

SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ VE YENİLİKÇİ UYGULAMALAR



EDİTÖR
DOÇ. DR. BÜLENT IŞIK



DOI: 10.5281/zenodo.180989831

Sağlık Yönetimi Alanında Araştırma Yöntemleri ve Yenilikçi Uygulamalar

Editör

Doç. Dr. Bülent Işık

İmtiyaz Sahibi
Platanus Publishing®

Editör
Doç. Dr. Bülent Işık

Kapak & Mizanpaj & Sosyal Medya
Platanus Yayın Grubu

Birinci Basım
Aralık, 2025

Yayımcı Sertifika No
45813

ISBN
978-625-8513-44-8

©copyright
Bu kitabın yayım hakkı Platanus Publishing'e aittir. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin alınmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Adres: Natoyolu Cad. Fahri Korutürk Mah. 157/B, 06480, Mamak,
Ankara, Türkiye.

Telefon: +90 312 390 1 118
web: www.platanuspublishing.com
e-mail: platanuskita@gmail.com



Platanus Publishing®

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1	5
Yüksek Temas, Düşük Paylaşım: Hemşirelikte Yalnızlık Algısı	
Hilal Kuşcu Karatepe & Sevda Demir	
BÖLÜM 2	28
Dijital Sağlık Ekosistemi Oluşturma: Dünya ve Türkiye Perspektifi	
Kurtca Mehmet Uğurlu	
BÖLÜM 3	52
Türkiye’de Sağlıkta Kalite ve Akreditasyonun Toplumsal Getirileri: Akreditasyon Standartları ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	
Hafize Nurgül Durmuş Şenyapar	
BÖLÜM 4	92
Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve Kurumsal Yönetim Yaklaşımları	
Osman Gültepe	
BÖLÜM 5	106
Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi: Yönetimsel Yaklaşımlar ve Güncel Eğilimler	
Osman Gültepe	

BÖLÜM 1

Yüksek Temas, Düşük Paylaşım: Hemşirelikte Yalnızlık Algısı

Hilal Kuşcu Karatepe¹ & Sevda Demir²

¹ Doç. Dr., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-9237-2714

² Dr. Öğretim Üyesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0003-1172-973X

Giriş

Yalnızlık 'sosyal acı' biçimi tanımlanır. Yalnızlık, sosyal bağlantıların sürekli artmasına rağmen, modern toplumun belirleyici sorunlarından biridir. Artık küresel halk sağlığı için öncelikli bir alandır ve özellikle genç yetişkinler yalnızlığa yatkın durumdadır (Berlingieri vd., 2023; Fardghassemi ve Joffe 2022; Giri & Dubey, 2023; Jaffe 2023; Lancet, 2023; Priya Giri ve Dubey 2023). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, her 10 yetişkinden 1'inin kendini yalnız hissettiğini bildirmektedir (Gallup & Meta, 2023; Surkalim vd., 2022).

Hükümetler ve diğer kuruluşlar eylemleri ile sorunun ne kadar ciddiye alınması gerektiğini vurgulamaktadır: Eski ABD Genel Başkanı Vivek Murthy, ülkenin bir yalnızlık salgınıyla karşı karşıya olduğu konusunda uyarıda bulunmuştur (Jaffe 2023), Birleşik Krallık (2018) ve Japonya (2021) ilk kez Yalnızlıktan Sorumlu Bakan atamıştır. Avrupa Komisyonu (2022), üye devletlerinde yalnızlığın etkilerini anlamak için bir girişim başlatmıştır (Berlingieri vd., 2023).

Yalnızlık, algılanan izolasyondan veya yetersiz anlamlı bağlantılardan kaynaklanan, ilişkilere yönelik sosyal ihtiyacının yeterince karşılanmadığına dair öznel duygusal deneyimdir ve 'Diğerlerinden kopukluk hissidir (Prohaska vd., 2020). Yalnızlık stres, kaygı, depresyon, alkolizm, intihar davranışı ve bunamaya yol açan bilişsel gerileme gibi zihinsel sağlık semptomlarının yanısıra bağışıklık ve kardiyovasküler hastalıklar dahil olmak üzere fiziksel sağlık sorunları ile de ilişkilidir (Heinrich & Gullone, 2006; Lee vd., 2021). Holt-Lunstad vd. (2010) morbidite ve mortaliteyi doğrudan etkilediğini; hatta mortalite üzerindeki etkisinin günde 15 sigara içmeye eşdeğer olduğunu bildirmiştir. Ayrıca kötü uyku, düşük yaşam memnuniyeti, düşük akademik başarı ile de bağlantılıdır (Fardghassemi ve Joffe 2022; McClelland vd. 2020). Güncel nörobilim çalışmaları, fiziksel açlıkla yalnızlığın beynin aynı bölgesini (substantia nigra) uyardığını göstermiştir (Tomova et al., 2020). Buna göre, insanlar sosyal bağ kuramadıklarında biyolojik yoksunluk çekerler. Yoksunluk nedeniyle sosyal tehditlere karşı aşırı duyarlı hale gelirler. Böylelikle aslında olumsuzluk içermeyen birçok konuyu kötü olarak değerlendirilir. Bu olumsuz etkiler, yalnızlığı anlamayı çok önemli kılmaktadır.

1. BAĞLANTI ÇOK AMA İLİŞKİ YOK: "KALABALIK YALNIZLIK" PARADOKSU

1.1. Kalabalık Yalnızlık Nedir?

Teknolojik ilerlemeler, dijitalleşme ve hibrit çalışma düzenleri modern örgütlerde "kalabalık yalnızlık" kavramını ortaya çıkarmıştır. Kalabalık yalnızlık, örgütün iletişim kanallarının yoğunluğuna rağmen, çalışanın kendini "görülmeyen" ve "duyulmayan" olarak hissetmesi ve ilişkisel yetersizlik durumudur (TDK, 2024). Örgütlerde kalabalık yalnızlık, bireysel bir uyum

sorunu değil, sistemik bir tasarım hatasıdır. Vivek Murthy'nin (2023) raporuna göre; "Sosyal bağlar, toplumun ve işyerlerinin hayatta kalması için gereken en güçlü ilaçtır." Bu nedenle 21. yüzyılın başarılı örgütleri, teknolojiyi insanı izole etmek için değil, insani bağları güçlendirmek için kullananlar olacağı söylenebilir.

2.2 Modern Tetikleyiciler: Neden Şimdi Daha Yalnızız?

2.2.1. Hibrit Çalışma ve "Görünmezlik"

Ekran aracılığıyla yapılan iletişimde jest, mimik ve feromon gibi biyolojik sinyallerin kaybı, kurulan ilişkilerin "bilişsel" olarak başarılı olmasına rağmen "duygusal" derinliğe ulaşamamasına neden olmaktadır (Kniffin et al., 2021). Hibrit modeller, ofise gelenler ile evden çalışanlar arasında ayrıma neden olabilir. Evden çalışanlar, ofisteki gelişmelerden uzaklaşır, dışlandıklarını hissederek ve dijital bir kalabalığın içinde yalnız kalırlar. Dahası 2022 yılında Microsoft'un 60.000'den fazla çalışanı ile yapılan araştırması, uzaktan ve hibrit çalışmanın, çalışanların kendi ekipleri ile güçlü bağlarını koruduğunu ancak diğer bölümlerle olan rastlantısal zayıf bağlarını kopardığını ve böylece organizasyonda silolamaya neden olduğunu bulgulamıştır (Yang et al., 2022).

2.1.2. Yapay Zekâ ve İnsan-Makine Etkileşimi

2023 ve sonrası literatürde tartışılmaya başlanan yeni bir boyut, insan-yapay zekâ etkileşimidir. Çalışanların günün büyük kısmını, bilgisayar başında, algoritmalarla veya sanal etkileşim ortamlarında geçirmesi, insan temasını azaltmaktadır (Tang vd., 2023'a). Bununla birlikte Tang ve diğerleri (2023b), yapay zekâ sistemlerine aşırı güvenin, çalışanlar arası yardımlaşmayı azalttığını ve sosyal izolasyonu artırdığını vurgulamaktadır.

2.1.3. "Sürekli Meşgulüm" Kültürü

Çalışanlar, "Verimlilik Tiyatrosu" sergilemek adına, çalışmasalar bile meşgul görünmeye çalışmakta, böylelikle samimi sohbetlerden kaçınmaktadırlar. Bunun diğer bir nedeni ise örgütlerdeki "hız" baskısının ilişki kurmayı bir "zaman kaybı" olarak kodlamasıdır (Slack, 2023).

2.1.4. Aşırı Kalabalık

Algılanan aşırı kalabalık, kopukluk duygularını artırabilir. Levine (2003; 2008), insanların kalabalık bölgelerde bulunduklarında yeterli kişisel alana sahip olmadıklarını hissedebileceklerini, daha yüksek düzeyde sosyal izolasyon yaşayabileceklerini ve diğerlerine yardım etme olasılıklarının daha düşük olabileceğini bildirmiştir. Chu ve ark. (2004) ayrıca aşırı kalabalığın kırılganlık, saldırganlık ve izolasyon duygularını artırabileceğini göstermiştir. Küresel nüfus artması, daha fazla insanın büyük şehirlere taşınması, 2050 yılına kadar küresel nüfusun yaklaşık %70'inin kentsel alanlarda yaşaması beklenirken (UNDESA,

2019), aşırı kalabalığın yalnızlığı nasıl etkilediğini anlamak kritik hale gelmektedir.

3. HEMŞİRELİKTE "KALABALIK YALNIZLIK"

Sağlık sektöründe, özellikle hemşirelik profesyonelleri arasında yalnızlık son derece önemlidir ve titizlikle ele alınması gerekir. Hemşireler arasında yalnızlığın sonuçları, genel sağlıkları ve mesleki verimlilikleri üzerindeki önemli etkisi göz önüne alındığında, hayati önem taşımaktadır. Hemşireler arasında yalnızlık, zihinsel ve fiziksel sağlıklarını, iş memnuniyetlerini, motivasyonlarını, empatiyi, iletişimi ve hasta bakım kalitesini derinden etkileyen sonuçlar doğurmaktadır (Dall'Ora vd., 2022; Sundström vd., 2019; Wood, 2022).

Hemşirelikte "Kalabalık yalnızlık"; hemşirenin fiziksel olarak sürekli birileriyle temas halinde olması (hastaya dokunması, hekimle konuşması), ancak psikolojik yükünü paylaşabileceği güvenli bir *biz* duygusundan yoksun olmasıdır. 2023 yılında yapılan kapsamlı bir meta-analiz, hemşirelerin %45'inin, yoğun çalışma tempolarına rağmen kendilerini "duygusal olarak terk edilmiş" hissettiklerini ortaya koymaktadır (Zhou et al., 2023).

3.1. Hemşirelerde Yalnızlığı Derinleştiren Güncel Faktörler

3.1.1. İş Baskısı

Hemşirelik, özünde ilişkisel bir meslek olmasına rağmen modern sağlık sisteminin getirdiği "hız" ve "verimlilik" baskısı, bu ilişkilerin niteliğini değiştirmiştir (Slack, 2023).

3.1.2. "e-Patient" akımı ve Teknolojik Bariyerler

Elektronik sağlık kayıtları ve dijital izlem sistemleri, hemşirenin mevcut süreyi hasta başından çok ekran başına kaydırmıştır. Marwaha ve diğerleri (2022) hemşirelerin hastanın gözlerine bakmak yerine ekrandaki veri kutucuklarına odaklanmak zorunda olduğunu, sonuç olarak hastayla kurulan bağın zayıfladığını, hemşireler arası ayaküstü sohbetleri ortadan kalkarak iletişimi sadece "veri aktarımı" na indirgediğini vurgulamıştır. Labrague ve diğerleri (2021) yalnız hisseden hemşirelerin, ilaç hatalarını raporlama oranının, sosyal destek hissedenlere göre %30 daha düşük olduğunu bildirmiştir.

3.1.3. Akışkan Ekipler ve Yabancılaşma

Günümüzde sabit servis yerine uygulanan "havuz sistemi" veya sık rotasyonlar nedeniyle hemşireler sürekli değişen ekiplerle çalışmaktadır. İsimlerin bile zor öğrenildiği, derin güven ilişkisinin kurulamadığı böyle ortamlarda, hemşire kendini bir ekibe ait hissedemez, kendisini yerine koyulabilir bir eleman olarak görür (Fischer vd., 2024; Jones vd., 2023).

4. HEMŞİRE YÖNETİCİLERİ İÇİN MÜDAHALE ÖNERİLERİ

Kurumlar artık "fiziksel güvenlik" kadar "sosyal sağlık" politikaları geliştirmek zorundadır. Sağlık yöneticileri, yalnızlığı bireysel bir sorun değil, "**Örgütsel Bir Semptom**" olarak ele almalıdır. Özellikle hemşirelik gibi yüksek stresli mesleklerde yalnızlıkla başa çıkmak, çeşitli başa çıkma stratejileri ve müdahaleler gerektirir. Bu yaklaşımlar, kişisel gelişim tekniklerinden resmi destek yapılarına, iş yeri müdahalelerine ve teknoloji tabanlı çözümlere kadar uzanır.

1. **Uygun Çalışma Ortamları:** Sağlık kurumları, iş-yaşam taleplerini dengeleyen, hemşirelerin refahını güvence altına alan, sosyal bağlantıları destekleyen, zihinsel sağlık kaynakları sağlayan ve yüksek kaliteli hasta bakımı sunan destekleyici çalışma ortamları oluşturmaya öncelik vermelidir (Arslan vd., 2020; Wood vd., 2022). Resmi destek yapıları da önemlidir. Danışmanlık hizmetleri, destek grupları veya akran mentorluğu örnek olabilir. Danışmanlık, hemşirelerin duygularını ve düşüncelerini ifade edebilecekleri güvenli bir alan sunarak stres, kaygı ve yalnızlıkla başa çıkmalarına yardımcı olur (Huang vd., 2020). Akran destek grupları, resmi ya da gayri resmi olarak, paylaşılan deneyimler, kolektif bilgelik ve duygusal destek sunar. Hemşireler genellikle benzer zorluklarla karşı karşıya olan diğerleriyle konuşarak teselli bulur ve aidiyet duygusu geliştirir (Bush, 2009). Ek olarak amaçlı eşleştirme yapıldığı takdirde, yeni başlayanlar ile kıdemli hemşireler arasındaki mentorluk ilişkisi, sadece teknik bilgi aktarımı değil, "psikososyal koruma kalkanı" görevi görür. Besleyici, destekleyici ve şeffaf bir çalışma kültürü oluşturmak da çok önemlidir. İletişimi teşvik etmek, kişinin çalışmasına değer vermek ve kariyer gelişimi için fırsatlar yaratmak, iş memnuniyetini artırabilir ve izolasyon duygusunu azaltabilir. Ek olarak, adil bir iş yükü dağıtım sistemi, esnek çalışma saatleri gibi önlemlerin getirilmesi, iş memnuniyetini artırabilir ve tükenmişliği en aza indirerek yalnızlığı azaltabilir (Hofmeyer & Taylor, 2024; Zhang & Huang, 2023).
2. **Yapılandırılmış Sosyalleşme:** Klinik akışına entegre edilmiş mikro-etkileşimler tasarlanmalıdır. Örneğin; toplantıların ilk 5 dakikasının iş dışı paylaşıma ayrılması, kahve molalarına yöneticilerin de dahil olması gibi. Kuruluşlar, ekip oluşturma faaliyetleri veya sosyal etkinlikler gibi çalışanları arasında sosyal etkileşim için ortam oluşturabilir ve bu da meslektaş bağlarını güçlendirebilir (Dutton & Heaphy, 2023; Mellor & Webster, 2024).
3. **Schwartz Turları:** Sadece iş odaklı "klinik vakanın" değil, o vakanın neden olduğu "duyguların" da konuşulduğu multidisipliner

toplantılardır (Schwartz Center for Compassionate Healthcare, 2023). Flanagan ve arkadaşları (2020) bu turların yalnızlık hissini azalttığını ve "yalnız değilim, diğerleri de aynı şeyi hissediyor" algısını güçlendirdiğini bulgulamıştır.

4. **Empatik Liderlik Eğitimi:** Yöneticiler toplantılar sırasında, hemşirelerin duygusal ipuçlarını yakalayabilmek için eğitilmelidir. Örneğin, gruptan ayrılma teşebbüsleri olan, temastan kaçınan hemşireyi fark edebilmeli ve müdahale edebilmelidir (Wei vd., 2023).
5. **İş Tasarımı:** Birbirinden bağımsız görevlerin yanında, birbirine bağımlı gruplar halinde veya takım çalışması yapılacak şekilde işler yeniden kurgulanmalıdır (Guan vd., 2024).
6. **Başa Çıkma Stratejileri:** Farkındalık ve meditasyon gibi öz yardım teknikleri, hemşirelerin dayanıklılık ve duygusal denge geliştirmelerine yardımcı olabilir (Brennan, 2017). Farkındalık, yargılamadan ana odaklanmayı ve öz şefkat, kabullenmeyi geliştirerek izolasyon duygularını azaltmayı gerektirir (Mealer vd., 2014). Dengeli beslenme ve yeterli uyku çok önemlidir (Beebe vd., 2017). Fiziksel egzersiz, bir diğer önemli öz yardım stratejisidir (Villani vd., 2013). Düzenli egzersiz, endorfin üretimini uyararak ruh halini iyileştirir ve doğal bir stres giderici görevi görür. Molalar sırasında kısa bir yürüyüş veya esneme bile faydalı olabilir (Sveinsdóttir, 2023).
7. **İşyeri müdahaleleri:** Sağlık programları, hemşirelere zihinsel sağlıklarını yönetmeleri için araçlar ve kaynaklar sağlayabilir (Jarden vd., 2021). Gevşeme teknikleri, stres yönetimi atölyeleri, dayanıklılık eğitimi örnek verilebilir. Uzaktan ruh sağlığı hizmetleri sağlayan Teleterapi kapsamında yapılan seanslar için mobil uygulamalar katılımı kolaylaştırır (Lau vd., 2020). Çevrimiçi uygulamalar, hemşirelerin coğrafi sınırlardan bağımsız olarak deneyimlerini paylaşmaları ve birbirlerini desteklemeleri için bir ortam sunabilir (Ekers vd., 2002; Gupta vd., 2021).

5. ÖNERİLER VE GELECEK YÖNELİMLER

Hemşireler arasında görülen yalnızlıkla mücadele, kurumsal düzeyde değişiklikleri ve politika ve araştırma odaklarında kaymaları içeren kapsamlı ve stratejik bir yaklaşım gerektirmektedir.

Gelecekteki araştırmalar, küresel ölçekte hemşireler arasında kalabalık yalnızlığın kapsamını belirlemeli, neden ve sonuçlarını incelemelidir. Hemşireler arasında kalabalık içindeki yalnızlığını azaltmada öz yardım tekniklerinden teknoloji tabanlı çözümlere kadar çeşitli müdahalelerin etkinliğini araştırmak, son derece önemlidir. Ayrıca, kurumsal ve politika değişikliklerinin etkilerini

araştıran uzunlamasına çalışmalar da kanıta dayalı bir yaklaşımın temelini oluşturabilir.

6. SONUÇ

Hemşirelikte kalabalık yalnızlık; telefonların, talimatların, alarmların arasında hemşirenin kendi iç sesinin duyulmamasıdır. Teknolojinin getirdiği mesafe ve mesleğin duygusal yükü, bu izolasyonu beslemektedir. Geleceğin sağlık yönetimi, sadece hasta çıktılarına değil, o ıktıyı üreten hemşirenin "sosyal iyilik haline" de odaklanmak zorundadır. Çünkü yalnız bir hemşire, tüm sistemin en kırılgan halkasıdır.

Kaynakça

- Arslan, A., Yener, S., & Schermer, J. A. (2020). Predicting workplace loneliness in the nursing profession. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 710-717.
- Beebe, D., Chang, J. J., Kress, K., & Mattfeldt-Beman, M. (2017). Diet quality and sleep quality among day and night shift nurses. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 549-557.
- Berlingieri, F., Colagrossi, M., & Mauri, C. (2023). Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*, 17(1), 97.
- Brennan, E. J. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Nursing*, 26(1), 43-47.
- Bush, N. J. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk?. In *Oncology nursing forum* (Vol. 36, No. 1, p. 24). Oncology Nursing Society.
- Chu, A., Thorne, A., & Guite, H. (2004). The impact on mental well-being of the urban and physical environment: an assessment of the evidence. *Journal of Public Mental Health*, 3(2), 17-32.
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311.
- Dutton, J. E., & Heaphy, E. D. (2023). High-quality connections at work: The power of micro-moments in healthcare organizations. *Academy of Management Review*.
- Ekers, D., Lovell, K., & Richards, D. A. (2002). How tele-therapy can improve access. *Mental Health Nursing*, 22(3)
- Fardghassemi, S., & Joffe, H. (2022). The causes of loneliness: The perspective of young adults in London's most deprived areas. *Plos one*, 17(4), e0264638.
- Fischer, C., et al. (2024). Stretching boundaries: Nurses' perceptions on job demands and resources in hospital float pools. *Journal of Advanced Nursing* 2025(1), 5468634.
- Gallup & Meta. (2023). The State of Social Connections: A first-of-its-kind global study on how people connect. Gallup Inc. <https://www.gallup.com/analytics/512613/state-of-social-connections-2023.aspx>;
- Giri, S. P., & Dubey, A. (2023). Loneliness in the time of COVID-19: an alarming rise. *The Lancet*, 401(10394), 2107-2108.

- Guan, S., et al. (2024). Redesigning nursing work for team cohesion: The role of task interdependence in reducing professional isolation. *International Journal of Nursing Studies*, 150, 104642. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104642>
- Gupta, S., Kumar, M., Rozatkar, A. R., Basera, D., Purwar, S., Gautam, D., & Jahan, R. (2021). Feasibility and effectiveness of telecounseling on the psychological problems of frontline healthcare workers amidst COVID-19: a randomized controlled trial from central India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(4), 343-350.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.
- Hofmeyer, A., & Taylor, R. (2024). Strategies for fostering a supportive culture and reducing professional isolation in nursing: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13210.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PloS one*, 15(8), 1-12.
- Jaffe, S. (2023). US Surgeon General: loneliness is a public health crisis. *The Lancet*, 401(10388), 1560.
- Jarden, R. J., Jarden, A., Weiland, T. J., Taylor, G., Bujalka, H., Brockenshire, N., & Gertz, M. F. (2021). New graduate nurse wellbeing, work wellbeing and mental health: A quantitative systematic review. *International journal of Nursing Studies*, 121, 103997.
- Jones, A., et al. (2023). Moving from temporary help to integrated team members: A culture change in float pool operations. *Journal of Nursing Administration*.
- Kniffin, K. M., et al. (2021). COVID-19 and the workplace: Implications, issues, and insights for future research and action. *American Psychologist*, 76(1), 63-77.
- Labrague, L. J., De Los Santos, J. A. A., & Falguera, C. C. (2021). Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-16.
- Lancet, T. (2023). Loneliness as a health issue. *Lancet* (London, England), 402(10396), 79.
- Lau, N., O'Daffer, A., Colt, S., Yi-Frazier, J. P., Palermo, T. M., McCauley, E., & Rosenberg, A. R. (2020). Android and iPhone mobile apps for psychosocial wellness and stress management: systematic search in app stores and literature review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(5), e17798.

- Lee, S. L., Pearce, E., Ajnakina, O., Johnson, S., Lewis, G., Mann, F., ... & Lewis, G. (2021). The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 48-57.
- Levine, R. V. (2003). The kindness of strangers: People's willingness to help someone during a chance encounter on a city street varies considerably around the world. *American Scientist*, 91(3), 226-233.
- Levine, R. V., Reysen, S., & Ganz, E. (2008). The kindness of strangers revisited: A comparison of 24 US cities. *Social Indicators Research*, 85(3), 461-481.
- Marwaha, K., Tan, X., & Marshall, B. L. (2022). Loneliness, burnout, and intention to leave the nursing profession: A cross-sectional study of the impact of workplace isolation. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(4), 456-465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12760>
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880-896.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105.
- Mellor, N., & Webster, J. (2024). Building social capital in nursing teams: The impact of informal social interactions on workforce stability. *Nursing Management*, 31(3).
- Murthy, V. H. (2023). Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory. <https://communitiesthatcarecoalition.com/wp-content/uploads/2025/02/One-page-summary-loneliness-and-connection-advisory.pdf>
- Murthy, V. H. (2023). Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community. U.S. Department of Health and Human Services.
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229-257.
- Prohaska, T., Burholt, V., Burns, A., Golden, J., Hawkey, L., Lawlor, B., ... & Fried, L. (2020). Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health?. *BMJ open*, 10(8), e034967.

- Schwartz Center for Compassionate Healthcare. (2023). Schwartz Rounds: Empowering healthcare caregivers to provide compassionate care. www.theschwartzcenter.org.
- Slack. (2023). The State of Work 2023: New research reveals the secrets to increasing employee productivity. Slack Technologies. <https://slack.com/blog/news/state-of-work-2023>
- Sundström, M., Blomqvist, K., Edberg, A. K., & Rämgård, M. (2019). The context of care matters: older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals—A multiple case study. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3), e12234.
- Surkalim, D. L., Luo, M., Surkalim, A. J., & Bauman, A. E. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 376, e067069. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067069>
- Sveinsdóttir, H., et al. (2023). The effect of short physical activity breaks on the well-being and stress levels of nurses during shifts: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2450-2462.
- Tang, L., Yan, X., Gao, W., & Chu, J. (2023). The relationship between psychiatric nurses' perceived organizational support and job burnout: Mediating role of psychological capital. *Frontiers in Psychology*, 14, 1099687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1099687>
- Tang, P. M., Koopman, J., Mai, K. M., De Cremer, D., Zhang, J. H., Reynders, P., Ng, C. T. S., & Chen, I-H. (2023a). No person is an island? Unintended consequences of artificial intelligence on employee well-being. *Journal of Applied Psychology*, 108(12), 1957–1981. <https://doi.org/10.1037/apl0001103>
- TDK. (2024). Türk Dil Kurumu. <https://tdk.gov.tr/icerik/basindan/2024-yilinin-kelimesi-kavrami-kalabalik-yalnizlik/>
- Tomova, L., et al. (2020). Acute social isolation evokes midbrain craving responses similar to hunger. *Nature Neuroscience*, 23, 1597–1605.
- UNDESA. (2019). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Highlights.pdf>.
- Victor, C. R., & Yang, K. (2013). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. In *Loneliness Updated* (pp. 88-107). Routledge.
- Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P., & Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: an experience with oncology nurses. *Psychological services*, 10(3), 315-332.

- Wei, H., et al. (2023). The impact of nurse leaders' empathetic leadership on staff nurses' well-being and retention: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 31(1), 12-24. <https://doi.org/10.1111/jonm.13880>
- Wood, R. E. (2022). The Unseen Wellbeing Dilemma: Nurse Loneliness.
- Wood, R. E., Brown, R. E., & Kinser, P. A. (2022). The connection between loneliness and burnout in nurses: an integrative review. *Applied Nursing Research*, 66, 151609.
- Yang, L., Holtz, D., Jaffe, S., et al. (2022). The effects of remote work on collaboration among information workers. *Nature Human Behaviour*, 6, 43–54.
- Zhang, Y., & Huang, H. (2023). Mentorship as a psychosocial shield: Reducing loneliness and turnover intention among newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 31(2), 415-424.
- Zhou, H., Yin, H., Wang, J., & Zhang, X. (2023). Moderating effects of perceived social support on self-efficacy and psychological well-being of Chinese nurses: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1207723. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1207723>

Giriş

Yalnızlık 'sosyal acı' biçimi tanımlanır. Yalnızlık, sosyal bağlantıların sürekli artmasına rağmen, modern toplumun belirleyici sorunlarından biridir. Artık küresel halk sağlığı için öncelikli bir alandır ve özellikle genç yetişkinler yalnızlığa yatkın durumdadır (Berlingieri vd., 2023; Fardghassemi ve Joffe 2022; Giri & Dubey, 2023; Jaffe 2023; Lancet, 2023; Priya Giri ve Dubey 2023). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, her 10 yetişkinden 1'inin kendini yalnız hissettiğini bildirmektedir (Gallup & Meta, 2023; Surkalim vd., 2022).

Hükümetler ve diğer kuruluşlar eylemleri ile sorunun ne kadar ciddiye alınması gerektiğini vurgulamaktadır: Eski ABD Genel Başkanı Vivek Murthy, ülkenin bir yalnızlık salgınıyla karşı karşıya olduğu konusunda uyarıda bulunmuştur (Jaffe 2023), Birleşik Krallık (2018) ve Japonya (2021) ilk kez Yalnızlıktan Sorumlu Bakan atamıştır. Avrupa

Komisyonu (2022), üye devletlerinde yalnızlığın etkilerini anlamak için bir girişim başlatmıştır (Berlingieri vd., 2023).

Yalnızlık, algılanan izolasyondan veya yetersiz anlamlı bağlantılardan kaynaklanan, ilişkilere yönelik sosyal ihtiyacının yeterince karşılanmadığına dair öznel duygusal deneyimdir ve 'Diğerlerinden kopukluk hissidir (Prohaska vd., 2020). Yalnızlık stres, kaygı, depresyon, alkolizm, intihar davranışı ve bunamaya yol açan bilişsel gerileme gibi zihinsel sağlık semptomlarının yanı sıra bağışıklık ve kardiyovasküler hastalıklar dahil olmak üzere fiziksel sağlık sorunları ile de ilişkilidir (Heinrich & Gullone, 2006; Lee vd., 2021). Holt-Lunstad vd. (2010) morbidite ve mortaliteyi doğrudan etkilediğini; hatta mortalite üzerindeki etkisinin günde 15 sigara içmeye eşdeğer olduğunu bildirmiştir. Ayrıca kötü uyku, düşük yaşam memnuniyeti, düşük akademik başarı ile de bağlantılıdır (Fardghassemi ve Joffe 2022; McClelland vd. 2020). Güncel nörobilim çalışmaları, fiziksel açlıkla yalnızlığın beynin aynı bölgesini (substantia nigra) uyardığını göstermiştir (Tomova et al., 2020). Buna göre, insanlar sosyal bağ kuramadıklarında biyolojik yoksunluk çekerler. Yoksunluk nedeniyle sosyal tehditlere karşı aşırı duyarlı hale gelirler. Böylelikle aslında olumsuzluk içermeyen birçok konuyu kötü olarak değerlendirilir. Bu olumsuz etkiler, yalnızlığı anlamayı çok önemli kılmaktadır.

1. BAĞLANTI ÇOK AMA İLİŞKİ YOK: "KALABALIK YALNIZLIK" PARADOKSU

1.1. Kalabalık Yalnızlık Nedir?

Teknolojik ilerlemeler, dijitalleşme ve hibrit çalışma düzenleri modern örgütlerde "kalabalık yalnızlık" kavramını ortaya çıkarmıştır. Kalabalık yalnızlık, örgütün iletişim kanallarının yoğunluğuna rağmen, çalışanın kendini "görülmeyen" ve "duyulmayan" olarak hissetmesi ve ilişkisel yetersizlik durumudur (TDK, 2024). Örgütlerde kalabalık yalnızlık, bireysel bir uyum sorunu değil, sistemik bir tasarım hatasıdır. Vivek Murthy'nin (2023) raporuna göre; "Sosyal bağlar, toplumun ve işyerlerinin hayatta kalması için gereken en güçlü ilaçtır." Bu nedenle 21. yüzyılın başarılı örgütleri, teknolojiyi insanı izole etmek için değil, insani bağları güçlendirmek için kullananlar olacağı söylenebilir.

2.2 Modern Tetikleyiciler: Neden Şimdi Daha Yalnızız?

2.2.1. Hibrit Çalışma ve "Görünmezlik"

Ekran aracılığıyla yapılan iletişimde jest, mimik ve feromon gibi biyolojik sinyallerin kaybı, kurulan ilişkilerin "bilişsel" olarak başarılı olmasına rağmen "duygusal" derinliğe ulaşamamasına neden olmaktadır (Kniffin et al., 2021). Hibrit modeller, ofise gelenler ile evden çalışanlar arasında ayrımı neden olabilir. Evden çalışanlar, ofisteki gelişmelerden uzaklaşır, dışlandıklarını hissederek ve dijital bir kalabalığın içinde yalnız kalırlar. Dahası 2022 yılında Microsoft'un 60.000'den fazla çalışanı ile yapılan araştırması, uzaktan ve hibrit çalışmanın, çalışanların kendi ekipleri ile güçlü bağlarını koruduğunu ancak diğer bölümlerle olan rastlantısal zayıf bağlarını kopardığını ve böylece organizasyonda silolamaya neden olduğunu bulgulamıştır (Yang et al., 2022).

2.1.2. Yapay Zekâ ve İnsan-Makine Etkileşimi

2023 ve sonrası literatürde tartışılmaya başlanan yeni bir boyut, insan-yapay zekâ etkileşimidir. Çalışanların günün büyük kısmını, bilgisayar başında, algoritmalarla veya sanal etkileşim ortamlarında geçirmesi, insan temasını azaltmaktadır (Tang vd., 2023'a). Bununla birlikte Tang ve diğerleri (2023b), yapay zekâ sistemlerine aşırı güvenin, çalışanlar arası yardımlaşmayı azalttığını ve sosyal izolasyonu artırdığını vurgulamaktadır.

2.1.3. "Sürekli Meşgulüm" Kültürü

Çalışanlar, "Verimlilik Tiyatrosu" sergilemek adına, çalışmaları bile meşgul görünmeye çalışmakta, böylelikle samimi sohbetlerden kaçınmaktadırlar. Bunun diğer bir nedeni ise örgütlerdeki "hız" baskısının ilişki kurmayı bir "zaman kaybı" olarak kodlamasıdır (Slack, 2023).

2.1.4. Aşırı Kalabalık

Algılanan aşırı kalabalık, kopukluk duygularını artırabilir. Levine (2003; 2008), insanların kalabalık bölgelerde bulunduklarında yeterli kişisel alana sahip olmadıklarını hissedebileceklerini, daha yüksek düzeyde sosyal izolasyon yaşayabileceklerini ve diğerlerine yardım etme olasılıklarının daha düşük olabileceğini bildirmiştir. Chu ve ark. (2004) ayrıca aşırı kalabalığın kırılganlık, saldırganlık ve izolasyon duygularını artırabileceğini göstermiştir. Küresel nüfus artması, daha fazla insanın büyük şehirlere taşınması, 2050 yılına kadar küresel nüfusun yaklaşık %70'inin kentsel alanlarda yaşaması beklenirken (UNDESA, 2019), aşırı kalabalığın yalnızlığı nasıl etkilediğini anlamak kritik hale gelmektedir.

3. HEMŞİRELİKTE "KALABALIK YALNIZLIK"

Sağlık sektöründe, özellikle hemşirelik profesyonelleri arasında yalnızlık son derece önemlidir ve titizlikle ele alınması gerekir. Hemşireler arasında yalnızlığın sonuçları, genel sağlıkları ve mesleki verimlilikleri üzerindeki önemli etkisi göz önüne alındığında, hayati önem taşımaktadır. Hemşireler arasında yalnızlık, zihinsel ve fiziksel sağlıklarını, iş memnuniyetlerini, motivasyonlarını, empatiyi, iletişimi ve hasta bakım kalitesini derinden etkileyen sonuçlar doğurmaktadır (Dall'Ora vd., 2022; Sundström vd., 2019; Wood, 2022).

Hemşirelikte "Kalabalık yalnızlık"; hemşirenin fiziksel olarak sürekli birileriyle temas halinde olması (hastaya dokunması, hekimle konuşması), ancak psikolojik yükünü paylaşabileceği güvenli bir *biz* duygusundan yoksun olmasıdır. 2023 yılında yapılan kapsamlı bir meta-analiz, hemşirelerin %45'inin, yoğun çalışma tempolarına rağmen kendilerini "duygusal olarak terk edilmiş" hissettiklerini ortaya koymaktadır (Zhou et al., 2023).

3.1. Hemşirelerde Yalnızlığı Derinleştiren Güncel Faktörler

3.1.1. İş Baskısı

Hemşirelik, özünde ilişkisel bir meslek olmasına rağmen modern sağlık sisteminin getirdiği "hız" ve "verimlilik" baskısı, bu ilişkilerin niteliğini değiştirmiştir (Slack, 2023).

3.1.2. "e-Patient" akımı ve Teknolojik Bariyerler

Elektronik sağlık kayıtları ve dijital izlem sistemleri, hemşirenin mevcut süreyi hasta başından çok ekran başına kaydırmıştır. Marwaha ve diğerleri (2022) hemşirelerin hastanın gözlerine bakmak yerine ekrandaki veri kutucuklarına odaklanmak zorunda olduğunu, sonuç olarak hastayla kurulan bağın zayıfladığını, hemşireler arası ayaküstü sohbetleri ortadan kalkarak iletişimi sadece "veri aktarımı" na indirgediğini vurgulamıştır. Labrague ve diğerleri (2021) yalnız hisseden hemşirelerin, ilaç hatalarını raporlama oranının, sosyal destek hissedenlere göre %30 daha düşük olduğunu bildirmiştir.

3.1.3. Akışkan Ekipler ve Yabancılaşma

Günümüzde sabit servis yerine uygulanan "havuz sistemi" veya sık rotasyonlar nedeniyle hemşireler sürekli değişen ekiplerle çalışmaktadır. İsimlerin bile zor öğrenildiği, derin güven ilişkisinin kurulamadığı böyle ortamlarda, hemşire kendini bir ekibe ait hissedemez, kendisini yerine koyulabilir bir eleman olarak görür (Fischer vd., 2024; Jones vd., 2023).

4. HEMŞİRE YÖNETİCİLERİ İÇİN MÜDAHALE ÖNERİLERİ

Kurumlar artık "fiziksel güvenlik" kadar "sosyal sağlık" politikaları geliştirmek zorundadır. Sağlık yöneticileri, yalnızlığı bireysel bir sorun değil, "**Örgütsel Bir Semptom**" olarak ele almalıdır. Özellikle hemşirelik gibi yüksek stresli mesleklerde yalnızlıkla başa çıkmak, çeşitli başa çıkma stratejileri ve müdahaleler gerektirir. Bu yaklaşımlar, kişisel gelişim tekniklerinden resmi destek yapılarına, iş yeri müdahalelerine ve teknoloji tabanlı çözümlere kadar uzanır.

1. Uygun Çalışma Ortamları: Sağlık kurumları, iş-yaşam taleplerini dengeleyen, hemşirelerin refahını güvence altına alan, sosyal bağlantıları destekleyen, zihinsel sağlık kaynakları sağlayan ve yüksek kaliteli hasta bakımı sunan destekleyici çalışma ortamları oluşturmaya öncelik vermelidir (Arslan vd., 2020; Wood vd., 2022). Resmi destek yapıları da önemlidir. Danışmanlık hizmetleri, destek grupları veya akran mentorluğu örnek olabilir. Danışmanlık, hemşirelerin duygularını ve düşüncelerini ifade edebilecekleri güvenli bir alan sunarak stres, kaygı ve yalnızlıkla başa çıkmalarına yardımcı olur (Huang vd., 2020). Akran destek grupları, resmi ya da gayri resmi olarak, paylaşılan deneyimler, kolektif bilgelik ve duygusal destek sunar. Hemşireler genellikle benzer zorluklarla karşı karşıya olan diğerleriyle konuşarak teselli bulur ve aidiyet duygusu geliştirir (Bush, 2009). Ek olarak amaçlı eşleştirme yapıldığı takdirde, yeni başlayanlar ile kıdemli hemşireler arasındaki mentorluk ilişkisi, sadece teknik bilgi aktarımı değil, "psikososyal koruma kalkını" görevi görür. Besleyici, destekleyici ve şeffaf bir çalışma kültürü oluşturmak da çok önemlidir. İletişimi teşvik etmek, kişinin çalışmasına değer vermek ve kariyer gelişimi için fırsatlar yaratmak, iş memnuniyetini artırabilir ve izolasyon duygusunu azaltabilir. Ek olarak, adil bir iş yükü dağıtım sistemi, esnek çalışma saatleri gibi önlemlerin getirilmesi, iş memnuniyetini artırabilir ve tükenmişliği en aza indirerek yalnızlığı azaltabilir (Hofmeyer & Taylor, 2024; Zhang & Huang, 2023).

2. Yapılandırılmış Sosyalleşme: Klinik akışına entegre edilmiş mikro-etkileşimler tasarlanmalıdır. Örneğin; toplantıların ilk 5 dakikasının iş dışı paylaşıma ayrılması, kahve molalarına yöneticilerin de dahil olması gibi. Kuruluşlar, ekip oluşturma faaliyetleri veya sosyal etkinlikler gibi çalışanları arasında sosyal etkileşim için ortam oluşturabilir ve bu da meslektaş bağlarını güçlendirebilir (Dutton & Heaphy, 2023; Mellor & Webster, 2024).

3. Schwartz Turları: Sadece iş odaklı "klinik vakanın" değil, o vakanın neden olduğu "duyguların" da konuşulduğu multidisipliner toplantılardır

(Schwartz Center for Compassionate Healthcare, 2023). Flanagan ve arkadaşları (2020) bu turların yalnızlık hissini azalttığını ve "yalnız değilim, diğerleri de aynı şeyi hissediyor" algısını güçlendirdiğini bulgulamıştır.

4. Empatik Liderlik Eğitimi: Yöneticiler toplantılar sırasında, hemşirelerin duygusal ipuçlarını yakalayabilmek için eğitilmelidir. Örneğin, gruptan ayrılma teşebbüsleri olan, temastan kaçınan hemşireyi fark edebilmeli ve müdahale edebilmelidir (Wei vd., 2023).

5. İş Tasarımı: Birbirinden bağımsız görevlerin yanında, birbirine bağımlı gruplar halinde veya takım çalışması yapılacak şekilde işler yeniden kurgulanmalıdır (Guan vd., 2024).

6. Başa Çıkma Stratejileri: Farkındalık ve meditasyon gibi öz yardım teknikleri, hemşirelerin dayanıklılık ve duygusal denge geliştirmelerine yardımcı olabilir (Brennan, 2017). Farkındalık, yargılamadan ana odaklanmayı ve öz şefkat, kabullenmeyi geliştirerek izolasyon duygularını azaltmayı gerektirir (Mealer vd., 2014). Dengeli beslenme ve yeterli uyku çok önemlidir (Beebe vd., 2017). Fiziksel egzersiz, bir diğer önemli öz yardım stratejisidir (Villani vd., 2013). Düzenli egzersiz, endorfin üretimini uyararak ruh halini iyileştirir ve doğal bir stres giderici görevi görür. Molalar sırasında kısa bir yürüyüş veya esneme bile faydalı olabilir (Sveinsdóttir, 2023).

7. İşyeri müdahaleleri: Sağlık programları, hemşirelere zihinsel sağlıklarını yönetmeleri için araçlar ve kaynaklar sağlayabilir (Jarden vd., 2021). Gevşeme teknikleri, stres yönetimi atölyeleri, dayanıklılık eğitimi örnek verilebilir. Uzaktan ruh sağlığı hizmetleri sağlayan Teleterapi kapsamında yapılan seanslar için mobil uygulamalar katılımı kolaylaştırır (Lau vd., 2020). Çevrimiçi uygulamalar, hemşirelerin coğrafi sınırlardan bağımsız olarak deneyimlerini paylaşmaları ve birbirlerini desteklemeleri için bir ortam sunabilir (Ekers vd., 2002; Gupta vd., 2021).

5. ÖNERİLER VE GELECEK YÖNELİMLER

Hemşireler arasında görülen yalnızlıkla mücadele, kurumsal düzeyde değişiklikleri ve politika ve araştırma odaklarında kaymaları içeren kapsamlı ve stratejik bir yaklaşım gerektirmektedir.

Gelecekteki araştırmalar, küresel ölçekte hemşireler arasında kalabalık yalnızlığın kapsamını belirlemeli, neden ve sonuçlarını incelemelidir. Hemşireler arasında kalabalık içindeki yalnızlığını azaltmada öz yardım tekniklerinden teknoloji tabanlı çözümlere kadar çeşitli müdahalelerin etkinliğini araştırmak,

son derece önemlidir. Ayrıca, kurumsal ve politika değişikliklerinin etkilerini araştıran uzunlamasına çalışmalar da kanıta dayalı bir yaklaşımın temelini oluşturabilir.

6. SONUÇ

Hemşirelikte kalabalık yalnızlık; telefonların, talimatların, alarmların arasında hemşirenin kendi iç sesinin duyulmamasıdır. Teknolojinin getirdiği mesafe ve mesleğin duygusal yükü, bu izolasyonu beslemektedir. Geleceğin sağlık yönetimi, sadece hasta çıktılarına değil, o çıktıyı üreten hemşirenin "sosyal iyilik haline" de odaklanmak zorundadır. Çünkü yalnız bir hemşire, tüm sistemin en kırılgan halkasıdır.

Kaynakça

Arslan, A., Yener, S., & Schermer, J. A. (2020). Predicting workplace loneliness in the nursing profession. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 710-717.

Beebe, D., Chang, J. J., Kress, K., & Mattfeldt-Beman, M. (2017). Diet quality and sleep quality among day and night shift nurses. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 549-557.

Berlingieri, F., Colagrossi, M., & Mauri, C. (2023). Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey.

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*, 17(1), 97.

Brennan, E. J. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Nursing*, 26(1), 43-47.

Bush, N. J. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk?. In *Oncology nursing forum* (Vol. 36, No. 1, p. 24). Oncology Nursing Society.

Chu, A., Thorne, A., & Guite, H. (2004). The impact on mental well-being of the urban and physical environment: an assessment of the evidence. *Journal of Public Mental Health*, 3(2), 17-32.

Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311.

Dutton, J. E., & Heaphy, E. D. (2023). High-quality connections at work: The power of micro-moments in healthcare organizations. *Academy of Management Review*.

Ekers, D., Lovell, K., & Richards, D. A. (2002). How tele-therapy can improve access. *Mental Health Nursing*, 22(3)

Fardghassemi, S., & Joffe, H. (2022). The causes of loneliness: The perspective of young adults in London's most deprived areas. *Plos one*, 17(4), e0264638.

Fischer, C., et al. (2024). Stretching boundaries: Nurses' perceptions on job demands and resources in hospital float pools. *Journal of Advanced Nursing* 2025(1), 5468634.

Gallup & Meta. (2023). *The State of Social Connections: A first-of-its-kind global study on how people connect*. Gallup Inc.
<https://www.gallup.com/analytics/512613/state-of-social-connections-2023.aspx>;

Giri, S. P., & Dubey, A. (2023). Loneliness in the time of COVID-19: an alarming rise. *The Lancet*, 401(10394), 2107-2108.

Guan, S., et al. (2024). Redesigning nursing work for team cohesion: The role of task interdependence in reducing professional isolation. *International Journal of Nursing Studies*, 150, 104642.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104642>

Gupta, S., Kumar, M., Rozatkar, A. R., Basera, D., Purwar, S., Gautam, D., & Jahan, R. (2021). Feasibility and effectiveness of telecounseling on the psychological problems of frontline healthcare workers amidst COVID-19: a randomized controlled trial from central India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(4), 343-350.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.

Hofmeyer, A., & Taylor, R. (2024). Strategies for fostering a supportive culture and reducing professional isolation in nursing: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13210.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.

Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PloS one*, 15(8), 1-12.

Jaffe, S. (2023). US Surgeon General: loneliness is a public health crisis. *The Lancet*, 401(10388), 1560.

Jarden, R. J., Jarden, A., Weiland, T. J., Taylor, G., Bujalka, H., Brockenshire, N., & Gerdtz, M. F. (2021). New graduate nurse wellbeing, work wellbeing and mental health: A quantitative systematic review. *International journal of Nursing Studies*, 121, 103997.

Jones, A., et al. (2023). Moving from temporary help to integrated team members: A culture change in float pool operations. *Journal of Nursing Administration*.

Kniffin, K. M., et al. (2021). COVID-19 and the workplace: Implications, issues, and insights for future research and action. *American Psychologist*, 76(1), 63-77.

Labrague, L. J., De Los Santos, J. A. A., & Falguera, C. C. (2021). Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-16.

Lancet, T. (2023). Loneliness as a health issue. *Lancet (London, England)*, 402(10396), 79.

Lau, N., O'Daffer, A., Colt, S., Yi-Frazier, J. P., Palermo, T. M., McCauley, E., & Rosenberg, A. R. (2020). Android and iPhone mobile apps for psychosocial wellness and stress management: systematic search in app stores and literature review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(5), e17798.

Lee, S. L., Pearce, E., Ajnakina, O., Johnson, S., Lewis, G., Mann, F., ... & Lewis, G. (2021). The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 48-57.

Levine, R. V. (2003). The kindness of strangers: People's willingness to help someone during a chance encounter on a city street varies considerably around the world. *American Scientist*, 91(3), 226-233.

Levine, R. V., Reysen, S., & Ganz, E. (2008). The kindness of strangers revisited: A comparison of 24 US cities. *Social Indicators Research*, 85(3), 461-481.

Marwaha, K., Tan, X., & Marshall, B. L. (2022). Loneliness, burnout, and intention to leave the nursing profession: A cross-sectional study of the impact of workplace isolation. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(4), 456-465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12760>

McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880-896.

Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105.

Mellor, N., & Webster, J. (2024). Building social capital in nursing teams: The impact of informal social interactions on workforce stability. *Nursing Management*, 31(3).

Murthy, V. H. (2023). *Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory*. <https://communitiesthatcarecoalition.com/wp-content/uploads/2025/02/One-page-summary-loneliness-and-connection-advisory.pdf>

Murthy, V. H. (2023). *Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community*. U.S. Department of Health and Human Services.

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229-257.

Prohaska, T., Burholt, V., Burns, A., Golden, J., Hawkey, L., Lawlor, B., ... & Fried, L. (2020). Consensus statement: Loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health?. *BMJ open*, 10(8), e034967.

Schwartz Center for Compassionate Healthcare. (2023). *Schwartz Rounds: Empowering healthcare caregivers to provide compassionate care*. www.theschwartzcenter.org.

Slack. (2023). *The State of Work 2023: New research reveals the secrets to increasing employee productivity*. Slack Technologies. <https://slack.com/blog/news/state-of-work-2023>

Sundström, M., Blomqvist, K., Edberg, A. K., & Rämgård, M. (2019). The context of care matters: older people's existential loneliness from the perspective of healthcare professionals—A multiple case study. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3), e12234.

Surkalim, D. L., Luo, M., Surkalim, A. J., & Bauman, A. E. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 376, e067069. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067069>

Sveinsdóttir, H., et al. (2023). The effect of short physical activity breaks on the well-being and stress levels of nurses during shifts: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2450-2462.

Tang, L., Yan, X., Gao, W., & Chu, J. (2023). The relationship between psychiatric nurses' perceived organizational support and job burnout: Mediating role of psychological capital. *Frontiers in Psychology*, 14, 1099687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1099687>

Tang, P. M., Koopman, J., Mai, K. M., De Cremer, D., Zhang, J. H., Reynders, P., Ng, C. T. S., & Chen, I-H. (2023a). No person is an island? Unintended consequences of artificial intelligence on employee well-being. *Journal of Applied Psychology*, 108(12), 1957–1981. <https://doi.org/10.1037/apl0001103>

TDK. (2024). Türk Dil Kurumu. <https://tdk.gov.tr/icerik/basindan/2024-yilinin-kelimesi-kavrami-kalabalik-yalnizlik/>

Tomova, L., et al. (2020). Acute social isolation evokes midbrain craving responses similar to hunger. *Nature Neuroscience*, 23, 1597–1605.

UNDESA. (2019). *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division*, <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Highlights.pdf>.

Victor, C. R., & Yang, K. (2013). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. In *Loneliness Updated* (pp. 88-107). Routledge.

Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P., & Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: an experience with oncology nurses. *Psychological services*, 10(3), 315-332.

Wei, H., et al. (2023). The impact of nurse leaders' empathetic leadership on staff nurses' well-being and retention: A systematic review.

Journal of Nursing Management, 31(1), 12-24.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13880>

Wood, R. E. (2022). The Unseen Wellbeing Dilemma: Nurse Loneliness.

Wood, R. E., Brown, R. E., & Kinser, P. A. (2022). The connection between loneliness and burnout in nurses: an integrative review. *Applied Nursing Research*, 66, 151609.

Yang, L., Holtz, D., Jaffe, S., et al. (2022). The effects of remote work on collaboration among information workers. *Nature Human Behaviour*, 6, 43–54.

Zhang, Y., & Huang, H. (2023). Mentorship as a psychosocial shield: Reducing loneliness and turnover intention among newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 31(2), 415-424.

Zhou, H., Yin, H., Wang, J., & Zhang, X. (2023). Moderating effects of perceived social support on self-efficacy and psychological well-being of Chinese nurses: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1207723. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1207723>

BÖLÜM 2

Dijital Sağlık Ekosistemi Oluşturma: Dünya ve Türkiye Perspektifi

Kurtca Mehmet Uğurlu¹

¹ Öğretim Görevlisi, Artvin Çoruh Üniversitesi, Şavşat Meslek Yüksek Okulu, Dijital Sağlık Sistemleri Teknikerliği Programı, ORCID No: 0000-0001-9909-7962

1. GİRİŞ

Dijitalleşme, 21. yüzyılın sağlık sistemleri üzerinde köklü dönüşümlere yol açan en kritik dinamiklerden biridir. Sağlık hizmetlerinin maliyet baskıları, kronik hastalıkların artışı, nüfusun yaşlanması ve hastaların artan beklentileri; sağlık sistemlerini daha verimli, erişilebilir ve bütüncül çözümler üretmeye zorlamaktadır. Aynı zamanda sağlık ekonomisinde uzun süreli planların yapılması ve bu planlar çerçevesinde daha kapsamlı maliyet çalışmalarının yapılması dijitalleşmenin en önemli odak noktası olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda “dijital sağlık ekosistemi” (digital health ecosystem) kavramı, sağlık hizmetlerinin çok aktörlü yapısının dijital teknolojiler aracılığıyla yeniden örgütlenmesini ifade etmektedir. Bu yaklaşım, sadece teknolojik bir dönüşüm değil; aynı zamanda organizasyonel, yönetsel ve politik bir yeniden yapılanma sürecidir.

Sağlık verilerinin toplanması ve kullanılması, halk sağlığı hizmetlerinin verimli ve etkili bir şekilde sunulmasına, bilimsel araştırmaların ilerlemesine ve genel olarak kamu yararına katkıda bulunur. Toplumsal sistem içerisinde en kapsamlı veri tabanlarına sahip olan idarenin, halk sağlığı hizmetlerini etkin bir şekilde yürütebilmesi için bireylerin verilerini toplaması, kaydetmesi ve analiz etmesi gerekmektedir. Ancak bu gereklilik, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler ve artan veri işleme hacmi nedeniyle kişisel sağlık verilerinin korunamaması riskini artırmaktadır. (Alçın, 2022). Genel olarak, dijitalleşme daha verimli operasyonlara ve daha iyi sonuçlara yol açarak önleyici sağlık hizmetlerine doğru bir geçişi teşvik ederken, sağlık verilerinin bütünlüğünü korumak için veri gizliliği ve güvenlik risklerinin titizlikle yönetilmesini de gerektirmektedir (Triplett, 2024).

Bir yazılım sistemini oluşturmak, değiştirmek ve/veya sürdürmek zaman alıcı ve karmaşık bir süreçtir. Dijital ekosistem, bilgisayar bilimi ve bilgi sistemleri dünyasına tanıtılan yeni bir kavramdır. Yeni ve halihazırda var olan sistemlerin bu daha geniş dijital ekosistemlere entegre edilmesi gerekir. Burada, geliştiricinin, değişikliklerin etkili olmasını ve sisteme yeni kusurlar getirmemesini sağlamak için entegre edilmesi gereken sistemleri anlaması çok önemlidir. Geliştiricilerin, sistem anlayışlarına yardımcı olmak için bu tür sistemleri etkili bir şekilde modelleyebilmeleri, böylece sistemi ilişkili dijital ekosistemlere dönüştürmelerini, değiştirmelerini ve evrimleştirmelerini sağlamaları gerekir.

COVID-19 pandemi sürecinde salgının yayılımının engellenmesi için sokağa çıkma yasağı ve şehirlerarası ulaşımın kısıtlanması gibi birçok tedbir alınmış olup, başta eğitim ve sağlık olmak üzere çoğu uygulama online ortamda yürütülmüştür (Daştan, 2021:66). Bu süreçte dijital sağlık uygulamalarının acil

bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymuş, tele-tıp, uzaktan izlem, yapay zeka destekli karar sistemleri ve dijital halk sağlığı yönetimi dünya çapında hızla yaygınlaşmıştır. Bu kitap bölümünün amacı, dijital sağlık ekosistemi kavramını teorik ve pratik bir çerçevede ele alarak dünya ve Türkiye bağlamında ortaya koymak; ayrıca Türkiye için stratejik bir yol haritası oluşturmaktır. Bu çalışmalar, dijital sağlık ekosisteminin oluşturulmasının, bireylerin ve toplumların sağlık yönetimini iyileştirmek için dijital teknolojilerin entegrasyonu, veri analizi, paydaşlar arası koordinasyon ve yenilikçi çözümler geliştirilmesi gerektiğini önermektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Dijital Sağlık Sistemleri

Sağlık bilgi sistemi, sağlık hizmetlerinin tüm düzeylerinde daha iyi yönetim yoluyla sağlık hizmetinin etkinliğini ve verimliliğini artırmak için gerekli olan veri toplama, işleme, raporlama ve bilgilerin kullanımını bütünleştiren bir sistem olarak geniş anlamda tanımlanır. Bu sistemler, bakımın daha iyi koordine edilmesine, bilgilerin daha iyi organize edilmesine, bilgilerin zamanında sunulmasına, doğruluğuna ve eksiksiz olmasına, bilgileri analiz etme olanağına, tıbbi hataların azaltılmasına, maliyetlerin düşürülmesine, bakımın sürekliliğine, bilgi alışverişine, farklı yer ve zamanlarda sağlayıcılara ve bilgilere hızlı ve kolay erişime ve sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişimin iyileştirilmesine katkıda bulunur (Torab-Miandoab, vd., 2023).

Dijital hastane uygulamaları, e-Sağlık alanının temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Dijital hastane; hastane bilgi yönetim sistemleri, elektronik tıbbi kayıtlar, resim arşivleme ve iletişim sistemleri (PACS), barkod ve radyo frekansıyla tanımlama (RFID) teknolojileri, ilaç ve sarf malzemelerinin izlenmesi, mobil ve tablet tabanlı bilişim araçları, ileri tıbbi cihazlar, bina altyapısı ile enerji ve aydınlatma sistemleri, çeşitli bilgi-iletişim teknolojileri, veri yönetim araçları, görsel-işitsel ve multimedya çözümleri, tele-tıp ve tele-eğitim uygulamaları, sanal otopsi ve sanal cerrahi gibi yenilikçi klinik yaklaşımlar ile yönetsel hizmetler, danışmanlık ve yönlendirme sistemleri ve destekleyici fiziksel alanlar (bahçe, otopark vb.) gibi çok sayıda entegre bileşenden oluşan kapsamlı bir teknoloji ve hizmet bütünüdür (Demirtaş, 2024). Hastanelerimizin dijital olmasının getirileri şu şekilde sıralanabilir; (Sağlık Bakanlığı, 2025)

- Dijital hastanelerde sağlık profesyonellerinin hasta bilgilerine zaman ve mekân sınırlaması olmaksızın erişebilmesi, hasta kabul ve bekleme sürelerinin azalmasına, yatış süreçlerinin kısılmasına ve böylece hastaya ayrılan klinik zamanın artırılmasına olanak sağlamaktadır.

- Manuel iş gücüne duyulan gereksinimin azalması hem klinik hem de idari süreçlerde ortaya çıkabilecek hataların minimize edilmesini mümkün kılmaktadır.

- Dijital hastanelerde kâğıt ve fiziksel görüntüleme filmlerinin kullanımının azalması, kırtasiye ve röntgen filmi maliyetlerinin önemli ölçüde düşmesine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca radyolojik görüntülerin CD veya dijital platformlar üzerinden paylaşılması, çevresel sürdürülebilirliği destekleyen bir uygulamadır.

- Elektronik sağlık kayıtlarının güvenli biçimde oluşturulması, saklanması ve raporlanması, hastaların tedavi süreçlerinin bütüncül olarak izlenmesini sağlamaktadır. Bu durum; teşhis, klinik işlem yönetimi ve değerlendirme süreçlerinde hız, doğruluk ve kaliteyi artırmaktadır.

- İlaç takip sistemlerinin kullanımı, akılcı ilaç kullanımının desteklenmesine; eczanelerde iki boyutlu barkod ve barkod okuyucu uygulamalarının yaygınlaşmasına; üretici firmalar tarafından ürün ambalajlarına karekod, seri numarası, üretim ve son kullanma tarihi gibi bilgilerin entegre edilmesine imkân tanımaktadır. Dijital hastanelerde karar destek sistemleri, birden fazla ilacın eşzamanlı uygulanmasından kaynaklanabilecek potansiyel yan etkileri önceden tespit edebilmektedir.

- Dijital hastane ortamlarında, hastanın herhangi bir ilaca yönelik alerjik reaksiyon öyküsü bulunduğunda, sistem tarafından otomatik uyarı verilmesiyle yanlış ilaç uygulanmasının önüne geçilmektedir.

- Dijital hastanelerde yöneticiler, performans izleme ve değerlendirme süreçlerini daha hızlı ve etkin biçimde gerçekleştirebilmektedir. Bu sayede finansal kaynakların verimli kullanımı sağlanmakta ve kayıt dışı giderlerin önlenmesine katkı sunulmaktadır.

- Kesin ve güvenilir envanter yönetiminin sağlanması, veri madenciliği yöntemleri ile istatistiksel veri analizlerinin yapılmasına imkân tanımakta; böylece karar verme süreçleri daha güçlü ve kanıta dayalı bir yapıya kavuşturulmaktadır.

2.2. Dijital Ekosistem Kavramı

Dijital ekosistem; çok çeşitli veri kaynaklarının, yazılımların, cihazların ve teknolojik bileşenlerin bütünleşik bir yapı içerisinde uyumlu biçimde çalışmasını mümkün kılmaktadır. Bu bütünleşme, toplum düzeyinde sağlık hizmetlerinin sunumunda yenilikçi uygulamaların geliştirilmesine olanak tanırken, özellikle hasta sonuçlarının ve genel nüfus sağlığının iyileştirilmesine yönelik yeni fırsatlar yaratmaktadır. Ekosistemin temel hedefi, güvenli veri paylaşımı çerçevesinde doğru bilginin doğru kullanıcıya doğru zamanda iletilmesini

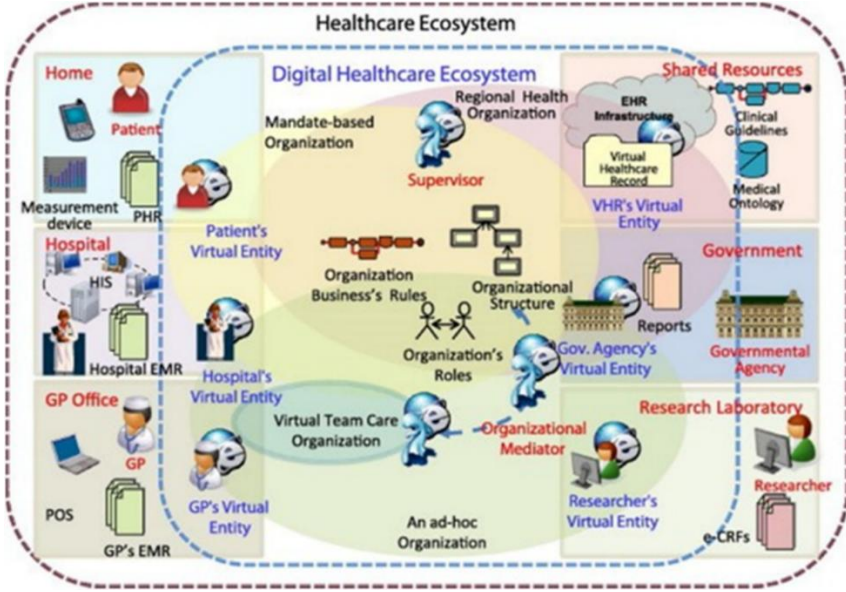
sağlayarak hem maliyet etkinliğini artırmak hem de klinik karar verme süreçlerini güçlendirmektedir (Sanal, 2025).

Ekosistem; çeşitli sistemlerin, yöntemlerin, uygulamaların, araçların ve diğer bileşenlerin belirli bir döngü ve senkronizasyon içinde bir araya gelerek karşılıklı etkileşimde bulunduğu, böylece ortak bir amacı gerçekleştirmeye yönelik işleyişi mümkün kılan fiziksel, dijital, düşünsel ve endüstriyel bir yaşam alanı olarak tanımlanmaktadır (Kılıç ve Tosun, 2021:545). Dijital sağlık ekosistemi ise sağlık sisteminin dijital teknolojiler aracılığıyla dönüştürülmesini, yeniden yapılandırılmasını ve daha bütünleşik bir çalışma düzenine kavuşturulmasını ifade etmektedir. Bu ekosistem; bireyler, sağlık çalışanları, teknoloji sağlayıcıları, kurumlar ve diğer paydaşlar gibi çok sayıda aktörü kapsamaktadır. Söz konusu yapının temel amaçları arasında sağlık hizmetlerinin daha etkili, erişilebilir ve sürdürülebilir hale getirilmesi yer almaktadır (Hermes vd., 2020).

Dijital sağlık hizmetleri ekosistemi; laboratuvar ve hastane bilgi sistemleri (LIS/HIS) üzerinden klinikler, laboratuvarlar ya da çeşitli tıbbi test süreçleri tarafından üretilen farklı veri türlerinin (örneğin test çıktıları vb.) anlamlı bir biçimde bütünleştirilmesini sağlayan, birbiriyle uyumlu çalışan kaynakların oluşturduğu bileşik bir yapıdır. Bu bağlamda dijital ekosistem, “dijital cihazlardan oluşan bir topluluk ile bu cihazların bütüncül bir yapı içerisinde işlev göstermesine imkân tanıyan çevresel unsurlar” şeklinde kavramsallaştırılabilmektedir. Ekosistemde yer alan dijital cihazlar, diğer bileşenlere veri ve bilgi akışı sağlayarak sistemin bütünsel işleyişine katkıda bulunur. Dijital ekosistem, doğal ekosistemlerde gözlemlenen organizma davranışlarını dijital ortamda benzeştiren bir işleyişe sahiptir. Bu ekosistem; dijital ortamda konumlanan paydaşlar, kurumlar ve dijital cihazlar gibi birbirine bağlı, karşılıklı etkileşim halinde bulunan ve bağımlılık ilişkileri taşıyan dijital unsurların, bilgi, işlem ve eylem akışları aracılığıyla bütüncül bir işlevsel birim olarak örgütlendiği bir ağ biçiminde tanımlanabilir (Iyawa vd., 2016).

Dijital sağlık ekosistemleri; bireyler, sağlık hizmeti sağlayıcıları, teknoloji şirketleri, kamu otoriteleri ve veri platformları gibi çok sayıda aktörün etkileşimini içerir. Temel bileşenler arasında veri ve bilgi akışı, teknolojik altyapı, kullanıcı deneyimi, kurumlar arası iş birliği ve düzenleyici çerçeveler yer alır. Dijital sağlık ekosistemlerinin temel bileşenleri arasında; veri entegrasyonu ve standartlar (FHIR, HL7), ulusal elektronik sağlık kayıtları, e-reçete sistemleri, tele-sağlık ve uzaktan izleme, yapay zekâ tabanlı karar destek sistemleri, siber güvenlik ve veri yönetimi, hasta merkezli dijital hizmetler ve araştırma ve inovasyon için ikincil veri kullanımı olarak gösterilebilir (Alvandi, vd., 2022; Hermes, vd., 2020). Ekosistemin başarısı, bu aktörlerin kaynak entegrasyonu ve

iş birliğiyle değer yaratmasına bağlıdır (Carrilho, vd., 2023; Botti ve Monda, 2020).



Şekil 1: Sağlık Ekosistemi ve Dijital Ekosistemin Bileşenleri

Kaynak: Serbanati, vd., 2011.

Şekil 1’de dijital sağlık ekosistemi bileşenleri gösterilmiştir. Şekil çerçevesinde dijital sağlık ekosistemi bileşenleri: (Serbanati, vd., 2011)

- Home / Patient (Ev / Hasta)
- Hospital (Hastane)
- GP Office (Aile Hekimliği Ofisi)
- Measurement device (Ölçüm cihazı)
- PHR (Personal Health Record) (Kişisel Sağlık Kaydı)
- HIS (Hospital Information System) (Hastane Bilgi Sistemi)
- Hospital EMR (Electronic Medical Record) (Hastane Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi)
- Hospital’s Virtual Entity (Hastanenin Sanal Varlığı)
- GP’s EMR (Aile Hekimi Elektronik Tıbbi Kaydı)
- GP’s Virtual Entity (Aile Hekiminin Sanal Varlığı)
- Government (Hükümet / Devlet Kurumu)
- Research Laboratory (Araştırma Laboratuvarı)
- VHR’s Virtual Entity (VHR’nin Sanal Varlığı ((Sanal Sağlık Kaydı Varlığı))
- Supervisor (Gözetleyici / Denetleyici)
- Researcher (Araştırmacı)

- Researcher's Virtual Entity (Araştırmacının Sanal Varlığı)
- Clinical Guidelines (Klinik Rehberler)
- Medical Ontology (Tıbbi Ontoloji)
- EHR Infrastructure (Elektronik Sağlık Kaydı (EHR) Altyapısı)
- Governmental Agency (Kamu Kurumu)
- Reports (Raporlar)

Dijitalleşme, çeşitli sağlık teknoloji sistemleri ve yazılımları arasında sürekli iletişime izin veren ve farklı sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki koordinasyonu artıran birlikte çalışabilir sistemlerin oluşturulmasını teşvik etmektedir. Dijital platformlar tarafından etkinleştirilen tele sağlık, özellikle pandemi gibi acil durumlarda kesintisiz bakım için gerekli olan verilerin uzaktan paylaşımını desteklemektedir. (Küzeci ve Yeşiltuna, 2022). Ayrıca Sağlık Veri Borsaları, sağlık verilerinin farklı sağlık kurumları arasında güvenli bir şekilde aktarılmasını sağlayarak önemli bir rol oynamaktadır. Büyük miktarlarda sağlık verisinin birikmesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta sağlığı eğilimleri, hastalık modelleri ve tedavi sonuçları hakkında içgörü kazanmak için büyük veri analitiğini kullanmalarını sağlamış, bu da kişiselleştirilmiş tedavi planlarının ve önleyici sağlık stratejilerinin oluşturulmasını desteklemiştir. Dahası, Yapay zekâ (AI) ve makine öğrenme, klinik karar verme sürecine yardımcı olmak ve operasyonel verimliliği artırmak için karmaşık veri kümelerini analiz ederek teşhis, tahmine dayalı analitik ve hasta yönetiminde giderek daha fazla kullanılmaktadır. (Maleki Varnosfaderani & Forouzanfar, 2024).

Bu çeşitli dijital sağlık sistemlerinden birisi de mSağlık uygulamasıdır. mSağlık, mobil sağlık uygulamaları için kısaltılmış bir terimdir ve mobil cihazlar aracılığıyla desteklenen tıbbi ve kamu sağlığı uygulamaları için kullanılır. Başka bir deyişle, mSağlık, sağlık hizmetlerindeki ağ hizmetleri, tıbbi sensörler, mobil bilgi işlem ve diğer iletişim teknolojilerini içeren bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hem ayaktan hem de yatan hastaların uzaktan izlenmesi, hayati belirtilerin belirlenmesi, hastaneye iletilmesi ve sağlık profesyonelleriyle zamanında paylaşılması hizmet sunum sürecinin kalitesi ve sürdürülebilirliği açısından çok önemlidir (Yılmaz, 2024).

Dijital sağlık ekosistemleri, hizmetlerin ortak tasarımı (co-creation), platform tabanlı çözümler, açık inovasyon ve kullanıcı merkezli yazılımlar gibi yaklaşımlarla yenilikçi değer yaratır. Özellikle kronik hastalık yönetimi, uzaktan sağlık hizmetleri ve kişiselleştirilmiş tıp gibi alanlarda dijital çözümler öne çıkmaktadır (Giger, vd., 2025). Platform ekosistemleri, hasta rolünü güçlendirerek veri paylaşımı ve karar süreçlerine aktif katılım sağlar (Ruokolainen, vd., 2022).

2.3. Dijital Sağlık Ekosisteminin Zorlukları

Dijital sağlık ekosistemi, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesiyle büyük fırsatlar sunarken, güvenlik, gizlilik, birlikte çalışabilirlik, etik, kullanıcı katılımı ve sürdürülebilirlik gibi çok boyutlu zorluklarla karşı karşıyadır. Başlıca zorluklar arasında veri güvenliği, gizlilik, birlikte çalışabilirlik, düzenleyici uyum, bilgi paylaşımı ve ekosistem navigasyonu yer alır (Benis, vd., 2021; Chen, vd., 2024). Ayrıca, dijital sağlık okuryazarlığı ve kullanıcı katılımı da ekosistemin sürdürülebilirliği için kritik önemdedir (Spadaro, vd., 2021). Dijital sağlık teknolojilerinin etkin kullanımı için kullanıcıların dijital okuryazarlığa sahip olması gerekmektedir. Kuşaklar arası farklar ve teknolojiye güven eksikliği önemli engellerdendir (Livieri, vd., 2025). Aynı zamanda mevzuat eksiklikleri, veri paylaşımı ve etik uygulamalar için standartların olmaması, uygulamaların yaygınlaşmasını sınırlamaktadır (Mumtaz, vd., 2023).

Dijital sağlık uygulamalarında etik ilkelerin, kullanıcı haklarının ve güvenin sağlanması zordur. Özellikle yaşlılar ve hassas gruplar için özerklik ve mahremiyet ihlalleri öne çıkmaktadır (Livieri, vd., 2025). Öte yandan altyapı eksiklikleri, internet ve elektrik gibi temel gereksinimlerin karşılanamaması, dijital sağlık uygulamalarının sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Lennon, vd., 2017). Diğer bir zorluk ise kullanıcı direncidir. Hastalar, sağlık çalışanları ve diğer paydaşlar arasında dijital yeniliklere karşı direnç yaygındır; bu da benimsemeyi ve yaygınlaşmayı yavaşlatmaktadır (Giebel, vd., 2022).

Dijital sağlık çözümlerinin etkinliğinin kanıta dayalı olarak değerlendirilmesi ve sürekli izlenmesi gereklidir. Bu sebeple sürekli kontrol mekanizması etkili kullanılmalıdır. Gelecekte ise yapay zeka, dijital ikizler ve akıllı sağlık ekosistemleri gibi teknolojilerle daha bütüncül ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri öngörülmektedir (Chen, vd., 2024). Dijital sağlık ekosisteminin başarısı, güvenlik, gizlilik, etik, birlikte çalışabilirlik ve kullanıcı katılımı gibi çok katmanlı zorlukların bütüncül ve işbirlikçi yaklaşımlarla ele alınmasına bağlıdır. Bu zorlukların aşılması, sürdürülebilir ve etkili dijital sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını sağlayacaktır.

2.4. Dijital Sağlık Sistemlerinin Entegrasyonu

Sağlık verilerinin farklı kurumlar arasında paylaşılabilmesi için entegre sağlık bilişim sistemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Hastaneler, aile hekimleri ve diğer sağlık kuruluşları arasındaki bilgi akışı artırılarak, daha etkili ve koordineli sağlık hizmetleri sunulabilir (Kocaman, 2024) Sağlık bilgi sistemleri arasındaki birlikte çalışabilirliğin eksikliği, hastalara sunulan bakımın kalitesini düşürmekte ve kaynak israfına yol açmaktadır. Bu nedenle, çeşitli sağlık bilgi sistemleri

arasında entegrasyon mekanizmalarının geliştirilmesine acil ihtiyaç duyulmaktadır (Torab-Miandoab, vd., 2023).

Dijital Entegrasyon, sağlık hizmetlerinde teknolojinin etkin kullanımını ve sağlık sistemlerinin dijital altyapılarla uyumlu hale getirilmesini ifade eder. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı dijital sağlık uygulamalarına 2007 yılında teletıp ile başlamıştır Sağlık 1.0, aşılama gibi faaliyetlerinin elle kayıt altına alınmasıyla; Sağlık 2.0 ise büyük hastanelerin kurulması, basit elektronik kayıt sistemlerinin benimsenmesi; Sağlık 3.0, bilgisayar ve görüntüleme teknolojilerinin uygulanması ve son olarak, Sağlık 4.0, yapay zeka gibi internet tabanlı uygulamalar çağını temsil etmektedir (Demirtaş, 2024).

2.4.1. Dijital Sağlık Sistemi Entegrasyonun Zorlukları

Dijital sağlık ekosistemlerinin entegrasyonu, sağlık hizmetlerinde verimlilik, hasta odaklılık ve inovasyonun artırılması için kritik öneme sahiptir. Ancak, veri bütünlüğü, birlikte çalışabilirlik (interoperability), güvenlik ve politika uyumu gibi çok katmanlı zorluklar, entegrasyonun önünde önemli engeller oluşturmaktadır. Dijital sağlıkta birlikte çalışabilirlik, hasta verilerinin farklı sistemler arasında güvenli, anlamlı ve etkin şekilde paylaşılmasını sağlar. Ancak, teknik, organizasyonel ve yasal engeller nedeniyle bu hedefe ulaşmak halen zordur ve sağlık hizmetlerinde veri bütünlüğü ile hasta güvenliği risk altındadır.

Tablo 1: Entegrasyonun Temel Zorlukları ve Çözümleri

Temel Zorluk	Açıklama ve Çözüm Önerisi	Kaynak
Birlikte Çalışabilirlik ve Sağlık Hizmetlerinin Standartları	Farklı sağlık bilgi sistemlerinin standartlara uyumunda semantik uyumsuzluklar, veri alışverişini ve entegrasyonu zorlaştırmaktadır. Ontoloji tabanlı modeller, yapay zekâ destekli hasta odaklı bakım çerçeveleri ve blockchain tabanlı veri yönetimi, bu sorunlara çözüm olarak öne çıkmaktadır.	Ambalavanan, vd., 2025; Martins, vd., 2025
Politika Yönetişim	Dijital sağlık teknolojilerinin sistemik ve adil entegrasyonu için kapsamlı, uyumlu ve dinamik politika çerçeveleri gereklidir. Özellikle Avrupa Birliği'nde, ülkeler arası farklılıklar ve veri paylaşımında şeffaflık ihtiyacı, ortak bir yönetim modeli gerektirir.	Iacob ve Simonelli, 2020; Spreafico, vd., 2025
Ortak Oluşturma Ekosistem Yaklaşımı	Hizmet ekosistemi teorileri, aktörler arası kaynak entegrasyonu ve iş birliğinin sürdürülebilir değer yaratımında anahtar olduğunu göstermektedir. Trentino eHealth gibi örnekler, çok paydaşlı entegrasyonun inovasyon ve sürdürülebilirlik sağladığını ortaya koymaktadır.	Botti ve Monda, 2020; Chibuike, vd., 2024
Blockchain Dağıtık Sistemler	Blockchain tabanlı elektronik hasta kayıt sistemleri, veri güvenliği ve bütünlüğü sağlarken, ulusal düzeyde entegrasyon için model teşkil etmektedir. Ancak ölçeklenebilirlik ve işlem hızı hâlâ önemli birer engeldir.	Cerchione, vd., 2022

Yapay Zeka ve Kişiselleştirilmiş Bakım	AI, hasta yolculuğu yönetimi, veri analitiği ve kaynak tahsisi gibi alanlarda entegrasyonu güçlendirmektedir. Ancak veri gizliliği ve algoritmik önyargı gibi yeni riskler de ortaya çıkmaktadır.	Chen, vd., 2024
Organizasyonel Engeller	Kurumlar arası iş birliği eksikliği, finansal kısıtlar, kullanıcı kabulü ve yönetsel direnç, birlikte çalışabilirliğin önünde önemli engellerdir. Standartların uygulanması ve sürdürülebilirliği için ulusal ve uluslararası politika uyumu gereklidir.	Igwama, vd. 2024; Shull, 2019
Güvenlik, Gizlilik ve Yasal Kısıtlar	Veri paylaşımında güvenlik, gizlilik, kimlik doğrulama ve erişim kontrolü büyük zorluklar yaratır. Farklı ülkelerdeki yasal düzenlemeler ve veri koruma yasaları, uluslararası veri paylaşımını daha da karmaşık hale getirir.	Pilares, vd., 2022; Villarreal, vd., 2024
Veri Siloları ve Standart Eksikliği	Farklı elektronik sağlık kayıtları (EHR), hasta portalları ve klinik uygulamalar arasında veri formatı ve terminoloji uyumsuzluğu, veri siloları oluşturur. Bu, hasta bilgilerinin eksik veya hatalı aktarılmasına ve klinik kararların zayıflamasına yol açar.	Torab-Miandoab, vd., 2023; Lehne, vd., 2019
Veri Yönetimi ve Kalitesi	Büyük ve çeşitli veri kaynaklarının entegrasyonu, veri kalitesi ve güvenilirliği sorunlarını beraberinde getirir.	Chen, vd., 2024

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 1’de entegrasyonun temel zorlukları gösterilmiş ve bu zorlukların açıklaması yapılarak olabilecek çözümler sunulmuştur.

2.5. Dünyada Dijital Sağlık Uygulamaları

Dijital sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, kalitesini ve verimliliğini artırmak amacıyla dünya genelinde hızla yaygınlaşmaktadır. Yapay zekâ, büyük veri, tele-tıp, mobil sağlık uygulamaları ve giyilebilir cihazlar gibi teknolojiler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemlerini dönüştürmektedir. Ancak, bu dönüşüm beraberinde düzenleyici, etik ve altyapı ile ilgili önemli zorluklar da getirmektedir.

Dünyadaki dijital sağlık teknolojilerinin türleri ve uygulamaları şu temeller üzerine kurgulanmıştır. Tele-tıp ve mobil sağlık (mHealth), uzaktan teşhis, tedavi ve danışmanlık hizmetleri sunarak özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktadır (Gunasekeran, vd., 2021). Yapay zekâ ve büyük veri, hastalıkların erken teşhisi, kişiselleştirilmiş tedavi ve sağlık kaynaklarının etkin yönetimi için kullanılmaktadır (Katsoulakis, vd., 2024). Giyilebilir cihazlar ve akıllı sistemler, sürekli sağlık takibi, kronik hastalık yönetimi ve önleyici sağlık hizmetlerinde önemli rol oynar (Li, vd., 2025). Elektronik sağlık kayıtları ve blokzincir, hasta verilerinin güvenli paylaşımı ve sağlık sistemleri arasında entegrasyon sağlar (Katsoulakis, vd., 2024).

ABD, Almanya, Çin ve Kore gibi ülkeler, dijital sağlık uygulamalarını destekleyen kapsamlı yasal ve politik çerçeveler geliştirmiştir (Chagas, vd., 2025; Wang, vd., 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dijital sağlık alanında küresel stratejiler ve rehberler yayımlayarak ülkeler arası standartlaşmayı teşvik etmektedir (Yeung, vd., 2023). Gelişmekte olan ülkelerde, dijital sağlık uygulamaları sağlık hizmetlerine erişimi artırsa da dijital uçurum ve altyapı eksiklikleri önemli engellerdir (Erku, vd., 2023).

Tablo 2: Dünyada Dijital Sağlık Ekosistemi Örnekleri

Ülke	Dijital Ekosistemi	Sağlık Açıklama	Kaynak
İtalya	Trentino	Sürdürülebilir değer yaratma, kullanıcı odaklı hizmetler, aktörler arası iş birliği, teknoloji ve kurum entegrasyonu	Botti ve Monda, 2020
İspanya	Andalusia	Ortak elektronik sağlık kaydı, tele-sağlık, yaşlılar için dijital bakım, vatandaş güçlendirme uygulamaları	Carriazo, vd., 2024
İngiltere	NHS Digital Ecosystem	Ulusal dijital sağlık öğrenme ekosistemi, bilgi paylaşımı, dijital liderlik programları	Cresswell, vd., 2021
Kanada	Alberta	Girişimciler ve sağlık liderleri arasında iş birliği, ekosistem navigasyonu ve destek hizmetleri	Saunders, vd., 2022
Avrupa Birliği	eHealth Network	Avrupa Birliği, üye ülkelerin sağlık sistemlerini dijitalleştirmek için ortak politikalar geliştirmektedir.	Holl, vd., 2024
ABD	MyHealthEData	Hastaların tüm sağlık verilerine erişimini sağlayan, bireysel sağlık yönetimini destekleyen bir girişimdir.	Chagas, vd., 2025
İngiltere	Babylon Health	Yapay zeka destekli sağlık danışmanlığı sunan bir girişimdir. Hastalar, semptomlarını uygulama üzerinden girerek anında sağlık önerileri alabilmektedir.	Cresswell, vd., 2021
Almanya	Ada Health	Kendi kendine teşhis yapmayı kolaylaştıran bir yapay zeka platformudur. Kullanıcılar, belirtilerini girerek potansiyel sağlık sorunları hakkında bilgi alabilirler.	Holl, vd., 2024

Estonya	e-Estonia Ekosistemi	Sağlık	Estonya modeli, vatandaş merkezli veri sahipliği ve blok zinciri güvenliği açısından en kapsamlı örneklerden biri olarak kabul edilmektedir	Annus ve Merimaa 2024
Finlandiya	Kanta Ecosystem	Health	Finlandiya, Kanta Services ile dünyada en entegre dijital sağlık ekosistemlerinden birine sahiptir.	Vehko, vd., 2018
Danimarka	National eHealth Authority Model	eHealth	Danimarka, dijital sağlık hizmetlerini merkezi e-sağlık kurumu (National eHealth Authority) üzerinden koordine eden bir modeldir.	Kierkegaard, 2013
Güney Kore	MyHealthWay		Güney Kore, güçlü teknoloji altyapısını sağlıkla entegre eden bir ekosistem geliştirmiştir. MyHealthWay veri platformu, IoT ve giyilebilir cihaz tabanlı kronik hastalık yönetimi, 5G destekli uzaktan cerrahi pilotları bu ekosistemin bileşenleridir.	Park, vd., 2022
Singapur	Smart Nation		Singapur'un "Smart Nation" stratejisi sağlıkta çok ileri dijital çözümler üretmiştir. Ekosistemin bileşenleri; HealthHub ulusal portalı, Veri bilimleri ve yapay zekâ hastaneleri (SingHealth AI programları), Ulusal IoT temelli kronik hastalık izlemedir. Singapur modeli "veri bilimi + kamu yönetimi senkronizasyonu" sayesinde örnek gösterilir.	Pereira, vd., 2023

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 2’de dünyadaki dijital sağlık ekosistemi uygulamaları ve ülkeler verilmiştir. Bu ekosistem örneklerinin bileşenleri açıklanmıştır.

2.6. Türkiye’de Dijital Sağlık Uygulamaları

Türkiye’de sağlık sektöründe bilgisayar kullanımına 1960’lı yıllarda başlanmış olup, bu teknoloji öncelikle bazı hastanelerde hasta faturalandırma süreçleri ve sınırlı tıbbi uygulamalar için kullanılmıştır. Bunu takiben, 1990’lı yıllarda Sağlık Bilgi Sistemleri (HBS), Sağlık Bakanlığı ile Dünya Bankası tarafından desteklenen projeler kapsamında geliştirilmiştir. Bu dönemin

ardından, sağlık hizmet sunumunu dijitalleştirmeye ve mobil teknolojilerle desteklemeye y6nelik 6ok sayıda yenilik6i girişim hayata ge6irilmiştir. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve acil servislerde mobil veri aktarımını ama6layan WiMAX Ambulans Pilot Projesi bunlardan bazılarıdır. Ayrıca uzaktan sağlık hizmeti sunumuna y6nelik Adıyaman Telemedikal Pilot Projesi; Health 365 adlı sağlık portalı ve mobil uygulama platformu; Turkcell tarafından y6r6t6len "Bebeğimi Beklerken/B6y6rken" ve "Turkcell Diyet" gibi SMS tabanlı bilgilendirme ve hatırlatma projeleri; Healthmeter projesi ve Doro Easy Phone Mobil İla6 Hatırlatma uygulaması gibi kronik hastalık y6netimine destek sağlayan dijital 66z6mler geliştirilmiştir. Bunun yanı sıra Sağlık Takip6isi, Mobil Analiz, Avea-Acıbadem Kronik Hastalık Y6netimi, Ankara Yaşam Destek Merkezi ve Uzaktan G6venli Hasta İzleme gibi telemedikal hizmet odaklı projeler de uygulamaya ge6irilmiştir. Mobil pazarlama alanında Tablet İla6 Pazarlama projesi; bilgilendirici mesajlaşma amacıyla Avea Anne Olurum ve Avea Bebeğim B6y6yor projeleri; telekons6ltasyon hizmetleri kapsamında Avea Alo Doktorum ve T6rk Telekom G6r6nt6l6 Telefon Kliniği projeleri 66nemli 66rneklerdir. Son olarak MHRS Mobil, MyMediks Kişisel Sağlık Takip Sistemi ve Health Plus gibi uygulamalar, T6rkiye’de mobil sağlık teknolojilerinin gelişimini destekleyen diğer dikkate değer girişimler arasında yer almaktadır (Hancıoğlu Başk6y, 2024).

Dijital hastaneler; idari, mali ve klinik s6re6lerin yoğun bi6iminde bilişim teknolojileri ile desteklendiği, t6m operasyonların bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) aracılığıyla y6r6t6ld6đ6, hasta odaklı ve kâğıtsız işleyişi temel alan sağlık kurumları olarak tanımlanmaktadır. Bu yapılar da iletişim ara6ları ile tıbbi cihazların tamamı birbirleriyle entegre 6alışacak şekilde yapılandırılmıştır. Dijital hastanelerin olgunluk d6zeyi, Health Information Management Systems Society (HIMSS) tarafından geliştirilen Elektronik Medikal Sağlık Kaydı Adaptasyon Modeli (EMRAM) 6er6evesinde 0’dan 7’ye kadar derecelendirilmektedir. T6rkiye’de Sağlık Bakanlığı, 2013–2017 Stratejik Planı kapsamında “Dijital Hastane” yaklaşımının oluşturulmasını ve 6lke genelinde yaygınlaştırılmasını hedeflemiş; bu doğrultuda ki 6alışmalar Sağlık Bilgi Sistemleri Genel M6d6rl6đ6 (SBSGM) tarafından y6r6t6lm6řt6r (66zdemir ve şahin, 2024).

T6rkiye, EMRAM akreditasyon belgesine sahip hastane sayısı a6ısından Avrupa 6lkeleri arasında lider konumdadır. 2016 yılında HIMSS EMRAM Seviye 7 standardına İzmir Tire Devlet Hastanesi ulaşmış ve bu akreditasyonu alan tek hastane olmuştur. 2018 yılında HIMSS EMRAM Seviye 6’ne T6rkiye’de toplam 165 hastane (33 Eğitim Araştırma/6niversite, 132 Dal Hastalıkları/Devlet Hastanesi) ulaşmış ve Seviye 6 akreditasyonuna sahip olmuştur. 2023 yılı verileri 6er6evesinde toplam 65 hastane (57 Seviye 6, 8 Seviye 7) EMRAM sertifikasına sahip olmuştur (Ak, 2023).

Türkiye’de dijital sağlık ekosistemi örnekleri arasında en dikkat çekici uygulama e-Nabız olup, ülke genelinde dijitalleşme oranı ve sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı oldukça yüksektir. Türkiye, sağlık sisteminde dijital dönüşümü destekleyen çeşitli projeleri hayata geçirmiştir. Öne çıkan uygulamalar şunlardır:

- e-Nabız (Ulusal Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi): Hastaların sağlık bilgilerine erişebildiği, laboratuvar sonuçlarını ve reçetelerini görüntüleyebildiği bir dijital sağlık platformudur. Türkiye’nin en kapsamlı dijital sağlık uygulaması olan e-Nabız, vatandaşların sağlık verilerini yönetmelerine ve sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmaktadır. 2023 itibarıyla 28.608 sağlık tesisi ve 39 kamu kurumu sisteme entegre olmuş, 4,5 milyar işlem gerçekleştirilmiş ve nüfusun %82’si e-Nabız’ı aktif olarak kullanmaktadır. Sistem, hastaların laboratuvar sonuçlarına erişiminden, giyilebilir cihaz verilerinin entegrasyonuna kadar geniş bir hizmet yelpazesi sunar. COVID-19 döneminde sisteme yeni hizmetler eklenmiş ve Türkiye, Avrupa’da sağlık dijitalleşmesinde öncü ülkelerden biri olarak gösterilmiştir (Birinci, 2023).

- Sağlık Bilgi Sistemleri (SBS) / Sağlık.Net: Türkiye'deki tüm e-sağlık uygulamalarının zeminini oluşturan, kişilerin teşhis ve tedavi hizmeti aldığı ve sağlık bilgilerinin tek bir yerde toplandığı elektronik kayıt sistemidir (Özdemir ve Şahin, 2024).
- MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi): Hastaların randevularını internet veya mobil uygulama üzerinden kolayca almasını sağlayan bir sistemdir. Hastane ve hekim randevularının internet veya mobil uygulama üzerinden alınmasını sağlar (Eşiyok, vd., 2023).
- Hayat Eve Sığar: COVID-19 pandemisi sırasında temas takibi ve risk analizi için geliştirilmiş mobil uygulamadır (Eşiyok, vd., 2023).
- Tele-Tıp Hizmetleri: Pandemi sürecinde yaygınlaşan tele-tıp hizmetleri, hastaların uzaktan doktor danışmanlığı almasını mümkün kılmıştır (Ak, 2023).
- DoktorTakvimi: Hastaların doktorlar hakkında yorum yapabildiği ve online randevu alabildiği bir platformdur. Türkiye’de dijital sağlık girişimlerinin önemli örneklerinden biridir (Peker, vd., 2018).
- FİTAS (Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi): COVID-19 pandemisinde filyasyona yönelik çalışmalar doğrultusunda 2020’de hizmete başlayan ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması için verilerin anlık toplanıp analiz edilmesini sağlayan sistemdir (Akalin ve Veranyurt, 2021).
- MEDULA: Türkiye’de genel sağlık sigortası ile sağlık tesisleri arasında fatura bilgisini elektronik ortamda toplayarak hizmet bedelinin ödenmesi

için geliştirilen bütünleşik sistemdir. Kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları tarafından kullanılmaktadır (Peker, vd., 2018).

- Teleradyoloji Sistemi: Radyolojik tetkiklere ait görüntülere 7/24 web ve mobil ortamda erişilmesini, raporlanabilmesini ve radyologlar arası telekonsültasyon yapılabilmesini sağlayan bir sistemdir. Görüntüler e-Nabız uygulaması üzerinden vatandaşlar ile paylaşılabilir (Peker, vd., 2018).
- KKDS (Klinik Karar Destek Sistemleri): Sağlık profesyonellerine klinik karar verme süreçlerinde yardımcı olan bilgisayar programlarıdır. Tanı, tedavi ve yönetim hizmetleri gibi çeşitli alanlarda destek sağlamaktadır. Dijital hastanenin temel bileşenlerindendir (Ak, 2023).
- HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi): Hastane süreçlerini (teşhis, tedavi, finansal, yönetsel) kapsayan ve verileri işleyip kayıt altına alan bir sistemdir. Tüm veriler Sağlık.Net'e gönderilir (Ak, 2023).
- İTS (İlaç Takip Sistemi): İlaçların üreticiden tüketiciye kadar olan tüm sürecini takip eden, ilaç sahteciliğini ve kaçakçılığını önlemek amacıyla kullanılan bir sistemdir (Dijital Sağlık Raporu, 2023).
- Diğer Uygulamalar: E-reçete, Aile Hekimim Kim, enVision Mobile gibi uygulamalar sağlık hizmetlerinde dijitalleşmeyi destekler (Damar, vd., 2024).

Ülkemizde dijital sağlık ekosistemi adımları incelenecek olursa bu ekosistemi üç başlık çerçevesinde ele almak doğru olacaktır.

1. Türkiye ulusal dijital sağlık ekosistemi (Sağlık Bakanlığı Odaklı): Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın (SB) liderliğinde yürütülen dijital dönüşüm süreci, kapsamlı bir Ulusal Dijital Sağlık Ekosisteminin oluşmasını sağlamıştır. Bu ekosistem, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemleri çatısı altında geliştirilen birçok entegre uygulamayı içerir. Türkiye, 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile dijital sağlık çağını benimsemiş ve sağlık sistemini büyük ölçüde merkezileştirmiştir. Dijitalleşme süreci, teknolojik ilerlemeler, sağlık harcamalarını azaltma baskısı ve yaşlanan nüfusun artan sağlık talepleriyle şekillenmiştir. Bu dönüşüm hem kamu hem de sağlık otoriteleri tarafından olumlu karşılanırken, düşük sağlık ve dijital okuryazarlık seviyeleri önemli bir zorluk olarak öne çıkmaktadır (Başkavak, vd., 2024; Ak, 2023). Bu ekosistemin temelini oluşturan ve Türkiye'nin dijitalleşme yolculuğunda öne çıkan ve ulusal dijital sağlık ekosistemi oluşturabilecek uygulamalar Sağlık.Net, e-Nabız, MHRS, Teleradyoloji Sistemi, Dr. e-Nabız,

Neyim Var, HES, HBYS ve MEDULA örnek gösterilebilir (Çetin, 2023; Ak, 2023; Tarcan, vd., 2024; Özdemir ve Şahin, 2024).

2. Akıllı sağlık ekosistemi (Smart Health Ecosystem): Akıllı sağlık, sağlık yönetiminde kullanılan nispeten yeni ve kapsayıcı bir kavramdır. Bu ekosistem, sağlık hizmetlerinde hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisi, bireylerin izlenmesi ve yönetim süreçlerinde akıllı ve dijital sağlık bilişim teknolojilerinin kullanılmasını ifade eder (Kılıç ve Tosun,2021). Bu ekosistem, mobil sağlık (mSağlık), teletıp, robotik sağlık, giyilebilir sağlık teknolojileri, büyük veri (Big Data), yapay zeka ve Nesnelerin İnterneti (IoT) gibi akıllı sağlık araçlarının birbirleriyle etkileşimli ve senkronize şekilde kullanılmasıyla oluşmaktadır (Kılıç ve Tosun,2021).
3. Dijital hastaneler (Kurumsal Odaklı Ekosistem): Dijital hastaneler, kağıtsız çalışmayı hedefleyen, idari, mali ve tıbbi süreçlerde bilişim teknolojilerinin yoğun kullanıldığı ve tüm işleyiş süreçlerinin bilgi iletişim teknolojileriyle yönetildiği kurumlardır. Dijital hastanelerdeki ekosistem, karmaşık bir yapıya sahiptir ve aşağıdakileri içerir:
 - Entegre Bilgi Sistemleri: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS) ve Radyoloji Bilgi Sistemi (RBS) (Ak, 2023).
 - Görüntüleme ve Arşivleme: Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi (PACS), tıbbi görüntüleri sayısal olarak arşivler ve gerektiğinde kurum dışındaki kişi/kurumlara iletebilir (Peker, vd., 2018).
 - Karar Destek Sistemleri: Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS) hekimlere tanı, tedavi ve yönetim hizmetleri gibi çeşitli alanlarda yardımcı olan bilgisayar programlarıdır. Kapalı döngü ilaç yönetimi, doğru ilacın doğru dozda, doğru zamanda ve doğru yöntemle uygulanmasını sağlayan bir KKDS örneğidir (Ak, 2023).
 - Entegrasyon ve Kimlik Tanıma: Hastaların akıllı hasta kartı ile hastaneye girişi, RFID (Radyo Frekanslı Klinik Tanımlama) ve yüz algılama sistemleri, barkodlama teknolojileri ve mobilite sistemleri bu ekosistemin parçalarıdır (Ak, 2023).
 - Yönetim Otomasyonları: Yapı otomasyonu, enerji, aydınlatma ve multimedya sistemleri gibi hastane altyapısını yöneten merkezi sistemler (Ak, 2023).

3. SONUÇ

Dijital sağlık girişimleri, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırırken, aynı zamanda sağlık maliyetlerini dūřürerek sağlık sektörünün sürdürülebilirliğini artırmaktadır. Kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesini yönlendiren en önemli aktördür. Dijital sağlık altyapısının oluşturulması, mevzuat düzenlemeleri, hasta verilerinin güvenliği ve dijital sağlık okuryazarlığının artırılması gibi konular kamu politikalarının temel unsurlarıdır.

Dijital sağlık ekosistemi, çok paydaşlı ve dinamik bir yapıda, teknolojik yeniliklerle sağlık hizmetlerini dönüştürmeyi amaçlar. Değer yaratımı, iş birliği ve kullanıcı katılımı ön planda olup, veri güvenliği ve birlikte çalışabilirlik gibi zorluklar devam etmektedir. Gelecekte, daha entegre ve kişiselleştirilmiş dijital sağlık çözümleri öngörülmektedir. Gelecekte, daha entegre, erişilebilir ve güvenli bir dijital sağlık sistemi oluşturmak için kamu sektörünün dijital dönüşüm sürecini daha da hızlandırması gerekecektir.

Dijital sağlık teknolojilerine yönelik kamu yatırımlarının artırılması, Sağlık çalışanlarına dijital eğitim programlarının sunulması, Dijital sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere yaygınlaştırılması, Sağlık verilerinin güvenliğini sağlamak için güçlü siber güvenlik önlemlerinin alınması, Yapay zekâ ve büyük veri analizlerinin sağlık sistemine entegre edilmesi.

Dijital sağlık hizmetleri, hastaların sağlık süreçlerine erişimini kolaylaştırarak memnuniyet oranlarını artıran önemli çözümler sunmaktadır. Tele-tıp, mobil sağlık uygulamaları, yapay zekâ destekli teşhis sistemleri ve online sağlık platformları, hasta deneyimini iyileştiren başlıca teknolojiler arasındadır. Ancak, erişilebilirlik sorunları, veri güvenliği kaygıları ve yüz yüze sağlık hizmetlerinin azalması gibi zorluklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Gelecekte, hasta memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak için dijital sağlık çözümlerinin kullanıcı dostu, güvenli ve erişilebilir hale getirilmesi gerekmektedir.

Dijital sağlık ekosistemlerinin entegrasyonu, teknik standartlar, politika uyumu, çok paydaşlı iş birliği ve yenilikçi teknolojilerle mümkün olmaktadır. Birlikte çalışabilirlik, veri güvenliği ve sürdürülebilirlik için bütüncül ve sistemik yaklaşımlar gereklidir. Entegre, hasta odaklı ve etik açıdan güçlü dijital sağlık altyapıları, geleceğin sağlık sistemlerinin temelini oluşturacaktır.

Dijital sağlıkta birlikte çalışabilirlik, teknik standartlar, güvenlik, semantik uyum ve politika desteği gerektiren çok boyutlu bir sorundur. Standartların yaygınlaştırılması, kurumlar arası iş birliği ve yenilikçi teknolojilerle bu zorluklar aşılabilir. Ancak sürdürülebilir ve etkili bir entegrasyon için teknik ve organizasyonel çözümlerin birlikte ele alınması şarttır.

Dijital sağlık ekosistemleri, farklı ölkelerde sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesini hızlandırmakta ve sağlıkta erişim, kalite ve verimliliği artırmaktadır. Başarı için çok paydaşlı iş birliği, veri entegrasyonu, kullanıcı

odaklılık ve güçlü altyapı yatırımları kritik önemdedir. Farklı ülke modelleri, yerel ihtiyaçlara göre uyarlanabilir ve geliştirilebilir. Dünya genelindeki dijital sağlık ekosistemi örnekleri, kamu-özel sektör iş birliği, güçlü veri altyapısı, standartlaşma, vatandaş odaklı hizmet tasarımı ve yapay zekâ destekli bakım süreçleri sayesinde farklılaşmaktadır. Estonya, Finlandiya ve Danimarka entegrasyon açısından; ABD ve Singapur inovasyon açısından, Güney Kore ise teknoloji entegrasyon hızı açısından öne çıkmaktadır. Türkiye, dijital sağlık ekosistemi açısından e-Nabız gibi yenilikçi uygulamalar ve yüksek teknoloji adaptasyonu ile öne çıkmaktadır. Ancak, dijital okuryazarlık ve kullanıcı etkileşimi gibi alanlarda gelişime ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Ak, S. (2023). Dijital hastane dönüşümünde Türkiye. *Güncel Sağlık Yönetimi*, 1(1), 24-35.
- Alçın, A. A. (2022). Türk Hukukunda Kişisel Sağlık Verileri ve İdarenin Kişisel Sağlık Verilerini Koruma Yükümlülüğü. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, (51), 365-410.
- Alvandi, A., Burstein, F., & Bain, C. (2022). A digital health ecosystem ontology from the perspective of Australian consumers: a mixed-method literature analysis. *Informatics for Health and Social Care*, 48, 13- 29. <https://doi.org/10.1080/17538157.2022.2049273>.
- Ambalavanan, R., Snead, R., Marczika, J., Towett, G., Malioukis, A., & Mbogori-Kairichi, M. (2025). Challenges and strategies in building a foundational digital health data integration ecosystem: a systematic review and thematic synthesis. *Frontiers in Health Services*, 5. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1600689>.
- Annus, T., & Merimaa, K. (2024). The role of government in leading the pandemic response: The Estonian experience. In *Resilient Health* (pp. 433-443). Academic Press.
- Başkavak, G., Şahinol, M., & Kılıçtepe, Ş. (2024). Interplay Of Global Technological Dynamics And Local Realities: Digital Healthcare Transformation In Turkey. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. <https://doi.org/10.26468/trakyasobed.1369225>.
- Benis, A., Tamburis, O., Chronaki, C., & Moen, A. (2021). One Digital Health: A Unified Framework for Future Health Ecosystems. *Journal of Medical Internet Research*, 23. <https://doi.org/10.2196/22189>.
- Birinci, Ş. (2023). A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız). *Balkan Medical Journal*, 40, 215- 221. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2023.2023-2-77>.
- Botti, A., & Monda, A. (2020). Sustainable Value Co-Creation and Digital Health: The Case of Trentino eHealth Ecosystem. *Sustainability*, 12, 1-17. <https://doi.org/10.3390/su12135263>.
- Carriazo, A., Alonso-Trujillo, F., Vázquez-Granado, F., Túnez, I., & Del Moral-Leal, M. (2024). Innovation ecosystems in health and care: the Andalusian Reference Site as an example. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1482830>.
- Carrilho, J., Videira, D., Campos, C., Midão, L., & Costa, E. (2023). Changing the paradigm in health and care services: modern value chains using open

- innovation for the creation of new digital health solutions. *Frontiers in Digital Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1216357>.
- Cerchione, R., Centobelli, P., Riccio, E., Abbate, S., & Oropallo, E. (2022). Blockchain's coming to hospital to digitalize healthcare services: Designing a distributed electronic health record ecosystem. *Technovation*. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102480>.
- Chagas, M., De Oliveira Laguna Silva, G., Fernandes, G., Aguilar, G., Da Silva, M., Moraes, E., Lottici, I., Da Rosa De Amorim, J., De Abreu, T., De Campos Moreira, T., & Cabral, F. (2025). The evolution of digital health: a global, Latin American, and Brazilian bibliometric analysis. *Frontiers in Digital Health*, 7. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1582719>.
- Chen, Y., Lehmann, C., & Malin, B. (2024). Digital Information Ecosystems in Modern Care Coordination and Patient Care Pathways and the Challenges and Opportunities for AI Solutions. *Journal of Medical Internet Research*, 26. <https://doi.org/10.2196/60258>.
- Chibuike, M., Grobbelaar, S., & Botha, A. (2024). Overcoming Challenges for Improved Patient-Centric Care: A Scoping Review of Platform Ecosystems in Healthcare. *IEEE Access*, 12, 14298-14313. <https://doi.org/10.1109/access.2024.3356860>.
- Cresswell, K., Sheikh, A., & Williams, R. (2021). Accelerating health information technology capabilities across England's National Health Service. *The Lancet Digital Health*, 3(12), e758-e759.
- Cresswell, K., Sheikh, A., Franklin, B., Krasuska, M., Nguyen, H., Hinder, S., Lane, W., Mozaffar, H., Mason, K., Eason, S., Potts, H., & Williams, R. (2021). Interorganizational Knowledge Sharing to Establish Digital Health Learning Ecosystems: Qualitative Evaluation of a National Digital Health Transformation Program in England. *Journal of Medical Internet Research*, 23. <https://doi.org/10.2196/23372>.
- Çetin, B. (2023). Sağlık Hizmetleri ve Yapay Zeka. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi*, 7(17), 53-67.
- Damar, M., Kop, O., Şaylan, Ö., Özen, A., Çakmak, Ü., & Erenay, F. (2024). Digital Health: The Critical Value of Mobile Technology for the Health Sector, Different Application Examples from the World and Current Trends. *Journal of Emerging Computer Technologies*. <https://doi.org/10.57020/ject.1514154>.
- Daştan, E. (2021). Covid-19 Salgınına Sinai, Hizmetler Ve Teknoloji Endeksindeki Sektörlerin Hisse Senetlerine Olan Etkisi: BİST Örneği. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (11), 64-76. DOI: 10.21733/ibad.908305

- Demirtaş, Y., (2024). Structure of the Healthcare System and Digital Integration. Y. Demir Uslu ve H. Zülfikar (Ed.), Digitalization in Health. Istanbul University Press, 34452 Beyazıt, İstanbul- Türkiye, <https://iupress.istanbul.edu.tr>
- Dijital sağlık raporu, (2023). Dijital Sağlıkta Dünya ve Türkiye Perspektifi Raporu.
- Erku, D., Khatri, R., Endalamaw, A., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Digital Health Interventions to Improve Access to and Quality of Primary Health Care Services: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196854>.
- Eşiyok, A., Divanoğlu, S., & Çelik, R. (2023). Digitalization in Healthcare - Mobile Health (M-Health) Applications. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. <https://doi.org/10.52791/aksarayıibd.1241287>.
- Giebel, G., Speckemeier, C., Abels, C., Plescher, F., Börchers, K., Wasem, J., Blase, N., & Neusser, S. (2022). Problems and Barriers Related to the Use of Digital Health Applications: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/43808>.
- Gunasekeran, D., Tseng, R., Tham, Y., & Wong, T. (2021). Applications of digital health for public health responses to COVID-19: a systematic scoping review of artificial intelligence, telehealth and related technologies. *NPJ Digital Medicine*, 4. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00412-9>.
- Hancıoğlu Başköy, Y., (2024). Digital Health Entrepreneurship. Y. Demir Uslu ve H. Zülfikar (Ed.), Digitalization in Health. Istanbul University Press, 34452 Beyazıt, İstanbul- Türkiye, <https://iupress.istanbul.edu.tr>
- Hermes, S., Riasanow, T., Clemons, E., Böhm, M., & Krcmar, H. (2020). The digital transformation of the healthcare industry: exploring the rise of emerging platform ecosystems and their influence on the role of patients. *Business Research*. <https://doi.org/10.1007/s40685-020-00125-x>.
- Holl, F., Kircher, J., Hertelendy, A., Sukums, F., & Swoboda, W. (2024). Tanzania's and Germany's Digital Health Strategies and Their Consistency With the World Health Organization's Global Strategy on Digital Health 2020-2025: Comparative Policy Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26. <https://doi.org/10.2196/52150>.
- Iacob, N., & Simonelli, F. (2020). Towards a European Health Data Ecosystem. *European Journal of Risk Regulation*, 11, 884 - 893. <https://doi.org/10.1017/err.2020.88>.
- Igwama, G., Olaboye, J., Maha, C., Ajegbile, M., & Abdul, S. (2024). Integrating electronic health records systems across borders: Technical challenges and policy solutions. *International Medical Science Research Journal*. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i7.1357>.

- Iyawa, G. E., Herselman, M., & Botha, A. (2016). Digital health innovation ecosystems: From systematic literature review to conceptual framework. *Procedia Computer Science*, 100, 244-252., <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.149>.
- Katsoulakis, E., Wang, Q., Wu, H., Shahriyari, L., Fletcher, R., Liu, J., Achenie, L., Liu, H., Jackson, P., Xiao, Y., Syeda-Mahmood, T., Tuli, R., & Deng, J. (2024). Digital twins for health: a scoping review. *NPJ Digital Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01073-0>.
- Kılıç, T., & Tosun, N. (2021). Akıllı Sağlık Ekosistemi ve Güncel Uygulama Örnekleri. *İşletme Bilimi Dergisi*, 9(3), 543-564.
- Kierkegaard, P. (2013). eHealth in Denmark: a case study. *Journal of medical systems*, 37(6), 9991.
- Kocaman, E., (2024). The Role of the Public in the Digitalization of Health. Y. Demir Uslu ve H. Zülfiyar (Ed.), *Digitalization in Health*. Istanbul University Press, 34452 Beyazıt, İstanbul- Türkiye, <https://iupress.istanbul.edu.tr>
- Küzeci, E., & Yeşiltuna, O. (2022). Maintaining Compliance While Healing at a Distance: Telehealth Services within the Frame of Turkish Data Protection Regime. *European journal of health law*, 30(4), 379-405.
- Lehne, M., Sass, J., Essenwanger, A., Schepers, J., & Thun, S. (2019). Why digital medicine depends on interoperability. *NPJ Digital Medicine*, 2. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0158-1>.
- Lennon, M., Bouamrane, M., Devlin, A., O'Connor, S., O'Donnell, C., Chetty, U., Agbakoba, R., Bikker, A., Grieve, E., Finch, T., Watson, N., Wyke, S., & Mair, F. (2017). Readiness for Delivering Digital Health at Scale: Lessons From a Longitudinal Qualitative Evaluation of a National Digital Health Innovation Program in the United Kingdom. *Journal of Medical Internet Research*, 19. <https://doi.org/10.2196/jmir.6900>.
- Li, X., Loscalzo, J., Mahmud, A., Aly, D., Rzhetsky, A., Zitnik, M., & Benson, M. (2025). Digital twins as global learning health and disease models for preventive and personalized medicine. *Genome Medicine*, 17. <https://doi.org/10.1186/s13073-025-01435-7>.
- Livieri, G., Mangina, E., Protopapadakis, E., & Panayiotou, A. (2025). The gaps and challenges in digital health technology use as perceived by patients: a scoping review and narrative meta-synthesis. *Frontiers in Digital Health*, 7. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1474956>.
- Maleki Varnosfaderani, S., & Forouzanfar, M. (2024). The role of AI in hospitals and clinics: transforming healthcare in the 21st century. *Bioengineering*, 11(4), 337.

- Martins, D., Lewerenz, S., Carmo, A., & Martins, H. (2025). Interoperability of telemonitoring data in digital health solutions: a scoping review. *Frontiers in Digital Health*, 7. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1502260>.
- Mumtaz, H., Riaz, M., Wajid, H., Saqib, M., Zeeshan, M., Khan, S., Chauhan, Y., Sohail, H., & Vohra, L. (2023). Current challenges and potential solutions to the use of digital health technologies in evidence generation: a narrative review. *Frontiers in Digital Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1203945>.
- Özdemir, B., & Şahin, Ö. U. (2024). Türkiye’de dijital hastanelerin geleceği: GZTF analizi. *JOURNAL OF AWARENESS*, 9(4), 381-392.
- Peker, S. V., Van Giersbergen, M. Y., & Biçersoy, G. (2018). Sağlık Bilişimi Ve Türkiye’de Hastanelerin Dijitalleşmesi. *Health Academy Kastamonu*, 3(3), 228-267.
- Pereira, F., Lee, B., & Fife, E. (2023). Singapore's Smart Nation Program and potential lessons for the European Union's Digital Decade program.
- Pilares, I., Azam, S., Akbulut, S., Jonkman, M., & Shanmugam, B. (2022). Addressing the Challenges of Electronic Health Records Using Blockchain and IPFS. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 22. <https://doi.org/10.3390/s22114032>.
- Roche, (2025). <https://www.roche.com.tr/hikayelerimiz/dijital-ekosistemler-saglik-hizmetlerinin-gelecegi>, 20.04.2025, 21:22.
- Ruokolainen, J., Nätti, S., Juutinen, M., Puustinen, J., Holm, A., Vehkaoja, A., & Nieminen, H. (2022). Digital healthcare platform ecosystem design: A case study of an ecosystem for Parkinson's disease patients. *Technovation*. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102551>.
- Sağlık Bakanlığı, (2025). <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR-5009/neden-dijital-hastane.html>, erişim tarihi. 25.11.2025, 19.44
- Saunders, C., Currie, D., Virani, S., & De Grood, J. (2022). Navigating the Systemic Conditions of a Digital Health Ecosystem in Alberta, Canada: Embedded Case Study. *JMIR Formative Research*, 6. <https://doi.org/10.2196/36265>.
- Serbanati, L. D., Ricci, F. L., Mercurio, G., & Vasilateanu, A. (2011). Steps towards a digital health ecosystem. *Journal of biomedical informatics*, 44(4), 621-636.
- Shull, J. (2019). Digital Health and the State of Interoperable Electronic Health Records. *JMIR Medical Informatics*, 7. <https://doi.org/10.2196/12712>.
- Spadaro, B., Martin-Key, N., & Bahn, S. (2021). Building the Digital Mental Health Ecosystem: Opportunities and Challenges for Mobile Health Innovators. *Journal of Medical Internet Research*, 23. <https://doi.org/10.2196/27507>.

- Spreafico, A., Tarricone, R., & Stern, A. (2025). Comprehensive policies for scaling systemic and equitable integration of digital health technologies. *NPJ Digital Medicine*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01820-x>.
- Tarcan, G. Y., Balçık, P. Y., & Sebik, N. B. (2024). Türkiye ve dünyada sağlık hizmetlerinde yapay zekâ. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(1), 50-60.
- Torab-Miandoab, A., Samad-Soltani, T., Jodati, A., & Rezaei-Hachesu, P. (2023). Interoperability of heterogeneous health information systems: a systematic literature review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02115-5>.
- Triplett, W. J. (2024). Exploring and mitigating cybersecurity challenges in electronic health records. *Cybersecurity and Innovative Technology Journal*, 2(1), 41-52.
- Vehko, T., Ruotsalainen, S., & Hyppönen, H. (2018). E-health and e-welfare of Finland. Check point.
- Villarreal, E., García-Alonso, J., Moguel, E., & Alegría, J. (2024). Blockchain for Healthcare Management Systems: A Survey on Interoperability and Security. *IEEE Access*, 11, 5629-5652. <https://doi.org/10.1109/access.2023.3236505>.
- Wang, Q., Su, M., Zhang, M., & Li, R. (2021). Integrating Digital Technologies and Public Health to Fight Covid-19 Pandemic: Key Technologies, Applications, Challenges and Outlook of Digital Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116053>.
- Yeung, A., Torkamani, A., Butte, A., Glicksberg, B., Schuller, B., Rodriguez, B., Ting, D., Bates, D., Schaden, E., Peng, H., Willschke, H., Van Der Laak, J., Car, J., Rahimi, K., Celi, L., Banach, M., Kletečka-Pulker, M., Kimberger, O., Eils, R., Islam, S., Wong, S., Wong, T., Gao, W., Brunak, S., & Atanasov, A. (2023). The promise of digital healthcare technologies. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1196596>.
- Yılmaz, E., (2024). Mobile Health Applications. Y. Demir Uslu ve H. Zülfikar (Ed.), *Digitalization in Health*. Istanbul University Press, 34452 Beyazıt, İstanbul-Türkiye, <https://iupress.istanbul.edu.tr>

BÖLÜM 3

Türkiye’de Sağlıkta Kalite ve Akreditasyonun Toplumsal Getirileri: Akreditasyon Standartları ve Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri

Hafize Nurgül Durmuş Şenyapar¹

¹ Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 0000-0003-0927-1643

1. GİRİŞ: KALİTE, AKREDİTASYON VE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ ARASINDAKİ YAPISAL İLİŞKİ

Sağlık sistemlerinin performansı uzun yıllar boyunca ağırlıklı olarak klinik çıktılar, teknolojik yeterlilikler ve hizmet süreçlerinin teknik etkinliği üzerinden değerlendirilmiştir. Akreditasyon, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırmakta; yüksek nitelikli bakımın sunulması yoluyla sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde dolaylı etkiler yaratma potansiyeli taşımaktadır. Sağlık sonuçlarının toplumlar ve toplumsal gruplar arasında neden ve nasıl farklılaştığı sorusu, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon ile birlikte düşünülməsi gereken bir konudur. Güncel sağlık politikası literatürü, bireylerin sağlık durumlarının sadece sağlık hizmetlerine erişim ve klinik bakım kalitesiyle açıklanamayacağını; gelir düzeyi, eğitim, istihdam koşulları, barınma, çevresel faktörler, sosyal destek ağları ve yapısal eşitsizlikler gibi geniş bir belirleyiciler kümesinin sağlık sonuçları üzerinde belirleyici olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır (Williams et al., 2023). Sağlık sonuçları, sağlık hizmetlerine erişim ve klinik bakımın niteliğinin ötesinde; ekonomik istikrar, eğitim, istihdam, barınma güvencesi, sosyal destek ağları ve yaşanan çevrenin özellikleri gibi geniş bir sosyal belirleyiciler kümesinden etkilenmektedir. Çalışmalar, sağlığın sosyal belirleyicilerinin (SSB) belirli örüntüler hâlinde kümelandığını ortaya koymakta; işsizlik, evli olmama durumu ve finansal güçlükler gibi birden fazla olumsuz SSB ile karşı karşıya kalan bireylerin, tüm nedenlere bağlı ölüm, kansere özgü ölüm ve kardiyovasküler mortalite dâhil olmak üzere daha kötü mortalite sonuçları yaşadığını göstermektedir (Chen et al., 2025). Yerel düzeyde gerçekleştirilen ekolojik analizler, astım, sigara kullanımı, gıda güvencesizliği ve kronik hastalıklar gibi faktörlerin toplum sağlığı üzerinde anlamlı etkiler yarattığını; bu etkilerin nüfus yoğunluğu ve politik eğilimler gibi topluluk özelliklerine göre farklılaştığını ortaya koymaktadır (Vo et al., 2023). Kentsel bağlamlarda yapılan mekânsal analizler ise sosyal ve ekonomik faktörler, sağlıklı yaşam tarzı göstergeleri ve sağlık hizmetlerinin birlikte etkileşerek sağlık sonuçlarındaki coğrafi eşitsizlikleri açıkladığını; bu birleşik etkilerin tekil faktörlerin etkilerinden daha güçlü olduğunu göstermektedir (Cheng et al., 2024). Araştırmalar ayrıca, yapısal eşitsizliklerin ve ırksal/etnik farklılıkların sağlık davranışları ve sağlık sonuçlarının şekillenmesinde belirleyici bir rol oynadığını; özellikle ergenler ve gençler arasında olumsuz sosyal deneyimler ile sistemik ırkçılığın riskli sağlık davranışlarını artırdığını vurgulamaktadır (Monroe et al., 2023). Barınma ve gelir desteği gibi sosyal gereksinimleri hedefleyen müdahalelerin hastalığa özgü sonuçları iyileştirme potansiyeli taşıdığı görülmekle birlikte, bu müdahalelerin genel fiziksel sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin kanıtlar sınırlıdır. Bu durum, etki mekanizmalarının anlaşılması ve müdahalelerin optimize edilebilmesi için daha titiz ve uzun dönemli araştırmalara duyulan gereksinimi ortaya koymaktadır (Chen et al., 2025).

Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı, sağlık politikalarının ve hizmet sunum modellerinin toplumsal bağlamdan bağımsız ele alınamayacağını savunan bütüncül bir perspektif sunmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin niteliğini klinik doğruluk ve hasta güvenliği ile birlikte hakkaniyet, erişilebilirlik ve sosyal kapsayıcılık boyutlarıyla birlikte değerlendirmeyi zorunlu kılar. Gelir eşitsizliği, eğitimdeki farklılıklar, güvencesiz istihdam, çevresel riskler ve sosyal dışlanma gibi yapısal koşullar, bireylerin sağlık sistemleriyle kurdukları etkileşimleri anlamlı biçimde şekillendirmekte; sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kullanımı ve hasta deneyiminin niteliğinde sistematik farklılıklara yol açmaktadır. Kırılgan gruplar, hasta katılımını zayıflatan ve uygulayıcılar ile politika yapıcılar tarafından her zaman yeterince anlaşılamayan örgütsel ve uygulama düzeyindeki yapısal etkenler nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinden sıklıkla uzaklaşmaktadır (Mackenzie et al., 2025). Mülteciler ve marjinalleştirilmiş gruplar ise dil engelleri, damgalanma, kaynak yetersizlikleri ve sağlık sistemi tasarımı ile hasta gereksinimleri arasındaki uyumsuzluklar dâhil olmak üzere çoklu yapısal ve sosyo-kültürel bariyerlerle karşı karşıya kalmakta; bu durum ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını azaltmaktadır (Kiselev et al., 2020; Shibli et al., 2025). Coğrafi ve sosyoekonomik eşitsizlikler, sağlık kuruluşlarına fiziksel yakınlığı belirleyerek hizmetlere erişimi etkilemekte; özellikle kırılgan toplulukların seyahat mesafelerine daha duyarlı olması, erişimi iyileştirmek için hizmetlerin stratejik konumlandırılmasının gerekliliğine işaret etmektedir (Bravo et al., 2025). Dezavantajlı kentsel topluluklarda ise hizmetlerin bulunabilirliği, karşılanabilirliği ve hizmet sunumunun uyarlanabilirliği gibi yapısal engeller; düşük sağlık okuryazarlığı ve algılanan damgalanma ile birleştiğinde, sübvansiyonlu sistemlere rağmen sağlık hizmetlerine erişimi sınırlamaktadır (Tan et al., 2023). Ayrıca, sağlık kurumları içinde yaşanan ırkçılık ve yapısal şiddet deneyimleri eşitsiz erişimi derinleştirerek güveni aşındırmakta; bakımın niteliği ve sağlık çıktılarındaki farklılıkları daha da artırmaktadır (Hamed et al., 2020).

Kalite standartlarının yapısal farklılıkları görünür kılacak ve yönetilebilir hale getirecek bir analitik zemine oturtulması, sağlık sistemlerinin toplumsal sorumluluğu açısından kritik önemdedir (Guzmán-Leguel & Rodríguez-Lara, 2025; Pellense et al., 2025). Bu bağlamda sağlıkta kalite ve akreditasyon, teknik uygunluk ve yönetsel yeterlilikleri belgeleyen araçlar olmanın ötesinde sağlık sistemlerinin toplumsal etkisini düzenleyen ve yönlendiren politika enstrümanları olarak ele alınmalıdır (Ciesielski et al., 2025). Akreditasyon sistemleri, hangi değerlerin önceliklendirildiğini, kabul edilebilir risklerin neler olduğunu ve hangi grupların korunmaya değer sayıldığını dolaylı olarak yansıtan normatif çerçeveler sunar. Bu sistemler, kalite güvencesi ve iyileştirme amacıyla dış değerlendirme standartları belirleyerek kurumların ve programların performansını ölçer ve yönlendirir. Standart setlerinde yer alan hedefler, göstergeler ve değerlendirme ölçütleri; sağlık hizmetlerinin kimler için, hangi

koşullarda ve ne ölçüde erişilebilir olduğunu belirleyen yapısal tercihleri içerir (Mansour et al., 2020). Bu nedenle kalite ve akreditasyon sistemlerinin, sağlık eşitsizliklerini azaltıcı bir potansiyel taşıyıp taşımadığı sorusu, teknik bir tartışma olmanın ötesinde, doğrudan sosyal politika alanına temas etmektedir (Crenshaw et al., 2025).

Akreditasyonun “hizmet içi kalite” kavrayışını aşarak toplumsal sağlık çıktılarıyla ilişkilendirilmesi, sağlık kurumlarının bireysel hasta güvenliği ile birlikte toplum sağlığını ve kırılgan grupların korunmasını da sorumluluk alanına dahil etmesini gerektirir (Crenshaw et al., 2025). Hizmete erişimde yaşanan sosyoekonomik engeller, hasta haklarının kullanımında ortaya çıkan eşitsizlikler, geri bildirim mekanizmalarının belirli toplumsal kesimleri dışarıda bırakması ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarındaki adaletsizlikler, kalite tartışmasının sosyal boyutunu doğrudan ilgilendiren unsurlardır. Bu unsurların akreditasyon standartları aracılığıyla sistematik biçimde ele alınması, kalite yönetimini dar bir kurumsal performans anlayışından çıkararak, toplumsal refah ve sağlık adaleti eksenine taşımaktadır (Araujo et al., 2020).

Türkiye bağlamında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesindeki Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından Hastane Akreditasyon Programı kapsamında kullanılan ve ISQua (*The International Society for Quality in Health Care*) tarafından akredite edilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS), bu dönüşümün potansiyel taşıyıcılarından biri olarak değerlendirilebilir. SAS, ulusal sağlık sistemi gerçekliklerini ve ülkenin demografik, sosyoekonomik ve bölgesel farklılıklarını dikkate almayı hedefleyen bir yapı sunmakta; hasta güvenliği, hakkaniyet, erişilebilirlik, süreklilik ve sağlıklı çalışma yaşamı gibi hedefleri sistematik biçimde tanımlamaktadır (TÜSEB, 2021). Bununla birlikte, bu hedeflerin sağlığın sosyal belirleyicileri perspektifiyle ne ölçüde bütünleştiği ve uygulamada sağlık eşitsizliklerini azaltıcı bir etki üretip üretmediği sorusu, derinlemesine bir analizi gerekli kılmaktadır. SAS’ın kurum içi kaliteyi güvence altına alan bir araç olmakla birlikte sağlık sisteminin toplumsal sorumluluğunu güçlendiren bir politika çerçevesi olarak nasıl fayda sağladığı, bu kitabın temel tartışma eksenlerinden birini oluşturmaktadır.

Bu çalışma, sağlıkta kalite ve akreditasyonun sosyal politika boyutunu görünür kılmayı ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları’nın sağlığın sosyal belirleyicileri açısından analitik bir incelemesini hedeflemektedir. İzleyen bölümlerde, SAS’ın yedi temel boyutu; yönetim, performans ölçümü, çalışma yaşamı, hasta deneyimi, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve acil durum yönetimi başlıkları altında ele alınacak ve her bir boyut, sağlık eşitsizlikleri, hakkaniyet ve sosyal riskler bağlamında sistematik biçimde değerlendirilecektir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti (Hastane Seti – v3.0/2021) kapsamında akreditasyon

değerlendirmesinde kullanılan tüm boyutlar ve alt başlıklar, SAS'ın kurumsal mantığı ve SSB'ye katkısı çerçevesinde değerlendirilecektir. Bu yaklaşım, kalite standartlarının toplumsal sağlık çıktılarıyla kurduğu ilişkiyi ortaya çıkararak SAS'ın sağlık eşitsizliklerini azaltma potansiyelini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2. KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık sistemlerinin işleyiş ve sağlık sonuçları salt hizmet sunumuna indirgenemez. Sağlıkta kalite ve akreditasyonun sağlığın sosyal belirleyicileri perspektifiyle analiz edilebilmesi ve kalite standartlarının toplumsal bağlamla nasıl ilişkilendirilebileceğinin açıklanması, toplum sağlığı ve sosyal politikalar açısından kritik bir referans çerçevesi sunar. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri literatürü, sağlıkta kaliteyi “ne kadar iyi hizmet verildiği” sorusuyla beraber “kimin için, hangi koşullarda ve hangi sonuçlarla hizmet verildiği” sorularıyla birlikte ele almayı gerekli kılar.

2.1. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sağlık Eşitsizlikleri

Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı, bireylerin sağlık durumlarının büyük ölçüde sağlık sistemi dışındaki sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar tarafından şekillendirildiğini vurgulayan bir yaklaşıma dayanmaktadır (Mangold et al., 2019). Bu yaklaşım, sağlık sonuçlarını bireysel tercihler veya biyomedikal risk faktörleriyle sınırlı biçimde açıklayan indirgemeci modellerin ötesine geçerek, sağlığı toplumsal yapıların ve güç ilişkilerinin bir çıktısı olarak ele alır. Sağlık eşitsizlikleri ise bu yapısal koşulların toplum içindeki farklı gruplar üzerinde yarattığı sistematik ve önlenebilir sağlık farklarını ifade eder. Bu bağlamda eşitsizlikler, rastlantısal değil; gelir dağılımı, eğitim düzeyi, istihdam biçimleri, toplumsal cinsiyet rolleri, göç statüsü ve mekânsal ayrışma gibi faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Cook et al., 2021).

Sağlığın sosyal belirleyicileri literatüründe yaygın olarak kullanılan analitik ayırım, belirleyicileri yapısal, ara ve bireysel düzeylerde ele alır. Bu çok katmanlı yapı, sağlık sonuçlarının nasıl üretildiğini ve sağlık sistemlerinin bu süreçteki rolünü daha açık biçimde analiz etmeye olanak tanır (Crear-Perry et al., 2021).

Yapısal belirleyiciler, toplumun ekonomik, politik ve kurumsal örgütlenme biçimlerini kapsar ve sağlık eşitsizliklerinin temelini oluşturur. Gelir dağılımı, sosyal refah rejimleri, eğitim sistemleri, istihdam piyasalarının yapısı ve sosyal politika tercihleri, bireylerin yaşam koşullarını belirleyen ana çerçeveyi oluşturur (Homan et al., 2021). Bu düzeydeki belirleyiciler, bireylerin sağlık sistemine erişim kapasitesini, sağlık risklerine maruz kalma olasılığını ve hastalıkla baş etme kaynaklarını doğrudan etkiler (Brown et al., 2019). Yapısal eşitsizliklerin yoğun olduğu toplumlarda, sağlık hizmetleri ne kadar nitelikli olursa olsun, sağlık çıktılarında kalıcı adalet sağlanması güçleşmektedir (Topmiller et al., 2021). Bu

durum, sağlıkta kalite ve akreditasyon sistemlerinin kurumsal iç süreçlere odaklanmasının neden yetersiz kaldığını açıklayan temel bir noktaya işaret eder.

Ara belirleyiciler, yapısal koşulların bireylerin günlük yaşamlarına nasıl yansıdığını gösteren mekanizmaları ifade eder. Çalışma koşulları, konut kalitesi, çevresel riskler, sosyal destek ağları ve sağlıkla ilişkili davranışlar bu düzeyde ele alınır (Mudd et al., 2024). Örneğin güvencesiz istihdam, düşük ücretli çalışma ve sağlıksız barınma koşulları, bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyen ara mekanizmalar üretir (Cabezas-Rodríguez et al., 2021). Sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı, hizmete başvuru zamanlaması ve tedaviye uyum gibi süreçler de bu ara belirleyiciler tarafından şekillenir (Holguín-Zuluaga et al., 2022). Kalite standartları bu düzeyde, hizmetlerin farklı yaşam koşullarına sahip bireyler için ne ölçüde erişilebilir ve anlamlı olduğunu sorgulayan bir çerçeve sunabilir.

Bireysel belirleyiciler ise yaş, cinsiyet, genetik özellikler ve bireysel sağlık davranışları gibi unsurları kapsar (Marmot & Allen, 2014). Ancak sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı, bireysel faktörleri yapısal ve ara düzeylerden bağımsız ele almaz (Wilderink et al., 2022). Bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarının, bilgiye erişim, eğitim düzeyi, ekonomik kaynaklar ve sosyal normlar tarafından şekillendiği kabul edilir (Arcaya et al., 2015). Bu nedenle bireysel düzeyde görülen sağlık riskleri, çoğu zaman daha üst düzey belirleyicilerin bir yansımasıdır. Kalite ve akreditasyon standartlarının birey merkezli bir yaklaşım benimsemesi, bu bireysel farklılıkları eşitsizlik üretmeyen bir biçimde yönetebilme kapasitesine bağlıdır.

Sağlık eşitsizlikleri tartışmasının merkezinde yer alan temel kavramlardan biri hakkaniyettir. Hakkaniyet, herkesin aynı hizmeti almasını değil, farklı ihtiyaçlara sahip bireylerin adil biçimde desteklenmesini ifade eder (Peter, 2001). Bu bağlamda erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinin fiziksel olarak var olmasının ötesinde; ekonomik, kültürel ve bilişsel engellerin ortadan kaldırılmasını da kapsar (Brownson et al., 2021). Sosyal dışlanma ise belirli grupların sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerden yararlanma ve karar alma süreçlerine katılım konusunda sistematik biçimde dezavantajlı konuma itilmesini ifade eder (Chang, 2025). Yoksullar, göçmenler, engelliler, yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler, sağlık sistemleri içinde sıklıkla bu dışlanma mekanizmalarına maruz kalmaktadır. Sağlık hakkaniyeti, sadece sağlık hizmetlerine erişimle sınırlı kalmayıp gelir eşitsizliği, çevresel riskler ve ayrımcılık gibi sosyal faktörlerin de ele alınmasını gerektirir. Bu nedenle, sağlık hakkaniyeti sağlanması için çok sektörlü ve kapsamlı politikalar geliştirilmesi zorunludur (Brownson et al., 2021).

Bu çerçevede sağlıkta kalite ve akreditasyonun sadece teknik mükemmeliyetin değil, sosyal adaletin de bir aracı olarak değerlendirilmesi gerektiği açıktır (Moe et al., 2019). Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri perspektifi, kalite standartlarının hangi toplumsal sonuçları

ürettiğini sorgulamaya olanak tanırken, akreditasyon sistemlerinin sosyal politika ile olan kaçınılmaz ilişkisini görünür kılmaktadır.

2.2. Kalite ve Akreditasyonun Sosyal Boyutu

Sağlıkta kalite kavramı, tarihsel olarak klinik etkinlik, hasta güvenliği ve teknik yeterlilik gibi ölçütler üzerinden tanımlanmış ve değerlendirilmiştir (Greenfield et al., 2021). Bu yaklaşım, tıbbi uygulamaların standartlaştırılması ve hata risklerinin azaltılması açısından önemli katkılar sunmuş olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin toplumsal etkilerini büyük ölçüde arka planda bırakmıştır. Oysa sağlığın sosyal belirleyicileri perspektifi, kaliteyi klinik çıktılarla sınırlı bir performans unsuru olarak değil, sağlık hizmetlerinin bireyler ve toplumsal gruplar üzerinde ürettiği sosyal sonuçlar üzerinden değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır (Topmiller et al., 2021). Bu bağlamda kalite, “doğru tedavi” ya da “güvenli bakım” anlamına gelirken aynı zamanda hizmete erişimde adaletin sağlanması, kırılgan grupların korunması, sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ve toplumsal güvenin inşa edilmesi gibi daha geniş sonuç alanlarını da kapsamaktadır (Cook et al., 2021).

Kaliteyi sosyal sonuç olarak ele almak, sağlık hizmetlerinin farklı toplumsal kesimler üzerindeki etkilerini görünür kılmayı amaçlar (Ajoud & Jouili, 2021). Aynı klinik hizmet, farklı sosyoekonomik koşullara sahip bireyler için eşit sonuçlar üretmeyebilir. Düşük gelirli, düşük eğitim düzeyine sahip ya da sosyal destek ağları zayıf olan bireyler, sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerinde daha fazla engelle karşılaşmakta; bu durum tanı gecikmeleri, tedaviye uyumsuzluk ve olumsuz sağlık çıktıları şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kalite değerlendirmelerinin, bu hizmetin farklı toplumsal gruplar için ne ölçüde anlamlı, erişilebilir ve sürdürülebilir olduğunu dikkate alması gerekmektedir. Sosyal sonuç odaklı kalite anlayışı, sağlık hizmetlerinin eşitsizlikleri yeniden üretip üretmediğini sorgulayan eleştirel bir çerçeve sunar.

Akreditasyon sistemleri, bu genişletilmiş kalite anlayışının kurumsal düzeyde somutlaştığı başlıca mekanizmalardan biridir. Akreditasyon, standartlara uyumu belgeleyen teknik bir süreç olmanın ötesinde sağlık kurumlarının yönetim anlayışını, karar alma süreçlerini ve toplumsal sorumluluklarını düzenleyen normatif bir çerçevedir (Akdemir et al., 2020). Standart setlerinde yer alan hedefler, ilkeler ve değerlendirme ölçütleri, kurumların hangi değerlere öncelik verdiğini ve hangi riskleri kabul edilebilir gördüğünü açık biçimde ortaya koyar. Bu nedenle akreditasyon, sağlık sistemlerinde yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi açısından merkezi bir işleve sahiptir.

Yönetişim boyutu, akreditasyonun sosyal etkisini anlamada kritik bir kavramdır. Etkili bir yönetim yapısı; şeffaflık, katılımcılık, hesap verebilirlik ve sorumluluk ilkeleri üzerine inşa edilir (Hussein et al., 2021). Akreditasyon standartları, sağlık kurumlarının iç denetim mekanizmaları ile birlikte paydaşlarla kurduğu ilişkileri, karar alma süreçlerinin açıklığını ve hizmet sunumunda

izlenen öncelikleri de düzenler (Alhawajreh et al., 2023). Bu durum, sağlık hizmetlerinin toplumsal ihtiyaçlarla ne ölçüde uyumlu olduğunu değerlendirmeyi mümkün kılar (Ajoud & Jouili, 2021). Özellikle dezavantajlı grupların ihtiyaçlarının kurumsal planlama süreçlerine yansıtılıp yansıtılmadığı, akreditasyonun sosyal boyutunu belirleyen temel göstergeler arasında yer alır (Heffernan et al., 2023). Hesap verebilirlik, akreditasyonun bir diğer temel sosyal işlevidir. Sağlık kurumlarının sundukları hizmetlerin niteliği, erişilebilirliği ve güvenliği konusunda kamuya karşı sorumluluk taşıması, etik bir gereklilik olmasının yanında toplumsal güvenin ön koşuludur (Accreditation, Patient Safety, Risk Management, Quality Assurance, Audit, 2025). Akreditasyon süreçleri; performans göstergeleri, izleme ve raporlama mekanizmaları aracılığıyla sağlık kurumlarının faaliyetlerini görünür kılar. Bu görünürlük, sağlık hizmetlerinin kapalı ve uzman merkezli bir yapıdan çıkarak toplumsal denetime açık bir alan haline gelmesine katkı sağlar. Böylece kalite, kurum içi bir başarı ölçütü olmaktan çıkarak, toplumsal hesap verebilirliğin bir unsuru haline gelir.

Güven üretme işlevi, kalite ve akreditasyonun sosyal boyutunu tamamlayan bir diğer kritik unsurdur. Sağlık sistemlerine duyulan güven, bireylerin hizmetlere başvurma, tedavi süreçlerine uyum gösterme ve sağlıkla ilgili karar alma davranışlarını doğrudan etkiler. Güven eksikliği, özellikle geçmişte dışlanma, ayrımcılık ya da kötü hizmet deneyimi yaşamış gruplar arasında sağlık hizmetlerinden kaçınma eğilimini güçlendirebilir. Akreditasyon, belirli standartların bağımsız değerlendirmeler yoluyla sağlandığını göstererek sağlık kurumlarına yönelik kurumsal güvenin tesis edilmesine katkıda bulunur. Ancak bu güvenin toplumsal düzeyde karşılık bulabilmesi, akreditasyonun belgelendirme ve raporlama işlemlerine indirgenmeyip standartların günlük uygulamalara ve hasta deneyimine yansmasıyla mümkündür.

Bu çerçevede kalite ve akreditasyonun sosyal boyutu, sağlık hizmetlerinin teknik etkinliğini aşan çok katmanlı bir etki alanına işaret etmektedir (Joseph, 2021). Kaliteyi sosyal sonuç olarak ele alan bir yaklaşım, sağlık kurumlarını gerek iyi hizmet sunan yapılar gerekse sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede aktif rol üstlenen toplumsal aktörler olarak konumlandırır. Akreditasyon ise bu rolün kurumsal güvencesini sağlayan bir mekanizma olarak değerlendirilebilir.

2.3. SAS Hastane Seti İlkelerinin Sosyal Politika Açısından Değerlendirmesi

SAS Hastane Seti, biçimsel olarak teknik kalite, hasta güvenliği ve kurumsal süreçlerin standartlaştırılmasını hedefleyen bir yapı sunsa da içerdiği hedefler ve uygulama mantığı itibarıyla güçlü bir sosyal politika boyutu taşımaktadır. SAS'ın temel hedefleri arasında yer alan hakkaniyet, erişilebilirlik, süreklilik ve hasta odaklılık ilkeleri, doğrudan sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımıyla örtüşen normatif dayanaklara sahiptir. Bu durum, SAS'ın sağlık hizmeti sunumunun iç

kalitesi ile birlikte sağlık sisteminin toplumsal işlevini dzenleyen bir araç olarak okunmasını mümkün kılmaktadır.

SAS Hastane Seti'nde yer alan standartların önemli bir bölümü, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaratabilecek yapısal ve örgütsel riskleri azaltmayı hedeflemektedir. Hizmetlerin kesintisiz sunumu, başvuru ve bakım süreçlerinin tanımlı ve izlenebilir olması, hasta haklarının güvence altına alınması ve geri bildirim mekanizmalarının kurulması gibi dzenlemeler, sağlık hizmetlerinin sadece belirli gruplar için değil, tüm nüfus için erişilebilir olmasını amaçlayan bir ereve sunar. Bu bağlamda SAS, erişimi fiziksel varlık veya kapasite meselesi olarak değil; srekliyet, bilgilendirme ve yönlendirme süreçleriyle bütünleşik bir hak alanı olarak ele almaktadır.

Hakkaniyet ilkesi, SAS'ın sosyal politika açısından okunabilirliğini güçlendiren temel kavramlardan biridir. Standart setinde doğrudan "eşitlik" ya da "dezavantajlı gruplar" başlığı altında yapılandırılmış ayrı bir bölüm bulunmamakla birlikte, birçok standardın örtük biçimde bu grupları korumayı hedeflediği görülmektedir. Özellikle hasta odaklı bakım, güvenli iletişim, bilgilendirilmiş onam ve şikâyet mekanizmaları gibi alanlarda tanımlanan gereklilikler, sağlık okuryazarlığı düşük, sosyal destek ağları zayıf veya kurumsal güç ilişkileri karşısında kırılgan konumda bulunan bireyler açısından dengeleyici bir işlev görmektedir. Bu yönüyle SAS, sağlık eşitsizliklerini doğrudan hedefleyen bir sosyal politika belgesi olmaktan ziyade, eşitsizlik üretme potansiyeli taşıyan kurumsal uygulamaları sınırlandıran dolaylı bir mekanizma olarak değerlendirilebilir.

Srekliyet ilkesi de SAS'ın sosyal belirleyicilerle kurduğu ilişkinin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde srekliyet, özellikle kronik hastalıklar, yaşlılık ve çoklu sosyal riskler bağlamında kritik bir öneme sahiptir. SAS standartları, bakım süreçlerinin planlı, izlenebilir ve koordineli biçimde yürütülmesini zorunlu kılarak, sağlık hizmetlerinin parçalı ve kesintili sunumunun yol açabileceği eşitsizlikleri azaltmayı hedefler. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin bireyin yaşam koşullarıyla uyumlu biçimde sürdürülebilir olmasını sağlayan yapısal bir dzenleme olarak değerlendirilebilir.

Hasta odaklılık ilkesi ise SAS'ın sosyal politika perspektifiyle en açık biçimde keşiştiği alanlardan biridir. Hasta odaklılık, bireyleri pasif hizmet alıcıları olarak değil, karar süreçlerine katılan öznel aktörler olarak konumlandırır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinde g asimetrisinin azaltılmasını ve bireylerin kendi sağlıkları üzerinde söz sahibi olmalarını amaçlar. Sosyal belirleyiciler bağlamında hasta odaklılık, özellikle eğitim düzeyi düşük, göçmen ya da kültürel olarak marjinalleşmiş gruplar açısından hizmetin anlamlı ve kapsayıcı olmasını sağlayan kritik bir ilkedir.

2.4. SAS Hastane Seti Boyutlarının Ürettiği Sosyal Sonuçlar

SAS doğrudan bir sosyal politika belgesi olmamakla birlikte standart setinde yer alan boyutlar kapsamındaki çok sayıda düzenleme, fiilen sosyal sonuçlar üreten mekanizmalar içermektedir. SAS Hastane Seti'nde yer alan yönetim ve yönetişimle ilişkili standartlar, sağlığın yapısal belirleyicileriyle en doğrudan ilişki kuran düzenlemeler arasında yer almaktadır. Kurumsal politika ve hedeflerin tanımlanması, stratejik planlama süreçlerinin oluşturulması, risk yönetimi mekanizmalarının kurulması ve performansın izlenmesine yönelik standartlar; sağlık kurumlarının hangi toplumsal ihtiyaçları önceliklendirdiğini belirleyen çerçeveler sunar. Bu standartlar, özellikle dezavantajlı grupların gereksinimlerinin kurumsal planlama süreçlerine yansıtılıp yansıtılmadığını değerlendirme olanağı sağlar. Bu yönüyle söz konusu standartlar, gelir, eğitim ve sosyal statü gibi yapısal belirleyicilerin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerini dolaylı biçimde düzenleyen araçlar olarak işlev görmektedir.

Hasta hakları, bilgilendirme ve onam süreçlerine ilişkin standartlar, sağlığın ara belirleyicileriyle güçlü bir örtüşme sergilemektedir. Hastaların sağlık hizmetleri hakkında anlaşılır biçimde bilgilendirilmesi, karar süreçlerine katılımının güvence altına alınması ve şikâyet mekanizmalarına erişimin sağlanması, sağlık okuryazarlığı düşük veya kurumsal güç ilişkileri karşısında kırılgan konumda bulunan bireyler açısından dengeleyici bir rol üstlenmektedir. Bu bağlamda hasta haklarıyla ilişkili en az üç ayrı standart alanı, sosyal dışlanma riskini azaltan ve hasta odaklılık ilkesini somutlaştıran düzenlemeler olarak değerlendirilebilir.

Erişilebilirlik ve süreklilikle ilişkili standartlar, özellikle kronik hastalıklar, yaşlılık ve çoklu sosyal riskler bağlamında belirleyici bir işleve sahiptir. Hizmet süreçlerinin tanımlı, kesintisiz ve izlenebilir biçimde yürütülmesini zorunlu kılan standartlar; sağlık hizmetlerinin parçalı sunumundan kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmayı hedefler. Randevu, sevk, taburculuk ve bakımın devamlılığına ilişkin düzenlemeler, bireylerin yaşam koşullarıyla uyumlu bir sağlık hizmeti deneyimi yaşamasını mümkün kılar. Bu kapsamda süreklilikle ilişkili en az iki standart alanı, sağlığın ara belirleyicileri arasında yer alan çalışma koşulları, bakım yükü ve sosyal destek eksikliği gibi unsurların etkisini dengeleyen bir yapı sunmaktadır.

İnsan kaynakları ve sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin standartlar, hem ara hem de bireysel belirleyicilerle ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğinin korunması, eğitimlerinin planlanması, görev tanımlarının netleştirilmesi ve psikososyal risklerin yönetilmesi; salt çalışan refahını değil, sunulan hizmetin kalitesini ve sürekliliğini de doğrudan etkilemektedir. Bu alandaki standartlar, güvencesiz çalışma, tükenmişlik ve ikincil travma gibi riskleri azaltarak, sağlık hizmetlerinin özellikle kırılgan gruplar için güvenilir ve sürdürülebilir olmasına katkı sunmaktadır. Bu çerçevede insan kaynaklarıyla

ilişkili en az iki standart, sağlık eşitsizliklerinin dolaylı belirleyicileriyle bağlantı kurmaktadır.

Hasta deneyimi, geri bildirim ve memnuniyetle ilişkili standartlar, sosyal belirleyicilerin hizmet kullanımındaki etkilerini görünür kılan önemli araçlar arasında yer almaktadır. Geri bildirim mekanizmalarının kurulması ve sistematik biçimde değerlendirilmesi, belirli toplumsal grupların deneyimlerinin kurumsal öğrenme süreçlerine yansıtılmasını mümkün kılar. Ancak bu standartların sosyal politika açısından anlamlı olabilmesi, geri bildirim kanallarının herkes için erişilebilir olmasına bağlıdır. Bu kapsamda en az iki standart alanı, sağlık sisteminin hangi grupların sesini duyabildiğini ve hangilerinin dışarıda kaldığını analiz etmeye olanak tanımaktadır.

Destek hizmetleri, fiziksel çevre ve bilgi yönetimiyle ilişkili standartlar da sağlığın sosyal belirleyicileri açısından kritik bir yere sahiptir. Güvenli ve erişilebilir fiziksel ortamların sağlanması, çevresel risklerin yönetilmesi, bilgiye erişimin güvence altına alınması ve dijital sistemlerin etkin kullanımı; özellikle yaşlılar, engelliler ve düşük dijital okuryazarlığa sahip bireyler açısından belirleyici sonuçlar doğurmaktadır. Bu alandaki en az üç standart, çevresel ve bilişsel engellerin azaltılması yoluyla sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını artırmayı hedeflemektedir.

Acil durum ve afet yönetimine ilişkin standartlar, sağlığın yapısal ve ara belirleyicileriyle en yoğun biçimde kesişen düzenlemeler arasında yer almaktadır. Afetler ve olağanüstü durumlar, mevcut sosyal eşitsizlikleri derinleştirme potansiyeline sahiptir. Acil durum planlarının hazırlanması, kırılgan grupların ihtiyaçlarının gözetilmesi ve hizmet sürekliliğinin güvence altına alınması, sağlık sisteminin toplumsal dayanıklılık kapasitesini belirleyen unsurlar olarak öne çıkmaktadır.

2.5. Analitik Model: SAS Standartları ile Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Arasındaki Yapısal Eşleşme

Bu çalışmada Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti'nin sağlığın sosyal belirleyicileri perspektifiyle nasıl okunabileceğini somutlaştırmak amacıyla analitik bir eşleştirme çerçevesi sunulacaktır. Bu model, SAS Hastane Seti'nde yer alan boyut ve başlıkların doğrudan ya da dolaylı biçimde sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilişkisini ortaya koymaktadır. Böylece SAS, sadece teknik kaliteyi güvence altına alan bir standartlar bütünü olarak değil; sağlık hizmetlerinin toplumsal etkisini şekillendiren çok katmanlı bir yönetim aracı olarak okunabilmektedir. İzleyen bölümlerde standartların sağlık eşitsizlikleri, hakkaniyet, erişilebilirlik ve sosyal dışlanma üzerindeki dolaylı etkilerine odaklanılarak yapılacak boyut-temelli analizler, bu eşleştirme çerçevesi temel alınarak derinleştirilecek ve SAS'ın sağlık eşitsizliklerini azaltma potansiyeli sistematik biçimde değerlendirilecektir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Setinin tüm boyutları ve alt başlıkları ile SAS'ın kurumsal mantığı ve SSB'ye katkısı çerçevesinde değerlendirilecektir.

Bu çalışmada benimsenen analitik yaklaşım, SAS Hastane Seti'ni doğrudan bir sosyal politika metni olarak değil; sosyal sonuçlar üreten bir yönetim aracı olarak ele almaktadır. Yönetim, insan kaynakları, hizmet sunumu, hasta deneyimi ve izleme-değerlendirme gibi alanlarda yer alan standartlar, sadece teknik uygunluk açısından değil; hakkaniyet, erişilebilirlik ve sosyal kapsayıcılık boyutlarıyla birlikte ele alınacaktır. Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın farklı boyutları, standartların yönetim, hesap verebilirlik ve güven üretme kapasitesi, sağlığın sosyal belirleyicileri bağlamında tartışılacaktır. Bu yaklaşımın gerekçesi, sağlıkta kalite ve akreditasyon sistemlerinin toplumsal etkilerinin çoğu zaman dolaylı ve örtük mekanizmalar üzerinden ortaya çıkmasıdır. SAS standartlarının her biri, sağlık hizmetlerinin kimler için, hangi koşullarda ve hangi sonuçlarla sunulduğunu belirleyen kurumsal pratikleri şekillendirmektedir. Böylece SAS Hastane Seti'nin sağlık sistemindeki rolü, kalite güvence mekanizmasının ötesinde, toplumsal sağlık çıktılarıyla ilişkili bir politika aracı olarak bütüncül biçimde değerlendirilebilecektir. Bu standartların sağlığın sosyal belirleyicileri perspektifiyle okunması, akreditasyonun sağlık eşitsizliklerini azaltma ya da yeniden üretme potansiyelini değerlendirmek açısından zorunlu bir analitik adımdır.

Bu çerçevede çalışmanın temel amacı, Türkiye'de sağlıkta akreditasyonun çoğu zaman teknik uygunluk ve kurumsal iç performans düzeyinde ele alınan çerçevesini, sağlığın sosyal belirleyicileri perspektifiyle yeniden düşünmeye açmaktır. Çalışma, SAS Hastane Seti'nin sağlık eşitsizlikleri, erişim adaleti ve sosyal kapsayıcılık üzerindeki dolaylı etkilerini görünür kılarak literatürde sınırlı biçimde tartışılan bir boşluğu doldurmayı hedeflemektedir. Bu yönüyle çalışma, sağlıkta kalite ve akreditasyon alanını sosyal politika ve halk sağlığı literatürüyle analitik olarak buluşturan özgün bir katkı sunmaktadır. Önemi, akreditasyonu belgelendirme ve uyum süreci olmanın ötesinde sağlık sisteminin toplumsal sorumluluğunu yöneten bir araç olarak tartışmaya açmasından kaynaklanmaktadır. Pratik düzeyde ise çalışma; politika yapıcılar için SAS'ın eşitsizlik azaltıcı potansiyelinin hangi yönetim mekanizmaları üzerinden güçlendirilebileceğine ilişkin analitik bir rehber, hastane yöneticileri için standartların sosyal etkilerini dikkate alan stratejik değerlendirme zemini, kalite ve akreditasyon uygulayıcıları için ise izleme, iyileştirme ve raporlama süreçlerinde sosyal belirleyicileri görünür kılmaya yönelik kavramsal bir referans çerçevesi sunmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda çalışma, SAS'ın uygulama pratiğinde daha hakkaniyet temelli, kapsayıcı ve toplumsal etki odaklı biçimde kullanılabilmesine yönelik eleştirel fakat yapıcı bir zemin üretmektedir.

3. YÖNETİM VE ORGANİZASYON BOYUTU: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ BAĞLAMINDA YÖNETİŞİM, EŞİTLİK VE KURUMSAL SORUMLULUK

Yönetim ve Organizasyon boyutu, Sağlıkta Akreditasyon Standartları içinde kurumun karar alma, kaynak tahsisi, risk algısı ve kurumsal öğrenme kapasitesini tanımlayan yönetim altyapısını kurar (Avia & Hariyati, 2019). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri (SSB) yaklaşımı, sağlık çıktılarının ve eşitsizliklerin klinik alanın ötesinde; gelir, eğitim, istihdam, sosyal destek, ayrımcılık, çevre ve yönetim gibi yapısal koşullarla üretildiğini gösterdiği için, bu boyut SSB açısından yapısal bir eşik niteliği taşır. Hastanenin örgütsel tasarımı, politika-değer rejimi, kalite altyapısı, dokümantasyon disiplini, olay ve risk yönetimi, eğitim kapasitesi ve iletişim mimarisi; kırılgan grupların hizmete erişim deneyimini öngörülebilir kılabilir ya da keyfiliği ve dışlanmayı derinleştirebilir (Heffernan et al., 2021; Pourat et al., 2022).

Bu nedenle Yönetim ve Organizasyon boyutu, SSB perspektifinde “eşitsizliklerin hangi kurumsal kanallarla sınırlandırıldığı” sorusuna doğrudan yanıt üretir. Standartların kurumsal mantığı, hizmet sunumunu kişiye bağlı kararlardan ve parçalı uygulamalardan çıkarıp kurala dayalı, izlenebilir ve geribildirimle gelişen bir yönetim düzeni inşa etmektir (Hatef et al., 2023). Bu düzen, klinik kalite ile birlikte erişim adaletinin, hesap verebilirliğin, kurumsal güvenin ve riskin toplumsal dağılımının yönetilmesinin de önkoşuludur (Fifolt et al., 2025).

3.1. Organizasyon Yapısı

SSB literatüründe erişim adaleti, hizmetin varlığından çok, hizmete “hangi koşullarda” ve “hangi engellerle” ulaşıldığı üzerinden okunur; örgütsel yapı bu engellerin üretildiği veya azaltıldığı temel düzlemdir. Görev ve yetki sınırlarının belirsizliği, süreçlerin kişilere göre değişmesi ve yönetsel koordinasyon eksikliği; sağlık okuryazarlığı düşük, sosyal sermayesi sınırlı ve kurumsal kanallara nüfuz edemeyen gruplar için başvuru, yönlendirme ve sonuç alma süreçlerini öngörülemez hale getirebilir. Bu nedenle organizasyon şeması ve işleyiş kurgusu, SSB açısından yönetsel verimliliği artırırken keyfiliğin azalması ve eşit muamele güvencesi açısından da yapısal bir belirleyicidir.

SAS’ın kurumsal mantığı, organizasyon yapısını kurumsal işleyişin “sorumluluk haritası” olarak ele almasıdır. Yönetim, hizmet süreçleri ve destek süreçleri arasındaki rollerin netleştirilmesi; karar noktalarının tanımlanması; görev, yetki ve sorumlulukların izlenebilir biçimde kurgulanması; kurumsal yanıtın kişisel ilişkilere değil tanımlı mekanizmalara dayanmasını hedefler. Böylece hem iç koordinasyon güçlenir hem de hak ihlali, gecikme veya aksaklık durumlarında hesap verebilirlik çizgileri belirginleşir.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, öncelikle erişimin öngörülebilirliğinin artması üzerinden yapılabilir. Örgütsel sorumlulukların tanımlanması, kırılgan gruplar için “kime, nasıl ve ne zaman başvurulacağı” bilgisini kurumsallaştırır; bu durum sağlık okuryazarlığı eşitsizliklerinin hizmet deneyimine yansımaları sınırlar. İkinci olarak hesap verebilirlik, keyfiliği azaltarak ayrımcılık riskini zayıflatır ve şikâyet/hak arama süreçlerinin daha işlevsel işlemlerine zemin sağlar. Üçüncü olarak koordinasyon kapasitesi, çoklu sosyal risk taşıyan hastalarda bakım sürekliliğini güçlendirerek parçalı hizmetin eşitsizleştirici etkisini azaltır.

3.2. Temel Politika ve Değerler

SSB yaklaşımı, kurumların değer-nötr olmadığını; hakkaniyet, hasta odaklılık, toplum yararı ve etik duyarlılık gibi tercihlerin hizmet önceliklerini, kaynak tahsisini ve ilişki rejimini şekillendirdiğini vurgular. Bu nedenle temel politika ve değerler, kurumsal kimlik beyanı olarak iş görürken eşitsizliklerin görünür kılınması, sosyal dışlanma risklerinin tanınması ve sağlık hizmetinin toplumsal sorumluluk ekseninde konumlanması için normatif bir çerçevedir.

SAS'ın kurumsal mantığı, temel politika ve değerlerin tanımlanmasıyla yetinmeyip bu değerlerin kurumsal amaç-hedef düzenine ve topluma dönük pratiklere bağlanmasını hedeflemesidir. Değerlerin kurumsal düzeyde görünür ve izlenebilir olması, yönetsel kararların ve hizmet önceliklerinin tutarlılığını artırır; toplumla kurulan ilişkinin şeffaf ve hesap verebilir bir zemine oturmasına katkı sağlar. Bu çerçeve, hastanenin toplumun sağlık yapısını ve genel sağlık sorunlarını dikkate alan faaliyetleri planlamasını da kurumsal sorumluluğun parçası haline getirir.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, “meşruiyet ve yönelim” mekanizması üzerinden yapılabilir. Hakkaniyet ve etik değerlerin kurumsal düzeyde tanımlanması, eşitsizlik azaltıcı uygulamaları bireysel duyarlılıktan çıkarıp kurumsal öncelik haline getirir; bu, erişim adaleti ve ayrımcılıkla mücadele kapasitesini güçlendirir. Değerlerin kamusal bir referans çerçevesi oluşturması, hizmet sunumunda tutarlılığı artırarak kırılgan grupların belirsizlikle karşılaşma olasılığını düşürür. Topluma dönük yönelim, hastanenin tedavi sağlarken öte yandan da sağlık okuryazarlığını ve sosyal korumayı güçlendiren bir kurum olarak konumlanmasına imkan verir.

3.3. Kalite Yönetim Yapısı

SSB perspektifinde “kalite”, kurumun eşitsizlik üreten süreçleri tanıma, ölçme ve iyileştirme kapasitesidir. Eşitsizlikler çoğu zaman rutin performans göstergeleri içinde görünmezleşir; kırılgan gruplar daha fazla bekleme, daha fazla yönlendirme hatası veya daha düşük iletişim kalitesi gibi dolaylı mekanizmalar üzerinden olumsuz etkilenir. Bu nedenle kalite yönetim yapısı, eşitsizliği üreten süreçlerin sistematik olarak izlenebilir hale gelmesinde kurumsal bir eşik oluşturur.

SAS'ın kurumsal mantığı, kalite iyileştirme faaliyetlerini sürekliliği olan bir yönetsel yapıya bağlamasıdır. Kalite yönetiminin planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu için tanımlı bir yapı kurulması; kalite faaliyetlerinin bireysel çabalara veya dönemsel kampanyalara bağımlı kalmamasını sağlar. Böylece kurum, öğrenen organizasyon refleksi geliştirerek tekrar eden sorunları sistem düzeyinde ele alabilir.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, “kurumsal öğrenme ve hesap verebilirlik” mekanizması üzerinden okunabilir. Kalite altyapısı, süreç temelli iyileştirme döngülerini güçlendirerek kırılgan grupların orantısız biçimde maruz kaldığı hataları azaltabilir; böylece riskin toplumsal dağılımındaki adaletsizlikleri sınırlamaya hizmet eder. Ayrıca kalite sorumluluğunun kurumsal yapıya bağlanması, iyileştirme süreçlerini izlenebilir kılar ve hak ihlali/olumsuz deneyimlerin “istisna” değil “iyileştirme girdisi” olarak ele alınmasını mümkün kılar.

3.4. Doküman Yönetimi

SSB açısından doküman yönetimi, bürokratik bir düzenlemeden çok, karar süreçlerini standartlaştırarak keyfiliği azaltan ve hizmete erişimde öngörülebilirliği artıran bir eşitlik mekanizmasıdır. Dokümanite edilmemiş veya güncel olmayan süreçler, personel değişkenliğini ve uygulama farklılıklarını artırır; bu durum, sistemle pazarlık gücü düşük olan gruplarda sosyal dışlanma ve yanlış yönlendirme riskini büyütebilir. Dokümanların erişilebilirliği ve tutarlılığı, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin hizmeti anlamlandırma ve takip etme kapasitesini dolaylı biçimde etkiler.

SAS'ın kurumsal mantığı, hastanenin temel fonksiyonlarına ilişkin politika, prosedür, süreç ve planların kurumsal bir doküman yönetim sistemi içinde tanımlanmasıdır. Dokümanların formatının belirlenmesi, hazırlanması-kontrolü-onayı ve güncelliğinin korunması; ilgili personele ulaştırma kurallarının tanımlanması; dış kaynaklı dokümanların izlenmesine ilişkin sürecin kurulması, uygulama birliğini güçlendirmeyi hedefler. Böylece hizmet sunumu, kişisel yorumlara ve kurumsal belirsizliklere daha az bağımlı hale gelir.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, “öngörülebilirlik ve keyfiliğin azalması” mekanizmasına dayanır. Standartlaştırılmış dokümantasyon, hizmete erişimde farklı grupların karşılaştığı muamele farklılıklarını azaltabilir; özellikle iletişim bariyerleri ve düşük sağlık okuryazarlığı koşullarında, süreçlerin tutarlı işlemesi eşitleyici bir etki üretir. Dokümanların izlenebilirliği, şikâyet ve düzeltici süreçlerin kanıt-temelli yürütülmesini kolaylaştırarak kurumsal hesap verebilirliği güçlendirir.

3.5. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

SSB yaklaşımı, olumsuz olayların klinik bir “hata” olarak değil, örgütsel koşullar, iş yükü, iletişim altyapısı ve güç asimetrisiyle ilişkili yapısal bir sonuç

olarak değerlendirilmesini gerektirir. Hiyerarşik kurumsal iklimde bildirimin baskılanması, kurumsal sessizliği güçlendirir; bu sessizlikten en fazla etkilenenler çoğu zaman hem kırılgan hasta grupları hem de güvencesiz veya düşük temsil gücüne sahip çalışanlardır. Bu nedenle istenmeyen olay bildirim sistemi, SSB açısından eşitsizlik üreten süreçlerin görünür kılınmasında kritik bir geri-bildirim mekanizmasıdır.

SAS'ın kurumsal mantığı, gerçekleşen veya ramak kala istenmeyen olayların bildirilmesini sağlayacak bir sistemin kurulması ve bu bildirimlerden kurumsal öğrenme üretilmesidir. Olay bazında analiz yapılması ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yürütülmesi, hatayı bireysel kusur dilinden çıkarıp süreç ve sistem düzeyine taşır. Bildirimlerin genel analizinin raporlanması ve değerlendirilmesi, tekrarlayan örüntülerin kurumsal düzeyde takip edilmesini mümkün kılar.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, “hesap verebilirlik ve güven üretimi” mekanizması üzerinden yapılabilir. Bildirim sistemi, olayları görünür kılarak kurumun kendini düzeltme kapasitesini güçlendirir; bu durum, hizmete güveni artırır ve özellikle ayrımcılık deneyimi yaşamış gruplarda sağlık sisteminden kaçınma riskini azaltabilecek bir kurumsal sinyal üretir. Ayrıca olay analizleri, kırılgan grupların daha sık maruz kaldığı risk türlerini yakalama imkânı vererek riskin toplumsal dağılımındaki adaletsizliklerin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

3.6. Risk Yönetimi

SSB çerçevesinde risk, teknik güvenlik veya klinik komplikasyon olasılığı yanında hizmetin sürekliliğini, erişilebilirliğini ve güvenilirliğini belirleyen örgütsel, çevresel, finansal ve iletişimsel kırılganlıkların toplamıdır. Risklerin görünmez kaldığı kurumsal yapılarda, krizler ve aksaklıklar önce kırılgan grupları etkiler; bu nedenle risk yönetimi, eşitsizliklerin kriz zamanlarında keskinleşmesini sınırlayan bir önleyici mekanizma işlevi görür.

SAS'ın kurumsal mantığı, hastane ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sistematik bir plan ve izleme düzeni içine almasıdır. Risklerin yönetilmesine ilişkin düzenlemenin bulunması, risk yönetim planının oluşturulması ve planın tıbbi, idari ve teknik süreçlerle birlikte hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışan boyutlarını; tesis ve çevre güvenliğini; finansal süreçleri; stratejik riskleri ve paydaşlarla iletişim süreçlerini kapsamı, riskin kurumsal olarak tanımlanmasını ve sahiplenilmesini hedefler. Risklerin belirlenmesi, analiz edilmesi, risk düzeylerinin tespiti, önlemlerin alınması ve iyileştirme çalışmalarının etkinliğinin gözden geçirilmesi; risk yönetimini statik bir belge olmaktan çıkarıp dinamik bir yönetim aracına dönüştürür.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, “riskin dağılımı ve kurumsal dayanıklılık” mekanizması üzerinden yapılabilir. Risklerin paydaşlarla iletişim süreçlerini de kapsamı, bilgiye erişimde ve kriz iletişimde eşitsizlik üretme ihtimalini azaltır; böylece hizmetin sürekliliği, düşük kaynaklı gruplar için daha güvenilir

hale gelebilir. Risk göstergelerinin belirlenmesi ve izlenmesi, sorunların erken yakalanmasını sağlayarak kırılgan grupların orantısız zarar görmesini önleyebilir. Plan-temelli yaklaşım, keyfi müdahaleleri azaltıp kurumsal yanıtı öngörülebilir kılar.

3.7. Eğitim Yönetimi

SSB perspektifinde eğitim, mesleki gelişim alanı olmakla birlikte hem çalışanların eşitsizlikleri tanıma ve yönetme kapasitesini hem de hasta ve hasta yakını düzeyinde sağlık okuryazarlığını güçlendiren kurumsal bir müdahale aracıdır. Düşük sağlık okuryazarlığı, hizmet kullanımında gecikme, yanlış anlama ve tedaviye uyum güçlükleri üzerinden eşitsizlikleri derinleştirebilir; eğitim yönetiminin kurumsallaşması bu riskleri azaltabilecek yapısal bir destek üretir.

SAS'ın kurumsal mantığı, eğitim ihtiyaçlarını kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda tanımlaması ve eğitimlerin planlı, koordineli ve izlenebilir biçimde yürütülmesini istemesidir. Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonundan sorumlu komite oluşturulması, eğitim ihtiyaçlarının hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmesi, ihtiyaçlara uygun eğitim planlarının oluşturulup uygulanması ve eğitimlerin etkinliğinin izlenerek gerekli iyileştirmelerin yapılması, eğitim yönetimini sürekliliği olan bir kapasite inşasına dönüştürür.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, “sağlık okuryazarlığı ve kurumsal öğrenme” mekanizması üzerinden yapılabilir. Eğitim ihtiyaçlarının hasta ve hasta yakını boyutunu da içermesi, bilgilendirme ve güçlendirme süreçlerini kurumsal hedef haline getirir; bu, bilgi asimetrisini azaltarak erişim ve hizmetten yararlanma adaletini destekler. Eğitim etkinliğinin izlenmesi, kurumsal öğrenmeyi güçlendirir ve eşitsizlik üreten iletişim pratiklerinin düzeltilmesine imkân tanır.

3.8. Kurumsal İletişim

SSB yaklaşımı, güvenin ve bilginin sağlık hizmetine erişimde aracılık ettiğini; iletişim kanallarının erişilebilir olmamasının hizmeti fiilen erişilmez hale getirebildiğini vurgular. Dijital uçurum, dil ve kültür bariyerleri, düşük sağlık okuryazarlığı ve önceki olumsuz deneyimler; kurumsal iletişim zayıf olduğunda sosyal dışlanmayı artırabilir ve hizmetten kaçınma davranışlarını besleyebilir. Bu nedenle kurumsal iletişim, SSB açısından güven üretimi ve erişim adaletinin sürdürülebilirliği için temel bir mekanizmadır.

SAS'ın kurumsal mantığı, iletişim faaliyetlerinin etkili yürütülmesini, hedef kitlelerin belirlenmesini ve bu kitlelere yönelik iletişim stratejilerinin tanımlanmasını istemesidir. Hedef kitlenin hastane faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmesi, bilgiye erişimi kurumsallaştırır; hedef kitlede olumlu kamuoyu oluşturmak için faaliyetlerin yürütülmesi ise kurum-toplum ilişkisini

sürekli ve izlenebilir bir zemine taşır. Bu çerçeve, iletişimi tanıtım faaliyetleri ile birlikte kurumsal şeffaflık ve güven inşası alanı olarak kurar.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, “güven üretimi ve dışlanmanın azalması” mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Hedef kitlelerin tanımlanması ve strateji geliştirilmesi, farklı sosyal grupların farklı bilgi ihtiyaçlarını dikkate alma potansiyeli taşır; bu, erişim adaletini destekleyen bir kurumsal kapasite yaratır. Organizasyon ve faaliyetler hakkında bilgilendirme, belirsizliği azaltarak hizmet kullanımındaki bilgi temelli eşitsizlikleri sınırlar. Olumlu kamuoyu üretme hedefi, kurumla toplum arasında sürdürülebilir bir güven ilişkisi kurulduğunda, özellikle kırılgan gruplarda hizmete başvuru ve hizmette kalma davranışlarını güçlendirebilir.

Yönetim ve Organizasyon boyutu, SSB açısından teknik bir yönetim alanı değil; eşitsizliklerin kurumsal düzenekler üzerinden üretildiği ya da sınırlandırıldığı temel yönetim katmanıdır. Organizasyon yapısı, politika ve değerler, kalite ve doküman altyapısı, bildirim ve risk mekanizmaları, eğitim kapasitesi ve kurumsal iletişim; erişim adaletini, öngörülebilirliği, keyfiliğin azalmasını, hesap verebilirliği, kurumsal öğrenmeyi ve güven üretimini birlikte kurarak eşitsizlik mekanizmalarını zayıflatma potansiyeli taşır. Bu çerçevede kritik soru, standartların, sağlık okuryazarlığı düşük grupların belirsizlikle karşılaşma olasılığını hangi kanallarla azalttığı, riskin kırılgan gruplarda yoğunlaşmasını hangi yönetim araçlarıyla sınırladığı ve sosyal dışlanmayı hangi kurumsal pratiklerle önlediğidir.

4. PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ AÇISINDAN ÖLÇÜLEBİLİRLİK, HESAP VEREBİLİRLİK VE KURUMSAL ÖĞRENME

Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme boyutu, sağlık hizmetlerinin klinik yeterlilikle birlikte hizmete erişim, süreklilik, eşitlik ve güven ilişkileri üzerinden de değerlendirilmesini mümkün kılan temel yönetim alanlarından biridir (Joseph, 2021). Sosyal Belirleyicileri (SSB) yaklaşımı, sağlık çıktılarının bireysel davranışlardan çok, yapısal koşullar ve kurumsal süreçler tarafından üretildiğini ortaya koyduğundan, performansın nasıl ölçüldüğü ve hangi göstergelerin izlendiği doğrudan eşitsizlik üretme veya azaltma kapasitesi taşır (De Luca et al., 2021). Ölçülmeyen sorunların yönetilememesi, özellikle kırılgan grupların yaşadığı erişim, gecikme, kopukluk ve dışlanma biçimlerinin kurumsal kör noktalar olarak kalmasına yol açar.

Bu boyut, SSB açısından “görünürlük eşiği” olarak değerlendirilebilir. Hangi süreçlerin performans alanı olarak tanımlandığı, hangi verilerin toplandığı ve bu verilerin nasıl analiz edilip geri besleme döngüsüne sokulduğu; kurumun sosyal riskleri tanıma ve yanıt üretme kapasitesini belirler (Lewis & Hinchcliff, 2023). Performans ölçümünün sadece verimlilik veya üretkenlik odaklı kurgulanması, eşitsizlikleri gizleyebilirken; süreç, erişim ve deneyim göstergelerini içeren bir

yaklaşım, sağlık hizmetinin toplumsal etkilerini izlenebilir kılar (Al Shawan, 2021).

4.1. Göstergelerin İzlenmesi

SSB literatüründe eşitsizlikler çoğu zaman doğrudan sonuç göstergeleriyle değil, süreç göstergeleri üzerinden izlenebilir hale gelir. Bekleme süreleri, randevuya erişim, sevk zincirinin işleyişi, taburculuk sonrası izlem, geri bildirimlerin ele alınma süresi ve hizmetin sürekliliği gibi alanlar; gelir düzeyi, eğitim, sosyal destek ve sağlık okuryazarlığı gibi belirleyicilerin sağlık sistemiyle etkileşimini yansıtır. Bu nedenle göstergelerin izlenmesi, performans takibi yaparken eşitsizlik üreten kurumsal mekanizmaların erken aşamada fark edilmesini sağlayan analitik bir araçtır.

SAS'ın kurumsal mantığı, performans ölçümünü idari, finansal ve tıbbi süreçleri kapsayan bütüncül bir çerçeveye yerleştirmesidir. Göstergelerin belirlenmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması; performans bilgisini kişisel gözlemlerden çıkarıp kurumsal karar alma süreçlerine bağlar. Bu yaklaşım, verinin tek seferlik rapor üretmek için değil; iyileştirme döngülerini beslemek için kullanılmasını hedefler. Göstergelere ilişkin süreçlerin tanımlanması, gösterge kartlarının oluşturulması, analiz sonuçlarının iyileştirme faaliyetlerine dönüştürülmesi ve sonuçların paydaşlarla paylaşılması; performans bilgisini yönetim aracına dönüştüren temel adımlardır.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, öncelikle erişim adaleti ve öngörülebilirlik mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Süreç temelli göstergelerin izlenmesi, hizmete erişimde belirli grupların sistematik olarak daha uzun bekleme, daha fazla yönlendirme veya daha sık kopukluk yaşayıp yaşamadığını ortaya çıkarabilir; bu da eşitsizliklerin kişisel değil kurumsal kaynaklı olduğunu görünür kılar. İkinci olarak hesap verebilirlik güçlenir: göstergelerin düzenli raporlanması ve paylaşılması, sorunların inkâr edilmesini zorlaştırır ve kurumsal yanıt üretme zorunluluğu doğurur. Üçüncü olarak kurumsal öğrenme kapasitesi artar; analiz sonuçlarının iyileştirme çalışmalarına dönüştürülmesi, tekrar eden sorunların sistem düzeyinde ele alınmasını sağlar ve riskin belirli hasta gruplarında yoğunlaşmasını sınırlandırabilir. Son olarak şeffaflık ve paylaşım, güven üretimini destekleyerek özellikle daha önce olumsuz deneyim yaşamış veya sağlık sistemine mesafeli duran gruplar için hizmete başvuru ve hizmette kalma davranışlarını güçlendirebilir.

Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme boyutu, bu çerçevede, teknik bir izleme alanı olmaktan çok, sağlık eşitsizliklerinin hangi kurumsal süreçlerde üretildiğini görünür kılan ve bu süreçlere müdahale edilmesini mümkün kılan bir yönetim düzeni sunar. Göstergelerin izlenmesine ilişkin standartların asıl değeri, performansı soyut bir başarı ölçütü olmaktan çıkarıp, erişim adaleti, süreklilik, hesap verebilirlik ve güven üzerinden toplumsal sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirmesidir. Bu nedenle değerlendirilmesi gereken temel soru,

göstergelerin varlığından ziyade, bu göstergelerin hangi sosyal riskleri görünür kıldığı ve bu risklerin kurumsal iyileştirme mekanizmalarıyla hangi ölçüde sınırlandırılabilmiştir.

5. SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ AÇISINDAN ÇALIŞMA KOŞULLARI, KURUMSAL GÜVENCE VE SOSYAL DAYANIKLILIK

Sağlıklı Çalışma Yaşamı boyutu, sağlık hizmetlerinin toplumsal etkisini belirleyen en kritik yapısal alanlardan biridir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB) yaklaşımı, bireylerin sağlık durumunun aldıkları hizmetin niteliğiyle birlikte çalışma koşulları, istihdam güvencesi, fiziksel ve psikososyal çevre, gelir sürekliliği ve kurumsal destek mekanizmalarıyla şekillendiğini ortaya koyar. Hastaneler bu bağlamda büyük ve heterojen bir çalışan nüfusunun yaşam koşullarını doğrudan etkileyen kurumlardır. Bu nedenle çalışanların nasıl istihdam edildiği, nasıl desteklendiği ve hangi risklere maruz kaldığı; hasta güvenliği, hizmet sürekliliği ve erişim adaleti üzerinde dolaylı fakat güçlü etkiler üretir.

SAS kapsamında Sağlıklı Çalışma Yaşamı boyutu, insan kaynakları yönetimi ile çalışan sağlığı ve güvenliğini birlikte ele alarak, çalışma yaşamının kurumsal olarak nasıl düzenlendiğini görünür kılar. Bu boyut SSB açısından bir “koruyucu eşik” işlevi görür; çünkü güvencesiz, aşırı riskli veya destekten yoksun çalışma koşulları hem çalışan sağlığını zayıflatır hem de kırılgan grupların daha yoğun başvurduğu hizmet alanlarında kalite ve süreklilik sorunlarını derinleştirir (Vuohijoki et al., 2025). Standartların kurumsal mantığı, çalışma yaşamını kişisel dayanıklılığa bırakan yaklaşımların yerine, öngörülebilir, izlenebilir ve iyileştirilebilir bir yapı kurmaktır.

5.1. İnsan Kaynakları Yönetimi

SSB literatüründe istihdamın niteliği, sağlık eşitsizliklerinin temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilir. İş güvencesi, rol netliği, adil iş yükü dağılımı, kariyer gelişimi ve kurumsal destek eksikliği; stres, tükenmişlik ve iş kazaları üzerinden çalışan sağlığını olumsuz etkilerken, bu etkiler hizmetin güvenilirliği ve erişilebilirliği aracılığıyla hastalara yansır. İnsan kaynakları yönetimi bu nedenle sadece idari bir fonksiyon olarak değerlendirilmemeli; eşitsizlikleri üreten ya da sınırlayan kurumsal bir mekanizma olarak kabul edilmelidir.

SAS’ın kurumsal mantığı, insan kaynakları süreçlerini planlama, uygulama ve izleme boyutlarıyla sistematik hale getirmesidir. Yönetim yapısının tanımlanması, görev-yetki-sorumlulukların netleştirilmesi, yıllık hedef ve planların oluşturulması, geri bildirim mekanizmalarının kurulması ve personel temininden eğitime uzanan süreçlerin dokümanite edilmesi; çalışma yaşamının kişilere bağlı olmaktan çıkarılıp kurumsal güvence altına alınmasını amaçlar. Bu

yaklaşım, istihdam ilişkisini bireysel pazarlık alanından çıkararak kurumsal adalet ve hesap verebilirlik zeminine taşır.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, öncelikle öngörülebilirlik ve keyfiliğin azalması üzerinden yapılabilir. Personel temini, işe alım ve uyum süreçlerinin tanımlanması, özellikle genç, geçici veya destek personel gibi kırılgan çalışan grupları için belirsizliği azaltır ve psikososyal riskleri sınırlar. Görev ve performans kriterlerinin açık olması, iş yükü adaletsizliklerini görünür kılarak kurumsal düzeltme olanağı sağlar. Eğitim ve rehber kullanımının izlenmesi, bilgiye erişimdeki içsel eşitsizlikleri azaltır; bu durum hizmet kalitesinin belirli birimlerde veya vardiyalarda düşmesini engelleyerek riskin belirli hasta gruplarında yoğunlaşmasını sınırlar. Son olarak geri bildirim ve memnuniyet süreçleri, çalışan sesini kurumsal öğrenme girdisine dönüştürerek sosyal dışlanma ve güç asimetrisinin etkisini zayıflatır.

5.2. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Çalışan sağlığı ve güvenliği, SSB çerçevesinde çalışma ortamının fiziksel ve psikososyal koşullarıyla doğrudan ilişkilidir. Enfeksiyon riski, kimyasal ve radyasyon maruziyeti, ergonomik sorunlar, şiddet, aşırı iş yükü ve yetersiz dinlenme; sağlık çalışanlarının sağlığını etkilediği gibi, hizmetin sürekliliğini ve güvenilirliğini de belirler. Bu riskler eşit dağılmaz; belirli birimler ve meslek grupları daha yüksek maruziyet altındadır. Bu nedenle çalışan sağlığı ve güvenliği, riskin toplumsal ve kurumsal dağılımını düzenleyen bir eşitsizlik alanıdır.

SAS'ın kurumsal mantığı, çalışan güvenliğini bireysel dikkat veya mevzuat uyumuyla sınırlamayıp, risk analizi ve iyileştirme döngülerine dayalı kurumsal bir yönetim alanı olarak ele almasıdır. Komite yapılanmasının kurulması, risklerin sistematik olarak belirlenmesi ve analiz edilmesi, kişisel koruyucu ekipman kullanımının güvence altına alınması, güvenli çalışma ortamının sürekliliği için kalite iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesi ve çalışanların fiziksel ile sosyal ihtiyaçlarının gözetilmesi; çalışan güvenliğini kalıcı bir kurumsal sorumluluk haline getirir.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, riskin dağılımı ve kurumsal dayanıklılık mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Risk analizlerinin birim ve meslek grubu bazında yürütülmesi, yüksek maruziyet altındaki çalışanların görünür olmasını sağlar ve bu grupların orantısız biçimde zarar görmesini sınırlayabilir. Kişisel koruyucu ekipman ve güvenli ortam düzenlemeleri, düşük statülü veya güvencesiz çalışanların korunmasında eşitleyici bir rol oynar. Çalışanların fiziki ve sosyal ihtiyaçlarının gözetilmesi, sosyal destek mekanizması oluşturarak tükenmişlik ve şiddet risklerini azaltır; bu da hasta güvenliği ve hizmet sürekliliği üzerinde dolaylı ama güçlü bir koruyucu etki üretir. Kurumsal iyileştirme döngülerinin işletilmesi, çalışan güvenliğini geçici önlemlerden çıkarıp izlenebilir ve geliştirilebilir bir alana dönüştürür.

Sağlıklı Çalışma Yaşamı boyutu, bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin salt hasta düzeyinde değil, çalışma yaşamının kurumsal düzenlenişi üzerinden de üretildiğini açıkça ortaya koyar. İnsan kaynakları yönetimi ve çalışan sağlığı–güvenliği standartları; öngörülebilirlik, hesap verebilirlik, kurumsal öğrenme ve riskin adil dağılımı yoluyla, çalışanları korurken hizmetin toplumsal güvenilirliğini güçlendirme potansiyeli taşır. Bu boyutun değerlendirilmesinde temel soru, standartların varlığından çok, bu standartların hangi çalışma koşullarını iyileştirdiği ve bu iyileşmenin kırılgan gruplar açısından hizmete erişim ve güven üzerinde nasıl bir etki ürettiğidir.

6. HASTA DENEYİMİ BOYUTU: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ AÇISINDAN HAKLAR, GÜVEN, ERİŞİM VE ONURLU BAKIM

Hasta Deneyimi boyutu, sağlık hizmetlerinin toplumsal etkisini doğrudan görünür kılan temel eşiklerden biridir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB) yaklaşımı, sağlık çıktılarının klinik müdahalelerin başarısına ilaveten bireylerin sağlık sistemiyle kurduğu ilişkinin niteliğine, bu ilişkinin ne ölçüde adil, öngörülebilir ve güven verici olduğuna bağlı olduğunu ortaya koyar (Al Shawan, 2021; Kalsi et al., 2024). Hasta deneyimi, bu ilişkinin somutlaştığı alandır. Hizmetin nasıl sunulduğu, hastanın hangi bilgilere erişebildiği, karar süreçlerine ne ölçüde dâhil edildiği ve karşılaştığı risklerin nasıl yönetildiği; gelir, eğitim, sağlık okuryazarlığı, sosyal destek ve kültürel sermaye gibi belirleyicilerle yakından ilişkilidir.

Bu boyut, SSB açısından bir “temas eşiği” olarak değerlendirilebilir. Sağlık sistemine temas, bazı gruplar için güçlendirici ve koruyucu bir deneyim üretirken; bazı gruplar için belirsizlik, dışlanma ve güvensizlik yaratabilir. Hasta deneyimine ilişkin kurumsal düzenlemeler, bu temasın sonuçlarını kişisel dayanıklılığa bırakmak yerine, eşitsizlikleri sınırlandıracak biçimde yapılandırma iddiası taşır. Bu nedenle hasta deneyimi standartları, memnuniyet ölçümü olmanın yanı sıra sağlık hizmetinin sosyal adalet kapasitesini sınavan kurumsal araçlar olarak ele alınmalıdır (Hussein et al., 2021).

6.1. Temel Hasta Hakları

SSB literatüründe hak temelli yaklaşım, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılmasının ön koşulu olarak kabul edilir. Bilgiye erişim, rıza, mahremiyet, saygı ve ayrımcılıktan korunma gibi hasta hakları; özellikle düşük eğitim düzeyi, sınırlı sağlık okuryazarlığı veya sosyal dışlanma deneyimi olan bireyler için koruyucu işlev görür. Hakların açık biçimde tanımlanmadığı veya uygulanmasının kişisel tutumlara bırakıldığı ortamlarda, güç asimetrisi derinleşir ve hizmet deneyimi öngörülemez hale gelir.

SAS’ın kurumsal mantığı, hasta haklarını soyut ilkelerden çıkararak kurumsal sorumluluk alanı haline getirmesidir. Hakların tanımlanması, duyurulması,

uygulanmasının izlenmesi ve ihlal durumlarında başvuru yollarının belirlenmesi; hasta–kurum ilişkisinde keyfiliği sınırlandırmayı amaçlar. Bu yaklaşım, hizmet sunumunu “iyi niyet” düzeyinden çıkarıp, hesap verebilir bir çerçeveye yerleştirir.

SSB’ye katkı değerlendirmesi, öncelikle sosyal dışlanmanın sınırlandırılması üzerinden yapılabilir. Hakların görünür ve erişilebilir olması, özellikle kırılgan grupların hizmet sürecinde kendini daha güvende hissetmesini sağlar. Bilgilendirme ve rıza süreçlerinin kurumsallaşması, sağlık okuryazarlığı farklılıklarının hizmet kalitesine dönüşmesini engelleyerek erişim adaletini güçlendirir. Ayrıca hak temelli yapı, şikâyet ve geri bildirim mekanizmalarının işletilmesini kolaylaştırarak kurumsal öğrenme için veri üretir.

6.2. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, SSB bağlamında klinik hataların önlenmesinin yanı sıra riskin hangi hasta gruplarında yoğunlaştığının anlaşılmasıyla ilgilidir. Güvenlik açıkları, çoğu zaman sağlık okuryazarlığı sınırlı, iletişim engelleri yaşayan veya sağlık sistemine geç başvuran bireylerde daha ağır sonuçlar doğurur. Bu nedenle hasta güvenliği, eşitsizliklerin sonuçlarını derinleştirebilen bir alan olarak ele alınmalıdır.

SAS’ın kurumsal mantığı, hasta güvenliğini bireysel dikkat veya mesleki deneyime bırakmayan, sistematik bildirim, analiz ve iyileştirme döngülerine dayalı bir yapı kurmaktır. Güvenlik risklerinin tanımlanması, izlenmesi ve önleyici faaliyetlerin planlanması; hataların kişiselleştirilmesini engelleyerek kurumsal sorumluluğu öne çıkarır.

SSB’ye katkı, riskin dağılımı mekanizması üzerinden okunabilir. Güvenlik olaylarının sistematik biçimde ele alınması, belirli hasta gruplarında yoğunlaşan riskleri görünür kılar ve bu gruplar için hedefli iyileştirmelerin önünü açar. Bu durum, sağlık hizmetinin daha öngörülebilir hale gelmesini ve güven üretimini destekler.

6.3. Hasta Geri Bildirimleri

SSB yaklaşımı, bireylerin deneyimlerinin politika ve hizmet tasarımına yansıtılmadığı sistemlerde eşitsizliklerin kalıcılıştığını vurgular. Hasta geri bildirimleri, hizmetin sonuçları ile birlikte sürecini değerlendirmeye imkân tanır. Ancak bu mekanizmalar erişilebilir değilse, geri bildirimler daha çok yüksek eğitimli ve güçlü sosyal sermayeye sahip bireylerin sesiyle sınırlı kalabilir.

SAS’ın kurumsal mantığı, geri bildirimleri rastlantısal şikâyetlerden çıkarıp sistematik izleme ve değerlendirme alanına taşımaktır. Geri bildirimlerin toplanması, analiz edilmesi ve iyileştirme süreçlerine yansıtılması; hasta sesini kurumsal karar alma mekanizmasına dâhil eder.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, hesap verebilirlik ve kurumsal öğrenme ekseninde yapılabilir. Erişilebilir geri bildirim kanalları, dışlanmış grupların deneyimlerini görünür kılarak hizmet tasarımı düzeltme imkânı yaratır. Analiz edilen geri bildirimler, tekrar eden sorunların sosyal belirleyicilerle ilişkisini ortaya koyabilir ve hedefli müdahalelere zemin hazırlar.

6.4. Hizmete Erişim

Hizmete erişim, SSB literatüründe sağlık eşitsizliklerinin en doğrudan göstergelerinden biridir. Coğrafi, ekonomik, kültürel ve idari engeller; hizmet teknik olarak mevcut olsa bile fiili erişimi sınırlayabilir. Randevu süreçleri, yönlendirme mekanizmaları ve bilgilendirme kanalları; erişimin toplumsal dağılımını belirleyen örgütsel faktörlerdir.

SAS'ın kurumsal mantığı, erişimi bireysel çaba veya aracı ilişkilerle aşılacak bir sorun olmaktan çıkarıp, izlenebilir ve iyileştirilebilir bir süreç olarak ele almaktır. Hizmet akışlarının tanımlanması ve izlenmesi, erişimdeki kopuklukların kurumsal düzeyde ele alınmasını sağlar.

SSB'ye katkı, erişim adaleti ve öngörülebilirlik üzerinden ortaya çıkar. Erişim süreçlerinin standartlaştırılması, sağlık okuryazarlığı düşük veya sosyal destekten yoksun bireylerin sistem içinde kaybolma riskini azaltır. Bu durum, hizmetten erken ayrılma ve geç başvuru gibi eşitsizlik üreten davranışları sınırlandırabilir.

6.5. Yaşam Sonu Hizmetler

Yaşam sonu hizmetler, SSB açısından en hassas alanlardan biridir. Sosyal destek, kültürel değerler, ekonomik koşullar ve bilgiye erişim; bu dönemde alınan bakımın niteliğini belirler. Eşitsizlikler, yaşam sonu bakımda daha belirgin hale gelir ve onurlu bakım hakkının ihlali ciddi toplumsal sonuçlar doğurabilir.

SAS'ın kurumsal mantığı, yaşam sonu hizmetleri belirsiz ve kişisel yaklaşımlara bırakmayan, planlı ve hasta odaklı bir çerçeve içinde ele almaktır. Bakım süreçlerinin tanımlanması ve izlenmesi, bu hizmetlerin kurum genelinde tutarlı biçimde sunulmasını amaçlar.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, onur, güven ve sosyal destek mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Kurumsal çerçeve, hastaların ve ailelerin karar süreçlerine daha bilinçli katılımını destekler; bu da sosyal ve kültürel farklılıkların bakım kalitesine dönüşmesini engeller. Yaşam sonu hizmetlerin görünür ve planlı olması, sağlık sistemine duyulan güveni güçlendirir.

Hasta Deneyimi boyutu, bu bütünlük içinde, sağlık hizmetlerinin eşitsizlik üretme veya azaltma kapasitesinin en doğrudan test edildiği alanlardan biridir. Temel haklar, güvenlik, geri bildirim, erişim ve yaşam sonu bakım alanlarında kurulan kurumsal düzenekler; hizmetin kimin için, hangi koşullarda ve ne ölçüde öngörülebilir olduğunu belirler. Bu nedenle değerlendirilmesi gereken temel soru, bu düzeneklerin hasta deneyimini kişisel kaynaklara bağımlı olmaktan ne

ölçüde çıkarabildiği ve sosyal belirleyicilerin ürettiği eşitsizlikleri hangi mekanizmalarla sınırlandırabildiğidir.

7. SAĞLIK HİZMETLERİ BOYUTU: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ AÇISINDAN KLİNİK GÜVENLİK, SÜREKLİLİK VE KURUMSAL KORUYUCULUK

Sağlık Hizmetleri boyutu, sağlık sisteminin en görünür ve en doğrudan etki üreten katmanını oluşturur. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri yaklaşımı, klinik hizmetlerin niteliğinin toplumsal eşitsizliklerden bağımsız olmadığını; aksine bu eşitsizliklerin klinik süreçler içinde yoğunlaştığını ve yeniden üretilebildiğini ortaya koyar (Hunt et al., 2025). Enfeksiyon riski, ilaç hataları, acil hizmetlere erişim, güvenli cerrahi uygulamalar veya laboratuvar hizmetlerinin sürekliliği gibi alanlar, kırılgan gruplar açısından daha yüksek risk ve daha ağır sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlendiği ve hangi güvenlik mekanizmalarıyla yürütüldüğü, SSB açısından yapısal bir eşik niteliği taşır (Pasinringi et al., 2021).

SAS çerçevesinde Sağlık Hizmetleri boyutu, klinik uygulamaları bireysel uzmanlık veya iyi niyet düzeyinden çıkararak kurumsal güvenlik, izlenebilirlik ve süreklilik ilkeleriyle düzenlemeyi amaçlar. Standartların kurumsal mantığı, klinik riskleri öngörülebilir hale getirmek, hataların sistematik olarak azaltılmasını sağlamak ve hizmet sunumunda sosyal belirleyicilerden kaynaklanan kırılganlıkları sınırlamaktır. Bu bağlamda her alt hizmet alanı, eşitsizliklerin yoğunlaştığı özgül risk mekanizmalarına müdahale eden bir kurumsal koruyucu işlev görür.

7.1. Enfeksiyonların Önlenmesi

SSB perspektifinde enfeksiyon riski, kalabalık yaşam koşulları, yetersiz beslenme, kronik hastalık yükü ve sağlık hizmetine geç başvuru gibi sosyal belirleyicilerle yakından ilişkilidir. Bu koşullar, belirli hasta gruplarının enfeksiyonlara daha açık hale gelmesine neden olur. Enfeksiyonların önlenmesi, bu nedenle klinik bir gereklilik olmanın ötesinde, eşitsizliklerin biyolojik sonuçlarını sınırlayan temel bir müdahale alanıdır. SAS'ın kurumsal mantığı, enfeksiyonların önlenmesini sistematik politika, izleme ve iyileştirme süreçleriyle ele almaktır. Enfeksiyon kontrol uygulamalarının tanımlanması, izlenmesi ve sürekli geliştirilmesi; risklerin kişisel dikkat düzeyine bırakılmamasını sağlar. Bu yaklaşım, hizmet sunumunun tüm birimlerinde asgari güvenlik düzeyini garanti altına almayı hedefler. SSB'ye katkı değerlendirmesi, riskin dağılımı mekanizması üzerinden yapılabilir. Enfeksiyon kontrolünün kurumsal güvence altına alınması, sosyoekonomik açıdan kırılgan hastaların orantısız biçimde zarar görmesini sınırlar ve hizmetten doğan biyolojik risklerin eşitsiz dağılımını azaltır. Bu durum, güven üretimini ve hizmete duyulan kurumsal güveni güçlendirir.

7.2. Sterilizasyon Yönetimi

Sterilizasyon süreçleri, SSB bağlamında görünmez fakat belirleyici bir eşitsizlik alanıdır. Steriliteye ilişkin aksaklıklar, genellikle fark edilmeden ilerler ve sonuçları daha çok bağışıklığı zayıf, kronik hastalığı olan veya yoğun bakım gereksinimi bulunan hastalarda ağırlaşır. Bu nedenle sterilizasyon yönetimi, klinik hizmetlerin eşitleyici kapasitesini doğrudan etkiler. SAS'ın kurumsal mantığı, sterilizasyonun teknik bir destek faaliyeti olarak değil, hasta güvenliğinin merkezi bir unsuru olarak ele alınmasıdır. Süreçlerin tanımlanması, izlenmesi ve doğrulanması; sterilizasyon kalitesini kişisel deneyimden bağımsızlaştırır ve kurumsal standart haline getirir. SSB'ye katkı değerlendirmesi, öngörülebilirlik ve keyfilğin azalması üzerinden yapılabilir. Standartlaştırılmış sterilizasyon yönetimi, hastaların sosyoekonomik konumuna bakılmaksızın aynı güvenlik düzeyinde bakım almasını destekler ve enfeksiyon kaynaklı eşitsizlikleri sınırlar.

7.3. İlaç Yönetimi

İlaç yönetimi, SSB açısından en kritik risk alanlarından biridir. Düşük sağlık okuryazarlığı, çoklu ilaç kullanımı ve kronik hastalık yükü, ilaç hatalarının belirli gruplarda daha sık ve daha yıkıcı sonuçlar doğurmasına neden olabilir. Bu nedenle ilaç yönetimi, klinik doğruluğun yanı sıra sosyal riskleri de dikkate alan bir alan olarak ele alınmalıdır. SAS'ın kurumsal mantığı, ilaç süreçlerini reçeteleme, hazırlama, uygulama ve izleme aşamalarında tanımlı ve izlenebilir hale getirmektir. Bu yapı, bireysel hataları sistematik güvenlik bariyerleriyle sınırlamayı amaçlar. SSB'ye katkı değerlendirmesi, hesap verebilirlik ve sağlık okuryazarlığı mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Güvenli ilaç yönetimi, bilgi eksikliğinden kaynaklanan riskleri azaltır ve kronik hastalığı olan veya çoklu tedavi alan hastalar için koruyucu bir işlev görür.

7.4. Transfüzyon Yönetimi

Transfüzyon hizmetleri, yüksek riskli klinik müdahaleler arasında yer alır ve sonuçları hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. SSB bağlamında, transfüzyon süreçlerindeki hatalar, sağlık hizmetine geç başvuran veya eşlik eden hastalık yükü fazla olan gruplarda daha ağır sonuçlar doğurabilir. SAS'ın kurumsal mantığı, transfüzyon yönetimini standartlaştırılmış süreçler ve izleme mekanizmalarıyla güvence altına almaktır. Bu yaklaşım, klinik kararların ve uygulamaların izlenebilirliğini artırır. SSB'ye katkı değerlendirmesi, riskin dağılımı ve kurumsal güvenlik mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Güvenli transfüzyon yönetimi, yüksek riskli hasta gruplarında önlenebilir zararların yoğunlaşmasını sınırlar.

7.5. Hasta Bakımı

Hasta bakımı, SSB'nin klinik alandaki en somut karşılığıdır. Sosyal destek yetersizliği, düşük sağlık okuryazarlığı ve ekonomik kısıtlar, bakım süreçlerinin

etkinliğini doğrudan etkiler. Hasta bakımının kalitesi, bu nedenle klinik yeterlilikle birlikte sosyal bağlamı da yansıtır. SAS'ın kurumsal mantığı, bakım süreçlerini planlı, izlenebilir ve disiplinler arası bir çerçevede yürütmektir. Bu yapı, bakımın kişisel inisiyatiflere bağlı kalmasını engeller. SSB'ye katkı değerlendirmesi, süreklilik ve sosyal dışlanmanın azaltılması üzerinden yapılabilir. Kurumsal bakım düzenekleri, destekten yoksun hastaların sistem içinde kaybolma riskini sınırlar.

7.6. Radyasyon Güvenliği

Radyasyon güvenliği, görünmeyen fakat uzun vadeli sağlık riskleri barındıran bir alandır. Bu riskler, düzenli izleme ve bilgilendirme olmadığında, farkındalığı düşük hasta gruplarında daha ciddi sonuçlar doğurabilir. SAS'ın kurumsal mantığı, radyasyon kullanımını denetim ve izleme altına alarak güvenliği sistematik hale getirmektedir. SSB'ye katkı değerlendirmesi, bilgi asimetrisinin azaltılması ve güven üretimi üzerinden yapılabilir.

7.7. Laboratuvar Hizmetleri

Laboratuvar hizmetleri, tanı ve tedavi süreçlerinin temelini oluşturur. Tanısal gecikmeler, SSB bağlamında sosyoekonomik açıdan kırılgan gruplarda daha ciddi sonuçlara yol açabilir. SAS'ın kurumsal mantığı, laboratuvar süreçlerini doğruluk, zamanında sonuç ve izlenebilirlik ilkeleriyle düzenlemektir. SSB'ye katkı değerlendirmesi, erişim adaleti ve süreklilik mekanizmaları üzerinden yapılabilir.

7.8. Güvenli Cerrahi

Cerrahi hizmetler, yüksek risk içeren ve hataya toleransı düşük alanlardır. SSB perspektifinde cerrahi güvenlik, kırılgan hasta gruplarında orantısız riskleri sınırlayan bir eşik işlevi görür. SAS'ın kurumsal mantığı, cerrahi süreçleri kontrol listeleri ve izleme mekanizmalarıyla güvence altına almaktır. SSB'ye katkı değerlendirmesi, risk yoğunlaşmasının sınırlandırılması ve kurumsal öğrenme üzerinden yapılabilir.

7.9. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri, SSB açısından zaman, erişim ve koordinasyonun en kritik olduğu alandır. Sosyal ve ekonomik engeller, acil hizmetlere geç başvuruya ve daha kötü sonuçlara yol açabilir. SAS'ın kurumsal mantığı, acil hizmetlerin sürekli hazır olma, hızlı müdahale ve koordinasyon ilkeleriyle yürütülmesini sağlamaktır. SSB'ye katkı değerlendirmesi, erişim adaleti ve öngörülebilirlik mekanizmaları üzerinden yapılabilir.

Sağlık Hizmetleri boyutu, bu bütünlük içinde, klinik süreçlerin eşitsizlikleri hangi kanallarla ürettiğini veya sınırladığını ortaya koyan temel bir analiz alanıdır. Enfeksiyon kontrolünden acil hizmetlere uzanan bu düzenekler, hizmetin güvenliğini ve sürekliliğini artırarak sosyal belirleyicilerden

kaynaklanan kırılگانlıkların klinik sonuçlara dönüşmesini sınırlandırma potansiyeli taşır. Değerlendirilmesi gereken temel soru, bu standartların klinik güvenliği hangi mekanizmalarla eşitleyici hale getirdiği ve riskin belirli toplumsal gruplarda yoğunlaşmasını ne ölçüde engelleyebildiğidir.

8. DESTEK HİZMETLERİ BOYUTU: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ AÇISINDAN ALTYAPI, SÜREKLİLİK VE KURUMSAL EŞİTLEME MEKANİZMALARI

Destek Hizmetleri boyutu, klinik bakımın arka planında yer alan fakat sağlık çıktıları üzerinde belirleyici etkiler üreten kurumsal altyapıyı kapsar (Topmiller et al., 2023). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin tıbbi müdahalelerden ibaret olmadığını; barınma koşulları, çevresel maruziyetler, bilgiye erişim, hizmet sürekliliği ve kurumların riskleri nasıl yönettiği gibi unsurların sağlık sonuçlarını şekillendirdiğini ortaya koyar. Otelcilik hizmetlerinden atık yönetimine, bilgi yönetiminden dış kaynak kullanımına uzanan bu alanlar, özellikle sosyoekonomik açıdan kırılğan gruplar için sağlık hizmetinin fiili erişilebilirliğini ve güvenliğini belirleyen yapısal eşiklerdir (Hatef et al., 2023).

SAS çerçevesinde Destek Hizmetleri, klinik süreçlerin eşitsizlik üretme potansiyelini sınırlayan bir kurumsal denge alanı olarak kurgulanır. Standartların kurumsal mantığı, destek süreçlerini görünmez ve tali faaliyetler olmaktan çıkarak izlenebilir, planlı ve hesap verebilir hizmet alanlarına dönüştürmektir. Bu yaklaşım, sosyal belirleyicilerden kaynaklanan risklerin klinik alana yığılmasını önleyen bir kurumsal tampon işlevi görür.

8.1. Otelcilik Hizmetleri

SSB perspektifinde otelcilik hizmetleri, hasta konforu ve mahremiyetinin ötesinde, sağlık hizmetinin onur kırıcı ya da dışlayıcı deneyimlere dönüşmesini engelleyen temel bir belirleyicidir. Temizlik, beslenme, barınma düzeni ve ortak alanların kullanımı, özellikle uzun süreli yatışlarda ve refakat gerektiren durumlarda, düşük gelirli ve sosyal destekten yoksun hastalar için sağlık deneyiminin niteliğini belirler. Yetersiz otelcilik koşulları, bu gruplarda stres, enfeksiyon riski ve hizmetten erken kopuş gibi sonuçlar doğurabilir.

SAS'ın kurumsal mantığı, otelcilik hizmetlerini standartlaştırılmış süreçler ve düzenli izleme yoluyla güvence altına almaktır. Hizmetlerin planlı yürütülmesi ve hasta ihtiyaçlarının sistematik biçimde gözetilmesi, konforun kişisel çabaya bağli kalmasını engeller. SSB'ye katkı değerlendirmesi, onur, güven ve sosyal dışlanmanın azaltılması mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Kurumsal olarak güvence altına alınan otelcilik hizmetleri, kırılğan grupların sağlık kurumlarında ikincil mağduriyet yaşamasını sınırlar.

8.2. Tesis Yönetimi

Tesis yönetimi, SSB bağlamında fiziksel çevrenin sağlık üzerindeki etkilerini yöneten bir eşik alanıdır. Isıtma, havalandırma, aydınlatma, erişilebilirlik ve bakım-onarım süreçleri, özellikle engelli bireyler, yaşlılar ve kronik hastalar için hizmete erişimi doğrudan etkiler. Fiziksel çevredeki aksaklıklar, bu gruplarda düşme, yaralanma veya hizmetten kaçınma gibi sonuçlara yol açabilir.

SAS'ın kurumsal mantığı, tesis yönetimini önleyici bakım ve planlı izleme anlayışıyla ele almaktır. Fiziksel risklerin önceden belirlenmesi ve giderilmesi, çevresel koşulların rastlantısal etkilerini azaltır. SSB'ye katkı değerlendirmesi, öngörülebilirlik ve erişim adaleti mekanizmaları üzerinden yapılabilir; güvenli fiziksel çevre, hizmetin herkes için eşit koşullarda sunulmasını destekler.

8.3. Atık Yönetimi

Atık yönetimi, çoğu zaman teknik bir çevre sağlığı konusu olarak görülse de SSB açısından toplumsal risklerin dağılımını etkileyen kritik bir alandır. Sağlık atıklarının uygun biçimde yönetilmemesi, çevresel maruziyetleri artırarak çalışanlar, hastalar ve çevrede yaşayan topluluklar üzerinde orantısız sağlık riskleri yaratabilir. Bu riskler, genellikle düşük gelirli mahallelerde ve dezavantajlı gruplarda yoğunlaşır.

SAS'ın kurumsal mantığı, atık yönetimini tanımlı süreçler ve sorumluluklar üzerinden ele alarak çevresel ve mesleki riskleri kontrol altına almaktır. SSB'ye katkı değerlendirmesi, riskin dağılımı ve çevresel adalet mekanizmaları üzerinden yapılabilir; etkili atık yönetimi, sağlık hizmetlerinin çevresel eşitsizlikleri derinleştirmesini engeller.

8.4. Bilgi Yönetimi

Bilgi yönetimi, SSB bağlamında sağlık okuryazarlığı, hizmete yönlendirme ve kurumsal öğrenme süreçleriyle doğrudan ilişkilidir. Bilgiye erişimde yaşanan kopukluklar, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip hastalar için hizmetten yararlanmayı zorlaştırır ve yanlış kullanım riskini artırır. Kurumsal bilgi altyapısının yetersizliği, karar süreçlerinde keyfiliğe ve eşitsizliğe zemin hazırlar.

SAS'ın kurumsal mantığı, bilginin güvenli, erişilebilir ve izlenebilir biçimde yönetilmesini sağlamaktır. SSB'ye katkı değerlendirmesi, sağlık okuryazarlığı ve hesap verebilirlik mekanizmaları üzerinden yapılabilir; güçlü bilgi yönetimi, hem hasta hem kurum düzeyinde öğrenmeyi destekler.

8.5. Malzeme ve Cihaz Yönetimi

Malzeme ve cihaz yönetimi, klinik güvenliğin sürekliliğini sağlayan temel bir destek alanıdır. Eksik veya uygunsuz malzeme kullanımı, hizmetin kalitesini düşürerek özellikle acil ve yoğun bakım gerektiren hastalarda daha ağır sonuçlar doğurabilir. Bu durum, kırılgan gruplarda riskin yoğunlaşmasına neden olur.

SAS'ın kurumsal mantığı, malzeme ve cihazların temini, bakımı ve kullanımının planlı biçimde yönetilmesidir. SSB'ye katkı değerlendirmesi, riskin öngörülebilirliği ve hizmet sürekliliği mekanizmaları üzerinden yapılabilir; standartlaşmış yönetim, klinik hizmetin kesintisizliğini güvence altına alır.

8.6. Dış Kaynak Kullanımı

Dış kaynak kullanımı, SSB açısından hizmetin parçalanması ve sorumluluğun dağılması risklerini barındırır. Taşeron hizmetlerde kalite ve denetim zayıfladığında, bu durum en çok hizmete bağımlı ve alternatiflere erişimi sınırlı grupları etkiler. Hizmetin kurumsal bütünlüğü bozulduğunda, eşitsizlikler derinleşebilir.

SAS'ın kurumsal mantığı, dış kaynak kullanımını açık sorumluluk tanımları ve izleme mekanizmalarıyla düzenlemektir. SSB'ye katkı değerlendirmesi, hesap verebilirlik ve keyfilğin azalması mekanizmaları üzerinden yapılabilir; dış kaynak kullanımının kurumsal çerçeveye bağlanması, hizmet kalitesinde eşitsizlik üretme riskini sınırlar.

Destek Hizmetleri boyutu, bu bütünlük içinde, klinik bakımın arkasındaki altyapının eşitsizlikleri hangi yollarla sınırlayabildiğini gösteren temel bir analiz alanıdır. Otelcilik hizmetlerinden bilgi yönetimine uzanan bu düzenekler, sağlık hizmetinin sosyal belirleyicilerden kaynaklanan kırılmalıkları klinik sonuçlara dönüştürmesini engelleyen kurumsal koruyucu mekanizmalar üretir. Değerlendirilmesi gereken temel soru, bu standartların destek süreçlerini hangi yollarla eşitleyici hale getirdiği ve sağlık risklerinin belirli toplumsal gruplarda yoğunlaşmasını ne ölçüde sınırlandırabildiğidir.

9. ACİL DURUM YÖNETİMİ BOYUTU: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ AÇISINDAN DAYANIKLILIK, ERİŞİM VE KURUMSAL EŞİTLEME

Acil Durum Yönetimi boyutu, sağlık sisteminin olağan işleyişinin kesintiye uğradığı anlarda ortaya çıkan riskleri yönetme kapasitesini temsil eder. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri yaklaşımı, afetler, kitlesel kazalar, salgınlar ve benzeri acil durumların toplumsal etkilerinin eşit dağılmadığını; düşük gelirli gruplar, engelliler, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar ve sosyal destekten yoksun bireylerin bu durumlarda daha yüksek riskle karşı karşıya kaldığını ortaya koyar (Mao & Agyapong, 2021). Bu nedenle acil durum yönetimi, kriz anında teknik müdahalelerin koordinasyonu yanında toplumsal kırılmalıkların sağlık sonuçlarına dönüşmesini sınırlayan yapısal bir eşik olarak değerlendirilmelidir.

SAS çerçevesinde Acil Durum Yönetimi, öngörülebilirlik ve hazırlık ilkeleri üzerine kurulur. Standartların kurumsal mantığı, acil durumları istisnai olaylar olarak değil, önceden planlanması ve düzenli olarak test edilmesi gereken senaryolar olarak ele almaktır. Bu yaklaşım, kriz anlarında karar alma süreçlerinin kişisel inisiyatiflere veya anlık kaynak erişimine bağlı kalmasını

engelleyerek, hizmetin en kırılgan gruplar için dahi sürekliliğini sağlamayı amaçlar.

9.1. Acil Durum Yönetimi

SSB ile kuramsal bağ açısından acil durumlar, mevcut eşitsizliklerin hızla derinleştiği ve görünür hale geldiği durumlardır. Ulaşım olanakları sınırlı, sağlık okuryazarlığı düşük veya kurumsal bilgiye erişimi zayıf bireyler, acil durumlarda hizmete daha geç ulaşır ve daha ağır sonuçlarla karşılaşır. Bu nedenle acil durum yönetimi, riskin toplumsal dağılımını yeniden şekillendiren bir mekanizma olarak ele alınmalıdır. Kurumsal hazırlık düzeyi düşük olduğunda, riskler en kırılgan gruplar üzerinde yoğunlaşır; hazırlık düzeyi yüksek olduğunda ise bu yoğunlaşma sınırlandırılabilir.

SAS'ın kurumsal mantığı, acil durumlara yönelik planlama, organizasyon, tatbikat ve izleme süreçlerini zorunlu kılarak bu eşitsizlik mekanizmalarını kontrol altına almaktır. Acil durum planlarının tanımlı olması, görev ve sorumlulukların önceden belirlenmesi ve farklı senaryolar için hazırlık yapılması; kriz anında hizmetin keyfi biçimde aksamasını engeller. Kurumsal düzeyde hazırlık, bireysel dayanıklılık farklarının sağlık sonuçlarına dönüşmesini sınırlandıran temel araçlardan biridir.

SSB'ye katkı değerlendirmesi, erişim adaleti ve öngörülebilirlik mekanizmaları üzerinden yapılabilir. Tanımlı ve test edilmiş acil durum yönetimi, hizmete erişimin kriz koşullarında dahi belirli bir eşik altında düşmesini engeller. Hesap verebilirlik mekanizması güçlenir; çünkü hazırlık düzeyi ve müdahale kapasitesi kurumsal olarak izlenebilir hale gelir. Kurumsal öğrenme mekanizması devreye girer; tatbikatlar ve yaşanan olaylardan elde edilen geri bildirimler, gelecekteki risklerin daha adil biçimde yönetilmesini sağlar. Bu süreç, riskin dağılımını daha dengeli hale getirerek sosyal dışlanmanın kriz anlarında sağlık kaybına dönüşmesini sınırlar ve sağlık sistemine duyulan güveni destekler.

Acil Durum Yönetimi boyutu, bu yönleriyle, sağlık sisteminin olağanüstü koşullarda toplumsal eşitsizlikleri hangi ölçüde sınırlandırabildiğini ortaya koyar. Değerlendirilmesi gereken temel soru, bu standartların kriz anlarında erişim, süreklilik ve güven üretimi yoluyla hangi eşitsizlik mekanizmalarını sınırlandırabildiği ve hangi kırılgan gruplar için koruyucu bir işlev görebildiğidir.

SONUÇ: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE AKREDİTASYONUN SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİNİ SINIRLANDIRMA KAPASİTESİ

Bu çalışmada yürütülen analiz, Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın hastane ölçeğinde kurduğu yönetim mimarisinin, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri perspektifinden okunabilir bir “eşitsizlik yönetimi” kapasitesi ürettiğini göstermektedir. SAS'ın yedi boyutu boyunca tekrar eden kurumsal mantık,

hizmetin kişilere bağlı, parçalı ve duruma göre değişen uygulamalarla yürütülmesini sınırlandırıp süreçleri tanımlı, izlenebilir ve iyileştirilebilir hale getirmektir. Bu çerçeve, sağlık hizmetinin toplumsal etkisini klinik doğruluk ile birlikte erişim adaleti, öngörülebilirlik, keyfilğin azalması, hesap verebilirlik, kurumsal öğrenme, riskin dağılımı ve güven üretimi üzerinden yeniden tartışmaya açmaktadır. Boyutlar arası okuma, özellikle yönetim ve organizasyon, performans ölçümü, hasta deneyimi ve destek hizmetleri alanlarında kurumsal görünürlük üretildiğinde, sosyal belirleyicilerden kaynaklanan kırılganlıkların klinik süreçler içinde yoğunlaşmasının sınırlandırılabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, standartların eşitsizlik azaltıcı potansiyeli, standardın varlığından çok, kurum içi veri düzeni, geri bildirim ekosistemi ve iyileştirme döngülerinin disiplinli işletilmesiyle belirlenmektedir.

Bu analiz, SAS'ın SSB açısından üç temel mekanizma kümesini öne çıkardığını ortaya koymaktadır. Birinci küme, öngörülebilirlik ve keyfilğin azalmasıdır: organizasyon yapısı, doküman yönetimi, süreç tanımlılığı ve hizmet akışlarının standartlaştırılması; sağlık okuryazarlığı düşük, sosyal sermayesi sınırlı ve kurumsal kanallara erişimi kısıtlı bireyler açısından hizmet deneyimini daha “tahmin edilebilir” hale getirerek dışlanma riskini azaltabilecek bir altyapı sunmaktadır. İkinci küme, hesap verebilirlik ve kurumsal öğrenmedir: istenmeyen olay bildirimi, risk yönetimi, performans göstergelerinin izlenmesi ve geri bildirim mekanizmaları, kurumun sorunları kişiselleştirmeden süreç düzeyinde tanınmasını ve tekrarlayan eşitsizlik örüntülerini görünür kılmasını mümkün kılan bir izleme-iyileştirme kapasitesi üretmektedir. Üçüncü küme, riskin dağılımı ve güven üretimidir: enfeksiyon kontrolünden acil durum yönetimine, tesis güvenliğinden bilgi yönetimine uzanan düzenekler, risklerin kırılgan gruplarda ve yüksek maruziyetli çalışan kesimlerinde yoğunlaşmasını sınırlandırabilecek önleyici bir kurumsal tampon alanı oluşturmaktadır. Bu üç kümenin ortak sonucu, eşitsizlikleri “hasta profili”ne atfeden yaklaşımlardan uzaklaşıp eşitsizlikleri üreten kurumsal süreçleri yönetilebilir hale getiren bir yönetim çerçevesi sunmasıdır.

Hastane üst yönetimleri açısından bu bölümün en doğrudan çıkarımı, SAS uygulamalarının bir “uyum dosyası” düzeyinde bırakılmasının, SSB ile ilişkili etkileri sınırlayacağıdır; standartların eşitsizlik azaltıcı kapasitesi, karar alma ve kaynak tahsisi süreçlerine entegre edildiğinde görünür hale gelmektedir. Kalite birimleri açısından kritik nokta, iyileştirme gündemini klinik çıktılara birlikte erişim, yönlendirme, bekleme, bakım sürekliliği ve geri bildirimlere ilişkin süreç göstergelerine de sistematik biçimde bağlamaktır. Bu yaklaşım, eşitsizliklerin kurumsal kör nokta olmaktan çıkmasına katkı sağlar. Klinik liderler ve birim sorumluları açısından, güvenlik ve bakım standartları ile hasta deneyimi standartları arasında kopukluk bırakılmaması önemlidir. Zira iletişim, bilgilendirme ve geri bildirim süreçleri zayıf olduğunda, teknik güvenlik düzenekleri dahi kırılgan gruplar için etkisini kaybedebilir. Çalışanlar ve

sendikal/mesleki temsil mekanizmaları bakımından, sağlıklı çalışma yaşamı boyutunun SSB'ye katkısı çalışan refahı, hizmet sürekliliği ve hasta güvenliğinin sosyal gruplar arasında eşitlenmesi üzerinden okunmalıdır. Çalışan güvenliği, dolaylı fakat güçlü bir eşitsizlik azaltma aracıdır. Son olarak politika yapıcılar ve akreditasyon otoriteleri açısından, SAS'ın sosyal politika kapasitesi, göstergelerin ve geri bildirim mekanizmalarının kurumsal uygulamada hangi grupları görünür kıldığıyla doğrudan ilişkilidir; temsil edilemeyen deneyimler, eşitsizliğin sessiz kalmasına yol açar.

Gelecek çalışmalar için ilk yön, SAS boyutlarının “eşitsizlik duyarlılığı”nı ölçülebilir bir çerçeveye kavuşturmadır. Erişim adaleti, öngörülebilirlik, keyfiliğin azalması ve güven üretimi gibi mekanizmaların, hangi süreç göstergeleriyle izlenebileceği ve bu göstergelerin farklı toplumsal gruplar arasında nasıl farklılaştığı, metodolojik olarak daha sistematik biçimde ele alınmalıdır. İkinci yön, hasta geri bildirimlerinin temsil sorunudur: geri bildirim kanallarının kimlere açık olduğu, kimlerin bu kanalları kullanabildiği ve hangi grupların deneyimlerinin kurumsal öğrenmeye dâhil olamadığı, sosyal dışlanma mekanizmalarını anlamak açısından kritik bir araştırma alanı sunmaktadır. Üçüncü yön, çalışan sağlığı–güvenliği ile hasta güvenliği arasındaki bağlantının SSB ekseninde modellenmesidir; iş yükü, tükenmişlik, şiddet ve güvencesizlik gibi işyeri belirleyicilerinin, hizmet sürekliliği ve hata riski üzerinden hangi grupları daha fazla etkilediği açıklığa kavuşturulmalıdır. Dördüncü yön, acil durum yönetimi ve çevresel risklerin (tesis, atık, bilgi altyapısı) eşitsizlikleri kriz anlarında nasıl keskinleştirdiği veya sınırlandırdığına odaklanan analizlerdir; bu alan, riskin dağılımı ve dayanıklılık kavramlarını SSB ile daha doğrudan buluşturma potansiyeli taşır.

Bu çalışmanın temel çağrısı, SAS'ın hastane düzeyinde “kalite güvencesi” aracı olmanın ötesinde sağlık eşitsizliklerini sınırlayan kurumsal bir sosyal politika mekanizması olarak ele alınması ve kurum kültürlerine yerleşerek içselleştirilmesidir. Kurumların önceliği, standartları belgelemekten ziyade, standartların ürettiği veriyi ve geri bildirimini karar süreçlerine bağlamak olmalıdır. Zira eşitsizlikleri azaltan etki, iyileştirme döngülerinin disiplinli işletilmesiyle ortaya çıkar. Bu çerçevede asıl soru, standartların kurum içinde var olup olmadığı değil; standartların erişim adaletini hangi somut süreçlerde artırdığı, keyfiliği hangi karar noktalarında azalttığı, hesap verebilirliği hangi raporlama ve izleme kanallarıyla güçlendirdiği ve riskin kırılgan gruplarda yoğunlaşmasını hangi önleyici düzeneklerle sınırladığıdır. Eğer SAS, bu mekanizmaları görünür ve izlenebilir kılacak biçimde uygulanırsa, sağlık hizmetinin toplumsal etkisi teknik performansın ötesine taşınır; sağlık sistemi, eşitsizliği yeniden üreten bir alan olmaktan uzaklaşıp, eşitsizliği yönetebilen ve azaltabilen kurumsal bir kapasiteye yaklaşır.

KAYNAKÇA

- Accreditation, patient safety, risk management, quality assurance, audit. (2025). *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 63(Suppl. 1), S97–S247. <https://doi.org/10.1515/cclm-2025-8036>
- Ajoud, M. E. K., & Jouili, T. A. (2021). Healthcare service quality in government hospitals: Evaluating patients' satisfaction. *Quality Management*, 22(182).
- Akdemir, N., Peterson, L. N., Campbell, C. M., & Scheele, F. (2020). Evaluation of continuous quality improvement in accreditation for medical education. *BMC Medical Education*, 20(Suppl. 1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02124-2>
- Al Shawan, D. (2021). The effectiveness of the Joint Commission International accreditation in improving quality at King Fahd University Hospital, Saudi Arabia: A mixed methods approach. *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 47–61. <https://doi.org/10.2147/JHL.S288682>
- Alhawajreh, M. J., Paterson, A. S., & Jackson, W. J. (2023). Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(12), e0294180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294180>
- Araujo, C. A. S., Siqueira, M. M., & Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(8), 531–544. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa090>
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Avia, I., & Hariyati, R. T. S. (2019). Impact of hospital accreditation on quality of care: A literature review. *Enfermería Clínica*, 29, 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.003>
- Bravo, F., Gandhi, A., Hu, J., & Long, E. F. (2025). Closer to home: A structural estimate-then-optimize approach to improve access to healthcare services. *Management Science*. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2024.06274>
- Brown, A. F., Ma, G. X., Miranda, J., Eng, E., Castille, D., Brockie, T., ... Trinh-Shevrin, C. (2019). Structural interventions to reduce and eliminate health disparities. *American Journal of Public Health*, 109(Suppl. 1), S72–S78. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304844>
- Brownson, R. C., Kumanyika, S. K., Kreuter, M. W., & Haire-Joshu, D. (2021). Implementation science should give higher priority to health equity. *Implementation Science*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01097-0>

- Cabezas-Rodríguez, A., Utzet, M., & Bacigalupe, A. (2021). Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health? A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 1005–1025. <https://doi.org/10.1177/00207640211015708>
- Chang, W. C. (2025). A grand plan for health equity: Philosophy of health equity. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02536-w>
- Chen, F., Nipp, R. D., Han, X., Zheng, Z., Wang, T., Yabroff, K. R., & Jiang, C. (2025). Social determinants of health patterns and mortality outcomes in U.S. adults. *BMC Public Health*, 25(1), 2761. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24126-9>
- Cheng, J., Cui, Y., Wang, X., Wang, Y., & Feng, R. (2024). Spatial characteristics of health outcomes and geographical detection of influencing factors in Beijing. *Frontiers in Public Health*, 12, 1424801. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1424801>
- Ciesielski, T. M., Henry, T. L., & Fondahn, E. D. (2025). Accreditation and health policy and their impacts on quality. *Medical Clinics of North America*, 109(5), 1103–1116. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2025.02.009>
- Cook, L. A., Sachs, J., & Weiskopf, N. G. (2021). The quality of social determinants data in the electronic health record: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(1), 187–196. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab199>
- Crear Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M. R., Neilson, E., & Wallace, M. (2021). Social and structural determinants of health inequities in maternal health. *Journal of Women's Health*, 30(2), 230–235. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8882>
- Crenshaw, A. N., Allen, P., Fifolt, M., Lang, B., Belflower Thomas, A., Erwin, P. C., & Brownson, R. C. (2025). Challenges and supports for implementing health equity during national accreditation among small local health departments in the United States. *Journal of Public Health Management & Practice*, 31(2), 196–203. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000002096>
- De Luca, G., Lisi, D., Martorana, M., & Siciliani, L. (2021). Does higher institutional quality improve the appropriateness of healthcare provision? *Journal of Public Economics*, 194, 104356. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104356>
- Fifolt, M., Allen, P., Crenshaw, A., Erwin, P. C., Lang, B., Thomas, A. B., & Brownson, R. C. (2025). Using national public health accreditation to explore quality improvement and performance management in small local health departments. *Journal of Public Health Management & Practice*, 31(2), 183–189. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000002062>

- Greenfield, D., Iqbal, U., O'Connor, E., Conlan, N., & Wilson, H. (2021). An appraisal of healthcare accreditation agencies and programs: Similarities, differences, challenges and opportunities. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(4), mzab150. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab150>
- Guzmán-Leguel, Y. M., & Rodríguez-Lara, S. Q. (2025). Assessment of patients' quality of care in healthcare systems: A comprehensive narrative literature review. *Healthcare*, 13(14), 1714. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141714>
- Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H., & Ahlberg, B. M. (2020). Racism in European health care: Structural violence and beyond. *Qualitative Health Research*, 30(11), 1662–1673. <https://doi.org/10.1177/1049732320931430>
- Hatef, E., Kitchen, C., Pandya, C., & Kharrazi, H. (2023). Assessing patient and community-level social factors: The synergistic effect of social needs and social determinants of health on healthcare utilization. *Journal of Medical Systems*, 47(1), 95. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01990-9>
- Heffernan, M., Kennedy, M., Gonick, S. A., & Siegfried, A. L. (2021). Impact of accreditation on health department financial resources. *Journal of Public Health Management & Practice*, 27(5), 501–507. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001278>
- Heffernan, M., Melnick, M., Siegfried, A. L., & Papanikolaou, M. (2023). Benefits and impacts of public health accreditation for small local health departments. *Journal of Public Health Management & Practice*, 29(3), E108–E114. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001678>
- Holguín-Zuluaga, J. A., Vélez-Álvarez, C., & Betancurth-Loaiza, D. P. (2022). Measuring the social determinants of health: An integrative literature review. *Entramado*, 18(2). <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.7868>
- Homan, P., Brown, T. H., & King, B. (2021). Structural intersectionality as a new direction for health disparities research. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 350–370. <https://doi.org/10.1177/00221465211032947>
- Hunt, T. N., Roberts, K., Taylor, E. M., Quintana, C. P., & Kossman, M. K. (2025). The effect of social determinants of health on clinical recovery following concussion: A systematic review. *Journal of Sport Rehabilitation*, 34(1), 28–36. <https://doi.org/10.1123/jsr.2023-0068>
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- Joseph, S. (2021). Impact assessment of accreditation in primary and secondary public health-care institutions in Kerala, India. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 110. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_827_20

- Kalsi, N., Gordon, D., & Geske, J. (2024). Identifying and addressing social determinants of health to improve patient-centered care. *Journal of Clinical and Translational Science*, 8(1), e73. <https://doi.org/10.1017/cts.2024.511>
- Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., ... Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1717825. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825>
- Lewis, K., & Hinchcliff, R. (2023). Hospital accreditation: An umbrella review. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(1), mzad007. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad007>
- Mackenzie, M., Baruffati, D., Lindsay, C., O'Donnell, K., Ellis, D., Simpson, S., ... Williamson, A. (2025). Fundamental causation and candidacy: Harnessing explanatory frames to better understand how structural determinants shape disengagement from primary healthcare. *Social Science & Medicine*, 374, 118043. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118043>
- Mangold, K. A., Bartell, T. R., Doobay-Persaud, A. A., Adler, M. D., & Sheehan, K. M. (2019). Expert consensus on inclusion of the social determinants of health in undergraduate medical education curricula. *Academic Medicine*, 94(9), 1355–1360. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002593>
- Mansour, W., Boyd, A., & Walshe, K. (2020). The development of hospital accreditation in low- and middle-income countries: A literature review. *Health Policy and Planning*, 35(6), 684–700. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa011>
- Mao, W., & Agyapong, V. I. O. (2021). The role of social determinants in mental health and resilience after disasters. *Frontiers in Public Health*, 9, 658528. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.658528>
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(Suppl. 4), S517–S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- Moe, G., Wang, K. (Hao), & Kousonsavath, S. (2019). Accreditation: A quality improvement strategy for the community-based family practice. *Healthcare Quarterly*, 21(4), 13–20. <https://doi.org/10.12927/hcq.2019.25746>
- Monroe, P., Campbell, J. A., Harris, M., & Egede, L. E. (2023). Racial/ethnic differences in social determinants of health and health outcomes among adolescents and youth. *BMC Public Health*, 23(1), 410. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15274-x>
- Mudd, A. L., Bal, M., Verra, S. E., Poelman, M. P., De Wit, J., & Kamphuis, C. B. M. (2024). The current state of complex systems research on socioeconomic

- inequalities. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01562-1>
- Pasinringi, S. A., Rivai, F., Arifah, N., & Rezeki, S. F. (2021). The relationship between service quality perceptions and the level of hospital accreditation. *Gaceta Sanitaria*, 35, S116–S119. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.009>
- Pellense, M. C. D. S., Saturno Hernández, P. J., Caldas, A. C. S. G., & Gama, Z. A. D. S. (2025). Evaluation of quality policies and strategies in health systems. *BMJ Open*, 15(2), e092654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092654>
- Peter, F. (2001). Health equity and social justice. *Journal of Applied Philosophy*, 18(2), 159–170. <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00183>
- Pourat, N., Chen, X., Lu, C., Zhou, W., Hair, B. Y., Bolton, J., & Sripipatana, A. (2022). The relative contribution of social determinants of health. *Population Health Management*, 25(2), 199–208. <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0293>
- Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti. (2021). *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)*. <https://files.tuseb.gov.tr/tuska/files/akreditasyon/2024-11-04-13-13-28.pdf>
- Shibli, H., Feder-Bubis, P., Daoud, N., & Aharonson-Daniel, L. (2025). Healthcare access barriers among the Arab Bedouin population in Israel. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02398-2>
- Tan, J. H. I., Goh, A. X. C., & Yi, H. (2023). Health inequity and social determinants in Hong Kong. *Health Promotion International*, 38(4), daab195. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab195>
- Topmiller, M., McCann, J., Hoang, H., Rankin, J., Grandmont, J., Pelzer, M., & Sripipatana, A. (2023). Health centres and social determinants of health. *Family Medicine and Community Health*, 11(3), e002227. <https://doi.org/10.1136/fmch-2023-002227>
- Topmiller, M., McCann, J., Rankin, J., Hoang, H., Bolton, J., & Sripipatana, A. (2021). Exploring the association of social determinants and clinical quality. *Family Medicine and Community Health*, 9(3), e000853. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000853>
- Vo, A., Tao, Y., Li, Y., & Albarrak, A. (2023). The association between social determinants of health and population outcomes. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9, e44070. <https://doi.org/10.2196/44070>
- Vuohijoki, A., Ristolainen, L., Leppilahti, J., Kivivuori, S.-M., & Hurri, H. (2025). Impact of joint commission international accreditation on occupational

health and patient safety. *PLOS ONE*, 20(6), e0325894.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325894>

Wilderink, L., Bakker, I., Schuit, A., Seidell, J., Pop, I., & Renders, C. (2022). A theoretical perspective on why socioeconomic health inequalities are persistent: Building the case for an effective approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8384.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19148384>

Williams, J., Drenkard, C., & Lim, S. (2023). The impact of social determinants of health on the presentation, management and outcomes of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford, England)*, 62, i10 - i14.
<https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac613>.

BÖLÜM 4

Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve Kurumsal Yönetim Yaklaşımları

Osman Gültepe¹

¹ Öğr. Gör., Haliç Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, Büyük Veri Analistliği Programı, Orcid: 0000-0001-5088-0585

1. Giriş

Sağlık sektörü, hizmet sunumunun doğası gereği yoğun emek, yüksek sorumluluk ve sürekli insan etkileşimi gerektiren bir çalışma alanıdır. Tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde yaşanan zaman baskısı, hata toleransının düşüklüğü ve duygusal yük, sağlık çalışanlarını psikososyal açıdan zorlayıcı koşullarla karşı karşıya bırakmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun yaygınlaşmasına zemin hazırlamaktadır (Maslach & Leiter, 2016; WHO, 2019).

Tükenmişlik, yalnızca bireysel bir stres tepkisi olarak değil; örgütsel yapı, çalışma ortamı ve yönetim anlayışıyla şekillenen çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Özellikle sağlık kurumlarında tükenmişliğin yaygınlaşması, çalışan sağlığının yanı sıra hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve kurumsal sürdürülebilirlik açısından da önemli riskler oluşturmaktadır (Hall ve ark., 2016).

Son yıllarda sağlık sistemlerinde yaşanan dönüşümler, performans baskısı, artan hasta beklentileri ve kaynak kısıtlılıkları, sağlık çalışanlarının iş yükünü daha da artırmıştır. Bu bağlamda tükenmişlik, sağlık yönetimi disipliniinde bireysel dayanıklılıkla çözülebilecek bir sorun olmaktan çıkmış; kurumsal yönetim yaklaşımlarıyla ele alınması gereken stratejik bir konu hâline gelmiştir (Leiter & Maslach, 2009).

Bu kitap bölümünün amacı, sağlık çalışanlarında tükenmişlik olgusunu kavramsal temelleriyle ele almak, tükenmişliğin örgütsel nedenlerini ve sonuçlarını incelemek ve sağlık yönetimi perspektifinden etkili kurumsal yönetim yaklaşımlarını ortaya koymaktır.

2. Tükenmişlik Kavramı ve Kuramsal Çerçeve

Tükenmişlik kavramı, ilk kez Maslach ve Jackson tarafından tanımlanmış ve özellikle insanla yüz yüze hizmet sunan meslek gruplarında görülen kronik bir iş stresi sendromu olarak ele alınmıştır (Maslach & Jackson, 1981). Bu kuramsal yaklaşımda tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi olmak üzere üç temel boyuttan oluşmaktadır.

Duygusal tükenme, bireyin mesleki rolünü yerine getirebilmek için gerekli olan duygusal enerjisinin azalmasıyla ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanları, sürekli hasta ve hasta yakınlarının beklentileriyle karşı karşıya kalmaları nedeniyle bu boyutu yoğun biçimde deneyimlemektedir. Duyarsızlaşma ise, hizmet sunulan bireylere karşı mesafeli, mekanik ve zaman zaman olumsuz tutumların gelişmesiyle karakterizedir. Düşük kişisel başarı hissi, bireyin mesleki yeterliliğini ve başarısını sorgulamasına yol açmaktadır (Maslach & Leiter, 2016).

Karasek ve Theorell'in (1990) iş talebi-kontrol modeli, sağlık çalışanlarında tükenmişliğin yapısal boyutunu açıklamada önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bu

modele göre, yüksek iş talebi ve düşük kontrol düzeyi, tükenmişlik riskini belirgin biçimde artırmaktadır. Sağlık kurumlarında bu iki unsurun sıklıkla bir arada bulunması, tükenmişliğin yaygınlığını açıklayan temel faktörlerden biridir.

3. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Nedenleri

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, tek bir faktörle açıklanamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur. Literatürde tükenmişliğin, bireysel özelliklerden ziyade çalışma koşulları, örgütsel yapı ve yönetim anlayışıyla yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Maslach & Leiter, 2016). Sağlık hizmetlerinin doğası gereği yüksek sorumluluk, zaman baskısı ve duygusal etkileşim içermesi, bu meslek grubunu tükenmişlik açısından daha kırılgan hâle getirmektedir.

3.1. İş Yükü, Zaman Baskısı ve Personel Yetersizliği

Aşırı iş yükü, sağlık çalışanlarında tükenmişliğin en temel belirleyicilerinden biridir. Uzun çalışma saatleri, vardiyalı ve nöbet usulü çalışma düzenleri, çalışanların dinlenme ve iyileşme süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Personel yetersizliği, mevcut çalışanların daha fazla hasta ve görev yükü üstlenmesine neden olmakta; bu durum fiziksel ve zihinsel tükenmeyi hızlandırmaktadır (Leiter & Maslach, 2009).

Özellikle acil servisler, yoğun bakım üniteleri ve klinik servislerde çalışan sağlık personelinin, iş yükü ve zaman baskısı nedeniyle daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı bildirilmektedir. Karasek ve Theorell'in (1990) iş talebi–kontrol modeli, yüksek iş talebi ve düşük karar verme yetkisinin birlikte bulunduğu ortamlarda tükenmişlik riskinin belirgin biçimde arttığını ortaya koymaktadır.

3.2. Vardiyalı Çalışma ve İş–Yaşam Dengesi

Sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulması gerekliliği, vardiyalı ve gece çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu çalışma düzeni, biyolojik ritmin bozulmasına, uyku problemlerine ve sosyal yaşamın kısıtlanmasına yol açmaktadır. İş–yaşam dengesinin bozulması, uzun vadede duygusal tükenme ve mesleki doyum kaybına neden olmaktadır (Maslach & Leiter, 2016).

Araştırmalar, iş–yaşam dengesini koruyamayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, tükenmişliğin yalnızca iş ortamına özgü bir sorun olmadığını; çalışanların yaşamlarının bütününe etkileyen bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır.

3.3. Duygusal Emek ve Yoğun Hasta Etkileşimi

Sağlık çalışanları, mesleki rollerinin gereği olarak yoğun duygusal emek harcamaktadır. Hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan sürekli etkileşim, empati

gereksinimi ve zorlayıcı klinik durumlar, çalışanların duygusal kaynaklarını tüketmektedir. Duygusal emek, kısa vadede hizmet kalitesini artırsa da uzun vadede duygusal tükenmeyi derinleştirebilmektedir (Brotheridge & Grandey, 2002).

Özellikle ağır hastalık, ölüm ve travma ile sık karşılaşan birimlerde çalışan sağlık personelinin, duyarsızlaşma ve duygusal geri çekilme gibi tükenmişlik belirtilerini daha sık yaşadığı bildirilmektedir. Bu durum, çalışanların mesleki rollerine yabancılaşmasına yol açabilmektedir.

3.4. Rol Belirsizliği, Rol Çatışması ve Örgütsel Stres

Sağlık kurumlarında rol belirsizliği ve rol çatışması, tükenmişliği artıran önemli örgütsel stres kaynakları arasında yer almaktadır. Çalışanlardan beklenen görev ve sorumlulukların net olmaması, performans beklentilerinin belirsizliği ve çelişkili talepler, çalışanların stres düzeyini artırmaktadır (Gershon ve ark., 2007).

Örgütsel yapıdaki belirsizlikler, çalışanların kontrol algısını zayıflatmakta ve tükenmişlik sürecini hızlandırmaktadır. Bu bağlamda açık görev tanımları ve net iş süreçleri, tükenmişliğin önlenmesinde önemli bir koruyucu unsur olarak değerlendirilmektedir.

3.5. Yönetim Desteğinin Yetersizliği ve Katılım Eksikliği

Yönetim tarafından yeterince desteklenmediğini hisseden sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri daha yüksek olmaktadır. Karar alma süreçlerine katılımın sınırlı olması, çalışanların kuruma olan bağlılığını ve iş doyumunu azaltmaktadır (Leiter & Maslach, 2009).

Destekleyici liderlik yaklaşımlarının bulunmadığı kurumlarda, tükenmişliğin yalnızca bireysel dayanıklılık eksikliği olarak algılanması, sorunun kurumsal boyutunun göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Oysa literatür, yönetim desteğinin ve adil uygulamaların tükenmişliğe karşı güçlü bir koruyucu faktör olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır (Gershon ve ark., 2007).

3.6. Psikososyal Riskler ve Kurumsal İklim

Psikososyal riskler, sağlık çalışanlarında tükenmişliğin gelişiminde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. İşyerinde şiddet, mobbing, iletişim sorunları ve güvensiz çalışma iklimi, çalışanların ruhsal iyilik hâlini olumsuz etkilemektedir (EU-OSHA, 2014).

Güvenli ve destekleyici bir kurumsal iklimin bulunmadığı sağlık kurumlarında, tükenmişliğin daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Bu durum, tükenmişliğin bireysel değil; büyük ölçüde örgütsel iklimle ilişkili bir sorun olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

4. Tükenmişliğin Kurumsal ve Hizmet Sunumuna Etkileri

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, yalnızca bireysel düzeyde fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açan bir durum değil; sağlık kurumlarının işleyişini, hizmet kalitesini ve kurumsal sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen önemli bir yönetim sorunudur. Tükenmişliğin yaygınlaşması, insan kaynağı yönetimi, hasta güvenliği ve kurumsal performans üzerinde çok boyutlu sonuçlar doğurmaktadır (Leiter & Maslach, 2009).

4.1. İnsan Kaynağı Yönetimi Üzerindeki Etkiler

Tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarında iş doyumunu azalmakta, örgütsel bağlılık zayıflamakta ve işten ayrılma niyeti artmaktadır. Bu durum, sağlık kurumlarında çalışan devir hızının yükselmesine ve nitelikli insan kaynağının kaybına yol açmaktadır. Özellikle deneyimli sağlık çalışanlarının kurumdan ayrılması, hizmet sürekliliği ve kurumsal bilgi birikimi açısından önemli kayıplar oluşturmaktadır (Leiter & Maslach, 2009).

Yüksek devir hızı, yeni personelin işe alımı ve eğitimi için ek maliyetler doğurmakta; bu durum sağlık kurumlarının finansal yükünü artırmaktadır. Ayrıca, yeni başlayan personelin uyum sürecinde yaşadığı zorluklar, hizmet sunumunda geçici aksamalar ve verimlilik kayıplarına neden olabilmektedir.

4.2. Çalışan Performansı ve Verimlilik

Tükenmişlik, sağlık çalışanlarının bilişsel işlevlerini, dikkat düzeyini ve karar verme süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Duygusal tükenme yaşayan çalışanların konsantrasyonlarının azalması, hata yapma olasılığını artırmaktadır. Bu durum, özellikle hata toleransının düşük olduğu sağlık hizmetlerinde ciddi riskler oluşturmaktadır (Hall ve ark., 2016).

Verimlilik açısından bakıldığında, tükenmişlik yaşayan çalışanların iş performansında düşüş gözlenmekte; bu durum hizmet sunumunun etkinliğini azaltmaktadır. Kurumsal düzeyde değerlendirildiğinde, yaygın tükenmişlik, sağlık kurumlarının hedeflenen performans göstergelerine ulaşmasını zorlaştırmaktadır.

4.3. Hasta Güvenliği ve Hizmet Kalitesi

Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin en kritik kurumsal sonuçlarından biri, hasta güvenliği üzerindeki olumsuz etkileridir. Literatürde, tükenmişlik düzeyi yüksek olan çalışanların tıbbi hata yapma olasılığının daha fazla olduğu ve hasta güvenliği ihlallerinin arttığı bildirilmektedir (Hall ve ark., 2016).

Hasta güvenliği ile çalışan iyilik hâli arasındaki bu güçlü ilişki, tükenmişliğin yalnızca çalışan refahı açısından değil; hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından da ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda tükenmişlik, sağlık kurumlarında kalite yönetimi ve hasta güvenliği politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

4.4. Örgütsel İklim ve Kurumsal Kültür

Tükenmişliğin yaygın olduğu sağlık kurumlarında, örgütsel iklim olumsuz yönde etkilenmektedir. Çalışanlar arasında iletişim sorunları, işbirliğinin azalması ve güvensizlik duygusunun artması, kurumsal kültürü zayıflatmaktadır. Olumsuz örgütsel iklim, tükenmişliği daha da derinleştiren bir kısır döngü yaratmaktadır (Gershon ve ark., 2007).

Güçlü ve destekleyici bir kurumsal kültürün bulunmadığı ortamlarda, çalışanların sorunlarını paylaşmaktan kaçındığı ve yardım arama davranışlarının azaldığı görülmektedir. Bu durum, tükenmişliğin erken dönemde fark edilmesini ve önleyici müdahalelerin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır.

4.5. Kurumsal İtibar ve Sürdürülebilirlik

Tükenmişlik, sağlık kurumlarının yalnızca iç işleyişini değil; dış paydaşlar nezdindeki algısını da etkilemektedir. Çalışan memnuniyetinin düşük olduğu kurumlarda hasta memnuniyeti ve hizmet algısının da olumsuz etkilendiği bildirilmektedir. Uzun vadede bu durum, kurumsal itibarın zedelenmesine ve rekabet gücünün azalmasına yol açabilmektedir.

Sağlık yönetimi açısından tükenmişlik, kurumun sürdürülebilirliğini tehdit eden stratejik bir risk olarak ele alınmalıdır. Tükenmişliği önlemeye yönelik kurumsal politikalar, insan kaynağının korunmasına ve kaliteli sağlık hizmetinin sürekliliğine katkı sağlamaktadır (WHO, 2019).

5. Kurumsal Yönetim Yaklaşımları ve Tükenmişliğin Stratejik Yönetimi

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, bireysel baş etme stratejileriyle çözülebilecek bir sorun olmanın ötesinde, kurumsal düzeyde ele alınması gereken stratejik bir yönetim alanıdır. Bu bağlamda tükenmişliğin önlenmesi ve yönetilmesi, sağlık kurumlarının insan kaynağı politikaları, liderlik anlayışı ve örgütsel yapısıyla doğrudan ilişkilidir (WHO, 2010).

5.1. Stratejik Yönetim ve Kurumsal Sorumluluk

Modern sağlık yönetimi anlayışında çalışan sağlığı ve iyilik hâli, kurumsal sorumluluğun temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Tükenmişliğin yaygın olduğu kurumlarda stratejik hedeflere ulaşmak güçleşmekte; hizmet kalitesi ve kurumsal performans olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle, tükenmişliğin önlenmesi kurumun stratejik planlarına ve performans göstergelerine entegre edilmelidir (ILO, 2011).

Stratejik düzeyde geliştirilen politikalar, yalnızca bireysel müdahalelere değil; iş yükü planlaması, görev dağılımı ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi gibi yapısal düzenlemelere odaklanmalıdır. Bu yaklaşım, tükenmişliği önlemede sürdürülebilir çözümler sunmaktadır.

5.2. Liderlik Yaklaşımları ve Yönetici Rolü

Liderlik, tükenmişliğin yönetiminde belirleyici bir faktördür. Dönüşümcü liderlik tarzının, çalışanların psikolojik iyi oluşunu desteklediği ve tükenmişlik düzeylerini azalttığı gösterilmiştir (Clarke, 2013). Üst yönetimin çalışan sağlığını kurumsal bir öncelik olarak ele alması, güvenli ve destekleyici bir çalışma ortamının oluşmasına katkı sağlamaktadır.

Sağlık yöneticilerinin, yalnızca idari süreçleri değil; çalışanların psikososyal ihtiyaçlarını da gözeten bir yönetim anlayışı benimsemesi gerekmektedir. Açık iletişim, geri bildirim mekanizmaları ve katılımcı karar alma süreçleri, çalışanların kuruma olan güvenini ve bağlılığını artırmaktadır.

5.3. İnsan Kaynakları Yönetimi ve İş Tasarımı

İnsan kaynakları yönetimi, tükenmişliğin önlenmesinde stratejik bir araçtır. İş yükünün dengeli dağıtılması, adil performans değerlendirme sistemlerinin kurulması ve kariyer gelişim fırsatlarının sunulması, çalışanların tükenmişlik riskini azaltmaktadır (Leiter & Maslach, 2009).

İş tasarımı süreçlerinde ergonomik ve psikososyal risklerin dikkate alınması, özellikle yoğun ve stresli çalışma ortamlarına sahip sağlık kurumlarında büyük önem taşımaktadır. NIOSH ve WHO gibi uluslararası kuruluşlar, sağlıklı iş tasarımı yaklaşımlarının çalışan iyilik hâlini güçlendirdiğini vurgulamaktadır (NIOSH, 2015; WHO, 2010).

5.4. Kurumsal Politika ve Programlar

Tükenmişliğin yönetiminde etkili kurumsal politikalar, çalışan destek programları, psikososyal danışmanlık hizmetleri ve esnek çalışma düzenlemelerini içermektedir. Bu tür programlar, çalışanların stresle baş etme becerilerini güçlendirmekte ve tükenmişliğin olumsuz etkilerini azaltmaktadır.

Ancak bu programların etkinliği, kurumsal kültürle uyumlu ve yönetim tarafından desteklenen bir yapıya sahip olmasına bağlıdır. Sadece kâğıt üzerinde kalan politikalar, çalışanlar üzerinde anlamlı bir etki yaratmamaktadır (EU-OSHA, 2014).

5.5. Performans Yönetimi, Kalite ve Güvenlik Entegrasyonu

Tükenmişliğin yönetimi, kalite yönetimi ve hasta güvenliği sistemleriyle entegre edilmelidir. Çalışan iyilik hâlini destekleyen kurumlarda, hasta güvenliği kültürünün daha güçlü olduğu ve hata oranlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Singer ve ark., 2003).

Bu doğrultuda, tükenmişliğe yönelik göstergelerin kurumsal performans izleme sistemlerine dahil edilmesi, erken uyarı mekanizmalarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Kurumsal yönetim açısından bu yaklaşım, çalışan sağlığı ile hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin sistematik biçimde ele alınmasını mümkün kılmaktadır.

6. Güncel Eğilimler ve Dijitalleşme: Tükenmişliğin Yönetiminde Stratejik Teknoloji Yaklaşımları

Dijitalleşme, sağlık hizmetlerinin sunum biçimini köklü biçimde dönüştürürken, sağlık çalışanlarının iş yükü, çalışma koşulları ve psikososyal iyilik hâli üzerinde de önemli etkiler yaratmaktadır. Güncel sağlık yönetimi literatüründe, dijital teknolojilerin tükenmişliğin önlenmesi ve yönetiminde stratejik bir araç olarak kullanılabileceği vurgulanmaktadır (WHO, 2022).

6.1. Dijital Sağlık Uygulamaları ve İş Yükü Yönetimi

Elektronik sağlık kayıtları (EHR), klinik karar destek sistemleri ve dijital raporlama araçları, sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmayı hedeflemektedir. Ancak bu sistemlerin kullanıcı dostu olmaması veya iş süreçleriyle uyumsuz biçimde uygulanması, çalışanlar için ek bilişsel yük oluşturarak tükenmişliği artırabilmektedir.

Bu nedenle dijital sağlık uygulamalarının, yalnızca teknolojik değil; aynı zamanda ergonomik ve örgütsel boyutları dikkate alınarak tasarlanması gerekmektedir. Kullanıcı merkezli sistem tasarımı, sağlık çalışanlarının dijital sistemlere uyumunu artırmakta ve iş yükü algısını azaltmaktadır (Carayon ve ark., 2006).

6.2. Veri Temelli Yönetim ve Erken Uyarı Sistemleri

Büyük veri analitiği ve dijital izleme sistemleri, sağlık kurumlarında çalışanlara ilişkin iş yükü, devamsızlık ve performans göstergelerinin sistematik olarak izlenmesine olanak tanımaktadır. Bu tür veri temelli yaklaşımlar, tükenmişliğin erken belirtilerinin tespit edilmesini ve önleyici müdahalelerin zamanında devreye alınmasını mümkün kılmaktadır.

Sağlık yönetimi açısından dijital karar destek sistemleri, yöneticilerin insan kaynağına ilişkin stratejik kararlar almasını kolaylaştırmaktadır. Özellikle yoğun bakım, acil servis gibi yüksek stresli birimlerde dijital izleme araçlarının kullanımı, riskli çalışma koşullarının daha etkin yönetilmesine katkı sağlamaktadır (Karsh ve ark., 2014).

6.3. Tele-sağlık ve Esnek Çalışma Modelleri

Tele-sağlık uygulamaları ve uzaktan çalışma modelleri, COVID-19 pandemisiyle birlikte sağlık sistemlerinde yaygınlaşmıştır. Bu uygulamalar, bazı sağlık çalışanları için iş-yaşam dengesini destekleyici bir rol oynarken; sınırların belirsizleşmesi nedeniyle bazı gruplarda tükenmişlik riskini de artırabilmektedir.

Stratejik yönetim perspektifinden bakıldığında, tele-sağlık uygulamalarının çalışan iyilik hâlini destekleyecek biçimde yapılandırılması önem taşımaktadır. Çalışma saatlerinin netleştirilmesi, dijital erişilebilirliğin sınırlandırılması ve

psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bu sürecin etkin yönetilmesine katkı sağlamaktadır (EU-OSHA, 2014).

6.4. Dijital Refah ve Psikososyal Destek Teknolojileri

Son yıllarda dijital refah (digital well-being) kavramı, sağlık yönetimi literatüründe giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Mobil uygulamalar, çevrim içi danışmanlık hizmetleri ve dijital farkındalık programları, sağlık çalışanlarının stres yönetimi ve psikolojik dayanıklılığını desteklemektedir.

Bu tür teknolojilerin kurumsal düzeyde uygulanması, tükenmişliğin önlenmesine yönelik tamamlayıcı bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Ancak dijital refah uygulamalarının, çalışanların gönüllü katılımını esas alan ve mahremiyet ilkelerine uygun biçimde yürütülmesi gerekmektedir (WHO, 2022).

6.5. Dijitalleşmenin Yönetimsel Riskleri ve Etik Boyut

Dijital teknolojilerin yoğun kullanımı, veri güvenliği, mahremiyet ve sürekli izlenme algısı gibi etik ve yönetimsel riskleri de beraberinde getirmektedir. Çalışanların performansının sürekli dijital araçlarla izlenmesi, güven ilişkisini zedeleyerek stres düzeylerini artırabilmektedir.

Bu nedenle sağlık kurumlarında dijitalleşme süreçleri, etik ilkeler ve çalışan katılımı temelinde yönetilmelidir. Dijital dönüşümün başarısı, teknolojinin çalışanları destekleyici bir araç olarak konumlandırılmasına ve kurumsal güven kültürüyle uyumlu biçimde uygulanmasına bağlıdır (ISO, 2018).

7. Sağlık Yönetimi Perspektifinden Tükenmişliğin Bütüncül Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, çağdaş sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu en önemli insan kaynağı ve yönetim sorunlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Bu olgu, bireysel dayanıklılık eksikliğiyle açıklanamayacak kadar karmaşık olup; örgütsel yapı, liderlik anlayışı, çalışma koşulları ve sağlık politikalarıyla doğrudan ilişkilidir. Sağlık yönetimi perspektifinden bakıldığında tükenmişlik, hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve kurumsal sürdürülebilirlik üzerinde belirleyici etkileri olan stratejik bir risk alanı olarak ele alınmalıdır (WHO, 2010).

7.1. Makro Düzey: Sağlık Politikaları ve Sistem Tasarımı

Makro düzeyde tükenmişlik, sağlık sistemlerinin finansman yapısı, insan gücü planlaması ve düzenleyici politikalarla yakından ilişkilidir. Sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısının artması, performans odaklı ödeme sistemleri ve kaynak kısıtlılığı, tükenmişliği tetikleyen yapısal faktörler arasında yer almaktadır.

Sağlık yönetimi açısından, çalışan iyilik hâlini merkeze alan politika yaklaşımlarının geliştirilmesi, sürdürülebilir sağlık sistemlerinin oluşturulmasında kritik öneme sahiptir. Uluslararası kuruluşlar, sağlıklı çalışma

ortamlarının oluşturulmasını sağlık sistemlerinin temel sorumluluklarından biri olarak tanımlamaktadır (ILO, 2011; WHO, 2022).

7.2. Mezo Düzey: Kurumsal Yönetim ve Örgütsel Yapı

Kurumsal düzeyde tükenmişlik, yönetim anlayışı, örgütsel iklim ve liderlik yaklaşımlarıyla şekillenmektedir. Katılımcı, destekleyici ve şeffaf yönetim modellerinin benimsendiği sağlık kurumlarında, çalışanların tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir.

Sağlık yöneticilerinin, tükenmişliği yalnızca bireysel bir sorun olarak değil; kurumsal performansı etkileyen bir yönetim göstergesi olarak ele alması gerekmektedir. Bu doğrultuda tükenmişlik, kalite yönetimi, hasta güvenliği ve insan kaynakları stratejileriyle entegre biçimde yönetilmelidir (Singer ve ark., 2003).

7.3. Mikro Düzey: Çalışan Deneyimi ve İş Ortamı

Mikro düzeyde tükenmişlik, bireyin iş deneyimi, algılanan destek ve iş-yaşam dengesiyle ilişkilidir. Çalışanların karar alma süreçlerine katılımı, yöneticilerden alınan geri bildirim ve psikososyal destek mekanizmaları, tükenmişliğin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır.

Sağlık yönetimi bakış açısıyla, çalışan deneyimini iyileştirmeye yönelik uygulamalar, bireysel iyilik hâlinin ötesinde kurumsal başarıyı da desteklemektedir. Bu yaklaşım, çalışan sağlığı ile hizmet kalitesi arasındaki güçlü ilişkinin bir yansımasıdır (Gershon ve ark., 2007).

7.4. Entegre Yönetim Yaklaşımı ve Stratejik Öneriler

Tükenmişliğin etkin yönetimi, makro, mezo ve mikro düzeylerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını gerektirmektedir. Sağlık yönetimi perspektifinde başarılı uygulamalar, liderlik desteği, veri temelli karar alma, dijital teknolojilerin stratejik kullanımı ve kurumsal kültürün güçlendirilmesini birlikte içermektedir.

Bu bağlamda, tükenmişlik yönetimi sağlık kurumları için bir maliyet unsuru değil; uzun vadeli bir yatırım olarak değerlendirilmelidir. Çalışan iyilik hâline yapılan yatırımlar, hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve kurumsal itibar üzerinde olumlu geri dönüşler sağlamaktadır (WHO, 2010).

8. Sonuç ve Öneriler

Bu kitap bölümünde, sağlık çalışanlarında tükenmişlik olgusu; kavramsal çerçeve, kurumsal sonuçlar, yönetim yaklaşımları ve dijitalleşme ekseninde sağlık yönetimi perspektifinden bütüncül olarak ele alınmıştır. Bulgular, tükenmişliğin yalnızca bireysel bir sorun değil; hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve kurumsal sürdürülebilirlik üzerinde belirleyici etkileri olan stratejik bir yönetim alanı olduğunu göstermektedir.

Sağlık kurumlarında tükenmişliğin etkin biçimde yönetilebilmesi için, çalışan iyilik hâlinin kurumsal stratejilerin merkezine yerleştirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, üst yönetim liderliğinin güçlendirilmesi, insan kaynakları politikalarının iş yükü dengesi ve adil iş tasarımı ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması önem taşımaktadır. Ayrıca, kalite yönetimi ve hasta güvenliği sistemlerinin çalışan sağlığıyla entegre edilmesi, sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumu açısından kritik bir gerekliliktir.

Dijitalleşme ve veri temelli yönetim uygulamaları, tükenmişliğin erken dönemde tanımlanması ve önleyici müdahalelerin geliştirilmesi için önemli fırsatlar sunmaktadır. Ancak bu süreçlerin, etik ilkeler ve çalışan katılımı temelinde yönetilmesi, dijital teknolojilerin destekleyici bir araç olarak konumlandırılmasını zorunlu kılmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık yönetimi bakış açısıyla tükenmişlik, maliyet yaratan bir sorun değil; insan kaynağına yapılan stratejik bir yatırım alanı olarak değerlendirilmelidir. Çalışan sağlığını önceleyen bütüncül yönetim yaklaşımları, hem sağlık çalışanlarının iyilik hâlini hem de sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenliğini güçlendirecektir.

9. Kaynakça

- Brotheridge, C. M., & 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>
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Flatley Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Clarke, S. (2013). Safety leadership: A meta-analytic review of transformational and transactional leadership styles as antecedents of safety behaviours. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(1), 22–49. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2012.02064.x>
- EU-OSHA. (2014). *Psychosocial risks in healthcare and social services*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., & Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(5), 560–568. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31805d8d4c>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O’Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 6(2), e011409. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011409>
- International Labour Organization (ILO). (2011). *Safety and health at the heart of decent work*. Geneva: ILO.
- International Organization for Standardization (ISO). (2018). *ISO 45001: Occupational health and safety management systems – Requirements with guidance for use*. Geneva: ISO.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Karsh, B. T., Waterson, P., & Holden, R. J. (2014). Crossing levels in systems ergonomics: A framework to support “mesoergonomic” inquiry. *Applied Ergonomics*, 45(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.009>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331–339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout*. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351–357). San Diego, CA: Academic Press.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2015). *Occupational health and safety in hospitals*. Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K., & Park, K. C. (2003). The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 112–118. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.112>
- World Health Organization (WHO). (2010). *Healthy workplaces: A model for action*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Health worker occupational health and safety*. Geneva: WHO.

BÖLÜM 5

Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi: Yönetimsel Yaklaşımlar ve Güncel Eğilimler

Osman Gültepe¹

¹ Öğr. Gör., Haliç Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, Büyük Veri Analistliği Programı,
Orcid: 0000-0001-5088-0585

1. Giriş

Sağlık kurumları, sundukları hizmetlerin niteliği gereği yüksek riskli çalışma ortamları arasında yer almaktadır. Tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin kesintisiz biçimde yürütülmesi; yoğun insan etkileşimi, zaman baskısı ve ileri teknoloji kullanımını beraberinde getirmekte, bu durum sağlık çalışanlarını çok boyutlu iş sağlığı ve güvenliği (İSG) riskleriyle karşı karşıya bırakmaktadır (Alli, 2008; ILO, 2011).

İş sağlığı ve güvenliği, çalışanların işin yürütümü sırasında maruz kalabilecekleri tehlikelerden korunmasını ve sağlıklı bir çalışma ortamının sürdürülebilirliğini amaçlayan sistematik bir yaklaşımı ifade etmektedir. Sağlık sektörü, biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal risklerin aynı anda bulunduğu karmaşık yapısı nedeniyle, İSG açısından özel bir konuma sahiptir (WHO, 2010).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mesleki riskler yalnızca iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla sınırlı değildir. Güvensiz çalışma koşulları, çalışan performansını ve ruhsal iyilik hâlini olumsuz etkilemekte; bunun yanı sıra hizmet kalitesi ve hasta güvenliği üzerinde de doğrudan sonuçlar doğurmaktadır. Literatürde, çalışan güvenliği ile hasta güvenliği arasında güçlü bir ilişki olduğu ve bu iki alanın birbirinden bağımsız ele alınamayacağı vurgulanmaktadır (Carayon ve ark., 2006; Kohn ve ark., 2000).

Sağlık hizmetlerinde hataya toleransın düşük olması, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını yönetsel açıdan daha da kritik hâle getirmektedir. İnsan hatası, çoğu zaman bireysel bir sorun olarak algılansa da, çağdaş yaklaşımlar hataların büyük ölçüde örgütsel ve sistemsel faktörlerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır (Reason, 2000). Bu bağlamda, İSG'nin yalnızca bireysel önlemlerle değil; kurumsal politika, liderlik ve örgütsel kültür ile desteklenmesi gerektiği kabul edilmektedir (Cooper, 2000).

Sağlık yönetimi perspektifinden bakıldığında, iş sağlığı ve güvenliği yalnızca mevzuata uyum sağlama amacı taşıyan teknik bir alan değil; kurumsal performansın, hizmet kalitesinin ve sürdürülebilirliğin önemli bir bileşenidir. Güçlü bir güvenlik kültürünün oluşturulması, çalışanların güvenli davranışları benimsemesini ve riskleri bildirmeye istekli olmasını sağlamaktadır (Zohar, 1980; Zohar & Luria, 2005).

Uluslararası standartlar ve rehberler, sağlık kurumlarında İSG'nin sistematik bir yönetim yaklaşımıyla ele alınmasını önermektedir. ISO 45001 standardı, risk temelli yaklaşımı esas alarak iş sağlığı ve güvenliğinin kurumun genel yönetim süreçleriyle bütünleştirilmesini hedeflemektedir (ISO, 2018). Benzer şekilde, hasta ve çalışan güvenliğinin birlikte ele alınması gerektiği uluslararası kuruluşlar tarafından vurgulanmaktadır (The Joint Commission, 2012; WHO, 2022).

Bu kitap bölümünün amacı, sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği yönetimini sağlık yönetimi bakış açısıyla ele almak; sağlık çalışanlarına yönelik riskleri kavramsal ve yönetsel bir çerçevede değerlendirmek ve güncel yaklaşımlar doğrultusunda sağlık yöneticilerine yönelik bütüncül bir perspektif sunmaktır.

2. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliğinin Kavramsal Çerçevesi

İş sağlığı ve güvenliği (İSG), çalışanların işin yürütümü sırasında maruz kalabilecekleri tehlikelerden korunmasını ve sağlıklı bir çalışma ortamının sürdürülebilirliğini amaçlayan sistematik bir yaklaşımı ifade etmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, İSG'yi yalnızca iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesiyle sınırlı olmayan; örgütsel, teknik ve yönetsel bileşenleri kapsayan bütüncül bir alan olarak tanımlamaktadır (Alli, 2008; ILO, 2011).

Sağlık kurumlarında İSG, hizmet sunumunun doğası gereği yalnızca çalışan sağlığını değil; hasta güvenliğini ve hizmet kalitesini de doğrudan etkilemektedir. Bu yönüyle İSG, sağlık hizmetlerinin güvenli ve sürdürülebilir biçimde sunulmasının temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2010).

2.1. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliğinin Özgün Yapısı

Sağlık kurumları, biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal risklerin aynı çalışma ortamında bir arada bulunduğu karmaşık yapılardır. Tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin kesintisiz biçimde yürütülmesi; yoğun insan etkileşimi, ileri teknoloji kullanımı ve hata toleransının düşük olması gibi özellikler, sağlık kurumlarını yüksek riskli işyerleri arasında konumlandırmaktadır (WHO, 2022).

Sanayi sektörleriyle karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinde risklerin doğrudan insan yaşamı ile ilişkili olması, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önemini artırmaktadır. Bu durum, sağlık kurumlarında İSG'nin yalnızca bireysel koruyucu önlemlerle değil; kurumsal politika, yönetim yaklaşımı ve örgütsel kültür ile desteklenmesini zorunlu kılmaktadır (ILO, 2011).

Ayrıca sağlık kurumlarında çalışan güvenliği ile hasta güvenliği arasında güçlü bir etkileşim bulunmaktadır. Çalışanların güvensiz koşullarda hizmet sunması, hata yapma olasılığını artırmakta ve hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle çağdaş sağlık yönetimi literatüründe, çalışan güvenliği hasta güvenliğinin ön koşulu olarak ele alınmaktadır (Carayon ve ark., 2006; Kohn ve ark., 2000).

2.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Risk Türleri

Sağlık kurumlarında İSG riskleri çok boyutlu bir yapı göstermekte ve farklı risk türlerinin eş zamanlı olarak yönetilmesini gerektirmektedir. Bu riskler,

çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilediği gibi, kurumsal performans üzerinde de belirleyici olmaktadır.

2.2.1. Biyolojik Riskler

Biyolojik riskler, sağlık çalışanlarının en sık maruz kaldığı mesleki tehlikeler arasında yer almaktadır. Kan ve vücut sıvılarıyla temas, solunum yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve kesici-delici alet yaralanmaları sağlık çalışanları açısından ciddi riskler oluşturmaktadır (WHO, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarının kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar açısından genel nüfusa kıyasla daha yüksek risk altında olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle biyolojik risklerin yönetimi, enfeksiyon kontrol programları ve kurumsal önlemlerle desteklenmelidir (WHO, 2022).

2.2.2. Fiziksel Riskler

Radyasyon, gürültü, yetersiz aydınlatma ve uygun olmayan sıcaklık koşulları sağlık çalışanlarının maruz kaldığı temel fiziksel risklerdir. Özellikle radyoloji, ameliyathane ve yoğun bakım gibi birimlerde çalışan personel için bu riskler daha belirgin hâle gelmektedir (NIOSH, 2015).

Fiziksel risklere uzun süreli maruziyetin çalışan performansını düşürdüğü ve iş kazası olasılığını artırdığı bildirilmektedir (ILO, 2011).

2.2.3. Kimyasal Riskler

Sağlık kurumlarında kullanılan dezenfektanlar, sterilizasyon maddeleri, sitotoksik ilaçlar ve anestezi gazları, kimyasal risklerin başlıca kaynaklarıdır. Kimyasal maddelere maruziyet, solunum sistemi sorunları ve uzun vadeli sağlık etkileriyle ilişkilendirilmektedir (NIOSH, 2015).

Bu risklerin yönetimi, güvenli depolama, uygun havalandırma ve çalışan eğitimleri ile desteklenmelidir.

2.2.4. Ergonomik Riskler

Hasta taşıma, uzun süre ayakta çalışma ve tekrarlayıcı hareketler, sağlık çalışanlarında kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının temel nedenleri arasında yer almaktadır. Ergonomik riskler, özellikle hemşireler ve ebeler için önemli bir mesleki sağlık sorunu oluşturmaktadır (Smith & Leggat, 2005).

Ergonomik düzenlemelerin yetersiz olduğu sağlık kurumlarında, çalışan devamsızlığının ve iş gücü kayıplarının arttığı bildirilmektedir (ILO, 2011).

2.2.5. Psikososyal Riskler

Psikososyal riskler, sağlık sektöründe giderek artan bir önem kazanmıştır. İş yükü fazlalığı, vardiyalı çalışma, duygusal emek ve tükenmişlik, sağlık çalışanlarının ruhsal iyilik hâlini olumsuz etkilemektedir (Leiter & Maslach, 2009).

Psikososyal risklerin etkin biçimde yönetilemediği sağlık kurumlarında, çalışan memnuniyetinin ve hizmet kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (WHO, 2022).

3. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi

Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği (İSG) yönetimi, çalışanların maruz kaldığı çok boyutlu risklerin sistematik biçimde tanımlanmasını, değerlendirilmesini ve kontrol altına alınmasını amaçlayan yönetsel bir süreçtir. Bu süreç, yalnızca yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesini değil; aynı zamanda hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve kurumsal sürdürülebilirlik hedeflerinin desteklenmesini de kapsamaktadır (Alli, 2008; WHO, 2010).

Güncel sağlık yönetimi yaklaşımları, İSG'yi bireysel önlemlerden ziyade kurumsal politika ve yönetim sistemi düzeyinde ele almaktadır. Özellikle yüksek riskli çalışma ortamlarına sahip sağlık kurumlarında, etkili bir İSG yönetimi, örgütsel performansın temel belirleyicilerinden biri olarak değerlendirilmektedir (ILO, 2011).

3.1. Yönetimsel Yaklaşımın Önemi

İSG uygulamalarının etkinliği, büyük ölçüde sağlık kurumunun benimsediği yönetim anlayışıyla ilişkilidir. Yönetim tarafından desteklenmeyen, stratejik hedeflerle ilişkilendirilmeyen güvenlik uygulamaları, sürdürülebilir bir güvenlik performansı sağlamamaktadır. Bu durum, İSG'nin kurumsal düzeyde sahiplenilmesini zorunlu kılmaktadır (Neal ve ark., 2000).

Sağlık kurumlarında yönetimsel yaklaşım, risklerin yalnızca teknik önlemlerle değil; politika, prosedür ve organizasyonel yapı yoluyla kontrol altına alınmasını gerektirmektedir. Güvenli çalışma ortamının oluşturulması, yöneticilerin karar alma süreçlerinde çalışan sağlığını önceliklendirmesiyle mümkün olmaktadır (ILO, 2011).

Ayrıca yönetimsel yaklaşımın güçlü olduğu kurumlarda, çalışanların güvenlik kurallarına uyum düzeyinin arttığı ve iş kazalarının daha etkin biçimde önlemediği bildirilmektedir (Mearns ve ark., 2003).

3.2. Üst Yönetim Liderliği ve Güvenlik Kültürü

Üst yönetimin İSG'ye yönelik tutumu, sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün oluşmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Liderlik desteği, çalışanların güvenlik algısını şekillendirmekte ve güvenli davranışların yaygınlaşmasını sağlamaktadır (Zohar & Luria, 2005).

Güvenlik kültürü, kurum genelinde paylaşılan değerler, inançlar ve tutumlar yoluyla şekillenmektedir. Üst yönetimin güvenliği öncelik olarak vurgulaması, çalışanların güvenli davranışlara yönelik motivasyonunu artırmaktadır (Cooper, 2000).

Araştırmalar, liderlik davranışlarının güvenlik iklimi üzerinde doğrudan etkili olduğunu ve güçlü liderlik desteğinin iş kazalarını azaltmada önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (Clarke, 2013; Singer ve ark., 2003).

3.3. İSG Yönetim Sistemleri ve Kurumsal Entegrasyon

Sağlık kurumlarında İSG yönetiminin etkinliği, sistematik bir yönetim modeli benimsenmesine bağlıdır. Bu bağlamda ISO 45001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi, risk temelli yaklaşımın kurumsal düzeyde uygulanmasını destekleyen önemli bir çerçeve sunmaktadır (ISO, 2018).

ISO 45001, tehlikelerin belirlenmesi, risklerin değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirme süreçlerini kapsayan döngüsel bir yapı öngörmektedir. Sağlık kurumlarında bu sistemin uygulanması, yalnızca çalışan güvenliğini değil; aynı zamanda kurumsal verimliliği ve hizmet kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (ISO, 2018).

İSG yönetim sistemlerinin kalite yönetimi ve hasta güvenliği uygulamalarıyla entegre edilmesi, sağlık kurumlarında bütüncül bir yönetim anlayışının benimsenmesini sağlamaktadır. Hasta güvenliği ve çalışan güvenliği arasındaki güçlü ilişki, bu entegrasyonu zorunlu kılmaktadır (Carayon ve ark., 2006; Kohn ve ark., 2000).

3.4. Örgütsel İklim, Çalışan Katılımı ve İSG Performansı

Örgütsel iklim, çalışanların iş ortamına ilişkin algılarını yansıtmakta ve İSG uygulamalarının başarısını doğrudan etkilemektedir. Olumlu bir örgütsel iklimin, çalışanların güvenlik kurallarına uyumunu ve risk bildirim davranışlarını artırdığı bildirilmektedir (Neal ve ark., 2000).

Çalışan katılımı, İSG yönetiminin temel unsurlarından biridir. Sağlık çalışanlarının risk değerlendirme süreçlerine dâhil edilmesi, sahada karşılaşılan tehlikelerin daha doğru biçimde tanımlanmasını sağlamaktadır (ILO, 2011).

Ayrıca çalışanların karar alma süreçlerine katılımının, güvenlik kültürünü güçlendirdiği ve iş kazalarının önlenmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Zohar, 1980; Mearns ve ark., 2003).

4. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları

Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamaları, çalışanların maruz kaldığı mesleki risklerin belirlenmesi, önlenmesi ve kontrol altına alınmasını amaçlayan planlı ve sistematik faaliyetlerden oluşmaktadır. Bu uygulamalar, yalnızca yasal uyumun sağlanmasıyla sınırlı olmayıp; çalışan sağlığının korunması, hasta güvenliğinin artırılması ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği açısından kritik bir öneme sahiptir (Alli, 2008; WHO, 2010).

Etkili İSG uygulamaları, risklerin kaynağında önlenmesine odaklanan proaktif bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında

uygulamaya geçirilen her İSG faaliyeti, kurumsal yönetim anlayışı ve örgütsel yapı ile uyumlu biçimde yürütülmelidir (ILO, 2011).

4.1. Risk Değerlendirmesi ve Tehlike Tanımlama

Risk değerlendirme, sağlık kurumlarında İSG yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Çalışanların maruz kaldığı tehlikelerin sistematik biçimde tanımlanması ve risk düzeylerinin belirlenmesi, önleyici stratejilerin geliştirilmesine olanak tanımaktadır (ISO, 2018).

Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsayacak şekilde çok boyutlu olarak ele alınmalıdır. Bu süreçte, çalışan görüşlerinin alınması ve saha gözlemlerinin değerlendirilmesi, risklerin daha doğru biçimde belirlenmesini sağlamaktadır (ILO, 2011).

Risk değerlendirme sonuçlarının düzenli aralıklarla güncellenmesi, sağlık hizmetlerinin dinamik yapısı göz önünde bulundurulduğunda büyük önem taşımaktadır. Özellikle yeni teknoloji ve ekipman kullanımının artması, risk profillerinin yeniden ele alınmasını gerektirmektedir (NIOSH, 2015).

4.2. Eğitim, Bilgilendirme ve Farkındalık Çalışmaları

Eğitim faaliyetleri, sağlık kurumlarında İSG uygulamalarının etkinliğini artıran temel unsurlar arasında yer almaktadır. Çalışanların mesleki riskler, güvenli çalışma yöntemleri ve acil durum prosedürleri hakkında bilgilendirilmesi, iş kazalarının önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Alli, 2008).

Sağlık çalışanlarına yönelik İSG eğitimlerinin süreklilik göstermesi ve çalışma koşullarına özgü olarak planlanması gerekmektedir. Eğitimlerin yalnızca teorik bilgiyle sınırlı kalmaması; uygulamalı eğitim ve tatbikatlarla desteklenmesi önerilmektedir (WHO, 2010).

Ayrıca yeni işe başlayan çalışanlar için oryantasyon programlarının İSG bileşenlerini içermesi, güvenli davranışların erken dönemde benimsenmesine katkı sağlamaktadır (ILO, 2011).

4.3. İzleme, Denetim ve Sürekli İyileştirme

İSG uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi, düzenli izleme ve denetim faaliyetleriyle mümkün olmaktadır. Sağlık kurumlarında yapılan iç denetimler, risklerin kontrol altına alınma düzeyini ve uygulamaların yeterliliğini ortaya koymaktadır (ISO, 2018).

Denetim süreçleri, yalnızca eksikliklerin tespit edilmesini değil; aynı zamanda iyi uygulamaların yaygınlaştırılmasını da desteklemektedir. Bu yaklaşım, sürekli iyileştirme anlayışının kurumsal düzeyde benimsenmesine katkı sağlamaktadır (ISO, 2018).

Sürekli iyileştirme döngüsü, çalışan geri bildirimlerinin dikkate alınması ve performans göstergelerinin düzenli olarak izlenmesiyle güçlendirilmektedir. Bu süreç, sağlık kurumlarında İSG performansının uzun vadede artırılmasını hedeflemektedir (Mearns ve ark., 2003).

4.4. Olay Bildirimi ve Öğrenen Organizasyon Yaklaşımı

Sağlık kurumlarında iş kazaları, ramak kala olaylar ve mesleki maruziyetlerin etkin biçimde raporlanması, önleyici stratejilerin geliştirilmesinde önemli bir araçtır. Olay bildirim sistemleri, risklerin görünür hâle gelmesini sağlamaktadır (Reason, 2000).

Cezalandırıcı olmayan bir bildirim kültürünün oluşturulması, çalışanların olayları bildirme isteğini artırmaktadır. Bu yaklaşım, güvenlik kültürünün gelişmesine ve öğrenen organizasyon anlayışının benimsenmesine katkı sağlamaktadır (Singer ve ark., 2003).

Olay bildirimlerinden elde edilen verilerin analiz edilmesi, sistem kaynaklı hataların belirlenmesini ve tekrarının önlenmesini sağlamaktadır (Reason, 2000).

5. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliğinin Çalışan ve Kurumsal Sonuçları

Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamalarının etkinliği, yalnızca iş kazalarının ve meslek hastalıklarının azaltılmasıyla sınırlı değildir. İSG, çalışan sağlığı, örgütsel performans, hizmet kalitesi ve hasta güvenliği üzerinde çok boyutlu etkiler yaratan stratejik bir yönetim alanı olarak değerlendirilmektedir (Alli, 2008; WHO, 2010).

Etkili biçimde yürütülen İSG uygulamaları, çalışanların fiziksel ve ruhsal iyilik hâlini desteklemekte; bu durum, kurumsal bağlılık ve iş doyumunun artmasına katkı sağlamaktadır. Sağlık yönetimi literatüründe, çalışan güvenliği ile kurumsal performans arasındaki ilişkinin güçlü olduğu vurgulanmaktadır (ILO, 2011).

5.1. Çalışan Sağlığı ve İyi Oluş Üzerindeki Etkiler

Sağlık kurumlarında güvenli çalışma ortamlarının oluşturulması, çalışanların fiziksel sağlığının korunmasında temel bir rol oynamaktadır. Biyolojik, kimyasal ve ergonomik risklerin etkin biçimde yönetilmesi, meslek hastalıklarının ve uzun süreli iş gücü kayıplarının önlenmesine katkı sağlamaktadır (NIOSH, 2015; Smith & Leggat, 2005).

Bunun yanı sıra İSG uygulamaları, çalışanların ruhsal iyilik hâlini de doğrudan etkilemektedir. Psikososyal risklerin azaltılmasına yönelik kurumsal

önlemler, tükenmişlik düzeylerinin düşürülmesi ve iş doyumunun artırılması açısından önem taşımaktadır (Leiter & Maslach, 2009; EU-OSHA, 2014).

Sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissettikleri çalışma ortamlarında, stres düzeylerinin daha düşük olduğu ve işten ayrılma niyetlerinin azaldığı bildirilmektedir (Gershon ve ark., 2007).

5.2. Örgütsel Performans ve Verimlilik Üzerindeki Etkiler

İSG uygulamalarının etkin biçimde yürütülmesi, sağlık kurumlarında örgütsel performansın artırılmasına katkı sağlamaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıklarının azalması, devamsızlık oranlarının düşmesine ve iş gücü sürekliliğinin sağlanmasına olanak tanımaktadır (ILO, 2011).

Ayrıca güvenli çalışma ortamları, çalışanların işe odaklanmasını kolaylaştırmakta ve hata yapma olasılığını azaltmaktadır. Bu durum, hizmet sunum süreçlerinin daha verimli ve etkin biçimde yürütülmesini desteklemektedir (Reason, 2000).

Araştırmalar, olumlu örgütsel iklim ve güçlü güvenlik kültürüne sahip sağlık kurumlarında, çalışan performansının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Neal ve ark., 2000; Mearns ve ark., 2003).

5.3. Hasta Güvenliği ve Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkiler

Sağlık kurumlarında çalışan güvenliği ile hasta güvenliği arasında güçlü ve çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Çalışanların güvensiz koşullarda hizmet sunması, tıbbi hataların artmasına ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesine yol açabilmektedir (Kohn ve ark., 2000).

İSG uygulamalarının etkin olduğu kurumlarda, hata bildirim sistemlerinin daha işlevsel olduğu ve öğrenen organizasyon yaklaşımının daha yaygın biçimde benimsendiği bildirilmektedir (Singer ve ark., 2003; Reason, 2000).

Bu bağlamda İSG, yalnızca çalışan sağlığını koruyan bir araç değil; aynı zamanda hasta güvenliği ve hizmet kalitesinin artırılmasını destekleyen stratejik bir yönetim unsuru olarak değerlendirilmektedir (Carayon ve ark., 2006).

5.4. Kurumsal İtibar ve Sürdürülebilirlik

İSG uygulamalarının etkinliği, sağlık kurumlarının kurumsal itibarı ve sürdürülebilirliği üzerinde de belirleyici olmaktadır. Güvenli çalışma ortamları sunan kurumlar, çalışanlar ve hizmet alan bireyler tarafından daha güvenilir olarak algılanmaktadır (WHO, 2010).

Kurumsal sürdürülebilirlik açısından İSG, insan kaynağının korunması ve geliştirilmesiyle doğrudan ilişkilidir. Çalışan sağlığını önceleyen kurumlar, uzun vadede hizmet kalitesini koruyabilmekte ve rekabet avantajı elde edebilmektedir (Sorensen ve ark., 2013).

6. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliğinde Güncel Eğilimler ve Dijitalleşme

Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamaları, değişen çalışma koşulları, teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerinin karmaşıklaşmasıyla birlikte önemli bir dönüşüm sürecinden geçmektedir. Güncel eğilimler, İSG'nin yalnızca mevzuata uyum temelinde değil; veri temelli, proaktif ve bütüncül bir yönetim anlayışıyla ele alınmasını zorunlu kılmaktadır (WHO, 2022).

Özellikle dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, İSG yönetiminde yeni fırsatlar ve aynı zamanda yeni risk alanları ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda sağlık yönetimi literatürü, dijitalleşmenin İSG uygulamalarına stratejik bir perspektifle dâhil edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (ISO, 2018).

6.1. Risk Temelli ve Proaktif İSG Yaklaşımları

Güncel İSG yaklaşımlarında, reaktif uygulamaların yerini risk temelli ve önleyici stratejiler almaktadır. Sağlık kurumlarında iş kazaları ve meslek hastalıkları meydana gelmeden önce risklerin tanımlanması ve kontrol altına alınması, çağdaş İSG yönetiminin temel hedefleri arasında yer almaktadır (Alli, 2008).

ISO 45001 standardı, bu yaklaşımı destekleyen önemli bir çerçeve sunmakta ve risk değerlendirmesinin kurumsal karar alma süreçlerine entegre edilmesini öngörmektedir (ISO, 2018). Sağlık kurumlarında risk temelli yaklaşımın benimsenmesi, kaynakların daha etkin kullanılmasını ve önleyici uygulamaların güçlendirilmesini sağlamaktadır.

Ayrıca proaktif İSG yönetimi, ramak kala olayların ve çalışan geri bildirimlerinin sistematik biçimde analiz edilmesini gerektirmektedir. Bu yaklaşım, öğrenen organizasyon anlayışının yaygınlaşmasına katkı sağlamaktadır (Reason, 2000).

6.2. Dijital Teknolojilerin İSG Yönetiminde Kullanımı

Dijitalleşme, sağlık kurumlarında İSG uygulamalarının izlenmesi ve değerlendirilmesinde önemli bir araç hâline gelmiştir. Elektronik olay bildirim sistemleri, risk analiz yazılımları ve dijital denetim araçları, İSG süreçlerinin daha şeffaf ve izlenebilir olmasını sağlamaktadır (ISO, 2018).

Dijital sistemler sayesinde iş kazaları, mesleki maruziyetler ve ramak kala olaylar daha hızlı raporlanabilmekte ve veriye dayalı analizler gerçekleştirilebilmektedir. Bu durum, yöneticilerin daha bilinçli ve zamanında karar almasına olanak tanımaktadır (Reason, 2000).

Ancak dijitalleşme süreci, ergonomik ve psikososyal risklerin de yeniden değerlendirilmesini gerektirmektedir. Özellikle dijital sistemlere aşırı bağımlılık, iş yükü algısını ve bilişsel zorlanmayı artırabilmektedir (EU-OSHA, 2014).

6.3. Psikososyal Risklerin Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar

Güncel İSG eğilimleri, psikososyal risklerin yönetimine daha fazla önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, stres ve duygusal yüklenme, özellikle pandemi sonrası dönemde daha görünür hâle gelmiştir (WHO, 2022).

Psikososyal risklerin yönetimi, yalnızca bireysel destek programlarıyla sınırlı kalmamalı; örgütsel düzeyde iş yükü düzenlemeleri, liderlik desteği ve çalışan katılımını içeren politikalarla desteklenmelidir (Leiter & Maslach, 2009).

Bu bağlamda olumlu örgütsel iklim ve güçlü güvenlik kültürü, psikososyal risklerin azaltılmasında etkili araçlar olarak öne çıkmaktadır (Zohar & Luria, 2005; Cooper, 2000).

6.4. Entegre Yaklaşımlar ve Sürdürülebilir İSG Yönetimi

Güncel eğilimler, İSG'nin diğer kurumsal sistemlerle entegre biçimde yönetilmesini ön plana çıkarmaktadır. Çalışan sağlığını koruma ve geliştirme yaklaşımlarının bir arada ele alınması, sağlık kurumlarında sürdürülebilir İSG yönetimini desteklemektedir (Sorensen ve ark., 2013).

Entegre yaklaşımlar, İSG uygulamalarının kalite yönetimi, hasta güvenliği ve insan kaynakları politikalarıyla uyumlu hâle getirilmesini gerektirmektedir. Bu durum, kurumsal performansın artırılmasına ve güvenli hizmet sunumunun sürekliliğine katkı sağlamaktadır (Carayon ve ark., 2006).

7. Sağlık Yönetimi Perspektifinden İş Sağlığı ve Güvenliği

İş sağlığı ve güvenliği, sağlık yönetimi disipliniinde yalnızca operasyonel bir zorunluluk değil; kurumsal performans, hizmet kalitesi ve sürdürülebilirlik ile doğrudan ilişkili stratejik bir yönetim alanı olarak değerlendirilmektedir. Sağlık kurumlarının emek yoğun yapısı ve yüksek risk içeren hizmet süreçleri, İSG'nin yönetsel karar alma mekanizmalarının ayrılmaz bir parçası hâline gelmesini zorunlu kılmaktadır (Alli, 2008; WHO, 2022).

Sağlık yöneticileri açısından İSG, yalnızca çalışanları korumaya yönelik teknik önlemler bütünü değil; insan kaynaklarının etkin kullanımı, hasta güvenliği ve kurumsal itibarın korunması açısından kritik bir yatırım alanıdır (The Joint Commission, 2012).

7.1. İSG ve Kurumsal Performans İlişkisi

Sağlık kurumlarında güvenli çalışma ortamlarının oluşturulması, çalışan memnuniyetini ve örgütsel bağlılığı artırmakta; bu durum doğrudan hizmet kalitesine yansımaktadır. Literatürde, güçlü güvenlik uygulamalarına sahip

kurumlarda iş kazalarının, devamsızlık oranlarının ve çalışan devir hızının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Gershon ve ark., 2007; Leiter & Maslach, 2009).

Kurumsal performans açısından bakıldığında, İSG uygulamaları maliyet artırıcı bir unsurdan ziyade uzun vadede verimliliği ve hizmet sürekliliğini destekleyen bir faktör olarak ele alınmalıdır. İş kazaları ve meslek hastalıklarının azaltılması, dolaylı maliyetlerin düşürülmesine ve insan kaynağının korunmasına katkı sağlamaktadır (NIOSH, 2015).

7.2. Çalışan Güvenliği ve Hasta Güvenliği Arasındaki Etkileşim

Çalışan güvenliği ile hasta güvenliği arasında güçlü ve karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Güvensiz çalışma koşulları, çalışan hatalarını ve dolayısıyla tıbbi hata riskini artırmaktadır. Bu durum, hasta güvenliği üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Kohn ve ark., 2000).

Sağlık yönetimi literatürü, hasta güvenliğini artırmaya yönelik girişimlerin çalışan güvenliği politikalarıyla bütünleşik biçimde ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. SEIPS modeli gibi sistem yaklaşımları, çalışanların içinde bulunduğu çalışma koşullarının hasta güvenliği çıktıları üzerindeki etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır (Carayon ve ark., 2006).

Bu bağlamda, İSG uygulamalarının kalite yönetimi ve hasta güvenliği programlarıyla entegre edilmesi, sağlık kurumlarında bütüncül bir güvenlik anlayışının oluşmasını desteklemektedir (The Joint Commission, 2012).

7.3. Yönetimsel Karar Alma Süreçlerinde İSG'nin Yeri

Sağlık yöneticilerinin stratejik ve operasyonel kararları, İSG uygulamalarının etkinliğini doğrudan etkilemektedir. Kaynak tahsisi, iş yükü planlaması, personel sayısı ve çalışma düzenleri gibi yönetsel kararlar, çalışanların maruz kaldığı risk düzeyini belirleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır (Karsh ve ark., 2014).

İSG'nin karar alma süreçlerine sistematik biçimde entegre edilmesi, risklerin daha erken aşamada tanımlanmasına ve önleyici müdahalelerin geliştirilmesine olanak tanımaktadır. Bu yaklaşım, reaktif yönetim anlayışından uzaklaşarak proaktif ve öğrenmeye dayalı bir kurumsal yapı oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (Reason, 2000).

7.4. Güvenlik Kültürü, Liderlik ve Yönetici Sorumluluğu

Sağlık yöneticilerinin liderlik yaklaşımları, kurumlarda güvenlik kültürünün oluşmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Yönetimin güvenliğe verdiği önem, çalışanların güvenli davranışları benimsemesini ve risk bildirimine daha açık olmasını sağlamaktadır (Zohar, 1980; Zohar & Luria, 2005).

Araştırmalar, dönüşümcü liderlik özellikleri sergileyen yöneticilerin bulunduğu kurumlarda güvenlik ikliminin daha olumlu olduğunu göstermektedir (Clarke, 2013). Bu bağlamda sağlık yöneticilerinin, cezalandırıcı yaklaşımlar

yerine öğrenmeyi teşvik eden ve hatalardan ders çıkarılmasını destekleyen bir liderlik anlayışı benimsemesi önem taşımaktadır.

7.5. Sağlık Yöneticilerine Yönelik Stratejik Çıkarımlar

Sağlık yönetimi perspektifinden bakıldığında, İSG uygulamalarının başarısı büyük ölçüde yöneticilerin konuya bakış açısı ve kurumsal önceliklendirme düzeyiyle ilişkilidir. İSG'yi yalnızca yasal bir yükümlülük olarak gören kurumlarda güvenlik uygulamalarının sürdürülebilirliği sınırlı kalmaktadır (ILO, 2011).

Buna karşılık, İSG'yi stratejik bir yönetim alanı olarak ele alan sağlık kurumları; çalışan sağlığını korumanın yanı sıra hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve kurumsal itibar açısından da önemli kazanımlar elde etmektedir (WHO, 2010; WHO, 2022).

8. Sonuç ve Öneriler

Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği yönetimi, yalnızca yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesini amaçlayan teknik bir süreç değil; çalışan sağlığı, hasta güvenliği ve kurumsal performans ile doğrudan ilişkili stratejik bir yönetim alanıdır. Sağlık hizmetlerinin yüksek risk içeren ve emek yoğun yapısı, İSG'nin reaktif uygulamalarla değil; önleyici, sistematik ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Bu kitap bölümünde ele alınan kavramsal ve yönetsel çerçeve, sağlık kurumlarında İSG uygulamalarının etkinliğinin büyük ölçüde yönetsel yaklaşım, liderlik anlayışı ve güvenlik kültürü ile belirlendiğini ortaya koymaktadır. Güvenliği kurumsal öncelik hâline getiren sağlık kuruluşlarında, iş kazalarının ve mesleki risklerin azaldığı; çalışan memnuniyeti, hizmet kalitesi ve hasta güvenliğinin ise güçlendiği görülmektedir.

Sağlık yönetimi perspektifinden bakıldığında, çalışan güvenliği ile hasta güvenliği arasında güçlü ve ayrılmaz bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle İSG uygulamalarının kalite yönetimi ve hasta güvenliği programlarıyla entegre biçimde yürütülmesi, sağlık kurumlarında sürdürülebilir güvenlik anlayışının temelini oluşturmaktadır.

Öneriler

Bu değerlendirmeler doğrultusunda sağlık kurumları için aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

1. **İSG'nin stratejik yönetime entegrasyonu:**
İş sağlığı ve güvenliği hedefleri, sağlık kurumlarının stratejik planları ve performans göstergeleriyle uyumlu hâle getirilmelidir.
2. **Yönetici liderliğinin güçlendirilmesi:**
Üst yönetim, İSG konusunda görünür ve destekleyici bir liderlik

sergilemeli; öğrenmeye dayalı ve cezalandırıcı olmayan bir güvenlik anlayışını benimsemelidir.

3. **Çalışan katılımının artırılması:**
Çalışanların risk bildirimine ve İSG süreçlerine aktif katılımını destekleyen mekanizmalar güçlendirilmelidir.
4. **Çalışan–hasta güvenliği entegrasyonu:**
İSG uygulamaları, hasta güvenliği ve kalite yönetimi programlarıyla bütüncül biçimde ele alınmalıdır.

Sonuç olarak, iş sağlığı ve güvenliğini stratejik bir yönetim alanı olarak ele alan sağlık kurumları, yalnızca çalışanlarını korumakla kalmamakta; aynı zamanda güvenli, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunma kapasitesini de güçlendirmektedir.

9.Kaynakça

- Alli, B. O. (2008). *Fundamental principles of occupational health and safety* (2nd ed.). Geneva: International Labour Organization.
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B. T., et al. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Clarke, S. (2013). Safety leadership: A meta-analytic review of transformational and transactional leadership styles. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(1), 22–49. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2012.02064.x>
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), 111–136. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). (2014). *Psychosocial risks in healthcare*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Zeltser, M., et al. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(5), 560–568. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31805d8d4c>
- International Labour Organization (ILO). (2011). *Safety and health at the heart of decent work*. Geneva: ILO.
- International Organization for Standardization (ISO). (2018). *ISO 45001: Occupational health and safety management systems – Requirements with guidance for use*. Geneva: ISO.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation. *Journal of Occupational Medicine*, 31(11), 923–929.
- Karsh, B. T., Waterson, P., & Holden, R. J. (2014). Crossing levels in systems ergonomics. *Applied Ergonomics*, 45(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.009>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331–339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
- Mearns, K., Whitaker, S. M., & Flin, R. (2003). Safety climate, safety management practice and safety performance. *Safety Science*, 41(8), 641–680. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00011-5](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00011-5)
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2015). *Occupational health and safety in hospitals*. Washington, DC: CDC.

- Neal, A., Griffin, M. A., & Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 347–358. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.3.347>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., et al. (2003). The culture of safety. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 112–118. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.112>
- Smith, D. R., & Leggat, P. A. (2005). Musculoskeletal disorders among rural nurses. *Australian Journal of Rural Health*, 13(4), 241–245. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2005.00704.x>
- Sorensen, G., McLellan, D. L., Dennerlein, J. T., et al. (2013). Integration of health protection and health promotion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(12), S12–S18. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000031>
- The Joint Commission. (2012). *Improving patient and worker safety*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Healthy workplaces: A model for action*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Health worker occupational health and safety*. Geneva: WHO.
- Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations. *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 96–102. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.65.1.96>
- Zohar, D., & Luria, G. (2005). A multilevel model of safety climate. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 616–628. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.616>