

TÜRKİYE VE DÜNYADA HEMŞİRELİKTE YÖNETİM

Editör: Doç.Dr.Türkan AKYOL GÜNER

yaz
yayınları

Türkiye ve Dünyada Hemşirelikte Yönetim

Editör

Doç.Dr. Türkan AKYOL GÜNER

yaz
yayınları

2025

Türkiye ve Dünyada Hemşirelikte Yönetim

Editör: Doç.Dr. Türkan AKYOL GÜNER

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-8678-75-8

Aralık 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

İÇİNDEKİLER

Hemşirelikte Kültürel Yeterlilik: Teori ve Klinik Uygulamalar	1
<i>Serpil ÇELİK DURMUŞ</i>	
Hemşirelik Hizmetlerinde Sessiz İstifanın Yönetimi	24
<i>Özlem KARA</i>	
Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Açısından Sağlıkta Dönüşüm: Erişim, Eşitlik ve Dayanıklılık.....	36
<i>Gonca AKTAY, Zeynep ERSAY ÖNAL, Ayşe ÇİÇEK KORKKMAZ</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

HEMŞİRELİKTE KÜLTÜREL YETERLİLİK: TEORİ VE KLİNİK UYGULAMALAR

Serpil ÇELİK DURMUŞ¹

1. GİRİŞ

Kültürel yeterlilik kavramı hemşirelik biliminde giderek daha merkezi bir konuma yerleşmiş olup, günümüz sağlık hizmetlerinin çok kültürlü yapısı içinde profesyonel hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir boyutu haline gelmiştir. Hemşirelik mesleği; sağlık gereksinimleri, değerler, inançlar ve yaşam biçimleri açısından çeşitlilik gösteren bireylere bakım sunmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle kültürel yeterlilik, yalnızca bireysel düzeyde kazanılması gereken bir beceri değil, aynı zamanda bütüncül bakımın temel unsurlarından biri olduğu söylenebilir. Sharifi ve arkadaşları, kültürel yeterlilik kavramını; hemşirenin kültürel farklılıklara duyarlı olması, bireylerin kültürel değerlerini anlaması, bakım sürecini bu değerler doğrultusunda uyarlayabilmesi ve kültürel güvenlik sağlayabilmesi gibi çok boyutlu bir yapı olarak tanımlamaktadır (Sharifi et al., 2019). Kültürel yeterlilik kavramının bu çok boyutlu yaklaşımı, hem hemşirelik eğitiminde hem de klinik uygulamada dinamik bir süreç olarak ele alınmasını gerektirmektedir.

Günümüzde artan göç hareketleri, uluslararası iş gücü hareketliliği, küreselleşme ve demografik dönüşümler; sağlık kurumlarında farklı kültürel geçmişlere sahip bireylerle

¹ Doçent Doktor, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-0932-3346.

karşılaşma sıklığını artırmıştır. Bu durum, hemşirelerin yalnızca klinik bilgi ve becerilerle değil, aynı zamanda kültürlerarası iletişim yetkinlikleriyle donanmış olmasını zorunlu kılmaktadır. Kültürel farklılıkların bakım sürecine doğrudan yansıdığı alanlar arasında; iletişim biçimleri, tedaviye ilişkin beklentiler, aile dinamikleri, mahremiyet anlayışı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri bulunmaktadır. Bu bağlamda kültürel yeterlilik hem bakımın/hastanın güvenliğini hem de hasta memnuniyetini etkileyen kritik bir belirleyici olarak kabul edilmektedir (Haqawi et al., 2024).

Kültürel yeterliliğin hemşirelik bakımına etkisi yalnızca hasta bakım sonuçlarıyla sınırlı olmayıp, aynı zamanda sağlık eşitsizlikleri ile hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde engellerin azaltılması ve sosyal adaletin desteklenmesi gibi daha geniş kapsamlı sonuçları da içermektedir (Curtis et al., 2019; Haqawi et al., 2024). Kültürel olarak duyarlı bir bakım ortamı, hastaların kendilerini güvende ve anlaşılmış hissetmesine katkı sağlarken; kültürel uyumsuzluklar hastaların tedaviye uyumunu, güven duygusunu ve bakım sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Sharifi et al., 2019; Stubbe, 2024). Bu bağlamda hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyinin artırılması, sadece mesleki bir yetkinlik değil, aynı zamanda etik bir sorumluluk olarak değerlendirilebilir (Campinha-Bacote, 2002; Jeffreys, 2016).

Kültürel çeşitliliğin hızla arttığı günümüz sağlık sisteminde, kültürel yeterlilik hemşirelik uygulamalarının niteliğini doğrudan etkileyen stratejik bir bileşen hâline gelmiştir. Bu bölüm, kültürel yeterlilik kavramının hemşirelik disiplindeki kuramsal konumlanışını ve güncel sağlık bakım bağlamında kültürel çeşitliliğin hemşirelik uygulamalarına yansımalarını ele alarak, konunun klinik ve eğitsel boyutlarına zemin hazırlamayı amaçlamaktadır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kültür, Kültürel Farkındalık, Kültürel Duyarlılık, Kültürel Güvenlik, Kültürel Yeterlilik ve Kültürel Alçakgönüllülük

Kültür, bireylerin değerlerini, inançlarını, davranış biçimlerini, iletişim tarzlarını, sağlık algılarını ve yaşam pratiklerini şekillendiren dinamik bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik literatüründe kültür, yalnızca etnik kimlik veya milliyet ile sınırlı olmayan; cinsiyet, yaş, din, sosyoekonomik durum, aile yapısı, göç deneyimi gibi çok katmanlı unsurları içeren geniş bir kavram olarak ele alınmaktadır (Sharifi et al., 2019). Bu nedenle hemşirelikte kültürün anlaşılması, bakımın birey merkezli ve anlamlı bir şekilde planlanabilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Kültürel farkındalık, hemşirenin kendi değerlerinin, önyargılarının ve kültürel konumunun farkına varmasıyla başlayan bir süreçtir. Bu boyut, kültürel yeterliliğin temel aşaması olup, hemşirenin bakım ilişkisindeki güç dinamiklerini ve etkileşim biçimini sorgulamasına imkân tanır. Kendi kültürel perspektifini fark eden hemşire, farklı kültürlerle ilişkin varsayımlarının bakım sürecini nasıl etkileyebileceğini değerlendirebilir (Sharifi et al., 2019).

Kültürel duyarlılık, kültürel farklılıklara saygı gösterme, hastanın değerlerini kabul etme ve iletişimde uyum sağlayabilme becerisidir. Kültürel duyarlılığa sahip bir hemşire, hastanın kültürel ifadelerine dikkat eder, yargılayıcı olmayan bir tutum benimser ve hastanın kültürel beklentilerini bakım planına entegre eder. Kültürel duyarlılık, kültürlerarası iletişimde bariyerleri azaltarak terapötik ilişkiyi güçlendirir (Dığrak & Tezel, 2024).

Kültürel güvenlik ise kültürel yeterliliğin daha ileri bir aşaması olarak değerlendirilir ve hemşirelik uygulamalarında

kültürel zararın önlenmesini temel alır. Bu kavram, özellikle Yeni Zelanda ve Avustralya kökenli sağlık literatüründe gelişmiş olup, sağlık çalışanlarının bilinçli veya bilinçsiz kültürel baskı oluşturma ihtimaline karşı reflektif bir yaklaşım benimsemelerini gerektirir. Kültürel güvenlik, hastanın kendini güvende hissettiği, kültürel kimliğinin tehdit edilmediği ve bakım sürecine aktif katılımının desteklendiği bir ortamın oluşturulmasını amaçlar (Curtis et al., 2019).

Kültürel yeterlilik, sağlık profesyonellerinin farklı kültürlerden gelen bireylerin değerlerini, inançlarını, iletişim biçimlerini ve sağlıkla ilgili davranışlarını anlayarak onlara uyumlu, etkili ve güvenli bakım sunabilme kapasitesini ifade eder. *Haqawi ve arkadaşlarına (2024)* göre kültürel yeterlilik, hemşirelik ve sağlık hizmetlerinin geleceğini şekillendiren kritik bir profesyonel yeterliliktir. Araştırmacılar kültürel yeterliliği dinamik bir süreç olarak tanımlar ve bu sürecin yalnızca bilgi sahibi olmayı değil, aynı zamanda kültürel hassasiyet, farkındalık, beceri, iletişim yetkinliği ve kültürler arası etkileşimlerde profesyonel davranışı kapsadığını vurgular.

Kültürel alçakgönüllülük, Kültürel alçakgönüllülük, kültürler arası bakımda sabit bir bilgiye sahip olma yerine, sürekli öğrenme, öz değerlendirme ve karşılıklı saygıya dayalı bir yaklaşımı ifade eder. Bu yaklaşım, sağlık profesyonellerinin kendi önyargılarını ve güç konumlarını fark etmelerini, hasta ile daha eşit ve açık bir iletişim kurmalarını ve hastayı kendi kültürü hakkında en yetkin kişi olarak kabul etmelerini temel alır (Foronda et al., 2016). Özellikle farklı kültürlerle sahip hastalarla çalışırken kültürel alçakgönüllülük, yanlış genellemelere ve ön yargılara dayalı bakım hatalarının önüne geçilmesine yardımcı olur, iletişimi güçlendirir ve bakımın bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanmasını destekler. Araştırmalar bu yaklaşımın hemşirelerin kültürel duyarlılığını, iletişim

becerilerini ve etik farkındalığını artırdığını göstermektedir (Hook et al., 2017).

3. KURAMSAL MODELLER

3.1. Leininger'in Transkültürel Hemşirelik Kuramı

3.1.1. Kuramın Temel Çerçevesi

Madeleine Leininger, kültürü hemşirelik bakımının merkezine yerleştiren ilk kuramsal yapıyı geliştirmiştir. Leininger'in *Transkültürel Hemşirelik Kuramı* (Transcultural Nursing Theory), bakımın kültürden bağımsız düşünülemeyeceğini savunur ve kültürel bakım çeşitliliği ile evrenselliği kavramlarına dayanır (Leininger & McFarland, 2002). Kuram, kültürü bireyin sağlık davranışlarını, hastalık açıklamalarını ve bakım beklentilerini şekillendiren temel bir değişken olarak ele alır.

3.1.2. Güneş Işığı Modeli (Sunrise Model)

Leininger, teorisini açıklamak için geliştirdiği *Güneş Işığı Modeli*ni kültürel değerlendirmede bir rehber olarak sunar. Modelde bireyin kültürünü etkileyen yapısal bileşenler şu başlıklar altında incelenir:

- Teknolojik etkenler
- Dini ve felsefi etkenler
- Aile ve sosyal yapı
- Kültürel değerler ve yaşam tarzı
- Politik ve hukuksal sistem
- Ekonomik yapı
- Eğitim sistemi

Bu bileşenler hemşirelere, hastanın kültürel bağlamını çok boyutlu bir şekilde değerlendirme olanağı sağlar.

3.1.3. Kültürel Bakım Yaklaşımı

Leininger hemşirelik bakımını üç temel stratejiyle ifade eder:

1. Kültürel bakımın korunması/ sürdürülmesi
2. Kültürel bakımın uyumlaştırılması/ müzakere edilmesi
3. Kültürel bakımın yeniden yapılandırılması

Bu stratejiler, hemşirenin hastanın kültürel değerlerini dikkate alarak bakım planını özelleştirmesine olanak tanır. Kuram, günümüzde transcultural nursing pratiğinin temel teorik modeli olarak kabul edilmektedir.

3.2. Campinha-Bacote Kültürel Yeterlilik Modeli

3.2.1. Modelin Temel Felsefesi

Campinha-Bacote'nin modeli kültürel yeterliliği “sürekli gelişen bir süreç” olarak tanımlar ve hemşirenin kültürlerarası etkileşimlerde aktif bir öğrenici olması gerektiğini vurgular (Campinha-Bacote, 2002). Bu yaklaşım, kültürel yeterliliği statik bir kazanım yerine dinamik bir profesyonel gelişim olarak görmesi bakımından diğer kuramlardan ayrılır.

Model beş temel boyut üzerine kuruludur:

1. **Kültürel farkındalık (Cultural Awareness):**
Kendi önyargılarının, değerlerinin ve kültürel konumunun farkında olma.
2. **Kültürel bilgi (Cultural Knowledge):**
Farklı kültürlerin sağlık inançları, ritüelleri ve davranışları hakkında bilgi edinme.

3. **Kültürel beceri (Cultural Skill):**
Kültürel açıdan uygun değerlendirme yapabilme ve müdahale geliştirme.
4. **Kültürel karşılaşma (Cultural Encounters):**
Farklı kültürlerle etkileşim kurarak deneyim kazanma ve stereotiplerden uzaklaşma.
5. **Kültürel arzu (Cultural Desire):**
Kültürel olarak yetkin bir hemşire olma yönünde içsel motivasyon ve istek.

3.2.2. Modelin Klinik Alandaki Kullanımı

Campinha-Bacote'nin kültürel yeterlilik modeli, klinik uygulamalarda hemşirelerin kültürel farklılıklara duyarlı, bütüncül ve hasta merkezli bakım geliştirmelerinde önemli bir kuramsal çerçeve sunmaktadır. Modelin kültürel farkındalık, bilgi, beceri, karşılaşma ve kültürel arzu bileşenleri; hemşirelerin kültürlerarası iletişimde daha sistematik, bilinçli ve etkili bir yaklaşım benimsemelerini desteklemektedir (Campinha-Bacote, 2011). Güncel literatür, bu modelin kullanıldığı eğitim ve uygulama programlarının hemşirelerin iletişim becerilerini, empati düzeylerini ve kültürel açıdan güvenli bakım sunma yeterliliklerini anlamlı düzeyde artırdığını göstermektedir (Haqawi et al., 2024; Sharifi et al., 2019). Dolayısıyla Campinha-Bacote modeli, klinik uyumu güçlendiren ve kültürel açıdan duyarlı bakımın geliştirilmesine katkı sağlayan etkili bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

3.3. Purnell Kültürel Yeterlilik Modeli

3.3.1. Modelin Amacı ve Yapısı

Purnell Modeli, kültürel değerlendirme ve eğitim için bütüncül bir çerçeve sunar. Model; sağlık profesyonellerinin farklı kültürel gruplar hakkında sistematik ve yapılandırılmış

bilgiler edinmesini amaçlayan 12 boyutlu bir dairesel şema üzerine kuruludur (Purnell, 2005). Model hem bireysel hem aile hem de toplum düzeyindeki etkenleri inceleyerek geniş bir perspektif sağlar.

Purnell Modeli aşağıdaki 12 kültürel alanları içerir:

1. Miras / Etnik köken
2. İletişim
3. Aile rolleri ve örgütlenmesi
4. İş yaşamı
5. Biyo-kültürel ekoloji
6. Yükleme (yüklenme) örüntüleri
7. Beslenme
8. Hamilelik ve doğuma ilişkin uygulamalar
9. Ölüm ve yas uygulamaları
10. Maneviyat
11. Sağlık uygulamaları
12. Sağlık hizmetlerine yönelik tutumlar

Bu boyutlar, kültürel açıdan bütüncül bir değerlendirme için kapsamlı bir rehber niteliğindedir.

3.3.2. Modelin Klinik Alandaki Kullanımı

Purnell Modeli, klinik uygulamalarda kültürel değerlendirme süreçlerini sistematik hâle getirmesi nedeniyle hemşirelik alanında yaygın şekilde kullanılan bütüncül bir çerçevedir. Model; aile yapısı, iletişim biçimleri, sağlık uygulamaları, beslenme, çalışma yaşamı ve ölüm ritüelleri gibi on iki kültürel alan üzerinden kapsamlı bir veri toplama ve

analiz olanağı sunar (Purnell, 2005). Bu yapı, hemşirelerin hastaların kültürel gereksinimlerini ayrıntılı biçimde değerlendirmesine, kültürel farklılıkların bakım sürecine etkisini daha doğru yorumlamasına ve bakım planlarını kültürel olarak uyumlu hâle getirmesine yardımcı olur.

Güncel literatürde Purnell Modeli'nin klinik uygulamalarda; iletişim hatalarının azaltılması, kültürel yanlış anlamaların önlenmesi, tedaviye uyumun artırılması ve hasta memnuniyetinin güçlendirilmesi gibi önemli katkılar sağladığı bildirilmektedir (Stubbe, 2024; Haqawi et al., 2024). Ayrıca model, hemşirelik eğitim programlarında kültürel yeterlilik becerilerini geliştirmek amacıyla yapılandırılmış eğitim materyallerinin hazırlanmasında temel bir kuramsal çerçeve olarak kullanılmaktadır. Transkültürel hemşirelik araştırmalarında da kültürel karşılaştırmaların sistematik bir yapıda yapılmasını kolaylaştırdığı için bilimsel geçerliliği yüksek bir ölçme ve değerlendirme aracı olarak kabul edilmektedir (Papadopoulos, 2023).

Sonuç olarak Purnell Modeli, klinik karar verme sürecine kültürel duyarlılığı entegre eden, hem bireysel hem toplumsal düzeyde kültürel analiz yapılmasına olanak tanıyan ve hemşirelik bakımının kültürel açıdan güvenli hâle getirilmesinde etkili bir modeldir.

3.3.3. Üç Kuramsal Modelin Karşılaştırmalı Analizi

Aşağıdaki analiz, üç modelin kuramsal temellerini, kapsamını, hemşirelik pratiğine yansımalarını ve güçlü/sınırlı yönlerini karşılaştırmalı olarak ele almaktadır.

Tablo 1. Karşılaştırma Tablosu

Boyut / Model	Leininger Transkültürel Hemşirelik Kuramı	Campinha-Bacote Kültürel Yeterlilik Modeli	Purnell Kültürel Yeterlilik Modeli
Kuramsal Temel	Antropoloji, kültürel bakım, insan davranışı teorileri	Süreç odaklı kültürel yeterlilik; etkileşim temelli yaklaşım	Bütüncül ve sistematik kültürel değerlendirme modeli
Ana Felsefe	Kültür bakımın ayrılmaz bir parçasıdır; kültürel uygunluk olmadan etkili bakım olmaz	Kültürel yeterlilik dinamik ve sürekli gelişen bir süreçtir	Kültür çok boyutlu bir sistemdir; mikro ve makro düzeyi birlikte ele alır
Modelin Yapısı	Güneş (Sunrise) Modeli; çevresel ve kültürel faktörlere dayalı değerlendirme	Beş bileşen: farkındalık, bilgi, beceri, kültürel karşılaşma ve arzu	On iki kültürel alan; dairesel ve hiyerarşik yapı
Hemşirelikte Odak	Kültürel bakımın korunması, uyumlaştırılması ve yeniden yapılandırılması	Profesyonelin kültürlerarası etkileşimde aktif rol alması	Sistematik kültürel veri toplama ve değerlendirme
Klinik Uygulama Gücü	Kapsamlı kültürel analiz ile bakım planı geliştirme	Klinik iletişim, öz farkındalık ve etkileşim becerilerini artırma	Pratik değerlendirme formu ve yapılandırılmış veri toplama
Eğitimde Kullanım	Güçlü teorik temel	Kültürel yeterlilik eğitimlerinde yaygın kullanım	Müfredat geliştirme ve kültürel analiz eğitimlerinde etkili
Güçlü Yönler	Kapsamlı teorik altyapı; bakım merkezlidir	Uygulayıcı odaklı, dinamik süreç; öz farkındalığı güçlendirir	Yapılandırılmış, karşılaştırılabilir ve pratik
Sınırlılıkları	Soyut yapısı nedeniyle uygulaması zaman alabilir; saha için karmaşık	Öznel değerlendirmeye dayanır; kültürel arzunun ölçülmesi zordur	Çok kapsamlı olduğundan tüm alanlarda uygulanması zaman alıcıdır

Campinha-Bacote, J. (2002); Campinha-Bacote, J. (2011); Leininger, M., & McFarland, M. (2002); Purnell, L. (2005); Papadopoulos, I. (2023); Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019)

Leininger'in kuramı antropolojik temelli olup kültürü bakımın özü olarak tanımlar. Bu yönüyle hemşirelikteki en kapsamlı kuramsal çerçevelerden biridir. Campinha-Bacote ise kültürel yeterliliği bir süreç olarak kavramsallaştırarak

hemşirenin aktif rolünü vurgular; bu nedenle değişime ve kişisel gelişime odaklıdır. Purnell modeli ise kültürü çok katmanlı ve sistematik bir yapı olarak ele alır; teorik temelden ziyade pratik değerlendirme üzerine kuruludur.

Özetle;

- **Leininger:** kuramsal derinlik
- **Campinha-Bacote:** süreç ve profesyonel gelişim odaklılık
- **Purnell:** sistematik kültürel değerlendirme

4. KLİNİK UYGULAMALARDA KÜLTÜREL YETERLİLİK

4.1. Kültürel Değerlendirme Süreci

Kültürel değerlendirme, hemşirelik bakım sürecinin olmazsa olmaz bir bileşeni olup, hemşire ile hasta arasındaki kültürlerarası etkileşimin bütüncül olarak anlaşılmasını sağlar. Bu süreç yalnızca hastanın kültürel geçmişini öğrenmeyi değil, aynı zamanda kültürün sağlık inançlarını, hastalık algısını, tedaviye yaklaşımını ve günlük yaşam davranışlarını nasıl şekillendirdiğini anlamayı da içerir. Nitekim Papadopoulos (2023), kültürel değerlendirmenin hastanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönlerinin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasına olanak tanıdığını vurgulamaktadır.

Etkili bir kültürel değerlendirme; iletişim biçimleri, dil kullanım düzeyi, sağlık ve hastalık hakkındaki inançlar, dini ve spiritüel değerler, aile yapısı, toplumsal roller, beslenme alışkanlıkları ve sağlık davranışları gibi çok boyutlu alanları kapsar. Bu kapsamlı yaklaşım, hemşirenin kültürel farklılıklara duyarlı bir bakım planı oluşturmasını, potansiyel yanlış

anlamaları önceden fark etmesini ve hasta ile güven temelli bir ilişki geliştirmesini sağlar. Ayrıca kültürel değerlendirme, hastanın kendi kültürel değerlerinin bakım sürecine nasıl entegre edilebileceğine yönelik önemli ipuçları sunar. Böylece hemşire, hastanın ihtiyaçlarına daha uygun, bireyselleştirilmiş ve kültürel olarak güvenli bir bakım ortamı oluşturabilir.

Güncel literatür, sistematik kültürel değerlendirmenin hem iletişim kalitesini artırdığını hem de hasta memnuniyeti, tedaviye uyum ve klinik sonuçlar üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Stubbe, 2024; Haqawi et al., 2024). Ayrıca Campinha-Bacote ve Purnell modelleri gibi kuramsal çerçeveler, hemşirelerin bu değerlendirmeyi yaparken kullanabileceği yapılandırılmış araçlar sunarak klinik uygulamada standartlaştırılmış bir yaklaşım geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

Sonuç olarak kültürel değerlendirme süreci, hemşirelik bakımını yalnızca biyomedikal gereksinimler üzerine kurmak yerine, hastanın kültürel bütünlüğünü koruyan, onun değerlerini merkeze alan ve daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlayan temel bir profesyonel uygulamadır.

4.1.1. İletişim

Kültür, sözel ve sözel olmayan iletişim biçimlerini önemli ölçüde şekillendirir. Göz teması, beden dili, dokunma, kişisel alan algısı ve konuşma ritmi kültürler arasında farklılık gösterebilir. Bu nedenle hemşirenin kültürel iletişim farklılıklarını tanıması, yanlış anlamaları önlemek ve güven ilişkisi kurmak açısından kritik bir öneme sahiptir (Stubbe, 2024). Ayrıca hastanın tercih ettiği hitap biçimi, karar verme stiline katılım düzeyi ve mahremiyet beklentisi iletişim stratejilerinin belirlenmesinde dikkate alınmalıdır.

4.1.2. İnanç Sistemleri

Hastaların sağlık, hastalık, tedavi ve iyileşmeye yönelik inançları kültürel, dini ve spiritüel değerlerden derinden etkilenir. Bazı kültürlerde hastalık biyomedikal bir süreç olarak değerlendirilirken, diğerlerinde ruhsal ya da toplumsal bir dengesizliğin sonucu olarak görülebilir. Hemşirenin hastanın inanç sistemini anlaması; bakımın kabul edilebilirliği, tedaviye uyum ve hasta memnuniyeti üzerinde belirleyici bir rol oynar (Haqawi et al., 2024). Bu bağlamda hemşire, hastanın inançlarına duyarlı bir yaklaşım benimsemeli ve gerekli durumlarda spiritüel destek hizmetleriyle iş birliği yapmalıdır.

4.1.3. Aile Yapısı ve Sosyal Roller

Aile dinamikleri kültürel bağlamdan bağımsız düşünülemez. Karar verme süreçlerinde bireyci kültürler ile kolektivist kültürler arasında belirgin farklılıklar bulunur. Bazı toplumlarda bireysel kararlar ön plandayken, bazı yerlerde aile büyükleri veya topluluk liderleri sağlık kararlarında merkezi rol oynar (Sharifi et al., 2019). Hemşirelik bakımında aile yapısının anlaşılması; bakım sorumluluklarının belirlenmesi, taburculuk planlaması ve tıbbi kararların paylaşılması açısından önemlidir.

4.2. Klinik Karar Verme ve Kültürel Bağlam

Klinik karar verme süreci yalnızca biyomedikal verilere değil, aynı zamanda hastanın kültürel değerlerine, tercihi ve yaşam biçimine dayalı bir bütüncül yaklaşımla yürütülmelidir. Kültürel yeterlilik, klinik kararların kültürel bağlama uygun şekilde şekillendirilmesini sağlayarak bakım sonuçlarını iyileştirir. Örneğin beslenme düzeni, ağrı ifade biçimleri, ilaç kullanımına ilişkin tutumlar veya geleneksel tedavi yöntemlerinin kullanımı, kültürün belirleyici etkileri arasındadır (Truong et al., 2022).

Hemşire, klinik karar verme sürecinde hastanın kültürel bağlamını dikkate alarak şu adımları izlemelidir:

1. Kültürel ihtiyaçları tanımlama
2. Tedavi planını kültürel değerlerle uyumlu hâle getirme
3. Gerektiğinde müzakere ederek ortak karar oluşturma
4. Kültürel olarak güvenli bir bakım ortamı sağlama

Bu yaklaşım, hem etik prensiplerle uyumlu hem de hasta merkezli bakımın bir gereği olarak kabul edilmektedir.

4.3. Profesyonel Tercüman Kullanımı ve Dil Bariyerlerinin Yönetimi

Dil bariyerleri, kültürel çeşitliliğin en sık karşılaşılan ve en kritik klinik engellerinden biridir. Dil uyumsuzluğu; yanlış tanı, tedavi hataları, yetersiz bilgilendirilmiş onam, hasta memnuniyetsizliği ve sağlık eşitsizlikleri gibi ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Flores, 2023). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde profesyonel tercüman kullanımı, hem güvenli hem de kaliteli bakımın sağlanması açısından temel bir gerekliliktir.

Hemşirelik açısından dil bariyerlerinin etkileri daha da belirgindir. Hemşireler, hastalarla en fazla iletişim kuran sağlık profesyonelleri olduğu için dil uyumsuzluğundan kaynaklanan bilgi eksiklikleri bakım sürecini doğrudan etkiler. İlaç uygulamaları, bakım eğitimi, ağrı değerlendirmesi, taburculuk planlaması ve psikososyal destek gibi hemşirelik uygulamaları, doğru iletişim kurulamadığında riskli hâle gelir. Profesyonel tercüman desteği ise hemşirelerin hastanın ihtiyaçlarını doğru değerlendirmesine, güven ilişkisi kurmasına ve bakımın kültürel açıdan güvenli biçimde sürdürülmesine önemli katkılar sağlar.

Araştırmalar, profesyonel tercüman kullanımının hasta sonuçlarını belirgin şekilde iyileştirdiğini, iletişim hatalarını

azalttığını ve klinik doğruluğu artırdığını göstermektedir. Buna karşın aile bireylerinin tercüman olarak kullanılması; gizlilik ihlalleri, bilgi aktarımında bozulma, güç dengesizlikleri ve çıkar çatışması gibi riskler nedeniyle önerilmemektedir (Karlner et al., 2021). Hemşirelik bakımında bu tür riskler, özellikle hassas sağlık verilerinin paylaşımı, şiddet veya istismar öykülerinin değerlendirilmesi ve tedaviye yönelik karar verme süreçlerinde ciddi etik sorunlara yol açabilir.

4.3.1. Etkili Tercüman Kullanım İlkeleri

- Tercüman klinik görüşme sürecine tarafsız olarak dahil edilmelidir.
- Hemşire konuşurken kısa, net ve kültürel olarak duyarlı ifadeler kullanılmalıdır.
- Tercüman ve sağlık profesyoneli arasında role ilişkin ön görüşme yapılmalıdır.
- Tercümanın hasta ile sağlık profesyoneli arasında köprü görevi görmesi sağlanmalıdır.
- Gizlilik ve etik ilkeler mutlaka korunmalıdır.

5. ETİK VE PROFESYONEL SORUMLULUKLAR

5.1. Kültürel Ayrımcılık, Özerklik ve Bilgilendirilmiş Onam

Sağlık hizmetlerinde etik uygulamaların temelini, hastanın *özerkliğine saygı*, kültürel farklılıkların dikkate alınması ve bilgilendirilmiş onam sürecinin eksiksiz yürütülmesi oluşturur. Kültürel ayrımcılık, bireylerin etnik kökeni, dini inancı, dili veya geleneklerine dayalı olarak farklı muamele görmesi anlamına gelir ve sağlık hizmetlerinde ciddi bir etik ihlal niteliği taşır (Beauchamp & Childress, 2019). Sağlık

profesyonellerinin, her bireyin kültürel arka planına duyarlı yaklaşması, önyargılardan kaçınması ve eşit hizmet vermesi profesyonel etik sorumluluklar arasındadır.

Özerklik, bireyin kendi yaşamı ve bedeni ile ilgili kararları özgürce verebilme hakkını ifade eder. Özerkliğe saygı göstermek, bilgilendirilmiş onam sürecinin doğru şekilde yürütülmesini gerektirir. *Bilgilendirilmiş onam*, hastanın kültürel değerlerini, bilgi düzeyini ve sağlıkla ilgili algılarını dikkate alarak verilmelidir (Haller et al., 2020). Farklı kültürlerde sağlık algısı, hastalık tanımları ve tedaviye bakış değişebildiği için, bu süreç kültürel yeterlilikle desteklenmelidir.

Bu bağlamda kültürel duyarlılığın gözetilmediği bir bilgilendirme süreci, hastanın verilen bilgiyi anlamamasına, karar vermede zorlanmasına veya onamın etik açıdan geçersiz olmasına neden olabilir (Campinha-Bacote, 2011). Dolayısıyla etik uygulamalar ancak kültürel bağlamla uyumlu, anlaşılır ve hasta merkezli iletişimle sağlanabilir.

5.2. Etik Karar Verme Süreçlerine Kültürel Değişkenlerin Entegrasyonu

Etik karar verme süreçleri, yalnızca evrensel etik ilkelerle değil aynı zamanda kültürel değişkenlerle de şekillenir. Sağlık profesyonelleri, etik ikilemleri değerlendirirken bireyin kültürel değerlerini, inançlarını, topluluk rollerini ve aile dinamiklerini göz önünde bulundurmalıdır (Giger & Davidhizar, 2008).

Kültürel değerler; risk algısı, tedavi tercihleri, ölüm ve yaşam sonu kararları gibi kritik alanlarda önemli belirleyiciler olabilir. Örneğin bazı kültürlerde aile, bireyin yerine karar verici konumunda olabilir; bazı toplumlarda ise bireysel karar ön plandadır. Bu çeşitlilik, etik karar verme modellerinin kültürel duyarlılıkla uyarlanmasını gerektirir.

Etik karar verme modellerinin çoğu Batı merkezlidir; ancak kültürel faktörlerin entegrasyonu, modelleri daha kapsayıcı hale getirir. Kültürel yeterlilik eğitimi alan sağlık profesyonellerinin etik ikilemleri çözmede daha duyarlı ve etkili oldukları gösterilmiştir (Jeffreys, 2016). Bu nedenle sağlık kuruluşlarının etik rehberlerinde kültürel uygunluk ilkeleri yer almalı, karar süreçlerinde kültürel danışmanlık mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Sonuç olarak, etik karar verme süreçlerine kültürel değişkenlerin entegre edilmesi hem hasta memnuniyetini hem de bakımın etik niteliğini güçlendirir. Bu yaklaşım, kültürel açıdan güvenli ve kapsayıcı sağlık hizmetleri sunmanın anahtarıdır.

6. SONUÇ

Klinik uygulama ve sağlık meslek profesyonellerinin eğitim süreçlerinde kültürel yeterliliğin geliştirilmesi, kaliteli, adil ve etik bakım sunumunun temel koşullarından biridir. Kültürel farklılıkların sağlık hizmeti üzerindeki belirleyici etkisi dikkate alındığında, kültürel yeterlilik yalnızca bir iletişim becerisi değil, aynı zamanda hasta güvenliği, eşitlik, özerklik ve profesyonel sorumluluğun merkezinde yer alan kritik bir klinik yetkinliktir. Bu durum özellikle hemşirelik mesleği açısından önemli bir gereklilik taşır; çünkü hemşireler hastayla en uzun süre etkileşimde bulunan, bakımın sürekliliğini sağlayan ve kültürel ihtiyaçların en hızlı fark edildiği noktada görev yapan sağlık profesyonelleridir.

Kültürel yeterliliğin güçlendirilmesi kapsamında hem klinik uygulama hem de eğitim alanı için temel çıkarımlar şunlardır: Hasta merkezli ve kültürel olarak duyarlı iletişim, bilgilendirilmiş onamın anlaşılabilir şekilde sağlanmasını ve özerkliğin etkin biçimde desteklenmesini kolaylaştırır.

Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının sahip olabileceği kültürel önyargıların fark edilmesi ve azaltılması, ayrımcılığı önleyerek bakımın niteliğini artırır. Eğitim programlarına kültürel farklılıkları tanımaya yönelik içeriklerin, vaka çalışmalarının ve uygulamalı öğrenme yöntemlerinin dahil edilmesi ise profesyonellerin sahada daha duyarlı ve etkin davranmasını sağlar. Bununla birlikte bütüncül bakım anlayışının bir gereği olarak hemşirelerin kültürel değerlendirme yapması; hastanın inançlarını, değerlerini, aile rollerini ve bakım tercihlerini sistematik biçimde göz önünde bulundurması klinik bakımın kalitesini artırır. Kurum politikalarının kültürel duyarlılığı destekleyecek şekilde yapılandırılması ve ekip içi işbirliğinin güçlendirilmesi de kültürel açıdan güvenli ve kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunmanın önemli adımlarıdır.

Sonuç olarak kültürel yeterlilik; etik ilkelere uygun, hasta merkezli, bütüncül ve güvenli bakım sunumunu destekleyen vazgeçilmez bir profesyonel gerekliliktir. Hem hemşirelik hem de genel sağlık disiplinde bu yeterliliğin güçlendirilmesi, hem klinik sonuçları hem de hasta memnuniyetini iyileştirerek sağlık hizmetlerinin kalitesini sürdürülebilir biçimde artıracaktır.

7. ÖRNEK VAKA: KÜLTÜREL YETERLİLİK VE HEMŞİRELİK BAKIMI

7.1.Vaka

45 yaşında Suriyeli bir kadın hasta, diyabet kontrolü için dahiliye servisinde izlenmektedir. Hasta sınırlı düzeyde Türkçe konuşabilmekte ve yanında tercüman bulunmamaktadır. Hemşire, hastaya kan şekeri ölçümü, insülin uygulaması ve diyabet diyetine ilişkin eğitim vermeye çalışsa da hasta verilen bilgileri tam olarak anlamadığını ifade eder. Hemşire, hastanın

öğün zamanlarına uymadığını ve tedaviye uyumsuzluk gelişmeye başladığını fark eder. Ayrıca hasta dini inançları gereği gün doğumundan gün batımına kadar oruç tutmak istediğini belirtir.

Kültürel Yeterlilik Analiz Tablosu

Değerlendirme Alanı	Sorun / İhtiyaç	Kültürel Yeterlilik Yaklaşımı
Dil Bariyeri	Eğitimlerin anlaşılabilmesi, tedavi uyumsuzluğu	Profesyonel tercüman desteği, Arapça yazılı materyaller
İnanç ve Değerler	Oruç tutma isteğinin tedaviyle çelişmesi	Dini pratiklerin dikkate alınması, uygun tedavi planlaması
Sağlık İnançları	“Allah korur” söylemi → davranışsal uyumsuzluk	İnançları küçümsemeyen, risklerin açıklanması, ortak karar verme
Beslenme Düzeni	Öğün atlama, hipoglisemi riski	Ramazan beslenme planının kişiselleştirilmesi
Güven İlişkisi	Hemşireye çekingen davranma	Kişinin kültürüne saygılı, açıklayıcı, empatik iletişim

Hemşirelik Bakım Planı (Kültürel Yeterlilik Temelli)

Hemşirelik Tanıları

- İletişim güçlüğü (dil bariyeri ile ilişkili)
- Sağlık davranışlarında uyumsuzluk (dini tercihler ve bilgi eksikliği ile ilişkili)
- Eğitim gereksinimi (diyabet yönetimi konusunda)

Amaçlar

- Hasta, diyabet yönetimiyle ilgili bilgileri kendi dilinde doğru olarak anlayacak.
- Oruç saatleri dikkate alınarak güvenli bir tedavi rejimi oluşturulacak.
- Tedaviye uyum artacak, hipoglisemi riski azaltılacak.

Hemşirelik Girişimleri

- Profesyonel tercüman çağırmak.
- Arapça diyabet eğitimi broşürü vermek.
- Oruç tutan diyabet hastaları için güvenli yönetim hakkında bilgi vermek.
- İnsülin zamanlamasını hekimle birlikte ayarlamak.
- Hastaya değer verilen, kapsayıcı bir iletişim kurmak.
- Anlaşılan bilgiyi hastadan geri bildirim yöntemiyle istemek.

Beklenen Sonuçlar

- Hasta eğitimleri doğru anladığını ifade eder.
- Kan şekeri değerleri stabil hâle gelir.
- Hasta, hem dini inançlarını yerine getirir hem de tedaviye uyum gösterir.

KAYNAKLAR

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(174). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Dıġrak, E., & Tezel, A. (2024). Transkültürel hemşirelik ve kültürel yeterlilik için Papadopoulos modeli. *Saġlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 6(2), 175–180. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1449992>
- Flores, G. (2023). Language barriers and the need for professional interpreters in healthcare. *The Lancet*, 401(10377), 1247–1258.
- Foronda, C., Baptiste, D., Reinholdt, M., & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2008). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th ed.). Mosby Elsevier.

- Haller, C. S., et al. (2020). Informed consent and cultural sensitivity in healthcare. *Journal of Medical Ethics*, 46(1), 41–45.
- Haqawi, A. J. M., Shahbal, S., Hakami, M. O., Ali, A. A. H., Oraigy, K. M. M., Sharahili, F. A., Almalki, F. A., Alanazi, Y. O. H., Sahly, E. M., Ibrahim, T. H., & Gasi, T. O. H. (2024). The influence of cultural competence on nursing: A comprehensive review preserving the future of the nursing profession. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 7(S9), 2139–2154. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.1274>
- Haqawi, M., Alhusban, A., & Oweis, A. (2024). Cultural beliefs and healthcare behaviors: Implications for nursing practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 35(1), 45–56.
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., & Utsey, S. O. (2017). Cultural humility and racial microaggressions in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 268–277. <https://doi.org/10.1037/cou0000205>
- Jeffreys, M. (2016). *Teaching cultural competence in nursing and health care* (3rd ed.). Springer Publishing.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., & Chen, A. H. (2021). Improving quality and safety for patients with limited English proficiency. *Health Affairs*, 40(7), 1032–1040.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Papadopoulos, I. (2023). *Culturally competent compassion in health care*. Springer.

- Purnell, L. (2005). The Purnell model for cultural competence. In L. Purnell & B. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach* (pp. 9–40). F. A. Davis.
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103386. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Stubbe, M. (2024). Cross-cultural communication in clinical settings. *Patient Education and Counseling*, 118, 108–115.
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2022). Intercultural competence in clinical decision making. *Social Science & Medicine*, 299, 114858.
- Tuzcu, A., & Tutar, Ş. (2024). Evaluation of cultural competence levels of pediatric nurses working in Antalya. *Journal of Nursing Science*, 7(1), 23–32. <https://doi.org/10.54189/hbd.1283100>

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE SESSİZ İSTİFANIN YÖNETİMİ

Özlem KARA¹

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde son yıllarda öne çıkan kavramlardan biri olan “sessiz istifa”, hem klinik uygulamalar hem de örgütsel işleyiş açısından önemli riskler taşımaktadır. İşine karşı ilgisini yitiren, kurumsal beklentilerle arasına mesafe koyan ve yalnızca zorunlu görevlerini yerine getirmekle yetinen sağlık çalışanlarının varlığı, hasta bakımının niteliğini doğrudan etkileyebilmektedir (Ng, Goh, Thong, & Teo, 2025). Bu unsurların zayıf olduğu kurumlarda ise çalışanların işten psikolojik olarak kopması, asgari çaba ile yetinmesi ve kurumsal hedeflere katkı sunma isteğinin azalması kaçınılmaz bir sonuç haline gelmektedir (Toska et al., 2025). Klinik süreçlerin yüksek dikkat, sorumluluk ve kesintisiz özen gerektirdiği düşünüldüğünde, sağlık profesyonellerinde ortaya çıkan ilgisizlik, tükenmişlik veya örgütsel uzaklaşma gibi durumlar, ciddi sonuçlara yol açabilecek önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Ng et al., 2025).

Sessiz istifanın hasta bakımına olan olumsuz yansımaları, özellikle hemşirelik uygulamalarında belirginleşmektedir. Yoğun iş yükü ve artan sorumluluklar nedeniyle zorlanan hemşirelerin görevlerini bütüncül bir yaklaşımla yerine getirmekte güçlük yaşaması, sessiz istifa eğilimiyle birleştiğinde bakım kalitesinin düşmesine ve hasta güvenliğinde sorunlara yol açmaktadır

¹ Arş. Gör. Dr. Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, ORCID: 0000-0002-7447-4618.

(Moisoglou et al., 2024). Bunun yanı sıra sessiz istifa; ekip içi etkileşimleri, bakımın sürekliliğini ve iş gücü sürdürülebilirliğini de olumsuz yönde etkilemektedir (Yasin, Al-Hamad, Yasin, & Kehyayan, 2025).

Dolayısıyla sağlık kurumlarının; çalışanların ihtiyaçlarını proaktif biçimde gözeten, motivasyonu destekleyen ve mesleki anlam duygusunu yeniden güçlendiren stratejilere yönelmesi bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır (Ng et al., 2025). Sessiz istifanın özelliklerinin ayrıntılı biçimde anlaşılması; erken fark etme, önleme ve etkin çalışan destek programlarının geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir (Yasin et al., 2025).

Bu bölümde; sessiz istifa kavramı ve önemi, hemşirelik hizmetlerinde sessiz istifa ve yönetimi ile bu kavramın hemşirelik hizmetlerindeki yansımaları çok boyutlu bir çerçeveden ele alınacaktır. Kavramın hem bireysel hem de örgütsel düzeyde hemşirelik hizmetlerinde bakım kalitesini güçlendirmeye yönelik bütüncül bir bakış açısı sunması amaçlanmaktadır.

2. SESSİZ İSTİFA KAVRAMI VE ÖNEMİ

Covid-19 pandemisi döneminde çalışma yaşamındaki davranış kalıplarında belirgin değişimler gözlenmiş; bu süreçte "sessiz istifa" olarak adlandırılan yeni bir eğilim ortaya çıkmıştır. Başlangıçta sosyal medya aracılığıyla yaygınlaşan bu durumun, kısa süreli bir akım olmanın ötesine geçerek iş dünyasında kalıcı bir davranış biçimine dönüştüğü görülmektedir (Hungerford, Jackson, & Cleary, 2025; Moisoglou et al., 2024). Pandemi sonrasında bireylerin yaşam önceliklerini yeniden değerlendirmesi ve belirsizlik ortamının etkisiyle sessiz istifa eğiliminin sürdüğü bildirilmektedir (Hungerford et al., 2025). Pandemi öncesinde yaygın olan yoğun çalışma kültüründen

uzaklaşma ve iş-yaşam dengesi arayışının güçlenmesi, bu eğilimin temel belirleyicilerindendir (Çimen & Yılmaz, 2023).

Merriam-Webster sözlüğü sessiz istifa kavramını “asgari düzeyde iş yapma”, Cambridge ise “iş sürdürmek için yapılması gerekeni büyük bir çaba veya istek göstermeden ve ekstra görevler yapmayı kabul etmeden yapma” biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanımlar sessiz istifanın, psikolojik ve davranışsal bir geri çekilme biçimi olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hemşirelik gibi duygusal yükü yüksek mesleklerde sessiz istifa daha karmaşık dinamikler içermektedir (Yasin et al., 2025). Bu bağlamda sessiz istifa; hemşirelerin temel görevlerini yerine getirirken gönüllü çabalarını sınırlaması, ek rol davranışlarından uzaklaşması ve iş-yaşam sınırlarını daha belirgin biçimde koruması şeklinde tanımlanabilir. Literatürde sessiz istifanın tükenmişlik veya işten ayrılma niyetinden farklı, daha çok bağlılığın azalmasıyla ilişkili bir durum olduğu belirtilmektedir (Ting-Fang, Ying-Ching, & Kwua-Yun, 2025).

Sessiz istifa kavramı, reverse hustle, acting your wage, workforce dissociation ve corporate coasting gibi farklı terimlerle de açıklanmaktadır (Geng, Geng, & Geng, 2025). Bu terminolojik çeşitlilik, sessiz istifanın sosyal, kültürel ve örgütsel bağlamlardan etkilenen çok boyutlu yapısını göstermektedir. Sessiz istifa davranışı sergileyen çalışanlar çoğunlukla işe ve kuruma psikolojik olarak bağlılık göstermekte zorlanmakta, görevlerini yerine getirmekle birlikte iş ortamına sınırlı düzeyde yatırım yapmaktadır (Zhang et al., 2025). Bu durum, çalışanların işlerinden tamamen ayrıldıkları anlamına gelmez; bunun yerine aşırı iş yükü, takdir eksikliği, destekleyici olmayan liderlik ya da iş-özel yaşam arasındaki dengesizlik gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak motivasyon ve bağlılığın azalmasını ifade eder. Sessiz istifa genellikle kariyer gelişimi fırsatlarının sunulmadığı, yeterli

takdirin gösterilmediği ve çalışan iyi oluşunun desteklenmediği örgüt kültürlerinde ortaya çıkan bir durumdur (Jayanto, Saputri, & Gumilar, 2025).

3. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE SESSİZ İSTİFA

Hemşireler, sağlık hizmetlerinin en büyük iş gücü bileşenini oluşturmalarına rağmen (Gün, Balsak, & Ayhan, 2025), vardiya yükü, personel eksikliği (Moisoglou et al., 2024), çözülmemiş çatışmalar, adaletsizlik algısı ve duygusal emek gereksinimi (Geng et al., 2025) gibi faktörler nedeniyle sessiz istifaya daha yatkın bir grubu oluşturmaktadır (Geng et al., 2025; Moisoglou et al., 2024). Özellikle hastanede iş yükünün büyük kısmını üstlenen hemşireler arasında bu durumun yaygınlığı, sağlık sistemleri için yönetilmesi gereken önemli bir zorluk oluşturmaktadır (Gün et al., 2025). Literatürde özellikle yoğun iş yükünün bulunduğu birimlerde çalışan, dönüşümlü vardiyalarda görev yapan veya mesleki deneyimi sınırlı olan hemşirelerde sessiz istifa davranışının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Moisoglou et al., 2024).

Sessiz istifa; hemşirelerin yalnızca temel görevleri yerine getirerek gönüllü iş rolü davranışlarını azaltmasıyla karakterize edilen, başa çıkma odaklı davranışsal ve psikolojik bir strateji olarak tanımlanmaktadır (Yasin et al., 2025). Bu süreçte hemşireler, duygusal ve bilişsel olarak işten uzaklaşmakta ve rol beklentilerine minimal düzeyde uyum göstermektedir (Geng et al., 2025).

Hemşirelikte sessiz istifanın temel özellikleri şunlardır:

1. İş beklentilerine asgari uyum: Temel görevlerin yerine getirilmesi, ancak genişletilmiş role ilişkin beklentilerden bilinçli geri çekilme.

2. Gönüllü çabanın geri çekilmesi: Fazla mesai, liderlik rolleri ve gönüllü projeler gibi isteğe bağlı çabaların sınırlandırılması.
3. Psikolojik ve duygusal uzaklaşma: İşe duygusal yatırımın azalması ve içsel kopukluk.
4. Memnuniyetsizliğe rağmen çalışmaya devam etme: Çalışanın pasif biçimde görevlerini sürdürmesi (Yasin et al., 2025).

Sessiz istifanın etkileri bireysel, ekip, örgütsel ve toplumsal düzeyde ortaya çıkmakta; özellikle bakım kalitesi ile hasta güvenliği üzerinde kritik sonuçlara yol açmaktadır (Yılmaz, 2024). Söz konusu etkiler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hemşirelikte sessiz istifanın sonuçları

Bireysel Düzey	• Kariyer gelişiminin zarar görmesi (Yılmaz, 2024) • Mesleki tükenmişliğin artması (Petros Galanis et al., 2025)
Grup/Ekip Düzeyi	• Sessiz istifa sergileyen personelin davranışlarının diğer çalışanları olumsuz etkilemesi (Yılmaz, 2024) • Sessiz istifayı seçmeyenler üzerinde haksız iş yükü oluşması (P. Galanis et al., 2023) • İletişim, iş birliği ve takım çalışmasının bozulması (P. Galanis et al., 2023; Yılmaz, 2024) • Ekip moralinin düşmesi ve çalışma barışının zedelenmesi (P. Galanis et al., 2023)
Örgütsel Düzey	• Personel ve yönetim arasında çatışmalara açık, kırılgan bir çalışma ortamının oluşması (P. Galanis et al., 2023) • Örgütsel öğrenmenin sekteye uğraması; örgüt kültürü ve ikliminin zarar görmesi (Yılmaz, 2024) • İşgücü devir hızının artması (Geng et al., 2025; Yılmaz, 2024) ve buna bağlı olarak yeni personel alım/oryantasyon maliyetlerinin yükselmesi (P. Galanis et al., 2023) • Kurumun sorunlarına çözüm üretme kapasitesinin zayıflaması (Yılmaz, 2024) • İş yeri çatışmaları, algılanan adaletsizlik, tükenmişlik ve stresin artması (Geng et al., 2025)
Hasta Bakımı ve Toplumsal Düzey	• Sağlanan bakım kalitesinin düşmesi ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesi (P. Galanis et al., 2023; Geng et al., 2025; Moisoglou et al., 2024) • Klinik deneyimi yüksek hemşirelerin kaybıyla uzmanlık açığının oluşması (P. Galanis et al., 2023)

Tabloda görüldüğü üzere sessiz istifa, yalnızca bireysel bir davranış değil; ekip dinamiklerini, örgüt kültürünü ve hasta bakım sonuçlarını etkileyen çok yönlü bir durumdur. Sorunun temelinde değersizlik hissi, iletişim eksikliği ve aidiyet zayıflığı yer almakta; bu durum sessiz istifayı anlık değil, süreç içerisinde gelişen bir davranış biçimi hâline getirmektedir (Çimen & Yılmaz, 2023).

Bu nedenle hemşirelikte sessiz istifanın yönetimi, örgütsel iletişimi güçlendiren, çalışanları destekleyen ve katılımcı bir yönetim anlayışını benimseyen çok boyutlu yaklaşımlar gerektirmektedir (Gün et al., 2025; Yılmaz, 2024).

4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE SESSİZ İSTİFANIN YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerinde giderek yaygınlaşan ve küresel sağlık sistemleri üzerindeki yükü derinleştirme tehdidi taşıyan sessiz istifa, "sessiz bir kriz" olarak nitelendirilmektedir. Bu nedenle, söz konusu kavramın yönetsel faaliyetlerde ele alınması bir öncelik haline gelmiştir (P. Galanis et al., 2024; Geng et al., 2025).

Literatürdeki çalışmalar, tükenmişlik sendromu yaşayan hemşirelerin kendilerini psikolojik olarak korumaya yönelik stratejik bir önlem olarak sessiz istifayı tercih ettiklerini göstermektedir. Durgun bir çalışma ortamı, sağlık yönetimi tarafından sağlanan yetersiz kurumsal destek ve sürekli yüksek iş yükü gibi faktörler birleştğinde; hemşireler sorumlulukların getirdiği yoğun baskıyı hafifletmek adına sessizce geri çekilme yoluna gitmektedirler (Petros Galanis et al., 2025). Buna ek olarak, yönetim tarafından tanınmadığını ve takdir edilmediğini hisseden çalışanların sessiz istifa sergileme olasılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, çalışan katılımını ve bağlılığını teşvik etme sürecinde, yönetimin takdir

mekanizmalarını işletmesinin ve etkili iletişimin kritik rolünü vurgulamaktadır (Toska et al., 2025).

Söz konusu dinamiklerden en çok etkilenen grupların başında yeni mezun hemşireler gelmektedir. Kariyerlerinin henüz başındaki bu profesyoneller; hemşire-hasta oranlarındaki dengesizlikler ve vardiya baskıları gibi yapısal kaynak eksikliklerinin yanı sıra yoğun duygusal emekle de mücadele etmektedirler. Bu zorlu koşullar karşısında yeni mezunlar, net sınırlar belirleyerek ve ortamdan duygusal bir kopuş yaşayarak, sessiz istifa davranışını bir başa çıkma mekanizması olarak kullanmaktadırlar (Geng et al., 2025).

Pasif bir sorun olmaktan çok uzak olan sessiz istifa, sağlık sistemlerini bozarak hemşire liderlerinin, eğitimcilerin ve politika yapıcılarının dikkatini gerektiren geniş kapsamlı sonuçlar doğurur. Bu durum hemşireleri, ekip dinamiklerini, kurumsal performansı (işten ayrılma niyeti, iş gücü kaybı) ve hasta bakımını doğrudan etkiler (Yasin et al., 2025). Bu sebeple sağlık kurumlarında sessiz istifanın temel nedenlerini belirlemek; mesleki standartları korumak, iş gücünü elde tutmak ve yüksek kaliteli hasta bakımı sağlamak adına önemlidir (Gün et al., 2025; Yasin et al., 2025). Yöneticiler ve politika yapıcılar, hemşirelerin yaşam kalitesini iyileştirmek için daha iyi bir iş-yaşam dengesi kurmalarına yardımcı olmalı ve onları ortak bir hedef doğrultusunda birleştirerek değerli hissettirmelidir (Petros Galanis et al., 2025; Hungerford et al., 2025).

Sessiz istifa ile mücadele, basit takdir ifadelerinin ötesine geçen köklü kültürel değişimleri gerektirir. Yöneticiler, sadece teşekkür etmek yerine; kayırmacılık, klikleşme ve mikro yönetim gibi toksik kültür unsurlarını ortadan kaldıran, adil ve kapsayıcı bir ortam yaratmalıdır. Çalışanların karar alma süreçlerine katılımının teşvik edilmesi ve işleri üzerinde sahiplik duygusunun

geliştirilmesi, örgütsel bağlılığı artırmada kritik öneme sahiptir (Geng et al., 2025; Hungerford et al., 2025).

Bu kapsamda kurumlarda hayata geçirilmesi gereken destek sistemleri oluşturulmalıdır. Çalışanlar için:

- Liderlik eğitimleri, uzmanlaşmış sertifika programları ve açık kariyer yolları sunulmalıdır.
- Genç hemşireler için tanıma ve geri bildirim sistemleri geliştirilmeli; evli hemşirelerin iş-yaşam dengesini korumak için ebeveyn izni ve aile danışmanlığı gibi "aile dostu" politikalar uygulanmalıdır.
- Beklentilerin düzenli değerlendirilmesi ve kaynak desteğinin (esnek saatler vb.) uyumlu hale getirilmesi sağlanmalıdır (Geng et al., 2025).

Destek sistemlerinin yanı sıra yönetim sürecinde hemşirelerin eğitim düzeyleri ve bireysel özellikleri de dikkate alınmalıdır. Yüksek öğrenim, başa çıkma kaynaklarını artırsa da olumsuz çalışma ortamlarına karşı duyarlılığı da yükseltebilir. Bu noktada iki yönlü bir strateji izlenmelidir:

- Olumlu Özelliklerin Güçlendirilmesi: Sosyal destek ağları ve misyon odaklı programlar aracılığıyla psikolojik dayanıklılık artırılmalı; stresi yeniden çerçeveleme eğitimleri verilmelidir.
- Olumsuz Etkilerin Azaltılması: Şeffaf iletişim ve gerçekçi hedef belirleme teknikleri ile "yüksek beklenti-hayal kırıklığı" döngüsü kırılmalıdır (Geng et al., 2025).

Son olarak, duygusal zekâ; işten ayrılma niyeti ve tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Hemşire yöneticileri, çalışanların stres yönetimi ve başa çıkma stratejilerini geliştirecek duygusal zekâ odaklı eğitim programlarını hayata geçirerek psikolojik kaynakları güçlendirmelidir (P. Galanis et al., 2024).

5. SONUÇ

Sessiz istifa, her ne kadar çalışanların bireysel bir başa çıkma yöntemi gibi görünse de aslında sağlık kurumlarındaki yönetsel eksikliklerin bir yansımasıdır. Bu bölümde incelenen veriler; sorunun temelinde iş yükü fazlalığı kadar, takdir edilmeme ve yönetimden kopukluk hissinin yattığını göstermektedir. Dolayısıyla bu sorunu çözmek, hemşirelerden daha fazla fedakârlık beklemekle değil; onlara değer veren, adil ve destekleyici bir çalışma iklimi yaratmakla mümkündür. Nitelikli hemşireleri sistemde tutmak ve hasta güvenliğini garanti altına almak, ancak çalışanların sesinin duyulduğu katılımcı bir yönetim anlayışıyla sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- Çimen, A. İ., & Yılmaz, T. (2023). Sessiz istifa ne kadar sessiz. *Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 27-33.
- Galanis, P., Katsiroumpa, A., Vraka, I., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., Katsoulas, T., . . . Kaitelidou, D. (2025). The influence of job burnout on quiet quitting among nurses: The mediating effect of job satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 31(5), e70057.
- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Malliarou, M., Vraka, I., Gallos, P., . . . Papathanasiou, I. V. (2024). Impact of Workplace Bullying on Quiet Quitting in Nurses: The Mediating Effect of Coping Strategies. *Healthcare* (Basel), 12(7). doi:10.3390/healthcare12070797
- Galanis, P., Moisoglou, I., Malliarou, M., Papathanasiou, I. V., Katsiroumpa, A., Vraka, I., . . . Kaitelidou, D. (2023). Quiet Quitting among Nurses Increases Their Turnover Intention: Evidence from Greece in the Post-COVID-19 Era. *Healthcare* (Basel), 12(1). doi:10.3390/healthcare12010079
- Geng, R., Geng, X., & Geng, S. (2025). Identifying Key Antecedents of Quiet Quitting Among Nurses: A Cross-Profession Meta-Analytic Review. *J Adv Nurs*. doi:10.1111/jan.16934
- Gün, İ., Balsak, H., & Ayhan, F. (2025). Mediating Effect of Job Burnout on the Relationship Between Organisational Support and Quiet Quitting in Nurses. *J Adv Nurs*, 81(8), 4644-4652. doi:10.1111/jan.16599
- Hungerford, C., Jackson, D., & Cleary, M. (2025). Quiet Quitting, Resenteeism and Other Forms of Disengagement: What

Are the Answers for Nurses? J Adv Nurs, 81(6), 2855-2857. doi:10.1111/jan.16574

- Jayanto, I., Saputri, T., & Gumilar, B. (2025). Addressing the Quiet Quitting Phenomenon through Human Resource Management Strategies: Innovative Approaches to Enhancing Employee Engagement and Retention. *Journal of Contemporary Administration and Management (ADMAN)*, 3(1), 609-615.
- Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Vraka, I., Kalogeropoulou, M., Gallos, P., Prasini, I., & Galanis, P. (2024). Quiet quitting threatens healthcare organizations and services: Alarming evidence from a cross-sectional study with nurses in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 17(2), 1115-1122.
- Ng, I. K., Goh, W. G., Thong, C., & Teo, K. S. (2025). 'Quiet quitting' among medical practitioners: a hallmark of burnout, disillusionment and cynicism. *J R Soc Med*, 118(3), 73-77. doi:10.1177/01410768241311059
- Ting-Fang, Y., Ying-Ching, H., & Kwua-Yun, W. (2025). The "Quiet Quitting" in Nursing Workplaces and Coping Strategies. *Hu Li Za Zhi*, 72(3), 95-101.
- Toska, A., Dimitriadou, I., Togas, C., Nikolopoulou, E., Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., . . . Saridi, M. (2025). Quiet quitting in the hospital context: investigating conflicts, organizational support, and professional engagement in Greece. *Nursing Reports*, 15(2), 38.
- Yasin, Y. M., Al-Hamad, A., Yasin, L., & Kehyayan, V. (2025). Staying but Struggling: A Concept Analysis of Quiet Quitting in Nursing Practice. *J Adv Nurs*. doi:10.1111/jan.70319

- Yılmaz, K. (2024). Örgütlerde Sessiz İstifa: Kavramsal Bir Çözümleme ve Türkiye’de Yapılan Araştırmaların Değerlendirilmesi. [Quiet Quitting in Organizations: A Conceptual Analysis and Evaluation of Research Conducted in Türkiye]. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 13(4), 1395-1410. doi:10.33206/mjss.1491850
- Zhang, D., Zheng, H., Zeng, Y., Yu, X., Zhao, Y., Gan, Y., . . . Zhou, Y. (2025). Psychometric properties of the Chinese version of the Quiet Quitting Scale. BMC Nursing, 24(1), 270. doi:10.1186/s12912-025-02921-4

SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ AÇISINDAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM: ERİŞİM, EŞİTLİK VE DAYANIKLILIK

Gonca AKTAY¹

Zeynep ERSAY ÖNAL²

Ayşe ÇİÇEK KORKKMAZ³

1. GİRİŞ

Bu kitap bölümünün amacı, Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanan **Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP)**, **Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH)** ile olan ilişkisini erişim, eşitlik ve dayanıklılık boyutları üzerinden değerlendirmektir. Sağlık sistemlerinin temel performans göstergeleri arasında yer alan bu üç kavram hem SDP’nin hedefleriyle hem de SKH’nin içeriğiyle doğrudan örtüşmektedir. Bu bağlamda, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlıkla ilişkili küresel hedeflerle ne ölçüde uyum sağladığı incelenmektedir.

Birleşmiş Milletler tarafından 2015 yılında ilan edilen SKH, tüm ülkeler için ortak bir kalkınma yönelimi sunmakta; sağlık, hem bağımsız bir hedef (SKH 3) hem de diğer alanlarla kesişen temel bir unsur olarak ele alınmaktadır (United Nations, 2020). Türkiye’de 2000’li yılların başında başlatılan SDP ise, sağlık sistemini insan odaklı, hakkaniyete dayalı ve sürdürülebilir

¹ Arş. Gör., Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim ABD, ORCID: 0000-0003-2811-2779

² Arş. Gör., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim ABD, ORCID: 0000-0002-6480-4396

³ Doç. Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim ABD, ORCID: 0000-0001-8184-1490

bir yapıya kavuşturmayı amaçlayan kapsamlı bir reform süreci olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; Aydın, 2022).

Bu bölümde, SDP'nin erişimi artırma, eşitsizlikleri azaltma ve sağlık sisteminin krizlere karşı dayanıklılığını güçlendirme hedefleri ile **SKH 1 (Yoksulluğun Azaltılması)**, **SKH 3 (Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam)**, **SKH 5 (Toplumsal Cinsiyet Eşitliği)**, **SKH 10 (Eşitsizliklerin Azaltılması)** ve **SKH 16 (Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar)** arasındaki yapısal uyum tartışılmaktadır (Cansever, 2021; Legrand vd., 2023; Morton vd., 2019). Ulusal ve uluslararası literatüre dayanan bu inceleme, Türkiye'nin sağlık reformlarının sürdürülebilir kalkınma hedeflerine katkısını karşılaştırmalı bir yaklaşımla ele almaktadır.

Sonuç olarak bu çalışma, sağlık politikalarının yalnızca yerel ihtiyaçlara değil, aynı zamanda küresel hedeflere de duyarlı biçimde yapılandırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Erişim, eşitlik ve dayanıklılık ekseninde şekillenen bu dönüşümün, uzun vadede daha adil, kapsayıcı ve dirençli sağlık sistemlerine ulaşmada kritik bir rol oynadığı savunulmaktadır.

2. KAVRAMSAL ARKA PLAN VE ÇERÇEVE

Bu bölümde, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek için gerekli olan temel kavramsal çerçeve sunulmaktadır. Öncelikle sağlık sistemlerinde dönüşüm yaklaşımları ele alınmakta; ardından SKH ile ilgili temel belgeler ışığında küresel sağlık politikalarının yönelimi aktarılmakta; son olarak ise erişim, eşitlik ve dayanıklılık gibi kavramların sağlık sistemleri içindeki yeri açıklanmaktadır.

2.1. Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Yaklaşımları

Sağlık sistemlerinde reformlar, özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren artan maliyet baskıları, hizmetlere erişim

sorunları ve hizmet kalitesine dair eşitsizlikler çerçevesinde gündeme gelmiştir. Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık sistemlerinin daha kapsayıcı, erişilebilir ve sürdürülebilir hale getirilmesine yönelik çeşitli reform modelleri geliştirmiştir (WHO, 2000; OECD, 2010). Bu modeller genellikle finansman reformları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, insan kaynağının niteliğinin artırılması ve hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması gibi başlıklarda yoğunlaşmaktadır.

2.2. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve Küresel Sağlık Politikaları

Birleşmiş Milletler tarafından 2015 yılında kabul edilen 2030 Gündemi, sağlıkla doğrudan ilişkili olan **SKH 3: Sağlıklı Bireyler** hedefini içermektedir. Bu hedef, herkes için her yaşta sağlıklı yaşamı güvence altına almayı ve refahı artırmayı amaçlamaktadır. Ancak sağlık aynı zamanda, yoksulluğun azaltılması (SKH 1), toplumsal cinsiyet eşitliği (SKH 5), eşitsizliklerin azaltılması (SKH 10) ve güçlü kurumların inşası (SKH 16) gibi diğer hedeflerle de kesişen çok boyutlu bir politika alanıdır (United Nations, 2020; Legrand vd., 2023).

SKH 3 altında yer alan alt hedefler (örneğin, evrensel sağlık kapsamı, anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, sağlık finansmanı ve insan kaynağı gibi) ülkelerin sağlık sistemlerine yönelik politika geliştirme süreçlerine yön vermektedir. Bu çerçevede, Türkiye'nin SDP aracılığıyla sağlık sisteminde gerçekleştirdiği dönüşüm, SKH ile yapısal bir bütünlük göstermektedir.

2.3. Erişim, Eşitlik ve Dayanıklılık Kavramları

Sağlık hizmetlerine **erişim**, bireylerin gerekli sağlık hizmetlerini zamanında, uygun maliyetle ve coğrafi olarak ulaşılabilir biçimde alabilme kapasitesini ifade eder. Erişim,

yalnızca fiziksel yakınlıkla değil, finansal ve örgütsel boyutlarla da ilişkilidir (Peters vd., 2008).

Eşitlik, sağlık hizmetlerinin bireyler veya gruplar arasında sosyoekonomik, coğrafi, cinsiyet ya da etnik temelli farklılıklar olmaksızın hakkaniyete uygun şekilde sunulmasını kapsar (Whitehead, 1992). Sağlık sistemlerinde eşitlik, özellikle dezavantajlı ve kırılgan grupların hizmetlere erişimini gözetan politikaların geliştirilmesini gerektirir.

Dayanıklılık ise sağlık sisteminin kriz, afet veya pandemi gibi olağanüstü durumlar karşısında hizmet sunumunu sürdürebilme ve yeniden yapılanabilme kapasitesidir (Kruk vd., 2015). COVID-19 pandemisi ile sağlık sistemlerinin dayanıklılığı, sağlık politikalarının temel önceliklerinden biri haline gelmiştir.

Bu üç kavram erişim, eşitlik ve dayanıklılık– hem Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel yapı taşlarını hem de Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile olan uyumun analiz çerçevesini oluşturmaktadır.

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: TARİHSEL GELİŞİMİ, AMAÇLARI VE BİLEŞENLERİ

Türkiye’de sağlık sistemi, Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren çeşitli reform süreçlerinden geçmiş; özellikle 2000’li yılların başında, kapsamlı bir yapısal dönüşüm ihtiyacı doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilmiştir. Bu bölümde, SDP’nin tarihsel bağlamı, uygulama aşamaları, amaçları, ilkeleri ve temel bileşenleri ele alınacaktır.

3.1. Sağlıkta Dönüşümün Tarihsel Arka Planı

Türkiye sağlık sisteminde özellikle 1980 sonrasında artan nüfus, şehirleşme, hizmetlere erişimde eşitsizlikler ve

maliyetlerin sürdürülemezliği gibi yapısal sorunlar ön plana çıkmıştır (Fedai, 2019). Bu sorunlar, 2000’li yılların başına gelindiğinde sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler, kurumlar arası dağınıklık, altyapı yetersizlikleri ve artan halk talepleriyle daha da belirgin hâle gelmiş ve bütüncül bir reform ihtiyacını gündeme taşımıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Bu bağlamda, 2003 yılında “Herkesin Sağlık” sloganıyla başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kapsamını, kalitesini ve erişilebilirliğini artırmak amacıyla planlanmıştır (Akkavak, 2018).

3.2. Programın Temel Amaçları ve İlkeleri

SDP’nin temel amacı, “herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti” sunulmasını sağlamaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Bu hedef, etkili, kaliteli, verimli ve hakkaniyete dayalı bir sağlık sisteminin inşasını öngörmektedir. Programın çerçevesini belirleyen ilkeler arasında insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, hizmette rekabet ve desantralizasyon yer almaktadır (Gül & Can, 2024).

3.3. SDP’nin Temel Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sekiz ana bileşen üzerinden yapılandırılmıştır. Bu bileşenler, programın ilkelerini somut politikalara dönüştüren uygulama alanlarını temsil etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Aydın, 2022):

- 1) Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı:** Politika geliştirme, düzenleme ve gözetim rolünün merkezi düzeyde güçlendirilmesi.
- 2) Genel Sağlık Sigortası:** Tüm bireylerin sağlık güvencesi altına alınması yoluyla hizmete erişimde eşitliğin sağlanması.

- 3) **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi:** Aile hekimliği modelinin yaygınlaştırılması ile erişilebilirliğin artırılması.
- 4) **Nitelikli İnsan Gücü:** Bilgi ve beceri ile donanmış, motive sağlık personelinin hizmet sunumunda rol alması.
- 5) **Eğitim ve Bilim Kurumlarının Katılımı:** Sektörel kapasitenin artırılması amacıyla akademik iş birliklerinin güçlendirilmesi.
- 6) **Akreditasyon ve Kalite Yönetimi:** Hizmet kalitesinin izlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması.
- 7) **Tıbbi Malzeme ve İlaç Yönetimi:** Kaynakların akılcı ve denetlenebilir biçimde kullanılmasını sağlayan kurumsal yapılanma.
- 8) **Sağlık Bilgi Sistemleri:** Dijitalleşme ile karar destek sistemlerinin geliştirilmesi ve veri temelli yönetimin sağlanması.

Bu bileşenler, sağlık sisteminin erişilebilirliğini, eşitliğini ve sürdürülebilirliğini artırmayı hedeflemekte; aynı zamanda Türkiye'nin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda sağlık alanında ilerleme kaydetmesine katkı sunmaktadır (Gün & Can, 2024; Çavmak vd., 2024). Sonuç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye'nin sadece ulusal sağlık reformu değil, aynı zamanda küresel sağlık gündemiyle uyumlu, sürdürülebilir kalkınmayı hedefleyen stratejik bir politika dönüşümüdür. Programın erişim, eşitlik ve dayanıklılık ilkeleri, aynı zamanda SKH ile kesişen temel eksenler olarak değerlendirilmekte ve bir sonraki bölümde bu üç boyutta literatür bulguları ışığında analiz edilecektir.

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ ARASINDAKİ UYUM: ERİŞİM, EŞİTLİK VE DAYANIKLILIK ÜZERİNDEN BİR İNCELEME

Bu bölümde, sağlıkta dönüşüm programlarının sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle (özellikle SKH 3) olan ilişkisi, alan yazında öne çıkan erişim eşitlik ve dayanıklılık olan üç temel kavram ekseninde incelenmektedir. Her bir kavram hem teorik olarak tanımlanmakta hem de Türkiye'deki Sağlıkta Dönüşüm Programı bağlamında değerlendirilmektedir.

4.1. Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin fiziksel, finansal ve örgütsel açıdan tüm bireyler için ulaşılabilir olmasını ifade etmektedir (Levesque vd., 2013). Türkiye'de uygulanan SDP, hizmetlerin mekânsal yaygınlığı, finansal kapsayıcılığı ve örgütsel yeniden yapılanması sayesinde erişim alanında önemli gelişmeler sağlamıştır.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve aile hekimliği modelinin ülke genelinde uygulanması, coğrafi erişimi artırmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile finansal erişimde ciddi iyileşmeler sağlanmış; farklı gelir düzeylerine sahip bireylerin hizmetlerden yararlanabilmesi mümkün olmuştur (Akkavak, 2018). Aynı zamanda dijital sağlık sistemleri (e-Nabız, MHRS gibi) ile örgütsel erişim desteklenmiş ve hasta-merkezli yaklaşımlar güçlendirilmiştir (Gün & Koç, 2023).

Bununla birlikte, literatürde bazı çalışmalarda erişimde yaşanan bölgesel eşitsizlikler, özellikle kırsal alanlarda hizmet sunumundaki aksaklıklar ve sağlık personeli dağılımındaki dengesizlikler hâlâ önemli sorunlar olarak yer almaktadır (Fedai, 2019; Aydın, 2022).

4.2. Eşitlik

Eşitlik, sağlık hizmetlerinin toplumsal gruplar arasında adil bir şekilde dağıtılmasını ifade eder. Cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim, engellilik durumu ve etnik kimlik gibi sosyal belirleyiciler sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanma üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (WHO, 2008).

SDP'nin eşitlik açısından en önemli katkılarından biri, tüm vatandaşları tek çatı altında birleştiren genel sağlık sigortası sistemidir. Bu sistem ile yoksulluk düzeyindeki bireyler için prim ödeme muafiyetleri sağlanmış; kadınlar, yaşlılar, çocuklar ve engelli bireyler gibi kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişimi desteklenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008; Gün & Can, 2024).

Ancak bazı araştırmalar, reformların uygulama düzeyinde sosyoekonomik eşitsizlikleri tam olarak ortadan kaldıramadığını; özellikle kent-kır ayrımında ve doğu-batı bölgeleri arasında sağlık çıktılarında farkların sürdüğünü göstermektedir (Boyacı, 2019; Çavmak vd., 2024). Ayrıca performans esaslı sistemlerin, hizmet sunumunda bölgesel yoğunlaşmalara yol açabileceği ve eşitlik ilkesini gölgeleyebileceği yönünde eleştiriler de bulunmaktadır (Armocida vd., 2020).

4.3. Dayanıklılık

Sağlık sistemlerinin dayanıklılığı; ani kriz, afet veya salgın gibi olağandışı durumlara hızlı yanıt verebilme, toparlanabilme ve hizmet devamlılığını sağlayabilme kapasitesini ifade etmektedir (Kruk vd., 2015). COVID-19 pandemisi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını test eden en kritik dönemlerden biri olmuştur.

Türkiye, SDP kapsamında oluşturduğu sağlık altyapısı, merkezi tedarik zinciri yönetimi, insan gücü kapasitesi ve dijital sağlık uygulamaları sayesinde pandemiye görece hızlı yanıt verebilmiştir (Gün & Koç, 2023). Ancak sistemin krizlere uzun

vadeli adaptasyonu, sağlık çalışanlarının tükenmişliği, tedarik zinciri sorunları ve finansal sürdürülebilirlik gibi alanlarda hâlâ geliştirilmesi gereken yönler bulunmaktadır (Siciliani vd., 2025).

Sağlık sisteminin dayanıklılığı yalnızca pandemilere değil, aynı zamanda iklim krizi, doğal afetler ve göç hareketleri gibi çok boyutlu risklere de hazırlıklı olmayı gerektirir. Bu bağlamda SDP'nin sürdürülebilirlik ilkesiyle entegre bir biçimde yeniden değerlendirilmesi gerektiği literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (Legrand vd., 2023; Ruggerio vd., 2021).

Sonuç olarak, erişim, eşitlik ve dayanıklılık boyutları hem SDP'nin performansını değerlendirmede hem de sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle yapısal uyumunu ortaya koymada kritik öneme sahiptir. Bir sonraki bölümde, bu bulgular bütüncül bir yaklaşımla tartışılarak literatürdeki karşılaştırmalar ve boşluklar analiz edilecektir.

5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA UYUMUNA ELEŞTİREL BİR DEĞERLENDİRME

Bu bölümde, önceki kısımda sunulan literatür bulguları erişim, eşitlik ve dayanıklılık eksenlerinde karşılaştırmalı bir biçimde ele alınmakta; Türkiye'de uygulanan SDP'nin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile ne ölçüde bütünleştiği değerlendirilmektedir. Ayrıca, literatürdeki boşluklar, farklı ülkelerdeki uygulamalarla karşılaştırmalı analizler ve reform sürecine dair eleştirel görüşler incelenmektedir.

5.1. Uluslararası Uygulamalar ve Türkiye

SDP'nin özellikle erişim konusunda elde ettiği başarılar, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) evrensel sağlık kapsamı hedefleri ile büyük ölçüde örtüşmektedir. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği

uygulaması ile Türkiye, sağlık hizmetlerinin coğrafi erişimini artırmış ve birçok OECD ülkesinin erişim oranlarına yaklaşmıştır (WHO, 2021).

Ancak eşitlik bağlamında Türkiye ile benzer reform süreçlerinden geçen Latin Amerika ülkeleriyle yapılan karşılaştırmalar, bazı temel farklara işaret etmektedir. Örneğin, Brezilya'nın "Sağlıkta Aile Programı" daha çok yerel yönetim katılımını öne çıkarırken, Türkiye'de merkeziyetçi yapı eşitlikçi hizmet sunumu açısından farklı bir strateji izlemiştir (Leão & Viana, 2017). Bu fark, uygulamaların sosyal belirleyiciler üzerindeki etkisinin ülkeler arasında değişiklik gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

Dayanıklılık boyutunda ise COVID-19 pandemisi sırasında Türkiye'nin merkezi stok yönetimi ve dijital sağlık sistemleri sayesinde bazı Avrupa ülkelerine kıyasla daha hızlı yanıt verdiği görülmüştür. Ancak sağlık çalışanlarının tükenmişliği ve psikososyal yükü, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sistemin sınırlarını gözler önüne sermiştir (Kruk vd., 2020; Siciliani vd., 2025).

5.2. SKH Açısından Programın Değerlendirilmesi

SDP'nin, özellikle SKH 3 (Sağlıklı Bireyler), SKH 1 (Yoksulluğa Son), SKH 5 (Toplumsal Cinsiyet Eşitliği), SKH 10 (Eşitsizliklerin Azaltılması) ve SKH 16 (Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar) ile doğrudan ve dolaylı bağlantılar kurduğu açıkça görülmektedir (United Nations, 2020). Literatürde bu ilişkinin çok aktörlü, çok düzeyli ve çok sektörlü yönetim anlayışıyla derinleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Ruggerio vd., 2021; Legrand vd., 2023).

Ancak bu hedeflerle kurulan uyum daha çok stratejik belgelere yansımakta, uygulama düzeyinde bölgesel, sosyoekonomik ve yönetsel farklılıklar nedeniyle SKH'lerin eşit düzeyde hayata geçirilmesini engelleyebilmektedir. Bu da

sürdürülebilirlik ilkesinin yalnızca normatif bir çerçeve değil, aynı zamanda uygulamaya dönük izleme-değerlendirme sistemleriyle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir (Kaman & Bozkurt, 2025).

5.3. Literatürdeki Boşluklar

İncelenen literatürde en dikkat çekici boşluklardan biri, sağlık reformlarının yalnızca hizmet sunumu çıktılarıyla sınırlı değerlendirilmesidir. Hizmet kalitesi, kullanıcı memnuniyeti, toplumsal cinsiyet duyarlılığı gibi boyutlar hâlâ ikincil düzeyde incelenmektedir (Morton et al., 2019).

Ayrıca eşitlik ve dayanıklılık konularında yapılan çalışmaların çoğunlukla betimleyici olduğu, karşılaştırmalı etki analizlerinin yeterince yapılmadığı gözlemlenmektedir. Erişim göstergelerinde ilerlemeler net bir şekilde belgelenmişken, eşitlik ve dayanıklılık göstergelerinde metodolojik çeşitlilik eksikliği bulunmaktadır (Armocida vd., 2020).

6. POLİTİKA VE UYGULAMA ÖNERİLERİ

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık sisteminin modernizasyonu açısından önemli kazanımlar sağlamış olsa da erişim, eşitlik ve dayanıklılık boyutlarında daha kapsayıcı ve sürdürülebilir stratejilere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu bölümde hem mevcut bulgular hem de SKH’lerle bütünleşme hedefleri doğrultusunda politika ve uygulama önerileri sunulmaktadır.

6.1. Eşitlik Odaklı Politika Araçları

SDP’nin eşitlik ilkesini daha etkin biçimde hayata geçirebilmesi için aşağıdaki araçların geliştirilmesi önerilmektedir:

- **Bölgesel farklılıkları hedefleyen kaynak dağıtım mekanizmaları:** Coğrafi dezavantajların azaltılması için ihtiyaca dayalı finansman ve insan gücü planlaması yapılmalıdır (Aydınlı, 2022).
- **Toplumsal cinsiyet, engellilik ve göçmenlik temelli eşitsizliklere duyarlı politikalar:** Kırılgan gruplara yönelik kapsayıcı sağlık hizmet paketleri oluşturulmalı, hizmet sunumunda kültürel duyarlılık artırılmalıdır (Morton vd., 2019).
- **Sağlık hizmetlerine erişimde dijital uçurumu azaltıcı uygulamalar:** e-Nabız ve MHRS gibi dijital sistemler tüm grupların erişimine uygun hale getirilmelidir.

6.2. Dayanıklılık Stratejilerinin Güçlendirilmesi

Pandemi ve afetler gibi kriz durumlarında sistemin esnekliğini artırmak amacıyla:

- **Sağlık sisteminin stres testleri düzenli olarak yapılmalı,** kapasite açıkları önceden tespit edilmelidir (Kruk vd., 2020).
- **Yerel ve bölgesel düzeyde kriz senaryolarına dayalı hazırlık planları** geliştirilmelidir.
- **Sağlık çalışanlarının psikososyal dayanıklılığı** artırılmalı, tükenmişlik riskine karşı koruyucu programlar oluşturulmalıdır.

6.3. Veri, İzleme ve Değerlendirme Mekanizmaları

- **SKH göstergeleriyle uyumlu ulusal sağlık izleme sistemleri kurulmalı,** bu sistemler düzenli veri üretmeli ve kamuya şeffaf biçimde paylaşılmalıdır (United Nations, 2020).
- **Eşitlik, erişim ve dayanıklılık göstergeleri** açık biçimde tanımlanmalı ve bu alanlara özgü performans izleme araçları geliştirilmelidir.

- **Politika etkisi değerlendirme kapasitesi** güçlendirilmeli, uygulama sonuçları akademik bağımsız kuruluşlar tarafından izlenmelidir.

6.4. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Uyumlu Yol Haritası

SDP'nin uzun vadeli başarıya ulaşması için SKH'lerle daha sistematik bir uyum çerçevesine ihtiyaç vardır:

- **SDG 3 başta olmak üzere ilişkili hedeflerle (1, 5, 10, 16)** uyumu sağlayacak bütüncül politika belgeleri hazırlanmalıdır (Kaman & Bozkurt, 2025).
- **Çok sektörlü iş birlikleri (çevre, eğitim, sosyal hizmetler vb.)** teşvik edilmeli, sağlık dışı alanlardaki yatırımların sağlık üzerindeki etkileri dikkate alınmalıdır (Siciliani vd, 2025).
- **Yönetişim yapılarında paydaş katılımı güçlendirilmeli**, yerel yönetimler ve sivil toplum aktörleri sağlık planlamasına dahil edilmelidir.

Bu öneriler, Türkiye'de sağlık sisteminin yalnızca hizmet sunumunu değil, aynı zamanda sosyal adalet, krizlere uyum ve uzun vadeli sürdürülebilirlik ilkeleriyle uyumlu hale getirilmesine katkı sunmayı hedeflemektedir. İzleyen bölümde, çalışmanın genel bir değerlendirmesi ve gelecek araştırmalara yönelik çıkarımlar yer almaktadır.

7. SONUÇ VE GELECEĞE YÖNELİK ÖNERİLER

Bu bölümde, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (arasındaki ilişkiler erişim, eşitlik ve dayanıklılık eksenlerinde değerlendirilmektedir. Literatür derlemesi bulguları, Türkiye'nin sağlık sisteminde önemli dönüşümler yaşadığını ve bu dönüşümlerin büyük ölçüde SKH'lerle yapısal bir uyum taşıdığını ortaya koymaktadır.

7.1. Ana Bulguların Özeti

- SDP, özellikle **genel sağlık sigortası uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, aile hekimliği modeli, dijital sağlık uygulamaları (e-Nabız, MHRS)** gibi araçlarla hizmet erişimini genişletmiştir.
- Eşitlik bağlamında **coğrafi farklılıkların azaltılması, kırılgan grupların hizmetlere dahil edilmesi ve sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması** gibi alanlarda ilerlemeler sağlansa da, **toplumsal cinsiyet, göçmenler ve engellilik temelli eşitsizlikler** sürmektedir.
- Dayanıklılık açısından, **COVID-19 pandemisi** sağlık sisteminin esneklik kapasitesini test etmiş ve sistemin altyapı yönünden dirençli olduğu ancak insan gücü ve koordinasyon alanında gelişmeye açık yönleri bulunduğu görülmüştür.

7.2. SKH Perspektifinde Türkiye İçin Stratejik Çıkarımlar

- SKH 3 (Sağlık ve Kaliteli Yaşam) başta olmak üzere SKH 1 (Yoksulluğun Azaltılması), SKH 5 (Toplumsal Cinsiyet Eşitliği), SKH 10 (Eşitsizliklerin Azaltılması) ve SKH 16 (Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar) ile doğrudan ilişkili reform bileşenleri bulunmaktadır.
- Ancak bu hedeflerle **daha bütüncül bir uyumun sağlanması** için politika belgelerinin güncellenmesi, çok paydaşlı iş birliklerinin teşvik edilmesi ve SKH'lerin sağlık sistemine entegrasyonunun izlenebilir kılınması gereklidir.

7.3. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

- SDP'nin SKH'lere katkısının **nicel verilerle karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi**, sağlık sonuçları üzerindeki etkilerinin uzunlamasına incelenmesi gereklidir.

- **Yerel düzeyde eşitlik ve erişim performansı** üzerine mikro veri çalışmaları yapılmalıdır.
- Sağlık sisteminin **iklim değişikliği, göç, yaşlanma ve dijital dönüşüm gibi yeni küresel eğilimlere karşı ne derece dayanıklı olduğu** sorgulanmalı ve stratejik uyum kapasitesi değerlendirilmelidir.

Bu kitap bölümü, Türkiye'nin sağlık politikalarının sürdürülebilir kalkınma vizyonu ile nasıl kesiştiğini ortaya koyarken, erişim, eşitlik ve dayanıklılık boyutlarında daha sistematik ve veriye dayalı bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu küresel hedeflerle ne ölçüde uyum sağladığına dair daha derinlemesine analizler yapılması, sürdürülebilir ve adil bir sağlık sistemine ulaşmak açısından kritik önemdedir.

KAYNAKÇA

- Aba, G. (2018). *Sağlık politikası ve planlaması*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Açık, D. (2023). Türk genel sağlık sigortasındaki dönüşümün sosyal güvenliğin evrensel dönüşümüne uygunluğu açısından değerlendirilmesi.
- Adejoorin, M. V., Salman, K. K., Adenegan, K. O., Obi-Egbedi, O., Dairo, M. D., & Omotayo, A. O. (2024). Utilization of maternal health facilities and rural women's well-being: towards the attainment of sustainable development goals. *Health Economics Review*, 14(1), 40.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye'de sağlık sisteminin gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003–2011)* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Alami, H., Gagnon, M. P., & Fortin, J. P. (2017). Digital health and the challenge of health systems transformation. *Mhealth*, 3, 31.
- Alkhawaldeh, A., ALBashtawy, M., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., Abu Khait, A., Qaddumi, J., Khraisat, O., & ALBashtawy, S. (2023). Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: A systematic literature review from 2012–2021. *Iran Journal of Public Health*, 52(7), 1346–1354.
- Arcaya, M., & Figueroa, J. F. (2020). Emerging trends in health equity research: Addressing access barriers. *New England Journal of Medicine*.
- Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., & Missoni, E. (2020). İtalyan sağlık sistemi ve COVID-19 zorluğu. *Lancet Public Health*, 5(5), e253.

- Arslan, C. (2022). Ödül adaleti ve eşitliği kuramı açısından öğretmenlerin görüşleri. *Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 123–134.
- Ataçay, M. N. (2025). Sürdürülebilir Kalkınma: Amaçlar, Eleştiriler ve Gerçekler. *Fiscaoeconomia*, 9(3), 1574-1591.
- Aydın, N. (2022). Türkiye'de sağlık dönüşümüne tarihsel bakış. *VHS*, 12(1), 188–193.
- Aydınlı, B. (2022). Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Başpınar, A., & Özvarış, Ş. B. (2021). Covid-19'un sürdürülebilir kalkınma hedefleri üzerine etkileri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 5, 31(2), 3-13.
- BM Türkiye. (2024). Türkiye sürdürülebilir kalkınma amaçları. Erişim adresi: <https://turkiye.un.org/tr/sdgs>
- Boyacı, İ. (2020). Türkiye sağlık sisteminin dönüşümü (2003–13): Covid-19 pandemisi ile mücadele sürecinde sağlık reformlarına yeniden bakış. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 59–80.
- Bucak, Ç., & Türkcan, B. (2021). Küresel sürdürülebilir kalkınma hedefleri kapsamında çocuk göçmenler ve COVID-19 pandemisinin çocuk göçmenler üzerindeki etkileri. *Aurum Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 153-170.
- Bulut, C., & Kolca, D. (2025). Sağlık politikalarının tarihsel dönüşümü ve geleceğe yönelik stratejik yaklaşımlar: literatür incelemesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 208-218.

- Cansever, İ. H. (2021). Sürdürülebilir kalkınma ve sağlık: Türkiye'nin 2023 hedefleri ile karşılaştırmalı bir değerlendirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3), 633–665.
- Ceran, E. B., & Pınar, İ. (2023). Covid 19 pandemi süreci ve birleşmiş milletler 2030 sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin Türkiye bağlamında örnekler doğrultusunda ilişkilendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (54), 91-107.
- Chapman, A. R. (2016). Assessing the universal health coverage target in the sustainable development goals from a human rights perspective. *BMC international health and human rights*, 16(1), 33.
- Cindemir, H. (2025). Avrupa Birliği'nin toplumsal cinsiyet eşitliği politikaları ışığında iş ve sosyal güvenlik hukukunda ayrımcılık yasağı ve eşitlik ilkesi. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(2), 984–1004. <https://doi.org/10.11616/asbi.1658363>
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., et al. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20, 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
- Cynthia, J. S., Rastetter, M., Hefner, J. L., Glover, A. R., Magaña, C., Gray II, D. M., Joseph, J. J., Panchal, B., & Olayiwola, J. N. (2021). Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 32(2), 290–299. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0064>
- Çam, S., & Eke, E. (2025). 2022 Türkiye sağlık araştırmasından erişim sorunları: sağlık eşitsizlikleri mi? tıbbi çöller mi?

- Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(3), 445–454.
<https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1657878>
- Çavmak, Ş., Çavmak, D., & Yaşa Özeltürkay, E. (2024). Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik düzeyini belirleyen faktörlerin önceliklendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, 58(2), 263–282.
- Davlembayeva, D., & Alamanos, E. (2025). Equity theory: A review. In S. Papagiannidis (Ed.), *TheoryHub Book*.
<https://open.ncl.ac.uk>
- Dolcini, M., Brambilla, A., Mangili, S., & Capolongo, S. (2025). Yeni nesil hastanelerde çevresel sürdürülebilirlik: Sağlık kuruluşları ve sektör paydaşlarının ihtiyaç ve gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ann Ig*, 37(5), 565–573.
- Durmuş, Ş. (2025). Örgütsel dayanıklılık kavramı: Bibliyometrik bir analiz. *bmij*, 13(1), 49–69. doi: <https://doi.org/10.15295/bmij.v13i1.2484>
- Eryılmaz, E. (2020). FLSF (Journal of Philosophy and Social Sciences), 30, 223–240.
- Fedai, R. (2019). Sağlıkta dönüşüm programının öncesi: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi: 1923–2003. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 2010–2032.
- Fonda, F., Galazzi, A., Chiappinotto, S., Justi, L., Frydensberg, M. S., Boesen, R. L., Macur, M., Reig, E. A., Espauella, E. R., & Palese, A. (2023). Healthcare system digital transformation across four European countries: A multiple-case study. *Healthcare (Basel)*, 12(1), 16.
- Francis-Auton, E., Long, J. C., Sarkies, M., Roberts, N., Westbrook, J., Levesque, J. F., Watson, D. E., Hardwick, R., Hibbert, P., Pomare, C., & Braithwaite, J. (2024). Four system enablers of large-system transformation in health

- care: A mixed methods realist evaluation. *Milbank Quarterly*, 102(1), 183–211.
- Gbagbo, F. Y., Ameyaw, E. K., & Yaya, S. (2024). Artificial intelligence and sexual reproductive health and rights: a technological leap towards achieving sustainable development goal target 3.7. *Reproductive Health*, 21(1), 196.
- Guermaz, I., & Gharbi, M. W. (2024). Analyzing the achievement of the sustainable development goals (SDGs) in Saudi Arabia and the impact of the COVID-19 pandemic. *Journal of Financial Reporting and Accounting*.
- Gül, S. K., & Can, M. (2024). Türk sağlık sisteminde dönüşüm programının değerlendirilmesi. *Pearson Sosyal Bilimler ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 8(30), 1728–1750. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14287814>
- Gün, M. F., & Topal Koç, D. (2023). Sağlıkta dönüşüm programının genel değerlendirmesi, ekonomik ve yapısal etkiler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(1), 49–68.
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A., & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: Lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964–980.
- Hassmiller, S. B., & Kuehnert, P. (2020). Building a culture of health to attain the sustainable development goals. *Nursing Outlook*, 68(2), 129-133.

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- ISGlobal. (2025). *ISGlobal – Barcelona Institute for Global Health*. Erişim tarihi: 7 Aralık 2025, <https://www.isglobal.org/en/>
- Kaman, D., & Bozkurt, Y. (2025). Sürdürülebilir kalkınma ve çevre: Geleceği şekillendirecek stratejiler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 83, 299–316. <https://doi.org/10.51290/dpusbe.1581194>
- Kaplan, N., Uyanık, A., & Sadıç, E. (2025). Globalleşen Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Tele Sağlık ile Yönetimi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 150-160.
- Khan, S., Vandermorris, A., Shepherd, J., Begun, J. W., Lanham, H. J., Uhl-Bien, M., & Berta, W. (2018). Embracing uncertainty, managing complexity: Applying complexity thinking principles to transformation efforts in healthcare systems. *BMC Health Services Research*, 18(1), 192.
- Kickbusch, I., & Szabo, M. M. (2014). A new governance space for health. *Global Health Action*, 7, 23507.
- Kruk, M. E., Ling, E. J., Bitton, A., Cammett, M., Cavanaugh, K., Chopra, M., El-Jardali, F., Macauley, R. J., Muraguri, M. K., Konuma, S., Marten, R., Martineau, F., Myers, M., Rasanathan, K., Ruelas, E., Soucat, A., Sugihantono, A., & Warnken, H. (2017). Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *BMJ*, 357, j2323.
- Kutlay, T. (2014). Birleşmiş Milletler 2015 sonrası kalkınma gündemi ve hukukun üstünlüğü ilişkisi. *Ankara Barosu Dergisi*, (4).

- Legrand, J., Aubin-Auger, I., De Bary, L., Fossembas, É., Baruch, D., & Malmartel, A. (2023). Sustainable development in general practice. *Family Practice*, 40(3), 511–518.
- McCormack, J., Noble, C., Rutherford, S., Ross, L. J., & Bialocerkowski, A. (2024). Integrating the sustainable development goals into health professions' curricula: using the nominal group technique to guide their contextualisation. *BMC Medical Education*, 24(1), 972.
- Morgan, G. W., Foster, K., Healy, B., Opie, C., & Huynh, V. (2018). Improving health and cancer services in low-resource countries to attain the sustainable development goals target 3.4 for noncommunicable diseases. *Journal of global oncology*, 4, 1-11.
- Morse, J. M., Kent-Marvick, J., Barry, L. A., Harvey, J., Okang, E. N., Rudd, E. A., Wang, C. Y., & Williams, M. R. (2021). Developing the resilience framework for nursing and healthcare. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, 23333936211005475.
- Morton, S., Pencheon, D., & Bickler, G. (2019). The sustainable development goals provide an important framework for addressing dangerous climate change and achieving wider public health benefits. *Public Health*, 174, 65–68.
- OECD. (2023). *Strengthening health system resilience*.
- Oflaz, N. K. (2024). N11 ülkelerinde sağlık eşitsizliklerinin sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından değerlendirilmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 20(3), 734-773.
- Okesanya, O. J. (2025). Public health and policy perspectives on the final five years of the 2025 sustainable development goals report. *Discover Public Health*, 22(1), 630.

- Okulu, N. M. Y. (2023). Küresel salgın tarım, gıda güvenliği ve geçim kaynaklarını. *Sürdürülebilir Kalkınmada Tarımsal Faaliyetlerin Yeri ve Önemi 2*, 87.
- Özen, H. (2021). Dijital sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından değerlendirilmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(38), 5440-5472.
- Pınarbaşı, Ş., & Piyal, B. (2022). Sürdürülebilir kalkınma hedefi üç'ün sağlık kapsayıcılığı işlevi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 7(2), 379-391.
- Refaat, A. (2023). Global achievement of maternal health-related sustainable development goals targets among women exposed to intimate partner violence. *BMC women's health*, 23(1), 423.
- Ruggerio, C. A. (2021). Sustainability and sustainable development: A review of principles and definitions. *Science of the Total Environment*, 786, 147481.
- Salam, R. A., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2022). Achieving Health-Related Sustainable Development Goals. *Making Health Systems Work in Low and Middle Income Countries: Textbook for Public Health Practitioners*, 464.
- Scott, K. A., & Pringle, J. (2018). The power of the frame: Systems transformation framework for health care leaders. *Nursing Administration Quarterly*, 42(1), 4-14.
- Siciliani, L., & Cylus, J. (2025). The contribution of health and health systems to other sustainable development goals: An overview of the evidence on co-benefits. *Health Policy*, 162, 105454.

- Sincer, S. (2023). Eğitime yeni bir bakış: Amartya Sen'in kapasite yaklaşımı. *The Journal of Buca Faculty of Education*, 57, 2012–2038.
- Smith, T. B., Vacca, R., Mantegazza, L., & Capua, I. (2023). Discovering new pathways toward integration between health and sustainable development goals with natural language processing and network science. *Globalization and Health*, 19(1), 44.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Ankara.
- Teo, K. W., Hu, Y., Chew, K. T., Pek, W. Y., Chua, H. C., Matchar, D. B., & Ng, Y. F. (2023). Health system transformation playbook and unified care model: An integrated design, systems & complexity thinking approach to health system transformation. *Frontiers in Health Services*, 3, 1157038.
- Türkkan, A. (2019). Sürdürülebilir kalkınma hedeflerindeki ölümlülük göstergelerine göre türkiyede bölgesel eşitsizlikler. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(2), 16-22.
- Uğan, Ç. (2025). Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Kapsamındaki Sağlık Hedeflerinin Değerlendirmesi: Türkiye ve Örnek Ülke Karşılaştırması= Evaluation of health targets within the scope of Sustainable Development Goals: Comparison of Turkey and sample countries.
- United Nations. (2020). Global indicator framework for the sustainable development goals and targets of the 2030 agenda for sustainable development. (09.02.2021). <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20>
- United Nations. (2021). *SDG progress report 2021*. UN.

- United Nations. (2023). *Our common agenda: Policy brief on global health governance reform*. UN.
- United Nations. (2025). *High-Level Political Forum on Sustainable Development: Global Health Review 2025*. UN.
- United Nations. (t.y.). *High-Level Political Forum on Sustainable Development*. Erişim tarihi: 7 Aralık 2025, <https://hlpf.un.org/>
- Wiig, S., Lyng, H. B., Guise, V., Ree, E., Fagerdal, B., Dombestein, H., Schibevaag, L., Braithwaite, J., & Haraldseid-Driftland, C. (2024). From theory to policy in resilient health care: Policy recommendations and lessons learnt from the resilience in health care research program. *Journal of Patient Safety*, 20(7), e109–e114.
- World Health Organization. (2020). *Operational framework for building climate-resilient health systems*.
- World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>
- Yağcı Özen, M. (2025). Sağlık eşitsizlikleri araştırmalarında küresel eğilimler: Kapsamlı bir bibliyometrik analiz (2000–2023). *Selçuk Sağlık Dergisi*, 6(2), 224–242. <https://doi.org/10.70813/ssd.1695902>
- Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423–440.

**TÜRKİYE VE DÜNYADA
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM**

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com