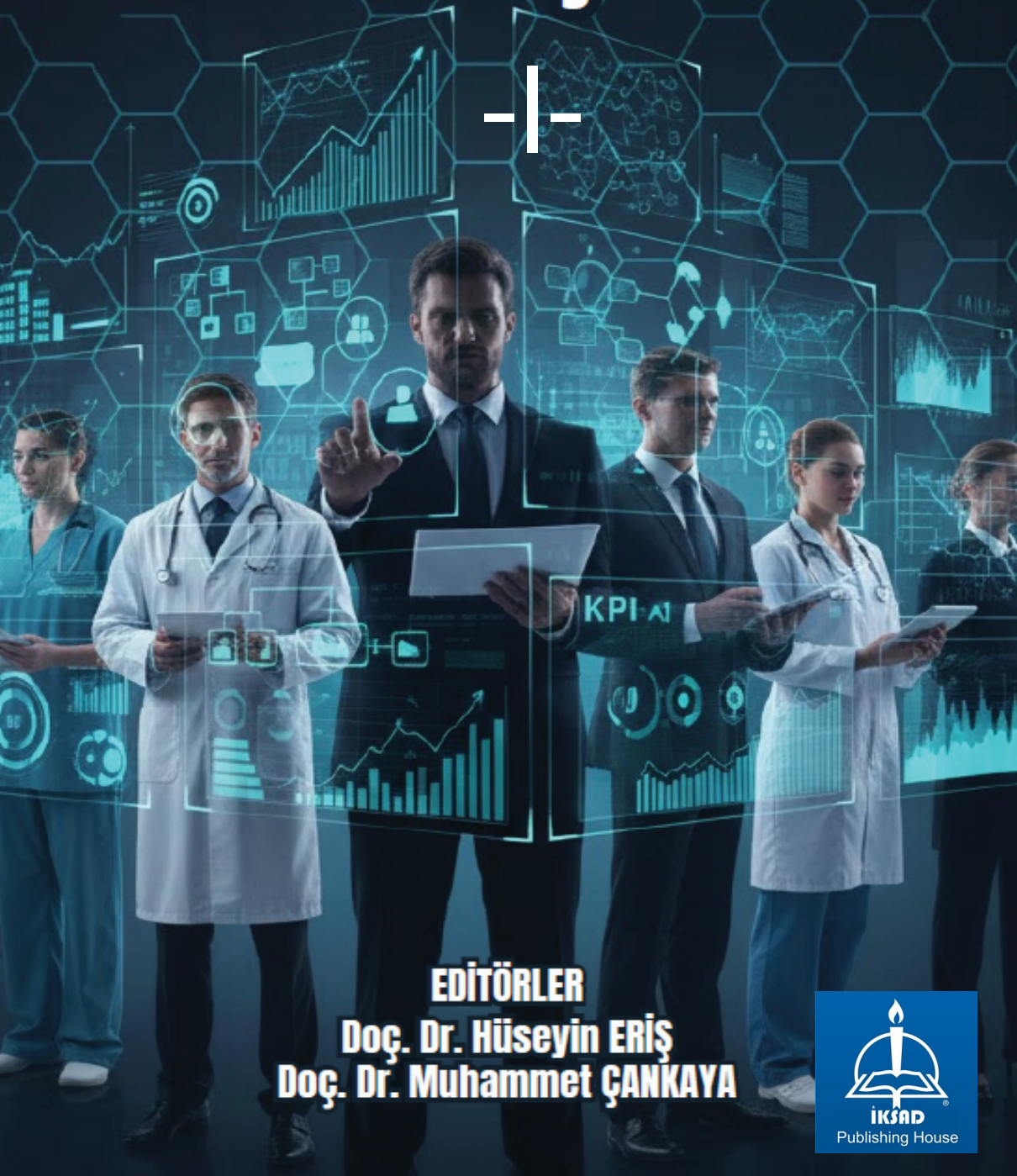


SAĞLIK YÖNETİMİNDE GÜNCEL ARAŞTIRMALAR

-I-



EDİTÖRLER

Doç. Dr. Hüseyin ERİŞ
Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA



İKSAD
Publishing House

SAĞLIK YÖNETİMİNDE GÜNCEL ARAŞTIRMALAR 1

EDİTÖRLER

Doç. Dr. Hüseyin ERİŞ

Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA

YAZARLAR

Doç. Dr. Arzu BULUT

Doç. Dr. Arzu KURŞUN

Doç. Dr. Cuma SUNGUR

Doç. Dr. Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ

Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA

Doç. Dr. Ramazan KIRAÇ

Dr. Öğr. Üyesi Begüm YALÇIN

Dr. Öğr. Üyesi Hamdi ÖZTÜRK

Öğr. Gör. Dr. Osman ÖZKAN

Dr. Haluk SAK

Dr. İshak BASATEMUR

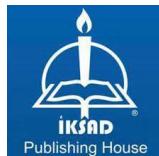
Dr. Menekşe KILIÇARSLAN

Dr. Yasemin BASKINDAĞLI

Dr. Yaşar DEMİR

Öğr. Gör. Sinem BARUT KIRAT

Sultan GÖNEN



Copyright © 2025 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or
transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical
methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses
permitted by copyright law. Institution of Economic Development and Social
Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2025©

ISBN: 978-625-378-485-0

Cover Design: Osman ÖZKAN

December / 2025

Ankara / Türkiye

Size: 16x24cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....1

BÖLÜM 1

SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİŞİM

Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA.....3

BÖLÜM 2

SAĞLIK KURUMLARINDA KURUMSAL YÖNETİM UYGULAMALARINI GÜÇLENDİREN BİR ARAÇ OLARAK AKREDİTASYON

Dr. İshak BASATEMUR.....33

BÖLÜM 3

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL ZEKÂ

Doç. Dr. Ramazan KIRAÇ

Doç. Dr. Cuma SUNGUR

Doç. Dr. Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ

Sultan GÖNEN.....83

BÖLÜM 4

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KURUMSAL İTİBARIN STRATEJİK ÖNEMİ: İÇSEL PAZARLAMA, ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME VE PSİKOLOJİK KAYNAKLAR BAĞLAMINDA BÜTÜNCÜL BİR ANALİZ

Dr. Yasemin BASKINDAĞLI.....105

BÖLÜM 5

SAĞLIK KURUMLARINDA LİDERLİK TARZLARININ ÇALIŞAN İYİ OLUŞU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: DÖNÜŞÜMCÜ, ETKİLEŞİMCİ VE OTANTİK LİDERLİK KARŞILAŞTIRMASI

Dr. Haluk SAK.....145

BÖLÜM 6

SESSİZ İSTİFA: SAĞLIK KURUMLARINDA NEDENLERİ, SONUÇLARI VE TÜRKİYE’DEKİ GÖRÜNÜMÜ

Öğr. Gör. Dr. Osman ÖZKAN

Öğr. Gör. Sinem BARUT KIRAT.....185

BÖLÜM 7

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Hamdi ÖZTÜRK.....205

BÖLÜM 8

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN KÜRESEL GÖRÜNÜMÜ: 2020-2025 DÖNEMİNE İLİŞKİN SİSTEMATİK DERLEME VE NARRATİF SENTEZ

Dr. Öğr. Üyesi Begüm YALÇIN.....231

BÖLÜM 9

YEŞİL HASTANE UYGULAMALARINDA YÖNETİMSEL FARKLILIKLAR: TÜRKİYE VE DÜNYA ÖRNEKLERİ

Dr. Menekşe KILIÇARSLAN.....263

BÖLÜM 10

SAĞLIK TURİZMİ 4.0: DİJİTALLEŞME, KÜRESEL REKABET VE YENİ YÖNETİM MODELLERİ

Doç. Dr. Arzu KURŞUN.....289

BÖLÜM 11

MEDİKAL TURİZMDE BARIATRİK METABOLİK CERRAHİ VE YAŞAM KALİTESİ

Dr. Yaşar DEMİR

Doç. Dr. Arzu BULUT.....317

ÖNSÖZ

Bu kitap, sağlık sistemlerinin giderek karmaşıklaştığı ve belirsizliklerin arttığı günümüz koşullarında, sağlık yönetimi alanında yürütülen güncel akademik araştırmaları bütüncül bir çerçevede ele alma amacıyla hazırlanmıştır. *Sağlık Yönetiminde Güncel Araştırmalar 1*, sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, finansmanı, insan kaynakları yönetimi ve kalite geliştirme süreçlerine ilişkin çağdaş yaklaşımları, bilimsel yöntemlere dayalı çalışmalar üzerinden tartışmaya açmaktadır.

Eserde yer alan bölümler, hem kuramsal hem de ampirik araştırmalarla sağlık yönetimi literatürüne katkı sunmayı hedeflemekte; politika yapıcılar, akademisyenler ve uygulayıcılar için kanıta dayalı bir başvuru kaynağı oluşturmayı amaçlamaktadır. Özellikle dijitalleşme, sağlıkta sürdürülebilirlik, yapay zeka, performans yönetimi, hasta güvenliği ve sağlık ekonomisi gibi güncel temalar, sağlık yöneticisi bakış açısıyla ele alınmıştır.

Bu kitabın, sağlık yönetimi alanında araştırma yapan lisansüstü öğrencilerine, akademisyenlere ve sağlık kurumlarında yönetim sorumluluğu üstlenen profesyonellere yol gösterici olacağına inanıyoruz.

- Bu kitabın “Sağlık Kurumlarında Yönetişim” ile ilgili birinci bölümünü hazırlayan Sayın **Muhammet ÇANKAYA**’ya,
“Sağlık Kurumlarında Kurumsal Yönetim Uygulamalarını Güçlendiren Bir Araç Olarak Akreditasyon” ile ilgili ikinci bölümü hazırlayan Sayın **İshak BASATEMUR**’a,
- “Sağlık Kurumlarında Örgütsel Zeka” ile ilgili üçüncü bölümü hazırlayan Sayın **Ramazan KIRAÇ – Cuma SUNGUR – Fatma Çiftçi KIRAÇ – Sultan GÖNEN**’e,
- “Sağlık Sektöründe Kurumsal İtibarın Stratejik Önemi: İçsel Pazarlama, Örgütsel Özdeşleşme ve Psikolojik Kaynaklar Bağlamında Bütüncül Bir Analiz” ile ilgili dördüncü bölümü hazırlayan Sayın **Yasemin BASKINDAĞLI**’ya,
- Sağlık Kurumlarında Liderlik Tarzlarının Çalışan İyi Oluşu Üzerindeki Etkileri: Dönüşümcü, Etkileşimci ve Otantik Liderlik Karşılaştırması” ile ilgili beşinci bölümü hazırlayan Sayın **Haluk SAK**’a,

- “Sessiz İstifa: Sağlık Kurumlarında Nedenleri, Sonuçları ve Türkiye’deki Görünümü” ile ilgili altıncı bölümü hazırlayan Sayın **Osman ÖZKAN – Sinem Barut KIRAT’a**,
- “İş Kazası ve Meslek Hastalıkları” ile ilgili yedinci bölümü hazırlayan Sayın **Hamdi ÖZTÜRK’e**,
- “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Küresel Görünümü: 2020–2025 Dönemine İlişkin Sistematik Derleme ve Narratif Sentez” ile ilgili sekizinci bölümü hazırlayan Sayın **Begüm YALÇIN’na**,
- “Yeşil Hastane Uygulamalarında Yönetimsel Farklılıklar: Türkiye ve Dünya Örnekleri” ile ilgili dokuzuncu bölümü hazırlayan Sayın **Menekşe KILIÇARSLAN’a**,
- “Sağlık Turizmi 4.0: Dijitalleşme, Küresel Rekabet ve Yeni Yönetim Modelleri” ile ilgili onuncu bölümü hazırlayan Sayın **Arzu KURŞUN’a**,
- “Medikal Turizmde Bariatrik Metabolik Cerrahi ve Yaşam Kalitesi” ile ilgili on birinci bölümü hazırlayan Sayın **Yaşar DEMİR – Arzu BULUT’a**,

Bu kitabın “SAĞLIK YÖNETİMİ” bakış açısıyla hazırlanmasına yaptıkları önemli bilimsel katkılarından dolayı çok TEŞEKKÜR ederiz.

Emeği geçen tüm yazarlara ve editoryal sürece katkı sunan Sayın İbrahim KAYA ve Sefa Salih BİLDİRİCİ’ye teşekkür eder, çalışmanın sağlık yönetimi literatürüne kalıcı ve nitelikli bir katkı sağlamasını temenni ederiz.

Doç. Dr. Hüseyin ERİŞ
Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA

BÖLÜM 1

SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİŞİM

Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070060>

¹ Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, muhammetcankaya@hitit.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3498-7328

Özet

Bu kitap bölümünde sağlık kurumlarında yönetim olgusunun kuramsal temelleri, tarihsel gelişimi, ilişkili yönetim kavramları ve sağlık hizmetleri özelindeki uygulama alanları bütüncül bir çerçevede ele alınmaktadır. Sağlık kurumlarının yapısal ve işlevsel karmaşıklığı, dijitalleşme, artan paydaş çeşitliliği, düzenleyici baskılar ve hasta beklentilerinin dönüşümü, geleneksel bürokratik yönetim anlayışlarını yetersiz kılmakta; bu nedenle yönetim, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve kurumsal etkinliği açısından stratejik bir zorunluluk hâline gelmektedir. Bölümde kurumsal yönetim, demokratik yönetim, ağ temelli yönetim ve çok düzeyli yönetim gibi modeller karşılaştırmalı olarak analiz edilmekte ve sağlık sektörü bağlamında işlevsel yönleri tartışılmaktadır. Klinik yönetim, hasta güvenliği, kalite yönetimi, çalışan davranışları, veri yönetimi, yapay zekâ uygulamaları ve e-yönetim gibi boyutlar, yönetimin sağlık kurumlarındaki sonuçları açısından kritik alanlar olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca yönetim uygulamalarının klinik çıktılar, hasta memnuniyeti, kurumsal performans, etik yönetim, sürdürülebilirlik ve kriz yönetimi üzerindeki etkileri güncel ulusal ve uluslararası literatür ışığında incelenmektedir. Sonuç olarak, bölüm sağlık kurumlarında yönetimin yalnızca bir yönetsel tercih değil; kalite, güvenlik, hesap verebilirlik, katılımcılık ve sürdürülebilirlik odaklı bütüncül bir yönetim paradigması olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Yönetim, sağlık kurumları, klinik yönetim, kalite yönetimi, e-yönetim, veri yönetimi, sağlıkta dijitalleşme

GOVERNANCE IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Abstract

This chapter provides a comprehensive examination of governance in healthcare institutions by discussing its theoretical foundations, historical evolution, associated concepts, and contemporary application areas. The inherent complexity of healthcare organizations—driven by digital transformation, increasing stakeholder diversity, regulatory requirements, and evolving patient expectations—has rendered traditional bureaucratic management models insufficient. Consequently, governance has emerged as a strategic necessity for ensuring sustainability, efficiency, and accountability in health services. The chapter analyzes major governance models, including

corporate governance, democratic governance, network and collaborative governance, and multi-level governance, while evaluating their relevance to the healthcare sector. Key domains such as clinical governance, patient safety, quality management, health workforce performance, data governance, artificial intelligence applications, and e-governance are discussed as critical mechanisms influencing institutional and clinical outcomes. Furthermore, the effects of governance practices on patient satisfaction, clinical quality, organizational performance, ethical conduct, sustainability, and crisis management are assessed through contemporary national and international literature. Overall, the chapter concludes that governance in healthcare institutions is not merely an administrative tool, but a comprehensive paradigm grounded in transparency, accountability, participation, collaboration, and long-term sustainability.

Keywords: Governance, healthcare institutions, clinical governance, quality management, e-governance, data governance, digital health

Giriş

Günümüzde sağlık kurumları, hızla değişen toplumsal beklentiler, dijitalleşmenin yarattığı dönüşüm, maliyetlerdeki artış, nitelikli iş gücüne duyulan ihtiyaç ve hizmet çeşitliliğinin genişlemesi gibi çok boyutlu dinamiklerin etkisi altında faaliyet göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin bu karmaşık ve değişken yapısı, geleneksel bürokratik yönetim modellerinin etkinliğini giderek azaltmakta; bunun sonucunda daha esnek, kapsayıcı, şeffaf ve paydaş odaklı yönetim yaklaşımlarının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu çerçevede yönetim, sağlık kurumlarında yalnızca yönetsel bir tercih değil, aynı zamanda kurumsal sürdürülebilirliği, toplumsal güveni ve hizmet kalitesini güvence altına alan stratejik bir paradigma olarak önem kazanmıştır.

Yönetişim, klasik yönetim anlayışlarından farklı bir biçimde; devlet, özel sektör, sivil toplum kuruluşları, profesyonel meslek grupları ve hizmet kullanıcıları gibi geniş bir paydaş yelpazesinin karar alma süreçlerine sistematik şekilde katılımını öngören çok aktörlü bir yapıya sahiptir. Bu yaklaşım, şeffaflık, hesap verebilirlik, katılımcılık, etkinlik, etik yönetim, işbirliği ve çok düzeyli uyum gibi temel ilkeler üzerine dayanmaktadır. Sağlık kurumlarının yüksek risk içeren, yoğun koordinasyon gerektiren ve çok

disiplinli etkileşimlere dayalı yapısı, yönetişimin bu ilkelerini yalnızca teorik bir çerçeve olmaktan çıkararak uygulamada zorunlu hâle getirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yönetişim, kurumsal yönetişimle sınırlı olmayıp klinik yönetişim, dijital yönetişim, veri yönetişimi, kalite yönetimi, hasta güvenliği stratejileri, profesyoneller arası işbirliği, e-yönetişim ve sağlık turizminde yönetişim gibi birbirini tamamlayan birçok alt bileşeni kapsamaktadır. Yapay zekâ destekli sistemler, bulut teknolojileri ve büyük veri analitiği gibi dijital yeniliklerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, yönetişimin etik, hukuki ve teknik boyutlarını daha kritik hâle getirmekte; hasta haklarının güçlenmesi ve vatandaş beklentilerinin artması ise yönetişimi sağlık yönetimi literatüründe merkezî bir kavram hâline taşımaktadır.

Bu bölümde sağlık kurumlarında yönetişim olgusunun kuramsal temelleri, uygulama alanları, karşılaşılan zorluklar ve klinik ile kurumsal çıktılarına yönelik etkileri kapsamlı biçimde ele alınmaktadır. Ayrıca dijitalleşme ve veri yönetişimi bağlamındaki güncel gelişmeler değerlendirilerek, sağlık kurumlarında yönetişim pratiklerinin nasıl geliştirilebileceğine yönelik bütüncül bir çerçeve sunulması amaçlanmaktadır.

1. Yönetişim Kavramı

Örgütlerin giderek karmaşıklaşan yapıları, değişen toplumsal beklentiler ve artan paydaş çeşitliliği, geleneksel hiyerarşik yönetim anlayışlarının sınırlarını belirgin biçimde ortaya koymaktadır. Bu nedenle yönetişim kavramı, yalnızca özel sektör kuruluşlarında değil; kamu kurumları, sivil toplum örgütleri ve uluslararası yapılar da dâhil olmak üzere geniş bir örgütsel yelpazede temel bir yönetim paradigması hâline gelmiştir. Çoklu paydaş katılımı, şeffaflık, hesap verebilirlik ve sorumluluk ilkelerine dayanan yönetişim anlayışı, örgütlerin karar alma süreçlerinde kapsayıcı ve işbirliğine dayalı mekanizmaların kurulmasını zorunlu kılmaktadır (Tosun, 2025). Dolayısıyla yönetişim, modern örgütlerde hem stratejik bir süreç hem de sürdürülebilirliği destekleyen kurumsal bir çerçeve olarak ele alınmalıdır.

Yönetişim kavramının tarihsel gelişimi, 17. yüzyılda Kuzey Avrupa’da ortaya çıkmasından bu yana önemli bir dönüşüm geçirdiğini göstermektedir (Kocaoğlu & Fural, 2018). Kavram zamanla klasik "yönetim" kavramından ayrılmış, “kurumsal yönetişim”, “iyi yönetişim” ve “demokratik yönetişim” gibi alt başlıklarla zenginleşmiş ve farklı bağlamlarda yeniden tanımlanmıştır.

Sanal'ın kamu yönetimi literatüründeki vurgusu, yönetim anlayışının kamu kurumlarında etkinlik, şeffaflık ve hesap verebilirlik düzeyini yükselterek kamu yönetiminde performans ve güven inşasına katkı sunduğunu göstermektedir (Sanal, 2002). Bu çerçevede yönetim, örgütlerin toplumsal meşruiyetini güçlendiren ve paydaş beklentileriyle uyumlu bir yönetim yaklaşımı olarak öne çıkmaktadır.

Kurumsal yönetim, dar anlamıyla şirket yönetimi ile paydaşlar arasındaki ilişkileri düzenleyen kurallar bütünü iken; geniş anlamıyla örgütlerin sürdürülebilirliği, etik yönetim ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda faaliyet göstermesini sağlayan kurumsal bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir. Aktan'ın (2013) belirttiği gibi, kurumsal yönetim, örgütlerin faaliyetlerinden etkilenen tüm menfaat sahiplerinin haklarını koruyan, şeffaflık ve etik yönetimi esas alan bir yönetim felsefesidir. Bu özellikler, yönetim kavramının yalnızca üst yönetim düzeyiyle sınırlı olmadığını, tüm örgütsel süreçlere ve paydaş ilişkilerine yayıldığını göstermektedir.

Kurumsal yönetim ilkeleri, OECD tarafından belirlenen dört temel esas üzerinden şekillenmektedir: şeffaflık, eşitlik, hesap verebilirlik ve sorumluluk. Türkiye'de bu ilkeler Türk Ticaret Kanunu, Sermaye Piyasası Kanunu ve Kurumsal Yönetim Tebliği ile hukuki çerçeveye kavuşturulmuştur. Delice'nin (2023) çalışması, söz konusu ilkelerin halka açık şirketlerde uygulanmasının kurumsal performansı artırdığını, paydaş güvenini güçlendirdiğini ve yönetsel etkinliği desteklediğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bu ilkelerin farklı örgüt türlerinde uygulanması, yönetimin kurumsal büyüme ve sürdürülebilirlik üzerindeki etkisini belirginleştirmektedir.

Kurumsal yönetim uygulamalarının örgütlerde etkin biçimde hayata geçirilmesi, yönetim kurullarının yapısı ve işleyişi ile doğrudan ilişkilidir. Atay ve Öztekin'in (2022) çalışması, yönetim kurullarının adillik, sorumluluk ve hesap verebilirlik ilkelerinin uygulanmasındaki merkezi rolünü vurgulamakta; ancak yönetim kurulu yapılarının yönetim performansı üzerindeki etkisinin literatürde yeterince incelenmediğini belirtmektedir. Yönetim kurulu üye sayısı, bağımsız üyelerin varlığı ve komitelerin oluşturulması gibi unsurlar, yönetim süreçlerinin etkinliği açısından kritik değişkenler olarak değerlendirilmektedir.

Finansal raporlama, iç kontrol ve risk yönetimi gibi alanlar da yönetim ilkelerinin uygulama alanları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Yalçın ve Yoluk'un (2019) araştırması, kurumsal yönetim ilkelerinin Türkiye Muhasebe Standartları (TMS/TFRS) çerçevesinde işletmelerin şeffaflığını artırdığını, finansal hataları azalttığını ve kurumların piyasada güvenilirliğini pekiştirdiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Çiğdem ve arkadaşlarının (2018) BIST Kurumsal Yönetim Endeksi kapsamındaki şirketlerde yaptığı çalışma, etkin iç kontrol mekanizmalarının yönetim uygulamalarının başarısı için temel bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.

Kamu kesiminde yönetim uygulamaları da özel sektörde olduğu gibi şeffaflık, hesap verebilirlik ve etik yönetim ilkelerine dayansa da, kamu kurumlarının yapısal özellikleri nedeniyle daha farklı bir çerçevede ele alınmaktadır. Aytaç'ın (2022) çalışması, iç denetim mekanizmalarının kamu kurumlarında yönetimin değerlendirilmesi ve geliştirilmesinde kritik bir rol üstlendiğini göstermektedir. Bu bulgu, yönetimin sadece özel sektöre özgü bir kavram olmadığını; kamu yönetimi için de stratejik bir gereklilik olduğunu ortaya koymaktadır.

Yönetim ilkelerinin örgütlerde sürdürülebilir bir şekilde uygulanması ise yalnızca hukuki düzenlemelere bağlı değildir; aynı zamanda örgüt kültürü, etik değerler ve liderlik anlayışı ile doğrudan ilişkilidir. Özdemir ve Tamer'in (2019) vurguladığı üzere, özellikle halka açık anonim şirketlerde azınlık pay sahiplerinin karar süreçlerine etkin katılımının sağlanması, yönetim uygulamalarının demokratikleşmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bakış açısı, yönetimin toplumsal sorumluluk, etik yönetim ve sürdürülebilirlik gibi geniş kapsamlı alanlara yayıldığını göstermektedir.

Yönetim, örgütlerin içsel ve dışsal paydaşlarıyla olan ilişkilerini düzenleyen, karar alma süreçlerini şeffaflaştıran, hesap verebilirliği artıran ve kurumsal sürdürülebilirliği destekleyen çok boyutlu bir yönetim yaklaşımıdır. Yönetim uygulamalarının etkinliği; hukuki altyapı, yönetim kurulu yapısı, iç kontrol mekanizmaları, örgüt kültürü ve liderlik tarzı gibi unsurların bütüncül biçimde değerlendirilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle yönetim, modern örgütlerde hem akademik hem de uygulamaya dönük literatürde giderek önem kazanan stratejik bir konu olarak değerlendirilmektedir.

2. Yönetişim ile İlişkili Kavramlar ve Yönetişim Modelleri

Yönetişim kavramı, kamu yönetimi, özel sektör ve sivil toplumun karşılıklı etkileşim içinde bulunduğu karmaşık yönetim alanlarında giderek daha fazla önem kazanan çok boyutlu bir yaklaşımı ifade etmektedir. Kavramın literatürde yükselişe geçmesiyle birlikte “şeffaflık”, “katılımcılık”, “hesap verebilirlik”, “ağ yönetimi”, “işbirliği”, “esneklik”, “çok aktörlülük” ve “sürdürülebilirlik” gibi yönetimle yakın ilişki içinde olan kavramlar da bilimsel tartışmaların odağı hâline gelmiştir. Bu bölümde yönetim ile söz konusu kavramlar arasındaki teorik bağlantılar sistematik bir biçimde ele alınmakta; hem kavramsal arka plan hem de uygulamadaki karşılıkları üzerinden kapsamlı bir değerlendirme sunulmaktadır.

1970’lerden itibaren kamu yönetimi disiplininde yaşanan paradigmatik dönüşüm, yönetim kavramının görünürlüğüne önemli ölçüde artırmıştır. Post-Fordist dönemde esneklik, yerelleşme, katılımcılık ve çok aktörlülük gibi ilkelere dayanan yeni bir kamu yönetimi anlayışı ortaya çıkmış; devletin üretici rolü kademeli biçimde zayıflarken düzenleyici rolü ön plana çıkmıştır. Bu dönüşüm süreci, yönetişimin hiyerarşik ve dikey örgütlenme biçimlerinden ziyade yatay, esnek ve çok paydaşlı yönetim yapılanmalarını tanımlayan bir yaklaşım olarak benimsenmesini beraberinde getirmiştir (Sadioğlu & Altay, 2020). Dolayısıyla yönetim, gelişim süreci boyunca esneklik, katılımcılık ve çok aktörlülük gibi temel kavramlarla doğal bir bütünlük arz etmektedir.

Yönetişim ile yakın anlamlı kavramlar arasındaki bu ilişki özellikle kamu ve yerel yönetimler bağlamında somut biçimde gözlenmektedir. Büyükşehir belediyelerinin web sitelerine yönelik yapılan incelemelerde şeffaflık, denetim ve hesap verebilirlik ilkelerinin yönetim yapısının ayrılmaz bileşenleri olduğu belirlenmiştir. Ancak mevcut uygulamaların bu ilkeleri tam anlamıyla karşılamadığı; dolayısıyla yönetim kalitesinin uygulamada önemli ölçüde değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir (Gençkaya vd., 2021). Bu bulgular, yönetişimin kurumsal düzeyde etkinliğinin, şeffaflık ve hesap verebilirlik mekanizmalarının varlığıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Yönetişim literatüründe öne çıkan kavramlardan biri de katılımcılıktır. Yerel yönetimlerde kurumsal yeniden yapılanma süreçleri ve toplumsal aktörlerin karar alma mekanizmalarındaki artan etkisi, katılımcılığı yönetişimin temel bileşenlerinden biri hâline getirmiştir. Belediye bütçelerinin

oluşturulmasından hizmet önceliklerinin belirlenmesine kadar birçok alanda uygulanan katılım mekanizmaları, yönetim kapasitesini güçlendiren bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Akın & Doğan, 2023). Bu nedenle katılımcılık hem yönetim anlayışının merkezinde yer almakta hem de yerel kalkınma ve toplumsal meşruiyet açısından kritik bir rol üstlenmektedir.

Ağ yönetimi (network governance) ve işbirlikçi yönetim (collaborative governance) de yönetimle yoğun biçimde ilişkilendirilen iki önemli kavramdır. Literatürde bu iki yaklaşımın çoğu zaman birbirinden ayırtılamadığı; tematik analizlerde birbirini tamamlayan, hatta iç içe geçmiş süreçler olarak değerlendirildiği görülmektedir (Wang & Ran, 2023). Bu çerçevede kamu, özel sektör ve sivil toplum arasındaki yatay ilişkiler hem yönetim pratiklerinin etkinliğini artırmakta hem de çok aktörlü sorun çözümü mekanizmalarının işletilmesine katkı sunmaktadır. Bununla birlikte ağ yapılanmalarının doğası gereği yetki dağılımındaki belirsizlik, hesap verebilirliği zaman zaman zayıflatabilmektedir.

Kriz dönemleri, yönetim ilkeleri ile yakın anlamlı kavramlar arasındaki bağın daha görünür hâle geldiği özel koşullar yaratmaktadır. COVID-19 sürecinde Türkiye’de çeşitli kurumların yönetim uygulamalarını inceleyen araştırmalar, şeffaflık, katılımcılık, hesap verebilirlik ve etkinlik ilkelerinin bir arada işletildiği durumlarda yönetimin daha anlamlı ve etkili bir çerçeve sunduğunu göstermiştir (Rodoplu Şahin, 2021). Bu bulgu, kriz yönetiminde yönetimin tamamlayıcı ilkelerle birlikte ele alınmasının zorunluluğunu ortaya koymaktadır.

Dijitalleşmenin hızlanmasıyla birlikte yönetim kavramı, e-devlet ve e-yönetim uygulamaları üzerinden yeniden tartışmaya açılmıştır. E-yönetim, bilgi ve iletişim teknolojilerinin kamu hizmetlerinde şeffaflık, etkinlik ve hesap verebilirlik sağlama amacıyla kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bağlamda dijitalleşme, vatandaş katılımını artırmakta; kamu süreçlerinin daha açık, izlenebilir ve hesap verebilir biçimde yürütülmesine olanak sunmaktadır (Mseer & Samhan, 2025). Dolayısıyla yönetimin dijitalleşme, şeffaflık ve katılımcılık kavramlarıyla bütünleşik şekilde incelenmesi gerekmektedir.

Sürdürülebilirlik ise yönetim tartışmalarında giderek daha fazla yer bulmaya başlayan diğer bir önemli kavramdır. Sürdürülebilir yönetim, çevresel, ekonomik ve toplumsal boyutların karşılıklı etkileşim içinde yönetilmesini ifade eder ve özellikle inşaat sektörü gibi yüksek kaynak tüketen

alanlarda entegre proje teslimi modelleri üzerinden tartışılmaktadır. Konuya ilişkin çalışmalar, sürdürülebilirliğin yönetişimin etkili işleminde belirleyici bir unsur olduğunu göstermektedir (Rankohi vd., 2024).

Benzer şekilde, şer'i yönetişim örnekleri, yönetişim anlayışının farklı kültürel ve kurumsal bağlamlarda da ortak ilkelerle bütünleştiğini göstermektedir. Katılım bankacılığı uygulamalarında hesap verebilirlik, şeffaflık ve kurumsal yapı ilkelerinin şer'i yönetişim mekanizmalarıyla birlikte işlediği tespit edilmiştir (Bektaş & Yenice, 2022). Bu durum, yönetişimin evrensel niteliklerinin farklı sistemlerde dahi benzer biçimde ortaya çıktığını göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

Yönetişim ile kurumsal kalite arasındaki ilişki ise ekonomik etkinlik ve uluslararası rekabet gücü bağlamında özellikle önem taşımaktadır. Geçiş ekonomileri üzerine yapılan analizlerde yönetişim göstergeleri ile ihracat düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Çuhadar & Doru, 2020). Bu bulgular, yönetişimin kurumsal kapasite ve ekonomik performansla doğrudan ilişkili olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Avrupa Birliği örneği, yönetişimin çok düzeyli ve çok katmanlı yapısını somut biçimde ortaya koymaktadır. Bölgesel yönetişim yaklaşımı, Birliğin kurumsal bütünlüğünü güçlendirirken farklı yönetim düzeyleri arasında hem yatay hem de dikey işbirliği mekanizmalarının oluşturulmasını hedeflemektedir. Bu kapsamda çok düzeyli yönetim, işbirliği ve kurumsallık kavramları yönetişimin temel bileşenleri olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz, 2022).

Literatürden yararlanarak yönetişim ve boyutlarını aşağıdaki gibi oluşturmak mümkündür.

Tablo 1. Yönetişim Modellerine Göre Temel İlkeler ve Uygulama Boyutları

Kurumsal / Kurumsal Yönetim	Demokratik İyi Yönetişim	Ağ Temelli / İşbirlikçi Yönetişim	Çok Düzeyli Çok Katmanlı Yönetişim	Sürdürülebilir Kalite Odaklı Yönetişim
Paydaş haklarının korunması	Katılım	Çok aktörlü karar alma	Veri yönetimi	Kalite yönetimi
Bağımsız denetim/kurullar	Şeffaflık	Kamu-özel / sivil toplum işbirliği	Bilgi akışı	Kaynak verimliliği
Finansal ve kurumsal hesap verebilirlik	Hesap verebilirlik	Esneklik ve adaptasyon	Dijital şeffaflık	Etik-çevresel sorumluluk
	Hukukun üstünlüğü		Bilgi güvenliği	Sürekli iyileştirme
	Toplumsal meşruiyet			

Yönetişim kavramı tarihsel süreçte kurumsal düzenlemeye odaklanan dar bir çerçeveden çıkarak demokratik meşruiyet, çok aktörlü işbirlikleri, çok düzeyli idari ilişkiler ve sürdürülebilirlik anlayışını kapsayan geniş bir yapıya dönüşmüştür. Tablo 1’de sunulan beş yönetim modeli, bu dönüşümün aşamalarını temsil etmekte ve her biri yönetim olgusunun farklı bir boyutunu açıklamaya yönelik özgün katkılar sunmaktadır.

- Kurumsal yönetim, otorite ilişkilerini düzenleyen, karar alma süreçlerinde şeffaflık ve hesap verebilirliği önceleyen bir çerçeve sunar. Paydaş hakları, bağımsız denetim ve finansal disiplin yaklaşımın temel unsurlarıdır. Ancak bu model, kurumsal düzenleme lehine esneklik ve katılım mekanizmalarının sınırlı kalmasına neden olabilmektedir.
- Demokratik iyi yönetim, normatif değerlere dayanan bir yaklaşım olup katılım, şeffaflık, hukukun üstünlüğü ve toplumsal meşruiyet ilkelerini esas alır. Bu model, vatandaşların yönetime aktif katılımını teşvik ederken politika süreçlerinde koordinasyon zorlukları yaratabilmektedir.
- Ağ temelli/işbirlikçi yönetim, karmaşık toplumsal sorunların çok aktörlü işbirlikleri olmadan çözülemeyeceği varsayımına dayanır. Yatay ilişkiler ve esnek örgütlenme biçimleri bu modelin

merkezindedir. Ancak yetki ve sorumluluk paylaşımındaki belirsizlik hesap verebilirliği zayıflatabilir.

- Çok düzeyli yönetim, karar alma süreçlerinin yerel, bölgesel, ulusal ve ulus ötesi düzeylerde eş zamanlı işlediğini kabul eder. Dijital şeffaflık, veri güvenliği ve bilgi akışı bu modelin temel unsurlarındandır. Buna karşın çok katmanlı yapı, yüksek koordinasyon maliyetleri doğurabilmektedir.
- Sürdürülebilir kalite odaklı yönetim, yönetimi uzun vadeli toplumsal fayda, kaynak verimliliği ve çevresel etik sorumluluk temelinde yeniden yorumlar. Bu model, yönetim süreçlerinin yalnızca mevcut çıktılarına değil geleceğe bırakacağı etkilere de odaklanır.

Nihayetinde yönetim, tek bir modele indirgenemeyecek ölçüde dinamik ve çok boyutlu bir olgudur. Kurumsal düzen, demokratik meşruiyet, ağısal işbirliği, çok katmanlı idari yapılanmalar ve sürdürülebilirlik ilkeleri modern yönetim yaklaşımının birbirini tamamlayan bileşenleridir. Bu nedenle yönetim, şeffaflık, katılımcılık, hesap verebilirlik, esneklik ve sürdürülebilirlik gibi kavramlarla birlikte ele alındığında daha bütüncül, kapsayıcı ve uygulanabilir bir yönetim anlayışı sunmaktadır.

3. Sağlık Kurumlarında Yönetişim Olgusu ve Kurumsal Performans

Günümüzde sağlık kurumları, toplumsal beklentilerin değişmesi, sağlık teknolojilerindeki hızlı yenilikler, artan maliyet baskıları ve hizmet çeşitliliğindeki genişleme gibi çok boyutlu dinamiklerin etkisi altında dönüşüm geçirmektedir. Bu dönüşüm, geleneksel hiyerarşik ve bürokratik yönetim modellerinin etkinliğini sınırlamakta; bunun yerine daha katılımcı, şeffaf, hesap verebilir ve çok aktörlü bir yönetsel yapıyı öngören yönetim anlayışını ön plana çıkarmaktadır. Bu yönüyle yönetim, yalnızca modern yönetim yaklaşımlarının bir yansıması değil, aynı zamanda sağlık kurumlarında kalite, sürdürülebilirlik ve toplumsal güvenin tesisinde temel bir paradigma olarak değerlendirilmektedir.

Yönetişim kavramı, 20. yüzyılın sonlarında neoliberal politikaların etkisiyle öne çıkan ve iktidarın kullanım biçimini yeniden tanımlayan bir yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşım; devlet, özel sektör, sivil toplum,

profesyonel gruplar ve hizmet kullanıcılarının karar süreçlerine sistematik biçimde katılımını teşvik eden çok aktörlü bir yapıya sahiptir. Politika oluşturma süreçlerinde birlikte düzenleme, birlikte yönetim ve kamu-özel işbirliğini odağına alan yönetim, sağlık kurumlarının çok paydaşlı karmaşık yapısıyla yakından uyumludur. Nitekim Erat'ın (2020) bulguları, yönetim üzerine yapılan çalışmaların hem kuramsal hem de pratik açılardan çeşitlilik gösterdiğini, kavramın bir yandan eleştirilere konu olurken diğer yandan demokratikleşme süreçlerine katkısı nedeniyle geniş kabul gördüğünü ortaya koymaktadır.

Sağlık sistemi bağlamında yönetim; yalnızca devletin ya da resmi kurumların organizasyonlarını değil, bütün aktörleri (hizmet sağlayıcılar, kullanıcılar, özel sektör, sivil toplum, topluluklar) ve bu aktörler arasındaki ilişki ağını düzenleyen kurallar, normlar, karar alma ve uygulama mekanizmalarının toplamı olarak ifade edilebilir. Bu anlamda yönetim; kimin hangi sorumluluğu üstlendiğini, rollerin nasıl dağıldığını, ilişkilerin nasıl tanımlandığını ve değiştirilebildiğini ortaya koymaktadır (Abimbola vd., 2017).

Sağlık sistemleri bağlamında yönetim, kurumların hedeflerine ulaşmasını sağlayan bir dizi işlevsel süreç olarak tanımlanmakta ve sağlık hizmetlerinin niteliğini, yönünü ve hesap verebilirliğini belirleyen bir çerçeve sunmaktadır (Hastings vd., 2014). Sağlık sistemlerinde iyi yönetim; uygun standartların belirlenmesi, bilgi akışının güçlendirilmesi, performansı teşvik eden mekanizmaların oluşturulması ve hesap verebilirliğin sağlanması yoluyla hizmet sunumunun etkinliğini artırmaktadır. Bu kapsamda güçlü yönetim uygulamaları, sağlık çıktılarında iyileşme ve halk sağlığı düzeyinde artışla yakından ilişkilidir (Lewis & Pettersson Gelande).

Sağlık kurumlarında yönetim anlayışının önem kazanmasında hasta beklentilerindeki değişim, hasta odaklı bakım yaklaşımının yaygınlaşması, tıp bilgisindeki hızlı yenilikler ve maliyet kontrolü gerekliliği belirleyici olmuştur. Bu bağlamda şeffaflık, hesap verebilirlik ve adillik ilkelerini temel alan kurumsal yönetim uygulamaları, sağlık kurumlarında hem yönetsel hem de klinik süreçlerin iyileştirilmesi açısından stratejik bir araç hâline gelmiştir. Nitekim İncedağ ve Aksoylu'nun (2022) araştırması, kurumsal yönetim algısı ve iş tatmini arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu göstermekte; bu durum,

güçlü yönetim uygulamalarının çalışan motivasyonunu, örgütsel bağlılığı ve kurumsal performansı doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır.

Yönetişimin temel ilkelerinden biri olan katılımcılık, sağlık kurumlarının karar süreçlerine yalnızca üst yönetimin değil; sağlık çalışanlarının, hastaların ve diğer paydaşların da aktif biçimde katılmasını öngörmektedir. Bu çok aktörlü yapı, özellikle kamu-özel sektör işbirliği ve sivil toplum katılımının önemli olduğu sağlık turizmi gibi alanlarda daha görünür hâle gelmektedir. Özcan'ın (2016) Antalya örneği üzerinden gerçekleştirdiği çalışma, yönetim boyutunun sağlık turizminin gelişiminde kritik bir role sahip olduğunu ve birlikte yönetim anlayışının rekabet gücünü artırdığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu, yönetişimin sağlık kurumlarında yalnızca içsel bir yönetim modeli değil, aynı zamanda dış paydaşlarla koordinasyonu sağlayan stratejik bir işbirliği çerçevesi olduğunu göstermektedir.

Yönetişim olgusunun kurumsallaşması, kalite yönetim sistemleri ile de yakından ilişkilidir. Sağlık kurumları; hizmet kalitesini artırma, verimliliği yükseltme ve sürdürülebilir bir yapıyı tesis etme amacıyla kalite yönetim sistemlerini benimsemekte ve bu sistemleri kurumsal stratejilerinin temel bileşeni hâline getirmektedir. Çetinkaya ve Tamer'in (2018) değerlendirmeleri, yönetim ilkeleriyle uyumlu bir kalite yönetimi uygulamasının hem hizmet kalitesini hem de çalışan ve hasta memnuniyetini artırdığını, kaynak kullanımını ise daha verimli hâle getirdiğini göstermektedir.

Dijitalleşme ve e-yönetişim süreçleri de sağlık kurumlarında yönetim anlayışının gelişimini hızlandırmaktadır. Bilgi teknolojilerindeki ilerlemeler, yönetim süreçlerinde şeffaflığı artırmakta, bilgiye erişimi kolaylaştırmakta ve paydaş katılımını güçlendirmektedir. Atmaca ve Karaçay'ın (2020) çalışmasında belirtildiği üzere e-yönetişim, kamu yönetiminde demokratikleşmeyi destekleyen önemli idari reformlar getirmiştir. Sağlık kurumlarında ise dijitalleşme, veri yönetişimi, klinik karar destek sistemleri ve elektronik sağlık kayıtları gibi uygulamalar aracılığıyla yönetim ilkelerinin hayata geçirilmesini kolaylaştıran bir altyapı sunmaktadır.

Bununla birlikte, yönetim uygulamalarının sağlık kurumlarında kurumsallaştırılması çeşitli zorlukları da beraberinde getirmektedir. Çok aktörlü yapı, daha kapsamlı koordinasyon ihtiyacı doğurmakta; çıkar çatışmaları, iletişim problemleri ve karmaşık karar süreçleri gibi yönetimsel sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle yönetim süreçlerinin etkili şekilde

uygulanabilmesi için yalnızca kuramsal çerçevelerin değil, pratikte karşılaşılan sorunların da dikkate alınması gerekmektedir. Erat'ın (2020) vurguladığı gibi, kavrama yönelik eleştirel çalışmaların az sayıda olmasına rağmen etkili olması, yönetişimin uygulamada çok boyutlu değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Sağlık kurumlarında yönetim olgusu; katılımcılığı, şeffaflığı, hesap verebilirliği ve işbirliğini merkeze alan, çok aktörlü ve bütüncül bir yönetim anlayışını ifade etmektedir. Bu yaklaşım, sağlık kurumlarının kurumsal performansını, toplumsal güvenilirliğini ve sürdürülebilirliğini artırmada kritik bir rol üstlenmektedir. Ancak yönetişimin etkin biçimde uygulanabilmesi için dijitalleşme, kalite yönetim sistemleri ve paydaş katılımını destekleyen yapısal unsurların bütünlük şeklinde ele alınması gerekmektedir. Bu bağlamda yönetim olgusu, sağlık kurumlarının dönüşüm sürecine yön veren stratejik bir çerçeve sunmakta ve geleceğe yönelik araştırmalar için geniş bir inceleme alanı yaratmaktadır.

4. Sağlık Kurumlarında Yönetişim Uygulamalarının Klinik Çıktıları Üzerindeki Etkileri

Sağlık kurumlarında yönetim uygulamalarının hasta memnuniyeti, bakım kalitesi ve genel klinik çıktılar üzerindeki etkisi, son yıllarda sağlık yönetimi literatüründe önemli bir inceleme alanı haline gelmiştir. Yönetişim; şeffaflık, hesap verebilirlik, katılımcılık, etik yönetim ve çok aktörlü karar alma gibi ilkeler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin performansını, etkinliğini ve güvenilirliğini artırmayı hedefleyen bir yönetim anlayışıdır. Bu nedenle, yönetim uygulamalarının klinik sonuçlara etkisinin değerlendirilmesi, kurumsal performansın iyileştirilmesi ve hasta merkezli hizmet sunumunun güçlendirilmesi bakımından kritik bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

Kurumsal yönetim algısının çalışan davranışları ve kurum performansı üzerindeki etkisi, klinik çıktılar açısından önemli bir belirleyicidir. İncedağ ve Aksoylu'nun çalışması, sağlık çalışanlarının kurumsal yönetim algısı yükseldikçe iş tatminlerinin arttığını, bunun da hizmet kalitesine ve hasta memnuniyetine olumlu yansıdığını ortaya koymaktadır. İş tatmininin kurumsal bağlılığı ve hizmet motivasyonunu güçlendirdiği dikkate alındığında, yönetim uygulamalarının yalnızca yönetsel süreçleri değil, klinik uygulamaların çıktısını doğrudan etkilediği söylenebilir. Bu durum, kurumsal

yönetişimin hasta memnuniyeti ve hizmet verimliliği üzerindeki rolünü desteklemektedir (İncedağ & Aksoylu, 2022).

Klinik yönetişimin hasta bakım kalitesine etkisi ise Arslanoğlu ve Kabadayı'nın çalışmasında ayrıntılı biçimde analiz edilmiştir. Çalışmada klinik yönetişim ikliminin bakım davranışlarını anlamlı düzeyde geliştirdiği, ancak örgüt ikliminin bu ilişkiyi düzenleyici bir değişken olarak öne çıkmadığı belirtilmektedir. Klinik yönetişim kapsamında geliştirilen standartlar, protokoller ve sürekli iyileştirme mekanizmaları sağlık çalışanlarının bakım süreçlerini daha nitelikli hale getirmekte; bu da doğrudan hasta bakım kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (Arslanoğlu & Kabadayı, 2024). Benzer şekilde, Hayran ve Eraslan'ın çalışması klinik yönetişim ikliminin ve hasta güvenliği kültürünün çalışanların demografik özelliklerinden bağımsız olarak kurum genelinde anlamlı farklılıklar yarattığını ve bu farklılıkların hizmet kalitesine yansıdığını göstermektedir. Bu bulgular, klinik yönetişimin kurumsal düzeyde yaygınlaştırılmasının klinik çıktıları güçlendirmede merkezi bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (Hayran & Eraslan, 2023).

Yönetişim uygulamaları, sağlık çalışanlarının değişime uyum yeteneği, yeniliklere açıklığı ve performans motivasyonu üzerinde de etkili olmaktadır. Yağcı ve Kaya'nın bulguları, sağlık çalışanlarının ataletten uzak tutulmasının hasta güvenliğinin sağlanmasında kritik bir unsur olduğunu göstermektedir. Kurumsal ataletsizlik, yenilik süreçlerinin tıkanmasına, risk yönetimi becerilerinin zayıflamasına ve klinik süreçlerde tehlikeli uygulamaların devam etmesine yol açabilmektedir. Bu açıdan yönetişim ilkelerinin çalışan motivasyonu ve yenilikçi davranışları desteklemesi, klinik güvenlik standartlarının güçlendirilmesine önemli katkılar sunmaktadır (Yağcı & Kaya, 2015).

Klinik çıktıların iyileştirilmesi kapsamında toplam kalite yönetimi (TKY) uygulamaları da yönetişim ilkeleriyle bütünleşik bir çerçevede ele alınmalıdır. Karabay ve arkadaşlarının araştırması, TKY uygulamalarının sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini anlamlı biçimde artırdığını göstermektedir. TKY'nin sürekli iyileştirme, ölçme-değerlendirme ve süreç yönetimi odaklı yapısı, yönetişimin katılım, hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkeleriyle örtüşmekte; bu birliktelik klinik performansın artmasına olanak sağlamaktadır (Karabay vd., 2019).

Hasta merkezli iletişim, yönetim uygulamalarının klinik çıktılar üzerindeki etkisinin önemli bileşenlerinden biridir. Biçer ve Çakmak'ın ABD'de yaptığı çalışma, hasta merkezli iletişimin hizmet kalitesi, sağlık sistemi güveni ve genel sağlık durumu üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Çoklu iletişim kanallarının kullanımı, dijital erişilebilirlik ve etkili iletişim stratejileri, yönetimin katılımcılık ilkesini destekleyerek hasta memnuniyetini artırmaktadır (Biçer & Çakmak, 2024). Benzer şekilde, Bilgin ve Turkay Aba'nın çalışması etkileşim kalitesinin—tutum, davranış ve uzmanlık bileşenleriyle—hasta memnuniyeti ve sadakati üzerinde anlamlı etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle uzmanlık bileşeninin belirleyici rolü, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi ve profesyonel davranışlarının yönetim süreçleriyle uyumlu hale getirilmesinin önemini göstermektedir (Bilgin ve Turkay Aba, 2023).

Yönetim uygulamalarının çevresel sürdürülebilirlik ve kurumsal çevre yönetimi ile ilişkisi de klinik çıktılar açısından göz ardı edilmemelidir. Debbık'ın çalışmasında, sağlık çalışanlarının sürdürülebilirlik ve atık yönetimine ilişkin farkındalığının yüksek olmasına rağmen pratik uygulamalarda önemli eksiklikler olduğu vurgulanmaktadır. Sürdürülebilirlik uygulamalarının yönetim ilkeleriyle bütünleştirilmesi, hem kurumların çevresel performansını iyileştirmekte hem de kaynak kullanımında verimlilik sağlayarak klinik süreçlerin sürdürülebilirliğini desteklemektedir (Debbık, 2024).

Etik yönetim ve hasta hakları, yönetimin hasta merkezli hizmet sunumunun temel bileşenlerindendir. Yıldız ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaptığı çalışma, sağlık personelinin hasta hakları bilgi düzeyinin yüksek olmakla birlikte, önemli bir kısmının bu konuda kendisini yetersiz gördüğünü ortaya koymaktadır. Akgün ve Erdem'in müdahale çalışması ise eğitim programlarının hasta hakları bilgi düzeyini artırdığını, ancak hasta tarafındaki etkinin daha sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, etik yönetim ve hasta hakları eğitimlerinin yönetim uygulamalarıyla entegrasyonunun, klinik çıktıların kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmada önemli katkılar sağlayacağını göstermektedir (Akgün & Erdem, 2018; Yıldız vd., 2004).

Son olarak, yönetim uygulamalarının etkinliğinin artırılmasında geri bildirim mekanizmalarının sistematik biçimde işletilmesi kritik öneme sahiptir.

Bağcı ve arkadaşlarının üniversite hastanesinde yaptığı çalışma, hasta memnuniyeti düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterdiğini ve hasta deneyimlerinin düzenli analizinin doğru yönetsel kararların alınmasına katkı sağladığını göstermektedir. Bu bulgu, yönetim uygulamalarının dinamik, geri bildirim odaklı ve sürekli iyileştirme temelli bir anlayışla yürütülmesi gerektiğine işaret etmektedir (Bağcı vd., 2024).

Genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarında yönetim uygulamaları; kurumsal yönetim algısı, klinik yönetim iklimi, etik yönetim, hasta hakları, iletişim ve etkileşim kalitesi, sürdürülebilirlik uygulamaları ve geri bildirim mekanizmaları aracılığıyla hasta memnuniyeti ve klinik çıktılar üzerinde çok boyutlu ve bütüncül etkiler üretmektedir. Bu nedenle yönetim uygulamalarının sağlık kurumlarında kurumsal stratejiyle entegre şekilde planlanması ve kurumsallaştırılması, hem hizmet kalitesinin artırılması hem de klinik sonuçların iyileştirilmesi açısından temel bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

5. Sağlık Kurumlarının Karmaşık Yapısı ve Yönetişim İhtiyacı

Sağlık kurumlarının karmaşık yapısı, günümüz sağlık sistemlerinde yönetim ihtiyacını belirleyen en temel dinamiklerden birini oluşturmaktadır. Çoklu paydaş etkileşimi, kapsamlı yasal düzenlemeler, hızla dijitalleşen bilgi altyapıları ve artan veri hacmi, sağlık kurumlarını yüksek düzeyde etkileşimli ve çok katmanlı bir organizasyonel yapıya dönüştürmektedir. Bu durum, hem kurum içindeki süreçlerin yönetilmesi hem de kurumlar arası işbirliğinin sağlanması açısından güçlü, esnek ve sürdürülebilir yönetim mekanizmalarını zorunlu hale getirmektedir. Literatür, sağlık kurumlarının yapısal karmaşıklığının yönetim gereksinimlerini hem mikro düzeyde (iç süreçler, bilgi akışı, performans izleme) hem de makro düzeyde (kurumlar arası koordinasyon, ulusal ve uluslararası düzenlemeler, dijital altyapı uyumu) yeniden şekillendirdiğini ortaya koymaktadır.

Sağlık kurumlarının karmaşıklığını artıran temel alanlardan biri veri yönetimi ve bilgi akışı süreçleridir. Tumulak ve arkadaşlarının çalışması, kurum içi bilgi yönetişiminin zayıf olduğu durumlarda, kurumlar arası veri paylaşımında verimsizlik, bilgiye erişimde aksaklık ve organizasyonel performansta düşüş yaşandığını göstermektedir. Yazarlar, sağlık kurumlarının

birlikte çalışabilirliğe dayalı bir bilgi yönetişimi çerçevesi oluşturmalarının zorunlu olduğunu, aksi halde veri kalitesi ve erişilebilirliği açısından ciddi kayıpların ortaya çıkacağını vurgulamaktadır (Tumulak vd., 2024). Bu bulgu, etkili bir yönetim yapısının, yalnızca veri depolama tekniklerinden değil, bilginin nasıl yönetildiğini ve dolaştığını düzenleyen kurumsal mekanizmalardan beslendiğini göstermektedir.

Dijitalleşmenin hızlanması ve Elektronik Sağlık Kayıtlarının (EHR) yaygınlaşması, bu karmaşıklığı daha da artırmaktadır. Chiba ve arkadaşları, EHR birlikte çalışabilirliğinin hâlâ tartışmalı bir yönetim alanı olduğunu ve bu konuda standartlaştırılmış, güven temelli, yasal uyum gözetilen bir yapıya ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Veri güvenliğinin sağlanması, kurumlar arası güven ilişkisinin tesis edilmesi ve terminolojilerin standardizasyonu, dijital sağlık ortamının etkili bir yönetimle sürdürülebilir hale gelmesi için kritik unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Chiba vd., 2024). Bu durum, yönetişimin yalnızca teknik süreçlere değil, aynı zamanda sosyal ve kurumsal ilişkilere de dayandığını göstermektedir.

Sağlık kurumlarında yapay zekâ (YZ) ve bulut bilişim uygulamalarının hızla yaygınlaşması, yönetim ihtiyacını çok boyutlu bir hale getiren diğer önemli faktörlerdendir. Junior ve arkadaşları, YZ destekli bulut çözümlerinin sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırdığını, karar verme süreçlerini iyileştirdiğini ve liderliği daha katılımcı bir yapıya taşıdığını ifade etmektedir (Junior vd., 2024). Bununla birlikte YZ'nin getirdiği yeni riskler—etik sorunlar, veri mahremiyeti, algoritmik şeffaflık ve yasal uyum gereklilikleri—daha gelişmiş, uyarlanabilir ve risk temelli yönetim modellerine duyulan ihtiyacı artırmaktadır.

Bu bağlamda AB Yapay Zekâ Yasası (AI Act), sağlık kurumlarının veri yönetişimi süreçlerini doğrudan etkileyen kritik bir düzenleyici çerçeve niteliğindedir. Kalodanis ve arkadaşları, YZ uygulamalarının güvenilirlik, insan haklarına saygı ve etik ilkeler temelinde değerlendirilmesi gerektiğini belirterek, sağlık kurumlarının veri yönetişimi politikalarını hem AI Act hem de GDPR ile uyumlu şekilde yeniden yapılandırmak zorunda kaldığını ortaya koymaktadır (Kalodanis vd., 2025). Dolayısıyla sağlık kurumlarının yönetim ihtiyacı, yalnızca kurumsal iç süreçlerden değil, ulusal ve uluslararası düzenleyici çerçevelerden de beslenmektedir.

Yeni dijital yaklaşımlar arasında yer alan Federated Learning uygulamaları da sağlık kurumlarında yönetim ihtiyacını farklı bir boyuta taşımaktadır. Van Soest ve arkadaşlarının çalışması, federated learning projelerinin, veri güvenliği ve gizliliğini koruyarak çoklu veri kaynaklarından öğrenme kapasitesi sunduğunu; ancak bu teknolojinin etkin kullanımının özel bir yönetim modeli gerektirdiğini vurgulamaktadır (Soest vd., 2025). Bu tür teknolojiler, geleneksel veri paylaşım pratiklerini dönüştürmekte ve yönetimi daha esnek, katılımcı ve teknolojik uyum gerektiren bir yapıya yönleltmektedir.

Sağlık kurumlarının karmaşıklığı yalnızca teknik süreçlerle değil, kriz dönemlerinde ortaya çıkan yönetsel zorluklarla da derinleşmektedir. Rodoplu Şahin'in COVID-19 dönemine ilişkin bulguları, Avrupa Konseyi'nin iyi yönetim ilkelerinin, kriz dönemlerinde şeffaflık, hesap verebilirlik ve katılımcılığın sürdürülmesi açısından kritik bir referans çerçevesi sunduğunu göstermektedir (Rodoplu Şahin, 2021). Bu durum, yönetim modellerinin rutin işleyiş kadar olağanüstü durumlarda da kurumların dayanıklılığını artıracak şekilde yapılandırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Son olarak, sağlık sektöründe açık kaynak temelli işbirliği modelleri ve çoklu paydaş katılımını inceleyen çalışmalar, yönetimin giderek daha karmaşık bir sosyal ekosistemi kapsadığını göstermektedir. Yavuz ve arkadaşlarının açık kaynak vakıflarına ilişkin bulguları, farklı paydaşların motivasyonlarını ve katılım biçimlerini dikkate alan esnek yönetim yaklaşımlarının başarı açısından kritik olduğunu ortaya koymaktadır (Yavuz vd., 2025). Bu tür işbirliği modelleri, sağlık kurumlarının yönetim yapısını yalnızca hiyerarşik süreçlerden değil, daha katılımcı ve ağ temelli ilişkilerden de etkilenir hale getirmektedir.

Sağlık kurumlarının karmaşık yapısı; dijitalleşme, yapay zekâ uygulamaları, çoklu paydaş katılımı, yasal düzenlemeler ve kriz yönetimi gibi unsurlarla sürekli olarak yeniden şekillenmektedir. Bu durum, etkili yönetim modellerinin hem teknik hem sosyal hem de etik boyutları içerecek şekilde bütüncül ve dinamik bir yapıda tasarlanmasını zorunlu kılmaktadır. Literatür, sağlık kurumlarında yönetim ihtiyacının artık yalnızca bir yönetim meselesi olmadığını; aynı zamanda sürdürülebilirlik, güven, uyum, işbirliği ve kurumsal dayanıklılık açısından stratejik bir zorunluluk haline geldiğini göstermektedir.

6. Yönetişimin Sağlık Kurumları için Önemi ve Faydaları

Yönetişimin sağlık kurumları açısından taşıdığı önem, sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltme, hasta güvenliğini güçlendirme, kaynakların etkin kullanımını sağlama ve kurumsal öğrenmeyi destekleme gibi çok boyutlu etkiler üzerinden ele alınmaktadır. Sağlık kurumlarında yönetim uygulamalarının etkin biçimde hayata geçirilmesi, yalnızca çalışan ve hasta memnuniyetinin artmasına katkı sunmamakta; aynı zamanda sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini ve hizmet sunumunun güvenilirliğini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle yönetim, sağlık kurumları için stratejik bir yönetim aracı olmanın ötesinde, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini şekillendiren temel bir yönetsel paradigma olarak değerlendirilmelidir.

Bu çerçevede, klinik yönetim kavramı sağlık kurumlarında kalite ve güvenlik standartlarının güçlendirilmesinde merkezi bir konuma sahiptir. Kabadayı ve Arslanoğlu'nun Türkiye genelinde 394 hemşire üzerinde gerçekleştirdiği araştırma, klinik yönetim ikliminin hasta bakım davranışlarını anlamlı biçimde etkilediğini ortaya koymaktadır. Çalışmanın dikkat çekici bir diğer bulgusu, örgüt ikliminin bu ilişki üzerinde düzenleyici bir etki göstermemesidir. Bu durum, yönetim uygulamalarının etkisinin genel örgüt ikliminden bağımsız olarak doğrudan bakım süreçlerine yansıdığını göstermekte ve yönetim ikliminin güçlendirilmesinin hasta bakım kalitesinin artırılmasında kritik bir rol oynadığını düşündürmektedir (Kabadayı & Arslanoğlu, 2024). Bu açıdan klinik yönetim, yalnızca yönetsel bir zorunluluk değil, hasta odaklı hizmet sunumunun ayrılmaz bir bileşenidir.

Klinik yönetim iklimine ilişkin bir diğer önemli bulgu, Cihangiroğlu ve arkadaşlarının bir eğitim hastanesinde yürüttüğü araştırmada ortaya konmuştur. Freeman'ın Klinik Yönetişim İklimi Anketi kullanılarak gerçekleştirilen bu değerlendirme, çalışanların yönetim ile ilgili planlama, kalite iyileştirme, proaktif risk yönetimi, eğitim-gelişim ve örgütsel öğrenme süreçlerini farklı düzeylerde algıladığını göstermektedir. Doktorların kalite iyileştirme programlarını daha olumlu değerlendirmesi, yardımcı sağlık personelinin ise risk yönetimi ve eğitim-gelişim süreçlerini daha olumlu algılaması, yönetişimin sağlık kurumlarında meslek gruplarına göre farklılık gösteren çok boyutlu bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, yönetim uygulamalarının çalışanların gereksinimlerine göre uyarlanması, uygulamaların başarısı açısından hayati olduğuna işaret etmektedir (Cihangiroğlu vd., 2016).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yönetim anlayışının dönüşümünü inceleyen çalışmalar ise yönetişimin makro düzeydeki etkilerine ışık tutmaktadır. Memişoğlu ve Kalkan’ın analizinde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yönetim modellerinin Avrupa Birliği reformlarıyla paralel şekilde geliştiği vurgulanmış; geleneksel bürokratik yönetim anlayışından yeni kamu yönetimi ve yönetim temelli yaklaşımlara geçişin önemine dikkat çekilmiştir. Kamu-özel ortaklıkları, yenilikçi finansman modelleri ve kurumsal kapasite geliştirme uygulamalarının yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinde kalite ve etkinliğin artırılmasında belirleyici görülmektedir. Bu perspektif, yönetişimin hesap verebilirlik, şeffaflık ve katılımcılık ilkeleri doğrultusunda sağlık kurumlarında yenilikçi ve sürdürülebilir hizmet modellerinin şekillenmesine katkı sunduğunu göstermektedir (Memişoğlu & Kalkan, 2016).

Yönetişimin sağladığı en önemli katılardan biri de, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve hata oranlarının azaltılmasıdır. Storey ve Buchanan’ın çalışması, hasta güvenliği ve hata öğrenme süreçlerinin yönetim uygulamalarının çalışanlar tarafından nasıl algılandığıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Yönetişim uygulamalarının “denetim” ve “müdahale” olarak algılanmasının, çalışanlarda direnç ve yabancılaşma duygusu oluşturabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle klinik değerler ile kurumsal sistem değerlerinin uyumlu hâle getirilmesi, liderlik ile yönetişimin bütüncül şekilde ele alınması önem kazanmaktadır. Çalışmanın sonuçları, yönetişimin yalnızca prosedürel bir dönüşüm değil, aynı zamanda kültürel ve değer temelli bir uyum süreci gerektirdiğini göstermektedir (Storey & Buchanan, 2008).

Bu bağlamda yönetim, yalnızca mevcut sorunları çözmeye yönelik bir araç değil, aynı zamanda sağlık kurumlarında örgütsel öğrenme, sürekli gelişim ve yenilikçiliği destekleyen stratejik bir çerçeve sunmaktadır. Sağlık çalışanlarının mesleki yetkinliklerinin geliştirilmesi, risk yönetimi süreçlerinin güçlendirilmesi ve örgütsel öğrenmenin kurumsal bir kültüre dönüştürülmesi, yönetim uygulamalarının doğrudan katkı sunduğu alanlardır. Bu katkılar, sağlık kurumlarının değişen koşullara hızla uyum sağlama kapasitesini artırmakta ve rekabetçi, sürdürülebilir hizmet modellerinin gelişimini desteklemektedir.

Yönetişim, sağlık kurumlarında kalite ve güvenliğin artırılmasından çalışan memnuniyetinin yükseltilmesine; yenilikçi uygulamaların

desteklenmesinden şeffaflık ve hesap verebilirlik kültürünün yerleşmesine kadar geniş bir yelpazede kritik faydalar sağlamaktadır. Klinik yönetim ikliminin güçlendirilmesi, kurum kültürünün yönetim ilkeleriyle uyumlu hâle getirilmesi ve farklı meslek gruplarının yönetim süreçlerine aktif katılımının desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve sürdürülebilirliğinin artırılmasında stratejik bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır (Cihangiroğlu vd., 2016; Kabadayı & Arslanoğlu, 2024; Memişoğlu & Kalkan, 2016; Storey & Buchanan, 2008). Bu bulgular, yönetişimin sağlık kurumlarında yalnızca bir yönetim modeli değil, aynı zamanda hasta odaklı, yenilikçi ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin temel belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç

Sağlık kurumlarında yönetişim, günümüz sağlık sistemlerinin karmaşık yapısı, artan hasta ve toplum beklentileri ile hızla değişen teknolojik ve düzenleyici ortamı karşılayabilmek için kaçınılmaz bir yönetim paradigması hâline gelmiştir. Çok aktörlü yapısı, paydaş katılımını esas alması ve şeffaflık ile hesap verebilirlik ilkeleri üzerine inşa edilmesi, yönetişimi yalnızca bir yönetim aracı olmaktan çıkararak, stratejik ve kurumsal bir yaklaşım hâline getirmektedir. Bu bağlamda, yürütülen çalışmalar, yönetişimin sağlık kurumlarında kaliteyi artırma, hasta güvenliğini güçlendirme, çalışan memnuniyetini yükseltme, maliyet etkinliğini sağlama ve kurumsal sürdürülebilirliği destekleme gibi çok boyutlu ve somut etkiler yarattığını ortaya koymaktadır.

Klinik yönetişim uygulamaları, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve güvenlik kültürünün kurumsallaşması açısından kritik bir rol oynamaktadır. Araştırmalar, yönetişim ikliminin doğrudan hasta bakım davranışlarına etki ettiğini ve bu etkinin kurumun genel örgüt ikliminden bağımsız olarak gerçekleştiğini göstermektedir. Ayrıca, farklı meslek gruplarının yönetişim uygulamalarını algılama biçimleri, uygulamaların başarısını doğrudan etkilemektedir. Bu bulgular, yönetişimin sağlık kurumlarında yalnızca yönetimsel bir süreç olmadığını, aynı zamanda çalışanların değerleri ve algılarıyla uyumlu bir şekilde uygulanması gereken dinamik ve çok boyutlu bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır.

Dijitalleşme ile birlikte e-yönetişim, veri yönetişimi ve yapay zekâ destekli karar mekanizmaları, yönetişimin kapsamını genişletmiş; aynı

zamanda yeni etik, teknik ve hukuki sorumluluk alanlarını da gündeme getirmiştir. Bu durum, sağlık kurumlarında güçlü bir veri güvenliği altyapısı, şeffaf algoritmalar, düzenleyici uyum ve teknolojik farkındalık gereksinimini ön plana çıkarmaktadır. Özellikle sağlık kurumlarının dijitalleşme ve teknoloji entegrasyonu süreçlerinde, yönetişimin sadece idari bir sorumluluk değil; aynı zamanda risk yönetimi, veri güvenliği ve etik standartların korunması için de temel bir mekanizma olduğu görülmektedir.

Yönetişim uygulamaları, sağlık kurumlarının kurumsal öğrenme kapasitesini ve yenilikçi çözümler geliştirme yeteneğini de artırmaktadır. Planlama, kalite iyileştirme, risk yönetimi, eğitim ve gelişim olanaklarının güçlendirilmesi, çalışanların mesleki yetkinliklerini artırmakta ve kurumun değişen koşullara hızlı ve etkin uyum sağlamasını desteklemektedir. Bu bağlamda, yönetişimin sağlık kurumlarında sadece mevcut sorunları çözmekle kalmayıp, aynı zamanda geleceğe yönelik sürdürülebilir ve yenilikçi hizmet modelleri geliştirmeye katkı sağladığı söylenebilir.

Sağlık kurumlarında yönetim, etik sorumlulukları, toplumsal güveni, klinik kaliteyi, çalışan refahını ve teknolojik uyumu bütüncül bir biçimde ele alan stratejik bir yaklaşım sunmaktadır. Gelecekte sağlık sistemlerinin etkinliği ve sürdürülebilirliği, yönetim ilkelerinin hem politik düzeyde hem de kurumsal düzeyde güçlü ve sürekli biçimde uygulanmasına bağlı olacaktır. Bu nedenle, sağlık kurumlarının karmaşık ve dijitalleşen ortamda etkin bir şekilde işleyebilmesi için, yönetim modellerini sürekli olarak güncellemeleri, bilimsel verilere dayalı karar mekanizmaları geliştirmeleri ve paydaş odaklı, kapsayıcı yönetim anlayışını kurumsal kültürün merkezine yerleştirmeleri kritik bir öneme sahiptir.

KAYNAKÇA

- Abimbola, S., Negin, J., Martiniuk, A. L., & Jan, S. (2017). Institutional analysis of health system governance. *Health Policy and Planning*, 32(9), 1337-1344.
- Akın, C., & Doğan, E. (2023). Yerel yönetimler ve yönetişim: Türkiye’de kategorileri itibariyle belediyelerin bütçe giderlerinin TOPSIS yöntemi ile analizi (2006-2019). *Sosyoekonomi*, 31(57), 357-383.
- Aktan, C. C. (2013). Kurumsal şirket yönetimi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(1), 150-161.
- Altındış, S., Biçer, İ., & Karabay, D. (2019). Toplam kalite yönetimi uygulamalarının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(3), 315-326.
- Arslan Kabadayı, M., & Arslanoğlu, A. (2024). Klinik yönetişim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisinde örgüt ikliminin düzenleyici rolü. *Sosyal Güvence* (25), 1274-1298.
- Atay, Ö., & Öztekin, A. B. (2022). İyi kurumsal yönetimde yönetim kurullarının rolü. *Denetışim*(24), 22-40.
- Atmaca, Y., & Karaçay, F. (2020). Türkiye’deki kamu yönetimi reformlarında dijitalleşme ve e-yönetişim. *International Journal of Management and Administration*, 4(8), 260-280.
- Aytar, O. (2022). Kurumsal Yönetim Sistemi ve İlkelerinin Kamu Kesiminde İç Denetim Perspektifi İle Değerlendirilmesi. *Denetışim*, (24), 5-21.
- Bektaş, İ., & Yenice, A. C. (2022). Türkiye’de şer’i yönetişim: banka içi danışma komiteleri örneği. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 24(45), 29-60.
- Bilgin, Y., & Turkey Aba, A. (2023). Sağlık kuruluşlarında etkileşim kalitesinin hasta memnuniyetine ve sadakatine etkisi. *Beykoz Akademi Dergisi*, 11(2), 205-227.
- Chiba, F., Nowak, A., Frey, N., Klopfenstein, S., Meyer-Eschenbach, F., & Poncette, A. S. (2024). Factors influencing the strategic governance of EHR interoperability: A rapid literature review. *Digital Health and Informatics Innovations for Sustainable Health Care Systems*, 127-131.

- Cihangiroğlu, N., Teke, A., & Uzuntarla, Y. (2016). Hastanelerde klinik yönetim ikliminin değerlendirilmesi: Bir eğitim hastanesi örneği. *Gülhane Tıp Derg* 58(1), 1-5.
- Çakmak, C., & Biçer, İ. (2024). Determinants of patient-centered communication, its impact on quality of services, overall health status and trust in the healthcare system in the United States. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(4), 630-639.
- Çiğdem, F. C., Güneş, R., & Çukacı, Y. C. (2018). İç kontrol sisteminin kurumsal yönetim üzerindeki etkileri: BİST kurumsal yönetim endeksi kapsamındaki şirketlerde uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(25), 421-436.
- Çuhadar, P., & Doru, Ö. (2020). Kurumlar ve uluslararası ticaret ilişkisi: geçiş ekonomileri üzerine panel veri analizi ile bir inceleme. *Sosyoekonomi*, 28(45), 165-186.
- Debbik, K. S. (2024). Sağlık yönetiminde sürdürülebilirlik: sağlık çalışanları arasında sürdürülebilirlik ve atık yönetimi algısı üzerine bir araştırma. *Quantrade Journal of Complex Systems in Social Sciences*, 6(1), 63-73.
- Delice, E. (2023). Kurumsal yönetim ilkeleri'nin hukuki açıdan değerlendirilmesi. *Uluslararası İktisadi ve İdari Çalışmalar Dergisi*, 1(1), 19-28.
- Devebakan, N., Sarıçam, H., Sarı, N., Bağcı, H. (2024). Bir üniversite hastanesinde sağlıkta kalite standartları kapsamında hasta deneyimlerinin değerlendirilmesi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 6(2), 110-123.
- Eraslan N., & Hayran O. (2023). Klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü üzerindeki sosyo-demografik özelliklerin belirleyiciliği: Türkiye perspektifi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research* 7(1), 54-66.
- Erat, V. (2020). Kamu yönetimi çalışmalarında yönetim. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(21), 121-136.
- Erdem, Ö., & Akgün, H. S. (2018). Hasta ve sağlık çalışanlarının, hasta hakları konusunda bilgi düzeyleri: bir müdahale çalışması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 518-524.
- Gençkaya, Ö., Gündoğdu, H. G., & Aytekin, A. (2021). Büyükşehir belediyeleri web sitelerinin yönetim ilkeleri açısından

- değerlendirilmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 16(3), 705-726.
- Hastings, S. E., Armitage, G. D., Mallinson, S., Jackson, K., & Suter, E. (2014). Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. *BMC health services research*, 14(1), 479.
- İncedağ, B., & Aksoylu, S. (2022). Corporate governance perception and job satisfaction levels of health workers. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3), 445-464.
- Junior, A. A., Ndayizigamiye, P., & Bokaba, T. (2024). The effect of ai-powered cloud computing on the resilience of healthcare systems: a governance perspective, in: Sharma, S.K., Dwivedi, Y.K., Metri, B., Lal, B., Elbanna, A. (eds) Transfer, Diffusion and Adoption of Next-Generation Digital Technologies. TDIT 2023. *IFIP Advances in Information and Communication Technology*, 698. Springer, Cham.
- Kabadayı, M. A. & Arslanoğlu, A. (2024). Klinik yönetim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisinde örgüt ikliminin düzenleyici rolü. *Sosyal Güvenç Dergisi* (25), 1274-1298.
- Kalodanis, K., Feretzakis, G., Rizomiliotis, P., Verykios, V. S., Papapavlou, C., Koutsikos, I., & Anagnostopoulos, D. (2025). Data governance in healthcare AI: navigating the EU AI act's requirements. In *Envisioning the Future of Health Informatics and Digital Health* (pp. 66-70). IOS Press.
- Karabaş, S., & Sayar, A. R. Z. (2023). Sermaye piyasası kurulu'nun kurumsal yönetim tebliği çerçevesinde uyulması zorunlu kurumsal yönetim ilkelerinin uygulanabilirliği: Türkiye tarım kredi kooperatifleri örneği. *Muhasebe ve Denetime Bakış*, 23(69), 169-182.
- Kaya, Ş. D., & Yağcı, M. (2015). Relationship of inertia statuses of healthcare professionals with patient safety. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 1(2), 453-462.
- Kocaoglu, M., & Fural, M. (2018). *Yerel yönetimlerde yönetim uygulamaları: Serik Belediyesi örneği*. Asia Minor Studies, 6(AGP Sempozyum Özel Sayısı1), 150-165.

- Korkmaz Özcan, Z. (2016). Yönetişim eğilimleri çerçevesinde sağlık turizmine aktörlerin bakış açısı: Antalya örneği. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2885-2904.
- Lewis, M., & Pettersson Gelande, G. (2009). Governance in health care delivery: raising performance. *World Bank Policy Research Working Paper*, (5074), 1-74.
- Memişoğlu, D., & Kalkan, B. (2016). Sağlık hizmetlerinde yönetim, inovasyon ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 645-665.
- Mseer, I., & Samhan, A. A. A. (2025). E-governance and the future of public administration, in *The Paradigm Shift from a Linear Economy to a Smart Circular Economy: The Role of Artificial Intelligence-Enabled Systems, Solutions and Legislations* (pp. 1415-1422). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Ocaktan, E., Yıldız, A., & Özdemir, O. (2004). Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(3), 129-137.
- Özdemir, S. S., & Tamer, E. (2019). Kurumsal yönetim ilkeleri ışığında anonim şirketlerde genel kurula ilişkin ilkelerin değerlendirilmesi. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*(14), 329-373.
- Rankohi, S., Bourgault, M., Pellerin, R., Coulombe, C., Drouin, N., Gakwaya, M., & Harvey, J. (2024, August). Where project governance and sustainability meet? A review of literature and discussion on IPD governance structure, in *International Conference on Computing in Civil and Building Engineering* (pp. 58-71). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Rodoplu Şahin, D. (2021). Covid-19'la mücadelede Türkiye'deki farklı aktörlerin yönetim ilkeleri uygulamalarının değerlendirilmesi. *Journal of Mehmet Akif Ersoy University Economics and Administrative Sciences Faculty*, 8(3), 1723-1763.
- Sadioğlu, U., & Altay, S. (2020). Post-Fordizm ve Kamu Yönetimine Yansımaları. *Sosyoekonomi*, 28(45), 327-352.
- Sanal, R. (2002). Kurumsal yönetim (corporate governance) kavramı Türk kamu yönetimi açısından önemi. *Türk İdare Dergisi*, 74(435), 41-73.

- Soest, J.V., Sanchez Gomez, L., Wee, L., & Dekker, A. (2025). A Governance Framework for Federated Learning Projects in Healthcare. In *Intelligent Health Systems–From Technology to Data and Knowledge* (pp. 258-262). IOS Press.
- Storey, J., & Buchanan, D. (2008). Healthcare governance and organizational barriers to learning from mistakes. *Journal of Health Organization and Management*, 22(6), 642-651.
- Tamer, G., & Çetinkaya, H. (2018). Impact of quality management system on health institutions. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 97-101.
- Tosun, A. (2025). Yönetim yaklaşımlarının katılım, yönetim ve insan kaynakları yönetimi bağlamında karşılaştırmalı ve analitik bir incelemesi. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(4), 1181-1215.
- Tumulak, A., Tin, J., & Keshavjee, K. (2024). Towards a unified framework for information and interoperability governance. In *The role of digital health policy and leadership* (pp. 49-53). IOS Press.
- Wang, H., & Ran, B. (2023). Network governance and collaborative governance: A thematic analysis on their similarities, differences, and entanglements. *Public Management Review*, 25(6), 1187-1211.
- Yalçın, Z., & Yoluk, M. (2019). Kurumsal yönetim ilkelerinin Türkiye muhasebe standartları (TMS) ve Türkiye finansal raporlama standartları (TFRS) içindeki yeri. *İzmir İktisat Dergisi*, 34(4), 527-543.
- Yenişen Yavuz, E., Shrivastava, A., Riehle, D., & Putz, F. (2024, November). Governance practices for open source foundations in the healthcare sector, in *International Conference on Software Business* (pp. 382-397). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Yılmaz, S. (2022). Bounding through territory: european union and multi-level territorial governance. *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi*, 21(1), 257-284.

BÖLÜM 2

SAĞLIK KURUMLARINDA KURUMSAL YÖNETİM UYGULAMALARINI GÜÇLENDİREN BİR ARAÇ OLARAK AKREDİTASYON

Dr. İshak BASATEMUR¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070100>

¹ Pozantı 80.Yıl Devlet Hastanesi / Başhekim, TÜSKA-SAS Denetçisi / Eğitimcisi, ishak.basatemur@saglik.gov.tr, ORCID: 0000-0002-6108-7379

Özet

Sağlık hizmetleri; yapısal karmaşıklığı, yüksek risk düzeyi ve çok paydaşlı işleyişi nedeniyle güçlü ve sürdürülebilir bir kurumsal yönetim yaklaşımını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda akreditasyon, sağlık kurumlarında kaliteyi artırmanın ötesinde; şeffaflık, hesap verebilirlik, sorumluluk ve paydaş katılımı gibi kurumsal yönetim ilkelerinin hayata geçirilmesini destekleyen önemli bir yönetim aracı olarak öne çıkmaktadır.

Bu kitap bölümü, sağlık kurumlarında kurumsal yönetim uygulamalarını güçlendiren bir araç olarak akreditasyonu, literatüre dayalı bir çerçevede ele almayı amaçlamaktadır. Ulusal ve uluslararası çalışmalar incelenerek akreditasyonun yönetim süreçleri, organizasyonel öğrenme, liderlik kapasitesi, risk yönetimi ve hasta güvenliği üzerindeki etkileri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Ayrıca Donabedian modeli, sürekli kalite iyileştirme yaklaşımları ve kurumsal yönetim ilkeleri temel alınarak akreditasyonun teorik ve uygulamaya dönük boyutları tartışılmıştır.

Literatür bulguları, akreditasyonun sağlık kurumlarında yalnızca standartlara uyumu sağlayan bir dış denetim mekanizması olmadığını; aynı zamanda yönetsel olgunluğu artıran, kalite kültürünü kurumsallaştıran ve sürdürülebilir iyileştirmeyi destekleyen stratejik bir araç olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte akreditasyonun etkisinin, kurumların liderlik kapasitesi, insan kaynağı niteliği ve kalite kültürünü içselleştirme düzeyine bağlı olarak değişebildiği vurgulanmaktadır. Sonuç olarak akreditasyon, sağlık kurumlarında kurumsal yönetimin güçlendirilmesinde önemli bir kaldıraç olmakla birlikte, etkili ve sürdürülebilir sonuçlar için bütüncül ve katılımcı bir yönetim anlayışıyla birlikte ele alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akreditasyon, kurumsal yönetim, sağlık kurumları, kalite yönetimi, hasta güvenliği, yönetim

ACCREDITATION AS A TOOL FOR STRENGTHENING INSTITUTIONAL GOVERNANCE PRACTICES IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Abstract

Healthcare services require a strong and sustainable corporate governance approach due to their structural complexity, high-risk nature, and multi-stakeholder environment. In this context, accreditation has emerged not

only as a quality improvement mechanism but also as a critical governance tool that supports the implementation of corporate governance principles such as transparency, accountability, responsibility, and stakeholder engagement in healthcare organizations.

This book chapter aims to examine accreditation as a tool for strengthening corporate governance practices in healthcare institutions through a literature-based framework. National and international studies were reviewed to assess the effects of accreditation on management processes, organizational learning, leadership capacity, risk management, and patient safety. The theoretical and practical dimensions of accreditation were discussed within the context of the Donabedian model, continuous quality improvement approaches, and governance principles.

The findings of the literature indicate that accreditation should not be viewed merely as an external compliance or inspection mechanism. Rather, it functions as a strategic instrument that enhances managerial maturity, institutionalizes quality culture, and supports sustainable improvement in healthcare organizations. However, the effectiveness of accreditation varies depending on contextual factors such as leadership commitment, human resource capacity, and the extent to which quality culture is internalized within institutions. In conclusion, while accreditation represents a significant leverage point for strengthening corporate governance in healthcare, its sustainable impact depends on the adoption of a holistic, participatory, and learning-oriented management approach.

Keywords: Accreditation, corporate governance, healthcare organizations, quality management, patient safety, governance

Giriş

Sağlık hizmetleri, yapısal karmaşıklığı, yüksek risk düzeyi ve çok paydaşlı işleyişi nedeniyle güçlü bir yönetim yaklaşımını gerektiren alanların başında gelmektedir. Modern sağlık yönetiminin temel bileşenleri olan etkinlik, sürdürülebilirlik ve eşitlik ilkeleri, sağlık kurumlarının yalnızca klinik çıktılar ile yönetilmesini değil aynı zamanda organizasyonel performans ve güvenlik kültürü oluşturma sorumluluğunu da üstlenmesi gerektiğini zorunlu kılmaktadır (Valiotis et al., 2025). Günümüzde artık sağlık kurumlarında da kurumsal yönetim kavramı ön plana çıkmakta ve şeffaflık, hesap verebilirlik,

sorumluluk ve adalet ilkeleri üzerinden sağlık kuruluşlarının yönetsel kapasitesini güçlendirmeyi amaçlayan bir temel çerçeve sunmaktadır. Sağlık sistemlerinin doğası gereği olan mevcut karmaşık yapısı bu ilkelerin pratik düzeyde uygulanabilmesi için standartlaşmış, ölçülebilir ve sürdürülebilir yapılara duyulan ihtiyacı artırmaktadır (Demir, 2020).

Bu gereksinim akreditasyonu, sağlık kurumlarında kurumsal yönetim uygulamalarını güçlendiren en etkili araçlardan biri olarak ön olana çıkarmıştır. Akreditasyon; yapı, süreç ve sonuçları sistematik biçimde değerlendiren, kurumların kalite iyileştirme kapasitesini sürekli olarak geliştirmesini hedefleyen dış bir değerlendirme mekanizmasıdır (Greenfield et al., 2012; Smits et al., 2014). Akreditasyonun kavramsal mimarı Donabedian; yapı–süreç–sonuç modeli ile ilk defa akreditasyonun teorik temelini oluşturarak kaliteyi bütüncül bir bakış açısıyla ele almayı önermiştir. (Özcan Çaklı, İ. 2021). Tarihsel açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kalite düşüncesinin uluslararası düzeyde kurumsallaşmasının To Err is Human raporu ile ivme kazandığı görülmektedir. Bu rapor, tıbbi hataların çoğunun bireysel kusurlardan ziyade sistemsel yetersizliklerden kaynaklandığını ortaya koyarak, güvenlik kültürünün tüm sağlık kurumlarına entegre edilmesi gerektiğini özellikle vurgulamıştır (Institute of Medicine, 2000). Akreditasyon sistemleri ise tam da bu noktada kurumların yönetsel, klinik ve operasyonel süreçlerinde güvenlik ve kaliteyi merkezileştiren bir yapı olarak doğmuştur. Akreditasyon sistemleri, sağlık kurumlarında kalite ve güvence aracı olarak giderek güçlenen bir model hâline gelmiştir. Akreditasyon programları; yapı, süreç ve sonuçların önceden belirlenen standartlara göre değerlendirilmesini sağlayarak kurumların güvenlik, kalite iyileştirme kapasitesi ve yönetsel olgunluğunu artırmayı hedeflemektedir (Araç & Koç, 2023; Avcı & Şenel, 2019).

Uluslararası literatürde akreditasyonun sağlık kurumlarının performansını, hasta güvenliği uygulamalarını ve kurumsal yönetim süreçlerini güçlendirdiğine ilişkin önemli kanıtlar bulunmaktadır (Alkhenizan & Shaw, 2011; Hussein et al., 2021; Alhawajreh et al., 2023). Akreditasyonun etkisi yalnızca kalite göstergeleriyle sınırlı olmayıp; çalışan deneyimi, süreç standardizasyonu, organizasyonel öğrenme ve kurum kültürü üzerinde de belirgin etkisi olduğu görülmektedir (Alshamsi et al., 2020; Braithwaite et al., 2010; Reigas & Šimanskienė, 2023). Diğer yandan, akreditasyon

uygulamalarının bazı ortamlarda istenen etkiyi göstermediğine veya kurumlar arasında farklı sonuçlar ürettiğine ilişkin bulgular da literatürde yer almaktadır (Brubakk et al., 2015). Bu durum akreditasyonun, sağlık kurumlarının kurumsal kapasitesi, liderlik anlayışı ve yönetim modelleriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de ise kalite ve akreditasyon yasal bir zorunluluktur. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) çatısı altındaki Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından yürütülen Sağlıkta Akreditasyon Sistemleri (SAS) denetimleri ve eğitimleri, ulusal sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve yönetim yapılarının güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır.

Bu zorunluluk, çeşitli mevzuat düzenlemeleriyle açık biçimde tanımlanmıştır. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme ve akreditasyon çalışmalarının yasal dayanağını oluştururken; 30 Ocak 2025 tarihli ve 32798 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği değişikliği ile özel hastanelerin TÜSKA akreditasyon belgesi almaları zorunlu hale getirilmiştir. Benzer şekilde, Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik kapsamında sağlık turizmi yetki belgesi bulunan tesisler için de SAS akreditasyonu zorunlu tutulmuş; ayakta teşhis ve tedavi sunan kuruluşlarla ilgili yönetmeliklerde ise belirli tarihler içinde akreditasyon belgesi alma yükümlülüğü getirilmiştir.

SKS ve SAS belgelendirme zorunluluğu, Türkiye’deki kamu ve özel sağlık kurumlarının uluslararası standartlarla uyumlu bir kalite ve güvenlik yaklaşımı geliştirmesinde önemli bir motivasyon kaynağıdır. (Araç & Koç, 2023; Avcı & Şenel, 2019).

Bu bölüm, sağlık kurumlarında kurumsal yönetim uygulamalarını güçlendiren bir araç olarak akreditasyonu literatüre dayalı bir çerçevede ele almayı amaçlamaktadır. Ulusal ve uluslararası araştırmalar incelenmiş; akreditasyonun kurumsal yönetim ilkelerine, yönetim süreçlerine, organizasyonel öğrenmeye ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesine etkileri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Böylece hem sağlık kurumları hem politika yapımcılar hem de akademik çevreler için akreditasyonun yönetim perspektifindeki yeri ve değeri sistematik bir çerçevede açıklanmaya çalışılmıştır.

2. Kurumsal Yönetim Kavramı ve Sağlık Kurumlarındaki Önemi

2.1. Kurumsal Yönetimin Kavramsal Çerçevesi

Kurumsal yönetim, işletmelerin uzun vadeli sürdürülebilirliğini sağlamak ve hissedarlar ile diğer menfaat sahiplerinin çıkarlarını korumak amacıyla geliştirilmiş bir yönetim biçimidir (ÇAKALI, 2022). Kurumsal Yönetim yaklaşımı, şirket yönetiminin sorumluluk ve yükümlülüklerini net bir şekilde ortaya koyarak, tüm paydaşların haklarını güvence altına almayı hedefler (Aktan, 2013). Bu çerçevede, kurumsal yönetim, işletme sahipleri, yöneticileri ve diğer çıkar grupları arasındaki olası menfaat farklılaşmalarından kaynaklanabilecek yönetsel aksaklıkları minimize etme esaslıdır (Ece & Güner, 2018). Dar anlamda şirket yönetimi ile hissedarlar ve paydaşlar arasındaki ilişkileri düzenleyen bir kurallar bütünü olarak tanımlanabilir (Aktan, 2013). Geniş anlamda ise kurumsal yönetim, bir organizasyonun stratejik yönelimini belirleyen, performansını izleyen ve hesap verebilirliğini sağlayan tüm sistemleri, süreçleri ve ilkeleri kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Kurumsal yönetim işletmelerin şeffaflığını artırarak ve hissedarların haklarını koruyarak, kısa ve uzun vadeli hedefler arasındaki dengeyi sağlamaya çalışır (VARGÜN et al., 2020). Bu denge, aynı zamanda kurumsal yönetişimin organizasyonel hedeflere ulaşmada ve farklı paydaşlar arasındaki ilişkileri yönetmede kritik bir çerçeve sunmasını sağlar (Said, 2025). Bu çerçeve, şirketlerin hedeflerini belirlemesini ve bu hedeflere ulaşmak için gerekli sistemleri ve izleme mekanizmalarını oluşturmalarını sağlar (Aguilera & Ruiz-Castillo, 2025; G20/OECD Principles of Corporate Governance 2023, 2023). Kurumsal yönetim ilkeleri, işletmelerin piyasaya güven vermesi için iç bünyelerinde çeşitli değişikliklere gitmelerini zorunlu kılar ki bu ilkeleri benimsemeyen işletmelerin piyasada yetersiz kalma veya başarısız olma olasılığı yüksektir.(Yalçın & Yoluk, 2019). Bu ilkeler, şirketlerin sadece finansal performanslarını değil, aynı zamanda çevresel ve sosyal sorumluluklarını da göz önünde bulundurarak sürdürülebilir bir değer yaratmalarını da teşvik eder (OECD, 2016). Kurumsal yönetim, işletmelerin iç ve dış değişkenleri etkili bir şekilde yönetmesini, denetlemesini ve olası riskleri kontrol etmesini gerektirir (Mengeş & Aygün, 2023).

2.2. Kurumsal Yönetimin Temel İlkeleri ve Sağlık Hizmetlerindeki Yeri

Kurumsal yönetim, bir işletmenin hedeflerini belirleyen, bu hedeflere ulaşma yöntemlerini tanımlayan ve hizmet çıktısı performansını denetleyen bir çerçeve sunarak, tüm paydaşların çıkarlarını gözetten bir yapı oluşturur (Şenol et al., 2023). Kurumsal yönetim çerçevesi; sağlık sektöründe, şeffaflık, hesap verebilirlik, adillik ve sorumluluk gibi temel ilkelerin benimsenmesini ve hastanelerin sadece kârlılık odaklı değil, aynı zamanda etik ve sürdürülebilir bir şekilde faaliyet göstermesini de teşvik eder (Hüseyin & Çetin, 2024). Kurumsal yönetimin temel ilkeleri denen bu prensipler, sağlık kuruluşlarının uzun vadeli finansal istikrarını sosyal sorumlulukla birleştiren değer temelli hasta bakımı ve yeşil hastane girişimleri gibi uygulamaları benimsemelerini destekler (Rafında et al., 2025). Sağlık hizmetlerinde kurumsal yönetim prensiplerinin uygulanması, hastanelerin ekonomik sürdürülebilirliğini sağlamanın yanı sıra toplumsal refah odaklı hareket etmelerini de sağlar. (Agnihotri & Arora, 2021). Kurumsal yönetim, yalnızca finansal gelirleri optimize etmekle kalmayıp, aynı zamanda çevresel etkileri minimize etmeyi ve toplumsal faydayı maksimize etmeyi hedefler (Bosco et al., 2024). Kurumsal yönetim entegrasyonu, Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları da dahil olmak üzere küresel sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmayı desteklerken, sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar için finansal yönetişimde en iyi uygulamaları sunmaktadır (Rafında et al., 2025).

Sürdürülebilirlik kavramı, son yıllarda hem kamu hem de özel sektör için dikkate alınması gereken önemli bir konu haline gelmiştir (Toker, 2018). İşletmeler açısından sürdürülebilirlik, kâr elde etmenin ötesinde, çevresel ve sosyal sorumlulukları da kapsayan bütüncül bir yaklaşımı ifade eder (Hüseyin & Çetin, 2024). Küresel ölçekte kuruluşlar ve hükümetler, işletmelerin şeffaflığını ve hesap verebilirliğini artırmak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunarak, kurumsal sosyal sorumluluğu ticari faaliyetlerle bütünleştirmeyi teşvik etmektedirler (ÖCEK et al., 2021). Özellikle hastaneler gibi bilgi yoğun kuruluşlar için çevresel, sosyal ve yönetim mantığını iş stratejilerine dahil etmek, sürdürülebilirliği temel bir yönetim biçimi olarak benimsemeyi gerektirir (Bosco et al., 2024). Çünkü kurumsal sürdürülebilirlik, çevresel, sosyal ve ekonomik boyutları içeren bütünsel bir yaklaşımla, sağlık

kuruluşlarının uzun vadeli başarısı için kritik öneme sahiptir (Mostepaniuk et al., 2023).

Bununla birlikte sağlık kuruluşları, kurumsal sürdürülebilirliği uzun vadeli varlıklarını koruma ve rekabet avantajı sağlama açısından stratejik bir unsur olarak benimseme konusunda, diğer sektörlerle kıyasla daha yavaş ilerleme göstermiştir. (Bosco et al., 2024). Bu durum, sağlık sektöründe sürdürülebilirlik uygulamalarının benimsenmesi ve kurumsal yönetim ilkeleriyle entegrasyonu esnasında karşılaşılan zorlukların ve potansiyel fırsatların daha derinlemesine analiz edilmesini gerekli kılmaktadır (Mostepaniuk et al., 2023). Sağlık kuruluşlarının sürdürülebilirlik performansını artırmaya yönelik kurumsal yönetim pratiklerinin araştırılması, sektörün gelecekteki gelişim stratejileri açısından büyük önem taşımaktadır (Mostepaniuk et al., 2023). Çevresel sürdürülebilirlik uygulamaları, doğal kaynakların korunması ve atık yönetimi gibi alanlarda sağlık hizmetlerinin çevresel ayak izini azaltmayı hedeflerken (Mostepaniuk et al., 2023), sosyal sürdürülebilirlik ise hasta refahı, çalışan memnuniyeti ve toplumsal katılım gibi unsurları hedeflemektedir. (Özgül et al., 2020). Ekonomik sürdürülebilirlik sağlık kuruluşlarının finansal sağlamlığını güvence altına alarak kaliteli hizmet sunumunu sürekli kılmayı amaçlar (Mostepaniuk et al., 2023). Bu üç boyutun dengeli bir şekilde yönetilmesi, sağlık hizmetlerinde kurumsal sürdürülebilirliğin temelini oluşturarak, uzun vadeli değer yaratımını desteklemektedir (Tanç & Çardak, 2024). Bu doğrultuda, sağlık sektöründe sürdürülebilirlik performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için standart göstergelerin kullanılması, politika yapıcılar ve yöneticiler için kritik bir stratejik bileşen olarak önemlidir (D'Alessandro et al., 2024).

Sağlık sektöründe sürdürülebilirlik uygulamalarının başarıyla uygulanabilmesi için yönetim uygulamaları, liderlik, yönetici seçimi ve klinik çalışanlarının yönetime aktif katılımı gibi unsurların iyileştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Mostepaniuk et al., 2023). Bu iyileştirmeler, sağlık hizmeti sunumunda kalitenin artırılması ve operasyonel verimliliğin sağlanması açısından da kritik bir rol oynamaktadır. Bu kapsamlı yaklaşım, sağlık kuruluşlarının hem içsel operasyonlarını optimize etmelerini hem de dışsal çevresel ve sosyal etkilerini yönetmelerini sağlayarak, global sağlık sistemlerinin karşılaştığı artan kronik hastalık yükü ve iklim değişikliği gibi sorunlara adaptasyon kapasitelerini güçlendirir (D'Alessandro et al., 2024).

Örneğin sağlık hizmeti sunumunda çevresel yönetim sistemlerinin benimsenmesi, enerji ve su tasarrufu, atık yönetimi ve tedarikçi seçimi gibi kritik alanlarda finansal optimizasyona katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda, kaliteli iyileştirme stratejilerinin, kurumsal sürdürülebilirlik için vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır (D'Alessandro et al., 2024).

Hesap verebilirlik ilkesi, modern toplumsal sistemlerin temel yapı taşlarından biri olup, kamu, özel ve sivil tüm kuruluşların amaçlarına uygun faaliyet göstermesinin güvencesini oluşturmaktadır (Çınar, 2016). Sağlık hizmetleri özelinde ise hesap verebilirlik ilkesi, hastanelerin ve sağlık profesyonellerinin eylemleri ile performanslarına ilişkin sorumluluklarını ifade ederek, hasta güvenliği ve hasta bakım kalitesinin güvence altına alınmasında kritik bir rol oynamaktadır (Jalilvand et al., 2024). Sağlık kurumlarında hesap verebilirlik ilkesi, şeffaflık, etik standartlar ve ölçülebilir hedeflere ulaşma kapasitesi gibi unsurları içeren çok boyutlu bir kavramdır (Emanuel, 1996; Fukami, 2024; Jalilvand et al., 2024). Bu ilke, emanet edilen kaynakların etkin ve verimli kullanımı ile belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının sorgulanması sorumluluğunu da beraberinde getirir (Çınar, 2016). Bu nedenle, sağlık sektöründeki hesap verebilirlik mekanizmaları, kurumların yasal yükümlülüklerinin ötesinde, topluma karşı sosyal sorumluluklarını da içerecek şekilde geniş bir perspektifte ele alınmalıdır (Akturan & Sarıkaya, 2020). Sağlık hizmetlerinde hesap verebilirliğin sağlanması, yönetim yapılarını ve operasyonel süreçleri kapsayan, karmaşık ancak zorunlu bir süreçtir (Jalilvand et al., 2024). Özellikle hastaneler gibi karmaşık yapılara sahip sağlık kuruluşlarında, yüksek kaliteli ve güvenli hizmet sunumunu makul maliyetlerle gerçekleştirebilmek adına yönetim yapıları ve hesap verebilirlik mekanizmaları büyük önem taşımaktadır (Jalilvand et al., 2024). Nitekim, kurumsal yönetimin temelini oluşturan bu ilkenin sağlık sektörü yöneticileri tarafından kavranması ve etkin bir şekilde yönetilmesi, performans ölçümünün önemini artırarak kurumsal gelişim ve iyileştirmelerin önünü açabilir (Çınar, 2016).

Sağlık kurumlarında sorumluluk ilkesi, multidisipliner bir yaklaşım gerektiren ve farklı profesyonel grupların yetki ve görev tanımlarıyla şekillenen karmaşık bir yapıyı temsil eder (Etgü & Güçlü, 2022). Bu bağlamda, hastane başhekimleri ve kalite konseyleri gibi üst yönetim kademeleri, hasta güvenliğini merkeze alan bir çalışma sisteminin oluşturulması ve

sürdürülmesinden yasal olarak sorumludur (Tak, 2010). Bu sorumluluk, sadece hizmet kalitesini değil, aynı zamanda hasta ve çalışan güvenliğini de kapsayan geniş bir alanı içermekte olup, yöneticilerin politika oluşturma, mevcut politikaları güncelleme ve önemli kararlar alma görevlerini de içermektedir. Kurumsal yönetim ilkeleri ışığında, yöneticilerin doğru hedefler belirleyip mevcut yasa ve yönetmeliklere uygun olarak tüm faaliyetlerin yürütülmesini denetleme görevi büyük önem taşımaktadır (Mortimer, 2018). Bu nedenle, hastane yönetim kurulları, hastanelerinin sunduğu bakımın genel kalitesi ve güvenliğinden sorumlu kurumsal yapılar olarak, öncelikleri ve hedefleri tanımlama, strateji oluşturma, kurum kültürünü şekillendirme ve örgütsel kontrol sistemlerini tasarlama yoluyla kalite ve güvenliğin denetlenmesinde temel bir yönetim rolüne sahiptir (Jalilvand et al., 2024). Bu sorumluluk, tıbbi müdahale dışındaki tüm faaliyetleri, sağlık hizmetlerinin kurulması ve işleyişi çerçevesinde değerlendirirken, hastanın bakımı, aydınlatılması ve bilgilendirilmesi gibi yan yükümlülükleri de kapsamaktadır (Çilingir, 2025). Bu bağlamda, üst düzey hastane yöneticilerinin sorumluluğu, klinik risk yönetim faaliyetlerinin uygulanması ve hasta güvenliğine yönelik yasal düzenlemelerin gelişimini anlamayı gerektiren, teknik danışmanlar tarafından dahi zaman zaman hafife alınabilen bir yönetim sorumluluğudur (Spagnolo et al., 2016).

Sağlık kurumlarında adalet ilkesi, bireylerin sosyal statüleri veya ekonomik durumları ne olursa olsun eşit sağlık hizmeti alma hakkını temel alan etik bir prensiptir (Dömbekci & Meral, 2025). Bu ilke, sağlık hizmetlerinin ve kaynaklarının toplumdaki tüm bireyler arasında hakkaniyetli bir şekilde dağıtılması demektir. (Avcı, 2022). Hakkaniyet ilkesi, tıbbi kaynakların ihtiyaçlar doğrultusunda adil bir biçimde dağıtılması anlamına gelirken (Bilgin, 2018), bu durum aynı zamanda dijital sağlık teknolojilerinde de faydaların ve risklerin nüfus genelinde dengeli bir şekilde paylaşılması anlamına gelir (Adeniyi et al., 2024). Özellikle tıbbi olanakların kısıtlı olduğu ve talebin yüksek olduğu durumlarda adalet ilkesi ön plana çıkarken yeni teknolojilerin ayrımcılığa yol açmadan tüm bireyler için erişilebilir olması hakkaniyet demektir (Yeşilyurt et al., 2024). Sağlık hizmetlerinin planlanması ve erişilebilirliğinde adalet, tıbbi cihaz, ekipman, ilaç ve malzemelerin toplumun tüm bireylerine eşit dağılımıyla sağlanmalıdır (Yüksel, 2023). Dünya Sağlık Örgütü sağlıkta adalet ilkesini, farklı sosyal gruplar arasındaki haksız ve

önlenebilir sağlık sonuçları farklarının azaltılması ve kaliteli sağlık hizmetlerine ihtiyaca göre hakkaniyetli olarak erişimlerinin garantilenmesi şeklinde tanımlamaktadır (SARIHAN, 2021). Bu tanımlama, adalet ilkesinin sadece kaynak dağıtımında değil, aynı zamanda sağlık çıktıları açısından da toplumdaki eşitsizliklerin giderilmesine yönelik kapsamlı bir yaklaşımı benimsediğini göstermektedir (Bilgin, 2018). Bu tanım aynı zamanda, adalet ilkesinin etik, rasyonal, hukuki ve dini hakkaniyet gibi çok boyutlu konuları kapsadığını ve kültürel farklılıklar gösterebileceğini de ortaya koymaktadır (İlaldı, 2021). Daha geniş bir perspektiften bakıldığında, hakkaniyet kavramı, matematiksel eşitliğin ötesine geçerek, herkesin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine koşulsuz erişimini ifade eder ve bu da toplumun avantajlı ve dezavantajlı kesimleri arasındaki sağlık farklılıklarının giderilmesiyle sağlanabilir (SARIHAN, 2021).

2.3. Sağlık Kurumlarında Kurumsal Yönetime Duyulan Gereksinim

To Err is Human (Institute of Medicine, 2000) raporunda vurgulanan sistem hatalarına bağlı ölüm ve zararlar, sağlık hizmetlerinde yönetsel kapasitenin güçlendirilmesi gerektiğini göstermiştir. Geçmişte yönetsel kararların sorgulanması veya hesap verilebilirlik açısından değerlendirilmesi zor olsa da, küreselleşmenin getirdiği değişimler "Kurumsal Yönetişim" kavramını ortaya çıkarmıştır (Çınar, 2016). Sağlık kurumlarında kurumsal yönetim, kaynakların verimli kullanılması ve sunulan hizmet kalitesinin artırılması için temel bir mekanizmadır (Çınar, 2016). Özellikle, "Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı" ile atılan adımlara rağmen, şeffaf, hesap verebilir ve denetlenebilir bir yönetim sistemi için yeterli veri henüz oluşturulamamıştır (Çınar, 2016). Bu bağlamda, sağlık kurumlarında kurumsal yönetim uygulamalarının, hem ulusal hem de uluslararası düzeydeki gelişmeler ışığında daha kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir (GÜLHAN & Karaarslan, 2019). Sağlık yöneticilerinin kurum performansı ölçümünün önemini kavraması, hesap verebilirlik gibi temel kurumsal yönetim ilkelerini bilmesi ve etkin bir şekilde yönetmesi, kamu ve özel hastanelerin kurumsal performanslarını artırmalarına yardımcı olacak en temel adım olacaktır (Çınar, 2016). Benzer şekilde sağlık kuruluşlarında yönetsel ve mali özerkliğin sağlanması, tasarrufun teşvik edilmesi, kalite uygulamalarının artırılması ve

kaynak kullanımının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu yasal düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırarak sağlık kuruluşlarına olan talep artışını da artıracak ve sektördeki yenilikleri de destekleyecektir (Esen & Yiğit, 2019).

Sağlık kurumlarının karmaşık yapısı, çok paydaşlı işleyişi ve yüksek risk düzeyi, kurumsal yönetimi bu kurumlar için kritik bir ihtiyaç haline getirmektedir. Ulusal ve uluslararası literatür, sağlık hizmetlerinde yönetim yapılarının güçlendirilmesinin hasta güvenliği, kalite, sürdürülebilirlik ve hesap verebilirlik açısından zorunlu olduğunu vurgulamaktadır (Araç & Koç, 2023; Avcı & Şenel, 2019; Demir, 2020; Donabedian, 1988; WHO, 2020; Braithwaite et al., 2017).

Kurumsal yönetimin sağlık kurumları için vazgeçilmez hale gelmesine neden olduğu düşünülen başlıca unsurlar şunlardır:

Yüksek risk düzeyi ve hasta güvenliği gereksinimi: Sağlık hizmetleri, hata toleransı düşük, karmaşık ve riskli süreçlerden oluşur. Donabedian'ın kalite modeli hasta güvenliğinin kurumsal yapı ve yönetim kültürü ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca WHO (2020), güvenli bakımın temel koşulunun güçlü bir yönetim yapısı olduğunu vurgular. Bu nedenle kurumsal yönetim, etik ilkeler, risk yönetimi ve klinik güvenlik sistemleri ile yüksek riskli bakım süreçlerini güvence altına alır (Braithwaite et al., 2017).

Süreç karmaşıklığının etkin yönetilmesi: Hastaneler, sağlık sistemlerinin en karmaşık organizasyonları arasında yer alır. Braithwaite (2018), sağlık kurumlarını "kompleks adaptif sistemler" olarak tanımlayarak, bu yapıların etkili yönetim olmadan sürdürülebilir bir performans sergilemesinin mümkün olmadığını belirtir. Kurumsal yönetim, süreç standardizasyonu, performans izleme ve sorumluluk dağılımının netleştirilmesi gibi mekanizmalarla bu karmaşıklığın yönetilmesini sağlar (Demir, 2020).

Çok paydaşlı yapı ve paydaş beklentilerinin dengelenmesi: Sağlık kurumları; hastalar, çalışanlar, sigorta kuruluşları, devlet kurumları ve toplumun tamamını kapsayan geniş bir paydaş kitlesine hizmet verir. ISQua (2018) standartlarına göre, paydaş yönetimi ve hesap verebilirlik sağlık hizmetlerinde kurumsal yönetimin temel bileşenleri arasındadır. Bu nedenle kurumsal yönetim, paydaş haklarını gözetken şeffaf ve dengeli bir yönetim sistemi kurulmasını sağlar (Araç & Koç, 2023; WHO, 2007).

Veri yönetimi ve bilgiye dayalı karar verme zorunluluğu: Günümüzde sağlık hizmetleri giderek daha fazla veri temelli yönetilmektedir. Klinik kalite göstergeleri, performans ölçütleri ve dijital veri sistemleri, karar alma süreçlerinin bel kemiğini oluşturur. Kurumsal yönetim, veri güvenliği, veri bütünlüğü ve kanıta dayalı karar mekanizmalarının kurumsallaştırılmasını destekler (Demir, 2020).

Maliyet baskıları ve finansal sürdürülebilirlik gereksinimi: Sağlık hizmetlerinde artan maliyetler, kaynakların verimli kullanımını zorunlu kılmaktadır. WHO (2007), güçlü yönetişimi finansal sürdürülebilirlik için temel bir koşul olarak tanımlar. Kurumsal yönetim; şeffaf bütçe sistemi, mali risk analizi ve stratejik kaynak tahsisi yoluyla sağlık kurumlarının uzun vadeli finansal dayanıklılığını güçlendirir (Araç & Koç, 2023).

Nitelikli sağlık çalışanı yönetimi ve örgüt kültürünün önemi: Uluslararası literatür, sağlık hizmetlerinde organizasyonel kültürün ve çalışan bağlılığının performansın kritik belirleyicileri olduğunu göstermektedir. Kurumsal yönetim, liderlik gelişimi, adil performans değerlendirme sistemleri, eğitim politikaları ve pozitif kurum kültürü aracılığıyla sağlık çalışan yönetimini stratejik bir avantaj haline getirir (Braithwaite et al., 2018).

3. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonun Kavramsal Temelleri

3.1. Akreditasyonun Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun belirlenmiş kalite ve güvenlik standartlarına uygunluğunun bağımsız bir dış değerlendirme süreciyle doğrulanmasıdır. Uluslararası literatürde akreditasyon, bağımsız bir otorite tarafından sistematik olarak yürütülen güvenlik ve kalite doğrulama mekanizması olarak tanımlanmaktadır (ISQua, 2018).

Türkiye’de akreditasyonun hukuki dayanağı 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu olup, kalite geliştirme ve akreditasyon faaliyetlerinin ulusal bir çerçevede yürütülmesini zorunlu kılan hükümler içermektedir (Türkiye Cumhuriyeti, 1987). Ayrıca 30 Ocak 2025 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği değişikliği ile özel hastanelere TÜSKA akreditasyon belgesi alma zorunluluğu getirilerek akreditasyonun yasal niteliği güçlendirilmiştir. Benzer şekilde Uluslararası Sağlık Turizmi Yönetmeliği de akreditasyonu sağlık turizmi yetki belgesinin temel şartlarından biri haline getirmiştir.

Ulusal literatürde Araç & Koç (2023) ile Avcı & Şenel (2019), akreditasyonun Türkiye’de kalite ve güvenlik kültürünün kurumsallaşmasını sağlayan temel politika aracı olduğunu ortaya koymaktadırlar. Demir (2020) ise akreditasyonun yönetim kapasitesini ve sürekli iyileştirme kültürünü güçlendirdiğini vurgulamaktadır.

Akreditasyonun kökeni 1917’de American College of Surgeons (ACS) tarafından başlatılan Hastane Standardizasyon Programına dayanmaktadır. Bu girişim, hastaneler için ilk kez minimum kalite standartlarını tanımlayarak modern akreditasyon anlayışının temelini atmıştır.

1951 yılında ACS’nin girişimleriyle Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) kurulmuş ve hastanelerin dış değerlendirme süreci kurumsallaşmıştır. 1987’de JCAH, sağlık hizmetlerinin genişlemesi üzerine adını Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) olarak değiştirmiştir. 2007’de ise küresel vizyonu yansıtmak üzere The Joint Commission (TJC) adını almıştır. Bu yapı, sağlıkta akreditasyonunun dünya genelindeki en etkili modeli haline gelmiştir.

1985 yılında kurulan ISQua (International Society for Quality in Health Care), akreditasyon kuruluşlarının da akredite edilmesini sağlayan “akreditörün akreditasyonu” sistemini geliştirmiştir. Bu sistem, akreditasyon programlarının şeffaflığını, güvenilirliğini ve uluslararası uyumluluğunu artırmıştır. ISQua’nın çalışmaları sayesinde akreditasyon günümüzde Avrupa, Asya, Ortadoğu, Avustralya Afrika gibi çok farklı bölgelerde yaygın bir kalite yönetim aracı olarak kullanılmaktadır. (ISQua, 2018).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonun Amaçları

WHO akreditasyonu, güvenli ve etkili sağlık hizmetinin temel yapı taşlarından biri olarak tanımlarken, Braithwaite et al. (2018) güçlü yönetim mekanizmalarının sağlık sistemlerinin dayanıklılığını ve performansını artırdığını belirtmektedirler.

Literatürde akreditasyonun temel amaçları dört ana kategori altında incelenmektedir. Bu amaçlar, sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırma, organizasyonel yapıyı güçlendirme, sürekli iyileştirmeyi kurumsal bir kültür haline getirme ve şeffaflık ile hesap verebilirliği destekleme boyutlarını kapsamaktadır. Bu çerçeve, hem uluslararası kuruluşlar olan Joint Commission, ISQua ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hem de ulusal araştırmacılar

tarafından kabul gören ortak bir yaklaşımı yansıtmaktadır (Donabedian, 1988; WHO, 2007; ISQua, 2018; Araç & Koç, 2023; Avcı & Şenel, 2019; Demir, 2020).

Akreditasyonun ilk amacı, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin artırılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği yüksek risk içermesi, bakım süreçlerinin standardize edilmesini ve güvenlik kültürünün kurumsal düzeye taşınmasını zorunlu kılmaktadır. Donabedian'ın kalite modeli, klinik sonuçların büyük ölçüde yapı ve süreç unsurlarına bağlı olduğunu vurgulamakta; akreditasyon ise bu unsurları düzenleyen bir araç olarak konumlanmaktadır. WHO'nun (2020) hasta güvenliği raporları da akreditasyonun güvenli bakım sunumunda temel belirleyicilerden biri olduğunu göstermektedir.

İkinci amaç, kurumsal yönetim ve organizasyonel yapının güçlendirilmesidir. Sağlık kurumları karmaşık, çok paydaşlı yapılar oldukları için etkili yönetim mekanizmaları sürdürülebilir kurumsal performans için kritik bir gerekliliktir. Akreditasyon, liderlik, iletişim, görev tanımları, süreç yönetimi ve hesap verebilirlik gibi yönetim bileşenlerinin sistematik hale getirilmesine katkı sağlar (Braithwaite et al., 2017; Demir, 2020). Bu yönüyle akreditasyon yalnızca klinik uygulamaları değil, aynı zamanda yönetsel kapasiteyi de güçlendiren bir çerçeve sunmaktadır.

Üçüncü temel amaç, sağlık hizmetlerinde sürekli iyileştirme kültürünün geliştirilmesidir. Akreditasyon programları, kalite göstergelerinin izlenmesi, performansın değerlendirilmesi ve iyileştirme döngülerinin sistematik biçimde uygulanmasını teşvik eder. ISQua (2018) ve TÜSKA (2024), akreditasyon standartlarının statik yapılar olmaktan ziyade öğrenen organizasyon yaklaşımını desteklediğini ve kurumlarda sürekli gelişmeyi teşvik ettiğini belirtmektedir. Böylece kalite, bir defalık bir hedef olmaktan çıkarak kurum kültürünün ayrılmaz bir parçası haline gelir denmektedir.

Dördüncü amaç ise hizmet sunumunda güven, şeffaflık ve kamu hesap verebilirliğinin artırılmasıdır. Akreditasyon, kurumların belirlenmiş standartlara uygun hizmet sunduğunu topluma, hastalara, düzenleyici kurumlara ve uluslararası otoritelere göstermesini sağlar. WHO (2007), şeffaflığın ve hesap verebilirliğin yüksek olduğu sağlık sistemlerinin toplum güvenini artırdığını ve hizmet kullanımını olumlu etkilediğini vurgulamaktadır. Türkiye'de 2025 yılı itibarıyla Özel Hastaneler Yönetmeliği ve Sağlık Turizmi

Yönetmeliği ile akreditasyonun yasal bir zorunluluk haline gelmesi, bu amacın ulusal politika düzeyinde de desteklendiğini ortaya koymaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025a; Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Bu dört ana amaç, akreditasyonu sağlık hizmetlerinde kalite, güvenlik, yönetim ve sürdürülebilirlik açısından vazgeçilmez bir araç haline getirmektedir. Literatürde yer alan bulgular, akreditasyonun sadece teknik bir değerlendirme mekanizması değil; aynı zamanda kurumların stratejik kapasitesini, kültürel yapısını ve hizmet kalitesini dönüştüren etkili bir politika aracı olduğunu da göstermektedir.

3.3. Akreditasyonun Teorik Temelleri: Donabedian Modeli ve Sürekli İyileştirme Sistemleri

Donabedian Modeli

Akreditasyonun teorik çerçevesinin merkezinde Donabedian'ın Yapı – Süreç – Sonuç modeli yer almaktadır. Model, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yalnızca klinik çıktılarla değil, bu çıktıları oluşturan organizasyonel yapı ve süreçlerin değerlendirilmesiyle anlaşılabilceğini savunur (Özcan Çaklı, 2021).

- Yapı: İnsan kaynağı, fiziksel ortam, teknoloji, yönetsel yapı
- Süreç: Klinik uygulamalar, bakım standardizasyonu, iletişim akışı
- Sonuç: Hasta memnuniyeti, klinik çıktılar, güvenlik göstergeleri

Akreditasyon standartları, bu üç boyutun bütüncül biçimde ele alınmasını sağlayarak kalite yönetiminin sistematik uygulanmasına temel oluşturur (Greenfield et al., 2012).

Sürekli İyileştirme: PDSA Döngüsü

Türkçe literatürde PDSA döngüsü, “Planla–Uygula–Kontrol Et–Önlem Al Döngüsü” olarak adlandırılmakta ve özellikle Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile TÜSKA tarafından yayımlanan Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) rehberlerinde süreç iyileştirme için temel yöntem olarak önerilmektedir. Döngü, kurumların kalite geliştirme çalışmalarını sistematik biçimde planlamasını, küçük ölçekli uygulamalarla denemesini, elde edilen sonuçları nesnel verilerle değerlendirmesini ve başarılı uygulamaları standart hale getirerek kurumsallaştırmasını sağlayan dinamik bir modeldir. “Planla” aşamasında sorun tanımlanır ve iyileştirme hedefleri belirlenir; “Uygula” aşamasında değişiklik küçük ölekte test edilir; “Kontrol

Et” aşamasında uygulamadan elde edilen veriler analiz edilerek hedeflerle karşılaştırılır; “Önlem A1” aşamasında ise başarılı uygulamalar standartlaştırılır veya gerekli düzeltmeler yapılır. Bu açıdan PDSA, sağlık kurumlarında sürekli iyileştirme kültürünün yerleşmesine, hasta güvenliğinin artırılmasına ve süreç yönetiminin güçlendirilmesine önemli katkı sağlamaktadır (Deming, 1986; Taylor et al., 2014; ISQua, 2018; TÜSKA, 2024).

Bu yaklaşım, akreditasyonu bir defaya mahsus bir kontrol mekanizması olmaktan çıkarıp sürekli öğrenen organizasyon modeline dönüştürmüştür (Meira et al., 2019).

3.4. Uluslararası Akreditasyon Modelleri

Uluslararası literatür, farklı coğrafyalarda gelişen akreditasyon modellerinin yapısal olarak çeşitlilik gösterdiğini, ancak hepsinin ortak amacının sağlık kurumlarında sürekli iyileştirmeyi kurumsallaştırmak olduğunu ortaya koymaktadır (Donabedian, 1988; WHO, 2007; ISQua, 2018).

Dünya genelinde en bilinen ve en fazla yayılan model Joint Commission International (JCI)’dir. JCI, sağlık kurumlarında kaliteyi süreç odaklı bir yaklaşımla değerlendirmesi, hasta güvenliği hedeflerine yaptığı güçlü vurgu ve uluslararası tanınırlığı ile öne çıkmaktadır (Ravichandran & Prasanna, 2014). JCI standartları; liderlik, kalite yönetimi, enfeksiyon kontrolü, tesis güvenliği ve klinik bakım süreçlerinin standartlaştırılması gibi çok boyutlu yapıları içermekte ve bu yönüyle akreditasyonun kurumsal yönetim boyutunu da güçlendirmektedir. Türkiye’deki SKS ve SAS sistemlerinin gelişiminde de JCI modelinin etkileri görülmektedir (Araç & Koç, 2023).

Uluslararası akreditasyon ekosisteminin en önemli çatı kuruluşlarından biri olan ISQua (International Society for Quality in Health Care) ise yalnızca sağlık kuruluşlarını değil, aynı zamanda akreditasyon kuruluşlarını da akredite ederek küresel kalite güvencesinin standardizasyonunu sağlamaktadır. “Akreditörün akreditasyonu” olarak bilinen bu yapı, kalite değerlendirme programlarının tutarlılığını, tarafsızlığını ve bilimsel geçerliliğini güvence altına alır (ISQua, 2018).

Avustralya merkezli ACHS (Australian Council on Healthcare Standards) modeli ise özellikle klinik performans göstergelerine yaptığı güçlü vurgu ile öne çıkar. ACHS tarafından geliştirilen “Clinical Indicators Program”, sağlık kurumlarının performansını nesnel göstergeler üzerinden

karşılaştırılabilir bir yapıya kavuşturmuştur. Bu model, düşük ve orta gelirli ülkelerde uygulanabilirliği, kademeli iyileştirme yaklaşımı ve ölçüme dayalı yapısı nedeniyle geniş bir yaygınlık alanına sahiptir (Smits et al., 2014).

Accreditation Canada – Qmentum Programı, hasta güvenliği kültürü, risk yönetimi ve entegre bakım yaklaşımlarını temel alan gelişmiş bir model sunmaktadır. Kanada modelinin özellikle “hasta katılımı” boyutunda geliştirdiği standartlar WHO tarafından referans alınan güçlü yönlerden biridir. WHO (2020)

Afrika bölgesinde etkili olan COHSASA, kaynak kısıtlı ülkelerde kalite iyileştirmeyi mümkün kılan kademeli akreditasyon yaklaşımıyla uluslararası alanda dikkat çekmektedir. WHO (2020)

Avrupa ülkeleri ise akreditasyon süreçlerini daha çok veri standardizasyonu, performans ölçümü ve kurumsal yönetim uyumuna dayalı modeller üzerinden yürütmektedir. Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) OECD’nin sağlık kalite göstergeleri çerçevesi, ülkelerin karşılaştırılabilir veri üretmesini ve akreditasyon programlarının ölçülebilir performans sonuçlarına dayanmasını sağlamaktadır. Türkiye’de kalite ve akreditasyon yapılarının gelişiminde OECD’nin veri temelli yaklaşımının etkisi görülmektedir (Avcı & Şenel, 2019).

Uluslararası modellerin tamamı, farklı yapısal özelliklere rağmen, sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve güvenliğini artırmayı, kurumların yönetim kapasitesini güçlendirmeyi ve sürekli iyileştirme kültürünü sürdürülebilir hale getirmeyi hedeflemektedir. Araç & Koç (2023) ve Demir (2020) tarafından da vurgulandığı üzere akreditasyon yalnızca teknik bir değerlendirme mekanizması değil, aynı zamanda kurumsal bir dönüşüm aracıdır. Dolayısıyla akreditasyon, modern sağlık sistemlerinde kalite yönetiminin vazgeçilmez bileşeni haline gelmiş; hasta güvenliğini, hasta bakım standartlarını ve kurumsal performansı yükselten temel bir yapı taşı olarak konumlanmıştır.

3.5. Türkiye’de Akreditasyon: SKS ve SAS

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon sistemi, 2000’li yılların başından itibaren sağlık yönetimi politikalarının önemli bir bileşeni hâline gelmiş ve zaman içinde kurumsallaşarak kapsamlı bir ulusal yapı oluşturmuştur. Türkiye’nin sağlıkta kalite yaklaşımı, uluslararası akreditasyon

modelleriyle uyumlu olmakla birlikte, ülkenin sağlık sistemi ihtiyaçlarına göre uyarlanmış özgün bir çerçeve sunmaktadır. Bu bölümde Türkiye’de akreditasyon sisteminin üç temel dönem üzerinden gelişimi ele alınmakta; ardından ulusal modelin yapısal özellikleri açıklanmaktadır.

SKS Dönemi (2003–2025)

Türkiye’de modern kalite ve akreditasyon çalışmalarının başlangıcı, 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile olmuştur. Bu dönem, sağlık hizmetlerinde hizmet sunum kalitesini artırmaya yönelik ilk ulusal girişimlerin sistematik şekilde geliştirildiği bir süreçtir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılından itibaren yayımlanan **Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)**, hastanelerde kalite ve hasta güvenliğini iyileştirme amacıyla hazırlanan kapsamlı standart setleri olarak önemli bir dönüm noktası olmuştur. SKS uygulamaları özellikle kamu hastanelerinde yaygınlaşmış, kalite değerlendirmeleri düzenli hâle gelmiş ve sağlık kurumlarının kalite yönetimi kapasitesi anlamlı ölçüde artmıştır (Araç & Koç, 2023).

SKS, zaman içinde çekirdek biçimde başlayan standartlardan daha kapsamlı ve çok boyutlu bir kalite çerçevesine dönüşmüş; klinik süreçlerden tesis yönetimine, enfeksiyon kontrolünden risk yönetimine kadar geniş bir yelpazede kalite göstergeleri oluşturulmuştur. Bu dönem, Türkiye’nin akreditasyon altyapısının oluştuğu ve kalite kültürünün kurumsallaştığı bir ön hazırlık süreci niteliğindedir. (Araç & Koç, 2023).

SAS (TÜSEB – TÜSKA) Dönemi (2017–2025)

Türkiye’de akreditasyonun kurumsal düzeyde yapılandığı en önemli aşama, 2017 yılında **Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)** bünyesinde **Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)**’nın kurulmasıyla başlamıştır. TÜSKA’nın kuruluşu, Türkiye’nin ulusal bir akreditasyon otoritesi oluşturması açısından uluslararası literatürde de örnek gösterilen kurumsal bir dönüşüm niteliği taşımaktadır (TÜSKA, 2024).

TÜSKA tarafından geliştirilen **Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)**; JCI, ISQua ve Avrupa modelleri ile uyumlu olmakla birlikte Türkiye’nin sağlık sistemi özelliklerini yansıtan özgün bileşenler içermektedir. Bu standartlar, kalite yönetimi, hasta güvenliği, yönetişim, süreç iyileştirme ve performans yönetimi gibi alanlarda kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. TÜSKA,

standart geliştirme, akreditasyon denetimleri, eğitimler ve değerlendirme süreçlerini yürüterek Türkiye'nin ulusal akreditasyon sistemini kurumsallaştırmıştır. (Araç & Koç, 2023).

Bu dönem, Türkiye'nin akreditasyonu sadece kalite iyileştirme aracı olarak değil, aynı zamanda ulusal sağlık politikası ve yönetim sisteminin bir bileşeni hâline getirdiği bir aşamadır. (Araç & Koç, 2023).

SAS standartları, klinik ve yönetsel süreçleri ölçülebilir göstergeler üzerinden değerlendiren, performans temelli bir yaklaşım sunar (TÜSKA, 2024).

Türkiye modeli, hasta güvenliği ile birlikte çalışan güvenliğini de kapsayan bütüncül bir güvenlik çerçevesi sunar. Bu durum uluslararası modeller arasında Türkiye'nin güçlü yönlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Araç & Koç, 2023).

Yasal Zorunluluk Dönemi (2025 sonrası)

Türkiye'de akreditasyonun politika düzeyinde güçlendirilmesi, 2025 yılı itibarıyla çıkarılan yönetmeliklerle resmî bir zorunluluk niteliği kazanmıştır. 30 Ocak 2025 tarihli ve 32798 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği ile özel hastanelerin TÜSKA tarafından yetkilendirilen SAS akreditasyon programına başvurarak akreditasyon belgesi almaları zorunlu hâle getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2025a). Yine Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik ile de sağlık turizmi yetki belgesine sahip tesisler için SAS akreditasyonu zorunlu tutulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Bu düzenlemeler, Türkiye'de akreditasyonu yasal bir yükümlülük olarak tanımlamış ve akreditasyonu sağlık sisteminin bütünsel bir parçası hâline getirmiştir. Avcı & Şenel (2019) ile Demir (2020), bu dönüşümün sağlık kurumlarında yönetim, hesap verebilirlik, kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme kültürünü güçlendirdiğini vurgulamaktadır.

4. Akreditasyonun Kurumsal Yönetim İlkelerine Katkısı

4.1. Şeffaflığın Güçlendirilmesinde Akreditasyonun Rolü

Şeffaflık, kurumsal yönetimin en temel ilkelerinden biri olup kurumların performans, süreç ve sonuç bilgilerinin açık, doğru ve erişilebilir biçimde paylaşılmasını ifade eder. Sağlık hizmetlerinde şeffaflık; hasta güvenliği

verilerinin, kalite göstergelerinin ve performans raporlarının düzenli biçimde izlenmesini ve ilgili paydaşlarla paylaşılmasını gerektirir.

Akreditasyon sistemleri, kurumların bu şeffaflığı sağlamak üzere süreçlerini belgelemelerini, ölçmelerini ve raporlamalarını zorunlu kılar. Uluslararası akreditasyon modelleri, veri temelli karar verme kültürünün yerleşmesini ve süreçlerin izlenebilir hâle gelmesini sağlayarak kurum içi ve kurum dışı şeffaflığı artırır (Greenfield et al., 2012). Ayrıca Türkiye’de SKS yapısı, kalite göstergelerinin düzenli raporlanmasını ve değerlendirilmesini zorunlu tutarak kurumsal şeffaflık kültürünün güçlenmesine katkı sağlar (Araç & Koç, 2023). Böylece akreditasyon, yalnızca klinik sonuçların değil; yönetsel süreçlerin, çalışan performansının ve hasta deneyiminin de görünür hâle gelmesine aracılık eder.

4.2. Kurumsal Hesap Verebilirlik Mekanizmalarının Güçlenmesi

Hesap verebilirlik, kurumsal yönetimde yöneticilerin ve çalışanların kararları, uygulamaları ve sonuçları konusunda sorumluluk üstlenmesini ifade eder. Sağlık hizmetlerinde bu ilke; kalite iyileştirme süreçlerinin sahiplenilmesi, klinik risklerin yönetilmesi ve kaynak kullanımının rasyonel biçimde izlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Akreditasyon, hesap verebilirliği güçlendiren en etkili yönetim araçlarından biridir çünkü:

- Standartlara uyum düzeyi düzenli olarak ölçülür.
- Dış değerlendirme süreçleri kurumların yönetsel hesap verebilirliğini artırır.
- Süreç performansı sistematik biçimde izlenir.
- Üst yönetim liderliği ve yönetim yapısı değerlendirilir.

Brooks ve arkadaşları (2021), akreditasyonun finansal performans, yönetsel sorumluluk ve kalite göstergeleri üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde Silva & Rossoni (2024) akreditasyonun kurum içi hesap verilebilirliği artırarak yönetim yapısını olgunlaştırdığını belirtmektedir.

Türkiye bağlamında Avcı & Şenel (2019) ve Araç & Koç (2023), SKS’nin hesap verebilirliği kurumsal kültürün bir bileşeni hâline getirdiğini ve özellikle raporlama, denetim ve iyileştirme döngülerinde yöneticilerin

sorumluluğunu artırdığını vurgulamaktadır. Araç & Koç (2023); Demir (2020): Türkiye’de akreditasyonun hem şeffaflığı hem hesap verebilirliği ayrı boyutlar olarak güçlendirdiğini belirtmişlerdir.

4.3. Kurumsal Sorumluluk ve Etik Yönetim

Sağlık kuruluşlarında kurumsal sorumluluk, yalnızca hizmet sunumunun teknik boyutlarıyla sınırlı olmayan, çok daha geniş kapsamlı bir yönetim anlayışını ifade etmektedir. Kurumsal sorumluluk; hasta ve çalışan güvenliği, etik davranış, profesyonel yetkinlik, toplumsal beklentiler, çevresel sürdürülebilirlik ve organizasyonel bütünlük gibi birden fazla boyutu içine alır. Dainty ve arkadaşları (2019), modern sağlık kurumlarında sorumluluk kavramının giderek genişlediğini ve sadece klinik sonuçlardan değil, aynı zamanda kurumun toplumsal değer üretme kapasitesinden de sorumlu olduğunu vurgulamaktadır.

Akreditasyon Standartları içerdiği etik hükümler, yönetim gereklilikleri, performans kriterleri ve kalite iyileştirme döngüleri ile sağlık kuruluşlarında hem bireysel hem de kurumsal düzeyde sorumluluk kültürünün gelişmesine katkı sağlamaktadır denmektedir. Bu kapsamda akreditasyon:

- Etik ilkelere uygun davranışı teşvik eden kurumsal politikaların geliştirilmesini,
- Klinik ve yönetsel sorumluluk alanlarının net biçimde tanımlanmasını,
- Yetkinlik temelli insan kaynağı yönetiminin uygulanmasını,
- Hataların cezalandırılması yerine öğrenme fırsatına dönüştürülmesini,
- Kurumsal politika ve prosedürlerin sistematik biçimde oluşturulmasını ve güncellenmesini destekleyen bir yapı sunmaktadır.

Dainty ve arkadaşları (2019) akreditasyon programına katılan sağlık çalışanlarının, sürecin kurum kültüründe etik sorumluluk bilincini belirgin şekilde güçlendirdiğini bildirdiklerini ortaya koymuşlardır. Bu bulgu, akreditasyonun yalnızca teknik kalite gerekliliklerinden ibaret olmadığını, aynı zamanda kurumsal değerlere dayalı bir yönetim anlayışının oluşmasına katkı sağladığını göstermektedir.

Benzer biçimde Brand ve arkadaşları (2023), akreditasyonun sağlık kuruluşlarında etik karar alma süreçlerini güçlendiren bir yönetsel çerçeve sunduğunu vurgulamaktadırlar. Araştırmalar, akreditasyonun özellikle karmaşık durumlarda etik ikilemlerin çözümünü kolaylaştıran politikalar geliştirilmesine yardımcı olduğunu, yöneticilerin ve klinisyenlerin hesap verebilirlik ve şeffaflık odaklı bir yaklaşımla karar almalarını sağladığını göstermektedir.

Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, akreditasyonun kurumsal sorumluluğu doğrudan güçlendiren bir mekanizma olduğu görülmektedir. Akreditasyon, sağlık kuruluşlarında profesyonel etik, güvenlik kültürü, yetkinlik yönetimi ve sistematik öğrenme gibi temel yönetim unsurlarının kurumsallaşmasını destekleyen güçlü bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.4. Paydaş Yönetimi, Çalışan Katılımı ve Örgütsel Kültür

Sağlık hizmetleri, doğası gereği çok paydaşlı bir yapıya sahiptir. Sağlık kuruluşlarının yönetim süreçlerinde yalnızca yöneticiler değil; hekimler, hemşireler, diğer sağlık çalışanları, hastalar, hasta yakınları, toplum temsilcileri, sigorta kuruluşları ve düzenleyici otoriteler gibi geniş bir paydaş kitlesi rol alır. Bu nedenle paydaş yönetimi, kurumsal yönetimin temel boyutlarından biri olarak sağlık hizmetinin kalitesini ve sağlık hizmetlerinin güvenliğini doğrudan belirleyen stratejik bir unsur hâline gelmiştir. Etkin paydaş katılımı, hem karar alma süreçlerinin demokratikleşmesini sağlar hem de kurum içi kültürel dönüşümün gelişmesine katkıda bulunur. Reigas & Šimanskienė (2023)

Akreditasyon programları, bu çok paydaşlı yapının kurumsal süreçlere etkin biçimde dâhil edilmesini destekleyen güçlü bir yönetim aracıdır. Standartların gerektirdiği yapısal ve süreçsel düzenlemeler, çalışanların, hastaların ve diğer paydaşların karar mekanizmalarına katılımını teşvik ederek kurumsal yönetim kapasitesini artırır. Literatür incelendiğinde, akreditasyonun özellikle çalışan katılımı açısından üç temel etki yarattığı görülmektedir. Alshamsi et al. (2020)

Çalışanların Karar Süreçlerine Katılımının Güçlendirilmesi

Akreditasyon standartları, ekip temelli yönetim modellerinin uygulanmasını, birimler arası koordinasyonu ve birlikte karar alma süreçlerinin

geliştirilmesini zorunlu kılar. Alshamsi ve arkadaşları (2020), akreditasyon sürecine dahil olan çalışanların karar mekanizmalarında daha aktif rol aldığını, bu durumun hem motivasyonu hem de süreç sahipliğini artırdığını göstermiştir. Bu yaklaşım, kurumsal yönetimin katılımcı modelle uyumlu şekilde işlemesine katkıda bulunur.

Organizasyonel Öğrenme ve Kurumsal Aidiyetin Artması

Reigas ve Šimanskienė (2023), akreditasyonun örgütsel öğrenme süreçlerini desteklediğini, çalışanların kurumsal hedeflerle daha güçlü bir bağ kurmasına yardımcı olduğunu ortaya koymuştur. Akreditasyon kapsamında gerçekleştirilen öz değerlendirme, geri bildirim toplantıları, iyileştirme çalışmaları ve eğitim faaliyetleri, kurum içinde sistematik bir öğrenme kültürü oluşturur. Bu kültür, sadece belirli bir dönemle sınırlı olmayıp sürekli iyileştirmeyi kurumsal bir refleks hâline getirir.

İletişim Ağlarının Güçlenmesi ve Süreç İyileştirme Kültürünün Yerleşmesi

Braithwaite ve çalışma arkadaşları (2010), akreditasyon süreçlerinin sağlık kuruluşlarında iletişim kanallarını güçlendirdiğini, bu durumun hem klinik hem de yönetsel süreçlerde daha bütüncül bir işleyiş oluşturduğunu belirtmektedir. Kurum içi iletişimin güçlenmesi, hata raporlama, risk yönetimi, klinik protokollerin uygulanması ve hasta güvenliği kültürünün gelişmesi gibi temel kalite bileşenlerini olumlu yönde etkiler. Bu yönüyle akreditasyon, süreç iyileştirme kültürünün kurum geneline yayılmasını sağlayan önemli bir katalizör görevi görür.

Bu üç etki birlikte değerlendirildiğinde, akreditasyonun kurumsal yönetim boyutunda yalnızca idari süreçleri düzenleyen bir araç olmadığı; aynı zamanda kurumsal kültürü dönüştüren, çalışanların katılımını güçlendiren ve paydaş temelli yönetişimi destekleyen stratejik bir yapı sunduğu görülmektedir. Sağlık kuruluşlarında başarıyla uygulanan akreditasyon programları, yönetim olgunluğunu artırmakta ve kurumun sürdürülebilir gelişim kapasitesini güçlendirmektedir (Braithwaite et al., 2010).

5. Akreditasyonun Yönetim Uygulamaları Üzerindeki Etkileri

5.1. Stratejik Yönetim ve Liderlik Kapasitesinin Güçlendirilmesi

Akreditasyon, sağlık kurumlarında liderlerin yönetsel sorumluluklarını güçlendiren önemli bir yönetim aracıdır. Liderlik, akreditasyon standartlarında yalnızca bir organizasyonel fonksiyon olarak değil, aynı zamanda kuruluşun kalite kültürünü şekillendiren stratejik bir unsur olarak ele alınmaktadır.

Frank ve arkadaşları (2020), akreditasyonun liderlik rollerini yeniden tanımladığını; yöneticilerin stratejik planlama, yönetim, kaynak tahsisi ve kalite odaklı karar alma süreçlerinde daha aktif ve hesap verebilir hâle geldiğini belirtmektedir.

Benzer şekilde Brand ve arkadaşları (2023), sağlık kurumlarında akreditasyonun liderlik kapasitesini güçlendirdiğini; yöneticilerin kalite, güvenlik ve performans odaklı bir yönetim yaklaşımı geliştirmelerinde önemli belirleyici rolü olduğunu ortaya koymuşlardır.

Türkiye’de SKS çerçevesi, üst yönetimin liderlik davranışlarını kalite yönetim sisteminin temel bileşeni olarak ele alarak yönetim yapısının olgunlaşmasını desteklemektedir (Araç & Koç, 2023). Bu nedenle akreditasyon, kurumların yönetsel kapasitesini stratejik düzeyde güçlendiren bir mekanizma işlevi görmektedir.

5.2. Performans Yönetimi ve Ölçme-Değerlendirme Sistemlerinin Gelişimi

Performans yönetimi, kurumsal yönetimin temel unsurlarından biridir ve akreditasyon süreçleri performans ölçümünü, raporlamayı ve sürekli iyileştirmeyi zorunlu hâle getirir.

Brooks ve arkadaşları (2021), akreditasyonun hem klinik hem finansal performans üzerinde olumlu etkileri olduğunu; performans göstergelerinin düzenli izlenmesinin kurumsal verimliliği artırdığını göstermektedir. Akreditasyon, kurumların performans göstergelerini takip etmesini, veriye dayalı hedefler belirlemesini ve bu hedefler doğrultusunda yönetim stratejileri geliştirmesini teşvik eder.

Hussein ve arkadaşları (2021) ve Alhawajreh ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan sistematik incelemeler, akreditasyonun kalite performansı,

klirik sonuçlar ve süreç iyileşmeleri üzerinde ölçülebilir etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Performans değerlendirme süreçlerinin kurumsal kültürün ayrılmaz bir parçası hâline gelmesi, kurumların yönetimsel olgunluğunu artırmaktadır.

Türkiye’de SKS'nin kalite göstergeleri, performans yönetiminin rutin bir uygulama olarak içselleştirilmesi açısından önemli bir rol oynamaktadır (Avcı & şenel, 2019).

5.3. Akreditasyonun Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği zerindeki Yönetsel Etkileri

Akreditasyonun sağlık kurumları üzerindeki yönetsel etkileri incelendiğinde, en belirgin katkı alanlarından birinin **risk yönetimi ve hasta güvenliği** olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yüksek risk içeren yapısı, hataların bireysel kusurlardan ziyade sistemsel zayıflıklarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bakış açısı, hasta güvenliği literatüründe önemli bir kırılma noktası oluşturan *To Err is Human* raporu ile açık biçimde ortaya konulmuştur (Institute of Medicine, 2000). Söz konusu rapor, güvenli sağlık hizmetlerinin ancak sistem temelli bir yaklaşımla mümkün olabileceğini vurgulamış; bu yaklaşım, zaman içinde akreditasyon modellerinin temel yapı taşlarından biri hâline gelmiştir.

Bu sistem temelli anlayış doğrultusunda geliştirilen akreditasyon programları, risklerin rastlantısal biçimde ele alınması yerine, öngörülebilir ve yönetilebilir süreçler içinde ele alınmasını hedeflemektedir. Devkaran ve O’Farrell (2015), akreditasyon uygulamalarının hasta güvenliği göstergelerinde anlamlı iyileşmeler sağladığını ve risk yönetimi faaliyetlerinin daha sistematik bir yapıya kavuşmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Bu bulgular, akreditasyonun yalnızca standart uyumunu değil, aynı zamanda kurumların risklere yaklaşım biçimini de dönüştürdüğünü ortaya koymaktadır.

Akreditasyon programlarının risk yönetimine katkısı, büyük ölçüde yapılandırılmış ve kurumsal düzeyde işletilen güvenlik sistemleri aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bu kapsamda, olayların gizlendiği ya da kişisel hatalar üzerinden değerlendirildiği yaklaşımlar yerine; hatalardan öğrenmeyi teşvik eden, açık ve şeffaf mekanizmalar ön plana çıkılmaktadır. Olay bildirim sistemleri, kök neden analizi süreçleri, güvenlik kültürü değerlendirmeleri ve standardize edilmiş iş akışları, akreditasyonun risk yönetimi anlayışının temel

bileşenleri arasında yer almaktadır. Klinik protokoller ve güvenlik kontrol listeleri ise risklerin günlük uygulamalar içinde görünür ve yönetilebilir hâle gelmesini sağlamaktadır.

Braithwaite ve arkadaşları (2010), akreditasyonun yalnızca süreç düzenlemeleriyle sınırlı kalmadığını; klinik sonuçlar, süreç kalitesi ve organizasyonel güvenilirlik üzerinde de olumlu etkiler yarattığını belirtmektedir. Akreditasyon standartlarının sunduğu bu çerçeve sayesinde sağlık kurumlarında hem yönetsel hem de klinik risklerin daha proaktif, yani ortaya çıkmadan önce ele alınabildiği bir yönetim anlayışı gelişmektedir. Bu durum, hasta güvenliğini kurumsal bir sorumluluk alanı hâline getirirken, yöneticilerin risklere karşı daha öngörülü ve sistematik hareket etmesine olanak tanımaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, akreditasyonun risk yönetimi ve hasta güvenliği alanındaki etkisi, teknik düzenlemelerin ötesine geçerek sağlık kurumlarında güvenli hizmet sunumunu destekleyen bir yönetim kültürü oluşturduğunu göstermektedir. Bu yönüyle akreditasyon, hasta güvenliğini bireysel dikkatle sınırlayan bir anlayıştan çıkararak, kurumsal düzeyde yapılandırılmış ve sürdürülebilir bir yönetim alanına dönüştürmektedir.

5.4. Süreç Yönetimi ve Sürekli Kalite İyileştirme (PDSA, CQI)

Sağlık kurumlarında kaliteyi kalıcı hâle getiren unsur, belirli dönemlerde yapılan değerlendirmelerden çok, kurumun kendi süreçlerini sürekli sorgulama ve geliştirme becerisidir. Bu bağlamda akreditasyon, sağlık kuruluşlarında süreç yönetimini güçlendiren ve sürekli kalite iyileştirme (Continuous Quality Improvement – CQI) anlayışının günlük uygulamalara yerleşmesini sağlayan temel yapılardan biri olarak öne çıkmaktadır. Akreditasyon sayesinde kalite, yalnızca denetim dönemlerinde gündeme gelen bir hedef olmaktan çıkarak, kurumun rutin işleyişinin doğal bir parçası hâline gelmektedir. (Donabedian, 1988; Taylor et al., 2014; ISQua, 2018).

Sürekli kalite iyileştirmenin temelini oluşturan yaklaşımlardan biri PDSA (Planla–Uygula–Kontrol Et–Önlem Al) döngüsüdür. Taylor ve arkadaşlarının (2014) çalışması, PDSA döngüsünün sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme açısından neden etkili olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır. Buna göre PDSA, karmaşık sağlık süreçlerinin sistematik biçimde ele alınmasına, sorunların küçük ve kontrollü adımlarla test edilmesine ve elde

edilen sonuçlar üzerinden öğrenmenin süreklilik kazanmasına olanak tanımaktadır. Bu yaklaşım, kalite iyileştirmenin tek seferlik müdahaleler yerine, zaman içinde olgunlaşan bir öğrenme süreci olarak ele alınmasını mümkün kılmaktadır.

Akreditasyon standartlarının sürekli kalite iyileştirmeye katkısı, soyut bir kalite söyleminden ziyade somut uygulama gereklilikleri üzerinden kendini göstermektedir. Standartlar; süreçlerin düzenli olarak analiz edilmesini, performans göstergelerinin izlenmesini, disiplinler arası iyileştirme ekiplerinin kurulmasını ve alınan kararların verilere dayandırılmasını zorunlu kılar. Ayrıca iyileştirme alanları için yapılandırılmış eylem planlarının hazırlanması ve bu planların izlenmesi, kalite çalışmalarının kurumsal hafızaya dönüşmesini sağlar. Bu yönüyle akreditasyon, sağlık kurumlarının kalite yönetim kapasitesini güçlendiren pratik bir çerçeve sunmaktadır.

Akreditasyonun etkisi yalnızca mevcut süreçlerin iyileştirilmesiyle sınırlı değildir. Meira ve arkadaşları (2019), akreditasyonun kurumlarda dinamik yetkinliklerin gelişimine katkı sağladığını vurgulamaktadır. Buna göre akreditasyon sürecinden geçen sağlık kuruluşları, değişen çevresel koşullara daha hızlı uyum sağlayabilmekte, belirsizlikleri daha etkin yönetebilmekte ve kurumsal öğrenme kapasitelerini artırabilmektedir. Bu durum, akreditasyonun kaliteyi teknik bir iyileştirme alanı olmaktan çıkararak, kurumun uyum ve esneklik kapasitesini güçlendiren stratejik bir yönetim aracına dönüştürdüğünü göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, akreditasyon sağlık kurumlarında süreç yönetimi ile sürekli kalite iyileştirme anlayışını bütünleştiren bir yapı sunmaktadır. Bu yapı, kaliteyi geçici bir hedef değil, kurumun kendini sürekli yenileyen bir özelliği hâline getirmekte; sağlık hizmetlerinde güvenli, etkin ve sürdürülebilir bir hizmet sunumunun altyapısını oluşturmaktadır. Bu yönüyle akreditasyon, yalnızca kaliteyi ölçen bir sistem değil, kaliteyi üreten ve yaşatan bir kurumsal öğrenme mekanizması olarak değerlendirilmelidir.

5.5. Bilgi Yönetimi, Veri Kullanımı ve Kanıta Dayalı Karar Verme

Sağlık kurumlarında etkin yönetimin temel dayanaklarından biri, üretilen verinin anlamlı bilgiye dönüştürülmesi ve bu bilginin karar süreçlerine yansıtılabilmesidir. Akreditasyon süreçleri, sağlık kuruluşlarında veri

yönetimini güçlendiren, bilgi kullanımını yaygınlaştıran ve karar verme mekanizmalarını daha sistematik bir yapıya kavuşturan önemli bir yönetim aracı olarak öne çıkmaktadır. Bu yönüyle akreditasyonun en önemli katkısı, sezgisel ya da bireysel deneyime dayalı karar alma anlayışını, kanıta dayalı ve ölçülebilir bir yönetsel yaklaşıma dönüştürmek şeklinde olmaktadır.

Tomblin (2021), akreditasyonun sağlık kurumlarında veri kullanımını artırdığını, raporlama sistemlerini geliştirdiğini ve kanıta dayalı yönetim anlayışının yerleşmesine katkı sağladığını belirtmektedir. Akreditasyon standartları, yalnızca veri üretimini değil, üretilen verinin nasıl analiz edileceğini ve hangi karar süreçlerinde kullanılacağını da tanımlayarak yönetsel kapasiteyi güçlendirmektedir. Bu çerçevede akreditasyon, kurumların klinik karar destek sistemlerini, performans göstergelerini, risk analizlerini ve yönetim raporlarını daha etkin ve bütüncül bir biçimde kullanmalarına olanak tanımaktadır.

Veriye dayalı yönetim anlayışının kurumsallaşmasında ölçme ve değerlendirme faaliyetlerinin sürekliliği büyük önem taşımaktadır. Greenfield ve arkadaşları (2012), akreditasyon standartlarının ölçme, değerlendirme ve raporlama süreçlerini kurumların günlük işleyişinin merkezine yerleştirdiğini; bu sayede karar verme süreçlerinin daha tutarlı ve kanıta dayalı hâle geldiğini ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım, kalite iyileştirme çalışmalarının yalnızca sonuç odaklı değil, süreç odaklı biçimde ele alınmasını da desteklemektedir.

Türkiye’de ise Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında geliştirilen gösterge setleri, veri yönetiminin kurumsal kültürün doğal bir parçası hâline gelmesini sağlamıştır. Araç ve Koç’un (2023) vurguladığı üzere, SKS ile birlikte performans göstergelerinin düzenli izlenmesi, analiz edilmesi ve geri bildirim mekanizmalarıyla desteklenmesi, sağlık kurumlarının yönetim kapasitesini önemli ölçüde güçlendirmiştir. Bu yapı sayesinde veriler yalnızca raporlanan sayısal çıktılar olmaktan çıkarak, kurumsal öğrenmeyi ve sürekli iyileştirmeyi besleyen stratejik bir yönetim aracına dönüşmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, akreditasyonun veri yönetimi ve kanıta dayalı karar verme üzerindeki etkisi, sağlık kurumlarında daha şeffaf, izlenebilir ve hesap verebilir bir yönetim anlayışının gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu durum, akreditasyonun yalnızca kaliteyi ölçen bir sistem değil, aynı zamanda bilgiyi yönetime dönüştüren güçlü bir yönetim mekanizması olduğunu göstermektedir.

6. Akreditasyonun Kurumsal Kapasite ve Organizasyonel Öğrenmeye Katkıları

6.1. İnsan Kaynağı Yetkinliğinin ve Profesyonel Gelişimin Güçlendirilmesi

Akreditasyon programları, sağlık kurumlarında insan kaynağı yönetimini de sistematik hâle getiren yapılardan biridir. Standartlar, çalışanların yetkinlik düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesini, eğitilmesini, belgelenmesini ve geliştirilmesini zorunlu kılar.

Alshammari ve arkadaşları (2022), akreditasyonun çalışan eğitimini güçlendirdiğini, profesyonel gelişimi teşvik ettiğini ve kurumlarda daha nitelikli insan kaynağı oluşturduğunu göstermektedir.

Hashish et al. (2025) tarafından yapılan çalışma, akreditasyon süreçlerine dahil olan eğitim kurumlarında; öğretim üyeleri, öğrenciler ve yöneticiler arasında profesyonellik bilincinin arttığını ve eğitim kalitesinin yükseldiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular sağlık hizmeti sağlayıcılarının yalnızca klinik bilgi ve beceri bakımından değil, yönetsel ve etik sorumluluklar açısından da gelişmesini desteklemektedir.

Türkiye’de SKS çerçevesi, çalışan eğitimi, yetkinlik değerlendirmesi ve performans izleme süreçlerinin kurumsal yapıya entegre edilmesini sağlayarak insan kaynağı yönetiminin profesyonelleşmesine katkı sağlamaktadır (Avcı & Şenel, 2019).

6.2. Organizasyonel Öğrenme ve Bilgi Yönetimi Kapasitesinin Artması

Akreditasyonun kurumsal yönetim üzerindeki etkisi yalnızca süreçlerin düzenlenmesiyle sınırlı değildir; aynı zamanda kurumların öğrenen organizasyon modeline dönüşmesini teşvik eder. Organizasyonel öğrenme, kurumun sistematik biçimde bilgi toplaması, analiz etmesi, paylaşması ve bu bilgiye dayalı kararlar alması anlamına gelir.

Reigas & Šimanskienė (2023), akreditasyonun çalışanların öğrenme isteğini, organizasyonel iletişimi ve bilgi paylaşımını artırdığını; bunun da kurumların hizmet kalitesini geliştirmede önemli rol oynadığını belirtmektedir.

Benzer şekilde Meira et al. (2019), akreditasyonun dinamik yetkinlikler yaratarak kurumların çevresel değişime uyum sağlama kapasitesini artırdığını

ifade etmektedir. Standartlar doğrultusunda oluşturulan toplantılar, denetimler, geri bildirim mekanizmaları ve iyileştirme ekipleri, kurumsal hafızanın oluşumunu destekler.

Veri yönetimi sistemleri, risk değerlendirme araçları ve kalite göstergeleri ise kurumların bilgiye dayalı karar verme süreçlerini olgunlaştırır (Tomblin, 2021). Böylece akreditasyon, kuruma yalnızca bir "uyum" perspektifi değil, aynı zamanda "sürekli öğrenme" perspektifi kazandırır.

6.3. Kurum Kültürü, Aidiyet ve Çalışan Katılımının Güçlenmesi

Kurumsal kültür, akreditasyonun sağlık kurumları üzerindeki etkilerinin en derin ve en kalıcı biçimde hissedildiği alanlardan biridir. Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sürdürülebilirliği, yalnızca standartların varlığına değil; bu standartların çalışanlar tarafından ne ölçüde benimsendiğine ve günlük uygulamalara nasıl yansdığına bağlıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının kalite ve güvenlik uygulamalarına aktif katılımı, akreditasyon süreçlerinin başarısında kritik bir rol oynamaktadır.

Akreditasyonun kurumsal kültür üzerindeki etkisi, öncelikle kurum içi ilişkiler ve iletişim biçimleri üzerinden kendini göstermektedir. Alshamsi ve arkadaşları (2020), akreditasyonun ekipler arası etkileşimi güçlendirdiğini, iletişim kanallarını daha açık hâle getirdiğini ve çalışanların organizasyonel karar süreçlerine daha fazla dâhil olmasını sağladığını belirtmektedir. Bu süreçte çalışanlar, akreditasyonu yalnızca dışsal bir denetim zorunluluğu olarak değil; kurumun gelişimine katkı sunulan ortak bir süreç olarak algılamaya başlamaktadır. Bu algı değişimi, kurumsal aidiyet duygusunun güçlenmesine ve kalite çalışmalarına gönüllü katılımın artmasına zemin hazırlamaktadır.

Kurumsal kültürdeki dönüşümün gücü, akreditasyonun çalışanlar tarafından nasıl anlamlandırıldığı ile yakından ilişkilidir. Dainty ve arkadaşları (2019), akreditasyonun bir “dış baskı” ya da zorunlu bir idari süreç olarak algılanması durumunda kültürel dönüşümün sınırlı kaldığını; buna karşılık organizasyonel öğrenme ve gelişim fırsatı olarak benimsendiğinde çok daha güçlü ve kalıcı bir etki yarattığını vurgulamaktadır. Bu bulgu, akreditasyonun teknik bir uygulamadan ziyade, kurumun değerler sistemiyle bütünleştiğinde etkili olduğunu göstermektedir.

Braithwaite ve çalışma arkadaşları (2010) ise akreditasyonun örgütsel iklim üzerindeki etkilerine dikkat çekmektedir. Çalışmaya göre akreditasyon süreçleri, iletişimi ve işbirliğini teşvik ederek ekip dinamiklerini güçlendirmekte; bu durum hem klinik hem de yönetsel düzeyde daha uyumlu bir çalışma ortamı oluşmasına katkı sağlamaktadır. Güçlenen ekip çalışması ve açık iletişim, hata bildiriminden süreç iyileştirmeye kadar birçok alanda güvene dayalı bir kurumsal iklimin gelişmesini desteklemektedir.

Bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, akreditasyonun sağlık kurumlarında yalnızca süreçleri değil, aynı zamanda davranış kalıplarını ve değer sistemlerini de dönüştürdüğü görülmektedir. Akreditasyon uygulamaları sayesinde kurumlarda güvenlik kültürü ve öğrenme kültürü güçlenmekte; katılımcı yönetim anlayışı ve ekip çalışması daha görünür hâle gelmektedir. Bu yönüyle akreditasyon, sağlık kurumlarında kaliteyi teknik bir hedef olmaktan çıkararak, kurumsal kültürün ayrılmaz bir parçası hâline getiren güçlü bir dönüşüm aracı olarak değerlendirilebilir.

6.4. Kurumsal Adaptasyon, Yenilikçilik ve Dinamik Yetkinliklerin Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde değişen teknoloji, hasta beklentileri, düzenlemeler ve riskler nedeniyle organizasyonların adaptasyon kapasitesi kritik bir öneme sahiptir. Akreditasyon, kurumların bu değişimlere uyum sağlama yeteneğini artıran önemli bir araçtır.

Meira et al. (2019), akreditasyon süreçlerinin kurumlara dinamik yetkinlikler kazandırdığını; bu sayede süreç iyileştirme, yenilikçilik ve adaptasyon kapasitesinin güçlendiğini ortaya koymaktadır. Brand et al. (2023) ise akreditasyonun sağlık kuruluşlarında inovasyon davranışını ve karmaşık problemlere çözüm bulma kapasitesini artırdığını belirtmektedir.

Ayrıca dijital dönüşüm ve yapay zekâ uygulamalarının akreditasyon süreçlerine entegrasyonu ile kurumların uyum ve teknoloji kullanma becerileri de gelişmektedir (Çayırtepe & Şenel, 2020). Bu durum, akreditasyonun sadece mevcut durumu değerlendiren bir araç değil, aynı zamanda kurumları geleceğe hazırlayan bir sistem olduğunun göstergesidir.

7. Literatürde Akreditasyonun Etkililiğine İlişkin Bulgular

Akreditasyonun sağlık kurumları üzerindeki etkileri uzun yıllardır tartışma konusu olmakla birlikte, literatür bu etkiyi hem olumlu hem de sınırlı yönleri ile inceleyen geniş bir kanıt tabanı sunmaktadır. Bu bölümde akreditasyonun kuruluşlara sağladığı faydalar, eleştirilen yönleri ve gelişen eğilimler kapsamlı şekilde değerlendirilmektedir.

7.1. Akreditasyonun Sağlık Kurumlarına Sağladığı Olumlu Etkiler

Akreditasyonun sağlık kurumları üzerindeki etkileri, uluslararası literatürde farklı boyutlarıyla ele alınmakla birlikte, çalışmaların büyük çoğunluğu bu etkileri dört temel eksen etrafında değerlendirmektedir: klinik kalite, hasta güvenliği, organizasyonel performans ve yönetim kapasitesinin gelişimi. Bu alanlar birbiriyle iç içe geçmiş olup, akreditasyonun sağlık hizmetlerinde yarattığı dönüşümün çok boyutlu yapısını ortaya koymaktadır.

Akreditasyonun en güçlü ve en tutarlı biçimde gözlenen etkilerinden biri, klinik sonuçların iyileşmesi alanında ortaya çıkmaktadır. Alkhenizan ve Shaw'ın (2011) sistematik incelemesi, akreditasyonun klinik süreçlere uyumu artırdığını, tedavi standartlarının daha tutarlı uygulanmasını sağladığını ve bazı klinik göstergelerde belirgin iyileşmeler yarattığını göstermektedir. Benzer biçimde Hussein ve arkadaşları (2021), 76 çalışmayı kapsayan kapsamlı analizlerinde ilaç güvenliği, enfeksiyon kontrolü, ameliyathane süreçleri ve tanı-tedavi standartlarına uyum gibi alanlarda akreditasyonun ölçülebilir olumlu etkiler oluşturduğunu ortaya koymuştur. Devkaran ve O'Farrell'in (2015) "interrupted time series" yöntemiyle gerçekleştirdikleri çalışma ise, akreditasyon süreci boyunca klinik performans göstergelerinde zaman içinde anlamlı ve sürdürülebilir bir iyileşme yaşandığını göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, klinik kalitenin birçok akreditasyon programı için en güçlü olumlu etki alanlarından biri olduğu söylenebilir.

Hasta güvenliği uygulamalarının güçlenmesi, akreditasyonun literatürde en fazla desteklenen katkı alanlarından biridir. *To Err is Human* raporu ile birlikte (Institute of Medicine, 2000) sağlık hizmetlerinde güvenliğin bireysel hatalardan ziyade sistem tasarımıyla ilişkili olduğu anlayışı yaygınlaşmış; bu yaklaşım akreditasyon programlarının temel dayanaklarından biri hâline

gelmiştir. Devkaran ve O’Farrell (2015), akreditasyon sonrasında olay bildirim sistemlerinin geliştiğini ve güvenlik uygulamalarının daha sistematik bir yapıya kavuştuğunu göstermektedir. Braithwaite ve arkadaşları (2010) ise akreditasyonun güvenlik kültürünü güçlendirdiğini, hataların gizlendiği bir ortam yerine öğrenmeye açık bir yaklaşımın benimsendiğini vurgulamaktadır. Kök neden analizi uygulamalarının yaygınlaşması, enfeksiyon kontrol protokollerinin güçlenmesi, cerrahi güvenlik kontrol listelerinin rutin uygulamaya girmesi ve çalışanların güvenlik farkındalığının artması, akreditasyonun hasta güvenliği alanındaki somut çıktıları arasında yer almaktadır. Bu yönüyle akreditasyon, güvenlik kültürünün oluşmasında stratejik bir araç olarak değerlendirilmektedir.

Akreditasyonun olumlu etkileri yalnızca klinik alanlarla sınırlı kalmamakta, yönetsel ve organizasyonel performans üzerinde de belirgin sonuçlar doğurmaktadır. Brooks ve arkadaşları (2021), akreditasyonun kalite performansının yanı sıra finansal sürdürülebilirlik üzerinde de olumlu etkiler yarattığını belirtmektedir. Akreditasyon süreçleri; performans ölçümünün sistematikleşmesini, yöneticilerin hesap verebilirliğinin artmasını, kurumsal stratejilerin daha net tanımlanmasını ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının güçlenmesini desteklemektedir. Meira ve arkadaşları (2019), bu süreci organizasyonların “dinamik yetkinlikler” kazanmasıyla ilişkilendirmekte; akreditasyonun kurumların çevresel değişimlere uyum sağlama, krizleri yönetme, yenilik geliştirme ve esneklik kapasitesini artırdığını ifade etmektedir. Brand ve arkadaşları (2023) ise yüksek güvenilirlik gerektiren kurumlarda akreditasyonun sistemsel düşünme, ileri düzey risk algısı ve stratejik yönetim farkındalığını geliştirdiğini göstermektedir.

Süreç standardizasyonu ve iş akışlarının iyileşmesi, akreditasyonun kurumların günlük işleyişinde en görünür etkilerinden biridir. Braithwaite ve arkadaşları (2010), süreç standardizasyonunun akreditasyonun en belirleyici sonuçları arasında yer aldığını vurgulamaktadır. Standartlaşma sayesinde iş akışları daha net tanımlanmakta, klinik riskler azalmakta, çalışanların iş yükü daha dengeli dağıtılmakta ve hata olasılığı düşmektedir. Ravichandran ve Prasanna (2014), JCI uygulamalarının özellikle ameliyathane, yoğun bakım, ilaç yönetimi ve enfeksiyon kontrolü gibi yüksek riskli alanlarda standartlaşmayı belirgin biçimde artırdığını ortaya koymuştur.

Akreditasyonun daha az görünür ancak en az diğerleri kadar güçlü etkilerinden biri, çalışan katılımı, iletişim ve kurum kültürü üzerindeki dönüştürücü rolüdür. Alshamsi ve arkadaşları (2020), akreditasyonun ekipler arası iletişimi güçlendirdiğini ve çalışanların süreçlere daha aktif katılım göstermesini sağladığını belirtmektedir. Dainty ve arkadaşları (2019), çalışanların akreditasyonu bir dış baskı olarak değil, kurumsal gelişimin doğal bir parçası olarak algıladıklarında motivasyonun ve sahiplenme duygusunun arttığını vurgulamaktadır. Reigas ve Šimanskienė (2023) ise akreditasyonun çalışan bağlılığını, iletişim kalitesini ve örgütsel öğrenmeyi güçlendirdiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, akreditasyonun sosyo-kültürel boyutunu ve kurum içi dönüşümdeki rolünü açıkça göstermektedir.

Son olarak, akreditasyonun eğitim ve profesyonel gelişimi destekleyici etkisi dikkat çekmektedir. Hashish ve arkadaşları (2025) ile Alshammari ve arkadaşları (2022), akreditasyon programlarının personel eğitimi, yetkinlik değerlendirmesi ve sürekli mesleki gelişim alanlarında güçlü ve sürdürülebilir etkiler yarattığını göstermektedir. Akreditasyon, eğitim faaliyetlerini rastlantısal uygulamalar olmaktan çıkararak planlı, izlenebilir ve sürekli bir yapıya kavuşturmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının profesyonel gelişiminin kurumsal bir sorumluluk olarak ele alınmasını sağlamaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, akreditasyonun sağlık kurumlarına sağladığı olumlu etkiler, klinik sonuçlardan yönetim kapasitesine, hasta güvenliğinden kurum kültürüne kadar geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Bu çok boyutlu etki alanları, akreditasyonun yalnızca kaliteyi ölçen bir mekanizma değil; sağlık kurumlarının yapısal, yönetsel ve kültürel dönüşümünü destekleyen bütüncül bir gelişim aracı olduğunu ortaya koymaktadır.

7.2. Akreditasyonun Tartışmalı Yönleri ve Eleştiriler

Her ne kadar akreditasyon, sağlık kurumlarında kalite, güvenlik ve yönetim alanlarında önemli katkılar sunan bir araç olarak değerlendirilse de, literatür bu sürecin her koşulda aynı düzeyde etki yaratmadığını açık biçimde ortaya koymaktadır. Akreditasyonun etkileri, büyük ölçüde kurumun içinde bulunduğu bağlama, yönetsel kapasitesine ve organizasyonel olgunluk düzeyine bağlı olarak şekillenmektedir. Bu nedenle akreditasyon, standart bir reçete ya da her kuruma aynı sonucu veren evrensel bir çözüm olarak değil;

uygun koşullar altında anlamlı çıktılar üretebilen bir gelişim mekanizması olarak ele alınmalıdır.

Bazı çalışmalar, özellikle kurumsal olgunluk düzeyi düşük olan sağlık kuruluşlarında akreditasyonun beklenen dönüşümü yaratmakta zorlandığını göstermektedir. Brubakk ve arkadaşlarının (2015) vurguladığı üzere, liderlik kapasitesinin yetersiz olması, insan kaynağı eksiklikleri, kalite kültürünün kurumsallaşmamış olması ve yoğun iş yükü gibi faktörler, akreditasyonun potansiyel faydalarını önemli ölçüde sınırlandırabilmektedir. Bu bağlamda akreditasyon, güçlü bir yönetsel altyapı ve destekleyici bir organizasyonel kültürle bütünleşmediği sürece yüzeysel bir uygulama düzeyinde kalabilmektedir. Bu durum, akreditasyonun başarıya ulaşabilmesi için yalnızca standartlara uyumun değil, aynı zamanda kurumsal kapasitenin de geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Literatürde sıkça dile getirilen bir diğer eleştiri, akreditasyon süreçlerinin zamanla bürokratikleşme eğilimi göstermesidir. Bazı sağlık kurumlarında akreditasyon, kaliteyi geliştiren bir araç olmaktan ziyade belge üretmeye dayalı bir idari zorunluluk hâline gelebilmektedir. Coss-Mandiola ve arkadaşları (2023), artan belgelendirme yükünün çalışanlar üzerinde ek stres yarattığını ve motivasyonu olumsuz etkileyebileceğini belirtmektedir. Hezbiyan ve arkadaşları (2025) ise bazı kurumlarda personelin önemli bir bölümünün zamanını evrak işleriyle geçirmek zorunda kaldığını, bunun da doğrudan hasta bakımına ayrılan zamanı azaltabildiğini ifade etmektedir. Bu tür uygulamalar, akreditasyonun özünde yer alan sürekli iyileştirme ve öğrenme anlayışıyla çelişen bir tablo ortaya koyabilmektedir.

Akreditasyonun eleştirilen yönlerinden biri de maliyet ve kaynak gereksinimidir. Eğitim faaliyetleri, altyapı düzenlemeleri, performans ve gösterge izleme sistemlerinin kurulması, danışmanlık hizmetleri ve denetim ücretleri, özellikle sınırlı bütçeye sahip kurumlar için ciddi bir yük oluşturabilmektedir. Smits ve arkadaşları (2014), akreditasyonun maliyet etkinliği konusunda literatürde hâlâ yeterince güçlü ve tutarlı kanıtlar bulunmadığını vurgulamaktadır. Bu durum, akreditasyonun finansal sürdürülebilirlik üzerindeki etkilerinin kurumdan kuruma değişebildiğini ve her sağlık kuruluşu için aynı ekonomik sonuçları doğurmadığını göstermektedir.

Akreditasyonun etkilerinin sürdürülebilirliği de eleştirel olarak ele alınan bir diğer önemli konudur. Bazı araştırmalar, akreditasyonun ilk uygulama

dönemlerinde yarattığı motivasyon ve iyileşme etkisinin zaman içinde zayıflayabildiğini göstermektedir. Greenfield ve arkadaşları (2012), kurumda kalıcı bir kalite kültürü yerleşmediği sürece akreditasyonun etkilerinin uzun vadede korunmasının zor olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, akreditasyonun tek seferlik bir başarı olarak görülmesinin yetersiz olduğunu; sürekli liderlik desteği, çalışan katılımı ve öğrenen organizasyon yaklaşımıyla beslenmesi gerektiğini göstermektedir.

Akreditasyonun değerlendirilmesindeki güçlüklerden biri de sürecin doğası gereği karmaşık bir müdahale olmasıdır. Braithwaite ve arkadaşları (2010), akreditasyonu çok bileşenli, bağlama duyarlı ve farklı düzeylerde etki yaratan bir müdahale olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle akreditasyonun etkilerini net bir neden–sonuç ilişkisi içinde ölçmek oldukça güçtür. Farklı ülkeler, farklı sağlık sistemleri, değişken standart yapıları ve heterojen ölçüm yöntemleri, literatürde zaman zaman birbiriyle çelişen sonuçların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu durum, akreditasyonun etkilerine ilişkin genelleme yapmayı zorlaştırmakta ve bağlam temelli değerlendirmelerin önemini artırmaktadır.

Bu eleştiriler birlikte değerlendirildiğinde, akreditasyonun ne tamamen sorgulanmadan benimsenmesi gereken kusursuz bir araç ne de etkisiz bir bürokratik yük olarak görülmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Akreditasyonun gerçek değeri, kurumların bu süreci nasıl anlamlandırdığı, hangi amaçla kullandığı ve kendi bağlamlarına ne ölçüde uyarlayabildiği ile doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla akreditasyonun sınırlılıklarını ve eleştirel yönlerini dikkate alan, bağlama duyarlı ve esnek uygulama modelleri geliştirilmediği sürece beklenen dönüşümün tam anlamıyla gerçekleşmesi mümkün olmayacaktır.

8.Gelişen Eğilimler: Dijital Akreditasyon, Yapay Zekâ ve Geleceğin Modelleri

Sağlık sistemlerinde dijital dönüşümün hız kazanması, akreditasyon yaklaşımlarını da önemli ölçüde etkilemekte ve geleneksel değerlendirme modellerinin yeniden düşünülmesini zorunlu kılmaktadır. Günümüzde akreditasyon, yalnızca belirli aralıklarla yapılan yüz yüze denetimlerle sınırlı bir süreç olmaktan giderek uzaklaşmakta; teknoloji destekli, sürekli izlemeye dayalı ve daha esnek yapılara doğru evrilmektedir. Bu dönüşüm, hem sağlık

kurumlarının çalışma biçimlerini hem de akreditasyon kuruluşlarının denetim ve değerlendirme yaklaşımlarını yeniden şekillendirmektedir.

Çayırtepe ve Şenel (2020), akreditasyonun geleceğinde dijitalleşmenin belirleyici bir rol oynayacağını vurgulamakta; özellikle bilgi teknolojilerinin kalite ve güvenlik süreçlerine entegrasyonunun önemine dikkat çekmektedir. Bu çerçevede uzaktan denetimler, dijital belge inceleme yöntemleri, elektronik kalite yönetim sistemleri ve gerçek zamanlı gösterge izleme uygulamaları giderek yaygınlaşmaktadır. AKHS, JCI ve ISQua gibi ulusal ve uluslararası akreditasyon kuruluşlarının bu uygulamaları kendi sistemlerine entegre etmeye başlaması, dijital akreditasyonun geçici bir eğilim değil, kalıcı bir dönüşüm süreci olduğunu göstermektedir. Dijital araçlar sayesinde denetim süreçleri daha esnek, izlenebilir ve zaman açısından daha verimli hâle gelmektedir.

Bu dijital dönüşüm sürecinin bir diğer önemli boyutunu yapay zekâ temelli uygulamalar oluşturmaktadır. Yapay zekâ teknolojileri, akreditasyon süreçlerinde büyük veri setlerinin analiz edilmesine ve karmaşık ilişkilerin daha hızlı ve doğru biçimde yorumlanmasına olanak tanımaktadır. Gösterge analizleri, risk tahminleri, anomali tespiti, denetim hazırlık süreçleri ve olay bildirimlerinin değerlendirilmesi gibi alanlarda yapay zekâ destekli sistemlerin kullanımı giderek artmaktadır. Bu gelişmeler, akreditasyonun daha proaktif bir yapıya kavuşmasını sağlamakta; sorunlar ortaya çıktıktan sonra değil, oluşmadan önce fark edilebilecek bir izleme anlayışını mümkün kılmaktadır. Böylece akreditasyon, geçmiş performansın değerlendirilmesinden ziyade, geleceğe yönelik öngörü üretme kapasitesi kazanmaktadır.

Dijitalleşme ve yapay zekâ uygulamalarının yaygınlaşması, akreditasyon modellerinin daha esnek ve kuruma özgü biçimde tasarlanmasının da önünü açmaktadır. Newera ve arkadaşları (2024), gelecekte akreditasyonun tek tip standart anlayışından uzaklaşarak, risk temelli ve kurumsal olgunluk düzeyine duyarlı modeller üzerinden gelişeceğini belirtmektedir. Kuruma özel değerlendirme yolları, modüler standart yapıları ve veri odaklı gerçek zamanlı performans analizleri, bu yeni yaklaşımın temel unsurları arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda akreditasyon gereklilikleri, kurumların büyüklüğü, hizmet çeşitliliği ve risk profiline göre farklılaştırılabilmektedir.

Bu dönüşüm, akreditasyonu yalnızca uyumun ölçüldüğü bir kontrol mekanizması olmaktan çıkararak, kurumların stratejik gelişimini destekleyen akıllı ve uyarlanabilir bir yönetim aracına dönüştürmektedir. Geleceğin

akreditasyon modelleri, standartlara körü körüne uyumdan ziyade, kurumların kendi performanslarını sürekli izleyebildiği, risklerini önceden görebildiği ve kalite iyileştirme süreçlerini dinamik biçimde yönetebildiği bir yapı sunmayı hedeflemektedir. Bu yönüyle dijital akreditasyon ve yapay zekâ destekli yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sürdürülebilirliğini güçlendiren önemli bir paradigma değişimine işaret etmektedir.

Dijitalleşme ve yapay zekâ temelli uygulamalar, akreditasyonun geleceğini şekillendirirken, bu dönüşümün her sağlık sistemi için aynı biçimde ve aynı hızda gerçekleşmeyeceği açıktır. Türkiye özelinde bakıldığında, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) çerçevesi, dijital akreditasyon yaklaşımları için önemli bir altyapı sunmaktadır. Gösterge setlerinin yaygın kullanımı, elektronik veri toplama sistemlerinin gelişmiş olması ve kalite yönetiminin uzun süredir kurumsal bir politika olarak benimsenmiş olması, bu dönüşüm için güçlü bir zemin oluşturmaktadır. Ancak dijital akreditasyonun başarılı olabilmesi, teknolojik araçların tek başına devreye alınmasından çok, bu araçların kurumsal öğrenme, risk farkındalığı ve yönetsel karar süreçleriyle bütünleştirilmesine bağlıdır.

Bu noktada temel risk, dijitalleşmenin akreditasyonu daha yüzeysel bir “gösterge takibi” sürecine indirgeme ihtimalidir. Oysa dijital çağda akreditasyonun gerçek değeri, ölçüm kapasitesinin artmasından ziyade, ölçülen verinin nasıl yorumlandığı ve nasıl eyleme dönüştürüldüğü ile ilişkilidir. Yapay zekâ ve dijital denetim araçları, doğru kullanıldığında sağlık kurumlarının kör noktalarını görünür kılabilir; yanlış kullanıldığında ise kurumları yalnızca ölçülebilen alanlara odaklanan dar bir yönetim anlayışına sürükleyebilir. Bu nedenle dijital akreditasyonun etik, yönetsel ve kültürel boyutları en az teknik boyutu kadar dikkatle ele alınmalıdır.

Sonuç olarak dijital çağ, akreditasyonu daha akıllı, daha esnek ve daha sürekli hâle getirme potansiyeli sunmaktadır; ancak bu potansiyelin hayata geçebilmesi, akreditasyonun temel felsefesinin korunmasına bağlıdır. Akreditasyon, ister geleneksel ister dijital araçlarla yürütülsün, nihayetinde sağlık kurumlarında güvenli, kaliteli ve sürdürülebilir hizmet sunumunu destekleyen bir yönetim mekanizmasıdır. Dijitalleşme bu mekanizmayı güçlendiren bir araç olarak konumlandırıldığında, akreditasyon yalnızca geçmişini değerlendiren bir sistem olmaktan çıkarak, kurumların geleceğini şekillendiren stratejik bir rehber hâline gelebilecektir.

9. Genel Değerlendirme ve Geleceğe Yönelik Politika Çıkarımları

Bu çalışmada akreditasyon, sağlık kurumlarında yalnızca kaliteyi ölçen veya standartlara uyumu denetleyen teknik bir araç olarak değil; kurumsal yönetim kapasitesini güçlendiren, öğrenen organizasyon yapısını destekleyen ve sürdürülebilir kalite kültürünü besleyen bütüncül bir yönetim mekanizması olarak ele alınmıştır. Literatür bulguları, akreditasyonun klinik kalite, hasta güvenliği, süreç standardizasyonu, yönetim performansı ve kurum kültürü üzerinde anlamlı katkılar sunduğunu göstermektedir. Ancak bu katkıların otomatik, evrensel ve bağlamdan bağımsız olmadığı; kurumun olgunluk düzeyi, liderlik kapasitesi ve kültürel altyapısı ile yakından ilişkili olduğu da açık biçimde ortaya konmuştur.

Akreditasyonun en önemli gücü, sağlık kurumlarını geçici iyileştirme çabalarından uzaklaştırarak, sürekli kalite iyileştirme anlayışına dayalı sistematik bir yönetim yaklaşımına yönlendirmesidir. Süreçlerin görünür hâle gelmesi, risklerin daha erken tanımlanabilmesi, veriye dayalı karar verme mekanizmalarının güçlenmesi ve çalışan katılımının artması, bu dönüşümün temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Bununla birlikte literatürde dile getirilen bürokratikleşme, aşırı belgeleme, maliyet yükü ve sürdürülebilirlik sorunları, akreditasyonun eleştirel bir gözle ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Bu durum, akreditasyonun “tek başına yeterli” bir çözüm olarak değil, kurumsal kapasiteyi destekleyen politikalarla birlikte ele alınması gereken bir araç olduğunu göstermektedir.

Dijitalleşme ve yapay zekâ temelli uygulamalar, akreditasyonun geleceğini belirleyen en önemli dönüşüm alanlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Dijital denetimler, gerçek zamanlı gösterge izleme sistemleri ve veri analitiği destekli karar mekanizmaları, akreditasyonun daha dinamik, sürekli ve öngörücü bir yapıya kavuşmasını mümkün kılmaktadır. Ancak bu teknolojik dönüşüm, akreditasyonun özünde yer alan öğrenme, güvenlik ve etik sorumluluk anlayışının önüne geçmemelidir. Aksi takdirde akreditasyon, kaliteyi derinleştiren bir mekanizma olmaktan çıkarak, yalnızca ölçülebilen göstergelere indirgenen dar bir yönetim aracına dönüşme riski taşımaktadır.

Türkiye bağlamında değerlendirildiğinde, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) çerçevesi, dijital akreditasyon ve yeni nesil değerlendirme modelleri için güçlü bir altyapı

sunmaktadır. Uzun yıllardır sürdürülen kalite politikaları, gösterge temelli izleme sistemleri ve ulusal düzeyde kurumsallaşmış bir akreditasyon yapısı, bu dönüşümün kontrollü ve dengeli biçimde hayata geçirilmesine olanak tanımaktadır. Bununla birlikte, dijitalleşme sürecinde kurumlar arası kapasite farklarının gözetilmesi, veri güvenliği ve etik ilkelerin korunması, çalışanların bu dönüşüme hazırlanması ve akreditasyonun bir “yönetim yükü” değil, bir “kurumsal gelişim aracı” olarak konumlandırılması kritik önem taşımaktadır.

Sonuç olarak akreditasyon, geçmişte olduğu gibi bugün de sağlık kurumlarında kalite ve güvenliğin temel dayanaklarından biridir; ancak gelecekteki değeri, ne ölçüde esnek, bağlama duyarlı ve öğrenmeyi merkeze alan bir yapıya evrilebildiği ile belirlenecektir. Dijital çağda akreditasyonun başarısı, standartların sayısında ya da denetim sıklığında değil; kurumların kendi performanslarını anlamlandırabilme, risklerini yönetebilme ve sürekli iyileştirmeyi kurumsal bir refleks hâline getirebilme kapasitesinde yatmaktadır. Bu çerçevede akreditasyon, sağlık kurumları için yalnızca bir “hedef” değil, sürekli gelişimi mümkün kılan stratejik bir yol haritası olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Adeniyi, AO, Arowoogun, JO, Okolo, CA, Chidi, R., & Babawarun, O. (2024). Sağlık bilişiminde etik hususlar: Veri gizliliği ve hasta onayı konularının incelenmesi [*Sağlık bilişiminde etik hususların incelenmesi: Veri gizliliği ve hasta onayı konularının incelenmesi*]. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(2), 1660. GSC Online Press. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.2.0593>
- Agnihotri, A., & Arora, S. (2021). Devlet hastanelerinde kurumsal yönetişim çalışması: Gelişmekte olan pazarın bir vaka çalışması. *Kurumsal Yönetişim ve Sürdürülebilirlik İncelemesi*, 5(1), 8. <https://doi.org/10.22495/cgsrv5i1p1>
- Aguilera, RV ve Ruiz-Castillo, M. (2025). Güncellenmiş bir kurumsal yönetim çerçevesine doğru: Temeller, aksaklıklar ve gelecekteki araştırmalar. *BRQ Business Research Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/23409444251320399>
- Aktan, CC (2013). *Kurumsal Şirket Yönetimi*. 5(1), 150. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/oybd/issue/16341/333493>
- Akturan, S. ve Sarıkaya, Ö. (2020). Tıp fakültelerinin sosyal sorumluluk konusundaki görüşleri; niteliksel bir çalışma. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 19(59), 65. <https://doi.org/10.25282/ted.716834>
- Alanazi, N., & Falqi, TA (2023). Sağlık Yöneticilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algıları. *Küresel Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Dergisi*, 6(1), 6. <https://doi.org/10.36401/jqsh-22-13>
- Alhawajreh, M. J., Paterson, A., & Jackson, W. J. (2023). Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PLoS ONE*, 18(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294180>
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*, 31(4), 407–416. <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>
- Alshamsi, A. I., Thomson, L., & Santos, A. (2020). What impact does accreditation have on workplaces? A qualitative study to explore the perceptions of healthcare professionals about the process of

- accreditation. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01614>
- Araç, S., & Koç, E. S. (2023). Quality and accreditation in healthcare institutions. *İstanbul Üniversitesi DergiPark*. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iaaojh/issue/80692/1403767>
- Avcı, K., & Şenel, F. Ç. (2019). Health services accreditation: What is the evidence that the benefits, value and impact? *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 4(2), 221–230. <https://doi.org/10.26453/otjhs.525436>
- Bilgin, R. (2018). Türkiye'de Kamu Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Etik Dışı Davranışlar Ve Uygulamaların Genel Görünümü. *DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tusbd/issue/42174/437154>
- Bosco, F., Gerio, CD, Fiorani, G., & Stola, G. (2024). Sağlık kuruluşlarında sürdürülebilirlik nasıl yönetilir? ESG stratejisini içerecek bir süreç haritası. *Kamu Bütçeleme, Muhasebe ve Finansal Yönetim Dergisi*. <https://doi.org/10.1108/jpbafm-04-2023-0065>
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M. T., Gibberd, R., Naylor, J., Nathan, S., Robinson, M., Runciman, W. B., Jackson, M., Travaglia, J., Johnston, B., Yen, D. H.-T., McDonald, H., Low, L. K., Redman, S., Johnson, B. S., Corbett, A., ... Lancaster, J. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: A blinded, random, stratified study. *BMJ Quality & Safety*, 19(1), 14–21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.033928>
- Brand, T., Goetjes, E., & Blankart, K. (2023). To seek program accreditation, innovation, or both? Examining the interdependencies in high-reliability health care organisations. *Schmalenbach Journal of Business Research*, 75(3), 281–305. <https://doi.org/10.1007/s41471-023-00168-w>
- Brooks, M., Beauvais, B., Kruse, C. S., Fulton, L., Mileski, M., Ramamonjiarivelo, Z., Shanmugam, R., & Lieneck, C. (2021). Accreditation and certification: Do they improve hospital financial and quality performance? *Healthcare*, 9(7), 887. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070887>
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: The challenges of measuring

- complex intervention effects. BMC Health Services Research, 15, 280. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0933-x>
- Coss-Mandiola, J., López, J. V., Rojas, A., Dubó-Araya, P., Campillay, M. C., & Carrasco, R. (2023). Accreditation of quality in primary health care in Chile: Perception of the teams from accredited family healthcare centres. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), 2477. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032477>
- ÇAKALI, KR (2022). Kurumsal Yönetimde Vekalet Sorunu: Worldcom Örneği. *DergiPark* (İstanbul Üniversitesi). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/isletme/issue/65926/101894>
5
- Çayırtepe, Z., & Şenel, F. Ç. (2020). The future of quality and accreditation surveys: Digital transformation and artificial intelligence. International Journal for Quality in Health Care, 34(2). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac025>
- Çınar, F. (2016). Hesap Verilebilirlik İlkesi İle Kurumsal Performans İlişkisinde Paydaş Katiliminin Rolü; Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama. *DergiPark* (İstanbul Üniversitesi). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/vizyoner/issue/23038/24628>
8
- Çilingir, GA (2025). Ücretsiz Sağlık Hizmetlerinin Sağlanmasında Sağlık Uygulama Bildirisinin Rolü: Mevcut Durum, Zorluklar ve Olası Çözümler. *DergiPark* (İstanbul Üniversitesi). <https://dergipark.org.tr/en/pub/baskenthfd/issue/95008/1673407>
- Dainty, K. N., Sinclair, D., O'Neill, C., Solway, S., & Seaton, B. (2019). Exploring accreditation from the front lines: A qualitative study of staff experiences and perceptions of hospital accreditation. Journal of Hospital Administration, 8(4), 24–34. <https://doi.org/10.5430/jha.v8n4p24>
- D'Alessandro, C., Calabrò, G., & Ioppolo, G. (2024). *Sağlık Sektörü için Sürdürülebilirlik Standartları ve Sertifikaları: Sosyal, Ekonomik ve Çevresel Göstergeler Üzerine Bir Literatür İncelemesi* [Sağlık Sektörü için Sürdürülebilirlik Standartları ve Sertifikaları Üzerine Bir Literatür İncelemesi]. 341. https://doi.org/10.1007/978-3-031-55206-9_43

- Demir, B. (2020). Sağlıkın kavramsallaştırılması ve insan odaklı sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon perspektifi. İnsan ve İnsan Dergisi, 62. <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.675151>
- Devkaran, S., & O'Farrell, P. N. (2015). The impact of hospital accreditation on quality measures: An interrupted time series analysis. BMC Health Services Research, 15, 137. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0784-5>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association (JAMA), 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Dömbekci, HA ve Meral, KK (2025). Sağlık İletişiminde Etik ve Bilgilendirilmiş Onam.*DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*.<https://dergipark.org.tr/en/pub/toguesy/issue/93030/1682637>
- Ece, O. ve Güner, M. (2018). Kurumsal Yönetim Uygulamaları İle Firma Piyasa Performansı Ve Firma Finansal Performansı Arasındaki İlişkinin Analizi: Bist'da Bir Uygulama.*DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*.<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsadergisi/issue/40949/433827>
- Emanuel, LL (1996). Hesap Verebilirlik Taleplerine Profesyonel Bir Yanıt: Hasta Bakımının Etik Yönlerine İlişkin Pratik Öneriler.*Annals of Internal Medicine*,124(2), 240.<https://doi.org/10.7326/0003-4819-124-2-199601150-00008>
- Esen, H. ve Yiğit, V. (2019). Kamu Hastanelerinde Verimlilik Ölçümü: Akdeniz Bölgesi Örneği.*DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*.<https://dergipark.org.tr/tr/pub/asead/issue/47889/605265>
- Etgü, A., & Güçlü, A. (2022). Tıbbi Kayıtlardan Kaynaklanan Hastanelerin Sorumlulukları.*DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*.<https://dergipark.org.tr/tr/pub/akmyosb/issue/71096/1131848>
- Frank, J. R., Taber, S., van Zanten, M., Scheele, F., & Blouin, D. (2020). The role of accreditation in 21st-century health professions education: Report of an international consensus group. BMC Medical Education, 20. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02121-5>
- Fukami, T. (2024). Yöneticiler için Sağlık Hizmetlerinde Hesap Verebilirliği Artırma: Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme için Şeffaflığı Teşvik Etme

- [Yöneticiler için Sağlık Hizmetlerinde Hesap Verebilirliği Artırma: Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme için Şeffaflığı Teşvik Etmeİncelemesi].*Cureus*,16(8). Cureus, Inc.
<https://doi.org/10.7759/cureus.66007>
- G20/OECD Kurumsal Yönetim İlkeleri
 2023(2023).<https://doi.org/10.1787/ed750b30-en>
- Greenfield, D., Pawsey, M., Hinchcliff, R., Moldovan, M., & Braithwaite, J. (2012). The standard of healthcare accreditation standards: A review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research*, 12, 329. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-329>
- Gülhan, O. Ve Karaarslan, S. (2019). Türkiye'de Kurumsal Yönetim Uyum Derecelendirmesi Ve İhtiyatli Muhasebe İlişkisi.*Muhasebe ve Vergi Uygulamaları Dergisi*,13(1), 93.<https://doi.org/10.29067/muvu.619198>
- Hashish, E. A. A., Alnajjar, H., & Rawas, H. (2025). Voices on academic accreditation: Lived experiences of nurse educators, administrators, students, and alumni in nursing education. *BMC Medical Education*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06657-2>
- Hezbiyan, Z., Aziz, A. R., Kadhim, A. J., Javadzadeh, A., Parizad, A., Chalan, P. S. G., Norouzadeh, R., Mehran, N., Babaii, A., Abbasinia, M., & Aghaie, B. (2025). Explaining the barriers and facilitators of the accreditation process in maternity departments. *BMC Nursing*, 24(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02825-3>
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 998. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.
- İlaldi, Hr (2021). Kadının Menfaati Bakımından Rahim Tahliyesi.*DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*.<https://dergipark.org.tr/tr/pub/mhfd/issue/64869/994255>
- Jalilvand, M., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hastane yönetim hesap verebilirlik yapısı: bir kapsamlı inceleme [Hastane yönetim hesap

- verebilirlik yapısının incelenmesi : bir kapsamlı inceleme]. *BMC Sağlık Hizmetleri Araştırması*, 24(1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
- Meira, M. M., Machado, A. G. C., & Gomes, G. R. S. (2019). Dynamic capabilities for accreditation: Evidence in the healthcare sector. *Brazilian Administration Review*, 16(1). <https://doi.org/10.1590/1807-7692bar2019180115>
- Mortimer, KP (2018). Yüksek Öğretimde Hesap Verebilirlik. *Routledge eBooks*. Informa. <https://doi.org/10.4324/9780429454028>
- Mostepaniuk, A., Akalin, T., & Parish, M. R. (2023). Bir Sağlık Kuruluşunun Sürdürülebilirliğini Hedefleyen Uygulamalar: Sistemik Bir İnceleme [Bir Sağlık Kuruluşunun Sürdürülebilirliğini Hedefleyen Uygulamaların İncelenmesi: Sistemik Bir İnceleme]. *Sürdürülebilirlik*, 15(3), 2353. Çok Disiplinli Dijital Yayıncılık Enstitüsü. <https://doi.org/10.3390/su15032353>
- Öcek, C., Ünlübulduk, SN, & Karadeniz, E. (2021). Kurumsal Sosyal Sorumluluk ve Finansal Başarısızlık Riski: Borsa İstanbul'da İşlem Gören Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 92, 21. <https://doi.org/10.25095/mufad.941581>
- Özcan Çaklı, İ. (2021). Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi, Donabedian kalite özellikleri ve sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi üzerine etkisi. *Journal of Behaviour at Work (JB@W)*, 6(1), 1–15. <https://doi.org/10.25203/idd>.
- Rafinda, A., Mubaroq, A. C., Purwaningtyas, P., Aljafa, H., ve Barika, CR (2025). Hastaneler için Sürdürülebilir Finansal Yönetim: Kavramsal Bir Çerçeve. *Kamu Muhasebesi ve Sürdürülebilirlik*, 2(1), 19. <https://doi.org/10.18196/pas.v2i1.20>
- Ravichandran, K., & Prasanna, K. (2014). The Joint Commission International implementation and accreditation in health care service organisations. *Zenith International Journal of Multidisciplinary Research*, 4(7), 134–146.
- Reigas, V., & Šimanskienė, L. (2023). Accreditation process and employee well-being in healthcare organisations. *Sustainability*, 15(12), 9254. <https://doi.org/10.3390/su15129254>

- Sağlık Bakanlığı. (2025a).*Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. Resmî Gazete, 32798.
- Sağlık Bakanlığı. (2025b).*Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Yönetmeliği (Değişiklik)*.
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015
- Sarihan, M. (2021). Sağlık Hizmetleri Ve Yenilikçi Sağlık Teknolojilerine Erişimde Eşitsizlikler.*Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*.<https://doi.org/10.31590/ejosat.844085>
- Silva, T. M. R. da, & Rossoni, L. (2024). How professional and market logics and the conflict between institutional demands affect hospital accreditation compliance: A multiple-case study in Brazil. *Healthcare*, 12(9), 914. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090914>
- Smits, H. L., Supachutikul, A., & Mate, K. (2014). Hospital accreditation: Lessons from low- and middle-income countries. *Globalisation and Health*, 10(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12992-014-0065-9>
- Spagnolo, EV, Mondello, C., Scurria, S., Cardia, L., Gualniera, P. e Cardia, G. (2016). Ortam güvenliği ve dikey stratejik profesyonel sorumluluk.*Pratica Medica ve Aspetti Legali*,10(3).<https://doi.org/10.7175/pmeal.v10i3.1257>
- Şenol, A., Üstünkaya, S. ve Akkuş, H. (2023). Yeşil Hastanelerde Sürdürülebilirlik Raporlaması Üzerine Personel Tutumlarının Araştırılması: Bir Kamu Hastanesi Örneği.*DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*.<https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/80040/1240431>
- Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi.*Dergipark (İstanbul Üniversitesi)*.<https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Spkd/Issue/29282/313488>
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>

- Toker, K. (2018). Sağlık Sektöründe Kurumsal Sürdürülebilirlik Yönetimi Ve İstanbul Avrupa Yakasında Faaliyette Bulunan Hastanelerde Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi (JSHSR)*, 5(16), 46. <https://doi.org/10.26450/jshsr.314>
- Tomblin, B. T. (2021). Effect of Joint Commission International accreditation on hospital performance: A systematic literature review. University of Pittsburgh. <http://d-scholarship.pitt.edu/40782/>
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. (2024). Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ve Akreditasyon Programı Usul ve Esasları. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)
- Valiotis, G., Buttigieg, S. C., Cicchetti, A., Dang, R., Jamshed, N., Jevtic, M., Magalhães, T., Nies, H., Pferzinger, M., Santana, R., Correia, T., Weller, E., Cande, L., Desson, Z., & Margheri, F. (2025). Defining health management: A conceptual foundation for excellence through efficiency, sustainability and equity. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(3), 788–793. <https://doi.org/10.1002/hpm.3903>
- World Health Organisation. (2020). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organisation <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Yalçın, Z. ve Yoluk, M. (2019). Kurumsal Yönetim İlkelerinin Türkiye Muhasebe Standartları (TMS) ve Türkiye Finansal Raporlama Standartları (TFRS) İçerdiği Yeri. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(4), 527. <https://doi.org/10.24988/ije.2019344882>
- Yeşilyurt, K.Ö., Çelebi, C., Çatak, T., & Durmaz, M.Ö. (2024). Robotik Cerrahinin Etik Yönü: Yaşanan Deneyimlere Bakış. *DergiPark (İstanbul Üniversitesi)*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14576489>
- Yüksel, O. (2023). Sektörlere Göre Hastanelerde Tıbbi Görüntüleme Tekniklerinde Verimlilik. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 133. <https://doi.org/10.61337/tusbd.1393102>

BÖLÜM 3

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL ZEKÂ

Doç. Dr. Ramazan KIRAÇ¹

Doç. Dr. Cuma SUNGUR²

Doç. Dr. Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ³

Sultan GÖNEN⁴

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070116>

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi, Bölümü, ramazan46k@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8032-1116>

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cumasongur@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

³ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, ciftcifatma50@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4944-5230>

⁴ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, gonennsultan@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-7567-6725>

Özet

Sağlık sektörü hızla gelişen ve değişen yeniliklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu değişimlerin başında; hastaların sektörden beklentileri, dijital ve teknolojik yenilikler, hızla değişen pazar koşulları, yönetim yapılarındaki değişimler, ulusal ve uluslararası yasal düzenlemeler gibi örgüt yapısını etkileyecek birçok faktör bulunmaktadır. Örgütlerin değişen bu çevreye karşı uyum sağlayabilme zekâsına sahip olması kaçınılmaz bir gerecektir. Bu örgütsel zekâ sayesinde kurumlar değişen koşullara adapte olacak, verilen bilgiyi doğru yerde ve doğru zamanda etkin bir şekilde kullanabilecek ve sektördeki yenilikler karşısında daha bilinçli hareket edebileceklerdir. Zekâ ve örgütsel zekâ kavramları sağlık sektöründeki gelişim için kritik bir gereklilik arz etmektedir. Literatür incelemesinde, zekânın ve örgütsel zekânın birlikte değerlendirildiğinde sağlık sektöründe olumlu sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Sağlık kuruluşları bu kavramları dikkate alarak, algılama, anlama, yorumlama ve adapte davranış örgütsel zekâ süreci adımlarını takip ederek ilerleme göstermelerinde rol oynayabilir. Bu çalışmada, zekâ ve örgütsel zekâ kavramlarına genel bir bakış sunularak literatür bilgisine yer verilmiştir. Sağlık sektöründe örgütsel zekânın önemi ve sağlık kuruluşlarının bu yeteneği nasıl geliştirilebileceği ele alınarak sağlık sektörü üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Ayrıca araştırmacılara bu konuda derinlemesine bir bakış açısı kazandırılması hedeflenmektedir.

Anahtar kelimeler: Zekâ, örgütsel zekâ, sağlık kurumları

ORGANIZATIONAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Abstract

The healthcare sector is facing rapid development and change. At the forefront of these changes are many factors that will affect organizational structure, such as patient expectations of the sector, digital and technological innovations, rapidly changing market conditions, changes in management structures, and national and international legal regulations. It is imperative that organizations possess the intelligence to adapt to this changing environment. This organizational intelligence will enable institutions to adapt to changing conditions, use the information provided effectively in the right place and at the

right time, and act more consciously in the face of innovations in the sector. The concepts of intelligence and organizational intelligence are critical requirements for development in the healthcare sector. A review of the literature shows that when intelligence and organizational intelligence are evaluated together, they can lead to positive results in the healthcare sector. By taking these concepts into account, healthcare organizations can play a role in progressing by following the steps of the organizational intelligence process: perception, understanding, interpretation, and adaptive behavior. This study provides a general overview of the concepts of intelligence and organizational intelligence and includes information from the literature. It focuses on the importance of organizational intelligence in the healthcare sector and its impact on the sector, discussing how healthcare organizations can develop this capability. It also aims to provide researchers with an in-depth perspective on this topic.

Keywords: Intelligence, organizational intelligence, healthcare institutions

GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektörü, hızla değişen ve karmaşık bir ortam içinde faaliyet göstermektedir. Sağlık teknolojilerinin hızlı değişim ve gelişimi, artan hasta beklentileri ve kaynakların sınırlı olması, sağlık kurumlarının yönetim süreçlerini zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında verimli çalışma ortamının kurulabilmesi ve etkili bir şekilde yönetilebilmesi için yenilikçi yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yenilikçi yaklaşımlardan biri olan örgütsel zekâ, kurumların değişen koşullara adapte olabilmesi, verilen bilgiyi doğru yerde ve doğru zamanda etkin bir şekilde kullanabilmesi ve sektördeki yenilikler karşısında daha bilinçli hareket edebilmesi açısından önem arz etmektedir. Özellikle sağlık sektöründe örgütsel zekânın etkili bir şekilde kullanılması, kaliteli hizmet sunumu ve rakiplere karşı rekabet üstünlüğü sağlanması açısından kurumlara önemli katkılar sunmaktadır.

Sağlık sistemlerindeki operasyonel zorluklar, hızlı müdahale aciliyeti ve yanlış kararların geri dönüşümlü etkileri göz önüne alındığında, örgütsel zekâ gerçek zamanlı veri analizleriyle sağlık profesyonellerinin eşzamanlı doğru ve bilinçli karar alım süreçlerini doğrudan desteklemektedir. Örgütsel zekâ, yöneticilerin ve personellerin karar verme süreçlerinde kullanılan bilgiyi analiz

etme, ekipler arasındaki iletişimi güçlendirme, işbirliği sağlama ve sürekli gelişimi teşvik etme becerilerini de geliştirmektedir. Örgütsel zekâ, sağlık çıktılarının iyileştirilmesi, hasta ihtiyaçlarına daha hızlı bir şekilde yanıt verilmesi ve tedavi süreçlerini iyileştirme gibi alanlarda büyük yararlar sağlamaktadır. Ayrıca örgütsel zekâ sağlık kurumlarının rekabet üstünlüğü ve sürdürülebilir başarı elde etmesine olanak tanımaktadır.

Örgütsel zekâ, son yıllarda üzerinde çokça konuşulan ve birçok araştırmaya konu olmuş bir kavramdır. Bu bağlamda kitabın bu bölümünde zekâ ve örgütsel zekâ kavramlarına genel bir bakış sunularak literatür bilgisine yer verilmiştir. Ayrıca örgütsel zekânın boyutları, önemi ve geliştirilmesi konularına değinilmiştir. Sağlık sektöründe örgütsel zekânın önemi ve sağlık kuruluşlarının bu yeteneği nasıl geliştirilebileceği ele alınmıştır. Örgütsel zekânın geliştirilmesi ve sağlık sektöründeki etkisi üzerine odaklanılarak, araştırmacılara bu konuda derinlemesine bir bakış açısı kazandırılması hedeflenmektedir.

1. ZEKÂ KAVRAMI

20. yüzyılın başından bu yana zekâ, bir kişinin sahip olduğu ve geleneksel zekâ testleri ile test edilebilen niceliksel miktara sahip olmakla birlikte niteliksel açıdan da birçok farklı özelliklerin ve yeteneklerin yan yana gelmesiyle oluşan nitelikler olarak kavramsallaştırılmaktadır (Bilgin, 2021). Zekâ, insanların akıl yürütme, yeni bilgiler keşfetme, karar alma süreçlerini ifade eden kapsamlı bir kavramdır. Bunun yanı sıra zekâ, algılama, genelleme, çağrışım yapma, belleme, yargıda bulunma, imgeleme, soyutlama gibi bir dizi bilişsel işlevlerin tümünü içerebilir. Bu işlevler kişinin amaçlı eylem yapabilmesi, ussal yargılamalar yapabilmesi ve çevresine uyum sağlayabilmesi açısından önemlidir. Zekâ, bireyin çeşitli bilişsel işlevleri kullanarak gerçek dünya veya sanal dünya sorunlarını da çözebilme yeteneği ile ilgilidir ve bu yetenekler çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilmektedir (Demirtaş ve Güneş, 2002).

Zekâ, farklı sorunları ve durumları anlamayı ve semboller kullanmayı gerektiren, problemleri çözme, karar verme, öğrenme, ve yaratıcılık gibi zihinsel süreçleri kullanarak çözme yeteneğidir. Zekâ, bireyin bilişsel yeteneklerinin geniş bir yelpazesini kapsar ve matematiksel, sözel, uzamsal, kinestetik ve sosyal becerileri içerebilmektedir. Zekâ, doğuştan gelen kalıtsal

faktörlerle ve çevresel faktörlerle etkileşim halinde gelişir. Zekâ, genellikle IQ (zekâ katsayısı) testleri olarak ölçülür. Ancak IQ testleri sadece belirli bir yönü ölçer ve zekânın tamamını yansıtmaz. Çoklu zekâ teorisi gibi yaklaşımlar, zekânın farklı türleri ve çeşitli alanlardaki yetenekleri tanımlamayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşımlar, bireylerin farklı alanlarda farklı zekâ türleriyle öne çıkabileceğini öngörmektedir. Zekâ tek başına değerlendirilemez ve kişinin kendisini geliştirmesi, öğrenme sürecinde aktif rol alması, toplumdaki rolü, yaşam kalitesi gibi faktörlerin de etkileyebileceğini ve tek boyutlu yaklaşımlarla değerlendirilemeyeceği önemli bir husustur (Çakır, 2008).

2. ÖRGÜTSEL ZEKÂ

Örgütsel zekâ, amaçlarına yönelik davranışlar sergileme, örgütsel bilgiyi oluşturma ve erişim sağlayabilme, uygun hareketleri seçebilme ve yönetme yeteneği ayrıca eylemlerin sonuçlarını izleme yeteneği gibi niteliklerin bir araya gelmesini ifade eder (Erçetin, 2004). Stalinski (2004), bir örgütün beynini harekete geçirmesi ve beynin gücünü iş yapmaya odaklaması olarak tanımlamıştır. Diğer taraftan örgüt zekâsı kavramı ise örgütün çevresine stratejik olarak uyum sağlamak için bilgi yaratma ve yarattığı bilgiyi işleme yeteneğini ifade eder (Yıldırım, 2006). Bu kavram bireylerin zekâsının, duygusal ve rasyonel zekâ gibi çeşitli boyutlarının tamamını içerir. Bir örgütün içinde yer alan yapı, çevre ilişkileri, kültür, stratejik süreçler, gibi alt sistemlerle bütünleşen ve bilgi teknolojisiyle desteklenen problem çözme kabiliyeti olarak da tanımlanabilir (Halal, 1998).

Abrecht örgütsel zekâ kavramını açıklamaya çalışırken bu tanımın belirli şartları karşılamaının önemini vurgulamıştır. Abrecht tarafından örgütsel zekâ tanımlanırken dikkate alınması gereken unsurlar şunlar olduğunu belirtmektedir (Abrecht, 2003; Bilgin, 2021):

- Kapsamlılık: Liderlere örgütsel başarının her yönünü ele alma, değerlendirme ve kurallarını belirleme konusunda geniş kavramsal çerçeve ve ortak bir referans sistemi sunmalıdır.
- Gerçekçilik: Örgütlerin günlük iş ve yaşam gerçekleriyle yüzleştiği ve bu nedenle ütöpik kolektif davranış kurallarının uzun vadede başarı şansının minimum seviyede olduğu fikrini vurgulamaktadır.

Bu nedenle gerçekçi beklentilerle iş ve yaşam şartlarına uygun kolektif davranış normları benimsenmelidir.

- Kuralcılık: Tanımlanan işlerin yürütülebilmesi için gerekli olan eylemlerin, stratejilerin ve uygulamaların yol ve yöntemlerini belirlemeyi vurgulamaktadır.
- Sempatiklik: Her örgüt içindeki davranış kalıplarını, değer sistemlerini, geleneklerini, inançlarını, tabularını ve kolektif sorunlarını dikkate almalarını ve her bir örgüte özgü olabilecek şekilde hareket etmelerini önerir.
- Gelişime Yönelik Olma: Liderlerin gelişimi teşvik etmek amacıyla doğru uygulamaları hayata geçirmek için akıllı ve özenli bir çaba göstermelerini vurgular.

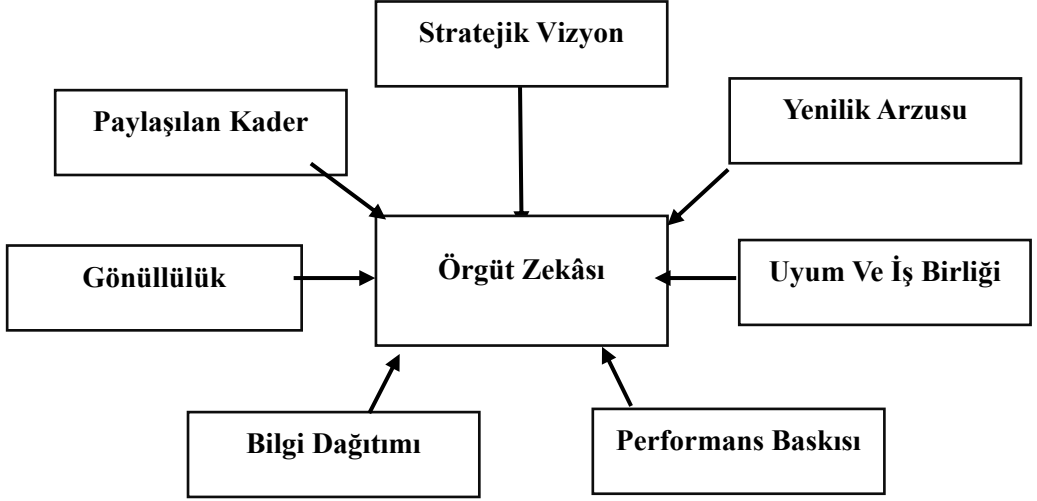
Bu bilgiler temelinde örgütsel zekâ, bir örgütün tüm beyin gücünü harekete geçirme ve bu gücünü amaca ulaşmaya odaklama kapasitesini ifade etmektedir (Albrecht, 2003). Zeki örgütlerin bazı önemli özellikleri ise şu şekilde ifade edilmektedir (Bratianu ve diğerleri, 2006; Bilgin, 2021).

- Çalışanların sahip olduğu bilgilerin mümkün olduğunca kavranabilmesi: Zeki bireylerin örgüt içinde önemli bir etkileşimde bulunması gerekmektedir. Çalışanlar örgüt içinde çeşitli bilgilere sahiptir. Örgütler, kararlarını belirsizlik ve risk altında vermek zorunda olduğundan, zeki örgütler çalışanların bilgilerini bir araya getiren duygusal araçları kullanmalıdır.
- Örgütün hızla değişen ve öngörülmeyen ortamlara uyum sağlama kapasitesi: Yeni ve öngörülmeyen durumlarla karşılaştığında çözüm yolları geliştirebilme yeteneğini ifade eder. Zeki bir örgüt bu konuda daha başarılı olabilir ve bu deneyimlerden öğrenerek gelecekte kendisine yarar sağlayabilecek çözüm yollarını keşfedebilir.
- Örgütün organik olması: Zeki örgütler için çalışanlarına itaat etmelerini değil, işbirliği yapmalarını ve yaratıcı düşünciyi teşvik etmeyi hedefleyen bir yapılanmaya sahip olmalıdır.
- Entelektüel sermayenin gelişmiş olması: Örgütlerin birikimlerini ve bilgilerini başarılı bir şekilde bir araya getirebildikleri anlamına gelir. Bu nedenle, entelektüel sermayenin geliştirilmesi, örgütün zekâsına da katkı sağlar. Zeki örgütler, en değerli varlıklarının entelektüel

sermayesi olduğunun farkındadır ve bu sermayeyi sürekli olarak beslemek için çaba göstermelidir.

2.1. Örgütsel Zekânın Boyutları

Albrecht, örgütsel zekânın boyutlarının bir davranış kümesi, yapısal bir nitelik, süreç veya belirli bir çalışma şekli olmadığını, bunun yerine bir özellik olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, bu özelliklerin çeşitli öncüllerinin veya nedensel faktörlerinin bulunduğunu ileri sürmüştür. Bu öncüller, örgütlerin davranışlarını belirleyen, iş ortamının taleplerine uygun ürün, etkili liderliği, örgüt üyelerinin haklarını ve süreçleri, temel değerleri, açık hedefleri, uyumlu görevleri ve politikaları ifade etmektedir. Albrecht, örgütsel zekânın boyutlarını yedi başlık altında toplamıştır (Albrecht, 2002).



Şekil 1. Örgüt Zekâsının Yedi Boyutu (Albrecht,2002).

Kaynak: Albrecht, K. (2002). Organizational Intelligence & Knowledge Management: Thinking Outside the Silos. Executive White Paper. Erişim adresi <http://karlalbrecht.com/downloads/OI-WhitePaper-Albrecht.pdf>.

2.1.1.Stratejik Vizyon

Etkin örgütler, stratejilerini ve yapılarını içinde bulundukları çevresel koşullarla uyumlu biçimde şekillendirebilen yapılardır. Bu uyum, örgütsel başarının temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilir. Buna karşılık, etkinliği düşük örgütlerde çevresel parametrelerle yapısal-stratejik uyumun

zayıf olduğu sıkça gözlemlenir. Örgütün etkinlik düzeyini yükseltmek için ise çeşitli bütünleştirici mekanizmalardan yararlanılması gerekmektedir (Kutlu, 2002). Bu noktada örgütlerin, ulaşmak istedikleri amaçlara uygun düzenleyici bir ilkeye sahip olmaları kritik önem taşır. Liderlerin “Biz kimiz?” ve “Niçin varız?” gibi temel soruları sorması ve bu sorulara net yanıtlar üretebilmesi, söz konusu düzenleyici ilkenin inşasında belirleyici bir rol oynar. Stratejik vizyon, örgütün varlık nedenini tanımlama, gelecekteki gelişimine yön verme ve bu yönelimi açık bir biçimde ifade edebilme kapasitesini içerir. Bir örgütün amaç ve yönelimden yoksun olması durumunda ise örgütsel zekânın diğer boyutlarını harekete geçirmek oldukça güçleşir (Albrecht, 2003).

2.1.2. Paylaşılan Kader

Paylaşılan kader kavramı, örgüt içindeki bireylerin örgütün hedeflerini ve misyonunu anlamalarını ve ortak bir hedefe sahip olduklarını hissetmelerini, bireylerin örgütün başarısını kendileriyle doğal bir şekilde özdeşleştirmelerine olanak sağlamaktadır (Chaman ve diğerleri, 2016). Paylaşılan kader kavramı, yöneticilerin örgütlerine karşı hissettikleri ilgi duygusunu güçlendirebilir ve örgütlerinin geleceğini kendi gelecekleri gibi görmelerini sağlayabilir. Bu durum yöneticilerin örgütlerinin başarısı için sorumluluk sahibi olmasına ve daha büyük bir özveriyle çalışmalarına katkı sağlayacaktır (Toolarood ve Daryani, 2015). Örgütte yeri olan bireylerin misyonlarını bildiklerinde, ortak bir amaca yönelebilirler ve bu amaca ulaşmak için sinerjik bir şekilde hareket edebilirler. Ayrıca, bireylerin kendi hedeflerini anladıklarında, örgütün vizyonunu gerçekleştirmeye katkıda bulunabilirler. “Hepimiz aynı gemideyiz” duygusu, birlik hissi yaratır ve bu duygu bireyler arasında işbirliği sağlar. Örgüt içinde ortak bir başarı kavramının olması, çalışanların örgütüne bağlılık hissetmelerini ve örgüt için çaba harcamalarını teşvik eder (Albrecht, 2003).

2.1.3. Değişim Arzusu

Değişim; bir bütünün öğeleri arasında, öğelerin birbirleriyle ilişkilerinde nitelik ve nicelik olarak öncekine göre gözlemlenebilir bir farkın ortaya çıkmasıdır. Örgütsel değişim, yeni bir fikir ya da örgütün davranış şekline uyum sağlaması, adapte olması anlamına gelir. Bu değişim, örgütün farklı boyutları ve alt sistemleri arasındaki ilişkilerde her türlü meydana gelebilecek değişimi içerir. Örgütsel değişim kavramında; yenilikçilik, büyüme ve gelişme

yaratıcılık gibi olayları ve olguları kapsayabilir (Peker, 1995). Örgütlerdeki kültürlerin ve çalışma ortamlarının belirli bir düzeye yerleştiğini ve değişimin çalışanlar arasında tedirginlik yaratarak sorun olabileceğini belirtmektedir. Ancak değişimin aslında bir meydan okuma, yeni deneyimler için fırsat ve yeni durumlarla başa çıkabilme şansı olduğu ifade edilmektedir. Örgütler, karmaşık bir çevrede faaliyet gösterirken uyum sağlamak için birçok değişimle karşı karşıya gelir ve bu değişimlere başa çıkma zorunluluğu vardır. Bu nedenle, çalışanların değişime yönelik istekleri, istenen değişikliklere uyum sağlama yeteneğiyle stratejik bir vizyona ulaşmak için önemlidir (Albrecht,2003).

2.1.4. Gönüllülük:

Çalışanların örgüte belirledikleri standartlardan fazlasını sunma isteğini ifade eder. Bu yönüyle paylaşılan kaderden ayrılır. Örgütte gönüllük az ya da hiç olmadığında, çalışanlar sadece sorumluluk gereği işlerini yaparlar. Ancak gönüllüğün yaygın olduğu örgütlerde çalışanlar, örgütün beklentilerinin ötesinde katkıda bulunma isteğiyle hareket ederler. Gönüllük gösteren çalışanlar, örgütün başarısı için kendi başarılarını, örgütün başarısıyla özümsemesi ve bu sebeple başarılı bir örgüt olmasını arzu etmektedirler (Albrecht, 2002). Bir örgütün amaçlarına ulaşmak için çalışanların anlayışını ve katılımını sağlamak önemlidir. Bunu başarmak için örgüt, çalışma koşullarını iyileştirerek ve çalışanlara terfi ve ilerleme fırsatları sunarak çalışanların motivasyonunu ve bağlılık duygusunu artırabilir. Ayrıca, örgütün hedefleri ve stratejileri çalışanlara net bir şekilde iletmeli ve paylaşılmalıdır. Bu, çalışanların örgütün amaçlarını anlamasını ve kendilerini bu hedeflere bağlı hissetmelerini sağlayabilir. Böylece, çalışanların örgüte olan bağlılık duygusu artırılarak, verimlilik ve performans da artabilir (Chaman ve diğerleri, 2016).

2.1.5. İş Birliği Ve Uyum

Örgüt çalışanlarının, uyum içinde çalışmaları için örgüt içerisinde çatışma olmaması gerekir. Grup içerisinde bu durumu engellemek için görevler organize edilmeli, işler ve sorumluluklar bölünmeli ve çalışanların birbirleriyle etkileşim içerisinde bir dizi kurallar belirlenmelidir (Seğmen Demirkıran ve Korkmaz, 2022; Balkan Akar, 2022). Kurallar ve düzenlemeler olmadan örgütsel zekâyı oluşturmak güç olacaktır. Zeki bir organizasyonda bireyler misyonunu gerçekleştirmek için birlikte çalışacaklardır. Yöneticilerde bireysel enerjilerin ortak amaca yönelik hizalanmasını teşvik eder ((Albrecht, 2002).

2.1.6. Bilgi Dağıtımı:

Günümüzde, bir örgütün başarılı olması, bilgi ve verileri etkin bir şekilde kullanabilme yeteneğine bağlıdır. Bilgi elde etme, dönüştürme ve paylaşma, rekabetin yoğun olduğu karmaşık iş ortamlarında önemli bir yoldur. Örgütün içinde ihtiyaç duyulan temel bilgileri sağlamak ve örgüt içindeki bilgi akışını yönetmek için örgütsel zekâ gereklidir. Bununla birlikte, örgütsel zekâ aynı zamanda yeni fikirleri teşvik etmeli ve mevcut durumu sorgulamak için destek ve cesaret sağlamalıdır. Yani, örgütsel zekâ, örgütün bilgiye erişimini kolaylaştırırken, yenilikçilik ve düşünce özgürlüğünü teşvik etmelidir. Bu şekilde, örgüt rekabetçi olabilir ve sürekli gelişme sağlayabilir(Albrecht, 2003). Bir örgütün başarı veya başarısızlık düzeyi temel olarak bilgi ve verilerin etkili bir şekilde kullanımına dayanır. Bir örgütün faaliyetleri büyük ölçüde elde edilen bilgiye hızlı doğru kararlar verme becerisine bağlıdır (Chaman ve diğerleri, 2016).

2.1.7. Performans Baskısı:

Yöneticilerin yalnızca stratejik amaçları belirlemesi ve bu amaçlara ulaşmaya yönelik stratejiler geliştirmesi, örgütsel başarının sağlanması için yeterli değildir. Örgüt performansının sürdürülebilir biçimde gerçekleştirilebilmesi, performans baskısının oluşturulmasında bir dizi unsurun dikkate alınmasını gerektirir. Bu unsurların başında, çalışanların görev ve sorumluluklarının açık, anlaşılır ve şeffaf biçimde tanımlanması gelmektedir. Ayrıca tüm yönetim kademelerinin bu süreçte tarafsız, tutarlı ve adil bir yaklaşım benimsemesi kritik önem taşır. Üst düzey yöneticiler, çalışanların performansını olumsuz etkileyen sorunları gecikmeden tespit etmeli ve çözüm üretmede hızlı, kararlı bir tutum sergilemelidir. Bunun yanında çalışanlara düzenli, yapıcı ve gelişim odaklı geribildirim verilmesi, performans yönetiminin etkinliğini artırmaktadır. Başarıların zamanında ve uygun şekilde takdir edilmesi ise hem motivasyonu güçlendirmekte hem de örgütsel bağlılığı destekleyen önemli bir uygulama olarak öne çıkmaktadır (Albrecht, 2003).

2.2.Örgütsel Zekânın Önemi

Günümüzde örgütler sürekli değişen ve dinamik bir ortamda faaliyet göstermektedir. Bu nedenle, başarılı olabilmek ve varlıklarını devam ettirebilmek için sürekli olarak örgütsel değişikliklere ve dönüşümlere uyum

sağlamak önemlidir. Örgütlerin çevresi ekonomik, sosyal, politik ve teknolojik değişimlerle doludur ve bu değişimler hızlı bir biçimde gerçekleşmektedir. Bu dinamik çevre, örgütleri yapısal ve davranışsal olarak değişime zorlamaktadır. Bu sebeple, örgütlerin bu değişim ve dönüşümlerin farkında olmaları ve uygun şekilde tepki vermeleri önemlidir. Ayrıca insan kaynaklarını harekete geçirerek bu değişimlere uyum sağlamak ve imkânları en etkili biçimde değerlendirmek için bazı yeteneklere ihtiyaç vardır. Bu bağlamda örgütsel zekâ örgütler için yararlı bir araç olabilmektedir (Kiani ve diğerleri, 2015). Örgütsel zekâ, örgütün karmaşık ve belirsiz bir çevreyle karşılaşmasına yardımcı olarak, verimliliğini ve performansını artırmak için önemli ve rasyonel düşünce süreçlerini kullanmasına yardımcı olan önemli bir unsurdur (Kahkha ve diğerleri, 2015). Örgütsel zekâ, örgütlerin çevresel faktörleri kapsamlı bir şekilde analiz etmesi, örgütün sadece kendi iç işleyişine odaklanmak yerine, dış çevresinde meydana gelen değişiklikleri dikkate alarak, örgütlerin hayatta kalma mücadelesinde etkili bir araç olarak kabul etmelerine yardımcı olmaktadır (Khayat Moghadam ve diğerleri, 2014). Örgütlerin yüksek bir örgütsel zekâyâ sahip olmasının, bilgi dağıtımı, karar alıp verme ve operasyonel etkinlik açısından ön planda tutulan bir gösterge olduğu ifade edilmektedir. Bu durum örgütlerin çevrede meydana gelen değişikliklere çabuk bir şekilde tepki vermesini ve faaliyetlerini buna göre ayarlamasını sağlamaktadır. Yüksek örgütsel zekâyâ sahip olan örgütler performanslarını etkin bir şekilde izleyebilir ve bu sayede problemlerin nedenleri hakkında daha kolay çıkarım yapabilirler. Bu nedenle aynı faaliyet alanına sahip olan örgütler arasında daha yüksek örgütsel zekâyâ sahip olanların muvaffakiyet sahibi olacağı düşünülmektedir (Karami ve Torabi, 2015).

İletişim dünyasında zihinsel gücün, fiziksel güce kıyasla her zaman daha ileri seviye olduğu bir gerçektir. Bu zihinsel güce sahip olan örgütler, sektörlerinde benzersiz ve farklı özelliklere sahip olabilirler. Günümüzde örgütler hızla hareket ediyorlar ve sık sık değişiyorlar. Bu nedenle, örgütsel zekâyı doğru zamanda ve doğru şekilde kullanabilmek, örgütün sürekliliğinin temelini oluşturuyor. Örgütler örgütsel zekâ sayesinde görevleri yeniden tanımlayabilir ve uygun stratejiler geliştirebilirler. Ayrıca yüksek örgütsel zekâyâ sahip olan örgütlerde çalışanlar, deneyimlerinin ve önerilerinin değerlendirileceğini bildikleri için bilgi alışverişi ve aktarımı eğilimi daha da artabilir (Gholami ve diğerleri, 2013). Örgütsel zekâ, bir örgütün güçsüz yönlerini belirleyebilmesine ve olumlu yönlerini güçlendirebilmesine yardımcı

olan bir kavramdır. Bu zekâ türü temel olarak insan zekâsına dayanır ve örgütlerin esnekliğini artırabilecek sonu olmayan bir düşünce sermayesi olarak kabul edilir. Örgütsel zekâ, bilgi yönetimi ve örgütsel öğrenme konularında gelişmeler sağlar ve bilgi sahibi olma, yaratıcılık ve yenilik yapma yeteneklerini teşvik etmektedir (Gholami ve Safee, 2015).

2.3. Örgütsel Zekânın Geliştirilmesi

Örgüt içerisinde yapılabilecek bazı düzenlemelerle örgütsel zekâ geliştirilebilir. Bu düzenlemelerin çeşitli yolları vardır. Bunun sonucunda birçok fayda elde edilebilir. Bu değişiklikler örgütün kısa vadede başarılı olmasını sağlayabilir ve uzun vadede başarılı olmasını sağlayabilir ve hayatta kalmak, gelişmek için daha fazla umut sağlayabilir. Personelin morale olumlu etkisi olacak ve çalışanlar, kendilerini geliştirmek ve sorumluluklarını daha iyi yerine getirmek için azami özveriyle çalışacaktır. Zeki örgütler daha geniş sosyo-ekonomik sistemde, iyi yaşam standartları sağlama potansiyeline sahip olacaklardır (Veryand Project, 2006).

Örgütteki mevcut sistemlerin, örgütsel zekâda önemli bir kilit noktadır. Zeki olmayan sistemler bireyleri de zeki olmayan biçimde davranış sergileyerek bireylerin yetersiz hissetmelerine sebep olur. Eğer bir örgüt amacına uygun şekilde düzenlenmemişse, yaratıcı enerji boşa gitmiş olur. Sistemlerin hedeflerini ve amaçlarını etkin bir şekilde destekleyecek temel iş modelinin anlamlı olması gerekebilir. Bu nedenle örgütsel zekâ için bir alt yapı oluşturulmalıdır (Albrecht, 2003). Örgütsel zekâyâ ilişkin altyapılar becerilerin kullanılmasını kolaylaştırmaktadır. Örgütsek zekâ bir örgütün varlığını idame ettirmesi için gereken becerilerin potansiyelini ifade etmektedir. Bu çerçevede söz konusu beceriler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Erçetin, 2004):

- Eylem ve Tepkide Çabukluk: Bir örgütün kendisini etkileyebilecek olan her duruma en çabuk biçimde doğru tepkileri verebilme yeteneğidir. Ancak hareket ve tepki gerektiren durumların algılanmaması, yanlış tanımlanması veya doğru tanımlanmasına rağmen üst düzey yönetimin karar vermesi gereken durumlarda, bu yeteneğin etkili bir şekilde kullanılamayacağı ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple örgütlerde bürokratik süreçlerin azaltılarak uygun hareketlerin en çabuk biçimde gerçekleştirilebileceği bir ortamın oluşturulması

önemlidir. Bunun yanında, her bireyin kendi işinde yetkin olması gerekliliği de dikkate almak gerekmektedir.

- **Değişen Durumlara Uyum Sağlama:** Örgütün içinde bulunduğu değişen ortamlara uyum gösterebilme yeteneğidir. Bu yetenek, örgütün çevresinde ortaya çıkan karmaşık durumları anlayabilmesini, onları etkin bir şekilde çözebilmesini ve politikalar veya stratejiler geliştirerek uygulayabilmesini ifade eder. Bir örgütün hızlı bir şekilde eylem alabilme ve tepki verebilme becerisine sahip olmaması durumunda, değişen durumlara uyum sağlama konusunda zorluklar yaşayabileceği söylenebilir.
- **Yenilenebilme:** Örgütlerin gelişme ve ilerleme için yeni bilgi ve teknolojileri transfer edip kullanarak örgütsel gelişmeyi sağlamasıdır. Bu süreç, bilgi ve öğrenme kapasitesinin artışına dayanır ve bilişsel bir evrim sürecine dönüşerek değişimi teşvik eder. Bu şekilde yenilenebilen örgütler, dönüşüm yaratabilme yetenekleri sayesinde ilerlemelerini sağlayabilir.
- **Açık Fikirli Olabilme:** Örgüt içinde herkesin düşüncelerini özgürce ifade edebilmesi ve bütün önerilere ve görüşlere hoşgörüyle yaklaşılmasıdır. Bu özellik hem örgüt içindeki insanlar arasındaki iletişimi geliştirir hem de dış paydaşlarla ilişkileri sağlamlaştırabilir. Öte yandan bir örgütte açık fikirli olma yeteneği eksikse diğer yeteneklerinde tam olarak gelişemeyeceği ve ya aktif bir şekilde kullanılmayacağı söylenebilir.
- **Hayal Gücünü Kullanabilme:** Bireylerin örgütsel düzeyde yeni fikirler üretebilme, sorunlara farklı perspektiflerden yaklaşarak çözümler üretme ve önyargısız bir şekilde yeni fikirler geliştirme beceresini geliştirir ve bireylerin herhangi bir otoriteye bağlı kalmaksızın özgürce düşünebilmesini sağlar. Bireylerin hayal gücünü kullanması, yaratıcı potansiyellerini ortaya çıkararak örgütsel ilerleme için önemli bir unsurdur ve kişilerin bu yeteneklerini kullanmaları teşvik edilmelidir.
- **Sezebilme ve Öngörülü Olabilme:** Gerçekleşmiş ve ya gerçekleşme ihtimal taşıyan bir durumu fark etme, hissetme ve bu durumun olası sonuçlarını tahmin etme becerisidir. Bu yetenek, duygusal zekâ düzeyinde örgütsel bağlamda kullanılarak ortaya çıkabilir. Sezgiler, somut verilerin yorumlanmasını kolaylaştırır ve mantıksal düşünciyi

tamamlar. Geçmiş deneyimler, mevcut durumları anlamayı ve mevcut durumların gelecekteki olasılıklarını tahmin etmeyi kolaylaştırır. Bu sebeple geçmiş tecrübelerden yeterince faydalanmanın önemli olduğu bilinmektedir.

- **İşleyişte Esnek ve Rahat Olabilme:** Bir örgütün içerisindeki normların gerektiğinde değişebilir olması ve çalışanların birbiriyle sağlıklı etkileşim kurarak işbirliği yapabilme yeteneğini ifade eder. Ayrıca çalışanlara farklı yöntemlerle işlerini yapabilme özgürlüğü sağlanır ve bu şekilde örgütün çıkarları doğrultusunda hareket etme ahlakı benimsenir. Bürokratik süreçlerin hızlı karar almayı ve uygulamayı engellemeyecek şekilde azaltılması da önemlidir. Herkesin tercih yapabileceği seçenekler ve tercih özgürlüğüne sahip olması, örgütteki herkesin katılımını artırır. Ayrıca, önceden yapılan ya da gelecekte yapılması olası hataların kabullenilmesi de önemlidir. Ancak yasal ve yönetsel düzenlemeler zaman zaman bu esneklik ve rahatlık yeteneğinin kullanılmasını engelleyebilir. Bu sebeple etik sorunların çözülmesiyle birlikte esnek ve rahat olabilme yeteneği daha iyi kullanılabilir ve örgütsel zekânın diğer yeteneklerinin kullanımını da kolaylaştırabilir.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, sadece amaç ve hedeflerine ulaşmayı değil, aynı süre diliminde insan yaşamıyla ilgili sorumluluklara da sahip olduğu için diğer sektörlere kıyasla daha çevik olmak zorundadırlar. Bu çeviklik zeki personel ve uygun teknolojilerin kullanılmasıyla sağlanabilir. Eğer bir kuruluş zekice düşünen ve hızlı hareket eden personel ile çevik bir örgüt yaratır. Ayrıca, örgütsel zekâ ve öğrenme alanlarının oluşturulması da örgütsel çevikliği beraberinde getirir. Bu sayede, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar da daha hızlı, uyum sağlayabilen ve etkili bir yapıya sahip olurlar (Bahrami ve diğerleri, 2016).

Sağlık kurumları yönetimi açısından düşündüğümüzde, örgütsel zekânın geliştirilmesi birçok önemli fayda sağlar. Bu faydalar arasında güvenli ve doğru veriler elde etmek, maksimum seviyede kalite hizmet sunumunu sağlamak, klinik süreçleri iyileştirmek ve sınırlı kaynakları işlevsel bir şekilde yönetmek sağlık hizmetleri açısından oldukça karmaşık olduğundan iyi verilere dayanılmadan yönetilemezler. Bu yüzden, kullanılan verilerin mümkün

olduğunca kaliteli olması için gayret etmelidir ve maksimum seviyede örgütsel zekâ düzeyinde bu çabalara olanak sağlar (Hanson, 2011).

3. SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL ZEKÂ

Sağlık kurumlarında örgütsel zekâ, çeşitli meslek grupları, uzmanlar, teknolojiler, veriler ve müşterilerin bir arada faaliyet gösterdiği karmaşık yapılar olarak kabul edilir. Bu kurumların etkin bir şekilde yönetilmesi, örgütsel zekâ, iş zekâsı ve rekabetçi zekâ elde edilmesini ve bu zekâların entegre bir şekilde kullanılmasını sağlayarak birçok alanda değer yaratma potansiyeline sahiptir. Bu kavram, kaynakların nasıl bir araya getirileceği, kararların nasıl verileceği veya güçlendirileceği, değişen dünyada nasıl rekabet edileceği ve belirsizlikle nasıl başa çıkılacağı gibi konularda değer sağlayan bu yaklaşım sağlık kurumları tarafından benimsenerek güçlendirilebilir ve bu sayede çeşitli alanlarda değer yaratabilir (Karami ve Torabi, 2015).

Örgütsel zekâ, sağlık kurumlarının hizmet kalitesi açısından, performans ve ya üretkenlik üzerinde olumlu etkileri olan sağlık kurumlarının yöneticileri içinde gelişim ve sürekli öğrenmeleri açısından teşvik edici olabilir. Sağlık kurumlarının başarısını artırma potansiyeli olduğu görülmektedir (Khayat Moghadam ve diğerleri, 2014). Sağlık hizmetlerinin sunulması, bilgi sıkı bir ortamda gerçekleştiği için bilgi işleme sürecinin sağlık kurumlarında önemli bir katkısı olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık kurumları kendilerini etkileyebilecek olan fark etmeksizin bilgiye erişebilmeli ve bu bilgileri düzgün bir biçimde işleyerek örgütsel zekâlarını geliştirmelidirler. Bu rekabet avantajı sağlamak ve hedeflere ulaşabilmek için potansiyel bir kaynak olarak kullanılabilir (Spil, Stegwee ve Teitink, 2002; Torkmani ve Maymand, 2016).

Sağlık sektöründe, değişen çevresel koşullar ve hizmetlerin hem kabul edilebilir kalitede hem de uygun maliyetle sunulma zorunluluğu göz önüne alındığında sağlık kurumlarının çevik olma ihtiyacı önem kazanmaktadır. Bu durumda zeki ve yenilikçi yaklaşımlara vurgu yapılarak, sağlık kurumlarının zihinsel yeteneklerini en üst düzeyde kullanmaları gerektiği düşünülmektedir. Bu şekilde, sağlık kurumlarının çeviklikleri artırılarak kabul edilebilir kalitede hizmet sunma ve etkili hizmet sunulması hedeflenir (Chaman ve diğerleri, 2016). Örgütsel zekâ seviyesinin artırılması ve örgütsel zekâ kültürünün oluşturulması, sağlık sektörünün daha optimal bir performansla yönetilmesini

sağlar. Değişen sağlık sektörü koşullarında yeni değişimlerle karşılaşıldığında daha uygun kararlar verebilmelerine olanak tanır (Tofighi ve diğerleri, 2014).

Örgütsel zekâ, tıpkı diğer örgütler de olduğu gibi sağlık sektörü için de büyük bir etkiye sahiptir. Bu kavramın değerlendirilmesi, bir sağlık kurumunun güçlü ve zayıf taraflarının belirlenmesine ve performansının geliştirilmesine yardımcı olur (Khayat Moghadam ve diğerleri, 2014). Bilgi sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin kalitesini iyileştirilmek için bilginin kullanılması önemli bir altyapıdır. Sağlık kurumu yöneticileri, örgütsel zekâ kullanarak doğru ve vaktinde elde edilen bilgileri analiz ederek örgütlerin kalitesini değerlendirebilirler (Bilgin, 2021). Sağlık kurumlarının daha iyi kararlar almasına ve sürekli olarak kendilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.

4. SONUÇ

Bu çalışmada, zekâ, örgütsel zekâ kavramlarının sağlık kurumlarında ne denli önemli olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada, zekânın bireylerin problem çözme, bilgi işleme becerileri ve bilişsel kapasiteleri üzerindeki etkilerine sıklıkla değinilmiştir. Çalışmalar sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin ve personellerin bireysel zekâ düzeylerinin, kurumun başarısı için önemli bir belirti olduğunu ortaya koymaktadır. Üstelik sağlık sektöründe maksimum zekâ seviyesine sahip olan personellerin hızlı karar alıp verme süreçlerinde, karmaşık sorunları çözme becerilerine ve yenilikçi düşünce gibi yeteneklerinin önemli olduğu görülmüştür. Örgütsel zekâ ise bir sağlık kuruluşunun bütününe ele aldığımızda, personellerin bilişsel yeteneklerini ve bilgiyi hızlı ve isabetli bir şekilde işleme süreçlerini nasıl entegre ettiğini ifade etmektedir. Bu çalışma, örgütsel zekânın sağlık sektöründeki yerinin önemine ve performansı artırıcı belirleyici bir rol oynadığını vurgulamaktadır.

Örgütsel zekâyâ sahip sağlık kuruluşlarının değişen ortamda başarılı olmaları ve devamlı bir rekabet üstünlüğü elde etmesiyle öne çıkmaktadır. Sağlık kuruluşlarındaki organizasyonlar için zekâ ve örgütsel zekâ düzeylerini değerlendirmelerini ve gerektiğinde bu alanlarda gelişim göstermelerine imkân tanımaktadır. Sağlık sektöründeki organizasyonlar için zekâ ve örgütsel zekânın değeri giderek daha fazla anlaşılmaktadır. Bu çalışma zekâ ve örgütsel zekâ düzeylerinin değerlendirilmesi ve gerektiğinde bu alanlarda gelişim sağlamaları gerektiğine dikkat çekmektedir. Bireylerin ve örgütlerin zekâ ve

örgütsel zekâya ilişkin etkili kararlar alınmasını ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunacaktır. Bu nedenle sağlık kuruluşları örgütsel zekâ seviyelerini artırmak için yönetim ve eğitim stratejileri geliştirebilirler. Zekâ ve örgütsel zekâ geliştirme programları gerçekleştirilebilirse kuruluşların ve personellerin daha etkin bir şekilde performans sergilemelerini destekleyebilir. Ek olarak bu programlar sayesinde sağlık sektöründeki yenilikçilik, kalite ve hasta güvenliği gibi önemli hedeflere ulaşmada da önemli destek sağlayabilir.

Sonuç olarak, zekâ ve örgütsel zekâ kavramları sağlık sektöründeki gelişim için kritik bir gereklilik arz etmektedir. Literatür incelemesinde, zekânın ve örgütsel zekânın birlikte değerlendirildiğinde sağlık sektöründe olumlu sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Sağlık kuruluşları bu kavramları dikkate alarak, algılama, anlama, yorumlama ve adapte davranış örgütsel zekâ süreci adımlarını takip ederek ilerleme göstermelerinde rol oynayabilir. Bu çalışmanın sınırlayıcı faktörleri de göz önüne alındığında, gelecekteki araştırmalarda zekâ ve örgütsel zekâ kavramlarının daha farklı araştırmalara konu olması açısından incelenmesi önemli olacaktır. Bu kavramlar geliştirilerek en etkili sağlık hizmeti sunumunun daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri ve daha çok çalışma yapılması, sağlık sektörünün bu alanda geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu alanda yapılan gelecekteki çalışmalar, sağlık sektöründe zekâ odaklı stratejilerin geliştirilmesine ve uygulanabilir olmasına ışık tutmaktadır.

KAYNAKÇA

- Albrecht, K. (2002). Organizational Intelligence & Knowledge Managment: Thinking Outside the Silos. Executive White Paper. Erişim Adresi: <http://karlalbrecht.com/downloads/Ol-WhitePaper-Albrecht.pdf>.
- Albrecht, K. (2003). The power of minds at work: Organizational intelligence in action. Amacom Books.
- Aydıntan, B.(2011). Örgüt Zekâsı ve Yönetimi: Kavramlar-Modeller-Uygulama. Gazi Kitabevi.
- Bahrami, MA, Kiani, MM, Montazeralfaraj, R., Zadeh, HF ve & Zadeh, MM (2016). Örgütsel zekâ ve örgütsel çeviklik ilişkisinde örgütsel öğrenmenin aracı rolü. *Osong Halk Sağlığı Ve Araştırma Perspektifleri*, 7 (3), 190-196.
- Balkan Akan, B (2022). Örgütsel Zeka. Editör (Agah Sinan ÜNSAR), Bilgi Yönetimi “kavramsal Bir Bakış Açısı” Paradigma Akademi.
- Bilgin, İ. (2021). Örgütsel Zekâ Düzeyinin, Hastane Yöneticilerinin Stratejik Düşünme Becerileri Üzerindeki Etkisi. Ankara Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Brătianu, C. (2017). Foreword. The knowledge economy: the present future. *Management Dynamics in the Knowledge Economy*, 5(4), 477-479.
- Bratianu, C., Vasilache, S., & Jianu, I. (2006). In search of intelligent organizations. *Management & Marketing*, 1(4). 71-84.
- Chaman, K., Hesam, S. ve Yazdanpanah, A. (2016). Şiraz Tıp Bilimleri Üniversitesi'nin örgütsel zekâsı ile hastane çevikliği arasındaki ilişki. *Uluslararası Klinik ve Biyomedikal Araştırma Dergisi*, 24-30.
- Çakır, R. (2008). Örgütsel Zekânın Geliştirilmesine İlişkin Yapılan Bir Çalıştayın Örgütsel Zekâ Düzeyinin Geliştirilmesine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Demirtaş, H.,& Güneş, H.(2002). Eğitim Yönetimi ve Denetimi Sözlüğü. Anı.
- Erçetin, Ş.Ş.(2004). Örgütsel Zekâ ve Örgütsel Aptallık, Asil Yayın Dağıtım. Ankara.
- Gholami, S. ve Safaee, S. (2015). Örgütsel zekâ ile yöneticilerin performansı arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 155-165.

- Gholami, T., & Sepasi, H. Nourbakhsh, p.(2013). Organizational intelligence and citizenship behavior in organizational success. *European Journal of Zoological Research*, 2(6), 63-69.
- Halal, W.E., (1998). Organizational Intelligence. What is It and How Can Manager Use It to Improve Performance, s.21.
- Hanson, RM (2011). İyi sağlık bilgisi bir yük değil, bir varlık. *Avustralya Sağlık İncelemesi*, 35(1), 9-13.
- Kahkha, AO, Pourghaz, A. ve Marziyeh, A. (2015). Örgütsel zekânın yenilik yönetimi ve bir kuruluştaki kariyer gelişimi ile ilişkisinin incelenmesi. *Davranış ve Beyin Bilimi Dergisi*, 5(10), 395-404.
- Karami, M. & Torabi, M. (2015). Hastanede değer yeniliği: Entelektüel sermayeyi yöneterek kurumsal IQ'yu artırın. *Açta Bilişim Medika*, 23(1), 57.
- Khayat Moghadam, S., Tabatabaee, S. S., & Asadi, M. (2014). Efficacy of organizational intelligence on hospitals' performance indicators. *World Appl Sci J*, 31(6), 1131-7.
- Kiani, MP, Jozam, MP ve Jozam, MP (2013). Örgütsel Zekâ, günümüz örgütlerinin hayatta kalma faktörü. *International Journal of Advanced Studies in Humanities and Social Science*, 1 (5), 469-484.
- Kutlu, M. (2002). Örgütsel Yapı ve Strateji, web: <http://www.merih.net/m2/str/strayap.htm>.
- Peker, Ö.(1995). Yönetimi geliştirmenin sürekliliği, Ankara: TODAİE, 24.
- Seğmen Demirkıran, R., & Korkmaz, O. (2022). Örgütsel zekânın örgütsel çeviklik üzerindeki etkisinde örgütsel öğrenmenin aracı rolü. *Journal of Emerging Economies and Policy*, 7(2) 458-482.
- Spil, T. A., Stegwee, R. A., Teitink, C. J. (2002). Business intelligence in healthcare organizations. In System Sciences, 2002. HICSS. Proceedings of the 35th Annual Hawaii International Conference on (pp. 9-pp). IEEE.
- Stalinski, S. (2004). Organizational intelligence: A systems perspective. *Organization Development Journal*, 22(2) 55-67.
- Tofighi, S., Ebadi, A., Zaboli, R., Rostam Niakan Kalhori, S., Abdi, M., Basirat, MH ve Feyzi, E. (2015). Baqiyatallah Hastanesinde İş Zekâsı Araştırması: Deneyimimiz ve Literatür Taraması (Tahran, 2014). *Uluslararası Tıp İncelemeleri Dergisi*, 1 (4), 163-167.

- Toolarood, F.B., & Daryani, S. M. (2015). An investigation into the relationship between the organizational intelligence and the performance of Melli and Mehr Eghtesad banks managers in Ardabil. *International Journal of Organizational Leadership*, 4, 374-391.
- Tura, B.,(2022). Örgütsel Zekâ Düzeyinin Öğretmenlerin Yenilikçi Çalışma Davranışları Üzerindeki Etkisi. Ankara Hacettepe Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Veryand Projects,(2006) Impoving Organizational Intelligence [http://www.veryard.com/innovation /index htm](http://www.veryard.com/innovation/index.htm). Ekim.
- Yıldırım, E. (2006). Örgütsel Öğrenmenin Öncülü Olarak Örgütsel Zekâ: Teori ve Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

BÖLÜM 4

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KURUMSAL İTİBARIN STRATEJİK ÖNEMİ: İÇSEL PAZARLAMA, ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME VE PSİKOLOJİK KAYNAKLAR BAĞLAMINDA BÜTÜNCÜL BİR ANALİZ

Dr. Yasemin BASKINDAĞLI¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070122>

¹ Bağımsız Araştırmacı, Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi,
ybaskindagli@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9021-0305

Özet

Bu kitap bölümü, sağlık sektöründe kurumsal itibarı dış iletişim faaliyetlerinin ötesinde, örgüt içi süreçler tarafından şekillenen stratejik bir örgütsel sermaye olarak ele almaktadır. Çalışma, kurumsal itibarın sağlık kurumlarında içsel pazarlama uygulamaları, örgütsel özdeşleşme ve çalışanların psikolojik kaynakları aracılığıyla içten dışa doğru inşa edildiğini ortaya koymaktadır. Bu süreçte çalışan davranışlarının tutarlılığı, hasta güveni ve dış paydaş değerlendirmeleri üzerinden kurumsal itibarı güçlendirmektedir. Bölüm, sağlık yönetimi literatürüne çalışan merkezli ve sürdürülebilir bir kuramsal çerçeve sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kurumsal itibar, strateji, içsel pazarlama, örgütsel özdeşleşme, psikolojik kaynaklar, sağlık sektörü

THE STRATEGIC IMPORTANCE OF CORPORATE REPUTATION IN THE HEALTHCARE SECTOR: A HOLISTIC ANALYSIS IN THE CONTEXT OF INTERNAL MARKETING, ORGANIZATIONAL IDENTIFICATION, AND PSYCHOLOGICAL RESOURCES

Abstract

This book chapter examines corporate reputation in the healthcare sector as a strategic organizational asset shaped by internal organizational processes rather than external communication alone. The study argues that corporate reputation is built from the inside out through internal marketing practices, organizational identification, and employees' psychological resources. Consistent employee behaviors enhance patient trust and external stakeholder evaluations, thereby strengthening corporate reputation. The chapter offers an employee-centered and sustainability-oriented conceptual framework for healthcare management literature.

Keywords: Corporate reputation, strategy, internal marketing, organizational identification, psychological resources, health sector.

GİRİŞ

Sağlık sektöründe kurumsal itibar, yalnızca dış paydaşlara yönelik bir marka imajı ya da iletişim stratejisi olarak ele alınamayacak kadar derin, dinamik ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Klinik uygulama ortamlarında itibar; hasta güveni, çalışan davranışları ve ekip içi iş birliği üzerinden günlük hizmet pratiklerinde somut biçimde görünür hâle gelmektedir. Hastaların en kırılgan anlarında kuruma duydukları güven, çoğu zaman klinik verilerden ziyade sağlık çalışanlarının empatik yaklaşımı, şeffaf iletişimi ve ekip içi profesyonel uyumun hastaya yansıyan bütünlüğüyle şekillenmektedir. Bu yönüyle kurumsal itibar, yönetsel bir politika olmanın ötesinde; kurum kültürü, çalışan deneyimi ve hasta etkileşiminin bütünleşik bir çıktısı olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin emek yoğun ve yüksek sorumluluk gerektiren yapısı, çalışanların moral düzeyi, psikolojik dayanıklılığı ve kuruma yönelik aidiyet hissini kurumsal itibarın temel belirleyicileri hâline getirmektedir. Çalışanların kendilerini değerli hissetmeleri, mesleki rollerini net biçimde tanımlamaları ve kurum kimliğini içselleştirmeleri, dış paydaşlara yansıyan itibar algısının oluşumunda kritik rol oynamaktadır. Bu bağlamda içsel pazarlama, çalışanların kurumla kurdukları psikolojik bağı güçlendiren ve kurumsal itibarın sürdürülebilirliğini destekleyen stratejik bir yönetim aracı olarak öne çıkmaktadır.

Kurumsal itibarın oluşum sürecini açıklamada Sosyal Kimlik Teorisi (Social Identity Theory - SIT) ve Kaynakların Korunması Teorisi (Conservation of Resources Theory - COR) önemli kavramsal çerçeveler sunmaktadır. Sosyal Kimlik Teorisi, çalışanların kurumlarıyla özdeşleşme düzeylerinin hem hizmet davranışlarını hem de dış paydaşlara yansıyan kurumsal algıyı şekillendirdiğini ortaya koymaktadır. COR Teorisi ise sağlık çalışanlarının psikolojik sermayelerinin – öz yeterlik, dayanıklılık, umut ve iyimserlik- kurumsal itibar algısını besleyen temel kaynaklar olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle yoğun bakım gibi stres düzeyi yüksek klinik ortamlarda, çalışanların psikolojik kaynaklarının güçlü olması hem bakım kalitesine hem de kurumsal itibar algısına doğrudan yansımaktadır.

Küresel ölçekte hızla büyüyen sağlık turizmi, kurumsal itibarın uluslararası rekabet boyutunu daha görünür hâle getirmiştir. Günümüzde hastalar, tedavi amacıyla ülke ve sağlık kurumu seçerken yalnızca tıbbi başarıyı

değil; etik yönetim anlayışını, çalışan memnuniyetini, uluslararası akreditasyon düzeyini, dijital görünürlüğü ve hizmet kalitesini birlikte değerlendirmektedir. Bu nedenle kurumsal itibar, sağlık turizminde basit bir tercih unsuru olmaktan çıkarak doğrudan ekonomik değer üreten stratejik bir rekabet avantajına dönüşmüştür.

Bu bölümde sağlık sektöründe kurumsal itibarın stratejik önemi; içsel pazarlama uygulamaları, örgütsel özdeşleşme süreçleri ve çalışanların psikolojik kaynakları bağlamında bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Kurumsal itibarın hem çalışan davranışları hem de dış paydaş algıları üzerindeki etkileri değerlendirilmekte; sağlık turizmi perspektifi doğrultusunda itibarın değişen rolü tartışılmaktadır. Amaç, sağlık kurumlarında kurumsal itibarın nasıl inşa edildiğine, nasıl sürdürülebilir hâle getirildiğine ve çalışan deneyimi üzerinden nasıl güçlendirilebileceğine ilişkin kapsamlı bir çerçeve sunmaktır.

Bu bölümde sunulan modelin öncül bir versiyonu, yazar tarafından daha önce bir bilimsel bildiride sunulmuş olup, bu çalışmada sağlık sektörü bağlamında kuramsal olarak genişletilmiş ve derinleştirilmiştir.

1. KURUMSAL İTİBAR KAVRAMI

Kurumsal itibar, bir kurumun zaman içerisinde sergilediği davranışların, sunduğu hizmetlerin, paydaşlarla kurduğu ilişkilerin ve topluma sağladığı katkıların bütüncül bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Fombrun ve Van Riel (2004), kurumsal itibarı kurumun paydaşlar gözündeki genel değerlendirmesi olarak ele almakta ve itibarın, kurumun geçmiş performansının dış dünyada bıraktığı izlerden oluştuğunu vurgulamaktadır. Bu yönüyle itibar, kısa vadeli iletişim faaliyetlerinden ziyade, uzun vadeli örgütsel davranış örüntülerinin bir sonucudur.

Sağlık sektöründe kurumsal itibar, hizmetin doğası gereği daha hassas ve kırılğan bir yapı sergilemektedir. Sağlık hizmetleri yalnızca teknik çıktılardan değil; yoğun insan etkileşimi, duygusal süreçler ve yüksek risk içeren karar mekanizmalarından oluşmaktadır. Chun (2005), kurumsal itibarı duygusal, sosyal ve işlevsel olmak üzere üç temel boyutta ele almakta; bu boyutların sağlık hizmetlerinde çalışan tutumu, iletişim biçimi, empati düzeyi ve süreç yönetimi üzerinden somutlaştığını belirtmektedir. Bu özellikler, sağlık

kurumlarında itibarın yalnızca sonuçlarla değil, süreçlerin nasıl yönetildiğiyle de şekillendiğini göstermektedir.

Yoğun bakım, acil servis ve onkoloji gibi kritik klinik birimlerde çalışanların davranışları, kurumun genel itibarı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. OECD (2023) raporları, hasta güveninin yalnızca klinik başarıya değil; sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve tutumlarına da doğrudan bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık profesyonelinin sergilediği empatik yaklaşım, sabır ve iletişim dili, dış paydaşların kurum hakkındaki genel değerlendirmesini şekillendiren güçlü sinyaller üretmektedir.

Kurumsal itibar, aynı zamanda çalışanların kurumla kurdukları psikolojik bağ üzerinden inşa edilmektedir. Sosyal Kimlik Teorisi'ne göre (Tajfel ve Turner, 1979; Tajfel vd., 2001), çalışan kendisini kurumun bir parçası olarak algıladığında, kurumu dış paydaşlar karşısında temsil etme ve savunma eğilimi göstermektedir. Bu bağlamda içsel pazarlama uygulamaları, yalnızca bir insan kaynakları aracı değil; kurumsal itibarın içten dışa doğru inşa edilmesini sağlayan önemli bir psikolojik zemin oluşturmaktadır.

Kaynakların Korunması Teorisi (Hobfoll, 1989), çalışanların enerji, zaman ve psikolojik kaynaklarının tükenmesinin iş davranışları üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Sağlık sektöründe bu durum özel bir önem taşımaktadır; zira tükenmiş bir sağlık çalışanı, yalnızca bireysel performansı değil, kurumun dış paydaşlar nezdindeki itibar algısını da zedeleyebilmektedir. Bu yönüyle çalışan refahı, kurumsal itibarın korunmasında dolaylı ancak kritik bir rol üstlenmektedir.

Rafiq ve Ahmed (2000), içsel pazarlama uygulamalarının örgütsel bağlılık ve çalışan motivasyonu üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu ve bu etkinin kurumsal itibarı doğrudan desteklediğini belirtmektedir. Kurumun çalışanına verdiği değer, çalışan davranışları aracılığıyla dış paydaşlara yansımakta; sağlık çalışanlarının günlük pratiklerde sergilediği çok sayıda mikro davranış, kurumun dışarıda algılanışını şekillendiren görünmez bir vitrin işlevi görmektedir.

Sağlık turizminin büyümesiyle birlikte kurumsal itibar, uluslararası rekabet açısından da kritik bir unsur hâline gelmiştir. IMARC (2024) ve USHAŞ (2024) raporları, yabancı hastaların yalnızca tıbbi sonuçlara değil; kurumların etik duruşuna, çalışan tutumuna, iletişim kalitesine ve dijital görünürlüğüne göre karar verdiklerini göstermektedir. Bu durum, dijital

ortamda oluşan itibarın, gerçek hizmet deneyiminden önce belirleyici hâle geldiğini ortaya koymaktadır.

Bu çerçevede kurumsal itibar, sağlık sektöründe yalnızca dış iletişim faaliyetleriyle oluşturulan bir imaj değil; çalışan davranışları, kurum kültürü, yönetim tarzı, psikolojik sermaye ve etik duruşun birlikte şekillendirdiği çok boyutlu bir örgütsel gerçekliktir. İtibar, kurum içindeki davranış örüntüleri ve hizmet temas noktalarındaki mikro etkileşimler aracılığıyla sürekli olarak yeniden üretilmekte; her temas noktasında yeniden inşa edilmektedir. Bu nedenle kurumsal itibar, sağlık sektöründe durağan bir sonuç değil, sürdürülebilir biçimde yönetilmesi gereken stratejik bir soyut varlık olarak değerlendirilmektedir.

1.1. Kurumsal İtibarın Tarihsel Gelişimi ve Kavramsal Çerçevesi

Kurumsal itibar kavramı, 20. yüzyılın ortalarından itibaren işletmelerin toplumla ilişkilerinin yalnızca ekonomik çıktılar üzerinden değil; algı, güven ve değerler çerçevesinde de değerlendirilmesi gerekliliğiyle birlikte akademik literatürde görünürlük kazanmıştır. Fombrun ve Van Riel (2004), itibarı kurumun geçmiş performansı, paydaş beklentileri ve bu beklentileri karşılama düzeyi üzerinden şekillenen kolektif bir değerlendirme olarak tanımlamakta; itibarın tekil iletişim faaliyetleriyle değil, uzun vadeli davranış örüntüleriyle oluştuğunu vurgulamaktadır. Sağlık sektörü açısından bu yaklaşım, bir hastanenin imajının kısa vadeli tanıtım faaliyetlerinden ziyade, yıllar içerisinde biriken hasta deneyimleriyle belirlendiğini ortaya koymaktadır.

1950–1970 döneminde kurumsal itibar, kurumların kamuoyunda nasıl “anıldığı” ve “hatırlandığı” ile ilişkilendirilmiş; kavram büyük ölçüde halkla ilişkiler ve kurumsal iletişim alanlarının uzantısı olarak ele alınmıştır (Fombrun ve Van Riel, 2004). Bu dönemde itibar, çoğunlukla “duyulan isim” ve “kulaktan kulağa aktarılan ün” ile eşdeğer kabul edilmiştir. Benzer biçimde sağlık kurumları da uzun süre “şöhreti olan” ve “olmayan” hastaneler şeklinde ikili bir algı çerçevesinde değerlendirilmiştir.

1980’li yıllarla birlikte kurumsal itibar, yalnızca dışa dönük bir imaj unsuru olmaktan çıkarak kurum kimliği, örgüt kültürü ve paydaş ilişkilerini kapsayan çok boyutlu bir kavrama dönüşmüştür. Barnett, Jermier ve Lafferty (2006), 1980–2003 yılları arasında yapılan çalışmaları inceleyerek itibar

tanımlarını farkındalık temelli, değerlendirme temelli ve varlık temelli olmak üzere üç ana kategoride toplamıştır. Bu sınıflandırma, itibarın algısal, yargısal ve stratejik bir kaynak olarak birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Sağlık kurumları açısından bakıldığında bu durum, bir hastanenin hem tanınırlık hem saygınlık hem de rekabet avantajı sağlayan bir değer olarak algılanmasının eş zamanlı önem taşıdığını ortaya koymaktadır.

1990'lı yıllardan itibaren kurumsal itibar literatürü, örgütsel davranış ve sosyal psikoloji ile daha güçlü bir biçimde kesişmiştir. Ashforth ve Mael (1989), örgütsel özdeşleşme kavramı üzerinden çalışanların kendilerini ait hissettikleri kurumları dış paydaşlar karşısında temsil etme ve savunma eğiliminde olduklarını vurgulamıştır. Bu yaklaşım, kurumsal itibarı yalnızca dış paydaş algılarına indirgemek yerine, çalışanların iç dünyasında oluşan bir değer alanı olarak ele almaktadır. Sağlık bağlamında, kurumuna aidiyet duyan bir hemşirenin ya da hekimin günlük tutum ve davranışlarıyla kurumsal itibarı fiilen taşıdığı söylenebilir.

Aynı dönemde Hobfoll'un (1989) geliştirdiği Kaynakların Korunması Teorisi, itibarın sürdürülebilirliği açısından çalışan refahının kritik rolünü ortaya koymuştur. Teoriye göre bireyler; zaman, enerji ve psikolojik güç gibi kaynaklarını koruma ve artırma eğilimindedir; bu kaynakların tükenmesi ise stres ve tükenmişlik ile sonuçlanmaktadır. Sağlık kurumlarında bu durum, itibarın yalnızca dış iletişimle değil, içeride tükenmeyen insan kaynağıyla korunabileceğini göstermektedir. Tükenmiş sağlık çalışanları, farkında olmadan kurumsal itibar açısından sessiz ancak etkili bir risk alanı oluşturmaktadır.

2000'li yıllar, kurumsal itibarın ölçülebilir bir yönetsel değişkene dönüştüğü bir dönemi temsil etmektedir. Fombrun ve çalışma arkadaşları (1999), çok paydaşlı bir ölçüm aracı olan Reputation Quotient (RQ) ölçeğini geliştirerek itibarın karşılaştırılabilir biçimde değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Carmeli, Freund ve Weisberg (2006) ise örgütün dış prestijinin çalışanların örgütsel bağlılığı ve psikolojik sahiplenmesi üzerindeki etkisini ortaya koymuş; güçlü dış itibarın içsel motivasyon ve sorumluluk duygusunu artırdığını göstermiştir. Bu durum, sağlık kurumlarında saygın bir hastanede çalışmanın çalışanlarda gurur ve profesyonel sorumluluk duygusu yarattığını düşündürmektedir.

Zaman içerisinde kurumsal itibar kavramı disiplinler arası bir çerçeve kazanmıştır. Ekonomi literatüründe itibar, taklit edilmesi güç ve rekabet avantajı sağlayan soyut bir varlık olarak ele alınırken; pazarlama alanında kurum ile hedef kitle arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Örgütsel teori perspektifinde ise itibar, paydaşların kurumsal faaliyetleri anlamlandırırken oluşturdukları bilişsel temsillerin toplamı olarak tanımlanmaktadır. Bu çeşitlilik, itibarın yalnızca “iyi görünmek” değil; doğru davranmak, güven vermek ve uzun vadeli değer üretmekle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Son yıllarda sağlık sektörüne özgü çalışmalar, kurumsal itibarın sağlık hizmetlerinin niteliği, hasta güvenliği, klinik sonuçlar ve çalışan refahıyla doğrudan bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Harrison ve arkadaşları (2019), hasta güvenliği ve klinik kalite göstergelerinin sağlık kurumlarının itibarı üzerinde belirleyici olduğunu vurgularken; sağlık turizmi literatürü, uluslararası hasta tercihlerinde kurumsal itibarı temel belirleyiciler arasında göstermektedir (Kessler ve McClellan, 2020; IMARC, 2024; USHAŞ, 2024). Bu bulgular, sağlık kurumlarında itibarın yalnızca algısal değil, performans temelli bir yönetim alanı olduğunu ortaya koymaktadır.

Tüm bu tarihsel gelişim süreci birlikte değerlendirildiğinde, kurumsal itibar kavramının basit bir ün veya imaj anlayışından çıkarak; kurum kültürü, çalışan bağlılığı, etik yönetim, paydaş beklentileri ve maddi olmayan stratejik varlıkların birleşiminden oluşan çok katmanlı bir yapıya dönüştüğü görülmektedir. Sağlık sektörü açısından kurumsal itibar, yalnızca rekabet avantajı sağlayan bir unsur değil; hasta güveni, klinik kalite ve çalışan iyilik hâli ile doğrudan ilişkili stratejik bir yönetim alanıdır. Bu nedenle modern sağlık yönetiminde itibar, sonradan şekillendirilen bir vitrin değil; baştan itibaren özenle inşa edilmesi gereken temel bir yapı taşı olarak ele alınmalıdır.

1.2. Kurumsal İtibarın Bileşenleri

Kurumsal itibar, bir kurumun geçmiş performansı, paydaşlarla kurduğu ilişkiler, benimsediği iletişim dili, aldığı etik kararlar ve sunduğu hizmet kalitesi doğrultusunda oluşan çok boyutlu bir algısal yapıdır. Literatürde kurumsal itibarın tek bir değişkenle açıklanamayacağı; farklı boyutların etkileşimi sonucunda şekillenen dinamik bir süreç olduğu vurgulanmaktadır (Fombrun vd., 2000; Chun, 2005; Barnett, Jermier ve Lafferty, 2006).

Kurumların paydaşlar tarafından nasıl değerlendirildiği, duygusal, bilişsel, işlevsel ve etik unsurların bütüncül biçimde algılanmasına bağlı olarak oluşmaktadır.

Kurumsal itibarın bileşenlerine ilişkin bu çok boyutlu yaklaşım, sağlık sektörüne özgü çalışmalar kapsamında da kuramsal bir çerçeve içerisinde ele alınmıştır. Baskındağlı ve Altındağ'ın (2022) sağlık sektöründe içsel pazarlama ve kurumsal itibar ilişkisini inceleyen çalışmasında, kurumsal itibar; duygusal, bilişsel, işlevsel, sosyal ve etik olmak üzere beş temel boyutta değerlendirilmiştir. Özellikle sağlık hizmetlerinin yüksek etkileşimli ve insan odaklı yapısı nedeniyle, bu boyutların itibarın oluşumunda belirleyici bir rol oynadığı ifade edilmektedir. Söz konusu sınıflandırma, hem uluslararası literatürde öne çıkan yaklaşımlarla hem de sağlık sektörünün özgün dinamikleriyle uyumlu bir kuramsal zemin sunmaktadır.

Bu kuramsal çerçeve doğrultusunda, kurumsal itibarın sağlık sektöründe nasıl şekillendiğini ve paydaşlar tarafından hangi göstergeler üzerinden değerlendirildiğini daha ayrıntılı biçimde ortaya koyabilmek amacıyla, ilgili itibar bileşenleri aşağıda ayrı alt başlıklar altında ele alınmaktadır. Duygusal, bilişsel, işlevsel, sosyal ve etik boyutlar; literatürde en sık vurgulanan itibar alanlarını temsil etmenin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin uygulama dinamiklerinde belirleyici rol oynayan temel bileşenleri oluşturmaktadır. Bu kapsamda her bir boyutun sağlık kurumlarındaki özgün yansımaları açıklanarak, kurumsal itibarın çok katmanlı yapısı bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmektedir.

1.2.1. Duygusal Boyut (Emotional Appeal)

Duygusal boyut, paydaşların kuruma yönelik hislerini, güven düzeylerini ve sıcaklık ile samimiyet algılarını kapsamaktadır (Chun, 2005). Bir kurumun dış paydaşlar tarafından ne ölçüde beğenildiği, güvenilir bulunduğu ve olumlu duygularla ilişkilendirildiği, kurumsal itibarın bu boyutuna ilişkin temel göstergeleri oluşturmaktadır.

Sağlık sektöründe duygusal boyut, hizmetin doğası gereği diğer sektörlerle kıyasla daha belirgin bir önem taşımaktadır. Hastalar çoğu zaman kaygı, stres ve belirsizlik duyguları içerisinde sağlık kurumlarına başvurmakta; bu süreçte sağlık çalışanlarının iletişim tarzı, empatik yaklaşımı ve profesyonel tutumu, kuruma yönelik duygusal güvenin oluşmasında belirleyici olmaktadır.

Bir hemşirenin ses tonu, ilgisi ya da bir hekimin bilgilendirme biçimi gibi mikro düzeydeki etkileşimler, hastaların kurumu nasıl algıladığını doğrudan etkileyebilmektedir.

Sağlık yönetimi literatürü, hasta odaklı iletişim davranışlarının kurumsal güven ve bağlılık algısını güçlendirdiğini ortaya koymaktadır (Hong ve Oh, 2020). Bu nedenle duygusal boyut, sağlık kurumlarında kurumsal itibarın en görünür ve en kısa sürede etkilenen bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda bu boyut, diğer itibar bileşenlerinin algılanma biçimini de dolaylı olarak şekillendiren bir temel işlevi görmektedir.

1.2.2. Bilişsel Boyut (Cognitive / Rational Dimension)

Bilişsel boyut, paydaşların kurumun teknik kapasitesi, uzmanlık düzeyi ve ölçülebilir performans çıktıları üzerinden yaptıkları rasyonel değerlendirmeleri ifade etmektedir. Bu boyut, kurumsal itibarın “akılcı” yönünü temsil etmekte; kurumun ne derece yetkin, güvenilir ve profesyonel olarak algılandığını belirlemektedir. Literatürde özellikle sağlık hizmetlerinde bilişsel itibarın, klinik çıktılar ve nesnel kalite göstergeleri temelinde şekillendiği vurgulanmaktadır (Fombrun ve Van Riel, 2004). Bu yaklaşım, kurumsal itibarın yalnızca algısal değil, aynı zamanda performans temelli bir yapı taşıdığını ortaya koymaktadır.

Sağlık kurumlarında bilişsel itibar; klinik kalite düzeyi, hasta güvenliği göstergeleri, enfeksiyon oranları, mortalite verileri, tıbbi teknoloji altyapısı ve kurumsal uzmanlık kapasitesi gibi ölçülebilir göstergeler üzerinden değerlendirilmektedir. Bu göstergeler, paydaşların kuruma yönelik rasyonel güven geliştirmesinde temel referans noktalarını oluşturmaktadır.

Akreditasyon sistemleri, bilişsel itibarın oluşumunda önemli bir kurumsal sinyal işlevi görmektedir. Akreditasyonun sağlık hizmeti kalitesi ve güvenlik standartları üzerindeki etkisini inceleyen kapsamlı bir sistematik derleme, bu süreçlerin klinik kaliteyi ve bakım süreçlerinin doğruluğunu güçlendirdiğini ortaya koymaktadır (Alkhenizan ve Shaw, 2011). Benzer biçimde, hastane akreditasyonunun kalite performansı ve güvenlik kültürü üzerindeki etkilerini ele alan çalışmalar (Hussein vd., 2021), akreditasyonun paydaşların kuruma yönelik bilişsel değerlendirmelerini güçlendirdiğini göstermektedir.

Türkiye bağlamında yapılan çalışmalar da bu bulgularla örtüşmektedir. JCI akreditasyonuna sahip özel hastaneler üzerine gerçekleştirilen araştırmalar, akreditasyonun özellikle hasta güvenliği ve teknik süreçlere yönelik algıları güçlendirdiğini ve bu durumun kurumsal itibarı olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Avcıl ve Özkan, 2020). Benzer şekilde (Balcı vd., 2021), tıbbi laboratuvar akreditasyonunu inceleyen çalışmalar, standartlara uyumun hem çalışanlar hem de hastalar açısından kurumsal yeterlilik algısını belirgin biçimde etkilediğini göstermektedir.

Uluslararası hasta hareketliliğini inceleyen çalışmalar ise bilişsel itibarın küresel rekabetteki rolünü açık biçimde ortaya koymaktadır. Alsharif ve arkadaşları (2010), yabancı hastaların hastane seçimlerinde klinik kalite ve akreditasyon gibi bilişsel göstergeleri öncelikli değerlendirme ölçütleri olarak kullandıklarını belirtmektedir. Bu bulgular, bilişsel boyutun hem ulusal hem de uluslararası düzeyde kurumsal itibarın temel dayanaklarından biri olduğunu göstermektedir.

1.2.3. İşlevsel Boyut (Operational / Functional Performance)

İşlevsel boyut, kurumun hizmet süreçlerini ne ölçüde düzenli, tutarlı ve erişilebilir biçimde yönettiğine ilişkin algıyı ifade etmektedir. Bu boyut, hizmetin “nasıl işlediğine” odaklanmakta; süreçlerin akıcılığı, koordinasyonu ve operasyonel uyumu üzerinden şekillenmektedir. Sağlık hizmetlerinde işlevsel itibar, klinik uzmanlıktan bağımsız olarak, hizmet deneyiminin sürekliliği ve düzeniyle doğrudan ilişkilidir.

Sağlık kurumlarında işlevsel boyut; hizmete erişim kolaylığı, süreçler arası koordinasyon, hasta yönlendirme mekanizmalarının etkinliği ve organizasyonel düzenlilik üzerinden değerlendirilmektedir. Bu unsurlar, hastaların kurumu düzenli ve güvenilir bir yapı ya da karmaşık ve zorlayıcı bir sistem olarak algılamasında belirleyici olmaktadır. Dolayısıyla işlevsel performans, hasta deneyiminin temel yapı taşlarından birini oluşturmaktadır.

Hasta güvenliği kültürü ile operasyonel süreçler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, işlevsel boyutun kurumsal itibar üzerindeki etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen sistematik bir inceleme, hasta güvenliği kültürü ile bakım kalitesi arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu göstermektedir (Lawati vd., 2018). Bu bulgu, operasyonel süreçlerin yalnızca verimlilik açısından değil,

aynı zamanda güvenilirlik algısı bakımından da kritik olduğunu ortaya koymaktadır.

Hastane hizmet süreçlerini ele alan çalışmalar, operasyonel verimlilik ve hizmet akışındaki tutarlılığın hasta deneyimi ve kurum imajı üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Al-Abri ve Al-Balushi (2014), bekleme sürelerinin etkin yönetimi ve hizmet akışının düzenliliğinin hasta memnuniyetini ve kurumsal algıyı belirleyen temel unsurlar arasında yer aldığını vurgulamaktadır. Bu durum, işlevsel performansın kurumsal itibar üzerinde dolaylı ancak güçlü bir etki yarattığını göstermektedir.

Bu çerçevede, klinik kalite yüksek olsa dahi işlevsel süreçlerin zayıf olduğu sağlık kurumlarında kurumsal itibarın olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz hâle gelebilmektedir. Hizmetin düzenli, erişilebilir ve tutarlı biçimde sunulması; bilişsel ve duygusal boyutları destekleyerek kurumsal itibarın bütüncül şekilde güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle işlevsel boyut, sağlık sektöründe kurumsal itibarın sürdürülebilirliği açısından vazgeçilmez bir bileşen olarak değerlendirilmektedir.

1.2.4. Sosyal Boyut (Social Responsibility / Societal Impact)

Sosyal boyut, kurumun toplumla kurduğu ilişkileri, toplumsal sorumluluk bilincini ve kamusal fayda üretme kapasitesini yansıtmaktadır. Bu boyut, kurumların yalnızca hizmet sunan yapılar olmadığını; aynı zamanda toplumsal yaşamın aktif, görünür ve sorumlu aktörleri olduğunu ortaya koymaktadır. Toplum sağlığına katkı, afet ve kriz dönemlerindeki kurumsal duruş ile çevresel duyarlılık, sosyal itibarın temel belirleyicileri arasında yer almaktadır.

Barnett, Jermier ve Lafferty (2006), kurumsal itibarın yalnızca içsel performans göstergeleriyle değil, kurumun toplumla kurduğu değer temelli ilişkiyle de şekillendiğini vurgulamaktadır. Toplumsal beklentilere duyarlı kurumların, paydaşlar nezdinde daha kalıcı ve güçlü bir itibar oluşturduğu belirtilmektedir. Bu yaklaşım, sosyal boyutun kurumsal itibarın dışa dönük ve kamusal yönünü temsil ettiğini göstermektedir.

Sağlık kurumları açısından sosyal itibar; toplum sağlığına yönelik eğitim faaliyetleri, afet ve kriz dönemlerinde üstlenilen kamusal sorumluluklar, dezavantajlı gruplara sunulan hizmetler ve çevresel sürdürülebilirlik uygulamaları aracılığıyla görünür hâle gelmektedir. Bu tür faaliyetler, kurumun

yalnızca bireysel hasta ihtiyaçlarına değil, toplumsal refaha yönelik bir sorumluluk bilinci taşıdığını ortaya koymaktadır.

Toplumsal sorumluluk faaliyetlerinin kurumsal itibar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar, bu tür uygulamaların paydaş güvenini ve kuruma yönelik olumlu algıyı güçlendirdiğini göstermektedir. Lee ve Shin (2010), kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin paydaşların kurum hakkındaki genel değerlendirmelerini iyileştirdiğini ve kurumsal itibarı desteklediğini belirtmektedir.

Baskındağlı ve Altındağ'ın (2022) çalışmasında vurgulanan “topluma dokunan kurumların itibarının daha kalıcı olduğu” bulgusu, sağlık kurumlarının toplumsal katkı düzeyi ile uzun vadeli itibar gücü arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Bu nedenle sosyal boyut, sağlık kurumlarında kurumsal itibarı yalnızca hizmet kalitesi üzerinden değil, toplumsal rol, kamusal sorumluluk ve etik duruş üzerinden de şekillendiren temel bir bileşen olarak değerlendirilmektedir.

1.2.5. Etik Boyut (Ethical Reputation)

Etik boyut, kurumsal itibarın güven temelli yapısının merkezinde yer almakta ve diğer tüm itibar bileşenlerini bütünleştiren temel bir dayanak oluşturmaktadır. Literatürde (Chun, 2005; Barnett, Jermier ve Lafferty, 2006), kurumsal itibarın çok boyutlu bir yapı sergilediği kabul edilmekle birlikte, bu boyutların birbirinden bağımsız değil; etik duruş etrafında birbirini tamamlayan dinamikler olduğu vurgulanmaktadır.

Etik itibar; kurumun şeffaflık düzeyi, adalet anlayışı, hasta haklarına saygısı, mesleki etik ilkelere bağlılığı ve yönetsel karar alma süreçlerindeki dürüstlüğü üzerinden şekillenmektedir. Sağlık kurumlarında etik duruş, yalnızca yazılı kuralların varlığıyla değil; bu kuralların klinik ve yönetsel uygulamalara ne ölçüde yansıtıldığıyla anlam kazanmaktadır. Bu bağlamda etik itibar, günlük hizmet pratiklerinde sürekli olarak yeniden üretilen bir güven alanı oluşturmaktadır.

Carmeli, Freund ve Weisberg (2006), kurumun dış prestiji ile çalışanların içsel bağlılığı arasındaki ilişkinin, etik ve tutarlı bir örgütsel yapı sayesinde güçlendiğini ortaya koymaktadır. Sağlık kurumlarında bu ilişki daha belirgindir; zira hastalar teknik yeterliliğin yanı sıra, çalışanların insani ve etik tutumlarını da değerlendirme sürecine dâhil etmektedir.

Bilişsel ve işlevsel boyutlar klinik performans ve süreç yönetimiyle ilişkilirken, etik boyut bu performansın güvenilirliğini belirleyen temel çerçeveyi oluşturmaktadır (Fombrun ve Van Riel, 2004; Kessler ve McClellan, 2020). Etik ilkelere uyumun zedelendiği durumlarda, teknik başarılar dahi kurumsal itibarın korunması için yeterli olmamaktadır.

Sosyal sorumluluk ve etik yönetim arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, etik değerlerin kurumsal itibarın sürdürülebilirliği açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (Barnett vd., 2006; Carroll, 2016). Etik boyutta meydana gelen sınırlı bir zedelenme dahi, diğer tüm itibar bileşenlerini gölgede bırakabilecek ölçüde yıkıcı etkilere yol açabilmektedir.

Bu çerçevede etik boyut, sağlık kurumlarında kurumsal itibarın tamamlayıcı bir unsuru değil; tüm itibar yapısının taşıyıcı kolonu olarak değerlendirilmektedir. Klinik kalite, çalışan davranışları ve toplumsal sorumluluk, etik bir zeminle desteklenmediğinde itibar kırılgan hâle gelmekte; buna karşılık etik yönetişimin doğru biçimde tesis edildiği kurumlarda kurumsal itibar sürdürülebilir bir stratejik avantaja dönüşmektedir.

1.3. Kurumsal İtibarın Sağlık Kurumlarındaki Rolü

Kurumsal itibar, sağlık hizmetlerinin yüksek risk, yoğun insan etkileşimi ve güçlü etik sorumluluk içeren yapısı nedeniyle, sağlık kurumlarının stratejik yönetiminde diğer sektörlere kıyasla daha belirleyici bir konuma sahiptir. Sağlık hizmetleri yalnızca teknik uzmanlığa dayalı klinik çıktılardan oluşmamakta; hasta güveni, çalışan davranışları ve hizmet süreçlerinin bütüncül niteliği üzerinden anlam kazanmaktadır. Bu bağlamda kurumsal itibar, sağlık kurumlarında yalnızca dış algıyı yansıtan bir imaj unsuru değil, hizmetin gerçekliğini ortaya koyan bütüncül bir kalite göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

Literatür (Baskındağlı ve Altındağ, 2022), yüksek itibara sahip sağlık kurumlarının hastalar tarafından daha güvenilir, daha etik ve daha profesyonel olarak algılandığını açık biçimde ortaya koymaktadır. Hastalar çoğu zaman klinik verileri ayrıntılı biçimde değerlendiremedikleri için, kararlarını kurumun genel itibarı, akreditasyon düzeyi ve algılanan hizmet kalitesi üzerinden şekillendirmektedir. Bu yönüyle kurumsal itibar, sağlık kurumları için bir karar kolaylaştırıcı ve ilk güven filtresi işlevi görmektedir. Özellikle belirsizlik ve

kırılganlık düzeyinin yüksek olduğu sağlık hizmetlerinde, hastaların güven duygusu çoğu zaman teknik çıktılardan önce kurumsal itibara dayanmaktadır.

Kurumsal itibarın rolü yalnızca hasta algısıyla sınırlı değildir; çalışan davranışları ve örgütsel tutumlar üzerinde de güçlü bir etkiye sahiptir. Carmeli, Freund ve Weisberg (2006), kurumun dış prestijinin çalışanların örgütsel özdeşleşme, motivasyon ve iş tatmini düzeylerini anlamlı biçimde etkilediğini ortaya koymuştur. Sağlık kurumlarında saygın bir yapının parçası olduğunu hisseden çalışanlar, mesleki rollerini daha sorumlu ve tutarlı biçimde yerine getirmekte; bu durum hizmet sunumuna ve hasta deneyimine doğrudan yansımaktadır. Bu açıdan bakıldığında kurumsal itibar hem çalışan davranışlarının kaynağı hem de bu davranışların sonucu olarak işlev gören döngüsel bir yapı sergilemektedir.

Sağlık kurumlarında çalışanlar, hasta ile doğrudan temas hâlinde olan temel temsilciler olarak kurumsal itibarı günlük pratiklerde fiilen taşımaktadır. Empatik iletişim, etik tutum ve profesyonel davranışlar, kurumsal itibarın soyut bir kavram olmaktan çıkarak hizmet temas noktalarında somutlaşmasını sağlamaktadır. Klinik ortamlarda sergilenen tek bir tutarlı ve güven verici davranış, uzun sürede inşa edilen kurumsal itibarı görünür kılabilmekte ve güçlendirebilmektedir. Bu durum, itibarın yalnızca yönetsel bir politika değil, çalışan deneyimi üzerinden sürekli yeniden üretilen bir süreç olduğunu göstermektedir.

Küresel sağlık turizminin gelişimiyle birlikte kurumsal itibar, uluslararası rekabet açısından da stratejik bir boyut kazanmıştır. Uluslararası hasta tercihlerini inceleyen çalışmalar, hastaların sağlık kurumu seçiminde yalnızca klinik başarıyı değil; çalışan tutumlarını, etik yönetim anlayışını, iletişim kalitesini ve dijital görünürlüğü birlikte değerlendirdiğini göstermektedir (Alsharif, Labonté ve Ruckert, 2010; IMARC, 2024; USHAŞ, 2024). Bu bağlamda kurumsal itibar, sağlık turizminde basit bir tercih unsuru olmaktan çıkarak doğrudan ekonomik değer üreten stratejik bir rekabet avantajına dönüşmüştür.

Kurumsal itibarın sağlık kurumları açısından bir diğer önemli işlevi, kriz ve belirsizlik dönemlerindeki koruyucu etkisidir. Güçlü itibara sahip kurumlar, tıbbi hatalar, komplikasyonlar ya da beklenmedik durumlar karşısında paydaşlar tarafından daha yüksek düzeyde tolere edilmekte; itibar bu süreçlerde kurumsal bir tampon işlevi görmektedir (Barnett vd., 2006). Ancak bu

koruyucu etki, yalnızca geçmişte tutarlı çalışan davranışları ve güven temelli ilişkiler inşa etmiş kurumlarda ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak kurumsal itibar, sağlık kurumlarının hasta güveni, çalışan bağlılığı, hizmet kalitesi ve uluslararası görünürlüğü üzerinde çok boyutlu etkiler yaratan stratejik bir örgütsel sermayedir. Sağlık kurumlarında itibar, sonradan şekillendirilen bir iletişim vitrini değil; çalışan deneyimi, etik yönetim ve hizmet süreçleriyle birlikte baştan itibaren inşa edilmesi gereken temel bir yapı taşıdır. Bu yönüyle kurumsal itibar, sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği ve rekabet gücü açısından vazgeçilmez bir stratejik kaynak niteliği taşımaktadır.

1.4. Kurumsal İtibarın İçsel Pazarlama ile İlişkisi

İçsel pazarlama, hizmet örgütlerinde çalışanların kurumsal amaç ve değerlerle uyumlu davranışlar geliştirmesini sağlayan ve hizmet kalitesini artırmayı hedefleyen stratejik bir yönetim yaklaşımıdır. Rafiq ve Ahmed (2000), içsel pazarlamayı çalışanların birer “iç müşteri” olarak ele alındığı ve onların ihtiyaçlarının karşılanması, kurumun sunduğu dış hizmet kalitesini doğrudan etkilediği bütüncül bir süreç olarak tanımlamaktadır. Sağlık kurumlarında hizmet çıktılarının büyük ölçüde insan etkileşimine dayanması, içsel pazarlama uygulamalarını kurumsal itibarın oluşumunda temel belirleyicilerden biri hâline getirmektedir.

İçsel pazarlamanın kurumsal itibar üzerindeki etkisi, doğrudan çalışan tutumları ve davranış örüntüleri üzerinden ortaya çıkmaktadır. Eğitim olanakları, kurum içi iletişim kanalları, yönetsel destek, adil performans sistemleri ve gelişim fırsatları gibi uygulamalar, çalışanların kuruma yönelik algılarını şekillendirmekte ve örgütsel bağlılık düzeylerini güçlendirmektedir. Yang ve Coates (2010), içsel pazarlama faaliyetlerinin çalışanların hizmet sürecine yönelik sorumluluk alma ve kaliteyi sahiplenme davranışlarını artırdığını; bunun da kurumun dış paydaşlar nezdindeki profesyonel imajını ve güvenilirliğini desteklediğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, kurumsal itibarın yalnızca dış iletişim faaliyetleriyle değil, kurum içindeki yönetim uygulamalarının tutarlılığıyla inşa edildiğini göstermektedir.

İçsel pazarlama–kurumsal itibar ilişkisi, Sosyal Kimlik Teorisi (SIT) ve Kaynakların Korunması Teorisi (COR) çerçevesinde daha derinlikli biçimde açıklanabilmektedir. Sosyal Kimlik Teorisi’ne göre (Ashforth ve Mael, 1989),

çalışanlar örgüt üyeliğini kimliklerinin bir parçası olarak algıladıklarında, kurumun itibarını kendi sosyal statülerinin bir uzantısı olarak değerlendirmektedir (Baskındağlı ve Altındağ, 2023). Bu bağlamda destekleyici içsel pazarlama uygulamaları, çalışanların örgütsel kimliği içselleştirmesini kolaylaştırmakta; çalışanlar da kurumu dış paydaşlar karşısında daha tutarlı, sorumlu ve temsil gücü yüksek biçimde yansıtmaktadır.

Kaynakların Korunması Teorisi (Hobfoll, 1989) ise içsel pazarlamanın kurumsal itibar üzerindeki etkisini çalışanların psikolojik kaynakları üzerinden açıklamaktadır. Sağlık kurumlarında yoğun iş yükü, zaman baskısı ve duygusal emek gereksinimi, çalışanların psikolojik kaynaklarını hızla tüketebilmektedir. İçsel pazarlama uygulamaları; örgütsel destek, adil yönetim, açık iletişim ve gelişim imkânları yoluyla çalışanların psikolojik dayanıklılığını, öz-yeterliliğini ve motivasyonunu güçlendirmekte; bu kaynakların korunması ve geliştirilmesi, çalışanların hizmet sürecine daha istikrarlı ve profesyonel biçimde katılımını sağlamaktadır.

Şatır ve Sümer'in (2008) kamu sağlık kurumlarında gerçekleştirdiği çalışma, çalışanların kurumsal itibarı değerlendirirken özellikle yönetim desteği, kurum içi iletişim kalitesi, işleyişin şeffaflığı ve çalışma ortamının düzenini dikkate aldıklarını göstermektedir. Bu bulgu, içsel pazarlama uygulamalarının çalışan algıları üzerinden dolaylı fakat güçlü biçimde kurumsal itibarı şekillendirdiğini ortaya koymaktadır. Çalışan deneyiminin zayıf olduğu kurumlarda, dış paydaşlara yansıyan hizmet kalitesi ve güven algısının sürdürülebilir olması güçleşmektedir.

Bu çerçevede içsel pazarlama, sağlık sektöründe yalnızca çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik bir insan kaynakları uygulaması değil; çalışanların kurumu nasıl algıladığını, nasıl sahiplendiğini ve dış paydaşlara nasıl yansıttığını belirleyen stratejik bir yönetim fonksiyonudur. Çalışan deneyiminin güçlenmesi, hizmet süreçlerinde tutarlılık ve sorumluluk duygusunu artırmakta; bu durum da kurumsal itibarın sürekliliğine ve dayanıklılığına doğrudan katkı sağlamaktadır.

Ampirik çalışmalar, içsel pazarlamanın iş tatmini, örgütsel bağlılık, psikolojik sermaye ve profesyonel davranış kalıpları üzerinden kurumsal itibarı çok katmanlı biçimde desteklediğini ortaya koymaktadır (Baskındağlı ve Altındağ, 2023). Bu nedenle içsel pazarlama-kurumsal itibar ilişkisi, sağlık

kurumlarında doğrusal bir nedensellikten ziyade, karşılıklı beslenen, döngüsel ve stratejik bir yapı olarak değerlendirilmelidir.

1.5. Kurumsal İtibar, Örgütsel Özdeşleşme ve Psikolojik Kaynaklar İlişkisi

Kurumsal itibar, çalışanların kurumla kurdukları psikolojik bağlar ve sahip oldukları içsel kaynaklar doğrultusunda şekillenen çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Sağlık kurumlarında çalışanların yoğun stres, yüksek duygusal emek ve kritik karar süreçlerine doğrudan katılımı dikkate alındığında, örgütsel özdeşleşme ve psikolojik kaynaklar, kurumsal itibarın yalnızca belirleyicileri değil, aynı zamanda sürdürülebilirliğinin temel koşulları olarak işlev görmektedir.

Örgütsel özdeşleşme, çalışanların kurumu kendi kimliklerinin bir parçası olarak algılaması ve kurumun başarılarını kişisel başarıyla özdeşleştirilmesi anlamına gelmektedir (Ashforth ve Mael, 1989). Özdeşleşme düzeyi yükseldikçe çalışanlar kurumun değerlerini daha güçlü biçimde sahiplenmekte; bu durum, kurumun dış paydaşlar karşısındaki temsiline ve sergilenen profesyonel davranışlara doğrudan yansımaktadır. Sağlık kurumlarında hastalarla yüz yüze temas hâlinde olan hemşireler ve hekimler, bu özdeşleşmenin günlük hizmet pratiklerindeki en görünür taşıyıcıları konumundadır.

Kurumsal itibar ile örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkinin karşılıklı niteliği, Carmeli, Freund ve Weisberg'in (2006) çalışmasında açık biçimde ortaya konmuştur. Yazarlar, kurumun dış prestijinin çalışanların özsaygı ve örgütsel özdeşleşme düzeyini artırdığını; bunun da hizmet performansı ve davranış kalitesi üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Bu bulgular, kurumsal itibarın yalnızca çalışan davranışlarının bir sonucu değil, aynı zamanda bu davranışları besleyen bir psikolojik kaynak olarak da işlev gördüğünü ortaya koymaktadır.

Kurumsal itibarın bir diğer önemli belirleyicisi, çalışanların sahip olduğu psikolojik kaynaklardır. Hobfoll'un (1989) Kaynakların Korunması Teorisi, bireylerin psikolojik kaynaklarını koruma ve geliştirme eğiliminde olduklarını; bu kaynakların tükenmesinin stres, tükenmişlik ve davranış bozulmalarıyla sonuçlandığını açıklamaktadır. Psikolojik sermaye; umut, iyimserlik, öz-yeterlik ve dayanıklılık gibi bileşenlerden oluşmakta ve sağlık çalışanlarının

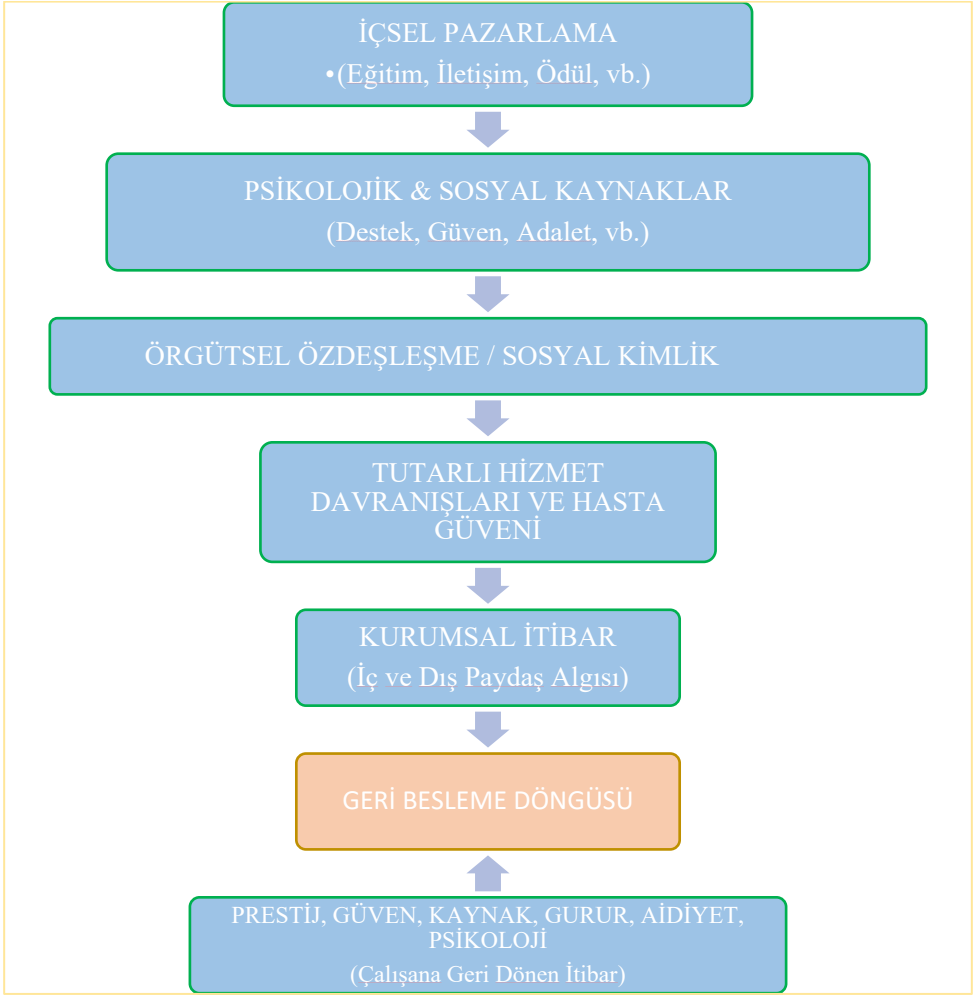
hizmet sunumundaki tutarlılığı doğrudan etkilemektedir. Psikolojik kaynakları güçlü olan çalışanlar, stresle daha etkili başa çıkabilmekte, hasta iletişiminde daha dengeli ve profesyonel davranmakta ve hizmet kalitesini sürdürülebilir biçimde koruyabilmektedir.

Örgütsel özdeşleşme ile psikolojik sermaye arasında karşılıklı ve güçlendirici bir etkileşim bulunmaktadır. Destekleyici bir çalışma ortamı, çalışanların kuruma yönelik aidiyet algısını güçlendirirken; güçlenen aidiyet duygusu, psikolojik kaynakların korunmasını ve geliştirilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu karşılıklı etkileşim, çalışan davranışları aracılığıyla hasta güvenini ve hizmet tutarlılığını artırmakta; bu süreç, kurumsal itibarı besleyen döngüsel bir yapı oluşturmaktadır.

Bu yaklaşımı destekleyen ampirik bulgular, Şatır ve Sümer'in (2008) kamu sağlık kurumlarında gerçekleştirdikleri çalışmada da görülmektedir. Çalışanların yönetim desteği, iletişim kalitesi ve etik ortam algılarının kurumsal itibarı anlamlı biçimde etkilediği ortaya konmuştur. Benzer şekilde Baskındağlı ve Altındağ'ın (2023) sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışma, içsel pazarlama uygulamalarının iş tatmini ve örgütsel bağlılık yoluyla örgütsel özdeşleşmeyi güçlendirdiğini; bu sürecin psikolojik sermaye ile birleşerek kurumsal itibar algısını yükselttiğini göstermektedir.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sağlık sektöründe kurumsal itibarın yalnızca dış paydaş algılarına dayalı bir sonuç olmadığı; çalışanların içsel psikolojik süreçleri, aidiyet duyguları ve kaynak kapasiteleriyle doğrudan ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu çerçevede sağlık kurumlarında kurumsal itibar, içsel pazarlama uygulamaları, örgütsel özdeşleşme ve psikolojik kaynaklar aracılığıyla içten dışa doğru inşa edilen ve sürekli yeniden üretilen çalışan merkezli bir süreç olarak ele alınmalıdır.

Bu bölümde önerilen “Çalışan Merkezli Kurumsal İtibar Modeli” aşağıda şematize edilmiştir.



Şekil 1.5.1. Çalışan Merkezli Kurumsal İtibar Modeli

Not: Bu bölümde sunulan modelin öncül bir versiyonu, yazar tarafından daha önce bir bilimsel bildiride sunulmuş olup, bu çalışmada sağlık sektörü bağlamında kuramsal olarak genişletilmiş ve derinleştirilmiştir.

Bu bölümde ortaya konan kuramsal ve ampirik bulgular doğrultusunda, sağlık kurumlarında kurumsal itibarın; içsel pazarlama uygulamaları → örgütsel özdeşleşme → psikolojik kaynaklar → tutarlı hizmet davranışları ve hasta ve çalışan güveni → kurumsal itibar şeklinde işleyen döngüsel bir yapı içerisinde oluştuğu söylenebilir. Güçlenen kurumsal itibar, çalışanların kuruma

yönelik aidiyet ve gurur duygusunu artırarak süreci yeniden beslemekte ve kurumsal itibarın sürdürülebilirliğini sağlamaktadır.

2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KURUMSAL İTİBARIN STRATEJİK ÖNEMİ

Sağlık sektörü; yüksek risk düzeyi, yoğun insan etkileşimi ve güçlü etik sorumluluk gerektiren yapısı nedeniyle, kurumsal itibarın stratejik açıdan en belirleyici olduğu hizmet alanlarından biridir. Sağlık hizmetleri yalnızca teknik uzmanlığa dayalı klinik süreçlerden oluşmamakta; hasta güveni, çalışanların profesyonel tutumları, yönetim kalitesi ve hasta deneyiminin bütüncül niteliğiyle şekillenmektedir. Bu bağlamda kurumsal itibar, sağlık kurumlarında iletişim faaliyetlerinin ötesine geçen ve örgütsel performansın genel bir yansıması olarak değerlendirilen stratejik bir göstergedir. Bir sağlık kurumunun itibarı, sistemin tüm bileşenlerinin ne ölçüde tutarlı ve uyumlu biçimde işlediğini ortaya koyan bütüncül bir kalite göstergesi niteliği taşımaktadır.

Sağlık turizmi ve küresel rekabetin artmasıyla birlikte kurumsal itibar, hastaların tedavi tercihlerini belirleyen kritik unsurlardan biri hâline gelmiştir. Uluslararası raporlar, güçlü itibara sahip sağlık kuruluşlarının hasta talebini artırdığını; dijital platformlarda olumlu değerlendirmelere sahip kurumların ise daha yüksek tercih edirlilik oranlarına ulaştığını göstermektedir (IMARC, 2024; USHAŞ, 2024). Günümüz hastaları yalnızca tıbbi hizmet arayışında değil; kurumsal kimliği güven veren, hizmet süreçleri tutarlı ve kalite algısı istikrarlı olan sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Bu nedenle itibar, sağlık sektöründe bir marka değeri olmanın ötesinde, doğrudan talep oluşturan stratejik bir rekabet avantajına dönüşmektedir.

Kurumsal itibar, aynı zamanda sağlık kuruluşlarının toplum nezdindeki meşruiyetini ve yönetim kalitesini yansıtan önemli bir göstergedir. Etik yönetim anlayışı, şeffaflık, hasta haklarına duyarlılık ve kriz süreçlerinin profesyonel biçimde yönetilmesi, kurumların uzun vadeli itibarını şekillendiren temel unsurlar arasında yer almaktadır. Barnett ve çalışma arkadaşları (2006), güçlü bir itibara sahip kurumların hata, kriz veya beklenmedik durumlar karşısında paydaşlar tarafından daha yüksek düzeyde tolere edildiğini ve bu durumun kurumsal dayanıklılığı artırdığını belirtmektedir. Bu yönüyle itibar, yalnızca olumlu dönemlerde değil, kriz anlarında da kurumu koruyan stratejik bir tampon işlevi görmektedir.

Kurumsal itibarın etkisi yalnızca dış paydaş algılarıyla sınırlı değildir; çalışanların kurumla kurdukları psikolojik bağ, profesyonel motivasyonları ve psikolojik sermaye düzeyleri de bu yapının önemli bileşenlerini oluşturmaktadır. Carmeli, Freund ve Weisberg (2006), kurumun dış prestijinin çalışanların örgütsel bağlılığını ve işe yükledikleri anlamı güçlendirdiğini ortaya koymaktadır. Sağlık kurumlarında bu durum, hizmet kalitesine ve hasta güvenine doğrudan yansımaktadır. Saygın bir kurumun parçası olduğunu hisseden çalışanlar, mesleki rollerini daha sorumlu ve profesyonel biçimde yerine getirmekte; bu da kurumsal itibarı pekiştiren bir döngü oluşturmaktadır.

Sonuç olarak kurumsal itibar, sağlık kuruluşlarının klinik performansı, hizmet kalitesi, çalışan bağlılığı, etik yönetişim, risk yönetimi ve uluslararası görünürlüğü üzerinde çok boyutlu etkiler yaratan stratejik bir örgütsel sermayedir. Sağlık kurumlarında itibar yönetimi, yalnızca dış imajı güçlendirmeye yönelik bir faaliyet olarak değil; kurum kültürü, çalışan deneyimi ve hasta güveniyle bütünselik bir yönetim süreci olarak ele alınmalıdır. Güçlü bir kurumsal itibar, sağlık kuruluşlarına uzun vadeli sürdürülebilirlik, rekabet gücü ve toplumsal güven sağlayan temel bir stratejik kaynak niteliği taşımaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal İtibarın Benzersiz Yapısı

Sağlık hizmetleri, yüksek risk düzeyi ve yoğun insan etkileşimi nedeniyle kurumsal itibarın en kritik olduğu hizmet alanlarından biridir. Hastalar teknik tıbbi yeterliliği çoğu zaman doğrudan değerlendiremedikleri için, kurum hakkındaki algılarını çalışan davranışları, iletişim kalitesi ve güven duygusu üzerinden şekillendirmektedir. Wang ve arkadaşlarının (2006) vurguladığı üzere, hasta deneyiminin güvenlik, şeffaflık ve tutarlı hizmet sunumuyla desteklenmesi, sağlık kurumlarının itibarını doğrudan etkileyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Bu bağlamda sağlık sektöründe kurumsal itibar, dış imajdan ziyade hasta güvenliği, empatik iletişim ve örgütsel süreçlerin bütüncül işleyişiyle belirlenen stratejik bir değerdir.

Sağlık hizmetlerinin eşzamanlı üretim ve tüketim özelliği, kurumsal itibarın diğer sektörlere kıyasla daha kırılgan bir yapıya sahip olmasına neden olmaktadır. Hastayla doğrudan temas hâlinde olan her sağlık profesyoneli, iletişim dili, empatik yaklaşımı ve davranış tutarlılığıyla kurumun itibarı üzerinde anlık ve doğrudan etki yaratmaktadır. Bu nedenle (Ding ve Keh,

2017), sağlık çalışanları yalnızca hizmet sunan aktörler değil, kurumun günlük itibarını fiilen inşa eden temsilciler konumundadır.

Sağlık hizmetlerinin duygusal yoğunluğu, kurumsal itibarın ayırt edici özelliklerinden bir diğerini oluşturmaktadır. Hastaların aynı süreç içerisinde kaygı, belirsizlik, umut ve kırılganlık gibi yoğun duygular yaşaması; çalışanların empatik tutumunu ve hizmet ortamının psikolojik güvenliğini itibarın merkezine yerleştirmektedir. Berry ve arkadaşları (2020), hastaların duygusal deneyimlerinin, teknik klinik sonuçlardan bağımsız olarak kurumsal itibar üzerinde güçlü bir belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yapısal karmaşıklığı, kurumsal itibarın hem görünürlüğünü hem de kırılganlığını artırmaktadır. Senyapar'ın (2024) çalışması, sağlık kurumlarında itibarın yalnızca klinik hizmetlerle değil; iletişim süreçleri, etik davranışlar ve hasta deneyiminin bütünleşik etkisiyle şekillendiğini göstermektedir. Bu nedenle sağlık sektöründe itibar uzun vadede inşa edilmekte; ancak tekil bir iletişim hatası, etik ihlal veya süreç aksaklığı bu yapıyı kısa sürede zedeleyebilmektedir.

Dijitalleşme ile kurumsal itibarın görünürlüğü daha da artmıştır. Çevrim içi değerlendirmeler, sosyal medya paylaşımları ve sağlık turizmi platformlarında yer alan hasta geri bildirimleri, kurumların itibarını etkileyen yeni değerlendirme alanları oluşturmuştur (USHAŞ, 2024). Bu durum, sağlık kurumlarında itibarın yalnızca klinik ortamda değil, dijital ekosistemde de stratejik olarak yönetilmesi gereken bir alan olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çerçevede sağlık sektöründe kurumsal itibar; hizmetin insana dokunan doğası, duygusal yoğunluğu ve yüksek risk yapısı nedeniyle yalnızca bir prestij göstergesi değil, kriz dönemlerinde koruyucu bir tampon işlevi gören ve kurumun sürdürülebilirliğini destekleyen stratejik bir sermaye niteliği taşımaktadır.

2.1.1. Sağlık Çalışanlarının Kurumsal İtibardaki Belirleyici Rolü

Sağlık çalışanları, kurumun yalnızca hizmet sunan unsurları değil; aynı zamanda örgüt kültürünü, etik duruşunu ve yönetsel kapasitesini dış paydaşlara yansıtan temel aktörlerdir. Sinyalleme teorisine göre (Spence, 1973), çalışan davranışları kurumun görünmeyen iç süreçleri hakkında hastalar açısından güvenilir ipuçları üretmekte ve algısal belirsizliği azaltmaktadır. Hastaların

teknik kaliteyi doğrudan değerlendirememesi (Akerlof, 1978), çalışan tutumlarının bir tür “vekâlet göstergesi” olarak kullanılmasına yol açmaktadır.

Hizmet tasarımı literatürü, sağlık çalışanlarını hasta deneyiminin stratejik temas noktaları olarak tanımlamakta ve bu temas noktalarında gerçekleşen mikro etkileşimlerin bütünsel itibar algısını şekillendirdiğini vurgulamaktadır (Bitner, Ostrom ve Morgan, 2008). Sosyolojik perspektiften bakıldığında (Schein, 2010) ise çalışanlar, örgütsel kültürün değerlerini günlük uygulamalarda görünür kılan taşıyıcı aktörler olarak değerlendirilmektedir.

Bu bağlamda sağlık çalışanlarının iletişim tarzı, etik duyarlılığı ve profesyonel tutarlılığı, kurumun teknik kapasitesinden bağımsız olarak güven ve itibar algısını belirleyebilmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanları, yalnızca klinik süreçlerin yürütücüsü değil; kurumsal itibarın oluşumunda belirleyici rol oynayan çok boyutlu bir örgütsel sermaye niteliği taşımaktadır.

2.1.2. Dijitalleşmenin Kurumsal İtibar Üzerindeki Yeni Etkileri

Dijitalleşme, sağlık kurumlarının itibarını yalnızca fiziksel hizmet sunumuna bağlı olmaktan çıkararak çok boyutlu bir deneyim alanına dönüştürmüştür. Günümüzde hastalar, sağlık kuruluşlarıyla tanışmadan önce çoğu zaman dijital platformlar üzerinden kurum hakkında bilgi edinmekte; web siteleri, çevrim içi randevu sistemleri, sosyal medya paylaşımları, tele-sağlık uygulamaları ve mobil hizmet platformları aracılığıyla ilk izlenimlerini oluşturmaktadır. Bu nedenle dijital temas noktaları, modern sağlık kurumlarında itibarın ön sahnesi hâline gelmiş; kurumların profesyonelliği, şeffaflığı ve hasta odaklılığı bu dijital yüzeylerde sınanmaya başlamıştır.

Dijital ortam, sağlık hizmetlerinde kamusal görünürlüğü belirgin biçimde artırmıştır. Google yorumları, çevrim içi hasta değerlendirme platformları ve sosyal medya geri bildirimleri, hastaların karar süreçlerinde temel belirleyici unsurlar hâline gelmiştir. USHAŞ'ın (2024) sağlık turizmi raporunda, uluslararası hastaların Türkiye’de sağlık kurumu seçerken dijital yorumlara başvurma oranının %70’in üzerinde olduğu belirtilmektedir. Bu bulgu, dijital itibarın yalnızca memnuniyet göstergesi değil; uluslararası rekabeti şekillendiren stratejik bir güç olduğunu ortaya koymaktadır.

Lupton (2018), dijital sağlık ekosisteminin hastaların kuruma dair algılarını sürekli etkileşim hâlinde yeniden ürettiğini vurgulamaktadır. Hasta

deneyimi artık yalnızca hizmetin sunulduğu anla sınırlı değildir; web sitesi kullanımı, mobil uygulamalar, tele-sağlık görüşmeleri ve sosyal medya etkileşimleri gibi çok sayıda dijital mikro-temas üzerinden şekillenmektedir. Bu durum, dijital temasların sağlık kurumlarının yüz yüze etkileşimlerine kıyasla daha sık, daha görünür ve daha kalıcı hâle geldiğini göstermektedir.

Dijitalleşmenin bir diğer önemli etkisi, hız, erişilebilirlik ve şeffaf bilgilendirme beklentilerinin yükselmesidir. Rice ve Katz (2001), modern hastaların dijital ortamda anlık erişilebilirlik talep ettiğini; randevu alma, sonuç görüntüleme ve bilgi edinme süreçlerinde yaşanan gecikmelerin güven algısını zayıflattığını belirtmektedir. Kullanıcı dostu tasarım, açık ve güvenilir bilgi akışı, veri güvenliği ve kişisel sağlık bilgilerinin gizliliği, dijital deneyimin temel kalite bileşenleri hâline gelmiştir. Bu alanlarda yaşanan aksaklıklar, klinik sonuçlar başarılı olsa dahi kurumsal itibar üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir.

Dijitalleşme aynı zamanda kurumsal itibarın kırılganlığını da artırmıştır. Dijital ortamda yayılan olumsuz bir yorum veya sosyal medya şikâyeti kısa sürede geniş kitlelere ulaşabilmekte ve kurum algısını hızla etkileyebilmektedir. Bu durum, itibar yönetiminin yalnızca iletişim faaliyeti değil; dijital risk yönetimi, kriz iletişimi ve çevrimiçi marka koruma stratejilerini de içeren bütüncül bir yönetsel alan hâline geldiğini göstermektedir. Sağlık kurumları, dijitalleşmenin bu kırılgan yapısı karşısında veri güvenliğinden sosyal medya izlemeye kadar geniş bir alanda proaktif yaklaşım geliştirmek durumundadır.

Sonuç olarak dijitalleşme, kurumsal itibarın dinamiklerini kökten değiştirmiş; hasta deneyimini zaman ve mekândan bağımsız bir yapıya taşıyarak sağlık kurumlarını sürekli görünür, sürekli değerlendirilen ve sürekli karşılaştırılan aktörlere dönüştürmüştür. Bu nedenle modern sağlık kurumları için dijital performans, artık klinik kalite kadar stratejik bir rekabet avantajı ve kurumsal itibar belirleyicisidir.

2.1.3. Klinik Kalite, Güven ve Hasta Deneyimi Arasındaki İtibar İlişkisi

Sağlık kurumlarında kurumsal itibar, yalnızca teknik klinik başarılarla değil; hasta güveni, klinik süreçlerin tutarlılığı ve hasta deneyiminin bütünsel niteliğiyle şekillenen çok boyutlu bir yapı olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık

hizmetlerinde belirsizlik ve risk düzeyinin yüksek olması, güveni klinik kalitenin ayrılmaz bir bileşeni hâline getirmektedir (Gittell, 2009). Bu nedenle kurumsal itibar, teknik yeterlilik kadar iletişim biçimi, ekip uyumu ve bakım süreçlerinin nasıl yönetildiğiyle de doğrudan ilişkilidir.

Hastaların klinik kaliteyi doğrudan değerlendirmekte zorlanması, itibar algısının büyük ölçüde algılanan güven, davranışsal tutarlılık ve hizmetin organizasyon biçimi üzerinden oluşmasına yol açmaktadır. Akerlof'un (1978) belirsizlik altında kalite değerlendirme yaklaşımı, sağlık sektöründe hastaların teknik kalite yerine güven sinyallerine dayanarak değerlendirme yaptığını göstermektedir. Bu durum, klinik süreçlerde yaşanan küçük tutarsızlıkların dahi genel kalite ve kurumsal itibar algısını etkileyebilmesine neden olmaktadır.

Bu noktada ekip içi iletişim ve koordinasyon, klinik kalite ile kurumsal itibar arasındaki ilişkinin merkezinde yer almaktadır. İlişkisel koordinasyon modeli, ekip içi uyum, açık iletişim ve karşılıklı saygının klinik sonuçları ve hasta güvenliğini güçlendirdiğini ortaya koymaktadır (Gittell, 2009). Klinik kalite, bireysel uzmanlıktan ziyade ekip temelli ve tutarlı bir işleyişle sürdürülebilir hâle gelmektedir.

Hasta deneyimi ise kurumsal itibarın duygusal boyutunu oluşturmaktadır. Hastalar sağlık hizmetlerini yalnızca tedavi sonuçlarıyla değil; empati, saygı, açıklık ve psikolojik güvenlik düzeyi üzerinden değerlendirmektedir. Hasta-hekim iletişimine ilişkin çalışmalar (Bensing, 1991), empatik ve şeffaf iletişimin kuruma duyulan güveni ve itibar algısını doğrudan güçlendirdiğini göstermektedir. Bu bağlamda hasta deneyimi, klinik kalite algısının dış paydaşlara yansıyan yüzü olarak işlev görmektedir.

Sonuç olarak klinik kalite, hasta güveni ve hasta deneyimi birbirini besleyen bütüncül bir yapı oluşturmaktadır. Teknik süreçler, ekip uyumu ve iletişim kalitesi birlikte yönetildiğinde kurumsal itibar güçlenmekte; bu bütünlük bozulduğunda ise itibar hızla kırılgan hâle gelmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarında itibar yönetimi, klinik kaliteyi ve hasta deneyimini birlikte ele alan stratejik ve bütüncül bir yönetim alanı olarak değerlendirilmelidir.

2.1.4. İtibarın Risk Alanları ve Kırılganlık Dinamikleri

Sağlık kurumlarında kurumsal itibar, hizmetin yüksek risk ve karmaşıklık içeren yapısı nedeniyle diğer sektörlerle kıyasla daha kırılgan bir nitelik taşımaktadır (Pronovost vd., 2006). Bu kırılganlık yalnızca klinik

hatalardan kaynaklanmamakta; iletişim eksiklikleri, örgütsel uyumsuzluklar, sistemsel aksaklıklar ve sosyal algı dinamikleriyle birlikte şekillenmektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan tekil bir olumsuz deneyim dahi, bireysel bir olayın ötesine geçerek kurumsal güveni ve itibarı etkileyen geniş yankılar yaratabilmektedir.

Kurumsal itibarı zedeleyen temel risk alanlarından biri şeffaflık eksikliğidir. Bilgilendirme süreçlerinde yaşanan gecikmeler, belirsizlikler veya tutarsızlıklar, hasta beklentileri ile kurum uygulamaları arasında algısal bir boşluk oluşturmakta ve güven duygusunu zayıflatmaktadır (Spath, 2012). Şeffaf iletişimin yetersizliği yalnızca hastalar üzerinde değil, çalışanlar ve diğer paydaşlar üzerinde de belirsizlik yaratarak itibarın savunmasızlığını artırmaktadır.

Bir diğer önemli kırılma alanı, örgütsel uyum ve koordinasyon sorunlarıdır. Sağlık hizmetlerinin çok disiplinli yapısı, ekipler arası güçlü iş birliği ve tutarlı süreç yönetimi gerektirmektedir. Bu uyumun zayıflaması, bakım süreçlerinde tutarsızlıklara ve algılanan kalite düşüşüne yol açabilmektedir (Ash vd., 2004). Sistemsel aksaklıklar, klinik sonuçlardan bağımsız olarak kurumun profesyonellik ve güvenilirlik algısını olumsuz etkileyebilmektedir.

Kriz dönemlerinde iletişim yönetimi de itibar açısından kritik bir risk alanı oluşturmaktadır. Kriz anlarında hızlı, açık ve empatik iletişimin sağlanamaması, paydaşlarla kurulan güven bağının zedelenmesine neden olmaktadır (Lundgren ve McMakin, 2018). Sağlık kurumlarında kriz, yalnızca klinik bir sorun değil; aynı zamanda algı, adalet ve güven boyutlarını içeren çok katmanlı bir deneyimdir.

Dijitalleşme, itibarın görünürlüğünü artırırken aynı zamanda kırılma alanını da derinleştirmiştir. Dijital platformlarda paylaşılan olumsuz değerlendirmeler, kısa sürede geniş kitlelere ulaşarak kurumun güvenilirliği üzerinde hızlı ve güçlü etkiler yaratabilmektedir. Giddens'ın (1991) "risk toplumu" yaklaşımı, modern sağlık sistemlerinde itibar risklerinin yalnızca olayın kendisiyle değil; algının yayılma hızı ve biçimiyle de şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak sağlık kurumlarında itibarın korunması, yalnızca klinik başarıya odaklanmakla değil; şeffaf iletişim, örgütsel uyum, kriz yönetimi ve dijital risk farkındalığını birlikte ele alan bütüncül bir yönetim anlayışıyla

mümkündür. İtibarın kırılğan doğasının farkında olmak, sağlık kurumları için sürdürülebilir güven üretiminin ve kurumsal dayanıklılığın temel koşullarından biridir.

2.2. Sağlık Kurumlarında İtibarın Paydaş Yönetimi Boyutu

Sağlık kurumlarında kurumsal itibar, hasta, çalışan, yönetici, düzenleyici kurumlar ve toplum gibi farklı paydaşların beklenti ve deneyimlerinin kesişiminde oluşan çok katmanlı bir yapıdır (Fombrun ve Van Riel, 2004; Barnett, Jermier ve Lafferty, 2006). Bu nedenle kurumsal itibarın sürdürülebilirliği, paydaş beklentilerinin dengeli biçimde yönetilmesine ve kurumsal tepkilerin tutarlılığına bağlıdır.

Sağlık sektöründe paydaş yönetimi, hizmetin yüksek risk ve etik sorumluluk içeren doğası nedeniyle karmaşık bir yapı sergilemektedir. Hastalar güven ve şeffaflık beklerken, çalışanlar destekleyici liderlik ve psikolojik güvenlik talep etmekte; düzenleyici kurumlar ise klinik kalite ve mevzuata uyumu önceliklendirmektedir (Chun, 2005; Carroll, 2016; Baskındağlı ve Altındağ, 2022). Bu çoklu beklenti yapısı, kurumsal itibarın yalnızca iletişim faaliyetleriyle değil, bütüncül bir yönetim anlayışıyla yönetilmesini zorunlu kılmaktadır.

Paydaş yönetimi perspektifinden bakıldığında, kurumsal itibar büyük ölçüde tutarlılık üzerinden şekillenmektedir. Kurumun çalışanlara sunduğu değer önerisi ile hastalara yansıyan hizmet kalitesi arasındaki uyum, itibar algısının temel belirleyicilerinden biridir (Carmeli, Freund ve Weisberg, 2006). Güçlü dış itibarın iç paydaşlarda örgütsel bağlılığı artırdığı ve bu etkinin hizmet davranışları yoluyla yeniden dış paydaş algılarına yansıdığı görülmektedir.

Özellikle kriz ve belirsizlik dönemlerinde, etik ihlaller veya hasta güvenliğini zedeleyen uygulamalar tüm paydaş ekosisteminde güven kaybına yol açabilmektedir (Barnett vd., 2006). Bu bağlamda kurumsal itibar, yalnızca geçmişte tutarlı paydaş ilişkileri geliştirmiş kurumlar için koruyucu bir tampon işlevi görebilmektedir.

Sonuç olarak sağlık kurumlarında kurumsal itibar, paydaş yönetiminden bağımsız ele alınamayacak bir olgudur (Fombrun vd., 2000; Chun, 2005; Barnett vd., 2006; Carroll, 2016; Baskındağlı ve Altındağ, 2022). İtibar; hasta deneyimi, çalışan refahı ve etik yönetişimin dengeli biçimde bütünleşmesiyle güçlenmekte; bu denge sağlanmadığında kırılğan hâle gelmektedir.

2.3. Sağlık Kurumlarında Kurumsal İtibarın Ölçülmesi ve Yönetilmesi

Kurumsal itibarın stratejik bir yönetim alanı olarak ele alınması, bu soyut yapının sistematik biçimde ölçülmesini ve yönetsel karar süreçlerine entegre edilmesini gerekli kılmaktadır (Fombrun ve Van Riel, 2004; Chun, 2005). Çok paydaşlı bir algı bütünü niteliği taşıyan kurumsal itibarın ölçümü, yalnızca dış imaj göstergeleriyle sınırlı kalmayıp duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutları kapsayan bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (Fombrun vd., 1999). Sağlık sektöründe hizmetin yüksek risk ve bilgi asimetrisi içeren yapısı, itibar algısının akreditasyonlar, kalite göstergeleri, hasta güvenliği uygulamaları ve iletişim süreçleri gibi performans temelli ölçütlerle desteklenmesini gerekli kılmaktadır (Barnett, Jermier ve Lafferty, 2006; Kessler ve McClellan, 2020). Literatürde itibar yönetimi, ölçüm sonuçlarının stratejik kararlara dönüştürülmesi süreci olarak tanımlanmakta; bu süreçte çalışan davranışları, içsel pazarlama uygulamaları ve örgütsel destek algısının kurumsal itibarın sürdürülebilirliğinde belirleyici rol oynadığı vurgulanmaktadır (Şatır ve Sümer, 2008; Carmeli, Freund ve Weisberg, 2006; Baskındağlı ve Altındağ, 2023). Sağlık turizminin gelişimiyle birlikte dijital görünürlük ve çevrim içi değerlendirmeler de itibar ölçümünün ayrılmaz bir bileşeni hâline gelmiş; dijital platformlarda oluşan itibar algısının uluslararası hasta tercihlerinde güçlü bir ön eleme işlevi gördüğü ortaya konmuştur (Alsharif, Labonté ve Ruckert, 2010; IMARC, 2024; USHAŞ, 2024). Bu çerçevede sağlık kurumlarında kurumsal itibarın ölçülmesi ve yönetilmesi (Fombrun ve Van Riel, 2004; Barnett vd., 2006; Baskındağlı ve Altındağ, 2023); klinik kalite, çalışan deneyimi, etik yönetim, hasta güvenliği ve dijital algı göstergelerinin bütünlük biçimde ele alındığı stratejik bir yönetim alanı olarak değerlendirilmektedir.

3. SAĞLIK KURUMLARINDA KURUMSAL İTİBARIN BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık kurumlarında kurumsal itibar, tek bir unsurun değil; klinik kalite, çalışan davranışları, hizmet deneyimi, yönetim anlayışı, etik duruş ve dijital görünürlük gibi çok sayıda bileşenin etkileşimi sonucunda oluşan dinamik bir yapıdır. Sağlık hizmetlerinin yüksek riskli, insan odaklı ve etik sorumluluk içeren doğası, bu belirleyicilerin diğer sektörlere kıyasla daha bütüncül biçimde

değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda kurumsal itibar, sağlık kurumlarının performansını yansıtan tek boyutlu bir çıktı değil; örgütsel işleyişin tüm katmanlarını kapsayan üst düzey bir değerlendirme göstergesi olarak konumlanmaktadır.

3.1. Klinik Kalite ve Hasta Güvenliği

Klinik sonuçların tutarlılığı, hasta güvenliği uygulamalarının etkinliği ve bakım süreçlerindeki standartlaşma, sağlık kurumlarının itibarı üzerinde doğrudan belirleyici etkilere sahiptir. Klinik kalite göstergeleri ile kurumsal itibar arasındaki güçlü ilişki, literatürde açık biçimde ortaya konmuştur (Harrison vd., 2019). Hastalar teknik yeterliliği doğrudan ölçemese de güvenlik kültürünü çalışan davranışları ve klinik süreçlerdeki tutarlılık üzerinden algılamaktadır. Bu nedenle hasta güvenliği, klinik kalitenin yanı sıra kurumsal itibarın da temel yapı taşlarından biri olarak değerlendirilmektedir.

3.2. Çalışan Davranışı ve Profesyonellik

Sağlık kurumlarında itibarın en görünür belirleyicilerinden biri, çalışanların sergilediği profesyonel tutumlardır. Etkili iletişim, empati, etik duyarlılık ve bilgilendirme kalitesi, kurumun dış paydaşlar nezdindeki algısını doğrudan şekillendirmektedir (Yang ve Coates, 2010). Çalışan davranışları, kurumsal değerlerin günlük hizmet pratiklerindeki yansıması olarak itibarın taşıyıcı unsurlarından biri hâline gelmektedir.

3.3. Hizmet Deneyimi ve Operasyonel Akış

Sağlık hizmetlerinde deneyim, yalnızca klinik müdahaleyle sınırlı olmayıp; randevu süreçlerinden taburculuğa kadar uzanan tüm hizmet akışını kapsamaktadır. Süreçlerin akıcı olması, bekleme sürelerinin etkin yönetimi ve dijital erişim kolaylığı, operasyonel performansın itibar üzerindeki etkisini belirlemektedir (Lawati vd., 2018). Operasyonel aksaklıklar, klinik kalite yüksek olsa dahi algılanan itibarı zayıflatabilmektedir.

3.4. Etik Yönetim, Şeffaflık ve Kurumsal Sorumluluk

Etik ilkeler, hasta haklarına saygı ve şeffaf yönetim anlayışı, kurumsal itibarın en kırılgan ancak en kritik belirleyicileri arasında yer almaktadır. Carroll (2016), etik duruşun sağlık kurumlarında itibar kaybını önleyen temel

yapı taşı olduğunu vurgulamaktadır. Etik ihlallerin dijital ortamda hızla yayılması, şeffaflığın ve hesap verebilirliğin itibar yönetimindeki stratejik önemini daha da artırmaktadır.

3.5. Kurum Kültürü, Liderlik ve İçsel Psikolojik Süreçler

Kurum kültürü ve liderlik anlayışı, çalışan davranışlarının ve hizmet kalitesinin temel belirleyicileridir. Örgütsel özdeşleşme (Ashforth ve Mael, 1989), çalışanların kurumu sahiplenmesini sağlarken; psikolojik sermaye (Hobfoll, 1989) dayanıklılık, motivasyon ve profesyonel tutarlılığı desteklemektedir. Bu içsel psikolojik süreçler, kurumsal itibarın sürdürülebilirliğinde kritik bir sinerji alanı oluşturmaktadır.

3.6. Dijital Görünürlük ve Uluslararası Değerlendirme Platformları

Günümüzde kurumsal itibar, çevrim içi değerlendirmeler, sosyal medya yorumları ve uluslararası platformlar üzerinden şekillenmektedir. Sağlık turizminin büyümesiyle birlikte dijital görünürlük hem yerli hem de yabancı hasta tercihlerini yönlendiren stratejik bir faktör hâline gelmiştir (IMARC, 2024). Dijital itibarı güçlü olan sağlık kurumları, uluslararası rekabette belirgin bir avantaj elde etmektedir.

4. BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Tartışma

Bu çalışmada ele alınan kuramsal ve ampirik bulgular, sağlık sektöründe kurumsal itibarın yalnızca dış paydaş algılarıyla açıklanamayacak kadar çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir (Fombrun ve Van Riel, 2004; Barnett vd., 2006). Kurumsal itibar; çalışan deneyimi, örgütsel özdeşleşme, psikolojik kaynaklar ve içsel pazarlama uygulamalarının etkileşimiyle içten dışa doğru inşa edilen stratejik bir örgütsel sermaye niteliği taşımaktadır.

Elde edilen bulgular üç temel noktada yoğunlaşmaktadır. İlk olarak, kurumsal itibar sağlık sektöründe durağan bir sonuç değil; klinik kalite, etik yönetim, çalışan davranışları ve hasta deneyiminin tutarlılığı üzerinden her temas noktasında yeniden üretilen dinamik bir süreçtir (Chun, 2005; Harrison vd., 2019). İkinci olarak, çalışan deneyimi ve örgütsel özdeşleşme, kurumsal itibarın içsel taşıyıcılarıdır. Sosyal Kimlik Teorisi, çalışanların kurumla

özdeşleşme düzeylerinin hizmet davranışlarını ve kurumu dış paydaşlar karşısında temsil etme biçimlerini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır (Ashforth ve Mael, 1989; Carmeli vd., 2006). Son olarak, psikolojik kaynaklar kurumsal itibarın sürdürülebilirliğini sağlayan koruyucu bir mekanizma işlevi görmektedir. Kaynakların Korunması Teorisi (Hobfoll, 1989), psikolojik sermayesi güçlü çalışanların stresle daha etkin baş ettiğini ve hizmet davranışlarında daha istikrarlı olduğunu vurgulamaktadır.

Bu bulgular, sağlık kurumlarında kurumsal itibarın yalnızca iletişim faaliyetleriyle değil; çalışan refahı, örgütsel kimlik ve hizmet kalitesinin bütüncül biçimde ele alındığı yaklaşımlarla yönetilmesi gerektiğini göstermektedir.

4.2. Sonuç

Bu çalışma, sağlık sektöründe kurumsal itibarın dış paydaşlara yönelik algısal bir çıktıdan ziyade; çalışan deneyimi, örgütsel özdeşleşme ve psikolojik kaynaklar üzerinden içten dışa doğru inşa edilen stratejik bir örgütsel sermaye olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinin yüksek risk ve yoğun insan etkileşimi içeren yapısı, kurumsal itibarı kırılgan hâle getirirse de doğru yönetildiğinde sürdürülebilir bir rekabet avantajına dönüştürmektedir.

Bulgular, kurumsal itibarın sağlık kurumlarında üç ana eksen üzerinden şekillendiğini göstermektedir: hizmet temas noktalarındaki çalışan davranışları, örgütsel özdeşleşme düzeyi ve psikolojik sermaye. Bu bağlamda içsel pazarlama uygulamaları, çalışanların desteklendiğini hissetmesini sağlayarak kurumsal itibarı dolaylı ancak güçlü biçimde besleyen temel yönetsel araçlardan biri olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla itibar yönetiminin yalnızca dış iletişim faaliyetleriyle sınırlandırılması, sağlık kurumları açısından önemli bir yönetsel eksiklik oluşturmaktadır.

4.3. Öneriler

Bu çalışma doğrultusunda sağlık yöneticileri için aşağıdaki stratejik öneriler geliştirilmektedir:

1. İçsel pazarlamayı kurumsal itibar stratejisinin merkezine yerleştirin (Rafiq ve Ahmed, 2000).
2. Örgütsel özdeşleşmeyi destekleyen şeffaf ve adil yönetim uygulamaları geliştirin (Ashforth ve Mael, 1989; Carmeli vd., 2006).

3. Psikolojik sermayeyi kurumsal bir yatırım alanı olarak ele alın (Hobfoll, 1989).
4. Klinik kaliteyi empatik iletişim ve ekip uyumuyla birlikte yönetin (Akerlof, 1978; Gittell, 2009).
5. Dijital itibarı stratejik bir risk ve fırsat alanı olarak yönetin (IMARC, 2024; USHAŞ, 2024).
6. Etik yönetimi kurumsal itibarın temel taşı olarak konumlandırın (Barnett vd., 2006; Carroll, 2016).

Kısa Eylem Özeti:

Çalışan deneyimini izleyin, örgütsel özdeşleşmeyi güçlendirin, psikolojik sermayeyi destekleyin, klinik kaliteyi iletişimle bütünleştirin, dijital geri bildirimleri yönetin ve etik ihlallere sıfır tolerans uygulayın.

Özetle, sağlık kurumlarında sürdürülebilir kurumsal itibar, çalışan deneyimini merkeze alan ve örgütsel süreçleri tutarlılıkla yöneten stratejik bir yaklaşımın doğal sonucudur.

KAYNAKÇA

- Akerlof, G. A. (1978). The market for “lemons”: Quality uncertainty and the market mechanism. In *Uncertainty in economics* (pp. 235-251). Academic Press.
- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*, 29(1), 3.
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi medicine*, 31(4), 407-416.
- Alsharif, M. J., Labonté, R., & Lu, Z. (2010). Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 10(3), 315-335.
- Ash, J. S., Berg, M., & Coiera, E. (2004). Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(2), 104-112.
- Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of management review*, 14(1), 20-39.
- Avcıl, S., & Özkan, T. (2020). İstanbul'daki JCI Akreditasyonuna Sahip Özel Hastanelerin Hizmet Kalitesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 18(36), 309-338.
- Balcı, N., Aksaraylı, M., Tuncel, P., & Bakırcı, G. T. (2021). Accreditation impact on service quality in medical laboratories: university hospital staff viewpoints. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 729-746.
- Barnett, M. L., Jermier, J. M., & Lafferty, B. A. (2006). Corporate reputation: The definitional landscape. *Corporate reputation review*, 9(1), 26-38.
- Baskındağlı, Y. (2022). Sağlık sektöründe içsel pazarlama ve kurumsal itibarın çalışanların örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisi (Doktora tezi, İstanbul Beykent Üniversitesi). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Erişim Tarihi: 12 Aralık 2025).
- Baskındağlı, Y., & Altındağ, E. (2023). SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İÇSEL PAZARLAMA VE KURUMSAL İTİBARIN ÇALIŞANLARIN İŞ

- TATMİNİ VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIKLARINA ETKİSİ. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 17(2), 129-153.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social science & medicine*, 32(11), 1301-1310.
- Berry, L. L., Danaher, T. S., Aksoy, L., & Keiningham, T. L. (2020). Service safety in the pandemic age. *Journal of Service Research*, 23(4), 391-395.
- Bitner, M. J., Ostrom, A. L., & Morgan, F. N. (2008). Service blueprinting: a practical technique for service innovation. *California management review*, 50(3), 66-94.
- Carmeli, A., & Josman, Z. E. (2006). The relationship among emotional intelligence, task performance, and organizational citizenship behaviors. *Human performance*, 19(4), 403-419.
- Carmeli, A., Freund, A., & Weisberg, J. (2006). The relationship between work-family conflict and career development among women in Israel. *Career Development International*, 11(2), 132-150.
- Carmeli, A., Freund, A., & Weisberg, J. (2006). Work commitment, job satisfaction, and perceived external prestige. *Corporate Reputation Review*, 9(1), 92-109. <https://doi.org/10.1057/palgrave.crr.1550014>
- Carmeli, A., Gilat, G., & Weisberg, J. (2006). Perceived external prestige, organizational identification and affective commitment: A stakeholder approach. *Corporate Reputation Review*, 9(2), 92-104
- Carroll, A. B. (2016). Carroll's pyramid of CSR: taking another look. *International journal of corporate social responsibility*, 1(1), 3.
- Carroll, C. E. (Ed.). (2016). *The SAGE encyclopedia of corporate reputation*. Sage Publications.
- Chun, R. (2005). Corporate reputation: Meaning and measurement. *International journal of management reviews*, 7(2), 91-109.
- Chun, R. (2005). Ethical character and virtue of organizations: An empirical assessment and strategic implications. *Journal of Business Ethics*, 57(3), 269-284.
- Ding, Y., & Keh, H. T. (2017). Consumer reliance on intangible versus tangible attributes in service evaluation: the role of construal level. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 45(6), 848-865.

- Fombrun, C. J., & Van Riel, C. B. (2004). Fame & fortune: How successful companies build winning reputations. FT press.
- Fombrun, C. J., Gardberg, N. A., & Sever, J. M. (2000). The Reputation QuotientSM: A multi-stakeholder measure of corporate reputation. *Journal of brand management*, 7(4), 241-255.
- Giddens, A. (2023). Modernity and self-identity. In *Social theory re-wired* (pp. 477-484). Routledge.
- Gittell, J. H. (2009). High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. McGraw-Hill.
- Harrison, R., Walton, M., Manias, E., Mears, S., Plumb, J., & Jones, A. (2019). The impact of patient safety culture on healthcare quality and patient outcomes: A systematic review. *BMJ Open*, 9(6), e026368. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026368>
- Helm, S. (2011). Employees Awareness of Their Impact on Corporate Reputation. *Journal of Business Research*, 64(7), 657-663.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
- Hong, H., & Oh, H. J. (2020). The effects of patient-centered communication: exploring the mediating role of trust in healthcare providers. *Health communication*, 35(4), 502-511.
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC health services research*, 21(1), 1057.
- IMARC Group. (2024). Healthcare tourism market: Global industry trends, share, size, growth, opportunity and forecast 2024–2032. 12 Aralık 2025 tarihinde erişildi, <https://www.imarcgroup.com/healthcare-tourism-market>
- Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (2020). The economics of improving health care quality. *Annual Review of Economics*, 12, 17–38.
- Kessler, M. M., & McClellan, M. (2020). Medical tourism and hospital reputation: How international patient flows shape hospital quality signals. *Health Policy and Planning*, 35(3), 289–298. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz168>

- Lawati, M. H. A., Dennis, S., Short, S. D., & Abdulhadi, N. N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 19, 104. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
- Lee, K. H., & Shin, D. (2010). Consumers' responses to CSR activities: The linkage between increased awareness and purchase intention. *Public Relations Review*, 36(2), 193-195.
- Lundgren, R. E., & McMakin, A. H. (2018). Risk communication: A handbook for communicating environmental, safety, and health risks. John Wiley & Sons.
- Lupton, D. (2018). Digital health and health care. In *Sociology as applied to health and medicine* (pp. 277-290). Palgrave Macmillan.
- OECD. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. Erişim: 12 Aralık 2025, <https://doi.org/10.1787/7fbaed62-en>
- Ponzi, L. J., Fombrun, C. J., & Gardberg, N. A. (2011). RepTrak™ pulse: Conceptualizing and validating a short-form measure of corporate reputation. *Corporate reputation review*, 14(1), 15-35.
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., ... & Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England journal of medicine*, 355(26), 2725-2732.
- Rafiq, M., & Ahmed, P. K. (2000). Advances in the internal marketing concept: definition, synthesis and extension. *Journal of services marketing*, 14(6), 449-462.
- Rice, R. E., & Katz, J. E. (2001). The Internet and health communication: Experiences and expectations. Sage.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Senyapar, H. N. (2024). Healthcare Branding and Reputation Management Strategies for Organizational Success. *Technium Soc. Sci. J.*, 55, 26.
- Spath, P. L. (2012). Error reduction in health care: a systems approach to improving patient safety. *Journal Of Nursing Regulation*, 2(4), 60
- Spence, M. (1978). Job market signaling. In *Uncertainty in economics* (pp. 281-306). Academic Press.

- Şatır, Ç., & Sümer, F. (2008). Kurum itibarının bileşenleri üzerine bir araştırma: sağlık hizmeti üreten bir kamu kurumunda iç paydaşlar itibarı nasıl algılıyor?. *Selçuk İletişim*, 5(2), 15-25.
- Tajfel, H., Turner, J., Austin, W. G., & Worchel, S. (2001). An integrative theory of intergroup conflict. *Intergroup relations: Essential readings*, 94-109.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *science*, 185(4157), 1124-1131.
- USHAŞ. (2024). Türkiye Sağlık Turizmi Değerlendirme Raporu. Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. <https://www.ushas.com.tr/> Erişim Tarih: 12.12.2025
- Wang, M. C., Hyun, J. K., Harrison, M. I., Shortell, S. M., & Fraser, I. (2006). Redesigning health systems for quality: lessons from emerging practices. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(11), 599-611
- Wolf PhD, J. A. (2015). The state of patient experience. *Patient Experience Journal*, 2(2), 1-3.
- World Health Organization (WHO). (2017). Healthy hospitals, healthy planet. Sustainable practices in healthcare. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275566>
- Yang, H., & Coates, N. (2010). Internal marketing: service quality in leisure services. *Marketing Intelligence & Planning*, 28(6), 754-769.

BÖLÜM 5

SAĞLIK KURUMLARINDA LİDERLİK TARZLARININ ÇALIŞAN İYİ OLUŞU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: DÖNÜŞÜMCÜ, ETKİLEŞİMCİ VE OTANTİK LİDERLİK KARŞILAŞTIRMASI

Dr. Haluk SAK*

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070135>

* İstanbul Topkapı Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, haluksak@topkapi.edu.tr, ORCID: 0000-0003-2564-1552

Özet

Sağlık kurumları, yüksek belirsizlik, yoğun iş yükü, zaman baskısı ve duygusal emek gereksinimi gibi özgün koşullar nedeniyle çalışanlar açısından önemli psikososyal riskler barındırmaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının iyi oluşu, yalnızca bireysel refahın değil, aynı zamanda hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve örgütsel sürdürülebilirliğin de temel belirleyicilerinden biri haline gelmiştir. Son yıllarda liderlik tarzlarının çalışan iyi oluşu üzerindeki etkileri, sağlık yönetimi ve örgütsel davranış literatüründe giderek artan bir ilgi odağına dönüşmüştür. Bu kitap bölümü, sağlık kurumlarında yaygın olarak tartışılan dönüşümcü, etkileşimci ve otantik liderlik yaklaşımlarını, çalışan iyi oluşu üzerindeki etkileri açısından karşılaştırmalı bir bakış açısıyla ele almaktadır.

Çalışmada öncelikle iyi oluş kavramının tarihsel ve kuramsal gelişimi incelenmiş; öznel iyi oluş, psikolojik iyi oluş ve mesleki iyi oluş ayrımları sağlık sektörü bağlamında tartışılmıştır. Ardından modern liderlik teorilerinin evrimi ele alınarak, sağlık kurumlarının yapısal ve kültürel özelliklerinin liderlik uygulamalarına getirdiği sınırlılıklar ve fırsatlar analiz edilmiştir. Dönüşümcü liderliğin vizyon, ilham ve bireysel gelişim yoluyla çalışanların anlamlılık algısını ve psikolojik güçlenmesini artırdığı; etkileşimci liderliğin rol netliği, öngörülebilirlik ve ödüllendirme mekanizmaları üzerinden iş doyumunu ve istikrar sağladığı; otantik liderliğin ise güven, şeffaflık ve etik tutarlılık temelinde psikolojik güvenliği ve duygusal iyi oluşu desteklediği ortaya konulmuştur.

Bölümde, bu üç liderlik tarzının birbirini dışlamaktan ziyade durumsal gerekliliklere bağlı olarak tamamlayıcı biçimde ele alınması gerektiği savunulmaktadır. Sağlık kurumlarının karmaşık ve dinamik yapısı göz önünde bulundurulduğunda, esnek ve bütünleşik liderlik yaklaşımlarının çalışan iyi oluşunu güçlendirmede daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Çalışma, sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar için hem kuramsal hem de uygulamaya dönük önemli çıkarımlar sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık kurumları; liderlik tarzları; çalışan iyi oluşu; dönüşümcü liderlik; etkileşimci liderlik; otantik liderlik; psikolojik iyi oluş; sağlık yönetimi.

THE EFFECTS OF LEADERSHIP STYLES ON EMPLOYEE WELL-BEING IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS: A COMPARISON OF TRANSFORMATIONAL, TRANSACTIONAL, AND AUTHENTIC LEADERSHIP

Abstract

Healthcare organizations operate under conditions characterized by high uncertainty, intense workload, time pressure, and substantial emotional labor, all of which pose significant psychosocial risks for employees. In this context, employee well-being has emerged not only as a matter of individual welfare but also as a critical determinant of patient safety, service quality, and organizational sustainability. In recent years, the impact of leadership styles on employee well-being has attracted increasing attention within the fields of healthcare management and organizational behavior. This book chapter adopts a comparative perspective to examine transformational, transactional, and authentic leadership approaches and their effects on employee well-being in healthcare settings.

The chapter first explores the historical and theoretical development of the well-being concept, with particular emphasis on the distinctions between subjective well-being, psychological well-being, and occupational well-being in the healthcare context. It then reviews the evolution of modern leadership theories and analyzes the structural and cultural characteristics of healthcare organizations that shape leadership practices. The analysis demonstrates that transformational leadership enhances employees' sense of meaning and psychological empowerment through vision, inspiration, and individualized consideration; transactional leadership contributes to job satisfaction and stability by providing role clarity, predictability, and fair reward mechanisms; and authentic leadership supports psychological safety and emotional well-being through trust, transparency, and ethical consistency.

Rather than viewing these leadership styles as mutually exclusive, the chapter argues that they should be understood as complementary approaches whose effectiveness depends on situational demands. Given the complex, dynamic, and high-risk nature of healthcare organizations, flexible and integrated leadership practices are more likely to foster sustainable employee

well-being. The chapter concludes by offering important theoretical contributions and practical implications for healthcare leaders and policymakers seeking to enhance employee well-being while maintaining high standards of care and organizational performance.

Keywords: Healthcare organizations; leadership styles; employee well-being; transformational leadership; transactional leadership; authentic leadership; psychological well-being; healthcare management.

GİRİŞ

Sağlık sektörü, insan yaşamına doğrudan müdahale eden, kesintisiz hizmet gerektiren ve çok boyutlu belirsizliklerle karakterize edilen bir alandır. Bu alanda liderlik tarzları, çalışanların psikolojik iyi oluşu, iş doyumu, örgütsel bağlılık ve mesleki tükenmişlik gibi kritik sonuçlar üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle dönüştürücü, etkileşimli ve otantik liderlik yaklaşımlarının, sağlık çalışanlarının iyi oluşu üzerindeki etkileri, hem örgütsel davranış hem de sağlık yönetimi literatüründe giderek artan bir ilgi görmektedir. Bu bölümde, söz konusu üç liderlik tarzının sağlık kurumlarının özgün koşullarında nasıl işlediği ve çalışan iyi oluşunu hangi mekanizmalarla etkilediği karşılaştırmalı bir perspektifle incelenmektedir. Farklı liderlik yaklaşımlarının yalnızca kavramsal düzeyde değil, sağlık sektörüne özgü davranışsal ve örgütsel sonuçlar üzerinden ele alınması, hem teorik çerçevenin zenginleştirilmesine hem de uygulamaya yönelik çıkarımlar üretilmesine olanak tanımaktadır.

Sağlık kurumları, yüksek belirsizlik, yoğun iş yükü, kritik zaman baskısı ve çok disiplinli ekip yapılarının eşzamanlı biçimde yönetildiği karmaşık örgütsel yapılar olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle liderlik, sağlık hizmetlerinin etkinliği, çalışan performansı ve hasta güvenliği açısından stratejik bir belirleyici niteliği taşımaktadır (Dye, 2017). Liderlerin, klinik ve idari süreçleri uyumlaştırma, çalışanlar arası koordinasyonu sağlama ve örgüt kültürünü yönlendirme kapasitesi, sağlık kurumlarının sürdürülebilir başarısında kritik rol oynamaktadır (Giltinane, 2013). Ayrıca liderlik tarzları, sağlık çalışanlarının stres düzeyleri, iş doyumu ve kurumsal bağlılıkları üzerinde doğrudan etkiler üretmekte; bu etkiler sağlık hizmetlerinin kalitesine de dolaylı biçimde yansımaktadır (Al-Sawai, 2013).

Sağlık çalışanlarında iyi oluş, klasik örgütsel yapılardan farklı olarak yalnızca iş koşullarının fizyolojik ve psikolojik boyutlarını değil, aynı zamanda hasta bakımına ilişkin duygusal talepleri, etik sorumlulukları ve zaman baskısını da kapsamaktadır (Schaufeli, 2017). Sağlık sektöründe çalışan iyi oluşu; tükenmişlik riski, duygusal emek, ikincil travmatik stres, yoğun mesai düzeni ve yaşam-iş dengesi gibi çok katmanlı faktörlerle şekillenmektedir (Maslach ve Leiter, 2016). Bu bağlamda iyi oluş, yalnızca çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda ekip içi iletişim kalitesini, hasta güvenliği kültürünü ve hizmet verimliliğini doğrudan etkileyen örgütsel bir değişken konumundadır (Hofmeyer vd., 2020). Dolayısıyla çalışan iyi oluşunun değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık kurumlarında insan kaynağı yönetiminin temel önceliklerinden biri haline gelmiştir.

1. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN İYİ OLUŞU

1.1. İyi Oluş Kavramının Tarihsel ve Teorik Gelişimi

İyi oluş kavramı, psikoloji literatüründe uzun bir geçmişe sahip olmakla birlikte, sistematik bir araştırma alanı olarak 20. yüzyılın ikinci yarısında şekillenmeye başlamıştır. Aristoteles'in eudaimonia (iyi yaşam) kavramından köklenen felsefi temeller, modern psikolojik yaklaşımların temelini oluşturmuştur (Ryan ve Deci, 2001). Bradburn (1969) tarafından geliştirilen olumlu ve olumsuz duygulanım ayrımı, iyi oluş araştırmalarının ilk önemli dönüm noktalarından birini teşkil etmektedir.

1980'li yıllardan itibaren pozitif psikoloji hareketinin gelişmesiyle birlikte, iyi oluş kavramı patoloji odaklı yaklaşımlardan ayrılarak, insan potansiyelinin geliştirilmesi ve optimal işlevsellik ekseninde yeniden kavramsallaştırılmıştır (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Bu paradigma değişimi, özellikle organizasyonel bağlamda çalışan iyi oluşunun sistematik olarak incelenmesine zemin hazırlamıştır.

1.2. Psikolojik İyi Oluş, Öznel İyi Oluş ve Mesleki İyi Oluş Ayrımı

İyi oluş literatüründe üç temel kavramsal ayrım öne çıkmaktadır: öznel iyi, psikolojik iyi oluş ve mesleki iyi oluş. Diener (1984) tarafından kavramsallaştırılan öznel iyi oluş, bireyin yaşam deneyimlerini değerlendirme biçimini ifade etmekte ve üç temel bileşenden oluşmaktadır: yaşam doyumu

(bilişsel değerlendirme), olumlu duygulanım ve olumsuz duygulanım (Diener vd., 1999).

Ryff (1989) tarafından geliştirilen psikolojik iyi oluş modeli ise altı temel boyut içermektedir: özerklik, çevresel hakimiyet, kişisel gelişim, diğerleriyle olumlu ilişkiler, yaşam amacı ve öz-kabul. Bu model, iyi oluşu yalnızca mutluluk hissi olarak değil, optimal psikolojik işlevsellik ve anlam arayışı olarak kavramsallaştırmaktadır (Ryff ve Keyes, 1995). Ampirik araştırmalar, psikolojik iyi oluş ve öznel iyi oluş arasında orta düzeyde korelasyon olduğunu, ancak bu iki yapının farklı öncül ve sonuçlara sahip olduğunu göstermektedir (Keyes vd., 2002).

Mesleki iyi oluş ise bu genel iyi oluş kavramlarının iş yaşamı bağlamına uyarlanmış halidir. Warr (1987) tarafından önerilen vitamin modeli, iş ortamındaki faktörlerin çalışan iyi oluşu üzerindeki etkilerini sistematik bir çerçevede incelemektedir. Mesleki iyi oluş, iş doyumu, işe bağlılık, işyerinde yaşanan olumlu duygular ve iş-yaşam dengesi gibi boyutları kapsamaktadır (Bakker ve Oerlemans, 2011). Schaufeli vd. (2002) tarafından geliştirilen işe bağlılık kavramı, dinçlik, adanma ve özümseme boyutlarıyla mesleki iyi oluşun olumlu kutbunu temsil etmektedir.

Sağlık sektörü bağlamında, bu üç iyi oluş türü arasındaki etkileşim özellikle kritik öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının mesleki iyi oluşu, yalnızca kendi öznel ve psikolojik iyi oluşlarını değil, aynı zamanda hasta bakım kalitesini ve hasta güvenliğini de doğrudan etkilemektedir (Hall vd., 2016).

1.3. Sağlık Çalışanlarında İyi Oluşun Belirleyicileri

Sağlık çalışanlarının iyi oluşunu etkileyen faktörler, çok katmanlı ve karmaşık bir yapı sergilemektedir. İş Talepleri-Kaynakları Modeli, sağlık sektöründe çalışan iyi oluşunun anlaşılmasında yaygın olarak kullanılan kuramsal bir çerçeve sunmaktadır (Bakker ve Demerouti, 2007). Bu modele göre, iş talepleri (vardiya sistemi, iş yükü, duygusal gereksinimler) ile iş kaynakları (sosyal destek, özerklik, geri bildirim) arasındaki denge, çalışan iyi oluşunu belirleyen temel dinamiklerden birini oluşturmaktadır.

Bireysel düzeyde, demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum), kişilik özellikleri (duygusal denge, öz yeterlik), baş etme stratejileri ve dayanıklılık gibi faktörler iyi oluşu etkilemektedir (Jennings, 2008). Araştırmalar, yüksek duygusal zekâ ve etkili stres yönetimi becerilerine sahip

sağlık çalışanlarının daha yüksek iyi oluş düzeyleri sergilediğini göstermektedir (Mikolajczak vd., 2007).

Örgütsel düzeyde ise liderlik tarzları, örgüt kültürü, iletişim kalitesi, ödül ve tanınma sistemleri, kariyer gelişim fırsatları ve iş güvenliği algısı gibi faktörler belirleyici rol oynamaktadır (Aiken vd., 2012). Özellikle hemşireler üzerinde yapılan geniş ölçekli uluslararası araştırmalar, personel-hasta oranı, yönetsel destek ve profesyonel özerkliğin iyi oluş üzerindeki kritik etkisini ortaya koymaktadır (Aiken vd., 2018).

Makro düzeyde ise sağlık politikaları, sağlık sisteminin yapısı, ekonomik koşullar ve toplumsal sağlık kültürü gibi faktörler dolaylı ancak önemli etkiler yaratmaktadır (World Health Organization, 2006). Pandemi gibi olağanüstü dönemlerde, bu makro faktörlerin etkisi daha da belirginleşmekte ve sağlık çalışanlarının iyi oluşu üzerinde dramatik sonuçlar doğurabilmektedir (Shreffler vd., 2020).

1.4. İş Yükü, Emosyonel Emek, Hasta İlişkileri ve Tükenmişlik Bağlantıları

Sağlık sektörünün doğası gereği, çalışanlar yoğun iş yükü, uzun çalışma saatleri ve yüksek fiziksel-bilişsel taleplerle karşı karşıya kalmaktadır. Araştırmalar, aşırı iş yükünün hem fizyolojik (kardiyovasküler problemler, bağışıklık sistemi zayıflaması) hem de psikolojik (anksiyete, depresyon) sağlık sorunlarına yol açtığını göstermektedir (Dall'Ora vd., 2020). Özellikle uzun vardiyalar ve yetersiz dinlenme süreleri, çalışan iyi oluşunu olumsuz etkilemekte ve tıbbi hatalara zemin hazırlayabilmektedir (Griffiths vd., 2014).

Emosyonel emek kavramı, Hochschild (1983) tarafından geliştirilen ve hizmet sektörü çalışanlarının duygusal ifadelerini örgütsel beklentilere göre yönetme sürecini ifade eden bir kavramdır. Sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarıyla etkileşimlerinde sürekli olarak empatik, şefkatli ve profesyonel bir duruş sergilemek durumundadır; ancak bu duruş bazen gerçek duygularla çelişebilmektedir (Grandey, 2000). Yüzeysel rol yapma stratejisi, duygusal uyumsuzluk yaratarak tükenmişliği artırırken; derin rol yapma stratejisi daha az zararlı olmakla birlikte yine de psikolojik kaynakları tüketmektedir (Brotheridge ve Grandey, 2002).

Hasta ilişkileri, sağlık çalışanlarının iyi oluşu için hem kaynak hem de talep oluşturabilmektedir. Başarılı tedavi süreçleri, hasta memnuniyeti ve

anlamli etkileşimler, çalışanlara anlam ve tatmin sağlayarak iyi oluşu desteklemektedir (Shanafelt vd., 2009). Ancak, zorlu hasta vakalarıyla uğraşmak, şiddet ve saldırı tehdidi, hasta kayıpları ve etik ikilemlerin yönetimi, önemli duygusal yük oluşturmaktadır (Laschinger vd., 2012). Özellikle onkoloji, yoğun bakım ve acil servis gibi yüksek stresli birimlerde çalışan sağlık profesyonelleri, tekrarlayan travmatik deneyimlere maruz kalabilmektedir.

Tükenmişlik sendromu, Maslach ve Jackson (1981) tarafından kavramsallaştırılan ve üç boyuttan oluşan bir yapıdır: duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma. Sağlık sektöründe tükenmişlik prevalansı, diğer sektörlerle kıyasla belirgin şekilde yüksektir; sistematik incelemeler, doktorlarda %50'ye, hemşirelerde %40'a varan tükenmişlik oranları bildirmektedir (Rotenstein vd., 2018; Woo vd., 2020).

2. LİDERLİK TEORİLERİ VE SAĞLIK KURUMLARINA YANSIMALARI

2.1. Modern Liderlik Teorilerine Genel Bakış

Liderlik araştırmaları, 20. yüzyılın başlarından itibaren örgütsel davranış literatürünün en kapsamlı incelenmiş alanlarından birini oluşturmaktadır. Liderlik teorilerinin tarihsel gelişimi, özellik kuramlarından başlayarak, davranışsal teoriler, durumsal ve koşulsal yaklaşımlar ve nihayetinde çağdaş ilişkisel ve dönüşümsel liderlik paradigmalarına doğru evrilmiştir (Bass ve Bass, 2008). Bu evrim, liderliğin yalnızca liderin bireysel özelliklerinden değil, lider-takipçi etkileşiminden, örgütsel bağlamdan ve daha geniş sosyal süreçlerden kaynaklandığı anlayışını yansıtmaktadır.

Durumsal liderlik yaklaşımları, liderlik etkililiğinin bağlamsal faktörlere göre değiştiğini vurgulamıştır. Fiedler'in (1967) Koşul Bağımlılık Modeli, liderin görev veya ilişki odaklı yöneliminin, görev yapısı, lider-üye ilişkileri ve pozisyon gücü gibi durumsal faktörlerle etkileşimini ele almıştır. Hersey ve Blanchard'ın (1969) Durumsal Liderlik Teorisi, takipçilerin olgunluk düzeyine göre liderlik tarzının uyarlanması gerektiğini öne sürmüştür. House (1971) ise Yol-Amaç Teorisinde liderin, takipçilerin hedeflerine ulaşmalarında yolu açıklama ve engelleri kaldırma rolünü vurgulamıştır.

1980'lerden itibaren, dönüşümcü ve karizmatik liderlik paradigması öne çıkmaya başlamıştır. Burns (1978) tarafından kavramsal olarak tanımlanan ve Bass (1985) tarafından ampirik olarak operasyonelleştirilen dönüşümcü liderlik, liderin takipçilerini kişisel çıkarlarının ötesine geçmeye ve kolektif amaçlar için çaba göstermeye motive etmesi sürecidir. Dönüşümcü liderlik dört temel boyuttan oluşmaktadır: idealleştirilmiş etki (karizmatik rol model olma), ilham verici motivasyon (vizyon oluşturma ve anlamlı iletişim), entelektüel uyarım (yaratıcılığı ve yenilikçiliği teşvik etme) ve bireyselleştirilmiş ilgi (takipçilerin bireysel ihtiyaçlarına duyarlılık) (Bass ve Riggio, 2006).

Etkileşimci liderlik ise dönüşümcü liderliğin karşıtı olarak değil, tamamlayıcısı olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu yaklaşım, lider-takipçi ilişkisini bir değişim süreci olarak ele almakta ve koşullu ödüllendirme ile istisna yönetimi (aktif ve pasif) gibi davranışları içermektedir (Bass, 1985). Meta-analitik bulgular, dönüşümcü liderliğin örgütsel sonuçlar üzerinde etkileşimci liderlikten daha güçlü etkiler yarattığını, ancak her iki yaklaşımın da belirli bağlamlarda işlevsel olduğunu göstermektedir (Judge ve Piccolo, 2004).

Otantik liderlik yaklaşımı, 2000'li yılların başında Luthans ve Avolio (2003) tarafından geliştirilmiş ve pozitif örgütsel davranış literatürünün bir uzantısı olarak ortaya çıkmıştır. Otantik liderler, öz-farkındalık, içselleştirilmiş ahlaki perspektif, dengeli bilgi işleme ve ilişkisel şeffaflık özelliklerini sergilerler (Walumbwa vd., 2008a). Bu yaklaşım, liderin özgünlüğünü, değerlerine sadakatini ve etik davranışlarını vurgulayarak, güvene dayalı lider-takipçi ilişkilerinin önemini ön plana çıkarmaktadır (Gardner vd., 2011).

Güncel liderlik literatürü, paylaşılan ve dağıtılmış liderlik kavramlarına da odaklanmaktadır. Bu yaklaşımlar, liderliği tek bir bireyin özelliği olarak değil, ekip üyeleri arasında dağılan kolektif bir süreç olarak kavramsallaştırmaktadır (Pearce ve Conger, 2003). Özellikle karmaşık ve bilgi yoğun örgütlerde, bu tür paylaşılan liderlik yapılarının daha etkili olabileceği öne sürülmektedir (D'Innocenzo vd., 2016).

2.2. Sağlık Kurumlarında Liderlik Uygulanmasının Yapısal Zorlukları

Sağlık kurumları, liderlik uygulamaları açısından benzersiz ve karmaşık yapısal özellikler sergileyen organizasyonlardır. Mintzberg (1980) tarafından

tanımlanan profesyonel bürokrasi modeli, sağlık kurumlarının örgütsel yapısını anlamak için önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bu modelde, yüksek düzeyde eğitilmiş ve uzmanlaşmış profesyoneller (doktorlar, hemşireler) önemli derecede otonomi ve karar verme yetkisine sahiptir; bu durum, geleneksel hiyerarşik liderlik modellerinin uygulanmasını zorlaştırmaktadır (Glouberman ve Mintzberg, 2001).

Sağlık kurumlarındaki ilk temel zorluk, çoklu otorite yapılarının varlığıdır. Hastaneler genellikle üç paralel hiyerarşi içerir: tıbbi personel (doktorlar), idari personel (yöneticiler) ve bakım personeli (hemşireler) (Denis vd., 2001). Bu yapı, kararların alınması ve uygulanmasında koordinasyon problemleri yaratabilmekte ve liderlik süreçlerini karmaşıklıştırabilmektedir. Doktorların geleneksel olarak sahip olduğu mesleki özerklik ve otorite, idari liderlerin stratejik değişimleri hayata geçirme çabalarıyla çatışabilmektedir (Fitzgerald ve Ferlie, 2000).

İkinci önemli zorluk, sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanan belirsizlik ve aciliyettir. Hasta bakımı, önceden tam olarak planlanamayan, sürekli değişen ve acil müdahaleleri gerektiren bir süreçtir (Wears ve Perry, 2002). Bu bağlamda, liderlik yalnızca öngörülebilir rutinlerin yönetilmesini değil, aynı zamanda beklenmedik durumlarla başa çıkma kapasitesini de gerektirmektedir. Kriz liderliği ve adaptif liderlik becerileri, sağlık ortamlarında hayati önem taşımaktadır (Boal ve Schultz, 2007).

Üçüncü zorluk, kaynak kısıtlamaları ve artan maliyet baskılarıdır. Sağlık kurumları, sınırlı bütçelerle artan hasta talepleri arasında denge kurmak zorundadır (Porter ve Lee, 2013). Bu durum, liderlerin hem kalite hem de verimlilik hedeflerini eşzamanlı olarak yönetmelerini gerektirmekte ve etik ikilemlere yol açabilmektedir. Klinik kalite ile mali sürdürülebilirlik arasındaki gerilim, sağlık liderlerinin karşılaştığı en kritik zorluklardan biridir (Kaissi, 2005).

Dördüncü yapısal zorluk, disiplinler arası iş birliği ve ekip çalışması gereksiniminden kaynaklanmaktadır. Modern hasta bakımı, farklı uzmanlık alanlarından gelen profesyonellerin koordineli çalışmasını gerektirmektedir (Lemieux-Charles ve McGuire, 2006). Ancak, mesleki sınırlar, kültürel farklılıklar ve güç dinamikleri, etkili ekip çalışmasını engelleyebilmektedir. Liderler, bu çeşitli grupları ortak hedefler etrafında birleştirmek ve iş birliğini kolaylaştırmak zorundadır (West vd., 2015).

Beşinci zorluk, hızlı teknolojik değişim ve yenilikçilik baskısıdır. Tıp alanındaki sürekli gelişmeler, yeni tedavi yöntemleri ve dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, sağlık kurumlarından sürekli adaptasyon ve öğrenme talep etmektedir (Bohmer, 2009). Liderler, yenilikçiliği teşvik ederken aynı zamanda hasta güvenliğini ve kanıta dayalı uygulamaları korumak zorundadır (Barends vd., 2017).

Altıncı yapısal zorluk, düzenleyici ve yasal çerçevelerin karmaşıklığıdır. Sağlık kurumları, hasta hakları, tıbbi etik, akreditasyon standartları ve yasal sorumluluklar konusunda yoğun düzenlemelere tabidir (Walshe ve Shortell, 2004). Bu düzenlemeler, liderlik esnekliğini kısıtlayabilir ve inovatif çözümlerin uygulanmasını zorlaştırabilir. Liderler, uyum gereksinimlerini yerine getirirken aynı zamanda örgütsel etkililiği artırmak zorundadır.

Son olarak, sağlık kurumları duygusal yoğunluğun ve etik ikilemlerin yaşandığı ortamlardır. Yaşam ve ölüm kararları, sınırlı kaynakların tahsisi, hasta özerkliği ve paternalizm arasındaki denge gibi konular, liderlik süreçlerine etik boyut eklemektedir (Førde ve Aasland, 2008). Liderler, hem etik değerlere sadık kalarak hem de pragmatik kararlar alarak bu hassas dengeyi yönetmek zorundadır.

3. DÖNÜŞÜMCÜ LİDERLİK VE ÇALIŞAN İYİ OLUŞU

3.1. Dönüşümcü Liderliğin Temel Unsurları

Dönüşümcü liderlik, Burns (1978) tarafından siyasal liderlik bağlamında tanımlanmış ve Bass (1985) tarafından örgütsel bağlama uyarlanarak operasyonelleştirilmiştir. Bu liderlik yaklaşımı, liderlerin takipçilerini kişisel çıkarlarının ötesine geçmeye ve kolektif amaçlar için olağanüstü çaba göstermeye motive etmesi sürecini ifade etmektedir. Bass'ın (1985) modeline göre, dönüşümcü liderlik dört temel bileşenden oluşmaktadır: idealleştirilmiş etki, ilham verici motivasyon, entelektüel uyarım ve bireyselleştirilmiş ilgi.

İdealleştirilmiş etki, dönüşümcü liderliğin karizmatik boyutunu temsil etmektedir. Bu boyutta liderler, yüksek etik ve ahlaki standartlar sergileyen, takipçilerinin hayranlık ve güvenini kazanan rol modelleri olarak işlev görürler (Avolio ve Bass, 1995). İdealleştirilmiş etki, hem liderin kişisel nitelikleri (karakter, dürüstlük, tutarlılık) hem de davranışsal özellikleri (risk alma, fedakârlık, ortak değerlere bağlılık) üzerinden tezahür etmektedir (Bass ve Riggio, 2006). Takipçiler, bu tür liderlerle özdeşleşme eğilimi göstermekte ve

onların değer sistemlerini içselleştirmektedir (Shamir vd., 1993). Sağlık bağlamında, idealleştirilmiş etki özellikle etik ikilemlerin yönetiminde ve hasta merkezli değerlerin kurumsallaştırılmasında kritik rol oynamaktadır (Sfantou vd., 2017).

İlham verici motivasyon, liderlerin takipçilerine anlamlı ve zorlayıcı bir vizyon sunmaları, yüksek beklentiler oluşturmaları ve ortak hedefler etrafında coşku ve bağlılık yaratmaları sürecini ifade etmektedir (Bass ve Riggio, 2006). Bu boyut, sembollerin, metaforların ve duygusal çekiciliğin kullanımını içermektedir (Antonakis vd., 2003). İlham verici liderler, gelecek hakkında iyimser bir perspektif sunarak, takipçilerin içsel motivasyonlarını artırmakta ve kolektif kimlik duygusunu güçlendirmektedir (Shamir vd., 1993). Sağlık kurumlarında, ilham verici motivasyon özellikle zorlu dönemlerde (pandemi, kaynak kısıtlamaları) çalışanların direncini ve bağlılığını sürdürmede hayati önem taşımaktadır (Hu vd., 2020).

Entelektüel uyarım, liderlerin takipçilerini varsayımları sorgulamaya, problemlere yeni perspektiflerden bakmaya ve yaratıcı çözümler geliştirmeye teşvik etmesi sürecini kapsamaktadır (Bass ve Avolio, 1994). Bu boyut, öğrenmeyi ve yenilikçiliği destekleyen bir örgütsel iklim yaratmayı içermektedir (Jung vd., 2003). Entelektüel uyarım sağlayan liderler, hataları öğrenme fırsatları olarak çerçevelemekte, statükoyu sorgulamayı meşrulaştırmakta ve takipçilerin özerk düşüncelerini cesaretlendirmektedir (Avolio vd., 1999). Sağlık sektöründe, entelektüel uyarım kalite iyileştirme girişimlerinin, kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesinin ve sürekli öğrenme kültürünün geliştirilmesinde merkezi rol oynamaktadır (Gifford vd., 2018).

Bireyselleştirilmiş ilgi, liderlerin her bir takipçinin benzersiz ihtiyaçlarına, yeteneklerine ve gelişim hedeflerine duyarlı olmaları ve kişiselleştirilmiş destek sağlamaları sürecini ifade etmektedir (Bass ve Riggio, 2006). Bu boyut, aktif dinleme, empatik anlayış, mentörlük ve koçluk davranışlarını kapsamaktadır (Dvir vd., 2002). Bireyselleştirilmiş ilgi gösteren liderler, çalışanlarını homojen bir grup olarak değil, kendi gelişim yörüngelerine sahip bireyler olarak görmekte ve her birine uygun destek ve yetkilendirme sağlamaktadır (Piccolo ve Colquitt, 2006). Sağlık kurumlarında, bireyselleştirilmiş ilgi özellikle çalışan tükenmişliğinin önlenmesinde, iş-

yaşam dengesinin desteklenmesinde ve kariyer gelişiminin kolaylaştırılmasında kritik öneme sahiptir (Wong ve Laschinger, 2013).

Bu dört boyut arasında güçlü pozitif korelasyonlar bulunmakla birlikte, her biri örgütsel sonuçları farklı mekanizmalar üzerinden etkilemektedir (Judge ve Piccolo, 2004). Araştırmalar, dönüşümcü liderliğin bütüncül bir yapı olarak uygulanmasının, tek tek boyutların toplamından daha güçlü etkiler yarattığını göstermektedir (Bass, 1999). Ayrıca, dönüşümcü liderliğin etkileşimci liderliği (özellikle koşullu ödüllendirme) tamamlayıcı olarak içerdiği ve bu entegrasyonun optimal liderlik etkililiği için gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Avolio ve Bass, 2004).

3.2. Sağlık Kurumlarında Dönüşümcü Lider Davranışları

Sağlık kurumlarının karmaşık, yüksek riskli ve duygusal yoğunluk içeren doğası, dönüşümcü liderlik davranışlarının kendine özgü tezahürleri için zemin oluşturmaktadır. Sağlık bağlamında dönüşümcü liderlik, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, kalite iyileştirme girişimlerinin yönetilmesi, disiplinler arası iş birliğinin kolaylaştırılması ve çalışan refahının desteklenmesi gibi kritik alanlarda önemli roller üstlenmektedir (Cummings vd., 2018).

Sağlık kurumlarında dönüşümcü liderlik, ayrıca disiplinler arası iş birliğinin kolaylaştırılmasında önemli rol oynamaktadır. Dönüşümcü liderler, farklı meslek gruplarından profesyonelleri (doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları) ortak hedefler etrafında birleştirerek, mesleki sınırları aşan ekip çalışmasını desteklemektedir (Xyrichis ve Lowton, 2008). Bu liderler, her meslek grubunun benzersiz katkısını tanıyarak ve değer vererek, karşılıklı saygı ve iş birliği kültürü yaratmaktadır (Körner vd., 2016).

3.3. Dönüşümcü Liderliğin Çalışan İyi Oluşuna Etkileri

Dönüşümcü liderliğin çalışan iyi oluşu üzerindeki etkileri, kapsamlı ampirik araştırmalarla desteklenen bir araştırma alanıdır. Sağlık sektöründe yapılan spesifik araştırmalar, dönüşümcü liderliğin hemşireler üzerindeki olumlu etkilerini tutarlı bir şekilde göstermektedir. Cummings vd.nin (2010) sistematik incelemesi, dönüşümcü liderliğin hemşire iş doyumunu, örgütsel bağlılığını ve işe bağlılığını artırdığını; tükenmişliği ve işten ayrılma niyetini azalttığını ortaya koymuştur. Sağlık ekiplerinde, yüksek kaliteli dönüşümcü liderlik, ekip üyeleri arasında güven ve iş birliğini geliştirerek, hem ekip

düzeyinde iyi oluşu hem de hasta bakım kalitesini artırmaktadır (West vd., 2015).

Dönüşümcü liderliğin iyi oluş üzerindeki etkileri, aynı zamanda hasta sonuçlarına da yansımaktadır. Wong ve Cummings'in (2007) sistematik incelemesi, dönüşümcü hemşire liderliğinin hasta doyumunu artırdığını ve olumsuz hasta olaylarını azalttığını göstermiştir. Bu bulgu, çalışan iyi oluşu ile hasta sonuçları arasındaki pozitif spirali desteklemektedir: iyi oluş içinde olan sağlık çalışanları daha yüksek kaliteli bakım sağlamakta, bu da profesyonel tatmini ve anlamlılığı artırarak iyi oluşu güçlendirmektedir (Hall vd., 2016).

4. ETKİLEŞİMCİ LİDERLİK VE ÇALIŞAN İYİ OLUŞU

4.1. Etkileşimci Liderliğin Temel unsurları

Etkileşimci (transaksiyonel) liderlik, Burns (1978) tarafından kavramsallaştırılan ve Bass (1985) tarafından geliştirilen liderlik teorisinin temel yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. Bu liderlik tarzı, lider ile takipçileri arasındaki mübadele ilişkisine odaklanarak, belirli performans hedeflerinin karşılığında ödül veya yaptırımların sunulması esasına dayanmaktadır (Antonakis ve House, 2014). Etkileşimci liderlik, örgütsel yapının istikrarını korumaya, mevcut sistemlerin etkin işleyişini sağlamaya ve kısa vadeli performans hedeflerine ulaşmaya yönelik pragmatik bir yaklaşımı temsil etmektedir (Judge ve Piccolo, 2004).

Etkileşimci (transaksiyonel) liderlik, Burns (1978) tarafından öne sürülen ve Bass (1985) tarafından genişletilip ölçeklenen liderlik yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, lider ile takipçiler arasındaki mübadele ilişkisine dayanır; belirli performans hedefleri karşılığında ödül veya yaptırım sunar (Antonakis ve House, 2014). Örgütsel istikrarı koruma, mevcut sistemleri etkin işletme ve kısa vadeli hedeflere odaklanma gibi pragmatik amaçlar taşır (Judge ve Piccolo, 2004).

Bass ve Avolio (1994), etkileşimci liderliğin üç temel boyutunu tanımlamışlardır: koşullu ödüllendirme, aktif istisnalarla yönetim ve pasif istisnalarla yönetim. Koşullu ödüllendirme boyutu, liderin belirlenen hedeflere ulaşılması karşılığında ödül sunmasını ve bu hedeflere ulaşamadığında yaptırım uygulamasını içermektedir (Avolio vd., 1999). Bu süreçte lider, çalışanlarla açık performans beklentileri konusunda anlaşmaya varır ve bu

beklentilerin karşılanması durumunda tanınma, terfi veya maddi ödüller gibi teşvikler sağlar (Podsakoff vd., 2006).

Aktif istisnalarla yönetim boyutunda, lider süreçleri yakından izler, standartlardan sapmaları proaktif olarak tespit eder ve sorunlar büyümeden önce düzeltici önlemler alır (Hinkin ve Schriesheim, 2008). Bu yaklaşım, özellikle hata toleransının düşük olduğu ve hasta güvenliğinin kritik öneme sahip olduğu sağlık kurumlarında değerli bir yönetim stratejisi olarak kabul edilmektedir. Pasif istisnalarla yönetim boyutunda ise lider, sorunlar ciddi hale gelene veya standartlar karşılanmadığı açıkça ortaya çıkana kadar müdahale etmez ve reaktif bir tutum sergiler (Bass ve Riggio, 2006).

Sağlık kurumları bağlamında etkileşimci liderlik, yapısal karmaşıklık ve düzenleyici gerekliliklerin yoğun olduğu ortamlarda önemli bir rol oynamaktadır. Hastaneler, klinikler ve diğer sağlık tesisleri, katı protokollere, standart işletim prosedürlerine ve yasal düzenlemelere tabi çalışmaktadır; bu nedenle performans standartlarının net bir şekilde tanımlanması ve bu standartlara uyumun sistematik olarak izlenmesi gerekmektedir (McFadden vd., 2015). Etkileşimci liderler, bu gereklilikleri karşılamak için yapılandırılmış bir çerçeve sunarak, rol netliği ve hesap verebilirlik sağlamaktadır (Walumbwa vd., 2008b).

4.2. Sağlık Kurumlarında Etkileşimci Lider Davranışları

Ödül ve ceza mekanizmaları, etkileşimci liderliğin temel araçlarını oluşturmakta ve çalışan davranışlarını şekillendirmede kritik bir rol oynamaktadır. Sağlık sektöründe bu mekanizmaların etkileri, hem örgütsel performans hem de çalışan iyi oluşu açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır (Nielsen vd., 2009).

Koşullu ödüllendirme yaklaşımı, sağlık çalışanlarının performans hedeflerine ulaşmaları karşılığında maddi veya maddi olmayan teşvikler sunmaktadır (Careau vd., 2014). Maddi ödüller arasında maaş artışları, ikramiyeler, terfi fırsatları ve diğer finansal teşvikler yer alırken, maddi olmayan ödüller arasında takdir, tanınma, özerklik artışı ve mesleki gelişim fırsatları bulunmaktadır (Gagné ve Forest, 2008). Araştırmalar, sağlık çalışanlarının performans değerlendirmelerinin adil, şeffaf ve objektif kriterlere dayandığını algıladıklarında, ödül sistemlerinin motivasyon ve iş doyumu üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Aiken vd., 2012).

Sağlık sektöründe ceza mekanizmalarının kullanımı özellikle hassas bir konudur, çünkü aşırı yaptırımcı yaklaşımlar suçlama kültürü oluşturabilir ve tıbbi hataların raporlanmasını engelleyebilir. Hasta güvenliği literatürü, hataların açıkça paylaşılmasını ve sistemsel öğrenmeyi teşvik eden adil bir kültürün önemini vurgulamaktadır (Reason, 1997; Marx, 2001).

Araştırmalar, ödül mekanizmalarının ceza mekanizmalarına göre çalışan iyi oluşu ve performans üzerinde daha olumlu ve sürdürülebilir etkiler yarattığını göstermektedir (Luthans ve Stajkovic, 1999). Sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin azaltılmasında, tanınma ve ödüllendirme sistemlerinin önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Maslach ve Leiter, 2016).

4.3. Etkileşimci Liderliğin Çalışan İyi Oluşuna Katkıları

Etkileşimci liderliğin çalışan iyi oluşuna en önemli katkılarından biri, öngörülebilirlik ve istikrar sağlamasıdır (Bass ve Riggio, 2006). Sağlık çalışanları, performans beklentilerinin net olduğu, geri bildirimin tutarlı olduğu ve ödüllendirme sisteminin adil işlediği ortamlarda daha az belirsizlik ve stres yaşamaktadır (Chiaburu ve Harrison, 2008). Rol netliğinin artması, iş-yaşam dengesi ve genel yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkiler yaratabilmektedir.

Koşullu ödüllendirme boyutu, özellikle uygun şekilde uygulandığında, çalışan motivasyonu ve performans üzerinde olumlu etkiler göstermektedir (Podsakoff vd., 2006). Yapılan araştırmalar, etkileşimci liderlerin sağladığı yapılandırılmış geri bildirimin, çalışanların becerilerini geliştirmelerine ve kariyer hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir (Avolio vd., 1999). Sağlık profesyonelleri, çabalarının tanındığını ve takdir edildiğini hissettiklerinde, örgütsel bağlılıkları artmakta ve işten ayrılma niyetleri azalmaktadır (Laschinger vd., 2001).

İstisnalarla yönetim-aktif yaklaşımı, hasta güvenliği ve kalite iyileştirme açısından değerli katkılar sunmaktadır (Wong vd., 2013). Liderlerin süreçleri yakından izlemesi ve sorunları erken tespit etmesi, tıbbi hataların önlenmesine, komplikasyonların azaltılmasına ve genel bakım kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır (Frankel vd., 2006). Bu yaklaşım, çalışanların güvenli bir ortamda çalıştıklarını hissetmelerine ve profesyonel gelişimlerine katkıda bulunmaktadır.

Etkileşimci liderlik ayrıca, özellikle kriz dönemlerinde veya rutinleşmiş görevlerin yürütülmesinde etkili olabilmektedir (Antonakis ve House, 2014).

Sağlık kurumlarının operasyonel karmaşıklığı göz önüne alındığında, günlük işleyişin sorunsuz devamını sağlamak için yapılandırılmış yönetim yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Etkileşimci liderler, bu operasyonel istikrarı sağlayarak, çalışanların temel görevlerini yerine getirmelerine olanak tanımaktadır (Bass, 1985).

5. OTANTİK LİDERLİK VE ÇALIŞAN İYİ OLUŞU

5.1. Otantik Liderliğin Temel Unsurları

Otantik liderlik, 21. yüzyılın başlarında pozitif örgütsel davranış ve pozitif psikoloji hareketlerinin bir uzantısı olarak ortaya çıkmış ve liderlik literatüründe önemli bir yer edinmiştir (Luthans ve Avolio, 2003). Bu liderlik yaklaşımı, liderlerin gerçek benliklerine sadık kalarak, değerlerine uygun davranarak ve takipçileriyle otantik ilişkiler kurarak liderlik yapmasını vurgulamaktadır (Avolio ve Gardner, 2005). Otantik liderlik teorisi, özellikle kurumsal skandallar ve etik başarısızlıkların ardından güvenilir, değer odaklı ve şeffaf liderliğe duyulan ihtiyacın artmasıyla popülerlik kazanmıştır (Gardner vd., 2005).

Walumbwa vd. (2008a), otantik liderliği "liderin ve takipçilerin pozitif psikolojik kapasitelerini ve pozitif etik iklimi teşvik eden lider davranışları" olarak tanımlamış ve bu yapının dört temel bileşenini belirlemiştir: öz-bilinç (self-awareness), ilişkisel şeffaflık (relational transparency), dengeli bilgi işleme (balanced processing) ve içsel ahlaki perspektif (internalized moral perspective). Bu dört boyut, otantik liderliğin kavramsal temelini oluşturmakta ve birbirleriyle etkileşim halinde çalışarak liderlik etkililiğini artırmaktadır (Avolio vd., 2009).

5.2. Sağlık Kurumlarında Otantik Lider Davranışları

Otantik liderlik davranışları, sağlık kurumlarının benzersiz bağlamında kendine özgü şekillerde ortaya çıkmaktadır. Hastaneler, klinikler ve diğer sağlık tesisleri, yüksek stres düzeyleri, karmaşık ekip dinamikleri, sürekli değişim gereksinimleri ve hasta güvenliği ile ilgili sürekli baskıların yaşandığı ortamlardır (Begun vd., 2003). Bu bağlamda otantik liderlik, hem örgütsel etkililiği hem de çalışan iyi oluşunu destekleyecek şekilde tezahür etmektedir (Wong ve Cummings, 2009).

Sağlık kurumlarında otantik liderlik, öncelikle hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini destekleyen davranışlar olarak görünür olmaktadır (Wong vd., 2010). Otantik liderler, klinik ekiplerin hasta merkezli bakım sunmalarını teşvik eder, kanıt temelli uygulamaları destekler ve tıbbi hataların açıkça tartışılabileceği bir güvenlik kültürü oluşturur (Shirey, 2006). Örneğin, bir yönetici hemşire, ekip toplantılarında kendi deneyimlerinden öğrendiği dersleri paylaşarak, hata raporlamasının öğrenme fırsatı olduğunu gösterebilir ve böylece suçlama kültürü yerine öğrenme kültürü yaratabilir.

Otantik liderler, klinik karar alma süreçlerinde çok seslilik ve katılımı teşvik etmektedir (Reader vd., 2011). Multidisipliner tur görüşmeleri, hasta güvenliği komitelerinde veya kalite iyileştirme projelerinde, otantik liderler farklı mesleki geçmişlere sahip ekip üyelerinin görüşlerini aktif olarak talep eder ve bu görüşlerin karar alma süreçlerine entegre edilmesini sağlar (Mitchell vd., 2012). Bu yaklaşım, sadece daha iyi kararlar alınmasını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda çalışanların örgütsel kararlara katkıda bulunduklarını hissetmelerine ve mesleki yetkinlik duygularının artmasına yardımcı olur (Laschinger vd., 2004).

Sağlık hizmetlerinin interdisipliner doğası, etkili ekip çalışmasını ve iletişimi gerektirir. Otantik liderler, ekip üyeleri arasında açık ve saygılı iletişimi modelleyerek, hiyerarşik engelleri azaltarak ve çok yönlü bilgi paylaşımını teşvik ederek, işbirlikçi bir ortam yaratır (Mitchell vd., 2012). Günlük toplantılarda, vaka konferanslarında veya kalite komitelerinde, otantik liderler her ekip üyesinin sesinin duyulmasını sağlar ve farklı bakış açılarının değerini vurgular (Reader vd., 2011).

5.3. Otantik Liderliğin Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkileri

Otantik liderlik, çalışanların psikolojik iyi oluşu üzerinde çok boyutlu ve derin etkiler yaratmaktadır. Bu etkiler, öz-belirleme teorisi, sosyal öğrenme teorisi, sosyal değişim teorisi ve pozitif psikoloji perspektifleri ile açıklanabilmektedir (Avolio vd., 2009).

Otantik liderler, çalışanlara karar alma süreçlerinde söz hakkı vererek, mesleki yargılarını kullanabilecekleri alan yaratarak ve mikro yönetimden kaçınarak özerklik ihtiyacını karşılamaktadır (Wong ve Laschinger, 2013). Sağlık profesyonelleri, kendi uzmanlıklarını kullanabilecekleri ve klinik kararlarına saygı duyulduğunu hissettikleri ortamlarda daha yüksek iş doyumu

ve daha düşük tükenmişlik yaşamaktadır (Laschinger vd., 2009). Otantik liderlerin sağladığı özerklik desteği, içsel motivasyonu artırmakta ve işe bağlılığı güçlendirmektedir (Gagné ve Deci, 2005). Benzer şekilde, Wong ve Laschinger'in (2013) çalışması, otantik liderlik ile hemşirelerin iş tatmini arasında güçlü pozitif ilişki bulmuş, Eriş'in (2015) de kamu hastanelerinde yaptığı araştırması, yöneticilerin çalışan motivasyonunu değerlendirirken en önemli faktörün 'çalışanların kendilerini hastaneye ait hissetmeleri' olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, otantik liderliğin aidiyet duygusu yaratarak motivasyonu artırma mekanizmasını desteklemektedir.

Pozitif psikoloji perspektifinden bakıldığında, otantik liderlik pozitif duygusal deneyimleri ve iş anlamlılığını artırarak psikolojik iyi oluşu desteklemektedir (Fredrickson, 2001). Otantik liderler, değerlere dayalı bir liderlik sergilediklerinde ve etik ilkelere bağlı kaldıklarında, çalışanların işlerinde anlam bulmasına yardımcı olurlar (Steger vd., 2012). Sağlık profesyonelleri için bu özellikle önemlidir, çünkü çoğu bu mesleği insanlara yardım etme arzusuyla seçmiştir ve işlerinde anlam bulma ihtiyacı yüksektir (Shanafelt vd., 2012).

Sağlık sektöründe tükenmişlik, yaygın ve ciddi bir sorundur (Maslach vd., 2001). Tükenmişlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi ile karakterize edilir ve hem bireysel sağlık hem de hasta bakımı kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratır (Shanafelt vd., 2015). Otantik liderlik, tükenmişliği azaltmada etkili bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (Laschinger ve Fida, 2014).

Otantik liderliğin etkileri, sadece iş ortamıyla sınırlı kalmayıp, çalışanların genel yaşam doyumuna ve iş-yaşam dengesine de yayılmaktadır (Azanza vd., 2013). Sağlık profesyonellerinin düzensiz çalışma saatleri, nöbet sistemleri ve yüksek iş yükü nedeniyle iş-yaşam dengesi konusunda önemli zorluklar yaşadığı bilinmektedir (Geurts vd., 2005). Otantik liderler, çalışanların kişisel ihtiyaçlarına duyarlı olarak, esnek çalışma düzenlemeleri sunarak ve iş yükünü adil bir şekilde dağıtarak, iş-yaşam dengesini desteklemektedir (Allen vd., 2013).

6. ÜÇ LİDERLİK TARZININ KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

6.1. Teorik Düzeyde Karşılaştırma

Dönüşümcü, etkileşimci ve otantik liderlik, modern literatürde birbirini dışlamayan ancak farklı teorik köklere, etki mekanizmalarına ve zaman/değişim odaklarına sahip üç ayrı yaklaşım olarak ele alınmaktadır. Dönüşümcü liderlik, takipçilerin öz-kavramlarını ve kolektif kimliklerini dönüştürerek vizyon, ilham ve bireysel gelişim üzerinden içsel motivasyonu harekete geçirirken; etkileşimci liderlik, ödül-ceza ve açık performans beklentileri yoluyla dışsal motivasyon ve kısa vadeli uyumu hedefler. Otantik liderlik ise öz-belirleme ve etik gelişim temelli bir çerçevede, liderin kendi değerlerine sadık, şeffaf ve güven temelli ilişkiler kuran bir figür olarak çalışanların temel psikolojik ihtiyaçlarını ve psikolojik güvenliği güçlendirmesine odaklanır.

Bu üç yaklaşım aynı zamanda lider-takipçi ilişkisini, etik ve değerler boyutunu ve örgütsel değişim perspektifini farklı şekillerde kurgular: dönüşümcü liderlik karizmatik ve idealleştirilmiş, etkileşimci liderlik sözleşmeye dayalı ve araçsal, otantik liderlik ise karşılıklı otantiklik ve güven eksenli bir ilişki formu ortaya koyar. Etik boyutta dönüşümcü liderlik ahlaki yükselme ve kolektif değerlere bağlılığı vurgularken, etkileşimci liderlik daha çok prosedürel adalet ve tutarlılığa odaklanır; otantik liderlik ise içselleştirilmiş ahlaki perspektifi merkezine alarak etik davranışı liderliğin kurucu unsuru haline getirir.

6.2. Çalışan İyi Oluşu Üzerindeki Etkilerin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Dönüşümcü, etkileşimci ve otantik liderlik tarzlarının çalışan iyi oluşu üzerindeki etkileri, meta-analitik ve boylamsal araştırmalarla kapsamlı biçimde incelenmiş olup bu üç liderlik yaklaşımının farklı güç ve sınırlılıklara sahip olduğu görülmektedir (Harms vd., 2017). Dönüşümcü liderlik, özellikle iş tatmini, örgütsel bağlılık ve motivasyon üzerinde belirgin pozitif etkiler yaratmakta; çalışanların iş özelliklerini iyileştirerek ve psikolojik güçlenmeyi artırarak iyi oluşu desteklemektedir (Judge ve Piccolo, 2004; Nielsen vd., 2009; Arnold, 2017). Otantik liderlik ise güven, psikolojik güvenlik ve temel psikolojik ihtiyaçların karşılanması yoluyla iyi oluşu güçlendirmekte ve

tükenmişlik üzerinde koruyucu bir rol üstlenmektedir (Banks vd., 2016; Laschinger ve Fida, 2014). Buna karşın etkileşimci liderliğin etkileri daha sınırlı olup, koşullu ödüllendirme çalışan tatmini ve rol netliğini artırsa da pasif liderlik boyutları stres ve tükenmişlikle ilişkilendirilmektedir (Judge ve Piccolo, 2004; Podsakoff vd., 2006).

Bu liderlik tarzlarının örgütsel bağlılık, işte kalma niyeti, iş-yaşam dengesi ve genel yaşam doyumu üzerindeki etkileri de anlamlı farklılıklar göstermektedir. Dönüşümcü ve otantik liderlik, duygusal bağlılığı güçlendirerek çalışanların organizasyonda kalma isteğini artırmakta; anlam yaratma, şeffaflık ve değer uyumu yoluyla iş-yaşam dengesine de olumlu katkılar sunmaktadır (Wang vd., 2011; Avolio vd., 2004; Walumbwa vd., 2008a; Walumbwa vd., 2008b). Otantik liderlik özellikle bütünsel iyi oluşu desteklemede öne çıkarken (Wong ve Laschinger, 2013), etkileşimci liderlik daha çok kısa vadeli performans odaklanmakta ve uzun vadeli bağlılık üzerinde daha zayıf etkiler göstermektedir (Meyer ve Allen, 1991; Bass ve Riggio, 2006). Buna ek olarak dönüşümcü liderliğin bazı durumlarda yüksek beklentiler nedeniyle iş-aile çatışmasını artırabileceği, etkileşimci liderliğin ise rol netliği sağlasa da esneklik eksikliğinden dolayı iş-yaşam dengesinde sınırlı destek sunduğu görülmektedir (Hetland vd., 2011; Allen vd., 2013).

6.3. Sağlık Kurumlarında Hangi Liderlik Tarzı Hangi Durumlarda Daha Etkilidir?

Sağlık kurumları, kendine özgü yapısal, kültürel ve operasyonel özellikleriyle liderlik tarzlarının etkililiğinin bağlamsal olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir (Sfantou vd., 2017). Yüksek risk, karmaşık koordinasyon gereksinimleri, çok disiplinli ekip çalışması, duygusal talep, etik ikilemler ve sürekli değişim, sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran temel özelliklerdir. Bu bağlamsal faktörler, farklı liderlik tarzlarının etkililiğini önemli ölçüde şekillendirmektedir (Cummings vd., 2018).

Acil servisler, yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler ve travma merkezleri gibi yüksek stresli ve hızlı karar alma gerektiren ortamlarda, farklı liderlik tarzlarının farklı rolleri bulunmaktadır. Özellikle rutin acil prosedürlerin yürütülmesinde, etkileşimci liderliğin sağladığı öngörülebilirlik ve standartlaştırma önemlidir (Frankel vd., 2006).

Bununla birlikte, kriz durumlarında dönüşümcü liderliğin de kritik rolü bulunmaktadır (Fernandez ve Shaw, 2020). COVID-19 pandemisi gibi olağanüstü durumlarda, dönüşümcü liderler vizyon sunarak, iyimserlik yaratarak ve ekipleri adapte olmaya teşvik ederek etkili olmuştur (Dirani vd., 2020). İlham verici motivasyon ve bireyselleştirilmiş destek, çalışanların aşırı stres altında dayanıklılığını artırmaktadır (Barello vd., 2020).

Otantik liderlik ise kriz dönemlerinde güven ve psikolojik güvenlik sağlayarak kritik rol oynamaktadır (Avolio ve Walumbwa, 2014). Şeffaf iletişim, belirsizlik karşısında dürüstlük ve değerlere sadık kalma, çalışanların kriz durumlarında liderlerine güvenmelerini sağlamaktadır (Norman vd., 2010). Otantik liderler, kendi korkularını ve zorluklarını kabul ederek, aynı zamanda kararlı ve değer odaklı bir liderlik sergileyerek, ekiplerin moralini korumaktadır (Barello vd., 2020).

Bass (1985), dönüşümcü liderliğin etkileşimci liderliği artırdığını (augmentation hypothesis) öne sürmüştür. Bu hipoteze göre, dönüşümcü liderlik davranışları, etkileşimci liderliğin temelini oluşturan işlemsel değişimin ötesine geçerek, ek varyans açıklar ve daha yüksek performans yaratır (Waldman vd., 2001). Ampirik araştırmalar bu hipotezi tutarlı bir şekilde desteklemiştir; dönüşümcü liderlik, etkileşimci liderliğin etkilerinin üzerine ekleyerek çalışan tatmini, motivasyon ve performansı artırmaktadır (Judge ve Piccolo, 2004).

Sağlık kurumları bağlamında, bu artırma etkisi özellikle değerlidir (Cummings vd., 2018). Etkileşimci liderlik, operasyonel istikrar, net beklentiler ve tutarlı geri bildirim sağlayarak temel bir yapı oluştururken, dönüşümcü liderlik bu temelin üzerine inşa edilerek vizyon, ilham ve sürekli iyileştirme kültürü ekler (Wong ve Cummings, 2009). Örneğin, bir hemşire yöneticisi hem performans standartlarını netleştirip (etkileşimci) hem de ekibini hasta merkezli bakım vizyonu etrafında ilham vererek motive edebilir (dönüşümcü) (Boamah vd., 2018).

Otantik liderlik, hem dönüşümcü hem de etkileşimci liderliğin etkililiğini artırabilir (Banks vd., 2016). Otantik bir lider, dönüşümcü vizyonunu daha inandırıcı bir şekilde sunabilir çünkü bu vizyon gerçek değerlerinden kaynaklanır (Shamir ve Eilam, 2005). Benzer şekilde, etkileşimci süreçler (performans değerlendirme, geri bildirim) otantik bir lider tarafından yönetildiğinde daha adil ve meşru algılanır (Walumbwa vd., 2008a).

Etkili liderler, durumsal gereksinimleri değerlendirerek ve çalışanların ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, farklı liderlik davranışlarını esnek bir şekilde kullanabilmelidir (Yukl, 2012). Sağlık kurumlarındaki çeşitli bağlamlar, bu esnekliği gerektirir. Örneğin, bir acil durum sırasında direktif veren ve yapılandırılmış bir yaklaşım (etkileşimci) uygun olabilirken, stratejik planlama toplantısında vizyon odaklı ve katılımcı bir yaklaşım (dönüşümcü) daha etkilidir (Antonakis ve House, 2014).

Pratik uygulama için, liderler aşağıdaki durumsal faktörleri değerlendirmelidir:

Tablo 6.1. Liderlik Türlerinin Durumsal Faktörlere Göre Karşılaştırılması

Durumsal Faktör	Etkileşimci Liderlik	Dönüşümcü Liderlik	Otantik Liderlik
Görev Karmaşıklık ve Belirsizlik	Rutin, standartlaştırılmış görevlerde etkilidir. Net yapı ve ödül-ceza sistemi ile verim sağlar. (Bass ve Riggio, 2006)	Karmaşık ve belirsiz ortamlarda vizyon, ilham ve yenilik üretmede üstündür. (Bass ve Riggio, 2006)	Her iki durumda da güven, açıklık ve psikolojik güvenlik oluşturur. (Avolio ve Gardner, 2005)
Çalışan Olgunluğu ve Deneyimi	Yeni çalışanlar için net yönlendirme ve yapılandırılmış geri bildirim sunar. (Hersey ve Blanchard, 1969)	Deneyimli çalışanlara özerklik, ilham ve entelektüel uyarım sağlar. (Hersey ve Blanchard, 1969)	Tüm deneyim düzeylerinde samimiyet, güven ve destekleyici ilişki kurar. (Wong ve Laschinger, 2013)
Örgütsel Kültür ve Olgunluk	Bürokratik ve hiyerarşik yapılarda normlara uyum sağlar ancak değişimi sınırlayabilir. (Adler ve Borys, 1996)	Kültürel değişimi hızlandırabilir ancak dirençle karşılaşabilir. (Schein, 2010)	Değişim için güven temelli zemin oluşturur, dönüşümü destekler ancak direnç arz edebilir. (Schein, 2010)
Kriz ve Değişim Yoğunluğu	Stabil dönemlerde yeterlidir; düzen ve operasyonel süreklilik sağlar.	Kriz ve değişim dönemlerinde vizyoner yaklaşım ve yönlendirme ile kritik rol oynar. (Fernandez ve Shaw, 2020)	Kriz zamanlarında şeffaf iletişim, güven inşası ve duygusal istikrar sunar. (Dirani vd., 2020)

7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık kurumları, 21. yüzyılın en karmaşık ve dinamik örgütsel bağlamlarından birini oluşturmaktadır. Teknolojik ilerlemeler, demografik değişimler, artan hasta beklentileri, maliyet baskıları ve son yıllarda COVID-19 pandemisi gibi küresel sağlık krizleri, sağlık sistemlerini sürekli dönüşüm ve uyum sağlama gerekliliğiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu dinamik ve zorlayıcı ortamda, etkili liderlik yalnızca örgütsel başarı için değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının iyi oluşu ve hasta güvenliği için de kritik bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık kurumları, modern toplumların en kritik altyapı sistemlerinden biridir. Bu sistemlerin kalp atışını oluşturan sağlık çalışanlarının iyi oluşu, yalnızca bireysel refah meselesi değil, aynı zamanda hasta güvenliği, bakım kalitesi ve toplum sağlığı için stratejik bir zorunluluktur. Bu çalışma, liderliğin sağlık çalışanlarının iyi oluşunu şekillendirmede oynadığı merkezi rolü kapsamlı bir şekilde ortaya koymuştur.

Dönüşümcü, etkileşimci ve otantik liderlik yaklaşımları, her biri benzersiz mekanizmalar ve güçlü yönler aracılığıyla çalışan iyi oluşuna katkıda bulunmaktadır. Dönüşümcü liderlik, vizyon, ilham ve bireysel gelişim yoluyla anlamlılık ve psikolojik iyi oluş sağlamaktadır. Etkileşimci liderlik, netlik, yapı ve adil ödüllendirme yoluyla iş tatmini ve rol güvenliği oluşturmaktadır. Otantik liderlik, güven, şeffaflık ve etik tutarlılık yoluyla duygusal iyi oluş ve örgütsel bağlılığı desteklemektedir.

Ancak, liderlik tek başına yeterli değildir. Sürdürülebilir ve kapsamlı çalışan iyi oluşu, bireysel beceri geliştirmeden örgütsel politika değişikliklerine, ekip dinamiklerinin güçlendirilmesinden sistem düzeyinde reformlara kadar çok düzeyli ve bütünlük müdahaleleri gerektirir. Bu müdahaleler, veri güdümlü, katılımcı, sürdürülebilir ve liderlik tarafından desteklenen bir şekilde uygulandığında, hem çalışanların yaşam kalitesini hem de örgütsel etkinliği artırmaktadır.

COVID-19 pandemisi, sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorlukları dramatik bir şekilde görünür kılmış ve sağlık sistemlerinin sınırlarını test etmiştir. Pandeminin acı dersleri, sağlık çalışanlarının iyi oluşuna yatırım yapmanın ertelenebilir bir lüks değil, acil bir zorunluluk olduğunu göstermiştir. Gelecekteki sağlık krizleri, demografik değişimler, teknolojik dönüşümler ve artan hasta beklentileri, sağlık sistemlerini zorlamaya devam edecektir. Bu

zorlukların üstesinden gelmek için, sağlık çalışanlarının fiziksel, psikolojik ve duygusal olarak iyi durumda olmaları, güçlendirilmiş hissetmeleri ve liderler tarafından desteklenmeleri esastır.

Etkili liderlik ve çalışan iyi oluşu, hasta bakımı ile rekabet eden öncelikler değil, birbirini güçlendiren ve hasta güvenliği ile örgütsel mükemmelliğin temelini oluşturan stratejik bileşenlerdir. Sağlık yöneticileri, politika yapıcılar, akademisyenler ve sağlık çalışanlarının kendileri, çalışan iyi oluşunu önceliklendirebilmek ve sağlık sistemlerini daha insani, adil ve sürdürülebilir hale getirebilmek için birlikte çalışmalıdır.

Sağlıklı sağlık çalışanları, sağlıklı sağlık sistemleri ve sağlıklı toplumlar yaratır. Bu basit ama derin gerçeği kabul etmek ve üzerine hareket etmek, 21. yüzyılın sağlık liderliği için en acil ve anlamlı görevdir.

KAYNAKÇA

- Adler, P. S., ve Borys, B. (1996). Two types of bureaucracy: Enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61–89. <https://doi.org/10.2307/2393986>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., ve Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Jarrín, O. F., ve McHugh, M. D. (2018). Nurses' and patients' appraisals show patient safety in hospitals remains a concern. *Health Affairs*, 37(11), 1744-1751.
- Allen, T. D., Johnson, R. C., Kiburz, K. M., ve Shockley, K. M. (2013). Work–family conflict and flexible work arrangements: Deconstructing flexibility. *Personnel Psychology*, 66(2), 345–376. <https://doi.org/10.1111/peps.12012>
- Al-Sawai, A. (2013). Leadership of healthcare professionals: Where do we stand? *Oman Medical Journal*, 28(4), 285–287. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.79>
- Antonakis, J., Avolio, B. J., ve Sivasubramaniam, N. (2003). Context and leadership: An examination of the nine-factor full-range leadership theory using the Multifactor Leadership Questionnaire. *The Leadership Quarterly*, 14(3), 261–295. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(03\)00030-4](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(03)00030-4)
- Antonakis, J., ve House, R. J. (2014). Instrumental leadership: Measurement and extension of transformational–transactional leadership theory. *The Leadership Quarterly*, 25(4), 746–771. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2014.04.005>
- Antonakis, J., ve House, R. J. (2014). Instrumental leadership: Measurement and extension of transformational–transactional leadership theory. *The*

- Leadership Quarterly, 25(4), 746–771.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2014.04.005>
- Arnold, K. A. (2017). Transformational leadership and employee psychological well-being: A review and directions for future research. *Journal of occupational health psychology*, 22(3), 381.
- Avolio, B. J., Bass, B. M., ve Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(4), 441–462. <https://doi.org/10.1348/096317999166789>
- Avolio, B. J., ve Bass, B. M. (1995). Individual consideration viewed at multiple levels of analysis: A multi-level framework for examining the diffusion of transformational leadership. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 199–218. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(95\)90035-7](https://doi.org/10.1016/1048-9843(95)90035-7)
- Avolio, B. J., ve Bass, B. M. (2004). *Multifactor Leadership Questionnaire: Manual and sampler set* (3rd ed.). Mind Garden.
- Avolio, B. J., ve Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315–338. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.001>
- Avolio, B. J., ve Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315–338. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.001>
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., ve Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421–449. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163621>
- Azanza, G., Moriano, J. A., ve Molero, F. (2013). Authentic leadership and organizational culture as drivers of employees' job satisfaction. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(2), 45–50. <https://doi.org/10.5093/tr2013a7>
- Bakker, A. B., ve Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., ve Oerlemans, W. (2011). Subjective well-being in organizations. In K. S. Cameron ve G. M. Spreitzer (Eds.), *The Oxford handbook of positive organizational scholarship* (pp. 178–189). Oxford University Press.

- Banks, G. C., McCauley, K. D., Gardner, W. L., ve Guler, C. E. (2016). A meta-analytic review of authentic and transformational leadership: A test for redundancy. *The Leadership Quarterly*, 27(4), 634–652. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.02.006>
- Barello, S., Palamenghi, L., ve Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Barends, E., Rousseau, D. M., ve Briner, R. B. (2017). Evidence-based management: The basic principles. Center for Evidence-Based Management.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press.
- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European journal of work and organizational psychology*, 8(1), 9-32.
- Bass, B. M., ve Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Sage.
- Bass, B. M., ve Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications* (4th ed.). Free Press.
- Bass, B. M., ve Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). Psychology Press.
- Bass, B. M., ve Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Begun, J. W., Zimmerman, B., ve Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. In S. M. Mick ve M. Wyttenbach (Eds.), *Advances in health care organization theory* (pp. 253–288). Jossey-Bass.
- Boal, K. B., ve Schultz, P. L. (2007). Storytelling, time, and evolution: The role of strategic leadership in complex adaptive systems. *The Leadership Quarterly*, 18(4), 411–428. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.04.008>
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., ve Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>

- Bohmer, R. M. J. (2009). Designing care: Aligning the nature and management of health care. Harvard Business Press.
- Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being. Aldine.
- Brotheridge, C. M., ve Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17–39. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1815>
- Burns, J. M. (1978). Leadership. Harper ve Row.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziades, J., ve Paré, L. (2014). Interprofessional collaboration: Development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*, 36(25), 2178–2184. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.896802>
- Chiaburu, D. S., ve Harrison, D. A. (2008). Do peers make the place? Conceptual synthesis and meta-analysis of coworker effects on perceptions, attitudes, OCBs, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 93(5), 1082–1103. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.5.1082>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P., ve Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., ve Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18(1), 41.
- Denis, J. L., Lamothe, L., ve Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809–837. <https://doi.org/10.2307/3069417>
- D'Innocenzo, L., Mathieu, J. E., ve Kukenberger, M. R. (2016). A meta-analysis of different forms of shared leadership–team performance relations. *Journal of Management*, 42(7), 1964–1991. <https://doi.org/10.1177/0149206314525205>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., ve Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

- Dirani, K. M., Abadi, M., Alizadeh, A., Barhate, B., Garza, R. C., Gunasekara, N., Ibrahim, G., ve Majzun, Z. (2020). Leadership competencies and the essential role of human resource development in times of crisis: A response to Covid-19 pandemic. *Human Resource Development International*, 23(4), 380–394. <https://doi.org/10.1080/13678868.2020.1780078>
- Dvir, T., Eden, D., Avolio, B. J., ve Shamir, B. (2002). Impact of transformational leadership on follower development and performance: A field experiment. *Academy of management journal*, 45(4), 735-744.
- Dye, C. F. (2017). *Leadership in healthcare: Essential values and skills*. Health Administration Press.
- Eriş, H. (2015). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yöneticilerin Görüşleri: Şanlıurfa Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1-13.
- Fernandez, A. A., ve Shaw, G. P. (2020). Academic leadership in a time of crisis: The coronavirus and COVID-19. *Journal of Leadership Studies*, 14(1), 39–45. <https://doi.org/10.1002/jls.21684>
- Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. McGraw-Hill.
- Fitzgerald, L., ve Ferlie, E. (2000). Professionals: Back to the future? *Human Relations*, 53(5), 713–739. <https://doi.org/10.1177/0018726700535006>
- Førde, R., ve Aasland, O. G. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of Medical Ethics*, 34(7), 521–525. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021246>
- Frankel, A., Grillo, S. P., Pittman, M., Thomas, E. J., Horowitz, L., Page, M., ve Sexton, B. (2006). Revealing and resolving patient safety defects: The impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Services Research*, 43(6), 2050–2066. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00878>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

- Gagné, M., ve Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Gagné, M., ve Forest, J. (2008). The study of compensation systems through the lens of self-determination theory: Reconciling 35 years of debate. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 225–232. <https://doi.org/10.1037/a0012757>
- Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R., ve Walumbwa, F. (2005). "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 343–372. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.003>
- Gardner, W. L., Coglisier, C. C., Davis, K. M., ve Dickens, M. P. (2011). Authentic leadership: A review of the literature and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1120–1145. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.09.007>
- Geurts, S. A., Taris, T. W., Kompier, M. A., Dijkers, J. S., Van Hooff, M. L., ve Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work ve Stress*, 19(4), 319–339. <https://doi.org/10.1080/02678370500410208>
- Gifford, R., Lacroix, K., ve Chen, A. (2018). Understanding responses to climate change: Psychological barriers to mitigation and a new theory of behavioral choice. In *Psychology and climate change* (pp. 161-183). Academic press.
- Giltinane, C. L. (2013). Leadership styles and theories. *Nursing Standard*, 27(41), 35–39. <https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.41.35.e7565>
- Glouberman, S., ve Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95–110. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.95>
- Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., Schoonhoven, L., Tishelman, C., ve Aiken, L. H. (2014). Nurses' shift

- length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety. *Medical Care*, 52(11), 975–981. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000233>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., ve O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Harms, P. D., Credé, M., Tynan, M., Leon, M., ve Jeung, W. (2017). Leadership and stress: A meta-analytic review. *The leadership quarterly*, 28(1), 178-194.
- Harms, P. D., ve Credé, M. (2010). Emotional intelligence and transformational and transactional leadership: A meta-analysis. *Journal of Leadership ve Organizational Studies*, 17(1), 5–17. <https://doi.org/10.1177/1548051809350894>
- Hersey, P., ve Blanchard, K. H. (1969). Life cycle theory of leadership. *Training ve Development Journal*, 23(5), 26-34.
- Hetland, H., Hetland, J., Schou Andreassen, C., Pallesen, S., ve Notelaers, G. (2011). Leadership and fulfillment of the three basic psychological needs at work. *Career Development International*, 16(5), 507-523.
- Hinkin, T. R., ve Schriesheim, C. A. (2008). An examination of "nonleadership": From laissez-faire leadership to leader reward omission and punishment omission. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1234–1248. <https://doi.org/10.1037/a0012875>
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hofmeyer, A., Taylor, R., ve Kennedy, K. (2020). Fostering compassion and reducing burnout: How can health system leaders respond in the COVID-19 pandemic and beyond? *Nurse Education Today*, 94, 104502. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104502>
- House, R. J. (1971). A path goal theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 16(3), 321–339. <https://doi.org/10.2307/2391905>
- Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality.

- Judge, T. A., ve Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755-768. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.5.755>
- Jung, D. I., Chow, C., ve Wu, A. (2003). The role of transformational leadership in enhancing organizational innovation: Hypotheses and some preliminary findings. *The leadership quarterly*, 14(4-5), 525-544.
- Kaissi, A. (2005). Manager-physician relationships: An organizational theory perspective. *Health Care Manager*, 24(2), 165-176. <https://doi.org/10.1097/00126450-200504000-00009>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., ve Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Körner, M., Lippenberger, C., Becker, S., Reichler, L., Müller, C., Zimmermann, L. ve Baumeister, H. (2016). Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *Journal of health organization and management*, 30(2), 227-243.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., ve Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527-545. <https://doi.org/10.1002/job.256>
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., ve Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23. <https://doi.org/10.1097/00004010-200107000-00002>
- Laschinger, H. K. S., Leiter, M., Day, A., ve Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 302-311. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x>
- Laschinger, H. K. S., ve Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*, 1(1), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.002>

- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1266-1276.
- Lemieux-Charles, L., ve McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300. <https://doi.org/10.1177/1077558706287003>
- Luthans, F., ve Avolio, B. J. (2003). Authentic leadership development. In K. S. Cameron, J. E. Dutton, ve R. E. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 241-258). Berrett-Koehler.
- Luthans, F., ve Stajkovic, A. D. (1999). Reinforce for performance: The need to go beyond pay and even rewards. *Academy of Management Perspectives*, 13(2), 49-57. <https://doi.org/10.5465/ame.1999.1899547>
- Marx, D. (2001). Patient safety and the "just culture": A primer for health care executives. Columbia University.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., ve Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., ve Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., ve 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>
- McFadden, K. L., Stock, G. N., ve Gowen, C. R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*, 40(1), 24-34. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000006>
- Meyer, J. P., ve Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Mikolajczak, M., Menil, C., ve Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress:

- Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107–1117. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.01.003>
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of the research on organization design. *Management Science*, 26(3), 322–341. <https://doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>
- Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., Joyce, P., ve Chiang, V. (2012). Perceived value congruence and team innovation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85(4), 626–648. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2012.02057>
- Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J., ve Brenner, S. O. (2009). The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work ve Stress*, 22(1), 16–32. <https://doi.org/10.1080/02678370801979430>
- Norman, S. M., Avolio, B. J., ve Luthans, F. (2010). The impact of positivity and transparency on trust in leaders and their perceived effectiveness. *The Leadership Quarterly*, 21(3), 350–364. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.03.002>
- Pearce, C. L., ve Conger, J. A. (Eds.). (2003). *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. Sage Publications.
- Piccolo, R. F., ve Colquitt, J. A. (2006). Transformational leadership and job behaviors: The mediating role of core job characteristics. *Academy of Management journal*, 49(2), 327–340.
- Podsakoff, P. M., Bommer, W. H., Podsakoff, N. P., ve MacKenzie, S. B. (2006). Relationships between leader reward and punishment behavior and subordinate attitudes, perceptions, and behaviors: A meta-analytic review of existing and new research. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 99(2), 113–142. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.09.002>
- Porter, M. E., ve Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., ve Cuthbertson, B. H. (2011). Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 37(5), 1787–1793. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819f0451>

- Reason, J. (1997). Managing the risks of organizational accidents. Ashgate Publishing.
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., ve Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Ryan, R. M., ve Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., ve Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the job demands-resources model. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., ve Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Seligman, M. E. P., ve Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., ve Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: A systematic review. *Healthcare*, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>

- Shamir, B., House, R. J., ve Arthur, M. B. (1993). The motivational effects of charismatic leadership: A self-concept based theory. *Organization Science*, 4(4), 577–594. <https://doi.org/10.1287/orsc.4.4.577>
- Shamir, B., ve Eilam, G. (2005). "What's your story?" A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 395–417. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.005>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D. ve Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*, 250(3), 463–471.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., ve Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., ve West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Shirey, M. R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care*, 15(3), 256–267. <https://doi.org/10.4037/ajcc2006.15.3.256>
- Shreffler, J., Petrey, J., ve Huecker, M. (2020). The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1059–1066. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>
- Steger, M. F., Dik, B. J., ve Duffy, R. D. (2012). Measuring meaningful work: The Work and Meaning Inventory (WAMI). *Journal of Career Assessment*, 20(3), 322–337. <https://doi.org/10.1177/1069072711436160>
- Waldman, D. A., Ramirez, G. G., House, R. J., ve Puranam, P. (2001). Does leadership matter? CEO leadership attributes and profitability under conditions of perceived environmental uncertainty. *Academy of Management Journal*, 44(1), 134–143. <https://doi.org/10.5465/3069341>

- Walshe, K., ve Shortell, S. M. (2004). When things go wrong: How health care organizations deal with major failures. *Health Affairs*, 23(3), 103–111. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.103>
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., ve Peterson, S. J. (2008a). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89-126. <https://doi.org/10.1177/0149206307308913>
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., ve Zhu, W. (2008b). How transformational leadership weaves its influence on individual job performance: The role of identification and efficacy beliefs. *Personnel Psychology*, 61(4), 793–825. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2008.00131>
- Walumbwa, F. O., Wang, P., Wang, H., Schaubroeck, J., ve Avolio, B. J. (2010). Psychological processes linking authentic leadership to follower behaviors. *The Leadership Quarterly*, 21(5), 901–914. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.07.015>
- Wang, G., Oh, I. S., Courtright, S. H., ve Colbert, A. E. (2011). Transformational leadership and performance across criteria and levels: A meta-analytic review of 25 years of research. *Group ve Organization Management*, 36(2), 223-270. <https://doi.org/10.1177/1059601111401017>
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Clarendon Press.
- Wears, R. L., ve Perry, S. J. (2002). Human factors and ergonomics in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 40(2), 206–212. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.124906>
- West, M. A., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., ve Lee, A. (2015). Leadership and leadership development in health care: The evidence base. *Faculty of Medical Leadership and Management*.
- Wong, C. A., Cummings, G. G., ve Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- Wong, C. A., Laschinger, H. K. S., ve Cummings, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 889–900. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01113>

- Wong, C. A., ve Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of nursing management*, 15(5), 508-521.
- Wong, C. A., ve Cummings, G. G. (2009). The influence of authentic leadership behaviors on trust and work outcomes of health care staff. *Journal of Leadership Studies*, 3(2), 6–23. <https://doi.org/10.1002/jls.20104>
- Wong, C. A., ve Cummings, G. G. (2009). The influence of authentic leadership behaviors on trust and work outcomes of health care staff. *Journal of Leadership Studies*, 3(2), 6–23. <https://doi.org/10.1002/jls.20104>
- Wong, C. A., ve Laschinger, H. K. S. (2013). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947–959. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06089>.
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., ve Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- Xyrichis, A., ve Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International journal of nursing studies*, 45(1), 140-153.
- Yukl, G. (2012). Effective leadership behavior: What we know and what questions need more attention. *Academy of Management Perspectives*, 26(4), 66-85. <https://doi.org/10.5465/amp.2012.0088>

BÖLÜM 6

SESSİZ İSTİFA: SAĞLIK KURUMLARINDA NEDENLERİ, SONUÇLARI VE TÜRKİYE’DEKİ GÖRÜNÜMÜ

Öğr. Gör. Dr. Osman ÖZKAN¹

Öğr. Gör. Sinem BARUT KIRAT²

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070144>

¹ Harran Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Programı, osmanozkan@harran.edu.tr, ORCID: 0000-0002-7979-4039

² Harran Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Turizmi İşletmeciliği Programı, sinembarut@harran.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3838-9931

Özet

Çalışma yaşamında son yıllarda hızlanan yapısal ve kültürel dönüşümler, çalışanların işe ve örgüte yönelik tutumlarında belirgin değişimler yaratmış; bu değişimlerin öne çıkan yansımalarından biri “sessiz istifa” olgusu olmuştur. Sessiz istifa; çalışanın işten resmî olarak ayrılmaksızın yalnızca görev tanımındaki sorumlulukları yerine getirmesi, ekstra rol davranışları, gönüllü katkılar, fazla mesai ve duygusal emeği bilinçli biçimde sınırlandırması olarak tanımlanmaktadır. Bu yönüyle sessiz istifa, işten ayrılmadan ziyade örgütle kurulan psikolojik sözleşmenin yeniden düzenlenmesine işaret eden bir örgütsel geri çekilme biçimidir. COVID-19 pandemisi sonrası dönemde artan iş yükü, tükenmişlik ve iş–yaşam dengesindeki bozulma, sessiz istifanın görünürlüğünü artırmış; olgu çoğu zaman tembellikten ziyade uzun süreli stres ve adaletsizlik algısına karşı geliştirilen bir kendini koruma stratejisi olarak ele alınmıştır.

Sağlık sektörü bağlamında sessiz istifa daha kritik bir çerçeve kazanmaktadır. Emek yoğun hizmet üretimi, yüksek etik sorumluluk ve hata toleransının düşüklüğü nedeniyle sağlık çalışanlarının motivasyon ve bağlılık düzeyi hasta güvenliği ve hizmet kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Pandemiyle birlikte yoğunlaşan iş yükü, psikolojik baskı, personel/ekipman yetersizliği ve şiddet gibi sektörün özgül sorunları, açık istifa yerine sessiz istifayı artıran yapısal dinamikler olarak değerlendirilmektedir. Çalışmada, sessiz istifanın nedenleri; ücret ve özlük haklarında yetersizlik, yoğun çalışma saatleri ve rol belirsizliği, adaletsizlik algısı ve destekleyici olmayan yönetim, iş–yaşam dengesinin bozulması, kariyer gelişim olanaklarının kısıtlılığı ve iş güvencesi kaygıları ekseninde tartışılmıştır.

Sessiz istifanın etkileri ise örgütsel düzeyde üretkenlik ve iş niteliğinde düşüş, örgütsel vatandaşlık davranışlarında azalma ve işten ayrılma niyetinin güçlenmesi; bireysel düzeyde ise bazı çalışanlarda stres azalması ve sınır koyma yoluyla geçici koruyucu sonuçlar ile ekip ilişkilerinde zayıflama gibi olası olumsuzluklar üzerinden ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde bu etkiler; hasta memnuniyeti, ekip iş birliği, hasta güvenliği kültürü, tıbbi hata riski ve sistem sürdürülebilirliği açısından daha yüksek maliyet üretme potansiyeline sahiptir. Türkiye bağlamında sunulan bulgular; şiddet, düşük ücret, takdir eksikliği, yönetime güvensizlik, personel yetersizliği ve iş yükünün sessiz istifayı beslediğini; tükenmişlik ile sessiz istifa arasında anlamlı ilişki

bulunduğunu ve çalışma yaşam kalitesinin koruyucu rol oynayabildiğini göstermektedir. Sonuç olarak sessiz istifa, sağlık kurumlarında yalnızca bireysel bir tercih değil; çalışma koşulları ve örgütsel iklimin ürettiği çok boyutlu bir uyum ve başa çıkma davranışı olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sessiz istifa, Sağlık çalışanları, Tükenmişlik, Örgütsel geri çekilme, İş–yaşam dengesi

SILENT RESIGNATION: CAUSES, CONSEQUENCES, AND THE SITUATION IN TURKEY'S HEALTH INSTITUTIONS

Abstract

Recent structural and cultural transformations in working life have led to notable changes in employees' attitudes toward their jobs and organizations. One prominent reflection of this shift is "quiet quitting," defined as employees' deliberate restriction of voluntary and extra-role contributions while remaining formally employed—fulfilling only the responsibilities explicitly stated in job descriptions and avoiding overtime, discretionary effort, and emotional labor. Rather than indicating resignation from employment, quiet quitting represents a reconfiguration of the psychological contract and overlaps with established patterns such as organizational withdrawal and reduced organizational citizenship behaviors. In the post-COVID-19 period, increased workload, burnout, and deteriorating work-life balance have amplified its visibility; accordingly, quiet quitting is often framed not as laziness but as a conscious coping and self-protection strategy against sustained stress and perceived injustice.

In the healthcare sector, quiet quitting carries heightened complexity and risk due to the labor-intensive nature of care, substantial ethical responsibility, and low tolerance for error. Healthcare professionals' motivation and commitment are critical not only for organizational performance but also for patient safety and quality of care. Pandemic-related pressures—excessive workload, long working hours, staffing and equipment shortages, infection risk, psychological strain, and workplace violence—have created conditions in which many professionals, unable or unwilling to resign for economic, professional, or ethical reasons, may adopt quiet quitting behaviors. This study discusses the key drivers of quiet quitting, including inadequate wages and

benefits, heavy workload and role ambiguity, perceived unfairness and lack of managerial support, disrupted work–life balance, limited career development opportunities, and job security concerns.

The consequences of quiet quitting are addressed at both organizational and individual levels. Organizationally, it may reduce productivity and work quality, weaken organizational citizenship behaviors, and potentially strengthen turnover intentions over time. Individually, while some employees report reduced stress and improved boundary-setting, quiet quitting may also undermine teamwork and collegial relationships. In healthcare, these outcomes are particularly consequential, potentially affecting patient satisfaction, multidisciplinary collaboration, patient safety culture, and the risk of delays or errors in care, thereby challenging workforce sustainability and system resilience. Evidence from Türkiye highlights that workplace violence, low wages, lack of recognition, managerial distrust, staffing shortages, and high workload are salient determinants; moreover, burnout is positively associated with quiet quitting, while higher quality of work life may function as a protective factor. Overall, quiet quitting should be considered not merely an individual preference but a multidimensional response shaped by working conditions and organizational climate in healthcare settings.

Keywords: Quiet quitting, Healthcare workers, Burnout, Organizational withdrawal, Work–life balance

GİRİŞ

Çalışma yaşamında son yıllarda yaşanan yapısal ve kültürel dönüşümler, çalışanların işe ve örgütlerine yönelik tutumlarında önemli değişimlere yol açmıştır. Bu dönüşümün dikkat çeken yansımalarından biri, literatürde “sessiz istifa” olarak adlandırılan çalışma tutumudur. Sessiz istifa, çalışanların işlerinden resmî olarak ayrılmaksızın, yalnızca görev tanımlarında yer alan sorumlulukları yerine getirmeleri ve bunun ötesindeki gönüllü katkıları bilinçli biçimde sınırlandırmaları şeklinde tanımlanmaktadır (Gün, 2024; Patel vd., 2025). Bu yönüyle sessiz istifa, işten ayrılma davranışından farklı olarak, çalışanın örgütle kurduğu psikolojik sözleşmeyi yeniden düzenlediği bir tutumu ifade etmektedir (Harris, 2025).

Sessiz istifa kavramı her ne kadar son yıllarda popülerlik kazanmış olsa da literatürde tamamen yeni bir olgu değildir. Örgütsel geri çekilme, çabanın

azaltılması ve örgütsel vatandaşlık davranışlarının zayıflaması gibi daha önce tanımlanmış davranış örüntüleriyle önemli ölçüde örtüşmektedir (Çalışkan, 2023). Özellikle COVID-19 pandemisi sonrasında artan iş yükü, tükenmişlik ve iş-yaşam dengesinin bozulması, sessiz istifa'nın görünürlüğünü ve yaygınlığını artırmıştır (Formica ve Sfodera, 2022; Mahand ve Caldwell, 2023). Bu süreçte sessiz istifa, çalışanın tembelliğinden ziyade, uzun süreli stres ve tükenmişliğe karşı geliştirilen bilinçli bir başa çıkma ve kendini koruma stratejisi olarak ele alınmaktadır (Galanis, 2023; Pevec, 2023).

Sessiz istifa olgusu, sağlık sektörü bağlamında ise daha karmaşık ve kritik bir anlam kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin emek yoğun yapısı, yüksek etik sorumluluk ve hata toleransının düşüklüğü, çalışanların motivasyon ve bağlılık düzeylerini hayati hâle getirmektedir (Boy ve Sürmeli, 2023). Pandemi süreciyle birlikte artan iş yükü, psikolojik baskı ve mesleki tükenmişlik, sağlık çalışanlarının açık istifa yerine sessiz istifa davranışını benimsemelerine zemin hazırlamıştır (Arneja ve Gilardino, 2023; Özcan ve İlman Yaltagil, 2024). Bu bağlamda sessiz istifa, sağlık sektöründe yalnızca bireysel bir tercih değil, çalışma koşullarının ve örgütsel yapıların bir yansıması olarak değerlendirilmelidir.

1. SESSİZ İSTİFA

Sessiz istifa (quiet quitting), çalışanların işlerinden resmen ayrılmadan, yalnızca görev tanımlarında açıkça belirtilen sorumlulukları yerine getirmeleri, bunun ötesinde gönüllü katkı, ekstra rol davranışı, fazla mesai ve duygusal emek sunmaktan bilinçli olarak kaçınmaları şeklinde tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, çalışanın işine yönelik zihinsel ve duygusal yatırımını geri çekmesini ifade etmekte olup, işten ayrılma davranışından farklı bir çalışma tutumu olarak ele alınmaktadır (Gün, 2024; Patel vd., 2025). Sessiz istifa eden çalışanlar, işten çıkarılmalarını engelleyecek asgari performans düzeyini sürdürürken, örgüt için “fazladan” olarak değerlendirilen katkıları sınırlandırmaktadır (Harris, 2025).

Sessiz istifa kavramı ilk kez ekonomist Mark Boldger tarafından 2009 yılında, çalışanların işlerine yönelik bağlılıklarını minimum düzeye indirmelerini tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Ancak kavramın akademik ve toplumsal alanda görünürlük kazanması, COVID-19 pandemisi sonrasında yaşanan ve “Büyük İstifa” olarak adlandırılan küresel işgücü hareketinin

ardından gerçekleşmiştir (Formica ve Sfodera, 2022). Kavram, özellikle 2022 yılında yazılım mühendisi Zaid Khan'ın TikTok platformunda yayımladığı kısa video ile geniş kitlelere ulaşmış, bu video aracılığıyla sessiz istifa, işten ayrılmak yerine iş–yaşam sınırlarını yeniden çizme biçimi olarak sunulmuştur (Khan, 2022).

Her ne kadar sessiz istifa son yıllarda popüler bir kavram hâline gelmiş olsa da literatürde tamamen yeni bir olgu değildir. Sessiz istifa, daha önce “iş ihmalî”, “örgütsel geri çekilme”, “çabanın durdurulması” ve “örgütsel vatandaşlık davranışlarının azalması” gibi kavramlarla açıklanan davranış örüntüleriyle önemli ölçüde örtüşmektedir (Gün, 2024). Bu bağlamda sessiz istifa, uzun süredir var olan bir çalışan davranışının, değişen çalışma koşulları ve beklentiler doğrultusunda yeniden adlandırılmış ve görünürlük kazanmış bir biçimi olarak değerlendirilmektedir (Çalışkan, 2023).

Sessiz istifa, çalışanın tembel olması ya da işine tamamen kayıtsız kalması anlamına gelmemektedir. Aksine bu davranış, çoğu zaman uzun süreli stres, iş tatminsizliği, adaletsizlik algısı ve tükenmişlik karşısında geliştirilen bilinçli bir başa çıkma ve kendini koruma stratejisi olarak ortaya çıkmaktadır (Galanis, 2023; Pevec, 2023). Bu yönüyle sessiz istifa, bireyin iş ile özel yaşam arasındaki sınırları yeniden düzenleme ve psikolojik yükünü azaltma çabası olarak ele alınmaktadır (Mahand ve Caldwell, 2023).

Patel ve arkadaşları (2025), sessiz istifayı iki boyutlu bir yapı olarak tanımlamaktadır. Buna göre davranışsal boyut, çalışanın yalnızca görev tanımında yer alan işleri yapması, ekstra sorumluluk almaktan kaçınması ve performansını işten çıkarılma eşiğinin hemen üzerinde tutmasıyla ilişkilidir. Duygusal boyut ise bu sınırlı çalışma biçimine eşlik eden stres azalması, zihinsel rahatlama ve tükenmişliğin azalması gibi duygusal sonuçları kapsamaktadır. Sessiz istifayı özgün kılan unsurun, bu minimum performans düzeyinin birey tarafından bilinçli olarak benimsenmesi ve duygusal olarak kabullenilmesi olduğunu vurgulamaktadır (Patel vd., 2025).

Sessiz istifa aynı zamanda çalışanın örgüte kurduğu psikolojik sözleşmenin yeniden düzenlenmesi olarak da değerlendirilmektedir. Harris'e (2025) göre sessiz istifa, çalışanların örgüte yönelik duygusal bağlılıklarının zayıflaması, kuruma karşı ahlaki sorumluluk hislerinin azalması ya da işte kalmanın faydasını düşük, ayrılmanın maliyetini ise yüksek algılamaları sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Bu durum, sessiz istifanın geleceğe dönük

açık bir işten ayrılma planını ifade etmediğini, aksine çalışanın işte kalmaya devam ederken katkı düzeyini bilinçli biçimde sınırlandırdığını göstermektedir (Harris, 2025).

Sessiz istifa olgusu, sağlık sektörü bağlamında daha karmaşık ve derin bir anlam kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri, yüksek düzeyde insan emeğine dayanan, etik sorumluluğu ağır ve hata toleransı son derece düşük bir alandır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının motivasyon ve bağlılık düzeyleri, yalnızca örgütsel verimlilik açısından değil, hasta güvenliği ve hizmet kalitesi açısından da kritik öneme sahiptir (Boy ve Sürmeli, 2023). COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanları, aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, personel ve ekipman yetersizliği, sürekli enfeksiyon riski ve yoğun psikolojik baskı altında çalışmak zorunda kalmıştır (Tosun ve Akay, 2024). Pandemi süreci, sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarında kaygı, depresyon, stres, uykusuzluk, yorgunluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ciddi sorunlara yol açmış, bu durum iş tatminsizliğinin artmasına ve meslekten ayrılma niyetlerinin yükselmesine neden olmuştur (Galanis, 2023). ABD’de yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının yaklaşık %47’sinin 2025 yılına kadar işten ayrılmayı planladığını, hemşirelerde ise bu oranın %90’a ulaştığını göstermektedir (Galanis vd., 2023). Ancak ekonomik, mesleki ve etik nedenlerle istifa edemeyen sağlık profesyonelleri, bu koşullara tepki olarak sessiz istifa davranışını benimsemektedir (Gün, 2024).

Arneja ve Gilardino’ya (2023) göre sessiz istifa, sağlık sektöründe bir kayıtsızlık göstergesi olmaktan ziyade, psikolojik ve mesleki tükenmişliğe karşı geliştirilen bir uyum ve korunma mekanizmasıdır. Hastanelerde kronik personel eksikliği, rol belirsizliği, sürekli değişen görevler ve yüksek etik sorumluluklar, sessiz istifanın daha örtük biçimde yaşanmasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanları için işi tamamen bırakmak çoğu zaman etik açıdan sorunlu görüldüğünden, çalışanlar meslekten kopmadan yalnızca minimum performans düzeyini sürdürmeyi tercih etmektedir (Arneja ve Gilardino, 2023).

Yakın tarihli bir Wall Street Journal makalesine göre, günümüz iş gücünün yaklaşık %50’si işlerine olan bağlılıklarını bilinçli biçimde sınırlandırmıştır (Mahand ve Caldwell, 2023). Bu bulgu, sessiz istifanın bireysel bir istisna değil, küresel ölçekte yaygınlaşan bir çalışma tutumu olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık sektöründe ise bu tutum, hasta güvenliği,

bakım kalitesi ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından daha ciddi riskler barındırmaktadır. Bu nedenle sessiz istifa, yalnızca bireysel bir tercih ya da geçici bir trend olarak değil, sağlık kurumlarının yapısal, yönetsel ve etik sorunlarının bir yansıması olarak ele alınmalıdır (Boy ve Sürmeli, 2023; Özcan ve İlman Yaltagil, 2024).

Sessiz istifa olgusu, tek bir nedene indirgenemeyecek kadar çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Literatürde bu davranışın ortaya çıkışı, bireysel özellikler, örgütsel yapı, yönetsel uygulamalar, ekonomik koşullar ve çalışma yaşamının dönüşen doğası ile ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda sessiz istifa, çoğu zaman ani bir kararın değil, uzun süre biriken memnuniyetsizliklerin ve çözümsüz kalan sorunların sonucunda ortaya çıkan bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Pevce, 2023; Çelik ve Kaya, 2025).

2. SESSİZ İSTİFANIN NEDENLERİ

Sessiz istifanın nedenleri incelendiğinde, çalışanların işlerine yönelik memnuniyetsizliklerinin merkezi bir rol oynadığı görülmektedir. Özellikle yapılan iş ile elde edilen maddi ve manevi karşılık arasındaki dengesizlik, sessiz istifanın en yaygın tetikleyicilerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Ücretlerin yetersiz algılanması, ek ödemelerin ve özlük haklarının beklentileri karşılamaması, zamanla çalışanlarda motivasyon kaybına yol açmakta ve yalnızca zorunlu görevleri yerine getirme eğilimini güçlendirmektedir (Çelik ve Kaya, 2025; Mahand ve Caldwell, 2023).

Bir diğer önemli neden, uzun ve yoğun çalışma saatleri ile artan iş yüküdür. Çalışanlardan sürekli daha fazlasının beklenmesi, görev tanımlarının belirsizleşmesi ve rol sınırlarının net olmaması, çalışanların tükenmişlik yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum karşısında çalışanlar, ekstra çaba göstermeyi bilinçli biçimde bırakmakta ve iş katkılarını minimum düzeye indirmektedir (Çalışkan, 2023; Pevce, 2023).

Yönetsel faktörler de sessiz istifanın ortaya çıkmasında belirleyici bir role sahiptir. Literatürde, otoriter ve hiyerarşik yönetim anlayışı, zayıf lider-üye etkileşimi, adaletsizlik algısı ve çalışanların karar süreçlerine dahil edilmemesi gibi unsurların sessiz istifayı beslediği belirtilmektedir. Çalışanlar, yöneticiler tarafından desteklenmediklerini, takdir edilmediklerini ya da adil biçimde değerlendirilmediklerini düşündüklerinde, örgüte yönelik duygusal

bağlılıkları zayıflamakta ve bu kopuş davranışsal düzeyde sessiz istifa olarak ortaya çıkmaktadır (Çelik ve Kaya, 2025; Harris, 2025).

Sessiz istifanın bir diğer önemli nedeni, iş-yaşam dengesinin bozulmasıdır. Modern çalışma yaşamında işin bireyin özel hayatını giderek daha fazla işgal etmesi, çalışanların psikolojik iyi oluşunu olumsuz etkilemektedir. Özellikle pandemi sonrası dönemde uzayan çalışma saatleri, sürekli erişilebilir olma beklentisi ve kişisel zamanın kesintiye uğraması, çalışanları iş ile aralarına sınır koymaya yöneltmiştir. Bu sınır koyma çabası, sessiz istifa davranışı şeklinde somutlaşmaktadır (Mahand ve Caldwell, 2023).

Bunun yanı sıra, kariyer gelişim olanaklarının sınırlı olması, terfi beklentilerinin karşılanmaması ve iş güvencesine ilişkin kaygılar da sessiz istifayı tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır. Çalışanlar, uzun vadede örgüt içinde ilerleme olanağı görmediklerinde, örgüte yaptıkları katkıyı artırmak yerine mevcut konumlarını korumaya yönelik asgari bir çaba sergilemeyi tercih edebilmektedir (Pevce, 2023).

Tüm bu unsurlar bir araya geldiğinde sessiz istifa, çalışanların işten tamamen ayrılmadan memnuniyetsizliklerini ifade ettikleri, kendilerini koruyucu bir ara strateji olarak ortaya çıkmaktadır (Çalışkan, 2023).

2.1. Sağlık Sektöründe Sessiz İstifanın Nedenleri

Sessiz istifa olgusu, sağlık sektörü bağlamında genel çalışma yaşamına kıyasla daha yoğun, daha karmaşık ve daha yapısal nedenlere dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri, emek yoğun yapısı, yüksek etik sorumluluğu ve hata toleransının son derece düşük olması nedeniyle çalışanlar üzerinde sürekli bir psikolojik baskı yaratmaktadır. Bu durum, sessiz istifanın sağlık sektöründe daha ağır ve yaygın yaşanmasına neden olmaktadır (Arneja ve Gilardino, 2023).

COVID-19 pandemisi, sağlık çalışanları açısından sessiz istifayı tetikleyen en önemli dönüm noktalarından biri olmuştur. Pandemi sürecinde sağlık profesyonelleri, aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, personel ve ekipman yetersizliği, yüksek enfeksiyon riski ve yoğun psikolojik baskı altında çalışmak zorunda kalmıştır. Bu koşullar, sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarını ciddi biçimde olumsuz etkilemiş, kaygı, depresyon, tükenmişlik ve travma sonrası stres belirtilerini artırmıştır (Galanis, 2023; Tosun ve Akay, 2024).

Sağlık sektöründe sessiz istifanın en güçlü nedenlerinden biri de ekonomik faktörlerdir. Gün'ün (2024) çalışmasına göre sağlık çalışanlarının sessiz istifa davranışında bulunmalarında en etkili unsur ekonomik faktörlerdir. Ücret ve özlük haklarının yetersizliği ile mevcut gelir düzeyinin iş yükü ve sorumlulukla orantılı görülmemesi, çalışanlarda güçlü bir adaletsizlik algısı yaratmaktadır. Buna karşın işten ayrıldıklarında benzer bir geliri elde edemeyeceklerini düşünen çalışanlar, istifa etmek yerine sessiz istifayı tercih etmektedir (Gün, 2024).

Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözlü şiddet, sessiz istifanın sağlık sektörüne özgü en kritik nedenlerinden biridir. Hastalar ya da hasta yakınları tarafından maruz kalınan şiddet, çalışanların mesleki anlam duygusunu zedelemekte ve duygusal kopuşu hızlandırmaktadır. Şiddet karşısında yeterli hukuki ve kurumsal korumanın sağlanamaması, çalışanların kendilerini değersiz ve güvensiz hissetmelerine yol açmaktadır (Gözlü, 2023; Boy ve Sürmeli, 2023).

Yönetmel ve örgütsel sorunlar da sağlık sektöründe sessiz istifayı besleyen temel unsurlar arasındadır. Hastanelerde rol belirsizliği, sürekli değişen beklentiler, yönetmel destek eksikliği, adil olmayan ödüllendirme sistemleri ve takdir edilmemek, sağlık çalışanlarının örgüte olan bağlılıklarını zayıflatmaktadır (Özcan ve İlman Yaltagil, 2024). Özellikle yöneticiler tarafından verilen sözlerin tutulmaması ve çalışanların karar süreçlerine dahil edilmemesi, sessiz istifayı hızlandıran faktörler arasında yer almaktadır (Gözlü, 2023).

Sağlık sektöründe sessiz istifanın bir diğer önemli boyutu, etik ve mesleki baskılardır. Sağlık profesyonelleri, hasta yaşamıyla doğrudan ilişkili bir meslek icra etmeleri nedeniyle güçlü bir etik sorumluluk taşımaktadır. Bu durum, işi tamamen bırakmayı çoğu zaman etik açıdan kabul edilemez hâle getirmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları, meslekten ayrılmak yerine etik sınırlar içinde kalarak yalnızca minimum düzeyde performans göstermeyi tercih etmektedir. Bu bağlamda sessiz istifa, sağlık çalışanları için bir “baş etme” ve “kendini koruma” mekanizması olarak ortaya çıkmaktadır (Arneja ve Gilardino, 2023).

Literatürde tükenmişlik ile sessiz istifa arasındaki güçlü ilişki açık biçimde ortaya konulmuştur. Sağlık çalışanlarında işe bağlı duygusal tükenmişliğin sessiz istifayı anlamlı ve pozitif yönde etkilediği, buna karşılık

çalışma yaşam kalitesinin yüksek olmasının bu eğilimi azalttığı belirtilmektedir (Altun vd., 2024; Gökkaya, 2024). Bu bulgu, sessiz istifanın sağlık sektöründe bireysel bir tercih olmaktan ziyade, çalışma koşullarının doğal bir sonucu olduğunu göstermektedir.

3. SESSİZ İSTİFANIN ETKİLERİ

Sessiz istifanın etkileri incelendiğinde, bu olgunun hem bireysel hem de örgütsel düzeyde çok boyutlu sonuçlar doğurduğu görülmektedir. Örgütsel açıdan sessiz istifa, çalışanların görevlerini yalnızca asgari düzeyde yerine getirmeleri nedeniyle üretkenliğin azalması, yapılan işin niteliğinin düşmesi ve buna bağlı olarak genel örgütsel performansın zayıflamasıyla ilişkilendirilmektedir (Pevce, 2023). Bu süreç, yalnızca kısa vadeli çıktı kayıplarıyla sınırlı kalmamakta, uzun vadede iş verimliliğini zayıflatma, örgütsel bağlılığı azaltma ve örgüt kültürü üzerinde olumsuz etkiler yaratma potansiyeli taşımaktadır (Kang, 2023).

Sessiz istifa, çalışanların örgüte yönelik gönüllü katkılarını içeren örgütsel vatandaşlık davranışları ile negatif yönlü bir ilişki göstermektedir. Bu bağlamda sessiz istifa, açık bir kopuştan ziyade, çalışanların duygusal ve psikolojik olarak geri çekildiği bir içsel çekilme biçimi olarak değerlendirilmektedir. Zaman içerisinde bu içsel geri çekilme süreci, çalışanların işten ayrılma niyetinin güçlenmesine zemin hazırlayabilmektedir. Nitekim yapılan araştırmalar, özellikle duygusal sessiz istifanın işten ayrılma niyetiyle pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır (Patel vd., 2025). Her ne kadar sessiz istifa bireysel bir tercih ya da kişisel bir başa çıkma stratejisi gibi algılsa da örgütlerin bu duruma verdikleri tepkiler, sessiz istifanın çalışma grupları içinde yayılma ve bulaşıcılık etkileri yaratması gibi kolektif sonuçlar, bu olguyu önemli bir örgütsel araştırma alanı hâline getirmektedir (Patel vd., 2025).

Bireysel düzeyde ele alındığında, bazı çalışanlar için sessiz istifa, artan iş talepleri ve tükenmişlik karşısında kişisel sınırlar koyma ve psikolojik kaynakları koruma aracı olarak işlev görebilmektedir. Nitekim bazı bireylerin sessiz istifayı “hayatımı kurtardı”, “ailemle ilişkilerimi geliştirdi” ya da “iş–yaşam dengemi iyileştirdi” gibi ifadelerle tanımladığı ve bu süreci olumlu kişisel sonuçlarla ilişkilendirdiği bulgular mevcuttur (Harris, 2025). Ancak bu durumun tek yönlü ve genellenebilir biçimde olumlu olarak

değerlendirilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Patel vd., 2025). Sessiz istifa, bazı bağlamlarda ekip içi iş birliğinin zayıflaması, iş arkadaşlarıyla ilişkilerin bozulması ve kolektif sorumluluk algısının aşınması gibi olumsuz sonuçlara da yol açabilmektedir (Harris, 2025).

Daha geniş bir perspektiften bakıldığında, sessiz istifanın yaygınlaşması, çalışanların örgütlere ve dolaylı olarak ekonomiye sundukları emeğin ve katma değer azalmasına neden olabilmekte, bu durum ise ekonomik ve toplumsal düzeyde üretkenlik kaybı riski doğurmaktadır. Bu nedenle sessiz istifa, yalnızca bireysel bir tercih ya da geçici bir tutum olarak değil, örgütlerin verimliliği, sürdürülebilir performansı ve daha geniş ölçekte toplumsal üretkenlik tartışmalarıyla ilişkili, çok düzeyli ve yapısal bir olgu olarak ele alınmaktadır (Pevec, 2023).

3.1. Sağlık Sektöründe Sessiz İstifanın Etkileri

Sağlık hizmetlerinde sessiz istifanın etkisi, birçok sektöre kıyasla daha kritik değerlendirilir, çünkü sağlık hizmeti çıktısı yalnızca teknik görevlerin yerine getirilmesi değil, çoğu zaman ekip çalışması, duygusal emek, etik karar verme, hasta güvenliği ve süreklilik gibi “fazladan rol” niteliğindeki katkılara da dayanır (Kang vd., 2023; Ng vd., 2025).

Hastaların memnuniyetinde belirleyici olan duygusal bakım, şefkat, samimi ilgi ve özen gibi unsurlar çoğu zaman katı bir “iş tanımı” maddesi olarak yazılı bulunmamaktadır. Bu nedenle sessiz istifa özellikle bu alanlarda bir eksikliğe neden olabilir. Bu da sessiz istifanın sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini anlamlı biçimde etkileyebileceği anlamına gelmektedir (Kang vd., 2023). Ng ve arkadaşları (2025) da benzer şekilde, sessiz istifa gösteren hekimlerin yüksek kaliteli, bütüncül bakım sunma olasılığının düştüğünü, bunun da hastaların sağlık profesyonellerine güvenini azaltabileceğini ve dolaylı olarak tedaviye uyumu ve sonuçları olumsuz etkileyebileceğini ileri sürmektedir (Ng et al., 2025).

Sağlık hizmetlerinde bakımın kalitesi, hekim, hemşire, teknisyen ve diğer meslek grupları arasında multidisipliner iş birliğine güçlü biçimde bağlıdır. Tek bir sessiz istifacı bile ekip içi iş birliğinde zincirleme etkiler ortaya çıkmasına sebep olabilir (Kang vd., 2023). “Gizli/örtük çekilme” davranışları (ekip içi gönüllü desteklerin azalması, sorumluluk paylaşımının daralması vb.) sağlık ekiplerinde operasyonel yükleri yeniden dağıtabilir. Sağlık sisteminde

sessiz ayrılmanın iş gücü istikrarsızlığı, iş gücü açığı, kalan çalışanlara ek iş yükü ve bunun üzerinden moral, stres ve operasyonlar üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıkarabilir (Alami vd., 2024).

Sessiz istifanın ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki bulunmaktadır ve sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin sonuçları ciddi olabilir (Kang vd., 2023). Sessiz istifa gösteren hekimlerin işlerinde detaylara daha az özen göstermesi olasılığı, tıbbi hatalar veya tanı/tedavide gecikmeler gibi riskler ortaya çıkabilir (Ng et al., 2025). Kang ve arkadaşları (2023), sağlık kurumlarında iş tanımlarının/rollerin görece muğlak ve belirsiz olmasının sessiz istifanın etkisini ağırlaştırabileceğini belirtir. Sağlık hizmetlerinde “minimumu yapmak” sınırı net çizilemediği için, sessiz istifa daha fazla rol karmaşası ve daha ciddi sonuçlar doğurabilir (Kang vd., 2023).

Sağlık alanı içinde özellikle akademik/mesleki topluluk katkılarında sessiz istifanın sağlık profesyonellerinin konferanslara daha az katılım göstermesine, hakemlik katkısının azalmasına, komite üyeliklerinin azalmasına, mentorluk isteklerinin azalmasına, öğretim faaliyetlerinde azalmaya neden olabilir (Arneja ve Gilardino, 2023). Bu tür sonuçlar, sağlık sistemlerinde yalnızca günlük hasta bakımını değil, eğitim, araştırma, kalite iyileştirme, mesleki gelişim ve kurumsal öğrenme kapasitesini de dolaylı biçimde zayıflatır (Arneja ve Gilardino, 2023; Ng vd., 2025).

Sağlık sektöründe kalite, “minimum görevleri yapmak” ile güvence altına alınamayan, yüksek koordinasyon ve fazladan rol davranışları gerektiren bir yapıdır. Bu nedenle sessiz istifa, klasik sektörlere kıyasla daha hızlı biçimde hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, ekip işlevselliği ve işgücü sürdürülebilirliği üzerinde maliyet üretme potansiyeline sahiptir (Kang vd., 2023; Köhli ve Lidströmer, 2024; Ng vd., 2025).

4. SESSİZ İSTİFA KONUSUNDA TÜRKİYE BAĞLAM

Bu bölümde alan yazında Türkiye’de yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilmektedir.

Özcan ve İlman Yaltagil (2024) tarafından Türkiye’de bir üniversite hastanesinde yürütülen çalışmada, sağlık çalışanlarında sessiz istifa eğilimini etkileyen başlıca faktörlerin sağlıkta şiddet, düşük ücretler, takdir edilmemek, görüşlere önem verilmemesi, iş yükü ve personel yetersizliği, kariyer ve gelişim olanaklarının kısıtlılığı, yönetime duyulan güvensizlik ve adaletsizlik algısı

etrafında yoğunlaştığı belirlenmiştir. Araştırmada, sessiz istifayı azaltmaya yönelik çözüm önerileri arasında ücret artışı, çalışanların değer gördüğü bir örgüt ikliminin oluşturulması, personel sayısının artırılması yoluyla iş yükünün azaltılması ve takdir ile ödüllendirmeye dayalı yönetim yaklaşımlarının öne çıktığı ifade edilmektedir.

Gün (2024) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise sağlık çalışanlarında sessiz istifa niyetini etkileyen faktörlerin göreceli önem düzeyleri Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Farklı meslek gruplarından 50 sağlık profesyonelinin ikili karşılaştırmalarına dayanan analiz sonucunda, sessiz istifa niyetini etkileyen faktörler dört ana kriter altında toplanmış ve bu kriterlerin ağırlıkları hesaplanmıştır. Bulgular, sessiz istifa niyetini en güçlü biçimde etkileyen faktörün “ücret ve diğer özlük haklarındaki yetersizlikler” olduğunu ortaya koymaktadır. Bunu, işten ayrılma durumunda aynı gelir düzeyine ulaşamayacağı düşüncesi, yurtdışındaki daha iyi çalışma koşullarına ilişkin algılar ve sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözlü şiddet izlemektedir. Yöneticilerin liderlik becerileri ise genel ağırlıklandırmada sessiz istifa niyeti üzerinde en düşük etkiye sahip kriter olarak belirlenmiştir.

Altun ve arkadaşlarının (2024) çalışması, sessiz istifa davranışının özellikle örgütsel güven eksikliği, iletişim sorunları ve yönetsel tutarsızlıklar bağlamında şekillendiğini göstermektedir. Araştırma bulguları, çalışanların kuruma yönelik aidiyet ve değer görme algılarının kırılgan olduğunu, buna paralel olarak duygusal enerji kaybı yaşadıklarını ve kendilerini mesleki açıdan yetersiz ve etkisiz hissettiklerini ortaya koymaktadır. Çalışmada, tükenmişlik ile sessiz istifa arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiş, sessiz istifanın alt boyutlarının tükenmişliğin %43’ünü açıkladığı belirlenmiştir. Ancak yalnızca “değersizlik” boyutunun tükenmişliğin anlamlı bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, çalışanların kendilerini örgüt tarafından değersiz hissetmelerinin tükenmişliği tetikleyen en kritik psikososyal faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Ayrıca haftalık 45 saatin üzerinde çalışanların hem sessiz istifa hem de tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu, 3–5 yıl mesleki deneyime sahip çalışanların diğer deneyim gruplarına kıyasla daha yüksek sessiz istifa ve tükenmişlik yaşadığı, kadın çalışanların ise erkeklere göre daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, aşırı iş yükü, mesleğin orta evresine özgü beklenti kırılmaları ve toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında değerlendirilmektedir.

Gökkaya'nın (2024) çalışmasında elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarında sessiz istifanın, işe bağlı duygusal tükenmişliğin doğal ve davranışsal bir sonucu olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Duygusal tükenmişlik düzeyi arttıkça çalışanların örgüte yönelik psikolojik geri çekilme eğiliminin güçlendiği, buna karşılık çalışma yaşam kalitesinin hem tükenmişliği azalttığı hem de sessiz istifa eğilimini zayıflattığı anlaşılmaktadır. Özellikle çalışma yaşam kalitesinin, duygusal tükenmişlik ile sessiz istifa arasındaki ilişkide kısmi aracılık rolü üstlenmesi, bu değişkenin koruyucu bir işlev gördüğüne işaret etmektedir. Bu durum, sessiz istifanın yalnızca bireysel bir tercih ya da motivasyon eksikliği olarak değil, iş yükü, duygusal yıpranma ve örgütsel koşulların yarattığı bir uyum ve başa çıkma stratejisi olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bulgular, sağlık kurumlarında çalışma yaşam kalitesini artırmaya yönelik düzenlemelerin (adil iş dağılımı, destekleyici yönetim anlayışı ve iş-yaşam dengesi uygulamaları) sessiz istifayı tamamen ortadan kaldırmasa da etkisini anlamlı ölçüde azaltabileceğini ve böylece hem çalışan refahına hem de sunulan hizmetin kalitesine katkı sağlayacağını göstermektedir.

SONUÇ

Bu çalışma, sessiz istifa olgusunu sağlık kurumları bağlamında ele alarak, kavramın nedenlerini, sonuçlarını ve Türkiye'deki görünümünü bütüncül bir çerçevede incelemiştir. Bulgular, sessiz istifanın çalışanların işten tamamen ayrılmalarından ziyade, örgütle kurdukları ilişkinin niteliğini bilinçli biçimde yeniden düzenledikleri bir çalışma tutumu olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle sessiz istifa, tembellik ya da kayıtsızlık olarak değil, uzun süreli iş yükü, tükenmişlik, adaletsizlik algısı ve karşılanmayan beklentiler karşısında geliştirilen bir başa çıkma ve kendini koruma stratejisi olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmada ele alınan literatür, sessiz istifanın tek bir nedene indirgenemeyecek kadar çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ücret ve özlük haklarına ilişkin memnuniyetsizlikler, yoğun iş yükü, uzun çalışma saatleri, yönetsel destek eksikliği, adaletsizlik algısı, kariyer gelişim olanaklarının sınırlılığı ve iş-yaşam dengesinin bozulması, sessiz istifayı besleyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Bu unsurlar, çoğu zaman ani bir karardan ziyade, zaman içinde biriken

memnuniyetsizliklerin ve çözümsüz kalan örgütsel sorunların sonucu olarak sessiz istifa davranışına zemin hazırlamaktadır.

Sessiz istifanın etkileri, bireysel ve örgütsel düzeyde farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Bireysel düzeyde bazı çalışanlar için sessiz istifa, psikolojik yükü azaltan ve iş–yaşam sınırlarını yeniden kurmaya olanak tanıyan geçici bir denge mekanizması işlevi görebilmektedir. Ancak örgütsel düzeyde bu durum, üretkenliğin azalması, örgütsel vatandaşlık davranışlarının zayıflaması, ekip içi iş birliğinin bozulması ve uzun vadede işten ayrılma niyetinin güçlenmesi gibi önemli riskler doğurmaktadır. Bu riskler, sessiz istifanın bireysel bir tercih olmanın ötesinde, örgüt kültürü ve sürdürülebilir performans açısından dikkate alınması gereken yapısal bir sorun olduğunu göstermektedir.

Sağlık sektörü özelinde değerlendirildiğinde, sessiz istifanın sonuçları çok daha kritik bir boyut kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin niteliği, yalnızca görev tanımlarında yer alan teknik faaliyetlere değil, aynı zamanda ekip çalışması, duygusal emek, etik duyarlılık ve gönüllü katkılara dayanmaktadır. Bu nedenle sessiz istifa, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, bakım kalitesi ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından ciddi riskler barındırmaktadır. Özellikle pandemi sonrası dönemde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı aşırı iş yükü, tükenmişlik ve psikososyal baskılar, sessiz istifayı sağlık sektöründe yaygınlaştıran temel etkenler arasında yer almaktadır.

Türkiye bağlamında ele alınan çalışmalar, sessiz istifanın sağlık çalışanları arasında giderek artan bir eğilim olduğunu ve bu eğilimin ücret yetersizliği, sağlıkta şiddet, iş yükü, personel eksikliği, yönetime duyulan güvensizlik ve takdir edilmemek gibi yapısal sorunlarla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgular, sessiz istifanın bireysel motivasyon eksikliğinden ziyade, çalışma koşulları ve örgütsel iklimle şekillendiğini açık biçimde göstermektedir.

Sonuç olarak sessiz istifa, sağlık kurumları açısından görmezden gelinmesi mümkün olmayan, çok boyutlu ve yapısal bir olgudur. Bu olgunun yönetilebilmesi için yalnızca çalışanların tutumlarına odaklanmak yeterli değildir, iş yükünün dengelenmesi, adil ücret ve ödüllendirme sistemlerinin geliştirilmesi, destekleyici ve katılımcı bir yönetim anlayışının benimsenmesi, çalışma yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık çalışanlarının değer gördükleri bir örgüt ikliminin oluşturulması gerekmektedir. Bu tür bütüncül ve

sürdürülebilir politikalar, sessiz istifayı tamamen ortadan kaldırmasa da etkisini azaltarak hem çalışan refahına hem de sunulan sağlık hizmetinin kalitesine önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Alami, R., Stachowicz-Stanusch, A., Agarwal, S., ve Al Masaeid, T. (2024). Predicting quiet quitting: Machine learning insights into silent resignations in the healthcare industry. *Journal of Ecohumanism*, 3(4), 3444–3462.
- Altun, U., Demir Uslu, Y., Aygün, S., ve Sevim, B. (2024). Hasta hizmetleri çalışanlarının tükenmişlik ve sessiz istifa düzeylerinin değerlendirilmesi: Ampirik bir analiz. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(4), 671–688.
- Arneja, J. S., ve Gilardino, M. S. (2023). Quiet quitting: Why is it worse in healthcare and what do we do about it? *Plastic Surgery*, 31(4), 319–320.
- Boy, Y., ve Sürmeli, M. (2023). Quiet quitting: A significant risk for global healthcare. *Journal of Global Health*, 13, 03014.
- Çalışkan, K. (2023). Sessiz istifa: Sonun başlangıcı mı yeniden diriliş mi? *Journal of Organizational Behavior Review*, 5(2), 190–204.
- Çelik, Ş., ve Kaya, Ş. D. (2025). Sessiz istifa: Türkiye’deki araştırmaların incelenmesi. *Sustainable Welfare*, 3(1), 22–39.
- Formica, S., ve Sfodera, F. (2022). The great resignation and quiet quitting paradigm shifts: An overview of current situation and future research directions. *Journal of Hospitality Marketing and Management*, 31(8), 899–907.
- Galanis, P. (2023). Quiet quitting: A significant threat for the healthcare industry or an inevitable reaction of healthcare workers? *International Journal of Caring Sciences*, 16(2), 512–513.
- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Vraka, I., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., ve Kaitelidou, D. (2024). Moral resilience reduces levels of quiet quitting, job burnout, and turnover intention among nurses: Evidence in the post-COVID-19 era. *Nursing Reports*, 14(1), 254–266.
- Gökkaya, D. (2024). İşe bağlı duygusal tükenmişliğin sessiz istifa üzerine etkisinde çalışma yaşam kalitesinin aracılık rolü: Sağlık çalışanlarında bir araştırma. *Business and Management Studies: An International Journal (BMLJ)*, 12(3), 644–662.
- Gözlü, K. (2023). Tükenmişlik bağlamında yeni bir kavram olarak sessiz istifa ve sağlık sektöründeki etkileri. *Meyad Akademi*, 4(2), 213–241.

- Gün, İ. (2024). Sessiz istifa niyetini etkileyen faktörlerin AHP yöntemi ile değerlendirilmesi: Sağlık çalışanlarında bir uygulama. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 22(52), 500–520.
- Harris, L. C. (2025). Commitment and quiet quitting: A qualitative longitudinal study. *Human Resource Management*, 64(2), 565–582.
- Kang, J., Kim, H., ve Cho, O. H. (2023). Quiet quitting among healthcare professionals in hospital environments: A concept analysis and scoping review protocol. *BMJ Open*, 13(11), e077811.
- Khan, Z. (2022). On quiet quitting #workreform [Video]. *TikTok*. <https://www.tiktok.com/@zaidleppelin/video/7124414185282391342>
- Mahand, T., ve Caldwell, C. (2023). Quiet quitting—Causes and opportunities. *Business and Management Researches*, 12(1), 9–18.
- Ng, I. K. S., Goh, W. G. W., Thong, C., ve Teo, K. S. H. (2025). ‘Quiet quitting’ among medical practitioners: A hallmark of burnout, disillusionment and cynicism. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 118(3), 73–77.
- Özcan, E., ve Ilıman Yaltagil, E. (2024). Sağlıkta sessiz istifanın nedenleri ve çözüm yolları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 16(2), 919–935.
- Patel, P. C., Guedes, M. J., Bachrach, D. G., ve Cho, Y. (2025). A multidimensional quiet quitting scale: Development and test of a measure of quiet quitting. *PLOS ONE*, 20(4), e0317624.
- Pevec, N. (2023). The concept of identifying factors of quiet quitting in organizations: An integrative literature review. *Challenges of the Future*, 8(2), 128–147.
- Tosun, N., ve Akay, A. C. (2024). Adanmışlıktan sessizliğe, sessizlikten vazgeçişe: Sağlık çalışanlarında sessiz istifa üzerine kavramsal bir çerçeve. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(2), 72–86.

BÖLÜM 7

İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Hamdi ÖZTÜRK¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070066>

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, hamdiozturk@ksu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9879-1909

Özet

Bu çalışmada sigortalı olarak çalışan iş görenlerin geçirdiği iş kazası ve meslek hastalıklarına ilişkin istatistikler, iş kazası ve meslek hastalıklarına neden olan davranışlar, hastanelerde görülen risk faktörleri (fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal riskler) ve iş kazası ve meslek hastalığı sonucunda ortaya çıkabilecek doğrudan veya dolaylı masraflar ele alınmıştır. İş kazası ve meslek hastalıkları iş sağlığı ve güvenliği konusunun önemli bir bileşenidir. Bu nedenle hem Avrupa’da hem de dünyada iş kazası ve meslek hastalıklarının azlığı ülkeler için önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak görülmektedir. Gelişmiş olan ülkelerde görülen iş kazası ve meslek hastalıklarına yönelik çok boyutlu çalışmalar yapılmakta ve standartlar belirlenmektedir. Gelişmekte olan ülkeler ise kendi oluşturdukları kurallara ilave olarak söz konusu çalışmalarını kendi yönerge, yönetmelik, genelge ve yasalarına entegre ederek olası iş kazası ve meslek hastalıkları için tedbir almaktadır. Alınan tedbirler doğrultusunda kurum ve kuruluşların iş sağlığı ve güvenliği konusunda yaptığı çalışmalar denetlenmekte ve görülen eksiklikler için yaptırımlar uygulanmaktadır. Bu bağlamda her ülke belirli periyotlarla alınan önlemler ve eksiklikler için uygulanan yaptırımların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki etkililiği ve verimliliğini ölçmek amacıyla iş kazası ve meslek hastalığı istatistiklerini toplamakta ve gerekli gördüğü düzenlemeleri hayata geçirmektedir.

Anahtar kelimeler: İş Kazası, Meslek hastalığı, İş sağlığı ve güvenliği

WORK ACCIDENTS AND OCCUPATIONAL DISEASES

Abstract

In this study, statistics regarding work accidents and occupational diseases experienced by insured employees are examined, alongside behaviors that contribute to these incidents. The risk factors present in hospitals are also analyzed, focusing on physical, chemical, biological, and psychosocial risks. Work accidents and occupational diseases constitute a significant component of occupational health and safety. Therefore, the low incidence of work accidents and occupational diseases is seen as an essential indicator of development both in Europe and worldwide. In developed countries, multifaceted studies are being conducted to address work accidents and occupational diseases, establishing standards accordingly. Meanwhile, developing countries are integrating such studies into their own guidelines,

regulations, decrees, and laws, in addition to the rules they have already established, as a means of taking precautions against potential work accidents and occupational diseases. The measures taken are monitored, and sanctions are imposed for any identified deficiencies in the occupational health and safety efforts of institutions and organizations. In this context, every country collects statistics on work accidents and occupational diseases periodically to assess the effectiveness and efficiency of the measures taken and the deficiencies identified within the field of occupational health and safety, thus implementing necessary regulations as deemed essential.

Keywords: Work accidents, Occupational diseases, Occupational health and safety

GİRİŞ

Ülkelerin ekonomileri için en önemli unsurlardan birisi işgücüdür. Bu nedenle işgücü ülkelerin tarımda, sanayide ve teknolojiye ilerlemesi, ekonomik kazanç ve rekabet üstünlüğü sağlamasında önemli bir rol oynar. Ülkeler ekonomik durumlarını korumak ya da daha ileri bir seviyeye taşımak amacıyla çalışanlarının sağlığını korumak zorundadır. Sanayileşme insan sağlığını ön plana çıkarmış buna bağlı olarak iş sağlığı ve güvenliği (İSG) kavramı ön plana çıkmıştır.

Çağımızda düzeltici faaliyetlerden çok koruyucu ve önleyici faaliyetlere önem verilmektedir. Daha kapsamlı bir şekilde ele alırsak koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin maliyeti tedavi edici sağlık hizmetlerinden daha düşüktür. İşletmeler açısından bakıldığında çalışan personelin iş kazasına maruz kalması ya da meslek hastalığı yaşamaması, işletme için hem işgücü kaybına hem üretim miktarının düşmesine hem de vereceği tazminatla işletmenin finansal durumunun sıkıntıya girmesine neden olacaktır. Bu nedenle işyerlerinde çalışan personellerin olası tehditlerden korunması için gerekli önlemlerin alınması ve sürekli olarak denetlenmesi gerekmektedir.

Genç bir nüfusa sahip olan Türkiye, sahip olduğu iş gücü potansiyelinin, başka bir deyişle çalışan personelin temel hakkı olan sağlık ve güvenliklerini sağlamakla birlikte işçilerin çalışmalarını daha etkili bir şekilde sürdürebilmeleri için İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nu (İSGK) çıkarmıştır. Söz konusu kanun kapsamında işletmelerin uyması ve uygulaması gereken İSG standartları belirlenmiş, çalışanların hakları yasal olarak tanımlanmıştır. İş

sağlığı ve güvenliği küresel bir konu olması sebebi ile Avrupa Birliği (AB) sosyal politikasında da önemli bir yeri vardır. Temel amaçları arasında üye ülkelerde İSG'nin üst düzeyde olmasını sağlamak, iş güvenliğinin Avrupa çapında standartlaşmasını sağlayarak asgari bir düzey oluşturmak ve İSG konusunda mevcut durumu sürekli olarak daha iyiye taşımak amaçlanmaktadır.

Sağlık kelimesinin birçok tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, sakatlık ya da hastalık durumunun olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (World Health Organization, 2024). Türk Dil Kurumu (TDK) sağlığı, "Vücut esenliği, vücudun hasta olmaması durumu, afiyet, sıhhat, esenlik" ve "Vücudun kötü veya iyi olması durumu" olarak tanımlamıştır (Türk Dil Kurumu, 2005). Sağlık kavramının önemli olduğu kadar hastalık kavramı da çok önemlidir. TDK hastalık kavramını; dert, çor, illet, esenlik karşıtı, sayrılık, maraz şeklinde tanımlamıştır (Türk Dil Kurumu, 2016).

İş sağlığı düşünüldüğü gibi iş hayatına girmiş olan ve ekonomik anlamda aktif çalışanların iş kazaları, meslek hastalıkları ve bunların tedavileri ile ilgili sınırlı bir sorumluluk alanını ifade etmez. Çağdaş anlamda iş sağlığı, çalışanların yaşam kalitesine, iyilik haline ve iş doyumuna kadar uzanan geniş bir disiplindir (Cingil, 2004).

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO-UÇÖ) 112 sayılı tavsiye kararına göre iş sağlığı hizmetleri;

- Bir işyerinin yakınında ya da içinde,
- Çalışanları, mesleki koşullardan ya da işlerden kaynaklanabilecek her türlü olumsuz durumdan korumak,
- Bireylerin yeteneklerine uygun işlerde çalıştırılmaları ve işin çalışana uygun hale getirilmesi ile işçilerin zihinsel ve fiziksel uyumuna katkı sağlamak,
- Çalışanların zihinsel ve fiziksel iyilik potansiyellerini ortaya çıkarmaya ve performanslarını sürdürmeye katkıda bulunmak amacıyla oluşturulan bir olgudur (Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat, 2015).

Toplumu oluşturan bireyler kendisini güvende hissetmek istemiş ve bu nedenle devlet kurmuşlardır. Devlet kurarak belli kurallar dahilinde kendilerini güvenlik altına almışlardır. Centel'e (2000) göre iş güvenliği, kavram olarak, iş

görenlerin mesleklerini icra ederken karşılaştıkları tehlikelerin azaltılması veya ortadan kaldırılması amacıyla geliştirilmiş hükümlere ait teknik kurallar bütünüdür.

İş güvenliği, işçinin teknik özelliklerden kaynaklı olası risklere karşı korunmasına yönelik bir anlam taşır. Teknik anlamda bilgi ve tedbir ile koruma sağlayacak risklerin tespiti ve bu risklere yönelik ne gibi koruyucu önlemlerin oluşturulabileceği iş güvenliğinin kapsamı içindedir. Çalışırken kullanılan materyal ve araç-gereçlerin kullanımından ve varlığından dolayı ortaya çıkabilecek riskler söz konusu olabilmektedir. Zarara sebebiyet verebilecek risklerin tespit edilmesi ve bu risklere karşı ne gibi teknik koruyucu önlemlerin alınabileceğinin belirlenmesi iş güvenliği kavramının konusunu oluşturmaktadır. Bu nedenle kurulacak olan işyerinin seçimi, planlanması ve inşa edilmesi, makinaların işleyişi ve montajı ile ilgili her konu iş güvenliği kavramının kapsamı içerisindedir (Arıcı, 1999).

Pala (2005), Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO), sosyal ve ekonomik güvenliği artırma stratejisinin güvenliğin 7 temel boyutuna dayandığını ifade etmiştir. Bu ilkeler,

- İş Piyasası ve Güvencesi: Devlet güvencesi altında, tam istihdam sağlanarak sürdürülebilir istihdam imkanlarının sağlanması,
- İstihdam Güvencesi: Çalışanların keyfi olarak işten çıkarılmasına karşı koruma sağlama, işten çıkarma ve işe almaya yönelik düzenlemeler, oluşan finansal yükün işletme tarafından karşılanması,
- İş Güvencesi: İş görenin iş deneyiminin, beceri alanının, kariyerinin veya mesleğinin korunması,
- Beceri Geliştirme Güvencesi: İş eğitimi ve çıraklık vasıtasıyla, beceri elde etme ve elde edilen becerileri sürdürme olanağı,
- Çalışma Güvenliği: İş görenler için mesleğin icra edildiği yerde güvenlik ve sağlık düzenlemeleri, uzun çalışma saatlerine yönelik sınırlayıcı önlemler, gece mesailerinin kısıtlanması yoluyla hastalık ve kazalardan koruma,
- Temsil Güvencesi: Politik ve ekonomik olarak devletin işleyişine katılmış, işveren örgütleri, bağımsız sendikalar ile grev hakkı da olan bağımsız sendikalar, işveren örgütleri ile iş piyasasında ortak sesin devamlılığının sağlanması,

- Gelir Güvencesi: Vergi sisteminin gelire göre düzenlenmesi, kapsayıcı sosyal güvenlik politikalarının benimsenmesi ile gelirin korunmasıdır.

1.1. İş Sağlığı ve Güvenliği

20. yüzyılda iş tesislerinde yaralanma oranı ve sayısında dikkate değer bir şekilde azalma olduğu görülmektedir. Ama hala birçok önlenemez yaralanmalar ve ölümler meydana gelmektedir. İş yaralanmasını önlemede süreç engellerinin üstesinden gelmek için stratejiler tartışılmaktadır (Stout & Linn, 2002).

İSG hem dar hem de geniş anlamda ele alınabilmektedir. Dar anlamda İSG, personel ve personelin çalışma ortamını ifade etmektedir. Geniş anlamda ise sadece personel ve personelin çalışma ortamıyla sınırlı kalmayıp, personel ve tüm yaşam koşullarının dikkate alınmasıdır. İşletmeler, çalışan personelin iş koşullarını göz önünde bulundurarak, risk faktörlerini belirleyip bu risk faktörlerine karşı önlemler alarak hem personelin sağlığını korumayı hem de güvenliğini sağlamayı amaçlar. İSG geniş kapsamlı kavram olduğu için bu kavram hakkında birçok tanım yapılmıştır. Fıratlı (2004), “İSG’yi, bir işyerinde çalışanların normal sağlık hallerini sürdürmeleri için yürütülmesi gereken faaliyetlerin tümü” şeklinde tanımlamıştır (Fıratlı, 2004; akt., Adıyaman, 2009). İSG; toplum ve çevre üzerinde olası etkiyi hesaplayan, işçilerin iyiliğine ve sağlığına zarar veren işyerlerini belirleyen ya da artan tehlikeleri öngören, tanımlayan, değerlendiren ve kontrol eden bir bilimdir. Bu alan kuşkusuz sayısız işyeri tehlikelerini, çevresel tehlikeleri ve çok sayıda disiplini kuşatan büyüklüktedir. Hem işçileri hem de çevreyi korumak amacıyla birçok yapının, yeteneklerin, bilginin ve analitik kapasitelerin, kurulan ulusal İSG sistemleri konusunda temel ilkeleri uygulama ve koordine edilmeye ihtiyacı vardır (Alli, 2008).

1.2. İş Kazası ve Meslek Hastalığı

İş kazası, belli bir amaca ulaşmak ya da verilen bir görevi yerine getirmek için yapılan bir çalışma öncesinde, çalışma esnasında veya çalışma sonrasında aniden meydana gelen durumlardır. İş kazalarının önlenmesi için iş güvenliğine önem verilmelidir. İş kazaları iş güvenliği ile ters orantılıdır yani iş güvenliğine ne kadar fazla önem verilirse iş kazaları da o derece az olacaktır. 6331 sayılı

İSGK iş kazasını “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay” şeklinde tanımlamıştır (Resmi Gazete, 2012).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulamaları yönünden iş kazası;

- Sigortalı olarak çalışanların işyerinde bulunduğu zaman diliminde,
- İşverenin faaliyetleri dolayısıyla yerine getirilmekte olan iş sebebiyle sigortalı çalışanın kendi hesabına ve adına; sigortalı eğer bağımsız faaliyet gösteriyor ise faaliyet gösterdiği iş nedeniyle,
- Bir işveren tarafından çalıştırılan sigortalının, görevi nedeniyle işyeri dışında bulunan başka bir konuma gitmesi sebebiyle asıl asıl işi haricindeki geçen zamanlarda,
- Emziren kadın sigortalı çalışanın bebeğini emzirmek amacıyla ayırdığı zamanlarda,
- Sigortalı olarak iş görenlerin, işverence tarafından sağlanan bir taşıt vasıtasıyla işin yürütüldüğü yere gidilmesi ve gelinmesi sürecinde oluşan ve sigortalı çalışanı hemen veya sonradan ruhen/bedenen engelli duruma getiren olaydır (Topaloğlu & Çınk, 2014).

Kazalar ülkeler için en önemli problemler arasındadır. Kazaların nedenleri arasında bireysel faktörler, kişisel özellikler ve insan hataları önceliklidir (Habibi et al., 2015). İş kazaları hem kamu hem de bireysel şirketler için önemli bir masraftır. Bu değer kaybından oluşan iş kazalarını önleyerek kaçınılabılır (Rikhardsson P.M, 2004). Meslek hastalığı ise sigortalı olarak iş gören bireylerin yürütmekte olduğu işin niteliğinden veya işin yürütülme şartlarından kaynaklanan bir sebepten uğradığı ruhsal ve bedensel engellilik durumu, geçici veya sürekli hastalıktır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

1.3. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Nedenleri

İşin icra edildiği yerlerde çeşitli kimyasal ve fiziksel faktörler ile ergonomik ve mekanik faktörler iş görenler üzerinde dolaylı ve doğrudan etkilere sebep olabilmektedir. Doğrudan etkilenmede kısa ve uzun süreli olarak iki başlıkta incelenebilir. Kısa süreli olarak zehirlenmeler, uzun süreli olarak ise meslek hastalıkları ortaya çıkabilmektedir. İşyerlerindeki uygun olmayan

çalışma ortamlarının dolaylı etkisi ise iş kazası olarak kendini göstermektedir. Ancak iş kazaların ortaya çıkmasına neden olan faktörler iki başlıkta incelenebilir. Bunlar güvensiz durumlar ve güvensiz davranışlardır (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Oda Raporu, 2020, s.107-108) (Tablo 1.1.).

Tablo 1.1. İş Kazalarında Güvenli ve Güvensiz Durumlar

İş Kazalarının Nedenleri	
Güvensiz Durumlar	Güvensiz Davranışlar
Koruyucusuz Tezgâh ve Makineler	İşi Bilinçsiz Yapmak
Güvensiz Çalışma Yöntemleri	Dalgınlık ve Dikkatsizlik
Sağlıksız ve Güvensiz Çevre Koşulları	Makine Koruyucularını Çıkarmak
Topraklanmamış Elektrik Makinaları	Tehlikeli Hızla Çalışmak
İşe Uygun Olmayan El Aletleri	İş Disiplinine Uymamak
Kapatılmamış Boşluklar	İzinsiz ve Yetkisiz Olarak Tehlikeli Bölgede Bulunmak
İşyeri Düzensizliği	İşe Uygun Alet ve Makine Kullanmamak
Tehlikeli Yükseklikte İstifleme	Kişisel Koruyucuları Kullanmamak

Kaynak: Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Oda Raporu, (2020).

1.3.1. Güvensiz Davranışlar

Güvensiz davranışlar, işi icra eden sigortalının iş güvenliğini tehlikeye atan davranışlarından dolayı ortaya çıkmaktadır (Dizdar, 2001). Çalışanın iş kurallarına uymaması, kuralları tam anlamıyla yerine getirmemesi, güvensiz davranışlarda bulunması iş kazalarına neden olur dolayısıyla kısa ya da uzun zamanlı bir meslek hastalığına yakalanma riski ortaya çıkar. Güvensiz davranışlar; sigortalının asabi ve heyecanlı olması, sigortalının mesleki deneyiminin az olması, sigortalının makine koruyucu ekipmanının ve kişisel koruyucu ekipmanların nasıl kullanılacağını bilmemesi, sigortalının sakar ve beceriksiz olması, sigortalının işten kaynaklı oluşabilecek riskleri öğrenmesine yönelik herhangi bir eğitimden geçmemiş olması, epilepsi ya da diyabet gibi kazaya sebebiyet verebilecek bir hastalık durumunun olması, bazı bağımlılıkları

(uyuşturucu, ilaç vb.) ve alışkanlıkları (sigara, alkol vb.) veya, herhangi bir bedensel engelinin olması sebebiyle geçici zarar görmesi şeklinde sıralanabilir (Sabuncuoğlu, 2000).

1.3.2. Güvensiz Durumlar

Makinaların veya kullanılan teçhizatların işyeri donanımlarının uygun olmaması ve güvenli olmaması durumudur. Bu durumlar iş kazalarının %48'ini oluşturur. Güvensiz durumların ortaya çıkma sebepleri;

- İş makinaları ve iş yerinin risk analizlerinin yapılmaması,
- İş ortamı risk haritası ve durum planının oluşturulmamış olması,
- İş ortamının ergonomik olmaması,
- Standart kişisel korunma donanımlarının olmaması,
- Çalışma yerinin konfor tesisatının olmaması,
- Kullanılan cihaz ve makinaların belirlenen standartlara göre üretilmemiş olmasıdır (Göltaş, 2012).

1.4. Dünyada İş Kazası ve Meslek Hastalıkları

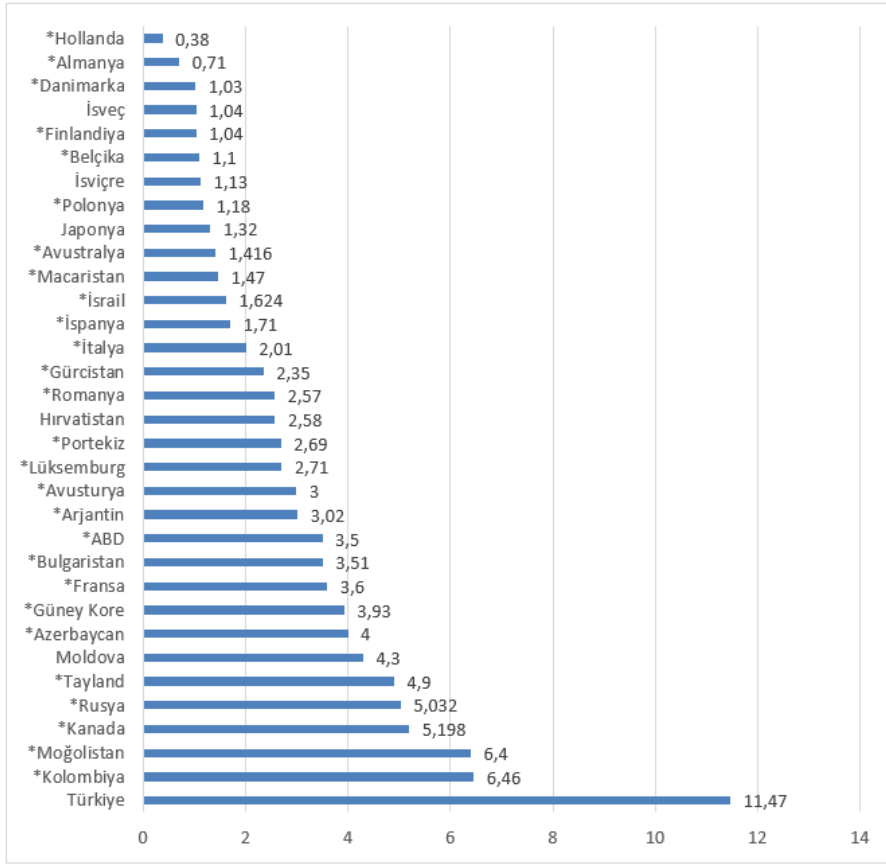
Dünyadaki teknolojik gelişmeler ve sanayileşme iş eşgüdümlü olarak özellikle iş yerlerindeki sigortalıların güvenliği ile ilgili bazı problemler görülmeye başlanmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2014, s.2). Küreselleşmeyle birlikte, sermaye sahipleri için kâr maksimizasyonu fırsatları artmıştır. Ancak emeğin küreselleşme durumu gerçekleştirilemediğinden dolayı emeğiyle kazanç sağlayan iş görenlerin kötü koşullarda çalışmasına yol açmıştır. Bu durum daha çok gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Global ekonomide gerçekleşen değişimler her alanda artan eşitsizliklerle ve ekonomik güvensizliklerle sonuçlanmıştır. Bu durum işçilerin işle ilgili görüşlerini ve sistemin mevcut durumunu duyurmasını kısıtlamış ve çalışma koşullarının bozulmasına neden olmuştur (Pala, 2005).

Dünyada görülen iş kazaları ve meslek hastalıkları incelendiğinde;

- Yaklaşık 3 milyon iş gören iş kazası sebebiyle hayatını kaybetmektedir (ILO, 2023),
- Dünya genelinde günlük yaklaşık 1 milyon iş gören iş kazası yaşamakta olup; meslek hastalıkları ve iş kazaları sebebiyle 2,3 milyon iş gören ölmektedir (On ikinci Kalkınma Planı, 2023).

- ILO'ya göre kayıt ve bildirim sistemindeki eksikliklerden dolayı ülkelerin çoğunda gerçek rakamların açıklanan rakamlardan çok daha fazla olması kaçınılmazdır (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Oda Raporu, 2015).

Şekil 1.1.'de ülkelerde 100.000 çalışan başına ölümcül iş kazası sayıları gösterilmektedir. Grafiğe göre en düşük ölümcül iş kazalarının Hollanda'da görülürken, en yüksek ölümcül iş kazalarının ise Türkiye'de görülmektedir. AB iş kazaları istatistikleri incelendiğinde AB'de 2023 yılında toplamda 3.298 ölüm meydana gelmiştir. Bu sayı AB genelinde 2023 yılında 100.000 çalışan kişi başına ortalama 2,07 ölümcül kaza meydana geldiğini göstermektedir (Avrupa Birliği İstatistikleri, 2025). OECD ülkelerinde ise bu oran 8,81'dir. İstatistiklerde Türkiye'nin 100.000 çalışan başına ortalama ölümcül kaza oranı 11,47 olarak belirtilmiştir. Söz konusu verilere göre Türkiye hem AB hem de OECD ülke ortalamalarının üstünde yer almaktadır. Bu nedenle iş kazalarını ve ölümleri önlemek için stratejik planların yapılması gerektiği söylenebilir.



Şekil 1.1. 2023-2024 Yıllarına 100.000 Çalışan Başına Ölüm Cül İş Kazası
Kaynak: (ILO, 2025).

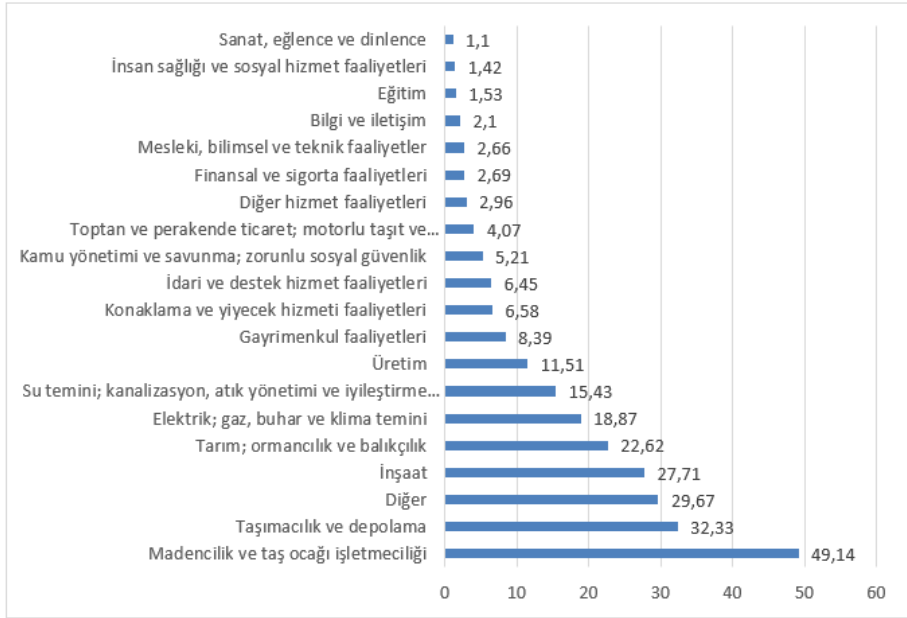
*: 2023 yılına ait verileri ifade etmektedir.

1.5. Türkiye’de İş Kazası ve Meslek Hastalıkları

Türkiye iş kazaları sayısında dünyada ilk sıralarda yer almaktadır. Neo-liberal ekonomi politikaları ve küreselleşme sonucunda çalışma koşullarının ağırlaştırılması, esnek çalışma biçimleri, iş güvencesinin azalması; taşeronlaştırmanın yaygınlaştırılması, sendikasılaştırma ve özelleştirme; sosyal güvenlikten yoksun ve kayıt dışı çocuk işçi ve iş gören çalıştırma, iş kazalarını artıran sebepler arasında yer almaktadır (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Oda Raporu, 2015). Avrupa Birliği’ne (AB) uyum çalışmaları doğrultusunda İSG alanındaki düzenlemelerin önemi artmaktadır. Bugüne kadar AB öncülüğünde oluşturulan İSG ile ilgili çıkarılan kararların bazıları iç

mevzuatımızda bulunmaktadır. Ancak iç mevzuatımız için faydalı görülen pek çok direktif, tüzük ve yönergeler için düzenlemeler yapılmaktadır (Sağlam, 2009).

Türkiye Cumhuriyeti iş kazaları ve meslek hastalıkları alanında birçok yasal çalışma yapmıştır ve hala yapmaktadır. İSG konusu Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda devletin temel görev ve amaçları içerisine girmektedir. Ayrıca Borçlar Kanunu, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, İş Kanunu, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Devlet Memurları Kanunu ve 6331 sayılı İSGK'de de koruyucu ve önleyici önlemler alınmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır (Aydın Aktekin, 2010, s.13-16).



Şekil 1.2. Sektörlere göre 100.000 Çalışan Başına Ölüm Cül İş Kazası İstatistikleri
Kaynak: (ILO, 2025)

Şekil 1.2.'de 2024 yılında meydana gelen iş kazalarının sektörlere göre oranı verilmiştir (100.000 çalışanda). Kazaların en az sanat, eğlence ve dinlence sektöründe; en çok ise madencilik ve taş ocaklarında meydana geldiği görülmektedir. Sosyal hizmet ve insan sağlığı faaliyet verileri ise sanat, dinlence ve eğlence verilerinden sonra gelmektedir.

Tablo 1.2.'de 2009-2023 yılları arasındaki iş kazası ve meslek hastalığı istatistikleri yer almaktadır. İş kazası geçiren sigortalı sayısı 2009 yılında 64316

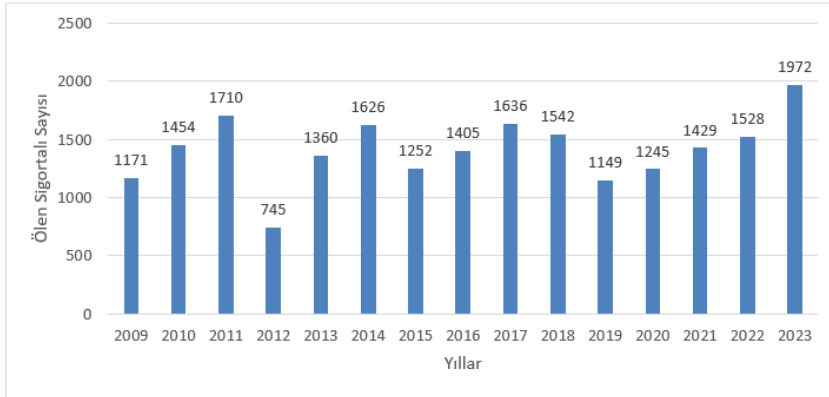
kişi iken 2023 yılında 681.655 kişi olarak kayıtlara geçmiştir. İş kazası sonucu ölen sigortalı sayısı ise 1171 kişiden 1972 kişiye yükselmiştir. Ölümlerdeki artış verilerinde iş kazası geçiren sigortalı sayısındaki gibi bir artış söz konusu değildir. Meslek hastalığı geçirenlerin sayısı 429'dan 946'ya yükselmiştir.

Tablo 1.2. İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri

Yıl	İş Kazası Geçiren Sigortalı Sayısı	İş Kazası Sonucu Ölen Sigortalı Sayısı	Meslek Hastalığı Sayısı	Meslek Hastalığı Sonucu Ölen Sigortalı Sayısı
2009	64316	1171	429	0
2010	62903	1444	533	10
2011	69227	1700	697	10
2012	74871	744	395	1
2013	191389	1360	351	0
2014	221366	1626	494	0
2015	241547	1252	510	0
2016	286068	1405	597	0
2017	359866	1636	691	0
2018	431276	1542	1047	0
2019	422837	1149	1091	0
2020	384605	1240	909	5
2021	411639	1394	1209	35
2022	589271	1520	955	8
2023	681655	1972	946	0

Kaynak: Akbaş (2023)

Şekil 1.2.'de yıllara göre meslek hastalığı ve iş kazası sonucu ölen çalışanların toplam değerleri yer almaktadır. Şekil 1.3., Tablo 1.2.'de yer alan iş kazasından dolayı hayatını kaybeden sigortalı iş gören sayısı ve meslek hastalığı nedeniyle hayatını kaybeden sigortalı iş gören sayısı toplanarak elde edilmiştir.



Şekil 1.3. İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sonucu Ölüm
(Akbaş, 2023)

Şekil 1.3'te verilmiş olan ölüm sayılarının dağılımının yıllara göre düzensizlik gösterdiği görülmektedir. Bu düzensizliğin eğitim seviyesi, yapılan iş hakkında yetersiz bilgi, koruyucu kullanmama, işverenin ya da işçinin sorumluluklarını yerine getirmemesi, yasal düzenlemelerin eksikliği, denetlemelerin yetersiz olması gibi birçok sebebi olabilir. Türkiye'de sanayi, teknoloji ve hizmet alanındaki sürekli gelişmelerden dolayı istihdam sayısının artması, çalışan işgücü sayısını artırmıştır. Bu nedenle iş kazası ve meslek hastalığı sayılarının arttığı düşünülebilir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA RİSK FAKTÖRLERİ VE İSTATİSTİKLER

Günümüzde çoğu ülkede olduğu gibi hastane temel sağlık bakım hizmetleri dahilinde iş görenlere, hastane ortamlarına ve üretim süreçlerine yönelik hizmetler sunulmaktadır. Bu hizmetlerin temel amacı sağlık personelinin sağlık durumunun geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesidir (Tüzüner & Özasan, 2011). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için risklerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Hastanelerde birçok risk bulunmaktadır. Bu riskler temel olarak fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psiko-sosyal tehlike ve riskler olmak üzere dört bölümde incelenmektedir.

2.1. Fiziksel riskler

Sağlık hizmetlerinin sunumunda insan sağlığına zarar verebilecek birçok fiziksel faktör (Radyasyon, gürültü, toz, zararlı ışınlar vb.) bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının ağrı verici ve yorucu pozisyonlarda çalışması, uzun süre ayakta çalışması/kalması, hasta odalarında çok sayıda hasta olması, yetersiz dinlenme alanları gibi nedenler ergonomik riskleri artırmaktadır. Termal sorunlar (yüksek basınçlı hava, nem, havalandırma sorunları, yetersiz/fazla ısı, aydınlatma sorunları (fazla/yetersiz ışık) gibi her türlü çalışma ortamları iş görenlerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, hasta kaldırma veya taşıma eylemlerinin dikkatsiz yapılması veya yanlış postürde yoğun hareket edilmesi el-kol, sırt, bel, boyun ve ayak-bacak ağrıları sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. (Çanta & Topsakallar, 2014).

2.2. Kimyasal riskler

Doğada doğal halde bulunan veya bir işlem sırasında/sonrasında atık olarak meydana gelen ya da kazara ortaya çıkan her türlü karışım, bileşik veya element kimyasal madde olarak tanımlanır. Sağlık profesyonelleri sağlık hizmeti sunumu esnasında bakım onarım, boya, çamaşır, temizlik gibi işlemler gerçekleştirilirken kimyasal maddelere maruz kalabilmektedir. Sağlık çalışanlarının kimyasal maddelerin oluşturabileceği risk ve tehlikelerden etkilenmemesi için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında kullanılan başlıca kimyasallar; sterilizasyon maddeleri ve dezenfektanlar, temizlik kimyasalları, nanomalzemeler, lateks, anestezi maddeler, sitotoksik maddeler (antineoplastik ilaçlar), laboratuvar kimyasalları ve civadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, 2016b).

2.3. Biyolojik riskler

Biyolojik risklere maruz kalma riski en yüksek olan çalışma grupları; araştırma merkezleri ve hastane çalışanlarıdır. Tıbbi araştırma merkezleri ve sağlık kurumlarında meydana gelebilecek ciddi tehlikelere karşı güvenlik ve sağlık kurallarının ihmal, anestezi gazlar, ilaçlar, tedavide kullanılan iyonize radyasyon gibi yeni ilaç ve tekniklerin sonradan çıkan yan etkileri biyolojik riskler arasında yer alır. Sağlık çalışanlarında daha çok bakteriyel ve viral enfeksiyonlar görülmektedir. Bakteriyel enfeksiyonlar tüberküloz, menenjit, difteri ve boğmaca olarak tanımlanabilir. Viral enfeksiyonlar ise kabakulak, hepatit B, suçiçeği, kızamık, kızamıkçiktır (Önal, 2010).

2.4. Psiko-sosyal riskler

Sağlık çalışanları tedavi görmekte olan ve hayatını kaybeden kişilerin bakımının direkt sorumludur. Bu sorunluluğun getirdiği stresle birlikte artan iş yükü, sağlık çalışanlarının sağlık halini önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının çağrı üzerine çalışma, gece çalışmaları, nöbet ve vardiya gibi maruz kaldığı düzensiz ve aşırı çalışma saatleri, birçok iş güvenliği problemlerine ve sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Türkiye’de çoğu bölgede sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin çalışma koşulları oldukça ağırdır. Türkiye’deki sağlık merkezleri ve hastanelerdeki çalışan ve hasta güvenliği konularında yapılan düzenlemeler yeterli değildir (Meydanlıoğlu, 2013).

Şiddet de psiko-sosyal riskler arasında yer almaktadır. Şiddet kavramı, bir kişinin başka bir kişiye zarar vermek amacıyla saldırmasıdır. Sağlık kurumlarındaki şiddet olayları daha çok hasta-hasta yakını ve sağlık çalışanı arasında gerçekleşiyor gibi görünse de asıl olarak sağlık sistemi ile hasta ve hasta yakını arasındadır (Oğan & Sercan, 2015, s.4-5). Hastanelerdeki başlıca tehlike ve riskler Tablo 2.1.’de verilmiştir.

Tablo 2.1. Hastanelerde Görülen Başlıca Tehlike ve Riskler

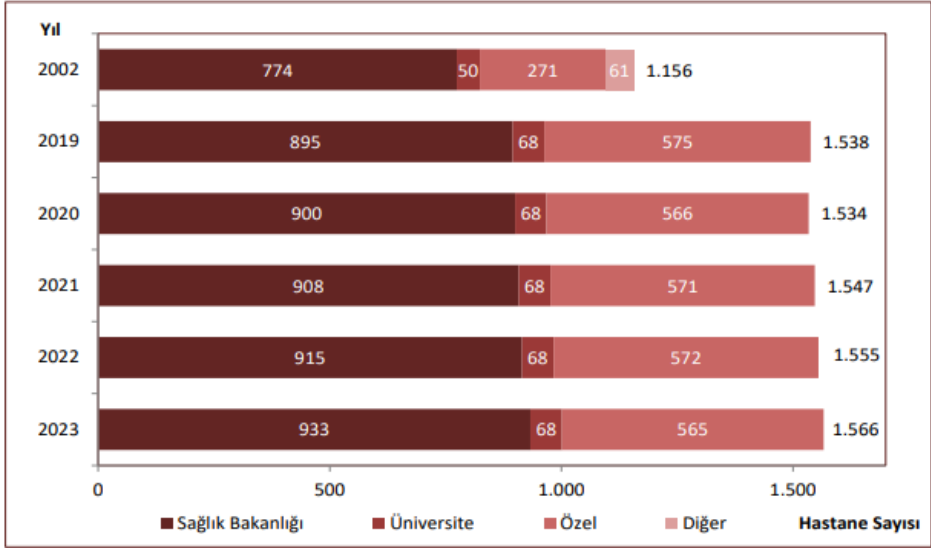
Fiziksel Tehlike ve Riskler	Kimyasal Tehlike ve Riskler	Biyolojik Tehlike ve Riskler	Psiko-Sosyal Tehlike ve Riskler
Elektrik Düzenegi	Anestezi Gazlar	Tüberküloz	Stres
Yetersiz/Fazla Işık	Civa	Hepatit A	İşi İstememe
Yetersiz/Fazla Isı	Dezenfektanlar	Hepatit B	İşi Anlamsız Hissetme
Kaygan Zemin	Formaldehit	Hepatit C	Yabancılaşma
Havalandırma	Etilenoksit	Hepatit D	İsteyerek Tercih Etmeme
Toz	Antiseptikler	Hepatit E	Gelişememe
Gürültü	Radyasyon	Stomegalovirüs	Mobbing
Nem	Yakıcılar	HIV/AIDS	Kariyer Endişesi

Yanıcı Madde	Antibiyotikler	İnfluenza	Unvan Arayışı
Kesici Delici Yaralanma	Sitotoksik İlaçlar	Kızamık	
Radyasyon	Gluteraldehit	Adenovirüs	
Radyoaktif Atıklar	Karbonmonoksit	Boğmaca	
Yangın	Pentamidin	Meningokoksit Hastalıklar	
Yetersiz Dinlenme Odaları	İsopropanol	Polio	
Kırık Cam	Ribavirin	Varicella Zoster	
Manyetik Alanlar	Bromin	Herpes Simpleks	
Lazer	Solventler	Shigellozis	
Kişisel Koruyucu Yetersizliği	Asit Bazlar	Helikobakterpilori	
Kişisel Koruyucu Eksikliği	Foto Kimyasallar	Norwaksvirüs	
El Yıkama Alanlarının Yetersizliği	Antineoplastikler	KKKA	
Hasta Odalarının Darlığı	Gazlar	Domuz Gribi	
Atıkların Yanlış Ayrıştırılması	Asbest	Ebola Virüsü	

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, (2016a),

Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis edilmesi ve tedavi hizmetlerinin sağlanmasının yanı sıra rehabilitasyon, hastalıkları önleyici tedbirlerin alınması ve bireysel ve toplumsal sağlık düzeyinin geliştirilmesine yönelik kapsamlı bir faaliyetler bütünüdür. Sağlık Hizmetlerinin kapsamı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri tedaviden çok koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri uzman tıp ve sağlık personellerinin hizmet verdiği, büyüklükleri değişiklik gösteren hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı hizmetlerdir. Son olarak üçüncü basamak

sağlık hizmetlerinde de tedavi amacı ön plandadır ama yoğun teknoloji ve bilgi gerektiren karmaşık olgularla ilgilenmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010). Sağlık hizmeti veren kuruluş olarak hastaneler Devlet, Üniversite ve Özel hastaneler olmak üzere üçe ayrılır. Yıllara ve sektörlere göre hastanelerin dağılımları Şekil 2.1.'de gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2023, s.123)

Sağlık hizmeti sunumunda birçok personel çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2023 yılı bakanlıkta çalışan sağlık personel sayısı Tablo 2.2.’de verilmiştir.

Tablo 2.2. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler

	2002	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Uzman Hekim	45.457	82.894	85.199	88.127	93.517	95.600	101.233
Pratisyen Hekim	30.900	44.053	46.843	49.760	53.035	53.697	54.899
Asistan Hekim	15.592	26.181	28.768	33.372	37.017	45.391	48.091
Toplam Hekim	91.949	153.128	160.810	171.259	183.569	194.688	204.223
Toplam Dış Hekimi	16.371	30.615	32.925	34.830	39.851	42.359	45.718
Eczacı	22.289	32.032	33.841	35.364	37.211	38.981	40.610

Hemşire	72.393	190.499	198.103	227.292	232.442	243.565	248.287
Ebe	41.479	56.351	55.972	59.040	57.908	59.632	59.750
Diğer Sağlık Personeli	50.106	177.409	182.456	206.103	219.630	232.661	266.217
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	376.367	369.660	408.581	481.311	538.642	549.116

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2023)

Tablo 2.2’de 2002-2023 yılları arasındaki sağlık personeli sayıları verilmiştir. Verilere bakıldığında Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmet sunumunda kişi başına düşen sağlık personeli sayısını artırmayı hedeflediği anlaşılmaktadır. Böylece Türkiye’nin tüm bölgelerinde sağlık personeli istihdamı oluşturarak vatandaşların sağlık hizmeti almasını sağlamak amaçlanmıştır.

Tablo 2.3. 2013-2021 Yılları Arasında Türkiye Geneline ve Sağlık Hizmetleri Alanında İş Kazası Dağılımları

Türkiye Geneli			Sağlık Sektörü			
	İş kazası yaşayan sigortalı sayısı	İş kazası sonucu ölen sigortalı sayısı	Sürekli iş göremezlik ödeneği bağlanan sigortalı sayısı	İş kazası yaşayan sigortalı sayısı	İş kazası sonucu ölen sigortalı sayısı	Sürekli iş göremezlik ödeneği bağlanan sigortalı sayısı
2013	191.389	1360	1660	1165	8	6
2014	221.366	1626	1421	1337	1	1
2015	241.547	1252	3433	3046	7	7
2016	286.068	1405	4447	4629	9	11
2017	359.653	1633	3987	7259	11	5
2018	430.985	1541	3773	10763	7	15
2019	422.463	1147	4318	14241	5	6
2020	384.262	1231	3183	19249	15	11
2021	511.084	1382	3123	21931	12	22

Kaynak: (Ağar, 2024)

Tablo 2.3.'te 2013-2021 yılları arasında Türkiye genelinde ve sağlık hizmetleri alanında iş kazası istatistikleri verilmiştir. Bu istatistiklere göre 2013 yılından itibaren Türkiye genelinde iş kazası geçiren çalışan sayısında artış görülmektedir. Ancak iş kazası sonucu ölen çalışan sayısında ve sürekli iş göremezlik ödeneği bağlanan sigortalı sayısında meydana gelen artış ve azalışlardan dolayı dalgalanma görülmektedir. Sağlık hizmetleri alanı incelendiğinde iş kazası yaşayan sigortalı sayısında sürekli bir artış olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmeti alanların ve sağlık çalışanlarının Tablo 2.1.'de belirtilen risk ve tehlikelerden korunması için Çalışan Güvenliği Genelgesi yayınlanmıştır. Bu yönetmelik temel olarak sağlık kurumlarında çalışanlar ve hizmet sunumundan faydalananlar için güvenli bir çalışma ortamı sağlanmayı hedeflemektedir. Bu yönetmelik doğrultusunda;

- Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- Çalışan güvenliği komitesinin oluşturulması,
- İş görenlerin kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- Çalışanlar için sağlık taraması yapılması,
- Çalışanlara için şiddetin önlenmesine yönelik düzenlemelerin yapılması,
- İş görenlere, çalışan güvenliği konularında eğitimler verilmesi,
- Enfeksiyonların kontrol edilmesi ve önlenmesi için programların oluşturulması gerekmektedir (Çalışan Güvenliği Genelgesi, 2012).

İş kazası ve meslek hastalıkları nedeniyle oluşan manevi ve maddi zararın işveren ya da devlet tarafından tazmin edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle ortaya çıkan giderler doğrudan ve dolaylı masraflar olmak üzere ikiye ayrılır (Baradan, 2005).

Doğrudan Masraflar

- İşverenler tarafından ödenen işçi tazminatı primleri. Bu sigorta sağlık giderleri karşılamak için ödenir.
- İşçi sigortası harici ödenen mesuliyet sigortası masrafları
- Mülkle ilgili masraflar (Baradan, 2005).

Dolaylı Masraflar

- Kazadan sonra diğer işçilerde gözlenen verim ve moral düşüklüğü,
- Daha önce yapılan programların tekrar programlanması,
- Kazadan dolayı işin akışında meydana gelen düzensizlikler,
- Kaza geçiren personelin yerine gelen çalışanın eğitim masrafları,
- Kazadan sonra işine geri dönen personelin düşük verimle çalışması,
- Mahkeme masrafları

3. SONUÇ

Birçok işletmede olduğu gibi hastanelerde de İSG'nin hayati önemi vardır. İş kazaları ve meslek sebebiyle oluşan hastalıkları en aza indirmek için İSG çalışmalarına gereken önem verilmeli, gerekli kanun ve yasalar çıkartılmalı ya da var olan yasalar ve kanunlar üzerinde iyileştirme yapılmalıdır. Çalışanlar İSG konusunda gerek okul zamanında gerekse işe başladıklarında hizmet içi eğitim yoluyla bilgilendirilmelidir. İSG alanında çalışan, devlet, sendika ve işverenlerin sorumlulukları bulunmaktadır. İSG'de etkili olmada en önemli faktörlerden biri tarafların sürece etkin bir şekilde katkı sağlamasıdır. Sağlık çalışanlarına İSG uygulamaları (yükümlülükler ve sorumluluklar) hakkında bilgi verilmesinin kritik önem taşıdığı öngörülmektedir.

Sağlık hizmeti sunan personelin çalışma ortamının güvenli, sağlıklı ve sürdürülebilir olması gerekmektedir. Kurum yöneticilerinin ve işverenlerin bu çalışmalara gerekli özeni göstermesi hem birey hem çalışan hem de kurum için faydalı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Adıyaman, H. Ü. (2009). *İş Sağlığı ve Güvenliğinde İşverenin Yükümlülükleri* [Yüksek Lisans Tezi]. SBE.
- Ağar, A. (2024). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Meydana Gelen İş Kazalarının İstatistiksel Olarak İncelenmesi: Retrospektif Kohort Araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 11(3), 551–561.
- Akbaş, A. G. (2023). *Son 15 Yılın İş Kazaları ve İş Cinayetleri İstatistiklerinin Gösterdikleri*.
https://www.tmmob.org.tr/sites/default/files/son_15_yilin_is_kazalari.pdf
- Alli, K. (2008). *International Labour Office. Fundamental Principles of Occupational Health and Safety* (2. Edition). International Labour Office.
- Arıcı, K. (1999). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Dersleri*. TES-İŞ.
- Avrupa Birliği İstatistikleri. (2025). *İş Kazaları İstatistikleri*. Avrupa Birliği.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_at_work_statistics
- Aydın Atekin, F. (2010). *İş Sağlığı ve Güvenliğinin Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baradan, S. (2005). ABD’de İşçi Sağlığı ve Güvenliğine Genel Bakış. 3. *Yapı İşletmesi Kongresi*, 355–357.
- Centel, T. (2000). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Mevzuatı*. MESS Yayınları.
- Cingil, D. D. (2004). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ortak İş Sağlığı ve Güvenliği Birimleri ve Risk Gruplarının Önemi. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 18(4).
- Çalışan Güvenliği Genelgesi. (2012). *14.05.2012 Tarihli Genelge*.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi. (2016a). *Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler* (H. Akarsu & M. Güzel, Eds.). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayını.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi. (2016b). *Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler*.

- casgemproject.com/dosyalar/sayfa/6/dosya-6-8104.03.2016_revize_son.pdf
- Çanta, N., & Topsakallar, F. (2014). *Sağlık Sektöründe Mesleki Riskler ve İş Sağlığı Güvenliği Uygulamaları*.
- Dizdar, E. N. (2001). Kaza Sebeplendirme Yaklaşımları. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*.
- Fıratlı, İ. (2004). *İş Sağlığı ve Güvenliği Esasları Eğitim Notları*. Eğitim Danışmanlık.
- Göлтаş, C. (2012). İşçi Sağlığı ve Güvenliği. *Elektrik Mühendisliği Dergisi*, 445.
- Habibi, E., Karimi, A., Shahreza, H. D., Mahaki, B., & Nouri, A. (2015). A Study of The Relationship Between The Components of The Five – Factor Model of Personality and The Occurance of Occupational Accidents in Industry Workers. *Iranian Journal Of Health, Safety & Enviroment*, 3(2), 499.
- Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. (2015). *Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO-UÇO) İşyerlerindeki İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Tavsiye Kararı*. Türk Tabipler Birliği. https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=101:uluslararası-lia-gilo-u-yerlerde-k-sai-hmetlere-k-tavse-karari&catid=6:uluslararasıylge&Itemid=36
- ILO. (2023). *Occupational Safety and Health*. https://www.ilo.org/resource/news/nearly-3-million-people-die-work-related-accidents-and-diseases?utm_source=chatgpt.com
- ILO. (2025). *ILOSTAT Veri Araştırma Motoru*. https://rshiny.ilo.org/dataexplorer70/?lang=en&segment=indicator&id=INJ_NFTL_ECO_RT_A
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, Ş. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (2nd ed.). Siyasal Kitabevi.
- Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192–199.
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2014). *İş Sağlığı ve İşçi Güvenliği - Mesleki Gelişim*.
- Oğan, H., & Sercan, M. (2015). *Şiddetle Başa Çıkmak*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- On ikinci Kalkınma Planı. (2023). *İş Sağlığı ve Güvenliği*.

- https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Is-Sagligi-ve-Guvenligi-Calisma-Grubu-Raporu_01082025.pdf
- Önal, B. (2010). *Biyolojik Risk Etmenleri*. <http://www.isguvenligirehberi.com/haber/97-biyolojik-risk-etmenleri.html>
- Pala, K. (2005). İSG Politikası ve Güvenlik Kültürü. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 125.
- Resmi Gazete. (2012). 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (Bkz. 20/06/2012 Tarih ve 28339 Sayılı RG). T.C. Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığı Hukuk ve Mevzuat Genel Müdürlüğü.
- Rikhardsson P.M. (2004). *Accounting For The Cost of Occupational Accidents*. Wiley.
- Sabuncuoğlu, Z. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi* (1. Baskı). Ezgi Kitabevi.
- Sağlam, N. (2009). *OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Bir Uygulama* [Yüksek Lisans Tezi]. Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006). Bkz. 16/06/2006 Tarih ve 26200 Sayılı RG.
- Stout, N. A., & Linn, H. I. (2002). Occupational Injury Prevention Research: Progress and Priorities. *Injury Prevention*, 914.
- Topaloğlu, S., & Çınkılı, F. (2014). *Haklar Yardımlar Yükümlülükler Tazminat ve Ceza Sorumlulukları* (Vol. 343).
- Türk Dil Kurumu. (2005). *Türkçe Sözlük* (2, ed.). Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Türk Dil Kurumu. (2016). *Sözlük*. [Http://Www.Tdk.Gov.Tr/Index.Php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.G](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.G) TS.581b1e82d98053.10847272. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.G TS.581b1e82d98053.10847272
- Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Oda Raporu. (2015). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği* (Vol. 617).
- Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Oda Raporu. (2020). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği: Vol. MMO/718* (9. Baskı).
- Tüzüner, V., & Özaslan, B. (2011). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *İstanbul*

Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 40(2), 138–154.

World Health Organization. (2024). *What Is Health?*

www.who.int/about/definition/en/print.html

BÖLÜM 8

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN KÜRESEL GÖRÜNÜMÜ: 2020-2025 DÖNEMİNE İLİŞKİN SİSTEMATİK DERLEME VE NARRATİF SENTEZ

Dr. Öğr. Üyesi Begüm YALÇIN¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070071>

¹ İstanbul Beykent Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, begumyalcin@beykent.edu.tr , ORCID: 0000-0002-3149-4854

Özet

2020 sonrasında pandemiyle birlikte keskinleşen ekonomik, toplumsal ve kurumsal baskılar, küresel sağlık sistemlerinde derin bir kırılmalık yaratmıştır. Bu dönemde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin niteliği ve görünürlüğü akademik dünyada giderek daha fazla rapor edilir hâle gelmiştir. Her ne kadar literatürde pandemi ve sonrası dönemde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti inceleyen çok sayıda çalışma bulunsada, 2020-2025 yıllarına ilişkin bulguları kapsamlı ve güncel biçimde bütünlükten sistematik bir sentezin eksik olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, mevcut çalışma söz konusu dönemde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin türü, sıklığı, risk faktörleri, bireysel ve örgütsel sonuçları ile başa çıkma yaklaşımlarını inceleyen nitel, nicel ve karma desenli araştırmaları sistematik olarak derlemeyi ve bu bulguları bütüncül bir anlatı çerçevesinde yorumlamayı amaçlamaktadır.

PRISMA protokolüne uygun olarak yürütülen bu sistematik derlemede PubMed, Science Direct, Scopus, Web of Science ve PsycNet veri tabanları 13-28 Kasım 2025 tarihleri arasında belirlenen anahtar kelimeler kullanılarak taranmıştır. Dâhil etme kriterleri ve metodolojik kalite değerlendirmesi sonucunda, 2020-2025 yılları arasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti inceleyen 37 çalışma analize alınmıştır. Bu çalışmaların sentezi, incelenen dönemde şiddetin türüne, sıklığına, risk ve tetikleyici faktörlere, bireysel ve örgütsel düzeydeki sonuçlara ve kullanılan başa çıkma stratejilerine ilişkin tutarlı örüntülerin ortaya çıktığını göstermektedir. Bulgular genel olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin klinik pratiğin olağan bir çıktısından ziyade, yapısal ve sistemsel stresörlerle derinleşen ve sağlık işgücünün sürdürülebilirliğini tehdit eden çok boyutlu bir sorun niteliği taşıdığını ortaya koymaktadır. Bu sonuçlardan hareketle, sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün güçlendirilmesi, şiddet riskinin proaktif biçimde izlenmesi, olay bildirim sistemlerinin etkinleştirilmesi ve kamu iletişim stratejilerinin sağlık çalışanlarını hedef alan yanlış anlamaları azaltacak biçimde yeniden yapılandırılması önerilmektedir. Ayrıca, şiddet vakalarının caydırıcı yaptırımlarla ele alınması son derece elzemdir.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanları, işyeri şiddeti, pandemi, post-pandemi, sistematik derleme.

GLOBAL OVERVIEW OF VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS: SYSTEMATIC REVIEW AND NARRATIVE SYNTHESIS FOR THE PERIOD 2020-2025

Abstract

The economic, social, and institutional pressures that intensified with the pandemic after 2020 have created deep fragility in global health systems. During this period, the nature and visibility of violence against healthcare workers has been increasingly reported in academia. Although there are numerous studies in the literature examining violence against healthcare workers during and after the pandemic, there appears to be a lack of systematic synthesis that comprehensively and currently integrates findings for the years 2020-2025. Accordingly, the present study aims to systematically review qualitative, quantitative, and mixed-method research examining the type, frequency, risk factors, individual and organizational consequences, and coping approaches related to violence against healthcare workers during this period and to interpret these findings within a comprehensive narrative framework.

Conducted in accordance with the PRISMA protocol, this systematic review searched the PubMed, Science Direct, Scopus, Web of Science, and PsycNet databases between November 13 and 28, 2025, using specified keywords. As a result of the inclusion criteria and methodological quality assessment, 37 studies examining violence against healthcare workers between 2020 and 2025 were included in the analysis. The synthesis of these studies reveals consistent patterns regarding the type and frequency of violence, risk and triggering factors, individual and organizational-level outcomes, and coping strategies used during the period examined. The findings generally reveal that violence against healthcare workers is not a normal outcome of clinical practice, but rather a multidimensional problem that is exacerbated by structural and systemic stressors and threatens the sustainability of the healthcare workforce. Based on these findings, it is recommended that safety culture be strengthened in healthcare institutions, violence risk be proactively monitored, incident reporting systems be activated, and public communication strategies be restructured to reduce misperceptions targeting healthcare workers. Furthermore, it is imperative that incidents of violence be addressed with deterrent sanctions.

Keywords: Healthcare workers, workplace violence, pandemic, post-pandemic, systematic review.

1. Giriş

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, küresel sağlık sistemlerinin uzun süredir devam eden tıbbi uygulamalarındaki talihsiz bir gerçekliktir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri, sağlık çalışanlarının %38'inin kariyerleri boyunca en az bir kez ve diğer meslek alanlarından 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldığını ortaya koymaktadır (Banga vd., 2023; Li vd., 2018). Hasta ve yakınlarıyla yoğun etkileşim, iş yükünün sürekliliği, duygusal emeğin yüksekliği ve örgütsel destek mekanizmalarındaki eksiklikler, bu şiddetin sürekliliğini artıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır (Yang vd., 2022). Son yıllarda farklı ülkelerde yürütülen çalışmalar, sağlık çalışanlarının yaklaşık %7 ila 50'sinin her yıl şiddete maruz kaldığını (Brunelli vd., 2023; García-Zamora vd., 2022); bazı ortamlarda bu oranın %85'in üzerine çıkabildiğini ortaya koymaktadır (Alfuqaha vd., 2022; del Carpio-Toia vd., 2021; Elsaid vd., 2022).

Sağlık ortamlarındaki işyeri şiddeti, hasta, hasta yakınları veya diğer bireyler tarafından sağlık çalışanlarına yöneltilen saldırgan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda şiddet; fiziksel saldırı, cinayet, sözlü taciz, zorbalık/mobbing, cinsel ve ırksal taciz ve psikolojik stres gibi çeşitli şekillerde kendini göstermektedir. Bununla birlikte, şiddet tekil bir olay şeklinde ortaya çıkmak zorunda değildir; birikerek ciddi sonuçlara yol açabilen, yinelenen küçük ölçekli olaylar biçiminde de gerçekleşebilir (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002). DSÖ bu durumu, profesyonel görevlerini yerine getiren sağlık çalışanlarının güvenliğini, sağlığını ve mesleki işlevselliğini tehdit eden bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2020). Bu davranışlar, özellikle sağlık çalışanlarının her gün yoğun etkileşimlerle karşılaştığı yüksek stresli ortamlarda güvenli ve etkili bakımın sağlanmasını engelleyen toksik bir çalışma ortamı yaratır (Tian vd., 2020). Bu toksik çalışma ortamı ise hem hasta bakım kalitesini hem de sağlık çalışanlarının işe alınmasını ve elde tutulmasını etkilediği için şiddetle mücadele edilmesi kritik bir öneme sahiptir. Nitekim yüksek şiddet oranlarına sahip sağlık ortamları, bireyleri işe almakta ve işgücüne katıldıktan sonra onları elde tutmakta zorlanabilir (Lombardi vd.,

2024). Bu nedenle, kurumların şiddete ilişkin risk değerlendirme stratejileri geliştirmeleri ve işyeri güvenliği kültürü oluşturmaları elzemdir.

Covid-19 pandemisi, sağlık sistemlerindeki yapısal sorunları daha görünür ve karmaşık hale getirmiştir (Elsaid vd., 2022). Pandemi döneminde sağlık çalışanları, toplumun belirli bir kesimi tarafından fedakârlıkları nedeniyle kahramanlıkla özdeşleştirilip takdir edilmesine karşın, bazı bireyler aynı düzeyde minnettarlık ve takdir duygusu sergilememiştir (Ramşak, 2024). Pandeminin erken dönemlerinde sağlık çalışanları hem fiziksel risklere hem de yoğun psikososyal baskıya maruz kalırken (Lai vd., 2020), birçok ülkede dezenformasyon, belirsizlik ve artan toplumsal gerginlik şiddet olaylarında belirgin bir artışa yol açmıştır (Banga vd., 2023; Janoušková vd., 2024). Pandemi, sağlık sistemlerindeki kapasite sorunlarını, yönetimsel aksaklıkları ve kriz iletişimi eksikliklerini derinleştirerek sağlık çalışanları üzerinde benzeri görülmemiş bir yük oluşturmuştur (Ebrahimi Rigi vd., 2020; Yin vd., 2024). Bu durum, çalışanların motivasyon ve iş doyumunu önemli ölçüde zayıflatmış; artan iş tatminsizliği, kaygı ve tükenmişlik duyguları, işten ayrılma eğilimlerinde anlamlı bir artışa yol açmıştır (Banga vd., 2023; Gedik vd., 2023; Killgore vd., 2021; Li vd., 2023). Bu dönemde endişe verici seviyelere ulaşan saldırgan davranışlar, yalnızca bireysel memnuniyetsizliğin değil, aynı zamanda sağlık sistemi üzerindeki olağanüstü baskının dışavurumu olarak değerlendirilmiştir (Mento vd., 2025).

Pandemi sonrasına ilişkin veriler, şiddet eğilimlerinde anlamlı bir azalma olmadığını; aksine, zaman serisi analizleri şiddet vakalarının artış eğiliminde olduğunu ve toplumsal normalleşmeye dair bir göstergenin bulunmadığını ortaya koymaktadır (Brigo vd., 2022, Odes vd., 2023). Birçok ülkede sağlık kuruluşları normalleşme sürecine geçmesine rağmen, iş yükünün kalıcı olarak artması, personel eksiklikleri, bakım gecikmeleri ve hasta beklentilerindeki değişim, şiddetin yeni biçimlerde ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Lombardi vd., 2024). Literatürde post-pandemi dönemine yönelik spesifik çalışmalar sınırlı olsa da, şiddetin yalnızca sıklık açısından değil; aynı zamanda tetikleyici faktörler ve maruz kalan sağlık çalışanı profili açısından da dönüşüm geçirdiği söylenebilir. Bu durum, 2020 öncesi dönemle kıyaslandığında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin farklı bir yapıya evrildiğine işaret etmektedir.

Mevcut literatür incelendiğinde, pandemi ve sonrası dönemde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin etki ve sonuçlarını ele alan birçok çalışma

bulunmaktadır, ancak 2020-2025 yılları arasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yapısını bütüncül bir şekilde inceleyen sistematik ve güncel bir sentezin eksik olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, 2020-2025 yılları arasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin türü, sıklığı, risk faktörleri, bireysel ve örgütsel düzeydeki etkileri ve başa çıkma stratejilerini inceleyen nitel, nicel ve karma desenli çalışmaların sistematik olarak incelenmesi ve mevcut literatürün kapsamlı bir şekilde sentezlenmesidir. Bu çerçevede, mevcut çalışmada aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmaktadır:

AS1: 2020-2025 döneminde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin türü, sıklığı ve görünümleri literatürde nasıl rapor edilmiştir?

AS2: Bu dönemde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran risk faktörleri nelerdir?

AS3: Şiddetin sağlık çalışanları üzerinde yarattığı bireysel ve örgütsel sonuçlar literatürde nasıl tanımlanmaktadır?

AS4: Sağlık çalışanlarının şiddetle başa çıkma stratejileri nelerdir?

AS5: Bu dört tematik alan (şiddet sıklığı, risk faktörleri, etkiler ve başa çıkma stratejileri), 2020-2025 dönemine ilişkin küresel literatürde nasıl bir bütüncül tablo oluşturmaktadır?

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Çalışma Tasarımı

Bu çalışma, pandemi ve post-pandemi dönemde gerçekleşen sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusuna ilişkin literatürde yer alan bilimsel kanıtları sistematik biçimde tanımlamak, değerlendirmek ve sentezlemek amacıyla yürütülen sistematik bir derlemedir. Çalışmada elde edilen bulguların çeşitliliği ve çalışmalar arasındaki metodolojik heterojenlik (nicel, nitel ve karma) nedeniyle meta-analiz yapılamamış, sonuçlar narratif sentez yaklaşımı ile bütünleştirilmiştir. Çalışmaların seçimi, veri çıkarımı ve sentezi, JBI (Joanna Briggs Enstitüsü) kontrol listelerine uygun olarak yürütülmüştür. Ayrıca, bu sistematik derleme ve narratif sentezde, sistematik ve şeffaf bir araştırma süreci sağlamak için PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) raporlama yönergeleri takip edilmiştir (Page vd., 2021).

2.2. Arama Stratejisi

Öncelikle, Covid-19 pandemisi sırasında ve sonrasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yapısı hakkında sistematik incelemelerin olup olmadığını belirlemek amacıyla alandaki literatür incelendi. İncelemenin ardından, sadece pandemi dönemini kapsayan birkaç çalışma bulundu (Chirico vd., 2022; Ramzi vd., 2022; Zhang vd., 2023). Ardından, alandaki bu boşluğu doldurmak ve pandemi dönemi bulgularının post-pandemiye yansımalarını incelemek için araştırma stratejisi oluşturuldu.

Çalışmada, 13 Kasım 2025 ile 28 Kasım 2025 tarihleri arasında kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Tarama PubMed, Science Direct, Scopus, Web of Science ve PsycNet arama motorlarının uluslararası veri tabanlarında yapılmıştır. Arama için “healthcare violence”, “workplace violence”, “violence”, “health professionals”, “healthcare workers”, “physician”, “doctor”, “nurse”, “nursing”, “post-pandemic”, “covid-19”, “pandemic” anahtar kelimeleri, ‘or’ ve ‘and’ boolean operatörleriyle birlikte kullanılmıştır. Her veri tabanı için arama stratejisi ayrıntılı olarak kaydedilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan yayınlar, 2020-2025 yılları arasında yayımlanmış olması şartıyla değerlendirilmiştir. Tüm aramalar, İngilizce ve Türkçe dil sınırlaması yapılarak gerçekleştirilmiş ve yalnızca tam metnine erişilebilen çalışmalar dikkate alınmıştır. Ek olarak, tarama yalnızca akademik dergilerde yayımlanmış makaleler ile sınırlandırılmış; tezler, konferans bildirileri, raporlar ve diğer gri literatür kaynakları çalışma kalitesi ve doğrulanabilirlik ilkeleri gereğince dışlanmıştır. Bununla birlikte, snowball yöntemi kapsamında, seçilen makalelerin referans listeleri incelenerek çalışmaya uygun olabilecek ek araştırmalar belirlenmiştir.

2.3. Uygunluk Kriterleri

Literatür taramasında araştırma sorusuna uygun bir şekilde cevap alabilmek için PICOS çerçevesi esas alınmıştır. Buna göre araştırmaya dâhil etme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir: (1) Population (katılımcı): tüm klinik ortamlarda çalışan lisanslı sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanı), (2) Intervention (müdahale): sıklık, belirleyici ve etkileri bağlamında ele alınan çalışmalar, (3) Comparisons (karşılaştırma): herhangi bir karşılaştırma dikkate alınmamıştır, (4) Outcomes (sonuçlar): şiddetin türleri ve yapısal,

örgütsel, sistemsal sonuçlarını sunan çalışmalar, (5) Study design (çalışma deseni): nitel, nicel ve karma desenli analiz içeren orijinal makaleler.

Dışlama kriteri olarak (1) Belirlenen araştırma sorularını yanıtlamayan yayınlar, (2) Ölçüm aracı geçersiz/standardize olmamış ya da güvenilirliği belirtilmemiş çalışmalar, (3) 2020 öncesi çalışmalar, (4) Tezler, kitap bölümleri, konferans bildirileri, raporlar ve tam metnine ulaşılmayan çalışmalar olarak belirlenmiştir.

2.4. Yanlılık Riskinin Değerlendirilmesi

İncelemeye dâhil edilen tüm çalışmalar için önyargı riskini (kalitesini) değerlendirmek için JBI tarafından geliştirilen nitel ve kesitsel çalışmalar için kritik değerlendirme kontrol listeleri kullanılmıştır (Santos vd., 2018). JBI nitel çalışmalar için şu on kriteri içermektedir: felsefi bakış açısı, metodoloji, veri toplama, verilerin temsili ve analizi, sonuçların yorumlanması, araştırmacı refleksivitesi, etik onay ve veri analizi. Kesitsel çalışmalar ise şu sekiz kriteri içermektedir: örneklem, katılımcılar, kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliği, karıştırıcı faktörler ve veri analizi. Kontrol listeleri “evet”, “hayır”, “belirsiz” veya “uygulanamaz” seçeneklerinden oluşmaktadır.

2.5. Veri Çıkarma ve Sentez

Arama sonuçları, Zotero referans yönetim yazılımı kullanılarak yönetildi. İlk olarak, tüm çalışmalar Zotero yazılımına aktarıldıktan sonra, farklı veri tabanlarından tekrar düşen yayınlar tespit edilerek doğrudan incelemeden çıkarıldı. Daha sonra, kalan çalışmalar başlık ve özet taraması yapılarak incelendi ve dâhil etme kriterlerini karşılamayan çalışmalar hariç tutuldu. Son olarak, belirlenen çalışmaların tam metinleri detaylıca incelenerek, karara varıldı.

Çalışmaya dâhil edilen araştırmaların metodolojik heterojenliği nedeniyle bulgular narratif sentez yaklaşımıyla bütünleştirilmiştir. Bu süreçte hem verileri çıkarmak hem de sentezlemek için yazar/ların adı, yayın yılı, ülke bilgisi, örnekleme, araştırma türü ve temel bulguları tablolandırılmıştır. Ardından, çalışmalar arasındaki ortak eğilimler sistematik biçimde karşılaştırılmıştır. Daha sonra elde edilen bulgular, temalar halinde kategorilendirilmiştir.

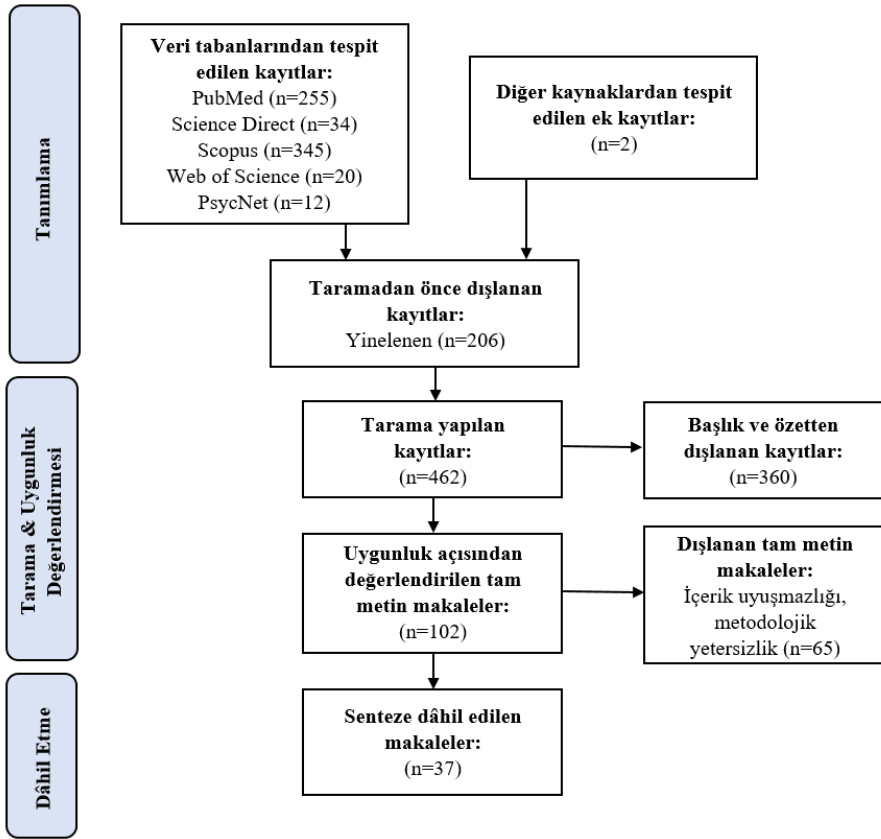
2.6. Etik Beyan

Bu çalışma sistematik bir derleme olduğu için tüm veriler kamuya açık yayınlanmış literatürden elde edilmiştir. Birincil veri içermemesi nedeniyle bilgilendirilmiş onam ve etik kurul onayı gerektirmemiştir. Araştırmada kullanılan tüm veriler referanslarda belirtilmiştir.

3. Bulgular

3.1. Arama Sonucu ve Çalışma Seçimi

Bu çalışmada, araştırma konusuyla ilişkili kanıtlar PRISMA yönergesine göre incelenmiştir. Herhangi bir protokol kaydedilmemiştir. Literatür taraması sonucunda elektronik veri tabanlarından 666 kayıt elde edilmiştir. Ayrıca referans aramaları yoluyla 2 çalışmaya daha ulaşılmıştır. Ulaşılan bu çalışmalardan 206 tanesi farklı veri tabanlarından elde edilen çalışmalar ile tekrara düşmesi nedeniyle taramadan doğrudan çıkarılmış, kalan 462 çalışma başlık ve özet düzeyinde taranmıştır. Başlık ve özet incelemesi sonucunda, belirlenen dâhil etme ve dışlama kriterlerine uymadığı tespit edilen 360 çalışma elenmiş, tam metin incelemesi için 102 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Tam metin düzeyinde çalışmalar titizlikle incelenmiş ve içerik uyumsuzluğu, metodolojik yetersizlikler gibi nedenlerden dolayı 65 çalışma dışlanmıştır. Sonuç olarak toplamda 37 çalışma sistematik derlemeye dâhil edilmiştir. Tüm süreci gösteren PRISMA akış diyagramı Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 1. Tarama Sonucuna İlişkin PRISMA Diyagramı

3.2. Yanlılık Riski Değerlendirme Sonuçları

Genel olarak, dâhil edilen çalışmaların metodolojik kalite açısından yeterli düzeyde olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, çalışmaların araştırma sorularıyla uyumlu veri toplama ve analiz yaklaşımları benimsediği belirlenmiştir. Bununla birlikte, bazı kesitsel araştırmalarda potansiyel karıştırıcı değişkenlerin tanımlanmadığı veya analitik modellerde dikkate alınmadığı tespit edilmiştir; bu durum, nedensel çıkarımların gücünü sınırlayan önemli bir yöntemsel eksiklik olarak değerlendirilebilir. Nitel çalışmalarda ise araştırma tasarımının altında yatan felsefi yaklaşımın açık biçimde ifade edilmediği, bunun yerine yalnızca kullanılan nitel yöntemin rapor edildiği gözlenmiştir. Bu metodolojik yetersizlikler, niteliksel veri üretiminin ontolojik ve epistemolojik temellerine ilişkin şeffaflığı kısmen azaltmakla birlikte, genel

kalite değerlendirmesini belirleyici ölçüde zayıflatmamaktadır. Sonuç olarak, çalışmaların büyük çoğunluğu JBI ölçütleri açısından kabul edilebilir kalite düzeyini karşılamış olup, bulguların sentezinde anlamlı bir yanlılık riski oluşturacak ciddi eksiklik saptanmamıştır.

3.3. Dâhil Edilen Çalışmaların Özellikleri

Araştırmada benimsenen dâhil etme kriterleri ve kalite değerlendirme sonuçları doğrultusunda pandemi ve post-pandemi döneminde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yapısını değerlendiren 37 çalışma bu derleme kapsamına alınmıştır. Bu çalışmanın örneklemine oluşturan araştırmalara ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 1’de sunulmaktadır.

Tablo 1. Dâhil Edilen Çalışmaların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma Kimliği	Yazar-Yıl	Ülke	Tasarım	Örneklem büyüklüğü	Meslek
1	Alfuqaha vd., 2022	Ürdün	Nicel	310	Hekim ve Hemşireler
2	Arafa vd., 2022	Mısır	Nicel	209	Hekim ve Hemşireler
3	Bagnasco vd., 2024	İtalya	Nicel	6.079	Hemşireler
4	Banga vd., 2023	79 ülke (en çok Hindistan, ABD, Venezuela)	Nicel	5.405	Karışık
5	Bitencourt vd., 2021	Brezilya	Nicel	1.166	Karışık
6	Brigo vd., 2022	İtalya	Nicel (ikincil veri)	Hastane olay kayıtları	Karışık
7	Brunelli vd., 2023	İtalya	Nicel	200	Karışık
8	Byon vd., 2022	ABD	Nicel	373	Hemşireler
9	Chang vd., 2022	Tayvan	Nicel	75	Acil servis hemşireleri
10	Chowdhury vd., 2023	Bangladeş	Nicel	1.264	Hemşireler
11	del Carpio-Toia vd., 2021	Peru	Nicel	200	Hekimler
12	Ebrahimi Rigi vd., 2020	İran	Nitel	25	Hemşireler
13	Elsaid vd., 2022	Mısır	Nicel	405	Karışık

14	Ernur vd., 2023	Türkiye	Nicel	354	Hekimler
15	García-Zamora vd., 2022	Latin Amerika	Nicel	3.544	Karışık
16	Gedik vd., 2023	Türkiye	Nicel	513	Hemşireler
17	Guo vd., 2022	Çin	Nicel	754	Karışık
18	Hu vd., 2024	Çin	Nicel	1.357	Hemşireler
19	Huang vd., 2023	Çin	Nicel	522	Doğum hemşireleri
20	Janoušková vd., 2024	Çek Cumhuriyeti	Karma	4.938	Karışık
21	Kabir vd., 2022	Bangladeş	Nicel	881	Kadın hemşireler
22	Li vd., 2023	Çin	Nicel	792	Karışık
23	Lombardi vd., 2024	ABD	Nicel (ikincil veri)	Meslek bazlı oran kayıtları	Karışık
24	Myers ve Kowal, 2024	ABD	Karma	31	Karışık
25	Nam vd., 2024	Güney Kore	Nicel	325	Hemşireler
26	Odes vd., 2023	ABD	Nicel (ikincil veri)	Hastane olay kayıtları	Karışık
27	Özkan Şat vd., 2021	Türkiye	Nicel	263	Hemşireler
28	Piras vd., 2024	İtalya	Nitel	18	Hemşireler
29	Serra-Sastre, 2024	İngiltere	Nicel	1.814.120	Karışık
30	Somani vd., 2024	Pakistan	Nitel	17	Hemşireler
31	Sulistyowati vd., 2023	Endonezya	Nicel	247	Hemşireler
32	Xie vd., 2021	Çin	Nicel	10.516	Ruh sağlığı uzmanları
33	Wu vd., 2023	Çin	Nitel	12	Yoğun bakım hemşireleri
34	Yang vd., 2021	Çin	Nicel	15.531	Karışık
35	Yang vd., 2022	Çin	Nicel	1.063	Karışık
36	Yin vd., 2024	Çin	Nitel	20	Karışık
37	Yılmaz vd., 2023	Türkiye	Nitel	60	Paramedikler

Çalışma 2020-2025 yılları arasında yürütülmüş olmakla birlikte, analize dâhil edilen çalışmaların yayınlanma tarihleri 2020-2024 yılları arasında değişmektedir. Bu çalışmalar çoğunlukla Çin’de (n=9), ardından ABD (n=5), Türkiye (n=4) ve İtalya’da (n=4), daha sonra Bangladeş’te (n=2), Brezilya’da (n=1), Çek Cumhuriyeti’nde (n=1), Endonezya’da (n=1), Güney Kore’de (n=1), İngiltere’de (n=1), İran’da (n=1), Latin Amerika’da (n=1), Mısır’da (n=2), Pakistan’da (n=1), Peru’da (n=1), Tayvan’da (n=1) ve Ürdün’de (n=1) gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların yöntemsel dağılımı incelendiğinde, yirmi dokuzunun nicel, altısının nitel ve ikisinin karma yöntem yaklaşımını kullandığı görülmektedir. Nicel yöntem benimseyen çalışmaların çoğunda birincil veriler kullanılarak kesitsel nitelikte tasarlanmıştır; buna karşılık yalnızca üç çalışma ikincil verilere dayalı olarak gerçekleştirilmiştir (Brigo vd., 2022; Lombardi vd., 2024; Odes vd., 2023). Her bir çalışmanın örneklem büyüklüğü 12 (Wu vd., 2023) ile 1.814.120 (Serra-Sastre, 2024) katılımcı arasında değişmekte olup, toplam 1.871.589 sağlık çalışanının verisi sentezlenmiştir. On beş çalışma yalnızca hemşireleri, iki çalışma yalnızca hekimleri, bir çalışma yalnızca paramedikleri, bir çalışma yalnızca ruh sağlığı uzmanlarını ve on sekiz çalışma karma sağlık çalışanlarını içermiştir.

3.4. Bulguların Narratif Sentezi

Bu sistematik derleme kapsamında incelenen çalışmalara ilişkin şiddet yaygınlığı ve temel bulguların yer aldığı özet bilgiler, Tablo 2’de sunulmaktadır.

Tablo 2. Araştırma Kapsamında İncelenen Çalışmalara İlişkin Özet Tablosu

Çalışma Kimliği	Yazar-Yıl	Şiddet Yaygınlığı (%)			Temel Bulgular
		Fiziksel	Sözlü	Toplam	
1	Alfugaha vd., 2022	19,6	87,3		Hekimlerin, hemşirelere kıyasla daha yüksek düzeyde şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.
2	Arafa vd., 2022	9,6	42,6		Kadın olmak, fiziksel temas gerektiren görevler ve dönüşümlü vardiyalar, psikolojik ve fiziksel şiddet riskini artırmaktadır.

3	Bagnasco vd., 2024	46	Temel risk faktörleri arasında yüksek iş yükü, şiddetin mesleğin doğal bir unsuru olarak algılanması ve hastalara ilişkin kültürel ile ajite davranış özellikleri yer almaktadır.
4	Banga vd., 2023	35,2	Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %55'i olay sonrasında motivasyon ve iş doyumunda azalma bildirmiş; %25'i ise istifa etmeye eğilimli olduklarını belirtmiştir.
5	Bitencourt vd., 2021		Hemşire teknisyeni/asistanı olmak, 20 yıldan az deneyim, uzun çalışma saatleri, pandemi öncesi şiddet öyküsü ve Covid-19 hastalarıyla doğrudan temas şiddete maruz kalmayı artırıyor.
6	Brigo vd., 2022		Covid-19 pandemisiyle birlikte acil serviste sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları önceki yıllara kıyasla anlamlı ve belirgin bir artış göstermiştir.
7	Brunelli vd., 2023	7 60	Kadın katılımcılar, çalışma ortamında karşılaşılan risklerin azaltılabilmesi için öz savunma eğitimlerinin sağlanması ve güvenlik düzenlemelerinin güçlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.
8	Byon vd., 2022	44,4	Covid-19 hastalarına bakım veren hemşireler daha fazla şiddete maruz kalmış ve olay bildiriminde daha fazla güçlük yaşamıştır.
9	Chang vd., 2022		İşyeri şiddetini önleme ve yönetimi eğitim programı, acil servis hemşirelerinin başa çıkma öz-yeterliliğini ve şiddetle başa çıkma güvenini artırmıştır.
10	Chowdhury vd., 2023	25,6 71,4	İşyeri şiddeti eğitimi almayan hemşirelerde fiziksel olmayan şiddete maruziyet daha yüksektir; şiddet deneyimi ise daha düşük iş memnuniyeti ve ayrılma niyetiyle ilişkilidir.

11	del Carpio- Toia vd., 2021	97,6	84,5	Sağlık hizmetlerindeki çeşitli yapısal eksiklikler, şiddetin başlıca tetikleyicileri olarak değerlendirildi. Kadın hekim olmak ve yoğun bakım ünitesinde çalışmak işyeri şiddetiyle ilişkili temel risk faktörleri olarak belirlenmiştir.
12	Ebrahimi Rigi vd., 2020			Katılımcılar, yöneticilerin kötü muamele gören hemşirelere yasal destek sağlamamasının işyeri şiddetini kolaylaştırdığını belirtmiştir.
13	Elsaid vd., 2022	1,6	87,9 63,2	Hekimlerin, hemşirelere kıyasla şiddete maruz kalma olasılığı daha yüksektir.
14	Ernur vd., 2023			Yoğun bakım ünitelerindeki giriş kısıtlamaları ve kontrol noktaları, şiddet insidansını azaltıcı bir etki göstermiştir.
15	García- Zamora vd., 2022	11,1	95,6 54,8	Hemşire, hekim ve idari personel, diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek şiddete maruz kalmıştır.
16	Gedik vd., 2023			İşyeri şiddetinin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi, iş tatmini ve duygusal tükenmişlik üzerinden aracılanmaktadır; çalışma saatleri ve kaygı bu ilişkiyi güçlendiren düzenleyicilerdir.
17	Guo vd., 2022			Hekimlerin, hemşirelere kıyasla fiziksel şiddete maruz kalma olasılığı daha yüksektir.
18	Hu vd., 2024	2		Güvenlik ve emniyet ekipmanları, hemşirelerde görülen fiziksel şiddet vakalarını azaltmıştır.
19	Huang vd., 2023	34,1	40,4	Doğum hemşirelerinin şiddete maruziyeti, iş sağlığı ve güvenliği önlem düzeyi puanlarıyla negatif ilişkilidir.
20	Janouško vá vd., 2024			Covid-19 maruziyeti arttıkça üç yıl boyunca şiddet, damgalanma ve ayrımcılık deneyimi artmıştır.

21	Kabir vd., 2022	74,4	İşyeri şiddetine yönelik eğitim almayan hemşirelerde işten ayrılma niyeti daha yüksektir.
22	Li vd., 2023		Hekim-hasta iletişimi, WPV ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi doğrudan ve iş tatmini üzerinden zincirleme olarak aracılık etmiştir.
23	Lombardi vd., 2024		2011–2021/2022 döneminde sağlık tesislerinde işyeri şiddeti yaklaşık %30 oranında artmaktadır.
24	Myers ve Kowal, 2024		Katılımcılar, durumla başa çıkmak için kişisel, profesyonel önlemler ve çeşitli başa çıkma stratejileri kullanmıştır.
25	Nam vd., 2024		İşyerinde şiddet–işten ayrılma ilişkisinin, psikolojik sıkıntı tarafından aracılanıp; Covid-19 hasta bakımı tarafından düzenlendiği bulunmuştur.
26	Odes vd., 2023		Pandemi sırasında hasta sayılarında belirgin düşüş olmasına rağmen hastane merkezli işyeri şiddeti bildirimlerinin özellikle acil servislerde sabit kalarak görel olarak artmış bir şiddet yüküne işaret etmektedir.
27	Özkan Şat vd., 2021	8,4 57,8	Hemşirelerin yaklaşık yarısının Covid-19 pandemisi sırasında mesleği bırakmayı düşündüğü ortaya konulmuştur.
28	Piras vd., 2024		Hemşireler saldırı riskini azaltmak için günlük bakım stratejileri uygulamakta; yeterli ve eğitilmiş personelle desteklenen güvenli çalışma ortamlarının şiddeti önlemede kritik olduğunu vurgulamaktadır.
29	Serra- Sastre, 2024		Fiziksel şiddete maruz kalmak, yıllar içerisinde işten ayrılma niyetini 10 puan artırıyor.
30	Somani vd., 2024		Sistemsal baskı, kaynak yetersizliği, güvenlik açıkları, pandemi algısal yükü

				üzerinden işyeri şiddetinin artışı açıklanıyor.
31	Sulistyow ati vd., 2023			İş memnuniyeti ağırlıklı olarak işyeri şiddetinden, ardından birim türü ve iş taleplerinden etkileniyor.
32	Xie vd., 2021	8,4	15,8	İşyeri şiddeti, erkek cinsiyeti, yüksek eğitim, üçüncü basamakta çalışma, Covid-19 bakımı ve yüksek kaygı düzeyiyle pozitif ilişkilidir; buna karşın yatan hasta birimlerinde çalışma, uzun kıdem ve genç yaşla negatif ilişkilidir.
33	Wu vd., 2023			Katılımcılar, işyerinde şiddetle başa çıkmak için destek arama, kaçınma, açıklama yapma, hoşgörü gösterme ve yüzleşme stratejilerini kullanmıştır.
34	Yang vd., 2021	6,9	16,1	Klinisyenlerin maruz kaldığı işyeri şiddetinin yaşam kalitesini doğrudan olumsuz etkilediği ve bu etkide duygusal rahatsızlıkların (anksiyete, depresyon, uykusuzluk) kısmi aracılık rolü oynadığı tespit edilmiştir.
35	Yang vd., 2022			Algılanan sosyal destek ve ruh sağlığı düzeyleri, işyeri şiddeti ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiye kısmi aracılık etmiştir.
36	Yılmaz vd., 2023			Ekip uyumsuzluğu, uzun çalışma saatleri, istifa yasağı, destek eksikliği, mobbing ve cinsiyet dezavantajı sözlü veya fiziksel şiddete yol açmaktadır.
37	Yin vd., 2024			Etkili hekim-hasta iletişiminin kurulamadığında hastaların şiddete başvurabildiğini belirtilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pandemi döneminde ve sonrasında belirgin şekilde arttığı; şiddetin türü, sıklığı, risk ve tetikleyici faktörleri, bireysel ve örgütsel düzeydeki sonuçları ile kullanılan başa çıkma stratejilerinin çalışmalar arasında ortak temalar oluşturduğu

görülmüştür. Bu doğrultuda, narratif sentez yaklaşımıyla çalışmalardan elde edilen nitel ve nicel bulguların açıklayıcı biçimde bütünleştirilmesi sağlanmıştır.

Tema 1: Şiddetin türü ve görülme sıklığı

Dâhil edilen çalışmalarda, şiddetin türü ve yaygınlığının ülkeye, örneklem büyüklüğüne ve sağlık profesyonellerinin uzmanlık alanına göre değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir. İncelenen araştırmalar arasında en yüksek sözlü şiddet yaygınlığı (97,6), Peru'daki 200 hekimi kapsayan bir örnekleme saptanmıştır (Del Carpio-Toia vd., 2021). Ardından, Latin Amerika'daki 3544 sağlık çalışanını kapsayan bir örnekleme %95,6'lık sözlü şiddet oranı kaydedilmiştir (García-Zamora vd., 2022). Bu oranı, Mısır'da 405 sağlık çalışanıyla yürütülen bir çalışmada bildirilen %87,9'luk sözlü şiddet yaygınlığı izlemektedir (Elsaid vd., 2022). Ürdün'de hekim ve hemşireleri kapsayan araştırmada sözlü şiddet oranı %87,3 olarak (Alfuqaha vd., 2022), Bangladeş'te yalnızca hemşirelerin dâhil edildiği çalışmada ise %71,4 olarak rapor edilmiştir (Chowdhury vd., 2023).

Fiziksel şiddet açısından en yüksek yaygınlık, 522 Çinli doğum hemşiresini içeren araştırmada %34,1 olarak bildirilmiştir (Huang vd., 2023). Bu bulguyu, Bangladeş'te 1.264 hemşirenin katıldığı çalışmada belirlenen %25,6'lık fiziksel şiddet oranı izlemektedir (Chowdhury vd., 2023). Ürdün'de 310 hekim ve hemşireyi kapsayan başka bir çalışmada ise fiziksel şiddet yaygınlığı %19,6 olarak saptanmıştır (Alfuqaha vd., 2022). Öte yandan, sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları sözlü ve fiziksel şiddet vakalarının önemli bir kısmının bildirilmediği rapor edilmiştir (Alfuqaha vd., 2022; Arafa vd., 2022; Elsaid vd., 2022). Çalışmaların çoğunda vakaların yarısından fazlasında failerin hasta veya hasta yakınları olduğu, daha küçük bir kısmının ise (%17,3) süpervizörler tarafından gerçekleştirildiği belirtilmektedir (Arafa vd., 2022; Banga vd., 2023; Byon vd., 2022; Elsaid vd., 2022). Ayrıca, şiddet olaylarının sıklığının pandemi dönemiyle birlikte belirgin biçimde arttığı vurgulanmaktadır (Alfuqaha vd., 2022; Banga vd., 2023).

Hastane olay kayıtları kullanılarak ikincil veriler üzerinden gerçekleştirilen bir grup araştırmada (Brigo vd., 2022; Lombardi vd., 2024; Odes vd., 2023) ise Covid-19 pandemisiyle birlikte sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarının anlamlı bir şekilde yükseldiği, hatta normale dönüşe işaret eden bir eğilim olmadığı ortaya konulmuştur. Bulgular, sağlık ortamlarında

şiddetin türü ne olursa olsun, görülme sıklığının zaman içinde istikrarlı biçimde yükseldiğini göstermektedir.

Tema 2: Şiddeti artıran başlıca risk faktörleri

Pandemi dönemi ve sonrasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin dinamikleri, bireysel, mesleki ve sistemsel bileşenlerin iç içe geçtiği çok boyutlu bir risk yapısına işaret etmektedir. Kadın olmak, düşük kıdem ve 20 yıldan az deneyime sahip olmak gibi bireysel faktörler, hem fiziksel hem de psikolojik şiddetin güçlü yordayıcıları olarak tanımlanmıştır (Arafa vd., 2022; Bitencourt vd., 2021; del Carpio-Toia vd., 2021; Xie vd., 2021; Yılmaz vd., 2023).

Mesleki rollerin getirdiği konumsal kırılganlıklar da şiddet riskinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Literatür, özellikle hekimlerin hemşirelere kıyasla daha yüksek şiddet riski altında olduğunu tutarlı bir şekilde ortaya koymaktadır (Alfuqaha vd., 2022; Elsaid vd., 2022; Guo vd., 2022). Bu risk, yoğun bakım ünitelerinde ve acil servislere çalışma, Covid-19 hastalarına doğrudan bakım verme ve pandemiyle ilişkili yüksek temas ortamlarında daha da belirgin hale gelmiştir (Bitencourt vd., 2021; Brigo vd., 2022; Byon vd., 2022; del Carpio-Toia vd., 2021; Odes vd., 2023; Xie vd., 2021). Bu duruma ek olarak, hemşire teknisyeni/asistanı olmak, iş yükünün yüksekliği, uzun çalışma saatleri, dönüşümlü vardiyalar ve şiddetin mesleğin doğal bir unsuru olarak algılanması riskleri artırmaktadır (Arafa vd., 2022; Bagnasco vd., 2024; Bitencourt vd., 2021; Yılmaz vd., 2023). Bunun yanı sıra, hastaların kültürel ve ajite davranış özellikleri de şiddet olaylarının tetikleyicileri arasında yer almıştır (Bagnasco vd., 2024).

Sağlık sistemlerindeki yapısal ve operasyonel zafiyetler, kaynak yetersizlikleri, güvenlik protokollerindeki boşluklar, hizmet talebindeki dalgalanmalar ve pandemi kaynaklı algısal yük, işyeri şiddetinin artışı açıklayan makro düzey faktörler olarak öne çıkmaktadır (del Carpio-Toia vd., 2021; Somani vd., 2024). Ayrıca ekip uyumsuzluğu, yönetsel destek eksikliği, mobbing ve istifa yasakları gibi örgütsel etmenler, hem sözlü hem fiziksel şiddeti tetiklemektedir (Yılmaz vd., 2023). Son olarak, etkili hekim-hasta iletişiminin kurulamaması da çatışmanın tırmanmasına ve şiddetin davranışsal bir tepkiye dönüşmesine zemin hazırlamaktadır (Li d., 2023; Yin vd., 2024). Bu bütüncül tablo, pandemi döneminde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yalnızca bireysel ya da olay bazlı bir sorun değil, çok boyutlu ve yapısal olarak

beslenen bir olgu olduğunu açık biçimde göstermektedir. Bu çok boyutlu ve yapısal dinamikler, pandeminin sona ermesiyle birlikte kendiliğinden ortadan kalkmamış; aksine, kriz döneminde yerleşen olumsuz iletişim kalıpları, artan iş yükü algısı ve sağlık sistemine yönelik güvensizlik, post-pandemi dönemde şiddet eğilimlerinin devam etmesine zemin hazırlamıştır.

Tema 3: Şiddetin bireysel ve örgütsel düzeydeki etkileri

Pandemi dönemi ve sonrasında şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki bireysel ve örgütsel etkilerinin belirgin biçimde derinleştiği görülmektedir. Şiddet maruziyeti, çalışanların motivasyon ve iş doyumunu ciddi biçimde zayıflatmakta; örneğin sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı olay sonrası motivasyon kaybı yaşadığını ve mesleği bırakma eğiliminin arttığını bildirmiştir (Banga vd., 2023; Özkan Şat vd., 2021). Bu eğilimin yalnızca duygusal bir tepki olmadığı, aynı zamanda iş tatmini ve tükenmişlik düzeyleri aracılığıyla işten ayrılma niyetine yapısal olarak bağlandığı da gösterilmiştir (Gedik vd., 2023; Serra-Sastre, 2024). Benzer şekilde, şiddete yönelik hazırlık ve eğitim eksikliği, hemşirelerde işten ayrılma niyetini güçlendiren kritik bir unsur olarak ortaya çıkmıştır (Kabir vd., 2022). Şiddetin psikolojik etkileri ise yalnızca tükenmişlikle sınırlı kalmamakta; anksiyete, depresyon ve uykusuzluk gibi duygusal rahatsızlıklar üzerinden çalışanların yaşam kalitesini doğrudan olumsuz etkilemekte ve bu rahatsızlıklar şiddet–yaşam kalitesi ilişkisinde kısmi aracılık rolü üstlenmektedir (Yang vd., 2021).

Örgütsel düzeyde ise şiddet, iletişim süreçlerini ve bakım ortamının güvenlik algısını zedelemekte; hekim-hasta iletişiminin zayıflaması işten ayrılma niyetini hem doğrudan hem de iş tatmini yoluyla dolaylı biçimde artırmaktadır (Li vd., 2023). Ayrıca Covid-19’a yüksek düzeyde maruz kalan çalışanlarda, üç yıl boyunca devam eden damgalanma, ayrımcılık ve şiddet deneyimlerinin sürdüğü belirlenmiş; bu durumun psikolojik sıkıntıyı artırarak işten ayrılma sürecini daha da pekiştirdiği gösterilmiştir (Janoušková vd., 2024; Nam vd., 2024). Öte yandan, çalışanların maruz kaldığı şiddet düzeyi ile iş sağlığı ve güvenliği önlem puanları arasında negatif bir ilişki bulunması, örgütsel güvenlik kültürünün zayıf olduğu ortamlarda şiddetin çok daha yıkıcı sonuçlara yol açtığını göstermektedir (Huang vd., 2023). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, işyeri şiddetinin bireysel refahı, mesleki bağlılığı ve örgütsel sürdürülebilirliği çok boyutlu olarak aşındırdığı; pandemide

belirginleşen bu olumsuz etkilerin post-pandemi dönemde de kalıcı risk unsurları yarattığı anlaşılmaktadır.

Tema 4: Başa çıkma stratejileri ve önerilen müdahaleler

Pandemi dönemi ve sonrasında sağlık çalışanlarının şiddetle başa çıkma süreçlerine ilişkin bulgular, bireysel ve kurumsal müdahalelerin birbirini tamamlayan kritik bileşenler olduğunu göstermektedir. Bireysel düzeyde çalışanlar, şiddetle karşılaştıklarında destek arama, kaçınma, açıklama yapma, hoşgörü ve yüzleşme gibi çok yönlü başa çıkma stratejilerine başvurmaktadır (Wu vd., 2023; Myers ve Kowal, 2024). Sosyal destek ve ruh sağlığı düzeylerinin işyeri şiddeti ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide kısmi aracılık sağlaması, psikosozal destek sistemlerinin önemini daha da belirginleştirmektedir (Yang vd., 2022). Bununla birlikte, hem kadın sağlık çalışanları hem de hemşire grupları, öz savunma eğitimlerinin, güvenlik düzenlemelerinin ve profesyonel koruyucu önlemlerin güçlendirilmesi gerektiğini açık biçimde ifade etmektedir (Brunelli vd., 2023). Eğitim müdahaleleri, yalnızca şiddetle başa çıkmayı kolaylaştırmakla kalmamakta, aynı zamanda şiddetle başa çıkma öz-yeterliliğini ve güvenini artırarak fiziksel olmayan şiddete maruziyeti azaltıcı bir rol oynamaktadır (Chang vd., 2022; Chowdhury vd., 2023).

Kurumsal düzeyde ise güvenlik ekipmanlarının güçlendirilmesi, giriş kısıtlamaları ve kontrol noktaları gibi yapısal düzenlemeler, özellikle yoğun bakım ve acil bakım ortamlarında şiddet insidansını belirgin biçimde azaltmaktadır (Ernur vd., 2023; Hu vd., 2024). Buna karşılık, yöneticilerin şiddete maruz kalan çalışanlara yasal destek sağlamaması, şiddetin kurumsal olarak tolere edildiği bir iklim yaratarak sorunun pekişmesine katkı sunmaktadır (Ebrahimi Rigi vd., 2020). Hemşirelerin günlük bakım stratejileri ile risk azaltma çabalarını destekleyen yeterli ve eğitilmiş personel istihdamının ise, güvenli çalışma ortamlarının kurulmasında belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Piras vd., 2024). Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, şiddetle etkin mücadele için hem bireysel başa çıkma stratejilerinin desteklenmesi hem de kapsamlı örgütsel müdahalelerin uygulanması gerektiği anlaşılmaktadır.

4. Tartışma

Bu sistematik derleme çalışması, beş veri tabanındaki (PubMed, Science Direct, Scopus, Web of Science ve PsycNet) kayıtları temel alarak küresel ölçekte pandemi dönemi ve sonrasına ilişkin sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin türü, sıklığı, risk faktörleri, bireysel ve örgütsel sonuçları ile başa çıkma mekanizmalarını inceleyen çalışmaları sistematik bir şekilde ortaya koymuştur. Araştırmaya dâhil edilen 37 çalışmanın bulgularına göre, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet 2020-2025 yılları arasında küresel ölçekte giderek daha derinleşen, karmaşıkleşan ve süregelenleşen bir nitelik kazanmıştır. İlk tema kapsamında incelenen çalışmalar, pandemi sürecinde artan belirsizlik, yoğun hasta yükü ve iletişim kaynaklı sorunlar nedeniyle fiziksel ve sözlü şiddet oranlarında belirgin bir yükseliş olduğunu ortaya koymuştur (Arafa vd., 2022; Chowdhury vd., 2023; del Carpio-Toia vd., 2021). Bununla birlikte, zaman serileri analizlerine dayanan çalışmalar, şiddete ilişkin yükseliş eğiliminin pandemi sonrasında dahi azalmadığını, aksine ABD ve İtalya gibi ülkelerde hız kesmeden devam ettiğini göstermektedir (Brigo vd., 2022; Lombardi vd., 2024; Odes vd., 2023). Bu bulgular, şiddetin geçici bir kriz tepkisi değil, sağlık sistemlerindeki uzun vadeli yapısal kırılganlıkların görünür hali olduğunu düşündürmektedir.

İkinci tema, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin risk faktörlerinin çok boyutlu yapısını ortaya koyarak önceki bulguları genişletmektedir. Bireysel (cinsiyet, yaş, mesleki deneyim), mesleki (branş, vardiya düzeni, yoğun bakım/acil servis gibi yüksek riskli birimlerde çalışmak) ve sistemsel (personel eksikliği, yetersiz güvenlik protokolleri, yüksek talep baskısı) faktörlerin şiddeti tetikleyen bir yapı oluşturduğu anlaşılmaktadır (Arafa vd., 2022; Bitencourt vd., 2021; del Carpio-Toia vd., 2021; Somani vd., 2024; Yılmaz vd., 2023). Pandemiyle birlikte bu faktörlerin etkileşimi daha görünür hâle gelmiştir. Özellikle personel tükenmişliği, kriz iletişimindeki zayıflıklar ve güvenlik kültürünün yetersizliği risklerin sürekliliğini artırmıştır (Gedik vd., 2023; Hu vd., 2024; Li vd., 2023; Yin vd., 2024).

Üçüncü temada yer çalışmalar, şiddetin bireysel ve örgütsel sonuçlarının pandemi sonrasında da devam ettiğini göstermektedir. Tükenmişlik, anksiyete, depresif belirtiler, düşük iş doyumunu ve artan ayrılma niyeti, çok sayıda ülkede tekrarlanan ortak sonuçlardır (Banga vd., 2023; Chowdhury vd., 2023; Gedik vd., 2023; Kabir vd., 2022; Nam vd., 2024; Xie vd., 2021; Yang vd., 2022). Bu

bulgu, sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı psikososyal yükün pandeminin geçmesiyle birlikte hafiflemediğini; hatta bazı bağlamlarda daha da pekiştiğini ortaya koymaktadır. Örgütsel düzeyde ise hizmet kalitesi, hasta güvenliği algısı ve işgücü sürdürülebilirliği üzerinde kalıcı olumsuz etkiler gözlenmektedir (Özkan Şat vd., 2021; Sulistyowati vd., 2023; Yang vd., 2021).

Dördüncü tema olan başa çıkma stratejileri ise bireysel girişimlerin sınırlı bir tampon etkisi sağladığını, asıl etkinliğin kurumsal ve politika düzeyindeki müdahalelerle ortaya çıktığını göstermektedir (Brunelli vd., 2023; Chang vd., 2022; Myers ve Kowal, 2024; Wu vd., 2023). Birçok ülkede raporlamanın hâlen düşük düzeyde olması, yönetsel destek eksikliği, şiddet sonrası izleme mekanizmalarının yetersizliği ve yaptırımların caydırıcı olmaması, şiddeti normalleştiren örgütsel iklimlerin oluşmasına neden olmaktadır (Byon vd., 2022; Ebrahimi Rigi vd., 2020; Piras vd., 2024; Yang vd., 2022). Bu durum literatürde uzun süredir tartışılan “yapısal kayıtsızlık” kavramıyla uyumludur (Jackson ve Sdler, 2022) ve özellikle post-pandemi dönemde daha belirgin bir sorun hâline gelmiştir.

4.1. Sınırlılıklar

Bu sistematik derleme çalışması kapsamlı ve güncel bir tablo sunmakla birlikte, bazı metodolojik sınırlılıkları da beraberinde barındırmaktadır. İlk olarak, dâhil edilen çalışmaların popülasyonları (hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanları), örneklem büyüklükleri ve ölçme araçları arasında belirgin farklılıklar olması, bulguların karşılaştırılabilirliğini sınırlandırmaktadır. Ayrıca, çalışma bu metodolojik heterojenlik nedeniyle meta-analitik birleştirmeye uygun olmadığı için bulgular yalnızca narratif şekilde sentezlenebilmiştir. İkinci olarak, derlemeye dâhil edilen bazı çalışmalarda pandemi sonrası eğilimleri analiz edebilmek için pandemi öncesi dönemlere ait verilerin de kullanılması, zaman içindeki değişimi bütüncül biçimde değerlendirmeye imkân tanımıştır, ancak araştırmanın esas odağı olan post-pandemi dönemine özgü bulguların ayrıştırılmasını kısmen güçleştiren bir sınırlılık oluşturmuştur. Üçüncü olarak, çalışmalar arasında kullanılan öz-bildirim temelli veri toplama yöntemleri ve birçok ülkede şiddetin hâlâ eksik bildirilmesine yönelik yapısal sorunlar, raporlama yanlılığı olasılığını artırmıştır. Ülke dağılımlarının dengesizliği ve düşük-orta gelirli ülkelerden görece daha sınırlı veri bulunması, sonuçların küresel ölçekte

genellenebilirliğini kısmen azaltan başka bir sınırlılıktır. Son olarak, birçok araştırmanın şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan kültürel, örgütsel ve sosyo-politik bağlamı detaylı olarak rapor etmemesi, özellikle pandemi sonrası döneme özgü yapısal dinamiklerin kapsamlı biçimde analiz edilmesini sınırlandırmaktadır. Bu sınırlılıklara rağmen, mevcut derleme 2020-2025 döneminde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin niteliği, belirleyicileri ve sonuçlarına ilişkin bütüncül bir değerlendirme sunmaktadır.

5. Sonuç

Bu sistematik derleme, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin pandemiyle başlayan kriz döneminin ötesine geçerek post-pandemi yıllarında da yüksek düzeyde devam ettiğini ve sağlık sistemlerinin yapısal kapasite sorunlarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgular, şiddetin hem bireysel hem örgütsel düzeyde ciddi sonuçlara yol açtığını; aynı zamanda sağlık hizmet sunumunun kalitesi ve işgücünün sürdürülebilirliği üzerinde stratejik bir tehdit oluşturduğunu göstermektedir. Covid-19 pandemisi sağlık hizmeti sunumunun manzarasını önemli ölçüde değiştirmiş ve sağlık ortamlarındaki şiddet dinamiklerini potansiyel olarak etkilemiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün güçlendirilmesi, raporlama mekanizmalarının etkinleştirilmesi, çalışan destek programlarının yaygınlaştırılması, yeterli personel istihdamı ve kriz dönemlerine dayanıklı yönetsel süreçlerin kurulması kritik önem taşımaktadır. Ayrıca politika düzeyinde, şiddet vakalarının caydırıcı yaptırımlarla ele alınması ve sistematik izleme modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu derleme, post-pandemi dönemde sağlık çalışanlarının güvenliğini önceleyen bütüncül bir yaklaşımın zorunlu olduğunu vurgulamakta; gelecekte yapılacak araştırmalara şiddetin uzunlamasına takibi, müdahale programlarının etkinliği ve örgütsel kültürün dönüştürücü rolü gibi alanlarda yön göstermektedir.

Kaynaklar

- Alfuqaha, O. A., Albawati, N. M., Alhiary, S. S., Alhalaiqa, F. N., Haha, M. D. F. F., Musa, S. S., ... & Al Thaher, Y. (2022). Workplace violence among healthcare providers during the COVID-19 health emergency: a cross-sectional study. *Behavioral Sciences*, 12(4), 106. <https://doi.org/10.3390/bs12040106>
- Arafa, A., Shehata, A., Youssef, M., & Senosy, S. (2022). Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Egypt. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 77(8), 621-627. <https://doi.org/10.1080/19338244.2021.1982854>
- Bagnasco, A., Catania, G., Pagnucci, N., Alvaro, R., Cicolini, G., Dal Molin, A., ... & CEASE-IT Working Group. (2024). Protective and risk factors of workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 33(12), 4748-4758. <https://doi.org/10.1111/jocn.17169>
- Banga, A., Mautong, H., Alamoudi, R., Faisal, U. H., Bhatt, G., Amal, T., ... & Kashyap, R. (2023). ViSHWaS: violence study of Healthcare Workers and Systems—a global survey. *BMJ global health*, 8(9), e013101.
- Bitencourt, M. R., Alarcão, A. C. J., Silva, L. L., Dutra, A. D. C., Caruzzo, N. M., Roszkowski, I., ... & Carvalho, M. D. D. B. (2021). Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional study. *PLoS one*, 16(6), e0253398. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253398>
- Brigo, F., Zaboli, A., Rella, E., Sibilio, S., Canelles, M. F., Magnarelli, G., ... & Turcato, G. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on temporal trends of workplace violence against healthcare workers in the emergency department. *Health Policy*, 126(11), 1110-1116. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.09.010>
- Brunelli, L., Scarpis, E., Lo Presti, T., Fiorillo, F., Campanella, F., Zuliani, P., ... & Arnoldo, L. (2023). Health professionals who have worked in COVID-19 immunization centers suffer the effects of violence. *Frontiers in public health*, 11, 1264301. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1264301>

- Byon, H. D., Sagherian, K., Kim, Y., Lipscomb, J., Crandall, M., & Steege, L. (2022). Nurses' experience with type II workplace violence and underreporting during the COVID-19 pandemic. *Workplace health & safety*, 70(9), 412-420. <https://doi.org/10.1177/21650799211031233>
- Chang, Y. C., Hsu, M. C., & Ouyang, W. C. (2022). Effects of integrated workplace violence management intervention on occupational coping self-efficacy, goal commitment, attitudes, and confidence in emergency department nurses: a cluster-randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2835. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052835>
- Chirico, F., Afolabi, A. A., Ilesanmi, O. S., Nucera, G., Ferrari, G., Szarpak, L., ... & Magnavita, N. (2022). Workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Health and Social Sciences*, 7(1), 14-35. <https://dx.doi.org/10.19204/2022/WRKP2>
- Chowdhury, S. R., Kabir, H., Das, D. C., Chowdhury, M. R., Chowdhury, M. R., & Hossain, A. (2023). Workplace violence against Bangladeshi registered nurses: A survey following a year of the COVID-19 pandemic. *International nursing review*, 70(2), 219-228. <https://doi.org/10.1111/inr.12802>
- del Carpio-Toia, A. M., Del Carpio, L. B. M., Mayta-Tristan, P., Alarcón-Yaquetto, D. E., & Málaga, G. (2021). Workplace violence against physicians treating COVID-19 patients in Peru: a cross-sectional study. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(10), 637-645. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.06.002>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020). 73rd World Health Assembly agenda item 3: COVID-19 pandemic response. *World Medical Association*. Erişim adresi: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/05/WHA73-WMA-statement-on-Covid-19-pandemicresponse-.pdf>
- Ebrahimi Rigi, Z., Mangolian Shahrabaki, P., Ahmadi, F., & Ravari, A. (2022). Self-sacrifice in a distressful and threatening environment: the consequences of the COVID-19 crisis in intensifying workplace violence. *Frontiers in psychiatry*, 13, 848059. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.848059>

- Elsaid, N. M. A. B., Ibrahim, O., Abdel-Fatah, Z. F., Hassan, H. A., Hegazy, M. H., Anwar, M. M., & Soliman, H. H. (2022). Violence against healthcare workers during coronavirus (COVID-19) pandemic in Egypt: a cross-sectional study. *Egyptian journal of forensic sciences*, 12(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s41935-022-00304-3>
- Ernur, D., Hanci, V., & Gökmen, N. (2023). Workplace violence against physicians in intensive care units in Turkey: A cross-sectional study. *National Medical Journal of India*, 36(5). https://doi.org/10.25259/NMJI_691_2022
- García-Zamora, S., Pulido, L., Miranda-Arboleda, A. F., García, D. E., Perez, G., Priotti, M., ... & Baranchuk, A. (2022). Aggression, micro-aggression, and abuse against health care providers during the COVID-19 pandemic. A Latin American survey. *Current problems in cardiology*, 47(10), 101296. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2022.101296>
- Gedik, Ö., Ülke Şimdi, R., Kıbrıs, Ş., & Kara, D. (2023). The relationship between workplace violence, emotional exhaustion, job satisfaction and turnover intention among nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of research in nursing*, 28(6-7), 448-466. <https://doi.org/10.1177/17449871231182837>
- Guo, Y. Q., Huang, J., Xu, N. N., & Ma, X. J. (2022). Worker characteristics and measures associated with patient and visitor violence in the COVID-19 pandemic: a multilevel regression analysis from China. *Frontiers in public health*, 10, 877843. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.877843>
- Hu, Y., Huang, J., Zhao, D., Zhang, C., Xia, J., & Lu, X. M. (2024). Effect of safety and security equipment on patient and visitor violence towards nurses in multiple public hospitals of China during the COVID-19 pandemic: a retrospective, difference-in-difference analysis. *BMJ open*, 14(1), e078598. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078598>
- Huang, S., Zhai, J., Lu, X., Liang, Y., Li, Q., & Lilenga, H. S. (2023). Prevalence of workplace violence in Chinese obstetric nurses under the new situation and its correlation with violence prevention knowledge-attitude-practice and climate perception: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 22(1), 473. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01637-7>

- ILO/ICN/WHO/PSI (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector
- Jackson, B., & Sadler, L. S. (2022). Structural violence: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), 3495-3516. <https://doi.org/10.1111/jan.15341>
- Janoušková, M., Pekara, J., Kučera, M., Kearns, P. B., Šeblová, J., Wolfová, K., ... & Šeblová, D. (2024). Experiences of stigma, discrimination and violence and their impact on the mental health of health care workers during the COVID-19 pandemic. *Scientific reports*, 14(1), 10534. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59700-5>
- Kabir, H., Chowdhury, S. R., Tonmon, T. T., Roy, A. K., Akter, S., Bhuya, M. T. R., ... & Sanjoy, S. (2022). Workplace violence and turnover intention among the Bangladeshi female nurses after a year of pandemic: An exploratory cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*, 2(4), e0000187. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000187>
- Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Anlap, I., & Dailey, N. S. (2021). Increasing aggression during the COVID-19 lockdowns. *Journal of affective disorders reports*, 5, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100163>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Li, P., Xing, K., Qiao, H., Fang, H., Ma, H., Jiao, M., ... & Liu, M. (2018). Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0940-9>
- Li, T., Guan, L., Zhang, R., Han, Y., Guo, R., Li, J., ... & Huang, Y. (2023). Roles of doctor–patient relationship perception and job satisfaction in the impact of workplace violence on medical professionals’ turnover intentions in the early phase of COVID-19: a cross-sectional study in China. *BMJ open*, 13(9), e074744. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074744>

- Lombardi, B., Jensen, T., Galloway, E., & Fraher, E. (2024). Trends in workplace violence for health care occupations and facilities over the last 10 years. *Health affairs scholar*, 2(12), qxae134. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae134>
- Mento, C., Pandolfo, G., Spataro, G., Silvestri, M. C., Formica, I., Bruno, A., ... & De Carlo, A. (2025). The impact of workplace violence on healthcare workers during and after the COVID-19 outbreak. *Public Health in Practice*, 9, 100572. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100572>
- Myers, G., & Kowal, C. (2024). Patient and visitor verbal aggression toward frontline health-care workers: a qualitative study of experiences and potential solutions. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 16(2), 147-159. <https://doi.org/10.1108/JACPR-03-2023-0787>
- Nam, S., Wong, J. Y. H., Wang, T., An, B., & Fong, D. Y. T. (2024). Psychological distress as a mediator between workplace violence and turnover intention with caring for patients with COVID-19. *Frontiers in psychology*, 14, 1321957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1321957>
- Odes, R., Lee, S. J., Hong, O., & Jun, J. (2023). The effect of COVID-19 on workplace violence in California's hospitals: An interrupted time series analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2337-2347. <https://doi.org/10.1111/jan.15588>
- Özkan Şat, S., Akbaş, P., & Yaman Sözbir, Ş. (2021). Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical nursing*, 30(13-14), 2036-2047. <https://doi.org/10.1111/jocn.15760>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *bmj*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Piras, I., Portoghese, I., Tusconi, M., Minafra, F., Lecca, M., Piras, G., ... & Galletta, M. (2024). Professional and personal experiences of workplace violence among Italian mental health nurses: A qualitative study. *AIMS Public Health*, 11(4), 1137. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2024059>

- Ramzi, Z. S., Fatah, P. W., & Dalvandi, A. (2022). Prevalence of workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 896156. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896156>
- Ramšak, M. (2024). Slovenian COVID-19 discourse in the context of verbal as well as physical violence against medical professionals. *Journal of European Studies*, 54(1), 87-109. <https://doi.org/10.1177/00472441231221275>
- Santos, W. M. D., Secoli, S. R., & Püschel, V. A. D. A. (2018). The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3074. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>
- Serra-Sastre, V. (2024). Workplace violence and intention to quit in the English NHS. *Social Science & Medicine*, 340, 116458. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116458>
- Somani, R., Muntaner, C., Velonis, A. J., Smith, P., & Hillan, E. M. (2024). Factors contributing to increased workplace violence against nurses during COVID-19 in the healthcare settings of a lower middle-income country: A qualitative study. *Asian nursing research*, 18(2), 148-158. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.04.008>
- Sulistiyowati, D., Handiyani, H., Kurniawan, M. H., & Syukrini, R. D. (2023). Exploring the aftermath: Work demands, workplace violence, and job satisfaction among nurses in a public hospital in the post-COVID-19 era. *Belitung nursing journal*, 9(5), 448. <https://doi.org/10.33546/bnj.2731>
- Tian, Y., Yue, Y., Wang, J., Luo, T., Li, Y., & Zhou, J. (2020). Workplace violence against hospital healthcare workers in China: a national WeChat-based survey. *BMC public health*, 20(1), 582. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08708-3>
- Xie, X. M., Zhao, Y. J., An, F. R., Zhang, Q. E., Yu, H. Y., Yuan, Z., ... & Xiang, Y. T. (2021). Workplace violence and its association with quality of life among mental health professionals in China during the COVID-19 pandemic. *Journal of psychiatric research*, 135, 289. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.023>

- Wu, G., Lin, Y., Huang, X., Zheng, J., & Chang, M. (2023). A qualitative study of ICU nurses assisting in Wuhan who suffered from workplace violence during the COVID-19 outbreak. *Nursing open*, 10(11), 7314-7322. <https://doi.org/10.1002/nop2.1984>
- Yang, Y., Li, Y., An, Y., Zhao, Y. J., Zhang, L., Cheung, T., ... & Xiang, Y. T. (2021). Workplace violence against Chinese frontline clinicians during the COVID-19 pandemic and its associations with demographic and clinical characteristics and quality of life: a structural equation modeling investigation. *Frontiers in psychiatry*, 12, 649989. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.649989>
- Yang, Y., Wang, P., Kelifa, M. O., Wang, B., Liu, M., Lu, L., & Wang, W. (2022). How workplace violence correlates turnover intention among Chinese health care workers in COVID-19 context: The mediating role of perceived social support and mental health. *Journal of nursing management*, 30(6), 1407-1414. <https://doi.org/10.1111/jonm.13325>
- Yılmaz, S., Çoban, G. S., Çolak, F. Ü., Hökenek, N. M., & Ak, R. (2023). Violent experiences suffered by pre-hospital healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Disaster medicine and public health preparedness*, 17, e533. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.200>
- Yin, M., Zhang, W., Evans, R., Zhu, C., Wang, L., & Song, J. (2024). Violence on the front line: a qualitative comparative analysis of the causes of patient violence towards medical staff in China during the COVID-19 pandemic. *Current psychology*, 43(2), 1890-1910. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04456-w>
- Zhang, S., Zhao, Z., Zhang, H., Zhu, Y., Xi, Z., & Xiang, K. (2023). Workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Science and Pollution Research*, 30(30), 74838-74852. <https://doi.org/10.1007/s11356-023-27317-2>

BÖLÜM 9

YEŞİL HASTANE UYGULAMALARINDA YÖNETİMSEL FARKLILIKLAR: TÜRKİYE VE DÜNYA ÖRNEKLERİ

Dr. Menekşe KILIÇARSLAN¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070087>

¹ İstanbul Topkapı Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, meneksevarol69@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0580-8645

Özet

Sağlık sektörü, sera gazı emisyonlarına ve kaynak kullanımına önemli katkıda bulunmakta olup, kapsamlı sürdürülebilirlik dönüşümlerini gerektirmektedir. Yeşil hastane uygulamaları, sağlık hizmeti sunumunda çevresel sorumluluk, ekonomik verimlilik ve sosyal sürdürülebilirliği birleştiren bütünsel bir yaklaşımı temsil etmektedir. Bu bölüm, yeşil hastane uygulamalarını öncelikle teknik veya mimari çözümlere odaklanmak yerine, yönetsel ve yönetim odaklı bir perspektiften incelemektedir. Kurumsal teori ve sistem yaklaşımından yararlanarak, Türkiye, Avrupa Birliği, Amerika Birleşik Devletleri ve seçilmiş gelişmekte olan ülke bağlamlarında yönetim yapılarını, finansman modellerini, insan kaynakları uygulamalarını, tedarik ve tedarik zinciri yönetimini ve performans izleme sistemlerini karşılaştırmaktadır. Bölüm, yönetsel kurumsallaşmanın, katılımcı yönetişimin ve düzenleyici tutarlılığın belirleyici olduğunu savunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Yeşil hastane, Hastane yönetimi, Sürdürülebilirlik, Yalın yönetim

MANAGERIAL DIFFERENCES IN GREEN HOSPITAL PRACTICES: EXAMPLES FROM TÜRKİYE AND AROUND THE WORLD

Abstract

The healthcare sector is a significant contributor to greenhouse gas emissions and resource use, necessitating comprehensive sustainability transformations. Green hospital practices represent an integrated approach combining environmental responsibility, economic efficiency, and social sustainability within healthcare delivery. This chapter examines green hospital applications primarily from a managerial and governance-oriented perspective rather than focusing solely on technical or architectural solutions. Drawing on institutional theory and systems approach, it compares governance structures, financing models, human resource practices, procurement and supply-chain management, and performance monitoring systems across Turkey, the European Union, the United States, and selected developing-country contexts. The chapter argues that managerial institutionalization, participatory governance, and regulatory coherence are decisive

Keywords: Green hospital, Hospital management, Sustainability, Lean management

GİRİŞ

İklim krizi, yalnızca çevresel bir sorun değil; aynı zamanda ekonomik istikrarı, toplumsal refahı ve kamu sağlığını doğrudan etkileyen sistemik bir risktir. Sağlık sistemleri bu riskten iki yönlü etkilenir: Bir yandan iklim değişikliği, aşırı hava olayları, vektör kaynaklı hastalıklar ve hava kirliliği gibi kanallar üzerinden sağlık yükünü artırır; diğer yandan sağlık hizmetlerinin üretim ve sunum süreçleri önemli ölçekte emisyon ve kaynak tüketimi yaratır. Nitekim küresel sağlık sektörünün karbon ayak izinin yaklaşık %4,4 düzeyinde olduğu ve emisyonların önemli bir kısmının tedarik zinciri (Scope 3) kaynaklı gerçekleştiği raporlanmaktadır (Health Care Without Harm & Arup, 2019; Bosurgi, 2019).

Bu gerçeklik, hastanelerin yalnızca tedavi edici kurumlar olarak değil, sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin yerel düzeydeki uygulayıcıları olarak yeniden düşünülmesini gerekli kılar. ‘Yeşil hastane’ yaklaşımı, enerji ve su verimliliği, atık azaltımı, çevre dostu kimyasallar, sürdürülebilir gıda ve ulaşım gibi alanları kapsayan çok boyutlu bir dönüşüm çerçevesi sunar. Ancak literatürün önemli bir kısmı yeşil bina ve teknik altyapı yatırımlarına yoğunlaşırken; yönetim, liderlik, finansman, iş gücü katılımı ve performans yönetimi gibi yönetsel belirleyiciler görece olarak daha az tartışılmaktadır (Keil et al., 2024).

Bu bölümün amacı, yeşil hastane uygulamalarını teknik bir proje seti olmaktan ziyade ‘yönetimsel ve kurumsal bir dönüşüm’ olarak ele almak; Türkiye’nin mevcut durumunu Avrupa Birliği (AB) ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi farklı yönetim modelleriyle karşılaştırarak yönetimsel farkları görünür kılmaktır. Bölüm, kurumsal kuram ve sistem yaklaşımından yararlanarak başarıyı belirleyen mekanizmaları tartışmakta ve Türkiye’ye yönelik uygulanabilir politika ve yönetim önerileri geliştirmektedir.

İklim değişikliği, çevresel bozulma ve doğal kaynakların hızla tükenmesi, sağlık sistemlerini yalnızca klinik etkinlik ve hizmet kalitesi bağlamında değil, aynı zamanda kurumsal sorumluluk ve yönetsel sürdürülebilirlik çerçevesinde yeniden düşünmeyi zorunlu kılmaktadır. Sağlık sektörü, bir yandan iklim krizinin doğrudan ve dolaylı etkileriyle mücadele

ederken, diğer yandan yüksek enerji tüketimi, yoğun kaynak kullanımı ve karmaşık tedarik zincirleri nedeniyle çevresel baskıların önemli bir kaynağı haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün değerlendirmeleri, sağlık sistemlerinin küresel sera gazı emisyonları içerisindeki payının birçok endüstriyel sektörden daha yüksek olduğunu ve bu etkinin giderek arttığını göstermektedir (WHO, 2021).

Bu çerçevede hastaneler, yalnızca sağlık hizmeti sunan kurumlar değil; çevresel etkileri yöneten, toplumsal sorumluluk üstlenen ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine katkı sağlayan stratejik örgütler olarak konumlanmaktadır. Özellikle büyük ölçekli hastaneler ve entegre sağlık kampüsleri, enerji tüketimi, atık üretimi ve tedarik hacmi açısından yerel çevre üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu yapı, hastanelerin çevresel sürdürülebilirlik bağlamında pasif aktörler değil, aktif dönüşüm aktörleri olarak ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

Yeşil hastane kavramı, bu dönüşüm ihtiyacına yanıt olarak ortaya çıkmış ve başlangıçta daha çok “yeşil bina” anlayışıyla ilişkilendirilmiştir. Enerji verimli mimari tasarımlar, doğal aydınlatma sistemleri, su tasarrufu sağlayan altyapılar ve çevre dostu yapı malzemeleri, yeşil hastane literatürünün ilk dönem çalışmalarında ön plana çıkmıştır. Ancak zaman içerisinde yapılan ampirik ve kuramsal çalışmalar, bu teknik iyileştirmelerin tek başına sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmak için yeterli olmadığını ortaya koymuştur (McGain & Naylor, 2014).

Güncel literatürde yeşil hastaneler, çevresel sürdürülebilirliğin yalnızca fiziksel altyapı üzerinden değil; yönetim anlayışı, kurumsal yapı ve karar alma süreçleri üzerinden kurumsallaştığı örgütler olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu yaklaşım, sürdürülebilirliği hastaneler için ek bir faaliyet alanı olmaktan çıkarak, temel yönetim fonksiyonlarının ayrılmaz bir parçası haline getirmektedir. Stratejik planlama, bütçeleme, insan kaynakları yönetimi ve tedarik zinciri politikalarının çevresel hedeflerle uyumlu biçimde yeniden yapılandırılması, yeşil hastane dönüşümünün merkezinde yer almaktadır (Eckelman & Sherman, 2016).

Bu kitap bölümü, yeşil hastane uygulamalarını teknik çözümler kümesi olarak ele alan yaklaşımların ötesine geçerek, konuyu yönetsel ve kurumsal bir dönüşüm alanı olarak incelemektedir. Bölümün temel varsayımı, çevresel sürdürülebilirliğin hastanelerde kalıcı biçimde hayata geçirilebilmesinin,

yönetişim yapıları ve kurumsal kapasiteyle doğrudan ilişkili olduğudur. Bu çerçevede sürdürülebilirlik, yalnızca çevre birimlerinin veya teknik ekiplerin sorumluluğu olarak değil; üst yönetimden başlayarak tüm örgüte yayılan bir stratejik öncelik olarak ele alınmaktadır.

Bölümün amacı üç ana eksenle şekillenmektedir. İlk olarak, yeşil hastane kavramının sağlık yönetimi literatürü içerisindeki kuramsal temelleri ortaya konulmakta ve bu kavramın neden bazı bağlamlarda kalıcı bir dönüşüme dönüşürken bazı ülkelerde proje düzeyinde kaldığı açıklanmaktadır. İkinci olarak, farklı yönetim modellerine sahip ülkelerde yeşil hastane uygulamalarının nasıl yapılandırıldığı karşılaştırmalı olarak analiz edilmektedir. Avrupa Birliği, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık örnekleri, bu bağlamda kurumsallaşma düzeyi açısından önemli karşılaştırma imkânları sunmaktadır. Üçüncü olarak ise Türkiye'deki mevcut uygulamalar, bu küresel modeller ışığında değerlendirilmekte ve politika yapıcılar ile hastane yöneticileri için somut çıkarımlar geliştirilmektedir.

Bu yönüyle bölüm, sürdürülebilir sağlık sistemleri literatürüne üç önemli katkı sunmayı hedeflemektedir. Birincisi, yeşil hastane uygulamalarını yalnızca çevresel performans göstergeleri üzerinden değil, yönetim bilimi perspektifiyle ele alarak kavramsal bir derinlik kazandırmaktadır. İkincisi, farklı ülkelerdeki uygulamaları karşılaştırmalı biçimde inceleyerek bağlama özgü politika araçlarının önemini vurgulamaktadır. Üçüncüsü ise Türkiye özelinde yapılacak düzenlemeler için kuramsal ve ampirik temelli bir yol haritası sunmaktadır.

Sonuç olarak bu bölüm, yeşil hastaneleri sağlık sistemlerinde çevresel sürdürülebilirliğin görünür hale geldiği teknik yapılar olarak değil; kurumsal kapasitenin, yönetsel vizyonun ve kamu değerinin kesiştiği stratejik örgütler olarak konumlandırmaktadır. Söz konusu yaklaşım, sürdürülebilirliğin sağlık sektöründe geçici bir politika gündemi değil, uzun vadeli bir yönetsel zorunluluk olduğunu ortaya koymaktadır.

1. YEŞİL HASTANE KAVRAMI VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Yeşil hastane kavramı, sağlık hizmetlerinin çevresel etkilerini azaltmayı, doğal kaynak kullanımını optimize etmeyi ve insan sağlığını ekosistem sağlığıyla birlikte ele almayı amaçlayan bütüncül bir kurumsal dönüşüm yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, sağlık sektörünün yalnızca

çevresel risklere maruz kalan bir alan değil, aynı zamanda bu riskleri üreten önemli aktörlerden biri olduğu gerçeğinden hareketle gelişmiştir. Özellikle hastanelerin yüksek enerji tüketimi, yoğun su kullanımı, büyük ölçekli atık üretimi ve karmaşık tedarik zincirleri, çevresel sürdürülebilirlik tartışmalarında bu kurumları merkezi bir konuma taşımıştır (Eckelman & Sherman, 2016).

Yeşil hastaneler, çevresel sürdürülebilirliği yalnızca çevre dostu teknolojilerin kullanımıyla sınırlamayan; aynı zamanda örgütsel yapıların, yönetsel süreçlerin ve kurumsal kültürün bu hedef doğrultusunda yeniden tasarlanmasını öngören yapılardır. Bu yönüyle yeşil hastane yaklaşımı, sürdürülebilirliği “ek bir faaliyet alanı” olmaktan çıkarak, sağlık kurumlarının temel yönetim fonksiyonlarıyla bütünleştirmektedir. Literatürde bu yaklaşımın, hastanelerin uzun vadeli maliyetlerini düşürme, hizmet kalitesini artırma ve kurumsal itibarlarını güçlendirme potansiyeline sahip olduğu vurgulanmaktadır (McGain & Naylor, 2014).

1.1. Kurumsal Kuram Perspektifinden Yeşil Hastaneler

Kurumsal kuram, örgütlerin belirli uygulamaları benimsemesinde yalnızca teknik rasyonalite ve ekonomik faydanın değil, aynı zamanda meşruiyet arayışlarının ve çevresel baskıların belirleyici olduğunu ileri sürmektedir. Bu çerçevede yeşil hastane uygulamaları, hastanelerin çevresel sürdürülebilirlik alanında toplumsal beklentilere, yasal düzenlemelere ve mesleki normlara uyum sağlama çabalarının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. DiMaggio ve Powell’ın (1983) geliştirdiği zorlayıcı, normatif ve taklitçi eşbiçimlilik mekanizmaları, yeşil hastane uygulamalarının farklı ülkelerde ve kurumlarda nasıl yayıldığını açıklamak için güçlü bir kuramsal çerçeve sunmaktadır.

Zorlayıcı eşbiçimlilik, devletler ve uluslararası kuruluşlar tarafından getirilen çevre ve iklim düzenlemeleri aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Enerji verimliliği standartları, atık yönetimi yükümlülükleri ve çevresel raporlama gereklilikleri, hastanelerin yeşil uygulamaları benimsemesini zorunlu hale getirmektedir. Normatif eşbiçimlilik ise Dünya Sağlık Örgütü, OECD ve uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından yayımlanan rehberler ve standartlar yoluyla şekillenmektedir. Taklitçi eşbiçimlilik ise belirsizlik ortamlarında “başarılı” olarak algılanan yeşil hastane örneklerinin diğer kurumlar tarafından benimsenmesiyle ortaya çıkmaktadır.

1.2. Sistem Yaklaşımı ve Açık Sistem Olarak Hastaneler

Sistem yaklaşımı, hastaneleri çevreleriyle sürekli etkileşim halinde olan açık sistemler olarak ele almaktadır. Bu perspektife göre hastaneler; enerji, su, insan kaynağı ve tıbbi malzeme gibi girdileri kullanarak sağlık hizmeti üretmekte; bu süreçte atık, emisyon ve bilgi çıktıları oluşturmaktadır. Dolayısıyla çevresel sürdürülebilirlik, bu girdiler ve çıktılar arasındaki ilişkilerin bütüncül biçimde yönetilmesini gerektirmektedir.

Söz konusu yaklaşım, yeşil hastane uygulamalarının neden yalnızca bina tasarımı veya teknik altyapı yatırımlarıyla sınırlı kalmaması gerektiğini açıklamaktadır. Enerji verimli bir bina, uygun davranışsal ve yönetsel mekanizmalarla desteklenmediğinde beklenen çevresel faydayı sağlayamayabilmektedir. Benzer şekilde sürdürülebilir tedarik politikaları geliştirilmeden, hastanelerin toplam karbon ayak izinin önemli bir bölümünü oluşturan dolaylı emisyonların azaltılması mümkün olmamaktadır. Sistem yaklaşımı, yeşil hastaneleri bu nedenle çok paydaşlı ve çok boyutlu yönetim alanları olarak ele almaktadır.

1.3. Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık Sistemleri

Yeşil hastane kavramı, Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle SKA 3 (Sağlık ve Kaliteli Yaşam), SKA 7 (Temiz ve Erişilebilir Enerji), SKA 12 (Sorumlu Tüketim ve Üretim) ve SKA 13 (İklim Eylemi), yeşil hastane uygulamalarının kavramsal temelini oluşturmaktadır. Bu amaçlar, sağlık hizmetlerinin çevresel sürdürülebilirlikle çelişen değil, onu destekleyen bir yapıda sunulmasını teşvik etmektedir.

Sürdürülebilir kalkınma perspektifi, yeşil hastanelerin yalnızca çevresel performansı artıran kurumlar olarak değil; aynı zamanda sağlık sistemlerinin uzun vadeli dayanıklılığını ve toplum sağlığını güçlendiren stratejik aktörler olarak değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Söz konusu yaklaşım, yeşil hastanelerin kamu politikalarıyla uyumlu, ölçülebilir ve hesap verebilir hedefler üzerinden yönetilmesini zorunlu kılmaktadır.

1.4. Kavramsal Çerçevenin Önemi

Yeşil hastane uygulamalarının başarısı, kavramın nasıl tanımlandığı ve hangi kuramsal çerçeve içerisinde ele alındığıyla doğrudan ilişkilidir. Teknik çözümlere indirgenen yaklaşımlar, kısa vadeli kazanımlar sağlasa da

sürdürülebilir bir dönüşüm yaratamamaktadır. Buna karşılık kurumsal kuram ve sistem yaklaşımıyla desteklenen yeşil hastane modelleri, çevresel sürdürülebilirliğin sağlık sistemlerinde kalıcı hale gelmesini mümkün kılmaktadır.

Bu kitap bölümünde ortaya konulan kuramsal çerçeve, bir sonraki bölümde ele alınacak yönetsel boyutların anlaşılması için temel bir zemin oluşturmaktadır. Yeşil hastaneler, bu bağlamda çevresel duyarlılığın kurumsal kapasite ve yönetsel vizyonla birleştiği örgütsel yapılar olarak ele alınmaktadır.

2. YEŞİL HASTANELERDE YÖNETİMSEL BOYUTLAR

Yeşil hastane dönüşümü, çevresel sürdürülebilirliğin sağlık kurumlarında kalıcı biçimde hayata geçirilebilmesi için teknik altyapı yatırımlarının ötesinde güçlü bir yönetsel çerçeve gerektirmektedir. Literatür, sürdürülebilirlik hedeflerinin hastane yönetim sistemlerine entegre edilmediği durumlarda yeşil uygulamaların kısa vadeli ve kırılğan kaldığını göstermektedir. Bu nedenle yeşil hastaneler, çevresel performans kadar yönetsel kapasitenin de bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Sherman et al., 2020).

Yönetsel boyutlar; yönetim yapıları, stratejik liderlik, finansman ve bütçeleme mekanizmaları, insan kaynakları yönetimi, örgüt kültürü ve tedarik zinciri politikalarını kapsayan çok katmanlı bir yapıdan oluşmaktadır. Bu boyutlar arasındaki uyum, yeşil hastane uygulamalarının başarısını belirleyen temel unsurlardan biridir.

2.1. Yönetişim Yapıları ve Stratejik Liderlik

Yeşil hastanelerde yönetim, sürdürülebilirlik hedeflerinin kurum genelinde nasıl belirlendiğini, koordine edildiğini ve denetlendiğini tanımlayan temel mekanizmadır. Başarılı örneklerde çevresel sürdürülebilirlik, hastane stratejik planlarının ayrılmaz bir bileşeni olarak ele alınmakta ve üst yönetim düzeyinde açık biçimde sahiplenilmektedir. Bu kapsamda sürdürülebilirlikten sorumlu komiteler, çevre ve iklim odaklı üst düzey yöneticiler veya doğrudan genel yönetime bağlı koordinasyon birimleri oluşturulmaktadır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin büyük bir çoğunluğu, dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen personelin performansından memnun olduklarını belirtmişlerdir.” (Eriş, 2017, s. 9).

Stratejik liderliğin güçlü olduğu hastanelerde, yeşil uygulamalar bireysel çabalara bağlı kalmadan kurumsal süreçlere entegre edilmekte ve yönetsel süreklilik sağlanmaktadır. Buna karşılık liderliğin zayıf olduğu yapılarda sürdürülebilirlik uygulamaları, yöneticilerin kişisel önceliklerine bağlı olarak şekillenmekte ve yönetici değişiklikleriyle birlikte etkisini kaybedebilmektedir. Bu yapı, yeşil hastane dönüşümünün neden bazı kurumlarda kalıcı hale gelemediğini açıklayan temel faktörlerden biridir. Hastane yöneticilerinin değerlendirmelerine göre, dış kaynak kullanımı yoluyla istihdam edilen personelin iletişim becerileri, iş disiplini, hasta ilişkileri ve hedeflere ulaşma gibi performans boyutlarında genel olarak olumlu algılandığı; buna karşılık motivasyon ve kurumsal bilgi boyutlarında yöneticilerin daha temkinli ve kararsız bir tutum sergilediği görülmektedir (Eriş, 2017).

2.2. Finansman, Bütçeleme ve Yaşam Döngüsü Maliyeti Yaklaşımı

Yeşil hastane yatırımları, özellikle başlangıç maliyetleri nedeniyle kısa vadede yöneticiler tarafından riskli olarak algılanabilmektedir. Ancak yaşam döngüsü maliyeti yaklaşımı, bu yatırımların uzun vadeli ekonomik ve çevresel getirilerini görünür kılmaktadır. Enerji verimliliği, su tasarrufu ve atık azaltımına yönelik uygulamalar, zaman içerisinde operasyonel maliyetleri düşürerek toplam maliyet avantajı sağlamaktadır (OECD, 2025).

Bu nedenle yeşil hastanelerde bütçeleme süreçlerinin kısa vadeli harcama mantığından çıkarılarak uzun vadeli sürdürülebilirlik hedefleriyle uyumlu hale getirilmesi önem taşımaktadır. Gelişmiş sağlık sistemlerinde yeşil fonlar, performansa dayalı teşvikler ve hibe programları, hastanelerin sürdürülebilirlik yatırımlarını destekleyen önemli araçlar olarak kullanılmaktadır. Bu mekanizmalar, çevresel hedeflerin finansal karar alma süreçleriyle bütünleşmesini sağlamaktadır.

2.3. İnsan Kaynakları Yönetimi ve Örgüt Kültürü

Yeşil hastane uygulamalarının başarısı, büyük ölçüde çalışanların bilgi düzeyi, tutumları ve davranışlarıyla ilişkilidir. Enerji tasarrufu, atık ayrıştırma, sürdürülebilir satın alma ve çevresel risklerin yönetimi gibi uygulamalar, ancak çalışanların aktif katılımıyla anlamlı sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle sürdürülebilirlik eğitimleri, hizmet içi programlar ve farkındalık çalışmaları

yeşil hastane dönüşümünün temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Schein, 2010).

Örgüt kültürü perspektifinden bakıldığında, çevresel sürdürülebilirliğin kurumun temel değerleri arasında yer alması, çalışanların gönüllü katılımını artırmakta ve uygulamaların kalıcılığını güçlendirmektedir. Liderlerin rol model davranışları, açık iletişim ve geri bildirim mekanizmaları, sürdürülebilirlik odaklı kültürün oluşmasında belirleyici rol oynamaktadır. Aksi durumda yeşil uygulamalar, çalışanlar tarafından ek iş yükü olarak algılanabilmekte ve dirençle karşılaşabilmektedir.

2.4. Sürdürülebilir Tedarik Zinciri Yönetimi ve Scope 3 Emisyonları

Yeşil hastanelerde yönetsel boyutların en karmaşık alanlarından biri, sürdürülebilir tedarik zinciri yönetimidir. Sağlık sektöründe çevresel etkinin önemli bir bölümünün, hastanelerin doğrudan kontrolü dışında gerçekleşen tedarik süreçlerinden kaynaklandığı bilinmektedir. İlaçlar, tıbbi cihazlar, tek kullanımlık ürünler ve lojistik faaliyetler, hastanelerin toplam karbon ayak izinin büyük bir kısmını oluşturmaktadır (Health Care Without Harm & Arup, 2019).

Bu nedenle yeşil hastaneler, satın alma ve tedarik politikalarını stratejik bir alan olarak ele almak zorundadır. Sürdürülebilir tedarik yaklaşımı; çevresel kriterlerin tedarikçi seçim süreçlerine entegre edilmesini, tedarikçi performansının düzenli olarak izlenmesini ve uzun vadeli iş birliklerinin kurulmasını gerektirmektedir. Scope 3 emisyonlarının yönetimi, bu bağlamda yeşil hastane dönüşümünün en zorlayıcı ancak en kritik boyutlarından biri olarak değerlendirilmektedir.

2.5. Yönetimsel Boyutların Bütüncül Değerlendirilmesi

Yeşil hastanelerde yönetimsel boyutlar, birbirinden bağımsız alanlar olarak değil, birbirini tamamlayan ve güçlendiren unsurlar olarak ele alınmalıdır. Yönetişim yapıları, finansman mekanizmaları, insan kaynakları politikaları ve tedarik zinciri yönetimi arasındaki uyum, sürdürülebilirlik hedeflerinin kalıcı hale gelmesini sağlamaktadır. Bu bütüncül yaklaşım benimsenmediğinde, yeşil hastane uygulamaları parçalı ve geçici kalma riski taşımaktadır.

Bu kitap bölümünde ele alınan yönetsel boyutlar, bir sonraki bölümde küresel modellerin karşılaştırmalı analizinde değerlendirilecek; farklı ülkelerde bu unsurların nasıl yapılandırıldığı ortaya konulacaktır. Böylece yeşil hastane dönüşümünün bağlamsal ve yönetsel dinamikleri daha net biçimde anlaşılabilir olacaktır.

3. KÜRESEL YEŞİL HASTANE MODELLERİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

Yeşil hastane uygulamalarının kurumsallaşma düzeyi, ülkelerin sağlık sistemlerinin yönetim yapıları, kamu politikaları ve finansman mekanizmalarıyla yakından ilişkilidir. Farklı ülkelerde benimsenen yaklaşımlar, çevresel sürdürülebilirliğin sağlık kurumlarında nasıl tanımlandığını, hangi araçlarla uygulandığını ve ne ölçüde kalıcı hale geldiğini göstermektedir. Bu kitap bölümünde Avrupa Birliği, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık örnekleri ele alınarak yeşil hastane modelleri karşılaştırmalı biçimde incelenmektedir.

Bu karşılaştırma, yeşil hastane dönüşümünün tek tip bir modelle açıklanamayacağını; bağlamsal faktörlerin, yönetim geleneklerinin ve politika araçlarının uygulamaların niteliğini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda bu analiz, Türkiye’de geliştirilecek politika ve yönetim modelleri için önemli çıkarımlar sunmaktadır.

3.1. Avrupa Birliği: Düzenleyici ve Kurumsallaşmış Model

Avrupa Birliği ülkelerinde yeşil hastane uygulamaları, çevre ve iklim politikalarının sağlık sektörüne sistematik biçimde entegre edildiği düzenleyici bir model çerçevesinde gelişmektedir. Avrupa Yeşil Mutabakatı, karbon nötr hedefleri ve “Fit for 55” paketi, kamu kurumlarının çevresel performansını doğrudan etkileyen bağlayıcı hedefler ortaya koymaktadır. Hastaneler, bu hedeflerin uygulanmasında kilit aktörler arasında yer almakta ve çevresel sürdürülebilirlik performansları yasal çerçevelerle izlenmektedir (European Commission, 2020; 2021).

Bu modelde sürdürülebilirlik, gönüllü bir tercih olmaktan ziyade kurumsal ve hukuki bir zorunluluk olarak ele alınmaktadır. Enerji verimliliği standartları, atık yönetimi yükümlülükleri ve çevresel raporlama gereklilikleri, hastanelerin performans değerlendirme süreçlerine entegre edilmiştir. Bu yapı, yeşil hastane uygulamalarının kişisel yönetsel tercihlere bağlı kalmadan

kurumsallaşmasını sağlamaktadır. Ancak düzenleyici yoğunluğun yüksek olması, bazı bağlamlarda esneklik ve yerel uyum kapasitesini sınırlayabilmektedir.

3.2. Amerika Birleşik Devletleri: Gönüllülük ve Kıyaslama Odaklı Model

Amerika Birleşik Devletleri'nde yeşil hastane dönüşümü, bağlayıcı düzenlemelerden ziyade gönüllü standartlar, sektör inisiyatifleri ve performans kıyaslaması üzerinden şekillenmektedir. Practice Greenhealth gibi kuruluşlar tarafından geliştirilen programlar, hastanelerin çevresel performansını ölçmekte ve kurumlar arası karşılaştırmaya olanak tanımaktadır (Practice Greenhealth, 2023).

Bu modelde sürdürülebilirlik, çoğu zaman maliyet tasarrufu, risk yönetimi ve kurumsal itibar ile ilişkilendirilmektedir. Enerji verimliliği ve atık azaltımı gibi uygulamalar, çevresel faydaların yanı sıra operasyonel maliyetleri düşüren araçlar olarak değerlendirilmektedir. Söz konusu yaklaşım, yöneticilerin sürdürülebilirlik yatırımlarını ekonomik rasyonelite çerçevesinde benimsemesini kolaylaştırmaktadır.

Bununla birlikte gönüllülük esasına dayalı yapı, uygulamalar arasında yüksek düzeyde farklılık oluşmasına neden olabilmektedir. Bazı hastaneler ileri düzey sürdürülebilirlik performansı sergilerken, diğerleri minimum uygulamalarla yetinebilmektedir. Bu yapı, ABD modelinin esnek ve yenilikçi yönleri kadar, standartlaşma eksikliğini de ortaya koymaktadır.

3.3. Birleşik Krallık: Ulusal Sağlık Sisteminde Net Sıfır Yaklaşımı

Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Sistemi (NHS), yeşil hastane uygulamalarının ulusal politika düzeyinde ele alındığı en kapsamlı örneklerden birini sunmaktadır. NHS tarafından açıklanan "Net Zero" hedefi, sağlık sektörünün doğrudan ve dolaylı emisyonlarını kapsayan bütüncül bir stratejiye dayanmaktadır (NHS England, 2020).

Söz konusu yaklaşımda sürdürülebilirlik, tekil hastanelerin inisiyatifine bırakılmamış; sistem düzeyinde belirlenen hedefler, yol haritaları ve performans göstergeleri aracılığıyla yönlendirilmiştir. Özellikle tedarik zinciri kaynaklı emisyonların azaltılmasına yönelik geliştirilen politikalar, yeşil hastane dönüşümünün Scope 3 boyutunu da kapsayacak şekilde

genişletilmesini sağlamaktadır. Bu yönüyle NHS modeli, yeşil hastaneleri yalnızca çevresel performansı yüksek kurumlar olarak değil, sağlık sisteminin tamamını dönüştüren aktörler olarak konumlandırmaktadır.

3.4. Modellerin Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi

Avrupa Birliği, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık modelleri birlikte değerlendirildiğinde, yeşil hastane uygulamalarının başarısında kurumsallaşma düzeyi, yönetim yapıları ve politika araçlarının belirleyici olduğu görülmektedir. Avrupa Birliği modeli bağlayıcı düzenlemeler sayesinde yüksek düzeyde standartlaşma sağlarken; ABD modeli esneklik ve yenilikçilik açısından avantaj sunmaktadır. Birleşik Krallık modeli ise ulusal düzeyde belirlenen net hedeflerle sistem genelinde uyum ve koordinasyon sağlaması açısından öne çıkmaktadır.

Bu karşılaştırma, yeşil hastane dönüşümünün tek bir “ideal” modelinin olmadığını; ancak sürdürülebilirliğin kalıcı hale gelebilmesi için ölçülebilir hedefler, net sorumluluk alanları ve hesap verebilir mekanizmaların vazgeçilmez olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, Türkiye’de yeşil hastane uygulamalarının geliştirilmesine yönelik politika önerilerinin şekillendirilmesinde önemli bir referans noktası oluşturmaktadır.

3.5. Küresel Yeşil Hastane Uygulamalarına İlişkin Somut Örnekler

3.5.1. Birleşik Krallık – NHS “Net Zero Health System” Programı

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi (NHS), dünyada **net sıfır karbon hedefi açıklayan ilk ulusal sağlık sistemi** olmuştur. NHS, 2040 yılına kadar doğrudan kontrol ettiği emisyonları, 2045 yılına kadar ise tedarik zinciri dâhil tüm emisyonları sıfırlamayı hedeflemektedir. Bu kapsamda enerji verimliliği, düşük karbonlu klinik uygulamalar ve sürdürülebilir tedarik politikaları merkezi olarak planlanmaktadır (NHS England, 2020; Tennison et al., 2021).

Öne çıkan yönetsel özellikler şunlardır:

- Ulusal düzeyde **karbon muhasebesi ve raporlama zorunluluğu**
- Hastane yöneticilerinin performans hedeflerine **çevresel göstergelerin entegre edilmesi**
- Tedarikçilere yönelik **zorunlu karbon raporlama şartları**

Bu model, yeşil hastane uygulamalarının gönüllü girişimlerin ötesine geçerek **kurumsal yönetim mekanizması** hâline getirilebileceğini göstermektedir.

3.5.2. Amerika Birleşik Devletleri – Cleveland Clinic ve Kaiser Permanente

ABD’de yeşil hastane uygulamaları ağırlıklı olarak **gönüllü ama ölçülebilir performans sistemleri** üzerinden ilerlemektedir. Cleveland Clinic ve Kaiser Permanente gibi büyük sağlık sistemleri, enerji tüketimi, atık azaltımı ve sürdürülebilir satın alma alanlarında sektör lideri olarak öne çıkmaktadır (Practice Greenhealth, 2023).

Örneğin Kaiser Permanente:

- %100 yenilenebilir elektrik kullanımına geçmiştir,
- Tek kullanımlık tıbbi ürünlerde döngüsel tedarik modelleri geliştirmiştir,
- Tedarikçi seçimlerinde çevresel performansı temel kriter hâline getirmiştir.

Bu örnekler, **piyasa temelli ve normatif baskıların** yeşil hastane dönüşümünde nasıl etkili olabildiğini ortaya koymaktadır.

3.5.3. Almanya – Enerji Verimli Kamu Hastaneleri Modeli

Almanya’da kamu hastaneleri, enerji verimliliği ve bina performansını esas alan **zorlayıcı düzenlemeler** çerçevesinde yeşil dönüşüm sürecine dâhil edilmiştir. Özellikle hastane binalarında:

- Yüksek enerji standartları,
- Isı geri kazanım sistemleri,
- Dijital enerji izleme altyapıları zorunlu hâle getirilmiştir (European Commission, 2020).

Bu yaklaşım, yeşil hastane kavramının **ulusal enerji politikalarıyla entegrasyonunu** temsil etmektedir.

3.6. Türkiye’de Yeşil Hastane Uygulamalarına İlişkin Örnekler

3.6.1. Şehir Hastaneleri: Altyapı Gücü – Yönetimsel Açmaz

Türkiye’de şehir hastaneleri, ileri teknolojik altyapıları ve büyük ölçekleri nedeniyle yeşil hastane potansiyeline sahiptir. Enerji yönetim

sistemleri, merkezi otomasyon ve dijital izleme altyapıları bu açıdan önemli fırsatlar sunmaktadır. Ancak uygulamada çevresel performans çoğu zaman **tasarım aşamasıyla sınırlı kalmakta**, işletme ve yönetim süreçlerine yeterince entegre edilememektedir.

Öne çıkan sorunlar:

- Enerji tasarruflarının hastane yönetimi tarafından doğrudan sahiplenilememesi
- Çevresel performans göstergelerinin yöneticilerin hesap verebilirlik sistemine entegre edilmemesi
- KÖİ sözleşmelerinde sürdürülebilirlik kriterlerinin sınırlı yer alması

Bu durum, Türkiye’de yeşil hastane uygulamalarının **yönetimsel kurumsallaşma eksikliği**ni açık biçimde göstermektedir.

3.6.2. Kamu Hastanelerinde Atık Yönetimi ve Enerji Verimliliği Uygulamaları

Bazı kamu hastanelerinde tıbbi atıkların ayrıştırılması, enerji verimli aydınlatma sistemleri ve su tasarrufuna yönelik uygulamalar hayata geçirilmiştir. Ancak bu uygulamalar genellikle:

- Proje bazlı,
- Kişisel yöneticilik inisiyatifine dayalı,
- Standartlaştırılmamış şekilde yürütülmektedir.

Ulusal ölçekte karşılaştırılabilir performans verilerinin eksikliği, iyi uygulamaların yaygınlaşmasını zorlaştırmaktadır.

3.7. Türkiye – Dünya Karşılaştırması

Tablo3.1, Türkiye, AB/NHS ve ABD sağlık sistemlerinde yeşil hastane uygulamalarının kurumsallaşma düzeyi, yönetim anlayışı ve yönetim araçları bakımından belirgin biçimde ayrıştığını göstermektedir. Özellikle bağlayıcılık, hesap verebilirlik ve davranışsal dönüşüm eksenlerinde sistemler arasında yapısal farklar bulunmaktadır

Tabo 3.1. Türkiye ABD Karşılaştırması

Boyut	Türkiye	AB / NHS	ABD
Yönetişim	Dağınık, proje bazlı	Merkezi ve bağlayıcı	Gönüllü ama sistematik
Raporlama	Zorunlu değil	Zorunlu	Kıyaslamaya dayalı
Tedarik	Maliyet odaklı	Karbon odaklı	Piyasa + çevre
İK & Kültür	Sınırlı eğitim	Sistematik	Davranışsal teşvik
Kurumsallaşma	Düşük	Yüksek	Orta

4. TÜRKİYE’DE YEŞİL HASTANE UYGULAMALARI: MEVCUT DURUM, SINIRLILIKLAR VE STRATEJİK POTANSİYELLER

Türkiye’de yeşil hastane uygulamaları, son yıllarda enerji verimliliği, çevre mevzuatına uyum ve kamu binalarında sürdürülebilirlik hedeflerinin artan görünürlüğüyle birlikte sağlık sektörünün gündemine girmiştir. Ancak mevcut uygulamaların büyük ölçüde parçalı, teknik odaklı ve proje bazlı bir karakter sergilediği görülmektedir. Yeşil hastane yaklaşımı, sağlık sisteminin bütüncül bir dönüşüm alanı olarak değil, çoğunlukla bina ölçeğinde enerji tasarrufu veya çevre dostu altyapı yatırımları çerçevesinde ele alınmaktadır.

Bu yapı, çevresel sürdürülebilirliğin sağlık yönetimi bağlamında kurumsal bir politika alanı haline gelmesini sınırlamakta; yeşil hastane uygulamalarının yönetsel ve stratejik boyutları görece geri planda kalmaktadır. Oysa küresel örnekler, sürdürülebilirliğin kalıcı hale gelebilmesi için hastane yönetim sistemlerinin ve sağlık politikalarının bu hedef doğrultusunda yeniden yapılandırılması gerektiğini göstermektedir.

4.1. Yönetişim Yapısı ve Kurumsal Çerçeve

Türkiye sağlık sistemi, yüksek düzeyde merkezîyetçi bir yönetim yapısına sahiptir. Bu yapı, politika belirleme ve kaynak tahsisi süreçlerinde güçlü bir koordinasyon kapasitesi sunmakta; standartların ülke genelinde hızlı biçimde yaygınlaştırılmasına olanak sağlamaktadır. Ancak aynı merkezîyetçi

yapı, hastane düzeyinde yönetsel esnekliği ve yerel yenilik kapasitesini sınırlayabilmektedir.

Yeşil hastane uygulamalarının kurumsal düzeyde açık sorumluluk alanlarıyla tanımlanmaması, sürdürülebilirliğin çoğu zaman teknik birimlerin veya bireysel yöneticilerin inisiyatifine bırakılmasına neden olmaktadır. Bu yapı, uygulamaların sürekliliğini ve izlenebilirliğini zayıflatmakta; yönetsel değişimlerle birlikte önceliklerin hızla farklılaşmasına yol açabilmektedir. Kurumsal sahiplenmenin sınırlı olduğu bu yapı, yeşil hastane dönüşümünün sistematik biçimde ilerlemesini zorlaştırmaktadır.

4.2. Finansman Mekanizmaları ve Bütçesel Kısıtlar

Türkiye’de yeşil hastane yatırımlarının önündeki temel engellerden biri, sürdürülebilirlik uygulamalarının finansal geri dönüşlerinin kurumsal düzeyde görünür olmamasıdır. Enerji ve kaynak tasarrufu sağlayan uygulamalar sonucunda elde edilen kazanımlar, çoğu zaman merkezi bütçe yapısı içerisinde erimekte ve hastane yönetimlerinin karar alanlarını genişletmemektedir.

Bu yapı, yöneticilerin uzun vadeli sürdürülebilirlik yatırımlarına yönelik motivasyonunu sınırlamakta; kısa vadeli maliyet baskılarının ön plana çıkmasına neden olmaktadır. Oysa yaşam döngüsü maliyeti yaklaşımının benimsenmesi ve tasarrufların belirli oranlarda hastanelere geri döndürülmesi, yeşil hastane dönüşümünü hızlandırabilecek önemli bir teşvik mekanizması oluşturabilir. Bu tür düzenlemeler, çevresel hedeflerin finansal karar alma süreçleriyle bütünleşmesini sağlayacaktır.

4.3. İnsan Kaynakları, Eğitim ve Kurumsal Farkındalık

Yeşil hastane uygulamalarının başarısında insan kaynağının rolü kritik öneme sahiptir. Türkiye’de çevresel sürdürülebilirlik, sağlık çalışanlarının eğitim programlarında ve yönetsel kapasite geliştirme süreçlerinde sınırlı ölçüde yer almaktadır. Bu yapı, yeşil uygulamaların çalışanlar tarafından ek bir yük veya geçici bir proje olarak algılanmasına neden olabilmektedir.

Kurumsal farkındalığın artırılabilmesi için sürdürülebilirlik konularının hizmet içi eğitim programlarına, yönetici geliştirme süreçlerine ve performans değerlendirme sistemlerine entegre edilmesi gerekmektedir. Liderlerin çevresel konularda rol model davranışlar sergilemesi, çalışan katılımını artıran önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu çerçevede yeşil hastaneler, yalnızca teknik

altyapı yatırımlarıyla değil, örgütsel öğrenme ve kültürel dönüşüm süreçleriyle desteklenmelidir.

4.4. Tedarik Zinciri, Satın Alma Politikaları ve Scope 3 Emisyonları

Türkiye’de yeşil hastane uygulamalarının en zayıf kaldığı alanlardan biri, sürdürülebilir tedarik zinciri yönetimidir. Satın alma süreçlerinde çevresel kriterler sınırlı ölçüde dikkate alınmakta; tedarikçi performansının çevresel boyutları sistematik biçimde izlenmemektedir. Bu yapı, hastanelerin toplam karbon ayak izinin önemli bir bölümünü oluşturan Scope 3 emisyonlarının yönetimini güçleştirmektedir.

Bununla birlikte kamu alımlarının merkezi yapısı, uygun politika araçlarıyla desteklendiğinde sürdürülebilir tedarik uygulamalarının hızla yaygınlaştırılmasına olanak sağlayabilecek önemli bir potansiyel sunmaktadır. Yeşil satın alma kriterlerinin mevzuata entegre edilmesi, tedarikçi raporlama yükümlülüklerinin artırılması ve uzun vadeli sözleşmelerde çevresel performans şartlarının yer alması, bu alanda somut ilerleme sağlanmasına katkı sunabilir.

4.5. Stratejik Potansiyeller ve Geleceğe Yönelik Fırsatlar

Mevcut sınırlılıklara rağmen Türkiye, yeşil hastane dönüşümü açısından önemli stratejik potansiyellere sahiptir. Büyük ölçekli sağlık yatırımları, entegre sağlık kampüsleri ve artan dijitalleşme kapasitesi, sürdürülebilirlik uygulamalarının sistematik biçimde hayata geçirilmesi için uygun bir zemin oluşturmaktadır. Ayrıca merkezi yönetim yapısı, doğru politika araçlarıyla desteklendiğinde yeşil hastane standartlarının ülke genelinde yaygınlaştırılmasını mümkün kılabilir.

Bu potansiyelin etkin biçimde kullanılabilmesi, sürdürülebilirliğin sağlık sisteminde ölçülebilir hedefler, net sorumluluk alanları ve hesap verebilir mekanizmalar üzerinden yapılandırılmasına bağlıdır. Yeşil hastaneler, bu çerçevede yalnızca çevresel performansı artıran kurumlar değil; sağlık sisteminin verimliliğini, dirençliliğini ve kamu değerini güçlendiren stratejik yapılar olarak konumlandırılmalıdır.

5. KARŞILAŞTIRMALI SENTEZ VE DEĞERLENDİRME

Önceki bölümlerde ele alınan kuramsal çerçeve, yönetsel boyutlar ve ülke örnekleri birlikte değerlendirildiğinde, yeşil hastane dönüşümünün başarısının teknik kapasiteden ziyade kurumsallaşma düzeyi ve yönetsel mimari ile doğrudan ilişkili olduğu açık biçimde görülmektedir. Enerji verimli binalar, çevre dostu teknolojiler ve dijital altyapılar, sürdürülebilirlik açısından gerekli olmakla birlikte, tek başına kalıcı bir dönüşüm yaratmak için yeterli değildir. Bu unsurların etkili olabilmesi, ancak yönetim yapıları, liderlik anlayışı ve örgütsel kapasiteyle bütünleşmeleri halinde mümkün olmaktadır.

Karşılaştırmalı analizler, yeşil hastane uygulamalarının hangi bağlamlarda “proje”, hangi bağlamlarda ise “kurumsal politika” haline geldiğini net biçimde ortaya koymaktadır. Avrupa Birliği örneğinde sürdürülebilirlik, bağlayıcı düzenlemeler ve zorunlu raporlama mekanizmaları aracılığıyla hastanelerin performans sistemlerine entegre edilmiştir. Bu yapı, yeşil hastane uygulamalarını bireysel yöneticilerin tercihlerinden bağımsız hale getirerek kurumsal süreklilik sağlamaktadır. Ancak yüksek düzeyde düzenleme, bazı bağlamlarda esneklik ve yerel uyum kapasitesini sınırlayabilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri modeli ise bağlayıcı düzenlemelerin sınırlı olduğu bir ortamda dahi yeşil hastane uygulamalarının nasıl yaygınlaşabileceğine ilişkin önemli ipuçları sunmaktadır. Gönüllü standartlar, kıyaslama mekanizmaları ve şeffaf veri paylaşımı, hastaneler üzerinde güçlü normatif ve taklitçi baskılar oluşturarak sürdürülebilirlik performansını artırmaktadır. Bununla birlikte bu model, uygulamalar arasında yüksek düzeyde farklılık oluşmasına neden olmakta; bazı kurumlar ileri düzey çevresel performans sergilerken diğerleri asgari uygulamalarla yetinebilmektedir.

Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) tarafından benimsenen net sıfır yaklaşımı, yeşil hastane dönüşümünün sistem düzeyinde nasıl yapılandırılabileceğine ilişkin güçlü bir örnek sunmaktadır. Bu modelde sürdürülebilirlik, tekil hastanelerin inisiyatifine bırakılmamış; ulusal hedefler, yol haritaları ve performans göstergeleri aracılığıyla tüm sağlık sistemi için bağlayıcı bir çerçeve oluşturulmuştur. Özellikle tedarik zinciri kaynaklı emisyonların azaltılmasına yönelik geliştirilen politikalar, yeşil hastane yaklaşımının Scope 3 boyutunu da kapsayacak şekilde genişletilmesini sağlamıştır.

Türkiye örneği bu modellerle birlikte değerlendirildiğinde, yeşil hastane uygulamalarının henüz kurumsal politika düzeyine taşınmadığı, büyük ölçüde teknik ve proje bazlı girişimlerle sınırlı kaldığı görülmektedir. Bu yapı, sürdürülebilirliğin sağlık sisteminde sistematik bir yönetim alanı haline gelmesini zorlaştırmaktadır. Özellikle ölçüm, izleme ve raporlama mekanizmalarının sınırlı olması, uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesini güçleştirmektedir.

Karşılaştırmalı sentez, Türkiye açısından iki temel çıkarımı ön plana çıkarmaktadır. Birincisi, merkeziyetçi sağlık yönetimi yapısı, doğru politika araçlarıyla desteklendiğinde yeşil hastane uygulamalarının hızlı ve yaygın biçimde hayata geçirilmesine olanak sağlayabilecek önemli bir avantaj sunmaktadır. İkincisi ise sürdürülebilirliğin kalıcı hale gelebilmesi için teknik yatırımların yanı sıra yönetsel kapasitenin, liderlik anlayışının ve örgütsel kültürün güçlendirilmesi gerektiğidir.

Bu kitap bölümünde yapılan değerlendirmeler, yeşil hastane dönüşümünün bağlamsal bir süreç olduğunu ve her ülkenin kendi yönetim yapısı, kurumsal kapasitesi ve politika öncelikleri doğrultusunda farklı araçlar geliştirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak bağlamdan bağımsız olarak ortak olan unsur, sürdürülebilirliğin ölçülebilir hedefler, net sorumluluk alanları ve hesap verebilir mekanizmalarla desteklenmediği durumlarda kalıcı hale gelemeyeceğidir.

Sonuç olarak karşılaştırmalı sentez, yeşil hastanelerin sağlık sistemlerinde çevresel sürdürülebilirliğin görünür hale geldiği teknik yapılar olmanın ötesinde, kurumsal öğrenme, yönetsel dönüşüm ve kamu değeri üretiminin merkezinde yer alan stratejik örgütler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu tespit, bir sonraki ve son bölümde ele alınacak genel değerlendirme ve politika yönelimlerinin kuramsal temelini oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Bu kitap bölümü, yeşil hastane uygulamalarını sağlık sektöründe çevresel sürdürülebilirliğin teknik bir uzantısı olarak değil, kurumsal ve yönetsel bir dönüşüm alanı olarak ele almıştır. Kuramsal çerçeve, yönetsel boyutlar ve karşılaştırmalı ülke analizleri birlikte değerlendirildiğinde, yeşil hastanelerin başarısının yalnızca çevre dostu teknolojilere yapılan yatırımlarla açıklanamayacağı açıkça görülmektedir. Kalıcı ve etkili bir dönüşüm, ancak

sürdürülebilirliğin sağlık kurumlarının temel yönetim fonksiyonlarıyla bütünleşmesiyle mümkün olmaktadır.

Çalışmanın temel bulguları, yeşil hastane uygulamalarının kurumsallaşma düzeyi ile yönetim yapıları arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Avrupa Birliği ve Birleşik Krallık örnekleri, bağlayıcı düzenlemeler, ölçülebilir hedefler ve hesap verebilir mekanizmalar sayesinde sürdürülebilirliğin sağlık sistemlerinde kurumsal bir politika alanına dönüşebildiğini göstermektedir. Buna karşılık gönüllülük esasına dayalı modeller, esneklik ve yenilikçilik açısından avantaj sunsa da, uygulamalar arasında tutarsızlıklara yol açabilmektedir. Bu yapı, sürdürülebilirliğin bireysel yönetsel tercihlere bırakıldığında kalıcılığının sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır.

Türkiye bağlamında yapılan değerlendirmeler ise yeşil hastane uygulamalarının henüz bütüncül bir politika çerçevesine oturtulmadığını göstermektedir. Mevcut uygulamalar ağırlıklı olarak teknik ve proje bazlı girişimlerle sınırlı kalmakta; yönetsel, kurumsal ve kültürel boyutlar yeterince dikkate alınmamaktadır. Ancak merkeziyetçi sağlık yönetimi yapısı, büyük ölçekli sağlık yatırımları ve artan dijitalleşme kapasitesi, uygun politika araçlarıyla desteklendiğinde yeşil hastane dönüşümünün hızla yaygınlaştırılmasına olanak sağlayabilecek önemli fırsatlar sunmaktadır.

Bu kitap bölümünde ulaşılan temel çıkarımlardan biri, yeşil hastanelerin yalnızca çevresel etkileri azaltan yapılar değil; aynı zamanda sağlık sistemlerinin verimliliğini, dirençliliğini ve kamu değerini artıran stratejik kurumlar olduğudur. İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerinin giderek arttığı günümüzde, yeşil hastane yaklaşımı tamamlayıcı bir politika alanı olarak değil, sağlık politikalarının merkezî bileşenlerinden biri olarak ele alınmalıdır. Söz konusu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin hem bugünkü hem de gelecekteki kuşaklar için sürdürülebilir biçimde sunulabilmesini mümkün kılmaktadır.

Çalışmanın kuramsal katkısı, yeşil hastane kavramını yönetim bilimi perspektifinden ele alarak çevresel sürdürülebilirlik ile kurumsal kapasite arasındaki ilişkiyi görünür kılmasıdır. Uygulama açısından ise farklı ülke örnekleri üzerinden yapılan karşılaştırmalar, politika yapıcılar ve hastane yöneticileri için bağlama duyarlı ve uygulanabilir çıkarımlar sunmaktadır. Bu yönüyle bölüm, sürdürülebilir sağlık sistemleri literatürüne hem kavramsal hem de pratik katkı sağlamaktadır.

Sonuç olarak yeşil hastaneler, sağlık sistemlerinde çevresel sürdürülebilirliğin görünür hale geldiği teknik yapılar olmanın ötesinde, yönetsel vizyonun, kurumsal öğrenmenin ve kamu sorumluluğunun kesiştiği stratejik örgütler olarak konumlandırılmalıdır. Bu perspektif, sürdürülebilirliğin sağlık sektöründe geçici bir politika gündemi değil, uzun vadeli bir yönetsel zorunluluk olduğunu ortaya koymaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmaların, yeşil hastane uygulamalarının performans etkilerini, çalışan davranışları ve hasta çıktıları üzerindeki yansımalarını daha ayrıntılı biçimde incelemesi, bu alandaki bilgi birikimini derinleştirecektir.

KAYNAKÇA

- Bovens, M. (2007). Analysing accountability. *European Law Journal*, 13(4), 447–468.
- Bowen, F. (2014). *After greenwashing*. Cambridge University Press.
- Bozeman, B. (2007). *Public values and public interest*. Georgetown University Press.
- Costello, A., et al. (2009). Managing the health effects of climate change. *The Lancet*, 373(9676), 1693–1733.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Eckelman, M. J., & Sherman, J. D. (2016). Environmental impacts of the U.S. health care system and effects on public health. *PLOS ONE*, 11(6), e0157014.
- Eriş, H. (2017). *Hastanelerde dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yöneticilerin görüşleri: Şanlıurfa örneği*. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(2), 1–13.
- European Commission. (2016). *Buying green! A handbook on green public procurement*.
- European Commission. (2020). *A European Green Deal*. Publications Office of the European Union.
- European Commission. (2021). *Fit for 55: Delivering the EU's 2030 climate target*. Publications Office of the European Union.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Pitman.
- Haines, A., et al. (2012). Public health benefits of climate mitigation. *The Lancet*, 380(9837), 210–219.
- Health Care Without Harm & Arup. (2019). *Health care's climate footprint*. HCWH.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- ISO. (2018). *ISO 14001: Environmental management systems*. International Organization for Standardization.
- Jameton, A., & Pierce, J. (2001). Environment and health. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 227–234.

- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). *Strategy-focused organization*. Harvard Business School Press.
- Karliner, J., et al. (2020). Health care's climate footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis. *Health Care Without Harm*.
- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Leadership in health care. *Health Services Management Research*, 26(1), 1–5.
- Lenzen, M., et al. (2020). The environmental footprint of health care. *The Lancet Planetary Health*, 4(7), e271–e279.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering institutions*. Free Press.
- McDermott, C. M., et al. (2011). Health care operations management. *Journal of Operations Management*, 29(6), 531–545.
- McGain, F., & Naylor, C. (2014). Environmental sustainability in hospitals – A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 19(4), 245–252.
- NHS England. (2020). *Delivering a “Net Zero” National Health Service*. NHS England.
- NHS England. (2022). *Net zero supplier roadmap*. NHS England.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Public procurement for innovation*. OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Green public procurement*. OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Delivering quality health services: A global imperative*. OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Climate action and health systems transformation*. OECD Publishing.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform (4th ed.)*. Oxford University Press.
- Porter, M. E., & Kramer, M. R. (2011). Creating shared value. *Harvard Business Review*, 89(1/2), 62–77.
- Power, M. (1997). *The audit society*. Oxford University Press.
- Q1–Q2 Akademik Dergiler (Yeşil Hastane & Sağlık Sistemleri)
- Salas, R. N., et al. (2020). Climate action in health care. *The Lancet Planetary Health*, 4(7), e271–e272.
- Saltman, R. B., Durán, A., & Dubois, H. F. W. (2011). *Governing public hospitals*. WHO Europe.

- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations* (4th ed.). Sage.
- Sherman, J. D., et al. (2020). Sustainability in health care: What does it mean? *Anesthesia & Analgesia*, 131(1), 1–5.
- Smith, P., et al. (2020). Health-sector climate mitigation. *BMJ Global Health*, 5(6), e002481.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). Kamu yatırımlarında sürdürülebilirlik yaklaşımı.
- T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. (2021). Ulusal enerji verimliliği eylem planı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık tesislerinde enerji verimliliği rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Sağlıkta kalite standartları – Hastane seti. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlıkta sürdürülebilirlik ve çevre yönetimi raporu.
- Testa, F., et al. (2016). Examining green public procurement. *Journal of Cleaner Production*, 112, 189–198.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. UN.
- Walker, H., & Brammer, S. (2009). Sustainable procurement. *International Journal of Operations & Production Management*, 29(12), 128–137.
- Watts, N., et al. (2018). The Lancet Countdown on health and climate change. *The Lancet*, 392(10163), 2479–2514.
- Watts, N., et al. (2021). Health and climate change: Policy responses. *The Lancet Planetary Health*, 5(1), e2–e3.
- World Health Organization. (2020). *Operational framework for building climate resilient health systems*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Health care waste and climate change*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *Climate change and health*. WHO.
- Yönetim, Kurumsal Kuram & Sürdürülebilirlik.

BÖLÜM 10

SAĞLIK TURİZMİ 4.0: DİJİTALLEŞME, KÜRESEL REKABET VE YENİ YÖNETİM MODELLERİ

Doç. Dr. Arzu KURŞUN¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070093>

¹ Giresun Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, a.kurshun@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9560-7689

Özet

Bu çalışma, sağlık turizminin dijital dönüşüm sürecini *Sağlık Turizmi 4.0* yaklaşımı çerçevesinde ele almayı amaçlamaktadır. Endüstri 4.0 ile hız kazanan dijitalleşme süreci; yapay zekâ, büyük veri analitiği, nesnelerin interneti, robotik sistemler ve tele-sağlık uygulamaları aracılığıyla sağlık turizminin hizmet sunum biçimlerini, yönetim modellerini ve rekabet dinamiklerini köklü biçimde dönüştürmektedir. Çalışmada sağlık turizmi kavramının tarihsel evrimi incelenmiş; dijital sağlık teknolojilerinin sağlık turizmine etkileri küresel ve ulusal literatür ışığında değerlendirilmiştir. Özellikle Güney Kore, Singapur, Malezya, Tayland ve Türkiye örnekleri üzerinden dijitalleşme düzeyi yüksek destinasyonların stratejik yaklaşımları karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Ayrıca Sağlık Turizmi 4.0 kapsamında veri odaklı yönetim, dijital hasta deneyimi yönetimi, entegre klinik operasyon yönetimi ile sürdürülebilirlik ve etik temelli yönetim çerçevesi olmak üzere dört temel yönetim modeli tartışılmıştır. Çalışma, dijital sağlık teknolojilerinin sağlık turizminde kalite, güvenlik, erişilebilirlik ve hasta deneyimi üzerindeki dönüştürücü rolünü ortaya koyarak, Türkiye'nin küresel sağlık turizmi pazarındaki konumunun güçlendirilmesine yönelik stratejik çıkarımlar sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık turizmi, Sağlık turizmi 4.0, Dijital sağlık, Yapay zeka, Dijitalleşme

HEALTH TOURISM 4.0: DIGITALIZATION, GLOBAL COMPETITION, AND NEW MANAGEMENT MODELS

Abstract

This study aims to examine the digital transformation of health tourism within the framework of the Health Tourism 4.0 approach. The digitalization process accelerated by Industry 4.0 has profoundly transformed service delivery models, management practices, and competitive dynamics in health tourism through technologies such as artificial intelligence, big data analytics, the Internet of Things, robotic systems, and telehealth applications. The study first explores the historical evolution of the health tourism concept and then evaluates the impact of digital health technologies on health tourism based on global and national literature. In this context, the strategic approaches of

digitally advanced destinations including South Korea, Singapore, Malaysia, Thailand, and Türkiye are analyzed comparatively. Furthermore, four key management models applicable to Health Tourism 4.0 are discussed: data-driven management, digital patient experience management, integrated clinical operations management, and sustainability- and ethics-based management frameworks. The study highlights the transformative role of digital health technologies in enhancing quality, safety, accessibility, and patient experience in health tourism and offers strategic insights to strengthen Türkiye's position in the global health tourism market.

Keywords: Health Tourism, Health Tourism 4.0, Digital Health, Artificial Intelligence, Digitalization

1. GİRİŞ

Yapay zeka (YZ), insan benzeri zekâyı taklit etmek amacıyla bilgisayar bilimini kapsamlı veri kümeleriyle birleştiren bir disiplin olarak, sağlık alanında köklü bir dönüşümün temel bileşenlerinden biri hâline gelmiştir. Tıp tarihinin kayıtları incelendiğinde, YZ'nin sağlık hizmetleriyle simbiyotik entegrasyonu sayesinde yeni bir çağın şekillenmekte olduğu görülmektedir. Bu devrim niteliğindeki bütünleşme, tıp uygulamalarını ve hasta bakım ortamlarını yeniden yapılandırmayı vaat eden önemli bir dönüm noktası olarak değerlendirilmektedir (Zuhair vd., 2024). Sağlık sektörü; seyahat ve turizm, sağlıklı yaşam ile bilgi, iletişim ve teknoloji gibi birçok sektörle yakın ilişki içinde olan güçlü ve çok boyutlu bir endüstri olarak öne çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri ile seyahat sektörlerinin birleşimi, özellikle son on yılda belirginleşmiş ve dünya genelinde insan hareketliliğinde olağanüstü bir artışa yol açmıştır. Oysa sağlık turizmi olgusu yeni değildir; bireylerin daha iyi sağlık hizmetlerine erişebilmek amacıyla uzun mesafeler kat ettiği uygulamalar, tarihsel olarak oldukça eski dönemlere dayanmaktadır (Wong ve Sa'aid Hazley, 2021).

Küresel sağlık camiasında da dijital ve ileri bilgi ve iletişim teknolojilerinin stratejik ve yenilikçi kullanımının, 1 milyar daha fazla insanın evrensel sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamada temel bir unsur olacağı yönünde güçlü bir fikir birliği oluşmuştur. Dijital sağlık alanındaki küresel strateji, mevcut ve yeni oluşturulan dijital sağlık ağlarının etkinliğini artırmayı ve bu ağları tamamlayıcı bir yapı sunmayı amaçlamaktadır (DSÖ,

2021). Bu dönüşüm süreci, doğrudan sağlık turizmi alanını da etkilemektedir. Modern çağda ise sağlık turizmi, hastaların yalnızca tedavi değil, aynı zamanda iyileşme ve toparlanma süreçleri için zamana ihtiyaç duymaları nedeniyle refahı artıran ve eğlence unsurlarını da içeren bir yapıya evrilmiştir. Bu durum, destinasyon pazarlamacılarını sağlık turizmi amacıyla seyahat eden bireylerin beklenti ve motivasyonlarını yeniden değerlendirmeye yöneltmiştir (Wong ve Sa’aid Hazley, 2021).

Sağlık hizmetleri, seyahat, turizm ve sağlıklı yaşam kavramlarının kesişiminde şekillenen sağlık turizmi, literatürde “sağlık turizmi” veya “tıbbi turizm” terimleriyle ifade edilmekte ve bu kavramların 17. yüzyıldan bu yana kullanıldığı bilinmektedir. Her ne kadar sağlık turizmi, tıbbi turizm ve sağlıklı yaşam turizmi kavramları sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da, her birinin kapsam ve içeriğinin farklı olduğu vurgulanmaktadır. Bu bağlamda sağlık turisti; sağlık, tıbbi ve/veya sağlıklı yaşam hizmetlerini aramak ve bu hizmetlerden yararlanmak amacıyla farklı destinasyonlara seyahat eden birey olarak tanımlanmaktadır (Wong ve Sa’aid Hazley, 2021). Sağlık turizmi; medikal turizm, termal ve spa–wellness turizmi ile ileri yaş ve engelli turizmi olmak üzere çeşitli alt türlerden oluşmaktadır (Dikmetaş Yardan vd., 2014). Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü, sağlık turizmini; bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme ve toplum içinde daha işlevsel bir yaşam sürdürebilme yeteneğini geliştirmeye yönelik tıbbi ve sağlıklı yaşam faaliyetleri aracılığıyla fiziksel, zihinsel ve/veya ruhsal sağlığın teşvik edilmesi motivasyonu ile gerçekleştirilen bir turizm türü olarak tanımlamaktadır (Wang vd., 2022)

Sağlık hizmetleri, tıbbi teknolojilerle birlikte tarihsel olarak kademeli bir gelişim göstermiştir. Bununla birlikte, yeni hastalıkların ortaya çıkması her zaman yeni tedavileri gerekli kılmakta ve bu tedaviler her zaman bireyin tercih ettiği coğrafi bölgede sunulamamaktadır. Bu durum, teknolojik ilerlemeyi yalnızca tıbbi hassasiyet ve kalite artışıyla sınırlı olmayan, aynı zamanda sağlık hizmetlerini hastalara daha yakın ve daha hızlı hâle getiren dönüştürücü bir unsur hâline getirmiştir. Böylece sağlık turizmi, gelişmiş ve iyileştirilmiş tıbbi tedavilere ve üstün teknolojik donanımlara olan talebi giderek daha fazla bünyesine entegre etmiştir (Wong ve Sa’aid Hazley, 2021). Günümüzde robotik, yapay zekâ, Nesnelerin İnterneti ve beşinci nesil kablosuz teknolojiler gibi yenilikçi teknolojilerin hızla gelişmesi, bireylerin yaşam, çalışma, iletişim

ve seyahat biçimlerini önemli ölçüde dönüştürmüştür. Bu teknolojik dönüşüm, sağlık turizmi destinasyonlarında daha güvenli, gelişmiş ve akıllı hizmet sunumlarını zorunlu hâle getirmiştir (Wang vd., 2022).

Heung ve Kucukusta (2013), sağlık turizmini; seyahat amacı sağlık ve esenlik arayışı olan turistlerin gerçekleştirdiği tüm faaliyetleri kapsayan genel bir kavram olarak ele almaktadır (Zhong vd., 2024). Bu çerçevede modern dünyada Endüstri 4.0, doğrudan ve dolaylı biçimde tüm altyapı sistemlerini etkileyen sosyo-ekonomik bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Endüstri 4.0'ın etkisiyle turizm sektöründe ulaşım, sosyal ve hizmet alanlarının yüksek düzeyde gelişmesi beklenmekte; bu durumun sektörün yüksek gelirli bir ekonomik alan hâline gelmesine katkı sağlaması öngörülmektedir (Abdurakhmanova vd., 2022).

Sağlık turizmi; küresel seyahat olanaklarının genişlemesi, iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, sağlık hizmetlerinin değişen koşulları ve sunduğu ekonomik faydalar doğrultusunda giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Küreselleşme ve teknolojik ilerlemeler, sağlık turizminin hem popüleritesini hem de etkisini belirgin biçimde artırmaktadır. Bu süreçte bilgi ve iletişim teknolojileri ile veri kullanımının rolü, dijitalleşmiş sağlık turizmi uygulamalarının sunduğu görev ve fırsatları tetikleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır (Kose vd., 2024).

Türkiye’de ise sağlık turizmi sektörü, son yıllarda hızlı bir gelişim göstermiş ve ülke bu alandaki rekabet gücünü artırarak dünya genelinde önemli bir sağlık turizmi destinasyonu hâline gelmiştir. Sağlık altyapısının iyileştirilmesi, nitelikli sağlık personelinin yetiştirilmesi ve uluslararası akreditasyonların sağlanması, Türkiye’nin küresel pazarda daha fazla hasta çekmesine olanak tanımıştır (Ceylan, 2025). Bununla birlikte, bu rekabet avantajının sürdürülebilirliği; temel yetkinliklere odaklanması ve teknolojinin sunduğu fırsatların stratejik biçimde değerlendirilerek turizm değer zinciri içindeki konumun güçlendirilmesiyle mümkün olacaktır (Eraslan, 2025).

Bu bölümde, dijitalleşmenin sağlık turizmine etkileri hem uluslararası literatür hem de Türkiye bağlamında ele alınmakta; Sağlık Turizmi 4.0 yaklaşımının kuramsal çerçevesi ortaya konularak uygulanabilir bir yönetim modeli önerilmektedir.

2. SAĞLIK TURİZMİ VE DİJİTALLEŞME

2.1. Sağlık Turizmi Kavramının Evrimi

Tıbbi turizm, küresel sağlık hizmetleri pazarında özellikle son yıllarda yeniden popülerlik kazanmış; hastaların tıbbi tedavi amacıyla sınır ötesi seyahatlerini ve yurt dışına yönelen sağlık hareketliliğini içeren bir olgu olarak öne çıkmıştır (Lajevardi, 2016). Bu artan ilgi, sağlık turizminin yalnızca bireysel tedavi tercihlerine değil, aynı zamanda küresel ölçekte sağlık hizmetlerinin sunum biçimlerine ve erişim koşullarına bağlı olarak şekillendiğini göstermektedir (Sun vd., 2022).

Sağlık turizmi, bireylerin sağlıklarını iyileştirmek ve refahlarını korumak amacıyla gerçekleştirdikleri yurt içi ve yurt dışı seyahatleri ifade etmekte; kavram, zaman içerisinde tıbbi turizmden sağlık hizmetleri turizmine ve eş zamanlı sağlık turizmine doğru evrilmiştir. Bu evrim sürecinde sağlık turizmi destinasyonlarının yalnızca doğal ve estetik çekicilikleriyle değil, aynı zamanda konaklama olanakları, rekreasyonel aktiviteler ve sağlık hizmeti altyapılarıyla da bütüncül bir deneyim sunduğu vurgulanmaktadır (Sun vd., 2022).

Sanayileşmenin artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın çeşitlenmesi, ülkeleri tıbbi turizmi teşvik ederek bu alandaki ulusal fırsatlardan yararlanmaya yöneltmiştir. Turizm, küresel ekonomide büyüyen bir sektör olarak yalnızca ekonomik ve ticari boyutlarıyla değil, aynı zamanda sosyoekonomik kalkınma ve altyapısal büyüme üzerindeki etkileriyle de dikkat çekmektedir. Artan seyahat talebi ve turizm endüstrisinin stratejik rolü, ülkelerin sağlık turizmini kalkınma politikalarının bir parçası hâline getirmelerine zemin hazırlamıştır (Amouzagar vd., 2016).

Gelişme eğilimleri dikkate alındığında, sağlık turizmi 21. yüzyılın ilk on yılında en önemli turizm segmentlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, hem turizm hem de sağlık sektörlerinde kavrama ilişkin ortak bir anlayışın bulunmaması, sağlık turizmini karmaşık bir olgu hâline getirmektedir. Bu durumun temel nedenlerinden biri, sağlık turizmine yönelik tanımların ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermesidir (Papp & Lörincz, 2016). Bu çeşitlenme, sağlık turizminin sınırlarına ilişkin akademik tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Özellikle sağlık, tıbbi ve sağlıklı yaşam turizmi arasındaki ilişkiler konusunda literatürde tam bir fikir birliğine ulaşılamamıştır (Sun vd., 2022). Sağlık seyahatleri, güzellik, keyif ve yenilenme gibi

ödüllendirici unsurların yanı sıra uyarıcı aktiviteler ve spor gibi daha zorlu deneyimleri de içerebilmektedir. Bu bağlamda birçok araştırmacı, sağlık turizmini tıbbi turizm, sağlıklı yaşam turizmi ve spa turizmini kapsayan bir süreklilik olarak ele almaktadır (Pessot vd., 2021).

Sağlık turizmi literatürünün evrimi, giderek artan biçimde turizm destinasyonlarının sürdürülebilirliği ve rekabet gücü ile ilişkilendirilmektedir (Pessot vd., 2021). Veri paylaşımı ve belirli gruplar için veri erişiminin sağlanması, kişiselleştirilmiş sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini kolaylaştırarak turizm tekliflerini güçlendiren önemli bir unsur hâline gelmiştir. Bu süreçte “turist müşterilerin” profillenmesi, uygun iş modellerinin oluşturulması açısından kritik bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (Illario vd., 2019). Son yıllarda sağlık turizminin yaygınlaşmasında; gelişmiş ülkelerdeki yüksek tedavi maliyetleri, uzun bekleme süreleri, uygun fiyatlı hava ulaşımı, elverişli döviz kurları ve nitelikli sağlık personeline erişim gibi faktörler belirleyici olmuştur. Bu doğrultuda sektör; kaplıcalar, tıbbi turizm gibi çok sayıda bileşeni bünyesinde barındıran geniş bir yapıya evrilmiştir (Figueiredo vd., 2024).

Sonuç olarak tıbbi gelişmeler, tarihsel olarak sağlık hizmetlerinde istikrarlı bir evrimi beraberinde getirmiştir. Daha kişiselleştirilmiş tıbbi ekipmanlara ve sofistike tedavi yaklaşımlarına duyulan ihtiyaç, sağlık turizminin kapsamına giderek daha fazla dahil edilmiştir (Rady & Wahab, 2024).

Tüm bu gelişmeler, sağlık turizmini yalnızca tedavi hizmetlerinin sunulduğu bir alan olmaktan çıkararak; veri akışının, dijital iletişimin, yapay zekâ temelli yönetsel süreçlerin ve uluslararası sağlık ağlarının birlikte değerlendirildiği çok boyutlu bir ekosistem hâline dönüştürmüştür.

2.2. Endüstri 4.0’den Sağlık Turizmi 4.0’a

21. yüzyılın başından itibaren dünya, genellikle Endüstri 4.0 olarak adlandırılan dördüncü sanayi devrimiyle birlikte iş dünyasında kapsamlı bir dijital dönüşüm sürecine tanıklık etmektedir (Ghobakhloo, 2020). Bu dönüşümün etkileri, sağlık sektöründe de belirgin biçimde hissedilmiştir. Teknoloji kullanım düzeyi, yalnızca hastalıkların teşhis ve tedavi aşamalarında değil, aynı zamanda sağlıklı bir durumun korunmasına yönelik destek

hizmetlerinin sunulmasında da kritik bir unsur hâline gelmiştir (Dalkıran, 2023).

Özellikle YZ teknolojilerindeki hızlı gelişim, sağlık turizmi endüstrisinde önemli bir dönüşümü beraberinde getirmiştir. Gelişmiş bir iletişim ve karar destek aracı olarak yapay zekâ, operasyonel verimliliği ve işlevselliği artırmakta; insan zekasını simüle ederek sağlık turizminin farklı boyutlarında hedeflenen sonuçlara ulaşılmasına katkı sağlamaktadır (Dalkıran, 2023). Veri analizi ve doğru tahminler yoluyla belirsizliği azaltan YZ uygulamaları, turistlerin kaygı düzeyini düşürmekte ve güven duygusunu güçlendirmektedir. Özellikle yabancı destinasyonlara seyahatin yaratabileceği stres, YZ destekli sistemlerin sunduğu güvenilir ve net bilgiler sayesinde azaltılabilmektedir (Basirat vd., 2025).

Bu bağlamda Sağlık 4.0 kavramı, sağlık sektöründe Teknoloji 4.0 araçlarının kullanımını ifade etmekte ve günümüz sağlık teknolojilerinin ulaştığı noktayı simgelemektedir. Sağlık alanında yeni teknolojilerin sistematik biçimde benimsenmesi, Endüstri 4.0'ın sağlık sektörüne yansımaları olarak değerlendirilmektedir (Dalkıran, 2023). Böylece teknolojik kapasite, sağlık turizminde rekabet avantajı yaratan stratejik bir unsur hâline gelmektedir. Aynı zamanda YZ, uygun sağlık standartlarının sağlanması ve hastaların kaliteli ve erişilebilir tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmesi yoluyla sağlık turizmi hizmetlerinin niteliğini artırmaktadır. Bekleme sürelerinin azalması ve gelişmiş tıbbi hizmetlere erişimin kolaylaşması, sağlık turizminin gelişimini destekleyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Basirat vd., 2025).

Yapay zekanın teletıp uygulamalarıyla entegrasyonu, sağlık turistlerinin seyahat öncesinde tıbbi ve sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilere erişimini mümkün kılmaktadır. Bu durum, turist memnuniyetini artırmanın yanı sıra, işletmelerin talep ve ihtiyaçları daha doğru biçimde öngörmesine olanak tanıyarak rekabet avantajını güçlendirmektedir (Basirat vd., 2025). Sağlık turizmi, sağlık 4.0 ile birlikte aşağıdaki temel bileşenleri kapsamaktadır (Estrela vd., 2018; Bause vd., 2019):

YZ destekli teşhis ve tedavi sistemleri

Dijital hasta deneyimi tasarımı

Tele-sağlık ve uzaktan konsültasyon teknolojileri

Robotik cerrahi ve ileri teknoloji klinik uygulamalar

Büyük veri analitiği ile klinik karar destek sistemleri

Uluslararası hasta yönetiminde dijital pazarlama ve algoritmik görünürlük

Blok zinciri tabanlı veri güvenliği modelleri

Kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti modelleri

Bu bileşenler, sağlık turizmi hizmet sunumunu daha hızlı, erişilebilir, güvenilir ve şeffaf hâle getirmekte; aynı zamanda yöneticilere stratejik karar alma süreçlerinde yeni avantajlar sunmaktadır.

3. SAĞLIK TURİZMİ 4.0'IN SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN ÖNEMİ

Gelişen teknolojiler sayesinde bireyler, sağlık turizminden faydalanmak için fiziksel olarak seyahat etme zorunluluğu olmaksızın daha kaliteli ve uygun maliyetli sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Bu durum, sağlık turizminin yalnızca hasta hareketliliğine dayalı bir yapıdan çıkarak dijital sağlık ekosistemi içinde yeniden konumlandığını göstermektedir (Sevim vd., 2024).

Bu dönüşüm çerçevesinde Sağlık Turizmi 4.0 yaklaşımı, sağlık yöneticileri açısından stratejik bir yönetim aracı haline gelmiştir. Teknolojik yeniliklerin farklı ülkelerde sağlık hizmetlerinin verimliliğini, kalitesini, maliyet yapısını ve erişilebilirliğini iyileştirmesi, sağlık turizminde teknoloji kullanımına yönelik talebin artmasına neden olmuştur (Dar ve Kashyap, 2023).

Dijital altyapısı güçlü olan ülkeler, küresel sağlık turizmi pazarında daha görünür ve tercih edilir hale gelmektedir. Örneğin Güney Kore, dijitalleşmiş tıp uygulamalarını ulusal bir marka stratejisi çerçevesinde sunarak küresel ölçekte rekabet avantajı elde etmektedir (Kim ve Seo, 2023). Benzer şekilde Dubai, sağlık sektöründe yenilikçi teknolojilerin etkin kullanımı sayesinde dünyanın önde gelen tıbbi turizm destinasyonlarından biri olarak konumlanmıştır (Dar ve Kashyap, 2023).

Hasta deneyiminin kişiselleştirilmesi, Sağlık Turizmi 4.0 yaklaşımının sağlık yönetimi açısından bir diğer kritik boyutunu oluşturmaktadır. YZ ve blok zinciri gibi yeni teknolojilerin; müşteri hedeflemesi, kişiselleştirme, tahmine dayalı analiz ile şeffaflık ve güvenliğin artırılması yoluyla pazarlama ve hizmet sunumunu önemli ölçüde dönüştürdüğü görülmektedir (Vlačić vd., 2021). Sağlık turizmi bağlamında bu teknolojiler, turistlerin ihtiyaçlarına hızlı ve etkili yanıt verilmesini sağlamakta, tıbbi profillerin güvenliğini artırmakta ve genel memnuniyet düzeyini yükseltmektedir. Ayrıca sağlık verilerinin analiz

edilmesi ve sınıflandırılması, turistlerin kendileri için en uygun destinasyonları seçmelerine yardımcı olmaktadır (Sarhadi vd., 2024). Böylece dijital araçlar, hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş bir hizmet deneyimi sunulmasını mümkün kılmaktadır.

Bu süreci destekleyen önemli bir gelişme de YZ destekli uygulamaların hasta etkileşiminde yaygınlaşmasıdır. Deepthi ve Bansal'a (2023) göre, sağlık turizminde YZ kullanımı müşteri deneyimini önemli ölçüde geliştirmiş; bu durum, YZ destekli sohbet robotları ve akıllı seyahat asistanlarının geniş çapta benimsenmesine zemin hazırlamıştır (Farooq vd., 2024).

Sağlık Turizmi 4.0'ın sağlık yönetimi açısından bir diğer temel katkısı, kalite ve güvenlik standartlarının yükseltilmesidir. Sağlık turizminde YZ uygulamaları, yalnızca kaliteli tedavilerin sunulmasını kolaylaştırmakla kalmamış; aynı zamanda hasta deneyimini iyileştirerek sektör dinamiklerinde önemli bir dönüşüme işaret etmiştir (Mu Sahar ve Dar, 2024). Örneğin pandemi sürecinde İran'ın tıbbi turistlere yönelik sağlık ihtiyaçlarını telefon görüşmeleri aracılığıyla desteklemesi, ülkenin güvenilir ve kaliteli bir tıbbi turizm destinasyonu olarak algılanmasına katkı sağlamıştır (Kim ve Seo, 2023).

Bu bağlamda dijital sağlık hizmetlerinde kullanılan akıllı teknolojiler, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve sağlık turizminin büyümesini desteklemektedir. Fitness takibi uygulamalarından hastane ortamlarında tıbbi turistlerin uzaktan izlenmesine kadar uzanan bu teknolojiler, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktadır. Akıllı sağlık sistemlerinin entegrasyonu, sürekli izleme ve takip olanağı sunarak sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine ve tıbbi turistler için daha sorunsuz, güvenli ve verimli bir deneyim oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (Mu Sahar ve Dar, 2024).

4. DİJİTAL SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİ

Dijital sağlık teknolojilerinin tıbbi turizme entegrasyonu, sağlık turizminin kapsamını yeniden tanımlayarak daha verimli ve hasta merkezli bir yapı oluşturmuştur. Özellikle tele-tıp uygulamaları, hastaların tedavi öncesi değerlendirme ve tedavi sonrası takip süreçlerinde uzmanlarla uzaktan iletişim kurmalarına olanak tanımakta; böylece uzun mesafeli seyahat ihtiyacını azaltarak zaman ve maliyet avantajı sağlamaktadır (Al-Romeedy vd., 2025). Bu dönüşüm, sağlık turizminin yalnızca fiziksel hareketliliğe dayalı bir hizmet

alanı olmaktan çıkarak dijital temas noktaları üzerinden de sürdürülebilir hale geldiğini göstermektedir.

Bu süreçte YZ teknolojileri, sağlık turizmi hizmetlerinin niteliğini ve güvenilirliğini önemli ölçüde artırmıştır. Blok zinciri teknolojisi ise tıbbi kayıtların ve işlemlerin güvenli ve şeffaf biçimde yönetilmesine olanak tanıyarak veri bütünlüğü ve birlikte çalışabilirlik gibi uzun süredir devam eden sorunlara çözüm üretmektedir (Al-Romeedy vd., 2025). Bu teknolojik ilerlemeler; takip planlaması, sağlık uygulamaları, büyük veri, veri depolama, veri toplama ve analiz gibi birçok alanda köklü değişikliklere yol açmıştır. YZ teknolojilerinin seyahat ve sağlık sektörlerini hızla dönüştürdüğü; bu dönüşümün her iki alanın da işleyiş biçimini yeniden şekillendirdiği vurgulanmaktadır (Farooq vd., 2024).

Buna ek olarak sanal ve artırılmış gerçeklik uygulamaları, ameliyat öncesi simülasyonlar ve sağlık tesislerinin sanal turları aracılığıyla hastaların kaygı düzeyini azaltmakta ve güven duygusunu güçlendirmektedir. Giyilebilir cihazlar ile nesnelerin interneti teknolojileri sağlık verilerinin uzaktan izlenmesini mümkün kılarak bakım sürekliliğini desteklerken, mobil uygulamalar da sağlayıcı karşılaştırmaları, maliyet tahminleri ve lojistik planlamayı kolaylaştırmaktadır (Al-Romeedy vd., 2025). Böylece sağlık turizmi, dijital verinin ve analitik yetkinliklerin merkezde olduğu bir yapıya evrilmektedir.

Literatürde, sağlık turizminin dijital geleceğini şekillendirecek dört temel tema öne çıkmaktadır: akıllı bakım, her an bakım, yetkilendirilmiş bakım ve yaratıcı sağlık turizmi girişimleri. Akıllı bakım yaklaşımı, hassas tıp, robotik ve tıbbi baskı teknolojilerinden yararlanarak spa turizmi sonuçlarını iyileştirmeyi ve sağlık ile turizm maliyetlerini düşürmeyi hedeflemektedir (Jakovljevic vd., 2018). Her an bakım ise bağlantılı evler ve sanal bakım alanındaki gelişmeler sayesinde ev içi sağlık turizmini mümkün kılmaktadır (Jakovljevic vd., 2018). Dijital platformlar ve mobil uygulamalar ise kişiselleştirilmiş tedavi planları, randevu yönetimi ve tedavi sonrası takip süreçlerini destekleyerek sağlık turizmi deneyimini bütüncül bir yapıya dönüştürmektedir (Shpilyova, 2025).

Yetkilendirilmiş bakım yaklaşımı, “yaşayan hizmetler” aracılığıyla turistlere sağlık ve refah süreçlerini yönetme konusunda daha fazla kontrol sunmaktadır. Akıllı spa uygulamaları, veri odaklı çözümler sayesinde sağlık

turizmi çalışanlarının ve tesislerinin turistlerin sağlık durumunu gerçek zamanlı olarak izlemelerine olanak tanımaktadır (Jakovljevic vd., 2018).

Dijitalleşmenin ilerlemesiyle birlikte değer odaklı sağlık turizmi hızla somutlaşmakta; fiziksel ve dijital dünya arasındaki sınırlar giderek belirsizleşmektedir. Akıllı sensörler, bağlantılı cihazlar ve gelişmiş yazılımlar bir araya gelerek sağlık turizmi deneyimini daha erişilebilir, düşük maliyetli ve yüksek kaliteli hâle getirmektedir (Jakovljevic vd., 2018). Ayrıca YZ ve makine öğrenimi teknolojileri, mobil sağlık uygulamalarının etkin kullanımını destekleyerek dijital sağlık turizmi çerçevesini güçlendirmektedir. Bu teknolojiler; bilet temini, ulaşım, konaklama, beslenme, rehberlik ve çeşitli sağlık turizmi faaliyetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır (Sheik Osman vd., 2021). Nitekim sağlık turizminde dijitalleşmeye ilişkin ilk uygulamaların e-sağlık teknolojileri etrafında şekillendiği; yöneticiler ve çalışanların bu derin dönüşüme kurumsal olarak hazırlıklı olmalarının kritik olduğu vurgulanmaktadır (Emami vd., 2025).

Sonuç olarak sağlık turizmi sektörü, ülkeler arasındaki ekonomik, teknolojik ve yönetsel farklılıkların belirgin biçimde hissedildiği son derece rekabetçi bir pazar yapısına sahiptir. Dijitalleşmenin artmasıyla birlikte geleneksel rekabet unsurları dönüşmüş; maliyet avantajı ve klinik başarı oranlarının yanı sıra dijital görünürlük, YZ kapasitesi, veri güvenliği altyapısı, tele-sağlık hizmetlerinin kalitesi ve uluslararası hasta deneyimi yönetimi kritik başarı faktörleri arasına girmiştir. Bu bağlamda, küresel ölçekte öne çıkan sağlık turizmi destinasyonlarının karşılaştırılması ve Türkiye'nin bu yapı içerisindeki konumunun değerlendirilmesi, dijital sağlık teknolojilerinin stratejik önemini daha görünür kılmaktadır.

4.1. Küresel Sağlık Turizmi Pazarının Dinamikleri

Son dönemde sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinmek isteyen bireylerin dijital kanallara ve web sitelerine yönelmesinin artması, dijitalleşmenin sağlık turizmi destinasyonları açısından stratejik bir araç olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır (Yiğit ve Açıkgöz, 2023). Küresel ölçekte sağlık turizmini şekillendiren temel dinamikler şu şekilde özetlenebilir:

- Dijital sağlık teknolojilerinin yaygınlaşması (Akalın ve Demirbaş, 2024).

- YZ tabanlı tedavi ve yönetim sistemlerinin artışı (Bostan ve Halhallı, 2025).
- Hava ulaşım maliyetlerinin düşmesi ve tarifelerin çeşitlenmesi (Ekizoğlu, 2022)
- Uluslararası akreditasyonların yaygınlaşması (JCI vb.) (Ceylan, 2025)
- Küresel pazarlama stratejilerinde dijital görünürlüğün yükselişi (Karaköse, 2024)
- Bakım sürecinin dijitalleştirilmesi ve hasta deneyimi odaklı yaklaşım

Bu dinamikler, ülkelerin sağlık turizmi stratejilerini doğrudan etkilemekte; rekabet avantajına sahip olan ülkeler hem daha fazla uluslararası hasta çekmekte hem de yüksek teknoloji tedavilerde liderlik konumuna yükselmektedir (Deniz, 2019).

4.2. Dijitalleşme Açısından Öne Çıkan Ülkeler

Küresel ölçekte hızla büyüyen sağlık turizmi sektörünün 2016 yılında 61,172 milyar dolar olan pazar değerinin, 2023 yılına kadar 165,3 milyar dolara ulaşacağı öngörülmektedir. Bu büyümenin en belirgin şekilde Asya kıtasında gerçekleştiği; özellikle Singapur, Tayland, Güney Kore ve Hindistan'ın tıbbi turizm açısından önde gelen destinasyonlar hâline geldiği görülmektedir (Khizzou vd., 2025).

Sağlık turizmi bağlamında bazı hizmet alanlarının belirli ülkelerle özdeşleştiği dikkat çekmektedir. Örneğin Slovenya kısırlık tedavileriyle, Güney Amerika ülkeleri ise plastik cerrahi uygulamalarıyla anılmaktadır. Orta ve Güney Amerika'daki bazı ülkeler; kozmetik ve plastik cerrahi, bariatrik işlemler ve diş bakımı alanlarında güçlü bir itibar geliştirmiştir. Benzer şekilde Hindistan, Malezya, Singapur ve Tayland; kalp cerrahisi ve ortopedik cerrahi gibi ileri tıbbi müdahaleler için tercih edilmektedir (Sezgin, 2021). Özellikle gelişmiş ülkelerdeki internet kullanıcıları, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerini daha uygun maliyetlerle sunan Tayland, Singapur ve Malezya gibi Asya ülkelerine tıbbi hizmet almak amacıyla yönelmektedir. Yüksek hizmet kalitesi ile görece düşük fiyat avantajını bir arada sunabilen bu ülkeler, küresel tıbbi turizm pazarında dikkat çekici bir rekabet gücü elde etmiştir (Ratnasari vd., 2022).

Bu rekabet avantajının güçlenmesinde dijitalleşmenin rolü giderek artmaktadır. Birçok sektörde dönüşüme yol açan dijital yenilikler, sağlık turizmi alanında da hizmet sunumundan pazarlamaya kadar uzanan geniş bir etki alanı yaratmıştır. Dijital teknolojilerin etkin kullanımı; uluslararası itibar kazanmanın, güncel bilgilerin hızlı biçimde paylaşılmasının ve sağlık turistlerine ulaşmanın düşük maliyetli ve etkili bir yolu hâline gelmiştir (Yiğit ve Açıkgöz, 2023).

4.2.1. Güney Kore

Sağlık turizmine ilişkin doğrulanabilir verilerin sınırlı olmasına karşın, mevcut çalışmalar sağlık turizminin başlıca destinasyonlarının Asya’da yoğunlaştığını göstermektedir. Tayland, Hindistan, Singapur, Malezya ve Filipinler “ana destinasyonlar” arasında yer alırken, Güney Kore ise hızla yükselen bir profil sergileyerek “gelişen destinasyon” olarak sınıflandırılmaktadır (Xu vd., 2021). Bu konumlanma, ülkenin sağlık turizmi alanında stratejik bir dönüşüm süreci içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

Güney Kore, en güncel tıbbi teknolojileri ve dijital sağlık çözümlerini sağlık hizmetlerine entegre ederek yabancı hasta çekmeyi hedefleyen bütüncül bir strateji benimsemiştir. Bu yaklaşım; yüksek klinik bakım kalitesi, nitelikli hekim kadrosu ve ileri teknoloji tıbbi ekipmanlara verilen önemin bir sonucu olarak şekillenmiştir (Ateş ve Sunar, 2024). Özellikle gelişmiş tıbbi tedavi teknolojileri ve plastik cerrahi alanındaki güçlü itibarı sayesinde kısa sürede öne çıkan bir tıbbi turizm merkezi hâline gelmiştir. Sağlık hizmetlerine yönelik uluslararası talebin artması, ülkede hizmet sunan sağlık kuruluşlarının sayısında da belirgin bir artışa yol açmıştır. Nitekim Güney Kore’de faaliyet gösteren toplam 31 tıbbi turizm sağlık hizmeti sağlayıcısının Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmiş olması, sunulan hizmetlerin uluslararası kalite standartlarıyla uyumlu olduğunu göstermektedir (Kim vd., 2019).

Ülkenin gelişmiş altyapısı ve modern sağlık tesisleri, Güney Kore’yi küresel ölçekte tercih edilen bir tıbbi turizm destinasyonu haline getirmektedir. Özellikle kanser tedavisi, estetik cerrahi ve organ nakli alanlarında oluşturulan dijital sağlık ekosistemi, Güney Kore’nin Sağlık Turizmi 4.0 yaklaşımını başarıyla uygulayan ülkeler arasında yer almasını sağlamaktadır (Ateş ve Sunar, 2024).

4.2.2. Singapur

Singapur; plastik cerrahi, mide küçültme ameliyatı, kalp hastalıkları, kanser tedavisi ve diş hekimliği hizmetleri ile ünlenmiştir. Bu hizmetler; hastaların çevrim içi kabulü, uluslararası hasta hizmet merkezlerinin kurulması, tedavi sonrası takip için diğer ülkelerdeki hastanelerle yapılan sözleşmeler ve uluslararası sağlık sigortası planları aracılığıyla sağlık giderlerinin karşılanması uygulamalarıyla desteklenmektedir. Singapur, akreditasyon, klinik kalite ve veri güvenliği konularında dünya liderleri arasındadır. Blok zinciri tabanlı sağlık verisi yönetimi projeleri, tele-sağlık mevzuatı ve uluslararası hasta koordinasyon sistemleri, ülkeyi dijitalleşme alanında öncü konuma taşımaktadır (Raoofti vd., 2024).

4.2.3. Malezya

Malezya, teknolojik ilerlemeleri ve sağlık hizmetlerindeki iyileştirmelere olan bağlılığıyla ünlüdür. Bu nedenle e-sağlık hizmetlerinin entegrasyonu, sağlık hizmetlerinde mükemmelliğin yeni bir çağını başlatmak için umut vadeden bir fırsat sunmaktadır (Malarvizhi vd., 2024). Tayland ve Malezya'nın sağlık turizmi stratejileri, devletlerin sağlık hizmetleriyle “çok boyutlu etkileşimini” vurgulamaktadır; zira devlet ve devlet dışı aktörler, değişen sağlık sorunları ve müdahaleleri ortamında yerel ve küresel tüketiciler için sağlık ve tıbbi teknolojileri geliştirmekte ve tanıtmaktadır (Farber ve Taylor, 2023). Malezya'daki hastaneler, üçüncü dünya fiyatlarıyla Uluslararası Ortak Komisyon (JCI) aracılığıyla birinci dünya kalitesinde, uluslararası akreditasyona sahip sağlık tesisleri ve tıp uzmanları sunmaktadır (Khairunnisa ve Hatta, 2017).

4.2.4. Tayland

Tayland, iki nedenden dolayı dünya standartlarında bir sağlık turizmi destinasyonu haline gelmiştir: mükemmel bir fiyat-performans destinasyonu olarak kabul edilmesi ve Asya'da en yüksek kalitede sağlık hizmetleri sunması (Cheah ve Abdul-Rahim, 2018). Sağlık turizmi uygulamaları arasında bitkisel masaj, yoga ve zihin terapisi, meditasyon, dhamma uygulaması, suva hizmetleri, kondha terapisi (aromaterapi) veya hidroterapi hizmetleri (su terapisi), sağlık iyileştirme turizmi, fiziksel muayene, hastalık tedavisi, diş

hekimliği, kozmetik cerrahi ve cinsiyet değiştirme ameliyatı gibi uygulamalar yer almaktadır (Phon-ngam, 2024).

Ayrıca uzun süredir hastalıkları tedavi etmek ve sağlığı korumak amacıyla kullanılan Tay bitkileri, tıbbi rahatsızlıkların tedavisinde etkili biçimde kullanılmaktadır. Tay bitkilerinin tıp ve sağlık sisteminde kullanımı, Tay kültürü ve geleneğinin önemli bir parçasıdır. Bitkisel ilaçlara erişim ve bitkisel tıp uygulamaları değişmekte olup, dijital teknoloji bu alandaki dönüşümde önemli bir rol oynamıştır (Petcharat ve Nachin, 2024).

4.2.5. Türkiye

Türkiye, son yıllarda sağlık turizmi alanında konumunu sağlamlaştıran ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye’de medikal turizm, kişi başına düşen gelir açısından yüksek bir potansiyele sahip olup, toplam turizm gelirlerinin yaklaşık %15’ini oluşturmaktadır (Oduncuoğlu vd., 2023). Türkiye, dünya genelinde sağlık turizmi açısından önemli destinasyonlardan biridir. Ülkede sağlık turizminin hızlı büyümesi; sağlık sistemindeki gelişmeler, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, gelişmiş tıbbi teknolojilerin kısa sürede uygulanması ve özel sektör sağlık yatırımlarındaki artışla ilişkilendirilmektedir. 2019 yılı verilerine göre Türkiye, uluslararası hasta sayısı bakımından dünyada ilk 10 ülke arasında yer almaktadır (Ağazade ve Ergün, 2025).

Özellikle kozmetik cerrahi gibi alanlarda fiyat odaklı rekabet, olumsuz imaj ve hasta şikâyetlerine yol açarak sektörde gerilemeye neden olabilmektedir. Kanser tedavileri, estetik ve kozmetik uygulamalar, ağız ve diş sağlığı, ortopedi ve kardiyoloji, medikal turistlerin en çok tercih ettiği alanlar arasında yer almaktadır (Oduncuoğlu vd., 2023). Yüksek kalite standartlarına sahip hastane sayısının fazla olması, sağlık turizmi yetki belgesi almış sağlık tesisleri, düşük tedavi maliyetleri, her şey dahil hizmetlerin yaygınlığı, konaklama ve dil desteği olanakları, kısa tedavi bekleme süreleri ve yaklaşık 4 saatlik uçuş mesafesiyle 1 milyar insana ve 57 ülkeye erişim sağlayan stratejik coğrafi konum, Türkiye’nin sağlık turizminde öne çıkmasını sağlayan başlıca faktörlerdir (Ağazade ve Ergün, 2025).

Ayrıca Türkiye’ye sağlık turizmi amacıyla gelen turistlerin büyük bir kısmını SPA ve termal tesis ziyaretçileri oluşturmaktadır. Son yıllarda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesi, rekabetçi düzeyde sağlık hizmeti sunma potansiyeliyle birlikte istikrarlı biçimde artış göstermektedir (Uygun ve

Ekiz, 2016). Bununla birlikte güncel olarak Türkiye için öne çıkan dijital dönüşüm örneklerinden biri “Health in Turkey” portalıdır. Bu portal aracılığıyla Türkiye’de tedavi görmek isteyen hastalar, tek bir platform üzerinden ülkedeki sağlık kuruluşlarını, hekimleri ve tedavi yöntemlerini görüntüleyebilmektedir. Gelecekte yapay zekâ temelli uygulamaların artacağı öngörülmekte olup, bu gelişmelerin sağlık turizminde erişilebilirliği daha da kolaylaştıracağı değerlendirilmektedir (Oduncuoğlu vd., 2023).

5. SAĞLIK TURİZMİ 4.0’DA YENİ YÖNETİM MODELLERİ

Bireylerin sınırların ötesinde sağlık hizmetleri arayışı ile teknolojinin sağlık hizmetlerinde sağladığı faydaların birleşmesi, sağlık turizmi alanında önemli bir büyümenin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık Turizmi 4.0 yaklaşımı, özellikle YZ, büyük veri analitiği, robotik sistemler ve dijital pazarlama teknolojilerinin entegre edildiği bütüncül bir yönetim paradigmasını ifade etmektedir (Okutan, 2025).

Bu bölümde, Sağlık Turizmi 4.0 kapsamında kullanılabilecek yönetim modelleri dört ana başlık altında incelenmektedir:

- Veri Odaklı Yönetim Modeli
- Dijital Hasta Deneyimi Yönetimi
- Entegre Klinik Operasyon Yönetimi
- Sürdürülebilirlik ve Etik Temelli Yönetim Çerçevesi

5.1. Veri Odaklı Yönetim Modeli

Veri madenciliği teknikleri, sağlık turizmi bağlamında karar verme süreçlerini iyileştirmek için kullanılır. Bu, çeşitli amaçlar için büyük veri kümelerinden değerli bilgiler ve kalıplar çıkarmayı içerir (Ashrafuzzaman vd., 2024):

- *Geliştirilmiş Hedefleme:* Hasta tercihleri ve davranışlarındaki kalıpları ve eğilimleri belirlemek, pazarlama ve tanıtım çabalarını etkili bir şekilde uyarlamaya, kaynak tahsisini ve bütçeleri optimize etmeye yardımcı olur.
- *Kişiselleştirilmiş Hizmetler:* Hasta verilerini anlamak, tedavi paketlerini uyarlamak, dile özgü hizmetler sunmak ve hasta

memnuniyetini ve sadakatini artırmak için işlem sonrası bakımı özelleştirme gibi kişiselleştirilmiş hizmetler sunmayı sağlar.

- *Kaynak Optimizasyonu:* Talep kalıplarını ve tedavi eğilimlerini analiz etmek, tıbbi turizm ekosisteminde kaynak tahsisini optimize etmeye, kapasite planlamasına, personel teminine ve lojistik yönetimine yardımcı olur.
- *Kalite Güvencesi:* Hasta sonuçları ve memnuniyet puanları da dahil olmak üzere veri analizi yoluyla sağlık hizmetlerinin kalitesini izlemek ve değerlendirmek, iyileştirme alanlarını belirlemeyi ve yüksek bakım standartlarını korumayı sağlar.
- *Risk Yönetimi:* Geçmiş verileri analiz ederek potansiyel riskleri erken aşamada belirlemek, risk azaltma stratejilerinin uygulanmasına yardımcı olur ve tıbbi turizm için daha sorunsuz bir deneyim sağlar.
- *Rekabet Avantajı:* Veri madenciliği yoluyla pazar dinamiklerini anlamak, rakiplerin sunduğu hizmetleri, fiyatlandırma stratejilerini ve müşteri yorumlarını analiz ederek rekabet avantajı sağlar; böylece hizmetler iyileştirilir ve tıbbi turizm ortamında rekabetçi kalınır.

5.2. Dijital Hasta Deneyimi Yönetimi

Dijital hasta deneyimi, Sağlık Turizmi 4.0'ın merkezi unsurlarından biridir. Hastaların seyahat kararından tedavi sonrası izlem süreçlerine kadar tüm sürecin dijital araçlar üzerinden tasarlanması gerekmektedir (Mehrabi Jorshary vd., 2025).

Bu teknolojiler arasında YZ, dönüştürücü bir teknoloji olarak önemli ve ayırt edici bir rol oynamaktadır. Karmaşık verileri analiz etme, talebi tahmin etme, planlamayı optimize etme ve kaynakları tahsis etme yeteneği sayesinde YZ; tedavi, hizmet ve ulaşım sektörleri arasındaki koordinasyonu gerçek zamanlı olarak iyileştirebilmektedir (Mehrabi Jorshary vd., 2025). Sağlık turizmi merkezlerinin özgünlüğü, kendilerine özel biçimde tasarlanmış; öncelikle sağlık ihtiyaçlarını, tamamlayıcı olarak ise diğer turistik ihtiyaçları karşılayan altyapılarında yatmaktadır. Bu altyapılar, ziyaretçilere olumlu duygular ve deneyimler sunmaktadır (Stelmach vd., 2025).

Örneğin makine öğrenmesi algoritmaları ve öneri sistemleri, yabancı hastalar için optimal tedavi rotaları önerebilmekte ya da trend analizi yoluyla tedavi kapasitelerinin yönetilmesine ve tıkanıklıkların önlenmesine katkı

sağlamaktadır. Ayrıca YZ, müşteri deneyimine ilişkin verileri işleyerek hizmet kalitesinin iyileştirilmesine ve sağlık turisti memnuniyetinin artırılmasına yardımcı olmaktadır (Mehrabi Jorshary vd., 2025).

Sonuç olarak ziyaretçilerin duygusal deneyimi; destinasyon imajını, memnuniyeti, bir sağlık destinasyonunu yeniden ziyaret etme niyetini ve tavsiye etme isteğini öngörmektedir. Bu nedenle sağlık turizmi destinasyonları ile sağlık turistlerini birbirine bağlayabilen ve sunulan hizmetleri ihtiyaçlara etkili biçimde uyarlayabilen bilgi sistemlerine duyulan gereksinim giderek artmaktadır (Stelmach vd., 2025).

6. SONUÇ

Dijitalleşme, yapay zekâ, büyük veri analitiği, robotik cerrahi ve tele-sağlık uygulamaları sağlık turizmi sektörünü köklü bir dönüşüm sürecine sokmuştur. Bu dönüşüm yalnızca sağlık hizmeti sunum biçimini değiştirmekle kalmamakta, aynı zamanda sağlık kurumlarının yönetim anlayışını, operasyonel süreçlerini ve uluslararası rekabet stratejilerini yeniden şekillendirmektedir. “Sağlık Turizmi 4.0” yaklaşımı bu yeni dönemin temel çerçevesini oluşturarak dijital teknolojilerin hasta deneyimi, klinik kalite, veri güvenliği ve hizmet verimliliği üzerindeki etkilerini sistematik bir şekilde ele almaktadır.

Uluslararası sağlık turizmi pazarında rekabet giderek artarken dijital görünürlük, kişiselleştirilmiş tedavi süreçleri, hasta deneyimi yönetimi ve veri temelli karar alma mekanizmaları ülkelerin başarı düzeyini belirleyen kritik parametreler hâline gelmiştir. Güney Kore, Singapur, Almanya ve Hindistan gibi ülkeler dijitalleşmeye yaptıkları yatırımlar sayesinde sağlık turizminde küresel liderlik konumuna yükselmiştir. Türkiye ise güçlü klinik altyapısı ve rekabetçi fiyat avantajı sayesinde önemli bir pazar payına sahip olmakla birlikte dijitalleşme süreçlerini stratejik bir çerçevede güçlendirmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu bölümde sunulan Sağlık Turizmi 4.0 Yol Haritası, Türkiye’nin dijitalleşme odaklı rekabet gücünü artırmak üzere; dijital altyapının geliştirilmesi, veri güvenliği reformlarının uygulanması, yapay zekâ ekosisteminin genişletilmesi, uluslararası hasta deneyiminin dijitalleşmesi ve ulusal koordinasyon mekanizmalarının güçlendirilmesi gibi temel öneriler sunmaktadır. Türkiye’nin bu stratejik adımları hayata geçirmesi, ülkenin orta vadede küresel sağlık turizmi liderleri arasında yer almasını mümkün kılacaktır.

Sonuç olarak, dijitalleşme temelli sağlık turizmi yönetimi, sadece bir teknolojik uyum süreci değil; aynı zamanda hizmet sunumu, politika geliştirme, etik standartlar ve uluslararası iş birliği alanlarında kapsamlı bir dönüşüm gerektirmektedir. Sağlık Turizmi 4.0 yaklaşımı bu dönüşümün bilimsel, sürdürülebilir ve rekabetçi bir şekilde gerçekleşmesine katkı sağlayacak güçlü bir kavramsal çerçeve sunmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abdurakhmanova, G. K., Astanakulov, O. T., Goyipnazarov, S. B., & Irmatova, A. B. (2022, December). Tourism 4.0: Opportunities for applying Industry 4.0 technologies in tourism. In *Proceedings of the 6th International Conference on Future Networks & Distributed Systems* (pp. 33–38).
- Ağazade, S., & Ergün, A. (2025). Medical tourism demand to Türkiye: Sub-sectoral panel data estimations. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 26(5), 987–1005. <https://doi.org/10.1080/1528008X.2023.2272631>
- Akalın, B., & Demirbaşı, M. B. (2024). Sağlık turizminde Web 5.0’a doğru gelişmeler: Sistematiik derleme. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 48–65. <https://doi.org/10.55050/sarad.1321744>
- Al-Romeedy, B. S., Emam, M. E., Hussein, H., Singh, A., & Tyagi, P. K. (2025). Digital passports to wellness: How technology is shaping medical tourism. In *Revolutionizing healthcare experience with digital medical tourism* (pp. 111–136). IGI Global Scientific Publishing.
- Amouzagar, S., Mojaradi, Z., IZanloo, A., Beikzadeh, S., & Milani, M. (2016). Qualitative examination of health tourism and its challenges. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 4(3), 88–91. <https://doi.org/10.20286/ijtmgh-040304>
- Ashrafuzzaman, M., Era, R. R., Awal, S. B., Sultana, I., Thimmaiah, A., Sharma, A. K., & Sharma, J. (2024). Transforming medical tourism through an integrated business intelligence platform: Data-driven insights and healthcare industry impact. In *Data-driven business intelligence systems for socio-technical organizations* (pp. 233–266). IGI Global Scientific Publishing.
- Ateş, A., & Sunar, H. (2024). Comparison of Türkiye’s medical tourism market with existing and potential competitor countries. *Toplum Ekonomi ve Yönetim Dergisi*, 5(2), 342–368. <https://doi.org/10.58702/teyd.1419097>
- Baran, Z., & Karaca, Ş. (2023). Next-generation technologies in health tourism. In *Global perspectives on the opportunities and future directions of health tourism* (pp. 138–164).

- Basirat, S., Raoufi, S., Bazmandeh, D., Khamoushi, S., & Entezami, M. (2025). Ranking of AI-based criteria in health tourism using fuzzy SWARA method. *Computer and Decision Making: An International Journal*, 2, 530–545.
- Bause, M., Khayamian Esfahani, B., Forbes, H., & Schaefer, D. (2019). Design for Health 4.0: Exploration of a new area. *Proceedings of the Design Society: International Conference on Engineering Design*, 1(1), 887–896. <https://doi.org/10.1017/dsi.2019.93>
- Bostan, M. H., & Halhallı, H. C. (2025). Sağlık turizminde yapay zekâ uygulamaları. In A. Bostan & E. Coşkun (Eds.), *Sağlık turizmi: Sağlıkta sınırları aşmak* (pp. 187–210). Detay Yayıncılık.
- Ceylan, A. (2025). Development of health tourism in Turkey and the world: A compilation in the context of social sciences. *Niğantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), 314–326. <https://doi.org/10.52122/nisantasisbd.1694908>
- Cheah, C. F., & Abdul-Rahim, A. S. (2018). Relationship between health care and tourism sectors to economic growth: The case of Malaysia, Singapore and Thailand. *Pertanika Journal of Social Sciences and Humanities*, 26(2), 1203–1213.
- Cristobal-Fransi, E., Daries, N., del Río-Rama, M. C., et al. (2023). The challenge of digital marketing in health tourism: The case of Spanish health resorts. *Quality & Quantity*. <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01744-2>
- Dalkıran, G. B. (2023). Health tourism components and intermediary institutions as supplier businesses in the context of Health 4.0. In *Health 4.0 and medical supply chain* (pp. 147–162). Springer Nature Singapore.
- Dar, H., & Kashyap, K. (2023). Smart healthcare system (SHS): Medical tourism delivering, consumption, and elevating tool in the ages of smart technologies. *Tourism Planning & Development*, 20(3), 397–415. <https://doi.org/10.1080/21568316.2022.2109206>
- Deepthi, B., & Bansal, V. (2023). Applications of artificial intelligence (AI) in the tourism industry: A futuristic perspective. In *Impact of Industry 4.0 on sustainable tourism: Perspectives, challenges and future* (pp. 31–43). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-80455-157-820231003>

- Deniz, N. G. (2019). *Türkiye’de medikal turizmin gelişimi ve bazı ülkelerle karşılaştırılması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Türkiye.
- Dikmetaş Yardan, E., Dikmetaş, H., Coşkun Us, N., & Yabana, B. (2014). Türkiye ve dünya’da sağlık turizmi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8(2), 27–42.
- Ekizoğlu, B. (2022). *İstanbul’un medikal turizm alanında pazar payının artırılmasına yönelik bir alan araştırması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
- Emami, A., Mohammadi, M., Hosseini, S. H., Ghobadi, T., & Aghighi, A. (2025). Designing a customer relationship management model based on artificial intelligence in digital marketing of services in the health tourism industry. *Journal of Value Creating in Business Management*, 5(2), 391–420. <https://doi.org/10.22034/jvcbm.2025.530495.1574>
- Eraslan, O. (2025). İnternet. In E. Çilesiz & A. Ünal (Eds.), *Teknoloji ve turizm*. Paradigma Akademi Yayınları.
- Estrela, V. V., Monteiro, A. C. B., França, R. P., Iano, Y., Khelassi, A., & Razmjoo, N. (2018). Health 4.0: Applications, management, technologies and review. *Medical Technologies Journal*, 2(4), 262–276. <https://doi.org/10.26415/2572-004X-vol2iss4p262-276>
- Farber, R., & Taylor, A. (2023). Global health diplomacy and commodified health care: Health tourism in Malaysia and Thailand. *Studies in Comparative International Development*, 58, 484–510. <https://doi.org/10.1007/s12116-023-09406-y>
- Farooq, S., Reshi, M., & Farooq, B. (2024). The role of augmented reality (AR) and virtual reality (VR) in medical tourism. In *Impact of AI and robotics on the medical tourism industry* (pp. 272–289). IGI Global Scientific Publishing.
- Figueiredo, N., Abrantes, J. L., & Costa, S. (2024). Mapping the sustainable development in health tourism: A systematic literature review. *Sustainability*, 16, 1901. <https://doi.org/10.3390/su16051901>
- Ghobakhloo, M. (2020). Industry 4.0, digitization, and opportunities for sustainability. *Journal of Cleaner Production*, 252, 119869. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2019.119869>

- Heung, V. C. S., & Kucukusta, D. (2013). Wellness tourism in China: Resources, development and marketing. *International Journal of Tourism Research*, 15(4), 346–359.
- Illario, M., De Luca, V., Leonardini, L., Kucharczyk, M., Parent, A. S., Dantas, C., Jegundo, A. L., van Staalduinen, W., Ganzarain, J., Comisso, L., Bramezza, C., Carriazo, A. M., Maritati, A., Tramontano, G., Capozzi, P., Goossens, E., Cotrone, C., Costantini, A., Ciliberti, M., Femiano, M., ... Bousquet, J. (2019). Health tourism: An opportunity for sustainable development. *Translational Medicine @ UniSa*, 19, 109–115.
- Jakovljevic, T., Jakulin, T. J., & Papa, G. (2018). The role of colour sensing and digitalization on life quality and health tourism. In *Proceedings of the 3rd International Conference on Quality of Life* (November 7–12).
- Karaköse, G. (2024). Sağlık turizminde dijital pazarlama. *Journal of Health and Management (Sağlık ve Yönetim Dergisi)*, 4(1), 39–51. <http://www.jhealthmgmt.com/index.php/JHM/article/view/29>
- Khairunnisa, C., & Hatta, M. (2017). The development of health tourism industries in Malaysia. *Economics*, 4(1), 1–11. <https://doi.org/10.27512/sjppi-ukm/ses/a18082017>
- Khizzou, N. B., Aarabe, M., Bouizgar, M., Alla, L., & Benjelloun, A. (2025). The digital transformation of medical tourism: A systematic and bibliometric review of the literature. In *Revolutionizing healthcare experience with digital medical tourism* (pp. 355–382).
- Kim, K. L., & Seo, B. R. (2023). Analyzing a new model of medical tourism policy: Target country-specific models and marketing strategies. *Iranian Journal of Public Health*, 52(10), 2090–2098. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i10.13847>
- Kim, S., Arcodia, C., & Kim, I. (2019). Critical success factors of medical tourism: The case of South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4964. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244964>
- Kose, G., Marmolejo-Saucedo, L., Rodríguez-Aguilar, M., & Kose, U. (2024). Wearables for health tourism: Perspectives and model suggestion. *EAI Endorsed Transactions on Pervasive Health and Technology*, 10(1). <https://doi.org/10.4108/eetpht.10.4310>

- Lajevardi, M. (2016). A comprehensive perspective on medical tourism context and create a conceptual framework. *Journal of Recreation and Tourism Research*, 3(3), 35–52.
- Malarvizhi Can, A., Al Mamun, A., Reza, M. N. H., & Masud, M. M. (2024). Ageing well with tech: Exploring the determinants of e-healthcare services adoption in an emerging economy. *Digital Health*, 10. <https://doi.org/10.1177/20552076241272577>
- Mehrabi Jorshary, K., Sassani, M., Seyed Khamoushi, F. S., Raoufi, S., & Khamoushi, S. (2025). Ranking of AI-driven strategies for optimizing the health tourism supply chain using stratified BWM. *Knowledge and Decision Systems With Applications*, 1, 295–315. <https://doi.org/10.59543/kadsa.v1i.15051>
- Mu Sahar, S. N., & Dar, H. (2024). Artificial intelligence-enhanced global healthcare: The future of medical tourism. In *Impact of AI and robotics on the medical tourism industry* (pp. 194–216). IGI Global Scientific Publishing.
- Oduncuoğlu, F., Köse, G., Doğan, O., & Deniz, E. (2023). Digital transformation current trends in health tourism: A theoretical study. In *Atlas 10th International Social Sciences Congress* (March 9–10).
- Papp, Z., & Lörincz, K. (2016). Health tourism trends. *Health*, 5(3–4), 29–44.
- Pessot, E., Spoladore, D., Zangiacomi, A., & Sacco, M. (2021). Natural resources in health tourism: A systematic literature review. *Sustainability*, 13, 2661. <https://doi.org/10.3390/su13052661>
- Petcharat, T., & Nachin, S. (2024). Technology acceptance: A case study of digital herbal platform and health data innovation in Thailand. In *2024 5th Technology Innovation Management and Engineering Science International Conference (TIMES-iCON)* (pp. 1–6). <https://doi.org/10.1109/TIMES-iCON61890.2024.10630724>
- Phon-ngam, P. (2024). Developing health tourism innovations in Thailand. *International Journal of Interreligious and Intercultural Studies*, 7(2), 12–23.
- Rady, A., & Wahab, H. A. (2024). The role of artificial intelligence to enhance health tourism applications in Egyptian tourist destinations. *Minia Journal of Tourism and Hospitality Research*, 17(2), 44–62.

- Raoofi, S., Khodayari-Zarnaq, R., & Vatankhah, S. (2024). Healthcare provision for medical tourism: A comparative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 63.
- Ratnasari, R. T., Gunawan, S., Pitchay, A. A., & Mohd Salleh, M. C. (2022). Sustainable medical tourism: Investigating health-care travel in Indonesia and Malaysia. *International Journal of Healthcare Management*, 15(3), 220–229. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1870365>
- Sarhadi, A., Akbarnia, M., Bagh Shirin, L., Daronkola, H. K., Shabankareh, M., & Aznab, E. (2024). Blockchain revolutionizes entrepreneurial and marketing capabilities in health tourism. *Anatolia*, 35(4), 659–672. <https://doi.org/10.1080/13032917.2023.2295326>
- Sevim, F., Gül, B., & Akbulut, Y. (2024). Dijital sağlık uygulamalarının sağlık turizmi kapsamında medikal turizm açısından değerlendirilmesi: Sistematik bir derleme. *IGUSABDER*, 334–353.
- Sezgin, S. (2021). Türkiye’de sağlık turizminin uluslararası pazarlama temelinde incelenmesi. *Hitit Ekonomi ve Politika Dergisi*, 1(1), 31–53. <https://doi.org/10.17218/hepdergi.1094429>
- Sheik Osman, W. R., Awang, H., & Birnin-Kudu, A. H. (2021). Digital-health tourism research-methodology coronavirus-vaccination trials: A study interpreting geometa-data profiling to use mobile-health technologies in Nigeria. *Emerging Advances in Integrated Technology*, 2(2), 30–37.
- Shpilyova, Y. (2025). Mechanisms of health tourism development: Current trends and perspectives. In *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»* (September 5, 2025; Boston, USA) (pp. 17–23). <https://doi.org/10.36074/logos-05.09.2025.002>
- Stelmach, P., Ozga-Gwózdź, P., & Jurasinski, D. (2025). The importance of business intelligence and analytics in the development of health tourism destinations. *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, 17(2), 174–186. <https://doi.org/10.1108/WHATT-01-2025-0028>
- Sun, S., Zhong, L., Law, R., Li, X., Deng, B., & Yang, L. (2022). Health tourism evolution: A review based on bibliometric analysis and the China National Knowledge Infrastructure database. *Sustainability*, 14(16), 10435. <https://doi.org/10.3390/su141610435>

- Tian, S., Yang, W., Le Grange, J. M., Wang, P., Huang, W., & Ye, Z. (2019). Smart healthcare: Making medical care more intelligent. *Global Health Journal*, 3(3), 62–65. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2019.07.001>
- Uygun, M., & Ekiz, E. (2016). An overview of health tourism within the context of Turkey's tourism strategy (2023). *Journal of Hospitality and Tourism*, 14(1), 18–26.
- Vlačić, B., Corbo, L., E Silva, S. C., & Dabić, M. (2021). The evolving role of artificial intelligence in marketing: A review and research agenda. *Journal of Business Research*, 128, 187–203. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.01.055>
- Wang, K., Kong, H., Bu, N., Xiao, H., Qiu, X., & Li, J. (2022). AI in health tourism: Developing a measurement scale. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 27(9), 954–966. <https://doi.org/10.1080/10941665.2022.2142620>
- Wong, B. K. M., & Sa'aid Hazley, S. A. (2021). The future of health tourism in the industrial revolution 4.0 era. *Journal of Tourism Futures*, 7(2), 267–272. <https://doi.org/10.1108/JTF-01-2020-0006>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
- Xu, Q., Purushothaman, V., Cuomo, R. E., et al. (2021). A bilingual systematic review of South Korean medical tourism: A need to rethink policy and priorities for public health? *BMC Public Health*, 21, 658. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10642-x>
- Yiğit, A. Ç., & Açıkgöz, M. (2023). Digital marketing in healthcare and its applications in the world and Turkey. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(2), 111–125. <https://doi.org/10.29131/uiibd.1387179>
- Zhong, L., Sun, S., Law, R., & Qi, X. (2024). Tourists' perception of health tourism before and after COVID-19. *International Journal of Tourism Research*, 26(1), e2620.
- Zuhair, V., Babar, A., Ali, R., et al. (2024). Exploring the impact of artificial intelligence on global health and enhancing healthcare in developing nations. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/21501319241245847>

BÖLÜM 11

MEDİKAL TURİZMDE BARIATRİK METABOLİK CERRAHİ VE YAŞAM KALİTESİ

Dr. Yaşar DEMİR¹

Doç. Dr. Arzu BULUT²

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18070098>

¹ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yasar.demir1@saglik.gov.tr, ORCID:0000-0001-9930-8440

² Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, abulut@bandirma.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7362-5667

Özet

Küresel düzeyde sağlık hizmetlerine yönelik talep her geçen yıl artmakta, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını yalnızca kendi ülkelerinin sınırları içinde karşılayamadığı bir yapı ortaya çıkmaktadır. Bu durum, ulaşım teknolojilerindeki gelişmeler, bilgiye erişimin kolaylaşması, sağlık alanında kullanılan ileri tanı ve tedavi yöntemlerinin dünya genelinde farklı maliyet ve erişilebilirlik düzeylerinde sunulması gibi faktörlerle birleştiğinde medikal turizmi hızla büyüyen bir sektör hâline getirmiştir. Medikal turizm, bireylerin daha nitelikli, ekonomik veya hızlı sağlık hizmeti alabilmek amacıyla farklı ülkelere seyahat etmelerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Ekonomik kalkınmaya katkısı, sağlık sistemlerine getirdiği yeni açılımlar ve uluslararası hasta hareketliliğine yön vermesi bakımından stratejik bir alan hâline gelen medikal turizm; estetik cerrahi, diş tedavileri, tüp bebek uygulamaları, kardiyovasküler cerrahi ve onkoloji gibi geniş bir hizmet yelpazesinde faaliyet göstermektedir.

Son yıllarda ise özellikle bariatrik ve metabolik cerrahi, medikal turizmin en hızlı büyüyen tedavi kategorilerinden biri olarak dikkat çekmektedir. Obezitenin küresel prevalansındaki yükseliş, birçok ülkede tedaviye erişimde karşılaşılan uzun bekleme süreleri ve maliyet farklılıkları, bireyleri yurtdışı merkezlere yönelten temel etkenlerdir. Bununla birlikte, bariatrik cerrahi yalnızca kilo kaybı sağlayan bir yöntem olmanın ötesinde diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve uyku apnesi gibi metabolik hastalıklarda sağladığı iyileşmeler sayesinde hastaların yaşam kalitesini çok boyutlu olarak artıran etkili bir müdahale niteliği taşımaktadır. Bu nedenle bariatrik-metabolik cerrahi, medikal turizmin hem klinik hem de sosyoekonomik açıdan en kritik alanlarından biri hâline gelmiştir. Bu bölümde, medikal turizmin genel yapısı, cerrahi uygulamalara yansımaları ve bariatrik cerrahinin bu alandaki rolü kapsamlı biçimde değerlendirilmekte; ayrıca obezitenin temel özellikleri, tedavi yaklaşımları ve cerrahi sonrası yaşam kalitesine ilişkin güncel bilimsel kanıtlar tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Medikal turizm, Bariatrik metabolik cerrahi, Yaşam kalitesi

BARIATRIC METABOLIC SURGERY AND QUALITY OF LIFE IN MEDICAL TOURISM

Abstract

The global demand for healthcare services is increasing annually, resulting in a scenario in which individuals are unable to meet their healthcare needs solely within the borders of their own countries. This situation, when considered in conjunction with factors such as advances in transportation technology, easier access to information, and the availability of advanced diagnostic and treatment methods in healthcare at varying costs and levels of accessibility around the world, has rapidly turned medical tourism into a growing industry. The term 'medical tourism' is a multidimensional concept, involving individuals travelling to different countries to receive healthcare services that are characterised by higher quality, greater affordability, or faster access. The field of medical tourism has emerged as a strategic domain, contributing to economic development, generating new opportunities for healthcare systems, and directing international patient mobility. The institution operates across a wide range of services, including but not limited to cosmetic surgery, dental treatments, in vitro fertilization (IVF), cardiovascular surgery, and oncology.

In recent years, bariatric and metabolic surgery has emerged as one of the fastest-growing treatment categories in medical tourism. The escalating global prevalence of obesity, protracted waiting periods for treatment in numerous countries, and disparities in healthcare costs are the predominant factors motivating individuals to seek treatment internationally. However, bariatric surgery is not merely a method of weight reduction; it is an effective intervention that improves patients' quality of life in multiple dimensions. This is due to the improvements it provides in metabolic diseases such as diabetes, hypertension, dyslipidaemia, and sleep apnoea. Consequently, bariatric-metabolic surgery has emerged as a pivotal domain of medical tourism, both from clinical and socio-economic standpoints. This section provides a comprehensive evaluation of the general structure of medical tourism, its reflection on surgical practices, and the role of bariatric surgery in this field. It also discusses the basic characteristics of obesity, treatment approaches, and current scientific evidence regarding quality of life after surgery.

Keywords: Medical tourism, Bariatric metabolic surgery, Quality of life.

1. MEDİKAL TURİZM VE BARIATRİK METABOLİK CERRAHİ

1.1. Medikal Turizm Ve Medikal Turizmde Yapılan Tedaviler

Medikal turizm, bireylerin sağlık hizmeti almak amacıyla ulusal sınırlarını aşarak başka ülkelere seyahat etmeleri şeklinde tanımlanan, 21. yüzyılın en hızlı büyüyen sağlık sektörlerinden biridir (Dag vd., 2024; Üstün & Demir Uslu, 2022). Küreselleşme, uluslararası ulaşımın kolaylaşması, sağlık teknolojilerindeki ilerlemeler, tele-tıp uygulamalarının yaygınlaşması ve internet üzerinden bilgiye ulaşmanın kolaylaşması, medikal turizmi dünya çapında çok uluslu bir sağlık piyasası hâline getirmiştir. Dünya genelinde milyonlarca hasta, kendi ülkelerinde erişemedikleri veya ekonomik açıdan karşılayamadıkları sağlık hizmetlerine ulaşmak için her yıl farklı destinasyonlara seyahat etmektedir. Türkiye, Hindistan, Tayland, Güney Kore, Meksika ve Macaristan gibi ülkeler ise sundukları yüksek teknolojik altyapı, nitelikli sağlık profesyonelleri, uygun maliyetli tedaviler ve kısa bekleme süreleri nedeniyle medikal turizmde öne çıkan ülkeler olmuştur (Bagga vd., 2020; Hall, 2012).

Medikal turizmin büyümesinde en etkili faktörlerden biri, sağlık hizmetlerinin ülkeler arasında oldukça farklı maliyetlere sahip olmasıdır. Örneğin ABD’de gerçekleştirilen birçok cerrahi operasyonun maliyeti, Türkiye veya Hindistan’da aynı kalitede sunulan hizmetlerin 4–6 katına ulaşabilmektedir (Lunt vd., 2016; Mathijssen & Dziedzic, 2024). Aynı zamanda gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan yoğunluklar, sigorta kapsamı sorunları ve uzun bekleme listeleri, hastaları alternatif ülkelere yönelten temel nedenler arasındadır. Bu koşullar özellikle elektif cerrahilerde ve uzun süreli bekleme gerektiren operasyonlarda medikal turizmi cazip bir seçenek hâline getirmektedir (Gavurova vd., 2021; patientsbeyondborders, 2023; Rahman vd., 2022).

Medikal turizm kapsamında sunulan tedavi türleri geniş bir çeşitliliğe sahiptir. Estetik cerrahi, diş hekimliği işlemleri, tüp bebek (IVF), ortopedik cerrahi, kardiyovasküler girişimler, göz cerrahisi, kanser tedavileri, nörolojik

işlemler ve organ nakli gibi tıbbi hizmetler, en sık talep edilen tedavi kategorileridir (Demir, 2024b; Neymotin, 2024). Bununla birlikte son yıllarda en hızlı büyüyen alanlardan biri bariatrik ve metabolik cerrahi olmuştur. Obezite oranlarının dünya genelinde dramatik biçimde artması, birçok ülkede bariatrik cerrahiye erişimin sınırlı olması ve operasyon maliyetlerinin yüksekliği, hastaları maliyet avantajı ve hızlı erişilebilirlik sağlayan ülkelere yönlentmektedir (Demir & Özpinar, 2020; Farrukh vd., 2022; Tosun vd., 2020; Tosun & Mısırlıoğlu, 2022).

Aşağıdaki tablo, medikal turizmde en sık tercih edilen tedavi alanlarını özetlemektedir (Demir & Özpinar, 2024):

Tablo 1. Medikal Turizmde En Sık Tercih Edilen Tedavi Türleri

Tedavi Alanı	Yaygın Uygulamalar	Tercih Edilen Ülkeler	Tercih Nedenleri
Estetik Cerrahi	Rinoplasti, liposuction, karın germe, saç ekimi	Türkiye, Güney Kore, Brezilya	Uygun maliyet, yüksek başarı, turizm avantajı
Bariatrik Cerrahi	Sleeve gastrektomi, RYGB, mini bypass	Türkiye, Meksika, Hindistan	Düşük maliyet, kısa bekleme süresi
Diş Tedavileri	İmplant, protez, estetik diş hekimliği	Macaristan, Türkiye, Meksika	Ekonomik fiyatlar, kısa tedavi süresi
Ortopedi	Kalça-diz protezi, omurga cerrahileri	Hindistan, Tayland	Teknolojik altyapı, rehabilitasyon hizmetleri
Tüp Bebek (IVF)	ICSI, PGT, yumurta/sperm donasyonu	Kıbrıs, İsrail, İspanya	Yasal kolaylıklar, yüksek başarı oranı
Göz Cerrahisi	LASIK, katarakt cerrahisi	Hindistan, Türkiye	Kısa iyileşme süresi, yüksek teknoloji
Kardiyoloji	Stent, bypass	Türkiye, Tayland	Deneyimli uzmanlar, düşük maliyet
Onkoloji	Kemoterapi, radyoterapi	Almanya, ABD, Hindistan	İleri teknoloji, multidisipliner yaklaşımlar

Estetik cerrahi, medikal turizmin en görünür alanlarından biri olmuştur. Özellikle saç ekimi, rinoplasti ve vücut şekillendirme operasyonları, Türkiye ve Güney Kore gibi ülkelerde yüksek talep görmektedir. Bu operasyonlarda başarı oranlarının yüksek olması, uluslararası akreditasyonlu merkezlerin bulunması ve operasyonların turizm paketlerine entegre edilmesi, estetik cerrahiyi medikal turizmin lokomotifine hâline getirmiştir (Demir, 2024a; Genç vd., 2023).

Diş hekimliği uygulamaları da medikal turizm pazarında önemli bir paya sahiptir. Avrupa ve ABD’de diş tedavilerinin yüksek maliyetli olması, hastaların Türkiye, Macaristan ve Meksika gibi ülkelere yönelmelerine neden olmaktadır. İmplant, estetik porselen kaplama, kanal tedavisi ve tam protez uygulamaları, maliyet avantajı ve kısa sürede tamamlanabilme özelliği nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir (Dağ vd., 2025; Jaapar vd., 2017).

Medikal turizmin en stratejik alanlarından biri olan tüp bebek tedavileri, bazı ülkelerdeki yasal kısıtlamalar ve yüksek maliyet nedeniyle uluslararası hasta hareketliliğini artırmaktadır. Kıbrıs, İspanya, İsrail ve Çekya, sperm ve yumurta donasyonu gibi bazı ülkelerde yasak olan uygulamaların daha uygun koşullarda yapılabilmesi nedeniyle bu alanda öne çıkmaktadır (Çapar & Aslan, 2020; Demir & Özpınar, 2020).

Son yıllarda medikal turizmin en hızlı büyüyen alanı bariatrik ve metabolik cerrahidir. Obezitenin dünya genelinde kronik bir salgın hâline gelmesi, bariatrik cerrahi talebini artırmaktadır. Ancak İngiltere, Kanada ve birçok Avrupa ülkesinde bariatrik cerrahi için bekleme sürelerinin yıllara yayılması, sigorta kapsamlarının dar olması ve uygunluk kriterlerinin çok katı olması, hastaları yurtdışında hizmet almaya yönlendirmektedir. Buna karşılık Türkiye, Meksika, Hindistan ve Birleşik Arap Emirlikleri, uygun maliyetli operasyonlar, yüksek başarı oranı, hızlı randevu imkânı ve ameliyat paketlerinin uçuş ve konaklama hizmetleriyle birleştirilmesi sayesinde uluslararası hastalar tarafından yoğun biçimde tercih edilmektedir. Sleeve gastrektomi ve gastrik bypass ameliyatları özellikle Türkiye’de medikal turizmin en yüksek hacimli tedavileri arasına girmiştir (Gül, 2019; Kowalewski vd., 2019; Scarano Pereira vd., 2022; Zengin Eroğlu vd., 2019).

Bariatrik cerrahinin medikal turizm bağlamında öne çıkmasında yalnızca maliyet avantajı değil, aynı zamanda tedavinin sağladığı etkili sonuçlar da önemli rol oynamaktadır. Bu cerrahiler, hastalarda kalıcı kilo kaybı sağlamanın

ötesinde tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve uyku apnesi gibi metabolik hastalıklarda anlamlı düzelme sağlamaktadır. Bu nedenle bariatrik cerrahi yalnızca kozmetik değil, yaşam kalitesi ve sağkalım üzerinde önemli etkileri bulunan bir tıbbi müdahale olarak değerlendirilmektedir. Medikal turizmle seyahat eden hastalar arasında özellikle metabolik iyileşme beklentisi ve yaşam kalitesini yükseltme motivasyonu ön planda gelmektedir (Demir, 2025; Demir & Yavuz, 2024).

Ancak bariatrik cerrahi de dâhil olmak üzere tüm medikal turizm alanlarında önemli riskler mevcuttur. Ameliyat sonrası komplikasyonların hastanın kendi ülkesine döndükten sonra ortaya çıkması, taburculuk sonrası takip eksiklikleri, tıbbi kayıtların yetersizliği, agresif pazarlama uygulamaları ve bazı ülkelerde sınırlı regülasyon, bu alanda dikkat edilmesi gereken konulardır. Bu nedenle medikal turizmde güvenli tedavi sağlanabilmesi için uluslararası akreditasyon, kalite standartları, etik tanıtım kuralları ve ameliyat sonrası bakım protokollerinin titizlikle uygulanması gerekmektedir (Demir, 2025; Santos vd., 2022).

Sonuç olarak medikal turizm, küresel sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası hâline gelmiş, ekonomik ve klinik açıdan birçok fırsat sunmuştur. Estetik cerrahiden diş tedavilerine, tüp bebekten ortopedik işlemlere kadar geniş bir tedavi yelpazesi sunulurken, bariatrik cerrahi medikal turizmin en hızlı büyüyen ve en stratejik alanı olarak öne çıkmıştır. Obeziteyle mücadelede etkili ve düşük maliyetli bir seçenek sunması, bariatrik cerrahiyi medikal turizmin merkezine yerleştirmiştir. Bununla birlikte, medikal turizmin güvenli ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşabilmesi için güçlü regülasyon mekanizmaları, akreditasyon süreçleri ve uzun dönem hasta takibi büyük önem taşımaktadır. Bu unsurlar sağlandığında medikal turizm, hem ülkeler için ekonomik bir avantaj hem de hastalar için yüksek kaliteli, erişilebilir bir sağlık hizmeti sunmaya devam edecektir.

1.2. Obezite: Tanımı, Etyolojisi, Patolojisi ve Küresel Prevalansı

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından beden kitle indeksinin (BKİ) 30 kg/m^2 ve üzeri olması biçiminde tanımlanan, aşırı yağ birikimi ile karakterize kronik ve multifaktöriyel bir sağlık sorunudur. BKİ, bireyin vücut ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanır; formülü

BKİ = kg / m² olup klinik ve epidemiyolojik değerlendirmelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu bağlamda BKİ ölçümleri güncel sağlık politikalarının oluşturulmasında ve obeziteye yönelik risk belirlemede önemli bir araçtır (WHO, 2023).

Aşağıdaki tablo WHO tarafından kabul edilen sınıflandırmayı göstermektedir (Ozsü & Yazıcıoğlu, 2019):

Tablo 2. BKİ'ye Göre WHO Obezite Sınıflandırması

BKİ (kg/m ²)	Sınıf	Tanım
<18.5	Zayıf	Yetersiz ağırlık
18.5–24.9	Normal	Sağlıklı ağırlık
25.0–29.9	Fazla kilolu	Artmış sağlık riski
30.0–34.9	Obezite Sınıf I	Orta obezite
35.0–39.9	Obezite Sınıf II	İleri obezite
≥40.0	Obezite Sınıf III	Morbid / Şiddetli obezite

Obezite yalnızca enerji alımı ile enerji harcaması arasındaki dengenin bozulmasıyla ortaya çıkan basit bir kilo artışı değil, aynı zamanda genetik, çevresel, davranışsal, nöroendokrin ve inflamatuvar süreçlerin iç içe geçtiği kompleks bir patofizyolojik bozukluktur. Obezitenin fizyopatolojisi, özellikle beyaz yağ dokusunda (WAT) meydana gelen aşırı genişleme ile başlar. Normalde subkutan yağ dokusu belirli bir genişleme kapasitesine sahiptir; hiperplazi ve hipertrofi ile uyum sağlamaya çalışır. Ancak kapasite aşıldığında yağ birikimi visseral yağ dokusuna (VAT) ve karaciğer, kalp, pankreas ve iskelet kası gibi organlara yönelir. Bu süreç lipotoksisite, hücrel stres, oksidatif hasar ve sistemik inflamasyonun başlamasıyla sonuçlanır (Jin vd., 2023; Tymochkin & Bayliak, 2024)

Visseral yağ dokusu metabolik açıdan son derece aktiftir ve IL-6, TNF- α , leptin ve rezistin gibi güçlü proinflamatuvar moleküller salgılayarak sistemik

inflamasyonun temel kaynağı hâline gelir. VAT'ın artışı, adipositlerin hipoksiye uğrayarak makrofaj infiltrasyonunu tetiklediği “crown-like structures” olarak tanımlanan histopatolojik yapılarla sonuçlanır; bu durum obezitenin kronik düşük dereceli inflamasyonla seyreden bir hastalık olduğunu göstermektedir. Artan serbest yağ asitleri pankreas β -hücrelerinde toksisiteye yol açarak insülin direncinin gelişimini hızlandırır; bu süreç tip 2 diyabetin patogenezinde kritik öneme sahiptir (Jaisinghani & Kumar, 2023; Jin vd., 2023).

Evrimsel açıdan bakıldığında obezite modern çevrenin insan biyolojisiyle uyumsuzluğunun bir sonucudur. İnsan türü tarihsel olarak enerji kıtlığı koşullarında evrimleşmiş, bu nedenle yağ depolama mekanizmaları hayatta kalma açısından avantaj sağlamıştır. Ancak günümüzde yüksek kalorili besinlere sürekli erişim, düşük fiziksel aktivite ve sedanter yaşam tarzı nedeniyle bu biyolojik eğilim bireyde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu durum literatürde “evolutionary mismatch” olarak adlandırılmaktadır (Phelps vd., 2024).

Küresel düzeyde obezite prevalansı endişe verici şekilde artmaktadır. NCD Risk Factor Collaboration'ın (NCD-RisC, 2024) 222 milyon kişinin verisine dayanan geniş çaplı analizine göre, 1990–2022 döneminde yetişkinlerde obezite oranı kadınlarda %8.8'den %18.5'e, erkeklerde ise %4.8'den %14.0'a yükselmiştir. 2022 yılında dünya genelinde 504 milyon kadın ve 374 milyon erkeğin obez sınıfında yer aldığı tespit edilmiştir. Çocuklarda ve adolesanlarda da benzer şekilde ciddi bir yükseliş mevcuttur: kızlarda obezite oranı 1990'da %1.7 iken 2022'de %6.9'a; erkeklerde ise %2.1'den %9.3'e çıkmıştır. En hızlı artış Orta Doğu, Kuzey Afrika, Polinezya ve Karayipler'de gözlenmektedir (Phelps vd., 2024; Tymochkin & Bayliak, 2024).

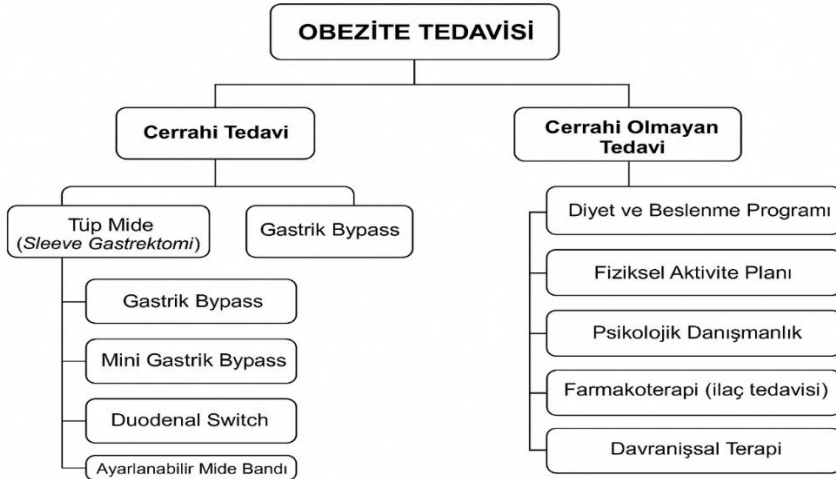
Obezite artışıyla birlikte obeziteye bağlı hastalık yükü de dramatik şekilde yükselmektedir. 1980–2015 yılları arasında dört milyondan fazla ölüm obezite ile ilişkilendirilmiştir; bu ölümlerin büyük kısmı kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca BKİ'deki her 5 kg/m²'lik artışın tüm nedenlere bağlı ölüm riskini yaklaşık %30 artırdığı bildirilmiştir. Obezite yalnızca metabolik ve kardiyovasküler riskleri değil, aynı zamanda sosyal damgalanma, depresyon, anksiyete ve iş gücü kaybı gibi psikososyal sorunları da beraberinde getirir (Jin vd., 2023; Tymochkin & Bayliak, 2024).

Bu kapsamlı bilimsel kanıtlar, obezitenin biyolojik, davranışsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan multidisipliner bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle obezite ile mücadele, bireysel yaşam tarzı müdahalelerinin ötesinde, sağlıklı beslenme ortamları oluşturulması, şehir planlaması, sağlık okuryazarlığının artırılması ve toplumsal düzeyde politika uygulamalarını gerektirmektedir.

1.3. Obezite Tedavisi

Obezite, kronik, ilerleyici ve multifaktöriyel bir hastalık olup etkili tedavi yaklaşımları yaşam tarzı değişiklikleri, farmakoterapi ve metabolik-bariatrik cerrahi olmak üzere üç temel başlık altında toplanmaktadır. Güncel klinik rehberler obezitenin yönetiminde bireyselleştirilmiş, kademeli ve uzun dönem sürdürülebilir müdahalelerin uygulanmasını önermektedir. Tedavi yaklaşımı, hastanın BKİ düzeyine, sağlık risklerine, metabolik profile ve davranışsal özelliklerine göre belirlenmektedir (Angrisani vd., 2017; IFSO, 2023).

Aşağıdaki şekil obezitenin cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi seçeneklerini sınıflandırarak genel yaklaşımı özetlemektedir (Demir & Özpınar, 2024):



Şekil 1. Obezite Tedavisi

Cerrahi olmayan tedaviler obezite yönetiminin ilk basamağını oluşturmaktadır. Yoğun yaşam tarzı müdahaleleri; kalori kısıtlaması, beslenme programları, fiziksel aktivite planlaması, davranışsal terapi ve psikososyal

destek gibi bileşenleri içerir. Klinik kılavuzlara göre yaşam tarzı değişiklikleri ile ilk altı ayda vücut ağırlığının %5–10'unun kaybedilmesi hedeflenmelidir. Diyet müdahaleleri arasında düşük enerjili beslenme, Akdeniz diyeti, düşük karbonhidratlı diyet ve porsiyon kontrolüne dayalı programlar bulunmaktadır. Fiziksel aktivitenin haftada en az 150 dakika orta düzeyde aerobik egzersizi içermesi önerilir. Davranışsal terapi, öz izlem, tetikleyici kontrolü, hedef belirleme ve motivasyonel görüşme gibi tekniklerle uzun süreli davranış değişimini destekler (Gadde vd., 2018; Garvey vd., 2016).

Farmakoterapi, yaşam tarzı değişikliklerine yeterli yanıt alınamayan ve $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ veya $BKİ \geq 27 \text{ kg/m}^2$ olup ek kronik hastalığı bulunan bireylerde endikedir. FDA onaylı ilaçlar arasında orlistat, naltrekson-bupropion, fentermin-topiramet, liraglutid 3.0 mg ve semaglutid 2.4 mg yer almaktadır. Özellikle GLP-1 reseptör agonistleri semaglutid ve liraglutid klinik çalışmalarda %10–15'e ulaşan kilo kayıpları sağlamıştır. Farmakoterapinin yaşam tarzı müdahaleleri ile birlikte uygulanması önerilmektedir (Gadde vd., 2018; Garvey vd., 2016).

Metabolik ve bariatrik cerrahi, obezitenin en etkili ve en hızlı kilo kaybı sağlayan tedavi şeklidir. Güncel ASMBS/IFSO (2022) rehberine göre $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$ olan veya $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olup ciddi obezite ilişkili komorbiditesi bulunan bireylerde cerrahi güçlü şekilde önerilmektedir. Ayrıca $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olup tip 2 diyabeti kontrol altına alınamayan hastalarda da cerrahi seçenek olarak değerlendirilmelidir. En yaygın uygulanan cerrahi prosedürler sleeve gastrektomi, Roux-en-Y gastrik bypass, mini gastrik bypass ve duodenal switch'tir. Cerrahi sonrası hastaların düzenli takibi, vitamin-mineral destekleri ve davranışsal uyumu tedavinin başarısı için kritik öneme sahiptir (Brown vd., 2020; Guzel & İkizek, 2021; Güzel, 2021; Parmar vd., 2021).

Sonuç olarak, obezite tedavisi çok disiplinli, bireyselleştirilmiş ve uzun süreli bir yönetim süreci gerektirir. Yaşam tarzı değişikliği tüm tedavi seçeneklerinin temelini oluştururken, uygun hastalarda farmakoterapi ve bariatrik cerrahi güçlü ek seçenekler sunmaktadır.

1.4. Medikal Turizmde Bariatrik Metabolik Cerrahi

Küreselleşen sağlık hizmetleri ile birlikte son yıllarda en hızlı gelişen alanlardan biri medikal turizmdir ve bu büyümenin merkezinde bariatrik-metabolik cerrahi giderek daha fazla yer almaktadır. Obezite prevalansının

dünya genelinde hızla artması, sağlık sistemlerinin bu talebi karşılamada yetersiz kalması ve cerrahiye erişimdeki engeller, bireyleri kendi ülkeleri dışındaki operasyonlara yönlendirmektedir (McGirr vd., 2025). Bariatrik cerrahi, morbid obezite tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olup uzun dönem kilo kontrolünü ve metabolik iyileşmeyi sağlaması nedeniyle sağlık turizminin önemli bir hizmet alanı hâline gelmiştir (Demir & Özpınar, 2024).

Birçok ülkede bariatrik cerrahiye erişim; bekleme sürelerinin uzun olması, sigorta kapsamalarının yetersizliği ve katı uygunluk kriterleri nedeniyle oldukça sınırlıdır. Örneğin, Birleşik Krallık ve Kanada gibi ülkelerde hastaların ameliyat için yıllarca beklemek zorunda kaldığı, hatta bazı bölgelerde bariatrik cerrahi hizmetinin hiç sunulmadığı belirtilmektedir (Aggarwal & Ahmed, 2024). Bu durum, maliyet açısından daha erişilebilir ve hızlı hizmet sunan Türkiye, Meksika, Hindistan ve Doğu Avrupa ülkelerine doğru yoğun bir hasta akışı yaratmaktadır. Turizm paketleri, uçuş–konaklama–ameliyat içeren toplam maliyetlerin ülkelerin kendi sağlık sistemlerinden çok daha düşük olması nedeniyle cazip bir alternatif oluşturmaktadır (Eberts & LaFree, 2025).

Metabolik ve bariatrik cerrahi turizmini besleyen temel faktörler “erişilebilirlik, maliyet uygunluğu, kısa bekleme süresi, sigorta zorunluluğunun olmaması, gizlilik ve sosyal medya üzerinden agresif pazarlama” olarak tanımlanmaktadır (Zuberi vd., 2024). Ancak literatür, kolay erişimin beraberinde önemli riskler ve belirsizlikler getirdiğini göstermektedir. En belirgin sorun, ameliyatların farklı düzenleyici çerçeveler altında yapılması ve kalite standartlarında büyük değişkenlik olmasıdır. Regülasyon eksikliği; hasta güvenliği, doğru hasta seçimi, operasyonu gerçekleştiren cerrahın yetkinliği ve merkezlerin akreditasyonu gibi kritik unsurları tartışmalı hâle getirmektedir (Aggarwal & Ahmed, 2024; McGirr vd., 2025).

Bariatrik cerrahi için yurtdışına giden hastaların önemli bir bölümünde ciddi postoperatif komplikasyonlar görülebilmektedir. ABD-Meksika sınırına yakın bir merkezde yapılan çalışmada, yurtdışında ameliyat olan 91 hastanın %56’sının acil servise başvurmak zorunda kaldığı, en yaygın komplikasyonun dikiş hattı kaçağı olduğu ve hastaların %20’sinin yoğun bakım ihtiyacı duyduğu bildirilmiştir (Spurzem vd., 2025). Benzer şekilde Kanada’da yapılan bir araştırmada bariatrik cerrahi amaçlı medikal turizmin sağlık sistemine 1.8 milyon CAD ek maliyet yüklediği saptanmıştır (Sheppard vd., 2014). Bu

bulgular, turizm amaçlı gerçekleştirilen bariatrik cerrahilerin kamu sağlık sistemlerinde ciddi finansal ve klinik yük oluşturduğunu göstermektedir.

Psikososyal boyut değerlendirildiğinde, hastaların önemli bir kısmında yabancı ülkede ameliyat olmaya bağlı kaygı, bilinmezlik ve belirsizlik nedeniyle cerrahi korkusu arttığı belirlenmiştir. İstanbul’da sağlık turizmi kapsamında yapılan bir çalışmada, hastaların yüksek cerrahi korku ve anksiyete düzeylerinin memnuniyetlerini doğrudan etkilediği ortaya konmuştur (Malczak vd., 2021; Poelmeijer vd., 2020). Bu durum, ameliyat öncesi bilgilendirmenin ve psikososyal desteğin önemli bir gereklilik olduğunu göstermektedir.

Literatürde, bariatrik cerrahi turizminin daha güvenli hâle gelebilmesi için uluslararası işbirliğiyle oluşturulmuş düzenleyici mekanizmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır. Klinik verilerin uluslararası kayıt sistemlerinde tutulması, cerrahi merkezlerin akredite edilmesi, hastalara ameliyat sonrası bakımın detaylı planlandığı ortak bir “uluslararası taburculuk protokolü” verilmesi önerilen önlemler arasındadır (Parmar vd., 2021). Ayrıca hastaların ameliyat sonrası takiplerinin kesintisiz ve doğru yapılabilmesi için açıklayıcı, standartlaştırılmış taburculuk özetlerinin paylaşılması zorunlu görülmektedir.

Sonuç olarak, bariatrik ve metabolik cerrahi turizmi giderek büyüyen bir sağlık hizmeti alanı olmakla birlikte, kontrolsüz büyüme beraberinde önemli klinik, etik ve hukuki riskler getirmektedir. Bu nedenle, güçlü uluslararası regülasyonlar, hasta güvenliği odaklı standartlar ve sürdürülebilir takip mekanizmaları ile bu alanın hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha güvenli ve etkin hâle getirilmesi gerekmektedir.

1.5. Bariatrik Metabolik Cerrahi ve Yaşam Kalitesi

Bariatrik ve metabolik cerrahi, obezite tedavisinde yalnızca kilo kaybı sağlamasıyla değil, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesini çok boyutlu biçimde iyileştirmesiyle dikkat çeken etkin bir müdahale alanıdır. Morbid obez bireylerde fiziksel kısıtlılık, psikososyal sorunlar, kendilik algısında bozulma, depresyon eğilimi ve sosyal izolasyon gibi yaşam kalitesini doğrudan zedeleyen unsurlar yaygın olarak görülmektedir. Cerrahi sonrası kilo kaybının yanı sıra metabolik düzelmeler, fonksiyonel kapasitedeki artış, beden imajı iyileşmesi ve psikososyal güçlenme, yaşam kalitesinin bütünsel olarak yükselmesine katkıda bulunmaktadır (Bindal vd., 2024; Díaz-González vd., 2024).

Uzun dönemli bulgular, bariatrik cerrahinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin hem fiziksel hem psikososyal bileşenlerde belirgin olduğunu göstermektedir. Hindistan'da 10 yıla kadar izlem yapılan geniş ölçekli bir çalışmada, hastaların BAROS skorlarında tüm takip dönemlerinde "iyi" ve "çok iyi" düzeylerde sonuçlar elde ettiği bildirilmiştir (Bindal vd., 2024). Benzer şekilde, Janik ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada, ameliyat sonrası 12–18 ay içinde yaşam kalitesi puanlarının ameliyat öncesi döneme göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve bu iyileşmenin ameliyat türünden bağımsız bir biçimde ortaya çıktığı görülmüştür. Bu bulgular, kilo kaybı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin doğrusal olmadığını ve cerrahi sürecin biyopsikososyal bir dönüşüm sağladığını göstermektedir (Janik vd., 2016).

Beden imajı ve benlik saygısı, yaşam kalitesinin kritik alt bileşenleridir. AboKhozima ve ark. (2025) tarafından yapılan çalışmada, bariatrik cerrahi geçiren bireylerde beden imajı ölçeği (BIS) ve genel yaşam kalitesi puanlarının normal düzeylerde olduğu, sleeve gastrektomi uygulanan hastalarda beden imajı iyileşmesinin daha belirgin olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte, beden imajı algısının ameliyat sonrası ikinci yıldan itibaren çeşitli faktörlere bağlı olarak azalma eğilimi gösterebildiği, uzun dönem takiplerin önemini ortaya koymaktadır. Benlik saygısı ise genellikle stabil seyretmekte, kilo kaybı ve işlevsellik artışı ile paralel olarak güçlenmektedir (AboKhozima vd., 2025).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL), obezite tedavisinin en önemli çıktılarından biridir. Díaz-González ve ark. (2024), bariatrik cerrahi sonrası 18 aylık takipte SF-36 puanlarında özellikle fiziksel bileşen skorlarında belirgin artış olduğunu bildirmiş; depresyon öyküsü olmayan hastalarda mental bileşen skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca %25'ten fazla toplam vücut ağırlığı kaybına ulaşan bireylerde hem fiziksel hem de mental yaşam kalitesinin anlamlı derecede arttığı gösterilmiştir. Bu bulgular, cerrahi sürecin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda davranışsal ve psikolojik düzenlemeleri tetiklediğini ve bunların yaşam kalitesine yansıdığını göstermektedir (Díaz-González vd., 2024).

Uzun dönemli sistematik incelemeler de bu sonuçları desteklemektedir. Sierżantowicz ve ark. (2022), bariatrik cerrahi sonrasında dokuz yıl ve üzeri izlemlerde yaşam kalitesinin özellikle fiziksel alanlarda kalıcı biçimde artırdığını bildirirken, psikolojik iyileşmenin bireysel değişkenlere bağlı olarak daha farklı düzeylerde seyredebildiğini vurgulamıştır. Benzer biçimde

(Sierżantowicz vd., 2022), Simonson ve ARMMS çalışması, yaşam tarzı değişikliği ile karşılaştırıldığında bariatrik cerrahinin uzun dönem yaşam kalitesi ve diyabet kontrolünde daha üstün sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur (Simonson vd., 2025).

Genel olarak değerlendirildiğinde, bariatrik cerrahi yaşam kalitesini kısa, orta ve uzun dönemde anlamlı ve kalıcı biçimde artıran etkili bir müdahaledir. Fiziksel işlevsellikte iyileşme, metabolik sorunlarda düzelme, psikolojik güçlenme ve sosyal katılımın artması, yaşam kalitesinin bütünsel olarak yükselmesine katkıda bulunmaktadır. Ancak bu iyileşmenin sürdürülebilirliği, multidisipliner takip programları, psikolojik destek ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum ile doğrudan ilişkilidir.

SONUÇ

Medikal turizm, küresel sağlık hizmetlerinin dönüşümünde önemli bir güç olarak ortaya çıkmış; teknolojik kapasitesi yüksek, maliyet açısından avantajlı ve kısa bekleme sürelerine sahip ülkeleri uluslararası hasta hareketliliğinin merkezine yerleştirmiştir. Bu kapsamda estetik cerrahi, diş tedavileri, ortopedik girişimler ve tüp bebek uygulamaları gibi birçok hizmet türü önemli bir talep görse de bariatrik ve metabolik cerrahi son yılların en dikkat çekici yükselişini göstermiştir. Obezitenin tüm dünyada kronik ve kompleks bir halk sağlığı sorunu hâline gelmesi, cerrahi tedavilere olan ihtiyacı artırmakta; kendi ülkelerinde cerrahiye erişim güçlüğü yaşayan bireyleri daha ulaşılabilir ve hızlı çözümler sunan ülkelere yöneltmektedir.

Bariatrik cerrahinin yalnızca kilo kaybı sağlaması değil, metabolik hastalık yükünü azaltması, bireylerin sosyal yaşama katılımını güçlendirmesi, psikolojik iyilik hâlini desteklemesi ve genel yaşam kalitesini iyileştirmesi, bu tedaviyi medikal turizmin klinik açıdan en değerli alanlarından biri yapmaktadır. Ancak bu hızlı büyümenin beraberinde getirdiği etik, hukuki ve klinik risklerin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Regülasyon eksiklikleri, standart dışı uygulamalar, ameliyat sonrası takip süreçlerinin yetersizliği ve komplikasyon yönetiminde yaşanan güçlükler medikal turizmin sürdürülebilirliğini tehdit eden önemli unsurlardır. Bu nedenle, uluslararası akreditasyon süreçlerinin güçlendirilmesi, hasta güvenliği odaklı protokollerin geliştirilmesi, taburculuk sonrası takip programlarının standardize edilmesi ve ülkeler arası veri paylaşımının artırılması gerekmektedir.

Sonuç olarak, bariatrik cerrahinin medikal turizm içindeki konumu giderek güçlenmekte; klinik etkinliği, ekonomik avantajı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri ile küresel sağlık piyasasında stratejik bir alan hâline gelmektedir. Uygun düzenleyici çerçeve ve güvenli uygulama standartları ile desteklendiğinde, bariatrik-metabolik cerrahi hem hastalar hem de sağlık sistemleri için yüksek değer üreten bir tedavi seçeneği olmaya devam edecektir.

KAYNAKÇA

- AboKhozima, A., Zidan, M. H., Altabbaa, H., Selim, A., Alok, M., Mourad, M., Elmagd, A. A., Elsayed, M. E. G., Emara, A. F., Eskander, G. M., & Amer, S. A. (2025). The impact of weight loss after bariatric surgeries on the patient's body image, quality of life, and self-esteem. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 410(1), 24. <https://doi.org/10.1007/s00423-024-03568-6>
- Aggarwal, R., & Ahmed, A. (2024). The rising trend of health tourism in bariatric surgery. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, 106(6), 312-314. <https://doi.org/10.1308/rcsbull.2024.105>
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Vitiello, A., Zundel, N., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2017). Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obesity Surgery*, 27(9), 2279-2289. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2666-x>
- Bagga, T., Vishnoi, S. K., Jain, S., & Sharma, R. (2020). Medical tourism: treatment, therapy & tourism. *Int J Sci Technol Res*, 9, 4447-4453.
- Bindal, V., Agarwal, P., Khaitan, M., Prasad, A., Peters, A. N. C., Narwaria, M., Wadhawan, R., Shah, S., Kular, K. S., Raj, P. P., Bhasker, A. G., Pandey, D., Gupta, S., Mansuri, N., Dhagat, D., Jaithlia, H., Siddiqui, D., Arora, B., & Singh, A. (2024). An Indian multicentre real-world study on long-term quality of life outcomes following bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 14(6). <https://doi.org/10.1111/cob.12693>
- Brown, W. A., Johari Halim Shah, Y., Balalis, G., Bashir, A., Ramos, A., Kow, L., Herrera, M., Shikora, S., Campos, G. M., Himpens, J., & Higa, K. (2020). IFSO Position Statement on the Role of Esophago-Gastro-Duodenal Endoscopy Prior to and after Bariatric and Metabolic Surgery Procedures. İçinde *Obesity Surgery* (C. 30, Sayı 8, ss. 3135-3153). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04720-z>
- Çapar, H., & Aslan, Ö. (2020). Factors Affecting Destination Choice in Medical Tourism. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 8(2), 80-88. <https://doi.org/10.34172/ijtmgh.2020.13>
- Dag, E., Demir, Y., Kilinc, Z. A., & Yazicioglu, B. (2024). Perception of medical tourism image from the perspective of healthcare professionals: The case

of Turkey. *Journal of Tourism Management Research*, 11(1), 38-48.
<https://doi.org/10.18488/31.v11i1.3700>

Dağ, E., Kılınç, Z. A., Demir, Y., & Tosun, N. (2025). Türkiye de Dental Turizmin Dinamikleri: Motivasyon ve Memnuniyet Üzerine Bir Çalışma (The Dynamics of Dental Tourism in Türkiye: A Study on Motivation and Satisfaction). *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*.
<https://doi.org/10.21325/jotags.2025.1632>

Demir, Y. (2024a). Bir Estetik Yolculuk, Estetik Cerrahi ve Estetik Turizm: Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme. *Journal of Gastronomy Hospitality and Travel (JOGHAT)*. <https://doi.org/10.33083/joghat.2024.396>

Demir, Y. (2024b). Destination Image and Revisit Intention Relationship from the Perspective of Diaspora Medical Tourists Receiving Health Services in Samsun: A Cross-Sectional Study. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*. <https://doi.org/10.21325/jotags.2024.1508>

Demir, Y. (2025). The Effect of Hospital Brand Image and Motivational Factors on Behavioral Intentions from the Perspective of Medical Tourists: Cross-Sectional Study. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 10(4), 1069-1078. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2025-108738>

Demir, Y., & Özpınar, S. (2020). Medikal Turizmde Kadın Ve Kadın Sağlığı. *SBedergi*, 4(7), 117-129.

Demir, Y., & Özpınar, S. (2024). The Relationship Between Body Image Perception, Quality of Life and Patient Satisfaction in Medical Tourists Undergoing Obesity Surgery. *International Journal of Health Management and Tourism*. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.1422564>

Demir, Y., & Yavuz, E. (2024). Healing Journey, Health Tourist Profiles: The Case of a Public Hospital. *Journal of Tourism & Gastronomy Studies*, , 12(2), 1037-1048.

Díaz-González, B. V., Bautista-Castaño, I., Hernández García, E., Cornejo Torre, J., Hernández Hernández, J. R., & Serra-Majem, L. (2024). Bariatric Surgery: An Opportunity to Improve Quality of Life and Healthy Habits. *Nutrients*, 16(10), 1466. <https://doi.org/10.3390/nu16101466>

Eberts, C. E., & LaFree, A. (2025). Complications from bariatric medical tourism: Lessons for the emergency physician from selected case reports. *The American Journal of Emergency Medicine*, 90, 252.e1-252.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2024.11.012>

- Farrukh, M., Shahzad, I. A., Sajid, M., Sheikh, M. F., & Alam, I. (2022). Revisiting the intention to travel framework in the perspective of medical tourism: The role of eWord-of-mouth and destination image. *International Journal of Healthcare Management*, 15(1), 28-35. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1836733>
- Gadde, K. M., Martin, C. K., Berthoud, H.-R., & Heymsfield, S. B. (2018). Obesity. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(1), 69-84. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.011>
- Garvey, W. T., Mechanick, J. I., Brett, E. M., Garber, A. J., Hurley, D. L., Jastreboff, A. M., Nadolsky, K., Pessah-Pollack, R., & Plodkowski, R. (2016). American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity. *Endocrine Practice*, 22, 1-203. <https://doi.org/10.4158/EP161365.GL>
- Gavurova, B., Dvorsky, J., & Popesko, B. (2021). Patient satisfaction determinants of inpatient healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111337>
- Genç, R., Kılavuz, M., Ertekin, S., Oral, Ş., Saka, G., Pektaş, M., & Günay, D. (2023). Kadınların Estetik Kozmetik Jinekoloji Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(2), 185-191. <https://doi.org/10.53490/eghehemsire.1136638>
- Guzel, K., & İkizek, M. (2021). Comparison of preoperative and postoperative Lipid Profile changes in obese and morbidly obese patients after mini gastric bypass surgery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(7). <https://doi.org/10.12669/pjms.37.7.4123>
- Gül, S. (2019). A qualitative research on medical tourism of samsun (turkey) in the context of international patients. *International Journal of Geography and Geography Education*, 40, 283-294. <https://doi.org/10.32003/iggei.570459>
- Güzel, K. (2021). A Gastric Cancer Following Sleeve Gastrectomy with Transit Bipartition Surgery. *Indian Journal of Surgery*, 83(3), 761-763. <https://doi.org/10.1007/s12262-020-02291-y>

- Hall, C. M. (2012). *Medical Tourism, Medical tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203109458>
- IFSO. (2023). *8th IFSO 2023 Registry Report*. <https://www.ifso.com/pdf/8th-ifso-registry-report-2023.pdf>.
- Jaapar, M., Musa, G., Moghavvemi, S., & Saub, R. (2017). Dental tourism: Examining tourist profiles, motivation and satisfaction. *Tourism Management*, 61, 538-552. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2017.02.023>
- Jaisinghani, P., & Kumar, R. (2023). Obesity and Viral Infections. *Gastroenterology Clinics of North America*, 52(2), 393-402. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2023.03.012>
- Janik, M. R., Rogula, T., Bielecka, I., Kwiatkowski, A., & Paśnik, K. (2016). Quality of Life and Bariatric Surgery: Cross-Sectional Study and Analysis of Factors Influencing Outcome. *Obesity Surgery*, 26(12), 2849-2855. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2220-2>
- Jin, X., Qiu, T., Li, L., Yu, R., Chen, X., Li, C., Proud, C. G., & Jiang, T. (2023). Pathophysiology of obesity and its associated diseases. *Acta Pharmaceutica Sinica B*, 13(6), 2403-2424. <https://doi.org/10.1016/j.apsb.2023.01.012>
- Kowalewski, P. K., Rogula, T. G., Lagardere, A. O., Khwaja, H. A., Walędziak, M. S., & Janik, M. R. (2019). Current Practice of Global Bariatric Tourism—Survey-Based Study. *Obesity Surgery*, 29(11), 3553-3559. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04025-w>
- Lunt, N., Horsfall, D., & Hanefeld, J. (2016). Medical tourism: A snapshot of evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 88, 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.03.001>
- Małczak, P., Mizera, M., Lee, Y., Pisarska-Adamczyk, M., Wysocki, M., Bała, M. M., Witowski, J., Rubinkiewicz, M., Dudek, A., Stefura, T., Torbicz, G., Tylec, P., Gajewska, N., Vongsurbchart, T., Su, M., Major, P., & Pędziwiatr, M. (2021). Quality of Life After Bariatric Surgery—a Systematic Review with Bayesian Network Meta-analysis. *Obesity Surgery*, 31(12), 5213-5223. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05687-1>
- Mathijssen, A., & Dziedzic, E. (2024). Diasporic Medical Tourism: examining tourists' profiles, antecedents and behavioural intention. *European*

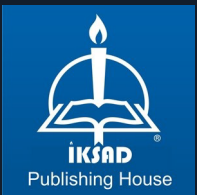
Journal of Tourism Research, 37, 3702.
<https://doi.org/10.54055/ejtr.v37i.3010>

- McGirr, J., Gregg, E. W., McNamara, D. A., & O'Malley, G. (2025). Bariatric and metabolic surgery medical tourism: the compelling need for regulation through transnational collaboration. *BMJ Global Health*, 10(7), e019546. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-019546>
- Neymotin, F. (2024). Medical Tourism: Babies Across the Border. *Journal of Quantitative Economics*, 22(2), 547-562. <https://doi.org/10.1007/s40953-024-00381-2>
- Ozsu, E., & Yazıcıoğlu, B. (2019). Obese boys with low concentrations of high-density lipoprotein cholesterol are at greater risk of hepatosteatosi. *Hormones*, 18(4), 477-484. <https://doi.org/10.1007/s42000-019-00152-2>
- Parmar, C. D., McCluney, S. J., Rodriguez, N., Behrens, E., Lakdawala, M., Kow, L., Shikora, S., & Ramos, A. (2021). A Global Survey by the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) on Perceptions of Bariatric Medical Tourism (BMT) by Health Professionals: Guidelines from IFSO for BMT. *Obesity Surgery*, 31, 1401-1410. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05185-w/Published>
- patientsbeyondborders. (2023). *patients beyond borders price*. <https://www.patientsbeyondborders.com/media>.
- Phelps, N. H., Singleton, R. K., Zhou, B., Heap, R. A., Mishra, A., Bennett, J. E., Paciorek, C. J., Lhoste, V. P., Carrillo-Larco, R. M., Stevens, G. A., Rodriguez-Martinez, A., Bixby, H., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., Rayner, A. W., Barradas-Pires, A., Cowan, M. J., Savin, S., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 403(10431), 1027-1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Poelemeijer, Y. Q. M., van der Knaap, E. T. W., Marang-van de Mheen, P. J., Demirkiran, A., Wiezer, M. J., Hazebroek, E. J., Greve, J. W. M., & Liem, R. S. L. (2020). Measuring quality of life in bariatric surgery: a multicentre study. *Surgical Endoscopy*, 34(12), 5522-5532. <https://doi.org/10.1007/s00464-019-07350-4>
- Rahman, M. S., Bag, S., Hassan, H., Hossain, M. A., & Singh, R. K. (2022). Destination brand equity and tourist's revisit intention towards health

tourism: an empirical study. *Benchmarking: An International Journal*, 29(4), 1306-1331. <https://doi.org/10.1108/BIJ-03-2021-0173>

- Santos, C., Carvalho, M., Oliveira, L., Palmeira, A., Rodrigues, L. M., & Gregório, J. (2022). The Long-Term Association between Physical Activity and Weight Regain, Metabolic Risk Factors, Quality of Life and Sleep after Bariatric Surgery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148328>
- Scarano Pereira, J. P., Martinino, A., Manicone, F., Scarano Pereira, M. L., Iglesias Puzas, Á., Pouwels, S., & Martínez, J. M. (2022). Bariatric surgery on social media: A cross-sectional study. *Obesity Research and Clinical Practice*, 16(2), 158-162. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2022.02.005>
- Sheppard, C. E., Lester, E. L. W., Karmali, S., de Gara, C. J., & Birch, D. W. (2014). The cost of bariatric medical tourism on the Canadian healthcare system. *The American Journal of Surgery*, 207(5), 743-747. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.01.004>
- Sierżantowicz, R., Ładny, J. R., & Lewko, J. (2022). Quality of Life after Bariatric Surgery—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9078. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159078>
- Simonson, D. C., Gourash, W. F., Arterburn, D. E., Hu, B., Kashyap, S. R., Cummings, D. E., Patti, M.-E., Courcoulas, A. P., Vernon, A. H., Jakicic, J. M., Kirschling, S., Aminian, A., Schauer, P. R., & Kirwan, J. P. (2025). Health-Related Quality of Life and Health Utility After Metabolic/Bariatric Surgery Versus Medical/Lifestyle Intervention in Individuals With Type 2 Diabetes and Obesity: The ARMMS-T2D Study. *Diabetes Care*, 48(4), 537-545. <https://doi.org/10.2337/dc24-2046>
- Spurzem, G. J., Ruiz-Cota, P., Rocha, A., Fontaine-Nicola, A., Reyes, E., Gabaldon, K., Altolaguirre, A., Hollandsworth, H. M., Sandler, B. J., Horgan, S., Jacobsen, G. R., & Broderick, R. C. (2025). Getting more than what you pay for? Managing complications of bariatric tourism at an academic center near the US-Mexico border. *Surgical Endoscopy*, 39(7), 4525-4532. <https://doi.org/10.1007/s00464-025-11850-x>

- Tosun, N., & Mısırlıoğlu, A. (2022). Medikal turizmde rekabet stratejileri: İslami medikal turizm. *Turkish Journal of Marketing*, 7(1), 31-49. <https://doi.org/10.30685/tujom.v7i1.150>
- Tosun, N., Demir, Y., & Sağlık, E. (2020). Traditional and complementary medicine from health tourism perspective. *International Journal of Health Management and Tourism*, 5(1), 32-43. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.694384>
- Tymochkin, S., & Bayliak, M. (2024). Global trends in obesity: socio-economic and regional influences. *Journal of Vasył Stefanyk Precarpathian National University. Biology*, 11, 66-77. <https://doi.org/10.15330/jpnubio.11.66-77>
- Üstün, U., & Demir Uslu, Y. (2022). Türkiye'nin Sağlık Turizminde Tercih Edilme Nedenleri Üzerine Bir Çalışma: Medikal Turizm Endeksi. *European Journal of Science and Technology*. <https://doi.org/10.31590/ejosat.1020647>
- WHO. (2023). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Zengin Eroğlu, M., Sertçelik, S., Gündüz, A., & Demirkol, M. E. (2019). Self-esteem and quality of life in bariatric surgery candidates. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 20-28. <https://doi.org/10.5455/apd.298864>
- Zuberi, S., Egiz, A., Iqbal, H., Jambulingam, P., Whitelaw, D., Adil, T., Jain, V., Al-Ta'an, O., Munasinghe, A., Askari, A., Aly, M. K., & Iqbal, F. M. (2024). Characterizing barriers and facilitators of metabolic bariatric surgery tourism: a systematic review. *British Journal of Surgery*, 111(3). <https://doi.org/10.1093/bjs/znae060>



ISBN: 978-625-378-485-0