

Yöntemden Yönetime: Sağlıkta İlerleme Haritası

Editör
Abdullah Mısırlıoğlu

BİDGE Yayınları

Yöntemden Yönetime: Sağlıkta İlerleme Haritası

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Mısırlıoğlu

ISBN: 978-625-6707-77-1

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.12.2023

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



Önsöz

Sizleri sağlık yönetimi alanında derinlemesine bir yolculuğa çıkarmak üzere tasarlanmış bu eser, sağlık sektörünün çeşitli yönlerini aydınlatan ve bu alandaki yenilikçi düşünceleri ortaya koyan, alanında uzman farklı yazarların katkılarıyla bir araya getirilmiştir.

Sağlık kurumlarının işleyişi, politika geliştirme süreçleri, hasta ve sağlık profesyonellerinin etkileşimi gibi çeşitli konuları kapsayan kitabımızın her bir bölümü, sağlık yönetimi alanında karşılaşılan zorlukları ve bu zorluklara yönelik yenilikçi çözümleri detaylı bir şekilde ele almakta, bu sayede okuyucuya hem teorik hem de pratik bir perspektif sunmaktadır.

Kitabın amacı, sağlık alanında yaşanan gelişmeleri ve mevcut zorlukları, çok boyutlu bir bakış açısıyla değerlendirerek, bu alanda çalışan profesyoneller, akademisyenler ve öğrenciler için değerli bir kaynak oluşturmaktır. Her bölüm, kendi içinde bağımsız bir değerlendirmeyi içerse de, bir araya geldiğinde sağlık yönetimi alanındaki geniş çerçeveyi ve ilerleme yönlerini ortaya koymaktadır.

Bu kitap, sağlık yönetimi alanında bilgi birikimini artırmak, yeni bakış açıları kazandırmak ve sektördeki gelişmeleri anlamlandırmak isteyen herkes için benzersiz bir referans noktasıdır. Her bir yazarın, alanındaki uzmanlığını ve deneyimlerini bu esere aktarması, kitabın değerini ve kapsamını artırmaktadır.

"Yöntemden Yönetime: Sağlıkta İlerleme Haritası" sağlık yönetimi alanında önemli bir boşluğu doldurmakta ve bu dinamik sektörün geleceğine ışık tutmaktadır. Bu eserin, okuyuculara sağlık yönetimi alanında yeni ufuklar açacağını ve bu alanda yapılan çalışmalara önemli katkılarda bulunacağını umuyoruz.

Dr.Öğr.Üyesi Abdullah MISIRLIOĞLU

İÇİNDEKİLER

Önsöz	3
İÇİNDEKİLER	4
Sağlık Kurumlarında Bir Rekabet Stratejisi Olarak Kurumsal İmaj	6
Esra FENER	6
Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı ve Hasta Aktivlik Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi	55
Zeynep HATİPOĞLU	55
Mehmet YORULMAZ	55
Paydaş Haritalama Analizinin Sağlık Politikaları Geliştirmedeki Önemi.....	75

Tutku EKİZ KAVUKOĞLU	75
Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu Düzeylerinin Yerinde Yaşlanma ve Yaşlanmama Durumuna Göre İncelenmesi.....	99
Berfin GÜLTEKİN.....	99
Dilek KOCABAŞ	99
Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği	117
İsmail IŞIKTAŞ.....	117
İnci Mercan ANNAK	117
Sağlıklı Beslenmeye Erişim: Küresel ve Türkiye Özelinde İstatiksel Bir İnceleme	164
Safiye DURANOĞLU	164
Ahmet Bahadır ŞİMŞEK.....	164
Radyoloji Derneklerinin Radyoloji Uzmanlarının Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Sağladığı Destekler: Türkiye Bağlamında Bir İnceleme	196
Serpil EMİKÖNEL.....	196
Engin TEKİN	196
İbrahim TÜRKMEN.....	196
Sağlık Kurumlarında Kurumsal Sosyal Sorumluluk.....	231
Sinan TARSUSLU	231
Lean Thinking and Lean Practices in Health Institutions	272
Tekin SANCAR	272

BÖLÜM I

Sağlık Kurumlarında Bir Rekabet Stratejisi Olarak Kurumsal İmaj

Esra FENER¹

Giriş

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun sağlık statüsünü arttırmak ve sağlığın korunmasını sağlamaktır. Dolayısıyla sağlık kurumlarının varlık sebebi, hastalara koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunarak sağlığın geliştirilmesini sağlamaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018). Sağlık kurumlarının kuruluşu ve varlığını devam ettirmesi ancak hedef kitlesindeki ihtiyaca göre belirlenmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarının varlığı hedef kitlesindeki talebe ve ihtiyaçların karşılanma derecesine bağlıdır (Tengilimoğlu, 2016).

Sağlık hizmetleri sunumunun temel amacının sağlığı geliştirmek olması yanı sıra özel hastanelerin varlığını

¹ Dr. Öğr. Gör., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0002-1780-1790, esr.fnr@gmail.com, esrafener@posta.mu.edu.tr

sürdürebilmesi, maliyetlerini karşılayarak kâr etmesine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde pazarın rekabetçi bir eğilim göstermesi ise sağlık kurumlarının işletmecilik ilke ve yöntemleri ile yönetilmesi ihtiyacını beraberinde getirmektedir (Gider, 2012).

Günümüzde sağlık sektöründe rakip sayısının artması hastaneleri farklı rekabet stratejileri geliştirmeleri yönünde zorlamaktadır. Özel hastane sayılarındaki artış, kamu hastanelerinde yapılan gelişmeler ve şehir hastanelerinin artması, sağlık tüketicilerinin tercih yapabileceği alternatifleri arttırmıştır (Gökkaya vd., 2017). Aynı zamanda ülkemizde yapılan sağlık reformlarıyla birlikte, kamu veya özel hastanelerden katkı payı ödenerek sağlık hizmet alma imkânının genişlemesi, hastaların fiyattan daha az etkilenmesine neden olarak hastaneler arasındaki rekabeti arttırmaktadır (Akbolat vd., 2020).

Sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesi, sağlık hizmeti tüketicilerinin eğitim ve bilinç düzeyindeki artış ise sağlık kurumlarından beklentileri arttırmaktadır (Erdem vd., 2008). Yaşanan tüm bu gelişmeler hastanelerin sektörde varlığını sürdürebilmesi ve diğerleri arasından öne çıkabilmesi için artan rekabet koşullarında hem sektördeki rakipleri ile mücadele etmesini hem de değişen tüketici istek ve beklentilerine cevap olunabilmesini gerektirmektedir (Odabaşı, 2004).

Günümüz küreselleşme çağında kurumlar varlıklarını sürdürebilmek ve rekabet edebilmek için güçlü ve farklı kurum imajı yaratmak durumundadır (Çerik ve Erkmén, 2014). Kurumsal imaj, stratejik bir kaldıraç rolü oynayarak kurumlara rekabetçi üstünlük sağlama yeteneği kazandırır. Sağlık tüketicileri açısından seçim alternatiflerinin çoğaldığı bu dönemde olumlu kurum imajı yaratmak, sağlık kurumları açısından yaşamsal öneme sahiptir (Kanoğlu, 2016).

Toplum nezdinde yararlı işler yapan, olumlu bir kurum imajına sahip olan işletmeler, kriz dönemlerinde zorluklara karşı korunarak bu dönemleri çok daha rahat atlatabilmektedir (Bolat,

2006; Gökçe, 2000). Bu nedenle kurumsal imaj hem normal rekabet koşulları altında hem de kriz dönemlerinde işletmelere rekabet avantajı sağlayacak bir farklılaştırma stratejisidir.

Bu kapsamda kitabın bu bölümünde öncelikle rekabet ve rekabet stratejileri kavramları açıklanacak olup, devamında Porter'ın Jenerik Rekabet Stratejileri çerçevesinde kurumsal imajın sağlık kurumlarında bir rekabet stratejisi olarak yeri ve önemi açıklanmaya çalışılacaktır.

Rekabet ve Rekabet Stratejileri

Bu bölümde rekabet ve rekabet stratejileri kavramları açıklanacak olup, Porter'ın jenerik rekabet stratejileri incelenecektir.

Strateji kavramı

Strateji kavramı, öncelikle askeri alanda kullanılan bir kavram olup savaşı kazanmak amacıyla uzun süreli ve büyük ölçekli olarak askeri güçlerin, koşullara uygun olarak yerleştirilmesi bilim ve sanatı olarak tanımlanmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2013). Günümüzde ise strateji çeşitli alanlarda kullanılmakta olup yönetim alanında, işletmelerin uzun dönemli amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek maksadıyla kullanılmaktadır (Altuntaş, 2009). Yönetim açısından strateji, işletmenin nihai amacına ulaşabilmek için tasarlanan birleşik, kapsamlı ve entegre bir plan olarak tanımlanmaktadır (Mintzberg vd., 2003)

Porter (2004) ise stratejiyi, işletmenin kendini rakiplerinden farklılaştıracak bir konum seçmesi ve devamlı rekabet üstünlüğü sağlayacak şekilde ayırt edici işlemler yapması olarak belirtmektedir. Macmillan ve Tampoe (2001), örgütlerin geleceğini planlamak ve garanti altına almak için kullanılan fikir ve eylemler olarak ifade etmektedir.

Mintzberg (1987) stratejiyi, işletmenin amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek için önceden oluşturduğu plan, dış çevre koşullarında oluşan tehditlere karşı uygulanması gereken kısa

dönemli taktikler, pazarda güçlü konum elde etmek üzere kaynakların seçimi ve yönlendirilmesi, işletmenin iç ve dış çevresi için oluşan bakış açısı olarak tanımlamaktadır. Bir diğer tanıma göre ise strateji, örgütün misyon ve hedeflerine nasıl ulaşacağını gösteren bir plan olarak tanımlanmaktadır (Wheelen vd., 2018).

Stratejinin yönetim alanında genel tanımı ise, işletmenin amaç ve hedeflerine ulaşabilmesi için mevcut fırsatlar ve dış çevre şartlarındaki tehditleri değerlendirerek, izlenmesi gereken yol olarak ifade edilmektedir (Eren, 1979). Strateji geliştirmenin nedeni ise rekabet edebilmektir.

Rekabet kavramı

Türk Dil Kurumu’na göre rekabet; “Aynı amacı olan bireyler arasındaki çekişme, yarışma” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2021). Kapitalizmin babası olarak adlandırılan Adam Smith rekabeti, bir işletmenin başarılı olması için diğerlerinin kaybetmesi gerektiği bir yarış olarak ifade ederek “İşletmeler arası savaş” olarak tanımlamaktadır (İleri, Horasan, 2010).

Porter (1985)’a göre rekabet, işletmelerin başarısına etki eden, yenilik, uyumlu örgüt kültürü veya iyi uygulamalar gibi işletme performansını etkileyen faaliyetlerin uygunluğunu belirten bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Grant (2010) ise rekabet kavramını, bir pazardaki işletmelerin rekabet üstünlüğü elde edebilmek üzere aralarında yaptıkları taktik mücadelesi olarak ifade etmektedir. Diğer bir tanıma göre ise, birden fazla rakip işletme arasında aynı esnada kazanılması mümkün olmayan bir şey için aralarında yaptıkları yarış olarak açıklanmaktadır (Tutkavul, 2016).

Rekabet kavramının farklı anlamları bulunmakla birlikte işletme alanında, aynı pazarda bulunan işletmeler arasında kendi kârını en üst seviyeye çıkarmak için yapılan yarışma olarak belirtilmektedir. Diğer bir tanıma göre ise rekabet, nispeten benzer koşullar altında, katılımcıların hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla, belirli kurallar çerçevesinde gerçekleştirdikleri mücadele olarak ifade edilmektedir (Sancar, 2019). Rekabet, müşteri beklentilerini

karşılama ve müşteriler için değer oluşturan taktiklerle sektörde mücadele etmektir (Ülgen ve Mirze, 2013).

Rekabet, bir amacı gerçekleştirmek için birinin amaca ulaşması durumunda diğerinin şansını azalttığı ya da engellediği durumda en az iki kişi, kurum veya şirketin çabası olarak tanımlanabilir. Rekabet, piyasanın varlığı için stratejik bir öneme sahip olup, piyasa sistemini var eden ve sisteme dönüştüren öge olarak tanımlanabilir. Rekabet ortamında başarı, haksız nedenlerle kazanç değil, gayret ve yeteneğe göre oluşmaktadır. Bu açıdan rekabette başarı yenilikler yaratarak, etkinlik ve verimliliğin artırılmasıdır (Eren, 2003).

Rekabetin amacı, düşük fiyat ve yüksek kalitede müşteriye değer sunmaktır. Rekabet, girişimi teşvik edip, kaynakların verimli kullanılmasını sağlayarak genel ekonomiye yarar sağlamakla birlikte, ayrıca kaynakların etkili bir şekilde tahsis edilmesine de olanak sağlar. Rekabet ortamında amaçlara ulaşabilmek için rakiplere göre başarılı olmak gerekmektedir. Bu sebeple işletmeler, rakipleri arasında rekabet üstünlüğü elde etmek ve bunu sürdürebilmenin yollarını ararlar (Akbolat, 2009). Bunun için ise kullanılabilecek rekabet stratejileri, işletmelerin varlığını sürdürebilmesi için hayati önem taşımaktadır.

Rekabet stratejisi

Her işletmenin amacı, amaçlarına veya hedeflerine etkili bir şekilde ulaşmaktır. Sektörde benzer mal ve hizmetleri aynı hedef kitlesine sunan işletmeler birbirleriyle rekabete girerler. Rekabet, müşteri istek ve beklentilerini karşılarken, onlar için değer yaratan unsurlarla sektörde mücadele etmek demektir. Organizasyonlar düşük maliyetle mal ve hizmet üretmeye çalışarak veya daha yüksek fiyatla mal ve hizmetlere farklı değer katarak müşteri beklentilerini karşılamaya çalışır.

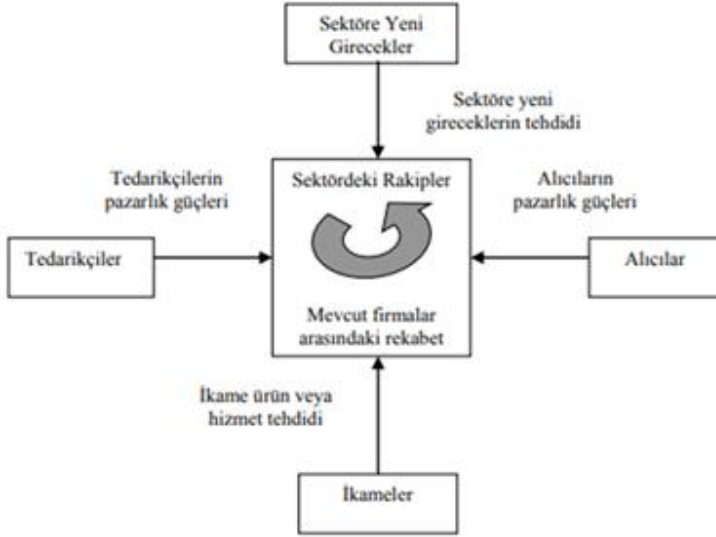
Porter (1985), aynı sektörde aynı hedef grubuna hitap eden işletmelerde rekabet üstünlüğü sağlayabilmek için iki seçenek önermektedir. Bunlardan ilki, mal ve hizmetleri rakiplerden daha

düşük maliyetle üreterek, piyasa fiyatından müşteriye sunmak ve bu sayede daha yüksek kâr elde etmektir. Bir diğeri ise, ürün veya hizmetlere ek özellikler katarak ürün veya hizmetlerin farklılaştırması ve bu ek özellikler sebebiyle ürün veya hizmetlerde değer artışı sağlayarak, pazara daha yüksek fiyattan sunulması suretiyle rakiplere göre daha yüksek kâr elde etmektir (Ülgen ve Mirze, 2013). Porter bu önermesini rekabeti etkileyen beş güç modeli ile desteklemiştir.

Rekabeti etkileyen beş güç modeli: Porter

Porter, 1979'da Harvard Business School'da "How Competitive Forces Shape Strategy?" isimli yayını ile rekabette beş güç modelini açıklamıştır. Bu modelde rekabeti ve firmanın kâr etme potansiyelini etkileyen beş güç modelini aktarmaktadır. Ayrıca rekabeti arttıran ve bir işletmenin kâr etme potansiyelini tehdit eden mikro çevredeki beş gücü açıklamaktadır (Porter, 1979).

Porter'a göre, bir endüstrideki rekabet durumu, Şekil 2.1.'de gösterilen beş temel güce bağlıdır. Bu güçlerin toplamda oluşturduğu güç ise, bir sektördeki nihai kâr potansiyelini belirler (Porter, 1979).



Şekil 1. Rekabeti Şekillendiren Beş Güç Modeli

Sektörde rekabeti etkileyen bu beş faktör sınıflaması aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Porter, 2015; Timur ve Özmen, 2013):

İş çevresine girebilecek yeni firmaların (olası rakipler) yarattığı tehdit: Sektöre yeni giren firmalar ellerindeki kaynaklarla belirli bir pazar payına ulaşmayı hedeflemektedir. Bu doğrultuda yeni giriş yapan firmalar, daha düşük fiyattan pazara ürün/hizmet sunmak veya maliyetleri artırmak gibi sebeplerle sektörde faaliyet gösteren firmalar için bir tehdit oluşturmaktadır. Yeni firmaların oluşturacağı tehdit, sektöre giriş engellerine bağlı olarak değişmektedir. Sektöre yeni giriş engelleri, ölçek ekonomisi, ürün/hizmet farklılaştırma, sermaye gerekliliği, dağıtım kanallarına ulaşma, maliyet dezavantajı ve devlet politikaları olabilmektedir.

İşletme ürün/hizmetine alternatif olabilecek ikame ürünlerin yarattığı tehdit: İkame ürünler farklı gibi görünmesine rağmen aynı amaca hizmet eden ve aynı gereksinimi karşılayan ürünlerdir. İkame ürünlerin daha düşük fiyat ile daha yüksek performansa sahip olması ve üründen vazgeçmenin düşük maliyeti, tüketicilerin ikame ürünlere yönelmesine neden olacaktır.

Tedarikçilerin pazarlık gücü: Önemli tedarikçilerin sayısı az olduğunda, tedarikçilerin firmalar üzerindeki pazarlık gücü artacak, ikame ürünlerin bulunması durumunda ise tedarikçilerin bu pazarlık gücü azalacaktır. Tedarikçilerin sağladığı toplam maliyetin büyüklüğü de pazarlık gücünü arttıracaktır. Tedarikçinin sunduğu ürünler, hizmetin ve kalitenin sürdürülmesine önemli derecede katkı sağlıyorsa bu durum tedarikçinin gücünü arttıracaktır. Aynı zamanda bu durum tedarikçileri ileriye doğru bütünleşmeye yönlendirecektir. Tedarikçilerin ileriye doğru bütünleşmeye gitmesi ise firmalar üzerinde bir baskı oluşturacaktır.

Müşterilerin pazarlık gücü: Müşteriler daha kaliteli hizmetleri daha düşük fiyata satın almak için kurumları kıyaslayarak pazarlık gücünü kullanmakta ve fiyatları düşürmeye çalışmaktadır. Müşterilerin pazarlık gücü satın alınan miktarların büyüklüğüne bağlı olarak sektörde rekabeti şekillendirmektedir.

Pazarda bulunan rakipler arasındaki rekabetin şiddeti: İşletme karşısında büyük ve tek bir işletmenin olması veya aynı sektörde benzer firma sayısının fazla olması, sabit maliyetlerin artışı, dönemsel aşırı kapasiteyle karşılaşılması, sektörün durağanlık göstermesi işletmeler arası rekabeti arttıracaktır. Ürün farklılaştırması ise pazarı bölümlendirerek bazı rakipleri ortadan kaldıracaktır. Endüstriyel büyüme olması durumunda hem firma hem de rakipler büyüyen pazardan pay alabilecektir.

Çoğu firma, sektördeki fırsatları optimum noktaya getirmeye, karşılaştıkları zorluklarla mücadele etmeye yanı sıra kendilerini geliştirerek sektörde varlıklarını sürdürmeye çalışmaktadır. Bunu başarabilmelerinin tek yolu çalışma ortamlarını bilmektir. Dinamik dış ve iç çevre koşullarında, şirketi ve piyasa

değerini etkileyen birçok değişken bulunmaktadır. Porter’ın beş güç modeli, “Kâr seçeneği olmayan durumlarda dahi, stratejik analiz için geçerli bir başlangıç noktasıdır” (Johnson vd., 2008).

Porter’ın Jenerik Rekabet Stratejileri

Literatür incelendiğinde en çok kullanılan rekabet stratejilerinin Porter (2015) tarafından açıklanan jenerik rekabet stratejileri olduğu görülmektedir. Rekabet stratejilerinin amacı, işletmelerin pazarda bulunan rekabetçi diğer işletmelere karşı kendisini savunmasıdır. Bu savunmayı sağlayabilmek için işletmelerin, pazardaki rekabetçi işletmeleri ve bu işletmelerin yapılarını değerlendirerek, kendi yeteneklerini belirleyerek stratejilerini geliştirmeleri gerekmektedir (Akbolat ve Işık, 2012). Rekabet üstünlüğü, olası rakiplerce eş zamanlı olarak gerçekleştirilemeyecek değer yaratan stratejileri gerçekleştirmekten veya rakiplere göre eşsiz bir değer yaratılması ile sağlanmaktadır (Bülbül, 2003). Porter (2015), sektörde rekabet edebilmek için üç farklı rekabet stratejisinin kullanılabileceğinden bahsetmektedir. Bu stratejiler maliyet liderliği stratejisi, farklılaştırma stratejisi ve odaklanma stratejisidir (Porter, 2015).

Maliyet liderliği stratejisi

Sektörde rakiplerle rekabet edebilmek için önemli unsurlardan biri kaliteyi düşürmeden maliyetlerin düşürülmesidir. Burada konu olan maliyet liderliği stratejisinde, tüketicinin alacağı ürün veya hizmet fiyatının düşürülmesi söz konusu olmayıp aynı fiyattan ürün sunarken bu ürünün oluşturulması esnasında, oluşan her aşamada maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmaktadır. Maliyet liderliği stratejinde kaliteden ödün vermeden, ürün ve hizmet maliyetlerinin düşürülmesine odaklanılmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2013).

Maliyet lideri olmak, rekabetin yoğun olduğu durumlarda dahi işletmeye ortalamanın üzerinde bir getiri kazanmasına olanak tanır. Düşük maliyetlerle ürün/hizmet üretmek işletmeye rakipleri

karşısında güç kazandırarak, girdi maliyetleri konusunda tedarikçilerle pazarlık gücü sağlar. İkame ürünler konusunda işletmenin rakiplerine karşı üstünlük sağlarken aynı zamanda sektöre yeni girecek şirketler için giriş engelleri oluşturur. Maliyetlerin düşürülmesi sayesinde işletme daha geniş bir pazar payına sahip olur. Girdi temininde daha kolay erişim olanağı sağlar (Barca ve Esen, 2012).

Farklılaşma stratejisi

Farklılaştırma stratejisi, işletmenin bulunduğu pazar koşullarında benzersiz bir ürün ve hizmet sunması olarak ifade edilmektedir. Ürün farklılaştırması, ürün veya hizmetin müşteriye özel olarak uyarlanmasını içerir. Farklılaştırma stratejisi, şirketlerin ürün veya hizmetlerinde benzersiz bir değer yaratmasıyla sektörde rakiplerinden daha yüksek fiyat talep etmesine olanak sağlar. Ürün veya hizmetin kalitesinde, markasında, imajında, sunumunda müşteriye üstün bir değer sağlamasıyla gerçekleştirilebilir. Farklılaştırma stratejisi ile işletmeler, standart ürün veya hizmetler yerine kaliteyi önemseyen, ürün ve hizmetlere katılan ek değerler için ödeme yapmaya gönüllü olan, bilinçli tüketici kesimine hitap eder (Akan vd., 2006).

Farklılaştırma stratejisi, bir sektörde rakiplere göre daha fazla kâr elde edebilmek için uygulanabilir bir stratejidir. Farklılaşma marjları artırarak, müşterilerde marka sadakati yaratır. Yaratılan bu müşteri sadakati sayesinde fiyatlara olan duyarlılığın azalmasına yol açar. Rakibin benzersiz olması ve sadık müşterisi bulunması ise diğer firmalar için sektöre giriş engelleri yaratır. Alıcılar elde edilen bu farklılığı karşılayabilecekleri alternatif bulamadığında, alıcıların pazarlık gücünü de zayıflatır. Müşteri sadakati yaratmak için farklılaştırmaya giden firma, ikame ürünler karşısında rakiplerinden daha iyi konuma gelebilir (Porter, 2015). Benzersiz ürün ve hizmetler ile müşterilerde yaratılan değer farklılaştığında, önemli rekabet avantajı sağlayabilir (Kotler ve Keller, 2018).

Farklılaştırma stratejisi ile rekabet üstünlüğü elde etmek isteyen sağlık kurumlarının, en önemli farklılığı algılanan olumlu kurumsal imaj ile sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Kurumsal imaj hem çalışanlar hem hizmet alanlar hem de kurumun diğer paydaşları nezdinde benzersiz bir değer oluşturabilir.

Odaklanma stratejisi

Odaklanma stratejisi; diğer stratejilerde olduğu gibi hedef kitlede bulunan tüm müşteri grubu yerine daha dar ve özellikli grupları hedef kitlesine alan bir yaklaşımdır. (Taşgit, 2008). Odaklanma stratejisi, işletme tarafından belirlenen hedeflerin daha küçük pazarlarda uygulanması temeline dayanmaktadır (Özkan, 2007).

Bu stratejide işletmeler, belirli bir hedef pazara odaklandığından “odak stratejisi” veya “niş strateji” olarak da adlandırılır. Pazarlama çabalarının bir veya iki, daha dar pazar alanlarına odaklanması ve pazarlama çalışmalarının bu özel pazarlara göre uyarlanması ile hedef pazardaki müşteri beklentilerinin karşılanabileceği umulmaktadır. Odaklanma stratejisinde işletme daha çok verimlilik yerine, etkinlik yoluyla rekabet avantajı elde etmeye çalışır. Küçük işletmeler için daha uygun bir stratejidir. Bununla birlikte büyüklük gözetilmeden herhangi bir firma tarafından da uygulanabilir (Tanwar, 2013).

Odaklanma stratejisinde firmalar maliyete odaklanma veya farklılaşmaya odaklanma şeklinde diğer stratejileri de uygulamaya çalışabilirler. Maliyete odaklanmada işletme bulunduğu pazarda maliyet üstünlüğü için çaba göstermektedir. Farklılaştırmaya odaklanan işletmeler ise bulunduğu hedef pazarda müşterilerin özel ve farklı ihtiyaçlarını tespit ederek, bu ihtiyaçlara göre müşterilere değer katmaya çalışmaktadır (Porter, 1985). Nihayetinde işletmeler, belirli bir hedef pazarın ihtiyaçlarını daha iyi karşılamakla farklılaştırmaya çalışmakta veya bu hedef pazarda hizmet verirken maliyetlerini azaltma yoluna gitmektedir. Aynı zamanda her iki stratejiyi bir arada kullanabilmektedir (Porter, 2015).

Bu çalışma kapsamında Porter tarafından açıklanan jenerik rekabet stratejilerinde yer alan farklılaştırma stratejisine odaklanılmıştır. Kurumsal imaj, sağlık hizmeti sunumunda etkin bir farklılaştırma stratejisi olarak kullanılabilir. Sağlık sektöründe olumlu kurumsal imaj, sağlık kurumlarına rekabet avantajı sağlayarak, sağlık hizmetinden faydalananlara benzersiz değerler sunabilir.

Kurumsal İmaj

Bu bölümde imaj, kurumsal imaj ve kurumsal imajın ilişkili olduğu kavramlar açıklanmaya çalışılmıştır. Ayrıca kurumsal imajın oluşum süreci ve kurumsal imaja etki eden faktörlere yer verilmiş olup, kurumsal imajın sağlık kurumlarındaki önemi aktarılmaya çalışılmıştır.

İmaj kavramı

Türk Dil Kurumu'nda "imge" olarak tanımlanan imaj, Fransızca kökenli bir sözcüktür (TDK, 2021). Longman Dictionary of Contemporary English sözlüğüne göre ise imaj, özellikle birinin veya bir şeyin neye benzediği veya nasıl görüldüğü hakkında zihinlerde oluşan resim olarak tanımlanmaktadır (Longman, 2021).

İmaj, herhangi bir kişi, organizasyon, kuruluş hakkında algılanan izlenimlerin tamamını kapsamaktadır (Peltekoğlu, 1997). İmaj, kişi veya grupların diğer bir kişi, kurum veya ürün hakkında doğru ya da yanlış inanç, tutum, algı ve izlenimleri sonucunda oluşmaktadır (Barich ve Kotler 1991).

Algı, duyu organları aracılığıyla zihinde oluşan görüntüleri ifade ederken imaj, algılar yoluyla elde edilen depodaki bilgilerin canlandırılması ile oluşturulan durum, nesne ya da semboller olarak düşünülebilir. İmaj, zihinde canlandırılarak oluşturulan, resim, durum veya sembollerdir (Akgöl, 2019). Diğer bir tanıma göre imaj, bir nesne hakkında oluşan bilinme, tanınma, hatırlanma ile ilgili anlamların toplamı, bu nesne hakkında edinilen fikir, his, inançlarla ilgili etkileşimin sonucudur (Lemmink, Schuijf, ve Streukens, 2003).

Dowling (1986)'e göre ise imaj, bir şeyin ne şekilde bilindiği, kendisi ile ilgili ne şekilde bir bağ kurulduğu, nasıl hatırlandığını kapsamaktadır.

İmaj kavram olarak kişi, işletme ya da mal ve hizmetlerin pozitif veya negatif özelliklerini tanımlamak için kullanılan bir kavramdır (Saygın vd., 2020). Kişilerde oluşan izlenimler, bilinçli ya da bilinçsiz olarak imajı oluşturmaktadır (Erdoğan ve Gönüllüoğlu, 2006). Bu kapsamda imaj, kişilerin tutum ve tavırlarını etkileyen bir unsurdur (Pajunen, 2006). İmaj, bir nesnenin kişiler tarafından bilinmesini, anımsanmasını, tanımlamasını sağlayan ve o nesneyle ilgili anlamlar bütünüdür (Rao, 1994; Whetten ve Mackey, 2002).

İmaj ile ilgili araştırmalar incelendiğinde çeşitli imaj tanımlamalarına yer verildiği görülmektedir. Bu tanımlamalara göre; “Marka İmajı”, “Kişisel İmaj”, “Ayna İmajı”, “Mesleki İmaj”, “Şemsiye İmajı”, “Ürün İmajı”, “İşletmelerde İmaj”, “Pozitif İmaj”, “Negatif İmaj”, “Şimdiki İmaj”, “İstenilen İmaj” ve “Kurumsal İmaj” olmak üzere farklı imaj tanımlamalarına yer verilmiştir (Çetin ve Tekiner, 2015; Wright ve Fill, 2001). Bu araştırma konusu kapsamında kurumsal imaj ve ilgili kavramlara yer verilecektir.

Kurumsal imaj kavramı

1990’lı yıllardan itibaren hem iş hem de teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, yoğun rekabet ortamına neden olarak kurumsal imaj farkındalığının artmasına neden olmuştur. Bu rekabet ortamında organizasyonlar için farklılaşma önemli hale gelerek, kurumsal imaj konusu hem sektörün hem de akademik çalışmaların odağı haline gelmiştir (Engin,2014).

Organizasyonlar için ekonomik çıktılarının önemli olması, ayrıca kurumların başarılı olarak değerlendirilmesi açısından günümüzde kurumsal imaj, fark yaratmak, öncü olarak değerlendirilmek ve başarılı olarak algılanmanın en önemli yolu olarak değerlendirilmektedir. Organizasyonların yaşamını sürdürmesi, aynı zamanda hedeflerini başarılı olarak

gerçekleştirmesi, kurumsal imajını doğru oluşturması ve yönetmesi durumunda mümkündür (Bulduklu, 2015). Kurumsal imajın başarısı ise hem paydaşların hem de hedef kitlenin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak, aynı zamanda sürekli olarak değişen faktörlere uyum sağlamakla mümkün olabilir (Akgöl, 2019).

Rekabetin yoğun olduğu günümüz globalleşme çağında, satış ve kârlılık ile ilişkili en önemli faktörlerden bir tanesi de organizasyonların kurumsal imajlarıdır. Bu kapsamda organizasyonun etkileşim içerisinde olduğu veya olmadığı çevrede diğer kişi veya kurumların, ilgili organizasyon hakkındaki izlenimleri, tutumları, algıları önem taşımaktadır. Kurumsal imajın, müşteriler, tedarikçiler ve kurumun çevresini oluşturan paydaşları üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır (Oktay, 2016).

Ürün veya marka imajı, tüketiciler nezdinde uzun dönemli başarı için kilit rol oynamaktadır. Geliştirilen ürün ve hizmetlerin başarılı olarak algılanması için kurumsal imaj, pazarlama ve tutundurma çabalarında üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Rekabetin son derece önem kazandığı günümüzde, organizasyonların satış ve kâr durumunu etkileyen en önemli unsurdan biri olan kurumsal imaj, kurumların çevrelerinde diğer kişi ve kurumlar tarafından nasıl algılandıkları, nasıl göründükleri, ne düşündürdükleri ile ilgilidir (Aksoy ve Bayramoğlu, 2008; Christian, 1959).

Kurumsal imaj, işletmenin hedef kitlesinde oluşturduğu resim, kurum kimliğine yüklenen yargılar bütünü olarak tanımlanabilir (Gray ve Balmer, 1998). Kurumsal imajın hem müşteriler tarafından algılanan kaliteyi hem de müşteri memnuniyetini önemli düzeyde etkileme gücü bulunmaktadır. Sık tüketilmeyen mal ve hizmetlerde müşteri sadakati yaratmak konusunda önemi daha da yüksektir. Kurumsal imaj çalışmalarının doğru planlanması, kurumun sevilen bir itibar kazanmasına ve fark yaratmasına olanak sağlar. Küreselleşen iş dünyasında rekabet edebilmek için tepe yöneticilerin, kurumsal imaj ve ilgili tutundurma

alışmalarını çok iyi yönetebilmeleri gerekmektedir (Erdoğan ve Gönüllüoğlu, 2006).

Kurumsal imajın oluşumu

İmajın oluşması konusunda yapılan araştırmalar, imaj oluşumunun devamlı izlenimler sonucu ortaya çıktığına odaklanmaktadır. Kişiler arası ve kitle iletişim araçları vasıtasıyla oluşan kişisel izlenimler, gerçek ve birbirine yakın izlenim karması oluştururlar. Bu izlenim karmasının bileşeni ise imajı oluşurmaktadır. Garbett (1988) tarafından kurumsal imaj oluşuma etki eden faktörler incelenmiş ve bu faktörleri şekil 2.'de gösterildiği gibi formüle etmiştir (Bayramoğlu, 2007).



şekil 2. Kurumsal İmajın Oluşumu

Gee'ye göre kurumun dışardan algılanan resmi olarak tanımlanan kurumsal imajın oluşumu için gerekli olan koşullar ana başlıklarıyla şu şekilde açıklanabilir (Canöz ve Doğan, 2015; zpek, 2005):

Alt yapı oluşturmak: İyi bir kurumsal imaj ve farkındalık yaratmada öncelikle alt yapı oluşturması gerekmektedir. İyi bir alt yapı oluşturulması için kurumun kendi misyon ve vizyonunu iyi tanımlaması gerekmektedir. Hedeflere ve amaçlara dönük alt yapı oluşturulması, sistemin kurulması ve devamında kaynakların sağlanması, yapılması gerekenler arasında yer almaktadır. Kurumsal

imaj ve farkındalık oluşturma bir defada tamamlanabilecek bir iş olmayıp, devam etmesi gereken bir süreçtir (Şişli ve Köse, 2013).

Kurumun misyonu, strateji oluşturma sürecinde başlangıç noktasıdır ve kurumun varlık nedenini açıklar. Misyon, yeni stratejilerin geliştirilmesi ve farklı alternatifler arasında seçim yapılacağı zamanda stratejistlere yol gösterici niteliktedir. Misyonun açıklanmasında, öncelikle kurumun varlık nedeninin gösterilmesi bununla birlikte ürün ve hizmetlerin üretim yer ve şekillerinin belirlenmesi, nasıl bir iş felsefesinin benimseneceğinin ve kurum değerlerinin belirlenerek diğer kurumlardan ayırt edici özelliklerinin tanımlanması gerekmektedir (Ülgen ve Mirze, 2013).

İşletmenin vizyonu, gelecekte olmak istedikleri durumun ifadesi, başka deyişle işletmenin gelecekte ulaşmayı arzu ettiği hedefi tanımlar. Kurumun vizyonu işletmenin hedef kitlesine işletme hakkında bilgi sağlamakla birlikte, kurum amaç ve hedeflerinin çalışanlara ve kamuoyuna net bir şekilde aktarıldığı somut bir fikirdir (Canöz ve Doğan, 2015).

İç imaj oluşturma: Kurumun çalışanları, kurum dışında işletmenin birer temsilcisi konumundadır. Pozitif dış imaj oluşturmak isteyen kurumlar, öncelikle çalışanlarına karşı olumlu bir iç imaj oluşturmalıdır. İşletmeler olumlu bir iç imaj oluşturmak suretiyle, çalışanların işletmeye karşı sadakatlerini arttırmaya çalışarak, çalışanların kurumu dış çevreye karşı olumlu bir dış imajla temsil etmesini hedeflemelidir. Olumlu iç imaj faaliyeti gerçekleştiremeyen kurumlar, çevrelerine karşı pozitif dış imaj oluşturma hedeflerini gerçekleştiremeyecektir (Bolat, 2006).

Kurumlar çalışanlarına karşı olumlu bir iç imaj oluşturduğunda, çalışanların aidiyet duygusu yükselerek daha verimli ve istekli çalışmaya başlarlar. Bu durum ise kurumun dış çevresine olumlu bir dış imaj olarak yansımaya yol açacaktır (Özüpek, 2005).

Soyut imaj oluşturma: Soyut imaj, kurumlar tarafından bireyler üzerinde oluşturulması hedeflenen güçlü bir duygu bağıdır

ifade etmektedir. Müşteriler satın alma davranışlarında, ürün ve hizmetlerin fiyat ve kalitesine önem verirken yanı sıra duygusal nedenler de satın alma davranışlarını önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle kurumların müşteriyle güçlü bir iletişim kurarak duygusal bir bağ oluşturması ve bu bağı güçlendirmesi soyut imaj kapsamında en önemli konudur. Kurumlar özellikle sosyal sorumluluk kapsamındaki faaliyetleri ile müşterileri ile soyut imaj oluşturma çalışmalarında bulunabilirler (Gökdeniz ve Aşık, 2008; Ural, 2000).

Dış İmaj Oluşturma: Dış imaj, işletmenin dış çevrede nasıl algılandığını, müşterilerin ve paydaşların işletme hakkında olumlu veya olumsuz tüm algılamalarını içermektedir. Dış imaj; kalite, reklam, medya, somut imaj ve sponsorluk bileşenlerinden oluşmaktadır. Ürün veya hizmet kalitesi imajı etkileyen önemli unsurların başında gelmekte olup, kalitenin algısı oranında kurumun olumlu imaj algısı da artmaktadır. Bu da işletmenin rekabet avantajı elde etmesine katkı sağlar (Çetin ve Tekiner, 2015).

Dış imaj oluşuma etki eden kurumsal reklam, kuruluşun ürün ve hizmetleri yerine imajına fayda sağlamaya çalışan, ücret dâhilinde medya kullanımı olarak tanımlanabilir (Wells ve Spinks, 1999). Kurumsal reklamlar, hedef kitlenin kuruma olan ilgisini arttırmada ve olumlu dış imaj geliştirmede önemli bir yere sahiptir (Okay ve Okay, 2018). Dış imajın olumlu algısında medyanın rolü, doğru müşteri grubuna en üst düzeyde fayda sağlayacak ve farkındalık yaratacak her türlü haber ve iletişimin medyada yer alması olarak açıklanabilir (Peltekoğlu, 2018).

Somut imaj, ürün veya hizmetin tanıtımında kullanılan, logo, çalışanların giyimi, kullanılan renkler gibi kurumun fiziki görünümünü içeren tüm unsurları içermektedir. Hedef kitle algısında ilk dikkat çeken unsur olarak önemli bir yere sahiptir. Dış imaj oluşuma katkı sağlayan sponsorluk, bir kurumun belirlemiş olduğu hedeflere ulaşmak için, farklı kişi ve kuruluşlarla yapılan anlaşmalar sonrası nakdi veya fayda sağlayacak faaliyetlerin belirlenerek uygulanması süreçlerini kapsamaktadır. Sponsorluk, spor, kültür,

sanat ve diğ er sosyal alanlarda destek sağlamak vasıtasıyla oluşturulabilir. Hem kuruma hem de sponsor olunan taraflara karşılıklı yarar sağlama özelliği bulunmaktadır. Kurumlar sponsorluk faaliyetleri ile halkla ilişkiler, reklam, tanıtım faaliyetlerini destekleme imkânı bulmaktadır (Okay ve Okay, 2018).

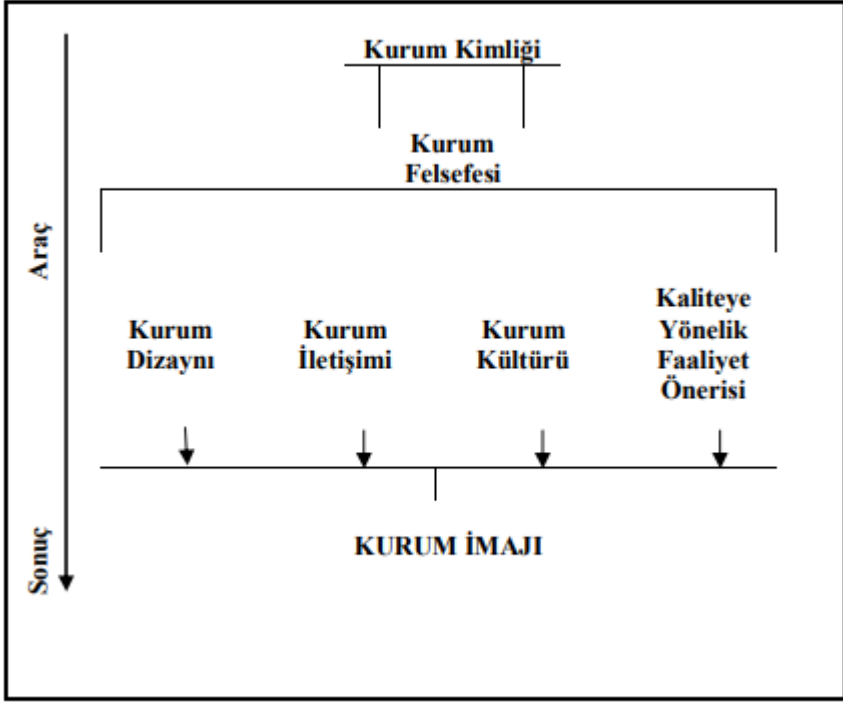
Kurumsal imajın oluşmasına katkı sağlayan bazı kavramlar var iken, kurumsal imaj da bazı kavramların oluşumuna katkı sağlamaktadır. Bu kapsamda kurumsal imaj ile ilgili ilişkili kavramların açıklanmasına sonraki bölümde yer verilmiştir.

Kurumsal imaj ile ilgili ilişkili kavramlar

Bu bölümde kurumsal imaj ile yakın ilişkisi olan kurumsal kimlik, kurumsal kültür ve kurumsal itibar kavramları açıklanmaya çalışılmıştır.

Kurumsal kimlik

Kurumsal Kimlik, bir kurumun kendi iç ve dış çevresi ile kurduğu iletişim sonucu oluşmaktadır. Başka bir değişle işletmenin kim olduğu, neyi, nasıl yaptığının görsel ve davranışsal boyutu olarak açıklanabilir (Büyükbaykal, 2012). Diğer bir tanıma göre ise kurumsal kimlik, bir kurumun kendisini rakiplerinden ayırmak üzere oluşturduğu felsefe, dizayn, iletişim ve davranışlarını kapsayan bütün işlevler olarak tanımlamaktadır. Oluşturulan bu farklılık sayesinde kurum, rakiplerinden ayrılarak hedef kitlesinde yeniden tanınma ve hatırlanma avantajı sağlayabilmektedir (Okay ve Okay, 2018). şekil 3 kurum kimliği ve kurumsal imaj ilişkisini açıklamaktadır. Kurum kimliği ve araçları, kurumsal imajı oluşurmaktadır.



Şekil 3: Kurum Kimliği ve Kurumsal İmaj İlişkisi

Kurumsal kimliğin amacı, bir işletmenin ticari görünümü ve ekonomik yerini bütünlük içerisinde kolaylıkla değişmeyecek bir imaj içinde tanıtmaktır (Büyükbaykal, 2012). Kurumsal kimlik, bir organizasyonun ayırt ediciliğini, farklılaşmasını, bütünlüğünü, temsiliyetini, etkinliğini ve rekabet avantajını desteklediği için kritik bir öneme sahiptir. En basit haliyle kurumsal kimlik, bir organizasyonun kimliğidir (Balmer, 1995). Kurumsal kimlik, kurumsal iletişim şeklinin belirlendiği, kurumsal itibarın ve kurumsal imajın inşa edildiği ve kurumla paydaş ilişkilerinin düzenlendiği merkezi bir yapıdır (Balmer, 2008).

Kurumsal kimliğin bileşenleri, kurum felsefesi, kurumsal davranış, kurumsal dizayn ve kurumsal iletişim olmak üzere dört ana

başlıkta değerlendirilmektedir. Bu başlıklar aşağıda kısaca açıklanmaya çalışılmıştır.

Kurum felsefesi, kurumsal kimliğin çekirdeğini oluşturan unsur olarak bir kuruluşun kendi hakkındaki temel düşünceleridir. Kurumun ortaya çıkışı ve gelişimi için kurum yöneticileri tarafından hedeflenen düşünce ve işletme temellerini kapsar (Okay ve Okay 2018). Kurum felsefesinin kurum içinde çalışan davranışlarını yönlendirme niteliği bulunup, nerede ve nasıl davranılması gerektiği konusunda yönlendirici olur. Kurum felsefesi, kurum ile çalışanlar arasındaki etkileşimi arttırarak bütünleştirir, çalışan motivasyonunu arttırarak, kuruma güven duyulmasını sağlar. Kurum felsefesi, hedef kitleye karşı kurumun tanıtılmasını sağlayarak, hedef grupların beklentilerine uygun olarak kurumu tercih etmelerine destek olur (Kaya, 2006).

Kurumsal davranış, kurumun belirli kararlarda tipik davranış tarzını yansıtmaktadır. Kurumun karşılaştığı çeşitli konularda, kurumun felsefesine dayanarak hangi davranışları sergilemesi gerektiği yönündeki temelleri içermektedir.

Grage (1993)'e göre kurumsal dizayn ise bir kurumun kimliğine hedeflerine uygun olarak, birbirleriyle uyumlu olacak şekilde tüm görülebilen unsurların oluşturulmasıdır. Kurumun görsel kimliği olarak nitelendirilebilecek kurumsal dizayn, kurumun ismi, logosu, çalışanların kıyafetleri, kurumun mimari yapısına kadar geniş bir çerçeveyi kapsamaktadır. Kurum kimliğini, yapılan işi en iyi sembolleştiren görsel unsurdur (Kaya, 2006; Okay ve Okay 2018).

Kurumsal iletişim, kurumsal kimlik aracılığıyla kurumun hedeflediği imajı gerçekleştirmek için uyguladığı çeşitli yöntemleri kapsamaktadır. Kurumsal iletişim, tüm sektörde kurumsal davranışın bir göstergesi olarak, çalışanların iletişimi, satış geliştirme ve halkla ilişkiler faaliyetleri araçları vasıtasıyla kurumun pazarda başarılı olmasına odaklanır. Kurumsal iletişim, uzun süreli bir iletişim şekli olup amacı bir imaj oluşturmak, geliştirmek ve sürdürmektir (Okay ve Okay, 2018).

Üç ayrı kurum kimliğinden bahsedilmektedir (Peltekoğlu, 2018):

Monolithic kimlik: Kurumun tüm faaliyet alanlarında bütüncül olarak tek ve aynı ortak göstergelerin kullanıldığı kimlik türüdür. Daha çok bankacılık ve hava yolları sektörlerinde örneklerine rastlanmaktadır.

Desteklenmiş kimlik: Kendine has bir kimlikle bir bütünün parçası olarak yansıtılan bu kimlik türünde, bir kuruma ait bağlı kurumların kendi faaliyet alanları ve kimliklerinin ayrı ayrı olması ve yanı sıra ana kurumun varlığının açıkça hissettirildiği kimlik türüdür. Koç grubuna ait Yapı Kredi, Arçelik, Maret ve Tat gibi farklı faaliyet alanlarında yer alan ürün ve hizmetlerin tanıtımında, koç logosunun kullanılması ve kurum kimliğinin hissettirilmesi örnek olarak verilebilir.

Marka kimliği: Aynı kuruma bağlı ayrı faaliyet alanlarının, biriminin hatta her bir ürünün bağımsız bir şekilde kendi kimliği olması ve diğer ürün/hizmetlerle herhangi bir bağının hissedilmediği kimlik türüdür. Bu kimlik türünde her bir ürün/hizmet bağımsız olarak kendi konumunu koruyarak kurum içindeki diğer markalarla rekabet edebilmelidir.

Açıklanan kimlik türlerinde bir kimlikten diğerine geçiş arasında kesin sınırlar olmamakla birlikte, kimlik türleri arasında hangisinin üstün olduğunu kabul etmek olanaklı değildir. Bazı kimlik türleri bazı sektörler için daha uygunken, her bir kategorideki kimlik türünün kendi içinde avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Kurumlarda açıklanan kimlik yapılarından hangisinin benimseneceği, kurumun stratejik öncelikleri, marka, pazarlama ve kurumsal iletişim stratejilerini de etkilemektedir. Bir kurumda kullanılan isim, sembol, renk, logo, yazı biçimi ve kullanılan sloganlar kurum kimliğini yansıtan somut özellikleri oluşturmaktadır.

Kurumsal kültür

Kurumsal kültür, bir örgüt içerisinde çalışan bireylerin davranışlarını, birbirleri ile etkileşimlerini, iş yapış şekillerini biçimlendiren, paylaşılan ortak inanç, tutum ve beklentileri açıklayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Uzoğlu, 2001). Kurumsal kültür örgüt içerisinde uyulması gereken yazılı olmayan kurallar bütünüdür. Bir başka tanıma göre ise kurumsal amaçlara ulaşmak için çalışanların nasıl davranması gerektiğini gösteren kurallar olarak tanımlanabilir. Kurumsal kültür, örgüt içerisinde öğrenilen, sonraki çalışanlara aktarılabilen, örgütün görüntüsünü oluşturan ve zamana göre değişebilen düşünce ve standartlardır (Örücü ve Ayhan, 2001; Yıldırım, 2017).

Mintzberg'e göre kurumsal kültür birbiriyle ilişkili olarak üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama işletme kurucularının karizmasına bağlı olarak örgütün norm, düşünce ve geleneklerinin oluşması ve toplumsal ihtiyaçları da değerlendirerek lidere bağlı olarak oluşan örgütün misyonun oluşturulmasıdır. Sonraki aşamada belirlenen misyonun örgüt geneline yayılması taktikleri yer almaktadır. Üçüncü aşamada ise kurum içerisinde yaygınlaşan değerlerin, kurumun temel özellikleri haline gelerek, kurum kültürünün hissedildiği ve işletmeyi diğerlerinden ayıran kurumsal kişilik evresidir (Yıldırım, 2017).

Silverthorne (2004)'e göre kurumsal kültürün çalışanları cezbetme, işe devamlılığı, bağlılığı ve örgütsel uyumu sağlama konusunda önemli rolü bulunmaktadır (Silverthorne, 2004). Kurumsal kültürün algılanan kurum imajında önemli bir rolü bulunmakta olup, Şişli ve Köse (2015) çalışmalarında kurumsal kültür ve kurumsal imaj arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki olduğunu bildirmektedir.

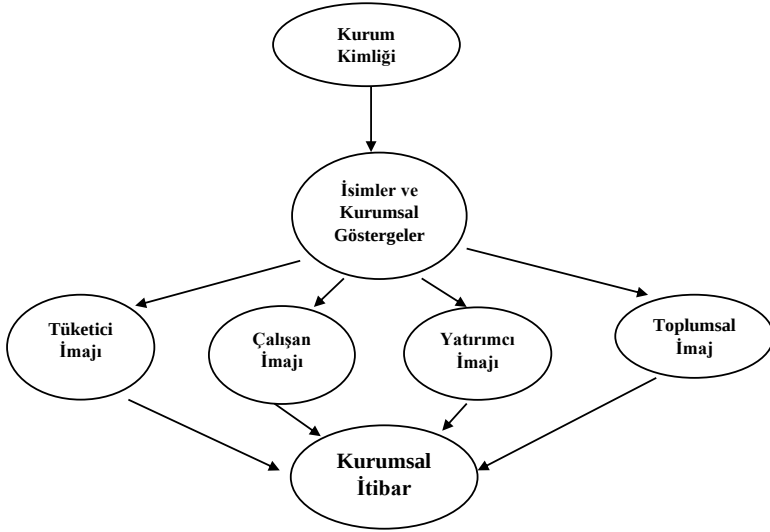
Kurumsal itibar

Kurumsal itibar ile ilgili çalışmalar ilk olarak 1950'li yıllarda başlamış ve 1990'lı yıllardan itibaren farklı disiplinler tarafından önemi fark edilerek bu konuda çalışmalar artış göstermiştir

(Almaçık, 2011; Bürkük, 2020; Gotsi ve Wilson, 2001). İtibar, bir işletmenin geçmiş faaliyetleri, eylemleri yaptıkları ve yapmadıkları sonucunda oluşan gelecekteki yapacakları hakkında beklentileri kapsayan duygusal ve rasyonel beklentileri içeren bir değer olarak açıklanmaktadır. İtibar, bir işletmenin hakkında tüm paydaş grupları tarafından (müşteriler, ortaklar, yatırımcılar, çalışanlar, tedarikçiler, medya vb.) algılanan değerler toplamıdır (Okay ve Okay 2018).

Kurumsal itibar işletmelere rekabet üstünlüğü sağlayan stratejik bir varlıktır (Fombrun ve Gardberg, 2002). Kurumsal itibar, “Bir işletmenin tüm paydaşları bakımından istenen çıktıları sağlama yeteneğini açıklayan, geçmiş faaliyetlerinin ve çıktılarının kolektif bir temsilidir” (Fombrun vd., 2000).

Kurum imaj ve kurumsal itibar kavramlarının zaman zaman birbirleri yerine kullanıldığı görülmektedir. Kurumsal itibar kavramı kurumsal imaj kavramından çok daha geniş bir kapsama sahip olup, anlam bakımından kurum hakkında oluşan pozitif ifadeyi kapsamaktadır. Kurumsal itibar firmanın tüm paydaşları tarafından algılanan kurumsal imajların toplamı olup hem rasyonel hem de duygusal olarak geliştirdiği net imajdan oluşmaktadır. Kurumsal itibar, kurumsal imaj, marka denkliği ve iyi niyet niteliklerini kapsayan kolektif bir varlıktır (Okay ve Okay 2018; Peltekoğlu, 2018).



Şekil 4: Kurumsal İtibarın Bileşenleri

Fombrun (1996) tarafından itibarı oluşturan bileşenlerin açıklandığı Şekil 2.4.'e göre, kurumsal itibar farklı parametrelerden oluşan kompleks bir yapıdır. Kurumsal itibar yıllar içerisinde oluşan ve kazanılması zaman alan ancak olası hatalarla da çok çabuk kaybedilen önemli bir stratejik varlıktır. Güvenilirlik, sorumluluk sahibi, inanırılık ve itibara değer gibi kavramlar, kurumsal kimlik ve kurumsal imaj ilişkisiyle birlikte kurumsal itibarı açıklamaktadır (Peltekoğlu, 2018).

Stratejik öneme sahip kurumsal itibar, işletmelere çeşitli açılardan fayda sağlamaktadır. Bu faydalar aşağıdaki gibi açıklanabilir (Çatar, 2010; Dutton vd.,1994; Fombrun ve Shanley, 1990; Kreps ve Wilson, 1982; Roberts ve Dowling, 2002; Rose ve Thomsen, 2004; Shapiro, 1983; Stuart, 2002; Walsh vd., 2006; Yoon, 1993);

- Satışların arttırılmasını ve müşterilerin işletmeye çekilmesini sağlar
- Yetenekli çalışanları kuruma çeker

- Çalışan memnuniyetini, kurumsal bağlılığı ve dolayısıyla iş performansını artırır. Kriz dönemlerinde çalışanlar, kurumsal aidiyet duygusu ile işletmelere krizle başa çıkabilmek için önemli bir güç kazandırır.
- Kurumun yüksek pazar payı elde etmesine katkıda bulunarak kârlılığını artırır
- Yatırımcıları işletmeye çeker
- Rekabet üstünlüğü yaratarak, finansal performansın artmasına, maliyetlerin azaltılmasına, talep artışına, müşteri memnuniyeti, sadakati ve güvenin oluşmasına pozitif yönde katkı sağlar.

Kurumsal imajın oluşmasında etkili olan faktörler

Kurumsal imajın ölçülmesinde farklı araştırmacılar tarafından farklı faktörler ile ölçümler yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada kurumsal imaj; “fiziksel faktörler”, “iletişim faktörü”, “kalite” ve “sosyal sorumluluk faktörü” olmak üzere dört boyut altında incelenmiştir.

Fiziksel faktörler: Kurumların iç dekorasyonu ve mimari özellikleri kurumsal imajına etki eden önemli fiziksel faktörler arasında yer almaktadır. Fiziki faktörler, kurumun mekân özellikleri yanı sıra personelde gözle görünen özellikleri de kapsamaktadır. Fiziksel faktörler kapsamında, işletmenin logosu, kullanılan renkler, yazı karakterleri, personel kıyafetleri, mimari yapısı, bulunduğu konum, çevre düzenlemeleri ile kurumun içeriden ve dışarıdan görünümü ile algılanan tüm yapı değerlendirilmektedir. Kurumun fiziksel yapısı hem çalışanlar hem de kurum ile iletişimi olan çevresi bakımından, önemli izlenimler oluşturmaktadır. Bu kapsamda kullanılan, ışık, renk, tasarım ve düzenlemelere önem verilmesi gerekmektedir (Bayın, 2013; Gray ve Balmer, 1998).

İletişim faktörü: Kurumsal iletişim, kurumsal kimliğin, kurumsal imajın ve kurum itibarının oluşumuna etki eden önemli bir faktördür. Şirketin tüm paydaşları ile ilgili iletişimini kapsamaktadır.

Farklı paydaşlar farklı iletişim kanallarından farklı olarak etkilendiğinden, kurumsal iletişimin yöntem ve teknikleri en geniş haliyle tanımlanmalıdır. Telefonlara verilecek yanıt biçiminden personelin toplumla ilgili rol aldığı her konuda iletişim şeklinin belirlenmesi gereklidir (Gray ve Balmer, 1998).

Olumlu imaja sahip olmak isteyen kurumların hedef kitleleri, çalışanları ve diğer paydaşları ile etkili iletişim kurmaya önem vermeleri gerekmektedir. Halkla ilişkiler, medya kanalları vasıtasıyla kitlesel iletişim, reklam ve sponsorluk gibi faaliyetler bu kapsamda kullanılabilecek iletişim faktörleri arasında yer almaktadır (Bayın, 2013).

Kalite faktörü: Kalite hem kurumsal imaj oluşumunda hem de hasta memnuniyetinde en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite, ürün, hizmet, davranış, süreç gibi birçok farklı kriterden etkilenmektedir. Kurumun tercih edilmesinde, müşterilerle olumlu iletişim geliştirilmesinde, kurum hakkında olumlu izlenim oluşturulmasında önemli katkıları bulunmaktadır (Bayın, 2013).

Sosyal sorumluluk faktörü: Kurumsal imaja etki eden bir diğer faktör ise sosyal sorumluluk faktörüdür. Aktan (2007), şirketlerin yerine getirmesi gereken dört temel sosyal sorumluluk faktöründen bahsetmektedir. Bunlar; ekonomik olmak, etik davranışlarda bulunmak, kanunlara uygunluk ve toplumsal sorunlara duyarlı olarak gönüllü katkıda bulunmaktır. Günümüzde yalnızca ticari kaygılar ile faaliyetlerine devam eden kurumlar kamuoyu tarafından kabul görmemektedir. Bu nedenle kurumlar sosyal sorumluluk faaliyetlerine odaklanarak olumlu bir ün oluşturmaya çalışmaktadır. Toplum, kâr eden şirketlerden çok artık sosyal olan şirketleri beğenmekte, kurumlar hakkında bilgiler edinerek iyi veya kötü olarak algıladıkları şirketler için bu doğrultuda tüketim güçlerini kullanmaktadır (Aktan, 2007; Okay ve Okay, 2018).

Kurumsal İmajın Sağlık Kurumları Açısından Önemi

Bir şirketin pazarlama stratejisi aracılığıyla paydaşların zihninde algı oluşturma faaliyeti, kurum imajının oluşturulması olarak ifade edilmektedir (Balmer, 2012). Christelle (2012)'e göre kurumsal imaj, şirketin paydaşlarına ve kamuoyuna bir vizyon ve umut sağlama çabaları, Dowling (1986)'e göre ise o kuruma atfedilen anlamlar dizisi olarak tanımlanır. Bir başka tanıma göre ise kurumsal imaj, işletmenin paydaşı konumunda bulunan, pay sahipleri, müşteriler, medya ve toplumun yararını sağlamak için geliştirilen çabalar sonucunda işletmenin çevresinde algılandığı resim olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda kurumsal imaj, kurumsal iletişim faaliyetleri ile inşa edilir (Christelle, 2012; Hatch ve Schultz, 2003; Heinberg vd., 2018). Minkiewicz vd. (2011) ile Tran vd. (2015) ise, kurumsal imaj kavramının bir süreç olduğunu açıklamıştır (Triatmanto vd., 2021).

Günümüz küreleşme çağında kurumlar varlıklarını sürdürebilmek ve rekabet edebilmek için güçlü ve farklı kurum imajı yaratmak durumundadır (Çerik ve Erkmen, 2014). Kurumsal imaj, stratejik bir kaldıraç rolü oynayarak kurumlara rekabetçi üstünlük sağlama yeteneği kazandırır. Hedef kitlenin çıkarları ve beklentilerini karşılama derecesine göre, kişilerin kurumsal imaj algıları oluşmaktadır (Bayramoğlu, 2007). Kurum imajı farklı paydaşlar tarafından farklı olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle kurumsal iletişim birimleri, paydaşların beklentileri ve istekleri ile ilgili araştırma yaparak kurumsal imajlarını kuvvetlendirmek üzere olumlu iletişim çabası sürdürürler (Erdoğan vd., 2015).

Diğer tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabet vardır. Sağlık hizmetlerinde hastane sayılarındaki artış, sağlık tüketicilerinin bilinçlenmesi, yeni tedavi yöntemleri ve teknolojinin gelişmesi rekabeti arttıran unsurlar arasındadır. Rekabetin bulunduğu sektörlerde başarılı olabilmek için müşteri memnuniyetinin ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Sağlık kurumları diğer kurumlar arasından fark edilebilmek ve tercih edilebilmek için pozitif imaj yaratma konusuna odaklanmalıdır.

Sağlık tüketicileri açısından seçim alternatiflerinin çoğaldığı bu dönemde olumlu kurum imajı yaratmak, sağlık kurumları açısından yaşamsal öneme sahiptir (Kanoğlu, 2016).

Toplum nezdinde yararlı işler yapan, olumlu bir kurum imajına sahip olan işletmeler, kriz dönemlerinde zorluklara karşı korunarak bu dönemleri çok daha rahat atlatabilmektedir. Bu nedenle kurumlar olumlu kurum imajı yaratma eğilimindedir (Bolat, 2006; Gökçe, 2000). Tercih sürecinde etkili olan kurumsal imaj, kurumun hedef kitleleri, çalışanları, iletişim halinde olduğu iç ve dış çevreleri tarafından kuruluşun desteklemesi olanağını sağlamaktadır. Diğer kurumlarla iş birliği, tedarikçilerden ürün temini ve satın alma süreçlerini de etkiler.

Sağlık alanında yapılan yeni düzenlemelerle birlikte, tüm branşlarda SGK anlaşmalı hastane sayısı artmış ve özel hastanelerden daha fazla hasta yararlanabilir hale gelmiştir. Bilgi asimetrisinin bulunduğu sağlık sektöründe hastalar daha iyi imajı bulunan sağlık kurumlarını tercih edebilecektir. Hastanenin kurum kimliği, kalitesi ve güvenilirliği sağlık kurumu seçiminde etkili olacaktır (Çınaroğlu ve Şahin, 2012).

Kurumsal imajın bir diğer işlevi de hedef gruplar üzerinde güven, inandırıcılık ve süreklilik sağlayabilmesidir. Ekonomik sorunların ve krizlerin yaşandığı dönemleri başarı ile atlatan kurumlar zamanla olumlu kurum imajı ile kamuoyu desteğini kazanırlar. İyi konumlandırılmış bir kurum imajı kolaylıkla taklit edilemez, bu da kurumun farklılaşmasına, özellikleri bulunan bir kurum olmasına ve çeşitli avantajlar ile fırsatlar yakalamasına imkân tanır (Aytemur, 2020).

Türkiye’de diğer tüm sektörlerden farklı olarak sağlık hizmetlerinde reklam yasağı bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal nitelik taşıması nedeniyle reklam yasağı dışında da sınırlı tanıtım faaliyetlerinin yapılmasına izin verilmektedir. Bu açıdan kurumsal imaj sağlık kurumlarının en etkili reklam ve tanıtım aracı olarak düşünülmelidir. Kurumsal imajın sağlık kurumlarındaki

öneminin anlaşılması için sağlık alanında düzenlenen bazı yasa ve yönetmeliklerin incelenmesinde yarar vardır.

Sağlıkta reklam ve tanıtım

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde reklam ve tanıtım bazı yasa, yönetmelik ve tüzüklerle sınırlandırılmıştır. Bu yasa ve yönetmeliklerin bazıları aşağıdaki gibi açıklanabilir.

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 24. Maddesi (Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına, 1928):

- “Mesleklerini uygulayan hekimler hastalarını kabul ettikleri yer ile muayene saatlerini ve uzmanlıklarını bildiren ilanlar verebilirler. Diğer biçimde ilan, reklam ve benzerlerini yapmaları yasaktır” ifade etmektedir.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü: 19.02.1960 tarihli Resmî Gazetede yayınlanmış bulunan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 8. Maddesinde (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960);

- “Tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez. Tabip ve dış tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, her ne suretle olursa olsun, yazılarında kendi reklamını yapamaz. Tabip ve dış tabibi, gazetelerde ve diğer neşir vasıtalarında, reklam mahiyetinde teşekkür ilanları yazdıramaz.”

Ayrıca Tüzüğü’nün 9. maddesinde aşağıdaki hüküm yer almaktadır;

- “Tabip ve dış tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilanlarda ve reçete kağıtlarında, ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik unvanını ve muayene gün ve saatlerini yazabilir. Muayenehane kapılarına veya binaların dışına asılacak tabelaların ebadı ve adedi, mahalli tabip odaları tarafından tespit

edilebilir. Tabipler ve diş tabipleri, tabip odalarının bu husustaki kararlarına riayet etmekle mükelleftirler.”

1262 Sayılı İşpeniyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu: Bu kanunda ilaçla alakalı çeşitli reklam kısıtlamaları yer almaktadır (İşpeniyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, 1928).

Beşerİ Tıbbi rnlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik: Yönetmeliğın 5. Maddesinde (Beşerİ Tıbbi rnlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik, 2015);

- “Hekim, diş hekimi ve eczacıya tanıtım faaliyetlerini kapsayan ürünlerin internet dâhil halka açık yayın yapılan her türlü medya ve iletişim ortamında program, film, dizi film, haber ve benzeri yollarla doğrudan veya dolaylı olarak topluma tanıtımı yapılamaz.” denilmektedir.

- “rnlerin Kurumca onaylanmış KT/kullanım alanları, sadece Kurumca tanımlanmış mecralarda ve ruhsat/izin sahibinin kendi internet sitesinde yayınlanabilir. Bu mecra dışında Kurumca onaylanmış KB/KT/kullanım alanları kısmen veya tamamen kullanılmak suretiyle ürünlerle ilgili topluma yönelik tanıtım ve bilgilendirme faaliyeti yapılamaz.”

Ayrıca ynetmeliğın 6. Maddesinde aşağıdaki kısıtlayıcı hükümler yer almaktadır;

- “Toplum sağığı açısından önem arz eden aşılama kampanyaları ve salgın hastalıklarla mücadele gibi durumlarda veya sağıklı olmanın teşviki amacıyla Bakanlıkça gerçekleştirilen kampanyalarda kullanılacak ürünler hakkında, Bakanlıktan izin alınarak ve Bakanlığın belirleyeceğı usul ve esaslar çerçevesinde toplum bilgilendirilebilir.”

- “Yurt içinde düzenlenen uluslararası kongrelerde yapılacak tanıtımlar ile hekim/diş hekimi/eczacının yazılı işteğı üzerine ruhsat/izin sahibinin bilim servisi tarafından bizzat yapılan bilgilendirmeler hariç olmak üzere;

- Yurt dışı tedarikçiler aracılığıyla temin edilen ürünlerden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından alternatif geri ödeme modelleri kapsamında satın alınan ve Kuruma bildirilen ürünlerin farmakovijilansa yönelik yürüttükleri tanıtım faaliyetleri hariç olmak üzere ilgili mevzuata göre ruhsatlandırılmış ya da izin verilmiş ancak ülke piyasasında bulunamadığı için reçete karşılığında yurt dışından teminine Kurum tarafından izin verilen ürünlerin, tanıtımı yapılamaz.

- Tanıtım, ürün kullanımını gereksiz yönde teşvik edecek veya beklenmeyen riskli durumlara neden olabilecek yanıltıcı, abartılı ya da doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler vermek suretiyle veya ilgi çekici ve ürünün kendisi ile doğrudan ilgisi olmayan görüntüler kullanılarak yapılamaz.

- Çekiliş, şans oyunları gibi araçlar ile tanıtım yapılamaz.”

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik: Yönetmeliğin 29. Maddesinde bilgilendirme ve tanıtım başlığı altında sağlık kurumlarında reklam yasağı ve tanıtım ile ilgili kısıtlılıklara yer verilmiştir (Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2008);

- “Sağlık kuruluşları tarafından reklam yapılamaz.
- Sağlık kuruluşları tarafından, tıbbi deontoloji ve mesleki etik kurallarına aykırı, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren, talep yaratmaya yönelik, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış veya yerleşik tıbbi metot haline gelmemiş uygulamalara dayalı tanıtım yapılamaz ve diğer sağlık kuruluşları aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunulamaz.

- Tabelaları ile basılı ve elektronik ortam materyallerinde, ruhsatnamesinde kayıtlı sağlık kuruluşu ismi dışında başka bir isim kullanılamaz.

- Sağlık kuruluşları, sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikte bilgilendirme yapabilir. Birinci fıkra hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla açılışı, hizmet alanları ve sunduğu hizmetler ile ilgili konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir. Ancak, bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.

- Sağlık kuruluşları tarafından her türlü yayın mecralarında yer alan sağlık bilgileri, konusuna göre yetkili sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu mecralar yoluyla yapılan bilgilendirme ve tanıtımlar, hastayı ilgili sağlık kuruluşuna doğrudan veya dolaylı biçimde yönlendirecek içerikte olamaz.

- Bu maddede belirtilen esaslara uymayan sağlık kuruluşlarının işletenleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır.”

Sağlık kurumlarının isimleri konusundaki 30. Maddede ise;

- “Sağlık kuruluşunun tabelasına veya basılı evrakına; ruhsatlarında yer alan mevcut isim ve unvanları veya tescil edilmiş isimlerinin dışındaki diğer isim ve unvanları ile faaliyet izin belgesinde belirtilen uzmanlık dalları haricinde başka uzmanlık dalı yazılamaz. Sağlık kuruluşu isimlendirilmesinde; kişilerin yanlış algılaması ve karışıklığın önlenmesi amacıyla, hangi ilde olduğuna bakılmaksızın ülke genelindeki üniversite ve kamu sağlık kurum veya kuruluşlarının isimleri aynen veya çağrıştıracak şekilde kullanılamaz.”

şeklinde ifade edilmektedir.

Güzellik ve estetik veya bu amaçla açılan merkezlerin ve ünitelerin uyumu başlığı geçici 4. Maddesinde ise;

- “Sağlık kuruluşu statüsü sona eren ve işleteni tabip olan müstakil merkezlerden, muayenehane veya poliklinik olarak

faaliyet göstermesine izin verilenler ile tıp merkezi ve özel hastaneler bünyesinde ünite şeklinde olanların tabela, basılı ve elektronik ortam materyallerinde ve ünite isimlendirilmesinde “güzellik” (Mülga ibare: RG-21/3/2014-28948) (...) ifadesi kullanılamaz.”

bilgisi yer almaktadır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği: 27.03.2002 tarih 24708 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan özel hastaneler yönetmeliğinin bilgilendirme ve tanıtım bölümünde, Madde 60 — (Başlığı ile birlikte değişik: RG-28/05/2004-25475) aşağıdaki hükümler yer almaktadır (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2002);

- “Özel hastaneler; tıbbî deontoloji ve meslekî etik kurallarına aykırı şekilde, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren ve talep yaratmaya yönelik, ruhsatında yazılı kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarından başka hastaları kabul ve tedavi ettiği intibahı uyandıran, diğer hastaneler aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunamazlar ve bu mahiyette tanıtım yapamazlar. (Mülga cümle: RG-1/7/2014-29047) (...)”

- Özel hastaneler tarafından; sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme ve tanıtımlar yapılabilir. Bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında, yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.

- Özel hastaneler; hizmet alanları ve sunacağı hizmetler ile açılış bilgileri ve benzeri konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir.

- Özel hastaneler tarafından oluşturulan internet sitelerinde; yer alan her türlü sağlık bilgisi, alanı ile ilgili bilgi ve tecrübeye sahip sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu siteler aracılığıyla hiçbir şekilde tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgiler verilemez. İnternet sayfalarında verilen bilginin, son güncelleme tarihi açıkça belirtilir.

- Yukarıda belirtilen esaslara uymayan özel hastane sahipleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır.”

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik: 03.02.20215 tarih 29256 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan yönetmeliğe göre Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’te yer alan bilgilerle birlikte aşağıdaki hüküm yer almaktadır (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2015);

- “Sağlık kuruluşları ağız ve diş sağlığını koruyucu ve geliştirici nitelikte bilgilendirme yapabilir. Sağlık kuruluşları bu madde hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla açılışı, hizmet alanları ve sunduğu hizmetler ile ilgili konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir. Ancak, bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep oluşturmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.”

Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği: 28.04.2004 tarih 25446 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan yönetmeliğin disiplin suçları ve ceza başlığı altında, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 39 uncu maddesinin b bendine göre aşağıdaki durumlarda para cezası bulunduğu hükmedilmektedir (Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği, 2004);

- “Tanıtım kurallarına aykırı davranmak,
- Her türlü iletişim mecrasında reklam amacına yönelik yazılar yazmak, yazdırmak veya açıklamada bulunmak yahut ortağı olduğu kuruluş veya şirket aracılığıyla bu anlamda reklam yapılmasını sağlamak,
- Bireysel olarak veya yöneticisi oldukları dernekler ya da çalıştıkları kurumlar aracılığıyla ticari ürün veya hizmetin tanıtımında yer almak veya reklamına aracılık etmek,

- El ilanları, tabelalar, basın ve benzeri yollarla meslektaşlar arası haksız, tıp dışı rekabete yol açacak duyurular yapmak,”

Sağlık alanında faaliyet gösteren kurumlar diğer işletmelerden farklı olarak birçok kurala uymak zorundadır. Bu durum doğrudan insan sağlığının ticari unsur haline dönüştürülmesine engellemek ile ilgilidir. Bu kapsamda tek hekim, poliklinik ya da hastane fark etmeksizin sağlık alanında her türlü reklam yasaklanmış bulunmaktadır.

Sonuç

Türkiye’de sağlıkta reklam yasağı bulunması sebebiyle sağlık hizmeti almak isteyen hasta ve yakınlarının, hastane tercihlerindeki en önemli bilgi kaynaklarından biri ise ağızdan ağıza iletişim ve sağlık kurumları hakkındaki tavsiyelerdir. Sağlık kurumlarının en önemli tanıtım aracı, daha önce hizmet verdiği hastaların memnun ayrılması, bu memnuniyetin tavsiyelere dönüşmesidir. Diğer sektörlerden farklı olarak reklam avantajından faydalanamayan sağlık sektörü için pozitif kurum imajı, diğer sektörlerden daha da önemli hale gelmektedir. Bu kapsamda sağlık kurumlarında oluşturulan pozitif kurum imajı ve memnuniyetin, hasta ve yakınları vasıtasıyla gelişen bir reklam ve tanıtım aracı olduğunu söylemek mümkündür (Fener, 2023).

Kurumsal imaj, hastanenin uzun dönemde oluşturacağı kurumsal itibarının temel bileşenidir. Bu anlamda kurumsal imaj çalışmaları kurumun tüm paydaşları tarafından algılanacak kurumsal itibarını inşa eder. Kurumsal imaj hastanelerde, pazar payının geliştirilmesi, kârlılığın arttırılması ve maliyetlerin düşürülmesine katkı sağlamaktadır. Kurumsal imaj hem normal rekabet koşullarında gem de kriz dönemlerinde sağlık kurumlarının kullanabileceği önemli bir farklılaştırma stratejisidir. Kurumsal imaj ve hasta memnuniyeti arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Memnun hastalar ağızdan ağıza iletişim ve tavsiye

yoluyla hem kurum imajına katkı sağlarken hem de hastaneye güven duyulmasına destek olacaktır.

KAYNAKÇA

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. (2015, 2 3). (29256). Resmî Gazete. Retrieved 11 5, 2021, from <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20505veMevzuatTur=7veMevzuatTertip=5>

Akan, O., Allen, R.S., Helms, M.M. and Spralls, S.A. (2006), "Critical tactics for implementing Porter's generic strategies", *Journal of Business Strategy*, Vol. 27 No. 1, pp. 43-53. <https://doi.org/10.1108/02756660610640173>

Akbolat, M. ve Işık, O. (2012). Hastanelerde Rekabet Stratejileri ve Performans / Competitive Strategies and Performance in Hospitals. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (1), 401-424. Retrieved from <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/ataunisobil/issue/2829/38362>

Akbolat, M. (2009). Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. (Yayınlanmamış Doktora tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya. Türkiye.

Akgöl, M. (2019). Üniversitelerin Kurumsal İmajının Öğrencileri Tarafından Değerlendirilmesi: TOBB’a Bağlı Odaların Vakıf Üniversitelerinin Kurumsal İmajına Yönelik Bir Araştırma (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.

Aksoy, R., ve Bayramoğlu, V. (2008). Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlemeleri. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(7), 85-96. <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/ijmeh/issue/54832/750709> adresinden alındı

Aktan, C. (2007). Kurumsal Sosyal Sorumluluk, İşletmeler ve Sosyal Sorumluluk. İstanbul: İgiad Yayınları.

Alınacak, Ü. (2011). Kurumsal İtibarı Oluşturan Farklı Bileşenlerin Müşteri Bağlılığı Üzerindeki Etkileri. *Pazarlama ve*

Pazarlama Araştırmaları Dergisi, 4(7), 65-96.
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/ppad/issue/61014/906111>

Altuntaş, G., ve Donmez, D. (2009). Girişimcilik Yönelimi ve Örgütsel Performans İlişkisi: Çanakkale Bölgesinde Faaliyet Gösteren Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 39(1), 50-74.
<https://dergipvd.org.tr/en/pub/iuisletme/issue/9249/115713>
adresinden alındı

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. (2008, 2 15). (31561). Resmî Gazete. 11 5, 2021 tarihinde
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=11969veMevzuatTur=7veMevzuatTertip=5> adresinden alındı

Aytemur, S. (2020), Kurumsal İmaj ve Farkındalık Oluştırmada Bilgi Teknolojilerine Stratejik Yaklaşım (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya, Türkiye.

Balmer, J. M. (2008). Identity based views of the corporation. *European Journal of Marketing*, 42(9-10), 879–906.
doi:10.1108/03090560810891055

Balmer, J.M.T. (1995), Corporate branding and connoisseurship, *Journal of General Management*, 21 (1) pp. 24-46.
<https://doi.org/10.1177/030630709502100102>

Balmer, J.M.T. (2012), Strategic corporate brand alignment: perspectives from identity based views of corporate brands, *European Journal of Marketing*., 46 (7), DOI: 10.1108/03090561211230205

Barca, M. ve Esen, S. (2012). Rekabet Avantajı Sağlama ve Sürdürmede Stratejik Yaklaşımlar. *Social Sciences*, 7 (2), 89-107.
Retrieved from
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/nwsasocial/issue/20095/213637>

Barich, H., ve Kotler, P. (1991). A framework for marketing image management. MIT Sloan Management Review, 32(2), 94.

Bayın, G. (2013). Hastanelerde Kurumsal İmaj ve Hasta Bağlılığı İlişkisi: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İbni Sina Hastanesi'nde Bir Uygulama (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara. Türkiye.

Bayramoğlu, V. (2007). Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Zonguldak İli Örneği (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak. Türkiye.

Beşerî Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik. (2015, 7 3). (29405). Resmî Gazete. 11 4, 2021 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150703-2.htm> adresinden alındı

Bolat, O. İ. (2006). Konaklama İşletmelerinde Kurumsal İmaj Oluşturma Süreci. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9 (15), 107-126. Retrieved from <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/baunsobed/issue/50337/651809>

Bulduklı, Y. (2015). İmaj Yönetimi Yaklaşımlar, Taktikler, Stratejiler. Konya: Literatürk.

Bülbül, Hasan. (2003). Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Ürün ve Süreç Yeniliği: Bilişim Teknolojileri Uygulaması (Yayınlanmamış Doktora tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.

Bürkük, E. (2020). Sağlık Çalışanlarında Kurumsal İtibar Algısının Örgütsel Bağlılığa Etkisi Üzerine Bir Çalışma (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya. Türkiye.

Büyükbaykal, G. N. (2012). Kurumsal Kimliğin Tanımı ve Bankacılık Sektöründe Kurumsal Kimlik ile Halkla İlişkiler Arasındaki Etkileşim. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi

Dergisi, 2 (12), Retrieved from
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/iuifd/issue/22877/244536>

Canöz, K. ve Doğan, İ. (2015). İmaj Oluşturma Aracı Olarak Sponsorluk (The sponsorship as an image creating tool). Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 3 (2), doi: 10.19145/guifd.96524

Christelle, (2012), An assessment of the role of corporate brand identity in corporate brand identity, (Unpublished doctoral dissertation). University of South Africa.

Christian, R. C. (1959). How important Is the corporate image. Journal of Marketing, 24, 79-80. doi:10.2307/1248856

Çatar, R. (2010). Kurumsal İtibarın Ölçülmesi ve Yönetimi-İki Özel Hastane Örneği, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.

Çerik, Ş. ve Erkmen, T. (2014). Kurum İmajını Etkileyen Faktörlerin Algılanması Ve Bu Algılamaların Beklentilerle Karşılaştırılması: Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Araştırma. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3 (6). Retrieved from
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/mkusbed/issue/19568/208587>

Çetin, S., ve Tekiner, M. A. (2015). Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Emniyet Teşkilatı Örnekleme İç Paydaş Anketi. Journal of Management and Economics Research, 13(1), 418-440. <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/yead/issue/21806/2343> adresinden alındı

Çınaroğlu, S. ve Şahin, B. (2012). Kurumsal İtibar ve İmajın Hastanelerin Performansı ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 30 (2), 27-55. Retrieved from
<https://dergipvd.org.tr/en/pub/huniibf/issue/7863/103691>

Dowling, G. R. (1986). Managing your corporate images. Industrial Marketing Management, 15(2), 109-115. doi:10.1016/0019-8501(86)90051-9

Durmuş, A., ve Akbolat, M. (2020). The impact of patient satisfaction on patient commitment and the mediating role of patient trust. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1642-1647. doi:10.1177/2374373520967807

Dutton, J., Dukerich, J., ve Harquail, C. (1994). Organization images and member identification. *Administrative Science Quarterly* (39), 239-263. <https://doi.org/10.2307/2393235>

Engin, E. (2014). İmaj Üretimi. (G. Aydınalp, Dü.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., . . . Kubat, C. (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, (31), 95-110. <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/erciyesiibd/issue/5888/77879> adresinden alındı

Erdoğan, Z., Develioğlu, K., Gönüllüoğlu, S. ve Özkaya, H. (2015). Kurumsal İmajın Şirketin Farklı Paydaşları Tarafından Algılanışı Üzerine Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (15),. Retrieved from <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/dpusbe/issue/4757/65340>

Erdoğan, Z., ve Gönüllüoğlu, S. (2006). Kurumsal İmaj Oluşturulmasına İlişkin Bir Literatür Taraması. *Pazarlama Dünyası Dergisi*, (5), 46-53. <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/icd/issue/52710/695145> adresinden alındı

Eren, E. (1979). İşletmelerde Stratejik Planlama: Teknikler ve Araştırmalar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi.

Eren, V. (2003). Kamu Yönetiminde Rekabet, Rekabetin Kurumlaştırılması ve Rekabet Mekanizmaları. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(04), 58(4), 83-105. <https://dergipvd.org.tr/en/download/article-file/36161>

Fener, E. (2023). Kurumsal imajın hasta sadakatine etkisinde hasta memnuniyetinin aracılık etkisi (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla. Türkiye.

Fombrun, C., ve Gardberg, N. (2002). The global reputation quotient project: First steps towards a cross-nationally valid measure of corporate reputation. *Corporate Reputation Review*, 4(4), 303-307. <https://doi.org/10.1057/palgrave.crr.1540151>

Fombrun, C., ve Shanley, M. (1990). What's in a name? Reputation building and corporate strategy. *Academy of Management Journal*, 33(2), 233-258. <https://doi.org/10.2307/256324>

Fombrun, C., Gardberg, N., ve Sever, J. (2000). The reputation quotient SM: A multi-stakeholder measure of corporate reputation. *Journal of Brand Management*, 7(4), 241-255. <https://doi.org/10.1057/bm.2000.10>

Gider, Ö. (2012). Ekonomik kriz dönemlerinin özel hastanelere etkileri: bir özel hastanenin oran analizleri yöntemiyle finansal performansına bakış- The effects of economical crisis periods on private hospitals: overview of financial performance of a private hospital. *Öneri Dergisi*, 9 (36), 87-103. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/pub/maruoneri/issue/17899/187777>

Gotsi, M., ve Wilson, A. (2001). Corporate reputation: Seeking a definition. *Corporate Communications*, 6(1), 24-30. <https://doi.org/10.1108/13563280110381189>

Gökçe, E. (2000), Kurumsal Kimlik, Kurumsal İmaj ve Kurumsal Kültürün Halkla İlişkiler Çalışmalarında Yeri ve Önemi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.

Gökdeniz, A. ve Aşık, N. (2008). Küresel Rekabet Ortamında Turizm İşletmelerinde Soyut İmaj Oluşturma. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11 (20), 134-149.

Retrieved from
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/baunsobed/issue/50241/648162>

Gökkaya, D., İzgüden, D., ve Erdem, R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 9(20), 136-148. doi:10.21076/Vizyoner.363783

Grant, M. R. (2010). Contemporary Strategy Analysis, (Seventh Edition). United. Barcelona: John Wiley ve Sons Ltd.

Gray, E. R., ve Balmer, J. M. (1998). Managing corporate image and corporate reputation. Long Range Planing, 31(5), 695-702. doi:10.1016/S0024-6301(98)00074-0

Heinberg, M., Ozkaya, H.E., Taube, M., (2018), Do corporate image and reputation drive brand equity in India and China? - Similarities and differences, J. Bus. Res., 86 (September 2016) pp. 259-268. doi: 10.1016/j.jbusres.2017.09.018

İleri, Y. H. ve Horasan, A. (2014). Küresel Rekabet Ortamında İşletmelerin Teknoloji ve Ar-Ge Yönetimlerinin Rekabete Etkileri Üzerine Araştırma ve Örnek Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 13 (1-2), 171-190. Retrieved from <https://dergipvd.org.tr/en/pub/selcuksbmyd/issue/11301/135114>

İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu. (1928, 5 14). (898). T.C. Resmî Gazete. Retrieved 11 2, 2021, from <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1262.pdf>

Jo Hatch, M., Schultz, M., (2003), Bringing the corporation into corporate branding, Eur. J. Market., 37 (7/8) pp. 1041-1064. doi: 10.1108/03090560310477654

Johnson, G., Scholes, K., ve Whittington, R. (2008). Exploring Corporate Strategy: Text ve Cases. London: Pearson Education.

Kanoğlu, M. F. (2016). Kurum İmajının Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kamu-Özel Hastane Örneği.

(Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi). Düzce Üniversitesi Düzce. Türkiye.

Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2018). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (5. b.). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, F. B. (2006). Kurum kimliği ve kurumsal tasarım. Tasarım+Kuram, 3(4), 27-37.

Kotler, P. ve Keller, L.K. (2018). Pazarlama Yönetimi. (İ. Kırcova, Dü.). İstanbul: Beta Basım Yayım.

Kreps, D., ve Wilson, R. (1982). Reputation and Imperfect Information. Journal of Economic Theory (27), 253-279. [https://doi.org/10.1016/0022-0531\(82\)90030-8](https://doi.org/10.1016/0022-0531(82)90030-8)

Lemmink, J., Schuijf, A., ve Streukens, S. (2003). The role of corporate image and companyemployment image in explainingapplication. Journal of Economic Psychology, 24(1), 1-15. [https://doi.org/10.1016/S0167-4870\(02\)00151-4](https://doi.org/10.1016/S0167-4870(02)00151-4)

Longman. (2021, 11 2). <https://www.ldoceonline.com/dictionary/image> adresinden alındı

Macmillan, H., ve Tampoe, M. (2001). Strategic Management: Process, Content, and Implementation. USA: Oxford University Press.

Minkiewicz, J., Evans, J., Bridson, K., Mavondo, F., (2011), Corporate image in the leisure services sector J. Serv. Market., 25 (3) pp. 190-201. doi: 10.1108/08876041111129173

Mintzberg, H. 1987. Crafting Strategy. Harvard Business Review, July–August, 1987. Ss.66–75.

Mintzberg, H., Quinn, J. B., ve Ghoshal, S. (2003). The Strategy Process: Concepts, Contexts, Cases (4. b.). London, UK: Pearson Education International.

Odabaşı, Y. (Anadolu Üniversitesi Yayınları). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Eskişehir: 2004.

Okay, A. ve Okay, A. (2018). Halkla İlişkiler Kavram Strateji ve Uygulamaları, İstanbul: Der Yayınları.

Oktay, F. (2016). Çağdaş Örgütlerde Kurumsal İmaj ve Yenilikçi Örgütsel Vatandaşlık Bağlamında Bir Analiz. Öneri Dergisi, 12(45), 341-356.
<https://dergipvd.org.tr/en/pub/maruoneri/issue/17906/187973?publisher=e-dergi-marmara> adresinden alındı

Örücü, E., ve Ayhan, N. (2001). Örgüt Kültürü (Muğla Üniversitesi Örneği). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2(2), 87-105.
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/ogusbd/issue/10979/131423> adresinden alındı

Özel Hastaneler Yönetmeliği. (2002, 3 27). (24708). Resmî Gazete. 11 5, 2021 tarihinde
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4854veMevzuatTur=7veMevzuatTertip=5> adresinden alındı

Özkan, B. (2007). Rekabet Stratejileri ve Örnek Bir Sektör Analizi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.

Özüpek, M.N. (2005). Kurum İmajı ve Sosyal Sorumluluk, Konya: Tablet Yayınları.

Pajunen, K. (2006). Stakeholder influences in organizational survival. Journal of Management Studies, 6(43), 1261–1288.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2006.00624.x>

Peltekoğlu, F. (2018). Halkla İlişkiler Nedir (10 b.). İstanbul: Beta Basım Yayım.

Peltekoğlu, F. B. (1997). Kurumsal İletişim Sürecinde İmajın Yeri. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, (4), 125-145.
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/iuifd/issue/22888/244873> adresinden alındı

Porter, M. (1979). How Competitive Forces Shape Strategy? Harward Business Review. 11 20, 2021 tarihinde

<https://hbr.org/1979/03/how-competitive-forces-shape-strategy>
adresinden alındı

Porter, M. (2015). Rekabet Stratejisi, Sektör ve Rakip Analizi Teknikleri. Çev. G. Ulubilgen. İstanbul:Sistem Yayıncılık.

Porter, M. E. (2004) Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors, The Free Press, New York.

Porter, M. (1985). Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. Newyork: The Free Press.

Rao, H. (1994). The social construction of reputation: certification contests, legitimation, and the survival of organization in the American automobile industry: 1895 – 1912. Strategic Management Journal, (15), 29–44.
<https://doi.org/10.1002/smj.4250150904>

Roberts, P., ve Dowling, G. (2002). Corporate reputation and sustained superior financial performance. Strategic Management Journal, 23(12), 1077-1093. <https://www.jstor.org/stable/3094296>

Rose, C., ve Thomsen, S. (2004). The impact of corporate reputation on performance: Some Danish evidence. European Management Journal, 22(2), 201–210.
<http://www.sciencedirect.com/science?>

Sancar, T. (2019). Medical Turizm Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşlarının Rekabet Stratejilerinin Kurum Performansına Etkisi; İstanbul İli Örneği (Yayımlanmış Doktora Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.

Saygın, E., Tolon, M., Çelik, T., Öztürk, İ., ve Sökmensüer, T. (2020). Kurumsal İmaj Algısının Hastane Bağlılığı ile İlişkisinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. Usaysad Dergisi, 6(3), 594-608.
<https://dergipvd.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/58836/848888>
adresinden alındı

Shapiro, C. (1983). Premiums for high-quality products as returns to reputations. Quarterly Journal of Economics, 98(4), 659-681. <https://hdl.handle.net/10.2307/1881782>

Silverthorne, C. (2004). The impact of organizational culture and person-organization fit on organizational commitment and job satisfaction in Taiwan. *Leadership ve Organization Development Journal*, 25(7), 592-599. <https://doi.org/10.1108/01437730410561477>

Stuart, H. (2002). Employee identification with the corporate identity. *International Studies of Management and Organization*, 32(3), 28-44. <https://www.jstor.org/stable/40397540>

Şişli, G., Köse, S. (2013). Kurum Kültürü ve Kurumsal İmaj İlişkisi: Devlet ve Vakıf Üniversiteleri Üzerinde Bir Uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 41: 165-193. <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/erciyesiibd/issue/5898/78037>

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına. (1928, 4 14). (863). T.C. Resmî Gazete. 11 3, 2021 tarihinde https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_contentveview=articleveid=1014:1219vecatid=1:yasaveItemid=28 adresinden alındı

Tanwar, R. (2013). Porter's Generic Competitive Strategies. *Journal of business and management*, 15(1), 11-17. Retrieved from: https://sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/TANWAR%202013%20Porter%E2%80%99s%20Generic%20Competitive%20Strategies.pdf

Taşgit, Y.E. (2008). Havayolu Yolcu Taşıma Şirketlerinde Uygulanan Rekabet Stratejileri: Türk Şirketlerine Yönelik Nitel Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce, Türkiye.

TDK. (2021). 09 10, 2021 tarihinde Türk Dil Kurumu: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı

Tengilimoğlu, D. (2016). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması (4 b.). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. (1960, 2 19). Resmi Gazete (10436). 11 1, 2021 tarihinde <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf> adresinden alındı

Timur, N., ve Özmen, A. (Dü). (2013). Stratejik Küresel Pazarlama (2 b.). Ankara: Efil Yayınevi.

Tran, M.A., Nuyen, B., Melewar, T.C., Bodoh, J., (2015), Exploring the corporate image formation process Qual. Mvd. Res. Int. J., 18 (1) pp. 86-114. <https://core.ac.uk/download/pdf/42490625.pdf>

Triatmanto, B., Respati, H., ve Wahyuni, N. (2021). Towards an understanding of corporate image in the hospitality industry East Java, Indonesia. Heliyon, 7(3), 1-7. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e06404

Tutkavul, K. (2016). İşletmelerin Sürdürülebilir Rekabet Gücü ve Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Verecekleri Stratejik Kararların Kaynak Tüketim Muhasebesi Modeliyle Doğrulanmasına Yönelik Ampirik Bir Çalışma (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya. Türkiye.

Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. (2004, 4 28). (25446). Resmî Gazete. 11 5, 2021 tarihinde https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_contentvevi ew=articleveid=125:tk-tabletbl- yetmelvecatid=2:ymelikveItemid=33 adresinden alındı

Ural, E. G. (2012). Kurum İmajı Yaratmada Sosyal Sorumluluk Anlayışının Önemi. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 0 (10). Retrieved from <https://dergipvd.org.tr/tr/pub/iuifd/issue/22879/244619>

Uzoğlu, S. (2001). Kurumsal kimlik, kurumsal kültür ve kurumsal imaj. Kurgu Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli İletişim Dergisi, 18(28), 337-353.

<https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11421/1458/153852.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ülgen, H., ve Mirze, S. (2013). İşletmelerde Stratejik Yönetim (8 b.). İstanbul: Beta Basım Yayım.

Walsh, G., Dinnie, K., ve Wiedmann, K. (2006). How do corporate reputation and customer satisfaction impact customer defection? A study of private energy customers in Germany. *Journal of Services Marketing*, 20(6), 412-420. <https://doi.org/10.1108/08876040610691301>

Wheelen, T., Hunger, J., Hoffman, A., ve Bamford, C. (2018). *Strategic Management and Business Policy: Globalization, Innovation and Sustainability* (15. b.). Pearson Education.

Whetten, D. A., ve Mackey, A. (2002). A Social Actor Conception of Organizational Identity and Its Implications for the Study of Organizational Reputation. *Business and Society Journal*, 4(41), 393-414. <https://doi.org/10.1177/0007650302238775>

Wright, H., ve Fill, C. (2001). Corporate Images: Attributes and the U.K. Pharmaceutical Industry. *Corporate Reputation Review*, 4(2), 99–110. <https://doi.org/10.1057/palgrave.crr.1540136>

Yıldırım, A. (2017). Kurumsal Kültürün Oluşumu ve Sürdürülebilirliğinde Hizmetkâr Liderliğin Rolüne İlişkin Bir Araştırma (Yayınlanmamış Doktora tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya. Türkiye.

Yoon, E., Guffey, H., ve Kijewski, V. (1993). The effects of information and company reputation on intentions to buy a business service. *Journal of Business Research*, 27(3), 215-228. [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(93\)90027-M](https://doi.org/10.1016/0148-2963(93)90027-M)

BÖLÜM II

Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı ve Hasta Aktivlik Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Zeynep HATİPOĞLU¹
Mehmet YORULMAZ²

Giriş

Günümüzde, bireylerin sağlıklarını iyileştirmede aktif olmaları ve yeterli bilgiye sahip olmaları, sağlık sistemleri için hayati önem taşımaktadır. Teknolojik ilerlemeler ve yetersiz okuryazarlık gibi faktörler, sağlık hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlerle etkileşimi etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık bilgilerini

¹ Öğrenci, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0003-4283-0064, zeyneplatifeci0@gmail.com

² Doç. Dr, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-6670-165X, mtyorulmaz@hotmail.com

etkin bir şekilde bulma, anlama ve bu bilgileri veren kişilerle iletişim kurma yetenekleri, yani sağlık okuryazarlığı, büyük bir önem arz etmektedir (Yalçın vd, 2014: 321).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneğidir. Bu beceriler, sağlık hizmetlerine erişimi, bu hizmetlerden yararlanmayı ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerini doğrudan etkiler (Taş ve Akış, 2016: 120). İlaçların etkin ve güvenli kullanımı açısından da sağlık okuryazarlığının yüksek olması önemlidir. Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların doğru kullanımını, yan etkilerin anlaşılmasını ve tedavinin etkinliğinin artırılmasını içerir. Yüksek sağlık okuryazarlığı, daha bilinçli ilaç kullanımı ve akılcı kararlar almayı sağlayabilir (Altındış, 2017: 35).

Hasta aktiflik düzeyi, hastaların sağlık yönetimindeki etkinliklerini ifade eder. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastalar, kendi sağlık durumlarını daha iyi kontrol edebilirler (Koşar ve Besen, 2015:46). Bu çalışma, sağlık okuryazarlığının hastaların ilaç kullanımı ve sağlık yönetimindeki aktiflik düzeyleriyle olan ilişkisini ele alacak, sağlık okuryazarlığının, akılcı ilaç kullanımı ve hasta aktiflik düzeyi üzerindeki etkisini inceleyecektir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve hastaların kendi sağlıklarını yönetme süreçlerinde sağlık okuryazarlığının rolünü anlamak için önemli bir katkı sunacaktır. Çalışmanın ilk bölümünde literatüre genel bir bakış yapılırken, ikinci bölümde analiz sonuçları sunulacaktır.

Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilme, bu bilgileri doğru bir şekilde kavrayabilme ve uygulayabilme kabiliyetini tanımlar. Bu kavram, kişinin kendi sağlık durumunu etkili bir şekilde yönetebilmesi, sağlık hizmetlerinden verimli şekilde yararlanabilmesi ve sağlık sistemi hakkında genel bir anlayışa sahip olmasını kapsar. Sağlık okuryazarlığının temel amacı, bireylerin kendi sağlık durumları ve toplum sağlığı konusunda bilgili

ve uygun kararlar alabilmelerini sağlamaktır (Yılmaz ve Tiryaki, 2016: 143).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974'te ortaya çıkmış ve bugün önemli bir araştırma konusu olarak kabul görmektedir. Scott K. Simonds'ın 'Health Education as Social Policy' başlıklı makalesi, 1974 yılında bu terimi ilk defa tanıtmıştır. Andrus ve arkadaşlarının 2002 tarihli çalışmasında belirtildiği üzere, bu makalede sağlık okuryazarlığı, sosyal politikanın bir bileşeni olarak ele alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık okuryazarlığı, insanların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama ve kendi sağlıklarını koruyup devam ettirebilmek için bu bilgileri etkili bir şekilde uygulama kapasitesi olarak açıklanır. Bu tanım, sağlık konularında bireylerin kognitif ve sosyal yeteneklerinin önemine işaret eder (World Health Organization [WHO] 1998.)

Sağlık okuryazarlığı, temel sağlık hizmetleri ve tedavi teknikleri hakkında bilgili olmayı, ayrıca randevular, reçeteler ve diğer tıbbi belgeleri okuyup yorumlamayı içerir (Kanat, 2021). Sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık sistemlerindeki karmaşık bilgi ve tedavi süreçlerini anlamalarını ve bu bilgilere dayalı olarak doğru kararlar alabilmelerini kapsar. Bu kavram, sadece tıbbi bilgileri edinmekle sınırlı kalmaz; elde edilen bu bilgileri kullanarak sağlıklı kararlar almayı ve sağlık sistemi içinde etkili bir biçimde navigasyon yapmayı da içerir (Çopurlar ve Kartal, 2016: 10).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını ve kendi sağlık kararlarını etkili bir şekilde alabilmelerini sağlamak açısından hayati öneme sahiptir. Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olan kişilerin, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylere göre gereksiz hastane masrafları yapma, hastanede daha uzun süre kalmaları, fazla sayıda gereksiz tıbbi test yaptırma ve acil servisleri gereksiz yere sık kullanma eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Bu durumlar, işgücü kayıplarına ve artan sağlık harcamalarına yol açmakta, böylece toplumun genel sağlık harcamaları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. (Baker vd, 1998: 793).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığının önemi, özellikle tarama testlerine katılım oranlarına etkisi bağlamında dikkate değerdir. Örneğin, İngiltere'de kolorektal kanser tarama programları gibi durumlarda, bireylere evlerine gönderilen yazılı bilgilendirme materyalleri kullanılıyor. Ancak, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, bu tarama testlerini yaptırmakta zorlanabiliyorlar. Bu sorun yalnızca kolorektal kanser taramalarıyla sınırlı değildir; benzer şekilde, meme kanseri tarama faaliyetleri kapsamında kendi kendine meme muayenesi yapmama veya mamografi taramalarına katılmama eğilimleri de düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleriyle ilişkilendiriliyor. Bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltmakta ve bireylerin sağlık durumları üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Kobayashi vd, 2014: 95).

Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımı, bireylerin sağlığını ve toplumun ekonomik yapısını önemli ölçüde etkiler. Sağlık hizmetlerinde bu kavram, hastalıkların etkili tedavisi ve sağlık kaynaklarının verimli kullanımı açısından kritik bir rol oynar. Bu yaklaşım, hem sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır hem de genel sağlık harcamalarını azaltarak ekonomiye pozitif etkiler sağlar (Sağır ve Parlakpınar, 2011: 34).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan Birincil Temel İlaçlar Listesi, akılcı ilaç kullanımı için temel bir adım olmuştur. Bu liste, ülkelerin kendi sağlık ihtiyaçlarına uygun ulusal ilaç politikaları geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. İlaç seçiminde bilimsel veri ve ihtiyaç analizlerinin önemini vurgulayan bu liste, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli planlanmasına imkan tanır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken maliyetleri düşürmeyi ve ilaç erişimini genişletmeyi hedefler. Böylece, Birincil Temel İlaçlar Listesi, dünya genelindeki sağlık sistemlerinin gelişimine büyük katkılar sağlamıştır (Toklu ve Dülger, 2011: 90).

Akılcı ilaç kullanımı, sağlık hizmetlerinde ilaçların uygun kullanımını teşvik ederek maliyet etkinliğini artırmanın yanı sıra, toplumun sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmekte de önemli bir rol oynar. İlaçların doğru kullanılması, hastaların hızlı iyileşmesine, yan etkilerin azalmasına katkıda bulunur ve sağlık hizmetlerinin genel verimliliğini artırır. Bu, hem bireylerin sağlığına hem de toplumun genel refahına katkı sağlar ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini destekler (Şantaş ve Demirgil, 2017: 35-43).

Akılcı ilaç kullanım sürecinde farklı paydaşların kritik rolleri bulunmaktadır: Doktorlar, sürecin merkezinde yer alıp, doğru tanı koyma ve uygun ilacı belirleme sorumluluğunu üstlenirler. Eczacılar, ilaçların temini ve hastalara doğru şekilde ulaştırılması konusunda görev alırlar. Hemşireler, ilaçların doğru kullanımı ve uygulanması konusunda önemli bir rol oynarlar. Hastalar ve yakınları, tedavi sürecinde aktif bir şekilde yer alarak, ilaçların doğru kullanımına dikkat etmelidirler. Diğer Sağlık Çalışanları, tedavi sürecinin çeşitli aşamalarında destek sağlayarak katkıda bulunurlar. İlaç Üreticileri, güvenli ve etkili ilaçların geliştirilmesi ve üretilmesinden sorumludurlar. Sağlık Sektöründe Eğitim Alan Öğrenciler, gelecekteki sağlık profesyonelleri olarak, akılcı ilaç kullanımının önemini öğrenir ve uygularlar. Devlet, ilaç politikaları ve düzenlemelerini belirleyerek, akılcı ilaç kullanımını destekler. Medya ve Eğitim Kurumları, toplumu akılcı ilaç kullanımının önemi konusunda bilinçlendirme ve eğitme görevini üstlenirler. Bu paydaşların her biri, akılcı ilaç kullanım sürecinde önemli bir role sahip olup, bu sürecin başarılı bir şekilde işlemesi için birlikte çalışmalıdır (Akkurt, 2016: 25).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, hem bireylerin sağlık sonuçlarına hem de ekonomiye zarar verebilecek bir davranıştır. Bu durum, hastaların ilaçlardan beklenen faydayı görmemesine ve gereksiz mali kayıplara neden olur. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, ilaç israfının artmasına ve hem bireysel hem de ulusal ekonomi üzerinde olumsuz etkilere yol açar. Ayrıca, bu yanlış ilaç kullanımı

ciddi sağlık sorunlarına ve hatta ölümlere neden olabilecek ekonomik yüklerin artışına sebep olabilir. Bu nedenle, ilaçların doğru ve etkili bir şekilde kullanılmasının önemi büyüktür (Orhaner ve Salgın, 2018: 4). Akılcı olmayan ilaç kullanımı, bir dizi yanlış uygulamayı içerir:

Aşırı veya gereksiz ilaç kullanımı, gereksiz olduğu durumlarda ilaçlara başvurulması, özel sağlık durumları için yanlış tedavi yöntemlerinin seçilmesi, yan etkileri belirsiz veya kanıtlanmamış ilaçların kullanımı, güvenliği tam olarak kanıtlanmamış ilaçların kullanılması, etkili alternatifleri varken yanlış ilaç seçimleri yapılması vb. durumlar bunlar arasındadır. Bu tür uygulamalar, hem hastaların sağlığına zarar verebilir hem de ekonomik kayıplara neden olabilir (Cengiz, 2018: 14).

Aydın ve Gelal'ın 2012 yılında yaptığı çalışmaya göre, akılcı olmayan ilaç kullanımı sağlık alanında yaygın bir sorundur ve çeşitli şekillerde görülebilir. Bu sorunlara örnek olarak; bir hastaya aşırı miktarda ilaç reçete edilmesi, hastalara gereksiz ilaçların yazılması, gereksiz antibiyotik kullanımı, oral ilaçlar yerine enjeksiyonların tercih edilmesi, klinik rehberlere uymayan ilaçların reçete edilmesi, hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamaması, ve hastaların kendilerini sürekli reçete ile satılan ilaçlarla yanlış bir şekilde tedavi etme çabaları sayılabilir. Bu tür uygulamalar hem bireysel sağlık sorunlarına hem de genel sağlık sistemine olumsuz etkiler yaratır.

Hasta Aktivlik

Hasta aktivliği, kendi sağlık ve bakım durumunu karşılayabilmesi ve bu süreçte etkin bir şekilde rol alabilmelerini sürdürebilmeleri. Bu kavram, dört ana aşamadan oluşur: Sağlıkla ilgili sorumlulukların değişimi varmak, gerekli bilgi ve bilgiyi elde etmek, bu bilgileri ve bilgiyi kullanarak hareketi tamamlamak ve Zorlu zorluklara karşı günlük sağlık rutinlerini devam ettirebilmek. Hastanın aktivliğinin teşvik edilmesi, bireysel yeteneği, bilgi düzeyi, motivasyonu ve kendine olan güvenin öğrenilmesini gerektirir (Yayla, 2016: 10-14).

"Hasta aktiviteleri" özellikleri, hastaların sağlık durumlarını bağımsız olarak bir şekilde yönetme ve sağlık hizmetlerine aktif olarak katılmaya devam etmelerini vurgular. Hibbard ve ekibinin tanımlamalarına göre, bir aktif hasta kendi sağlık yönetimi ve sağlık ekipleriyle etkili bir iş birliği yapma konusunda önemli bir role sahiptir. Bu kişiler, sağlık durumlarını etkin bir şekilde yönetebileceklerine inanır ve bu yönetimi destekleyen kişilerle iş birliği yaparak sağlıklı tanıtım hedefleri sağlar. Aktif bir maddenin özellikleri arasında, sağlıkta yönetebilme, tıbbi ekip ile iş birliği yapabilme ve kaliteli bakım yapabilme yeteneği mevcuttur. Böyle bir hasta, yüksek düzeyde bilgi, yetenek, inanç, kapasite ve olanaklarla donatılmıştır. Bu tedavi, hastaların kendi sağlıklarını yönetmelerini teşvik ederek, daha etkin ve kaliteli sağlık gelişiminin sağlanmasını amaçlamaktadır (Koşar, 2015: 45-51). Hasta aktivitesi, beş temel güvenceye sahiptir: Bilgi: Hastanın sağlık sorunları, tedavi yöntemleri ve ne zaman profesyonel yardım alınması gerektiği hakkında detaylı bilgi sahibi olması. Yetenek: Beslenme, kan şekerini kontrol etme, tansiyon izleme gibi kişisel sağlık yönetimi tekniklerini uygulayabilme becerisi. İnanç: Kendi sağlığını yönetebileceğine dair güçlü bir inanç. Kendine Güven: Stres altında bile öz-yönetimin uygulanmasını sağlayarak dayanıklılıklarını sürdürün. Arzu: Sağlık yönetimine aktif katılma gösterme niyeti. Bu beş emin olmayan, bireyin sağlık yönetimini etkili bir şekilde ele almayı sağlar (Hibbard, 2004: 1005- 1026).

Hasta aktivasyonu, sağlayacağı sağlık durumlarını bağımsız olarak yönetme kapasitesi ve motivasyonlarıyla bağlantılı bir değişkendir. Yüksek aktivasyona sahip olanlar genellikle kendi kendilerini yönetebilir, fiziksel olarak çalışabilir ve sağlık durumlarında olası düşüşleri önleyebilir. Bu ilaçlar, teşhis ve tedavi ayrıntılarına aktif olarak katılıyor ve sağlık hizmetleri konusunda gizli seçimler yapılmaya devam ediliyor. Özellikle kronik hastalıkları olanlar için, yüksek hasta aktivasyonu, daha sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmalarına ve sağlık hizmetlerini daha etkin kullanmalarına yardımcı olur. Araştırmalar, yüksek aktivasyona

sahip hastaların daha iyi sağlık durumuna sahip olduğunu göstermektedir (Vélez-bermúdez vd, 2018: 1-11).

Aktif Hasta Davranışı:

- Temel sağlık durumuna değer verir ve bu konuda sorumluluk alır.
- Kendi bilgilerini iyi analiz eder ve uygun tedavi adımlarını atar.
- Ciddi hastalıklarda etkili tedavi seçenekleri için doktorlarla yakın iş birliği içindedir.
- Kronik durumları aktif olarak yönetir.

Pasif Hasta Davranışı:

- Sağlık ihtiyaçlarının altında yatan nedenleri ve ardı ardına gözlenir.
 - Erken demeleri kapatmak, gelir ve ödemeleri yardım istemekten çekinir.
 - Doktor tavsiyelerini düzenli olarak takip etmez.
 - Uzun süreli tedaviyi sürekli olarak ihmal eder (Rix vd, 2015).
- Formun stFormun st

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Araştırma, erişkin bireylerin sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Araştırmanın Evren ve rneklemi

Bu çalışmanın evrenini Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzeri yeterli iletişim yeteneklerine sahip erişkin bireyler oluşturmaktadır.

TÜİK verilerine göre 2021 yılı sonu itibariyle Türkiye’de yaşayan nüfus 84 milyon 680 bin 273 kişidir.

Araştırma örneklemini belirlemede Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) ile Gürbüz ve Şahin (2018) tarafından oluşturulan tablodan yararlanılmıştır. Örneklemin %95 güven aralığında olması için toplamda 384 kişi yeterli görülmektedir. Bu çalışmada 502 kişiyle iletişime geçilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada SPSS-27 programı kullanılmıştır. Veriler online anket yöntemi ile sosyal medya platformlarından toplanılmıştır. İstatistiksel analizde, iki ayrı grup halindeki değişkenlerin ortalama farklılıklarını tespit etmek için bağımsız T-testi yöntemi kullanılmıştır. Buna karşılık, üç veya daha fazla grup içeren, bu gruplar arasındaki değişkenliklerin incelenmesi için Tek Yönlü ANOVA Analizi tercih edilmiştir. Ayrıca, Pearson'un korelasyon analizi ile ölçekler arası ilişki yönü ve şiddeti ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir. Bu analizler, $\alpha=0,05$ seviyesinde gerçekleştirilerek anlamlılık sağlanmıştır. Araştırmada kullanılan anketin ilk bölümünde, sosyo-demografik özellikler (yaş, meslek, gelir düzeyi vb.) hakkında bilgi edinmek için çeşitli sorular yer almaktadır.

Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.

Araştırmada, Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu'nun geliştirilebilir çerçeveye dayalı, Okyay ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği sağlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Bu ölçek 32 sorudan oluşmakta ve incelenmekte olan bilgilerden "Çok kolay", "Kolay", "Zor", "Çok zor" ve "Fikrim yok" seçenekleriyle yanıtlamaları istenmektedir. Ölçek, alt boyutlardan oluşurken, TSOY-32 orijinalinden farklı olarak iki ana boyut ve sekiz farklı parça içeren 2X4 matris yapısı düzenlenmiştir. Bu iki boyutlu "Tedavi ve Hizmet" ile "Hastalıklardan Korunma/Sağlığın

Geliştirilmesi", dört süreç ise "Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma", "Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama", "Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme" ve "Sağlıkla İlgili Bilgiyi Satış/Uygulama" olarak sınıflandırılır.

Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği.

Aktaş ve Selvi (2019) tarafından tescil ve Türkçe literatürde Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği, bu araştırmada kullanılmıştır. Bu ölçek, toplam 35 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi bir yapıya sahiptir. Yanıt seçenekleri "Kesinlikle katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Katılıyorum", "Kesinlikle çalışıyorum" ve "Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum" şeklindedir. Ölçek, üç ayrı alt boyuttan meydana gelmekte olup, bu boyutlar Faktör1, Faktör2 ve Faktör3 olarak adlandırılmıştır.

Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği

Araştırmada, Hibbard ve arkadaşları (2004) tarafından rapor ve Koşar ile Büyükkaya Besen tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışmaları standart ve güvenilirliği sağlanan Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği (PAM) kullanılmıştır. Bu ölçek, toplam 13 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi bir yapıya sahiptir. Yanıt seçenekleri "Kesinlikle katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Katılıyorum", "Kesinlikle çalışıyorum" ve "Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum" şeklindedir. Ölçeğin alt boyutları mevcut değildir.

Formun Üstü

Bulgular

Katılımcılara Ait Demografik ve Betimleyici İstatistikler

Tablo 1. Katılımcılara ait demografik veriler.

Değişkenler	Grup	N	Yüzde (%)
Yaş	18-24	115	%22,9
	25-34	162	%32,3
	35-44	96	%19,1
	45-54	82	%16,3
	55 ve üzeri	47	%9,4
Cinsiyet	Kadın	260	%51,8
	Erkek	242	%48,2
Medeni Durum	Bekar	201	%40,0
	Evli	301	%60,0
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	7	%1,4
	İlköğretim	42	%8,4
	Lise	94	%18,7
	Ön lisans	101	%20,1
	Lisans	217	%43,2
	Lisansüstü	41	%8,2
Meslek	Çalışmıyor	31	%6,2
	Ev hanımı	55	%11,0
	Öğrenci	74	%14,7
	Kamu	184	%36,7
	Özel sektör	158	%31,5
Yaşanılan Yer	Köy	36	%7,2
	İlçe	144	%,7
	İl merkezi	322	%64,1
Gelir Durumu	5500-10000TL	279	%55,6
	10001-15000TL	148	%29,5
	15001-20000TL	41	%8,2
	20001TL ve üzeri	34	%6,8
TOPLAM		502	100

Araştırmaya katılmanın demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Katılımcıların en büyük grubu, %32,3 (162 kişi) ile 25-34 yaş aralığındadır. Bu grup %22,9 (115 kişi) ile 18-24 yaş ve %19,1 (96 kişi) ile 35-44 yaş aralığındaki bireyleri takip etmektedir. Katılımcıların %51,8'i (260 kişi) kadın, %48,2'si (242 kişi) erkektir. Çoğunluk (%60, 301 kişi) evli, %43,2'si (217 kişi) lisans mezunu ve %36,7'si (184 kişi) kamu sektöründe faaliyet göstermektedir. Katılımcıların %64,1'i (322 kişi) illerle karşılaşmata, %55,6'sı (279 kişi) ise 5500-10000 TL arası bir gelir değişimine sahiptir. Çalışmayanların oranı %6,2 (31 kişi) iken, okur-yazar olmayanların oranı %1,4 (7 kişi)'tür.

Tablo 2. Katılımcılara ait betimleyici istatistikler.

<i>İlaç Kullanmayı Gerektiren Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</i>	Evet	126	%25,1
	Hayır	376	%74,9
<i>İlaç Kullanırken Kaçınılması Gereken Besinlere Dikkat Etme Durumu</i>	Evet	390	%77,7
	Hayır	112	%22,3
<i>Kullanılan Bir İlaça Bağlı Yan Etki Geliştiğinde Yapılan Durum</i>	Doktoruma haber veririm.	263	%52,4
	Eczacıya başvururum.	22	%4,4
	İlacı bırakırım.	172	%34,3
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	%8,2
	Yan etkiyi önemsemeden ilaç kullanmaya devam ederim.	4	%0,8
TOPLAM		502	100

Bireylere ait betimleyici istatistikler Tablo 2’de yer almaktadır. Buna göre çalışmaya katılan bireylerin %74,9 (376)’u ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip değilken, %25,1 (126)’i kronik rahatsızlıklara sahiptir. Katılımcıların %77,7 (390)’si ilaç kullanırken kaçınılması gereken besinlere dikkat etmektedir. Kullanılan ilaca bağlı bir yan etki geliştiğinde %52,4 (263)’ü doktoruna haber verirken, %0,8(4)’i yan etkiyi önemsemeden ilaç kullanmaya devam etmektedir.

Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi

Tablo 3. Normallik analizi ve güvenilirlik analizleri sonuçları.

Ölçek	N	Or t.	SS	Kolmogor ov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbac 's Alpha
Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği	502	2,82	,690	,000	-,665	,721	,877
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	502	2,87	,815	,000	-1,017	1,574	,798
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	502	2,89	,690	,000	-,875	1,782	,741
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	502	2,46	,829	,000	-,552	,422	,691

Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu	50 2	2,9 3	,71 0	,000	-,636	,701	,708
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	50 2	2,8 0	,64 1	,000	-,644	1,401	,913
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	50 2	2,7 7	,85 8	,000	-1,155	1,866	,806
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	50 2	2,8 6	,69 1	,000	-,797	1,810	,803
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	50 2	2,5 5	,84 7	,000	-,890	1,370	,744
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu	50 2	2,4 6	,80 4	,000	-,565	,956	,739
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	50 2	2,6 9	,66 5	,000	-,733	1,943	,927

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	50 2	2,7 3	,64 0	,000	-,749	1,916	,955
Faktör1	50 2	3,5 7	,63 0	,002	,048	-,493	,587
Faktör2	50 2	3,6 3	,69 9	,000	-,480	,558	,531
Faktör3	50 2	4,1 4	,82 1	,000	-1,199	1,671	,585
Akılıcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği	50 2	3,6 7	,54 3	,000	,165	-,423	,730

* p <0,05

Ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığından analizlerde parametrik testler kullanılacaktır (George 2007). Ölçekler yeterince güvenilirdir. Cronbach Alpha değerinin 0,60 ile 0,80 aralığında oluşu orta seviye güvenilirliği, 0,80 ile 1,00 arasında oluşu ise yüksek güvenilirliği temsil eder. (Kayış 2009).

Korelasyon Analizi

Tablo 26. Korelasyon Analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği	1															
THSİBU	,18 6**	1														
	,00 0															
THSİBA	,24 4**	,72 0**	1													
	,00 0	,00 0														
THSİBD	,19 2**	,69 1**	,65 2**	1												

	,00	,00	,00										
	0	0	0										
THSİBK/	,14	,71	,69	,60	1								
U	5**	3**	9**	0**									
	,00	,00	,00	,00									
	1	0	0	0									
Tedavi ve	,23	,84	,90	,81	,81	1							
Hizmet	5**	9**	2**	4**	2**								
Alt	,00	,00	,00	,00	,00								
Boyutu	0	0	0	0	0								
HKSİBU	,21	,69	,69	,65	,64	,72	1						
	8**	5**	2**	2**	5**	0**							
	,00	,00	,00	,00	,00	,00							
	0	0	0	0	0	0							
HKSİBA	,19	,59	,64	,49	,57	,65	,72	1					
	1**	6**	2**	8**	3**	7**	0**						
	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00						
	0	0	0	0	0	0	0						
HKSİBD	,25	,61	,64	,67	,59	,67	,77	,62	1				
	1**	5**	3**	1**	7**	9**	2**	8**					
	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00					
	0	0	0	0	0	0	0	0					
HKSİBK/	,21	,55	,55	,61	,63	,62	,68	,51	,69	1			
U	0**	3**	3**	3**	2**	5**	0**	1**	3**				
	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Hastalıklı	,22	,61	,70	,63	,60	,75	,82	,81	,81	,74	1		
ardan	5**	3**	5**	6**	8**	8**	9**	2**	8**	4**			
Korunma	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00			
Alt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Boyutu													
Sağlık	,27	,78	,87	,77	,76	,94	,84	,75	,81	,75	,90	1	
Okuryaza	1**	2**	2**	3**	4**	4**	6**	2**	7**	2**	0**		
rlığı	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00		
Ölçeği	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Faktör1	,15	,19	,19	,13	,24	,20	,20	,18	,17	,15	,18	,21	1
	2**	3**	6**	8**	7**	9**	2**	7**	7**	9**	4**	2**	
	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	

**p<0,01 *p<0,05 THSİBU: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, THSİBA:

Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu.

Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,271$; $p=,000$). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,235$; $p=,000$). Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,301$; $p=,000$).

Sonuç

Bu çalışma erişkin bireylerin sağlık okuryazarlıklarının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktivlik düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, hasta aktivlik düzeyi ölçeği ile sağlık okuryazarlığı ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça kendi sağlık yönetimlerinde aktif rol oynama düzeyi de artmaktadır. Aynı zamanda hasta aktivlik düzeyi ölçeği ile akılcı ilaç kullanımı farkındalık ölçeği arasında da pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Akılcı ilaç kullanımının farkında olan hastalar kendi sağlık yönetimlerinde de aktif rol oynarlar.

Sağlık okuryazarlık seviyesinin yüksek olması, geliştirilen sağlık politikalarının daha kalıcı ve verimli olmasını sağlar. Ülkemizde sağlık okuryazarlık oranının artması için çeşitli çalışmalar yapılmalıdır. Bu sayede akılcı ilaç kullanım oranı ve hastaların kendi sağlık yaşamlarında aktif rol oynama oranı da artar.

Kaynakça

Aktaş, H., & Selvi, H. (2019). Erişkinlerde akılcı ilaç kullanımı farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(3), 439-447.

Akkurt, B. (2016). Araştırma görevlilerinin (branş) akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi tutum ve davranışları. Tıpta uzmanlık tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi , Ankara.

Aydın, B., ve Gelal, A. (2012). Akılcı ilaç kullanımı: Yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 26 (1), 57-63.

ALTINDİŞ, S. (2017). Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. Journal of biotechnology and strategic health research, 1(2), 34-38.

SAĞIR, M., & PARLAKPINAR, H. (2014). Akılcı ilaç kullanımı. Annals of Health Sciences Research, 3(2), 32-35.

Toklu, H., & Dülger, G. A. (2011). Akılcı ilaç kullanımı ve eczacının rolü. Marmara Pharmaceutical Journal, 15(3), 89-93.

Şantaş, F., & Demirgil, B. (2017). Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. İşletme Bilimi Dergisi, 5(1), 35-48.

Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 25(3), 119-124.

Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı.321.

YILMAZ, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 142-147.

Koşar, C., & Besen, D. B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1), 45-51.

Andrus, MR, Roth, MT, 2002. health literacy: a review. pharmacotherapy: the journal of human pharmacology and drug therapy, 22, 282-02

World Health Organization (WHO). (1998). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva.

Kanat, E. B.(2021). Sağlık okuryazarlığı neden önemlidir? Erişim:22.11.2023.

<https://www.iienstitu.com/blog/saglik-okuryazarligi-nedir>

Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10(1).

Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission. J Gen Intern Med. 1998 Dec; 13(12): 791–798.

Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English longitudinal study of ageing. Prev Med. 2014;61:100-5.

Orhaner, E., Salgın, E. (2018). Akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolü: Bitlis ilinde bir uygulama. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 4(3).

Cengiz, Z. (2018). Hemodiyaliz hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisi. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Malatya.

Yayla, K. (2016). Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve hasta aktivasyonunun genel sağlığa etkisi.10-14

Koşar, C., & Besen, D. B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1), 45-51.

Hibbard, J.H., Mahoney, E. R, Stock, R. & Tusler, M, 2004, Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers, HSR: Health Services Research, 39(4), 1005- 1026

Vélez-bermúdez, Miriam, Alan J. Christensen, Ellen M. Kinner, and M. A. Anne I. Roche, 2018. “Exploring the Relationship Between Patient Activation, Treatment Satisfaction, and Decisional Conflict in Patients Approaching End-Stage Renal Disease.” 1–11.

Rix A, Marrin K, Lewis P, Jones R, Shorrocks O, 2015. Prudent health care and patient activation. Erişim adresi,

<http://www.prudenthealthcare.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Prudenthealthcare-and-patient-activation.pdf>.

Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. 2004. SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay

Gürbüz, S.,& Şahin, F. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınevi. 119-140.

George, D. (2007). 10 SPSS for Windows Step-by-step: A Simple Guide and Reference: 15.0 Update. Allyn and Bacon.

Kayış, A. (2009). “Güvenilirlik Analizi”. Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 4. Baskı. Ed. Ş.Kalaycı. Ankara: Asil Yayın Dağıtım. 403-419.

BÖLÜM III

Paydaş Haritalama Analizinin Sağlık Politikaları Geliştirmedeki Önemi

Tutku EKİZ KAVUKOĞLU¹

Giriş

Paydaş teriminin kapsamı zaman içinde oldukça gelişmiştir. Geçmişte sadece finansal bir tehlikeye ve kararları etkileme yeteneğine sahip olanlar birer paydaş olarak sınıflandırılmakta iken günümüzde paydaş kavramı bir örgütün üzerinde bu kurumu etkilemek için yeterli güce sahip olanlar şeklinde tanımlanmaktadır. Paydaşlar, bir projede aktif olarak yer alan ya da projenin yürütülmesi veya başarılı bir şekilde tamamlanması sonucunda çıkarları olumlu/olumsuz etkilenebilecek kişi ve kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (Yang & ark., 2011). 'Paydaş' terimi potansiyel olarak çok sayıda gruba uygulanabilmekte ve paydaş yönetimi

¹ Arş. Gör., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tutku.ekiz@marmara.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-8498-630X>

karmaşık olabilmektedir. Bu nedenle bir kuruluşun paydaşlarını ve bunların etkilerini tanımlamak önemlidir (Chapleo & Simms, 2010). Dolayısıyla paydaş analizi uygulaması mikro ve makro düzeyde alınacak kararlara paydaş katılımını başarılı bir şekilde sağlamak için bir ön koşul olarak görülmektedir (Kivits, 2011).

Literatürde genel olarak listelenen paydaş grupları; hissedarlar, çalışanlar, rakipler, özel ilgi grupları, toplum, yerel, ulusal veya uluslararası baskı grupları, yöneticiler, tedarikçiler ve alacaklılar olarak görülmektedir (Bryson, 2004). Tarihsel olarak kuruluşlar ve devletler, finansal paydaşlara diğer paydaş gruplarına göre çok daha fazla önem vermişlerdir. Ancak günümüzde finansal olmayan paydaşlar da en az finansal paydaşlar kadar potansiyel etki kaynaklarıdır (Simmons & Lovegrove, 2005).

Paydaşların davranışlarını tam olarak tahmin etmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır. İnsan davranışı hiçbir zaman tamamen öngörülebilir değildir ve genellikle paydaşlar hakkında anlamadığımız veya bilmediğimiz çok şey vardır (Eskerod ve Jepsen, 2015). Paydaş analizi; yönetim bilimi, sürdürülebilir kalkınma politikalarının belirlenmesi ve doğal kaynakların etkin şekilde kullanılabilmesi gibi pek çok alanda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Sönmez & Uğurluoğlu, 2017). Paydaş analizi, alevlenen çatışmaları önlemek, belirli grupların ötekileştirilmesini engellemek ve farklı çıkarları olan grupların adil bir şekilde temsil edilmesini sağlamak için kullanılabilir (Prell, Hubacek & Reed, 2009). Dünyadaki tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de politikaların önemli bir parçası haline gelmiştir. Ancak Türkiye’de sağlık sektöründe bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Sağlık sektörünün doğası belirsiz ve karmaşık olduğundan, bu ortamda paydaş analizi ve katılımının sağlanması için son derece önemlidir (Yang & ark., 2011). Sağlık politikaları oluşturma ve uygulama sürecinde paydaşların belirlenmesi ve yönetilmesi, etkili karar verme ve planlama stratejisi oluşturma, olası sorunların ve çözüm önerilerinin belirlenmesi ve nihayetinde politikalar üzerinde

kimin nüfuzunun kullanabileceğini bilmek açısından önem arz etmektedir. Bir sağlık politikasıyla ilgili paydaşları, bunların etkilerini ve çıkarlarını belirlemek ve anlamak bu nedenle yöneticiler ve politika yapıcılar için kilit öneme sahiptir (Chapleo & Simms, 2010).

Sağlık sektöründe kilit paydaşların sayısı artmaktadır ve başarılı sağlık hizmetleri çeşitli paydaşlar arasındaki karmaşık ilişkilerin yönetimini gerektirmektedir (Auvinen, Kohtamaki & Ilvesmaki, 2012). Bu nedenle her bir paydaşın politikaların belirlenmesinden uygulama sonrası değerlendirme aşamalarına kadar dikkatli bir şekilde izlenmesi ve diğer paydaşlar ile olan ilişkilerinin sistematik olarak incelenmesi gerekmektedir (Sönmez ve Ugurluoğlu, 2017).

Pek çok güncel sağlık sorununun (sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizlikler, yaşlı nüfus oranının artması, yoksulluk vb.) karmaşıklığı ayrıntılı bir problem analizine veya önerilen bir çözümün problem üzerindeki etkilerinin doğru bir şekilde tahmin edilmesine izin vermeyebilmektedir. Farklı geçmişlere, ilgi alanlarına veya güç pozisyonlarına sahip olan paydaşlar için problemler başka türlü anlam kazanabilmektedir. Bu durum çeşitli uzmanlarla istişarede bulunmayı ve devlet dışındaki aktörlerin de kamu politikalarının oluşturulmasında karşılıklı etkileşiminin artırılmasını gerektirmektedir (Hoeijmakers & ark., 2007).

Sağlık sektörüne ilişkin alınacak kararlardan önce yapılacak olan paydaş analizi, seçilen politikayla ilgili paydaşların gücünü, görüşlerini, etki düzeylerini ve konumunu ortaya koyması bağlamında politikaların kabul edilmesini ve olası başarı durumunu ortaya koymaya olanak sağlamaktadır (Reed & Curzon, 2015).

Paydaş analizinin tanımı

Paydaş analizi politikaların etki alanında yer alan anahtar oyuncuların rollerini ve çıkarlarını analiz eden yaklaşımlar ve metotlar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Paydaş analizi aynı zamanda nitel araştırma yöntemlerinden biri olarak da ele

alınmaktadır (İlgar & İlgar, 2019). Paydaş analizinin kökeni siyaset ve politika bilimlerinde mevcut ve gelecekteki organizasyonel ortamı taramak için tanımlanmış uygulamalara ve sistematik bir araca dönüştüğü 1970'ler ve 1980'lerdeki yönetim teorisine dayanmaktadır (Brugha & Varvasovszky, 2000).

Paydaş analizi, politika bilimi yaklaşımları ışığında, politika aktörlerine özel olarak odaklanarak onların çıkarlarının ve etkilerinin analizine yardımcı olmaktadır. Burada politika aktörleri sadece çıkar grupları olarak değil aynı zamanda politika sahnesinde yer alan ve politikadan etkilenen aktif veya pasif birey ve gruplar olarak da değerlendirilmektedir. Grupların ve kuruluşların karşılıklı ilişkilerine ve bunların daha geniş bir siyasi, ekonomik ve kültürel bağlamda politika üzerindeki etkilerine odaklanmaktadır (Brugha & Varvasovszky, 2000).

Paydaş analizi, paydaş yönetiminin merkezi bir bileşenidir. Politika yapıcılarının, farklı paydaşlarla ilgili doğru eylem türünü belirleyebilmek için paydaş ortamını anlamaya ve okumaya çalıştığı süreçtir. Paydaş araştırmalarının çoğunluğu, objektif olarak analiz edilebilir bir paydaş ortamı varsayarak, paydaşların nasıl sınıflandırılacağına ve en belirgin paydaşların nasıl belirleneceğine ilişkin kılavuzlar, modeller ve talimatlar üretmeye odaklanmaktadır (Aaltonen, 2011). Paydaş analizinin amacı, karar alırken kimin çıkarlarının dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktır. Aynı zamanda analiz, bu çıkarların neden dikkate alınması gerektiğini de göstermelidir (Crosby, 1992).

Paydaş analizi, toplumu bir dizi organize ve rekabet halindeki çıkarlar topluluğu olarak tasavvur etmekte ve politika yapıcı kurumların rolünü, bu çatışan çıkarları ortak hedefler doğrultusunda uzlaştırmak olarak tanımlamaktadır (Flew & Lim, 2019). Her paydaşın özgür bir iradeye, yani gerekli katkıları sağlayıp sağlamama konusunda bir seçim gücüne sahip olduğu varsayılmaktadır (Eskerod & Larsen, 2018). Paydaş analizi açısından kritik olan, diyalog ve müzakeredir. Paydaşları karar süreçlerine dâhil etme yoluyla onları dinlemek, uzman bilgisi ile

grup fikrini birleştirmek ve ortak bakış açıları geliştirmek mümkün olmaktadır (Flew & Lim, 2019).

Paydaşların eşitliliği nedeniyle, literatürde paydaşların sınıflandırılması birincil ve ikincil paydaşlar, doğrudan ve dolaylı etkileri olan paydaşlar, g düzeylerine göre paydaşlar, stratejik ve ahlaki pozisyonlarına göre paydaşlar ve yasal durumlarına göre paydaşlar gibi farklı kriterler kullanılarak yapılabilmektedir (Auvinen, Kohtamaki & Ilvesmaki, 2012).

Crosby (1992) bir grubun veya aktörün çıkarlarının ne zaman özel ve ciddi bir şekilde dikkate alınması gerektiği konusuna aşağıda belirtilen üç unsurun değerlendirilmesiyle karar verilmesi gerektiğini ifade etmektedir:

- Birinci olarak aktörün ya da grubun, karar vericinin otoritesini zedeleyecek durumda olup olmadığına bakılmalıdır.
- İkinci olarak, eğer grubun varlığı ve/veya desteği net bir fayda sağlıyorsa ve/veya karar vericinin otoritesini (ve kararlara uyumu güvence altına alma kapasitesini) arttırıyorsa, bu durum yakından değerlendirilmelidir.
- s, eğer bir grup, bir kuruluşun faaliyetlerinin yönünü etkileme kapasitesine sahipse, paydaş olarak sayılması gerekmektedir.

Paydaş analizinin kullanımı zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. Günümüzde her ne kadar politikaların uygulanma aşamasından önce yapılsa da, halen politikalar uygulandıktan sonra da paydaş analizinin gerçekleştirildiği görülmektedir (Sönmez & Uğurluoğlu, 2017). Özetle ifade etmek gerekirse paydaş analizi süreci, politika yapıcıların ve yürütücülerinin hazırladıkları planların geniş etki yaratmasında ve başarıya ulaşmasında önemli bir araç olarak görülmektedir (İlgar & İlgar, 2019).

Paydaş analizinin amaçları

Günümüzde siyaset bilimi, kalkınma çalışmaları ve çevresel çalışmalarda yaygın olarak kullanılan paydaş analizinin amaçları

şunlardır (Brugha & Varvasovszky, 2000; Billgren & Holmén, 2008):

- Bir kuruluşu veya sistemi etkileyebilecek, hatta dönüştürebilecek paydaşları tanımlamak ve kategorize etmek,
- Değişikliklerin neden meydana geldiğine dair bir anlayış geliştirmek,
- Kimin bu değişiklikleri yapabileceğini belirlemek
- Değişikliklerin gerçekleşmesini sağlamak ve
- Söz konusu değişikliklerin en iyi şekilde nasıl yönetileceğini ortaya koymaktır.

Söz konusu karar ya da değişikliklerin oldukça tartışmalı veya potansiyel kabul oranının düşük olduğu konular, paydaş katılımının mutlaka sağlanması gereken durumlar olarak ele alınmaktadır. Bu tarz durumlarda en önemli nokta paydaşları tanımlamak, çıkarlarının ve hedeflerinin farkında olmaktır (Macharis, 2005). Özellikle politika değişiklikleri bağlamında paydaşların görüş ve düşünceleri dikkate alınmazsa ve politika yapıcılar tarafından göz ardı edilirse arzu edilen değişikliklerin gerçekleşmesi söz konusu olmayabilmektedir (Walker, 2000).

Paydaş analizinin faydaları

Paydaş temelli bir yaklaşım benimsemenin gerek kuruluşlar gerekse de politika yapıcılar bağlamında çeşitli kazanımları olduğu aşikârdır. Literatürde paydaş analizinin faydaları aşağıdaki gibi özetlenmektedir (Thompson, 2012):

- Alınacak kararları şekillendirmek için paydaşların görüşlerinden erken aşamada yararlanmaya olanak sağlamaktadır. Bu sayede sadece paydaşların kararları destekleme olasılıkları artırılmakla kalınmaz, aynı zamanda onlar tarafından sağlanacak görüşler kararların kalitesini de artırabilmektedir.

- Güçlü paydaşlardan destek almak daha fazla kaynak kazanmaya yardımcı olabilmektedir; bu da alınacak kararların başarılı olma olasılığını artırmaktadır.
- Paydaşlarla erken dönemde ve sık iletişim kurularak, yapılacak olan değişiklikleri ve bunların faydalarını anlamaları sağlayabilmektedir.
- Birey veya grupların söz konusu değişikliklere nasıl tepki vereceği göz önüne alınarak paydaşların desteğini kazanacak eylemler, planlama süreçlerine dâhil edebilmektedir.

Paydaş analizinin bir türü olarak paydaş haritalama

Paydaş haritalama çok çeşitli ilişki tipleri ile birlikte sayısız aktör arasındaki bağlantıyı değerlendiren bir paydaş analizi türü olarak ele alınmaktadır (Mehrizi, Ghasemzadeh & Molas-Gallart, 2009). Paydaşların pozisyonlarını açıklığa kavuşturmak amacıyla yapılan paydaş haritalama farklı aktörler arasındaki bağlantıların yanı sıra, bu aktörlerin etkileşimlerine yön veren amaçları, faaliyetleri, bağlı oldukları kurumları ve sorumluluklarını tanımaya katkı sağlamaktadır (Shirey, 2012).

Paydaş analizi politik amaçlar, kurumlar ve faaliyet planları arasındaki iç tutarlılığa odaklanarak bu faaliyet planları doğrultusunda amaçları ve paydaş gruplarını birbirine bağlamaktadır (Mehrizi, Ghasemzadeh & Molas-Gallart, 2009). Bu açıdan bakıldığında, gerek politikalar uygulamaya konmadan önce gerekse de politikalar uygulamaya konulduktan sonrasındaki değerlendirme tasarımları ile performans ve hedefler arasındaki uyumu ortaya koymak adına bir çerçeve geliştirmek için uygun bir yaklaşımdır (Gardner, 1977).

Kilit aktörleri, bunların politika sürecindeki bağlantılarını ve etkilerini haritalama girişimleri, politika değişikliğiyle ilgilenen veya bundan etkilenecek çok çeşitli paydaşların özelliklerini anlamamızı sağlayan araçların geliştirilmesine yol açmıştır. Bu araçlar, paydaşları (politika aktörlerini) göreceli güçlerine, etkilerine

ve ağılarına göre haritalandırmamıza ve belirli bir politika sorunu etrafında etkilerini desteklemek veya önlemek için stratejik olarak nasıl yönetileceklerini belirlememize olanak tanımaktadır (Surjadaja ve Mayhew, 2010).

Paydaş analizi veya paydaş haritalama, son yıllarda paydaşların olası ilgi alanlarını ve eylemlerini analiz etme tekniği olarak gelişmiştir. Paydaş beklentilerinin değerlendirilmesi paydaş analizin kilit noktasıdır ve üç konuda karar vermeyi içermektedir (Newcombe, 2003):

- Her paydaş grubunun konu ile ilgili beklentilerini uygulama olasılığı nedir?
- Bu grupların bunu gerçekleştirecek araçları mevcut mu? (Bu, paydaş gruplarının gücü ile ilgilidir.)
- Paydaş beklentilerinin konu ile ilgili gelecekteki stratejiler üzerindeki muhtemel etkisi nedir?

Paydaşlar bazı durumlarda kaynaklar için rekabet eden konumda olabilmektedir, bu da onları yönetmeye yönelik stratejilerin belirlenmesi ihtiyacını doğurmaktadır. Bununla birlikte, her grubun göreceli öneminin zaman içinde değişebileceği ve bu nedenle önem düzeyini etkileyen faktörlerin tanımlanmasının da önemli olduğu unutulmamalıdır (Chapleo & Simms, 2010).

Paydaş haritalama analizinin aşamaları

Paydaşları belirlemeden önce ilk olarak sorunun/sorunların veya incelenen konunun/konuların yönünü/boyutlarını tanımlamak gerekmektedir. Bu önemli bir başlangıç adımıdır ancak paydaş analizlerinde nadiren ele alınmaktadır. Sorunları bilmeden, ilgili konularda hangi paydaşların yer alması gerektiğini bilmek zordur (Dougill & ark., 2006). Problemin tanımlanması aşamasından sonra paydaşları belirlemeye, karakterize etmeye ve önceliklendirmeye başlanmalıdır. En yaygın yaklaşımlardan biri, söz konusu konulara ilişkin potansiyel paydaşların önem derecesini, meşruiyetini ve gücünü değerlendirmektir. Bu, paydaşların sahip olduğu güç

türünün, kaynağının ve düzeyinin değerlendirilmesini ve derecelendirilmesini içerebilir. Böyle bir süreç, üst sıradaki (çoğunlukla daha güçlü) paydaşlara öncelik vermeye ve daha düşük sıradaki grupların yetersiz temsil edilmesine yol açması nedeniyle eleştirilmektedir. Bu nedenle başvurulması gereken yaklaşım güç ve etki düzeyi bağlamında zayıf veya ilgisiz olduğu düşünülen kişi veya grupları da sürece dâhil etmektir (Prell, Hubacek & Reed, 2009). Daha sonra ampirik çalışmalardan elde edilen bulgular ortaya konulmaktadır (Yang & ark., 2011).

Özetle paydaş haritalama analizi kullanılırken dikkat edilmesi gereken aşamalar; politik amaçların tanımlanması, paydaşların belirlenmesi ve tanımlanması, veri toplama, elde edilen bulguların kullanılması olmak üzere dört adımda sınıflandırılmaktadır:

1. Adım: Politik amaçların tanımlanması

Politika hedefleri ulusal, bölgesel, örgütsel olarak farklı seviyelerde olabilmekte ve genelden öze doğru değişiklik gösterebilmektedir (Hogwood, 1984). Politika hedefleri listelendikten sonra, tutarlılığı sağlamak için yedek politika hedefleri tanımlanabilmekte; ancak hedeflerin çelişkili olmaması gerekmektedir. Karmaşık ve heterojen politika alanlarında, örneğin farklı hedefleri takip eden farklı paydaşların varlığından dolayı politika hedefleri arasındaki tutarsızlıklar kaçınılmaz olabilmektedir. Bu dengenin sağlanması için amaçların açıkça tanımlanması önem arz etmektedir. Aksi halde istenmeyen tutarsızlıklar olabilmekte, bunlar değerlendirme sonunda ortaya çıkabilmektedir. Bu durum politika hedeflerinin yeniden gözden geçirilmesine neden olmaktadır (Mehrizi, Ghasemzadeh & Molas-Gallart, 2009).

2. Adım: Paydaşların belirlenmesi ve tanımlanması

İkinci adım, analiz edilen politikayı etkileyen ya da etkilenen paydaş gruplarını tanımlamak ve açıklamaktır. Paydaşlar çeşitli

rollere sahip olmaktadır. Paydaşların politika tasarımı üzerinde doğrudan veya dolaylı bir etkisi olabilir; bazıları politikayı geliştirebilir ve destekleyebilir, bazıları ise politika hedeflerine ulaşmada yardımcı olmaktan ziyade engellemeye çalışabilir. Bu karmaşıklığın ele alınması gereklidir. Ek olarak, paydaşları eldeki politika konusu ile ilgili görevleri, yetenekleri ve çıkarları bazında tanımlamak gereklidir (Kelvin, 2000). Bu adımda tanımlanan paydaş grupları birbiriyle örtüşmemelidir ve paydaş seçimi kapsayıcılık (analizimizdeki tüm önemli aktörleri göz önünde bulundurarak) ve verimliliği (önemli olmayanlar dahil edilmeyerek) hedeflemelidir (Currie & ark., 2009). Formal paydaş gruplarını tanımlamak informal paydaş gruplarını tanımlaya nispeten daha kolaydır. Bunun sebebi informal grupların, belirli bir amaca yönelik koalisyonlar vasıtasıyla üyeliklerinin değişim göstermesinin muhtemel olmasıdır (Newcombe, 2003).

3. Adım: Veri toplama

Veri toplama sürecinde yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmış görüşmeler genellikle birincil kaynak; raporlar ve yayınlar ise ikincil kaynaklar olarak değerlendirilmektedir (Varvasovszky & Brugha, 2000). Görüşmeler, odak grup görüşmeleri ve informal tartışmalar yoluyla bireysel cevaplara dayanmaktadır. Bu aşamada aşağıdaki bilgiler elde edilmelidir (Schmeer, 1999):

- İlgili politikaya ilişkin paydaşların pozisyonu, beklentileri, bilgi düzeyleri, güçleri ve etki durumları,
- Hangi paydaş ya da paydaşların ilgili politikayı desteklemekte olduğu,
- Hangi paydaş ya da paydaşların ilgili politikaya karşı olduğu,
- Paydaşların ilgili politikanın uygulanması için kullandığı kaynaklar,
- İlgili politikanın daha iyi hale nasıl getirilebileceğine ilişkin paydaş önerilerinin neler olduğudur.

4. Adım: Elde edilen bulguların kullanılması

Elde edilen bulgular toplandıktan sonra tablo veya matris haline getirilerek paydaşların sınıflandırılması gerekmektedir. Bu sınıflandırma birçok analiz yapmaya olanak sağlamaktadır. Literatürde en sık kullanılan analizlerden birisi güç/ilgi matrisidir. Bu matris analizin amacına göre farklılaştırılıp kullanılabilir (Sönmez & Uğurluoğlu, 2017).

Paydaş analizi ile paydaşları yönetmek, şuan ve gelecekteki fırsatları tanımlamak, tehditlerle mücadele etmek için optimal stratejiler tanımlanır. Bu analizden elde edilen en büyük faydalardan biri de paydaşların hangisine veya hangilerine ne tür ve ne kadar bir dikkat gösterilmesi gerektiğinin ortaya konulmasına olanak sağlamasıdır (Varvasovszky & Brugha, 2015).

Paydaş haritalama analizinde güç/ilgi matrisi

Güç/ilgi matrisi modeli Johnson & Scholes (1999) tarafından paydaşların bir konuya ilişkin beklentilerini ve gücünü belirleyerek, bir yol haritası geliştirmek amacıyla geliştirilmiştir.

Güç/ilgi matrisi birçok araştırmacı tarafından önerilen ortak bir araçtır. Güç/ilgi matrisinde paydaşlar, söz konusu konu veya politikaya olan ilgi ve güç düzeylerine göre kategorilere ayrılmaktadır. Bu kategorilere göre ilgili konu veya politikaya dair sorumlu olan yönetimi ekibinin her kategorideki paydaşa farklı şekilde dikkat etmesi ve farklı yaklaşımlar uygulaması gerekmektedir (Newcombe, 2003).

Güç/ilgi matrisinin mantığına dayalı olarak paydaş etki endeksi ve paydaş ilgi yoğunluğu endeksi gibi çeşitli yaklaşımlar önerilmiş ve geliştirilmiştir. Güç/ilgi matrisinin birçok çeşidi olmasına rağmen, Şekil 1’ de verilen matris temel olandır (Yang & ark., 2011).

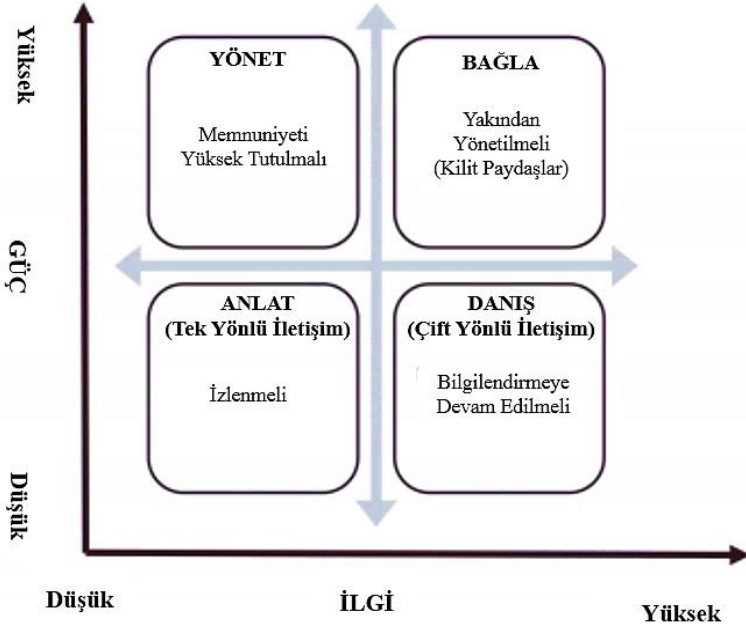
2x2 şeklindeki bu matris, paydaşları ilgilerine (yatay eksen) ve etkilerine göre (dikey eksen) kategorilendirmek için kullanılmaktadır. İlgi, kararın bir paydaşın çıkarları üzerindeki

potansiyel etkilerini ifade eder. Güç ise paydaşın değişim kararını etkileme kapasitesini ifade etmektedir (Şekil 1).

Paydaşlar matrise konumlandırıldıktan sonra ilgili politika sürecinde paydaşların matristeki konumlarına göre onlara yaklaşım biçiminin nasıl olacağına dair bu analiz yoluyla elde edilen seçenekler aşağıdaki gibidir (Sönmez & Uğurluoğlu, 2017; Thompson, 2012):

- Gücü ve ilgisi düşük olan paydaşlar: Bu tür paydaşlar en düşük çabanın harcanarak sadece izlenmesi gereken paydaşlardır. Bu tür paydaşları aşırı iletişimle sıkmamak gerektiği vurgulanmaktadır.
- Gücü düşük ilgisi yüksek paydaşlar: Bu tür paydaşlar politika sürecinde devamlı olarak bilgilendirilmesi gereken paydaşlar sınıfına girmektedir. Bu sayede büyük sorunların çıkması engellenebilmektedir. Bu tür paydaşlar genellikle konunun ayrıntıları hakkında fazlasıyla yardımcı olma potansiyeli taşımaktadır.
- Gücü yüksek ilgisi düşük paydaşlar: Bu tür paydaşlar memnuniyetinin yüksek tutulması gereken konumda olan paydaşlardır.
- Gücü ve ilgisi yüksek paydaşlar: Bu tür paydaşlar ile yakın ilişkiler kurularak bu süreçte kilit paydaşlar olduğunun farkında olunması gerekmektedir. Bu tür paydaşlar tam anlamıyla etkileşime geçilmesi gereken paydaş grubu olarak görülmektedir.

Literatürde gücü yüksek ilgisi düşük paydaşlar, yani matriste yönetilmesi gereken grupta olanlar, en tehlikeli paydaş grubu olarak tanımlanmıştır. Bunun nedeni bu paydaşların ilgi/çıkar düzeyinin düşük olmasına rağmen, yüksek bir etkiye sahip olmaları ve bir projeyi/politikayı raydan çıkarma potansiyeline sahip olmalarıdır (Shirey, 2012).



Şekil 1: Paydaş Haritalama Matrisi (Gambles 2009; aktaran: Shirey, 2012)

Paydaş haritalama analizinin sağlık politikaları geliştirmedeki önemi

Literatürde politika oluşturma süreci “rasyonel yaklaşım” ve “etkileşimli yaklaşım” olmak üzere iki tipte ele alınmaktadır. Rasyonel yaklaşım sistematik ve bilinçli olarak bir dizi aşamadan geçmenin, problemleri analiz etmenin ve bunlarla başa çıkmada çeşitli alternatif çözümlerden seçim yapmanın en etkili yol olduğunu varsaymaktadır. Bu genelde yönetmelikleri kullanarak hükümetten topluma oldukça yukarıdan aşağıya bir faaliyet ifade eder ve çağdaş siyaset biliminde derin bir biçimde eleştirilmektedir (Hoeijmakers & ark., 2007). Bu yaklaşımı eleştirenler tarafından politika geliştirme sürecini çeşitli paydaşlardan etkilenen karmaşık ve etkileşimli süreç olarak değerlendirilmektedir (De Leeuw, 1993).

Günümüzde sağlık politikalarında yer alan paydaşların sayısı artmış ve bu durum giderek daha karmaşık aktör ağlarının faaliyet gösterdiği bir politika sisteminin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Mehrizi, Ghasemzadeh & Molas-Gallart, 2009). Sağlık politikalarını planlayarak hayata geçiren politika yapıcılar çok sayıda hedefin yanı sıra her birinin birbirini engelleyebildiği, destekleyebildiği veya güçlendirebildiği sayısız koşulları da göz önüne almak durumundadırlar. Bu nedenle, sağlık politikalarını oluşturma ve hayata geçirme süreci giderek çok oyunculu ve çok hedefli durumlara doğru değişen bir süreç olma eğilimi göstermektedir (Carlsson, 2000).

Sağlık politikalarının belirlenip uygulamaya konması sürecinde paydaşların iyi analiz edilmediği durumlarda önemli zararlar oluşabilmekte, kaynakların israf edilmesi riski ile karşı karşıya kalılabilmektedir (İlgar & İlgar, 2019). Herhangi bir sağlık politikasından etkilenen gruplar ve kişiler politika önceliklerinin belirlenmesinden, sonuçların yaygınlaştırılmasına ve uygulanmasına kadar tüm aşamalarda değerli girdiler sağlayan, sürecinin tüm yönlerini değerlendirebilecek eleştirel anlayışa sahip bir konumda olabilmektedir (Schiller & ark., 2013). Bu nedenle paydaşların sağlık politikalarına dâhil edilmesinin önemi giderek daha fazla artmaktadır.

Paydaş haritalama analizine ilişkin sağlık politikaları bağlamında yürütölen araştırmalar

Paydaş haritalama analizi çeşitli ölkelerde yapılacak politik değeriklerin etkilerini saptayarak kararlar alma konusundan, sağlığın geliştirilmesine yönelik hareketlerin etkinliği için gerekliliklerin saptanmasına kadar yerel ve ulusal düzeyde çok çeşitli konularda kullanılmaktadır.

Surjadjaja & Mayhew (2010) tarafından Endonezya'daki Sağlık Kanunu'nun değerştirilmesi sürecinde kürtağın yasallaştırılması konusunda kararlar alınırken ilgili aktörler arasındaki süreçlerin, gücün ve ilişkileri ortaya koymak adına

paydaş haritalama analizi kullanılmıştır. Burada amaçlanan kilit aktörler arasındaki güç ilişkilerini ortaya koymak ve ilgili yasaya dair değişiklik olasılığını artırmak için bunları yönetmek adına hangi stratejik yaklaşımların kullanılması gerektiğini belirlemektir. Bulgular, kürtaşı yasallaştırma hareketlerinin, makro-politik bağlamda faaliyet gösteren siyasi ve dini güçlerin, kutuplaşmış bir İslamcı-otorite ile batı liberal gündem dengesine göre nasıl desteklendiğini veya kısıtlandığını ortaya koymaktadır. Araştırmada üreme sağlığı sorununun, bu iki ideolojinin buluştuğu bir savaş alanı olduğu görülmüştür. Bulgular, paydaş haritalama araçlarının politika değişikliği olasılığını tahmin etmek ve bu değişikliğe ulaşmak amacıyla stratejik yaklaşımları belirlemek için kullanılabileceğini teyit etmektedir. Ayrıca, bu analiz ile potansiyel fırsatlar ve ikilemler vurgulanmış ve aktörleri bilgilendirmek, hatta etkilemek için kullanıp kullanamayacağı fikri de gündeme gelmiştir.

Schiller & ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada yaşlı hareketliliği ve sosyal çevreyle ilgili paydaşları tanımlamak ve sınıflandırmak için paydaş analizi gerçekleştirilmiştir. Süreç, paydaşları tanımlamak için paydaş analizi ve haritalama ile ilgili literatür araştırması, belirlenen paydaşların grafik yoluyla görselleştirilmesi ve uygulamaya dayalı bilgi elde etmek için uzman bilgi kaynaklarıyla yazışmalar şeklinde ilerlemiştir. Sonuç olarak ayrıntılı alt gruplara sahip yedi kategoriden oluşan bir paydaş çerçevesi oluşturulmuştur. Bunlar:

1. Toplum,
2. Politika yapıcılar ve hükümetler,
3. Araştırma toplulukları,
4. Uygulayıcılar ve profesyoneller,
5. Sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcıları,
6. Sivil toplum kuruluşları ve
7. Özel sektör şeklinde sıralanmaktadır.

Bu çalışma ile temelde disiplinler arası ve paydaş bakış açılarının daha iyi anlaşılmasından fayda sağlayacak bir araştırma alanı olan yaşlı hareketliliği konusunu inceleyen araştırmacılar için gelecekteki projelerde katılımcıları tanımlamak adına ayrıntılı bir paydaş çerçevesi ortaya konulmuştur. Ek olarak paydaşlara dayalı projeler yürüten araştırmacıların, çalışmalarında ilgili perspektiflerin sistematik olarak değerlendirilmesi için bu paydaş belirleme ve sınıflandırma sürecini kullanmaları teşvik edilmektedir (Schiller & ark., 2013).

Hoeijmakers & ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada Hollanda'da dört belediyede sağlık politikası geliştirme süreçleri kartopu örneklem yöntemi ile tanımlanan paydaşlarla yarı yapılandırılmış görüşmeler, doküman analizi, Delphi tekniği, paydaş ve ağ analizi kullanılarak incelenmiştir. Hollanda'daki mevzuat, belediyelerin yerel sağlık politikaları geliştirmesini ve uygulamasını gerektirmektedir. Bu politikaların, sektörler arası ve güçlü bir toplum katılımı ile sağlığın geliştirilmesini hedeflemesi beklenmektedir. Her biri için, bir dizi paydaş belirlenmiş ve 3 yıl boyunca bu paydaşların özelliklerindeki değişim veya istikrar izlenmiştir. Ayrıca her bir belediye için, belirlenen paydaş kümesindeki iletişim ve işbirliği eylemlerini ele alan üç ağ haritası hazırlanmıştır. Bu araştırma ile yerel düzeyde entegre politika geliştirmeyi sektöre uğratan bir dizi engel belirlenmiştir. Bunlar; yerel sağlık politikasına verilen önem, sağlığın geliştirilmesinde bütüncül yaklaşım eksikliği, halk sağlığına odaklanmaktansa örgütsel düzeyde kişisel çıkarıya önem verme ve politik anlamda girişimci faaliyetin eksikliği şeklinde sıralanmıştır. Ayrıca, bu araştırmada sağlığın geliştirilmesi alanında yapılacak olan paydaş analizinin ilgili aktörlerin konumlarının ve bağlantılarının haritalanması ile sağlık politikası geliştirmeye katılma ve katkıda bulunma kapasitelerini ortaya koyma ve yetkililerin sağlığa yönelik sosyo-çevresel yaklaşım lehine rollerinin daha iyi anlaşılması konularında değerli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Abihiro & McIntyre (2012) tarafından yapılan araştırmada Gana'da, 2004 yılında zorunlu Ulusal Sağlık Sigortası sistemi

başlatılması sonrası 2008'deki seçim vaadinin bir parçası olarak, primlerin tek seferlik ödenmesinin vaat edilmesine dair çok tartışmalı bir politika sorunu ele alınmıştır. Bu çalışmada, çeşitli paydaşların çıkarları veya endişeleri, potansiyel konumları, gücü ve etkileri ile genel beklentileri ve zorluklar incelenerek önerilen politikanın fizibilitesinin değerlendirilmesine katkıda bulunulmaya çalışılmıştır. Veriler, kamusal alandaki ilgili belgelerin gözden geçirilmesinden, kilit paydaş ile görüşmelerden ve odak grup tartışmasından toplanmıştır. Sonuçlar, paydaşların bu politika konusunda çok fazla kafa karışıklığı olduğunu göstermektedir ve bu konuyu çevreleyen belirsizlikler nedeniyle, çoğu güçlü paydaş henüz bu konuda net pozisyon almamıştır. Paydaşlar endişelerini sigorta bağlamında bir defalık primin anlamı, bir defalık primin karşılanabilirliği, finansman kaynakları, politikanın sürdürülebilirliği ve ayrıca politikanın sağlık hizmetlerine erişimde eşitlikler üzerindeki olası etkisi şeklinde sıralamışlardır. Bu çalışmada görüşleri alınan birçok güçlü paydaşın etkisinin çok belirsiz olduğundan ve bu konuda net bir pozisyon alamadıkları için politikayı uygulamanın o dönemde mümkün olup olmadığı sonucuna varmak mümkün olmamıştır. Araştırma sonucunda politika yapıcılarının bir defalık prim politikasının anlamını ve nasıl finanse edileceğini açık bir şekilde açıklaması ve bunu uygulamaya yönelik daha fazla girişimde bulunmadan önce paydaşların endişelerini eleştirel bir şekilde dikkate alması gerekliliği ile evrensel kapsam reformları planlayan diğer ülkeler için bu reformların terminolojisini ve hedeflerini açıkça yansıtmasının önemli olduğu vurgulanmıştır.

Sonuç

Paydaş analizinin artan popüleritesi, paydaşların (bireyler, gruplar ve kuruluşlar) özelliklerinin karar alma süreçlerini nasıl etkilediğinin artan bir şekilde anlaşılması gerektiğinin ortaya koymaktadır. Paydaş analizi, ilgili aktörlerin davranışlarını, niyetlerini, karşılıklı ilişkilerini, gündemlerini, çıkarlarını ve karar alma süreçlerine getirdikleri veya getirebilecekleri etki veya

kaynakları anlamak amacıyla ilgili aktörler hakkında bilgi üretmek için kullanılmaktadır. Bu bilgiler daha sonra bu paydaşları yönetmek için stratejiler geliştirmek, belirli kararların veya kurumsal hedeflerin uygulanmasını kolaylaştırmak veya politika bağlamını anlamak ve gelecekteki politika yönelimlerinin fizibilitesini değerlendirmek için önem arz etmektedir (Brugha & Varvasovszky, 2000).

Herhangi bir sosyal değişim girişiminin veya bir politik projenin kilit oyuncularını belirlemek, bunlar arasındaki potansiyel desteği veya muhalefeti değerlendirmek, ilgili kurumların rollerini ve kurumlar arası bağlantıları vurgulamak için strateji ve taktiklere ihtiyaç vardır. Bu anlamda paydaş analizi politika uygulayıcısının alet çantasındaki en önemli stratejik araçlardan biri olarak görülmektedir (Aligica, 2006).

Politika sürecine katılan paydaşların her biri söz konusu konuyla ilgili farklı çıkarlara sahip konumdadır. Bu sebeple politika oluşturma süreci giderek artan bir iletişim meselesi haline gelmekte, dolayısıyla süreç karmaşık bir özelliğe sahip olmaktadır. Politika ağındaki farklı bilgi ve uzmanlık alanlarına sahip paydaşların iletişim kurma fırsatları ve yetenekleri ile gerçekleşen etkileşim, politikanın içeriğini ve bu politikaların uygulama başarısını veya başarısızlığını belirlemektedir (Hoeijmakers & ark., 2007). Paydaşların, kar amacı güden özel sektör kuruluşlarından, kar amacı gütmeyen ve daha çeşitli paydaşlara sahip kamu kuruluşlarına kadar her sektör için özel öneme sahip oldukları kabul edilmektedir (Fletcher & ark., 2003).

Tüm ülkelerdeki politika yapıcılar ve sağlık kuruluşları kıt kaynakların en iyi şekilde nasıl tahsis edileceğine dair kararlar alma zorunluluğu ile karşı karşıyadır (Clavisi & ark., 2013). Sağlık politikası oluşturma ve uygulama, karmaşıklık ve belirsizliğin yüksek olduğu bir çevrede yürütülmekte olan bir süreçtir (Hoeijmakers & ark., 2007). Sağlığın fiziksel, sosyal ve çevresel belirleyicilerinden bağımsız düşünülemeyeceği gerçeği bu alana ilişkin müdahalelerin sosyo-çevresel bir yaklaşımla ele alınması

gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Bu da politik karar ve uygulamaların birden çok sektör ve farklı aktörlerin katılımıyla ele alınmasını gerektirmektedir (Bauer, Davies & Pelikan, 2006).

Sağlık sorunları ile ilgili temel değerler ve varsayımlar kime danışıldığına bağlı olarak değişebilmektedir. Paydaş analizine ilişkin yapılacak araştırmalara tüm paydaşların dâhil edilmesi (örneğin hastalar, sağlık profesyonelleri, politika yapıcılar, ödeme kuruluşları), onların endişelerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine dair önceliklerinin süreçlere yansımaya olanak sağlamaktadır (Clavisi & ark., 2013).

ABD’de sağlık hizmetleri yönetiminde paydaş analizi, kuruluşlar tarafından uzun vadeli stratejik planlama ve paydaş yönetimi için bir araç olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır (Brugha & Varvasovszky, 2000). Sağlık sektörüne ilişkin süreçlerde paydaş analizi, geçmişte uygulamaya konulan politikaların başarısızlıklarının nedenlerini anlamak ve gelecekte hayata geçirilmesi planlanan sağlık politikalarını planlamak için hem geriye hem de ileriye dönük olarak faydalı olarak görülmekte ve sağlık reformlarının merkezinde yer alması gerektiği savunulmaktadır (Walt & ark., 2008).

KAYNAKÇA

Aaltonen, K. (2011). Project stakeholder analysis as an environmental interpretation process. *International journal of project management*, 29(2), 165-183.

Abihiro, G. A., & McIntyre, D. (2012). Universal financial protection through national health insurance: A stakeholder analysis of the proposed one-time premium payment policy in Ghana. *Health Policy and Planning*, 28(3), 263-278.

Aligica, P. D. (2006). Institutional and stakeholder mapping: Frameworks for policy analysis and institutional change. *Public Organization Review*, 6(1):79-90.

Auvinen, A. M., Kohtamäki, K., & Ilvesmäki, MSc, A. (2012). Workplace health promotion and stakeholder positions: A finnish case study. *Archives of Environmental And Occupational Health*, 67(3), 177-184.

Bauer, G., Davies, J. K., & Pelikan, J. M. (2006). The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*. 21, 153-159.

Billgren, C., & Holmén, H. (2008). Approaching reality: Comparing stakeholder analysis and cultural theory in the context of natural resource management. *Land use policy*, 25(4), 550-562.

Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: A review. *Health policy and planning*, 15(3), 239-246.

Bryson, J. M. (2004). What to do when stakeholders matter: Stakeholder identification and analysis techniques. *Public Management Review*, 6(1), 21-53.

Carlsson, L. (2000). Non-hierarchical evaluation of policy. *Evaluation*, 6(2), 201-216.

Chapleo, C., & Simms, C. (2010). Stakeholder analysis in higher education: A case study of the University of Portsmouth. *Perspectives*, 14(1), 12-20.

Clavisi, O., Bragge, P., Tavender, E., Turner, T., & Gruen, R. L. (2013). Effective stakeholder participation in setting research priorities using a global evidence mapping approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(5), 496-502.

Crosby, B. (1992). Stakeholder analysis: A vital tool for strategic managers. *USAID's Implementing Policy Change Project*. 2, 1-6.

Currie, R. R., Seaton, S., & Wesley, F. (2009). Determining stakeholders for feasibility analysis. *Annals of Tourism Research*, 36(1), 41-63.

De Leeuw, E., (1993). Health policy, epidemiology and power: The interest web. *Health Promotion International*, 8(1):49–52.

Dougill, A. J., Fraser, E. D. G., Holden, J., Hubacek, K., Prell, C., Reed, M. S., Stagl, S., & Stringer, L. C. (2006). Learning from doing participatory rural research: Lessons from the Peak District National Park. *Journal of Agricultural Economics*, 57(2), 259–275.

Eskerod, P., Huemann, M., & Savage, G. (2015). Project stakeholder management—Past and present. *Project management journal*, 46(6), 6-14.

Eskerod, P., & Larsen, T. (2018). Advancing project stakeholder analysis by the concept ‘shadows of the context’. *International Journal of Project Management*, 36(1), 161-169.

Fletcher, A., Guthrie, J., Steane, P., Roos, G., & Pike, S. (2003). Mapping stakeholder perceptions for a third sector organization. *Journal of Intellectual Capital*, 4(4), 505-527.

Flew, T., & Lim, T. (2019). Assessing policy I: Stakeholder analysis. *The Palgrave handbook of methods for media policy research*, 541-555.

Gambles, I. (2009) Making the business case: Proposals that succeed for projects that work. Bodmin, Cornwall: MPG Books Ltd.

Gardner, D. E. (1997). Five evaluation frameworks: Implications for decision making in higher education. *Journal of Higher Education*, 48, 571–93.

Hoeijmakers, M., De Leeuw, E., Kenis, P., & De Vries, N. K. (2007). Local health policy development processes in the Netherlands: An expanded toolbox for health promotion. *Health Promotion International*, 22(2), 112-121.

İlgar, M. Z., & İlgar, S. C. (2019). Paydaş Analizi. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 14(20), 1-27.

Kelvin, A. (2000). How stakeholders with various preferences converge on acceptable investment programs. *Evaluation and Program Planning*, 23(1), 105-13.

Kivits, R. A. (2011). Three component stakeholder analysis. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 5(3), 318-333.

Macharis, C. (2005). The importance of stakeholder analysis in freight transport. *European Transport*, VIII(25/26), 114-126.

Mehrizi, M. H. R., Ghasemzadeh, F., & Molas-Gallart, J. (2009). Stakeholder mapping as an assessment framework for policy implementation. *Evaluation*, 15(4), 427-444.

Newcombe, R. (2003). From client to project stakeholders: A stakeholder mapping approach. *Construction Management and Economics*, 21(8), 841-848.

Prell, C., Hubacek, K., & Reed, M. (2009). Stakeholder analysis and social network analysis in natural resource management. *Society and natural resources*, 22(6), 501-518.

Reed, M. S., & Curzon, R. (2015). Stakeholder mapping for the governance of biosecurity: A literature review. *Journal of Integrative Environmental Sciences*, 12(1), 15-38.

Schiller, C., Winters, M., Hanson, H. M. & Ashe, M. C. (2013). A framework for stakeholder identification in concept mapping and health research: A novel process and its application to older adult mobility and the built environment. *BMC Public Health*. 13(1), 428-437.

Schmeer, K. (1999). Stakeholder analysis guidelines. *Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform*, 1-33.

Shirey, M. R. (2012). Stakeholder analysis and mapping as targeted communication strategy. *The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 399-403.

Simmons, J., & Lovegrove, I. (2005). Bridging the conceptual divide: lessons from stakeholder analysis. *Journal of Organizational Change Management*, 18(5), 495-513.

Sönmez, S., & Uğurluoğlu Ö. (2017). Sağlık kurumlarında paydaş analizi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(1), 223-245.

Surjadjaja, C., & Mayhew, S. H. (2010). Can policy analysis theories predict and inform policy change? reflections on the battle for legal abortion in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 26(5), 373-384.

Thompson, R. (2012). Stakeholder analysis. *Mind Tools*, 7, 1-7.

Varvasovszky, Z., & Brugha, R. A. (2000). Stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338-345.

Walker, W. E. (2000). Policy Analysis: A Systematic Approach to Supporting Policymaking in the Public sector, *Journal of Multi-Criteria Decision Analysis*, 9(1-3), 11-27.

Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308-317.

Yang, J., Shen, G. Q., Bourne, L., Ho, C. M. F., & Xue, X. (2011). A typology of operational approaches for stakeholder analysis and engagement. *Construction management and economics*, 29(2), 145-162.

BÖLÜM IV

Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu Düzeylerinin Yerinde Yaşlanma ve Yaşlanmama Durumuna Göre İncelenmesi

Berfin GÜLTEKİN¹
Dilek KOCABAŞ²

Giriş

Yaşlılığın birçok tanımı bulunmaktadır. Biyolojik boyutuyla yaşlılık, hücre ve organizmalardaki zaman içerisinde gerçekleşen değişimi ifade ederken, sosyal yönden yaşlılık toplumsal roller ve sosyal işlevlerdeki zaman içerisinde meydana gelen değişimler ile eylemlerimizin ve normların değişmesi olarak tanımlanmaktadır.

¹ Gültekin, B., Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü

² Dr., Kocabaş, D., Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Psikolojik açıdan ise bilişsel açıdan değişiklikleri ifade etmektedir (Birren & Schaie 1990). Yaşlı nüfus kendi içinde de 65-74 yaş “genç yaşlı”, 75-84 yaş “ileri yaşlı”, 85 ve üzeri yaş “çok ileri yaşlı” şeklinde alt gruplara ayrılmıştır (WHO, 1963; Mackinlay, 2001; Multani & Verma, 2007). 65 yaş ve üzerindeki yaştaki nüfus, 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24 yükselerek 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi olmuştur (TUİK, 2022). Bu veriler doğrultusunda gerek Türkiye’de hem dünyada nüfusun hızla yaşlanarak artmaya devam ettiği söylenilebilir. Bu kapsamda yaşlı bireylere hem bakım hizmeti hem de sosyal hizmet verme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple yaşlılık olgusu üzerine düşünülmesi, planlama yapılması, çalışılması ve politikalar üretilmesi gerekmektedir. Yaşlılık sadece bireysel sonuçları olan bir durum olmamakla birlikte toplumsal sonuçları olan da bir durumdur. Bu sebeple yaşlılık durumuna özel sosyal politikaların önemi her geçen gün artmaktadır.

Günümüzde yaşlı nüfusun dünya nüfusu içerisindeki oranının yükselmesiyle birlikte yaşlı bireylerin refah seviyeleri artmış ve yaşlı kesime yönelik sosyal politikaların sayısı da her geçen gün artmıştır. Sosyal politikalarda en dikkat edilmesi gereken noktalardan biri ise yaşlı bireyin çevresinden aldığı yaşam doyumudur. Yaşlı birey kimi zaman yaşam alanını farklılaştırmak zorunda kalabilmekte kimi zaman ise kendi hayatını sürdürdüğü evinde yaşlanma sürecini devam ettirebilmektedir. Fakat kendisinin benimsediği çevrede, yaşlanma sürecini geçiren yaşlılar ile alıştığı çevreden uzak kalan yaşlı bireylerin yaşam doyumunun hangi düzeyde olduğu bilinmemektedir. Yaşlı bireylere bakım verenler birtakım sebeplerden dolayı bakım verme konusunda problem yaşayabilmektedir. Bu sebeple bakım verdikleri kişileri huzur evleri gibi kurumlara vermek zorunda kalabilmekte veya aile üyelerinin istekleriyle kendi yanlarına getirilebilmektedir. Bu durumda yaşlı bireyler yıllardır yaşamını sürdürdüğü evden, çok sayıda hatıraları olan eşyalarını, komşularını, kendi düzenini ve sevdiklerini geride bırakmak zorunda kalabilmektedir. Bu durum ise yaşlı bireyin yaşam doyumunu etkileyebilmektedir.

Literatürde yerinde yaşılanan ve yaşlanmayan bireylerle ilgili az sayıda araştırma bulunmaktadır (Korkut & Dikmen, 2019; Esendemir, 2016a). Yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yerinde yaşlanma ve yerinde yaşlanmama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı üzerine herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada, yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yerinde yaşlanıp yaşlanmama durumuna ve sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Literatür

Literatür incelendiğinde; Korkut ve Dikmen'in (2019) araştırmasında yaşlı bireylerin hayatlarını sürdürdükleri çevrelerine ilişkin memnuniyet düzeylerini tespit etmeyi amaçlamış ve araştırma sonucunda bireylerin memnuniyet düzeyinin yaşa, medeni duruma, yaşadığı yere, aile bireyleriyle aynı evde yaşama ve kronik hastalık olma durumuna göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Esendemir'in (2016b) araştırmasında yaşlıların mekânla bağlantısını tespit edebilmesi açısından Rowles'in içerdenlik teorisinin otobiyografik, sosyal bileşenlerin ve fiziki parametrelerinin Türkiye'deki etkilerinin üstünde durmuştur. Araştırma sonucunda bireylerin huzur evi algısının huzur evi yöneticilerinin gözünde bile olumlu olmadığı ortaya çıkmıştır. Öğüt, Düzen ve Polat'ın (2017) huzur evinde yaşamlarını sürdüren yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürdükleri ortamdaki memnuniyet düzeylerinin incelendiği araştırmasında ise huzur evinde yaşamlarını sürdüren yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürdükleri ortamdaki memnun olduğu tespit edilmiştir. Fakat huzur evinde yaşayan bireyler her ne kadar yaşam memnuniyetine sahip olsalar da eşi ve çocuklarıyla kendi evlerinde ve mahallelerinde yaşamaya özlem duydukları yargısına ulaşılmıştır. Altıparmak'ın (2009) araştırmasında da huzurevinde yaşamını sürdüren yaşlıların sosyal destek ve yaşam doyumunu düzeyini artırabilmek için yaşadığı yerde kişilerin ve arkadaş desteğinin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yılmaz (2020) araştırmasında yaşlıların yerinde yaşlanmaya ilgili memnuniyet düzeyinin yükseldikçe başarılı yaşlanma sürecinin ve yaşam doyumunun

arttığını göstermiştir. Özmete ve Dinç'in (2020) araştırmasında yaşlıların yerinde yaşlanma ve göç açısından kentsel dönüşümle ilgili düşüncelerini incelemiştir. Araştırma sonucunda, yerinde yaşlanma ve göç faktörlerinin katılımcıların kentsel dönüşüm uygulamalarına yönelik düşünceleri üzerinde belirleyici etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yerinde Yaşlanma

Yerinde yaşlanma kavramı, çoğunlukla yaşlanırken kendi evinde yaşayabilmek için ideal olan politikaları ifade etme açısından kullanılmaktadır. Yerinde yaşlanmaya duyulan ihtiyaç, çevresel gerontoloji alanındaki bilim insanları arasında ilerleyen bir süreç şeklinde meydana çıkmıştır (Johansson, Josephsson & Lilja, 2009). Çevresel gerontoloji, yaşlı bireyin yaşlanma sürecindeki sosyal, çevresel ve kültürel etkilerin sosyo-fiziksel alanla bulunduğu yerlere dokunmaktadır (Wahl & Wiesman, 2003). Çevresel gerontolojiye ilgi duyan ve bunun üzerine araştırmalar bilim insanları, yaşlanma sürecinin ileri yaşlarda insanların yaşadıkları çevrenin kültürüne, fiziksel ve sosyal durumuna daha fazla bağlı olduklarını düşünmektedirler (Wadu & Cheung, 2019). Aynı zamanda yaşlılık politikalarında gündemde olan “yerinde yaşlanma” terimi, kurum bakımı yerine, yaşlı kişilerin olabildiğince uzun zaman kendi evlerinde ve toplum içerisinde bağımsız bir şekilde (Wiles, & ark., 2011; Cook & Yearn, 2005; Solomon, 2010), sosyal katılım göstererek ve aktif yaşlanma süreci içinde olarak hayatını devam ettirmesidir (Fiessel & ark., 2013). Başka bir tanımda, yerinde yaşlanma “yaş durumunu, ekonomik durumu ve becerilerini insanın kendi evinde ve toplumunda güvenli şekilde, bağımlı hissetmeden ve konforlu şekilde yaşamını devam ettirme yeteneğini arttırmasıdır” (Blumenthal, 2014; Farber, & ark., 2011; Kalinkara & Arpacı, 2013; Kalinkara & Arpacı, 2016). Birey yaşlandığını çevreden kopmasıyla kırılganlık yaşayabilmekte ve psikolojik olarak etkilenebilmektedir. Yerinde yaşlanma terimini sadece bireyin yaşlanma sürecini geçirdiği yer olarak düşünmemek gerekir. Yerinde yaşlanma tek başına konuta odaklanmamakta bireyin

yaşlandığı yerin çevresini, toplumunu ve komşuluk ilişkilerini bireylerin o yerde yaşamlarını sürdürmelerinde etkili olarak değerlendirilmektedir (Kalıncara, Arpacı & Denizli, 2013). Yerinde yaşlanma ile bireyin kendi evinde yaşamını sürdürmesinin bireyin yaşamını daha olumlu etkilemesi beklenmektedir. Temelinde aktif yaşlanma kavramından meydana gelen bu kavram, yaşlıların kendi evlerinde, güvenli, bağımsız, sosyal ve konforlu bir şekilde yaşamını sürdürmesidir (Ahn, Kwon, & Kang, 2017).

Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu kavramını ise ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ifade edilmiştir. Yaşam doyumu, araştırmacıların uzun süredir dikkatlerini çeken bir konudur. Yaşam doyumu kavramı öznel iyi oluş halinin bilişsel bileşeni olmakla beraber kişinin kendi yaşamı hakkında bilişsel yargıları barındırmaktadır. (Diener, 1984). Veenhoven'e (1996) göre yaşam doyumu bir bütün gibi yaşamın kalitesi ve pozitif bir gelişimin derecesi olarak tanımlanmaktadır. Yaşam doyumu, insanın gerçekleşmesini umduğu duygu/ düşünce ile elinde var olanların karşılaştırılması neticesinde ortaya çıkan bir durum ya da sonuç olması ile birlikte, insanın kendi istediği değerlere uygun bir şekilde bütün yaşamını pozitif bir şekilde anlamlandırması olarak tanımlanabilir (Haybron, 2004; Diener & ark., 1985)

Gereç ve Yöntem

Araştırma Antalya'da 07.12.2022-10.10.2023 yılları arasında yapılmıştır. Bu araştırma için nicel araştırma yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Antalya da yaşayan 250 yaşlı birey oluşturmakta olup, 125 kişi yerinde yaşayan ve 125 kişi yerinde yaşlanmayan kişileri kapsamaktadır. Bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi olan ölçüt örnekleme yöntemleri kullanılmıştır.

Ölçüt örnekleme göz önüne alınarak araştırmacı tarafından aşağıdaki ölçütler belirlenmiştir:

a) Araştırmada grubunun farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip olması,

b) Kendi evinde yaşlanması,

c) Kendi evinin dışında (çocuk yanında, akraba yanında, torun yanında vb. kişilerin evlerinde yaşamasını ifade etmektedir.) yaşlanması,

d) Araştırmaya gönüllü olarak katılması gibi ölçütler belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) kullanılmıştır. Ayrıca, sosyo-demografik değişkenler kısmında katılımcılara yaş, cinsiyet, yaşlandığı yer, kiminle birlikte yaşadığı, eğitim durumu ve medeni durum gibi sosyo-demografik özellikler içeren sorular yöneltilmiştir. Sorular katılımcılarla yüz yüze görüşme gerçekleştirilerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Yaşam Doyumu

Araştırmada, Diener ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen ve Dağlı ve Baysal (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ) kullanılmıştır. 5’li likert tipi olarak derecelendirilen ölçek 5 maddeden oluşmakta olup, ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin güvenirlik değeri 0.85’tir.

Veri Analiz Süreci

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS 26 istatistiksel analiz programı yardımıyla analiz edilmiştir. Veriler öncesinde hata denetimi yapılmıştır. Sonrasında veriler normallik testi uygulanarak normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Elde edilen veriler Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testiyle değerlendirilmiştir. Varyans analizi sonucunda

gruplar arasında fark bulunduğunda, farkın kaynağını tespit etmek için “Tukey’s-b testi” kullanılmıştır.

Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi **Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan** 07.12.2022 tarih ve KAEK-751 nolu 2012-KAEK-20 kodlu kararla etik kurul izni **alınmıştır**. Ayrıca, araştırmaya katılan her bir katılımcıya gönüllü katılım ve bilgilendirme formu imzalatılmıştır.

Bulgular

Aşağıdaki yer alan Tablo 1’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren bilgiler gösterilmektedir.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	N	%
Yaş		
65-69	150	60
70+	100	40
Cinsiyet		
Kadın	115	46
Erkek	135	54
Yaşlandığı yer durumu		
Kendi evi	125	50
Kendi evinin dışında (çocuk yanında, akraba yanında, torun yanında vb.)	125	50
Kiminle yaşıyorsunuz?		
Eşi ile	88	35.2
Tek	37	14.8
Çocuğu ile	47	18.8
Eş ve çocuk	57	22.8
Eş, çocuk ve torun	11	4.4
Kardeş	10	3.4
Eğitim durumu		
Okul yazar olmayan	9	3.6
İlkokul	47	18.8
Ortaokul	24	9.6
Lise	61	24.4

Üniversite/ yüksekokul	101	40.4
Lisansüstü	9	3.6
Medeni durumu		
Evli	159	63.6
Bekâr	12	4.8
Eşi vefat etmiş	56	22.4
Boşanmış	23	9.2
Çalışma durumu		
Hiç çalışmamış	35	14
Çalışıyor	11	4.4
Emekli	204	81.6
Çocuğunuz var mı?		
Var	230	92
Yok	20	8
Çocuk sayısı		
1-2	138	55.2
3-7	94	37.6
Gelir durumunuz?		
Gelir giderden az	78	31.2
Gelir gidere eşit	115	46
Gelir giderden fazla	57	22.8
Yaşadığınız yer		
Köy	2	0.8
İlçe	144	97.6
Belde	4	1.6
Kronik bir sağlık sorununuz var mı?		
Var	150	60
Yok	100	40

Tablo 1’de görüleceği üzere, katılımcıların %60’ı 65-69 yaş aralığında iken, %40’ı 70 ve üzerindendir. Katılımcıların %46’sı kadınlardan oluşurken, %54’ü erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların %50’si kendi evlerinde eşiyle veya tek başına yaşarken, %50’si kendi evinin dışında çocuklarıyla, torunlarıyla veya kardeşleriyle yaşamaktadır. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, %3.6’sı okul yazar olmayan, %18.8’i ilkokul, %9.6’sı ortaokul, %24.4’ü lise, %40.4’ü üniversite/yüksekokul, %3.6’sı ise lisansüstü mezunudur. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında; %63.6’sı evli, %4.8’i bekâr, %22.4’ü eşi vefat etmiş, %9.2’i ise boşanmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde; %14'ü “Hiç çalışmamış”, %4.4'ü “Çalışıyor”, %81.6'sı “Emekli” dir. Katılımcıların “Çocuğunuz var mı?” sorusuna verdikleri cevapların yüzdesine bakıldığında, “Var” cevabı %92 iken, “Yok” diye cevap verenler %8'ini oluşturmaktadır. Çocuk sayısı 1 ve 2 tane olanlar %55.2'sini oluştururken, 3 ile 7 arasında olanlar %37,6'sını kapsamaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların gelir durumuna bakıldığında, %3.2'sı gelir giderden az, %46'sı gelir gidere eşit, %22.8'i gelir giderden fazla şeklindedir. Yaşadıkları yere bakıldığında, %0.8'i köy, %97.6'sı ilçe, %1.6'sı ise beldede yaşamaktadır. Araştırmada kronik bir sağlık sıkıntısı olan yaşlı bireylerin %60'ını, %40'ının herhangi bir kronik bir sağlık sıkıntısı yoktur.

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu Düzeylerinin Yerinde Yaşlanma ve Yerinde Yaşlanmama Durumuna Göre İncelenmesi

Yaşlandığı yer	Ort. $\pm$ SD	N	Z	Puanı istatistik
Kendi evi	3.03 $\pm$ 1.06	125	-	p= 0.12
Kendi evinin dışında	2.8 $\pm$ 1.04	125	1,525	U= 6942.000

Not. Kendi evinin dışında ifadesi yaşlı bireylerin “çocuk, akraba, torun yanında vb.” kişilerin evlerinde yaşamasını ifade etmektedir.

Tablo 2’de kendi evinde yaşlanan (yerinde yaşlanan) bireylerin yaşam doyumu düzeyinin 3.03 $\pm$ 1.06 olduğu görülmektedir. Kendi evinin dışında yaşlanan (yerinde yaşlanmayan) bireylerin yaşam doyumu düzeyinin ortalaması ve standart sapması ise 2.83 $\pm$ 1.04’tür. Yapılan analiz neticesinde bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yerinde yaşlanma ve yerinde yaşlanmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (p> 0.05).

Tablo 3’te katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin yaş, cinsiyet, kronik bir hastalık, yaşadığı yer, yaşlandığı yer ve çalışma durumu değişkenlerine göre farklılaşmadığı ortaya çıkmıştır (p> 0.05). Katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin eğitim durumu

değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Lisansüstü eğitime sahip katılımcıların yaşam doyumu düzeyinin diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşam doyumu düzeyleri medeni durum değişkenine göre karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Bu farklılık evli olanların yaşam doyumu düzeylerinin bekâr olanlardan fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, katılımcıların yaşam doyumu düzeyin çalışma durumu değişkenine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Katılımcıların yaşam doyumu düzeyleri çocuğu olma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Çocuğu olan bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, katılımcıların yaşam doyumu düzeyi çocuk sayısı değişkenine göre farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). 1 ya da 2 çocuğu olanların yaşam doyumu düzeyleri 3 ile 7 arasında çocuğu olan bireylere göre daha yüksektir.

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyum Düzeylerinin Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	Ort. $\pm$ SD	Z	Puanı istatistik
Yaş				
65-69	15	3.10 $\pm$ 0.99	Z=	p= 0.20
70+	0	2.81 $\pm$ 1.11	1.256	U=
	10			6797.500
	0			
Cinsiyet				
Kadın	11	3.03 $\pm$ 1.06	Z=	p= 0.64
Erkek	5	2.93 $\pm$ 1.04	-.467	U=
	13			7497.000
	5			
Yaşlandığı yer durumu				
Kendi evi	12	3.12 $\pm$ 1.06	Z=	p= 0.12
Kendi evinin dışında	5	2.84 $\pm$ 1.04	-1.525	U=
	12			6942.000
	5			

Eğitim durumu				
Okul yazar olmayan	9	2.6± 0.72		p= 0.49 *
İlkokul	47	2.78±1.02		KW=
Ortaokul	24	3.08±1.11		11.028
Lise	61	2.69±1.13		
Üniversite/yüksekoku	10	3.06± 0.99		
l	1	3.72± 0.88		
Lisansüstü	9			
Medeni durumu				
Evli	15	3.02±1.02		p= 0.01*
Bekâr	9	2.20± 0.73		KW=
Eşi vefat etmiş	12	2.73±1.05		10,175
Boşanmış	56	3.08±1.20		
	23			
Çalışma durumu				
Hiç çalışmamış	35	2.70±1.21		p= 0.320
Çalışıyor	11	3.06± 0.88		KW= 2.225
Emekli	20	3.02±1.03		
	4			
Çocuğunuz var mı?				
Var	23	2.98±1.05	Z=	p= 0.00*
Yok	0	2.4±1.41	-3.116	U=
	20			1335.000
Çocuk sayısı				
1-2	13	3.10±1.02	Z=	p= 0.04*
3-7	8	2.79±1.09	-2.047	U=
	94			5460.500
Gelir durumunuz?				
Gelir giderden az	78	2.24± 0.93		p=0.00*
Gelir gidere eşit	11	3.18± 0.90		KW=55.54
Gelir giderden fazla	5	3.50± 0.98		1
	57			
Yaşadığınız yer				
Köy	2	2.20±1.13		p= 0.44
İlçe	14	2.988±1.0		KW=1.639
Belde	4		6	
	4	2.80± 0.28		
Kronik bir sağlık sorununuz var mı?				
Var	15	2.87±1.09	Z=	p= 0.13
Yok	0	3.14± 0.98	-1.502	U=
	10			6660.000
	0			

Yaşam doyumu düzeyinin gelir durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde ise istatistiksel olarak

anlamalı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin yaşadığı yer (köy, ilçe, belde) ve kronik bir sağlık sıkıntısı olup olmaması değişkenlerine göre de farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Tartışma

Gelişme sürecinde ve gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus sayısı hızla artış göstermektedir. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte dünya üzerinde yaşlılara yönelik araştırmalara ilgi duyulmuştur. Sosyal politikaların yaşlılara yönelik çalışmalarında yaşlı bireylerin refah seviyelerini artırmak için planlamalar yapılmıştır ve bu planlamalara yönelik yeni kavramlar ve politikalar belirlenmiştir. Bunlardan bir tanesi de yerinde yaşlanma kavramıdır. Bu konu üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Araştırma hem bu konu üzerinden literatürün genişlemesini sağlayabilecek hem de yaşlılık politikalarına ışık tutacaktır.

Araştırmada yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yerinde yaşlanma ve yerinde yaşlanmama durumuna göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Ayrıca, yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Araştırma sonucunda yaşlı bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin yerinde yaşlanma ve yerinde yaşlanmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ($p > 0.05$). Öğüt, Düzen ve Polat'ın (2017) huzur evinde yaşamını sürdüren yaşlı bireylerin memnuniyet düzeylerini inceledikleri çalışmasında da araştırma sonuçlarımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmada katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin çocuk sahip olma ve çocuk sayısı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Araştırmada, çocuk sahibi olan yaşlı bireylerin yaşam doyumu

düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum aile içindeki çocukların yaşlı aile üyelerine bakım, sevgi, şefkat sağlayarak yaşlı bireylerin yaşayabileceği olumsuz duyguları en aza indirebilmesiyle açıklanabilir (Sun& ark., 2011). Ayrıca, çocuk sayısı 1 ya da 2 tane olanların yaşam doyumu düzeylerinin 3 ile 7 arasında çocuğu olan bireylere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların yaşam doyumu diğer eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre daha yüksektir. Pinquart ve Sörensen'in (2000) çalışmasında da araştırma sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiş olup eğitim düzeyinin yaşam doyumunu etkilediği ortaya çıkmıştır. Ayrıca, yakın zamanda yapılan bir çalışmada da, yaşlı bireylerin eğitim düzeyinin yaşam doyumunu etkileyebileceği ortaya çıkmıştır (Kim & Kim, 2015).

Araştırmada katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu farklılık evli bireylerin yaşam doyumunun bekâr bireylere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Yeşiltepe ve Çelik'in (2014) yaptığı çalışmada da bireyin evli olmasının yaşam doyumunu etkilediği ortaya çıkmıştır. Literatürde yer alan diğer araştırmalarda da araştırma sonuçlarımıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup evli bireylerin yaşam doyumu düzeylerinin bekâr olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Diener & Oishi, 2000; Ben-Zur, 2012). Bu sonuç bireylerin yaşamlarını sürdürürken yanlarında eşlerinin olmasının yaşam doyum düzeylerinin artmasına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada son olarak katılımcıların yaşam doyumu düzeylerinin gelir düzeyine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Bu farklılık geliri giderden fazla olanlarla

geliri giderden az olanlar arasında ve geliri gidere eşit olanlarla geliri giderden az olanlar arasında kaynaklanmaktadır. Çirkin ve Göksel'in (2016) yaptığı araştırma da araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermekte olup gelir durumunun yaşam doyumunu etkilediği ortaya çıkmıştır.

Sonuç

Araştırmada yaşlı bireylerinde yaşam doyumu düzeylerinin yerinde yaşlanma ve yerinde yaşlanmama durumuna göre her ne kadar değişiklik göstermesi beklenilse de araştırma sonucunda yaşam doyumu ile yerinde yaşlanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır. Araştırmada yaşam doyumu düzeyinin sosyo-demografik faktörlerden çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu kapsamda araştırma sonuçları yaşlı bireylere yönelik sağlık alanındaki uygulamaların etkili bir şekilde planlanması ve yaşlıların refahını ve mutluluğunu arttırmaya yönelik politikaların geliştirilmesi açısından önemlidir.

Bu araştırma, TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı tarafından desteklenmiştir.

KAYNAKÇA

Ahn, M., Kwon, H. J. & Kang, J. (2017). Supporting aging-in-place well: findings from a cluster analysis of the reasons for aging-in-place and perceptions of well-being, *Journal of Applied Gerontology*, 39 (1), 3-15.

Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi*, 23 (3), 159-164.

Ben-Zur, H. (2012). Loneliness, optimism, and well-being among married, divorced, and widowed individuals, *The Journal of Psychology*, 146 (2), 23-36.

Birren, J. & Schaie, K. (1990). *Handbook of the Psychology of Aging*, Third ed. San Diego California: Academic press.

Blumenthal, S. (2014). Aging in place: An intergenerational priority. (16/04/2023 tarihinde http://www.huffingtonpost.com/susanblumenthal/post_8756_b_6315082.html adresinden ulaşılmıştır).

Cook, C. C., Yearns, M. H. & Martin, P. (2005), Aging in place: Home modifications among rural and urban elderly. *Housing and Society*, 32(1), 85-106.

Çirkin, Z. & Göksel, T. (2016). Mutluluk ve gelir. *SBF Dergisi*, 71(2), 375-400.

Dağlı, A. & Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59), 1250-1262.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.

Diener, E., & Oishi, S. (2000). *Money and happiness: Income and subjective well-being across nations*, In E. Diener and E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective wellbeing*. Cambridge: MIT press.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Esendemir, Ş. (2016). Türkiye’de yerinde yaşlanma ve mekân gerontolojisinin temel parametreleri, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 36(2), 411–429.

Farber, N., Shinkle, D., Lynott, J., Fox-Grage, W. & Harrell, R. (2011). *Aging in place: a state survey of livability policies and practices*, Washington: AARP Public Policy Institute.

Fiessel, W., Kulyk, M.R., Peel, B., Pfeifer, S., Robert, J. A. & Statler, K. (2013). *Aging in place: a saskatchewan perspective*, (14.05.2023 tarihinde. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.199.9197&rep=rep1&type=pdf> adresinden alınmıştır).

Haybron, D. M. (2004). *Happiness and The Importance of Life Satisfaction*. Delivered at the Department of Philosophy: University of Arizona.

Jeong, J. H. (2015). The changes of the elderly’s residential environment and life satisfaction in rural area, *Journal of the Korean Institute of Rural Architecture*, 17(4), 1–8.

Johansson, K., Josephsson, S. & Lilja, M. (2009). Creating possibilities for action in the presence of environmental barriers in the process of ‘ageing in place, *Ageing and Society*, 29(1), 49-70.

Kalınkara, V. & Arpacı, F. (2016). Yerinde yaşlanma yaşlılık: disiplinler arası yaklaşım, sorunlar, çözümler2. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Kalınkara, V., Arpacı, F. & Denizli, Ç. (2013). Yerinde Yaşlanma. *VII. Ulusal Yaşlılık Kongresi*, Karabük, (s.54-60).

Kim, J. S. & Kim, P. S. (2015). The impact of make-up education program on elderly women’s make-up satisfaction and self-esteem the Korea. *Journal of the Korea Convergence Society*, 6(5), 107–114.

Korkut, G. & Dikmen, T. (2019). Evde yaşayan yaşlı bireylerin yerinde yaşlanmaya ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler bağlamında incelenmesi, *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22, 93-118.

Mackinlay, E. (2001). *The spiritual dimension of ageing*, First ed. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.

Multani, N. & Verma, S. (2007). Principles of Geriatric Physiotherapy, *Jaypee Brothers medical publishers LTD*: New Delhi.

Öğüt, S., Düzen, K. Ö. & Polat, M. (2017). Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yerinde yaşlanma konusundaki duygu ve düşünceleri, *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 522-526.

Özmete, E. & Dinç, B. (2020). Yaşlıların “göç ve yerinde yaşlanma, bağlamında kentsel dönüşüm ile ilgili değerlendirmeleri, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(46), 197-234.

Pinquart, M. & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis, *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224.

Solomon, E. (2010). *Housing Policy Solutions to Support Aging in Place*. Washington: AARP Public Policy Institute.

Sun, X., Lucas, H., Meng, Q. & Zhang, Y. (2011). Associations between living arrangements and healthrelated quality of life of urban elderly people: a study from China, *Quality of Life Research*, 20(3), 359–369.

TÜİK, (2021). *İstatistiklerle Yaşlılar*. (21.06.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636> adresinden alınmıştır).

Veenhoven, R. (1996). *The study of life satisfaction*. In: W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel ve B. Bunting (Eds). A

comparative study of satisfaction with life in Europe: Eötvös University Press.

Wadu Mesthrige, J. & Cheung, S. (2019). Critical evaluation of ‘ageing in place’ in redeveloped public rental housing estates in Hong Kong, *Ageing and Society*, 1-34.

Wahl, H. W. & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development, *The Gerontologist*, 43 (5), 616-27.

WHO. (1963). Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging, *Report on a Seminar Convened by the World Health Organization*, Kiev.

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E .S. (2011). The meaning of “aging in place” to older people, *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.

Yeşiltepe, S. S. & Çelik, M. (2014). Öğretmenlerin evlilik uyumlarının psikolojik iyi olma ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *İlköğretim Online*, 13(3), 992-1013.

Yılmaz, C. K. (2020). Yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 3, 38-48.

BÖLÜM V

Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği

İsmail IŞIKTAŞ¹
İnci Mercan ANNAK²

İş Sağlığı ve Güvenliğine Genel Bakış

İnsanlar, hayatı boyunca farklı risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Çalışma hayatı içerisinde yer almalarıyla birlikte karşılaştıkları riskler değişikliğe uğrayarak, en fazla maruz kalacakları risklerin başında iş kazası ile meslek hastalıklarına yönelik riskler gelmektedir.

Ülkelerin gelişimine bağlı olarak sanayileşmesi sonucu çalışanların, iş kazası ve meslek hastalıklarından korunmasına yönelik ihtiyaçlar daha fazla önem kazanmış, iş sağlığı ve güvenliği bir bilim dalı haline gelmiştir. İş sağlığı ve güvenliği tarihsel süreç içerisinde çeşitli aşamalardan geçmiş ve bugünkü halini almıştır.

¹ Dr., Serbest Araştırmacı, ORCID: 0000-0001-9460-4646

² Dr.Öğr.Gör., Gazi Üniversitesi, ORCID: 0000-0002-1327-8875

Dünyada ve ülkemizde sanayileşmenin aynı zamanlarda yaşanmaması nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği konusunda tarihsel gelişiminde farklılıklar görülmektedir. Bu nedenle, iş sağlığı ve güvenliğinin genel tarihsel gelişimine yer verildikten sonra Türkiye'deki iş sağlığı ve güvenliği tarihsel gelişimini incelemek yerinde olacaktır.

İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

İş sağlığı ve güvenliği tarihsel gelişimi genel olarak literatürde Sanayi Devrimi Öncesi ve Sanayi Devrimi Dönemi başlıkları altında yer almaktadır.

Sanayi Devrimi Öncesi Dönem

İş sağlığı ve güvenliğinin gelişimi incelendiğinde, ilk yazılı kaynakların Herodot'a kadar dayandırıldığı, yapılan işler ile çalışanların sağlığı arasındaki ilişkilerin araştırılmasının ilk olarak bu dönemde gerçekleştirildiği ileri sürüldüğü görülmektedir. Gerek ve Yiğit'in yaptıkları çalışmalarında, tarihçi ve düşünür olan Herodot'un çalışanların verimli olması için ilk kez yüksek enerjili besinlerle beslenmesi gerektiğine ilişkin bilgilere yer vermişlerdir (Gerek, 2008; Yiğit, 2011).

Çalışanların yaptıkları iş nedeniyle zarar görebilecekleri, Hipokrat tarafından dile getirilmiş ve ilk olarak kurşunun zehirli etkilerini ortaya koymuştur.

Hipokrat'ın çalışmalarını geliştiren Nicander, yaptığı çalışmalarla daha kapsamlı sonuçlar elde etmiştir. Bu dönemde yapılan çalışmalar incelendiğinde, sadece sağlık ve güvenlik sorunları ile sınırlı olmadığı, zararlı maddelerin etkilerinden korunmaya ilişkin yöntemler bulunduğu görülmektedir.

Plini tarafından yapılan çalışma sonucunda, çalışma ortamındaki tehlikeli tozlara önlem olarak o dönem itibariyle maske bulunmadığından, başlarına torba geçirmeleri önermiştir (Yiğit, 2011).

Çalışanların sağlık ve güvenlik sorunlarına yönelik çözümlerde Paracelsus, Agricola ve Ramazzini'nin çalışmaları çok önemli bir yer tutmaktadır.

İlk iş hekimliği kitabının yazarı olan Paraselsus, cevherden metal üretme sürecini anlatan “*De Morbis Metallici*” isimli eseri kaleme almıştır.

Agricola tarafından 1556 yılında yayımladığı “*De Re Metallica*” isimli kitabında ilk kez maden ocaklarındaki çalışma ortamında bulunan tozun önlenmesi ve maden ocaklarının havalandırılması yönündeki görüşlerini ortaya koymuş ve sanayi devriminden çok zaman öncesinde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yeni yöntemler ve önerilerde bulunmuştur.

Bernardino Ramazzini 17. yüzyılda ilk kez bilimsel esaslara dayalı iş sağlığı ve güvenliği konusunu incelemiş ve günümüzde işçinin çalışma şekli olan ergonomiyi ilk adlandırılan, işe göre işçi uyumunun iş verimi üzerinde olumlu etkilerinin olacağını açıklayan yaklaşımı çok önemli bir tespittir. Ramazzini, yaptığı uzun süreli incelemeler sonucunda kaleme aldığı meslek hastalıkları “*De Morbis Artificum Diatriba*” kitabı ile iş sağlığının kurucusu sayılmış, iş kazalarının önlenmesine yönelik çalışma ortamında koruyucu güvenlik tedbirlerinin alınmasını önermiş, alınacak tedbirlerin iş verimine katkı sağlayacağını ileri sürülmüştür (Gerek, 2008).

Sanayi Devrimi Dönemi

18. yüzyılın ikinci yarısında yaşanan Sanayi Devrimi ile üretimin niceliği artmakla birlikte niteliği değişmiştir. Özellikle, küçük atölyelerde, elle manuel yapılan üretimler yerlerini yeni teknik ve buluşlara bağlı olarak makinelere bırakmış, kitle üretim ve seri üretim sanayileşmede yerini almıştır. İş sağlığı ve güvenliğindeki ilk bilimsel gelişmeler İtalya’da ortaya çıkmış olsa da iş sağlığı ve güvenliğinin gelişimi İngiltere’de olmuştur (Gerek, 2008).

Sanayi Devrimi üretim yöntemlerinde meydana gelen değişiklikler ile birlikte, yeni sağlık ve güvenlik sorunları ile yeni riskleri de beraberinde getirmiştir. Bu dönemde;

- Çalışma süreleri uzamış,
- Çocuk işçilerin çalıştırılmış,
- Çalışma şartlarının ağırlaştırılmış ve bu durum karşısında devletin çalışma hayatına müdahalesi gündeme gelmiştir.

İngiltere’de Robert Owen tarafından yapılan çalışmalarla kendi fabrikasındaki çalışma sürelerini kısaltmış, çocuk işçileri çalıştırmamış ve çalışanların daha iyi şartlara kavuşmalarını sağlayacak derecede dikkate değer çabalarda bulunmuştur (Erkul, 1983).

1844 yılında fabrikalarda işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu getirilmiştir.

1847 yılında işyeri denetimi ve iş müfettişliği yapısı oluşturulmuştur.

1895 yılında tehlikeli bazı meslek hastalıklarının bildirimi zorunluluğu getirilmiştir.

1900 yılında ise işe giriş, aralıklı sağlık muayenesi, tehlikeli işlerde özel muayeneler, meslek hastalığının bildirimi, malul duruma gelen ve sakatlanan işçiler hakkında rapor hazırlanması konularında standartlar getirilmiştir (Gerek, 2008; Yiğit, 2011).

İngiltere’de yaşananlar diğer ülkeler için de örnek olmuş, sırasıyla 1840 yılında İsviçre’de, 1841 yılında Fransa’da, 1849 yılında Almanya’da ve 1877 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili kanunlar çıkarılmıştır (Gençler, 2007).

ABD-Massachusetts eyaletinde ilk iş sağlığı ve güvenliği alanında düzenlemeler gerçekleştirilmiş, daha sonra Federal Hükümet tarafından işyerlerinin sağlık ve güvenlik açısından tüm denetimler üstlenilmiştir. İş kazalarının veya meslek hastalıklarının ortaya çıkmadan önlenmesi, çalışanların hayatı ve vücut

bütünlüklerinin korunması iş sağlığı ve güvenliğinin amacı olsa da meydana gelen iş kazaları veya meslek hastalıkları sonucunda karşılaşılan zararın giderilmesi önem taşımaktadır. Bu zararların giderilmesine ilişkin ilk olarak 1885 yılında tazminat ödenmesine ilişkin Almanya’da uygulama başlatılmış daha sonra tüm Avrupa ve Amerika’da bu uygulama yayılmıştır (Gerek, 2008).

18. yüzyılda Tissot, hastanelerde meslek hastalıklarının tedavi edilmesine yönelik özel bölümler kurulmasını önermiş, 19. yüzyıl başlarında ise Patissier fabrikalarda iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla ilgili verilerin toplanması için çalışmış, meslek hastalıkları veya iş kazaları nedeniyle karşılaşılan ölüm ve sakatlıkları incelemiştir (Gerek, 2008). Yine aynı dönemde, Vaucanson ve Jackuard tarafından yapılan çalışmalarda işletmelerde yorucu ve yıpratıcı işlemlerin azaltılması ve iş güvenliğinin sağlanabilmesi yönünde otomatik makinelerin geliştirilmesi yönünde adımlar atılmıştır. Bilimsel yöntemlerle iş analizi çalışmalarına başlayan Taylor, çalışan becerilerini arttırmak ve işin daha verimli yapılmasını sağlamak üzerinde çalışmıştır.

Baybora yaptığı çalışmada, ülkelerin iş sağlığı ve güvenliği alanında yapılan çalışmalar ve düzenlemelerin dışında ayrıca, uluslararası kuruluşlardan 1919 yılında kurulan Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (International Labour Organization-ILO), Birleşmiş Milletler’e bağlı olarak kurulduğunu, daha sonraki dönemde ise uzman ve bağımsız bir kuruluş haline geldiğine, kuruluşun iş sağlığı ve güvenliği alanında çok önemli düzenlemeler yaptığına yer vermiştir (Baybora, 2020).

Daha sonraki dönemde sendikalar, ILO, WHO, Milletler Cemiyeti ve bu kuruluşlarla işbirliği yapan pek çok kuruluş İSG yönünden önemli çalışmalar gerçekleştirmiş, özellikle sanayi devriminin olumsuz çalışma koşullarının düzeltilmesi amacıyla, koruyucu ve düzenleyici mevzuatın hazırlanması ve yaptırımlar uygulaması, bu sayede İSG’nin tüm dünyada önemle ele alınması, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların bu kavram içinde değerlendirilmesi, uygulanması ve bu yönde yürütülmesi kabul

edilmiş, bu değişim ile birlikte çalışma koşullarının iyileştirilmesine, iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesine, pek çok ülkede geniş kapsamlı, değişen ve gelişen bir iş sağlığı ve güvenliği hukuku oluşmasına yol açarken, çeşitli sosyal güvenlik kurumlarının da oluşmasını sağlamıştır (Kılış, 2015).

Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Avrupa’da yaşanan Sanayi Devrimi nedeniyle iş hayatında yaşanan koşulların Osmanlı İmparatorluğu’nda gerçekleşmemesi, bu konulara kayıtsız kalınmasına neden olmuştur. Bu durumun sonucu olarak Türkiye’de sanayileşmenin Cumhuriyet dönemi sonrasına kalması nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği alanındaki düzenlemelerde gecikmeler yaşanmıştır. Türkiye’deki iş sağlığı ve güvenliğinin tarihsel gelişimini, Cumhuriyet öncesi dönem ve Cumhuriyet dönemi başlıkları altında incelemek mümkün olacaktır.

Cumhuriyet Öncesi Dönem

Cumhuriyet öncesi dönemi iki başlık altında;

- Tanzimattan öncesi dönem,
- Tanzimat ve sonrası dönem olarak tarihte yerini almaktadır.

Tanzimat Öncesi Dönem

Osmanlı İmparatorluğu’nda Tanzimat öncesi dönemi, üretim şekli genellikle zanaatkârlık ve küçük esnaf olması nedeniyle meslek örgütü olan esnaf zaviyeleri bulunmaktaydı. Esnaf zaviyeleri, Fütüvvetname kuralları esas alınarak yönetilmektedir. Bu nedenle, esnaf zaviyelerinde sadece Müslüman esnaf ve zanaatkârlar üye olmaktaydı ve esnaf zaviyeleri tarafından alınan kararlar diğer dinlere mensup esnaf ve zanaatkârları bağlamamaktaydı. Bu nedenle, tüm toplumu kapsamayan bu kararlar nedeniyle esnaf zaviyelerinin geçen zaman içinde giderek azalmış ve etkisini kaybetmiştir.

Osmanlı İmparatorluğu’nda zaman içerisinde esnaf zaviyelerinin yerini Avrupa’daki gibi loncalar almıştır. Loncalar, dinsel bir ayırım gözetmeyen meslek örgütleridir. Loncalar, esnaf ve

zanaatkârlar, katı kural ve şartlara bağı olmaksızın kendi sorunlarını serbestçe görüşebilme, her kesimin ortak karar alabilmesi imkânı sağlamıştır (Altan, 2004).

Bu dönemde, üretim şeklinin el işçiliğine bağı ve basit olması nedeniyle çalışanların karşılaşabileceğı risk sayısı ve nitelikleri günümüz çalışma hayatında karşılaşılan risklerden çok farklıdır. Ayrıca, bu yapıdaki işletmeler içerisinde usta, kalfa ve çırak arasında öğretmen-öğrenci ilişkisinin yoğun olması nedeniyle ustalar kalfalarını, kalfalar da çıraklarını koruyup gözetmişlerdir.

Bu dönemde, iş sağığı ve güvenliğı alanında bir bilinçlenmeden söz edebilmek mümkün değildir. Ustanın işi öğretirken ne kadar iyi bir öğretmen olmasına bağı olarak çalışanların kaza yapma oranının o kadar düşük olacağı düşünülmektedir (Arıcı, 1999).

Türkiye’de sosyal güvenliğin başlangıcı olarak Loncalarda, orta sandığı veya teavün sandığı adı verilen yardımlaşma sandıkları kabul edilmektedir. Bu sandıklar aracılığıyla hastalanan üyelerin tedavileri, yaşlanarak işini bırakmak zorunda kalanlar ve muhtaç duruma düşen ustalara yapılan yardımlar ile tedavisi mümkün olmayan ve bir hastalık veya sakatlık sonucunda iş göremez hale gelen ustalar, kalfalar ve çıraklar gibi meslek mensuplarına geçimlerini sağlamak amacıyla yardımlar yapılmaktaydı (Dilik, 1992; Gerek, 2008).

Tanzimat ve Meşrutiyet Dönemi

Tanzimat ve Meşrutiyet dönemlerinde, Osmanlı İmparatorluğu ile Batı Avrupa ülkeleri arasında siyasal yakınlaşma ekonomik ilişkileri de yansıtmış, Osmanlı İmparatorluğu yeni bir pazar olarak Batı Avrupa ülkelerinin ilgisini çekmiştir. Osmanlı İmparatorluğu’nda da ilk sanayileşme hareketleri başlamıştır (Arıcı, 1999; Altan, 2004).

İşçilerin en yoğun olarak çalıştıkları alanın kömür madenleri olması nedeniyle yapılan ilk düzenlemeler bu dönemde ve özellikle madencilik alanına yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan düzenlemeleri genel olarak;

- 1865 tarihli Dilaver Paşa Nizamnamesi,
- 1869 tarihli Maadin Nizamnamesi,
- 1876 tarihli Mecelle başlıkları altında toplayabiliriz.

1865 tarihli Dilaver Paşa Nizamnamesi

Dilaver Paşa Nizamnamesi, padişahın onayından geçmemekle birlikte Ereğli Kömür Havzası'nda uygulanmıştır. Nizamnamede, iş kazalarından söz edilmemiştir. Denetim düzeni kabul edilmediğinden işçiler için olumlu kabul edilebilecek düzenlemeler de gereği gibi uygulanamamıştır (Talas, 1992; Arıcı, 1999; Makal, 1997; Tokol, 2005). 100 maddeden oluşan Nizamname ile günümüzdeki iş sağlığı ve güvenliğine temel teşkil eden günlük azami çalışma süresinin belirlenmesi, dinlenme süreleri, yatacak yer imkanı verilmesi, ücretlerin öncelikli ödenmesi, fiilen çalışmayan ancak iş için bekletilen işçilere ücret ödenmesi, işçilerin hafif hastalıklarının madenlerde bulundurulmuş doktor tarafından tedavi edilmesi ve ağır hasta işçilerin evlerine gönderilmesine yönelik düzenlemelere yer verilmiştir.

Yukarıda sayılan olumlu hususlar dışında, tek olumsuz madde olarak çalışanın hastalık halinin iş sözleşmesinin sona ermesine neden olabileceğine yönelik madde eklenmiştir.

1869 tarihli Maadin Nizamnamesi

1869 tarihli Maadin Nizamnamesi, Dilaver Paşa Nizamnamesi'nin eksikleri dikkate alındığında, iş güvenliği ile ilgili daha fazla maddelere yer verilmiştir. Maadin Nizamnamesi ile iş sağlığı ve güvenliği alanında günün koşullarına göre önemli sayılabilecek düzenlemelerin yapılmış olduğu görülmektedir (Talas, 1992; Arıcı, 1999; Gerek, 2008; Makal, 1997).

Maadin Nizamnamesiyle, mühendisler kazaların önlenmesi için gerekli önlemleri alma hakkı verilmiş, bu amaçla ihtiyaç duyulan araç ve gereci idareden istemesine imkân sağlanmış, meydana gelen kazaların idareye bildirilmesi sağlanmış, maden ocaklarında doktor ve eczane bulundurma zorunluluğu getirilmiş, çalışanlara ve ailelerine iş kazası nedeniyle işveren tarafından

tazminat ödenmesi ve iş kazalarında kusurlu bulunan işverenlere para cezası uygulanmasına ilişkin cezalandırılma yöntemleri getirilerek çok kapsamlı düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir.

1876 tarihli Mecelle

Mecelle, Türkiye tarihinde önemli bir yeri olan ve 1876 yılında tamamlanan ilk medeni kanunudur. Bu kanun için 1869 yılında çalışmalar başlatılmış ve yedi yılda tamamlanarak 1876 yılında yayımlanmıştır. Mecelle’de iş sağlığı ve güvenliğine yönelik özellikle işçinin, işverenin hatası veya kusuruyla zarara uğraması sonucunda işverene bu zararı giderme yükümlülüğü getirilmiş, günlük çalışma süresinin gün doğumundan gün batımına kadar uzatılabilmesine (Arıcı, 1999; Altan, 2004) yönelik düzenlemelere yer verilmiştir. Bu dönemde yapılan az sayıdaki düzenlemelerle iş sağlığı ve güvenliği alanlarında önlemler alınması için çaba gösterildiği görülmektedir.

151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi

151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanunu;

- Madenlerde 18 yaşından küçükler için çalışma yasağının getirilmesi,
- Çalışma süresinin, günlük sekiz saat olarak sınırlandırılması,
- İşçilerin sekiz saatten fazla çalışması durumunda ücret ödemesinin iki kat olarak hesaplanması,
- Fazla mesai uygulamasının çalışanın rızasıyla yapılabilmesine yönelik düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.

Maden işleten işverenler, hastalanan veya kazaya uğrayan işçileri tedavi ettirmek, madenin etrafında hastane, eczane ve hekim bulundurmak zorundadırlar. İş kazası nedeniyle ölümlerde, ölenlerin mirasçıları işverene karşı tazminat davası açabilecek ayrıca kazaya neden işverenler hakkında cezai yaptırımlar da söz konusu olacaktır. Sağlık ve güvenlik şartlarına uymayan maden işletmecilerinin

ruhsatname ve imtiyazları da feshedilebilecekti (Gerek, 2008, 6-7; Arıcı, 1999).

Cumhuriyet Dönemi

Türkiye’deki sanayileşme hareketinin gerçek anlamda Cumhuriyet döneminde başlamış olması, iş sağlığı ve güvenliği alanındaki Osmanlı döneminden elde edilen kazanımlar dikkate alınarak geliştirilmiştir. Gerçekleştirilen düzenlemelere aşağıdaki başlıklar altında yer verilecektir.

394 sayılı Ulusal Bayram ve Genel Tatiller Hakkında Kanunu

İzmir İktisat Kongresi’nde işçilerin korunması amacıyla 1923 yılında bazı kararlar alınmıştır. 394 sayılı Hafta Tatili Kanunu 1924 yılında, 2739 sayılı Ulusal Bayram ve Genel Tatiller Hakkında Kanunu ise 1935 yılında yürürlüğe girmiştir.

818 sayılı Borçlar Kanunu

1926 tarihinde yürürlüğe giren 818 sayılı Borçlar Kanunu’nda, işverenin işçileri gözetme ve işverenin çalışanlarına karşı iş kazaları ile meslek hastalığından doğan hukuki sorumluluğuna yönelik hükümlere yer verilmiştir. 6098 sayılı Borçlar kanunu son güncellemelerle birlikte 2011 yılında yayımlanarak 01.07.2012 tarihi itibarıyla yürürlüğe girmiştir.

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile kadınların ve çocukların çalışma hayatında korunması, en az 50 işçi çalıştıran işyerlerinde hekim bulundurması zorunluluğunun getirilmesi, belirli bir çalışan sayısına ulaşılması halinde işyerlerinde revir ya da hastane bulundurulması yönünde yükümlülükler getirilmiştir (Gerek, 2008; Arıcı, 1999).

3008 sayılı İş Kanunu

1936 tarih ve 3008 sayılı İş Kanunu, ilk iş kanunu olması, iş sağlığı ve güvenliği alanında düzenlemelere yer vermesi nedeniyle

Türkiye’deki çalışma hayatı açısından bir dönüm noktasıdır. Kanunun uygulanmasına yönelik çok sayıda tüzük çıkarılmıştır.

1945 yılında sırasıyla önce 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ve daha sonra 4772 sayılı İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu yürürlüğe girmiştir.

3008 sayılı İş Kanunu 30 yıldan fazla süreyle uygulamada kalmıştır. Bu kanunun uzun süre uygulamada kalmasına özellikle 2. Dünya Savaşı’nın başlamasının etkili olduğu da değerlendirilebilir.

931 sayılı İş Kanunu

931 sayılı İş Kanunu 1967 yılında yürürlüğe girmesiyle birlikte, 3008 sayılı İş Kanunu yürürlükten kaldırılmıştır. Anayasa Mahkemesi tarafından 931 sayılı İş Kanunu 14 Mayıs 1970 tarihinde şekil yönünden iptal edilmiştir.

1475 sayılı İş Kanunu

931 sayılı Kanun’un iptal edilmesinden sonra çıkarılan 1971 tarihli ve 1475 sayılı İş Kanunu yürürlüğe girmiştir. Yaklaşık 32 yıl boyunca yürürlükte olan bu kanun yerini Avrupa Birliği’ne uyum sürecinde 2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu’na bırakmıştır.

4857 sayılı İş Kanunu

4857 sayılı İş Kanunu’na dayanarak iş sağlığı ve güvenliği alanında 19 adet yönetmelik çıkarılmıştır.

İş sağlığı ve güvenliği alanında çıkarılan yönetmelikler, Avrupa Birliği Direktiflerinin çeviri olması nedeniyle eleştirilmekte ve bu yöntem yerine ülke koşullarına uygun, kapsamlı, uyulması gereken kuralları ve teknik iş güvenliği normlarını ve önlemlerini ayrıntılı düzenleyen yönetmeliklerin çıkarılmasının daha uygun olacağı dile getirilmektedir (Süzek, 2011).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği alanında çalışmalar hız kazanmış ve farklı dönemlerde kanun tasarıları gündeme gelmiş ve

son olarak TBMM’ne sunulan kanun teklifi 20.06.2012 tarihinde kanunlaşarak 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun yürürlüğe girmiştir. Kanun maddelerinin yürürlük tarihleri, kademeli olarak uygulanacak şekilde hazırlanmıştır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun Geçici Madde 2’ye göre, 4857 sayılı İş Kanunu m.77-81 ve m.88’e göre yürürlüğe konan yönetmeliklerin İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na aykırı olmayan hükümlerinin, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda öngörülen yönetmelikler yürürlüğe girinceye kadar uygulanmaya devam edeceği belirtilmektedir. Ayrıca, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun Madde 38’deki yürürlük maddesinde ise 4857 sayılı İş Kanunu’nun mülga 81 inci maddesi kapsamında çalışanlar hariç kamu kurumları ile 50’den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için 31.12.2023 tarihinde uygulamanın yürürlüğe gireceğine yönelik hüküm bulunmaktadır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Alanında Temel Kavramlar

İş Sağlığı: İş sağlığı, daha çok çalışma ortamında bulunan ve işçinin sağlığını etkileyebilecek risk faktörleri karşısında işçinin sağlığının korunmasıdır (Arıcı, 1999).

İş Güvenliği: İşyerlerini, işin yürütümü nedeniyle oluşan tehlikelerden ve sağlığa zarar verebilecek koşullardan arındırarak, daha iyi bir çalışma ortamı sağlamak için yapılan sistemli çalışmalardır (Gerek, 2008).

İş Kazası: İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle beklenmedik bir zamanda meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenlen özre uğratan olaydır. Doktrinde ise iş kazası, sigortalının işveren otoritesi altında bulunduğu bir sırada gördüğü iş veya işin gereği dolayısıyla aniden ve dıştan meydana gelen bir etkenle onu bedenlen veya ruhça zarara uğratan bir olay olarak (Tuncay & Ekmekçi, 2011) tanımlanmıştır.

Meslek Hastalığı: Mesleki risklere maruz kalması sonucunda ortaya çıkan hastalıktır. Yine meslek hastalığı doktrinde, belirli bir mesleğin (işin) ifası sonucu o mesleğin (işin) nitelik ve yürütüm

şartların doğurduğu bir sakatlık veya hastalık olarak (Tuncay & Ekmekçi, 2011) tanımlanmaktadır.

İş Sağlığı ve Güvenliğinin Amacı

İş sağlığı ve güvenliğinin amacı genel olarak, çalışanları iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı koruyarak ruh ve beden bütünlüklerinin sağlanmasını (işçileri korumak), bir işyerinde mal ve hizmet üretimi güvenliğinin sağlanması ile birlikte verimin artmasını (üretim güvenliği) ve işyerinde alınacak tedbir neticesinde iş kazaları veya güvensiz ve sağlıksız çalışma ortamlarından doğabilecek makina arızaları veya makinelerin devre dışı kalmalarını, patlama ve yangın gibi işletmeyi tehlikeye düşürecek durumları engelleyerek tehlikelerin ortadan kaldırmasını (işyeri güvenliği) sağlamak olarak belirlenmiş olup, insan odaklı bir yaklaşım sergilediği görülmektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliğini Zorunlu Kılan Nedenler

İş sağlığı ve güvenliğini zorunlu kılan nedenler teknik, ekonomik ve sosyal nedenler olarak üç başlık altında toplanmaktadır.

Teknik Nedenler

Teknik nedenlerden meydana gelen iş kazaları Baybora'nın 2012 yılında belirttiği çalışmasında yer aldığı şekliyle makinelerin, üretim organizasyonlarının yol açtığı kazalar ve çevresel faktörler (Baybora, 2012) olarak üç başlık altında toplanabilecektir.

Makinelerin Yol Açtığı Kazalar

İşyerinde kullanılan makinelerin kullanılması sırasında, teknik bir arıza, kullanma talimatına uygun kullanmamak, makinenin koruyucu aparatlarının kullanılmaması gibi farklı nedenlerle ortaya çıkan kazalardır. Makinelerden kaynaklanan başlıca kaza nedenleri;

- Makine üretiminde bilinmeyen veya öngörülemeyen bir hataya neden olması durumunun kullanılmasıyla tespit edilmesi,

- Standartlara uygun olmayan şekilde makinelerin üretilmesi veya arızalı/hatalı üretilmesi,
- Makine kapasitesinin kullanırken aşırı zorlanması,
- Kullanılan makinelerin periyodik bakımlarının aksatılması veya zamanında yapılmaması,
- Makinelerin asıl kullanım alanları dışında kullanılması,
- Makinelerin koruyucularının olmaması veya varsa bile devre dışı bırakılmasıdır (Gerek, 2006).

Üretim Organizasyonunun Yol Açtığı Kazalar

Bu tür kazalar genellikle işveren tarafından bir kısım masraflardan kaçınmak amacıyla organizasyonun kurulması sırasında uygun çalışma ortamlarının hazırlanmaması, yönetim tarafından yeterli organizasyon yapısının kurulamaması ve tedbirlerin alınamamasından kaynaklanmaktadır. Üretim organizasyonlarının açtığı kazalar incelendiğinde, bu kazaların başlıca nedenleri arasında (Gerek, 2006):

- Makinelerin kurulum aşamalarında, mühendislik bilgisinin yetersiz olması,
- Makinelerin kurulması gereken alanın yeterli olmaması sonucunda, üretim organizasyonu tarafından planlanmada hata yaparak makinenin uygun olmayacak şekilde yerleştirilmesi,
- Makinenin kullanımının kullanıcı dostu olmaması veya insanın doğasına ve yapısına uyumlu olacak şekilde ergonomik olmaması,
- İşçi seçiminde titiz davranılmaması,
- İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin gerekli tüm tedbirlerin alınmamış olması veya gerekli araç ve gereçlerin eksik olması, yetersiz eğitim verilmesi,
- Kamu ve işverenlerin, iş sağlığı ve güvenliği denetimlerine yeterli özeni göstermemesi,
- İş güvenliği uzmanlarının yeterli sayıda olmaması, işyerlerinde istihdam edilenler için yeterli istihdam sayısına ulaşılamaması nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin eksik kadro ile yürütülmesi olarak görülmektedir.

Çevresel faktörlerin yol açtığı kazalar,

Bu tür kazalar genellikle işyerinde bulunan gürültü, aydınlatma, ısı ve nem ile radyasyon gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu kitabın risk değerlendirmesi başlığı altında özellikle sağlık kuruluşlarına yönelik çevresel faktörlere yönelik detaylı bilgilere yer verilmiştir.

Ekonomik Nedenler

Sağlık personeli öncelikle kendi, çevresi, hastaları ve ailesini korumak, işyerindeki iş gücü kayıplarını azaltmak, maliyeti azaltmak, etkin, sürekli ve sağlıklı bir çalışma ortamına katkı sağlayarak, işyerinde enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması aşamasında önemli bir rol oynamaktadır.

OSHA'nın yaptığı araştırmaya göre Avrupa ülkelerinde her yıl iş kazası ve meslek hastalığı sonucu 149.000.000 iş günü kaybı olduğu, bunun sonucu olarak yaklaşık 200.000.000 € maddi kayıp (Gürer, 2015)

Sosyal Nedenler

Sağlık eğitimi alan ya da almayan tüm sağlık personellerinde hem kendilerini hem de hizmet verdikleri hasta ve ailelerini korumak amacıyla bu virüslere karşı öncelikle tüm hastaların enfekte riski olduğu kabul edilmeli, standart ve evrensel önlemler alması büyük önem taşımaktadır (TTB, 2014; EKMUD, 2016; Sağlık Bakanlığı, 2016; CDC, 2017).

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Sorumluluklar

İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin sorumluluklara ilişkin detaylı bilgilere 29.12.2012 tarihli 28512 sayılı Resmî Gazete ile yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğinden ulaşılabilmektedir. Bu kapsamda belirlenen sorumluluklar, işveren ve çalışan sorumlulukları başlıkları altında belirlenmektedir.

İşverenin Sorumluluğu

Çalışan ve hizmet alanlar için işveren tarafından işyerinde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının sağlanması, sağlanan güvenli ortamın korunması ve geliştirilmesi amacıyla belirlenen sorumluluklar aşağıdaki maddelerle;

- İşveren, işyerlerinde alınması gereken iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin belirlenmesi ve uygulanmasının izlenmesi, iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi, çalışanların ilk yardım ve acil tedavi ile koruyucu sağlık ve güvenlik hizmetlerinin yürütülmesi amacıyla gerekli kurulları oluşturmak ve personel görevlendirilerek bu hizmeti gerçekleştirmek (10 ve daha fazla çalışanı olan çok tehlikeli sınıfta yer alan işyeri işverenleri ayrıca diğer sağlık personeli görevlendirir),

- İşyerinde gerekli niteliklere sahip personel bulunmaması halinde birinci fıkrada sayılan yükümlülüklerinin tamamını veya bir kısmını, Ortak Sosyal Güvenlik Birimi (OSGB)’nden hizmet alarak yerine getirmek,

- İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile ilgili görevlendirilen personelin etkin bir şekilde çalışması amacıyla gerekli kolaylığı sağlamak ve bu hususta planlama ve düzenleme yapmak,

- Görevlendirdiği kişi veya OSGB’lerin görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılamak,

- İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetini yürütenler arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamak,

- Görevlendirdiği kişi veya hizmet aldığı OSGB’ler tarafından iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuata uygun olan ve yazılı olarak bildirilen tedbirleri yerine getirmek,

- İşyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personelinin görevlerini yerine getirebilmeleri için, Bakanlıkça belirlenen sürelerden az olmamak kaydı ile yeterli çalışma süresini sağlamak,

- Çalışanın ölümü veya maluliyetiyle sonuçlanacak şekilde vücut bütünlüğünün bozulmasına neden olan iş kazası veya meslek hastalığının meydana gelmesinde ihmali yargı kararı ile kesinleşen işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanını Genel Müdürlüğe bildirmek,

- Bakanlıkça belirlenecek iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren konularla ilgili bilgileri, İSG KATİP sistemi üzerinden Genel Müdürlüğe bilgi vermek olarak tespit edilmiştir.

Çalışanın Sorumluluğu

Çalışanların, işyerinde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının korunması ve geliştirilmesi amacıyla sorumluluklar;

- İşyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı veya işveren tarafından verilen iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili mevzuata uygun talimatlara uymak,

- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yerine getirmek üzere işveren tarafından görevlendirilen kişi veya OSGB'lerin yapacağı çalışmalarda iş birliği yapmak,

- İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin sağlık muayenelerine, bilgilendirme ve eğitim programlarına katılmak,

- Makine, tesisat ve kişisel koruyucu donanımlarını verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda ve amacına uygun olarak kullanmak,

- Teftişe yetkili makamlar tarafından işyerinde tespit edilen noksanlık ve ilgili mevzuata aykırı hususların giderilmesi konusunda işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak,

- İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işverene veya çalışan temsilcisine haber vermektir.

İşgücü Piyasasına Genel Bir Bakış

ILO rakamlarına göre; Dünya'da yaklaşık 3 milyar işgücü bulunmaktadır. Bu iş gücünün yaklaşık 1,2 milyarı kadın çalışanlardır. Dünya'da yaklaşık her 15 saniyede bir işçi, günde yaklaşık 6.000 işçi iş kazası veya meslek hastalıkları sonucunda hayatını kaybetmektedir. Yılda, yaklaşık 360.000 kişi iş kazası nedeniyle 1.950.000 kişi de meslek hastalıklarından dolayı hayatını kaybetmektedir (<http://www.tioshconference.gov.tr/tr/>).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “Sağlık” kavramı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali (www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf) olarak tanımlanmıştır. Sağlık sektörü bütün bu fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma halini gerçekleştirmek amacıyla içerisinde doktor, diş hekimi, veteriner, eczacı, hemşire, ebe, hasta bakıcı, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, mühendis, tekniker, temizlik ve bakım personeli, şoför ve aşçılar vb. bulunduğu emek yoğun bir işgücü piyasasından oluşmaktadır. Bunların yanı sıra hasta bakımında doğrudan yer almayan, ancak potansiyel olarak sağlık personelinin ve hastalardan kaynaklı bulaşıcı ajanlara maruz kalma ihtimali olan kişilerin de (örneğin, büro, diyet, temizlik, çamaşırhane, güvenlik, bakım, idari, faturalandırma ve gönüllüler, çalışanların aileleri) de bu risklere maruz kalmaktadırlar (Shefer & ark., 2011; EKMUD, 2016).

Günümüzde hem sağlık personelindeki artış hem de kayıt eksikliklerinden dolayı da bu sayının daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Sağlık Sektörü Çalışanlarının İş Kazalarındaki Yeri

Yapılan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde mesleklere göre iş kazalarının en fazla yer meslekler arasında balıkadam, inşaat işçisi, pilot, asker, kamyon şoförü, koruma personeli, itfaiye eri, metal işleri çalışanları, maden işçileri ve sağlık çalışanları bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde En Fazla Karşılaşılan İş Kazaları

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 2003 yılındaki raporuna göre 35.000.000 sağlık personelinin yılda 3.000.000 kesici delici alet yaralanması olduğu yer almaktadır. Bu yaralanmaların çoğunun gelişmekte olan ülkelerde olduğu ve yılda 15.000 HCV, 70.000 HBV ve 500 HIV virüsünün olduğu ifade edilmektedir (WHO, 2003).

2017 yılında devlet hastanesinde çalışan personelin kesici ve delici alet yaralanmalarının analiz edilmesi ve kişisel koruyucu

ekipman kullanım oranının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada (Kepenek & Eker, 2017);

- 2012-2016 yılları arasında delici ve kesici alet yaralanması yaşayan 98 kişi olduğu ve bu yaralanmaların çoğunu sırasıyla hemşirelik öğrencileri, hemşireler ve temizlik personellerinin yer aldığı sonucuna ulaşıldığı,

- Ayrıca 98 kişinin 17'sine kaynak olan olgunun serolojik sonuçlarının tespit edildiği,

- Acil tıp teknisyenleri ve paramedikler üzerinde yapılan bir çalışmada %52.2'sinin kontamine olan bir iğnenin batma oranının %52.2, hastaya ait kan ve vücut sıvılarının göze sıçrama oranı %30.9, kontamine olmuş kesici aletlerin temas oranı da %22.5 olarak bulunduğ,

- Yaralanmalarının en fazla ambulans hareket halindeyken meydana geldiği sonucuna ulaşıldığı tespitlerine yer verilmiştir.

Ayrıca, 901 çalışan üzerinde yapılan bu çalışmada sadece 488 kişinin hizmet içi eğitimlere katıldığı, 95 kişinin bu yaralanmaları yöneticilerine bildirip gereken önlemleri aldığı görüldüğü (Gülen vd, 2016), 1998-2014 yılları arasında üçü hemşire olmak üzere altı sağlık çalışanının Kırım Kongo Kanamalı Ateşine maruz kalan hastalardan kontamine olmuş iğne batması sonucunda öldüğü (Oğan, 2014) tespitlerine yer verilmektedir. İş kazaları sonucunda gerçekleşen ölümler dikkate alındığında sağlık sektöründe çalışanların maruz kaldıkları tehlikenin boyutu da ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin yürütülmesi aşamasında, en fazla karşılaşılan iş kazaları arasında iğne batması, kesici ve delici alet yaralanması, cam kesiği, düşme ve çarpma, hasta taşıma ve kaldırma anında meydana gelen burkulma ve yaralanmalar görülmektedir.

Sağlık Kurumlarında İş Kazalarına Maruz Kalan Hedef Kitle Dağılımı

Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan iş kazaları incelendiğinde, iş kazalarına maruz kalan hedef kitle öncelik sırası hemşire, doktor ve hasta bakıcılar olarak ilk üç sırada yer almaktadır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Yasal Dayanaklar

İş Sağlığı ve Güvenliği kapsamında aşağıda yer alan;

- Avrupa Birliği'nin 89/391 Sayılı Çerçeve Direktifi,
- 155 ve 161 Sayılı ILO Sözleşmeleri,
- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu,
- 4857 sayılı İş Kanunu,
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

Kanunu,

- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- Belediye Kanunu çalışanlar, işverenler, kamu kurumları ile denetim sorumluluğu bulunan diğer kuruluşlar için belirlenen yasal dayanaklar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Alınması Gereken Tedbirler

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili olarak sağlık kurumlarında alınması gereken tedbirler ve yapılması gereken işlemler tehlike sınıfının belirlenmesi, risk değerlendirme faaliyetleri, acil durum, yangınla mücadele, ilk yardım ve tahliye planlarının hazırlanması, iş kazaları ve meslek hastalıklarının kayıt ve bildirimlerinin sağlanması, çalışanların bilgilendirilmesi ve eğitimi, çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması, sağlık kurumları için iş sağlığı ve güvenliği konularında görevlendirilmesi gereken personel/kurulların oluşturulması, sağlık kurumları için iş sağlığı ve güvenliği süreçlerinde tutulması gerekli kayıtlar ve arşivlenmesi konularına yönelik bilgiler verilecektir.

Tehlike Sınıfının Belirlenmesi

15.08.2009 tarihli ve 27320 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin 57'nci maddesi uyarınca oluşturulan Tehlike Sınıfı Belirleme Komisyonunun görüşleri doğrultusunda işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından yer aldığı tehlike sınıfları “Az Tehlikeli İşler”, “Tehlikeli İşler” ve “Çok Tehlikeli İşler” olarak belirlenmiştir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının 27.02.2017 tarihinde yayımladığı İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile bu kapsamda “Çok Tehlikeli İşler” olarak tespit edilmiştir. Tehlike sınıfının belirlenmesi kamu veya özel işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği için oluşturulacak kurul ve görevlendirilecek personel sayılarının tespit edilmesi için önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle, iş sağlığı ve güvenliğinde ilk adım, işyerinin tehlike sınıfının belirlenmesidir.

Risk Değerlendirme Faaliyetleri

Risk değerlendirme faaliyetleri, risk değerlendirmesi ve sağlık kurumlarında risk değerlendirmesi başlıkları altında incelemek mümkün olacaktır.

Risk Değerlendirmesi

İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin çalışanlara, işyeri ve çevresine verebileceği zararların ve bunlara karşı alınacak önlemlerin belirlenmesi amacıyla yapılması gereken çalışmalardır. Risk değerlendirmenin açıklanabilmesi için öncelikle tehlike ve riskin tanımının yapılması gerekmektedir. Tehlike, bir şeyin zarar verme potansiyeli olarak tanımlanmaktadır. Risk ise herhangi bir tehlikeye maruz kalma sonucunda meydana gelecek ölüm, hastalık ve sakatlık geçirme olabileceği gibi hastalık veya sakatlığın şiddetini ifade etmektedir.

Risk değerlendirme, aşağıda belirtilen beş aşamada gerçekleştirilmektedir.

- İlk aşamada, işyerinde gerçekleştirilen faaliyetler ile bu faaliyetlerde yer alan insan, alet, makine ve teçhizat özellikleri ile bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesi aşamasında tanımlanan tehlikeli davranışlar belirlenmelidir.

- İkinci aşamada, gerçekleştirilecek her faaliyette muhtemel tehlikeler tespit edilmelidir. Tespit edilen tehlikeler hazırlanacak bir kontrol listesinden “Evet” veya “Hayır” şeklinde işaretlenerek, tehlikenin var olup olmadığı tespit edilmelidir.

- Üçüncü aşamada, belirlenen tehlikelerden kaynaklanan riskler belirlenmelidir.

- Dördüncü aşamada, belirlenen tehlikelerden kaynaklanan riskin ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.

- Beşinci ve son aşamada ise “Risk Değerlendirme Formu” düzenlenerek, risk değerlendirme belgelendirilmelidir.

Risk değerlendirilmesinin ana amacı, risklerin kabul edilebilir veya kabul edilemez olduğunun belirlenmesi ve alınması gereken tedbirlerin neler olduğunun ortaya çıkarılmasının sağlanmasıdır.

- İş sağlığı ve güvenliği odaklı risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili kullanılan birçok yöntem bulunmaktadır (Saat, 2009; Tixier & ark., 2002; Pinto & ark., 2011). Bunlardan bazılarına Gül ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada L ve X Tipi Matris Metodu, Sapma Analizi, Sebep-Sonuç Diyagramları, Olay Ağacı Analizi, Fine-Kinney Metodu, Hata Ağacı Analizi, Başlangıç Tehlike Analizi, Tehlike ve İşletilebilirlik Metodu (HAZOP), Hata Türü ve Etkileri Analizi (FMEA), Enerji Analizi ve Eğer-Öyleyse Analizlerine yer vermişlerdir (Gül & ark., 2014).

Genel olarak risk değerlendirme yöntemlerinden en sık olarak kullanılan yöntem, L-X Matris yöntemi karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntemi kullanılarak tespit edilebileceği gibi her iki yöntemi birbirinden ayıran en önemli fark, risk değerini bulmak için kullandıkları kendilerine has metotlardır (Ceylan ve Başhelvacı,

2011). L Tipi Matris için risk değerlendirmesi yapmak için olasılık ve şiddet değerlerinin hangi esaslara göre belirlenmesi gerektiği ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Olasılık değeri Tablo 10.1’de, Şiddet değeri ise Tablo 10.2’de gösterilmiştir (Gül & ark., 2014).

Tablo 1. Olasılık Değerleri

Olasılık Bilgileri	Ortaya Çıkma Olasılığı İçin Derecelendirme Basamakları
(1) Çok küçük	Hemen hemen hiç
(2) Küçük	Çok az (yılda bir kez) sadece anormal durumlarda,
(3) Orta	Az (yılda birkaç kez)
(4) Yüksek	Sıklıkla (ayda bir)
(5) Çok yüksek	Çok sıklıkla (haftada bir, her gün) normal çalışma şartlarında

Tablo 2. Şiddet Değerleri

(1) Çok hafif	İş saati kaybı yok, hemen giderilebilen, ilk yardım gerektiren
(2) Hafif	İş günü kaybı yok, kalıcı etkisi olmayan ayakta tedavi
(3) Orta	Hafif yaralanma, yatarak tedavi/yaralanma
(4) Ciddi	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı
(5) Çok ciddi	Ölüm, sürekli iş göremezlik

Aşağıdaki Tablo 10.3.’te L Tipi Matris şeklinde hazırlanan Risk Değerlendirme Çizelgesi yer almaktadır. Bu çizelge ile her bir faaliyet için “Risk” hesaplanmalı, çıkacak hesaplamalara göre alınacak tedbir ve önlemler belirlenmelidir.

Tablo 3. Risk Değerlendirme Çizelgesi

R İ S K Olasılık * Şiddet		Şiddet				
		Çok Hafif	Hafif	Orta	Ciddi	Çok Ciddi
Olasılık	Çok Az	Önemsiz	Önemsiz	Kabul Edilebilir	Kabul Edilebilir	Kabul Edilebilir
	Az	Önemsiz	Kabul Edilebilir	Kabul Edilebilir	Orta Düzeyde	Orta Düzeyde
	Orta	Kabul Edilebilir	Kabul Edilebilir	Orta Düzeyde	Orta Düzeyde	Önemli
	Yüksek	Kabul Edilebilir	Orta Düzeyde	Orta Düzeyde	Önemli	Önemli
	Çok Yüksek	Kabul Edilebilir	Orta Düzeyde	Önemli	Önemli	Çok Önemli

Risk değerlendirme sonucunun:

- **“Önemsiz” çıkması halinde;** herhangi bir işlem yapmak gerekmemektedir.
- **“Kabul Edilebilir” çıkması halinde;** standart kontroller dışında ilave kontrol gerekmez, diğer riskler kontrol altına alındıktan sonra denetlenmelidir.
- **“Orta Düzeyde” çıkması halinde;** bu risk grubuna giren işler için mevcut kontrollerin uygulanıp uygulanmadığı izlenmeli, riski azaltmak için gerekli tedbirler alınmalı, düşük maliyet ve en az işgücü kullanılarak kontrol altına alınabilecek risklerden başlayarak risklerin ortadan kaldırılmasına yönelik işlemler yapılmalıdır.
- **“Önemli” çıkması halinde;** bu risk grubuna giren işler için alınması gereken tedbirler ivedilikle belirlenmeli ve programa alınmalı, belirlenen risk seviyesi azaltılıncaya kadar faaliyet durdurulmalı, acil önlemler alınarak faaliyetin devamına karar verilebilmelidir.
- **“Çok Önemli” çıkması halinde;** bu risk grubuna giren işler için önlem alınmadan işin devam etmesine asla izin verilmemeli,

mümkün olmaması halinde riskin kaynağı (kullanılan makine, ekipman, malzeme ve yöntem) değiştirilmeli veya faaliyet özel tedbirler alınarak kısıtlı bir şekilde yerine getirilmeli, ancak alınan tüm önlemlere rağmen risk puanında azalma olmaması halinde yapılan iş durdurulmalıdır.

Aşağıdaki Tablo 10.4.'te yapılan örnek bir risk analizi için daha sonraki dönemde gerçekleştirilen Düzeltici/Önleyici Faaliyetler belirlenerek yeni risk seviyesi belirlenmiştir.

Tablo 4. Örnek Risk Analizi Tablosu (Düzeltilici/Önleyici Faaliyetler)

No	Faaliyet Türü	Olası Tehlike	Oluşabilecek Riskler	Olasılık	Şiddet	Risk	Düzeltilici, Önleyici Faaliyet	Olasılık	Şiddet	Risk	Açıklama	Sorumlu	Süre
1	Acil Servis kapısı	Acil Servis kapısının içeri açılması	Olağanüstü bir durumda Acil Servis kapısının sıkışması ve yaralanmaya neden olması	Küçük (2)	Çok Ciddi (5)	Orta Düzey (10)	Acil Servis kapısının bina dışına bakacak şekilde açılmalı	Çok Küçük (1)	Çok Ciddi (5)	Katılamaz (5)	Bu risk seviyesi en düşük seviyeye inmiştir.	Oya KAYA	15 Gün

Sağlık Kurumlarında Risk Değerlendirmesi

Hastanelerdeki riskleri biyolojik, fiziksel, kimyasal, ergonomik ve psikolojik olarak sınıflandırmaktadır (NIOSH, 2017).

Biyolojik Riskler

Sağlık çalışanları, çalışma koşulları dolayısıyla risk altında katlıkları en önemli risk biyolojik risklerdir. NIOSH'nın sınıflandırmasına göre biyolojik risk faktörleri iki grup ayrılır. Bunlar;

- Kan ve kanlı vücut sıvıları,
- Temas ve solunum yolu ile bulaşan hastalık etkenleridir (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

Vücut sıvıları, kontamine tıbbi sarf malzemeleri ve ekipmanları, kirlenmiş çevre yüzeyleri veya kirli hava dahil olmak üzere hastalara ve / veya bulaşıcı materyallere maruz kalma potansiyeline sahip sağlık alanlarında çalışan kişiler sağlık personeli olarak tanımlanır. Sağlık çalışanları, işleriyle ilgili çeşitli faaliyetler ve bulaşma ihtimalleri nedeniyle bulaşıcı ajanlarla (hepatit B, influenza, ebola, KKK vb.) temas riski yüksektir. Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) kan yolu ile, tüberküloz, suçiçeği, kabakulak, difteri, kızamık, kızamıkçık, boğmaca, meningokok, parvovirüs B19, influenza, virüsler ve brusella bakterileri solunum yolu ile bulaşabilmektedir. Sağlık çalışanlarının bu tehlikelere maruz kalmasını önlemek veya azaltmak mümkün olsa da, işyerlerinde yaralanma ve hastalıklara temas riski ile yaşamaya devam etmektedir (NIOSH, 2017). Kan yoluyla bulaşan bu enfeksiyonlara maruz kalma riski, ekonomik ve pratik önlemlerle önlenebilir. Enfeksiyonlardan korunmak için aşı alınan önlemlerden biridir. Ancak, sadece Hepatit B enfeksiyonuna karşı aşı bulunmakla birlikte HCV ve HIV'a karşı hala bir aşı bulunamamıştır (CDC, 2017; IAC, 2018).

Her yıl Birleşik Devletlerde yaklaşık 2000 kişi hepatit B'ye bağlı karaciğer hastalığından ölmektedir (CDC, 2017). Bulaşıcı

hastalıklar ile karşılaşma ihtimalleri yüksek olduğu için sağlık eğitimi alan ya da almayan tüm sağlık personellerinde hem kendilerini hem de hizmet verdikleri hasta ve ailelerini korumak amacıyla aşı yapılması büyük önem taşımaktadır (EKMUD, 2016).

Sağlık personelinin kendisini, çevresini, hastalarını ve ailesini korumak, iş gücü kaybını azaltmak, sağlık çalışanına ve devletin ekonomisine yarar sağlamak ve maliyeti azaltmak amacı ile etkin ve başarılı bir aşı sistemi yapmaktadır. Aşı Uygulamaları Danışma Komitesi (Advisory Committee on Immunization Practices-ACIP), 2011 yılında sağlık bakım personelinin aşılmasına yönelik Aşı Uygulamaları Danışma Komitesinin Önerileri Rehberi güncellenmiş (Shefer vd. 2011) ve sağlık personelinin aşılınması aşağıda belirtilen iki grupta (Kartal, 2008; Shefer vd. 2011);

- Kuvvetle Önerilen (Rutin Aşılar): Temel olarak sağlık personeli için özellikle uygulanması önerilen aşılar arasında influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği aşıları ve hepatit B aşısı ile suçiçeği için hiper immunglobulin uygulamaları,
- Özel Durumlar İçin Önerilen Aşılar: BCG, tifo, boğmaca, çiçek, meningokok aşısı ve hepatit A için immunglobulin uygulaması olarak toplanmıştır.

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneğinin ve Sağlık Bakanlığının 2016 yılı raporunda, CDC'nin 2017 yılı aşı programı için hazırlanan raporlarında;

- Kuvvetle Önerilen (Rutin Aşılar); Hepatit B, influenza, KKK (kızamık, kabakulak, kızamıkçık), Tdap (Tetanoz, Difteri, Boğmaca) ve suçiçeği aşıları yer alırken,
- Özel Durumlarda Önerilen Aşılar: Meningokok, polio ve tifo yer almaktadır.

Sağlık çalışanları için boğmaca aşısı 2011 yılında özel durumlarda uygulanması önerilirken, 2017 yılında kuvvetle önerilen aşılar arasında yer aldığı görülmektedir.

Hastane çalışanlarının işe giriş muayenelerinin yapılması ve aşılarının tamamlanması enfeksiyon kontrolü açısından gerekli; iş sağlığı ve güvenliği yönüyle çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde çalışacakların, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamayacağı (6331 S.K., M.15(2)) hüküm altına alınmıştır.

Hastanelerde biyolojik risk etmenlerine maruziyet düzeyinin en aza indirilmesi için öncelikle toplu koruma önlemleri alınmalı veya maruziyetin önlenemediği durumlarda kişisel koruyucu ekipmanlar (maske, gözlük, yüz koruyucu, önlük, eldiven vb.) kullanılmalıdır.

Fiziksel Riskler

Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri sırada en fazla maruz kaldığı fiziksel riskler arasında; gürültü, aydınlatma, radyasyon, havalandırma (TTB, 2008) ile bina ve cihaz dizaynı gibi fiziksel şartlar (Hüner, 2015) gelmektedir.

Gürültü

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık hizmeti veren hastanelerde gürültü seviyesinin gündüz saatlerinde 35 dB(A), gece saatlerinde ise; 30 dB(A)'i geçmemesi gerektiğini (EPA, 2014) belirtmektedir. Hastaneler, sessiz ve sakin mekân olarak görülmesine rağmen özellikle laboratuvar, hasta bekleme odası, hasta kayıt masası, yoğun bakımlar, hemşire ve hasta odalarında gürültünün iş üretimini ve hasta bakımını olumsuz etkileyecek düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (Akgün & Akgün, 2016).

Gürültünün çalışan sağlığı üzerine; geçici veya kalıcı işitme kaybı ile fiziksel, yorgunluk, uyku bozuklukları, stres, baş ağrıları, dolaşım semptomları gibi fizyolojik, davranış bozuklukları, sinirlenme, genel rahatsızlık ve sıkılma gibi psikolojik etkileri vardır (Parlar, 2008, 550; TTB, 2008).

Gürültü düzeyinin azaltılmasına yönelik bazı önlemler alınması gerekmektedir. Alınan önlemlere rağmen gürültü varsa çalışanın

sağlığını korumak için kişisel koruyucu ekipmanlar verilmelidir. Gürültü kaynağını kesmek ya da azaltmak amacıyla;

- Anons hoparlörlerinin, akustik tavan sistemi radyo ve televizyonların seslerini kısmak,

- Gürültü yapan makinelere susturucu takmak,

- Gürültüye neden olan parçaları yenilemek,

- Periyodik bakım ve yağlamaları zamanında ve düzenli yapmak,

- Alınan önlemlere rağmen gürültü istenen düzeye düşürülemiyorsa gürültü çıkaran ekipmanları ayırarak özel bölmelere koymak,

- Binanın içindeki döşeme ve duvarları ses emici özellikteki malzemelerle kaplamak,

- Bireysel olarak temiz, rahat ve kulak yapısına uyumlu kulak tıkaçları kullanmak alınabilecek önlemler arasında sayılabilmektedir.

Aydınlatma

Sağlık hizmeti veren kurumlarda fiziksel çevrenin doğru olarak algılanmasının önemli olduğu yerlerde aydınlatma, daha fazla önem kazanmaktadır. Hastanelerde yer alan aydınlatma sisteminin yetersizliği sağlık çalışanlarının ve hastaların sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, iş kazalarına yol açabilecek en önemli fiziksel etkenler arasında yer alabilmektedir. Özellikle ameliyathanede aydınlatma sisteminin yetersiz olması, ameliyat esnasında müdahale edilecek bölgelerin görülmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Gereğinden fazla kullanılan aydınlatma sistemi ise yorgunluğa, görülmesi gereken alanların parlamasına yol açarak olumsuz yönde etki gösterebilmektedir. Bu nedenle, özellikle bu konuda alınması gereken tedbirler arasında ameliyathanede kullanılan aydınlatma sisteminin;

- Işığının çapı ayarlanabilir olmalı,

- Gölge oluşturmıyacak şekilde olmalı,
- Her açuya göre ayarlanabilir olmalı,
- Sıcaklık üretirken minimum düzeyde üretmeli,
- Aydınlatma sistemi kolay temizlenebilir olmalıdır.

Sağlık kuruluşlarında yanlış aydınlatma sistemleri aynı zamanda çalışanlarını fiziksel olarak etkilemesinin yanı sıra biyolojik ve psikolojik olarak da (özellikle nöbet tutan, yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanlarında) olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, verimli bir aydınlatma sistemi elde edebilmek amacıyla;

- Lambaların belirli aralıklarla bakım ve temizliklerinin yapılması,
- Kullanılmaz durumdaki sistemlerin yenileriyle değiştirilmesi,
- Işığın istenilen düzeye göre ayarlanmasına imkân sağlanması,
- Kullanılacak entegre bir otomasyon programı kullanılması ile merkezi olarak yönetilebilen bir aydınlatma sistemi özellikle hastaneler gibi aydınlatmanın önemli olduğu karmaşık yapılarda kullanım kolaylığı sağlayacaktır.

Radyasyon

Radyasyon atomlardan enerji yayılımı ve transferi olarak tanımlanmakta ve elektromanyetik dalga özelliklerini gösteren bir enerjidir (Gökharman & ark., 2016). Günümüzde çoğu hastalığın tıbbi tanı ve tedavisi için görüntüleme yöntemlerinde (akciğer grafisi, abdominal grafisi, bilgisayarlı tomografiler (BT), manyetik rezonans (MR) gibi) kullanılmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanları için mesleki risk oluşturmaktadır.

En büyük risk altında bulunan sağlık personeli radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp ana bilim 18 dallarında çalışanlardır. Ayrıca dış klinikleri, kardiyoloji çalışanları, yoğun

bakımlar ve ameliyathanelerde çalışanlar da radyasyon riski ile karşı karşıyadır (TTB, 2008). Radyasyon etkileri, akut ya da kronik şekilde olabilmektedir.

Radyasyon etkilerinden korunmak, iş sağlığı ve güvenliği kapsamında gerekli tedbirleri almak için 05.07.2012 tarihli, 28344 sayılı Resmi Gazete’de yer alan “*Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmeliği*”nde Radyasyon Doz Limitleri yer almaktadır. Bu yönetmeliğin 8’inci Maddesinde “*Personel Çalışma Esasları ve Tedbirler*” başlığı altında yer alan tedbirlerin sağlık çalışanlarının radyasyondan korunması amacıyla uygulanması gerekmektedir.

Havalandırma

Hastanelerde havalandırma sistemleri, optimum sıcaklığı, nemi ve personelin ve hastaların sağlığını koruyacak özellikte bir hava akımını sağlamalıdır. Herhangi bir binanın havalandırma sistemi düzenlenirken havalandırma kanallarının ve fan büyüklüklerinin, kanallardaki hava akım hızlarının doğru hesaplanması büyük önem taşımaktadır. Havalandırma sisteminin en önemli bileşenleri;

- Isıtma-soğutma düzenekleri,
- Gürültüyü azaltıcı düzenekler,
- Partikül tutucu filtrelerdir.

Havalandırma sistemi ile sirküle olan havanın bir bölümünün mutlaka dışarıdan gelen taze hava ile değiştirilmesi gerekir. Nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi için gerekli ek özellikler nedeniyle, hastane ventilasyon sistemlerinde filtrasyon önemlidir. Uygun filtrasyon teknolojisi kullanılarak, enfeksiyon kontrolü açısından gerekli görülen yerler için partikülden arındırılmış hava sağlamak mümkün olacaktır.

Hastanelerdeki tüm havalandırma sistemlerinde iki ayrı filtre sisteminin bulunması; bunlardan birincisinin etkinliğinin en az %30 veya üzerinde, ikincisinin etkinliğinin ise en az %90 veya üzerinde

olması gerekmektedir. Bazı filtre sistemleri $\geq 0.3\mu\text{m}$ partiküllerin %99,97'sini tutabilir. Bu filtrelere “High Efficiency Particulate Air” (HEPA) filtresi adı verilir. Bu sistemin pahalı olması nedeniyle hastanenin özel bölümlerinde (ortopedi ameliyathaneleri, immünsüprese hastaların yattığı üniteler vb.) tercih edilmesi uygun olacaktır. Tüm havalandırma sistemlerinin bakımı ve idamesi, enfeksiyon kontrolü açısından hayati bir önem taşımaktadır. Gerekli periyodik bakım yapılmadığı takdirde havalandırma sistemleri patojen mikroorganizmalar için bir rezervuar haline gelebilir. Hastane içinde oluşturulan her türlü havalandırma sisteminin bakımı teknik ekip tarafından düzenli olarak yapılmalı, filtreler değiştirilmeli, sıcaklık, nem ve akım kontrolü periyodik olarak yapılma ve takip edilmelidir.

Bina ve cihaz dizaynı

Hastaneler henüz planlama aşamasında hasta nakillerinin sedye ile yapılabilmesine, acil durumlarda giriş çıkışların kolay ve seri bir şekilde yapılabilmesine imkân sağlamalı, kazalara davetiye çıkaracak şekilde kaygan ve göz kamaştıran malzemeler kullanılmamalıdır.

Sağlık kuruluşlarında kullanılan cihazların ameliyathane, poliklinik ve muayene odalarına uyumlu olması ve sağlık personeli tarafından hastaya müdahale etmesi aşamasında bedenin rahat hareket etmesine olanak vermeli, istendiğinde portatif ve yer değiştirilebilir olmalı, sürekli olarak bu cihazların kontrol ve bakımları takip edilmelidir.

Acil Durum, Yangınla Mücadele, İlk Yardım ve Tahliye Planlarının Hazırlanması

İş sağlığı ve güvenliğini tehlikeye düşürebilecek olumsuz ani ve acil gelişmeler ortaya çıkabilir. Bu olumsuz gelişmeler deprem, sel, yıldırım düşmesi gibi doğal afetler olabileceği gibi işyerinde yeterli yer emniyet tedbirlerinin alınmamasından veya kullanılan makine ve teçhizatın arızalanmasından kaynaklanabilmektedir. Tüm bu olumsuz durumlara hazırlıksız yakalanılması halinde, doğabilecek

kargaşa ve panik halinde ortaya çıkabilecek zararın şiddeti çok daha fazla olabilmektedir. Bu nedenle, ani olarak ortaya çıkacak tehlikelere karşı hazırlıklı olmak, zarara uğramamak veya zararı olabildiğince azaltmak için acil durum, yangınla mücadele, ilk yardım ve tahliye planlarının hazırlanması çok önemli bir faaliyettir.

Planlar çerçevesinde her yıl işyeri sağlık birimi tarafından çalışanlara eğitim verilmeli, olağanüstü durum, yangın güvenliği, kimyasal saçılmalar, radyoaktif madde saçılmaları vb. konularda tatbikatlar yapılmalıdır.

Sağlık kurumlarında olağanüstü durumlarda kullanılmak üzere;

- Toplanma bölgeleri tespit edilmeli (açık otopark/spor alanları, acil servis önü vb.),
- Acil çıkış için yönlendirme tabelaları kullanılmalı,
- Sağlık, yangınla mücadele ve tahliye ekipleri kurularak, görev ve sorumluluklar belirlenmelidir.

İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Kayıt ve Bildirimlerinin Sağlanması

İşverenlerin, iş kazaları ve meslek hastalıklarının tespitini yapması, kayıtlarını tutması, raporlarını hazırlaması ve gerekli mercilere bildirilmesi hem kendi açısından hem de genel olarak bilgi edinilmesi, ileriye yönelik olarak ders çıkarılması ve yeni tedbirlerin alınması, sağlıklı istatistik bilgilerinin toplanması için çok önemlidir. İş ve meslek hastalıklarını;

- İşverenlerin, iş kazalarını kazayı izleyen 3 işgünü içinde,
- Sağlık hizmeti sunucularının veya işyeri hekiminin kendisine bildirdiği meslek hastalıklarını öğrendiği tarihten itibaren yine 3 işgünü içinde,
- Ayrıca, sağlık hizmeti sunucuları kendilerine intikal eden iş kazalarını ve yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları ise en geç 10 gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'na bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır.

Çalışanların Bilgilendirilmesi ve Eğitimi

Çalışanlara yönelik genel olarak verilecek eğitimler 15.05.2013 tarihli Resmî Gazete'nin 28648 sayısında yayımlanan “*Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” ile belirlenmiştir. Bu kapsamda verilecek eğitimler;

- İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri; Bu eğitim, işe başlamadan önce, çalışma yeri veya iş değişikliğinde, iş ekipmanının değişmesi hâlinde veya yeni teknoloji uygulanması hâlinde verilir. Değişen ve ortaya çıkan yeni risklere uygun olarak yenilenir, gerektiğinde ve düzenli aralıklarla tekrarlanması gerekir.

- Çalışan Temsilcisi Eğitimi: Çalışan temsilcileri özel olarak eğitime alınır.

- Mesleki Eğitim: Çok tehlikeli sınıfta yer alan sağlık kurumlarındaki personel, yapacağı işle ilgili olarak mesleki eğitim almalıdır (Personel alınan eğitim belgelendirildikten sonra çalıştırılır).

- İş kazası geçiren veya meslek hastalığına yakalanan çalışana işe başlamadan önce söz konusu kazanın veya meslek hastalığının sebepleri, korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemleri ile ilgili ilave eğitim verilir.

- Herhangi bir sebeple altı aydan fazla süreyle işten uzak kalanlara, tekrar işe başlatılmadan önce bilgi yenileme eğitimi verilir.

- Sağlık kuruluşlarında karşılaşılabilecek sağlık ve güvenlik riskleri ile ilgili yeterli bilgi ve talimatları içeren eğitim verilir (Başka işyerlerinden çalışmak üzere gelen çalışanlar sağlık ve güvenlik riski eğitimine ilişkin belge olmaksızın işe başlatılamaz).

Çok tehlikeli işyerleri kapsamında bulunan sağlık kurumlarında çalışanlara verilecek eğitimler, çalışanların işe girişlerinde ve işin devamı süresince her çalışan için en az on altı saat olarak düzenlenmelidir. Eğitim sürelerinin bütün olarak değerlendirilmesi esas olmakla birlikte dört saat ve katları şeklinde işyerindeki vardiya ve benzeri iş programları da dikkate alınarak farklı zaman dilimlerinde, genel konular, sağlık konuları ve teknik konular başlıkları altında aşağıdaki konularda;

- Genel konular içerisinde yer alan çalışma mevzuatı ile ilgili bilgiler, çalışanların yasal hak ve sorumlulukları, işyeri temizliği ve düzeni, iş kazası ve meslek hastalığından doğan hukuki sonuçları,
- Sağlık konuları içerisinde yer alan meslek hastalıklarının sebepleri, hastalıktan korunma prensipleri ve korunma tekniklerinin uygulanması, biyolojik ve psikososyal risk etmenleri ile ilkyardım konuları,
- Teknik konular içerisinde yer alan kimyasal, fiziksel ve ergonomik risk etmenleri, elle kaldırma ve taşıma, parlama, patlama, yangın ve yangından korunma, iş ekipmanlarının güvenli kullanımı, ekranlı araçlarla çalışma, elektrik, tehlikeleri, riskleri ve önlemleri, iş kazalarının sebepleri ve korunma prensipleri ile tekniklerinin uygulanması, güvenlik ve sağlık işaretleri, kişisel koruyucu donanım kullanımı, iş sağlığı ve güvenliği genel kuralları ve güvenlik kültürü, tahliye ve kurtarma konularında eğitim verilmesi gerekir.

İşyerinde 15 yaşını bitirmiş, ancak 18 yaşını doldurmamış genç çalışanlar, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren grupların özellikleri dikkate alınarak gerekli eğitimler verilmelidir. Ayrıca, destek elemanlarına ve çalışan temsilcilerine, görevlendirilecekleri konularla ilgili eğitim de verilmelidir.

Çalışanların Görüşlerinin Alınması ve Katılımlarının Sağlanması

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında aşağıdaki konularda çalışanlar ile çalışan temsilcilerinin mutlaka görüşlerinin alınması ve bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bunlar;

- Risk değerlendirmesi ve eğitim programlarının hazırlanması,
- İşyerinden görevlendirilecek veya işyeri dışından hizmet alınacak işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer personel ile ilk yardım, yangınla mücadele ve tahliye işleri için kişilerin görevlendirilmesi ile yeni teknolojilerin uygulanması, seçilecek iş ekipmanı, çalışma ortamı ve çalışanların sağlık ve güvenliğine etkisine ilişkin konulardır (Alpagut, 2014).

- Ayrıca, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 18'inci maddesi gereği işveren, görüş alma ve katılımın sağlanmasına yönelik işyerinde konusuna göre birden fazla çalışan temsilcisi bulundurmakla yükümlü ise (işyerlerinde en az 51 çalışanı bulunması halinde) varsa işyeri sendika temsilcinin, sendikanın bulunmaması halinde çalışan temsilcilerinin, iş sağlığı güvenliği ile ilgili konularda görüşlerini almak, teklif getirme hakkını tanımak zorundadır.

Sağlık Kurumları İçin İş Sağlığı ve Güvenliği Konularında Görevlendirilmesi Gereken Personel/Kurulların Oluşturulması

Sağlık kurumlarının (kamu ve özel sağlık kuruluşları) “Çok Tehlikeli İşler” sınıfında yer alan ve hizmet üreten işyeri olmaları nedeniyle aşağıda belirtilen personeli görevlendirme ve ilgili kurulları oluşturma zorunluluğu bulunmaktadır.

6331 sayılı Kanun'un Madde 3'te işyeri hekimi, işyeri hemşiresi, iş güvenliği uzmanı, çalışan temsilcisi, teknik eleman ve destek elemanlarının kimler olduğuna yer verilmiş, ayrıca işyeri sağlık ve güvenlik biriminin tanımı yapılmıştır. Bu kapsamda;

- Bakanlıkça iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere yetkilendirilen, işyeri hekimliği belgesine sahip olan hekim, işyeri hekimi olarak tanımlanmaktadır (6331 SK; M.3/1).

- 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'na göre hemşirelik mesleğini icra etmeye yetkili, iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hemşireliği belgesine sahip hemşire veya sağlık memurunu ifade etmektedir (6331 SK; M.3/ş).

- İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlık tarafından belirlenmiş usul ve esaslar ile yönetmelikle belirlenen, yetkilendirilen iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip olan kişiler iş güvenliği uzmanı olarak ifade etmektedir (6331 SK; M.3/f). Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında çalışma hayatını denetleme yetkisi bulunan müfettişler ile mühendislik fakülteleri mezunları veya mimarlık fakültesi mezunları ile bu kapsamdaki teknik elemanlar iş güvenliği uzmanı olabilmektedir.

- İş sağlığı ve güvenliği kapsamında gerçekleştirilen çalışmalara katkı sağlamak, çalışmaları izlemek, tedbir alınmasına

yönelik talepte bulunma, teklif verme vb. konularda tüm çalışanları temsile yetki verilen kişiler çalışan temsilcisi olarak tanımlanmaktadır (6331 SK; M.3/c). İşyerinde çalışan sayısına göre çalışan temsilcisi ve birden fazla çalışan temsilcisi bulunan işyerlerinde ise baş temsilci bulundurma zorunluluğu vardır.

Aşağıdaki Tablo 5'te 6331 sayılı Kanunu'nun 20'nci maddesine göre işyerlerinde bulunması gereken çalışan temsilcisi sayısı ve baş temsilci bulundurma zorunluluğuna yer verilmiştir.

Tablo 5. Çalışan Temsilcisi ve Baş Temsilci Bulundurma Tablosu

Çalışan Sayısı	Çalışan Temsilcisi Sayısı	Baş Temsilci Zorunluluğu
2-50	1	Yok
51-100	2	Var
101-500	3	Var
501-1000	4	Var
1001-2000	5	Var
2001=>	6	Var

- Belirli unvanlara sahip (teknik öğretmen, kimyager, fizikçi, biyolog) kişiler ve iş sağlığı güvenliği lisan programı mezunları kanun kapsamında teknik eleman (6331 SK; M.3/s)

- İş sağlığı ve güvenliği faaliyetleri içerisinde yer alan görevlendirmelerin dışında ayrıca koruma, önleme yangınla mücadele, ilk yardım vb. konularda görevlendirilerek, uygun donanım ve eğitim alan kişiler destek elamanı (6331 SK; M.3/ç),

- İşyerlerinde, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesi amacıyla kurulan, gerekli donanım malzemeleri ile personele sahip olan birim işyeri sağlık ve güvenlik birimi olarak tanımlanmaktadır. Bu birimde asgari bir işyeri hekimi ve işyeri tehlike sınıfına uygun bir belgeye sahip en az bir iş güvenliği uzmanının bulunması gerekmektedir (6331 SK; M.3/i).

Sağlık Kurumları İçin İş Sağlığı ve Güvenliği Süreçlerinde Tutulması Gerekli Kayıtlar ve Arşivlenmesi

Sağlık kurumları tarafından tutulması gereken gerekli kayıtlar ve belgelerin arşivlenmesini genel olarak aşağıda belirtilen başlıklar altında sıralamak mümkün olmaktadır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Tespit ve Öneri Defteri

Süreçlere ilişkin verilerin kayıt altına alınması zorunlu olduğundan İş Sağlığı ve Güvenliği Tespit ve Öneri Defteri (Onaylı Defter) düzenli olarak seri numaralı ve üç nüsha (otocopy) olacak şekilde olmalıdır.

Bu defterin, Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlükleri (ücretsiz) veya Noter (ücretli) tarafından her sayfası mühürlü olacak şekilde onaylanması gerekmektedir.

Onaylı defter her işyeri için özel olduğundan, her faaliyet yılı için yeni defter tutulması ve açılış onayı yaptırılması zorunludur. Defterin ilk sayfasında;

- SGK sicil numarası,
- İşyeri adresi ve iletişim bilgileri,
- İşveren veya sorumlu müdür bilgilerinin bulunması,
- İş güvenliği uzmanına ait kimlik bilgileri ile sertifika numarası ile adres bilgilerinin doldurulması ve İGU tarafından imzalanması gerekmektedir.

Defter doldurulurken;

- Öncelikle işyerinde tespit edilen riskler belirtilmeli,
- Belirtilen risklerin çözümüne yönelik öneriler yazılmalı,
- Deftere yazılan tespit ve çözüm önerileri net ve açıklayıcı olmalı,
- İşyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı tarafından imzalanmalı (aynı anda veya farklı zamanlarda imzalanabilir),
- İşveren veya işveren temsilcisi tarafından imzalanmalıdır.

- Onaylı deftere yazılan hususların işverene tebliğ edilmiş sayılması için yukarıdaki hususların eksiksiz yerine getirilmesi gerekir.

Defterin asıl sureti (beyaz nüsha) işverende, diğer suretleri (sarı ve pembe nüshalar) ise iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi tarafından saklanır.

Defterdeki imzaların tamamlanması ve düzenli olarak tüm kayıtların tutulmasından işveren sorumludur. Teftişe yetkili iş müfettişleri tarafından talep edildiğinde, işveren tarafından onaylı defter ibraz edilmek zorundadır.

Görsel 10.1.'de Onaylı defterin ilk sayfasında bulunması gereken onay bilgileri ile ikinci sayfasında yer alması gereken işyeri bilgileri görülmektedir.

1- İş sağlığı ve güvenliği kanunu 2- Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında yönetmelik 3- İş güvenliği uzmanlarının görev, yetki, sorumluluk ve eğitimleri hakkında yönetmelik 4- İşyeri hekiminin görev, yetki, sorumluluk ve eğitimleri hakkında yönetmelik Hükümlerine göre düzenlenen kendinden kopyalı işbu defter.....sayfadan oluşmuş ve her sayfası.....tarafından mühürlenerek onaylanmıştır. /.../...	İŞYERİNİN Adı ve Ünvanı : E - posta : Telefon : Faaliyet Alanı : Faks : Tehlike Sınıfı : Adres : İŞVEREN VEYA İŞVEREN VEKİLİNİN Adı ve Soyadı : Telefon : T.C Kimlik No : Faks : İkametgah Adresi : E - posta : İŞYERİ HEKİMİNİN Adı ve Soyadı : T.C. Kimlik No : İŞ GÜVENLİĞİ UZMANININ Adı ve Soyadı : T.C. Kimlik No :
--	--

Görsel 1. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tespit ve Öneri Defteri Onay ve İşyeri Bilgileri.

Görsel 2’de onaylı defterin muhafaza edilmesi amacıyla sağlam bir kapak olması, değerlendirme ve karar bölümünün ise üç farklı renkte olması gerekir.

DEĞERLENDİRMELER: TARİH : .../.../20...
SAAT : ...

İş sağlığı ve güvenliği prosedürüne uygunluk tespiti ve öneriler bölümüne

İŞYERİ HEKİMİ İŞYERİN İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI

KURULUŞ NO

Görsel 2. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tespit ve Öneri Defteri

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi (İSGB) Tarafından Kayıt Altına Alınacak Belgeler

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi (İSGB) tarafından yıllık çalışma planı ile yıllık değerlendirme raporları, çalışma ortamının ve çalışanların sağlık gözetimi, iş kazaları, meslek hastalıkları, iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bilgilerin ve çalışma sonuçlarının mutlaka kayıt altına alınması gerekmektedir. Ayrıca;

- İşyerinde sağlık ve güvenlik risklerine karşı yürütülecek her türlü koruyucu, önleyici ve düzeltici faaliyeti kapsayacak şekilde,

Çalışma ortamı gözetimi konusunda öneriler hazırlanmalı ve işveren onayı alınmalı,

- Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ve bilgilendirilmeleri konusunda yapılan planlamalar hazırlanmalı ve işveren onayı alınmalı,

- İşyerinde meydana gelebilecek kazalar, yangın ihtimalleri, doğal afetler vb. acil müdahale gerektiren durumlar tespit edilmeli ve acil durum eylem planı hazırlanmalıdır. İlkyardım ve acil müdahale anında yapılması gereken uygulamalar, organizasyon yapısı ve görevlendirilen kişiler ile ilgili birim, kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapılmalı ve tüm bu işlemlere yönelik veriler kayıt altına alınmalıdır.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıtlarının Arşivlenmesi

İşveren ilgili mevzuatta belirlenen sreler saklı kalmak kaydıyla, çalışanlar için tutulan sağlık dosyalarını işten ayrılma tarihinden itibaren en az 15 yıl süreyle saklamak zorundadır.

Çalışanın işyerinden ayrılması halinde, yeni işveren tarafından çalışanın kişisel sağlık dosyasının yazılı olarak talep etmesi halinde, önceki işveren kişisel sağlık dosyasının bir örneğini onaylayarak, bir ay içerisinde çalışanın yeni işverenine göndermekle yükümlüdür.

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi tarafından aşağıdaki başlıklar altında yer alan kayıtlar;

- Çalışanlar tarafından gerçekleştirilen işler,
- İşyeri risk değerlendirme sonuçları ve maruziyet bilgileri,
- İşe giriş muayeneleri ve periyodik sağlık muayene sonuçları,
- İş kazası ile meslek hastalıklarına yönelik kayıtlar,

işyerindeki personelin kişisel sağlık dosyalarında gizlilik ilkelerine riayet edilerek saklanmalıdır.

İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin aşağıda belirtilen;

- İSGB ve OSGB’lerde Bulunacak Asgari Malzeme Listesi,
- OSGB Yetki Belgesi,
- OSGB ile İşyeri Arasındaki Hizmet Sözleşmesi,

- 50'den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin üstlenilmesine ilişkin taahhütname,

- İşyeri Hekimi Görevlendirmesi Belgesi,
- İş Güvenliği Uzmanı Görevlendirmesi Belgesi,
- Diğer Sağlık Personeli Görevlendirmesi Belgesi,
- İşverenin Kendi İşyerinde Yapacağı Çalışma

Taahhütnamesi,

- Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri İçin İhtar Tablosu,
- Özel OSGB Tabelası belgelerinden ilgili olanların işveren sorumluluğunda bulundurulması ve yasal mevzuatta belirlenen sürelerde saklanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Akgün, B.M. & Akgün, M. (2016). Koruyucu Ruh Sağlığı Bakımından Hastane Gürültü Kontrolünde Multidisipliner Çalışmanın Önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. Vol.15(6) p.583-587.

Alpagut, G. (2014). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun Genel Esasları, *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, Cilt 72. Sayı 2 (2014). s.31-46, s.31-45. (12.03.2018 tarihinde <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/97914> adresinden ulaşılmıştır)

Altan, Ö.Z. (2004). *Sosyal Politika Dersleri*. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir.

Arıcı, K. (1999). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Dersleri*. Ankara.

Baybora D. (2012). İş Sağlığı ve Güvenliği. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2664. Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1630. Eskişehir.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2017a). Healthcare Personnel Vaccination Recommendations. (13.12.2017 tarihinde <http://www.immunize.org/catg.d/p2017.pdf> adresinden ulaşılmıştır).

CDC, (2017b). Immunization and Infectious Diseases, 2020 Topics&Objectives. (09.03.2018 tarihinde http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objective_slist.aspx?topicId=23 adresinden ulaşılmıştır)

Ceylan, H. & Başhelvacı, V.S., (2011) Risk Analysis With Risk Assessment Matrix Method: An Application. *International Journal of Engineering Research and Development*, Vol. 3, pp. 2533.

Dilik, S. (1992). *Sosyal Güvenlik*. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara.

Erkul, İ. (1983). *Sosyal Politika Dersleri*, C.I, Eskişehir.

Gençler, A. (2007). İşçi Sağlığı ve iş Güvenliğine ilişkin Uygulamaların Tarihi Gelişimi. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*. Y.7, S.35, ss.16-29.

Gerek, N. (2008). *İş Sağlığı ve İş Güvenliği*. Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları. Eskişehir

Gökharman, D.F., Aydın, S., & Koşar, P.N. (2016). Radyasyon Güvenliğinde Mesleki Olarak Bilmemiz Gerekenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(2), 35-40.

Gül, M., Güneri A.F. & Selvi A.E. (2014). Bulanık Karar Verme Yaklaşımları Kullanılarak Matris (L-Matris) Metodu Bazlı Risk Değerlendirmesi. *VII.Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı*. 5-7 Mayıs 2014. İstanbul.

Gülen, B., & ark. (2016). WorkRelated İnjuries Sustained By Emergency Medical Technicians And Paramedics In Turkey. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 22(2):145-49.

Gürer, E., (2016). Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi. (06.10.2023 tarihinde https://isgk.sakarya.edu.tr/sites/isgk.sakarya.edu.tr/file/temel_ISG_Egitimi_CASGEM1.pdf adresinden ulaşılmıştır)

Hüner, S.G., (2015). *Hastanelerde İş Güvenliği*. Koç Üniversitesi Hastanesi. Vehbi Koç Vakfı. (06.10.2023 tarihinde <https://isg.ku.edu.tr/sites/isg.ku.edu.tr/files/workshop/Selma%20G%C3%BCng%C3%B6r%20H%C3%BCner%20Ko%C3%A7%20%C3%9Cniversitesi%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Ftay%20Sunumu.pdf> adresinden ulaşılmıştır)

Kartal, D.E. (2008). Sağlık Personelinde Profilaksi. *Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyumu*. Şubat 2008. No:61, s.215-222.

Kepenek, E. & Şahin Eker H.B. (2017). Devlet Hastanesi Çalışanlarında Kesici ve Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi*. 30(2): 78-82

Kılıkış İ. (2015). İş Sağlığı ve Güvenliği. Tokol, Aysel ve Alper, Yusuf (Eds.) *Sosyal Politikalar* (s.247-282). Dora Basım Yayın. 6.Baskı.

Makal, A. (1997). *Osmanlı İmparatorluğu'nda Çalışma ilişkileri: 1850-1920 Türkiye Çalışma ilişkileri Tarihi*. İmge Kitabevi. Ankara.

The National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH]. (2017). Workplace Safety and Health Topics, CDC. (18.12.2017 tarihinde <https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/default.html> adresinden ulaşılmıştır)

Oğan, H. (2014). Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı ve Güvenliği. *TTB Yayınları*. Ankara.

Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Adı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008. 7(6). pp.547-554.

Pinto, A., Nunes, I.L. & Ribeiro, R.A., (2011). Occupational risk assessment in construction industry—Overview and reflection. *Safety Science*. Vol. 49 No. 5, pp. 616-224.

Saat, M.B. (2009). *Implementation of Integrated Occupational Health and Safety Risk Assessment Methods, Checklist and Matrix Methods, to a Construction Site*. M.Sc Thesis. Gazi University Institute of Science and Technology (In Turkish). Ankara.

Shefer, A. & ark. (2011). *Immunization of health-care personnel: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations and Reports. 60(RR-7):1- 45.

Süzek, S. (2011). *İş Hukuku*. 7.Basım. Beta Yayınları. İstanbul.

Talas, C. (1992). *Türkiye'nin Açıklamalı Sosyal Politika Tarihi*. Bilgi Yayınevi. Ankara.

Tixier, J., & ark. (2002) Review of 62 Risk Analysis Methodologies of Industrial Plants. *Journal of Loss Prevention in The Process Industries*. Vol. 15, No. 4, pp. 291-303.

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği [EKMUD]. (2016). *Erişkin Bağışıklama Rehberi*. 2. Güncelleme. 2016 Mayıs, 70-74. İstanbul.

Türk Tabipler Birliği [TTB], (2008). *Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri*. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Birinci Baskı, s.11, Ankara.

Tokol, A. (2005). *Türk Endüstri İlişkileri Sistemi*. 2. Basım. Nobel Yayınları. Ankara.

Tuncay A.C. & Ekmekçi, Ö. (2011). *Güvenlik Hukuku Dersleri*. 14.Basım. Beta Yayınları. İstanbul.

WHO. (2003). *Healthcare Worker Safety*. Aide-Memoire For A Strategy To Protect Health Workers From Infection With Bloodborne Viruses. Geneva 27, Switzerland.

Yıldırım, A.S. & Gerdan, S. (2017). Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı Ve Güvenliği Kapsamındaki Mesleki Riskleri. *Hastane Öncesi Dergisi*. Nisan, Cilt 2, Sayı 1, s.37-49.

Yiğit, A. (2011). *İş Güvenliği*. 2.Basım. Alfa Aktüel Yayınları. Bursa.

BÖLÜM VI

Sağlıklı Beslenmeye Erişim: Küresel ve Türkiye Özelinde İstatiksel Bir İnceleme

Safiye DURANOĞLU¹
Ahmet Bahadır ŞİMŞEK²

GİRİŞ

Sağlıklı beslenmeye erişim, bireylerin sağlıklı ve dengeli bir beslenme biçimine ulaşabilme yeteneğini ifade eder (Hattery & Smith, 2011). Bu kavram, sağlık, gıda güvencesi ve beslenme kalitesi ile yakından ilişkilidir ve birçok paydaş için büyük öneme sahiptir.

Öncelikle, bireyler ve aileler açısından sağlıklı beslenmeye erişim, fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Orcid: 0009-0001-5182-2616

² Dr. Öğr. Üyesi, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Orcid: 0000-0002-7276-2376

doğrudan bağlantılıdır (Henry, 2020). Sağlıklı beslenme, hastalıkların önlenmesine ve yüksek yaşam kalitesinin yakalanmasına ve sürdürülmesine katkıda bulunur. Ayrıca, çocuklar için büyüme ve gelişme için temel bir gereksinimdir. Sağlık kuruluşları açısından yetersiz beslenme, hastalıkların tedavi maliyetlerini artırabilir ve sağlık sistemi üzerinde baskı oluşturabilir (Correia et al., 2016). Bu nedenle, sağlıklı beslenmeye erişimi teşvik etmek, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılmasına katkıda bulunur. Hükümetler ve kamu kuruluşları, halk sağlığını korumayı amaçlar ve sağlıklı beslenmeye erişimi teşvik eder (Rechel, 2018). Aynı zamanda gıda güvenliği sağlama, yetersiz beslenme ile mücadele etme ve toplumun genel refahını artırma sorumluluğunu taşırlar. Sivil toplum kuruluşları, sağlıklı beslenmeye erişimi teşvik eder ve toplumu bilinçlendirir. Politika değişiklikleri için savunuculuk yaparlar ve toplumun sağlıklı beslenme konusundaki farkındalığını artırır (Peeters, 2018). Uluslararası kuruluşlar, dünya genelinde sağlıklı beslenmeyi destekler ve küresel düzeyde politika oluşturma konusunda rol alırlar (NISHI, 2022). Sağlıklı beslenmeye erişim, sürdürülebilir gıda üretimini teşvik eder, yerel üreticilere destek sağlar ve sosyal eşitsizliği azaltabilir.

Sağlıklı beslenmeye erişim, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) içindeki önemli bir bileşendir. SKH, Birleşmiş Milletler tarafından 2015 yılında kabul edilen ve 2030 yılına kadar ulaşılması hedeflenen 17 evrensel hedeften oluşan bir eylem planıdır (McCarton et al., 2021; Seyedsayamdost, 2020). SKH, yoksulluğun sona erdirilmesi, gezegenin korunması, tüm insanların barış ve refah içinde yaşamasını sağlamak için bir çerçeve sunmaktadır. Bu hedefler, farklı gelişmişlik seviyesindeki ülkeler için uygulanabilir ve tüm insanların sağlıklı bir yaşam sürmelerini desteklemeyi amaçlar. Sağlıklı beslenmeye erişimin iyileştirilmesi, bu hedeflere ulaşmak için önemli bir adımdır. SKH çerçevesinde sağlıklı beslenmeye erişimin önemi, aşağıdaki şekilde vurgulanabilir:

- **Hedef 2: Açlık ve yoksulluğu sona erdirmek.** Sağlıklı beslenme, bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlıklı bir yaşam sürmek için gereklidir. Açlık ve yoksulluk,

sağlıklı beslenmeye erişimi zorlaştıran önemli faktörlerdir. Bu nedenle, sağlıklı beslenmeye erişimin iyileştirilmesi, açlık ve yoksulluğun sona erdirilmesi için de gereklidir.

- **Hedef 3: Sağlıklı yaşam ve refahı teşvik etmek.** Sağlıklı beslenme, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak için gereklidir. Sağlıklı beslenmeye erişimin iyileştirilmesi, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerine ve refah seviyelerini artırmalarına yardımcı olabilir.
- **Hedef 12: Sürdürülebilir tüketim ve üretim modellerini teşvik etmek.** Sağlıklı beslenme, sürdürülebilir tarım ve üretim modellerinin geliştirilmesini gerektirir. Sağlıklı beslenmeye erişimin iyileştirilmesi, sürdürülebilir tarım ve üretim modellerinin yaygınlaştırılmasına katkıda bulunabilir.

Güncel gelişmeler, sağlıklı beslenmeye erişimin önemini daha da artırmaktadır. Pandemi, iklim değişikliği ve ekonomik kriz gibi faktörler, sağlıklı beslenmenin daha da zorlaşmasına yol açmaktadır (Brown et al., 2015). Bu nedenle, sağlıklı beslenmeye erişimin iyileştirilmesi için daha fazla çaba gösterilmesi gerekmektedir. Bu çabanın doğru yönlendirilebilmesi için mevcut durumun değerlendirilmesi iyi bir başlangıç noktası olacaktır.

Bu çalışma, dünya genelinde sağlıklı beslenmeye erişim konusundaki çabanın incelenmesi ve Türkiye'nin konumunu analiz etmeyi amaçlamaktadır. Araştırmada, 147 ülkenin 2017-2021 yılları arasında sağlıklı bir beslenmeye erişim konusundaki verileri inceleyecektir. Veri seti, *"sağlıklı beslenme maliyetinin gıda yoksulluk sınırına oranı"*, *"sağlıklı beslenmenin maliyeti"*, *"sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfusun yüzdesi"* ve *"gelirinin %52'si ile sağlıklı beslenemeyen insan sayısı (milyon)"* göstergeleri içermektedir.

Bu çalışmanın bazı sınırlamaları bulunmaktadır. İlk olarak, veriler yalnızca belirli yılları kapsamaktadır, bu nedenle uzun vadeli trendleri değerlendirmek için yeterli değildir. İkinci olarak, verilerin doğruluğu ve güvenilirliği, veri kaynaklarına bağlı olarak

değişebilir. Üçüncü olarak, bu çalışma sadece ekonomik faktörleri değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel faktörleri de içeren daha geniş bir bağlama yerleştirmeyi amaçlamamaktadır.

Çalışmanın devamı şöyle organize edilmiştir. İkinci bölüm önceki çalışmaları özetlerken, üçüncü bölüm veri kaynakları ve analiz yöntemlerini açıklar. Dördüncü bölüm dünya genelinde sağlıklı beslenmeye erişim verilerini sunarken, beşinci bölüm bulguların yorumlanması, Türkiye'nin diğer ülkelerle karşılaştırılması ve politika önerilerini içerir. Altıncı bölümü ise ana bulguları özetler ve gelecekteki çalışmalara yönelik öneriler sunar.

LİTERATÜR TARAMASI

Sağlıklı beslenmeye erişim, bireylerin sağlıklı ve dengeli bir beslenme biçimine ulaşabilme yeteneğini ifade eder ve küresel düzeyde büyük bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, çeşitli çalışmalar sağlıklı beslenmeye erişimin önemini ve bu konudaki çeşitli boyutları ele almıştır.

Su et al. (2017) çalışması, sağlıklı gıda erişilebilirliğini coğrafi büyük veri yaklaşımıyla incelemiş ve Shenzhen kentindeki transit değişen sağlıklı gıda erişilebilirliğini ölçmüştür. Bu çalışma, sağlıklı gıdalara erişimin coğrafi faktörlerle nasıl ilişkilendirildiğini göstermiştir. Sağlıklı beslenmeye erişimin belirli bölgelerde kısıtlı olduğunu ve bu kısıtlamaların coğrafi faktörlerle şekillendiğini vurgulamıştır.

Lartey et al. (2018) çalışması, sağlıklı diyetlerin sağlanması için gıda sistemlerinin dönüştürülmesi gerekliliğini ele almıştır. Bu çalışma, sağlıklı beslenmeye erişimin sadece bireyler için değil, aynı zamanda gıda sistemleri ve ortamları için de önemli olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, savunmasız bölgelerdeki yetersiz beslenmenin prevalansını artıran faktörleri ve bu konudaki küresel eğilimleri ele almıştır.

Vermeulen et al. (2020) çalışması, diyetlerdeki pozitif dönüşümsel değişimin sağlıklı beslenmeye erişime katkıda

bulunabileceğini öne sürmüştür. Bu çalışma, sağlıklı beslenmeye erişimi artırmak için gıda sistemlerinin dönüştürülmesinin gerekliliğini vurgulamış ve tüketicilerin diyet seçimlerini etkilemek için umut verici taktiklere işaret etmiştir.

Frison & Clément (2020) çalışması, gıda sistemlerinin insan ve çevre sağlığı üzerindeki etkilerini ele almıştır. Bu çalışma, sağlıklı beslenmeye erişimin sürdürülebilir bir gıda sisteminin bir parçası olarak sağlanması gerektiğini ve çeşitlendirilmiş agroekolojik sistemlerin sağlıklı beslenme hedeflerine ulaşmada kilit bir rol oynadığını göstermiştir.

Bai et al. (2021) çalışması, küresel beslenmeyi iyileştirmeye yönelik politika ve programların gıda ortamlarındaki sistemik değişim yoluyla diyet kalitesini iyileştirmeyi amaçladığını vurgulamıştır. Bu çalışma, besin maddelerinin fiyatlarının politikayı yönlendirmeye ve sağlıklı diyetlere erişimi iyileştirmeye nasıl yardımcı olabileceğini göstermiştir.

Cattaneo et al. (2023) çalışması, pandemiden önce birçok insanın sağlıklı bir diyetle erişiminin sınırlı olduğunu ve gelir eşitsizliğinin ele alınmasının sağlıklı beslenmeye erişimi iyileştirmek için önemli olduğunu göstermiştir.

Schneider et al. (2023) çalışması, bireysel ve hane düzeyinde besin ihtiyaçlarını karşılamamanın fizibilitesini ve satın alınabilirliğini değerlendirmiş ve gıda politikalarının önemini vurgulamıştır.

Bu çalışmalar, sağlıklı beslenmeye erişimin sadece bireyler için değil, toplumlar ve küresel düzeyde de kritik bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Sağlıklı beslenmeye erişimin geliştirilmesi, sağlık sorunlarının azaltılması ve sürdürülebilir gıda sistemlerinin oluşturulması açısından öncelikli bir hedef olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmaların bulguları, politika yapıcılarına ve toplum liderlerine sağlıklı beslenmeye erişim konusunda daha fazla çaba harcama çağrısı yapmaktadır. Bu noktada ülkelerin sağlıklı beslenmeye erişiminin incelenmesi iyi bir başlangıç noktası potansiyeli taşımaktadır.

VERİ VE İSTATİKSEL ANALİZ

Bu çalışma, Dünya Bankası tarafından yayınlanan Beslenme için Gıda Fiyatları (2.0) verilerini temel almaktadır. Bu veriler, sağlıklı diyetlerin her ülkede ne kadar maliyetli olduğunu ve insanların bu sağlıklı diyetlere erişimini ekonomik olarak ne kadar mümkün kıldığını gösteren önemli göstergeler sunmaktadır. Ayrıca, yeterli enerji ve besin alımını sağlayan bir diyetin maliyeti ve erişilebilirliği hakkında da bilgiler içermektedir (*Food Prices for Nutrition | DataBank*, n.d.). Beslenme için Gıda Fiyatları DataHub'da daha ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır (<https://www.worldbank.org/foodpricesfornutrition>). Beslenme için Gıda Fiyatları 2.0 versiyonu, 2017 yılına dayalı olarak satın alma gücü paritesi (PPP) temelli dolar cinsinden hesaplanmış en son Yoksulluk ve Eşitsizlik Platformu (PIP) verilerini kullanmaktadır (<https://pip.worldbank.org/about>).

Çalışmada yukarıda bahsedilen veri tabanından 2017-2021 yılları arasında Tablo 1'deki göstergelerde veri eksikliği bulunmayan 147³ ülkeye ait veriler kullanılmıştır.

³ Türkiye, Arnavutluk, Cezayir, Angola, Ermenistan, Avustralya, Avusturya, Azerbaycan, Bangladeş, Belarus, Belçika, Belize, Benin, Bhutan, Bolivya, Bosna Hersek, Botsvana, Brezilya, Bulgaristan, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Kamerun, Kanada, Orta Afrika Cumhuriyeti, Chad, Şili, Çin, Kolombiya, Kongo, Dem. Cumhuriyeti, Kongo Cumhuriyeti, Kosta Rika, Fildişi Sahili, Hırvatistan, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Cibuti, Dominik Cumhuriyeti, Doğu Asya ve Pasifik, Ekvador, Mısır, Arap Cumhuriyeti, Estonya, Eswatini, Etiyopya, Avrupa ve Orta Asya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Gabon, Gambia, The, Almanya, Gana, Yunanistan, Gine, Gine-Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, Macaristan, İzlanda, Hindistan, Endonezya, İran, İslam Cumhuriyeti, Irak, İrlanda, İsrail, İtalya, Jamaika, Japonya, Ürdün, Kazakistan, Kenya, Kore Cumhuriyeti, Kırgız Cumhuriyeti, Lao PDR, Latin Amerika ve Karayipler, Letonya, Lesotho, Liberya, Litvanya, Lüksemburg, Madagaskar, Malavi, Malezya, Maldivler, Mali, Malta, Moritanya, Mauritius, Meksika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Moldova, Moğolistan, Karadağ, Fas, Mozambik, Myanmar, Namibya, Nepal, Hollanda, Nikaragua, Nijer, Nijerya, Kuzey Amerika, Kuzey Makedonya, Norveç, Pakistan, Panama, Paraguay, Peru, Filipinler, Polonya, Portekiz, Romanya, Rusya Federasyonu, Ruanda, Sao Tome ve Principe, Senegal, Sırbistan, Seyşeller, Sierra Leone, Slovak Cumhuriyeti, Slovenya, Güney Afrika, Güney Asya, İspanya, Sri Lanka, Lucia, Sahra Altı Afrika, Sudan, Surinam, İsveç, İsviçre, Tacikistan, Tanzanya, Tayland,

Tablo 1 Göstergeler ve Açıklamaları

Kod	Gösterge Adı	Açıklama
G1	Sağlıklı beslenme maliyetinin gıda yoksulluk sınırına oranı	Sağlıklı beslenme maliyetinin 1,12 \$'lık gıda yoksulluk sınırına oranı (2017 SAGP\$ cinsinden 2,15 \$/gün olan uluslararası yoksulluk sınırının %52'si). Veriler 2017, 2018, 2019, 2020 ve 2021 yılları için mevcuttur.
G2	Sağlıklı beslenmenin maliyeti	Sağlıklı beslenme maliyeti göstergesi, 2330 kcal/gün enerji dengesinde temsili bir kişi için enerji ve gıdaya dayalı beslenme kılavuzları (FBDG'ler) gereksinimlerini karşılamak üzere yerel olarak temin edilebilen en ucuz gıdaları satın almanın cari SAGP\$/kişi/gün cinsinden maliyetidir. Veriler 2017, 2018, 2019, 2020 ve 2021 için mevcuttur.
G3	Sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfusun yüzdesi	Gösterge, sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen toplam nüfusun yüzdesini ifade etmektedir. Bir ülkede sağlıklı beslenmenin maliyeti günlük kişi başı gelirin yüzde 52'sini aştığında sağlıklı beslenmenin karşılanamaz olduğu kabul edilir. Bu yüzde, Dünya Bankası'nın Uluslararası Karşılaştırma Programı'nın (ICP) 2017 ulusal hesaplar hane halkı harcama verilerinden türetildiği üzere, düşük gelirli ülkelerdeki nüfusun gelirlerinin ortalama yüzde 52'sini gıdaya harcadığı gözlemlerine dayanarak, gelirin gıda için inandırıcı bir şekilde ayrılabilcek bir bölümünü oluşturmaktadır. Gelir verileri Dünya Bankası'nın Yoksulluk ve Eşitsizlik Platformu tarafından sağlanmaktadır. Sıfır değeri, boş veya mevcut hassasiyet düzeyinde aşağı yuvarlanmış küçük bir sayıyı gösterir. Veriler şu anda 2017, 2018, 2019, 2020 ve 2021 için mevcuttur.
G4	Gelirinin %52'si ile sağlıklı beslenemeyen insan sayısı (Milyon)	Gösterge, belirli bir ülkede ve yılda sağlıklı beslenemeyen toplam insan sayısını ifade etmektedir. Gösterge, bir ülkede sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Göstergeleri'nden (WDI) alınan nüfus verileriyle çarpılmasıyla hesaplanır. Sıfır değeri boş veya mevcut hassasiyet seviyesinde aşağı yuvarlanmış küçük bir sayıya işaret etmektedir. Veriler şu anda 2017, 2018, 2019, 2020 ve 2021 için mevcuttur.

Veri seti ülkeler, göstergeler ve yıllar olmak üzere üç boyutludur. Ülkelerin sağlıklı beslenmeye erişimi gösterge ve yıl

Trinidad ve Tobago, Tunus, Uganda, Birleşik Arap Emirlikleri, Birleşik Krallık, Birleşik Devletler, Uruguay, Vietnam, Batı Şeria ve Gazze, Zambiya.

bazlı olarak tanımlayıcı istatistiksel ölçümler (ortalama, standart sapma, varyasyon katsayısı gibi) çerçevesinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Veri ve tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçları Tablo 2’de gösterilmektedir.

Yıl bazında değerlendirildiğin tespit edilen bulgular şöyle listelenebilir:

2017 Yılı:

2017 yılına odaklandığımızda, G1 göstergesi için ortalama değer 2.9 ile düşük seviyededir, bu da ülkelerin sağlıklı beslenme maliyetinin gıda yoksulluk sınırına oranının ortalama olarak düşük olduğunu gösterir. G2 göstergesi için ortalama değer 3.3’tür, bu da sağlıklı beslenmenin maliyetinin ortalama olarak orta seviyede olduğunu işaret eder. Ancak, G3 göstergesi için ortalama değer 37.0’tir ve bu yüksek bir değerdir, 2017’de sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfusun yüzdesinin ortalama olarak yüksek olduğunu gösterir. G4 göstergesi için ortalama değer ise 42.4’tür ve bu da gelirin %52’si ile sağlıklı beslenemeyen insan sayısının ortalama olarak yüksek olduğunu yansıtır. Standart sapma değerleri, G1 ve G2 göstergeleri için düşüktür, bu da göstergelerin istikrarlı bir eğilim gösterdiğini gösterir. Ancak, G3 ve G4 göstergelerinde standart sapma değerleri yüksektir, bu da bu göstergelerde büyük dalgalanmalar olduğunu işaret eder. Minimum değerler, G1 ve G2 göstergeleri için düşüktür ve sağlıklı beslenme maliyetinin minimum düzeyde olduğunu gösterir. Ancak, G3 ve G4 göstergelerinde minimum değerler sıfırdır, yani bazı ülkelerde sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfus veya gelirin %52’si ile sağlıklı beslenemeyen insan sayısı bulunmamıştır. Maksimum değerler, G1, G2 ve G3 göstergeleri için yüksektir, bu da bu göstergelerde bazı ülkelere daha yüksek zorluklar yaşandığını gösterir. G4 göstergesi için maksimum değerler ise çok yüksektir, bu da bazı ülkelere gelirin büyük bir kısmı ile sağlıklı beslenemeyen insan sayısının çok yüksek

olduğunu gösterir. Baskınlık ve çarpıklık değerleri genel olarak pozitif eğilim gösterir, bu da sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını gösterir. Varyasyon katsayısı değerleri, G1, G2, G3 ve G4 göstergeleri için düşük seviyededir, bu da göstergelerin yıllar içinde genellikle istikrarlı olduğunu gösterir. Bu bulgular, 2017 yılında sağlıklı beslenmeye erişim çabasının karmaşık bir tablo çizdiğini ve bazı ülkelerde ciddi zorluklar yaşandığını göstermektedir.

2018 Yılı:

2018 yılına odaklandığımızda, G1, G2, G3 ve G4 göstergelerinin ortalama değerlerinin arttığını görmekteyiz. Bu artışlar, sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin yükseldiğini işaret etmektedir. G1 ve G2 göstergelerindeki artışlar ortalama düzeyde olsa da, G3 ve G4 göstergelerindeki artışlar daha belirgindir. Standart sapma değerleri ise tüm göstergeler için düşük seviyelerde seyretmektedir, bu da göstergelerin yıllar içinde istikrarlı bir eğilim gösterdiğini gösterir. Minimum değerler bakımından G1 ve G2 göstergeleri düşük seviyelerde olsa da, G3 ve G4 göstergelerinde minimum değerler sıfırdır, yani bazı ülkelerde bu göstergelerde değişim olmamıştır. Maksimum değerler ise G1, G2 ve G3 göstergeleri için artmış, bu da bazı ülkelerde daha fazla zorluğun yaşandığını göstermektedir. G4 göstergesi için maksimum değer ise oldukça yüksektir. Baskınlık ve çarpıklık değerleri pozitif eğilim göstermeye devam eder, bu da sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını vurgular. Varyasyon katsayısı değerleri tüm göstergeler için düşüktür, bu da göstergelerin istikrarlı olduğunu gösterir. Bu verilere dayanarak, 2018 yılında sağlıklı beslenmeye erişimdeki zorlukların arttığını ve bu alanda daha fazla çaba gerektiğini söyleyebiliriz.

2019 Yılı:

2019 yılına odaklandığımızda, sağlıklı beslenmeye erişimle ilgili göstergelerdeki değişimler önemli bir şekilde ortaya

çıkılmaktadır. G1, G2, G3 ve G4 göstergelerinin ortalama değerleri bu yıl belirgin bir artış göstermiştir, bu durum sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını göstermektedir. Özellikle bu artışlar, önceki yıllara göre daha belirgindir ve sağlıklı beslenmeye erişimdeki zorlukların arttığını yansıtmaktadır. Bu dönemde göstergeler arasında standart sapma değerleri düşük seviyelerde seyretmektedir, bu da göstergelerin yıllar içinde istikrarlı bir eğilim sergilediğini gösterir. Minimum değerlerde G1 ve G2 göstergeleri için düşük seviyeler gözlenirken, G3 ve G4 göstergelerinde minimum değerler sıfırdır, yani bazı ülkelerde bu göstergelerde değişim yaşanmamıştır. Ancak maksimum değerlerde G1, G2 ve G3 göstergeleri için artışlar dikkat çekmektedir, bu da bazı ülkelerde sağlıklı beslenme maliyetinin daha da yükseldiğini ve bu konuda daha fazla zorluk yaşandığını göstermektedir. G4 göstergesi için maksimum değer ise oldukça yüksektir. Baskınlık ve çarpıklık değerleri pozitif bir eğilim sergilemeye devam eder, bu da sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını gösterir. 2019 yılında sağlıklı beslenmeye erişim konusundaki bu olumsuz eğilimler, bu alanda politika önlemlerinin daha fazla gerekliliğini vurgulamaktadır.

2020 Yılı:

2020 yılına odaklandığımızda, G1, G2, G3 ve G4 göstergelerinin ortalamalarında bir artış gözlemlenmektedir. Bu artışlar, sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını belirtmektedir. Standart sapma değerleri ise bu göstergeler için düşük seviyelerde seyretmektedir, bu da göstergelerin yıllar içinde istikrarlı bir eğilim sergilediğini göstermektedir. Minimum değerler açısından G1 ve G2 göstergeleri düşük olsa da, G3 ve G4 göstergelerinde minimum değerler sıfır olarak kaydedilmiştir, bu da bazı ülkelerde bu göstergelerde herhangi bir değişiklik olmadığını göstermektedir. Maksimum değerler açısından G1, G2 ve G3 göstergeleri için artışlar gözlemlenirken, G4 göstergesi için maksimum değerler oldukça

yüksektir. Bu, belirli ülkelerde sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin daha da arttığını göstermektedir. Ayrıca, baskınlık ve çarpıklık değerlerindeki pozitif eğilimler, sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını vurgulamaktadır. Varyasyon katsayısı değerlerinin düşük olması, bu göstergelerin istikrarlı bir seyir izlediğini göstermektedir. Bu veriler, 2020 yılında sağlıklı beslenmeye erişimdeki zorlukların arttığını ve bu konuda daha fazla çaba gerektiğini göstermektedir.

2021 Yılı:

2021 yılına ait verilere baktığımızda, G1, G2, G3 ve G4 göstergelerinin ortalama değerlerinin arttığını görmekteyiz. Bu artışlar, sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını yansıtmaktadır. Aynı zamanda, standart sapma değerlerinin düşük seviyelerde seyretmesi, bu göstergelerin istikrarlı bir eğilim gösterdiğini işaret etmektedir. Minimum değerler, G1 ve G2 göstergeleri için düşük olsa da, G3 ve G4 göstergelerinde minimum değerler sıfır düzeyindedir, yani bazı ülkelerde bu göstergelerde değişiklik olmamıştır. Maksimum değerler ise G1, G2 ve G3 göstergeleri için artmıştır, bu da bazı ülkelerde sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun oranının yükseldiğini göstermektedir. G4 göstergesi için maksimum değer ise oldukça yüksektir. Baskınlık ve çarpıklık değerlerinin pozitif eğilim göstermesi, sağlıklı beslenme maliyetinin ve sağlıklı beslenemeyen nüfusun yüzdesinin arttığını vurgulamaktadır. Varyasyon katsayısı değerlerinin düşük olması, bu göstergelerin zaman içinde istikrarlı bir seyir izlediğini yansıtmaktadır. Bu veriler, sağlıklı beslenmeye erişim çabasının 2021 yılında daha da zorlaştığını ve bu alanda ciddi zorluklarla karşı karşıya kalındığını göstermektedir. Bu durum, politika yapıcılarının ve toplumların bu önemli meseleye odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır.

2017'den 2021'e kadar olan dönemde sağlıklı beslenmeye erişim çabasının zorlaştığı ve bu konuda artan zorluklar yaşandığı

görülmektedir. Ortalama değerlerdeki artışlar, minimum ve maksimum değerlerdeki yükselişler, baskınlık ve çarpıklık değerlerinin pozitif eğilim göstermesi, bu durumu göstermektedir. Bu nedenle, sağlıklı beslenmeye erişimi artırmak için daha fazla çaba ve politika gerekebilir.

Gösterge bazında değerlendirildiğin tespit edilen bulgular şöyle listelenebilir:

Gösterge G1: Sağlıklı beslenme maliyetinin gıda yoksulluk sınırına oranı yıllar içinde artmıştır. Bu, insanların daha fazla kaynak harcamak zorunda kaldığı ve sağlıklı beslenmeye erişimde zorluk yaşandığını gösterebilir. Ortalama değerlerdeki artış, bu zorluğun genel bir eğilim olduğunu işaret ederken, standart sapma değerlerinin düşük olması göstergenin istikrarlı bir şekilde ilerlediğini gösterir. Minimum ve maksimum değerlerdeki artışlar, bazı ülkelerde sağlıklı beslenme maliyetinin daha fazla arttığını ve bu konuda ciddi zorluklar yaşandığını işaret eder.

2017-2021 yılları arasındaki G1 göstergesi veri setinde öne çıkan bazı önemli noktaları ve uç noktaları aşağıda vurgulanmaktadır:

Yüksek ve Düşük Değerler: Veri setindeki en yüksek G1 değeri Jamaika'da 6.279 iken, en düşük G1 değeri İngiltere'de 1.627 olarak gözlemlenmektedir. Bu, ülkeler arasındaki sağlıklı beslenmeye erişimde büyük bir farklılık olduğunu göstermektedir. Sağlıklı beslenmeye erişim, ekonomik koşullar ve sosyal politikalar gibi bir dizi faktörden etkilenebilir.

Bölgesel Farklılıklar: Ülkelerin coğrafi konumlarına bağlı olarak, G1 değerlerinde önemli farklılıklar görülmektedir. Örneğin, Doğu Asya ve Pasifik bölgesi genellikle yüksek G1 değerlerine sahiptir, bu da sağlıklı beslenmeye erişimin bu bölgede daha zor olduğunu göstermektedir. Bu bölgedeki ülkeler, nüfus yoğunluğu, tarım altyapısı ve gelir dağılımı gibi faktörlerle etkilenmektedir.

Zaman İçindeki Değişimler: Bazı ülkelerde G1 değerleri zaman içinde artmıştır, örneğin, Vietnam'da 2017'de 3.202 iken,

2021'de 3.764'e yükselmiştir. Bu, bu ülkelerde sağlıklı beslenmeye erişimin giderek zorlaştığını göstermektedir. Bu değişimlerin nedenleri araştırılmalıdır, çünkü sağlıklı beslenmeye erişimdeki bu olumsuz eğilimler ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.

Teknolojik ve Ekonomik Farklılıklar: Düşük G1 değerlerine sahip ülkeler genellikle yüksek gelirli ülkelerdir, bu da teknolojik ve ekonomik gelişmişliklerinin sağlıklı beslenmeye erişimde etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, İngiltere ve Birleşik Devletler gibi yüksek gelirli ülkeler düşük G1 değerlerine sahiptir. Bu ülkelerde sağlıklı beslenmeye erişimi desteklemek için daha fazla kaynak ve altyapı bulunmaktadır.

Gösterge G2: Sağlıklı beslenmenin maliyeti yıllar içinde genellikle istikrarlıdır. Ortalama değerlerin sabit olması, sağlıklı beslenme maliyetinin genellikle istikrarlı bir şekilde ilerlediğini gösterir. Standart sapma değerlerinin düşük olması, bu göstergenin istikrarlı bir eğilim gösterdiğini ve büyük dalgalanmaların olmadığını gösterir.

2017-2021 yılları arasındaki G2 göstergesi veri setini inceledikten sonra bazı önemli gözlemler aşağıda sunulmaktadır:

Maliyetlerdeki Genel Artış: Dünya genelinde sağlıklı beslenmenin maliyeti her yıl artmıştır. 2017'de 3.295 birimken, 2021'de 3.662 birime yükselmiştir. Bu, sağlıklı beslenmenin genel olarak daha pahalı hale geldiğini göstermektedir.

Gelir Düzeyine Göre Farklar: Veri seti, gelir düzeyine göre sağlıklı beslenmenin maliyetindeki farklılıkları göstermektedir. Yüksek gelirli ülkeler genellikle daha düşük maliyetlere sahiptir, bu da daha fazla kaynak ve çeşitlilikle daha kolay erişim sağladıklarını göstermektedir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde sağlıklı beslenme daha yüksek bir maliyete sahiptir.

Bölgesel Farklılıklar: Ülkelerin coğrafi bölgelerine göre sağlıklı beslenmenin maliyeti değişmektedir. Örneğin, Afrika'daki bazı ülkelerde maliyetler genellikle daha yüksektir, bu da bu bölgelerde sağlıklı beslenmeye erişimin daha zor olduğunu

göstermektedir. Bölgesel farklılıklar, tarım altyapısı, iklim ve ticaret gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

Türkiye Örneği: Türkiye'nin sağlıklı beslenmenin maliyeti 2017'de 2.873 birimden 2021'de 3.109 birime yükselmiştir. Bu, Türkiye'deki sağlıklı beslenmenin maliyetinin arttığını göstermektedir.

Ülkeler Arası Değişkenlik: Veri seti, ülkeler arasındaki sağlıklı beslenmenin maliyetindeki büyük değişkenliği göstermektedir. Örneğin, Jamaika gibi bazı ülkelerde sağlıklı beslenmenin maliyeti oldukça yüksektir, bu da bu ülkelerdeki tüketici maliyetinin yüksek olduğunu işaret etmektedir.

Zaman İçindeki Değişimler: Bazı ülkelerde sağlıklı beslenmenin maliyeti zaman içinde artmıştır, bu da sağlıklı beslenmeye erişimdeki zorlukları vurgulamaktadır. Bu değişimlerin nedenleri ve etkileri üzerine daha fazla araştırma gereklidir.

Gösterge G3: Sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfusun yüzdesi açısından yıllar içinde genellikle istikrarlı bir seyir izlenmiştir. Ortalama değerlerdeki sabitlik, bu sorunun istikrarlı bir şekilde devam ettiğini gösterir. Standart sapma değerlerinin düşük olması, bu göstergenin istikrarlı bir şekilde ilerlediğini ve büyük değişikliklerin olmadığını gösterir.

Dünya Genelinde Trendler: Dünya genelinde, 2017 yılında %43.8 olan sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfus oranı, 2018 ve 2019 yıllarında düşüş göstermiş (sırasıyla %41.8 ve %41.2), ancak 2020'de %43.3'e yükselmiştir ve 2021'de %42.2'ye gerilemiştir. Bu veriler, sağlıklı beslenmeye erişimin dalgalı bir seyir izlediğini göstermektedir.

Gelir Seviyelerine Göre Farklar: Yüksek gelirli ülkelerde, 2017'den 2021'e kadar olan dönemde sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfus oranı düşük seviyelerde kalmıştır (örneğin, 2021'de %1.3). Diğer yandan, düşük gelirli ülkelerde bu oran çok daha yüksektir ve 2021'de %86.1 olarak gözlemlenmiştir. Bu, ekonomik

faktörlerin bu gösterge üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Türkiye Özelinde: Türkiye'de sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfus oranı 2017'de %6.1 iken, 2021'de %6'ya gerilemiştir. Bu, Türkiye'deki sağlıklı beslenmeye erişimin nispeten istikrarlı olduğunu ve hafif bir düşüş yaşandığını göstermektedir.

Ülke Karşılaştırmaları: Bazı ülkelerde sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfus oranı oldukça yüksektir. Örneğin, Burundi'de bu oran 2021'de %95.9'a ulaşmıştır. Diğer yandan, Avustralya gibi bazı ülkelerde bu oran çok düşüktür (örneğin, 2021'de %0.7).

Bölgesel Farklar: Bölgesel olarak, Doğu Asya ve Pasifik bölgesi düşük sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfus oranlarına sahiptir. Latin Amerika ve Karayipler bölgesi ise bu oranların daha yüksek olduğu bir bölge olarak dikkat çekmektedir.

Zaman İçindeki Değişimler: Bazı ülkelerde bu oranlar zaman içinde dalgalanmaktadır. Özellikle 2020 yılında COVID-19 pandemisinin etkileriyle bazı ülkelerde artışlar yaşanmıştır. Ancak 2021'de birçok ülkede oranlar düşüş göstermiştir.

Gösterge G4: Gelirinin %52'si ile sağlıklı beslenemeyen insan sayısı açısından yıllar içinde genellikle istikrarlı bir seyir izlenmiştir. Ortalama değerlerin sabit olması, bu sorunun genellikle sabit kaldığını gösterir. Standart sapma değerlerinin düşük olması, bu göstergenin istikrarlı bir eğilim gösterdiğini ve büyük dalgalanmaların olmadığını gösterir.

Dünya Genelindeki Eğilimler: 2017 yılında dünya genelinde sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen insan sayısı 3,124.9 milyon olarak başladı ve 2021'de 3,139.5 milyona düştü. Bu, dünya genelindeki sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen insan sayısının genel olarak istikrarlı olduğunu göstermektedir.

Gelir Gruplarına Göre Farklar: Yüksek gelirli ülkelerde sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen insan sayısı 2017'de 21.4 milyon iken 2021'de 14.3 milyona düştü. Bu, yüksek gelirli ülkelerin bu

konuda olumlu bir eğilim gösterdiğini göstermektedir. Düşük gelirli ve üst orta gelirli ülkelerde ise bu sayılar daha yüksek ve istikrarlıdır.

Türkiye Örneği: Türkiye'de 2017'de sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen insan sayısı 5 milyon olarak başladı ve 2021'de 5.1 milyona yükseldi. Bu, Türkiye'nin bu dönemde bu sorunla mücadele etmeye çalıştığını ancak hala önemli bir nüfusun sağlıklı beslenmeye ulaşmada zorlandığını göstermektedir.

Diğer Ülkeler: Diğer ülkeler arasında büyük farklar görülmektedir. Örneğin, Hindistan'da bu sayı 2017'de 1,066.8 milyon iken 2021'de 1,043 milyona düştü. Bu, Hindistan'ın büyük nüfusu nedeniyle bu sorunla mücadele etmek zorunda olduğunu göstermektedir. Öte yandan, bazı küçük ülkelerde bu sayılar daha düşüktür.

Bölgesel Farklar: Doğu Asya ve Pasifik bölgesi, sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen insan sayısının yüksek olduğu bir bölge olarak öne çıkmaktadır. Bu bölgede 2021'de 517.6 milyon insan bu sorunla karşı karşıya kalmıştır.

Sağlıklı beslenmeye erişim çabası açısından incelenen göstergelerin çoğu istikrarlı bir seyir izlemiştir. Ancak, G1 göstergesi dikkat çeken bir artış göstermiş ve sağlıklı beslenmeye erişimde zorluk yaşandığını göstermiştir. Bu, politika yapıcılarının sağlıklı beslenmeye erişimi artırmak için daha fazla çaba harcaması gerektiğini gösterir. Ayrıca, gelir eşitsizliği ile ilgili politika önlemleri de göz önünde bulundurulmalıdır, çünkü bu, sağlıklı beslenmeye erişimi olumsuz etkileyebilir.

Türkiye'nin sağlıklı beslenmeye erişimi üzerine yıllar içindeki değişimi değerlendirdiğimizde, bazı önemli bulgular gözlemlenmektedir. İlk olarak, "Sağlıklı beslenme maliyetinin gıda yoksulluk sınırına oranı" 2017 yılında 2.565 iken, 2021 yılında 2.776'ya yükselmiştir. Bu, Türkiye'de sağlıklı beslenme maliyetinin gelirle kıyaslandığında arttığını göstermektedir.

İkinci olarak, "Sağlıklı beslenmenin maliyeti" Türkiye için 2017'den 2021'e kadar artmıştır. 2017'de 2.873 iken, 2021'de 3.109'a

yükselmiştir. Bu artış, sağlıklı beslenmenin maliyetinin zaman içinde arttığını ve daha fazla kaynak gerektirdiğini göstermektedir.

Üçüncü olarak, "Sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfusun yüzdesi" 2019 yılında en yüksek seviye olan 8.9'a çıkmıştır. Ancak, 2021 yılında bu oran tekrar düşüş göstererek 6'ya gerilemiştir. Bu, Türkiye'de sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfusun dalgalanmalar yaşadığını göstermektedir.

"Sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen insan sayısı" 2019 yılında 7.5 milyon kişiye ulaşmıştır. Ancak, 2021 yılında bu sayı 5.1 milyona gerilemiştir. Bu, Türkiye'de bu sorunun çözümüne yönelik belirli dönemlerde olumlu gelişmelerin yaşandığını göstermektedir.

Tüm bu verilere dayanarak, Türkiye'nin sağlıklı beslenmeye erişimi açısından karmaşık bir tablonun olduğunu söyleyebiliriz. Sağlıklı beslenme maliyetinin artması ve sağlıklı beslenmeye gücü yetmeyen nüfusun yüzdesindeki dalgalanmalar, bu konunun önemli bir mesele olduğunu ve devamlı olarak izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Bu veriler, politika yapımcılarının ve toplumun sağlıklı beslenmeye erişim konusunda daha fazla çaba harcaması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 2 Veri ve İstatiksel Analiz Sonuçları

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Dünya	2,9	3,3	43,8	312,4,9	3,0	3,4	41,8	301,9,1	3,1	3,4	41,2	300,5,5	3,1	3,5	43,3	319,1,9	3,3	3,7	42,2	313,9,5
Yüksek gelirli ülkeler	2,8	3,2	1,9	21,4	2,9	3,2	1,7	18,9	2,9	3,3	1,5	17,4	3,0	3,4	1,5	17,6	3,1	3,4	1,3	14,3
Düşük gelirli ülkeler	2,8	3,1	88,8	440,9	2,8	3,1	87,5	447,6	2,8	3,1	86,7	456,8	2,9	3,2	86,9	471,0	3,0	3,4	86,1	480,0
Üst orta gelirli ülkeler	3,1	3,5	17,3	416,1	3,2	3,6	15,2	368,2	3,3	3,6	14,4	350,5	3,3	3,7	16,6	406,4	3,5	3,9	14,1	345,5
Alt orta gelirli ülkeler	3,0	3,4	72,3	224,6,4	3,1	3,5	69,3	218,4,3	3,2	3,5	68,3	218,0,7	3,3	3,7	71,0	229,6,8	3,5	3,9	70,2	229,9,6
Türkiye	2,6	2,9	6,1	5,0	2,7	3,0	6,2	5,1	2,8	3,2	8,9	7,5	2,7	3,0	6,9	5,8	2,8	3,1	6,0	5,1
Arnavutluk	3,5	4,0	31,3	0,9	3,6	4,1	23,0	0,7	3,8	4,3	22,2	0,6	3,8	4,3	19,9	0,6	3,9	4,4	15,9	0,4
Cezayir	3,4	3,8	32,5	13,4	3,4	3,8	31,2	13,1	3,4	3,8	29,2	12,5	3,4	3,8	31,1	13,5	3,6	4,0	32,4	14,3
Angola	3,9	4,3	81,4	24,6	3,8	4,3	82,7	25,8	3,9	4,4	83,9	27,1	4,1	4,6	86,7	29,0	4,5	5,0	88,1	30,4
Ermenistan	2,8	3,1	37,1	1,1	2,8	3,2	37,9	1,1	2,9	3,2	40,0	1,1	2,9	3,2	39,0	1,1	3,1	3,5	41,4	1,2
Avustralya	2,0	2,3	0,7	0,2	2,0	2,3	0,7	0,2	2,1	2,3	0,7	0,2	2,1	2,4	0,7	0,2	2,2	2,4	0,7	0,2
Avusturya	2,5	2,8	0,6	0,1	2,5	2,8	0,8	0,1	2,6	2,9	0,8	0,1	2,7	3,0	1,0	0,1	2,7	3,0	0,9	0,1
Azerbaycan	2,1	2,3	0,0	0,0	2,1	2,4	0,0	0,0	2,2	2,5	0,0	0,0	2,3	2,5	0,0	0,0	2,4	2,7	0,0	0,0
Bangladeş	2,6	2,9	75,3	121,8	2,7	3,0	72,5	118,7	2,7	3,0	70,8	117,1	2,7	3,1	68,7	115,0	2,9	3,2	66,1	111,9
Belarus	2,8	3,2	2,1	0,2	2,9	3,2	1,1	0,1	3,0	3,3	1,4	0,1	3,0	3,3	0,7	0,1	3,1	3,5	0,5	0,0
Belçika	2,6	2,9	0,3	0,0	2,6	3,0	0,2	0,0	2,7	3,0	0,2	0,0	2,8	3,2	0,2	0,0	2,8	3,1	0,1	0,0
Belize	2,2	2,5	50,9	0,2	2,2	2,5	50,7	0,2	2,3	2,6	49,4	0,2	2,4	2,6	57,0	0,2	2,5	2,8	53,0	0,2

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Benin	3,2	3,6	90,6	10,5	3,3	3,7	86,8	10,4	3,3	3,7	82,4	10,1	3,3	3,7	82,1	10,4	3,6	4,0	82,6	10,7
Bhutan	3,9	4,4	51,2	0,4	4,1	4,6	45,5	0,3	4,2	4,7	42,3	0,3	4,5	5,0	45,7	0,4	4,8	5,3	45,2	0,4
Bolivya	3,2	3,6	20,9	2,4	3,3	3,6	19,1	2,2	3,4	3,8	16,0	1,9	3,4	3,8	17,2	2,1	3,5	3,9	15,1	1,8
Bosna Hersek	3,4	3,8	4,7	0,2	3,5	3,9	4,0	0,1	3,6	4,0	3,9	0,1	3,5	4,0	3,0	0,1	3,7	4,1	3,0	0,1
Botsvana	3,2	3,6	63,2	1,5	3,2	3,6	60,8	1,5	3,2	3,6	59,8	1,5	3,3	3,7	63,4	1,6	3,4	3,8	60,3	1,6
Brezilya	2,5	2,8	19,6	41,0	2,5	2,8	18,5	38,9	2,6	2,9	18,8	39,9	2,8	3,1	12,7	27,1	3,0	3,4	22,4	48,0
Bulgaristan	3,4	3,8	10,6	0,8	3,5	3,9	8,6	0,6	3,6	4,0	8,1	0,6	3,7	4,1	5,8	0,4	3,7	4,2	4,2	0,3
Burkina Faso	2,8	3,2	83,0	16,5	2,9	3,3	79,7	16,3	2,9	3,2	76,8	16,1	3,0	3,3	77,6	16,7	3,2	3,6	77,6	17,2
Burundi	2,7	3,0	95,8	10,7	2,5	2,8	95,0	10,9	2,5	2,8	95,0	11,3	2,6	2,9	95,7	11,7	2,8	3,1	95,9	12,0
Cabo Verde	3,0	3,4	44,5	0,3	3,0	3,4	42,2	0,2	3,1	3,5	39,7	0,2	3,2	3,6	44,0	0,3	3,3	3,7	41,2	0,2
Kamerun	2,3	2,6	59,2	14,4	2,4	2,7	58,8	14,7	2,5	2,7	58,7	15,1	2,5	2,8	59,8	15,8	2,7	3,0	60,5	16,5
Kanada	2,6	2,9	0,7	0,3	2,6	2,9	0,7	0,3	2,6	2,9	0,7	0,3	2,7	3,0	0,7	0,3	2,7	3,1	0,4	0,2
Orta Afrika Cumhuriyeti	3,1	3,4	94,6	4,7	3,1	3,5	94,5	4,8	3,2	3,6	94,4	4,9	3,2	3,6	94,5	5,0	3,4	3,8	94,6	5,2
Chad	2,5	2,8	82,7	12,5	2,4	2,7	80,9	12,6	2,4	2,7	79,3	12,8	2,5	2,8	82,4	13,7	2,6	2,9	83,1	14,3
Şili	2,7	3,1	4,6	0,8	2,8	3,2	4,5	0,8	2,9	3,3	4,7	0,9	3,0	3,3	5,9	1,1	3,0	3,4	3,5	0,7
Çin	2,3	2,6	16,6	232,2	2,3	2,6	13,6	190,8	2,5	2,8	12,2	171,9	2,7	3,0	15,9	224,4	2,6	3,0	10,9	153,9

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Kolombiya	2,6	2,9	24,8	12,0	2,6	2,9	24,3	12,0	2,6	2,9	25,4	12,7	2,8	3,1	33,7	17,2	2,9	3,3	31,3	16,1
Kongo, Dem. Cumhuriyeti	2,6	2,9	94,2	79,4	2,3	2,6	91,0	79,3	2,1	2,4	88,9	79,9	2,0	2,2	87,1	80,9	2,0	2,3	85,5	82,0
Kongo Cumhuriyeti	3,0	3,3	88,6	4,7	3,0	3,4	90,0	4,9	3,0	3,4	90,0	5,0	3,1	3,4	90,8	5,2	3,2	3,6	91,5	5,3
Kosta Rika	3,5	4,0	16,0	0,8	3,6	4,0	16,3	0,8	3,6	4,0	16,3	0,8	3,5	3,9	21,0	1,1	3,5	3,9	14,2	0,7
Fildişi Sahili	2,9	3,3	77,7	19,3	3,0	3,4	73,4	18,7	3,1	3,5	72,0	18,8	3,2	3,6	72,8	19,5	3,5	3,9	72,9	20,0
Hırvatistan	3,7	4,2	6,2	0,3	3,8	4,2	4,1	0,2	3,8	4,3	3,4	0,1	3,8	4,3	3,3	0,1	3,8	4,3	1,8	0,1
Kıbrıs	2,5	2,8	0,1	0,0	2,6	2,9	0,1	0,0	2,6	2,9	0,3	0,0	2,7	3,0	0,1	0,0	2,6	3,0	0,0	0,0
Çek Cumhuriyeti	2,6	2,9	0,2	0,0	2,6	2,9	0,1	0,0	2,7	3,0	0,2	0,0	2,7	3,0	0,1	0,0	2,7	3,0	0,1	0,0
Danimarka	2,1	2,4	0,2	0,0	2,2	2,4	0,2	0,0	2,2	2,5	0,4	0,0	2,2	2,5	0,3	0,0	2,2	2,5	0,2	0,0
Cibuti	2,5	2,8	65,8	0,7	2,6	2,9	66,4	0,7	2,7	3,0	65,2	0,7	2,8	3,1	66,7	0,7	2,9	3,3	65,3	0,7
Dominik Cumhuriyeti	3,1	3,5	24,9	2,6	3,2	3,6	21,7	2,3	3,3	3,7	20,6	2,2	3,5	3,9	25,0	2,7	3,7	4,1	25,8	2,9
Doğu Asya ve Pasifik	3,3	3,7	26,1	587,9	3,4	3,8	24,1	540,5	3,5	3,9	22,8	513,3	3,6	4,0	25,6	580,7	3,8	4,2	22,8	517,6
Ekvador	2,5	2,8	17,6	2,9	2,5	2,8	18,3	3,1	2,6	2,9	19,8	3,4	2,6	2,9	25,1	4,4	2,7	3,0	19,7	3,5
Mısır, Arap Cumhuriyeti	3,1	3,5	67,4	68,6	3,1	3,5	70,1	72,7	3,1	3,5	67,2	70,9	3,0	3,4	63,2	67,9	3,1	3,5	61,6	67,3
Estonya	2,8	3,1	1,0	0,0	2,8	3,2	0,8	0,0	2,9	3,3	1,3	0,0	3,0	3,4	1,1	0,0	2,9	3,3	0,8	0,0
Eswatini	3,1	3,4	77,1	0,9	3,0	3,3	75,8	0,9	3,0	3,4	75,0	0,9	3,0	3,4	75,3	0,9	3,2	3,5	73,8	0,9
Etiyopya	2,8	3,1	85,8	92,9	2,8	3,1	84,1	93,4	2,9	3,3	83,4	95,2	3,0	3,4	83,3	97,6	3,3	3,7	83,8	100,8

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Avrupa ve Orta Asya	2,6	3,0	3,8	31,7	2,7	3,0	3,3	27,2	2,8	3,1	3,4	28,3	2,8	3,1	3,4	28,2	2,9	3,2	3,1	25,4
Fiji	3,2	3,6	44,9	0,4	3,3	3,7	45,8	0,4	3,4	3,9	52,9	0,5	3,5	3,9	56,8	0,5	3,9	4,4	63,7	0,6
Finlandiya	2,3	2,5	0,1	0,0	2,3	2,6	0,2	0,0	2,4	2,7	0,1	0,0	2,4	2,7	0,1	0,0	2,4	2,7	0,0	0,0
Fransa	2,6	2,9	0,1	0,0	2,7	3,0	0,1	0,1	2,8	3,2	0,3	0,2	2,9	3,2	0,3	0,2	2,9	3,3	0,2	0,1
Gabon	3,0	3,4	28,5	0,6	3,0	3,4	28,6	0,6	3,1	3,5	28,4	0,6	3,2	3,6	29,9	0,7	3,3	3,7	29,9	0,7
Gambiya, The	2,6	2,9	72,6	1,7	2,7	3,0	70,8	1,7	2,7	3,1	69,6	1,7	2,8	3,1	71,8	1,8	3,0	3,3	72,2	1,9
Almanya	2,5	2,8	0,7	0,6	2,6	2,9	0,2	0,2	2,7	3,0	0,2	0,2	2,7	3,0	0,2	0,2	2,8	3,1	0,2	0,2
Gana	3,4	3,8	80,0	24,2	3,4	3,9	78,6	24,3	3,5	3,9	77,0	24,3	3,6	4,0	78,1	25,1	3,8	4,2	77,4	25,4
Yunanistan	2,7	3,0	3,8	0,4	2,8	3,1	2,1	0,2	2,8	3,2	2,9	0,3	2,8	3,1	2,7	0,3	2,8	3,2	2,2	0,2
Gine	3,3	3,7	88,5	10,8	3,4	3,9	89,0	11,2	3,6	4,0	88,8	11,4	3,7	4,1	88,7	11,7	4,0	4,4	89,1	12,1
Gine-Bissau	2,8	3,2	84,4	1,6	2,9	3,3	84,9	1,6	3,0	3,3	82,9	1,6	3,1	3,4	83,9	1,7	3,3	3,7	84,6	1,7
Guyana	4,1	4,6	45,0	0,3	4,2	4,7	44,5	0,3	4,3	4,8	42,0	0,3	4,4	4,9	24,9	0,2	4,6	5,1	18,5	0,1
Haiti	3,5	3,9	84,7	9,2	3,6	4,1	84,7	9,3	3,8	4,3	86,9	9,7	4,0	4,5	88,9	10,1	4,3	4,8	92,6	10,6
Honduras	3,0	3,4	48,5	4,7	3,0	3,4	48,0	4,7	3,0	3,4	46,5	4,6	3,1	3,5	49,7	5,0	3,2	3,6	44,8	4,6
Macaristan	2,9	3,3	3,7	0,4	3,0	3,4	2,4	0,2	3,1	3,5	2,2	0,2	3,1	3,5	2,0	0,2	3,1	3,4	1,5	0,1
İzlanda	2,0	2,2	0,0	0,0	2,0	2,2	0,0	0,0	2,1	2,3	0,0	0,0	2,2	2,4	0,0	0,0	2,2	2,4	0,1	0,0
Hindistan	2,5	2,8	78,8	106,8	2,5	2,8	73,2	100,1,9	2,6	2,9	71,4	986,9	2,7	3,0	76,2	106,4,0	2,7	3,1	74,1	104,3,0
Endonezya	3,7	4,1	72,8	192,5	3,8	4,3	71,0	189,6	3,8	4,3	69,5	187,4	4,0	4,5	70,2	190,8	4,2	4,7	70,8	193,8

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	
İran, İslam Cumhuriyeti	2,7	3,0	14,4	12,2	2,9	3,2	16,6	14,3	3,3	3,6	25,7	22,2	3,2	3,6	25,5	22,3	3,7	4,2	30,0	26,4	
Irak	3,0	3,4	16,8	6,7	3,1	3,5	16,8	6,8	3,2	3,5	15,5	6,4	3,2	3,5	19,2	8,2	3,3	3,7	18,4	8,0	
İrlanda	2,1	2,4	0,4	0,0	2,1	2,3	0,1	0,0	2,1	2,3	0,1	0,0	2,0	2,2	0,2	0,0	1,9	2,2	0,1	0,0	
İsrail	2,2	2,4	1,9	0,2	2,2	2,5	1,2	0,1	2,2	2,5	1,2	0,1	2,2	2,5	1,2	0,1	2,3	2,5	1,2	0,1	
İtalya	2,6	2,9	2,8	1,7	2,7	3,0	2,8	1,7	2,8	3,1	2,1	1,2	2,8	3,2	1,8	1,1	2,8	3,2	1,5	0,9	
Jamaika	5,3	6,0	57,9	1,6	5,5	6,1	57,1	1,6	5,7	6,4	57,9	1,6	6,0	6,7	64,0	1,8	6,3	7,0	62,6	1,8	
Japonya	4,9	5,5	2,7	3,4	5,1	5,7	2,7	3,4	5,0	5,6	2,5	3,1	5,0	5,6	2,7	3,4	5,0	5,6	2,0	2,5	
Ürdün	3,0	3,4	6,1	0,6	3,1	3,5	5,7	0,6	3,1	3,5	6,5	0,7	3,2	3,6	7,4	0,8	3,3	3,7	7,1	0,8	
Kazakistan	2,1	2,4	2,5	0,5	2,2	2,4	1,7	0,3	2,3	2,5	1,6	0,3	2,4	2,7	2,6	0,5	2,5	2,9	2,3	0,4	
Kenya	2,5	2,8	77,4	37,9	2,5	2,8	74,5	37,2	2,6	2,9	73,7	37,6	2,7	3,0	74,5	38,7	2,8	3,2	74,0	39,2	
Kore Cumhuriyeti	4,2	4,7	2,2	1,2	4,4	4,9	2,0	1,0	4,3	4,8	1,7	0,9	4,6	5,1	2,2	1,2	4,8	5,3	1,5	0,8	
Kırgız Cumhuriyeti	2,7	3,0	56,3	3,5	2,6	2,9	47,2	3,0	2,7	3,0	45,0	2,9	2,8	3,2	55,3	3,6	3,1	3,5	58,2	3,9	
Lao PDR	3,4	3,8	75,3	5,3	3,4	3,8	73,6	5,2	3,5	4,0	72,7	5,2	3,7	4,1	74,7	5,5	3,8	4,3	74,0	5,5	
Latin Amerika ve Karayipler	3,2	3,6	22,0	124,4	3,3	3,7	20,9	119,3	3,4	3,8	20,7	119,7	3,5	3,9	20,9	121,8	3,6	4,1	22,7	133,3	
Letonya	2,8	3,1	3,4	0,1	2,8	3,1	2,4	0,0	2,9	3,2	1,9	0,0	2,9	3,3	1,9	0,0	2,9	3,3	1,5	0,0	
Lesotho	3,4	3,8	83,2	1,8	3,5	3,9	83,4	1,8	3,6	4,0	83,8	1,9	3,8	4,3	87,0	2,0	4,1	4,6	87,9	2,0	
Liberya	3,6	4,0	91,8	4,4	3,6	4,0	91,6	4,5	3,4	3,9	91,4	4,6	3,5	3,9	91,6	4,7	4,0	4,4	92,8	4,8	
Litvanya	2,7	3,0	3,3	0,1	2,7	3,0	2,3	0,1	2,8	3,1	1,2	0,0	2,8	3,1	1,1	0,0	2,8	3,1	0,7	0,0	
Lüksemburg	2,2	2,5	0,4	0,0	2,3	2,6	0,4	0,0	2,3	2,6	0,1	0,0	2,3	2,6	0,0	0,0	2,3	2,6	0,0	0,0	
Madagaskar	2,7	3,0	97,1	25,4	2,8	3,1	97,3	26,1	2,8	3,2	97,1	26,7	2,8	3,2	97,8	27,6	3,0	3,4	97,8	28,3	

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Malavi	2,4	2,7	94,5	16,9	2,5	2,8	94,9	17,4	2,7	3,0	95,4	18,0	2,8	3,1	95,8	18,6	3,0	3,4	95,9	19,1
Malezya	2,9	3,2	3,0	1,0	3,0	3,3	2,5	0,8	3,0	3,4	2,1	0,7	3,2	3,5	2,8	0,9	3,3	3,7	2,5	0,8
Maldivler	3,2	3,6	3,4	0,0	3,2	3,6	2,0	0,0	3,3	3,7	1,1	0,0	3,4	3,9	5,3	0,0	3,7	4,1	1,2	0,0
Mali	2,6	2,9	77,3	14,9	2,7	3,0	74,5	14,9	2,6	3,0	69,7	14,3	2,7	3,1	71,4	15,2	2,9	3,2	72,0	15,8
Malta	3,1	3,5	0,3	0,0	3,3	3,6	0,3	0,0	3,5	3,9	0,7	0,0	3,4	3,8	0,8	0,0	3,5	3,9	0,8	0,0
Moritanya	3,1	3,5	61,7	2,6	3,2	3,6	61,1	2,6	3,3	3,7	59,7	2,6	3,3	3,7	60,9	2,7	3,5	3,9	62,4	2,9
Mauritius	3,0	3,3	10,9	0,1	3,0	3,4	9,5	0,1	3,1	3,4	8,6	0,1	3,2	3,6	14,7	0,2	3,4	3,8	14,0	0,2
Meksika	2,7	3,0	24,3	29,9	2,7	3,1	23,1	28,7	2,7	3,0	21,6	27,0	2,7	3,1	23,1	29,1	2,9	3,2	20,2	25,6
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	2,8	3,1	32,0	111,3	2,9	3,2	33,0	116,9	3,0	3,3	33,8	121,7	3,0	3,4	33,7	123,2	3,2	3,6	34,0	126,2
Moldova	2,2	2,5	3,5	0,1	2,3	2,6	2,8	0,1	2,4	2,7	3,3	0,1	2,5	2,8	7,0	0,2	2,7	3,0	3,8	0,1
Moğolistan	4,1	4,5	58,5	1,8	4,2	4,7	55,2	1,7	4,4	4,9	55,0	1,8	4,6	5,1	60,0	2,0	5,1	5,7	64,1	2,1
Karadağ	3,0	3,4	15,9	0,1	3,1	3,4	17,2	0,1	3,3	3,6	17,4	0,1	3,1	3,5	17,3	0,1	3,3	3,7	14,9	0,1
Fas	2,4	2,7	17,7	6,3	2,5	2,8	16,8	6,0	2,5	2,8	15,7	5,7	2,5	2,8	17,7	6,5	2,6	2,9	15,5	5,7
Mozambik	2,7	3,0	91,2	26,1	2,7	3,0	90,6	26,7	2,7	3,1	90,8	27,5	2,9	3,2	91,9	28,7	3,2	3,5	92,5	29,7
Myanmar	3,3	3,7	71,0	37,1	3,4	3,8	66,6	35,1	3,4	3,9	63,3	33,5	3,5	3,9	62,3	33,3	3,8	4,2	73,8	39,7
Namibya	2,9	3,3	55,4	1,3	2,9	3,3	55,2	1,3	3,0	3,4	56,6	1,4	3,1	3,5	59,0	1,5	3,4	3,8	59,5	1,5
Nepal	3,7	4,1	80,3	22,6	3,7	4,2	77,2	22,0	3,8	4,3	75,0	21,6	3,9	4,4	77,1	22,6	4,1	4,6	76,4	22,9

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Hollanda	2,4	2,7	0,4	0,1	2,5	2,8	0,3	0,0	2,6	2,9	0,2	0,0	2,7	3,0	0,2	0,0	2,6	3,0	0,1	0,0
Nikaragua	2,8	3,2	32,3	2,1	2,9	3,2	34,4	2,3	2,9	3,3	35,6	2,4	3,0	3,3	37,0	2,5	3,2	3,5	34,2	2,3
Nijer	2,5	2,9	92,9	20,2	2,5	2,8	91,4	20,6	2,5	2,8	90,4	21,2	2,6	2,9	90,9	22,1	2,8	3,2	92,0	23,2
Nijerya	3,2	3,6	90,2	174,6	3,3	3,7	91,1	180,6	3,5	3,9	91,8	186,7	3,6	4,0	93,1	194,0	3,9	4,3	93,5	199,5
Kuzey Amerika	3,0	3,4	1,9	6,8	3,0	3,3	1,6	6,0	3,0	3,3	1,4	5,2	3,0	3,4	1,2	4,4	3,0	3,3	1,1	4,2
Kuzey Makedonya	3,0	3,3	20,1	0,4	3,0	3,3	17,7	0,4	3,1	3,5	16,6	0,3	3,1	3,4	17,5	0,4	3,2	3,6	15,5	0,3
Norveç	3,0	3,3	0,6	0,0	3,1	3,4	0,4	0,0	3,1	3,5	0,4	0,0	3,1	3,5	0,5	0,0	3,0	3,4	0,3	0,0
Pakistan	3,0	3,4	81,0	175,3	3,0	3,4	79,8	175,4	3,1	3,5	81,4	181,8	3,3	3,7	83,5	189,7	3,5	3,9	82,8	191,6
Panama	3,8	4,2	17,5	0,7	3,8	4,3	15,5	0,6	3,9	4,4	15,2	0,6	4,0	4,5	18,9	0,8	4,2	4,7	17,0	0,7
Paraguay	3,1	3,4	19,9	1,3	3,1	3,5	18,3	1,2	3,1	3,5	17,7	1,2	3,2	3,5	20,3	1,3	3,5	3,9	20,4	1,4
Peru	2,8	3,1	26,6	8,4	2,7	3,1	23,5	7,6	2,8	3,1	21,4	7,0	2,8	3,1	34,2	11,4	3,0	3,3	25,7	8,6
Filipinler	3,4	3,8	70,1	74,8	3,6	4,0	70,0	76,0	3,6	4,1	68,4	75,5	3,7	4,1	74,2	83,2	3,9	4,4	74,0	84,3
Polonya	2,6	2,9	1,0	0,4	2,7	3,0	1,5	0,6	2,8	3,2	1,1	0,4	2,9	3,2	1,3	0,5	2,8	3,2	0,5	0,2
Portekiz	2,2	2,5	1,1	0,1	2,3	2,6	1,1	0,1	2,4	2,7	0,5	0,1	2,4	2,6	1,4	0,1	2,4	2,7	1,2	0,1
Romanya	2,6	2,9	11,9	2,3	2,7	3,0	7,2	1,4	2,8	3,1	8,8	1,7	2,9	3,2	8,4	1,6	2,9	3,3	7,2	1,4
Rusya Federasyonu	2,8	3,1	3,3	4,7	2,9	3,2	2,9	4,2	2,9	3,3	2,5	3,6	3,1	3,4	2,8	4,0	3,3	3,7	2,6	3,7
Ruanda	2,3	2,6	87,0	10,6	2,2	2,5	83,9	10,5	2,3	2,5	81,9	10,5	2,4	2,7	84,6	11,1	2,4	2,7	82,0	11,0

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Sao Tome ve Principe	2,9	3,3	76,6	0,2	3,0	3,4	76,3	0,2	3,1	3,5	76,7	0,2	3,2	3,6	77,3	0,2	3,5	3,9	78,2	0,2
Senegal	2,0	2,2	53,5	8,1	2,0	2,3	48,0	7,5	2,0	2,3	45,9	7,3	2,1	2,3	46,2	7,6	2,2	2,4	45,0	7,6
Sırbistan	3,6	4,1	27,2	1,9	3,7	4,2	13,1	0,9	3,9	4,3	16,2	1,1	3,8	4,3	13,0	0,9	3,9	4,3	10,9	0,7
Seyşeller	3,6	4,0	9,1	0,0	3,5	4,0	7,8	0,0	3,5	3,9	7,2	0,0	3,4	3,8	7,5	0,0	3,7	4,1	7,3	0,0
Sierra Leone	2,5	2,8	84,2	6,5	2,6	3,0	84,2	6,6	2,5	2,8	81,3	6,5	2,6	2,9	82,5	6,8	2,8	3,2	83,5	7,0
Slovak Cumhuriyeti	2,7	3,0	2,1	0,1	2,8	3,1	2,8	0,2	2,9	3,2	1,4	0,1	2,9	3,2	1,4	0,1	2,9	3,2	2,3	0,1
Slovenya	2,5	2,8	0,1	0,0	2,6	2,9	0,1	0,0	2,7	3,0	0,1	0,0	2,8	3,1	0,0	0,0	2,7	3,0	0,0	0,0
Güney Afrika	3,7	4,1	65,3	37,0	3,7	4,1	64,9	37,2	3,7	4,2	65,1	37,8	3,8	4,3	67,0	39,4	4,1	4,6	66,7	39,6
Güney Asya	3,2	3,6	78,5	139,9,0	3,2	3,6	73,7	132,9,6	3,3	3,7	72,3	131,8,3	3,4	3,8	76,1	140,3,5	3,6	4,1	74,2	138,2,1
İspanya	2,4	2,7	1,7	0,8	2,4	2,7	1,9	0,9	2,5	2,8	1,8	0,8	2,5	2,8	2,0	1,0	2,6	2,9	1,8	0,9
Sri Lanka	3,3	3,7	56,6	12,1	3,3	3,7	52,0	11,3	3,3	3,7	48,5	10,6	3,5	3,9	54,0	11,8	3,8	4,3	55,5	12,3
Lucia	2,9	3,3	20,9	0,0	3,0	3,4	20,6	0,0	3,1	3,5	21,2	0,0	3,2	3,6	31,6	0,1	3,3	3,7	27,2	0,0
Sahra Altı Afrika	2,9	3,2	84,3	863,9	2,9	3,3	83,5	878,9	3,0	3,3	83,0	897,6	3,0	3,4	83,8	930,0	3,2	3,6	83,5	950,4
Sudan	3,3	3,7	88,4	36,0	3,5	3,9	90,9	38,2	3,8	4,3	93,6	40,5	3,8	4,3	94,1	41,8	2,8	3,1	85,4	39,0
Surinam	4,4	5,0	44,5	0,3	4,7	5,3	45,0	0,3	4,8	5,3	43,9	0,3	5,1	5,7	54,3	0,3	5,4	6,1	58,6	0,4
İsveç	2,8	3,1	0,6	0,1	2,8	3,2	1,2	0,1	2,9	3,3	0,6	0,1	3,0	3,3	0,8	0,1	2,9	3,3	0,6	0,1
İsviçre	2,3	2,5	0,0	0,0	2,3	2,6	0,0	0,0	2,4	2,7	0,0	0,0	2,4	2,6	0,0	0,0	2,3	2,6	0,0	0,0

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Tacikistan	2,7	3,0	49,8	4,4	2,7	3,0	44,6	4,1	2,9	3,2	44,0	4,1	3,1	3,5	46,8	4,5	3,2	3,6	44,3	4,3
Tanzanya	2,3	2,6	85,9	48,3	2,4	2,6	85,5	49,7	2,4	2,7	84,8	50,8	2,4	2,7	85,1	52,5	2,6	2,9	85,0	54,1
Tayland	3,5	4,0	20,5	14,5	3,6	4,0	21,0	15,0	3,7	4,2	19,1	13,6	3,9	4,3	19,8	14,2	4,0	4,5	18,0	12,9
Trinidad ve Tobago	3,5	3,9	6,5	0,1	3,6	4,0	7,0	0,1	3,6	4,1	7,1	0,1	3,8	4,2	9,1	0,1	4,0	4,5	9,9	0,2
Tunus	3,1	3,5	15,5	1,8	3,2	3,6	14,9	1,8	3,2	3,6	14,3	1,7	3,2	3,6	18,0	2,2	3,4	3,8	17,1	2,1
Uganda	2,5	2,7	84,5	33,9	2,4	2,7	83,4	34,6	2,4	2,7	82,9	35,6	2,4	2,7	82,6	36,7	2,5	2,8	81,7	37,5
Birleşik Arap Emirlikleri	2,5	2,8	0,1	0,0	2,5	2,8	0,1	0,0	2,6	2,9	0,0	0,0	2,8	3,1	0,2	0,0	2,9	3,3	0,1	0,0
Birleşik Krallık	1,6	1,8	0,5	0,3	1,7	1,9	0,5	0,3	1,7	1,9	0,5	0,3	1,7	1,9	0,5	0,3	1,7	2,0	0,4	0,3
Birleşik Devletler	2,9	3,2	2,0	6,5	2,9	3,2	1,7	5,7	2,9	3,3	1,5	4,9	3,0	3,4	1,2	4,1	3,1	3,5	1,2	4,0
Uruguay	2,7	3,1	2,8	0,1	2,8	3,2	3,0	0,1	2,9	3,3	3,3	0,1	3,0	3,4	5,3	0,2	3,2	3,5	5,2	0,2
Vietnam	3,2	3,6	24,9	23,4	3,3	3,7	22,4	21,3	3,4	3,8	19,8	19,0	3,6	4,1	21,8	21,1	3,8	4,2	21,0	20,5
Batı Şeria ve Gazze	3,0	3,3	18,0	0,8	3,0	3,4	18,4	0,8	3,1	3,5	18,0	0,8	3,0	3,4	20,0	1,0	2,9	3,3	15,4	0,8
Zambiya	2,8	3,1	88,5	15,3	2,8	3,2	88,2	15,7	2,9	3,2	88,6	16,3	2,9	3,3	89,6	17,0	3,2	3,6	90,0	17,5
Ortalama	2,9	3,3	37,0	42,4	3,0	3,3	36,0	41,0	3,0	3,4	35,6	40,8	3,1	3,5	36,8	43,3	3,2	3,6	36,3	42,6
Standart Sapma	0,6	0,6	34,4	168,3	0,6	0,7	34,1	161,1	0,6	0,7	33,9	159,9	0,6	0,7	34,2	170,6	0,7	0,8	34,6	167,8
Minimum	1,6	1,8	0,0	0,0	1,7	1,9	0,0	0,0	1,7	1,9	0,0	0,0	1,7	1,9	0,0	0,0	1,7	2,0	0,0	0,0
Maksimum	5,3	6,0	97,1	139,0	5,5	6,1	97,3	132,9,6	5,7	6,4	97,1	131,8,3	6,0	6,7	97,8	140,3,5	6,3	7,0	97,8	138,2,1

Yıllar	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021
Ülkeler	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
Baskınlık	2,7	2,7	-1,5	41,1	2,8	2,8	-1,4	40,5	2,7	2,7	-1,4	40,6	3,1	3,1	-1,5	40,2	2,6	2,6	-1,5	40,9
Çarpıklık	1,1	1,1	0,4	6,2	1,1	1,1	0,4	6,2	1,1	1,1	0,4	6,2	1,2	1,2	0,4	6,1	1,1	1,1	0,4	6,2
Varyasyon Katsayısı	0,2	0,2	0,9	4,0	0,2	0,2	0,9	3,9	0,2	0,2	1,0	3,9	0,2	0,2	0,9	3,9	0,2	0,2	1,0	3,9

SONUÇ

Bu çalışma, ülkelerin sağlıklı beslenmeye erişimini değerlendirmek amacıyla kullanılan dört temel gösterge (G1, G2, G3, ve G4) üzerine odaklanmıştır. Bu göstergeler, sağlıklı beslenmeye erişimdeki zorlukları ölçme amacı gütmektedir. Bulgularımız, önemli perspektifler sunmakta ve sağlıklı beslenmeye erişim konusundaki karmaşıklığı göstermektedir.

G1 göstergesine göre, dünya genelinde sağlıklı beslenmenin maliyeti, özellikle düşük gelirli ülkelerde artmaktadır. Bu, sağlıklı beslenmeye erişimin ekonomik faktörlere duyarlı olduğunu göstermektedir. G1 göstergesinin yüksek olduğu bölgelerde, politika yapımcılarının bu soruna odaklanması gerekliliği açıktır.

G2 göstergesi, sağlıklı beslenmenin maliyetinin coğrafi olarak farklılaştığını göstermektedir. Bu durum, bölgesel politika stratejilerinin gerekliliğini vurgular. Aynı zamanda yüksek gelirli ülkelerin daha düşük G2 değerlerine sahip olduğu ve bu ülkelerde sağlıklı beslenmenin daha erişilebilir olduğu göz önüne alınmalıdır.

G3 göstergesi, nüfusun sağlıklı beslenmeye erişimini ölçmektedir. Bu gösterge, gelir eşitsizliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlıklı beslenmeye olan etkisini ortaya koymaktadır. Türkiye'nin, G3 göstergesindeki istikrarlı bir iyileşme gösterdiği görülmüştür.

G4 göstergesi ise, nüfusun yüzde kaçının sağlıklı beslenmeye erişim sağlayamadığını belirtmektedir. Bu gösterge, politika yapımcılarına belirli hedef gruplarına odaklanmaları konusunda rehberlik edebilir.

Bu çalışma, sağlıklı beslenmeye erişim konusundaki önemli sorunları ve fırsatları vurgulamaktadır. Sağlıklı beslenmeye erişimdeki bu karmaşıklık, politika yapımcılarının, toplumların ve araştırmacıların daha fazla çaba harcaması gerektiğini göstermektedir. Bu çalışma, sağlıklı beslenmeye erişim konusundaki

tartışmalara yeni bir boyut kazandırmak ve politika kararlarını desteklemek için önemli bir katkı sunmaktadır.

KAYNAKLAR

Bai, Y., Costlow, L., Ebel, A., Laves, S., Ueda, Y., Volin, N., Zamek, M., Herforth, A., & Masters, W. A. (2021). Review: Retail consumer price data reveal gaps and opportunities to monitor food systems for nutrition. *Food Policy*, 104, 102148. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2021.102148>

Brown, M. E., Antle, J. M., Backlund, P., Carr, E. R., Easterling, W. E., Walsh, M. K., Ammann, C., Attavanich, W., Barrett, C. B., Bellemare, M. F., Dancheck, V., Funk, C., Grace, K., Ingram, J. S. I., Jiang, H., Maletta, H., Mata, T., Murray, A., Ngugi, M., ... Tebaldi, C. (2015). *Climate Change, Global Food Security, and the U.S. Food System*. <https://doi.org/10.7930/J0862DC7>

Cattaneo, A., Sadiddin, A., Vaz, S., Conti, V., Holleman, C., Sánchez, M. V., & Torero, M. (2023). Viewpoint: Ensuring affordability of diets in the face of shocks. *Food Policy*, 117. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2023.102470>

Correia, M. I., Hegazi, R. A., Diaz-Pizarro Graf, J. I., Gomez-Morales, G., Fuentes Gutiérrez, C., Goldin, M. F., Navas, A., Pinzón Espitia, O. L., & Tavares, G. M. (2016). Addressing Disease-Related Malnutrition in Healthcare. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(3), 319–325. <https://doi.org/10.1177/0148607115581373>

Food Prices for Nutrition | DataBank. (n.d.). Retrieved September 29, 2023, from <https://databank.worldbank.org/source/food-prices-for-nutrition/Type/METADATA/preview/on#>

Frison, E., & Clément, C. (2020). The potential of diversified agroecological systems to deliver healthy outcomes: Making the link between agriculture, food systems & health. *Food Policy*, 96, 101851. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2020.101851>

Hattery, A. J., & Smith, E. (2011). Health, Nutrition, Access to Healthy Food and Well-Being Among African Americans. In

Handbook of African American Health (pp. 47–59). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9616-9_3

Henry, L. (2020). Physical Health, Mental Health, and Nutrition. In *Experiences of Hunger and Food Insecurity in College* (pp. 61–78). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-31818-5_4

Lartey, A., Meerman, J., & Wijesinha-Bettoni, R. (2018). Why Food System Transformation Is Essential and How Nutrition Scientists Can Contribute. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 72(3), 193–201. <https://doi.org/10.1159/000487605>

McCarton, L., O’Hogain, S., & Reid, A. (2021). Sustainable Development Goals (SDGs). In *The Worth of Water* (pp. 159–172). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-50605-6_9

NISHI, N. (2022). Food System for Sustainable Healthy Diets: Global and Local Efforts. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*, 68(Supplement), S98–S100. <https://doi.org/10.3177/jnsv.68.S98>

Peeters, A. (2018). Obesity and the future of food policies that promote healthy diets. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(7), 430–437. <https://doi.org/10.1038/s41574-018-0026-0>

Rechel, B. (2018). *The role of public health organizations in addressing public health problems in Europe: the case of obesity, alcohol and antimicrobial resistance*.

Schneider, K. R., Christiaensen, L., Webb, P., & Masters, W. A. (2023). Assessing the affordability of nutrient-adequate diets. *American Journal of Agricultural Economics*, 105(2), 503–524. <https://doi.org/10.1111/ajae.12334>

Seyedsayamdost, E. (2020). Sustainable Development Goals. In *Essential Concepts of Global Environmental Governance* (pp. 251–252). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367816681-102>

Su, S., Li, Z., Xu, M., Cai, Z., & Weng, M. (2017). A geo-big data approach to intra-urban food deserts: Transit-varying accessibility, social inequalities, and implications for urban planning. *Habitat International*, 64, 22–40. <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2017.04.007>

Vermeulen, S. J., Park, T., Khoury, C. K., & Béné, C. (2020). Changing diets and the transformation of the global food system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1478(1), 3–17. <https://doi.org/10.1111/nyas.14446>

BÖLÜM VII

Radyoloji Derneklerinin Radyoloji Uzmanlarının Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Sağladığı Destekler: Türkiye Bağlamında Bir İnceleme

Serpil EMİKÖNEL¹
Engin TEKİN²
İbrahim TÜRKMEN³

Giriş

Son 20 yılda Türkiye’de sağlık sektöründe önemli gelişmeler ve yatırımlar gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın 2021 yılı sağlık istatistiklerine göre; 2002 yılından 2021 yılına hastane sayısı 1.156’dan 1.547’ye, hastane yatağı sayısı 164.471’den 254.497’ye,

¹ Öğr. Gör., Uşak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

² Öğr. Gör. Dr., Uşak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

³ Öğr. Gör. Dr., Uşak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü

nitelikli yatak sayısı 18.934'ten 163.993'e, yoğun bakım yatak sayısı 2.214'ten 48.753'e, Manyetik Rezonans (MR) sayısı 58'den 960'a, Bilgisayarlı Tomografi (BT) sayısı 323'ten 1.271'e, Ultrason sayısı 1.005'ten 6.276'ya, Doppler Ultrason sayısı 681'den 6.828'e, Ekokardiyografi (EKO) sayısı 259'dan 2.850'ye, Mamografi sayısı 647'den 964'e yükseltilmiştir. Sağlık sektörüne yapılan yatırımlar sonucunda hastaların hastaneye erişimi kolaylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı 2002 yılından 2021 yılına; hekime müracaat sayısı 208.966.049'dan 675.652.190'e, yatan hasta sayısı 5.508.263'ten 11.785.492'e, ameliyat sayısı 1.598.362'den 4.704.094'e, organ ve doku nakli sayısı 745'ten 13.002'e ulaşmıştır. Hastaneye müracaat ve görüntüleme cihazlarının sayısının artmasıyla birlikte son 10 yılda görüntüleme sayısı yaklaşık olarak üç kat artarak; MR 5.817.090'dan 15.238.980'e, BT 7.567.064'ten 24.688.587'e çıkmıştır. Görüntüleme sayısı açısından Türkiye OECD ve AB ülkeleri arasında birinci sırada bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Görüntüleme hizmetleri ile ilgili talep artışında nüfusun yaşlanması, teknolojik ilerlemelerin hızlanması, sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması, hastalarının bilinçlenmesinin yanısıra doktorların daha doğru teşhis koyabilmek için görüntüleme hizmetlerine bağımlılığının artması etkili olmuştur. Artık günümüzde sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılmasında, tıbbi görüntüleme teknolojisinin önemli bir rol oynadığına şüphe yoktur (Seshadri, 2005). 1895 yılından günümüze X ışınları ve bunların kullanımıyla ilişkili radyolojik teknikler, tıbbi teşhis ve tedavide giderek daha merkezi araçlar haline gelmiştir (ESR & EFRS, 2019).

Radyoloji, hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için görüntüleme teknolojisini ve radyasyonu kullanan bir tıp bilimi dalıdır. Radyoloji fizik, elektronik mühendisliği ve bilgisayar bilimindeki ilerlemelerden büyük ölçüde yararlanmaktadır. Günümüzde hastanelerde ve tıp merkezlerinde yaygın olarak kullanılan ana yöntemler arasında radyografi, floroskopi, BT, ultrason, MR ve pozitron emisyon tomografisi (PET) yer almaktadır (Wang & Summers, 2012). Radyolojideki teknolojik

gelişmeler, kesitsel görüntülemeye (özellikle BT ve MR) olan talepte büyük artışlara yol açmıştır. Artık radyoloji sıklıkla birincil tanı aracı olarak kullanılmaktadır (Boland, 2006).

Radyolojinin sağlık hizmetlerinin sunumunda kilit rol üstlenmesiyle birlikte radyologlar başta olmak üzere radyoloji birimi çalışanlarının önemi de artmıştır. Radyologlar, görüntüleme hizmetlerini sunan ve hastaların durumuyla ilgili tıbbi görüş sağlayarak klinik sorumluluğu üstlenen görevlilerdir (The Royal College of Radiologist, 2018). Radyologlar, radyoloji teknikerleri ve teknisyenleri görüntüleme yöntemleri konusunda özel olarak eğitilmiş kullanıcılarıdır. Radyoloji alanındaki eğitimlerinin odak noktası, görüntülemenin hastaların yararına en uygun şekilde kullanılması, uygunsuz ve aşırı radyasyon kullanımından kaynaklanan zarar olasılığını en aza indirme konusunda farkındalık kazandırmaktır (ESR & EFRS, 2019).

Radyologlar, görüntüleme sonuçlarını rapor haline getirmekte ve talep eden doktora iletmektedir. Radyoloji raporunun amacı, hastaya uygun bakımı sağlayacak formatta görüntülerin doğru yorumlanmasını sağlamaktır. Görüntüleme raporları, beklenen ve beklenmeyen bulguları, hastanın mevcut klinik semptomları ve bulgularıyla ve diğer araştırma testlerinin sonuçlarıyla ilişkilendirmelidir. Uygun olduğunda, görüntüleme raporu, sevk eden klinisyene daha ileri inceleme, yönetim veya başka bir uzman ekibe sevk konusunda tavsiyeleri içermelidir. Radyoloji raporu eyleme dönüştürülebilir olmalı ve hastaya uygun bakımın sağlanmasını hızlandırmalıdır. Radyoloji raporunu hazırlayan ve imzalayan kişi, raporun içeriğinden sorumludur (The Royal College of Radiologist, 2018).

Görüntüleme teknolojilerinin gelişmesi, doktorlardan teşhis sürecinde görüntüleme hizmetlerine talebin artması, hastanelerin hasta memnuniyetini ve maliyetleri ön plana alması nedeniyle radyoloji birimi çalışanları farklı beklentileri ve talepleri karşılamakta zorluklar yaşamaktadır. Radyologlar başta olmak üzere radyoloji birimi çalışanları yaşadığı sorunlara çözüm bulmak,

ekonomik, sosyal, mesleki ve özlük haklarını korumak için radyoloji derneklerine üye olmaktadır. Bu bölümde radyoloji birimi çalışanlarının yaşadığı sorunlar ve bu sorunlara yönelik Türkiye’de faal olarak faaliyet gösteren 12 radyoloji derneğinin sağladığı desteklerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ilgili derneklerin web sitelerinde yer alan “tarihçe, misyon, vizyon, değerler, tüzük, faaliyetler, etkinlikler, eğitimler, duyurular ve haberler” içerik analizi ile incelenmiştir.

Radyolojinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Rolü

Radyoloji artık birçok hastalık için temel tanı aracıdır. Radyoloji tedavinin izlenmesinde ve sonuçların tahmin edilmesinde önemli bir role sahiptir. Dijital görüntüleme teknolojik ilerlemeler, üretilen görüntülerin sonradan işlenmesine, manipüle edilmesine ve dünyanın her yerine hızla iletilmesine, iletim merkezi ile eş zamanlı olarak görüntülenmesine de olanak sağlamıştır (European Society of Radiology, 2010). Raporların zamanında teslim edilmesi herhangi bir radyoloji departmanının başarısı için kritik öneme sahiptir. Radyolog hizmetleri, nihai bir rapor oluşturulana kadar gerçek bir değer yaratmaz. Çünkü sevk eden hekimler, hastaları için ancak bu raporları aldıktan sonra bilinçli kararlar verebilirler (Boland, 2006).

Tıbbi görüntülemenin artan kullanımı ve radyoloji raporlarının teşhis sürecinde doktorlar için birincil kaynak olarak tercih edilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmıştır. Radyolojide hizmet sunumunun temel ölçütlerinden biri radyoloji raporlarının hazırlanmasıdır. İyi bir radyolojik raporun evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Hem radyologlar hem de radyoloji raporunu kullanan doktorlar radyoloji raporunun nasıl olması gerektiğine yönelik farklı görüşlere sahip olabilirler (European Society of Radiology, 2011). Radyoloji raporunun içerik olarak doğru olması, kısa ve konuyla ilgili uygun bir üslupla, yönlendiren doktora doğru mesajı iletecek şekilde yazılması gerekir. Raporun yapısı eksikse, tutarsızsa, düzensizse ve ayrıntılıysa, raporun klinik önemi kaybolabilir. İdeal olarak radyoloji raporu,

sevk eden klinisyenin ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamalıdır. Yönlendiren doktorun bir rapordan çıkardığı sonuçların, malpraktis vakalarında önemli sonuçlar doğurduğu, radyoloji raporunun tıbbi ve hukuksal bir belge olduğu göz ardı edilmemelidir (Wallis & McCoubrie, 2011).

Radyologlar tarafından sunulan yorumlayıcı raporlar, uzmanlıklarının, eğitimlerinin ve deneyimlerinin tek somut tezahürüdür. Bu belgeler çoğunlukla radyologların hasta bakımını sağlamanın en önemli yoludur. İmzalı raporlar uzun süredir radyologlar ve sevk eden doktorlar arasındaki birincil iletişim aracı olarak hizmet etmektedir. Bulguları ve sonuçları genellikle hayati tıbbi tedavi kararlarının temelini oluşturmaktadır (Sistrom & Langlotz, 2005).

Radyologlar, radyoloji teknikerleri, radyoloji teknisyenleri ve destek personeli aşağıdaki konularda bilgi sahibi olmalı ve gerekli becerileri edinmelidir (ESR & EFRS, 2019):

- Güvenli hasta bakımıyla ilgili kendi rollerinin ve sorumluluklarının farkında olmalıdır.
- İlgili eğitim ve güncellemeleri takip ederek sürekli kendilerinin geliştirmelidir.
- Görüntüleme teknikleri ve teknolojileri konusunda güncel gelişmeleri takip etmelidir.
- Yeni hastalıkları ve teşhis yöntemlerini takip etmelidir.
- Görüntüleme standartları ve kılavuzlarındaki güncellemeleri takip etmelidir.
- Görüntüleme talep eden hekimlerin isteklerini uygun bir şekilde zamanında karşılamalıdır.
- Hasta bakımıyla ilgili risklerin farkında olmalıdır.
- Eylemlerinin kendilerini veya başkalarını riske atmamasını sağlamak için gerekli özeni göstermelidir.

- Hastayla ilgilenme risklerini azaltmak için gerekli önlemleri almalıdır.
- Mümkün olan her yerde hastanın kişisel isteklerine saygı göstermelidir.
- Hasta bağımsızlığını ve özerkliğini desteklemelidir.
- Hasta, doktor ve hastanenin beklentilerine hassasiyetle yaklaşmalıdır.

Radyoloji Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar

Radyoloji kapsamında eğitimli doktorlar, hastalıkları tespit etmek, karakterize etmek ve izlemek için tıbbi görüntüleri görsel olarak değerlendirir ve bulguları rapor eder. Bu tür bir değerlendirme çoğunlukla eğitim ve deneyime dayalıdır (Hosny & ark., 2018). Radyolojinin günlük pratiğinde farklı modalitelerdeki tıbbi görüntüler radyologlar tarafından okunmakta ve yorumlanmaktadır. Genellikle radyologların bu görüntüleri kısa sürede kapsamlı bir şekilde analiz etmesi ve değerlendirmesi gerekir. Ancak modern tıp teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte görüntüleme verilerinin miktarı da hızla artmaktadır. Örneğin BT incelemeleri eskiye göre daha ince kesitlerle yapılmaktadır. BT dilimlerinin sayısı arttıkça radyologların okuma ve yorumlama süreleri de artmaktadır (Wang & Summers, 2012). Ancak sevk eden doktorlar giderek daha hızlı görüntü teslimatı beklemektedir. Dolayısıyla bu süreci geciktiren her şey radyologlara yönelik eleştirileri de beraberinde getirmektedir (Boland, 2006).

Her yıl gerçekleştirilen muayene sayısında istikrarlı bir artış olmasına rağmen her muayenede yorumlanması gereken görüntü sayısındaki artış katlanarak artmaktadır. Hastane bazlı radyoloji bölümleri son on yılda görüntüleme talebindeki olağanüstü büyümeye yanıt vermekte zorlanmaktadır. Bu artışın gelecekte de devam etmesi beklenmektedir. Son yıllarda teşhis amaçlı görüntülemedeki hızlı büyüme, politika yapıcılar, ödeme yapanlar ve hizmet sağlayıcılar tarafından endişeyle dile getirilmektedir (Moser, 2005). Görüntüleme hizmetlerine olan talepteki olağanüstü

artış, bir bakış açısına göre, hastaların ve sevk eden hekimlerin taleplerini karşılamak ve daha etkin sağlık hizmeti sunabilmek için gereklidir. Diğer bir bakış açısına göre ise kârı en üst düzeye çıkarma amacıyla mümkün olduğu kadar çok hastanın görüntüleme hizmetine yönlendirildiğine yönelik eleştiriler bulunmaktadır. Bu durum özellikle maliyet yapıları üzerinde sürdürülemez bir yüke neden olmaktadır (Boland, Guimaraes & Mueller, 2009).

Kesitsel görüntülemeye yönelik yüksek talebin yanı sıra sevk eden doktorlar ve hastalar artık bu radyolojik hizmetlere hızlı erişim beklemektedirler. Son on yılda radyoloji departmanları üzerindeki baskıların çoğu hem yatan hem de ayakta tedavi gören hastaların mümkün olduğunca hızlı incelenmesi için daha fazla görüntüleme kapasitesi sağlanması yönünde olmuştur. Yatan hastalar için herhangi bir radyoloji gecikmesi, hastanede kalış süresinin uzaması anlamına gelebilir ve bu da hastanelere ciddi bir maliyet yükü getirebilir. Bununla birlikte, görüntüleme cihazları pahalıdır ve radyologlar da bunları maksimum verimlilikte ve hasta veriminde çalıştırmakla görevlendirilmiştir. (Boland, 2006; Boland, Guimaraes & Mueller, 2009). Ek olarak hastane yöneticileri hastanın kalış süresini kısaltmaya ve maliyetleri düşürmeye çalıştıkları için yatan hasta radyolojisine daha hızlı erişim talep etmektedir (Boland, 2007). BT veya MR incelemelerini yorumlayan ortalama bir radyologun, iş yükü taleplerini karşılamak için artık 8 saatlik bir iş gününde her 3-4 saniyede bir görüntü yorumlaması gerekmektedir. Bu durum radyologların iş yükünde artışa neden olmaktadır (McDonald & ark., 2015).

Radyoloji biriminden ve çalışanlarından hastane yöneticilerinin, sevk eden hekimlerin ve hastaların beş temel beklentisi bulunmaktadır (Boland, 2006): (1) hastanın görüntüleme hizmetlerine erişimi, (2) hasta, doktor ve yöneticilerin beklentilerinin karşılanması (3) hızlandırılmış rapor teslimi ve görüntü kullanılabilirliği, (4) raporların kalitesi ve (5) radyoloji biriminin verimliliğinin artırılarak maliyetinin azaltılması ve gelirinin artırılmasıdır. Artan beklentilerin yanı sıra radyoloji çalışanları için bir çok zorluklar ve sorunlar bulunmaktadır.

Radyologlar başta olmak üzere radyoloji birimi çalışanlarının temel sorunları (Fitzgerald, 2001; Pitman & ark., 2018; Ayyala & ark., 2019; Ayyala & ark., 2020; Snoeckx & ark., 2021; MEng, Hurrell & Patlas, 2022):

- İnsan kaynağı eksikliği
- Aşırı iş yükü
- Mesai saatleri dışında aranma
- Rekabetçi radyoloji iş piyasası
- Finansal stres ve baskı
- Ekipman eksikliği
- Ekip çalışması
- Yerel ve uluslararası teknik standartların ve prosedürlerin sürekli güncellenmesi
- Üstel bir şekilde gelişen tıp bilimi
- Performans standartlarının izlenmesi ve hata analizi;
- Bireysel düşük performans
- İş-yaşam dengesizliği
- Mesleki bilgi, teknoloji ve standartlardaki sürekli gelişme ve değişme
- Bilgisayar destekli tespit ve teşhis yazılımlarının kullanımı
- Yapay zekanın sürece dahil edilmesi
- Yapılandırılmış raporlama yoluyla sonuçların doğru şekilde iletilmesi
- Araştırmada işbirliği ve katılım
- Kültürel değişim

- Klinik dışı görevler, idari talepler ve hastayla ilgili olmayan görevler.

Son yıllarda radyologların hem normal çalışma saatlerinde hem de iş yükünde bir artış görülmektedir. ABD’de 1996 ve 2007 yılları arasını kapsayan bir araştırmada acil servis başvurularının %30 arttığı, BT taramalarının sayısının ise %330 arttığı belirlenmiştir (Kocher & ark., 2011). Eğitim araştırma hastanesinde yapılan bir araştırmada 2012 ile 2019 arasında ölçülen BT sayısının %52 arttığı tespit edilmiştir. Radyologların iş yükü, 8 yıllık bir süre içinde hasta sayısındaki artışın iki katından fazla artış olmuştur. Bu durum radyoloji çalışanlarının stres, iş-yaşam dengesizliği, kendini geliştirmek için zaman bulamama ve tükenme gibi mesleki ve sosyal hayatına yönelik olumsuz etkileri bulunmaktadır (Lantsman & ark., 2022).

Radyologlar görüntüleme çalışmalarını genellikle karanlık odalarda yorumlarlar. Bu loş ortam radyologların tükenmişliğine katkıda bulunmaktadır. Radyologlar arasındaki tükenmişlik aynı zamanda uzmanlığın bir parçası olan sosyal izolasyonla da ilgilidir. Tükenmişliğin belirtileri arasında takdir edilmeme, ilgisizlik, enerji eksikliği, motivasyon kaybı, kopma, hayal kırıklığı ve hatta fiziksel rahatsızlık duyguları yer almaktadır. Tükenmişlik, özellikle çalışma koşullarıyla ilgili olduğu için, üstesinden gelinemez stresin bir sonucu olarak düşünülmektedir (Spieler & Baum, 2022). Dünya Sağlık Örgütü, tükenmişliği resmi olarak, “başarısız bir şekilde yönetilen kronik işyeri stresinden kaynaklanan mesleki bir sendrom” olarak kabul etmektedir. Tükenmişlik, özellikle mesleki bağlamdaki olgulara atıfta bulunur (World Health Organization, 2023). Tükenmişliğin yaygın nedenleri; kontrol eksikliği, belirsiz iş beklentileri, işlevsiz işyeri dinamikleri, işle ilgili faaliyetlerin yoğunluğu, sosyal destek eksikliği ve iş-yaşam dengesizliğidir (Amofo & ark., 2015).

Uzun süreli stres veya hayal kırıklığının sonucu olan tükenmişlik, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasını etkileyen hem zihinsel hem de fiziksel yorgunluk olarak ortaya çıkıyor. Hekimler

için tükenmişliğin risk faktörleri arasında yetersiz eğitim ve iş becerileri, aşırı iş yükü, uzun saatler, zor vardiyalar, çok fazla gece görüşmesi, adil olmayan denetçiler, kontrol eksikliği, iş çıkışı için ciddi zaman kısıtlamaları, iş tatminsizliğinin kaynakları yer almaktadır. Tükenmişlik oranı tanısal radyologlar arasında tüm doktorların ortalamasından daha yüksektir (Harolds & ark., 2016). Radyologlar arasında tükenmişliğin yaygın olmasının nedenleri arasında; fiziksel izolasyon, hastalarla etkileşimde bulunamama veya onları zaman içinde takip edememe, ağır çağrı yükü, uzun vadeli iş güvenliği beklentileri, maliyet ve zaman baskıları, büyük ölçüde gözden kaçan bulgular için yaptırım ve dava edilme ihtimali gibi unsurlar bulunmaktadır (Oliveira, Gowda & Jordan, 2022). Tükenmişlik, profesyonel olmayan davranışlara, intihar düşüncelerine, erken emekliliğe ve hasta bakımında hatalara neden olabilir (Harolds & ark., 2016).

Amerikan Radyoloji Derneği'nin (American College of Radiology/ACR) İnsan Kaynakları Komisyonu, sağlık kuruluşlarının radyologların tükenmişliğinin azaltılması, motivasyon ve verimliliğin sağlanması için önem sırasına göre 10 öneride bulunmaktadır (Harolds & ark., 2016):

1. İş yüküne uygun ve yeterli personel istihdam etmek,
2. İşyerindeki uzun süreli stresi azaltmak,
3. Radyologlara memnuniyetsizlik alanlarını tespit etmelerini ve bu sorunları ele almalarını isteyerek iş yaşamları üzerinde bir miktar kontrol sahibi olma fırsatı vermek,
4. Gece ve hafta sonu vardiyalarını azaltmak, özellikle geceleri yoğun rotasyon uygulamak,
5. Radyologların iş, aile ve yaşam dengesini sağlamasına yardımcı olmak,
6. Radyoloğun verimliliğini artırmak için gerekli önlemleri almak: Yardımcı personel istihdamı, idari işlerin azaltılması, radyologların ihtiyaç duyduğu eğitimlerin verilmesi, sadece

kendi temel yeteneklerine odaklanması için uygun çalışma ortamının sağlanması, sistemsel sorunların giderilmesi gibi gerekli önlemler alınmalıdır.

7. Makul finansal beklentiler ve hedefler geliştirmek: İşin kalitesini düşürecek, geri dönüş süresini artıracak, idarenin ve yönlendirenlerin uygulamadan memnuniyetini azaltacak, stres ve tükenmişliğe neden olacak finansal hedefler belirlenmemelidir.
8. Radyologların izolasyonunu azaltmak: Tanısal radyologların izolasyonunu azaltmak için bireysel okuma odaları yerine birçok radyoloğun bulunduğu geniş okuma odaları ya da doktorların ofisleri gibi okuma odaları tahsis etmek, sevk eden doktorlarla sanal görüşme imkanı sunmak, radyologlar, klinisyenler ve hastalar arasındaki iletişimin geliştirilmesi, radyologlar arasında karşılıklı saygı ve meslektaşlık kültürünün oluşturulması gibi uygulamalar kullanılabilir.
9. Tükenmişliği önlemeyi amaçlayan profesyonel yardım sağlamak: Çoğunlukla büyük stres altındaki bir doktor, kişisel sorunu işyerinde veya başka bir yerde krize yol açana kadar yardım aramayacaktır. Ancak tükenmişlik sorunu yaşayan bir doktorun genellikle bireysel psikolojik yardıma veya kariyer, yaşam ve mali danışmanlığa ihtiyacı vardır. Hem örgütsel hem de bireysel olarak profesyonel yardım sunulmalıdır.
10. Radyoloji üniversite ve eğitim kuruluşları, hastaneler, meslek kuruluşları, dernekler ve sivil toplum kuruluşları radyologların ve radyoloji çalışanlarının ihtiyaç duyduğu destekleri sunmalıdır.

Sağlık çalışanları, profesyonel yardım aramak yerine tükenmişlikle egzersiz yaparak, kendini izole ederek, aile üyeleriyle veya yakın arkadaşlarıyla konuşarak baş edebildiklerini bildirmektedir (Oliveira & ark., 2022). Tükenmişlik bireylerden ziyade tüm sağlık kuruluşlarının sorunudur. Tükenmişlik hem

doktorlar hem de hastalar için ciddi riskler oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşları, bireysel olarak sağlık çalışanları ve meslek örgütleri gerekli önlemleri almalıdır. Yapılan araştırmalarda hastanelerde ve meslek örgütlerinin tükenmişliğe yönelik müdahalelerin önemli faydalar sağladığı tespit edilmiştir (Panagiotti, Panagopoulou & Bower, 2017).

Türkiye’deki Radyoloji Dernekleri

İçişleri Bakanlığı Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü 2023 yılı verilerine göre Türkiye’de faal dernek sayısı 2000 yılında 72.379 iken 2022 yılında 120.581’e ulaşmıştır. Dernek sayısı 2000 yılından 2022 yılına kadar yaklaşık olarak %67 artmıştır. Derneklerin %37,19’u Marmara Bölgesinde bulunmaktadır. Derneklerin 38.403’ü mesleki dayanışma, 17.987’si dini, 6.364’ü insani yardım, 6.252’si eğitim ve araştırma, 6.152’si spor, 5.919’u kültür, sanat ve turizm, 2.774’ü toplumsal değerleri yaşatma, 2.685’i çevre, doğal hayat ve hayvanları koruma, 2.658’i sağlık alanında faaliyet göstermektedir (İçişleri Bakanlığı, 2023). Radyoloji alanında faaliyet gösteren 13 dernek bulunmaktadır. İlgili derneklerin bilgileri Tablo 1’de verilmiştir.

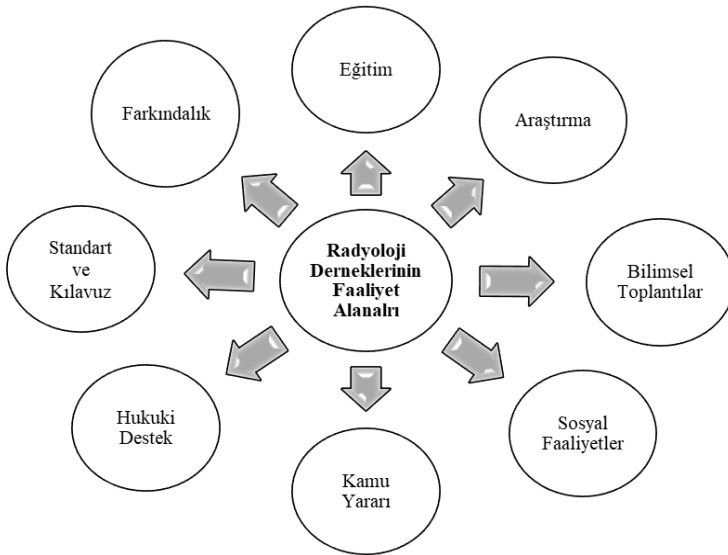
Tablo 1. Türkiye’deki Faal Radyoloji Dernekleri

SN	Dernek Adı	Dernek Adının Kısaltması	Kuruluş Yılı	Merkezi
1	Türk Radyoloji Derneği	TRD	1924	Ankara
2	Türkiye Nükleer Tıp Derneği	TNTD	1975	Ankara
3	Türk Nöroradyoloji Derneği	TNRD	1991	İstanbul
4	Türk Manyetik Rezonans Derneği	TMRD	1994	İzmir
5	Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği	TMRT-Der	1995	Ankara
6	Oral Diagnoz ve Maksillofasiyal Radyoloji Derneği	ODMFR	1997	Ankara
7	Tıbbi Görüntüleme Teşhis ve Tedavi Teknolojileri Derneği	Tıp Gör Der	2000	İstanbul
8	Tüm Radyoloji Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği	TÜMRAD-DER	2005	İstanbul
9	Türk Girişimsel Radyoloji Derneği	TGRD	2005	Ankara
10	Radyoloji Hizmet Derneği	RHD	2010	Çorum
11	Türk Toraks Radyolojisi Derneği	TTRD	2013	Ankara
12	Tıbbi Görüntüleme Derneği	TG-DER	2017	İstanbul
13	Ürogenital Radyoloji Derneği	ÜRD	2020	Ankara

Kaynak: İlgili derneklerin web siteleri incelenerek yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Türkiye’deki Radyoloji Derneklerinin Faaliyetleri

“Tıbbi Görüntüleme Teşhis ve Tedavi Teknolojileri Derneği”, radyoloji çalışanlarından ziyade tıbbi görüntüleme teknolojileri alanında faaliyet gösteren işletmelere yönelik olduğu için araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu çalışmada Türkiye’de faaliyet gösteren 12 radyoloji derneğinin web sitelerinde yer alan “tarihçe, misyon, vizyon, değerler, tüzük, faaliyetler, etkinlikler, eğitimler, duyurular ve haberler” incelenmiştir.



Şekil 1. Radyoloji Derneklerinin Faaliyet Alanları

Yapılan içerik analizi sonucunda radyoloji derneklerinin “eğitim”, “araştırma”, “bilimsel toplantı (kongre, konferans, sempozyum, panel ve çalıştay)”, “sosyal faaliyetler”, “kamu yararı”, “hukuki destek”, “mesleki standartlar ve kılavuz hazırlama”, “farkındalık” olmak üzere 8 alanda radyologlara ve radyoloji birimi çalışanlarına (radyoloji teknikeri, radyoloji teknisyeni, diğer sağlık personeli) destek sağlamaya çalışıldığı tespit edilmiştir.

Radyoloji Derneklerinin Eğitim Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Radyoloji dernekleri, üyelerinin mezuniyet sonrasında eğitim seviyelerini artırmak, alana özgü güncel bilgileri aktarmak amacıyla yüz yüze ve online olarak eğitim, kurs ve paneller düzenlemektedir. Bu eğitimler sonucunda katılımcılara sertifika ve katılım belgeleri ile üyelerinin mesleki olarak güçlenmesine katkı sağlamaya çalışmaktadır. Radyoloji derneklerinin üyelerinin eğitimi ile ilgili amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“Radyolojinin tüm alanlarında **mezuniyet öncesi eğitimi, uzmanlık eğitimi ve mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimini** desteklemek, eğitimde sürekli gelişim ve iyileştirme için çalışmalar yapmak, eğitim bursu vermek” (TRD)*

*“Nükleer Tıp **uzmanlık eğitimi** düzeyinin yükseltilmesi, standardizasyonun sağlanması, **mezuniyet sonrası eğitim** çalışmaları düzenlenmesi, bu çalışmalara katkıda bulunulması ile **eğitimde standardizasyon ve yeterlilik kurulları** oluşturulması.” (TNTD)*

*“**Nöroradyoloji eğitimi** düzenlemek, eğitimlerini tamamlamış olanlara sertifika vermek, ... dernek üyelerinin **eğitim** ve daha yüksek öğrenimlerini sağlamak için **değişik kurslar, panel ve konferanslar düzenlemek** ve bilimsel açıdan değeri yüksek bir kütüphane açmak.” (TNRD)*

*“Sektör ile ilgili ücretsiz danışmanlık hizmetleri vermek ve **eğitim çalışmaları** düzenlemek.” (TMRD)*

*“Meslektaşlarımızın bilimsel ve mesleki gelişimini desteklemek üzere projeler hazırlamak, kitlesel ve bölgesel **eğitimler** düzenlemektir. Kurs, seminer, konferans ve panel gibi **eğitim çalışmaları** düzenlemek.” (TMRT-Der, ODMFR, TG-DER, ÜRD)*

*“... radyoloji teknisyenlerinin **eğitimlerini** uluslararası standartlara yükseltmek ve **mezuniyet sonrası eğitim** çalışmaları ile*

*bireyin mesleki ve sosyal gelişime katkıda bulunmak.” (TÜMRAD-
DER)*

*“Her türlü girişimsel işlem ve bu işlemlerle ilişkili tanı yöntemleriyle uğraşan radyologların **eğitim ve öğrenimine** katkı sağlamak.” (TGRD)*

*“Üyelerin bilgi ve becerilerini artırmak için **kurslar düzenler**, benzeri faaliyetleri destekler, kursları başarı ile tamamlayanlar için sertifika ve benzeri belgeler hazırlar ve dağıtır.” (RHD)*

Radyoloji Derneklerinin Araştırma Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Sağlık alanına yapılan yatırımların artması, sağlık hizmetlerine olan talebin artması, tıp bilimi ve sağlık alanındaki bilgi birikiminin üstel olarak artması, sürekli yeni hastalıkların, tedavilerin, ilaçların ve yeni teknolojilerin ortaya çıkması bir çok faydanın yanı sıra sağlık çalışanlarının süreçte yaşadıkları sorunları karmaşıktırmaktadır. Bu nedenle tüm sağlık çalışanları gibi radyologlar ve radyoloji birimi çalışanlarının alana özgü güncel gelişmeleri takip etmesi zorunluluk haline gelmiştir. Radyoloji dernekleri üyelerinin mesleki bilgilerini güncel tutabilmek ve onların yaşadığı sorunları tespit etmek, farkındalık yaratmak, çözüm önerileri sunabilmek için bilimsel araştırmalar yapmakta ve araştırma sonuçlarını yayınlamaktadır. Radyoloji derneklerinin araştırma faaliyetleri ile ilgili amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“... **Radyoloji biliminin** gelişmesini sağlamak...” (TRD)*

*“Nükleer Tıp ve ilgili bilim dallarında tanı ve tedavi ile ilgili yüksek kalitede **bilimsel çalışmaların** üretilmesinin özendirilmesi ve desteklenmesi.” (TNTD)*

*“Konu ile ilgili yurt içi ve yurt dışında yapılmış **çalışma, araştırma ve benzeri bilimsel faaliyetleri** üyelerine duyurabilmek için dergi çıkarmak veya bu konuda yayınlanan dergilere destek olmak.” (TNRD)*

*“Manyetik Rezonans Görüntüleme veya Manyetik Rezonansa bağlı diğer tanı yöntemlerinin etkinleştirilmesi ve geliştirilmesi konularında **inceleme ve araştırmalar yapmak**, önerilerde bulunmak ve sektörde koordinasyonu sağlamak... Sektör ile ilgili çalışma yapan kişi ve kuruluşlara destek vermek.” (TMRD)*

*“Faaliyetlerinin etkinleştirilmesi ve geliştirilmesi için **araştırmalar yapmak**.” (TMRT-Der, ODMFR, TG-DER, ÜRD)*

*“Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyoterapi Teknisyenliği mesleğini icra eden üyelerimizi ilgilendiren meslek sorunları, meslek hastalıkları ve özlük hakları konularında **araştırmalar yapmak raporlar hazırlamak** ilgili kurumlara iletmek ve kamuoyunu bilgilendirmek.” (TÜMRAD-DER)*

*“Bu alanda yapılan **araştırma, çalışma ve gelişmeleri** izlemek; ülkemizde bu konudaki araştırmaları, çalışmaları ve her türlü bilimsel etkinliği teşvik etmek, burs vermek.” (TGRD)*

*“Radyoloji ve sağlık sektörüne ilişkin **araştırma yapmak**... Görüntüleme ve tanı alanında **yayınlarda bulunmak**, böyle yayınları teşvik etmektir.” (RHD)*

*“Toraks Radyolojisi alanında **araştırmalar yapmak**” (TTRD)*

Radyoloji Derneklerinin Bilimsel Toplantı Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Radyoloji dernekleri, ulusal ve uluslararası işbirlikleri sağlayarak hem üyelerinin hem de radyoloji alanındaki çalışanları “kongre, kurs, seminer, panel, sempozyum ve konferans” gibi bilimsel toplantılarla bir araya getirerek mesleki dayanışma ve işbirliklerini artırmaya çalışmaktadır. Radyoloji derneklerinin düzenlemiş olduğu bilimsel toplantılara yönelik amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“Radyoloji alanında yurtiçi ve yurtdışında sağlanan gelişmeleri yakından izlemek ve yaymak; bu amaçla **bilimsel***

kongre, kurs, seminer, panel, sempozyum ve konferans gibi toplantı ve çalışmalar düzenlemek, yayınlar yapmak.” (TRD)

“Nükleer Tıp ve kapsadığı bilim dallarında **bilimsel toplantılar** (kongre, kurs, seminer, sempozyum, panel vb.) düzenlenmesi, bilimsel yayınlar (dergi, kitap, elektronik yayın vb.) yapılması” (TNTD)

“Ulusal ve/veya uluslararası Nöroradyoloji **kongre ve günleri düzenlemek.**” (TNRD)

“Ulusal ve uluslararası **kongre, sempozyum** düzenlemek; **kurs, seminer, konferans ve panel** gibi eğitim çalışmaları yapmak.” (TMRD)

“Kurs, seminer, **konferans ve panel** gibi eğitim çalışmaları düzenlemek.” (TMRT-Der, TG-DER)

“... ulusal ve uluslararası **bilimsel konferanslar, kongreler ve toplantılar** düzenlemek... (ODMFR)

“Üyelerimizin mesleki bilgilerini ve yeterliliklerini geliştirmek, üyelerimiz arasında iyi ilişkilerin kurulmasını sağlamak ve toplumu bilgilendirici etkinliklerde (**seminer, konferans, dinleti panel, kongre, eğitim kursları, sempozyumlar**) bulunmak.” (TÜMRAD-DER)

“Girişimsel Radyoloji alanında **ulusal ya da uluslararası toplantılar düzenlemek**, konuyla ilgili ulusal ya da uluslararası süreli ve basılı ya da elektronik ortamda dağıtılabilen yayınlar yapmak veya yayınlara katkıda bulunmak.” (TGRD)

“... dernek üyelerinin deneyim ve birikimlerini birbiri ile paylaşmaları amacı ile **toplantılar** düzenlemek. Türk hekimlerini görüntüleme ve tanı konusunda bilinçlendirir. Bu konuda **kongre, konferans, panel, sempozyum, tıp günleri gibi bilimsel toplantılar** düzenler.” (RHD)

“Toraks Radyolojisi konusunda bilgi düzeyini artırmak için yurt çapında **konferanslar, sempozyumlar, paneller ve kurslar** düzenlemek, yayınlar yapmak.” (TTRD)

Radyoloji Derneklerinin Üyelerinin Sosyalleşmesi ile ilgili Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Radyoloji birimleri genellikle hastanelerin giriş veya alt katlarında konumlandırılmaktadır. Ayrıca görüntüleme merkezleri karanlık ve izole birimlerdir. Bu nedenle radyoloji birimi çalışanları, diğer çalışanlardan ve insanlardan daha izole durumda görevlerini yapmak zorunda kalmaktadır. Bu durum radyoloji birimi çalışanların sosyalleşmeye dönük sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Radyoloji dernekleri, üyelerinin sosyalleşmesine yönelik sıklıkla sosyal faaliyetler düzenlemektedir. Radyoloji derneklerinin üyelerinin sosyalleşmesine yönelik amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“Üyeleri arasında mesleki, bilimsel ve **sosyal ilişkileri geliştirmek...**” (TRD)*

*“Yurt içi ve yurt dışı meslektaşlar ve üyeler arasındaki bilimsel ve sosyo-kültürel ilişkilerin ve **dayanışmanın güçlendirilmesi.**” (TNTD)*

*“Türkiye’de bu dalda çalışanlar arasında, **bilimsel ve mesleki birliği güçlendirmek...**” (TNRD)*

*“Üyeleri arasında **sosyal ilişkilerin geliştirilmesi** ve devam ettirilmesi için yemekli toplantılar, konser, balo, tiyatro, sergi, spor, gezi ve eğlenceli etkinlikler vb. düzenlemek veya üyelerinin bu tür etkinliklerden yararlanmalarını sağlamak.” (TMRD)*

*“Üyelerinin yararlanmaları ve boş zamanlarını değerlendirebilmeleri için lokal açmak, **sosyal ve kültürel tesisler kurmak.** Üyeleri arasında **beşeri münasebetlerin geliştirilmesi** ve devam ettirilmesi için yemekli toplantılar, konser, balo, tiyatro, sergi, spor, gezi ve eğlenceli etkinlikler vb. düzenlemek veya üyelerinin bu tür etkinliklerden yararlanmalarını sağlamak.” (TMRT-Der, ODMFR, TG-DER, ÜRD)*

*“Toplumsal **kaynaşma ve etkileşim** için eğlendirici (piknik, gece, yemekli toplantı, dinletiler) etkinlikler düzenlemek.” (TÜMRAD-DER)*

*“... üyeleri arasında mesleki, bilimsel ve **sosyal ilişkileri** geliştirmek.” (TGRD)*

*“Üyeleri arasında, **bilimsel dayanışma, yardımlaşma ve iş birliğini** sağlar ...” (RHD)*

Radyoloji Derneklerinin Kamu Yararı ile ilgili Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Radyoloji dernekleri, üyelerine yönelik yapmış olduğu faaliyetlerin yanısıra toplum yararına faaliyetleri bulunmaktadır. Radyoloji dernekleri eğitim, araştırma, bilimsel toplantılarla ve yayınlarla sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve toplumun daha kaliteli sağlık hizmetine erişimine katkı sağlamaktadır. Radyoloji derneklerinin kamu yararına yönelik amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“Radyoloji alanında topluma sunulan **sağlık hizmetlerini iyileştirmek** için çalışmalar yapmak; sağlık politikaları konusunda fikir geliştirmek, ilgili kurumlara bunları bildirmek ve bu kurumlara bilgi ve uzmanlık desteği sağlamak.” (TRD)*

*“Ülke çapında **nitelikli nükleer tıp sağlık hizmeti** sunulmasını sağlamak.” (TNTD)*

*“Nöroradyoloji dalının yurdumuzda **gelişmesine, yaygınlaşmasına** yardım etmek.” (TNRD)*

*“Derneğin amaç edindiği hizmetleri **herkesin yararına** açık olarak, belli bir yöre veya kitle ile sınırlı olmaksızın gerçekleştirmek.” (TMRD)*

*“... etik prensipler içerisinde bilimsel, **toplum sağlığını gözeterek** ilgili çalışmalarını teşvik etmek...**halkımızın daha kaliteli, bilimsel ve dünya ölçeğinde** tıbbi görüntüleme ve teşhis ve tedavi hizmeti alabilmesi için çalışmalar yapmaktır.” (TMRT-Der)*

“... kamu ve toplum faydasını gözeten hizmetler sunan bir kuruluş olmak” (ODMFR)

*“Sağlık hizmetlerinin bir dalı olan Radyolojik çalışmaların, yasalar ve **insan sağlığı açısından uygunluk takibini** yapar ve gerektiğinde sorumluluk bilinciyle yasal müdahalelerde bulunur. Dünyanın her yerinden **sağlık ve sağlığı etkileyen konularda** üyelerimizi ve toplumu bilgilendirmek” (TÜMRAD-DER)*

*“... sektörümüzü daha ileriye taşımak ve sektörel hizmetlerimizle **ülke ekonomisine katkıda bulunmak** öncelikli hedeflerimizdir.” (RHD)*

*“Tüm meslek çalışanlarının ve örgütlerin etik prensipler çerçevesinde **toplum sağlığını gözeterek ilgili çalışmalarını teşvik etmek.**” (TG-DER)*

Radyoloji Derneklerinin Hukuki Destek Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Radyoloji birimi çalışanları hastanenin, doktorların ve hastaların taleplerini karşılamak zorundadır. Bu süreç bazı durumlarda radyologların işini zorlaştırmakta ve hukuki olarak desteğe ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır. Radyoloji dernekleri üyelerinin ekonomik, sosyal, mesleki ve özlük haklarını korumak için hukuki destek sağlamaktadır. Radyoloji derneklerinin üyelerinin haklarını korumaya yönelik hukuki destek sunma amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“... Üyelerinin **hak ve çıkarlarını korumak**...Gerekli hukuk ve muhasebe donanımını kurarak, mesleğin ve meslektaşların **hukuki ve mali konularda özlük haklarıyla ilgili sorunlarını** çözmeye çalışıp haklarını korumak, Derneği ve Dernek üyelerinin tümünü ilgilendiren konularda **doğabilecek idari ve kazai ihtilaflarda taraf olmak, dava açmak, davaya müdahil** sıfatıyla katılmak” (TRD)*

“Dernek üyelerine **hukuki ve mali konular ile özlük hakları** ile ilgili sorunlarda destek sağlanması. ... Üyelerinin **mesleki çıkarlarını ve özlük haklarını savunmak.**” (TNTD)

“Derneği ve Dernek üyelerini ilgilendiren konularda doğabilecek idari ve yargısal uyuşmazlıklarda **taraf olmak, dava açmak, açılan davalara katılmak.**” (TMRD)

“Radyoloji alanında **mesleki sorunlarımıza çözümler** üretmeyi, çalışma şartlarımızı optimum düzeye çıkarmayı ... mesleğinin **hukuksal haklarını** koruma ve geliştirmeyi amaçlamıştır.” (TMRT-Der)

“... dernek üyelerinin **kurumsal ve özlük haklarını** gözetken... Meslektaşlarının ... **haklarını korumaya** ve artırmaya çalışır.” (ODMFR)

“Radyoloji-Röntgen Teknisyeni, Nükleer Tıp Teknisyeni ve Radyoterapi Teknisyeninin ... **özlük ve tüzel haklarının savunulması**, çalışma saatlerinin ve maddi imkanlarının iyileştirilmesi... Üyelerimizin **ekonomik, sosyal, mesleki ve özlük haklarını koruyup geliştirmek**, birleşmelerini ve dayanışmalarını sağlamaktır.” (TÜMRAD-DER)

“...üyelerinin **hak ve çıkarlarını** korumak ...” (TGRD)

“... üyelerin **haklarını korur** ve onları temsil eder. ... yasal düzenlemeleri ve mevzuatı takip ederek üyelerini bilgilendirmek ve üyelerinin her türlü **sosyal ve yasal haklarını** korumak. “... karşılaştıkları her türlü **yasal** ve uygulamalardan doğan sorunlar için çözüm üretmek ve gerekli **hukuksal yollara başvurmak**” (RHD)

“Radyologlar arasında dayanışma sağlayarak **sorunlarına çözümler** aramaktır.” (TTRD)

“Meslektaşlarımızın **özlük haklarını** daima hukuksal çerçevede gözetmek” (TG-DER)

“Üyelerinin mesleki **haklarını ve çıkarlarını** korumak ve mesleğe ilişkin her türlü olumsuzluklara karşı yasalar çerçevesinde, yargı organları, yasama ve yürütme kademeleri nezdinde

başvurularda bulunmak, görüş bildirmek, sözcülük etmek, gerekirse dava açmak, açılmış davalara katılmak.” (ÜRD)

Radyoloji Derneklerinin Mesleki Standartlar ve Kılavuz Hazırlama Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Tıp alanındaki sürekli ve hızlı gelişmeler mesleki standartların ve uygulanan kılavuzların güncellenmesine neden olmaktadır. Baz radyoloji dernekleri standartların ve kılavuzların hem hazırlanma sürecine hem de uygulanma sürecine aktif katılım göstermektedir. Radyoloji derneklerinin mesleki standartların ve uygulama kılavuzların hazırlanmasına yönelik amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“Radyoloji alanında uygulanan eğitimin düzeyi ile radyoloji sağlık hizmetlerinin düzeyinin yükseltilmesi ve **standardize edilmesi** için çaba göstermek...”* (TRD)

*“Nükleer Tıp alanında **bilimsel ve mesleki standartların oluşturulması...** hasta tanı ve tedavisi ile halk sağlığı alanlarında **standartlar ve ulusal politikalar oluşturmak...**Tanı ve tedavi uygulamalarında **kılavuzlar, rehberler hazırlanması ve yayınlanması** ile etik standartların uygulanmasının geliştirilmesi.”* (TNTD)

*“Kuruluşları akredite etmek üzere bir Yeterlilik Kurulu oluşturmak ve yönergesini hazırlamak. Yeterlilik Kuruluna bağlı **akreditasyon kurulu** oluşturmak ve yönergesini hazırlamak.”* (TNRD)

*“Toraks Radyolojisinin eğitimini ve uygulama alanlarındaki **standartları geliştirmek, desteklemek.**”* (TTRD)

Radyoloji Derneklerinin Farkındalık ve Bilinçlendirme Faaliyetlerine Yönelik Amaçları

Hem sağlık yöneticileri hem de hastalar ve toplumlar radyoloji alanında yeterli bilgi sahibi değillerdir. Bu nedenle radyoloji ve radyoloji birimi çalışanlarına hem bireysel hem de mesleki olarak göz ardı edildiği veya gereken önemin verilmediği

durumlar ortaya çıkmaktadır. Radyoloji dernekleri radyoloji alanının ve radyoloji birimi çalışanlarının yerine getirdikleri görevi ve sağlık hizmetlerine yapmış oldukları katkıya yönelik bilinçlendirme ve farkındalık oluşturma çalışmaları yürütmektedir. Radyoloji derneklerinin farkındalık ve bilinçlendirme faaliyetleri ile ilgili amaçları şu şekilde ifade edilmektedir:

*“Nükleer Tıp uygulamaları, tanı ve tedavi yöntemleri ile radyasyon ve radyasyon sağlığı ile ilgili konularda sağlık çalışanlarının, yöneticilerin, kamuoyunun ve hastaların **eğitimi ve bilinçlendirilmesi** için çaba gösterilmesi” (TNTD)*

*“Dernek değerlerini saklamak, yapılan değerli çalışmaların genç nesillere intikali için derneği cazip hale getirmek üzere bir **Nöroradyoloji Müzesi** kurmak ve bakımını sağlamak.” TNRD)*

*“Dernek, içeriğinde Oral Diagnoz kavramını da barındıran Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi anabilim Dalı’nı **tanıtmak**, geliştirmek ve ilerletmek, **topluma** diş hekimliği yönünden **uyarıcı yayınlar yapmak**.” (ODMFR)*

*“Radyoloji-Röntgen Teknisyeni, Nükleer Tıp Teknisyeni ve Radyoterapi Teknisyeninin **öneminin anlatılması, tanıtılması**... Radyoloji ve Nükleer Tıp alanındaki yeni gelişmeleri takip etmek, üyelerini ve gerektiğinde halkı **bilgilendirici faaliyette** bulunmak.” (TÜMRAD-DER)*

*“Radyoloji ... hizmetin geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmak, bu konuda **kamuoyu oluşturmak**...” (RHD)*

*“Toplumu Ürogenital radyolojinin ilgi alanındaki hastalıkların tanısı ve tedavisi konusunda **bilgilendirmek** amacıyla aydınlatıcı basılı ve/veya sanal ortamda yayın yapmak, yazılı ve görsel yayın kuruluşlarından bu konularda destek talep etmek.” (ÜRD)*

Sonuç ve Değerlendirme

Radyolojinin vermiş olduğu görüntüleme hizmeti ve görüntüleme raporu, sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli araç haline gelmiştir. Radyoloji hizmetlerine talep her geçen gün katlanarak artmaktadır. Sağlık Bakanlığının 2021 yılı istatistiklerine göre MR ve BT görüntüleme sayısı yaklaşık olarak 3 kat artmıştır. Bu durum radyoloji birimlerini ve radyoloji çalışanlarını sağlık hizmeti sunumunda kilit oyuncular haline getirmekle birlikte bir çok beklenti ve sorumluluk da yüklemektedir. Ayrıca artan iş yükü, hastane yöneticileri, doktorlar ve hastaların farklı beklentileri, tıp biliminin sürekli gelişmesinin getirdiği yeni uygulamalar ve çalışma koşulları radyoloji çalışanlarının mesleki, ekonomik ve sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu sorunlarla radyoloji çalışanlarının tek başlarına mücadele etmesi veya çözüm üretmesi mümkün değildir.

Radyoloji birimi çalışanları yaşadığı sorunlara çözüm bulmak, ekonomik, sosyal, mesleki ve özlük haklarını korumak ve mesleki dayanışma için radyoloji derneklerine üye olmaktadır. Bu bölümde radyoloji birimi çalışanlarının yaşadığı sorunlar ve bu sorunlara yönelik Türkiye’de faal olarak faaliyet gösteren 12 radyoloji derneğinin sağladığı destekler web sitelerinde yer alan “tarihçe, misyon, vizyon, değerler, tüzük, faaliyetler, etkinlikler, eğitimler, duyurular ve haberler” içerik analizi ile incelenmiştir. Araştırma sonucunda, radyoloji derneklerinin “eğitim”, “araştırma”, “bilimsel toplantı”, “sosyal faaliyetler”, “kamu yararı”, “hukuki destek”, “mesleki standartlar ve kılavuz hazırlama”, “farkındalık” olmak üzere 8 alanda radyoloji birimi çalışanlarına destek sağladığı tespit edilmiştir.

Artan iş yükleriyle birleşen hızlı teknolojik değişim, birçok radyoloji uzmanının mevcut eğitim ve diplomalarının kazandırdığı mesleki uzmanlıklarının ötesinde becerilere ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Sağlık gibi çok farklı disiplinlerin bir arada hizmet sunduğu ortamlarda değişen öncelikleri karşılamak için radyoloji eğitiminin sürekli olmasını zorunlu kılmaktadır (Price,

Miller & Mellor, 2002). Görüntüleme ve raporlamada gerçekleştirilen sürekli iyileştirmeler, radyologların hastalara ve sevk eden doktorlara sağladığı hizmetler için çok önemlidir (Gunn & ark., 2015). Radyoloji raporlarının tarzı, yapısı ve etkinliği açısından büyük bir çeşitlilik mevcuttur. Radyoloji stajyerlerine raporlama tarzı ve tekniği konusunda çok az eğitim verilmektedir (Wallis & McCoubrie, 2011). Forsyth ve Robertson (2007) tarafından yapılan araştırmada araştırmaya katılan radyoloj uzmanlarının %57'sinin radyoloji eğitim ve öğretim kaynaklarının yeterli olmadığını düşündükleri belirlenmiştir.

Radyoloji uzmanları, yüksek kalitede hizmet sunmaya devam ederken sahip oldukları yeterlilik, bilgi ve becerilerini geliştirmeye çalışmalıdır (White & McKay, 2002). Sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin artırılmasında radyoloji konusunda yeterli, güncel ve sürekli eğitim şarttır. Radyoloji dernekleri ve radyologlar, görüntüleme yöntemlerinin klinik uygulamada kullanımına ilişkin eğitiminde ve yönetiminde öncü bir rol üstlenmelidir (European Society of Radiology, 2020). Ayrıca radyoloji dernekleri, radyolojinin belirli alanlarında uzman yetiştirmek için yan dal uzmanlık eğitim programları geliştirmelidir (Shen & Chiou, 2023). Türkiye'de faaliyet gösteren radyoloji dernekleri, üyelerinin alana özgü bilgilerini güncellemek, artırmak, yeni beceriler kazandırmak, farklılaşan ve değişen beklentileri karşılamak amacıyla mezuniyet sonrasında yüz yüze ve online olarak eğitimler düzenlemektedir.

Sağlık hizmetleri sürecinde radyolojinin sürekli genişlemesi, görüntüleme yöntemlerindeki ilerlemeler ve bunların ürettiği görüntülerin hacmi, verimli iş akışı baskılarıyla birleştiğinde, radyologların verimliliğini artıran teknolojilere yönelik büyük talep yaratmaktadır (Rubin, 2019). Radyolojik görüntüleme ekipmanlarındaki teknolojik gelişmeler görüntülemenin kullanımını da artırmıştır. Bu tür teknolojik gelişmeler, daha küçük anatomik yapıların ve anormalliklerin görüntülenmesine olanak tanıyan, giderek daha yüksek çözünürlüklü görüntüler elde etme yeteneğini içerir. Daha yüksek çözünürlük, hasta başına ortalama görüntü sayısının artmasına neden olmaktadır. Görüntü sayısı arttıkça

radyologların iş yükü de artmaktadır. Görüntülerin artan sayısı ve karmaşıklığı, radyologların bunları yorumlama kapasitelerini aşmaktadır. Bilgisayarlı tıbbi sistemler, yapay zeka, algoritmalar ve makine öğrenimi tıbbi görüntülerin analizini ve teşhisini otomatikleştirme ve radyologların üzerindeki iş yükünü azaltma potansiyeline sahiptir. Makine öğreniminin uygulanması, maliyetleri azaltarak, doğruluğu artırarak veya yetersiz olan uzmanlığı yaygınlaştırarak hastalara fayda sağlayabilir (Wang & Summers, 2012). Ayrıca yapay zekanın kullanımı tanısal görüntülemeye yönelik son yıllarda artan yasal incelemeler ve hukuki süreçlerde radyoloji uzmanlarına yardımcı olacaktır (Knechtges & Carlos, 2007).

Görüntüleme iş akışına kusursuz şekilde entegre edilmiş bir yapay zeka bileşeni, radyologlara önceden taranmış görüntüler ve tanımlanmış özellikler sağlayarak verimliliğin artırılmasına, hataların azaltılmasına ve sağlık hizmetlerinde istenen kaliteye ve hıza ulaşılmasına katkı sunacaktır. Bu nedenle, tıbbi görüntülemede yapay zeka ile ilgili teknolojik ilerlemeleri kolaylaştırmak için önemli çabalar ve politikalar ortaya konulmalıdır (Hosny & ark., 2018). Yapay zeka uygulamaları bir sorun çözücü veya tüm tıbbi sistemin gerekli bir parçası olarak değil, uzmanlara yardımcı olarak görülmelidir. Yapay zekanın potansiyeli, bilişim tabanlı müdahaleler ve rapor oluşturma gibi süreçleri kolaylaştırma yoluyla radyologların iş akışını yardımcı olmakta yatmaktadır (Shen & Chiou, 2023). Avrupa Radyoloji Derneği'nin radyologlar üzerinde yapmış olduğu araştırmada katılımcıların tamamı yapay zeka sistemlerinin geliştirilmesi ve doğrulanması süreçlerine mutlaka radyologların dahil edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (European Society of Radiology, 2019).

Radyoloji dernekleri üyelerinin mesleki bilgilerini güncel tutmak, yeni teknoloji ve yapay zeka uygulamalarına adapte etmek, onların yaşadığı sorunları tespit etmek ve çözüm önerileri sunabilmek için bilimsel araştırmalar yapmakta ve araştırma sonuçlarını yayınlamaktadır. Ayrıca radyoloji dernekleri “kongre, kurs, seminer, panel, sempozyum ve konferans” gibi bilimsel

toplantılar düzenleyerek üyelerinin mesleki gelişim, dayanışma, sosyalleşme ve işbirliklerini artırmaya çalışmaktadır. Radyoloji dernekleri eğitim, araştırma, bilimsel toplantılarla ve yayınlarla sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve toplumun daha kaliteli sağlık hizmetine erişimine katkı sağlamaktadır.

Radyolojide değişen beklentiler, genişleyen roller ve sorumluluklar beraberinde yasal sorumluluklar da getirmektedir. Radyoloji uzmanları uygulamadan kaynaklanan eylem veya ihmallerden idari ve yasal olarak sorumludur (White & McKay, 2002). Radyoloji uzmanları tıbbi, yasal ve hesap verebilirlik konusunda rehberliğe ihtiyaç duymaktadır (Forsyth & Robertson, 2007). Genel olarak, radyoloji uzmanları, ultrason muayenelerinin raporlanması da dahil olmak üzere, her koşulda mesleki faaliyetlerinden yasal olarak sorumlu olduklarının bilincinde olmalıdır (European Society of Radiology, 2020). Radyoloji dernekleri üyelerinin ekonomik, sosyal, mesleki ve özlük haklarını korumak için ihtiyaç duyduğu hukuki desteği sağlamaya çalışmaktadır.

Geleneksel tıp kültürünün belirli güçlü yönleri olsa da hataların yapılmaması gerektiği, hataların kişisel ve mesleki başarısızlığın göstergesi olduğu inancına yol açmıştır. Kişi merkezli yaklaşım, hatayı yapan kişiye ve dikkatsizlik, unutkanlık veya sorumsuzluk gibi hatanın psikolojik öncüllerine odaklanmaktadır. Hatalara karşı önlemler genel olarak disiplin önlemleri, bireysel davranışı yönlendirecek daha fazla prosedür yazma, suçlama ve utandırma gibi bireye yönelik yaptırımları içermektedir. Sistem yaklaşımı ise insanların yanılabilceği ve hataların iyi yönetilen organizasyonlarda bile meydana gelebileceği önermesinden yola çıkmaktadır. Hataların organizasyon kültürü, risk yönetimi veya kaynak eksikliği gibi yukarı yönlü sistemik faktörler tarafından şekillendirildiği görülmektedir. Önemli olanın hatayı kimin yaptığı değil, hatanın olduğu koşulların oluşmasına hangi faktörlerin yardımcı olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle sağlık kuruluşları aynı hataların tekrarlanmasını önlemek için hata tuzaklarını ortaya çıkarılmalı ve tehlikenin kaynağı ile potansiyel mağdurlar arasında

bariyerler geliştirmelidir. Radyolojide hataları önemli ölçüde azaltmak için hatanın kaynağı olarak birey odaklı yaklaşımdan ziyade ekip ve sistem yaklaşımlarının benimsenmesi gerekmektedir (Fitzgerald, 2001).

Tıp alanındaki sürekli ve hızlı gelişmeler mesleki standartların ve uygulanan kılavuzların sürekli güncellenmesine neden olmaktadır. Hastalara maksimum faydayı sağlamak amacıyla radyoloji uzmanlarının kendi uygulama alanlarındaki uzmanlarla aynı düzeyde bilgi ve beceriye sahip olmasını sağlayan kılavuzlar oluşturulmalıdır (White & McKay, 2002). Radyoloji raporunun önemli bir tıbbi-hukuki belge olduğu için raporlama standartları ve uygulama kılavuzları sürekli gözden geçirilmelidir (Wallis & McCoubrie, 2011). Bazı radyoloji dernekleri standartların ve kılavuzların hem hazırlanma sürecine hem de uygulanma sürecine destek sağlamaktadır.

O'Mahony ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada hastaların %86'sının radyologların tıp doktoru olduğunu bilmediği ve yaklaşık %40'ının radyologların kendi tedavilerinde oynayacakları bir rol olduğunu düşünmediği tespit edilmiştir. Benzer bir sonuç Gunn ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu araştırmada halkın sadece yarısının radyologları hekim olarak tanımladığı görülmüştür. Yöneticiler, hastalar ve toplum arasında radyoloji biriminin ve çalışanlarının önemi, rolleri ve sorumlulukları konusunda farkındalık eksikliği bulunmaktadır. Bu eksikliği gidermeye yönelik radyoloji dernekleri, radyoloji alanının ve radyoloji birimi çalışanlarına yönelik kamuoyu oluşturma, toplumu bilinçlendirme ve farkındalık oluşturma çalışmaları yürütmektedir. Sağlık hizmetlerinde radyolojinin önemi konusunda halkın farkındalığının artırılması ve halkın tıbbi görüntülemenin uygun kullanımı konusunda eğitilmesi, tıbbi görüntüleme kaynaklarının ihtiyatlı bir şekilde tahsis edilmesine yardımcı olacaktır (Shen & Chiou, 2023).

Araştırmanın kısıtlılıkları bağlamında gelecekte yapılacak araştırmalara yönelik bazı öneriler geliştirmek mümkündür. Bu

araştırmada Türkiye’de faaliyet gösteren radyoloji derneklerinin üyelerine yönelik kuruluş amaçları içerik analizi ile incelenmiştir. Araştırma Türkiye ile sınırlı tutulmuştur. Gelecek araştırmalarda farklı ülkelerde bulunan radyoloji derneklerinin amaçlarının incelenmesi önerilmektedir. Araştırmada radyoloji derneklerinin amaçlarına odaklanılmış olup daha sonra yapılacak araştırmalarda radyoloji derneklerinin faaliyetleri incelenerek amaçları doğrultusunda hangi faaliyetleri gerçekleştirdikleri ortaya konulabilir. Ayrıca radyoloji uzmanlarının mesleki algıları, radyoloji alanındaki teknolojik gelişmelere yönelik tutumları, radyoloji eğitimine, meslek örgütlerine ve derneklere bakış açıları, beklentileri, yaşadıkları sorunlar ve czm önerilerine yönelik görüşlerinin alınması radyoloji ve sağlık yönetimi açısından hem uygulama hem de teorik olarak katkı sağlayacaktır. Son olarak radyoloji derneklerine ye olan radyoloji uzmanların ye olma nedenleri, dernek tercihleri, dernek faaliyetlerine katılma durumları, derneklerden faydalanma düzeyleri, derneklerden talepleri ve nerileri incelenebilir.

KAYNAKÇA

Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A. & Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine*, 65(2), 117-121. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu144>.

Ayyala, R. S., Ahmed, F. S., Ruzal-Shapiro, C. & Taylor, G. A. (2019). Stressors contributing to burnout amongst pediatric radiologists: Results from a survey of the society for pediatric radiology. *Pediatric Radiology*, 49, 714-722. <https://doi.org/10.1007/s00247-019-04370-z>.

Ayyala, R. S., Baird, G. L., Sze, R. W., Brown, B. P. & Taylor, G. A. (2020). The Growing issue of burnout in radiology — a survey-based evaluation of driving factors and potential impacts in pediatric radiologists. *Pediatric Radiology*, 50, 1071-1077. <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04693-2>.

Boland, G. W. (2006). Stakeholder expectations for radiologists: Obstacles or opportunities? *Journal of the American College of Radiology*, 3(3), 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2005.10.008>.

Boland, G. W. (2007). Diagnostic imaging centers for hospitals: A different business proposition for outpatient radiology. *Journal of the American College of Radiology*, 4(9), 581-583. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2007.03.011>.

Boland, G. W., Guimaraes, A. S. & Mueller, P. R. (2009). The radiologist's conundrum: Benefits and costs of increasing ct capacity and utilization. *European Radiology*, 19, 9-11. <https://doi.org/10.1007/s00330-008-1159-7>.

ESR & EFRS. (2019). Patient safety in medical imaging: A joint paper of the European Society of Radiology (ESR) and the European Federation of Radiographer Societies (EFRS). *Radiography*, 25(2), e26-e38. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.01.009>.

European Society of Radiology. (2011). Good practice for radiological reporting. guidelines from the European Society of Radiology (ESR). *Insights Imaging*, 2, 93–96. <https://doi.org/10.1007/s13244-011-0066-7>.

European Society of Radiology. (2011). White paper on radiation protection by the European Society of Radiology (ESR). *Insights Imaging*, 2, 357–362. <https://doi.org/10.1007/s13244-011-0108-1>.

European Society of Radiology. (2019). Impact of artificial intelligence on radiology: A EuroAIM survey among members of the European Society of Radiology. *Insights Imaging*, 10:105, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0798-3>.

European Society of Radiology. (2020). Position statement and best practice recommendations on the imaging use of ultrasound from the European Society of Radiology (ESR) ultrasound subcommittee. *Insights Imaging*, 11, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13244-020-00919-x>.

European Society of Radiology. (2010). The future role of radiology in healthcare. *Insights Imaging*, 1, 2-11. <https://doi.org/10.1007/s13244-009-0007-x>.

Fitzgerald, R. (2001). Error in radiology. *Clinical Radiology*, 56(12), 938-946. <https://doi.org/10.1053/crad.2001.0858>.

Forsyth, L. J. & Robertson, E. M. (2007). Radiologist perceptions of radiographer role development in Scotland. *Radiography*, 13(1), 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2005.10.001>.

Gunn, A. J., Mangano, M. D., Choy, G. & Sahani, D. V. (2015). Rethinking the role of the radiologist: enhancing visibility through both traditional and nontraditional reporting practices. *RadioGraphics*, 35(2), 416–423. <https://doi.org/10.1148/rg.352140042>.

Harolds, J. A., Parikh , J. R., Bluth, E. I., Dutton, S. C. & Recht, M. P. (2016). Burnout of radiologists: Frequency, risk factors, and remedies, a report of the ACR Commission on Human Resources. *Journal of the American College of Radiology*, 13(4), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2015.11.003>.

Hosny, A., Parmar, C., Quackenbush, J., Schwartz, L. H. & Aerts, H. J. (2018). Artificial intelligence in radiology. *Nature Reviews Cancer*, 18, 500-510. <https://doi.org/10.1038/s41568-018-0016-5>.

İçişleri Bakanlığı. (2023). *Derneklere ilişkin istatistikler*. (09/11/2023 tarihinde <https://www.siviltoplum.gov.tr/derneklerin-faaliyet-alanlarına-gore-dagilimi> adresinden ulaşılmıştır).

Knechtges, P. M. & Carlos, R. C. (2007). The Evolving role of radiologists within the health care system. *Journal of the American College of Radiology*, 4(9), 626-635. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2007.05.014>.

Kocher, K. E., Meurer, W. J., Fazel, R., Scott, P. A., Krumholz, H. M. & Nallamothu, B. K. (2011). National trends in use of computed tomography in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 58(5), 452-462. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.05.020>.

Lantsman, C. D., Barash, Y., Klang, E., Guranda, L., Konen, E. & Tau, N. (2022). Trend in radiologist workload compared to number of admissions in the emergency department. *European Journal of Radiology*, 149, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2022.110195>.

McDonald, R. J., Schwartz, K. M., Eckel , L. J., Diehn , F. E., Hunt, C. H., Bartholmai, B. J., . . . Kallmes, D. F. (2015). The effects of changes in utilization and technological advancements of cross-sectional imaging on radiologist workload. *Academic Radiology*, 22(9), 1191-1198. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2015.05.007>.

MEng, D. J., Hurrell, C. & Patlas, M. N. (2022). Current status of burnout in Canadian radiology. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 74(1), 37-43. <https://doi.org/10.1177/08465371221117282>.

Moser, J. W. (2005). Getting at the facts on imaging utilization growth. *Journal of the American College of Radiology*, 2(9), 720-724. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2005.07.007>.

Oliveira, A., Gowda, V. & Jordan, S. G. (2022). It takes a village: A multimodal approach to addressing radiologist burnout. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 51(3), 289-292. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2021.11.003>.

O'Mahony, N., McCarthy, E., McDermott, R., & O'Keeffe, S. (2014). Who's the Doctor? Patients' Perceptions of the Role of the Breast Radiologist: A Lesson for All Radiologists. *The British Journal of Radiology*, 85(1020), e1184-e1189. doi:10.1259/bjr/74006772

Panagioti, M., Panagopoulou, E. & Bower, P. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195-205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>.

Pitman, A., Cowan, I. A., Floyd, R. A. & Munro, P. L. (2018). Measuring radiologist workload: progressing from RVUs to study ascribable times. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 62(5), 605-618. <https://doi.org/10.1111/1754-9485.12778>.

Price, R. C., Miller, L. R. & Mellor, F. (2002). Longitudinal changes in extended roles in radiography. *Radiography*, 8, 223-234. <https://doi.org/10.1016/radi.2002.0383>.

Rubin, D. L. (2019). Artificial intelligence in imaging: The radiologist's role. *Journal of the American College of Radiology*, 16(9), 1309-1317. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2019.05.036>.

Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık istatistikleri yılığı, 2021*. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (08/11/2023 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> adresinden ulaşılmıştır).

Seshadri, S. (2005). Why Advances in imaging technology are good for radiology, patients, and the bottom line. *Journal of the American College of Radiology*, 2(1), 5-7. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2004.08.022>.

Shen, S. H. & Chiou, H. J. (2023). The growing problem of radiologist shortage: Taiwan's perspective. *Korean Journal of Radiology*, 24(11), 1049-1051. <https://doi.org/10.3348/kjr.2023.0843>.

Sistrom, C. L. & Langlotz, C. P. (2005). A framework for improving radiology reporting. *Journal of the American College of Radiology*, 2(2), 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2004.06.015>.

Snoeckx, A., Franck, C., Silva, M., Prokop, M., Schaefer-Prokop, C. & Revel, M. P. (2021). The radiologist's role in lung cancer screening. *Translation Lung Cancer Research*, 10(5), 2356-2367. <https://doi.org/10.21037/tlcr-20-924>.

Spieler, B. & Baum, N. (2022). Burnout: A mindful framework for the radiologist. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 51(2), 155-161. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2021.08.005>.

The Royal College of Radiologist. (2018). *Standards for interpretation and reporting of imaging investigations, second edition*. Clinical Radiology. (04/12/2023 tarihinde www.rcr.ac.uk adresinden ulaşılmıştır).

Wallis, A. & McCoubrie, P. (2011). The radiology report — Are we getting the message across? *Clinical Radiology*, 66(11), 1015-1022. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2011.05.013>.

Wang, S. & Summers, R. M. (2012). Machine learning and radiology. *Medical Image Analysis*, 16, 933-951. <https://doi.org/10.1016/j.media.2012.02.005>.

White, P. & McKay, J. C. (2002). Guidelines and legal requirements which inform role expansion in radiography. *Radiography*, 8, 71-78. <https://doi.org/10.1016/radi.2002.0360>.

World Health Organization. (2023). *QD85 burnout*. (11/12/2023 tarihinde <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> adresinden ulaşılmıştır).

BÖLÜM VIII

Sağlık Kurumlarında Kurumsal Sosyal Sorumluluk

Sinan TARSUSLU¹

Giriş

Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı günümüz iş dünyasında giderek önemini arttıran bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumların en temel kuruluş amacı olan kar elde etmek ve işletme değerini maksimize etmek gibi amaçların yanında aynı zamanda topluma ve çevreye karşı sorumluluklarını da yerine getirmeyi hedeflemelidirler. Bu nedenle, kurumsal sosyal sorumluluk bir işletmenin toplumun ve doğal çevrenin refahını arttıracak, sürdürülebilir politikalarla etik ve sosyal adalet ilkelerine bağlı kalarak faaliyetlerini sürdürmesi ve bu hedefleri benimsemesi olarak ifade edilebilir. Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı olarak birçok farklı boyutta ifade edilebilir. Özellikle toplumun beklentileri

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Orcid ID: 0000-0003-0018-1430, sinan.tarsuslu@erzincan.edu.tr

doğrultusunda çevresel sorumlulukların dikkate alınması ve toplum refahını arttıracak uygulamaların hayata geçirilme prensibi bu boyutlar arasında en önemli olan temel hedeflerdir. Kurumların doğal kaynaklar ve çevre üzerinde ortaya çıkartabileceği muhtemel olumsuz etkiler, enerji ve su tasarrufu, atık yönetimi, yenilenebilir ve temiz enerji üretimi çevresel hedefleri oluşturur. Bunun yanında sosyal sorumluluk bağlamında çalışanların refahının arttırılması, iç ve dış paydaşların gelişimi, adil çalışma şartlarının sağlanması, çalışan çeşitliliğinin ve kapsayıcılığının teşvik edilmesi sosyal sorumluluğun çalışanlar bağlamında ele alınan temel hedeflerini ifade eder. Ayrıca toplum ihtiyaçlarının karşılanmasına ve sosyal adaletin gerçekleştirilmesine yönelik eğitim, sağlık, yoksulluk ile mücadele, engellilerin topluma kazandırılması veya çevresel şartların düzenlenmesi gibi gerçekleştirilen projeler ve bu projelerin hayata geçmesi için yapılan bağışlar da kurumsal sosyal sorumluluğun toplumsal anlamda gerçekleştirmek istediği hedeflerle açıklanabilir.

Sonuç olarak, kurumsal sosyal sorumluluk iş dünyasında sadece kar odaklı bir yaklaşım olmaktan ziyade kurumların topluma, çevreye, çalışanlarına, paydaşlarına, tedarikçilerine, müşterilerine ve hissedarlarına karşı sosyal sorumluluklarını yerine getirerek sürdürülebilir, etik değerlere bağlı ve sosyal adalet ilkelerine saygılı uzun vadeli üretimin ve işletme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik eylemleri içeren bir olgudur.

Sorumluluk ve Sosyal Sorumluluk Kavramı

Kurumsal sosyal sorumluluk kavramından bahsetmeden önce sorumluluk ve sosyal sorumluluk kavramlarının açıklanması konunun daha ayrıntılı irdelenebilmesi için gereklidir. Bu açıdan sorumluluk ve sosyal sorumluluk kavramlarıyla ilgili alan yazınında çeşitli tanımlamalar yer almaktadır. Sorumluluk kavramı, kişinin herhangi bir olayın sonucunda gerçekleştirebilecek bütün ihtimalleri kabullenerek üstlenmesi olarak tanımlanır. Grunig ve White ise sorumluluk kavramına daha farklı bir anlam kazandırarak “kişilerin, örgütlerin veya kurumların temel faaliyetleri sonucunda diğer

Çalışanlar üzerinde ortaya çıkabilecek etkilerin ve gelişebilecek olumsuz sonuçların engellenme çabaları” olarak tanımlamıştır (Grunig, 2005: 57). Türk dil kurumuna göre sorumluluk, bireyin kendi davranışlarını ve kendi sorumluluk alanına giren herhangi bir olay veya durumun sonuçlarını üstlenmesi, mesuliyetini almasıdır (TDK, 2023). Diğerk bir ifadeyle sorumluluk, bireyin yaptığı iş veya verdiği kararların muhtemel etkilerini ve sonuçlarını kabullenerek üstlenmesidir. Kişinin hem ahlaki hem de hukuksal anlamda kendi gerçekleştirdiği eylemlerinin ve yetki alanları dahilindeki olayların sonuç ve etkilerini üstlenmesidir (Glover, 1970: 17). Başaran (1971) ise sorumluluk kavramına daha farklı bir bakış açısıyla yaklaşıp kavramı, bir duygu şeklinde tanımlamıştır. Başaran’a göre birey söz konusu duyguyu birer dev şeklinde üzerine alır veya diğerk kişiler tarafından kendisine atanan bir devi son aşamaya kadar yerine getirir. Birey gerçekleşen bu eylemler ve ödevler sebebiyle ortaya çıkabilecek olası sonuçların hesabını verebiliyor veya sonuçlarını stlenilebiliyorsa sorumluluklarını yerine getirmiş olarak addedilebilmektedir. Farklı ifadesiyle sorumluluk, bireyin başkalarını tanıyarak varlıklarını kabullenmesi ve onlara kendi değerlerine göre saygı gösterecek şekilde hareket etmesidir (zpek, 2005: 12-13). En kısa tanımıyla sorumluluk, bir bireyin üstlendiği yükümlülükler olarak tanımlanmaktadır. Sorumluluk kavramı bireyden bireye veya toplumdan topluma değişebilen anlamlar ifade edebilmektedir. Çünkü her toplum içinde barındırdığı bireylere farklı sorumluluklar yükleyebilmektedir. Bu sorumluluklar toplumdan topluma zaman ve mekna göre de bazı farklılıklar gösterebilmektedir. Ayrıca sorumluluk kavramı bireyler tarafından ne kadar ciddiye alınırsa bireylerin ykmllk altında kalmaları o denli azalabilmektedir. Bireylerin sorumlulukları olduğu kadar toplumun birer parçası olan işletmelerin, kurumların veya örgütlerin de topluma karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Kurumların topluma karşı olan sorumlulukları veya yükümlülükleri de sosyal sorumluluk kavramı çerçevesinde incelenmektedir (Dalkıran, 2015: 5). Kurumlarda aynı bireyler gibi faaliyet yürüttükleri toplumun, ülkenin veya uluslararası çevrenin birer gerekliliği olarak sosyal ve

ekonomik sorumluluklara sahiptirler. Bu nedenle kurumlar sergileyecekleri davranışların veya alacakları kararların toplumsal sonuçlarını da gözетerek karar almak durumundadırlar (A. Vural & Coşkun, 2011: 62).

Sorumluluk olgusu genel olarak yasalarla belirlenen bir olgu için kullanılabileceğı gibi bazen ahlaki bazen de bireylerin beklenti ve istekleri doğrultusunda gelişen ve yine bireyin yerine getirmekle mükellef olduğı davranışları ifade etme amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca sorumluluk birey davranışlarıyla şekillenir. Bu açıdan sorumluluk bilinciyle hareket eden bireylerin kendi davranışlarının diğеr birey, toplum veya çevre üzerindeki muhtemel etkilerini de dikkate alarak daha hassas ve dikkatli bir şekilde hareketler sergilemesi gerekebilir (Ergöl & Kurtulmuş, 2014: 222).

Sorumluluk kavramından bir yönüyle farklı olan sosyal sorumluluk anlayışı ise odak noktasına toplumu almakta ve topluma yönelik fayda sağlama ve toplum için çaba harcama anlayışı hakimdir. Bu durum genel itibariyle hayırseverlik veya gönüllölük esasına göre gerçekleştirilebilmektedir (A. Vural & Coşkun, 2011: 62). Sosyal sorumluluk en genel tanımıyla bir kurumun veya örgütün kaynaklarını toplum faydasını gözetecek şekilde kullanması veya yönlendirmesidir (Stahl & Grigsby vd., 1997: 4). Sosyal sorumluluk kavramına dair ilgili literatürde toplumdan topluma veya kültürden kültüre farklılaşabilen ve genel anlamda kabul görmüş bir tanımının olmaması nedeniyle kavram tanımlanırken çok farklı perspektiflerde ifade edilebilmektedir. Örneğın Aydınalp'e (2013: 5) göre her ne kadar bütün toplumların farklı yapıları ve değеrleri olsa da sosyal sorumluluk kavramı, en genel anlamda toplum yararının öncelikli olduğı bir yaklaşım biçimi olarak tanımlanmıştır. Sosyal sorumluluk alanında ilk tanımlamaları yapan ve kavramın geliştirilmesi aşamasında da önemli katkılar sunan Bowen ise sosyal sorumluluk kavramını, kurumların faaliyetlerini sürdürürken hem kendi çıkarlarını hem de toplum beklentilerini öncelikleyerek doğru stratejiler geliştirilmesi, uygulanması ve toplum hayatını iyileştirmeye yönelik alınacak sorumlulukların bütünü olarak ifade etmiştir (Karabetyan, 2021: 21).

Sosyal sorumluluk Eren'e (2000: 99) göre bir kurumun veya işletmenin bağlı bulunduğu ülkenin ekonomik ve yasal koşullarına, iş ahlakına, kurum içi veya çevresindeki birey, örgüt veya kurumların beklentilerine uygun bir şekilde çalışma stratejisi belirlemesi veya politikalar oluşturmastır. Sosyal sorumluluk, birey tarafından toplum yararına olabilecek olumlu değişikliklerin gerçekleştirilmesini amaçlar. Özellikle kurumların, sosyal sorumluluk faaliyetleri kapsamında gerçekleştirilecek uygulama ve politikalara önem vermesi hem kurumun hem de faaliyet yürüttüğü çevrenin olumlu yönde etkilenmesine yardımcı olur. Diğer bir ifadeyle sosyal sorumluluk, toplumun yaşam seviyesini yükselten yükümlülüklerin yerine getirilmesidir (Dalkıran, 2015: 6).

Sosyal sorumluluk olgusu genel itibariyle bireyleri ve örgütleri birbirleriyle bağlantılı bir yapı içerisinde kabul etmekte ve her iki tarafında birbirlerini etkilediğini öne sürmektedir. Örneğin bir kurumun çevreye zarar verebilecek atıkları ortaya çıkarması ve bu atıkların sonucunda toplum fertlerinin etkilenmesi birbirleriyle olan ilişkiyi ifade etmektedir. Bu örnekten yola çıkarak, kurumların yaratabilecekleri bu tür olumsuz etkileri dikkate alarak düzeltme faaliyetlerinde bulunması sosyal sorumluluğun bir gereği olarak kabul edilmektedir (Şencan, 1987: 119-129). Sonuç olarak kurumların kendi paydaşları, çevreleri veya bağlı bulundukları topluma karşı gerçekleştirdikleri davranış kalıpları ile iletişimleri sosyal sorumluluğu meydana getirmektedir. Özellikle günümüzün modern iş dünyasında kurumlar kar elde ettikleri sürece varlıklarını devam ettirebilmektedirler. Fakat, kurumlar kar elde etme gibi en temel amaçlarını yerine getirirken de birincil ve ikincil paydaşlarının menfaatlerini dikkate almak zorundadır. Bu zorunluluk kurumlar açısından sosyal sorumluluk kavramını meydana getirmektedir (Şimşek, 1999: 33).

Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramının Tarihsel Gelişimi

Günümüzde yeni olduğu düşünülen çoğu kavramın kökenleri tarihsel açıdan incelendiğinde, insanların bir arada yaşamaya başlaması ile gelişen toplum anlayışlarının ve bu toplumlarda ortak

bir yaşamı geliştirebilmek ve sürdürebilmek için gerçekleştirilen iş birliği faaliyetlerinin sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Bu açıdan düşünüldüğünde sosyal sorumluluğun veya yeni ifadesiyle kurumsal sosyal sorumluluk kavramının ilk çıktığı nokta olarak tarihin ilk dönemleri olan hatta tarih öncesi dönemler olarak da bilinen eski Mısır, Yunan, Roma, Mezopotamya ve çeşitli Anadolu medeniyetlerine kadar dayandırmak mümkündür. Bu açıdan değerlendirildiğinde toplumlar, toplumsal beklentiler ve davranışlar tarihsel olaylar çerçevesinde yaşanan koşullara göre sürekli değişkenlik gösterebilmektedir. Dolayısıyla topluma karşı olan sorumluluklar veya kurumların topluma karşı olan mükellefiyetleri sorumluluk anlayışı çerçevesinde tarih boyunca var olmakla birlikte tarihin her döneminde farklı alanlarda farklı şekillerde uygulanmıştır. Sosyal sorumluluk kavramı özellikle sanayi devriminden önce dini değerler, toplumun gelenek ve göreneklere dahilinde şekillenmiş ve çoğunlukla yardım ve bağış gibi hayır işleriyle özdeşleşerek hayırseverlik anlamına gelecek şekilde kullanılmıştır (Kotler & Lee, 2006; 142-158; Özgener, 2004: 163).

Sosyal sorumluluk kavramının tarihsel süreçte üzerinde durulan ve irdelenen bir konu haline gelmesi ve kurumlar açısından odak noktası olabilecek bir hal alması sanayi devrimi dönemine denk gelmektedir. İlgili literatüre göre 19. yüzyılın ikinci yarısına denk gelen sanayi devrimi ile kurumların yeni üretim politikaları geliştirmeleri ve fabrikasyon çalışmaları yeni istihdam alanlarının oluşmasını sağlarken aynı zamanda dönemin başında işletmelerin kâr amacını önceliklemesini ve kar için “her şey mubahtır” anlayışını ortaya çıkarmalarına neden olmuştur. Bu anlayış ve politikaların sonucunda da kurumsal sosyal sorumluluk hareketinin gelişimi ve bütün toplumlara işlemesi de ayrıca kolaylaşmıştır. Kurumların karı arttırma görüşleri ve anlayışları doğrultusunda hareket eden işletmelerin tüketici haklarını, toplumsal faydayı ve üretimleri sonucunda ortaya çıkan çevresel zararları da göz ardı ettikleri gözlemlenmiştir. En nihayetinde herhangi bir sosyal sorumluluğa sahip olmayan bu tür kurumların zaman içerisinde gittikçe bilinçlenen tüketiciler ve değişen toplum beklentileri

sebebiyle temel faaliyetlerini sürdürmekte zorlandıkları görülmüştür. Özellikle toplumun çeşitli istek ve beklentilerini karşılayamaz bir hale düşen kurumların bu sayede sosyal sorumluluk faaliyetlerine daha fazla önem verilmesinin önü açılmıştır (A. Vural & Coşkun, 2011: 64-65).

Genel itibariyle değerlendirildiğinde dünyanın farklı bölgelerinde kurumsal sosyal sorumluluğun gelişi ve ortaya çıkışı eş zamanlı olmadığı için dünyada ve ülkemizde kurumsal sosyal sorumluluğun gelişimi ayrı ayrı olarak ele alınmıştır. Bu vesileyle öncelikle dünyada daha sonra ülkemizde kurumsal sosyal sorumluluğun tarihsel gelişimi ele alınmıştır.

Dünyada kurumsal sosyal sorumluluğun gelişimi ve işletme literatüründe yer almasını sağlayan Howard Bowen, 1953 yılında iş adamlarının sosyal sorumlulukları (The Social Responsibilities of the Businessman) adlı eserinde kurumsal sosyal sorumluluk kavramıyla ilgili olarak kurumların toplum beklentilerini göz önünde bulundurması ve işletme politikalarını sosyal sorumluluk değerleriyle örtüştüren bir çizgide sürdürmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca kurumların temel faaliyet alanlarıyla ilgili kararları alırken bu kararların birtakım sosyal ve toplumsal sonuçlarını da göz önünde bulundurmaları gerektiğini ifade etmiştir (Carroll, 1999: 270).

Ülkemizde ise kurumsal sosyal sorumluluk ile ilgili ilk uygulamaların 13. yüzyılda Anadolu’da yer alan Türk toplulukları arasında kurulan ahilik teşkilatı aracılığıyla gerçekleştirildiği (Çınar, 2011: 33) ve bu teşkilat sayesinde topluma hizmetin ibadet olarak görüldüğü ifade edilebilir. Ahilik teşkilatı içerisinde yetişen bireylerin doğru, dürüst ve hayırsever özellikleri sayesinde gerek sosyal gerekse iş hayatında etik ilkelere ve ahlaki kurallara uyan bu tip bireylerin iş hayatında da etik ve sorumlu davranışlar sergiledikleri ve toplum faydasını ön plana çıkarttıkları görülmüştür (Karabetyan, 2021: 27). Günümüz Türkiye’sinde ise kurumsal sosyal sorumluluk ile ilgili çalışmalar 2000’li yılların başında ortaya çıktığı görülmüştür. Yerli literatürde rehber olabilecek yabancı

kaynak çevirilerinin kısıtlı olması sebebiyle özellikle 2006 yılında Philip Kotler'in Türkçeye çevrilen "Kurumsal Sosyal Sorumluluk" adlı kitabı sayesinde kavram ile ilgili literatürel çalışmalar hız kazanmış ve kurumların, sosyal sorumlulukları çerçevesinde çalışmalar gerçekleştirdikleri gözlemlenmiştir (Deren Van Het Hof & Hoştut, 2015: 12).

Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramı

İnsanların sosyal sorumluluk arayışları aşağı yukarı 20. yüzyılın başlarında Amerika'da işletmelerin sadece güç ve büyüme isteklerinin toplum tarafından hoş karşılanmayan ve tepki toplayan yaklaşımları sayesinde gelişme göstermeye başlamıştır. Özellikle toplum neslinde başlayan örgütlenmeler ile birlikte kurumlar üzerinde baskı gücü oluşturma arzusu sivil toplum kuruluşlarının daha etkin hale gelmesine imkân tanımıştır. Ayrıca bilgi iletişim teknolojilerinde yaşanan değişim ve dönüşüm toplumların daha hızlı bilgi paylaşımlarının önünü açmış ve hedef kitlelerin bu sayede daha fazla bilinçlenerek kurumlar üzerinde daha etkin olabilmeleri mümkün kılınmıştır. Bu durum toplumların kurumlardan, toplumsal faydaları ön plana çıkartacak beklentilerinin artmasını ve daha bilinçli bir toplum yapısını beraberinde getirmiştir. Bu sayede kurumlar, hedef kitlelerinin talep ve beklentileriyle uyumlu olabilecek değişimleri ve toplum refahına olabilecek gelişmeleri kurumsal boyutta ele alarak kurumsal sosyal sorumluluk uygulamalarını önemsemeleri gerektiğini kabullenmişlerdir (A. Vural & Coşkun, 2011: 67). Ayrıca günümüz dünyasında toplumların ekonomik, teknolojik ve politik gelişmelere bağlı olarak karşılıklı bağılıklarının artması da kurumsal sosyal sorumluluğun gelişmesine ön ayak olmaktadır. Özellikle toplumun refah düzeyini iyileştirmek ve sürdürmek için hem bireylere hem de kurumlara önemli görevler düşmektedir. Bu açıdan kurumsal sosyal sorumluluk kavramı toplum, birey ve kurumlar için her geçen gün önemi dünya çapında artan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir kurumun daha iyi bir toplum ve daha iyi bir çevre için gönüllü katkısını ifade eden kurumsal sosyal sorumluluk günümüzde sosyal sorumluluğun

önem kazanmasıyla birlikte alanı ve anlamı genişlemiş ve çeşitlenmiş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Argüden, 2002: 9).

Kurumsal sosyal sorumluluk, en genel ifadesiyle kurumların üretim ve temel faaliyetlerini çevre, toplum ve bir arada bulunduğu ve üretim gerçekleştirdiği tüm paydaşlarını dikkate alarak yerine getirmesidir (Ersöz, 2007: 3). Kurumsal sosyal sorumluluk, kurumların hem kendi çıkarlarını hem de toplum faydasını güvenceye alarak toplum refahının ve gelişiminin sağlanmasına yönelik her türlü faaliyetlerdir (Certo, 1997: 51). Yüksel ve arkadaşlarına (2005: 298) göre kurumsal sosyal sorumluluk, kurumların; ahlaki, ekonomik ve yasal koşulların yanı sıra kurum içi ve dışı tüm paydaşlarının beklenti, öneri ve hassasiyetlerini göz önüne alarak uygun bir çalışma politikası ve stratejisi tasarlaması ile ayrıca toplumun tatmin ve memnun olmasını sağlayan temel gerekliliklerin bütünü olarak ifade etmişlerdir. Daha kısa bir ifadeyle kurumsal sosyal sorumluluk; daha geniş toplumsal faydalar için kurumların, ekonomik ve ticari sorumluluklarını ifade eden ve açıkça belirtilen politika ve uygulamalardır (Matten & Moon, 2008).

Kurumsal sosyal sorumluluk Lantos'a göre, kurumların toplum faydasına faaliyet yürütmesi, iç ve dış paydaşlarının istek ve beklentilerini yerine getirmesi ve topluma uzun vadeli faydalar sağlarken aynı zamanda faaliyetlerini yürüttüğü toplumdaki muhtemel olumsuz etkileri en aza indirme çabalarıdır (Lantos, 2001: 8). Kurumsal sosyal sorumluluk, toplumun beklentileriyle uyumlu olarak kurumun sunduğu ekonomik, yasal, etik ve hayırseverlik ile ilgili sorumluluklardır (Carroll, 1979). Jones (1980)'de kurumsal sosyal sorumluluğu, kurumların sadece iç ve dış paydaşlarına yönelik yerine getirdiği yükümlülüklerden ayrı olarak aynı zamanda kurumun olumsuz faaliyetlerinden etkilenen her birey için yerine getirmesi gereken yapıcı eylemler olarak ifade etmiştir.

Kurumsal sosyal sorumluluk kavramının en temelinde kurumların, toplumdan aldığını tekrardan topluma vermesi anlayışı yatar. Bu anlayış kurumların, topluma ve kendi iç paydaşları olan

alışanlarına ilişkin ymlklerini yerine getirmesini ifade eder (zen, 2007: 2). Kurumsal sosyal sorumluluk, kurumların toplum üzerinde ortaya çıkartabileceği her türlü zararlı etkiyi en aza indirmeyi veya ortadan kaldırmayı taahhüt ettiği ve uzun vadeli toplumsal faydayı en st seviyeye çıkartma girişimleri olarak ifade edilebilir (Mohr vd., 2001: 47).

Sonuç olarak yukarıda ifade edilen tanımlardan da anlaşılacağı üzere, kurumsal sosyal sorumluluk kavramı, işletmelerin hukuki zorunlulukları dışında kendi istekleriyle gnllk esasına dayalı olarak sosyal, ekonomik, ahlaki ve çevresel konularda ele alınması gereken birtakım süreçlerden oluşmaktadır. Ayrıca kurumsal sosyal sorumluluk, işletmenin iletişim halinde olduğu hem iç hem de dış çevresine yönelik belirli bir memnuniyetin ve tatminin yanı sıra belirli bir karlılığı ve işletme hedeflerinin gerçekleştirilmesini amaçlayan, kurumu tüm çevresiyle birlikte geleceğe taşıyabilecek anlamlı çabaların planlanıp uygulamaya geçirilmesidir (Ceritoğlu, 2011: 23).

Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramının nemi

Kurumların sosyal içerikli konuları ele alması ve sosyal anlamda çalışma gerçekleştirmesi toplumların hayat kalitesinin arttırılması noktasında son derece önemli bir yaklaşımdır. Bu açıdan sosyal sorumluluk, toplumsal konulara önem vermenin yanında toplumu bilgilendirmek ve özel sektör veya sivil toplum kuruluşları aracılığıyla toplumsal sorunlara çözüm üretmesi ve gerekli önlemler alması kurumsal sosyal sorumluluğun en önemli faaliyet alanlarından birini oluşturur (Karabetyan, 2021: 49).

Toplum ihtiyaçlarını belirleme ve bu ihtiyaçları karşılama amacı güden kurumsal sosyal sorumluluk, hayırseverlik kavramının ötesinde birtakım anlamlar taşımaktadır. Kurumsal sosyal sorumluluk işletmelerin tüm paydaşlarına karşı sorumlu olmayı ve aldığı kararlarla birlikte hem paydaşlarını hem de toplumu göz önünde bulundurmayı gerektirir. Bu amaç ve ilkeler doğrultusunda işletmelerin en temel hedefi itibar kazanmak veya paydaşlar neslinde

iyi bir imaj oluşturma amacından çok kurumun bir değeri olarak sosyal sorumluluğu içselleştirmesi olmalıdır. Bu açıdan kurumsal sosyal sorumluluk bilinci kurumlara kök salmalı ve kuruluşun tüm paydaşlarına ve topluma hissettirilmelidir (Varol, 2010: 52).

Kurumsal sosyal sorumluluğun hem işletmeler hem de toplum içerisinde öneminin giderek artmasının nedenleri olarak birtakım gerekçeler ne sürülebilir (zdemir, 2007: 27).

- İlk olarak küreselleşme ile sınır ötesi ticaretin gelişmesi, çok uluslu şirketlerin ve dağıtım ağlarının önem kazanmasıyla birlikte iş güvenliği, sağlık, çalışan hakları, etik ve evre koruma gibi konularda toplumsal endişelerin giderek artmaya başlamasıyla birlikte kurumlar açısından sosyal sorumluluk projeleri ortaya çıkmaya ve önem kazanmaya başlamıştır.
- Uluslararası oluşumların baskıları, Birleşmiş Milletler ve Uluslararası alışma rgt gibi kuruluşların, işletmelerin üretim sürecinde nasıl davranacakları ve topluma yönelik ne türlü sosyal standartlar veya ilkeler geliştirecekleri hususunda ortaya koyduğu öneriler kurumsal sosyal sorumluluğun gelişip önemli hale gelmesini sağlamıştır.
- Kurumların sosyal sorumluluk faaliyetleri çerçevesinde gerçekleştirdikleri uygulamaların internet teknolojilerinin gelişim göstermesiyle birlikte toplum tarafından daha sık izlenmesi ve bu faaliyetlerin sonuçları hakkında bilgilendirilme talepleri kurumsal sosyal sorumluluğun kurumlar tarafından daha fazla önemsenmesini sağlamıştır.
- Kurumların temel faaliyetleri sürecinde ortaya çıkan ve gittikçe artan etik açıdan kabul edilemez uygulamaların beraberinde getirdiği toplumsal endişelerin şeffaflık, hesap verilebilirlik ve kurumsal yönetişim gibi kavramlarla giderilmeye çalışılması.
- Günümüzde sivil toplum kuruluşlarının gittikçe güçlenmeye başlaması ve bu kuruluşların işletmelere baskı uygulamaları

sosyal sorumluluk projelerine kurumların önem vermesini sağlamaktadır.

- Son olarak kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin, iş hayatında başarısızlık gibi riskleri azaltabileceği yönünde artan görüşler ve kurumsal sosyal sorumluluk sayesinde işletmelerin yeni iş fırsatları elde edebileceği yönünde gelişen beklentiler de sosyal sorumluluğun önemini arttırmaktadır.

Sonuç olarak yukarıda maddeler halinde belirtilen gerekçelerden yola çıkarak işletmeler kurumsal sosyal sorumluluk bilinci geliştirmekte ve sosyal sorumluluğun önemini kavramaktadırlar. Bu açıdan kurumların günümüzün toplum yapısında ve kitlerin gözünde olumlu bir imaj ve itibar geliştirebilmeleri için kurumsal sosyal sorumluluk uygulamalarına her daim önem vermeleri gerekmektedir.

Kurumsal Sosyal Sorumluluk İle İlgili Kavramlar

Kurumsal sosyal sorumluluk kavramıyla ilgili yapılan araştırmalar ve ilgili alan yazını çerçevesinde konunun farklı terimlerle zaman zaman aynı anlama gelebilecek şekilde kullanıldığı veya farklı anlamlarda ifade edildiği gözlemlenmiş ve bu nedenle bir anlam karmaşasının olduğu tespit edilmiştir. Kurumsal sosyal sorumluluk genel olarak toplumun ürettiği ürün ve hizmetlerden daha fazlasını tüketmeme eğilimi olarak ifade edilir ve bu amaç sadece işletmeler, çalışanlar, iç ve dış paydaşlar, ortaklar, tedarikçiler, müşteriler, rakipler gibi kurumu ilgilendiren tüm tarafların öncelikli konusu olduğu gibi aynı zamanda hükümetlerin ve uluslararası toplumun ve kuruluşların da önemli gündem maddesini oluşturmaktadır (Balı & Cinel, 2011: 46). Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı bu geniş tanımıyla değerlendirildiğinde; iş etiği, kurumsal itibar, kurumsal sürdürülebilirlik, kurumsal hesap verilebilirlik, kurumsal yönetim, kurumsal hayırseverlik ve kurumsal vatandaşlık gibi birçok kavram ve terim çerçevesinde

değerlendirilmekte ve bahsi geçen kavramlar ışığında tanımlamaları yapılabilmektedir.

İş Etiği

İş etiği veya etik kavramı ahlak felsefesinin bir öğretisidir. Kurumların temel faaliyetlerini yerine getirirken seçtikleri yol, yöntem, politika veya süreçlerin toplumun siyasi, ekonomik, kültürel ve sosyal refahına, kalkınmasına ve gelişimine zarar vermeden gerçekleştirebilmeleri için doğru olanı seçmeleridir (Yönet, 2005: 247). İşletme etiği kavramına ilişkin ilgili literatür çerçevesinde yapılmış ve üzerinde mutabık kalınmış tek bir tanım olmamasına rağmen işletmelerin kendi ekonomik çıkarlarıyla toplumun ve çalışanların sosyal refahı arasındaki dengeyi ifade etmektedir. İşletmelerin alacakları kararların hem ilkeli hem de toplumun gelenek, görenek ve inançları ile uyumlu olmasıdır (Karabetyan, 2021: 71). Pusak'a (2014: 9) göre iş etiği, işletmelere doğruyu ve yanlış gösteren kurallar, ilkeler ve standartlardır. Kurumlara iş dünyasında yol gösteren ahlaki kurallardır. Bu tanımlamalardan yola çıkarak kurumsal sosyal sorumluluğun bir alt disiplini olan iş etiği olgusunun her ne kadar kurumsal sosyal sorumluluk kavramıyla aynı anlama gelmediği görülse de ilgili alan yazının da çoğunlukla bir arada kullanıldığı gözlemlenmektedir (Akmeşe, 2015: 26).

Kurumsal İtibar

İtibar kavramı genel olarak saygı duyulma, iyi düşünülme, vaatlerde bulunma ve vaatleri yerine getirme anlamlarına gelecek şekilde kullanılır (Argenti & Druckenmiller, 2004: 368). Sözlük anlamı olarak itibar, bir kişi ya da herhangi bir durum hakkında diğer insanların genel düşünceleri, geçmiş davranışları ya da kişinin karakterine bağlı olarak ne kadar takdir edildiği ve beğenildiği anlamına gelmektedir (Uzunoğlu & Öksüz, 2008: 112). Kurumsal itibar ise bir işletmenin dış çevresinde bulunan tüm çıkar gruplarının kurum ile ilgili görüşleri ve çıkarımlarının bütünü olarak tanımlanır. Diğer bir ifadeyle kurumsal itibar bir kurumun; çalışanları, paydaşları, müşterileri, yatırımcıları ve faaliyet yürüttüğü toplumsal

çevresinin kurumun adı ile ilgili geliştirdikleri iyi veya kötü, güçlü veya zayıf şeklinde olan ve açık bir şekilde ortaya konulan duygusal tepkilerdir. En genel tanımıyla kurumsal itibar, bir işletmenin tüm paydaşlarının kurum hakkında geliştirdikleri algıları ile yaşadıkları deneyimlerinin bütünü olarak ifade edilebilir (Turnbull, 2019: 9).

Kurumsal Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilirlik işletmelerin ekonomik anlamdaki kalkınmaları, çevrenin korunması ve geliştirilmesi ile sosyal kalkınma konularını içine alan bir süreci ifade etmektedir (Kuşat, 2012: 228). Sürdürülebilirlik, işletmelerin toplumların kalkınması için sosyal, beşerî ve doğal kaynakları tasarruflu bir şekilde kullanması esasına dayanan ve işletmelerin bu gibi durumlara karşı saygı gösterip sosyal bir bakış açısıyla katılımcı bir süreci ifade etmektedir (Uzun, 2010: 28). Kurumsal sosyal sorumluluk uygulamaları işletmelerin sürdürülebilirlikleri açısından oldukça önemli bir olgudur. Kurumsal sosyal sorumluluk sayesinde işletmeler ekonomik ve sosyal amaçlarını yerine getirirken etik kurallara uyarak hareket etmektedirler. İşletmeler toplum faydasına olabilecek katkıları gerçekleştirirken toplumun ekonomik, sosyal ve çevresel kalkınmalarına da katkı sunarlar. Bu açıdan değerlendirildiğinde kurumsal sosyal sorumluluğun kurumsal sürdürülebilirlik açısından en temel bir bileşen olduğu da ifade edilebilir (Caymaz vd., 2014).

Kurumsal Yönetişim

Kurumsal yönetim, kurumların faaliyetleri sonucunda elde edilen etkinliği, yatırımların getirisini ve verimliliğin uzun dönemde sağlanarak karlılığı maksimize etmek için hem yöneticileri hem de girişimcileri motive eden çalışma ortamıdır. Aynı zamanda bu ortamları geliştirmek suretiyle toplumdaki refah, büyüme ve gelişmenin önemli bir sac ayağını oluşturan işletmelerin kendi kurumsal hedefleri doğrultusunda performanslarını daha yüksek noktalara taşıyabilmeleri için geliştirilen yönetim sürecidir (Gürbüz & Ergincan, 2004: 8). Kurumsal yönetim, bir kurumun yönettiği,

yönetildiği ve denetlendiği yapıyı ifade eder. Ayrıca kurum yöneticilerinin, çalışanlarının, paydaşlarının ve sahiplerinin görevleri, sorumluluk alanları, hakları ve hesap verilebilirlikleriyle ilgili çerçeveyi tanımlar (Carroll & Buchholtz, 2008: 123).

Kurumsal Hesap Verilebilirlik

Kurumsal hesap verilebilirlik, bir kurumun mevcut faaliyetleri doğrultusunda gerçekleştirdiği iş süreçlerini denetlemek için başka bir kurum tarafından geliştirilen denetleme becerisini ifade eder. İşletmelerin tüm paydaşlarını ilgilendiren kurumsal hesap verilebilirlik, işletme paydaşları ile kurum arasındaki iletişimi düzenlemektedir. Ayrıca kurum tarafından alınan kararların doğruluğunu ve kararlar sonucunda ortaya çıkacak olan sorumluluğun kabullenilmesinde de bir gereklilik olarak görülür (Öztürk, 2013: 17). Kurumsal hesap verilebilirlik işletmelerin sosyal sorumluluk, çevre performansı ve sürdürülebilirlik gibi genel olarak finansal olmayan alanlarda gösterdiği çabaları ifade eder. Kurumsal hesap verilebilirlik işletmelerin sadece maddi göstergeler doğrultusunda hesap vermesini değil aynı zamanda sorumlulukları gereği iç ve dış paydaşlarına, çalışanlarına ve topluma karşı hesap verebilme sorumluluğunu ifade eder (Tripathi & Bhargava, 2016: 102).

Kurumsal Hayırseverlik

Kurumsal hayırseverlik, işletmelerin gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirdikleri girişimler, eğitim, sanat, kamu hizmetleri ve kültür ile ilgili projelerinin bir takım hayırseverlik faaliyetleri ile gerçekleştirmelerini ifade eder (Uzun, 2010: 30). Kurumsal hayırseverlik, işletmelerin temel faaliyet alanlarıyla ilgili olarak kurdukları bir vakfa veya işletmenin iş alanıyla alakalı olan bir vakfa gönüllü olarak yapılan bağışları kapsar. Hayırseverlik stratejik ve geleneksel hayırseverlik olarak birtakım isimler altında da ifade edilebilmektedir. Stratejik hayırseverlik geleneksel hayırseverlik kavramından farklı olarak daha çok işletme çalışanlarının gereksinimleri ile temel becerilerini geliştirmeye

çalışır. Ayrıca stratejik hayırseverlikte araç, gereç, bilgi ve finansal kaynaklar gibi örgütün elinde olan yetkinliklerin çalışanlar, tedarikçiler, paydaşlar ve müşteriler ile bir bütünlük içinde değerlendirilmesi gerekir (Balıkçıoğlu & Karacaoğlu, 2007: 123).

Kurumsal Vatandaşlık

Kurumsal vatandaşlık, kurumların iç ve dış paydaşlarına karşı sorumluluk bilinciyle hareket etmesi, sorunların nereden kaynaklandığının tespit edilmesi, beliren sosyal kaygıların tespiti, karar alma ile verme süreçlerinin işletilmesi, kurumların çevreyle olan uyumu ve işletmelerin genel eğilimlerini tespit etmek gibi süreçlerden oluşur (Pinkston & Carroll, 1994: 159). Kurumsal vatandaşlık sayesinde işletmelerin marka değerleri artar, vatandaşlık bilinci sayesinde çalışanların motivasyonu yükselir ve çalışanları elde tutma imkânı doğar, kurumsal öğrenme ortamı ile yaratıcılık potansiyeli gelişir, çalışanların müşteri sadakati sağlama becerileri artar, verimlilik ve kalite artışı yaşanır ve daha etkili risk yönetim uygulamaları geliştirilir (Argüden, 2008: 34). Bu açıdan değerlendirildiğinde kurumsal sosyal sorumluluk kavramıyla yakından ilgisi olan kurumsal vatandaşlık hem işletmelerin hem de ülkelerin refah seviyesinin artırılması için önemli bir rol oynar. Kurumsal vatandaşlık, sürdürülebilir bir kalkınmaya önem verir. Kurumsal vatandaşlık, sürdürülebilir işletme faaliyetleri için çalışanların vatandaş olarak sorumluluklarını ifade eder ve bireylerin birer vatandaş olarak benzer yükümlülükler taşıması gerektiğine vurgu yapar (Sarıkaya & Kara, 2007: 228).

Kurumsal Sosyal Sorumluluk Yaklaşımları Ve Modelleri

Kurumsal sosyal sorumluluk yaklaşımları geçmişten günümüze doğru birçok farklı isim altında incelenmiş ve ilgili alan yazınında daha çok klasik (geleneksel) ve modern sosyal sorumluluk anlayışları olarak yer edinmiştir. Kurumsal sosyal sorumluluğun anlamı, kapsamı ve genel itibarıyla sınırlarının ne olması gerektiği konusu kavramın, ilk ortaya çıktığı zamanlardan bu yana farklı bakış açılarıyla yorumlanmakta ve değerlendirilmektedir. Konunun ana

hatlarını oluşturan klasik (geleneksel) yaklaşım anlayışı genel olarak işletmelerin ekonomik sorumlulukları çerçevesinde konuyu incelerken modern yaklaşım anlayışı ise daha farklı perspektiflerden ve geniş açılardan bakarak konuyu ele almaktadır (Yamak, 2007: 38-40).

Klasik (geleneksel) sosyal sorumluluk yaklaşımının en önemli savunucusu olarak kabul edilen Milton Friedman, kurumların en temel hedeflerinin kar elde etmek olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bu hedefi yerine getiren kurumların sorumluluklarını da yerine getirdiğini düşünmektedir. Bu açıdan klasik yaklaşıma göre kurumların örgütleriyle ilgili yükümlülüklerini yerine getirmelerinden başka herhangi bir sorumluluk alanları yoktur. Yine Friedman'a göre kurumların bağış yapmaları veya toplumun ihtiyaç duyan kesimlerine yönelik hayır işlerine girişmelerini kurumsal sosyal sorumluluk açısından olumlu yönde karşılamamaktadır. Friedman bu tür bağış ve hayır işlerinin kişisel çıkarların dışında ele alarak kurumun çıkarlarının arttırılması koşuluyla bu gibi eylemlerin başarıya ulaşabileceğini belirtmektedir. En nihayetinde bu yaklaşım kurumların kârlarını toplum ile paylaşma veya toplum yararına kullanma gibi eylemleri tasvip etmemekte ve tamamıyla karşı çıkmaktadır (L'Etang & Pieczka, 2002: 160-161).

Modern yaklaşım ise Friedman'ın görüşlerinin aksine işletmelerin amacının hem toplum refahını arttıracak girişimlerde bulunmasını hem de karlılığını geliştirecek bir yaklaşımın ortaya konulmasını benimsemiştir (Sert, 2012: 38). Modern yaklaşım işletmelere örgütsel amaçlarının ötesinde toplum faydasını gözetecek birtakım hedefler de yüklemektedir. Bu yaklaşım işletmeleri birçok alanda duyarlı olmaya davet etmektedir. Özellikle işletmelerin sadece kar odaklı faaliyet yürütmelerine karşı çıkarak topluma duyarlı birer örgüt olmalarını tavsiye etmektedir. Bu görüşe göre toplumun değerleri, kültürü, gelenek ve görenekleri dikkate alınmalıdır. Modern yaklaşım özellikle günümüzde faaliyet yürüten kurumların gerçekleştirdikleri sosyal sorumluluk uygulamalarını temsil etmektedir. Sonuç olarak bu yaklaşım, kurumların faaliyet yürüttükleri bölgede çevresel unsurlara yatırım yapması, çevreyi

koruyacak projeler geliştirmesi ve kaynakların tükenebilir olduğu bilinciyle hareket ederek gelecekte elde edeceği karların sürdürülebilirliğini sağlayacak uygulamaları geliştirmesini ifade eder (Çelik, 2007: 77).

Bu yaklaşımlardan yola çıkarak çeşitli perspektifler ve görüşler aracılığıyla geliştirilen sosyal sorumluluk modelleri ile ilgili literatür incelendiğinde modellerin modern ekonomik yaklaşıma uygun olarak tasarlandıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızda da incelenen bu modellerin bazen birbirlerinden etkilenererek bazen de birbirlerinin devamı olacak şekilde geliştirildikleri de gözlemlenmiştir. Fakat en nihayetinde geliştirilen modellerin genel olarak iki temel yaklaşımla oluşturulduğunu ifade etmek mümkündür. Ayrıca geliştirilen modellerin genel olarak 1970 yılı ve sonrasındaki süreçlerde ortaya çıktığını da ifade edebiliriz (Öztürk vd., 2013: 18). İlgili alan yazını çerçevesinde en çok yer eden bazı modeller ve modellere ilişkin açıklamalar aşağıda verilmiştir.

Davis'in Sosyal Sorumluluk Modeli

Keith Davis tarafından tasarlanan bu sosyal sorumluluk modeline göre şişletmelerin, kendi faydaları veya karlılıklarının yanında aynı zamanda toplumun menfaatine olabilecek eylemlerin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yoluyla toplum refahının gözetilmesi ve arttırılmasını savunmaktadır (Top & Öner, 2008: 106). Bu model şişletmelerin hem kendilerinin hem de toplumun yararına olacak eylemleri ile refahını koruma, iyileştirme ve geliştirme nedenlerini, bu kararları nasıl aldıklarını ve alınan kararlara nasıl bağlı kalmaları gerektiğini ifade etmektedir (Davis, 1960: 70). Davis sadece şişletmelerin değil aynı zamanda toplum yarına olacak eylemlerin de neden gerekli olduğuna dair varsayımların beş başlık altında şekil 1'de görüldüğu gibi tanımlamıştır (Davis, 1997: 46-51; Certo, 1997: 51-52).

Birinci varsayım: Davis'e göre sosyal sorumluluk sosyal güçten kaynaklanmaktadır. Ayrıca birçok toplumsal konunun üzerinde şişletmelerin çeşitli seviyelerde etkisi olduğunu ifade

etmektedir. Bu nedenle toplumsal konularda etki ve gücü olan işletmelerin aynı zamanda belirli uygulamalarının sonuçlarından da sorumlu tutulabilmelidirler. Varsayımına göre ikinci olan önemli husus da kurumların ellerinde var olan gücü uzun dönemde toplum faydasına olacak şekilde kullanmamaları sonucunda işletmelerin mevcut güçlerini kaybedebilecekleridir.

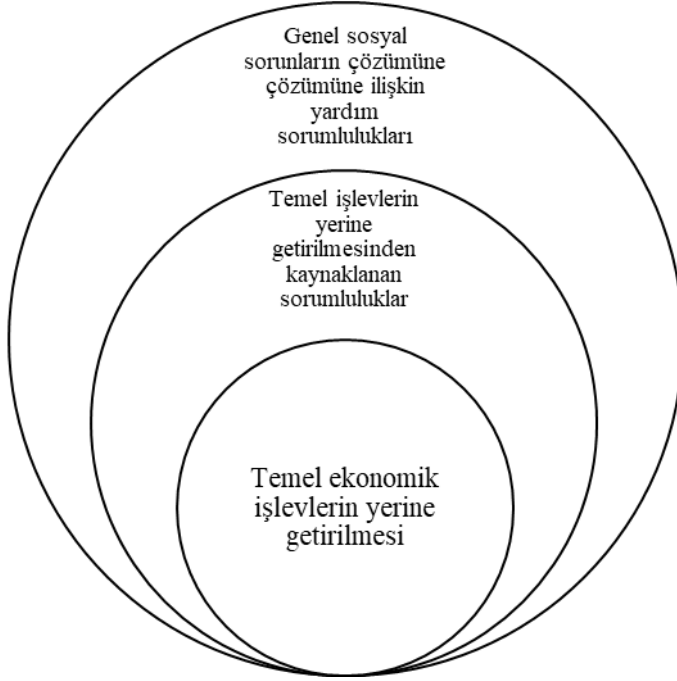
İkinci varsayım: Davis'in ikinci varsayımı, işletmelerin toplumla ilgili konularda hem toplumdan bilgi almaya hem de toplumla ilgili konularda topluma yönelik bilgi paylaşmaya ve bilgi vermeye yönelik çift yönlü açık bir sistem şeklinde faaliyet göstermeleri gerektiğini düşündürmektedir. Bu varsayım işletmelerin toplumla ilgili meselelerde ve toplumsal refahın sürdürülmesi ve artırılması gibi konularda toplum temsilcileriyle iletişim halinde olup temsilcilerin istek ve beklentilerine yönelik yönetimsel tutumlar sergilenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Son olarak bu varsayımına göre işletmelerin toplumsal refahı sürdürmeleri ve iyileştirmeleri isteniyorsa işletmelerin toplumla karşılıklı doğru, dürüst ve açık bir iletişim sürdürmesi gerekmektedir.

Üçüncü varsayım: Sosyal sorumluluk faaliyetleri kapsamında işletmelerin gerçekleştireceği uygulamaların toplumsal maliyetler üzerindeki etkisini ifade etmektedir. İşletmelerin sosyal sorumluluk uygulamaları sonrasında ortaya çıkabilecek tüm sosyal problemlerin maliyetlerini hesaplayıp hem kısa hem de uzun vadede işletmeye ve topluma getireceği sonuçları ve maliyetleri hesaplayarak kararların alınması gerektiğini ifade etmektedir.

Dördüncü varsayım: İşletmelerin gerçekleştireceği her faaliyetin ve üretilen her ürünün ayrıca sunulan her hizmetin sosyal maliyetlerini tüketicilerin tüketimleri ile bu tüketimlerin toplum üzerinde ortaya çıkartabileceği etkilerin boyutuna göre fiyatlandırması gerektiği ifade eden önermedir.

Beşinci varsayım: Son önermeye göre Davis, işletmelerin direkt ilişkilendirilemeyeceği bazı toplumsal sorunların çözümü için gerekli uzmanlık alanlarına sahip olması durumunda, bu tür

sorunları çözmek için topluma yardım etmekten sorumlu olabileceği gerektiğine dair varsayımdır.



Kaynak: Davis ve Blomstrom, 1975:8

Şekil 1: Davis'in üç çember modeli

Ackerman'ın Sosyal Duyarlılık Modeli

Robert W. Ackerman'ın Sosyal Duyarlılık Modeli olarak bilinen modele göre, kurum yönetimlerinin gelişen toplumsal baskılara karşılık verme bu baskıları yanıtlama, toplumun istek ve beklentilerine nasıl ve hangi yöntemlerle tepki vereceğine ilişkin yöntem ve metotları açıklamaktadır (Day, 1994: 54). Bu açıdan Ackerman üç aşamalı bir sosyal duyarlılık modeli tasarlamıştır. Modelin aşamaları politika, öğrenme ve örgütsel yükümlülük olarak ifade edilmiştir (Frederick vd., 1998:111-112; Demir & Songür, 1999).

Politika aşaması: Bu aşamada işletme üst yönetimleri mevcut sorunları öğrenmekte fakat söz konusu sorunlarla işletmeden hiç kimsenin ilgilenmesi beklenmemektedir. Bu aşamada işletmenin üst düzey yöneticisi, kurumun mevcut sorunla ilgili görüşlerini başkalarına ileterek eylemde bulunur.

Öğrenme aşaması: Bu aşamada işletme mevcut sorunları kabullenmekte ve sorunlarla mücadele edebilmek için konuyla alakalı uzmanları işe alarak veya dışarıdan bir danışmanlık hizmeti alarak sorunlara çözüm yolu üretebilmeye çalışır. İstihdam işleri süresince geçen zaman diliminde, işletme mevcut sorunların çözümüne ilişkin belli bir amaç belirlemiş ve gerekli planlamaları oluşturmuş olur.

Örgütsel yükümlülük aşaması: Bu aşamada işletme yönetimi mevcut sorunların çözümü için harekete geçer. Genel anlamda “eylem aşaması” olarak da bilinir. Bu aşama sosyal yönden duyarlı bir yönetim anlayışının yerleştiği ayrıca gerçekleştirilecek eylemlerin bir süreç işi olduğu ve zaman alacağına yönelik aşamayı ifade eder.

Sonuç olarak bu model, işletmelerin üst yönetimlerinin mevcut sorunlarının tespiti ile başlayan ve daha sonra görev dağılımları yoluyla ortaya çıkan sorumların çözümüne yönelik planlama yapmayı gerektiren ve gerekli önlemlerin nasıl alınması gerektiğini içeren bir modeldir (Karabetyan, 2021: 140).

Sethi’nin Sosyal Sorumluluk Modeli

Sethi bu modeli tasarlarken kurumların sosyal sorumluluklarını yerine getirmeleri hususunda üç aşamalı bir yaklaşım geliştirmiştir (Boone & Kurtz, 1992: 69). Bu aşamalar kurumların sosyal sorumluluk faaliyetleri sürecinde geliştirdikleri tutumları ve davranışları tanımlamaktadır (Turpcu, 2021). Suresh Sethi modeli sosyal yükümlülük, sosyal sorumluluk ve sosyal duyarlılık aşamalarıyla ifade etmektedir (Sarıkaya & Akarca, 2011: 62-63; Demir & Türkmen, 2014: 49).

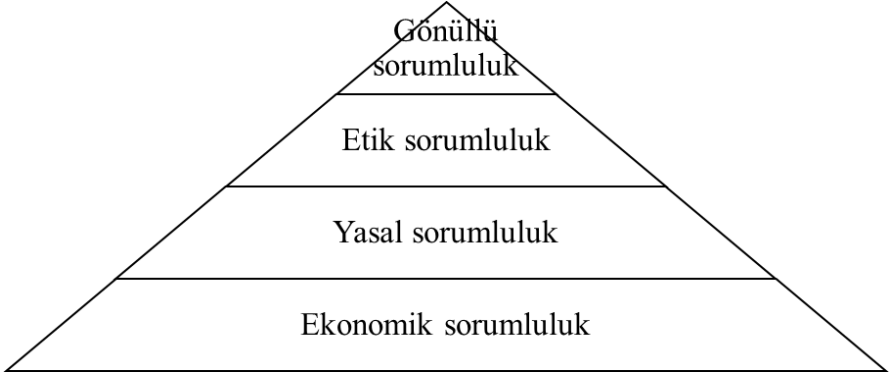
Sosyal yükümlölük: İşletmelerin piyasa güçlerine ve yasal kısıtlamalara karşı cevap niteliğinde sergiledikleri kurumsal davranışlardan ve sosyal yükümlölüklerden oluşmaktadır. Bu aşama, işletmelerin genel anlamda ekonomik amaçlara sahip olduklarını ve faaliyet yürüttükleri çevrenin mevcut yasaları çerçevesinde sosyal yükümlölüklerini yerine getirmeleri olarak tanımlanmaktadır.

Sosyal sorumluluk: Kurumsal anlamda sergilenen davranışların toplumun değer yargıları ile beklentileri doğrultusunda şekillenmesini ifade eder. Bu yaklaşım, kurumların ekonomik ve toplumsal amaçlar doğrultusunda sosyal sorumluluklarını yerine getirmesidir.

Sosyal duyarlılık: Bu aşama, kurumların sosyal ve ekonomik faaliyetlerini yerine getirmeleri sırasında toplumun muhtemel sorunlarını tahmin edebilmesi ve bu sorunların meydana gelmemesi için gerekli önlemlerin alınmasını ifade etmektedir. Sosyal duyarlılık işletmelerin, sosyal ihtiyaçlarına yönelik ileriye dönük önleyici eylemler veya aksiyomlar alması durumudur.

Carroll'un Çalışmaları ve Dört Boyutlu Sosyal Performans Modeli

Carroll, kurumsal sosyal sorumluluk alan yazını içerisinde yer alan en önemli sosyal sorumluluk araştırmacılarından bir tanesidir. Özellikle geliştirdiği model ile diğer kurumsal sosyal sorumluluk modellerine bir temel oluşturmaktadır. Carroll bu modeli geliştirirken araştırma süreci içerisinde bazı temel eklemeler yapar modeli geliştirmiştir. Bu bağlamda dört boyutlu olarak kurguladığı kurumsal sosyal sorumluluk modeli; ekonomik sorumluluk, yasal sorumluluk, etik sorumluluk ve gönüllü sorumluluk kategorilerinden meydana gelmektedir (Carroll, 1979: 499). Carroll bu sorumlulukları şekil 2'deki gibi bir piramit aracılığıyla ifade etmektedir.



Kaynak: Carroll, 1979: 499

Şekil 2: Carroll'un sosyal sorumluluk kategorileri

Ekonomik sorumluluk: Bu ilk kategori işletmelerin mümkün olabildiği kadar karlı işler yapması ve kazançlarını en üst seviyeye çıkarması esasına dayanır. Ayrıca karlılığın yanında güçlü ve sürdürülebilir bir rekabet avantajının elde edilebilmesi ve kurumun verimliliğinin artırılmasına yönelik önlemleri de savunmaktadır (Carroll, 2016: 3-5).

Yasal sorumluluk: Carroll'un piramidinde ekonomik sorumluluktan sonra gelen yasal (hukuki) sorumluluk ise işletmelerin faaliyet yürüttükleri ülkenin hukuki kurallarına uygun olarak ekonomik rolünü yürütmesi ve yatırımlarda bulunmasını ifade eder (Carroll, 2000: 35).

Etik sorumluluk: Piramidin üçüncü basamağında yer alan etik (ahlaki) sorumluluk, yasa ve yaptırımlara dayanmamakla birlikte işletmelere karşı toplum tarafından belirlenen ve beklenen normları, eylemleri ve uygulamaları içermektedir. Bu sorumluluk toplumun beklentileri ve yasal yükümlülüklerin de ötesini fark ederek işletmelerin yasal sorumluluklar ile ilintili yani iç içe olmasını ifade eder (Carroll, 2016: 3-5).

Hayırsever sorumluluk: Piramidin en tepe noktasında yer alan hayırsever (gönüllü) sorumluluk, işletmelerin gönüllü olarak veya kendi istekleri doğrultusunda temel faaliyet alanlarıyla ilgili

hayırseverlik uygulamaları gerçekleştirmeleri, toplumsal sorunların çözümüne yönelik katkı sağlama veya toplumda yer eden bir soruna dikkat çekerek toplumsal refahın artırılmasına yönelik çalışmaları kapsamaktadır (Carroll, 2016: 4).

Swanson'un Sosyal Performans Modeli

Swanson'un (1995) geliştirmiş olduğu bu model Wood'un (1991) kurumsal sosyal performans modelinin ortaya atmış olduğu sosyal performans tanımını büyük ölçüde kabul etmekte ve bu tanıma göre kendi modelini şekillendirmektedir. Swanson'un bu modeli, kurumsal sosyal performans modelinden yola çıkarak test edilebilir yeni hipotezler üretme mantığından yoksun olarak başka bir sınıflandırma metodu sunmaktadır (Karabetyan, 2021: 153).

Swanson'un 1995'te yaptığı çalışmalarından yola çıkarak kurumsal sosyal sorumluluk modeline iki farklı yaklaşım tanımlamıştır. Bunlar ekonomik yaklaşım ve görev yaklaşımıdır. Ekonomik yaklaşım, kurumların verimli ve karlı bir şekilde üretim yapabilmeleri ayrıca ürettikleri ürünleri topluma sunabilmeleri için bir takım ekonomik sorumluluklarının olduğuna dair görüşler ifade eden, bu görüşlerin yönetim araştırmalarıyla açıklanabileceğini belirten varsayımdır. Görev yaklaşımı aşamasında ise, kurumların öncelikli çalışma konusunun kurumsal ahlaki davranışlar ve bu davranışlara ait kurallar olduğu, işletmeye ait bazı görev ve yükümlülükler yoluyla da ifade edilen iş etiği araştırmalarıdır (Swanson, 1995: 43-64).

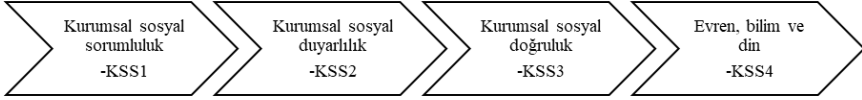
Zenisek'in Sosyal Performans Modeli

Zenisek'in sosyal performans modeli, sosyal sorumluluk girişimlerine kavramsal bir model oluşturma çabasıdır. Bu model örgütsel davranış alanındaki literatüre dayandırılarak açıklanmaktadır. Zenisek kurumsal sosyal sorumluluk kavramıyla ilgili bir takım tanım ve modelleri incelediğini ve bu tanım ve modellemelerin ampirik ve teorik açıdan eksik olduğunu ifade etmektedir. Hatta bu model ve tanımlamaların sosyal sorumluluk

kavramının net anlaşılabilmesi için temel oluşturmaktan çok anlam karmaşasına yol açtığını ileri sürmektedir. Yine Zenisek'e göre sosyal sorumluluk kavramı toplumun kurumlardan istekleri ve beklentileri ile iş ahlakı arasındaki uyuma bağlı olduğunu belirtmektedir. Diğer bir ifadeyle iş ahlakının toplumun beklentilerine yönelik olması yani uyumlu olması gerekir. Bu modele göre uyum olgusu davranışsal ve tutumsal olmak üzere iki farklı açıdan değerlendirilir. Davranışsal uyum, bir kurumun topluma yönelik davranışları ile toplum beklentisi arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bu uyum türüne göre sosyal sorumluluk, toplumun kurumdan beklediği en temel davranışları yerine getirmesidir. Tutumsal uyum ise, işletmelerin faaliyet yürüttüğü toplumun kurumlardan mevcut beklentileri ile kurum yöneticilerinin toplumsal talepleri göz önünde bulundurması arasındaki ilişkiyi yani uyumu ifade etmektedir (Zenisek, 1979: 359-368).

Frederick'in Kurumsal Sosyal Sorumluluk Modeli

William C. Frederick, 1970'li yılların başında kurumsal sosyal sorumluluk olgusunun, kurumsal performansa odaklanmak yerine motivasyon kavramına odaklanması gerektiğini belirten bir modeldir. Bu model ile kurumsal sosyal tepkisellik kavramı da tanımlanmıştır. Ayrıca model, kurumların mevcut üretim araçlarının üretimi ve dağıtımını noktasında sosyal refahı arttıracak ve geliştirecek yöntemlerle gerçekleştirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Frederick, 1998: 42). Frederick, 1990'lı yılların sonuna kadar kurumsal sosyal sorumluluğun gelişimini ve değişen süreçlerini dört evrede açıklamıştır. Dört evre şekil 3'de sırasıyla, KSS1 (kurumsal sosyal sorumluluğu), KSS2 (kurumsal sosyal duyarlılığı), KSS3 (kurumsal sosyal duyarlılığı) ve KSS4 ile (evren, bilim ve din) süreçleri tanımlamıştır.



Kaynak: Frederick, 1998: 41

Şekil 3: Frederick'in kurumsal sosyal sorumluluk modeli

KSS1 (kurumsal sosyal sorumluluk) süreci, genel olarak 1950-1970 yılları arasında etkili olan bir anlayıştır. Bu süreç, toplumun gelişebilmesi için kurumların birtakım adımlar atmak zorunda olduğu bir dönemi ifade eder (Frederick, 1986: 130). KSS2 (kurumsal sosyal duyarlılık) ise 1970'li yıllardan sonra etkili olmaya başlayan ve kurumların toplum ile arasındaki ilişkilere ve bu ilişkilerin gelişimine yöneticilerin bakış açısıyla bakan bir anlayışı ifade eder. KSS2 sürecinin en temel amacı kurumlara karşı toplum tarafından geliştirilen baskılara karşı nasıl cevap verebileceklerini, oluşan baskıları nasıl yönetebileceklerini ve bu baskılar karşısında işletme yöneticilerinin nasıl etkili olabileceklerini öğretmeye çalışan ve baskılar karşısında çözüm yolları arayan bir süreci tanımlamaktadır (Frederick, 1994: 154). KSS3 genel olarak 1980'li yıllarda ortaya çıkan ve kurumların genel olarak faaliyetlerinde, işletme politikalarında ve kararlarında ahlaki açıdan doğruluğu önemseyen ve etik unsurları işletme yönetiminin merkezine alan bir yaklaşımı temsil etmektedir (Frederick, 1986: 135). Son olarak KSS4 ise 1990'lı yılların sonunda gelişim göstermiştir. Bu süreç daha önceki KSS tanımlamalarında yer alan ve kurumların toplum içinde yer aldığını belirten yaklaşımlardan farklı olarak işletmelerin toplum içinde yer alması gerektiğini belirtmekte ve kendi içerisinde evren, bilim ve din gibi kavramlara ayrılmaktadır (Frederick, 1998: 45-50).

Philip Kotler ve Nancy Lee'nin Altı Seçenek Modeli

Kotler ve Lee, sosyal sorumluluk olgusunu kurumsal sosyal girişim başlığı altında değerlendirmiş ve altı farklı aşamadan oluşan bir model geliştirmiştir. Bu model kurumsal sosyal sorumluluk

uygulamalarının işletmeler tarafından hangi yöntemlerle yapılacağı hususunda birtakım öneriler sunması açısından önemlidir (Kotler & Lee, 2013: 23-25). Bu aşamalar sırasıyla aşağıda tanımlanmıştır.

Sosyal (kurumsal) amaç teşvikleri: İşletmelerin toplumun hassasiyet duyduğu sosyal bir amaca ilgi çekmek, farkındalık yaratmak, bağış, fon veya gönüllü birey toplamak için işletme kaynaklarının kullanılarak destek verilmesini ifade eder.

Sosyal amaç bağlantılı pazarlama: Kurumların toplumda yer eden sorunların çözümü noktasında elde ettiği satış karlarının belli bir oranını toplumsal amaçla gerçekleştirecek çalışmalar doğrultusunda kullanmasıdır.

Kurumsal sosyal pazarlama: İşletmelerin toplumun güvenliği, halk sağlığı, çevresel konular veya toplum refahını iyileştirme amacıyla davranış değişiklikleri oluşturmaya yönelik projeler geliştirmesidir. İlk maddede yer alan kurumsal amaç teşviklerinden farklı olarak bu aşamada direkt toplumda davranış değişiklikleri ortaya çıkartmaya odaklanılır.

Kurumsal hayırseverlik: Kurumsal sosyal sorumluluk çerçevesinde değerlendirilen ve işletmelerin en geleneksel yöntemlerinden biri olan hayırseverlik, işletmelerin bir vakfa, derneğe veya toplum faydasına olabilecek sosyal bir amaca genellikle nakit şeklinde destek olmasıdır.

Toplum gönüllülüğü: Kurum çalışanlarının, iç ve dış paydaşlarının, sivil toplum örgütlerinin veya hissedarların toplum faydasına olabilecek birtakım etkinliklere katkı sağlamak için gönüllü olarak zaman ayırmaları, emek ve çaba harcamalarıdır.

Sosyal sorumlu iş uygulamaları: İşletmelerin herhangi bir toplumsal meselede, iyileştirme ve geliştirme çalışmaları doğrultusunda kendi isteklerine bağlı olacak şekilde yönetim süreçlerini kurgulamaları, organize etmeleri ve işletme bazında içselleştirmeleridir.

Kurumsal Sosyal Sorumluluğun İşletmeler Açısında Avantaj Ve Dezavantajları

İşletmeler kurulurken toplumun temel ihtiyaç ve gereksinimlerinin bir gereği olarak kurulmakta, gelişmekte ve faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu nedenle işletmeler içinde bulundukları topluma karşı çeşitli yükümlülükleri üstlenmekte ve bu sorumlulukları yerine getirmekle mükelleftirler. Dolayısıyla kurumlar, faaliyetlerini yürüttükleri çalışma sektörü ile toplumun istek, beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulurken ve faaliyetlerini sürdürürken bir nevi topluma karşı olan potansiyel sorumluluklarını da yerine getirmektedirler. Bu vesileyle kurulan işletmeler, toplumsal amaçlara hizmet ederek ve toplumun değerlerini de dikkate alarak uygun politikalar belirleyip faaliyetlerini sürdürmeleri gerekmektedir (Yüksel vd., 2005: 298). Bu politikalar belirlenirken özellikle işletmelerin temel faaliyetlerini sürdürebilmeleri için kar elde etmeleri ve bu karı sürekli bir şekilde arttırarak işletme değerini maksimize etmeleri arzulanır. İşletmelerin faaliyetlerini sürdürebilmeleri için kar elde etmeleri sürecinde diğer sorumluluklarının da göz ardı edilmesine veya ötelenmesine de neden olabilmektedir. Dolayısıyla işletmelerin bir yandan sosyal sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için fon ayırmaları gerekirken aynı zamanda temel faaliyetlerini sürdürebilmeleri için bütçelerinden pay ayırmaları gerekmektedir. Bu nedenle işletmeler bir yandan sosyal sorumluluk faaliyetlerini yerine getirerek topluma fayda sağlarken diğer yandan bu faaliyetleri yerine getirirken az da olsa bazı olumsuz sonuçlarla da karşı karşıya kalabilmektedirler (Karabetyan, 2021: 219-220). Bu gibi gerekçelerden yola çıkarak işletmeler açısından kurumsal sosyal sorumluluğun bazı avantaj ve dezavantajları da söz konusu olabilmektedir. Bu avantaj ve dezavantajlar ise aşağıda maddeler halinde sıralanarak ifade edilmiştir.

Kurumsal sosyal sorumluluk anlayışının işletmeler, örgütler, çalışanlar ve toplum açısından avantajları (Argüden, 2007: 37-40;

Weber, 2008: 248-249; Kotler & Lee, 2013: 11; Bhattacharyya, 2010: 96; Çelik, 2007: 61-84; Korkmaz, 2009: 125).

- Kurumsal sosyal sorumluluk sayesinde işletmeler marka ve piyasa değerini arttırabilir,
- İşletmelerin nitelikli personel elde edebilmelerine yardımcı olur,
- Olumlu kurumsal imaj yaratmaya olanak sağlar,
- Müşteri sadakati ve güveninin oluşturulmasını sağlar,
- Kurumların satışlarının artmasını, verimlilik ve kalite artışını sağlar,
- Kurumlara yeni pazarlara girebilme konusunda kolaylık sağlar,
- Yeni iş birliklerinin ve iş ortaklıklarının oluşturulmasına yardımcı olur,
- Kurumların finansal performanslarının iyileşmesine katkı sunar,
- Toplumun ve karar vericilerin fikirlerinin olumlu yönde değişmesini sağlar,
- Kurumların risk yönetimi ile kriz yönetimlerini kolaylaştırır,
- İşletmelerin hisse değerlerinde artış yaratarak değerlerini maksimize edebilmelerine olanak tanır,
- Örgütlerde kurumsal öğrenme ve yaratıcılık faaliyetlerini destekler,
- Kurumların tanıtımına olumlu yönde katkı sağlar,
- İşletme çalışanlarının memnuniyetlerinin arttırılması ve sadakatinin oluşturulmasına olan sağlar,

- Çalışanlar arasında iletişim, güven ve dayanışma gibi davranışların arttırılmasına yardımcı olur ayrıca takım çalışmalarına imkân yaratır,
- Kurum ile faaliyet yürütülen toplum arasında karşılıklı dayanışma ortamı yaratır,
- Sponsor kampanyaları sayesinde toplumsal yoksulluğun azaltılmasında ve refahın arttırılmasında önemli roller oynar,
- Kurumların tanınırlığını pekiştirir,
- Son olarak kurumsal sosyal sorumluluk sayesinde kurum kültürü olumlu yönde etkilenir.

Kurumsal sosyal sorumluluk uygulamaları işletmeler açısından pek çok fayda sağlayabileceği gibi kurumların zararına olabilecek birtakım sonuçlara da yol açabilir. Şimşek vd.'ne (2003: 394-396) göre kurumsal sosyal sorumluluğun ortaya çıkartabileceği en büyük dezavantajlardan biri olarak genellikle işletmelerin sosyal sorumluluk faaliyetlerini yerine getirirken ortaya çıkan maliyetleri ürettikleri ürün veya hizmet kalemlerine yansıtmaları sonucunda fiyatların yükselmesi ile pazar payının azalması ve müşterilerin kaybedilmesi sorununu ortaya çıkartabilmektedir. Ayrıca yine işletmelerin sosyal sorumluluk faaliyetlerine fazlaca önem vermesi ve bu faaliyetleri önceliklendirmesi halinde, işletmelerin temel kuruluş hedeflerinden sapma ortaya çıkartabilir (Şimşek vd., 2003: 396).

Kurumlar açısından ortaya çıkabilecek diğer dezavantajlar ise (Çelik, 2007: 61-84; Geethamani 2017: 374; Eren, 1997: 103-104).

- Sosyal faaliyetlerin sürdürülebilmesi için yeni insan kaynaklarına ihtiyaç duyulabilir bu durum maliyetlerin de yükselmesine sebebiyet verebilir,
- Sosyal sorumluluk uygulamasında duyarlı olmayan hatta daha ileri gidip örgütün etik ilkelerini de hiçe sayan işletmeler, örgütsel etiğe aykırı faaliyetlerinin sonucunda bir

takım yönetimsel problemler yařayabilirler. Bu etik ihlalleri dolayısıyla iřletmeler imaj kaybı, performans dūřuklūęu, motivasyon eksiklięi, özsaygının kaybolması, örgütsel iletiřimin zarar görmesi gibi olumsuzluklar ortaya çıkabilir,

- Kurumsal sosyal sorumluluğun ortaya çıkardığı ek bürokrasi,
- Sosyal sorumluluğun gerekliliği olarak gerçekleştirilen raporlamalar kuruma, ülkeye veya bölgeye göre bazı temel farklılıklar gösterebilir. Bu farklılıklar dolayısıyla zaman kaybına ve verimsizliğe yol açabilir.

Sonuç olarak kurumsal sosyal sorumluluk uygulamalarının avantajları olduğu kadar az da olsa olumsuz tarafları da söz konusu olabilmektedir. Bunun yanında sosyal sorumlulukla ilgili faaliyetlerden doğan sorumluluğun sadece yöneticilere yüklenmemesi de gerekir. Bu sorumluluklar işletmedeki bütün paydaşların ve toplumun katkısıyla gerçekleştirilmeli ve sürdürülmelidir. Ayrıca bu tür sosyal sorumluluk faaliyetleri yerine getirilirken işletmeler hem temel faaliyet alanlarını hem de sosyal faaliyetlerini dengede tutacak şekilde yerine getirmeli ve bu sayede karlılıklarından da ödün vermemelidirler.

Sonuç ve neriler

Kurumsal sosyal sorumluluk, kurumların gönüllü olarak topluma, çevreye, i ve dış paydaşlarına karşı sorumluluklarını yerine getirme çabalarını ifade eder. Bu çabalar genellikle olumlu ve uzun vadeli birtakım sonuçlar ortaya çıkartır. Kurumsal sosyal sorumluluk ilkelerine uyan ve bu konuda hassasiyet gösteren işletmelerin itibarı, marka değeri, müşteri sadakati ve çalışan motivasyonları genellikle olumlu yönde etkilenir. Bu açıdan kurumsal sosyal sorumluluk, işletmelere birçok fayda sağlayan önemli bir iş stratejisi olarak da görülebilir. Kurumların sürdürülebilirlik politikaları sayesinde enerji ve maliyet tasarrufları sağlanabilir, üretim riskleri azaltılarak çalışanların inovasyon ve yaratıcılık faaliyetleri desteklenebilir. Sosyal sorumluluk çalışmalarıyla birlikte toplumun faydasına olabilecek girişimler ve

gelişmeler sayesinde toplum ile işletme arasında iyi ilişkiler kurularak olumlu iş ortamları ve yeni iş fırsatları da yaratılabilir.

Kurumsal sosyal sorumluluk çabaları sayesinde işletmelerin elde edebileceği birçok fayda söz konusu olabilmektedir. Örneğin sürdürülebilirlik politikaları sayesinde işletmelerin, çevre dostu uygulama ve süreçleri benimseyerek kaynaklarını etkin bir şekilde kullanabilir. Enerji tasarrufu, geri dönüşüm ve yenilenebilir enerji gibi temiz kaynaklar sayesinde daha hızlı ve rahat bir şekilde sürdürülebilirlik hedeflerini gerçekleştirebilirler. Bunun yanında topluma katkı veya toplum refahını geliştirmeye yönelik faaliyetler de kurumsal sosyal sorumluluğun önemli çıktıları arasında yer almaktadır. Özellikle eğitim, sağlık ve yoksullukla mücadele gibi alanlarda gerçekleştirilen projeler sayesinde işletme imajı olumlu yönde etkilenirken aynı zamanda çalışanların motivasyonu ve kuruma olan bağlılıkları da gelişim gösterebilir.

Kurumlar etik iş davranışları gereği toplumun beklentilerine uygun hareket etmeli ve adil bir çalışma ortamı ile iş süreci yaratmalıdırlar. Bu açıdan kurumlar faaliyet yürüttükleri ülkelerdeki yasalara uymalı, tedarik zincirinde adaletli uygulamaları sağlayarak dürüst bir pazarlama politikası geliştirmeleri gerekir. Bu sayede kurumların hem toplum hem de devlet ile iyi ilişkiler geliştirmeleri kolaylaşır. Ayrıca kurumların sosyal sorumluluk çalışmalarını sadece toplum özelinde gerçekleştirmeleri çalışan ilişkilerinin ötelenmesine de sebebiyet verebilir. Bu açıdan işletmelerin, çalışanların haklarını ve refahını koruyacak uygulamalara ve prosedürlere odaklanmaları ve bu sayede iş barışını, huzurunu ve çalışan refahını destekleyici uygulamaları gerçekleştirmesi önem arz etmektedir. Özellikle adil çalışma ortamının yaratılması, çalışanların eğitim, gelişme ve kariyer olanaklarının artırılması ve farklılık yönetimi sayesinde çalışanlarda gönüllü faaliyetlere katılım teşvik edilebilir. Sonuç olarak bu faydaların sağlanabilmesi ve etkili sonuçların elde edilebilmesi için kurumsal şeffaflık ve iletişim kavramları da önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle kurumların hem iç hem de dış paydaşlarıyla gerçekleştirdiği başarılı faaliyetleri paylaşması ve şeffaf raporlama

mekanizmaları kurarak geri bildirimle açık bir örgüt ortamı oluşturabilmesi kurumsal sosyal sorumluluk uygulamalarının nihai hedeflerine ulaşabilmesi için önemlidir.

KAYNAKÇA

Akgemci, T., Çelik, A., & Şimşek, Ş. (2003). *Davranış Bilimlerine Giriş*. Konya: Adım Matbaa.

Akmeşe, K. (2015). Kurumsal Sosyal Sorumluluk Raporlaması: Türk Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Konya.

Argenti, P. & Druckenmiller, B. (2004). Reputation and the Corporate Brand. *Corporate Reputation Review*, 6(4), 368-374. <https://doi.org/10.1057/palgrave.crr.1540005>

Argüden, Y. (2007). Kurumsal Sosyal Sorumluluk, İşletmeler ve Sosyal Sorumluluk. Coşkun Can Aktan (der) içinde. *İgiad Yayınları*, İstanbul.

Argüden, Y. (2008). Kurumsal vatandaşlık ve küresel ilkeler sözleşmesi. *Önce Kalite Dergisi*, 34.

Aydınalp, G. I. (2013). *Halkla İlişkiler Ekseninde Kurumsal Sosyal Sorumluluk*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Balı, S., & Cinel, M. O. (2011). Bir rekabet aracı olarak kurumsal sosyal sorumluluk. *ODÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2(4), 45-60.

Balıkçioğlu, B., & Karacaoğlu, K. (2007). Sosyal Bir Ürün Olarak Topluma Pazarlanan Hayırseverlik: Stratejik Hayırseverlik. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(2), 121-141.

Başaran, İ. E. (1971). *Eğitim Psikolojisi*. (2. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.

Bhargava, D. V., & Tripathi, D. N. (2016). Corporate Social Responsibility and its Implication In India. *International Journal of Management*, 7(3), 160-171.

Bhattacharyya, S. S. (2010). A resource-centric perspective on strategic and sustainable Corporate Social Responsibility (CSR) initiatives. *International Journal of Business Competition and Growth*, 1(1), 62-84. <https://doi.org/10.1504/IJBCG.2010.032829>

Boone, L.E. & Kurtz, D.L. (1992). *Management*, McGrawHill, New York, pp. 83-7.

Carroll, B. A. (2016). Carroll's Pyramid of CSR: Taking Another Look. *Carroll International Journal Of Corporate Social Responsibility*, 1(3), 1-8.

Carroll, A. B. (1979). A three-dimensional conceptual model of corporate performance. *Academy of management review*, 4(4), 497-505.

Carroll, A. B. (1999). Corporate social responsibility: evolution of a definitional construct. *Journal of Business and Society*, 38 (3), 268-295.

Carroll, A. B. (2000). Ethical challenges for business in the new millennium: Corporate social responsibility and models of management morality. *Business Ethics Quarterly*, 1(1), 33-42.

Carroll, A. B., & Buchholtz, A. K. (2008). *Business and society: Ethics and stakeholder*. Management, 5th Edition, Cincinnati: South-Western College Publishing.

Caymaz, E., Soran, S. & Erenel, F. (2014). İşletmelerde Kurumsal Sürdürülebilirlik ve Kurumsal Sosyal Sorumluluk İlişkisi: Küresel İlkeler Sözleşmesi Türkiye Örneği. 13. Ulusal İşletmecilik Kongresi 8-10 Mayıs 2014, Antalya.

Ceritoğlu, B. (2011). *Kurumsal Sosyal Sorumluluk ve İşletmelerin Çevre Bilinci Eksenindeki Uygulamalarının Tüketici Satın Alma Davranışı ve Kurum İmajı Algısına Etkisi*, İstanbul: Yalın Yayıncılık.

Certo, S. C. (1997). *Modern Management, diversity, quality, ethics and the global environment*, 7th Ed, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Çelik, A. (2007). Şirketlerin Sosyal Sorumlulukları (Ed. Coşkun Can Aktan) Kurumsal Sosyal Sorumluluk. *İşletmeler ve Sosyal Sorumluluk, İstanbul: İgiad Yayınları*.

Çınar, M. (2011). İyi niyet geliştirme aracı olarak sosyal sorumluluk: Jandarma Genel Komutanlığı toplumsal gelişime destek faaliyetleri örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Dalkıran, İ. (2015). Sosyal Sorumluluk Faaliyetlerinin Marka Bilinirliğine Katkısı: Çevre Konulu Sosyal Sorumluluk Kampanyalarına Yönelik Bir Araştırma (Doctoral Dissertation, İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Davis, K. (1960). Can business afford to ignore social responsibilities?. *California management review*, 2(3), 70-76. <https://doi.org/10.2307/41166246>

Davis, K., & Blomstrom, R. L. (1975). *Business And Society: Environment And Responsibility. Ethical Theory of Business*. McGraw-Hill Book Company, New York.

Day, M. (1994). Racial discrimination: Professional implications. *Journal of Interprofessional Care*, 8(2),135-140. <https://doi.org/10.3109/13561829409010412>

Demir, H., & Songür, N. (1999). Sosyal Sorumluluk ve İş Ahlakı. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 150-168.

Demir, R. & Türkmen, E. (2014). Çalışanların Kurumsal Sosyal Sorumluluk Algılarının Örgüte Bağlılık Üzerindeki Etkisinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(2), 47- 59.

Deren Van Het Hof, S. & Hoştut, S. (2015). Kurumsal sosyal sorumluluk, kavramlar, uygulama ve örnekler. Ankara: Nobel Yayınevi.

Eren, E. (1997). İşletmelerde Stratejik Yönetim ve İşletme Politikaları. İstanbul: Der Kitabevi.

Eren, E. (2000). Stratejik yönetim ve işletme politikası. *İstanbul: Beta Yayınları*.

Ergül, H. F., & Kurtulmuş, M. (2014). Sosyal Sorumluluk Anlayışının Geliştirilmesinde Topluma Hizmet Uygulamaları Dersine İlişkin Öğretim Elemanlarının Görüşleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(49), 221-232.

Ersöz, H. Y. (2007). Türkiye’de Kurumsal Sosyal Sorumluluk Anlayışının Gelişiminde Meslek ve Sivil Toplum Kuruluşları. *İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları*. Yayın No:2007-36.

Frederick, W. C. (1986). Toward CSR3: Why ethical analysis is indispensable and unavoidable in corporate affairs. *California management review*, 28(2), 126-141.

Frederick, W. C. (1994). From CSR1 to CSR2: The maturing of business-and-society thought. *Business & Society*, 33(2), 150-164.

Frederick, W. C. (1998). Moving to CSR: What to Packfor the Trip. *Business & society*, 37(1), 40-59.

Geethamani, S. (2017). Advantages and disadvantages of corporate social responsibility. *International Journal of Applied Research*, 3(3), 372-374.

Glover, J. (1972). Responsibility. *Philosophy*, 47(179).

Grunig, J. E. (2005). Halkla ilişkiler ve iletişim yönetiminde mükemmellik. *İstanbul: Rota Yayınları*.

Gürbüz, O. ve Ergincan, Y. (2004). Kurumsal Yönetim. *Literatür Yayınları*, İstanbul.

Jones, T. M. (1980). Corporate social responsibility revisited, redefined. *California management review*, 22(3), 59-67.

Karabetyan, L. (2021). Kurumsal Sosyal Sorumluluk. *Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık*.

Korkmaz, S. (2009). İşletmelerin sosyal sorumlulukları. İzmit: *Umuttepe Yayınları*.

Kotler, P. & Lee, N. (2013). Kurumsal sosyal sorumluluk. Çev: S. Kaçamak. İstanbul: *MediaCat Yayınları*.

Kotler, P., & Lee, N. (2006). Kurumsal Sosyal Sorumluluk (Çev. Sibel Kaçamak). İstanbul: *McdiaCat*.

Kuşat, N. (2012). Sürdürülebilir İşletmeler İçin Kurumsal Sürdürülebilirlik ve İçsel Unsurları. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, II(XIV), 227-242.

L'Etang, J., & Pieczka, M. (2002). Halkla İlişkilerde Eleştirel Yaklaşımlar, (Çev.) Sema Yıldırım, Becerikli, İstanbul: *Vadi Yayınları*.

Lantos, G. P. (2001). The boundaries of strategic corporate social responsibility. *Journal of Consumer Marketing*, 18 (7), 595-632.

Matten, D., & Moon, J. (2008). “Implicit” and “explicit” CSR: A conceptual framework for a comparative understanding of corporate social responsibility. *Academy of Management Review*, 33(2), 404–424.

Mohr, L.A. & D. J. Webb & E. Haris, (2001) Do Consumers Expect Companies to be Socially Responsible? The Impact of Corporate Social Responsibility on Buying Behavior, *The Journal of Consumer Affaires*, 35, 1: 45–71.

Özdemir, H. Ö. (2007). Çalışanların kurumsal sosyal sorumluluk algılamalarının örgütsel özdeşleşme, örgütsel bağlılık ve iş tatminine etkisi: Opet çalışanlarına yönelik bir uygulama. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Özgen, E. (2007). Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramı ve Çalışan Memnuniyetine Etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(1), 1-6.

Özgener, Ş. (2004). İş ahlakının temelleri. Yönetmel Bir Yaklaşım, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Öztürk, M. C. (2013). Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı ve gelişimi. M. C. Öztürk (Eds.) Kurumsal sosyal sorumluluk içinde (s. 2-30). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Özüpek, M. N. (2005). Kurum imajı ve sosyal sorumluluk. Tablet Kitabevi. 1. Baskı. Konya, 161-162.

Pinkston, T. S., & Carroll, A. B. (1994). Corporate citizenship perspectives and foreign direct investment in the US. *Journal of Business Ethics*, 13(3), 157-169.

Pusak, S. (2014, Haziran). Türkiye’de Kurumsal Sosyal Sorumluluk Üzerine Bir Araştırma; Şirketlerin Periyodik Yayınlanan Kurumsal Sosyal Sorumluluk Raporlarının İçerik Analizi. T.C. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 5-6,9,12,17,21,46. Mersin.

Sarıkaya, A. G., & Kara, A. G. (2007). Sürdürülebilir Kalkınmada İşletmenin Rolü: Kurumsal Vatandaşlık. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 221-233.

Sarıkaya, M. & Akarca, Y. (2011). Kurumsal Sosyal Sorumlulukta Ölçüm Teknikleri. *Denetışim Dergisi*, 8, 60-67.

Sert, N. Y. (2012). Kurumsal Sosyal Sorumluluk ve Aktivizm İlişkisinin Araştırılması: Türkiye’de Özel Sektör, Kurumsal Sosyal Sorumluluk ve Aktivizm İltintisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Stahl, M. J., & Grigsby, D. W. (1997). Strategic management: total quality and global competition. (No Title).

Swanson, D. L. (1995). Addressing a theoretical problem by reorienting the corporate social performance model. *Academy of management review*, 20(1), 43-64.

Şencan, H. (1987). İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları ve Sosyal Sorumluluk Biriminin Örgütlenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 2, 119-129.

Şimşek, B. (1999). Yöneticilerin Çalışanlarına Karşı Etik Sorumlulukları, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 1, Sayı 3, 1999, ss.33.

Top, S. & Öner, A. (2008). İşletme Perspektifinden Sosyal Sorumluluk Teorisinin İncelenmesi. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(4), 97-110.

Turnbull, S. (2001). Corporate ideology–meanings and contradictions for middle managers. *British Journal of Management*, 12(3), 231-242.

Turpcu, Y. (2021). İşletmelerin Misyon Bildirgelerinde Sosyal Sorumluluk Olgusu: BİST 30 Endeksi Üzerine Bir İçerik Analizi. *International Journal of Academic Value Studies* (Javstudies JAVS), 4(4), 469-491.

Türk Dil Kurumu: “Türk Dil Kurumu Güncel Sözlük”, (Çevirimiçi) <http://sozluk.gov.tr>, 05.09.2023

Uzun, B. (2010). Kurumsal Sosyal Sorumluluk Projesi Olarak Gönül Köprüsü Projesinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Uzunoğlu, E., & Öksüz, B. (2008). Kurumsal itibar riski yönetimi: Halkla ilişkilerin rolü. *Selçuk İletişim*, 5(3), 111-123.

Varol, A. (2010). Hedef kitlelerin kurumsal sosyal sorumluluk değerlendirmesi: üniversite gençlerine yönelik bir araştırma. *Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 6(1), 49-64.

Vural, Z. B. A., & Coşkun, G. (2011). Kurumsal sosyal sorumluluk ve etik. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1(1), 61-87.

Weber, M. (2008). The business case for corporate social responsibility: A company-level measurement approach for CSR. *European Management Journal*, 26(4), 247-261.

Yönet, E. (2005). Kurumsal Sosyal Sorumluluk Anlayışında Son Dönemeç: Stratejik Sorumluluk. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13, 239-264.

Yüksel, F., Bozkurt, G. & Güven, A. (2005). Yerel yönetimlerde etik çerçevesinde sosyal sorumluluk bilinci: Tokat uygulaması. 2. Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu (s.298-309). Sakarya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 18-19 Kasım 2005, Sakarya.

Zenisek, T. J. (1979). Corporate social responsibility: A conceptualization based on organizational literature. *Academy of management review*, 4(3), 359-368.

BÖLÜM IX

Lean Thinking and Lean Practices in Health Institutions

Tekin SANCAR¹

Introduction

Lean means “unadorned, unadorned and plain”. Simple thinking; An approach to getting rid of all wastes that put a burden on the system, a philosophy focused on the concept of "value" from the customer's perspective, an understanding and value that enables to produce more by spending less and less effort, equipment, time and space (at the same time reducing costs) by eliminating activities that do not add value to the product. It is a perspective that ensures that value flows seamlessly throughout the creation processes. It aims to achieve a lean production system, a lean business, and a lean value chain. The basis of lean thinking is the “value” produced for

¹ Assist. Prof., Iğdir University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, Iğdir, Türkiye E-mail: tekin.sancar@igdir.edu.tr, ORCID ID:0000-0002-5277-3449

the customer/patient. Value is for the consumer/patient; it is a certain product and/or service with certain features, for which he is ready to pay, which meets his needs in a certain time period and at a certain price.

Lean thinking; by eliminating activities that do not add value to the product/service, it enables the ability to produce more by spending less labor, equipment, time and space (at the same time reducing costs). Lean thinking; It is an effort to increase efficiency and quality in order to transform waste into value. The main purpose of lean thinking is; it is the provision of goods and services that are of value to the customer/patient at the lowest cost and in the shortest time. At the same time, simple thinking; Rethinks and organizes the extraction and flow of value from the customer/patient's perspective. Lean thought in its most general sense; The product produced shortens the work and material flow times in design, planning, production, logistics and all other processes; It is a company strategy that aims to increase quality, reduce costs, improve delivery times, give competitiveness to businesses, and make continuous improvement a company culture with the participation of all employees.

Lean system; it is to minimize the use of resources and time while creating added value by identifying, eliminating or redesigning unnecessary and/or non-value-added steps and processes in the production process, starting from the first raw material until the final product is delivered to the customer. The purpose of lean transformation; To achieve profitability, development and prosperity for all stakeholders by using business resources in the most effective way while creating excellent value for the customer. Lean production is a production system that does not contain any unnecessary elements in its structure and in which elements such as error, cost, stock, workmanship, development process and production area and wastage and customer dissatisfaction are minimized. The goal in lean production is; it is to do the job right at the first moment by producing quality goods. Therefore, the lean approach is an approach that can change the

organization and management style of hospitals, enable hospitals to increase the quality of patient care by reducing errors and waiting times, eliminate obstacles in the service flow by supporting employees and management, and enable providing patient-oriented healthcare services.

Conceptual Analysis of Lean Thinking

Lean thinking; it is a production system that carries out the cheapest and error-free production with the least possible resources, in the shortest time, in a way that can fully meet customer demand, with minimal waste and by using production factors flexibly (Lopez, et al., 2013). Womack, Jones and Roos, in their work titled "The Machine That Changed the World", which is considered one of the most fundamental works on lean production; They define it as a production system that does not contain any unnecessary elements in its structure and in which elements such as error, cost, stock, labor, development process, production area, wastage and customer dissatisfaction are minimized (Womack et al., 1990).

Lean production is how to produce the cheapest and error-free production with the least amount of resources, in the shortest time, in a way that can fully comply with/respond to customer demand, with the least waste (or rather, without waste), and finally by using all production factors in the most flexible way and taking advantage of their full potential. It is the result of the search for "we can make it happen" (Okur, 2000). There are six success factors that characterize lean manufacturing. These; project manager, teamwork, information culture, integration with suppliers, simultaneous engineering and consumer orientation. At the root of this approach, which envisages successfully applying these key factors, is the Total Quality Control System, which changes the meaning and system of quality (Aslantaş, 2006).

The key word of lean production is "muda" in Japanese. Muda means waste. Muda specifically indicates activities that consume resources without providing any value. The antidote to Muda is simple transformation. Lean transformation; It shows the

processes of defining value, ordering the steps that create value in the best and correct way, taking these steps when necessary, without disruption, and realizing them with higher efficiency. Taiichi Ohno, activities that cause waste; (I) defective products requiring rework, (II) production produced without demand and eventually accumulated in stocks, (III) process stages that are not really necessary, (IV) non-essential transfer of products and employees from one place to another, (V) previous (Womack and Jones, 1998).

The main purpose of lean practices is to try to reduce and eliminate waste that is frequently seen in businesses. Continuously trying to reduce and eliminate these wastes results in great reductions in costs and cycle times (Alukal, 2003). In the lean production system; Production is triggered by customer orders and no action is taken before customer demand arrives. The cell starts production only when an order arrives. Even if the machines are idle, no stock is created without an order. Material stock is managed with kanbans, which signal replenishment of stock according to customer orders. Equipment and machines are structured into cells, reflecting the serial flow in production (Kennedy and Brewer, 2006).

After Henry Ford enabled automobile production in the first quarter of the 1900s, the automotive industry began to be called the "industry of industries" and all attention was directed to this field. Toyota Motor Enterprise, which had to produce vehicles for military purposes during the Second World War, wanted to activate its own automobile production after the war and started its work under the leadership of Eiji Toyoda and Taiichi Ohno (Türkan, 2010). This new approach, which has spread to other Japanese companies, has made Japanese companies more successful than Western companies. Japanese companies were able to hide the reason for this success for many years. For the first time, Womack and Jones introduced the Toyota Production System to the whole world with the book they published under the name "The Machine That Changed the World" in 1991 (Mol and Birkinshaw, 2008). From this historical point on, the management principles, tools, methods and systems in question began to be called Lean Thinking and Lean Production derived from

it. The word "lean" used here evokes wastelessness and efficiency; it is defined as a business management style that aims to purify business processes from waste or worthless activities (Tapping and Dunn, 2006).

After 1991, lean thinking and production began to be implemented all over the world and in different sectors, especially in Western companies, became the subject of scientific research and was taught as a course in universities. Some states even encouraged companies to become leaner with legal regulations. Lean thinking is an approach put forward to eliminate waste in business. The roots of the approach date back to the beginning of the industrial revolution (Meyers and Stewart, 2002).

Lean Thinking in Healthcare Enterprises

Lean ideas and practices that emerged in the late 1980s have expanded and spread to all industrial sectors; after 2000, it began to be increasingly implemented in health and hospital systems. Historically, lean healthcare was first implemented in England in 2001 and in the USA in 2002. Lean application examples have increased in healthcare services. More than ninety academic studies have been published since the first applications in approximately ten countries (Brandao de Souza, 2009).

Womack and Jones (1996) stated that lean principles can be applied in all kinds of organizations. After the good results of lean practices in the industrial sector, lean principles have started to be implemented in service institutions such as banks and hospitals. Jimmerson et al. (2005) are the first to use lean principles in healthcare businesses. However, the first successful outcome through lean practices in a hospital was achieved by Bushell et al. (2002), by increasing patient flow in a hospital in the USA. Veech (2004) stated that since leanness is about people, lean principles can be applied in every institution as long as there are people in the institutions.

Lean thinking in healthcare businesses empowers staff to use lean tools to solve challenges and bottlenecks and provides an opportunity to enrich their work. In addition, it facilitates improvements by reducing the costs of healthcare businesses and improving their capacity. Additionally, leanness improves patient safety and quality by shortening wait times and work processes and improving patient flow, and increases patient satisfaction by reducing or eliminating waste through a patient's treatment (Naraghi and Ravipati, 2009). Young et al. (2004) stated that the application of lean principles in healthcare services eliminates waiting times, repeated waiting, errors and unnecessary procedures.

The healthcare system faces challenges and opportunities in a rapidly changing operating environment, including increasing expectations for quality in healthcare (Shazali et al., 2013). The concept of lean has actually evolved in the automotive industry to deliver high quality products and services while increasing organizational performance and satisfying customers (Leslie et al., 2006). However, some organizations have begun to adopt these concepts for the healthcare industry. Rexhepi and Shrestha (2011) emphasized that the healthcare sector needs lean practices. They stated that this is not only valid in hospitals, but can also be applied in private clinics or nursing homes.

It has been stated that leanness is an effective tool to identify and eliminate waste in processes (Hagg et al., 2007). The purpose and benefit of lean application in healthcare is to build flexibility, quality and speed within the institution; is to eliminate waste by reducing unnecessary transportation and waiting times (Leslie et al., 2006). Lean startup does not focus on large-scale investments, but offers healthcare organizations an alternative method to achieve improvement without requiring high investments (Bahensky, et al., 2005). Womack and Jones were among the first authors to suggest how lean techniques could be applied to the service sector, especially healthcare (Womack and Jones, 1996). Basic performance criteria (basic steps) of applying lean thinking and system in health services; they listed these as prioritizing the patient, ensuring quality, creating

a highly skilled patient care team, and ensuring the active participation of the patient in the patient care process.

The Effect of Lean Thinking on Financial Performance in Healthcare Enterprises

Performance measurement is a tool that encourages the achievement of health system goals (Smith et al., 2008). According to quality management theory, there is a significant positive correlation between improvement initiatives and performance (Hamid, 2011). An effective performance measurement helps guide the organization to evaluate the key process and realize positive change (Nadzam and Nelson, 1997). Introducing performance criteria that determine the best performance in the health sector and evaluate the quality, effectiveness and efficiency of health services produces the best results (Shazali et al., 2013).

Businesses; They compete with each other by using various variables such as price, product quality, advertising and differentiation, and follow strategies that will increase their competitiveness by minimizing costs, introducing higher quality products to the market faster and producing unique goods and services compared to their competitors (Aktan and Vural, 2004). Today, price and cost are known as the two most valid factors to gain competitive advantage. While most healthcare businesses use lean tools in healthcare services, they aim to increase patient satisfaction and, on the contrary, reduce costs. Because unnecessary operational inefficiencies can increase costs in healthcare services. Koning et al. (2006) stated that increasing costs can be controlled by applying lean principles in healthcare businesses. Some authors have also supported that successful lean studies in healthcare services further increase the income of the institution and reduce its costs (Papadopoulos, 2011; Rexhepi and Shrestha, 2011; Folinas and Faruna, 2011).

For this reason, it has been stated that financial performance is an important performance criterion in health services. Considering the studies carried out; using the Bolton Advanced Care Systems

Lean Technique performed at the Royal Bolton Hospital, a direct savings of \$3.1 was achieved, the mortality rate for patients was reduced by a third, and the time used to categorize important values of blood cells was reduced from two days to two hours. The average analysis time in pathology has been reduced from more than 24 hours to 2-3 hours. With the simple techniques used at The Pittsburgh General Hospital and modifications to intravenous line placement, a 90% decrease in the number of infections was achieved after just 90 days (Radnor et al., 2006; Gubb and Bevan, 2009).

James Womack and his team have successfully implemented how to apply lean thinking in healthcare, with the Seattle Virginia Mason Medical Center case example. With its Rapid Process Improvement Workshops, Virginia Mason Medical Center has been able to reduce the number of laparoscopic installation surgical instruments from 74 to 58 and reduce wait time for patients by 69%. All of this resulted in annual savings of \$26,880. The created Virginia Mason Production System has 6 focal points. These; Perceiving the patient as a priority in all processes, creating an environment where people can feel safe and free, implementing a patient safety alarm system, encouraging innovation and brainstorming, creating a peaceful economic organization by eliminating waste, and responsible leadership (Womack and Jones, 1996; Womack et al., 2005). Pittsburgh area hospitals have implemented simple concepts to minimize the risk of developing central catheters related to bloodstream infections. Several hospitals have been able to cut the incidence of central line infections by 50-60% through the implementation of lean manufacturing methods (Spear, 2005).

The Effect of Lean Thinking on Patient Satisfaction in Healthcare Enterprises

One of the important concepts used in evaluating the quality, efficiency, effectiveness and therefore performance of health services is patient satisfaction. Today, healthcare institutions act according to patients' expectations and needs and their satisfaction

with healthcare services. With the patient-centered approach coming to the fore in healthcare services, patient satisfaction and patient satisfaction evaluation studies have gained importance (Huang et al., 2004). Patient satisfaction; it is a concept that includes patients' expectations, experiences and value judgments about the health care or medical care they receive and is based mostly on patients' perceptions (Kersnik, 2000).

Patient satisfaction has an important place in the development and evaluation of health services. Patient satisfaction; It provides a key metric for measuring patient, employee, and organizational outcomes. Therefore, patient satisfaction in healthcare is an important key to performance measurement (Cowing et al., 2009). In addition, patient satisfaction with healthcare services decides how healthcare services will be delivered and needs to be measured periodically to improve service quality (Ahamd and Din, 2010). Thus, a satisfied patient implies a more accessible health care with shortened treatment times and shortened waiting times (Poksinska, 2010).

In the surgical clinic of Seattle Children's Hospital; through process mapping, comprehensive data collection and analysis, elimination of process elements that do not add value to the patient, immediate implementation of modified procedures, and process re-evaluation; The steps in the process have been reduced, the time valuable for the patient has been increased, a reliable method for patient flow has been created, and healthcare providers have the opportunity to spend more time with the patient (John et al., 2013). As a result of the lean studies carried out at Scotland Cancer Treatment Hospital; the patient's waiting time for the first appointment was reduced from an average of 23 days to 12 days, and a 48% improvement in patient flow time was achieved. With simple practices performed at the Rheumatology Department in University Clinical Center of Kosovo; Waiting times and employee stress have been reduced. Patient satisfaction increased and higher income was generated for the institution (Rexhepi and Shrestha, 2011).

Bolton NHS Foundation Trust implemented a process improvement program based on lean principles in 2005. Rapid process improvement workshops were established, lean activities were integrated with the organizational strategy, and operational improvement plans were created in the medium and long term. After these practices, it has become a philosophy and a culture of continuous improvement rather than a simple, useful tool. In this way, there was a decrease in death rates and a significant shortening in the waiting time of patients (Guthrie, 2006; Radnor et al., 2006). With the lean work implemented in the laboratory of Avera McKennan Hospital in America; 70 errors per 1 million tests were eliminated, average test time was reduced from 62 minutes to 35 minutes, and efficiency increased by 14%. Avera McKennan, with its simple techniques applied in many units such as obstetrics, emergency department, pharmacy, surgery, clinic and finance; The duration of stay in the emergency department was reduced to 2 hours and 6 minutes, patient satisfaction increased from 60% to 90%, 600 hours of nurses' annual time was saved, the patient's waiting time for mammography was reduced from 40 minutes to 12 minutes, the number of patients doctors see per day is 4-7. And also stock issues in material management were reduced from 6% to 4% (Youssef et al, 1996).

The Effect of Lean Thinking on Employee Performance in Healthcare Enterprises

A lean hospital does not view employees as a cost that needs to be reduced; recognizes that they are a source of real value for patients and the hospital. It helps employees understand that not all of their activities add value. A lean hospital supports employees' desires to provide excellent care to patients by fully involving each employee in efforts to improve his or her team's work. In addition, it does not impose more work on employees than can be done with high quality, nor does it force people to work harder or be more careful as a way of improving quality, safety or efficiency (Graban, 2011).

Lean initiatives in healthcare can affect employees and the work environment. Therefore, employees can increase their attention to waste and their productive attitudes to solve problems (Poksinska, 2010). In addition, lean healthcare makes staff more responsive to patient demands (Ahamd and Din, 2010). Additionally, by implementing lean healthcare services, employees can increase their morale and reduce their stress (Rexhepi and Shrestha, 2011). Employee performance is one of the important factors to create a positive impact on quality improvement (Abdullah et al., 2008).

Because employee behavior plays an important role on customer perception of service quality (Liao and Chuang, 2004). With simple practices carried out at the Pathology Unit of NHSCO hospital in UK NHS; Improvements have been made in the return times of all outpatient and service patients and doctors. Employee morale has increased. Costs have fallen. Faster clinical decisions were made and more efficient patient care services were provided (Papadopoulos, 2011).

The Effect of Lean Thinking on Healthcare Quality and Patient Loyalty in Healthcare Enterprises

Lean management, originally called the Toyota production system, was developed by Taiichi Ohno in the automotive industry (Black and Miller, 2008). The main purpose is planned to ensure error-free production, minimize waste and meet customer needs (Andersen and Rovik, 2014). The conceptual main purpose of lean, which has been applied to various industries since its development, is; It is an integrated socio-technical system whose aim is to eliminate waste by simultaneously reducing or minimizing supplier, customer and internal variability (Shah and Ward, 2007). When the lean concept was first introduced into healthcare, it focused on many components, and common points included developing a culture of continuous improvement, empowering employees, reducing waste, and increasing the value of services received by patients (Curatolo et al., 2014). Focusing on these values was expected to reduce costs,

increase safety, and improve the quality of healthcare (D'Andreanmatteo et al., 2015).

Quality of service is considered a key factor to achieve and maintain a cost-effective patient base. Because the service is intangible, patients have difficulty evaluating it. However, services can be examined based on the attitudes of people (employees and patients) involved in the process (Cheng et al., 2008). For example, Servqual is a multidimensional research tool designed to measure consumer expectations and perceptions. Accordingly, if perceived performance exceeds expectation, customers feel satisfied (Parasuraman et al., 1995). Therefore, since service quality is an important determinant of customer loyalty and a driving force of marketing and financial performance, it is necessary for the creation of a customer-oriented market (Al-Bakri, 2005). It is widely accepted that there is a need for healthcare quality indicators and their impact on patient loyalty and satisfaction. Defining and measuring healthcare quality is subject to issues such as intangibility, heterogeneity and simultaneity, etc. It is much more difficult than other sectors due to its characteristics and patient, healthcare personnel, manager and ethical considerations (Zabada et al., 1998; Eiriz and Figueiredo, 2005).

From a professional and medical perspective, health care quality is the application of medical science and technology in a way that maximizes the benefit to health without increasing risk (Donabedian, 1980). From a management perspective, the hospital, as a socially responsible institution, tries to use available resources to fulfill its obligations to patients and protect health safety. Healthcare quality is the delivery of care that exceeds patient expectations and provides the highest clinical outcomes possible with available resources (Øvretveit, 1992). From the patient's perspective, the quality of healthcare is the key to achieving a positive outcome. Patients' perceptions of the quality of health services; It depends on the attention of the employees, their courteous behavior towards the patients, and the physician's skills in diagnosis and treatment (Mosadeghrad, 2012). The level of health

service quality is affected by the difference between the perceived service and the expected service (Al-Bakri, 2005).

Loyalty, on the other hand, is the process of keeping the patient for as long as possible. Trust is the basis of loyalty, and customer loyalty can bring profit to the organization (Marquis et al., 1983; Scott, 1994). Loyalty reduces the cost of attracting new patients to the institution by reducing patient betrayal and shopping behavior among patients. Overall, building loyalty and then keeping regularly loyal and satisfied patients is a complex task due to the tendency to demand higher expectations over time. Unlike other service providers, meeting patient expectations in medical care is much more difficult because physicians cannot easily keep up with all patient demands (Scott, 1994).

Healthcare is a dynamic and rapidly growing sector of a public service market that has recently faced increased competition and significant changes (Dagger et al., 2007). Loyal patients are vital to the hospital's survival. Because it is known that attracting new customers is much more expensive than retaining existing customers. As competition grows and given the increasing costs of attracting new customers, service providers are increasingly focusing their strategic activities on customer loyalty. Service quality is perceived as an important factor for creating customer loyalty (Ramsaran-Fowdar, 2008).

Similarly, Womack (1996) suggested that Lean could be used in healthcare by focusing on providing value to the patient and including various patient satisfaction measures such as comfort and wait times as key performance indicators. However, Spear (2005) suggested that Lean empowers front-line workers and also encourages focus on the patient. This approach aims to encourage staff to care for patients and focus on patient satisfaction, while finding better ways to provide qualified and quality healthcare. In contrast, Young et al. (2004) suggested that Lean should be used to eliminate waste in wait times, revisits, errors, and improper procedures. Hasle et al. (2016) emphasized that lean implementation

should be adapted to the specific conditions of hospitals with a more intense focus on patient experiences and coordination of social relations, as well as the need to develop new models for the lean concept.

Conclusion

Nowadays, the application of lean principles is essential for businesses to gain the flexibility to adapt to rapidly changing conditions, manage crises arising from uncertainties, and sustain their existence. Businesses that want to adapt to new conditions have carried out lean transformation studies in order to restructure their production and service structures accordingly. Recently, lean health has become a global movement. The reasons for this are costs over budget, errors that compromise patient safety, wasted patient time, and general bureaucratic inefficiencies. From a lean perspective, the problem is how to eliminate waste. Healthcare businesses, which are service producing businesses, are also developing gradually. Society is getting older and therefore the demand for health services is increasing. However, financial conditions in health systems cannot be improved as well and as quickly as necessary. However, due to the recent increase in patient satisfaction levels and expectations, more efforts need to be made to ensure that healthcare services are as affordable, accessible, safe, regular, efficient and cost-effective as possible. There is a need to seek new and more efficient ways to improve healthcare financing and patient care. Many healthcare organizations have adopted the Toyota Production System as a performance improvement approach and often refer to it as the Lean Healthcare Management System. The lean approach provides improvements within the framework of an organization's existing processes. Lean production does not require large-scale investments and re-institutionalization; it offers healthcare organizations an alternative method to achieve improvements without high investments (Bahensky et al., 2005).

Leanness increases quality and efficiency while controlling costs in providing optimum patient care. The underlying purpose of

lean is to create value for the patient. Considering the studies carried out; in healthcare, lean thinking is often used as a process improvement approach and focuses on three main areas: defining value for the patient, mapping value streams, and eliminating waste to create continuous flow. Value stream mapping is the most commonly applied lean tool in healthcare. The usual implementation steps are providing lean training, conducting pilot projects, and making improvements by establishing interdisciplinary teams. Looking at the studies conducted, the results of lean initiatives emphasized two areas. The first one highlights the performance of healthcare institutions, and the second one highlights the improvement of the working environment of healthcare professionals. Improving the performance of healthcare institutions has increased the number of patient care and reduced waiting times for patients. Improving the working environment of healthcare professionals is; it has enabled health care processes to be improved and the role of healthcare professionals to be more active. It also provided a more predictable and calm working environment.

REFERENCES

Ahamd, I. and Din, S. U. (2010). "Patients' Satisfaction from the Health Care Services," Gomol Journal of Medical Sciences, 8(1), 95-97.

Aktan C.C. and Vural İ.Y. (2004). Rekabet Gücü and Türkiye, 12, TİSK Yayınları, Yayın No: 255, Ankara.

Al-Bakri, T. Y. (2005). Marketing health services. Al-Yazouri House for Publication and Distribution, Amman, Jordan.

Alukal, G. (2003). "Create a Lean, Mean Machiene", Quality Progress, 36 (4), 29-34.

Andersen, H., Rovik, K. A. and Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. BMJ Open, 15, 4(1), doi: 10.1136/bmjopen-2013-003873.

Aslantaş, T., (2006). Yalın Üretim Felsefesi, Yöntemleri and Kanban Tekniğinin Otomotiv Sektörüne Uygulanması, Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi, Endüstri Mühendisliği ABD, Ankara.

Bahensky, J.A., Roe, J., Bolton, R. (2005). Lean Sigma—Will It Work for Healthcare? Journal of Healthcare Information Management, 19(1): 39-44.

Bahensky, J.A., Roe, J., Bolton, R. (2005). Lean Sigma—Will It Work for Healthcare? Journal of Healthcare Information Management, 19(1): 39-44.

Black, J. and Miller, D. (2008). The Toyota Way to Healthcare Excellence: Increase Efficiency and Improve Quality with Lean. Chicago, IL: Health Administration Press.

Brandao de Souza, L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare, Leadership in Health Services 22(2): 121-139.

Bushell, S., Mobley, J., Shelest, B. (2002). Discovering lean thinking at Progressive Healthcare. *Journal for Quality and Participation*. Vol Summer, 20-25.

Cheng, T., Lai, L. and Yeung, A. (2008). The driving forces of customer loyalty: A study of internet service providers in Hong Kong. *International Journal of E-Business Research*, 4(4), 26-42.

Cowing, M., Ramay, C. M. D., Ramaya, K. and Szmerekovsky, J. (2009). "Health Care Delivery Performance: Service, Outcomes, and Resource Stewardship," *The Permanente Journal*, 13(4), 72-77.

Curatolo, N., Lamouri, S., Huet, J. C. and Rieutord, A. (2014). A critical analysis of Lean approach structuring in hospitals. *Business Process Management Journal*, 20, 433–54.

D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F. and Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: a comprehensive review. *Health Policy*, 119, 1197–1209.

Dagger, T. S., Sweeney J. C. and Johnson L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality. *J Ser Resus*, 10(2), 123-42.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The criteria and standards of quality*. 2th edition, Health Administration Press.

Eiriz, V. and Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customerprovider relationships. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 18(6-7), 404-412.

Folinas, D. and Faruna, T. (2011). "Implementing Lean Thinking Paradigm Practices in Medical Set Up," *Business Management Dynamics*, 1(2), 61-78.

Graban, M. (2011). *Yalın Hastane, Pınar Şengözer (Çev.), Optimist Yayınları, İstanbul*.

Gubb, J. and Bevan, G. (2009). Have Targets done more harm than good in the English NHS?, *British Medical Journal* 338.

Hagg, H., Suskovich, D., Workman, J., Scachitti, S. and Hudson, B. (2007). *Adaption of Lean Methodologies for Healthcare Applications*. RCHE Publications.

Hamid, R. A. (2011). "Factor Influencing the Success of Lean Services Implementation: Conceptual Framework," *International Conference on Business and Economic Research Proceeding*.

Hasle, P., Nielsen, A. P. and Edwards, K. (2016). Application of Lean Manufacturing in Hospitals-the Need to Consider Maturity, Complexity, and the Value Concept. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 26(4), 430-442. DOI: 10.1002/hfm.20668

Huang J, Lai C, Tsai, W, Weng R, Hu W, Yang D. (2004). "Determining Factors of Patient Satisfaction For Frequent Users Of Emergency Services in a Medical Center". *Journal of Clinical Medical Association*, 67. 403-410.

Jimmerson, C., Weber, D., Sobek, D. (2005). Reducing waste and errors: Piloting Lean Principles at IHC. *Journal on Quality and Safety*, 31(5): 249-257.

Kennedy, F. A. and Brewer, P. C. (2006). "The Lean Enterprise and Traditional Accounting-Is The Honeymoon Over?", *The Journal of Corporate Accounting & Finance*, 17(6), 63-74.

Kersnik, J. (2000). "Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics". *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 143-147.

Koning, H. D., Verver, J. V. D., Heuvel, S. Bisgaard, and R. J. M. M. (2006). Does, "Lean Six Sigma in Healthcare," *Journal of Healthcare Quality*, 28(2), 4-11.

Leslie, M., Hagood, C., Royer, A., Reece, C. P. and Maloney, S. (2006). "Using Lean Methods to Improve OR Turnover Times," *Aorn Journal*, vol. 84, no. 5, pp. 849-855.

Liao, H. and Chuang, A. (2004). "A Multilevel Investigation of Factors Influencing Employee Service Performance and Customer Outcomes," *Academy of Management Journal*, 47(1), 41-58, 2004.

Lopez, A., Santos, J. F. and Arbos, L. C., (2013). "Lean Manufacturing: Costing the Value Stream", *Industrial Management & Data Systems*, (113), 5; 647-668.

Marquis, M. S., Davies, A. R. and Ware, J. E. (1983). Patient satisfaction and change in medical care provider: A longitudinal study. *Medical Care*, 21(8), 821-9.

Meyers, F.E. and Stewart, J. R. (2002). *Motion and Time Study for Lean Manufacturing*. Prentice Hall.

Mol, M. J. and Birkinshaw, J. (2008). *Giant Steps in Management*. Prentice Hall, UK.

Mosadeghrad, A. M. (2012). A conceptual framework for quality of care. *Mater Sociomed*, 24(4), 251–261.

Nadzam, D. and Nelson, M. (1997). "The Benefits of Continuous Performance Measurement, *Nursing Clinics of North America*, 32(3), 543-559.

Naraghi, A. M. and Ravipati, U. P., (2009). "Lean Healthcare in the Emergency Ward of Sahlgrenska Hospital", University College of Borås, School of Engineering, Master thesis, Göteborg, Sweden.

Okur, A. S., (2000). "Yalın Üretim: 2000'li Yıllara Doğru Türkiye Sanayi İçin Yapılanma Modeli", Söz Yayın; Birinci Basım; Haziran 1998; İstanbul.

Øvretveit, J. (1992). *Health service quality: An introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell.

Papadopoulos, T., (2011). "Continuous Improvement and Dynamic Actor Associations," *Leadership in Healthcare Service*, 24(3), 207-227.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1995). A Conceptual Model of Service Quality and Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 49(1), 41-50.

Poksinska, B., (2010). The current state of Lean implementation in health care: literature review, *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319-329.

Radnor, Z., Walley, P., Stephens, A. and Bucci, G. (2006). Evaluation of the Lean Approach to Business Management and its Use in the Public Sector, Scottish Executive Social Research.

Ramsaran-Fowdar, R. R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *Int J Health Care Qual Assur*, 21(1), 104-24.

Rexhepi, L. and Shrestha, P. (2011). "Lean Service Implementation in Hospital: A Case study conducted in University Clinical Centre of Kosovo, Rheumatology department", Master Thesis, Umea School of Business, Umea University, Sweden.

Rexhepi, L. and Shrestha, P. (2011). "Lean Service Implementation in Hospital: A Case study conducted in University Clinical Centre of Kosovo, Rheumatology department", Master Thesis, Umea School of Business, Umea University, Sweden.

Scott, M. (1994). Patient loyalty to physicians. *Journal of Health Care Marketing*, 14(4), 53-56.

Shah, R. and Ward, P.T. (2007). Defining and developing measures of lean production. *Journal of Operations Management*, 25, 785-805.

Shazali, N. A., Habidin, N.F., Ali, N., Khaidir, N. A. and Jamaludin, N. H. (2013). Lean Healthcare Practice and Healthcare Performance in Malaysian Healthcare Industry, *International Journal of Scientific and Research Publications*, Volume 3, Issue 1.

Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. and Leatherman, S. (2008). “Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects,” World Health Organization 2008 and World Health Organization.

Spear, S. (2005). Fixing health care from the inside, today. Harvard Business Review, 83, 78-91.

Türkan, Ö.U. (2010). Üretimde Yalın Dönüşümün Temel Performans Kriterleri, BAÜ Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 12(2) 28-41.

Womack J.P., Jones D.T. and Roos D. (1990). “Dünyayı değiştiren makine”, Türkçesi: Otomotiv Sanayi Derneği, 1, OSD Yayını, Panel Matbaacılık, İstanbul.

Womack P.J., Jones D.T. (1998). Yalın düşünce, 11, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Womack, J. P. (1996). In: Jones Daniel, T. editor(s). Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation. New York, NY: Simon & Schuster.

Womack, J. P. and Jones, D. T. (1996). Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation, New York: Simon and Schuster.

Young, T., Brailsford, S., Connell, C., Davies, R., Harper, P. and Klein, J. H. (2004). Using industrial processes to improve patient care. British Medical Journal, 328, 162–164.

Young, T., Brailsford, S., Connell, C., Davies, R., Harper, P., Klein, J. (2004). Using industrial processes to improve patient care. BMJ: British Medical Journal, 328(7432): 162-164.

Youssef, F. N., Nel, D. and Novaird, T. (1996). “Health care quality in NHS hospitals”, International Journal of Health Care Quality Assurance, 9(1), 15-29.

Zabada, C. P., Rivers, A. and Munchus, G. (1998). Obstacles to the application of total quality management in health care organisations. *Total Quality Management*, 9(1), 57– 66.

