

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI



İNSANA YAKIŞIR İŞ: SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNE BİR
İNCELEME

İKTİSAT YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAZLİCAN BEYKOZ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Aytekin GÜVEN

BOLU, TEMMUZ 2025

KABUL VE ONAY SAYFASI

NAZLICAN BEYKOZ tarafından hazırlanan “**İNSANA YAKIŞIR İŞ: SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNE BİR İNCELEME**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından İktisat Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir. 16/07/2025

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Prof. Dr. Aytekin GÜVEN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Prof. Dr. Mualla POLAT
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Prof. Dr. Dilek BAŞAR
Hacettepe Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu ve Şablonuna uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir
- aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin Turnitin adlı programında enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %30'u geçmemektedir.

Bu çalışma için İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 2025/02 sayısı ile etik izin alınmıştır.

.....

NAZLİCAN BEYKOZ

ÖZET

İNSANA YAKIŞIR İŞ: SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNE BİR İNCELEME

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAZLICAN BEYKOZ

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İKTİSAT ANA BİLİM DALI

İKTİSAT YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

(TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. AYTEKİN GÜVEN)

BOLU, HAZİRAN - 2025

XI +122 sayfa

Bu tez çalışması, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından geliştirilen “insana yakışır iş” kavramını Türkiye sağlık sektörü özelinde incelemektedir. Çalışmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı deneyimlerini insana yakışır işin temel unsurları olan istihdam, çalışma hakları, sosyal güvenlik ve sosyal diyalog çerçevesinde analiz ederek, mevcut durumun bu standartlarla uyumluluğunu ortaya koymaktır. Araştırmada nitel veri toplama yöntemi benimsenmiş ve sağlık sektöründe farklı görevlerde bulunan çalışanlarla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme verileri analiz yoluyla çözümlenmiş, sağlık çalışanlarının karşılaştığı yapısal ve bireysel düzeydeki sorunlar sistematik biçimde sınıflandırılmıştır. Bulgular, katılımcıların büyük çoğunluğunun uzun çalışma saatleri, düşük ücret, personel eksikliği, iş güvencesizliği, sendikal haklara erişimde zorluklar, mesleki gelişim olanaklarının sınırlılığı ve sağlıkta şiddet gibi sorunlarla karşılaştığını göstermektedir. Ayrıca, bölgesel ve toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin de sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Sonuç olarak, Türkiye sağlık sektöründe görev yapan çalışanların büyük bir bölümünün insana yakışır iş koşullarına erişiminin sınırlı olduğu görülmüştür. Bu durum, hem çalışan refahı hem de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir risk unsuru oluşturmaktadır. Bu doğrultuda, çalışmada sağlıkta insana yakışır işin güçlendirilmesine yönelik politika önerilerine yer verilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: İnsana yakışır iş, Sağlık sektörü, Çalışma koşulları, Sosyal haklar, Sendikalaşma

ABSTRACT

DECENT WORK: AN ANALYSIS ON THE HEALTH SECTOR

MASTER THESIS

NAZLICAN BEYKOZ

BOLU ABANT IZZET BAYSAL UNIVERSITY

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF ECONOMICS

(SUPERVISOR: PROF. DR. AYTEKİN GÜVEN)

BOLU, JUNE 2025

XI + 122 pages

This thesis examines the concept of “decent work,” developed by the International Labour Organization (ILO), specifically within the context of the Turkish health sector. The primary aim of the study is to analyze the work experiences of healthcare professionals in relation to the core dimensions of decent work—employment, labor rights, social security, and social dialogue—and to evaluate the extent to which current conditions align with these standards. A qualitative research approach was adopted, and in-depth interviews were conducted with healthcare workers serving in various roles within the sector. The interview data were analyzed systematically, and the structural and individual-level problems encountered by healthcare workers were categorized accordingly. The findings reveal that the vast majority of participants face challenges such as long working hours, low wages, staff shortages, job insecurity, limited access to union rights, insufficient opportunities for professional development, and exposure to violence in healthcare settings. In addition, regional and gender-based inequalities were also found to have a negative impact on working conditions. In conclusion, it was determined that a large proportion of healthcare workers in Turkey have limited access to decent work conditions. This presents a significant risk both for employee well-being and for the sustainability of healthcare services. Accordingly, the study offers a set of policy recommendations aimed at strengthening decent work in the health sector.

KEYWORDS: Decent work, Healthcare workers, Employment conditions, Social security, Labor rights

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	x
TEŞEKKÜR	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. BİRİNCİ BÖLÜM: İNSANA YAKIŞIR İŞ	3
2.1 İnsana Yakışır İş: Kavramsal Arka Plan.....	3
2.2 İnsana Yakışır İşin Temel Nitelikleri	6
2.3 İnsana Yakışır İşe Dair Kısa Tarihçe.....	9
2.4 İnsana Yakışır İşin Ölçülmesi.....	13
2.5 Türkiye’de İnsana Yakışır İş	16
2.5.1 Ekonomik Göstergeler ve İşgücü Dağılımı	16
2.5.2 Reel Ücretlerde Düşüş	19
2.5.3 İstihdamda Cinsiyet Eşitsizlikleri.....	22
2.5.4 Sendikalaşma ve İşçi Hakları	26
2.5.5 İş Kazaları.....	27
2.5.6 Uzun Çalışma Saatleri	29
3. İKİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSANA YAKIŞIR İŞİN BOYUTLARI.....	31
3.1 Türk Sağlık Sektörüne Genel Bakış	31
3.1.1 Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Altyapı.....	31
3.1.2 Çalışma Koşulları	50
3.1.3 Eşitsizlikler	56
3.2 Sağlık Sektörü Çalışanlarının Temel Sorunları	61
3.2.1 İşçi Hakları, Sendikalaşma ve Toplu Pazarlık: Türkiye’deki Durum ve Karşılaşılan Zorluklar	61
3.2.2 Sağlık Sektöründe İnsana Yakışır İş.....	67
4. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ARAŞTIRMA BULGULARI	70
4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri	70
4.2 Altyapıya İlişkin Değerlendirmeler	72
4.3 Personel Eksikliği ve İş Yüğü Deneyimi.....	74
4.4 Sendikalaşma ve Haklara Erişim	75

4.5 Çalışma Koşulları ve İş Tatmini	76
4.6 İş-Yaşam Dengesi	77
4.7 Mesleki Destek ve Gelişim Olanakları	78
4.8 Emek, Değer ve Tatmin Algısı	79
4.9 Şiddet ve Güvenlik	81
4.10 Etnik Ayrımcılık ve Sosyal Diyalog	82
4.11 Açık Uçlu Sorulara İlişkin Bulgular	83
4.11.1 Çalışma Koşullarında Görülmek İstenen İyileştirmeler.....	83
4.11.2 Sendikal Faaliyetlere ve Altyapı Yatırımlarına Yönelik Görüşler	85
4.11.3 Gelecekteki Çalışma Hayatına Yönelik Beklentiler	87
4.11.4 Sağlık Çalışanlarının Toplum ve Kurum Tarafından Daha Fazla Değer Görmesine Yönelik Öneriler.....	88
4.11.5 Sağlıkta Şiddete Karşı Toplumsal Farkındalık İçin Atılması Gereken Adımlar	90
4.11.6 Çalışma Yaşamına Dair Temel Sorunlar.....	92
4.11.7 Mevcut İktidarın Sağlık Politikalarına Yönelik Değerlendirmeler	94
4.12 Genel Değerlendirme ve Gözlemler	96
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	99
KAYNAKLAR	104
EKLER.....	112

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1. Sanayide çalışılan saat başına üretim ve reel birim ücretler, 2009-2022.	20
Şekil 2.2. Bağımlı çalışanların asıl işlerinde ortalama haftalık çalışma süreleri (2022).	30
Şekil 3.1. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması, 2022.	32
Şekil 3.2. 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısının uluslararası karşılaştırması, 2022.	39
Şekil 3.3. 1.000.000 kişiye düşen cihaz sayılarının uluslararası karşılaştırması, 2022.	44

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. İnsana yakışır işin temel nitelikleri.	7
Tablo 2.2. İstihdam ve işsizlik oranı (1980-2020).	18
Tablo 2.3. Cinsiyet oranlarına göre kayıt dışı istihdam oranları (% , 2014-2023).22	
Tablo 2.4. İşgücüne katılma oranları (%).	24
Tablo 2.5. Çeşitli ülkelerde 2015-2021 yılları arasında ölümlü iş kazaları	28
Tablo 3.1. Yıllara göre sağlık personeli sayıları, tüm sektörler (2002-2023). .36	
Tablo 3.2. Birinci basamak kurum ve acil hizmet altyapı sayıları, Sağlık Bakanlığı, 2023.	42
Tablo 3.3. Cinsiyete göre işgücüne katılım oranı, 2015-2023.	58
Tablo 3.4. Sendika üye istatistikleri sağlık ve sosyal hizmetler kolu, toplam kayıtlı işçi sayısının yıllara göre değişimi.	62
Tablo 4.1. Katılımcı Demografik Bilgileri.	71

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ARAS	: Additive Ratio Assessment
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
ÇEKÜS	: Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019
CUMHURBAŞKANLIĞI SBB	: Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı
DWS	: Decent Work Scale
EUROSTAT	: Avrupa İstatistik Ofisi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
ILO	: International Labour Organization
İBBS-1	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması Düzey 1
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
ITUC	: International Trade Union Confederation
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MEDAS	: Merkezi Dağıtım Sistemi (TÜİK)
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
P4P	: Pay for Performance Program
PWT	: Psychology of Working Theory
REEL GSYİH	: Reel Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
SAARC	: South Asian Association for Regional Cooperation
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SES	: 1) Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası 2) Sosyoekonomik Statü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TİS	: Toplu İş Sözleşmesi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VIKOR	: VlseKriterijumska Optimizacija I Kompromisno Resenje
VSD	: Verem Savaş Dispanserleri
WASPAS	: Weighted Aggregated Sum Product Assessment

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezinin sadece akademik bir süreç olmadığını, aynı zamanda insanın kendini tanıdığı ve sevdiklerinin desteğiyle güç bulduğu bir yolculuk olduğunu bu süreçte derinden hissettim. Bu yolculukta yanımda olan herkese içtenlikle teşekkür etmek istiyorum.

Tez sürecimde bana rehberlik eden, desteğini her zaman hissettiren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Aytekin GÜVEN'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma jürimde yer alarak kıymetli katkılarıyla çalışmama akademik derinlik katan Sayın Prof. Dr. Mualla POLAT'a ve Sayın Prof. Dr. Dilek BAŞAR'a şükranlarımı sunarım.

Hayatım boyunca her koşulda arkamda duran, beni koşulsuzca destekleyen, sevgisi ve varlığını her daim hissettiren canım annem Aysun BEYKOZ'a, beni koruyup kollayan, bana sonsuz inancıyla cesaret veren, desteğini arkamda hep hissettiren sevgili abim Doğukan BEYKOZ'a ve babam Maksut BEYKOZ'a gönülden teşekkür ederim. Varlığınız için sonsuz minnettarım.

Hayatımın en zorlu dönemlerinden birinde, en güçlü dayanağım olan Furkan ATBAN'a özel olarak teşekkür etmek isterim. Gösterdiği moral ve tezimin her aşamasında yanımda olması bu sürecin en değerli parçalarındandı. Desteğiyle beni motive eden arkadaşım Sümeyye ÖZTÜRK'e teşekkür ederim.

Ayrıca, sağlık alanındaki çalışmalarına sağladığı katkı ve destek için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Başhekimi Sayın Dr. Süleyman SARI'ya teşekkür ederim.

Bu tezi, emeklerinin karşılığını çoğu zaman maddi ya da manevi olarak tam anlamıyla alamadan fedakarlıkla ve özveriyle insan sağlığı için çalışan tüm sağlık emekçilerine ithaf ediyorum.

1. GİRİŞ

Neoliberal ekonomi politikalarının etkisiyle çalışma hayatı, son yıllarda önemli bir değişim sürecinden geçmiştir. Bu süreç, iş güvencesinden çalışma saatlerine, ücret politikalarından sosyal haklara kadar pek çok alanda emek ilişkilerini derinden etkilemiş; özellikle hizmet sektöründe yer alan sağlık çalışanlarının iş deneyimlerinde belirgin sorunlar ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından geliştirilen “insana yakışır iş” kavramı, sadece ekonomik büyüme hedefiyle değil, aynı zamanda sosyal adalet, iş güvencesi ve insan onuruna yaraşır çalışma koşullarıyla bir arada bir gelişim anlayışını temsil etmektedir.

Türkiye’de sağlık sektörü, hem istihdamda hem de sunulan hizmetin toplum sağlığı üzerindeki doğrudan etkisi bakımından stratejik bir öneme sahiptir. Ancak, son yıllarda artan iş yükü, personel yetersizliği, ücret adaletsizliği, sağlıkta şiddet olayları ve sendikal haklara erişimde yaşanan zorluklar, sağlık çalışanlarının mesleki memnuniyetini ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu koşullar, sağlık çalışanlarının insana yakışır iş ölçütleri çerçevesinde değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu çalışmanın özgün katkısı, Türkiye sağlık sisteminde çalışanların deneyimlerini “insana yakışır iş” çerçevesinde ele alarak, çalışma yaşamının niteliğine dair yeni bakış açıları sunmasıdır. Sağlık çalışanlarının karşılaştığı sorunların hem bireysel hem de kurumsal düzeyde kapsamlı şekilde incelenmesi, bu tezi benzerlerinden ayıran önemli bir yön olarak öne çıkmaktadır. Literatürde sağlık çalışanlarının insana yakışır iş bağlamında değerlendirildiği çalışmaların sınırlı olması, bu çalışmanın önemini ve değerini artırmaktadır.

Bu bağlamda, Türkiye’nin Bolu ilinde bulunan sağlık kurumlarında görev yapan çalışanlarla yapılan derinlemesine görüşmeler aracılığıyla elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı kurumsal ve bireysel zorlukları kapsamlı biçimde analiz etmeye olanak sağlamaktadır. Görüşmeler aracılığıyla, çalışanların işe ve kuruma dair algıları, aidiyet duyguları, gelecek beklentileri ve değer algıları da incelenmiştir. Bu çalışma, insana yakışır işi sadece yasal ve ekonomik boyutlarıyla değil, çalışanların yaşam deneyimleri üzerinden de ele almaktadır.

Bu alışma dört ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, “insana yakışır iş” kavramının kuramsal temelleri, tarihsel gelişimi ve temel nitelikleri incelenmekte; ikinci bölümde, Türkiye’de iş gücü piyasasının yapısı, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, istihdamdaki dönüşümler ve sendikalaşma gibi unsurlar üzerinden ülke düzeyindeki mevcut durum analiz edilmektedir. nc bölümde sağlık sektörü özelinde istihdam yapısı, çalışma koşulları, eşitsizlikler ve çalışanların karşılaştığı temel sorunlar değerlendirilirken, dördüncü bölümde gerçekleştirilen saha verilerine dayanan sonuçlara yer verilmektedir. Son bölümde ise bulgular ışığında hem akademik hem de politika yapıcılar için öneriler geliştirilmekte, sağlık sektöründe insana yakışır işin güçlendirilmesine yönelik stratejiler tartışılmaktadır.



2. BİRİNCİ BÖLÜM: İNSANA YAKIŞIR İŞ

2.1 İnsana Yakışır İş: Kavramsal Arka Plan

Çalışma kavramı, bireyin yaşamını idame ettirmek ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla hem fiziksel hem de zihinsel çaba gerektiren amaçlı bir faaliyet olarak tanımlanabilir. Bu faaliyetler planlı bir şekilde yürütüldüğünde istihdam olarak adlandırılmaktadır (Işığışık, 2018). Çalışma, bireyin hayatında merkezi bir konum olmanın yanı sıra, kişinin yaşamını idare ettirebileceği bir kazanca erişebilmesi ve sosyal yaşamda da kendini ait hissedeceği bir statüye sahip olma isteğidir (Keser, 2005; Işığışık, 2018). Çalışanların doğrudan etkilendiği bedensel ve zihinsel ihtiyaçlarının ötesinde, dolaylı olarak psikolojik ve sosyal yaşamlarının da etkilendiği faktörlerin tümü, çalışma yaşamının kalitesine bağlıdır (Işığışık, 2018). Çalışma yaşamının kalitesi, işin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı nasıl etkilediğiyle ilişkili olduğu kadar, çalışanların genel yaşam memnuniyetini de belirleyen önemli bir unsurdur. Bireyler çoğu zaman iş yaşamlarında edindikleri bilgi ve deneyimi özel yaşamlarına da aktarırlar (Keser, 2005). Bu nedenle bireylerin iş yaşamlarında elde ettikleri verimlilik ve çalışma koşullarının kalitesi büyük önem taşımaktadır (Işığışık, 2018).

Ayrıca çalışma, bireyin yaşamının kalitesini yükseltmenin ötesinde sosyal ve psikolojik açıdan gelişmesine de katkı sağlar. Bu süreçte insana yakışır iş kavramı devreye girmektedir. İnsana yakışır iş hakların gözetildiği, kadın-erkek eşitsizliğinin önüne geçildiği daha adil işgücü piyasalarının mevcut olduğu ve bireyin özgür bir biçimde çalışma hayatını sürdürebildiği, üretken iş kavramı olarak nitelendirilmektedir.

1919 yılında kurulan Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından literatüre kazandırılan insana yakışır iş kavramı dört temel unsurla tanımlanmaktadır: istihdam, çalışma hayatını kapsayan temel haklar, sosyal güvenlik ve sosyal diyalog. Söz konusu dört unsurun birbirini tamamlayan bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir (Günaydın, 2015). İnsana yakışır iş sadece çalışanlara fayda sağlamakla kalmaz, aynı zamanda bakmakla yükümlü oldukları kişiler için de sosyal koruma ve güvenlik sağlar (Aca, 2022). İnsana yakışır iş ile kişiye güvenilir, adil, çalışma saatlerinin normal düzeyde olduğu, bireyin normlarına saygı duyulduğu ve tüm haklarının (sosyal, tazminat, yardım...) sağlandığı bir ortam sunulur (Aca, 2022). İşsizliğin azaltılması, istihdam

fırsatlarının artırılması, iş yerinde temel hakların korunması, sosyal koruma ve diyalogun teşvik edilmesi gibi unsurların bir araya gelmesiyle bireyler için onurlu bir iş oluşturulur (Çetinkaya, 2012). Bu kavramların destekleyici öğeleri olmadığı takdirde insana yakışır iş de anlamını kaybeder (Işığışok, 2018).

İnsana yakışır iş kavramının ilk ve en önemli kavramı istihdamdır. Çalışmak isteyen tüm bireyler için yeterli istihdam olanaklarına sahip olmak esastır (Günaydın, 2015). Bireyin, yeterli bir gelir elde edeceği ve devamlılık sağlayacağı bir işte çalışabilmesi ve istihdam olanaklarının artırılmasının yanı sıra, işin onun onuruna yakışacak düzeyde geçimini sağlayabildiği bir geliri elde ettiği iş olması gerekmektedir (Çetinkaya, 2012). Birey istediği işi özgürce seçebilmeli, çalışma zorunluluğu olmamalı, ayrımcılık yapılmamalı, adil ve hakkaniyetli ücretler ödenmelidir (Günaydın, 2015). İstihdam olanaklarının artırılması, ILO'ya göre temel unsurlardan biri sayılmaktadır (Işığışok, 2018). ILO, sadece istihdam yaratmanın değil, aynı zamanda istihdamın kalite açısından kabul edilebilir olmasını sağlamanın da altını çizmektedir (Çetinkaya, 2012).

Sosyal güvenlik ise çalışanı hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, iş kazaları, meslek hastalıkları, ölüm, aile yardımı, işsizlik gibi durumlara maruz kalması ve yaşanabilecek ekonomik risklere karşı korunması için sağlanan çeşitli destek türlerini kapsar, huzurlu ve güvenli bir çalışma ortamı yaratılmasında önemli bir rol oynar (Çetinkaya, 2012; Işığışok, 2005). İstihdam yetersizliği, yoksulluğun artması gibi sorunlar, sosyal güvenceye duyulan ihtiyacı gün geçtikçe artırmaya devam ettirmektedir (Çetinkaya, 2012). Sosyal güvenlik, bireylerin ekonomik refaha ulaşmasını sağlamakta ve sonucunda toplumu bir bütün olarak etkilemektedir. Keza toplumdaki gelir yapısı yeniden düzenlenmiş ve adil gelir dağılımına yaklaşılmış olunur. Aynı zamanda sosyal güvenlik, sosyal risklere karşı korunmayı da ifade etmektedir (Günaydın, 2015). Böylelikle mesleki ve sosyal riskler en aza indirgenir (Işığışok, 2018).

İnsana yakışır iş kavramının niteliğini belirten bir diğer öğe de çalışma yaşamına ilişkin temel haklardır. Çalışma yaşamına ilişkin temel haklar, çalışma zorunluluğuna karşı çıkan, çalışanlar arası eşitsizlikleri kabul etmeyen, liyakati ve normları belirleyen bir bütündür (Işığışok, 2018). Cinsiyet, din, dil temelli ayrımcılık, ücret eşitsizliği ve adil bölüşümün olmaması gibi konular, temel haklarını savunacak bir ortam olmadığında bireyler için önemli sorunlar yaratmaktadır. Çocukların erken yaşta çalıştırılması, çalışanlar için toplu pazarlık

haklarının tanınmaması gibi durumlar çalışma yaşamında karşılaşılan sorunların en başında gelmektedir (Ghai, 2003). ILO, bu endişeleri gidermek için 1998 yılında "Çalışma Yaşamında Temel İlkeler ve Haklar Bildirgesi"ni kabul etmiştir.

İnsana yakışır işin bir diğer önemli unsuru da sosyal diyalogdur. Sosyal diyalog, işyerinde barış ve uyumun tesis edilmesi için elzemdir ve toplumsal uzlaşma için kilit bir faktördür. İşçi ve işveren temsilcilerinin bir araya gelerek demokratik bir ortamda karar alabilme süreci olarak ifade edilen sosyal diyalog, üretim sürecine katılan tüm aktörlere söz hakkı tanınmasının yanında temsil yetisinin de verilmesini içerir (Günaydın, 2015; Işığışok, 2018). ILO tarafından 2001’de yayınlanan “İnsana Yakışır İş Açığının Azaltılması” adlı raporda da sosyal diyalogun önemine değinilmiştir (Çetinkaya, 2012).

İnsana yakışır işin mücadele ettiği durumlar istihdam yetersizliği, ekonomik krizler, teknolojik ve sosyal alanlarda ortaya çıkan değişimlerdir (Aca, 2022). İnsana yakışır iş, aynı zamanda küresel çapta yoksulluk sorunuyla da ilgilenmektedir. Özellikle 1970’lerde yaşanan ekonomik krizlerden sonra çalışma koşullarında önemli değişiklikler olmuş, bu da insana yakışır işlerin azalmasına ve toplumdaki ekonomik eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur (Aca, 2022). 2006’da Birleşmiş Milletler tarafından herkes için eşit, adil, saygın, ekonomik ve sosyal açıdan refahı arttırıcı işlerin önemine değinilmiştir (Çetinkaya, 2012). İnsana yakışır işin evrensel ölçekte tartışılması ise 1980’li yıllarda artan küreselleşme ve beraberinde getirdiği sorunlarla başlamıştır (Işığışok, 2018).

Literatürde henüz yeni bir kavram olarak yer alan insana yakışır iş kavramı üretken ve adil gelir, işyerinde güvenli ortamın oluşturulması, bireyler ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için sosyal koruma, kişisel gelişim ve sosyal uyum için daha iyi fırsatları; bireylerin endişelerini ifade etme, örgütlenme ve yaşamlarını etkileyen kararlara katılma özgürlüğü ve cinsiyete bakılmaksızın herkes için eşit fırsat ve muameleyi içermektedir (Günaydın, 2015; Işığışok, 2018). Böylece, insana yakışır işin evrensel bir nitelik kazanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca insana yakışır iş kavramının, toplumsal düzeyde sosyal ve ekonomik sürdürülebilirliğe katkı sağladığı görülürken, bireysel düzeyde ise çalışanların refahını arttırmayı amaçladığı görülmektedir.

İnsana yakışır iş kavramı çeşitli sosyolojik ve ekonomik teorilerde de yer almaktadır. Örneğin Karl Marx’ın emek değer teorisi, insana yakışır iş kavramının

kapitalist üretim ilişkilerinin doğasında var olan emek sömürsüne bir alternatif sunduğunu öne sürer. Marx, işçilerin üretim sürecindeki koşullarının ve statülerinin yalnızca ekonomik büyüme tarafından yönlendirilmek yerine sosyal adalet ilkeleri tarafından yönetilmesi gerektiğini savunur (Marx, 1867/2013, s.50).

Benzer şekilde, Emile Durkheim'ın iş bölümü ve sosyal dayanışma teorisi de bu kavram için sosyolojik bir temel sağlamaktadır. Durkheim, iş bölümünün yalnızca ekonomik verimliliği artırmakla kalmayıp aynı zamanda sosyal uyum ve dayanışmayı da teşvik ettiğini ileri sürmektedir. Bu bağlamda, insana yakışır iş kavramı sosyal dayanışmayı güçlendiren bir mekanizma olarak anlaşılabilir (Durkheim, 2019).

Ekonomik bir perspektiften bakıldığında, John Maynard Keynes'in ekonomik istikrar ve tam istihdam teorisi, insana yakışır işin ekonomik kalkınmayı desteklemedeki kritik rolünün altını çizmektedir. Keynes, devlet müdahalesinin ve sosyal güvenlik politikalarının önemini vurgulayarak, bu önlemlerin sürdürülebilir ekonomik büyümenin sağlanması ve işçilerin yaşam koşullarını iyileştirerek sosyal dengenin sağlanması için gerekli olduğunu savunmaktadır (Keynes, 1936: 122).

Buna ek olarak, Amartya Sen'in insani kalkınma teorisi, insana yakışır işin, bireylerin hem ekonomik hem de sosyal alanlara tam olarak katılımını sağladığı için insani kalkınmanın teşvik edilmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır (Sen, 2014: 525).

2.2 İnsana Yakışır İşin Temel Nitelikleri

Işığınçok (2018)'e göre insana yakışır işi toplu olarak tanımlayan çok sayıda temel özellik bulunmaktadır. Bu özelliklerin her biri, işin bireyler için hem onurlu hem de tatmin edici olmasını sağlamada kritik rol oynamaktadır. İnsana yakışır işin temel nitelikleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. İnsana yakışır işin temel nitelikleri.

İşin Yapısı
Ücret
Çalışma Ortamı ve Koşulları Teknoloji
İş Fırsatları
Üretken İş
Motivasyon ve Saygınlık
İş Güvencesi
İşçi Güvenliği
Sosyal Adalet
Eğitim
Çalışma Özgürlüğü
Çalışanın Adil Muamele Görmesi

İnsana yakışır iş kavramının daha iyi anlaşılması için onun temel niteliklerinden bahsetmek gerekir. İnsana yakışır işin temel özelliklerinden biri işin yapısıdır. İşin yapısı, bireyin yaptığı işin doğasını, görevlerini ve sorumluluklarını kapsar. İyi tanımlanmış bir iş yapısı, çalışanların rollerini anlamalarını ve görevlerini verimli bir şekilde yerine getirmelerini sağlamak için gereklidir. Beklentilerin belirlenmesine yardımcı olunması ve çalışanların etkin bir şekilde faaliyet gösterebilecekleri ortamın sağlanması, işin tanımlanmasıyla gerçekleştirilir. Bu yapı beraberinde iş ortamında iletişim ve koordinasyonu artırarak kolaylaştırır, genel üretkenliğe ve iş memnuniyetine katkıda bulunur (Işığışık, 2018).

Ücret çalışanların emekleri karşılığında aldıkları parasal değeri ifade eder ve çalışan bireylerin yaşam standartlarını doğrudan etkiler. Bireye, yaptığı çalışma karşılığında adil bir ödeme yapılmasını sağlamak, insana yakışır işin temel unsurlarından biridir. (Kozan, 2019).

Bu bağlamda adil ücretlendirme, çalışanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarını sağlayarak refah düzeylerini artırır (Mathieu, 2017).

İnsana yakışır işin temel özelliklerinde biri de çalışma ortamı ve koşullarıdır. Çalışma ortamı ve koşulları işyerinin hem fiziksel hem de psikolojik boyutlarını kapsar. Güvenli, sağlıklı ve destekleyici bir çalışma ortamı, çalışanların fiziksel ve zihinsel refahı için büyük önem taşır (Parker, 2008). Olumlu çalışma koşulları, iş memnuniyetini artırırken, stresi azaltır ve üretkenliği yükseltir (Janta, 2011). İşverenlerin, çalışma ortamlarını insana yakışır iş standartlarına uyacak şekilde iyileştirmeleri gerekmektedir (Işığışık, 2005).

Verimliliği ve rekabet gücünü artırmak için teknoloji kullanımı vazgeçilmezdir. Teknolojinin uygun kullanımı iş süreçlerini hızlandırır ve kaliteyi artırır (Weiyu, 2022). Teknoloji aynı zamanda çalışanların yeni beceriler edinmesini sağlayarak istihdam edilebilirliklerini artırır. İşverenler, çalışan bireylerin üretkenliğini artırabilmek ve yeni teknolojilere uyum sağlayabilmek adına eğitim programları gerçekleştirmelidir (Weiyu, 2022).

İş fırsatları, iş arayanlar, işsiz kalanlar için istihdama kolay ve hızlı erişimi sağlayan, kolaylaştıran bir çalışma ortamını yaratmayı ifade etmektedir (Işığışık, 2005). Herkes için eşit fırsatları destekleyen ve istihdamın önündeki engelleri azaltan bir ortamın yaratılması adil ve kapsayıcı bir iş piyasası için elzemdir. Ayrıca, eğitim ve gelişim programlarına erişimin genişletilmesi, yeni fırsatlar arayanlar için istihdam edilebilirliği artırabilir.

İş fırsatları gibi üretken iş de, bireylerin kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ihtiyaçlarını asgari standartta karşılayan işlere sahip olmalarının sağlanmasıdır ve böylece bireylerin sorumluluklarını yerine getirmelerini ve refaha ulaşmalarını sağlar (Deranty, 2012).

Motivasyon bireyleri hedeflerine ulaşmak için harekete geçmeye teşvik eden iç ve dış faktörleri ifade eder. Motivasyon çalışan performansı için oldukça önemlidir, çalışanların iş performanslarını olumlu yönde etkiler; üretkenliğin, yaratıcılığın ve iş memnuniyetinin artmasına yol açar (Hariadi, 2022). Saygınlık ise, kişinin çalışma yaşamında çevreye karşı kendisinin saygın muamele görmesini, dış ortamla özgürce ve özgüvenle iletişim kurabilmesini ve kendi adına kararlar verebilmesini ifade eder (Kaufmann, 2008). İnsana yakışır bir işin motivasyon ve saygınlık özelliklerini de taşıması gerekir.

İş güvencesi, çalışanların işlerini kaybetme korkusu olmadan, istihdamlarının sürekliliği konusundaki güvenceyi ifade eder (Işığışık, 2005). Güvenli istihdam çalışanların bağlılığını ve üretkenliğini artırır ve böylece bireylerin, istikrarlı bir gelir sağlayarak geleceklerini planlamalarına olanak tanır (Pacheco, 2020).

İşçi güvenliği, bireyin çalışma yaşamı boyunca oluşabilecek sağlık, fiziksel ve ruhsal tüm hastalıklara ve yaşanabilecek tüm risklere karşı alınması gereken her türlü önlemi ifade etmektedir (Gerdan, 2022). Aynı zamanda çalışanların haklarının korunmasını, sömürüden, ayrımcılıktan ve zararlı çalışma koşullarından korunmalarını sağlamayı da kapsar. Güvenliğe yönelik kapsamlı bir yaklaşım, işgücündeki bireyleri uzun vadeli refaha ve istikrara teşvik eder.

Eğitim ise çalışanların mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmelerini sağlar. Sürekli eğitim ve gelişim fırsatları, çalışanların kariyerlerinde ilerlemelerine ve işlerinde başarılı olmalarına katkıda bulunur (Tangthong, 2014). İşveren, çalışan bireylerde gelişim ve öğrenme kültürünü teşvik etmesiyle daha yenilikçi ve dirençli iş ortamlarının oluşmasına katkı sağlayabilir (Işığışık, 2005).

Çalışma özgürlüğü, kişinin kendi iradesi çerçevesinde iş olanaklarını gerçekleştirmesi anlamına gelir ve bu amaçla çalışma zorunluluğu, kölelik, çocuk işçi çalıştırma gibi durumlar ortadan kaldırılmak istenmektedir (Ghai, 2003).

Çalışanın adil muamele görmesi, sosyal adalet unsuru gibi kişilere karşı uygulanan cinsiyet, din, dil, ırk vb. her türlü ayrımcılığa karşı gelerek dengeli, eşit bir biçimde herhangi bir ayırım gözetmeksizin bireye hak ettiği saygıyı verebilecek bir iş olanağının yaratılmasıdır (Kaufmann, 2008). Bir işin insana yakışır nitelik kazanması için çalışanın adil muamele görmesi son derece önemlidir.

2.3 İnsana Yakışır İşe Dair Kısa Tarihçe

İnsana yakışır iş kavramı, çeşitli faktörler tarafından şekillendirilerek yıllar içinde önemli ölçüde gelişmiştir. İnsana yakışır işin kökenleri 19. Yüzyılda ortaya çıkan sanayileşme devrimine kadar gitmektedir (Kaya, 2020). Bu dönemde fabrikaların ve kent merkezlerinin hızla büyümesi, işçiler arasında ciddi emek sömürüsüne, çalışma koşullarının kötüleşmesine ve yoksulluğun yaygınlaşmasına yol açmıştır (Blustein, 2008). Sanayi devrimi işgücüne olan talebi önemli ölçüde artırmış, bu da kadınların ve çocukların işgücüne katılımının artmasına yol açmıştır.

Bu dönemde kadın emeği ağırlıklı olarak tekstil, tütün ve gıda üretimi gibi sektörlerde kullanılmıştır (Makal, 1997: 4-20). Çocuk emeği de sanayi işletmelerinde kritik bir rol oynamış, çocuklar dokumacılık ve ayakkabıcılık gibi düşük ücretli işlerde çalıştırılmıştır (Makal, 1997: 10-20). Sanayileşme sırasında buhar gücünün kullanılmaya başlanması, iş süreçlerinde dönüştürücü bir değişime işaret etmiş ve makinelerin daha yaygın bir şekilde benimsenmesiyle işgücüne olan talebi değiştirmiştir. Bununla birlikte, buhar gücünün artan kullanımı, özellikle fabrika ortamlarında iş güvenliği ve çalışma saatleriyle ilgili yeni zorlukları da beraberinde getirmiştir. Bu koşullar altında kadın ve çocuk işçilerin maruz kaldığı ağır çalışma koşulları, sosyal reformları ve yasal düzenlemeleri kaçınılmaz kılmıştır (Makal, 1999:148).

Bu dönem aynı zamanda cinsiyete ve yaşa dayalı ücret eşitsizliklerinin arttığı, kadınların ve çocukların sanayi işletmelerinde erkek meslektaşlarına göre önemli ölçüde daha düşük ücretler aldığı bir dönem olmuştur (Makal, 1997:4-20). 20. yüzyıl ilerledikçe, kadınların işgücündeki rolüne ilişkin farkındalık artmış, bu da işçi haklarını korumayı amaçlayan işçi hareketlerinin ve sendikal faaliyetlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu gelişmelere rağmen, kadınların düşük ücretli, güvencesiz işlerde yoğunlaşması bu dönem boyunca toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini sürdürmeye devam etmiştir (Makal, 1997:10-20).

Uzun çalışma saatleri, yetersiz ücretler ve güvensiz çalışma ortamları, çalışma koşullarının gerçeklerini ortaya koymuş, daha iyi çalışma koşullarının ve adil ücretleri savunan işçi hareketlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Lysova, 2019). Bu gelişmeler, insana yakışır iş kavramının olgunlaşmasında önemli rol oynamıştır.

"Çalışan yoksulluğu" kavramı, insana yakışır işin ortaya çıkması bakımından önemlidir (Kaya, 2020). Çalışan yoksulluğu kavramını açıklamaya yönelik çeşitli teoriler öne sürülmüştür. J.S. Mill, çalışan yoksulluğunun eğitim yetersizliğinden kaynaklı olduğunu belirtirken; T.R. Malthus, sorunu nüfus fazlalığı ile açıklamış, Marx ise yoksulluğun kapitalist sistemin kaçınılmaz bir sonucu olduğunu savunmuştur. Çalışan yoksulluğu, sınıf eşitsizliği, sınıf içi gelir eşitsizliği ve yedek işgücü ordusu gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir (Kaya, 2020). Bu konunun ele alınmasıyla birlikte, çalışan bireylerin ekonomik istikrarını artırmaya yönelik politikalar uygulanmaya başlamıştır.

Sanayi devrimi ve sanayileşmenin hız kazanmasıyla birlikte çalışan yoksulluğu daha ciddi bir sorun haline gelmiştir. Bu dönemde, sanayi işçilerinin önemli bir kısmı düşük ücretler, uzun çalışma saatleri ve iş güvencesinden yoksunluk gibi ağır çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalmıştır. Terlikli (2013), bu dönemde batı toplumlarında sınıf temelli ayrışmanın ve sosyal eşitsizliklerin yoğunlaştığını ve birçok işçinin yoksulluk sınırında veya altında yaşamak zorunda kaldığını vurgulamaktadır. Çalışan yoksulluğunun yaygınlığı, ekonomik ve sosyal reform taleplerinin artmasına yol açmış ve işçi haklarını savunan hareketler önemli bir ivme kazanmıştır. Ancak bu çabalara rağmen, işçi sınıfına yönelik koruyucu politikalar yetersiz kalmış ve işçilerin yaşadığı ekonomik istikrarsızlık devam etmiştir (Terlikli, 2013). Benzer şekilde, Erdoğan ve Kutlu (2014) çalışan yoksulluğunun yalnızca düşük ücretlerin bir sonucu olmadığını, aynı zamanda hanelerin yapısından ve yeterli sosyal korumanın olmamasından da etkilendiğini ileri sürmektedir. Özellikle, tek gelirli ve çok çocuklu aileler bu dönemde önemli ekonomik zorluklarla karşılaşmıştır (Erdoğan & Kutlu, 2014).

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından önemli ekonomik ve sosyal değişikliklerin meydana gelmesiyle Birleşmiş Milletler'in kurulması insan haklarının önemini pekiştirmiştir (Mahon, 2021). ILO'nun anayasasında yer alan ekonomik güvenlik, sosyal haklar ve onurlu çalışma koşullarına duyulan ihtiyacın vurguladığı 1944'te yayımlanan Philadelphia Bildirgesi'nde öne çıkan herkesin çalışma, işini özgürce seçme, eşit ve elverişli çalışma şartları ve işsizliğe karşı korunma hakkına sahip olduğu vurgulanmıştır (International Labour Organization [ILO], 1944). Söz konusu bildirge, işyerinde ekonomik güvenliğe, sosyal haklara ve insan onuruna yakışır koşullara duyulan ihtiyacı vurgulamakta ve çalışma hayatında asgari standartların belirlenmesi ve korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Yine 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin kabul edilmesi işçi haklarının gündeme getirilmesine olanak sağlamıştır.

1950'li ve 1960'lı yıllarda dünya genelinde ekonomik istikrar hüküm sürerken, 1970'li yıllarda ekonomik büyümede yavaşlamalar başlamış ve bu durum küresel eşitsizliğin artmasına doğrudan etki etmiştir (Kaya, 2020).

İnsana yakışır işin temellerinin atılmasında Bauer'in ortaya attığı 'yaşam kalitesi kavramının da önemli bir rol oynadığı söylenebilir. Bauer'e göre (1966) insana yakışır iş, çalışma yaşamının kalitesini tanımlayan sosyal göstergeler ile ekonomik büyüme kavramlarının birleşiminden oluşmaktadır (Yücel, 2017).

Bu yaklaşım, işin sadece ekonomik bir araç değil, aynı zamanda bireylerin yaşam standartlarını iyileştiren ve sosyal refahı destekleyen bir unsur olduğunu göstermektedir.

1980 sonrası hükümetlerin uyguladıkları neoliberal politikalar ise işsizlik ve yoksullaşma gibi problemlerin artmasına ve uluslararası bir hal alarak geniş coğrafyalara yayılmasına neden olmuştur. Böylelikle insan onuruna ve saygınlığına yakışır iş kavramından giderek uzaklaşmıştır (Kaya, 2020). Bununla birlikte, neoliberalizmin olumsuz etkileri, işçi haklarının korunması gerekliliğini daha da belirgin hale getirerek insana yakışır iş kavramının gelişimine dolaylı olarak katkı sağlamıştır. 1980 yılında, neoliberal politikaların uygulandığı ve büyüme ile kalkınmanın temel amaç haline geldiği süreçte, çalışma koşullarında esnekleştirme gündeme gelmiş ve bunun sonucunda ücret eşitsizlikleri, kötü istihdam koşulları ve diğer eşitsizlikler ortaya çıkmıştır (Kaya, 2020). 1990'lı yıllarda küresel çapta yoksulluğun artması ve insanların ayaklanmaları, ILO'nun bu alanda yapabileceği çalışmalar için bir başlangıç noktası oluşturmuş ve böylece insana yakışır iş kavramının temelleri atılmıştır (Erdoğan & Kutlu, 2014). ILO, sosyal adaleti sağlamayı ve işçi haklarını korumayı amaçlayan çeşitli standartlar ve ilkeler belirlemiştir. ILO'nun insana yakışır iş kavramını ilk kez resmi olarak tanıması 1999 yılında Genel Direktör Juan Somavia tarafından literatüre kazandırılırken, 87. Uluslararası Çalışma Konferansı'nda gerçekleştirdiği konuşmada Somavia, insana yakışır işin sadece ekonomik büyüme ve istihdam yaratmayı değil, aynı zamanda sosyal adalet, eşitlik ve insan haklarına saygıyı da kapsamı gerektiğini vurgulamıştır (Günaydın, 2015). Söz konusu konferansa ilişkin yayınlanan "İnsana Yakışır İş" raporunda kavram ana hatlarıyla ortaya konulurken, bütüncül bir yaklaşımla ekonomik büyümenin tüm çalışan kesimler için daha iyi yaşam standartları ve buna paralel saygınlığa dönüşmesinin sağlanması ana hedef olarak ifade edilmektedir (Yan, 2022).

Yine bu kavramın faaliyete geçirilebilmesi için ILO tarafından pek çok uygulama gerçekleştirilmiştir. Örneğin, 2000 yılında başlatılan 'İnsana Yakışır İş Kılavuz Programı' ile ülkelerin kültürel, ekonomik ve sosyal kalkınma düzeylerini temsil edecek şekilde bir dizi politika geliştirilmiş ve bu programla, ulusal işgücü piyasalarının kapsamlı bir şekilde incelenmesini ve insana yakışır işin teşvik edilmesine yönelik stratejilerin oluşturulması hedeflenmiştir (Işığınçok, 2018).

Bunun yanı sıra, 2005 yılında Birleşmiş Milletler Dünya Zirvesi'nde 150 ülkenin katılımıyla insana yakışır iş için ortak hareket edilmesi kararı alınmıştır (Işığışok, 2018). 2007 yılında ise 'İnsan Onuruna Yakışır İş ve İnsan Onuruna Yakışır Yaşam Kampanyası' başlatılarak Avrupa ve Dünya İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nun da aralarında bulunduğu beş uluslararası kuruluşla iş birliği yapılmış ve ILO'nun Adil Küreselleşme Forumu'nda dilekçe kampanyası başlatılarak talepler toplanmıştır (Işığışok, 2018). ILO tarafından belirlenen ve 87. Uluslararası Çalışma Konferansı'nda ana hatlarıyla çizilen ilkelerde tanımlanan insana yakışır iş kavramı, yalnızca çalışma ve sosyal güvenlik hakkını değil, aynı zamanda sendikalar aracılığıyla kendini ifade etme hakkını da içermektedir (Işığışok, 2018). Bu çabalarla ILO, hem insanların çalışma hayatlarındaki istek ve taleplerini özetlemekte hem de herkes için eşit yaşam koşullarının mevcut olduğu bir dünya yaratmayı amaçlamaktadır (Işığışok, 2018).

ILO'nun, 27 Mayıs 2014 tarihinde, çalışma yaşamına dair yayımladığı bir raporunda gelişen ve yükselen ekonomiler için asıl meselenin insana yakışır işler oluşturulması gerektiğini ve güçlü işçi haklarına sahip ülkelerin ekonomik krizlere karşı daha donanımlı olduğunu belirtmiştir (Işığışok, 2018). Bunu uygulayan ülkelerin 2008 krizinden en az hasarla çıkan ülkeler olması da bu görüşü destekler niteliktedir. Bütün ülkelerde yaşanan bu sorunların aşılabilmesi için insan onuruna yaraşır özelliklere sahip, kaliteli çalışma ortamları evrensel bir biçimde oluşturulmalıdır. (Işığışok, 2018). Kuşkusuz, bireyler çalışma hayatlarından memnun olduklarında insana yakışır işle karşılaşmış olacaktırlar (Aca, 2022). Dolayısıyla, bireylerin çalışma hayatlarından duydukları memnuniyet ile insana yakışır iş deneyimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2.4 İnsana Yakışır İşin Ölçülmesi

“İnsana yakışır iş” kavramının, 1999 yılında ILO tarafından ortaya atılmasından bu yana kavram önemli ölçüde gelişmiştir. İnsana yakışır iş, daha önce bahsedildiği üzere istihdam fırsatları, yeterli kazanç, iş güvenliği ve güvenli çalışma koşulları gibi çeşitli boyutları kapsayan çok yönlü bir yapı haline gelmiştir. İnsana yakışır işin ölçülmesi, küresel olarak çalışma ortamlarının kalitesini anlamak ve iyileştirmek için oldukça önemlidir. Bu bölümde, kapsamlı ve nicelikli yaklaşımların önemi vurgulanarak, insana yakışır işin ölçülmesinde kullanılan yöntemler ve çerçeveler incelenecektir.

İnsana yakışır işin ölçülmesine yönelik temel çerçevelerden biri ILO tarafından sağlanmaktadır. Bu çerçeve on temel unsuru kapsamaktadır: istihdam fırsatları, yeterli kazanç ve verimli çalışma, insana yakışır çalışma saatleri, iş, aile ve özel yaşamın uzlaştırılması, zararlı işlerin ortadan kaldırılması, iş istikrarı ve güvenliği, istihdamda fırsat eşitliği ve muamele, güvenli bir çalışma ortamı, sosyal güvenlik ve işveren ve işçilerin temsilini de içeren sosyal diyalog. Bu unsurlar, insana yakışır işin hem niceliksel hem de niteliksel boyutlarını yakalayan bir dizi gösterge aracılığıyla operasyonel hale getirilmektedir (Ghai, 2003).

İnsana yakışır işin ölçümü genellikle nicel ve nitel yöntemlerin bir kombinasyondan oluşmaktadır. Nicel yöntemler, insana yakışır işin çeşitli boyutlarını değerlendiren anket ve ölçeklerin kullanımını içerir. Örneğin, Duffy ve diğerleri (2017) tarafından geliştirilen İnsana Yakışır İş Ölçeği (DWS), çalışma güvenliği, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, adil ücretlendirme, boş zaman ve dinlenme saatleri ve kurumsal değerler gibi boyutları içermektedir. Bu ölçek farklı kültürel bağlamlarda doğrulanmış, güvenilirliğini ve çeşitli çalışma ortamlarında uygulanabilirliğini göstermiştir (Duffy 2017; Ferraro, 2018; Yan, 2023).

Nitel yöntemler ise derinlemesine mülakatları, odak gruplarını ve çalışanların yaşadıkları deneyimlere dair daha derin iç görüler sağlayan vaka çalışmalarını içerir. Bu yöntemler, insana yakışır iş algılarını etkileyen nüansları ve bağlamsal faktörleri anlamaya yardımcı olur. Örneğin, Yan ve diğerleri (2023) insana yakışır iş algısını ölçmek için yeni bir ölçek geliştirmek amacıyla bilgi çalışanlarıyla (fiziksel iş yapmaktan ziyade bilgiye dayalı görevlerle uğraşan, zihinsel emekleriyle katma değer yaratan çalışanlar.) derinlemesine görüşmeler yapmıştır. Çalışmada dört temel boyut tanımlanmıştır: iş güvencesi, saygı ve destek, öz değer ile mesleki beceriler. Bu boyutlar, bilgi çalışanlarının işlerinde karşılaştıkları özgün gereksinimleri ve mesleki özellikleri anlamak için kritik önem taşımaktadır. Yazarlar, insana yakışır iş algısını değerlendirirken bu unsurların, bilgi çalışanlarının yenilikçilik davranışlarını ve mesleki bağlılıklarını nasıl etkilediğini ortaya koymakta, bu nedenle mesleki özelliklerin dikkate alınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır (Yan ve diğerleri, 2023).

İnsana yakışır işin ölçülmesine yönelik bir diğer önemli katkı, insana yakışır işe ilişkin bireysel algılara odaklanan Çalışma Psikolojisi Teorisi'nden (PWT) gelmektedir.

Bu yaklaşım, çalışanların güvenlik duygusu, adil ücret, sağlık hizmetlerine erişim, kişisel ve mesleki gelişim fırsatları gibi öznel deneyimlerini dikkate almaktadır (Duffy, 2017; Blustein, 2016).

Ölçüm araçlarının geliştirilmesindeki ilerlemelere rağmen, insana yakışır işin ölçülmesinde çeşitli zorluklar da bulunmaktadır. Bu zorluklardan biri, iş tatmini ve algılanan adalet gibi insana yakışır işin bazı boyutlarının öznel niteliğidir. Bu boyutlar bireyler ve kültürler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilmekte, bu da evrensel olarak uygulanabilir ölçüm araçlarının geliştirilmesini zorlaştırmaktadır (Masdonati, 2019).

Bir diğer zorluk da çalışma ortamlarının dinamik doğasıdır. Ekonomik dalgalanmalar, teknolojik gelişmeler ve iş kanunlarındaki değişiklikler gibi faktörler çalışma koşullarını ve dolayısıyla insana yakışır iş ölçümünü etkileyebilmektedir. Örneğin, COVID-19 salgını küresel olarak çalışma ortamlarını önemli ölçüde değiştirerek uzaktan çalışma ve iş güvencesizliği gibi yeni zorluklar ortaya çıkarmıştır (Shimazu, 2020; ILO, 2021).

İnsana yakışır iş için ölçüm araçlarının uygulanmasının politika oluşturma ve kurumsal uygulamalar açısından pratik sonuçları vardır. İnsana yakışır işin çeşitli boyutlarını değerlendirerek, politika yapıcılar iyileştirilmesi gereken alanları belirleyebilir ve çalışma ortamlarının kalitesini artırmak için hedefe yönelik müdahaleler geliştirebilirler. Örneğin, çalışanların özel ihtiyaç ve zorluklarının anlaşılması, onların refahını ve üretkenliğini teşvik eden politikalara bilgi sağlayabilir (Xu, Liu, & Tang, 2022; Zhang, 2023).

Kamu kurumları, özel sektör şirketleri ve uluslararası kuruluşlar gibi tüm organizasyonlar, bu ölçüm araçlarını insan kaynakları yönetimi uygulamalarını iyileştirmek için de kullanabilirler. Bu kuruluşlar, çalışanları arasındaki insana yakışır iş algılarını düzenli olarak değerlendirerek iş güvenliği, adil muamele ve mesleki gelişimle ilgili sorunları tespit edebilir ve bu sorunları ele almak için stratejiler uygulayabilirler (Aybas, 2022).

2.5 Türkiye’de İnsana Yakısr İş

Türkiye’de "İnsana Yakısr İş" kavramı ekonomi politikaları, sosyal yapılar ve siyasi değışimlerden etkilenererek önemli dönüşümler geçirmiştir. Bu bölümde, literatürde yer alan çeşitli akademik kaynaklarla desteklenen ekonomik göstergeler, işgücü piyasası koşulları, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve sendikaların rolüne odaklanarak Türkiye’de insana yakısr işin mevcut durumu incelenmektedir.

2.5.1 Ekonomik Göstergeler ve İşgücü Dağılımı

Küreselleşme süreci boyunca Türkiye ekonomisi, özellikle 1980’lerden itibaren önemli yapısal dönüşümler geçirmiştir. Bu dönüşümler, piyasa odaklı reformlar ve neoliberal politikaların uygulanmasıyla gerçekleşmiş, Türkiye ekonomisinde devletin ekonomideki rolünü azaltmayı, piyasa mekanizmalarını güçlendirmeyi ve ihracat odaklı bir büyüme modelini teşvik etmeyi amaçlayan 24 Ocak 1980 ekonomik reformları bir dönüm noktası olmuştur (Yeldan, 2016). Türkiye, bu dönemde uluslararası piyasalara daha derinlemesine entegre olarak ticaret ve sermaye akışlarının serbestleşmesine yönelmiş, ancak bu politikaların toplumsal etkileri gelir eşitsizliğinin artması ve sosyal adaletsizliklerin derinleşmesi şeklinde ortaya çıkmıştır (Yeldan, 2016, s. 94-100). Sermaye birikimi hızlanmış olmasına rağmen, bu büyümenin faydaları toplum genelinde eşit veya adil bir şekilde dağılmamış, gelir dağılımı ve sosyal eşitlik gibi konular büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Neoliberal politikalar ve küresel sermaye akımlarının etkisiyle gelir eşitsizlikleri daha da artarken, iş güvencesi ve sosyal haklarla ilgili kaygılar geri plana itilmiştir. Sonuç olarak, sermaye birikiminin hızlanması, toplumun farklı kesimleri arasındaki ekonomik ve sosyal dengesizlikleri daha da derinleştirmiş; artan gelir eşitsizliği, yoksulluk ve sosyal huzursuzlukla doğrudan ilişkilendirilmiştir. Bu çerçevede, ekonomik büyüme ve kalkınmanın yalnızca niceliksel göstergelerle değerlendirilmemesi, daha geniş sosyal refah ilkelerini de içermesi gerektiği giderek daha açık hale gelmiştir.

Türkiye’nin ekonomik büyüme performansı çoğu zaman makroekonomik göstergelere odaklanılarak değerlendirilmiş olsa da bu göstergelerin arkasında işgücü piyasasındaki yapısal dinamikler belirleyici olmuştur. Bu bağlamda işgücüne katılım oranı, istihdamın sektörel ayrılıkları ve işgücü niteliği gibi göstergeler, kalkınmanın kalitesini ve sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Kargı’ya (2014) göre, Türkiye’de işgücüne katılım oranı uzun yıllar boyunca düşük

seviyelerde seyretmiş ve özellikle kadınların işgücüne katılım oranlarının sınırlı kalması bu durumun en temel nedenlerinden biri olmuştur.

Kadınların ücretli ve sosyal güvenceli istihdama erişimde yaşadığı zorluklar, özellikle kırsal alanlarda tarım dışı sektörlerin gelişmemiş olması ile birleştiğinde, toplumsal cinsiyete dayalı bir işgücü eşitsizliğini ortaya çıkarmaktadır (Kargı, 2014: 47). Kargı'nın çalışmasında, Türkiye'de büyümenin zaman zaman istihdam yaratmadan gerçekleştiği ve bu durumun "istihdamsız büyüme" olarak tanımlandığı ifade edilmiştir (Kargı, 2014: 49). Aksu, Erzan ve Kırdar'a (2022) göre, son yıllarda Türkiye işgücü piyasası Suriyeli mültecilerin etkisiyle önemli bir dönüşüm geçirmiştir. Göçmenlerin çoğunluğunun kayıt dışı çalışması, özellikle resmi olmayan sektördeki düşük vasıflı işgücü için ciddi bir rekabet baskısı oluşturmıştır. Bu etki, geçici veya mevsimlik işlerde çalışan yerli işçileri, kadınları ve gençleri doğrudan etkilemiş; tarım, inşaat ve düşük vasıf gerektiren hizmet sektörlerinde istihdam fırsatlarını azaltmıştır (Aksu, Erzan ve Kırdar, 2022: 3). Benzer şekilde Aracı, Demirci ve Kırdar'a (2022) göre, göçmenlerin işgücü piyasasındaki etkileri, bulundukları bölgelerin kalkınma düzeyine göre farklılaşmaktadır. Araştırmaya göre, gelişmiş bölgelerde göçmen etkisi sınırlı kalırken, az gelişmiş bölgelerde yerli kadınların istihdamı ve işgücüne katılımı üzerinde daha olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Aracı, Demirci ve Kırdar, 2022:4). Bu durum, bölgesel kalkınma farklılıklarının işgücü piyasası eşitsizliklerini daha da derinleştirdiğini göstermektedir. Dinçer'e (2024) göre, Türkiye'de işgücü piyasasının karşılaştığı en önemli sorunlardan biri beceri eksikliği ve nitelik uyumsuzluğudur. Özellikle otomasyon, dijitalleşme ve yeşil dönüşüm gibi küresel eğilimlerin işgücünden talep ettiği beceriler hızla değişirken, Türkiye'deki eğitim ve işgücü politikaları bu dönüşüme yeterince cevap verememektedir (Dinçer, 2024: 910). İşverenlerin nitelikli işgücü bulmakta zorlandığı, aktif işgücünün reel sektör ihtiyaçlarını karşılayamadığı ve bu nedenle istihdam açığı yaşandığı belirtilmektedir. Bu uyumsuzluk, işsizliği artırmakta ve ekonomik verimliliği azaltmaktadır (Dinçer, 2024: 912). Bu çerçevede değerlendirildiğinde, Türkiye'de ekonomik büyüme, işgücü piyasası ve toplumsal refah arasında doğrudan bir denge kurulamamıştır.

Göç, kadınların istihdamı, beceri dönüşümü, kayıt dışılık ve bölgesel eşitsizlikler gibi birçok etken, işgücü piyasasının çok boyutlu yapısını ve kırılabilirliğini ortaya koymaktadır.

Kalkınma politikalarının yalnızca büyüme rakamlarına odaklanmak yerine, güvenli ve erişilebilir istihdam alanları yaratmaya odaklanması gerekmektedir. Böylece, “insana yakışır iş” kavramı, sadece bir hedef değil, aynı zamanda toplumsal bütünlük ve sürdürülebilir kalkınma için bir gereklilik haline gelecektir.

Tablo 2.2. İstihdam ve işsizlik oranı (1980-2020).

Yıllar	İstihdam Oranı	İşsizlik Oranı
1988	52,6	3,6
1990	52,1	8
2000	46,7	6,5
2010	43	11,9
2020	42,8	13,2
2021	45,2	12,0
2022	47,5	10,4
2023	48,3	9,4
2024	49,5	8,7

Not: 1980-2022 verileri Ayta ve Şen (2023) tarafından hazırlanan çalışmadan alınmıştır. 2023-2024 verileri TÜİK MEDAS (2024)’ten alınmıştır.

Kaynak: Ayta ve Şen (2023); TÜİK MEDAS (2024) <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>

Tablo 2.2. Türkiye’de 1988’den 2024’e kadar geçen kırk yıllık süreçte işgücü piyasasında meydana gelen dönüşümleri göstermektedir. 1980 yılında %52,6 olan istihdam oranı, izleyen yıllarda kademeli olarak düşerek 2024 itibariyle %49,5’e gerilemiştir. Buna karşın, aynı dönemde işsizlik oranı 3,6’dan 8,7’ye yükselmiştir. Bu eğilim, ekonomik büyüme süreçlerinde istihdam yaratma kapasitesinin zayıfladığını ve “istihdamsız büyüme” kavramının giderek daha belirgin hale geldiğini göstermektedir. Özellikle 2000 sonrası dönemde, teknolojik dönüşümler, kayıt dışı istihdamın devam etmesi ve yapısal işsizlik gibi etkenler, istihdam oranlarındaki düşüşe ve işsizlikteki artışa katkı sağlamıştır.

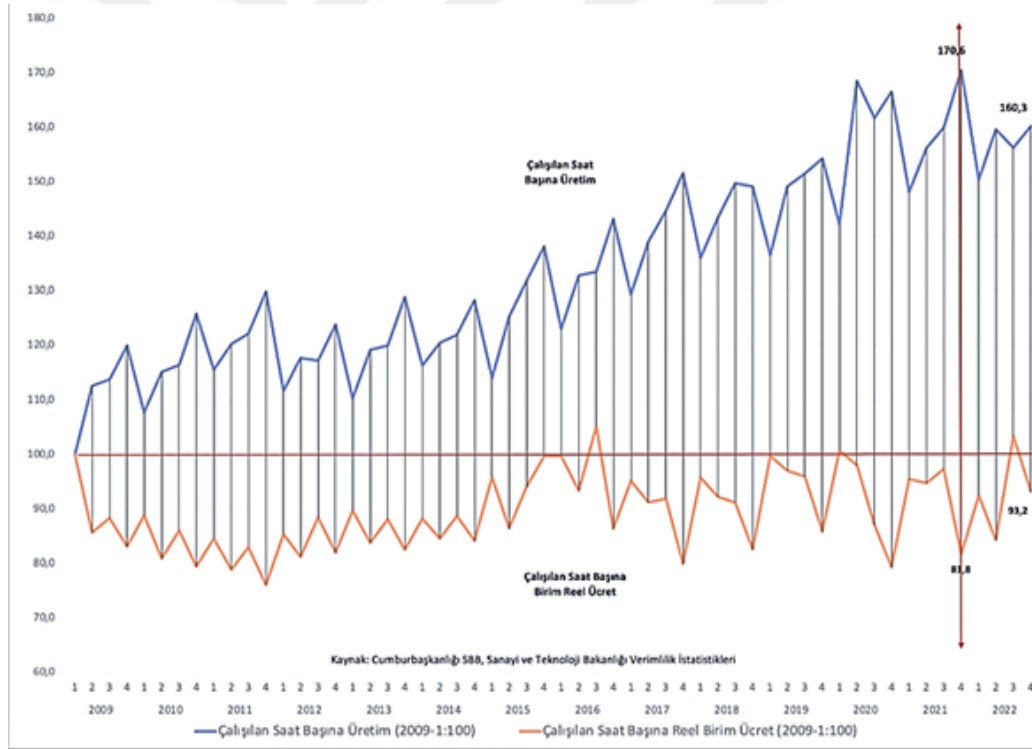
2.5.2 Reel Ücretlerde Düşüş

1980'lerdeki yapısal düzenlemelerin ve neoliberal ekonomi politikalarına geçişin ardından yaşanan bir dizi ekonomik ve sosyal dönüşüm Türkiye’de reel ücretlerin düşük kalmasına neden olmuştur. Özyiğit’e (2019) göre, 1980’leri takip eden dönemde işgücü piyasasında ücretleri baskılamak için önemli çabalar gösterilmiş, bu da düşük ücretli, emek yoğun sektörlerde endüstriyel uzmanlaşmayı kolaylaştırırken, ücret istikrarı açısından uzun vadeli sonuçlar doğurmuştur. Bu süre zarfında, özellikle tekstil ve imalat gibi emek yoğun sektörlerde, uluslararası piyasalarda rekabet avantajlarını korumak için reel ücretler genellikle düşük tutulmuştur. Enflasyon ve gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşük verimlilik seviyeleri ile daha da şiddetlenen bu ücret baskılaması, Türkiye ekonomisinin temel bir özelliği haline gelmiştir (Özyiğit, 2019). Onaran (2000) da bu dönemde ücret eşitsizliğinin arttığını, özellikle tekstil gibi kadınların işgücünün büyük bir bölümünü oluşturduğu sektörleri etkilediğini vurgulamaktadır.

İşgücü piyasalarına getirilen esneklik, genellikle kayıt dışı ve yarı zamanlı istihdama maruz kalan kadınlar da dahil olmak üzere işçiler için daha fazla güvencesizlikle sonuçlanmış ve bu durum ücretlerin daha da gerilemesine neden olmuştur. Özellikle kadınlar için ücret artışının baskılanması sadece ekonomi politikalarının bir sonucu değil, aynı zamanda işgücüne sınırlı katılım ve hatta daha az ücret ilerleme fırsatı ile işgücündeki yapısal cinsiyet eşitsizlikleri ile de bağlantılıdır (Onaran, 2000). 2015’ten önce görülen bu eğilimler, ekonomik büyüme dönemlerine rağmen sonraki yıllarda reel ücretlerdeki düşüşün devam etmesine zemin hazırlamıştır.

2009-2015 arasında Türkiye’de reel ücretlerde sınırlı bir toparlanma süreci yaşanmıştır. 2008 küresel krizinin ardından uygulanan mali teşvikler ve düşük enflasyon ortamı, reel ücretlerin görece istikrarlı seyretmesini sağlamıştır. Sunal ve Alp’e (2015) göre, bu dönemde reel GSYİH’daki artış, reel asgari ücretler üzerinde tek yönlü bir nedensel etki yaratmış; yani büyüme dönemlerinde reel ücretlerde de artışlar gözlemlenmiştir (Sunal ve Alp, 2015: 121). Ancak bu artış, verimlilikle paralel bir şekilde gerçekleşmemiştir. Yılmaz ve Karataş’ın (2023) çalışması, bu yıllarda emek verimliliğinin belirgin şekilde artmasına rağmen, reel ücretlerin buna orantılı olarak artmadığını göstermektedir (Yılmaz ve Karataş, 2023: 167). 2009-2015 arası dönemde reel ücretler mutlak olarak düşmese de verimlilik kazançlarının emeğe yansıma düzeyi oldukça sınırlı kalmıştır.

2015 sonrasında reel ücretlerde gözle görülür bir düşüş yaşanmış, bu durum emek ve sermayenin büyüme paylarını etkilemiştir. Tekstil imalatı, imalat sanayi, elektrikli ekipman imalatı, ana metal sanayi, gıda ürünleri imalatı ve madencilik ve taşocakçılığı gibi belirli sektörlerde 2015 yılına kıyasla reel ücret oranlarında düşüşler yaşanmıştır. Ekonomik büyüme ve verimlilik artışlarına rağmen reel ücretlerdeki düşüş ve emek sömürüsü devam etmiştir (Yeldan, 2016). Yücel ve İzdeş (2017), reel ücretlerdeki düşüşün işçi refahı üzerindeki olumsuz etkilerini tartışmaktadır. Verimlilik ve ekonomik çıktı artsa da elde edilen faydaların işgücüyle adil bir şekilde paylaşılmadığı belirtilmektedir. Burada "faydalar" yalnızca ücretleri değil, aynı zamanda iş güvencesi, sosyal haklar ve yan haklar gibi çalışanların refahını etkileyen unsurları kapsamaktadır. Bu tür hakların eksikliğinin, işçilerin yaşam standartlarında bozulmaya yol açtığını savunmaktadırlar (Yücel ve İzdeş, 2017).



Şekil 2.1. Sanayide çalışılan saat başına üretim ve reel birim ücretler, 2009-2022.

Kaynak: Cumhurbaşkanlığı SBB, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Verimlilik İstatistikleri, 2024

Şekil 2.1, 2009 ve 2022 yılları arasında sanayi sektöründe çalışılan saat başına üretim ve çalışılan saat başına reel birim ücretlerdeki değişimleri göstermektedir.

Bu tablo, yalnızca 2009 sonrası dönemi kapsamaktadır; çünkü Türkiye’de reel ücretler ve verimlilikle ilgili karşılaştırmalı ve düzenli veri analizleri ancak bu yıldan itibaren sağlıklı biçimde elde edilebilmiştir. Veriler, Türkiye işgücü piyasasındaki daha geniş eğilimleri yansıtarak, verimlilik artışı ile işgücü geliri arasında önemli bir ayrışma olduğunu ortaya koymaktadır.

Mavi çizgi, özellikle 2015'ten sonra kayda değer bir artış eğilimi gösteren çalışılan saat başına üretimi temsil etmektedir. Verimlilik 2022 itibariyle 160,3'e ulaşmış, 2021'de ise 170,6 ile zirve yapmıştır. Bu artış, teknolojik ilerlemeler, sermaye birikimi ve işgücündeki yapısal değişikliklerden kaynaklanan saatlik üretimde önemli bir artışa işaret edebilmektedir. Buna karşılık, çalışılan saat başına reel birim ücretleri temsil eden turuncu çizgi yıllar içinde belirgin bir düşüş eğilimi göstermektedir. 2010'lu yılların başında göreceli bir istikrar gösterirken, reel ücretler 2015 yılından sonra belirgin bir düşüş yaşamış ve 2021 yılında 81,8 ile en düşük noktasına ulaşmıştır. Her ne kadar 2022'de 93,2'ye hafif bir toparlanma gözlemlense de genel eğilim işgücünün verimlilik artışlarından orantılı olarak faydalanamadığını göstermektedir.

Reel ücretlerdeki bu düşüş, özellikle artan işgücü piyasası esnekliği, ücret baskılaması ve değişen emek-sermaye dinamikleri ile ilgilidir. Yeldan (2016) ve Yücel & İzdeş (2017) tarafından yapılan çalışmalar da benzer şekilde verimlilik artışlarının işçiler arasında adil bir şekilde dağıtılmadığını, ekonomik faydaların emekten ziyade sermayeye daha fazla tahakkuk ettiğini vurgulamaktadır. Yüksek oranda emek yoğun olan tekstil, madencilik, gıda üretimi ve imalat sanayileri bu durumdan özellikle etkilenmiş, reel ücretlerde sürekli bir düşüş ve işçilerin yaşam standartlarında bir gerileme yaşanmıştır. Ayrıca, bu ücret baskılanması işgücü piyasasındaki toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile yakından ilişkilidir. Onaran (2000) kadın işçilerin yoğun olarak çalıştığı sektörlerde ücret eşitsizliklerinin daha belirgin olduğunu vurgulamaktadır. Kayıt dışı ve güvencesiz istihdam yapıları, kadınların ücret ilerlemesini daha da sınırlandırmış ve ekonomik kırılganlıklarını artırmıştır.

Verimlilik ve ücretler arasındaki bu dengesizlik daha adil bir gelir dağılımı sağlamayı, işçi haklarını güçlendirmeyi, toplu pazarlık mekanizmalarını geliştirmeyi ve iş güvencesi ile ücret artışını iyileştirmek için sosyal politikalar uygulamayı amaçlayan politika müdahalelerinin gerekliliğinin altını çizmektedir.

Son dönemde kadınların işgücü piyasasına katılımı artmakla birlikte, özellikle pazarlık gücünün düşük olduğu sektörlerde düşük ücretler ve kötü çalışma koşulları ile bağlantılı olmaya devam etmiştir. Bu durum, Türkiye işgücü piyasasında devam eden cinsiyete dayalı bir ücret farkı yaratmıştır.

2.5.3 İstihdamda Cinsiyet Eşitsizlikleri

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, Türkiye işgücü piyasasında yapısal bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Kadınlar hem işgücüne katılım hem de istihdamda erkeklere kıyasla dezavantajlı konumdadır. Güncel verilere göre, kadınların erkeklere oranla daha düşük ücretlerle çalıştıkları, ayrıca kayıt dışı işlerde yoğunlaştıkları görülmektedir. Kadınların ücretsiz aile işçiliği ya da kendi hesabına çalışma gibi sosyal güvenceden yoksun pozisyonlarda yer almaları, ücret ve istihdam güvencesi açısından önemli bir eşitsizlik yaratmaktadır. Bununla birlikte, eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların işgücüne katılım oranlarının arttığı da görülmektedir. Ancak bu olumlu gelişmeye rağmen, kadınların işgücü piyasasında karşılaştıkları ücret farklılıkları, istihdam biçimleri ve iş-yaşam dengesi sorunları, toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan eşitsizliklerin sürdüğünü göstermektedir (Öcal, 2021: 813). Yılmaz ve Güler (2021) tarafından yapılan bir çalışma da bu bulguları desteklemekte ve Türkiye'de kadınların eşit ücret ve istihdam fırsatlarına ulaşmada önemli engellerle karşılaştığını vurgulamaktadır. Çalışma, işyerinde toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik eden politikalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Yılmaz ve Güler, 2021). Bu eşitsizlikler yalnızca ücret ve istihdam biçimleriyle sınırlı kalmayıp, kadınların kayıt dışı istihdama daha fazla dahil olmasıyla da kendini göstermektedir. Aşağıda sunulan Tablo 2.3, bu durumu somut biçimde ortaya koymaktadır.

Tablo 2.3. Cinsiyet oranlarına göre kayıt dışı istihdam oranları (% , 2014-2023).

Yıllar	Kadın	Erkek
2014	44,8	27,4
2015	42,9	26,4
2016	42,9	28

Tablo 2.3. (devam). Cinsiyet oranlarına göre kayıt dışı istihdam oranları (% , 2014-2023).

2017	42,2	29,7
2018	40,8	29,9
2019	39,8	28,3
2020	32,5	25,8
2021	35,7	25,5
2023	32,2	23,1

Not: 2022 yılı verilerine erişim sağlanamamıştır.

Kaynak: Sosyal Veri (2022) verilerinden yazar tarafından oluşturulmuştur (Erişim tarihi: 27.05.2025).

Tablo 2.3. 2014-2023 yılları arasında cinsiyet bazlı kayıt dışı istihdam oranlarını göstermektedir. Veriler dikkate alındığında, kadınların kayıt dışı istihdamda erkeklere kıyasla daha yüksek oranlarda dahil olduğunu ortaya koymaktadır. 2014 yılında kadın kayıt dışı istihdam oranı %44,8 iken, erkeklerde bu oran %27,4 olarak gerçekleşmiştir. Her yıl kadınların kayıt dışı istihdam oranı erkeklere kıyasla artarak seyretmeye devam etmiştir. Bu durum kadınların istihdamdaki rolünün erkeklere göre daha kırılgan ve daha sınırlı olduğunu göstermektedir. Kadınlar için yüksek seyreden kayıt dışılık oranları, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin işgücü piyasasındaki yansıması olarak değerlendirilebilir. Kadınların düşük ücretli, güvencesiz ve kayıt dışı işlerde yoğunlaşması, kadınların sosyal rollerinin çelişmesi gibi yapısal faktörlerle ilişkilendirilebilir. Dolayısıyla bu farklılık, yalnızca istihdam politikalarıyla değil; aynı zamanda toplumsal cinsiyet temelli yapısal dönüşümlerle de ele alınabilir.

Cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili, işgücü katılım oranı (2014-2023) verileri ile Tablo 2.4'te verilmiştir.

Tablo 2.4. İşgücüne katılma oranları (%).

Yıllar	Kadın	Erkek	Toplam
1988	34,3	81,2	57,5
1990	34,1	79,7	56,6
1995	30,9	77,8	54,1
2000	26,6	73,7	49,9
2001	27,1	72,9	49,8
2002	27,9	71,6	49,6
2003	26,6	70,4	48,3
2004	23,3	70,3	46,3
2005	23,3	70,6	46,4
2006	23,6	69,9	46,3
2007	23,6	69,8	46,2
2008	24,5	70,1	46,9
2009	26	70,5	47,9
2010	27,6	70,8	48,8
2011	28,8	71,7	49,9
2012	29,5	71	50
2013	30,8	71,5	50,8
2014	30,3	71,3	50,5
2015	31,5	71,6	51,3
2016	32,5	72	52
2017	33,6	72,5	52,8

Tablo 2.4. (devam). İşgücüne katılma oranları (%).

2018	34,2	72,7	53,2
2019	34,4	72	53
2020	30,9	68,2	49,3
2021	32,8	70,3	51,4
2022	35,1	71,4	53,1
2023	35,8	71,2	53,5
2024	36,8	72	54,4

Not: 1988-2022 verileri Ayta ve Şen (2023) tarafından hazırlanan çalışmadan alınmıştır. 2023-2024 verileri TÜİK MEDAS (2024)'ten alınmıştır.

Kaynak: Ayta ve Şen (2023); TÜİK MEDAS <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> (Erişim tarihi)

Tablo 2.4, 1988–2024 yılları arasında Türkiye’de 15 yaş ve üzeri bireylerin işgücüne katılım oranlarını cinsiyete göre göstermektedir. Veriler, işgücü piyasasında uzun yıllara yayılan yapısal değişimleri ve toplumsal cinsiyet temelli farklılıkların değişimini göstererek, kadın ve erkeklerin ekonomik hayata katılımındaki dengesizliklere dair önemli bir değerlendirme sunmaktadır.

1988 yılında toplam işgücüne katılım oranı %57,5 seviyesindeyken, 2000’li yıllarda bu oran %46’ya kadar düşmüş, ancak sonraki yıllarda yeniden artış eğilimi göstermiştir. Bu süreçte erkeklerin işgücüne katılımı genel olarak yüksek seyrederken, kadın katılım oranlarında dalgalı ancak uzun vadede artış yönlü bir eğilim gözlemlenmiştir. 2005 yılında %23,3 olan kadınların işgücüne katılım oranı, 2022 yılı itibarıyla %35,1’e, 2023 yılında %35,8’e ve 2024’te %36,8’e yükselmiştir. Bu artış, kadınların ekonomik yaşama katılımında olumlu bir dönüşüme işaret etmekte; eğitim olanaklarının genişlemesi, toplumsal farkındalığın artması ve kadın istihdamını destekleyen sosyal politikaların etkili olduğunu göstermektedir. Erkeklerde ise işgücüne katılım oranı 1988 yılında %81,2 gibi yüksek bir seviyede, zaman içinde kademeli bir azalma göstermiştir.

2022 yılında %71,4 olan oran, 2023'te %71,2'ye, 2024'te ise %72'ye ulaşarak görece istikrarlı bir düzeyde kalmıştır. Erkek katılım oranındaki bu yatay seyir, erkeklerin işgücü piyasasındaki yerleşik konumunu yansıtırken, cinsiyete dayalı iş bölümünün hala güçlü olduğunu da göstermektedir. Genel işgücüne katılım oranı ise 2010'lu yıllardan itibaren artış eğilimi göstermiş ve 2022'de %53,1'e ulaşmıştır. 2023 ve 2024 yıllarında da yükseliş göstermiştir. Yükselen bu oran, ekonomik faaliyete katılan bireylerin sayısının arttığını göstermektedir.

OECD ve Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde kadın istihdam oranı incelendiğinde ise 2022 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde kadınların istihdam oranı %62,3, AB ülkelerinde ise %64,9 düzeyindeyken, aynı yıl Türkiye'de bu oran yalnızca %35,1 olarak gerçekleşmiştir. Erkek istihdam oranları ise 2022 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde %76,6, AB ülkelerinde %74,7; Türkiye'de de %71,4 ile benzer seviyelerde olduğu söylenebilir (OECD, 2024; Eurostat, 2024). Bu veriler dikkate alındığında, aradaki farkın kadın istihdamındaki düşük düzeyden kaynaklandığı gözükmemektedir. Bu bağlamda, kadınların kariyer gelişimini destekleyen ve toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik politika ve uygulamaların hayata geçirilmesi önemlidir. Ancak, kadınların işgücüne katılımını artırmak için önerilen esnek çalışma saatleri gibi önlemler dikkatle ele alınmalıdır. Zira bu tür önlemler, kadınlar için güvencesiz çalışma koşullarına neden olabileceğinden, esneklik uygulamalarının iş güvencesi ve sosyal hakları gözetken bir çerçevede hayata geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, çocuk bakım hizmetleri ve ebeveyn izni gibi sosyal desteklerin güçlendirilmesi, kadınların işgücüne daha etkin ve güvenli bir şekilde katılmalarını sağlayacaktır (Wånggren, 2023).

2.5.4 Sendikalaşma ve İşçi Hakları

Sendikalaşma insana yakışır işin kritik bir unsurudur. Sendikalaşma, toplu pazarlık ve sözleşme çalışma yaşamının kaliteli olduğunu gösterir (Aca, 2022). Ancak Türkiye bu alanda zorluklarla karşı karşıyadır. Çalışma Bakanlığı'nın 2023 yılı verilerine göre sendikalı işçi sayısı 2.524.547, sigortalı işçi sayısı ise 16.864.733'dur. Resmi sendikalaşma oranı %14,9 iken gerçek sendikalaşma oranına ait kayıt dışı çalışanların sayısı dahil edilmediğinden ve muhtemelen resmi oranları mevcut orandan daha yüksek gösterildiğinden kesin bir veri bulunamamaktadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2025).

Palaz (2020) tarafından yapılan araştırma, Türkiye'de sendikalaşma için yasal çerçevenin sağlam olduğunu, ancak uygulamanın tutarsız kaldığını belirtmektedir. Çalışma, işçi haklarının korunmasını sağlamak için iş kanunlarının daha güçlü bir şekilde uygulanması çağrısında bulunmaktadır (Palaz, 2020).

Sendikal hakların anayasal güvence altında olması, çalışma yaşamının demokratikleşmesi ve işçilerin toplu çıkarlarını koruyabilmeleri açısından temel bir ön koşuldur. Türkiye'de bu haklar, işçiler için 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanunu ile kamu görevlileri için 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanunu kapsamında düzenlenmiştir. Ancak bu iki kanun arasında içerik ve uygulama bakımından ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Yüksel'e (2023) göre, sendika hakkı her iki yasa tarafından farklı düzeylerde tanımlanmakta ve bu durum çalışanlar arasında sendikal haklara erişimde yapısal eşitsizlikler yaratmaktadır. Özellikle kamu görevlileri açısından toplu sözleşme ve grev haklarının sınırlı olması, sendikal mücadelenin etkinliğini azaltmakta ve eşitlik ilkesini zedelemektedir (Yüksel, 2023: 1165).

Bununla birlikte, bireylerin sendikaya üye olma veya olmama özgürlüğünü kapsayan sendika hakları, uygulamada çeşitli şekillerde ihlal edilebilmektedir. Yüksel (2023), işçilerin sendikalara üye olmaları nedeniyle işten çıkarılmaları, baskıya uğramaları veya terfi olanaklarının engellenmesi gibi olumsuzlukların sıklıkla yaşandığını vurgulamaktadır. Bu durum, mevzuatta tanımlanmış sendikal hakların, fiili olarak güvence altına alınmadığını ortaya koymaktadır (Yüksel, 2023: 1172). Dolayısıyla, sendikal hakların gerçek anlamda kullanılabilir hale gelmesi için yalnızca yasal düzenlemelerin değil, aynı zamanda bu düzenlemelerin uygulamada da etkin ve eşit şekilde işletilmesi gerekmektedir.

2.5.5 İş Kazaları

İş kazaları, küresel düzeyde hem toplumsal hem de ekonomik etkileri olan önemli bir sorundur. Türkiye'de ve Avrupa ülkelerinde yürütülen çalışmalar, iş kazalarının çoğunlukla önlenabilir nitelikte olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, iş sağlığı ve güvenliği politikalarının yaygınlaştırılması, iş kazalarının azaltılmasında temel bir araç olarak değerlendirilmektedir (Irmak, 2024: 1972). Türkiye'de iş kazası sayılarında son yıllarda önemli bir artış yaşandığı dikkat çekmektedir. 2015 yılında 241.684 olan kayıtlı iş kazası sayısı, 2021 yılında 511.639'a yükselmiş, 2022 yılında ise 587.616'ya ulaşmıştır (Irmak, 2024: 1975).

Bu artış, Türkiye'nin birçok Avrupa ülkesine kıyasla daha yüksek bir risk profiline sahip olduğunu göstermektedir. Nitekim 2021 yılında Türkiye'de 1.394 kişi iş kazası sonucu hayatını kaybederken, Almanya'da bu sayı 435, Fransa'da 674 olarak kaydedilmiştir (Aydemir ve diğerleri, 2024: 85). Tablo 2.5'e bakıldığında Türkiye, son yedi yıllık periyotta çoğu Avrupa ülkesine kıyasla ölümlü iş kazaları bakımından daha üst sıralarda yer almaktadır.

Tablo 2.5. Çeşitli ülkelerde 2015-2021 yılları arasında ölümlü iş kazaları

Ülke/ Yıl	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Türkiye	1254	1406	1636	1542	1149	1240	1394
Almanya	477	450	430	397	416	371	435
Fransa	595	595	585	615	803	541	674
Polonya	304	243	270	211	184	190	220
Portekiz	161	138	140	103	104	131	93

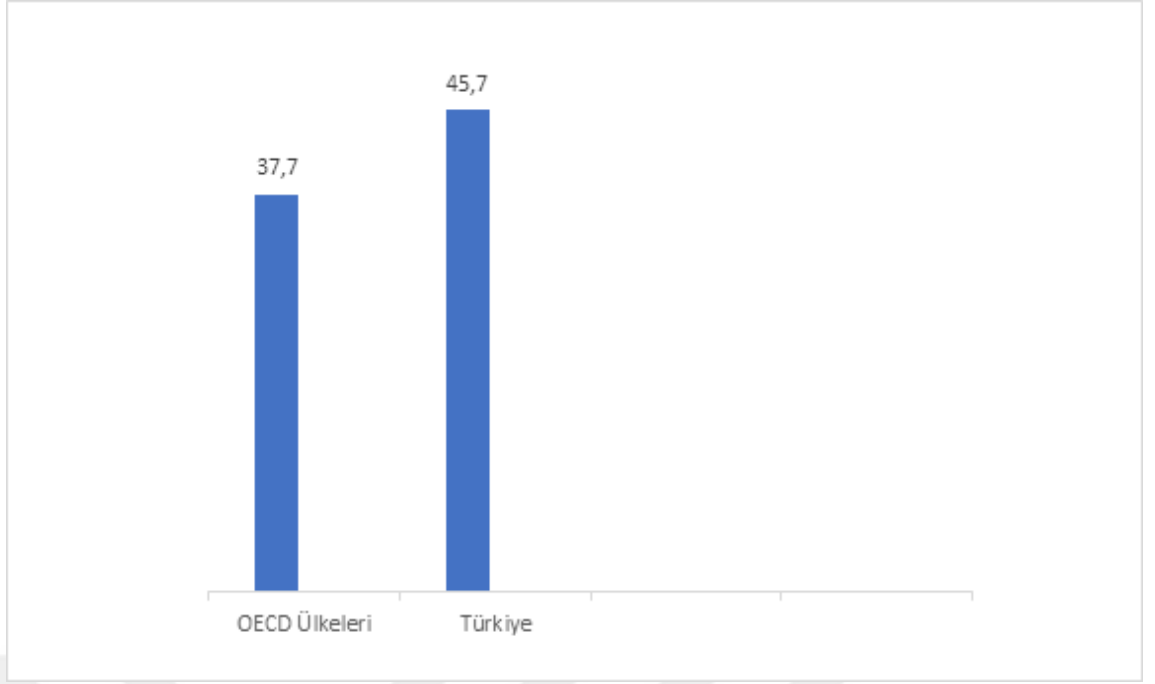
Kaynak: SGK (2022), “Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllıkları.” <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4> (Erişim Tarihi: 10.04.2024); ILO (2024), “International Labour Organization.” <https://rshiny.ilo.org/dataexplorer9/> (Erişim Tarihi: 05.02.2024).

Türkiye'deki yüksek oranlar, güvenlik kültürünün kurumsallaşamaması, önleyici mekanizmaların eksikliği ve denetim süreçlerindeki yetersizlik gibi yönetimsel sorunlarla doğrudan ilişkilidir (Aydemir ve diğerleri, 2024: 84). Ayrıca, iş kazalarının önemli bir kısmı insan hatası, yetersiz ekipman, uygun olmayan çalışma ortamı ve yönetimsel eksiklikler gibi önlenabilir nedenlere dayanmaktadır. Nitekim yapılan araştırmalar, iş kazalarının yaklaşık %98'inin gerekli tedbirlerin alınması durumunda engellenebileceğini göstermektedir (Aydemir ve diğerleri, 2024: 85). Türkiye'nin iş kazaları konusunda Avrupa ülkelerine göre daha riskli bir tablo çizdiği görülmektedir. Bu durum, yalnızca bireysel düzeyde değil, ulusal düzeyde de üretkenlik ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Dolayısıyla, iş sağlığı ve güvenliği kültürünün geliştirilmesi, yasal denetimlerin sıklaştırılması ve sektörler arası iyileştirilmiş uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması büyük önem arz etmektedir.

2.5.6 Uzun Çalışma Saatleri

İnsana yakışır iş standartları arasında önemli bir yer tutan çalışma süresi, yalnızca verimlilik açısından değil, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması açısından da belirleyici bir faktördür. Bu nedenle, haftalık çalışma süresinin kabul edilebilir düzeyde tutulması, hem iş-yaşam dengesi hem de üretkenliğin sürdürülebilirliği açısından kritik önemdedir.

ILO tarafından kabul edilen standartlarda, haftalık çalışma süresinin azami 48 saat ile sınırlandırılması ve bu sürenin aşılmaması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak bu standartlara rağmen, Türkiye’de çalışanların haftalık fiili çalışma sürelerinin yüksekliği dikkat çekmektedir. OECD.Stat tarafından yayımlanan 2022 yılı verilerine göre, Türkiye’de bağımlı çalışanların haftalık ortalama fiili çalışma süresi 45,6 saat olarak tespit edilmiştir. Bu oran, OECD ortalaması olan 37,7 saatten yaklaşık 8 saat fazladır. Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmında bu süre 35-38 saat aralığında seyretmektedir. Bu duruma bakıldığında, Türkiye fiili çalışma süresiyle OECD ülkeleri arasında en üst sıralarda yer aldığını açıkça göstermektedir (OECD.Stat, 2022). Şekil 2.2.’ye göre Türkiye, yıllık izin süreleri ve haftalık çalışma saatleri bakımından OECD ülkeleri arasında en düşük standartlara sahip ülkelerden biri olarak öne çıkmaktadır. Özellikle Türkiye’nin ILO’nun 132 No’lu Ücretli Tatiller Sözleşmesi’ni ve Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı’nın yıllık izinle ilgili hükmünü imzalamamış olması, çalışanların dinlenme hakkı açısından ciddi bir dezavantaj yaratmaktadır. Uzun çalışma saatlerinin işçi sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilimsel olarak da kanıtlanmıştır. Gülen (2020: 742-747), fazla mesaiye bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının, iş kazalarının artmasına ve psikolojik tükenmişliğe neden olduğunu belirtmektedir. Sonuç olarak, Türkiye’de çalışma sürelerinin OECD ortalamalarının oldukça üzerinde olması, dinlenme hakkının etkin şekilde kullanılmasını engellemekte ve bu durum, insana yakışır iş ilkeleriyle çelişmektedir. Uluslararası normlara uyum sağlanması adına, yasal ve fiili çalışma sürelerinin yeniden düzenlenmesi ve çalışanların dinlenme hakkının güvence altına alınması gerekmektedir.



Şekil 2.2. Bağımlı çalışanların asıl işlerinde ortalama haftalık çalışma süreleri (2022).

Kaynak: OECD.Stat, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=Ave_HRS (Erişim Tarihi: 25.05.2025)

3. İKİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSANA YAKIŞIR İŞİN BOYUTLARI

3.1 Türk Sağlık Sektörüne Genel Bakış

3.1.1 Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Altyapı

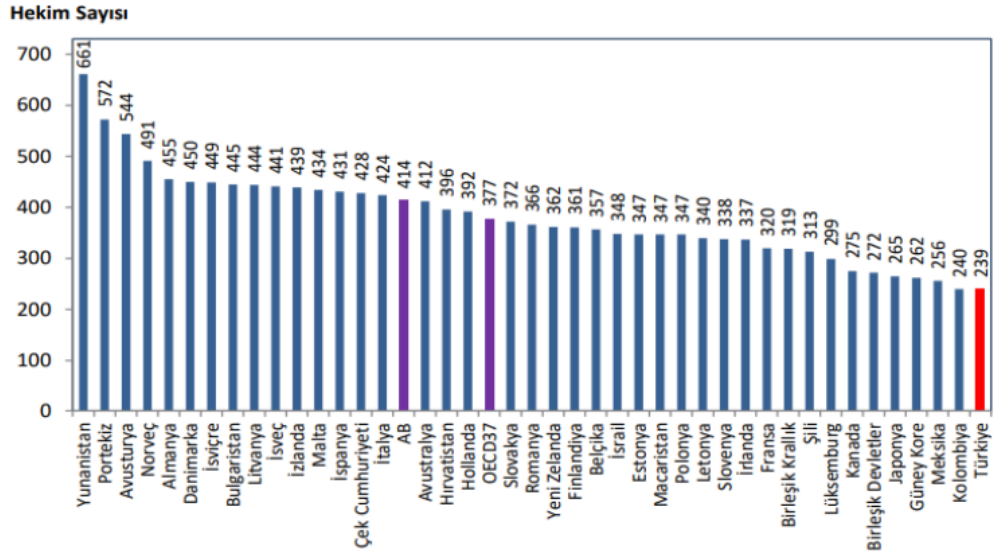
Sağlık hizmetlerine erişim, etkili ve işlevsel bir sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biridir. Erişilebilir, kaliteli ve yeterli sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti, nüfusun genel sağlık durumunu iyileştirmek ve eşitsizlikleri azaltmak için çok önemlidir. Sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin mevcudiyetini, finansal erişilebilirliğini ve kabul edilebilirliğini kapsar.

Sağlık altyapısı; sağlık tesisleri, tıbbi ekipman ve sağlık personeli gibi bileşenleri içermekte olup, bu unsurların etkin ve adil dağılımı sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin ve sağlık altyapısının yeterliliğinin iyileştirilmesi konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir, ancak bölgesel ve sosyoekonomik farklılıklar devam etmektedir. Bu bölümde, Türkiye'de sağlık hizmetlerine ve altyapısına erişimin durumu incelenmekte, mevcut zorluklar vurgulanmakta ve çözüm önerileri sunulmaktadır.

3.1.1.1 Sağlık Personeli Eksikliği ve Dağılımı

Sağlık personelinin yetersizliği ve dengesiz dağılımı, Türkiye'deki sağlık sisteminde kritik bir sorun teşkil etmektedir. Yeterli personel istihdamı ve sağlık çalışanlarının adil dağılımı, kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetlerinin sunulması için elzemdir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine olan talep artmakta, bu da sağlık çalışanlarına olan ihtiyacın artmasına neden olmaktadır. Özkan ve Yıldırım (2022), kamu dış sağlığı merkezlerindeki genel dış hekimlerinin personel gereksinimleri üzerine bir çalışma yürütmüş, önemli iş yükünü ve talebi karşılamak için ek personel ihtiyacını vurgulamıştır (Özkan & Yıldırım, 2022: 280). Çalışma, verimli ve etkili hizmet sunumunu sağlamak için personel seviyelerinin iş yükü ile uyumlu hale getirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Sağlık personeli eksikliği olgusunun daha kapsamlı bir biçimde değerlendirilebilmesi için, öncelikle Türkiye'nin uluslararası düzeydeki konumunun karşılaştırmalı bir analizle ortaya konulması gerekmektedir.



Şekil 3.1. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması, 2022.

Not: Türkiye verisi 2023 yılına aittir. Ülke verileri 2022 yılına veya en yakın yıla aittir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Türkiye ile OECD ülkelerinin 100.000 kişiye düşen hekim sayısı karşılaştırmalarının yıllara ve cinsiyete göre daha ayrıntılı bir analizine EK 3'te yer verilmiştir.

Kişi başına düşen hekim sayısı, bir ülkenin sağlık iş gücünün yeterliliğini değerlendirmek için çok önemli bir ölçüttür. Şekil 3.1, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2024 ve EUROSTAT veri tabanından alınan verilere dayanarak 2022 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırmasını sunmaktadır. Türkiye, birçok OECD ve Avrupa ülkesine kıyasla hekim yoğunluğu açısından en alt sıralarda yer almaktadır. Macaristan (661), Portekiz (572) ve Norveç (544) gibi ülkelerde 100.000 kişi başına düşen hekim sayısı çok daha yüksekken, Türkiye'de bu rakam sadece 239'dur. Bu rakam, Türkiye'yi OECD ve AB ortalamalarının oldukça altında bırakmakta ve sağlık çalışanları açısından kritik bir eksikliğe işaret etmektedir.

Bu uluslararası bağlamda ortaya çıkan eksiklik, Türkiye özelinde daha derinlemesine analiz edildiğinde, özellikle hekim göçü ve kırsal bölgelerdeki personel yetersizliği gibi yapısal sorunlarla daha da belirgin hale gelmektedir.

Başta doktorlar olmak üzere sağlık çalışanlarının göçü de bir diğer kritik konudur. Aydan (2023) Türkiye'deki çalışma koşullarını ele aldığı çalışmasında, hekimlerin göçünün uzun çalışma saatleri, düşük ücretler ve iş güvencesizliği gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmektedir.

Bu göç, Türkiye'de, özellikle kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelerdeki sağlık personeli açığını daha da kötüleştirmektedir (Aydan, 2023: 900). Türkiye'de sağlık personelinin dağılımı dengesizdir ve kentsel ile kırsal alanlar arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Çınaroğlu (2021), bu eşitsizlikleri gidermek için daha etkili politikalara ihtiyaç duyulduğunun altını çizerek, kırsal bölgelerin genellikle ciddi sağlık çalışanı sıkıntısı çektiğini ve bunun da sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini etkilediğini belirtmektedir (Çınaroğlu, 2021: 240).

Bu bağlamda sağlık personelinin yetersizliği ve dengesiz dağılımı, sağlık hizmeti sunumu üzerinde doğrudan etkilere sahiptir. Personel seviyesinin yetersiz olduğu bölgelerde bekleme süreleri uzamakta, uzmanlaşmış bakıma erişim azalmakta ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesi düşmektedir. Bu durum sağlıkta eşitsizliklere yol açmakta ve yetersiz hizmet alan bölgelerde yaşayanlar, daha iyi hizmet alan bölgelerde yaşayanlara kıyasla oldukça kötü sağlık sonuçları elde etmektedir (Yıldırım vd., 2020: 190).

66. Türk hükümeti (2018-2023), sağlık personeli açığını ve dağılımını ele almak için çeşitli girişimlerde bulunmuştur. Bunlar arasında sağlık çalışanlarının yetersiz hizmet alan bölgelerde çalışması için teşvikler, tıp eğitime yapılan yatırımlar ve çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik politikalar yer almaktadır. Bu çabalara rağmen, zorluklar devam etmektedir ve sağlık personelinin ülke genelinde adil bir şekilde dağılımını sağlamak için devam eden reformlara ihtiyaç vardır (Canatan, 2020: 57).

Türkiye'deki sağlık personeli açığının ve dengesiz dağılımının ele alınması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve erişilebilirliğinin iyileştirilmesi için elzemdir. Nüfusun tüm kesimlerinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek dengeli ve etkili bir sağlık sistemi sağlamak amacıyla, yetersiz hizmet alan bölgelerdeki sağlık çalışanlarını çekmek ve elde tutmak için hedefe yönelik politikalara ve yatırımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu tespitler, yalnızca genel hekim sayısının değil, aynı zamanda bölgelere göre dağılımın da sağlık hizmetlerinin etkinliğini doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Türkiye'nin farklı bölgelerinde sağlık personelinin mesleki dağılımında önemli farklılıklar gözlemlenmektedir. Hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler ve ebeler gibi sağlık çalışanlarının bölgesel dağılımı, sağlık hizmetlerinin niteliğini ve erişilebilirliğini doğrudan etkileyen temel unsurlar arasındadır. Bu bağlamda, insan onuruna yakışır iş koşullarının sağlanması, yalnızca sağlık çalışanlarının refahı için değil, aynı zamanda hizmetin kalitesi açısından da kritik önemdedir.

Ulusal düzeyde sağlık işgücünün genel görünümü, Türkiye'nin sağlık sisteminde dengeli bir yapılanma çabasında olduğunu gösterse de, bölgesel bazda bakıldığında bu dengenin tam anlamıyla sağlanamadığı anlaşılmaktadır.

Büyükşehirlerde uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği görece daha yüksekken, kırsal ve daha az gelişmiş bölgelerde hem sağlık personeli sayısı hem de mesleki çeşitlilik bakımından yetersizlikler dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, İstanbul gibi büyükşehirlerdeki personel yoğunluğu, hem gelişmiş altyapı olanaklarının hem de daha elverişli yaşam ve çalışma koşullarının bir sonucudur. Ege ve Akdeniz gibi bölgelerde ise sağlık çalışanı sayısı görece daha düşük olsa da, bu bölgelerdeki hizmet dağılımı yerel sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde yapılandırılmış görünmektedir. Ancak yine de belirli meslek gruplarında yetersizlikler söz konusu olabilmektedir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri ise sağlık işgücü açısından en dezavantajlı bölgeler olarak öne çıkmaktadır. Bu bölgelerde hem nitelikli sağlık çalışanlarının istihdamında hem de mevcut çalışanların sayısında önemli eksiklikler yaşanmaktadır. Bu durum, insan onuruna yakışır iş çerçevesinde değerlendirildiğinde, hem sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını hem de bölge halkının sağlık hizmetine erişimini olumsuz etkilemektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin tüm yurttan eşit, etkin ve insana yakışır iş kavramına uygun sunulabilmesi için yalnızca toplam personel sayısının değil, bu personelin mesleki dağılımının ve bölgesel yerleşiminin de bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının adil bir biçimde dağıtılması, hem hizmet kalitesinin artırılması hem de çalışanların mesleki tatmini ve hak ettikleri koşullarda çalışmalarının sağlanması açısından önem arz etmektedir. Türkiye'deki düşük doktor-nüfus oranının sağlık hizmeti sunumu üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır.

Yetersiz doktor sayısı, hastaların daha uzun süre beklemesine, sağlık personelinin iş yükünün artmasına ve bakım kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

Sağlık işgücü üzerindeki bu baskı, bölgesel eşitsizlikler nedeniyle daha da artmaktadır. Kentsel bölgelerde doktor yoğunluğu daha yüksekken, kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgeler kronik eksikliklerle mücadele etmektedir. Bu eksiklik, eğitimli sağlık çalışanlarının sayısını artırmayı, çalışma koşullarını iyileştirmeyi ve sağlık personelinin bölgeler arasında daha dengeli dağılımını sağlamayı amaçlayan politikalara duyulan acil ihtiyacın altını çizmektedir. Stratejik müdahaleler yapılmadığı takdirde, hekim sayısındaki açık, Türkiye'nin nüfusuna erişilebilir ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunma çabalarını engellemeye devam edebilir. Dolayısıyla bu durum, yalnızca sağlık hizmeti sunumunu değil, sağlık çalışanlarının mesleki tatminini, refahını ve insan onuruna yakışır iş koşullarında istihdam edilme hakkını da doğrudan etkilemektedir.

3.1.1.2 Sağlık Altyapısının Yetersizliği

Sağlık altyapısının değerlendirilmesi için bu altyapıyı etkin kullanacak nitelikli sağlık personelinin mevcut olması sistemin sürdürülebilirliği açısından göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık personelinin yetersizliği ve orantısız dağılımı oldukça önemli bir konudur. Birçok bölgede ciddi doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli eksikliği yaşanmakta, bu da sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini kısıtlamakta ve mevcut personel üzerindeki iş yükünü artırarak tükenmişliğe ve bakım kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu sorun, özellikle sağlık çalışanlarını cezbedici hale getirmenin ve elde tutmanın zor olduğu kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelerde daha belirgindir (Kar & Özer, 2020: 338).

Bu doğrultuda, sağlık personeli sayısındaki değişim eğilimlerinin izlenmesi, politikaların yönlendirilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir.

Tablo 3.1. Yıllara göre sağlık personeli sayıları, tüm sektörler (2002-2023).

	2002	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Uzman Hekim	45.457	82.894	85.199	88.127	93.517	95.600	101.233
Pratisyen Hekim	30.900	44.053	46.843	49.760	53.035	53.697	54.899
Asistan Hekim	15.592	26.181	28.768	33.372	37.017	45.391	48.091
Toplam Hekim	91.949	153.128	160.810	171.259	183.569	194.688	204.223
Toplam Dış Hekimi	16.371	30.615	32.925	34.830	39.851	42.359	45.718
Eczacı	22.289	32.032	33.841	35.364	37.211	38.981	40.610
Hemşire	72.393	190.499	198.103	227.292	232.442	243.565	248.287
Ebe	41.479	56.351	55.972	59.040	57.908	59.632	59.750
Diğer Sağlık Personeli	50.106	177.409	182.456	206.103	219.630	232.661	266.217
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	376.367	369.660	408.581	481.311	538.642	549.116
Toplam Personel	378.551	1.016.401	1.033.767	1.142.469	1.251.922	1.350.528	1.413.921

Not: 2023 yılında “Asistan Hekim” sayısına 2.933 yan dal asistan hekim, “Toplam Dış Hekimi” sayısına 3.309 asistan dış hekimi, “Eczacı” sayısına ise 4.016 ikinci eczacı ve yardımcı eczacı sayıları dahil edildi. Sağlık Bakanlığı personel sayılarına, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında çalışan sağlık personeli dahil değildir.

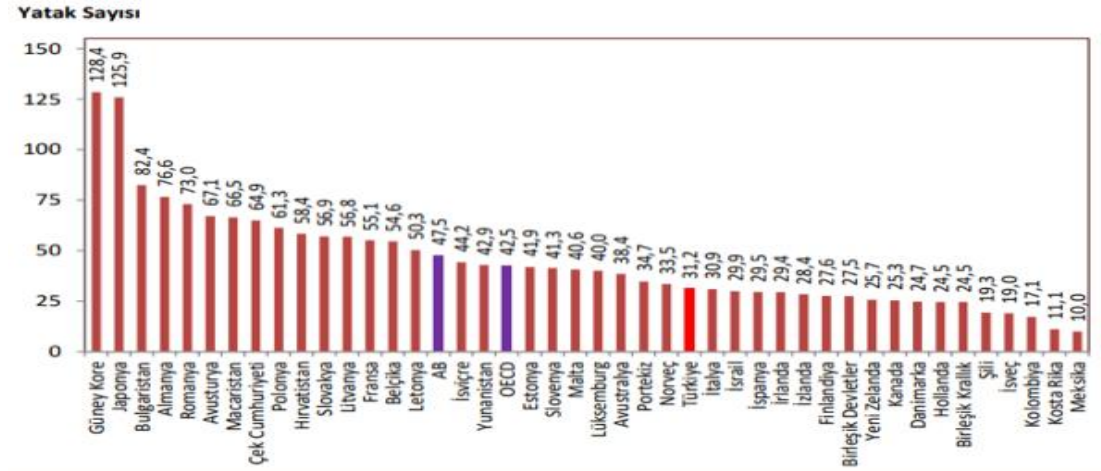
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sağlık personelinin yetersizliği ve dengesiz dağılımı, Türkiye genelinde sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanmasında önemli zorlukları ortaya çıkarmaktadır. Tablo 3.1, 2002'den 2023'e kadar tüm sektörlerdeki sağlık çalışanlarının sayısındaki değişimleri göstermektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlanan veriler, yıllar içinde toplam hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayısında bir artış olduğunu göstermektedir. Özellikle, 2002 yılında 45.457 olan uzman hekim sayısı iki kattan fazla artarak 2023 yılında 101.233'e yükselmiştir. Benzer şekilde, pratisyen hekim ve asistan hekim sayısında da bir artış yaşanmıştır. Personel sayısındaki bu artışa rağmen, dağılım dengesizliğini korumakta ve bazı bölgeler sürekli olarak sağlık çalışanı sıkıntısı çekmektedir. Diş hekimleri, eczacılar ve diğer sağlık personelinin sayısı da önemli ölçüde artmıştır; ancak talep, özellikle kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelerde arzı geride bırakmaya devam etmektedir. Bu dengesizlik, sağlık hizmetlerine erişim ve kalite konusundaki eşitsizlikleri daha da kötüleştirerek hastaların daha uzun süre beklemesine, mevcut personelin iş yükünün artmasına ve sağlık çalışanları arasında tükenmişlik oranlarının yükselmesine neden olmaktadır. Ayrıca tablo, 2002 yılında 378.551 olan toplam sağlık personeli sayısının 2023 yılında 1.413.921'e ulaşarak bir artış gösterdiğini vurgulamaktadır. Bu artış olumlu bir gelişme olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin adil bir şekilde dağıtıldığı anlamına gelmemektedir. Sağlık çalışanlarının metropol yerlerde yoğunlaşması, uzak ve ekonomik açıdan dezavantajlı bölgeleri yetersiz tıbbi kapsamla baş başa bırakarak acil bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Bu eşitsizlik, sağlık personelinin daha dengeli bir şekilde dağılımını sağlamak için hedefe yönelik politika müdahalelerine duyulan ihtiyacın altını çizmektedir. Bu işgücü sorunlarının ele alınması, Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunun iyileştirilmesi, eşitsizliklerin azaltılması ve genel halk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi için elzemdir. Sağlık altyapısı, sağlık sisteminin tümünü kapsayan oldukça önemli bir unsurdur ve nüfusa sağlanan hizmetlerin kalitesini ve erişilebilirliğini doğrudan etkiler. Türkiye'de sağlık altyapısında, sağlık sisteminin genel etkinliğini belirleyen önemli eşitsizlikler ve yetersizlikler gözlemlenmiştir. Bu bölümde, Türkiye'de sağlık altyapısının yetersizliği ile ilgili temel konular, ilgili çalışma ve verilerle desteklenerek tartışılmaktadır. Sağlık hizmetleri altyapısının yetersizliği, sağlık hizmetlerinin sunumunu doğrudan etkilemektedir.

Altyapısı zayıf olan bölgelerde bekleme süreleri uzamakta, uzmanlaşmış bakıma erişim azalmakta ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesi düşmektedir. Bu durum, farklı bölgeler arasındaki sağlık eşitsizliklerine katkıda bulunmakta, yetersiz donanımına sahip bölgelerde yaşayanlar, daha iyi hizmet alan bölgelerdekilere kıyasla daha kötü sağlık sonuçlarıyla karşılaşmaktadır. Ayrıca, altyapı eksikliği önleyici sağlık tedbirlerinin ve halk sağlığı girişimlerinin uygulanmasını engelleyerek sağlık eşitsizliklerini daha da kötüleştirmektedir (Kar & Özer, 2020: 340). Bu sorunlara yönelik 2018-2023 yılları arasında görev yapan 66. Türk hükümeti, yeni hastanelerin ve sağlık merkezlerinin inşası, tıbbi ekipmana yatırım ve sağlık çalışanlarının sayısını artırma çabaları da olmak üzere sağlık altyapısını iyileştirmek için çeşitli girişimlerde bulunmuştur. Bu çabalara rağmen, özellikle kaynakların tüm bölgelere adil dağılımının sağlanması konusunda zorluklar devam etmektedir. Finansman kısıtlamaları ve idari verimsizlikler gibi yapısal ve sistemik sorunlar, altyapı eksikliklerinin giderilmesinde ilerleme kaydedilmesini engellemeye devam etmektedir (Kar & Özer, 2020: 342).

Öte yandan Türkiye'nin sağlık sisteminde özellikle 2003-2013 yılları arasında yaşanan dönüşüm, bu altyapı sorunlarının birçoğunu ele almayı amaçlamıştır. Boyacı (2020), bu dönemde sağlık altyapısına önemli yatırımlar içeren önemli reformların hayata geçirildiğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, COVID-19 salgını kalıcı boşlukları ve zorlukları ortaya çıkarmış ve sistemin gelecekteki halk sağlığı krizlerine karşı direncini artırmak için bu reformların yeniden değerlendirilmesini gerektirmiştir (Boyacı, 2020: 65). Benzer şekilde, sağlık hizmetleri altyapısının eğitsel yönlerini vurgulayan çalışmalarda da altyapının hizmet kalitesiyle ilişkisine dikkat çekilmektedir. Gürler (2021), 2000-2020 yılları arasında Türkiye'de fen eğitiminde yaşanan gelişmeleri ele alarak, eğitim girişimlerini desteklemek için sağlam altyapının önemini vurgulamaktadır. Bulgular, altyapıya benzer bir vurgunun, etkili hizmet sunumu ve sağlık çıktıları için yeterli tesis ve ekipmanın gerekli olduğu sağlık hizmetleri için de kritik olduğunu göstermektedir (Gürler, 2021: 356). Türkiye'nin sağlık altyapısında önemli ölçüde bölgesel farklılıklar görülmektedir. Araştırmalar, Doğu Karadeniz ve Ege gibi bölgelerin sağlık altyapısı yeterliliği açısından en üst sıralarda; Doğu Marmara ve Güneydoğu Anadolu'nun ise en alt sıralarda yer aldığını vurgulamaktadır.

Kar ve Özer (2020), Türkiye'nin farklı bölgelerindeki sağlık altyapısı kaynaklarını, hizmet kullanım düzeylerini ve sağlık çıktılarını değerlendirmek için VIKOR¹ yöntemini kullanarak bir çalışma yürütmüştür. Çalışma, Batı Anadolu'nun en yüksek sağlık hizmetleri tüketimine sahip olduğunu ve sağlık göstergelerinde ikinci sırada yer aldığını, Güneydoğu Anadolu'nun ise hem sağlık altyapısı hem de sağlık göstergeleri açısından en alt sırada yer aldığını ortaya koymuştur (Kar ve Özer, 2020: 335) Bu değerlendirmeler neticesinde Türkiye'deki sağlık altyapısının yetersizliğinin giderilmesi kapsamlı ve sürekli bir çaba gerektirmektedir. Tüm bölgelerde sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması, tıbbi tesislere, ekipmana ve personele yönelik hedefli yatırımlar yapılmasını gerektirmektedir. Yetkililer, daha dengeli ve etkili bir sağlık sistemi elde etmek için kentsel ve kırsal alanlar arasındaki altyapı uçurumunu kapatmaya odaklanmalıdır. Hastane yatağı kapasitesi de sağlık altyapısının temel göstergelerinden biri olup, Türkiye'nin uluslararası düzeydeki konumunu değerlendirmek açısından önemli bir karşılaştırma imkanı sunmaktadır. Şekil 3.2'de, 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısına ilişkin ülke karşılaştırmaları yer almaktadır.



Şekil 3.2. 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısının uluslararası karşılaştırması, 2022.

Not 1: İstatistik, Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndan derlenmiş olup, veriler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2024, EUROSTAT Veri Tabanından alınmıştır.

Not 2: Türkiye verisi 2023 yılına aittir. Ülke verileri 2022 yılına veya en yakın yıla aittir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

¹ VIKOR, çok kriterli karmaşık sistemlerin optimizasyonunda, çelişen kriterler arasında en uygun dengeyi bulmak için kullanılan bir yöntemdir (Karaman ve Çerçioğlu, 2015: 570).

Hastane yataklarının mevcudiyeti, bir ülkenin sağlık altyapısı ve yatılı bakım sağlama kapasitesi açısından kritik bir göstergedir. Şekil 3.2. görüldüğü üzere, Türkiye hastane yatağı mevcudiyeti açısından birçok OECD ve Avrupa ülkesine kıyasla nispeten alt sıralarda yer almaktadır. Güney Kore (128,4), Bulgaristan (125,9) ve Almanya (72,4) gibi ülkelerde 10.000 kişi başına düşen hastane yatağı kapasitesi çok daha yüksekken, Türkiye'de bu rakam 28,4'tür. Bu durum Türkiye'yi OECD ortalamasının altında bırakmakta ve yataklı tedavi kapasitesinde kayda değer bir boşluk olduğunu göstermektedir. Nüfus başına düşen hastane yatağı sayısının sınırlı olması, hasta bekleme sürelerinin artması, sağlık tesislerinin aşırı kalabalıklaşması ve bakım kalitesinin düşmesi gibi çeşitli zorluklara yol açmaktadır. Bu sorun özellikle halk sağlığı krizleri veya mevsimsel salgınlar gibi sağlık hizmeti talebinin arttığı dönemlerde daha da belirgin hale gelmektedir. Buna ek olarak, hastane yataklarının dağılımındaki bölgesel eşitsizlikler sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri daha da kötüleştirmektedir; çünkü şehir merkezleri hastane kaynaklarının daha yoğun olduğu yerler olup, kırsal ve az gelişmiş bölgeler yetersiz hizmet almaktadır.

Bu sorunun ele alınması, yeni tesislerin inşası ve mevcut tesislerin genişletilmesi de dahil olmak üzere hastane altyapısına stratejik yatırımlar yapılmasını gerektirmektedir. Ayrıca, hastane yataklarının farklı bölgelere daha adil bir şekilde dağıtılması, tüm nüfusun yatarak tedavi hizmetlerine yeterli erişiminin sağlanması açısından önemlidir. Bu tür önlemler alınmadığı takdirde, Türkiye'nin sağlık sistemi üzerindeki yükün devam etmesi ve ülkenin artan sağlık hizmeti taleplerini etkin bir şekilde karşılama kapasitesinin sınırlanması kaçınılmaz olacaktır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2023 yılında yayımlanan verilere göre, Türkiye'nin farklı bölgelerindeki hastane yataklarının sektörel ve bölgesel dağılımı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve altyapı kapasitesine dair genel eğilimleri yansıtmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

Büyükşehirlerde, özellikle İstanbul'da, hastane yatağı kapasitesinin diğer bölgelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, İstanbul'un nüfus yoğunluğu ve ekonomik açıdan taşıdığı önem doğrultusunda, kamu ve özel sektörlerde gelişmiş bir sağlık altyapısına sahip olduğunu düşündürmektedir.

Özellikle özel sektör hastanelerinin İstanbul'da belirgin bir ağırlığa sahip olması, uzmanlaşmış tıbbi hizmetlere olan talebin bu bölgede daha fazla olabileceğine işaret etmektedir.

Ege ve Akdeniz bölgelerinde de sağlık hizmetlerinin sunumunda benzer bir yapı göze çarpmaktadır. Bu bölgelerde kamu hastaneleri ön planda olsa da, üniversite hastanelerinin varlığı ve özel sektör yatırımları da hizmet sunumunda önemli rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024). Bu durum, hem hizmet kapasitesinin artmasına hem de vatandaşların sağlık hizmetlerine farklı kanallar aracılığıyla ulaşabilmesine olanak tanımaktadır.

Buna karşın, Doğu ve Güneydoğu Anadolu gibi bölgelerde hastane yatağı kapasitesi görece daha düşük seviyelerde seyretmektedir. Söz konusu bölgelerde özel sektör yatırımları da sınırlı olup, kamu hastanelerinin sunduğu hizmetlere olan bağımlılık daha fazladır. Bu durum, kırsal yapının baskınlığı, sosyoekonomik eşitsizlikler ve altyapı eksiklikleri ile ilişkilendirilebilir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024). Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kalitesi, yalnızca fiziksel kaynakların mevcudiyetiyle değil, bu kaynakların erişilebilirlik ve hizmet sunumunda bütüncül yaklaşımları esas alan bir sistem içerisinde dağıtılmasıyla da yakından ilişkilidir.

Türkiye genelinde hastane yatak kapasitesinin büyük kısmı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler tarafından sağlandığı görülmektedir. Üniversite hastanelerinin varlığı, Ege ve Akdeniz gibi bazı bölgelerde önemli olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığı ve özel sektör hastanelerine kıyasla nispeten düşük kalmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024). Bu durum, Türkiye genelinde gelişmiş sağlık hizmetlerine yönelik artan talebi karşılamak için üniversitelere bağlı sağlık tesislerinin daha da genişletilmesi gerektiğine işaret edebilir. Bu çerçevede, hizmetin sürdürülebilirliği açısından yalnızca altyapı değil, sağlık hizmetini sunan çalışanların da insana yakışır iş koşullarına sahip olmaları temel bir ön koşuldur.

Genel olarak değerlendirildiğinde Türkiye'deki sağlık altyapısının bölgesel dağılımında dikkat çeken eşitsizlikler mevcuttur. Büyükşehirler daha güçlü bir hastane altyapısına sahipken, kırsal ve az gelişmiş bölgelerde bu hizmetlerin erişilebilirliği sınırlıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinin sağlanmasına hakim olsa da, özel sektör özellikle şehirleşmiş bölgelerde artan bir rol oynamaktadır.

Ancak, sağlık hizmetlerine erişimdeki bölgesel farklılıklar, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu gibi daha az gelişmiş bölgelerde önemli bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Veriler, sağlık kaynaklarının ÷lke genelinde daha adil dağılımını sağlamak ve nihayetinde tüm bölgelerin sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek için hedefe yönelik sağlık politikalarına ve yatırımlarına duyulan ihtiyacın devam ettiğini vurgulamaktadır.

Bu doğrultuda, sağlık altyapısındaki yetersizliklerin aynı zamanda hizmet sunumunun niteliğini belirleyen fiziki altyapı unsurlarıyla da doğrudan ilişkili olduğu gör÷lmektedir. Bu aşamada, sağlık altyapısının daha somut bir şekilde değerlendirilebilmesi için ÷lke genelinde birinci basamak sağlık kurumları ve acil hizmetlerin altyapısına ilişkin verilerin incelenmesi gerekmektedir.

Tablo 3.2. Birinci basamak kurum ve acil hizmet altyapı sayıları, Sağlık Bakanlığı, 2023.

Kurum	2023
Aile Hekimliğı Birimi	28.054
Aile Sağlığı Merkezi	8.163
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)	973
Sağlık Evi	4.909
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS)	93
Verem Savaş Dispanseri (VSD)	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	381
Halk Sağlığı Laboratuvarları	84
Acil Yardım İstasyonu	3.420
Acil Yardım Ambulansı	5.908

Not: Tablo, Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndan derlenmiş olup, veriler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğu ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğu (2024) Veri Tabanından alınmıştır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğu. (2024). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber B÷lteni. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Tablo, Aile Hekimliği Birimlerinin toplam 28.054 birim ile en fazla sayıda sağlık kuruluşu olduğunu göstermektedir. Bu önemli sayı, nüfusun büyük bir kısmına erişilebilir, toplum temelli sağlık hizmeti sağlayan birinci basamak sağlık hizmetlerinin Türkiye'nin sağlık sistemindeki merkezi rolünün altını çizmektedir. Ayrıca, aile sağlığı ve toplum refahına odaklanan koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri için hayati öneme sahip merkezler olarak hizmet veren 8.163 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır.

Diğer önemli kurumlar arasında halk sağlığı hizmetleri sunan ve toplum düzeyinde sağlığın geliştirilmesi ve hastalık önleme programlarından sorumlu olan 973 Toplum Sağlığı Merkezi yer almaktadır. Ayrıca, genellikle kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelere hizmet veren ve uzak yerlerdeki kişilere temel sağlık hizmetleri sağlayan daha küçük sağlık tesisleri olan 4.909 Sağlık Evi bulunmaktadır.

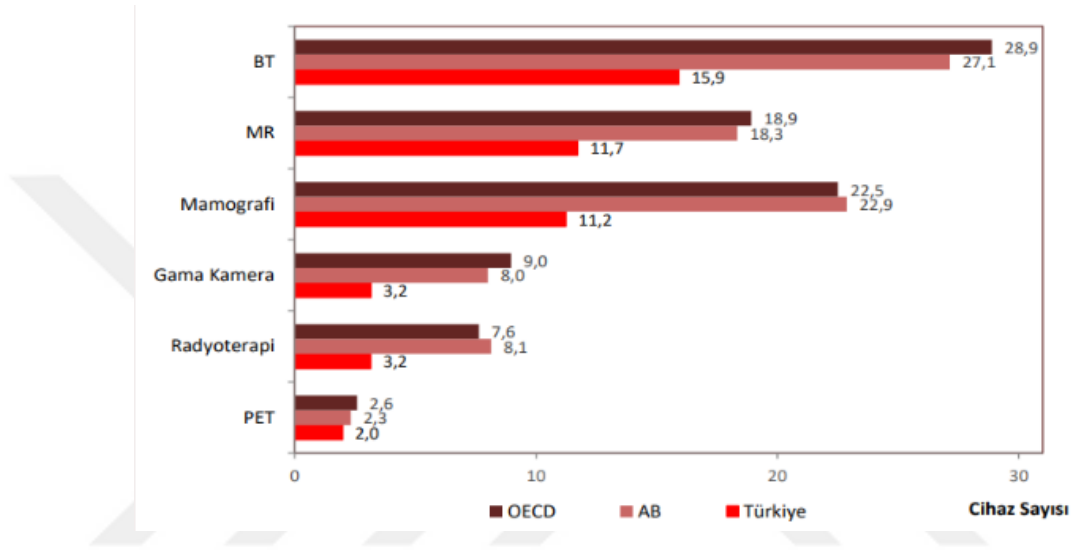
Uzmanlaşmış sağlık hizmetleri de tabloda temsil edilmektedir. Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS) 93 merkezle anne ve çocuk sağlığının yanı sıra üreme sağlığı hizmetlerine de ağırlık veren önemli bir hizmettir. Verem Savaş Dispanserleri (VSD) 173 merkeze sahiptir ve Türkiye'nin özel tıbbi tesisler aracılığıyla veremle mücadeleyle yönelik devam eden çabalarının altını çizmektedir. Ayrıca, kanserin erken teşhisi ve önlenmesi programlarına odaklanan 381 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) bulunmaktadır. Bu merkezler, erken teşhis ve sağlık eğitimini kolaylaştırarak kanser ölüm oranlarının azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Tabloda ayrıca, halk sağlığı araştırmaları, hastalık gözetimi ve çeşitli sağlık koşullarının test edilmesi için gerekli olan 84 Halk Sağlığı Laboratuvarı'nın varlığı da vurgulanmaktadır. Acil sağlık hizmetleri de ülke geneline yayılmış 3.420 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (Acil Yardım İstasyonu) ve 5.908 Acil Yardım Ambulansı (Acil Yardım Ambulansı) ile iyi bir şekilde temsil edilmekte ve tıbbi acil durumlar için hızlı müdahale kabiliyeti sağlamaktadır.

Sonuç olarak, Tablo 3.2 Türkiye'nin 2023 yılındaki kapsamlı birinci basamak sağlık altyapısını ve acil servis hizmetlerini göstermektedir. Aile Hekimliği Birimleri ve Sağlık Merkezlerinin önemli sayısı, ülkenin birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklandığını vurgularken, uzmanlaşmış merkezler ve acil sağlık hizmetleri, kanser önleme ve tüberküloz kontrolü gibi belirli sağlık sorunlarını ele almak için devam eden çabaları yansıtmaktadır.

Bu hizmetlerin Türkiye genelindeki dağılımı, nispeten iyi kurulmuş bir sağlık sistemine işaret etmekle birlikte, daha uzak ve yetersiz hizmet alan bölgelerde erişilebilirlik açısından daha fazla dikkat edilmesi gerekmektedir.

Bu doğrultuda, söz konusu tablonun sunduğu genel görünümün ötesine geçilerek, Türkiye’de sağlık altyapısının bölgesel düzeydeki farklılıklarını ortaya koyan çalışmalar ve istatistiksel veriler incelenmelidir. Bu noktada, Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki kapasitesini daha geniş bir perspektifle değerlendirebilmek için, öncelikle sağlık altyapısının uluslararası düzeydeki yeri incelenmelidir.



Şekil 3.3. 1.000.000 kişiye düşen cihaz sayılarının uluslararası karşılaştırması, 2022.

Not: İstatistik, Sağlık İstatistikleri Yıllığı’ndan derlenmiş olup, veriler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2024, EUROSTAT Veri Tabanından alınmıştır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Türkiye'nin sağlık altyapısını etkileyen önemli sorunlardan biri tıbbi ekipman ve teşhis araçlarının yetersizliğidir. Bilgisayarlı tomografi (BT) tarayıcıları, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) makineleri, mamografi üniteleri ve radyoterapi cihazları gibi temel tıbbi cihazlara erişimdeki eşitsizlikler, sistemdeki eksiklikleri daha da vurgulamaktadır. Şekil 3.3’de gösterildiği üzere, 2022 yılında Türkiye, Avrupa Birliği (AB) ve OECD ülkelerinde bir milyon kişiye düşen tıbbi cihaz sayısı karşılaştırmalı olarak incelendiğinde önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2024 ve EUROSTAT veri tabanından elde edilen verilere göre, Türkiye tıbbi ekipman kategorilerinin çoğunda OECD ve AB ortalamalarının önemli ölçüde gerisindedir.

Örneğin, bir milyon kişiye düşen ortalama BT tarayıcısı sayısı OECD ülkelerinde 28,9 ve AB'de 27,1 iken, bu sayı Türkiye'de 15,9'a düşmektedir. Benzer şekilde, Türkiye'deki MR cihazı mevcudiyeti (milyon kişi başına 11,7) OECD (18,9) ve AB'ye (18,3) kıyasla oldukça düşüktür. Mamografi üniteleri için durum daha da endişe vericidir; Türkiye'de milyon kişi başına düşen 11,2'lik oran OECD (22,5) ve AB (22,9) ortalamalarının belirgin şekilde altındadır.

Ayrıca, kritik tedavi ve nükleer tıp cihazlarına erişim de sınırlı kalmaktadır. Türkiye'deki gama kamera sayısı (milyon kişi başına 3,2) OECD (9,0) ve AB (8,0) rakamlarının oldukça altındadır. Benzer şekilde, kanser tedavisi için hayati önem taşıyan radyoterapi cihazları da oldukça azdır; AB'de 8,1 ve OECD ülkelerinde 7,6 olan bu rakam Türkiye'de milyon kişi başına sadece 3,2'dir. Bu rakamlar, özellikle yetersiz hizmet alan ve kırsal bölgelerde yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanmasındaki zorlukları göstermektedir.

Temel teşhis ve tedavi ekipmanlarının azlığı, erken teşhis oranlarını, zamanında tıbbi müdahaleyi ve genel sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Sonuç olarak, sağlık altyapısına yapılacak stratejik yatırımlarla bu eksikliklerin giderilmesi, Türkiye'nin sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve uluslararası standartlarla daha uyumlu hale getirilmesi için zorunludur.

3.1.1.3 Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim nüfusun tüm kesimleri için sağlık hizmetlerinin bulunabilirliğini, satın alınabilirliğini ve kabul edilebilirliğini kapsar.

Türkiye'de, sağlık sistemindeki önemli iyileştirme ve reformlara rağmen, özellikle dezavantajlı gruplar için sağlık hizmetlerine eşit erişimi engelleyen çeşitli engeller bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sonuçlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerine erişimin iyileşmesinin daha iyi sağlık göstergeleri, daha düşük ölüm oranları ve artan hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin daha iyi olduğu bölgelerde ölüm oranları daha düşük ve yaşam beklentisi daha yüksektir (Şimşek ve Mete, 2023: 145).

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin önündeki başlıca engellerden biri, bireyler üzerindeki ekonomik maliyettir. Özellikle düşük sosyoekonomik düzeyden gelen birçok kişi, sağlık sigortası olmasına rağmen sağlık hizmetlerini karşılamakta zorlanmaktadır. Doğrudan yapılan harcamaların yüksek olması ve genel sağlık sigortası kapsamındaki bazı hizmetlerin sınırlı olması bu sorunu daha da kötüleştirmektedir. Yetim ve Çelik (2020), finansal engellerin Türkiye'de karşılanamayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarının önemli bir nedeni olduğunu vurgulamaktadır (Yetim & Çelik, 2020: 430).

Cinsiyet, engellilik ve cinsel yönelime dayalı ayrımcılık da sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar, sağlık hizmetlerine erişim konusunda cinsiyete dayalı çeşitli engellerle karşılaşabilmektedir. Benzer şekilde, engelli bireyler de gerekli bakımı almalarını engelleyen fiziksel ve sistemik engellerle karşılaşmaktadır (Ören, Dereli ve Sarı, 2021: 188; Ercan Şahin, Aslan ve Emiroğlu, 2020: 242).

2002 yılında kurulan 58. Türk hükümeti (Gül Hükümeti) tarafından, sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek için çeşitli girişimler başlatılmıştır. 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aile hekimliğinin yaygınlaştırılması, yeni hastanelerin kurulması ve sağlık bilgi sistemlerinin entegrasyonu gibi reformlar yoluyla sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmayı amaçlamıştır. Tüm bu girişimlere rağmen, özellikle dezavantajlı ve savunmasız gruplar için sağlık hizmetlerine erişimde önemli eksiklikler devam etmektedir. (Filiz, Karagöz ve Karaşin, 2023: 480).

Türkiye'de hastane dağılımının bölgesel farklılıklar göstermesi, sağlık altyapısının ülke genelinde eşit düzeyde gelişmediğine işaret etmektedir. Hastanelerin belirli bölgelerde yoğunlaşması ve kamu ile özel sektörün sağlık hizmetlerine katkısındaki dengesizlikler, bu eşitsizliğin temel göstergeleri arasında yer almaktadır. Özellikle üniversite hastanelerinin sınırlı sayıda bölgede yoğunlaşması, bu kurumların büyükşehirler ve akademik merkezlerle sınırlı kaldığını göstermektedir. Üniversite hastaneleri, gelişmiş sağlık hizmetleri sunmanın yanı sıra tıp eğitimi ve araştırmalarına da katkı sağlamaktadır. Ancak bu hastanelerin daha az nüfuslu ve ekonomik olarak dezavantajlı bölgelerdeki sınırlı varlıkları, akademik sağlık kurumlarının daha fazla yayılmasını ve ülke genelinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını gerektirmektedir.

Bu eşitsizlik, yalnızca sağlık hizmetlerine erişim açısından değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının kariyer gelişimi ve mesleki tatmin olanakları bakımından da sorun teşkil etmektedir. İnsana yakışır iş anlayışı doğrultusunda, her bölgede nitelikli ve sürdürülebilir çalışma koşullarının sağlanması temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

Sağlık tesislerinin büyükşehirlerde sayısal olarak daha fazla ve hizmet çeşitliliği bakımından daha gelişmiş olması, bu bölgelerde sağlık altyapısının diğer bölgelere kıyasla daha yoğun bir biçimde yapılandığını ortaya koymaktadır. Özellikle özel sektörün belirgin bir varlık göstermesi, sağlık hizmetlerine olan talebin yüksekliğini ve bireylerin daha çeşitli hizmet seçeneklerine ulaşabildiğini ortaya koymaktadır. Bu durumun en belirgin örneklerinden biri, hem nüfus yoğunluğu hem de ekonomik kapasitesiyle öne çıkan İstanbul'dur. Özel hastanelerin bu kadar fazla olması, aynı zamanda uluslararası hastalara ve kaliteli sağlık hizmeti arayan varlıklı bireylere yönelik yüksek bir talebin olduğunu göstermektedir. Ege ve Akdeniz gibi diğer bölgelerde de benzer bir eğilim gözlenmektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

Buna karşılık, Doğu ve Güneydoğu Anadolu gibi daha az gelişmiş bölgelerde sağlık altyapısının zayıf kaldığı, hem kamu hem de özel sağlık tesislerinin sınırlı olduğu gözlemlenmektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024). Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde ciddi eşitsizlikler doğurmakta ve bölge halkının temel sağlık haklarına ulaşmasını zorlaştırmaktadır. Bu bölgelerde sağlık çalışanlarının insana yakışır koşullarda istihdamı, sağlık hizmetlerinin niteliğini belirleyen temel unsurlardan biri olan fiziksel altyapının yeterliliğiyle de doğrudan bağlantılıdır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık altyapısının mevcut durumu, hizmet sunumunda coğrafi farklılıkların hâlâ önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Bu eşitsizliklerin giderilmesi ve tüm bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi, yalnızca fiziksel altyapının artırılmasıyla değil, aynı zamanda insan gücünün dengeli ve onurlu biçimde dağıtılmasıyla mümkün olacaktır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin ele alınması kapsamlı ve kapsayıcı stratejiler gerektirmektedir. Finansal, coğrafi ve sosyokültürel engeller, hedefe yönelik politikalar ve müdahaleler yoluyla ele alınmalıdır.

Toplum paydaşlarının sağlık programlarının planlanması ve uygulanmasına dahil edilmesi, toplumun tüm kesimlerinin ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak için çok önemlidir. Sağlık hizmetleri ihtiyaçları ile sağlanan hizmetler arasındaki açığı kapatmak için sürekli çaba ve yenilikçi yaklaşımlar gereklidir.

3.1.1.4 Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sisteminin tümünü kapsayan kritik bir yönüdür ve nüfusa sağlanan bakımın mevcudiyetini, erişilebilirliğini ve kalitesini belirler. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, özellikle son yirmi yılda önemli değişiklikler geçirmiştir.

Türkiye, sağlık hizmetleri için kamu ve özel finansman modellerinin bir karışımını kullanmaktadır. Başta Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla olmak üzere kamu finansmanı nüfusun önemli bir bölümünü kapsamaktadır. SGK, bordro vergileri, devlet katkıları ve hak sahiplerinden alınan katkı payları ile finanse edilmektedir. Cepten ödemeler ve özel sigortalar da dahil olmak üzere özel finansman da sağlık sisteminde hayati bir rol oynamaktadır (Sevinç ve Yılmaz, 2020: 125). Son yıllardaki kayda değer değişikliklerden biri, AKP hükümeti (2022-2011) altında neoliberal kamu sağlık sigortası modelinin uygulanması olmuştur. Bu model, hizmet kalitesini artırırken kamu harcamalarını azaltmayı amaçlayarak verimliliği ve maliyet etkinliğini vurgulamaktadır. Ancak Hamzaoğlu (2023), bu yaklaşımın sağlık hizmetlerinin daha fazla özelleştirilmesine ve ticarileştirilmesine yol açtığını ve özellikle dezavantajlı nüfus için eşitlik ve erişim konusunda endişelere neden olduğunu savunmaktadır (Hamzaoğlu, 2023: 285).

Sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma üzerinde önemli bir etkisi vardır. Güven ve Tunalı'ya (2023) göre, Türkiye'de sağlık harcamaları 2002-2021 yılları arasında ekonomik büyüme ile pozitif korelasyon göstermiştir. Yaptıkları ampirik çalışma, artan sağlık harcamalarının halk sağlığını ve üretkenliğini geliştirerek genel ekonomik kalkınmaya katkıda bulunduğunu göstermektedir (Güven ve Tunalı, 2023: 38). Ancak, özellikle artan sağlık hizmeti talepleri ve sınırlı mali kaynaklar göz önüne alındığında, bu tür harcama seviyelerinin sürdürülebilirliği bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Performans için ödeme (P4P) programı, Türkiye'deki sağlık hizmetleri finansmanının bir diğer önemli yönüdür. Bu model, finansal teşvikleri sağlık hizmeti sunucularının performansıyla ilişkilendirerek hizmet kalitesini ve verimliliğini artırmayı amaçlamaktadır.

Aktaş, Hammond ve Richardson (2023), P4P'nin politika uygulamasında takdir yetkisinin rolünü vurgulamakta ve potansiyel faydaları olmakla birlikte, performans değerlendirmelerinde standardizasyon ve adaletle ilgili zorlukları da beraberinde getirdiğini belirtmektedir (Aktaş, Hammond ve Richardson, 2023: 535).

Reformlar ve çeşitli finansman modellerinin uygulanmasına rağmen, Türk sağlık sistemi hâlâ bir dizi zorlukla karşı karşıyadır. Teknolojik gelişmeler ve artan talep nedeniyle yükselen sağlık hizmetleri maliyeti, sistemin mali sürdürülebilirliği üzerinde baskı oluşturmaktadır. Buna ek olarak, kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelerin genellikle daha önemli mali kısıtlamalarla karşı karşıya kalması ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olması nedeniyle kaynakların adil dağılımıyla ilgili sorunlar bulunmaktadır (Koçoğlu, 2023: 28). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu ve özel kaynakların dikkatli bir şekilde dengelenmesini gerektiren karmaşık ve gelişen bir konudur. Sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliğinin ve hakkaniyetinin sağlanması, ülke genelinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve erişilebilirliğinin korunması ve iyileştirilmesi için çok önemlidir. Mevcut zorlukların üstesinden gelmek ve nüfusun artan sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için reformlara ve yenilikçi finansman stratejilerine (Performansa Dayalı Finansman, Kamu Özel Ortaklıkları, Sağlık Hizmetlerinde Mikro Finansman vb.) devam edilmesi gerekmektedir (Ekinci, 2021; Uz, 2007; Günaydın, 2012).

3.1.1.5 Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi

Türkiye'de aile hekimliği sistemi, sağlık hizmetlerinin ilk basamağında yer almakta olup, toplum sağlığını koruma ve iyileştirme amacı taşır. Ancak, sistemde çeşitli yapısal ve işlevsel sorunlar bulunmaktadır. TÜSES (2023) raporunda, aile hekimliği uygulamalarının yaygınlaşmasına rağmen, hizmet sunumunda eşitsizliklerin ve kaynak yetersizliklerinin devam ettiğine dikkat çekilmektedir. Raporda özellikle, kırsal bölgelerdeki aile hekimlerinin personel yetersizliği ve altyapı eksiklikleri nedeniyle hizmetlerini tam anlamıyla yerine getirmekte zorlandıkları vurgulanmıştır (TÜSES, 2023: 295-297). Ayrıca, aile hekimlerine ayrılan bütçelerin yetersizliği, hizmetlerin kalitesini ve erişilebilirliğini olumsuz etkilemektedir (TÜSES, 2023: 299).

Bulut ve Şengül (2020) çalışmasında ise, aile hekimlerinin karşılaştığı en büyük sorunlardan birinin, aşırı iş yükü ve buna bağlı olarak tükenmişlik hissi olduğu belirtilmiştir. Bu durum, aile hekimlerinin etkin bir şekilde hizmet sunmalarını engellemekte ve uzun vadede halk sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çözüm olarak, aile hekimlerine yönelik destekleyici politikaların geliştirilmesi ve iş yükünün azaltılması için ek personel istihdamının sağlanması önerilmektedir (Bulut ve Şengül, 2020: 49-51).

Bu veriler ışığında, Türkiye'deki aile hekimliği sisteminin daha etkin ve adil bir şekilde işlemesi için hem finansal kaynakların artırılması hem de iş yükünün dengelenmesi önem arz etmektedir. Sağlık sisteminin genelinde olduğu gibi, aile hekimliği uygulamalarında da eşitsizliklerin giderilmesi ve hizmet kalitesinin artırılması için kapsamlı reformlara ihtiyaç duyulmaktadır.

3.1.2 Çalışma Koşulları

Sağlık sektöründeki çalışma koşulları, sunulan bakımın kalitesini ve sağlık çalışanlarının genel refahını belirlemede çok önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye'de sağlık çalışanları uzun çalışma saatleri, düşük ücretler, iş güvenliği sorunları ve iş sağlığı ve güvenliği endişeleri gibi çok sayıda zorlukla karşı karşıyadır.

Bu zorlukların ele alınması, sürdürülebilir ve etkili bir sağlık sisteminin sağlanması için elzemdir. Bu bölümde, uzun çalışma saatlerine ilişkin spesifik sorunlar ve bunların sağlık çalışanları üzerindeki etkileri ele alınmaktadır.

3.1.2.1 Sağlıkta Uzun Çalışma Saatleri

Uzun çalışma saatleri Türkiye'deki sağlık çalışanları için önemli bir endişe kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin zorlu doğası, genellikle uzun çalışma saatleri gerektirmekte, bu da fiziksel ve zihinsel tükenmeye yol açarak hastalara sunulan bakımın kalitesini etkileyebilmektedir. Kayabek ve Çevik'e (2022) göre, uzun çalışma saatleri, sağlık hizmeti ortamlarının yüksek stresli ortamı ile birleştiğinde, sağlık çalışanları arasında tükenmişliğe ve iş tatminsizliğine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (Kayabek ve Çevik, 2022: 260).

COVID-19 sebebiyle yaşanan pandemi, sağlık çalışanlarının artan hasta yükünü yönetmek için uzun saatler çalışmasıyla bu sorunları daha da kötüleştirmiştir.

TAŞ ve arkadaşları (2021), pandemi sırasında aile hekimlerinin, büyük ölçüde artan iş yükünde ve uzun çalışma saatleri nedeniyle kaygı düzeylerinde önemli bir artış yaşadıklarını tespit etmiştir (TAŞ vd., 2021: 780). Benzer şekilde, Uwishema (2023) Türkiye'de yakın zamanda yaşanan depremler gibi doğal afetlerin sağlık çalışanlarının programları üzerindeki etkisini tartışmakta ve bu tür olayların acil ve uzun süreli bakım talebini artırarak mevcuttaki aşırı yüklü olan sistemi daha da zorladığını belirtmektedir (Uwishema, 2023: 727).

Tekin Epik ve Öztürk (2020) de sağlık çalışanları arasında artan stres, anksiyete ve depresyon da dahil olmak üzere uzun çalışma saatleriyle ilişkili psikososyal riskleri ele almaktadır. Bu koşulların yalnızca çalışanların sağlığını etkilemekle kalmadığını, aynı zamanda hastalara yüksek kaliteli bakım sağlama becerilerini de etkilediğini savunmaktadırlar (Tekin Epik ve Öztürk, 2020: 455). Psikososyal riskler, yetersiz destek sistemleri ve kritik hastalarla ilgilenmenin getirdiği yüksek duygusal talepler gibi faktörlerle daha da artmaktadır.

Köroğlu ve Bahar (2021), uzun çalışma saatlerinin hemşireler üzerindeki uzun vadeli etkilerini vurgulayarak, uzun çalışma sürelerine kronik olarak maruz kalmanın ciddi tükenmişliğe yol açabileceğini belirtmektedir. Çalışmaları, uzun çalışma saatleri, tükenmişlik ve hemşireler arasında meslekten ayrılma niyetinin artması arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve bunun sağlık sisteminin istikrarı ve kapasitesi üzerinde önemli etkileri olabileceğini göstermektedir (Köroğlu ve Bahar, 2021: 3460). Ayrıca, uzun çalışma saatleri, özellikle gece vardiyasında çalışan sağlık çalışanlarının psikomotor uyanklılığını etkilemektedir.

Azalan uyanklık, hasta bakımında hatalara yol açabilir; bu da hem hastaların güvenliğini hem de sağlık çalışanlarının refahını sağlamak için bu konunun ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Çolak & Esin, 2024: 87).

Sonuç olarak, uzun çalışma saatleri sorununun ele alınması, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının sağlığının ve verimliliğinin korunması açısından kritik önem taşımaktadır. Çalışma saatlerini yönetmek için politikalar uygulamak, yeterli destek sağlamak ve dengeli bir iş yükü temin etmek; tükenmişliği azaltmak, iş memnuniyetini artırmak ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesini yükseltmek için gerekli adımlardır.

3.1.2.2 Düşük Ücretler

Düşük ücretler, Türkiye'deki sağlık çalışanlarını etkileyen önemli bir sorundur. Yaptıkları işin kritik niteliğine rağmen birçok sağlık çalışanı, katkılarını ve işleriyle ilgili riskleri yeterince yansıtmayan maaşlar almaktadır. Bu tutarsızlık, düşük iş tatminine, artan iş gücü devir oranlarına ve sağlık sektöründe vasıflı profesyonelleri cezbetme ve elde tutmada zorluklara yol açabilir.

Urhan ve Etiler (2011) sağlık sektöründeki kadın emeğinin toplumsal cinsiyet perspektifinden bir analizini sunmaktadır. Çalışmaları, işgücünün önemli bir bölümünü oluşturan kadın sağlık çalışanlarının genellikle erkek meslektaşlarından daha az ücret aldıklarını ve sektördeki toplumsal cinsiyet eşitsizliğini daha da kötüleştirdiklerini vurgulamaktadır. Bu ücret eşitsizliği, kadın sağlık çalışanları arasında daha yüksek düzeyde iş tatminsizliğine ve mali strese yol açmaktadır (Urhan & Etiler, 2011: 205).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü hekimlerin emeğini de etkilemiştir. Ünlütürk (2023), sağlık hizmetlerindeki ticarileşme ve neoliberal politikaların hekimlerin işçileşmesine nasıl yol açtığını tartışmaktadır. Bu süreç, iş güvencesinin ve ücretlerin azalmasına, işle ilgili stresin artmasına ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında artışa neden olmuştur. Bu faktörler, birçok hekimin daha iyi çalışma koşulları ve ücret arayışı içinde başka ülkelere göç etmeyi düşünmesine veya fiilen göç etmesine neden olmuştur (Ünlütürk, 2023: 3320).

Ayrıca, ücretlendirmeyi performansa bağlayarak sağlık hizmeti kalitesini artırmayı amaçlayan performans için ödeme (P4P) modelinin karışık sonuçları olmuştur.

Aktaş, Hammond ve Richardson (2023), P4P'nin daha kaliteli bakımı teşvik edebileceğini, ancak performansın adil bir şekilde değerlendirilmesiyle ilgili zorlukları ve sağlık çalışanları arasında stres ve memnuniyetsizliğin artması potansiyelini de beraberinde getirdiğini belirtmektedir. Politika uygulamasındaki takdir yetkisi, genellikle performans ölçütlerinin nasıl uygulandığı konusunda tutarsızlıklara yol açmakta ve sektördeki ücret yapısını daha da karmaşık hale getirmektedir (Aktaş, Hammond ve Richardson, 2023: 540). COVID-19 salgını, sağlık sektöründeki ücretle ilgili sorunları daha da vurgulamış ve şiddetlendirmiştir. Bayar, Günçavdı ve Levent (2023), pandeminin Türkiye'deki işsizlik, gelir dağılımı ve yoksulluk üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında, sağlık çalışanlarının bu dönemde önemli bir mali zorlanma ile karşı karşıya kaldıklarını belirtmektedir.

Sağlık hizmetlerine yönelik artan talep, orantılı ücret artışlarına karşılık gelmemiş, bu da sağlık çalışanları arasında finansal güvensizliğin artmasına neden olmuştur (Bayar, Günçavdı ve Levent, 2023: 101050). Duman (2020) da COVID-19 karantinalarının Türkiye'deki daha geniş işgücü piyasası sonuçlarını araştırmış ve özellikle düşük gelirli çalışanlar için ücret kayıplarının önemli olduğunu tespit etmiştir. Zaten zor durumda olan sağlık sektöründe ücret eşitsizliği ve mali sıkıntılar artmasıyla sistemik reformlara duyulan ihtiyaç fazlaşmıştır (Duman, 2020: 20).

Sonuç olarak, sağlık sektöründeki düşük ücretlerin ele alınması, iş memnuniyetinin artırılması, işgücü devrinin azaltılması ve vasıflı sağlık çalışanlarının elde tutulması açısından büyük önem taşımaktadır. Adil ve tutarlı ücret politikalarının uygulanması, toplumsal cinsiyete dayalı ücret eşitsizliklerinin ele alınması ve COVID-19 salgını gibi kriz dönemlerinde yeterli mali desteğin sağlanması, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının refahını ve etkinliğini artırmak için atılması gereken temel adımlardır.

3.1.2.3 İş Güvencesi Sorunları

İş güvencesi, sağlık sektöründeki çalışma koşullarının kritik bir yönüdür ve sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini, işe devam oranlarını ve genel refahını önemli ölçüde etkiler.

Türkiye'de sağlık sektöründeki iş güvencesi sorunları, ekonomik istikrarsızlık, politika değişiklikleri ve sağlık işinin zorlu doğası gibi çeşitli faktörler nedeniyle daha da kötüleşmiştir.

Şimşek ve Mete (2022), sağlık sektöründe farklı kuşakların karşılaştığı zorlukları ele alarak, iş güvencesi endişelerinin tüm yaş gruplarında yaygın olduğunu vurgulamaktadır. Çalışmaları, genç sağlık çalışanlarının sık politika değişiklikleri ve ekonomik dalgalanmalar nedeniyle iş istikrarı konusunda özellikle endişeli olduğunu göstermektedir (Şimşek ve Mete, 2022: 98). Memişoğlu ve Kalkan (2016), yönetim ve inovasyonun Türkiye'deki sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini araştırmıştır. Yeniliklerin ve yeni yönetim modellerinin hizmet sunumunu iyileştirmeyi amaçlarken, iş güvenliğine ilişkin belirsizlikleri de beraberinde getirdiğini savunmaktadırlar.

Performansa dayalı ve özelleştirilmiş sağlık hizmeti modellerine geçiş, sağlık çalışanları arasında, istihdamlarının performans ölçütlerine daha fazla bağlı hale gelmesi ve iş güvencesinin azalması endişelerine yol açmıştır (Memişoğlu & Kalkan, 2016: 652).

Akpınar, Çınar ve Akpunar (2016) Şanlıurfa'daki sağlık çalışanlarının iş değiştirmeyi düşünme nedenlerinin bir analizini sunmaktadır. Araştırmaları, iş güvencesinin birçok sağlık çalışanı için önemli bir endişe kaynağı olduğunu ve önemli bir kısmının iş istikrarlarından memnun olmadıklarını ifade ettiklerini ortaya koymaktadır. Aşırı iş yükü, yetersiz ekipman, yönetim sorunları ve hasta, hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel tacizi gibi faktörler, iş memnuniyetsizliğine ve daha güvenli istihdam fırsatları arama arzusuna katkıda bulunmaktadır (Akpınar, Çınar ve Akpunar, 2016: 1245).

Türkiye'deki ekonomik istikrarsızlık ve sık politika değişiklikleri, iş güvencesini sağlık çalışanları için acil bir mesele haline getirmiştir. Bu değişikliklerle ilişkili belirsizlik, iş istikrarının sürekli sorgulandığı bir çalışma ortamı yaratmıştır. Bu güvence eksikliği, sağlık çalışanlarının daha istikrarlı istihdam fırsatları araması nedeniyle yüksek iş gücü devir oranlarına yol açabilir ve bu da sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Dahası, COVID-19 salgını sağlık sektöründeki iş güvenliği sorunlarını daha da öne çıkarmıştır. Birçok sağlık çalışanı, pandeminin ekonomik etkileri nedeniyle, sağlık tesislerine sağlanan fonların azalması ve iş sözleşmelerindeki değişiklikler de dahil olmak üzere, artan iş güvencesizliği ile karşı karşıya kalmıştır.

Bu durum, özellikle kriz dönemlerinde sağlık çalışanlarının iş güvencesini sağlamak için sağlam politikalara duyulan ihtiyacın altını çizmiştir. Sonuç olarak, sağlık sektöründeki iş güvencesi sorunlarının ele alınması, istikrarlı ve etkili bir işgücünün sürdürülmesi için elzemdir. Tutarlı politikaların sağlanması, yeterli desteğin verilmesi ve istikrarlı bir çalışma ortamının yaratılması, iş memnuniyetinin artırılması, işten ayrılmaların azaltılması ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin genel kalitesinin artırılması için çok önemli adımlardır.

3.1.2.4 İş Sağlığı ve Güvenliği

İş sağlığı ve güvenliği (İSG), sağlık sektöründeki çalışma koşullarının kritik bileşenleridir ve sağlık çalışanlarının refahını ve performansını doğrudan etkilemektedir.

Türkiye'de İSG'nin önemi, özellikle sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı kırılganlıkları ve riskleri vurgulayan COVID-19 salgını ışığında giderek daha fazla kabul görmektedir.

Kocaay ve Küçük Biçer (2022), COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanları arasındaki İSG yeterlilik algısını değerlendirmek için bir çalışma yürütmüştür. Bulguları, sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından yüksek risk altında olmalarına rağmen, İSG yeterlilik algılarının yalnızca ortalama düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma, sağlık hizmetleri ortamlarında güvenlik kültürünü geliştirmek için düzenli İSG eğitime ve politikaların uygulanmasına duyulan ihtiyacı vurgulamıştır (Kocaay ve Küçük Biçer, 2022: 275). Yavuz, Şenol ve Gür (2021) sağlık çalışanları arasında İSG algı düzeylerini incelemiş ve sağlık personelinin önemli bir kısmının çalışma ortamlarında kendilerini güvende hissetmediklerini tespit etmiştir. Araştırmaları, sağlık kurumlarındaki güvenlik ve sağlık koşullarını iyileştirmek için İSG uygulamaları hakkında farkındalığı ve eğitimi artırmanın önemini vurgulamıştır. Çalışma ayrıca İSG algısındaki cinsiyet farklılıklarına da dikkat çekmiş, kadın çalışanların erkek meslektaşlarına kıyasla genellikle daha yüksek farkındalık ve yeterlilik düzeylerine sahip olduğunu ortaya koymuştur (Yavuz, Şenol ve Gür, 2021: 963). Keskin ve Çavuş (2020), İSG eğitiminin sağlık sektöründeki güvenlik kültürü üzerindeki etkilerini analiz etmiştir. Kapsamlı ve sürekli İSG eğitiminin sağlık çalışanları arasında güvenlik kültürünü önemli ölçüde geliştirdiğini, işyeri kazalarının görülme sıklığını azalttığını ve daha güvenli bir çalışma ortamını teşvik ettiğini vurgulamışlardır.

Çalışma, sağlık çalışanlarına yönelik mesleki gelişim programlarına düzenli İSG eğitiminin dahil edilmesinin, yüksek düzeyde güvenlik bilinci ve yeterliliğinin sürdürülmesi için çok önemli olduğunu öne sürmüştür (Keskin ve Çavuş, 2020: 629).

Özer ve arkadaşları (2023) sağlık çalışanları arasında iş güvenliği, iş stresi ve mutluluk arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Çalışmaları, yüksek düzeyde iş stresi ve düşük iş güvenliği algısının sağlık çalışanlarının genel mutluluğunu ve iş memnuniyetini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.

Bu sorunların iyileştirilmiş İSG önlemleri ve destek sistemleri aracılığıyla ele alınması, sağlık personeli arasında ruh sağlığında daha iyi ve iş performansında daha yüksek verimlilik sağlayabileceğini belirtmişlerdir (Özer vd., 2023: 815).

Yılmaz ve İntepeler (2023), COVID-19 pandemisi sırasında Türkiye'deki acil hemşirelerinin çalışma ortamı üzerine nitel bir çalışma yürütmüştür. Pandeminin mevcut İSG sorunlarını daha da kötüleştirdiğini ve hemşireler arasında stres ve kaygının artmasına neden olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışma, özellikle kriz dönemlerinde güvenli ve destekleyici bir çalışma ortamı sağlayan politika ve uygulamalara duyulan acil ihtiyacı vurgulamıştır (Yılmaz & İntepeler, 2023: 9).

Sonuç olarak, sağlık sektöründe İSG uygulamalarının iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının korunması ve iş memnuniyetleri ile performanslarının artırılması için elzemdir. Düzenli eğitim, farkındalığın artırılması ve sağlam güvenlik politikalarının uygulanması, Türkiye'deki sağlık kurumlarında güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının teşvik edilmesinde önemli adımlardır.

Sağlık sektöründe işçi sağlığı, çalışanların işyerinde maruz kaldıkları fiziksel, kimyasal ve biyolojik risklere karşı koruyucu önlemler ve politikalar geliştirilmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. İzgi ve Öztürk Türkmen'in (2012) çalışmasında, sağlık çalışanlarının kimyasal maddelerle çalışırken yeterli koruyucu ekipman eksikliğinin yanı sıra fiziksel tehlikelere de maruz kaldıkları vurgulanmıştır. Bu durum, çalışanların uzun vadede ciddi sağlık sorunları yaşama riskini artırmakta ve iş kazalarının önlenmesi için etkin önleyici tedbirlerin uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (İzgi ve Öztürk Türkmen, 2012: 160-173). Kayabek ve Çevik'in (2022) araştırması da sağlık çalışanlarının işçi sağlığına yönelik farkındalık düzeylerinin düşük olduğunu ve bunun, işyerinde alınan güvenlik önlemlerinin etkinliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur.

Çalışmada ayrıca, işyerindeki stres faktörlerinin işçi sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmiş ve işverenlerin, çalışanların sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarına yönelik daha proaktif yaklaşımlar benimsemeleri gerektiği vurgulanmıştır (Kayabek ve Çevik, 2022: 258-268).

3.1.3 Eşitsizlikler

Sağlık sektöründeki eşitsizlikler, bölgesel eşitsizlikler, cinsiyet eşitsizlikleri ve sosyoekonomik durumun etkileri de dahil olmak üzere çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Bu eşitsizlikler sağlık hizmetlerine erişimi, alınan hizmetin kalitesini ve genel sağlık sonuçlarını önemli ölçüde etkileyebilir.

3.1.3.1 Bölgesel Eşitsizlikler

Sağlık sektöründeki bölgesel eşitsizlikler, farklı bölgeler arasındaki sağlık kaynakları ve hizmetlerindeki eşitsizliklerin belirgin olduğu Türkiye'de önemli bir endişe kaynağıdır. Yeşiltaş (2020), kentsel ve kırsal alanlar arasındaki farklılıkların altını çizmekte ve kentsel bölgelerin genellikle kırsal alanlara kıyasla sağlık tesislerine ve hizmetlerine daha iyi erişime sahip olduğunu belirtmektedir. Çalışma, bu bölgesel eşitsizlikleri gidermek için sağlık kaynaklarının daha adil bir şekilde dağıtılması gerektiğini vurgulamaktadır (Yeşiltaş, 2020: 18). Kırsal ve uzak bölgeler genellikle yeterli sağlık tesislerinden ve sağlık çalışanlarından yoksundur; bu da bölge sakinlerinin tıbbi bakım almak için daha uzun mesafeler kat etmesine neden olmaktadır. Bu durum sadece tedaviyi geciktirmekle kalmamakta, aynı zamanda bu bölgelerdeki nüfusun genel sağlık sonuçlarını da etkilemektedir (Gür & Samastı, 2021: 240). Murat ve Güzel (2023), Türkiye'nin de aralarında bulunduğu SAARC (Güney Asya Bölgesel İş birliği Teşkilatı) ve OECD ülkelerindeki sağlık göstergelerinin yeterliliğini ARAS² ve WASPAS³ yöntemlerini kullanarak analiz etmiştir. Bulguları, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ve kalite açısından önemli bölgesel farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Daha yüksek sosyoekonomik gelişmişliğe sahip bölgeler daha iyi sağlık altyapısı ve hizmetlerine sahip olma eğilimindeyken, daha az gelişmiş bölgeler sınırlı kaynaklar ve kötü sağlık sonuçları ile mücadele etmektedir (Murat ve Güzel, 2023: 70). Çınaroğlu (2021), sağlık personelinin Türkiye'deki farklı iller arasındaki dağılımını inceleyerek önemli bir dengesizlik olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma, yetersiz hizmet alan bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimin ve kalitenin iyileştirilmesi için hayati önem taşıyan sağlık çalışanlarının daha eşit bir şekilde dağılımını sağlamak için daha etkili politikalar uygulanması çağrısında bulunmaktadır (Çınaroğlu, 2021: 242).

² ARAS Yöntemi: Alternatiflerin performanslarını normalize edip, ağırlıklı değerlendirerek ideal alternatifini belirler. Alternatiflerin toplam fayda skorlarına göre sıralama yapılır (Nebati ve diğerleri, 2023: 70).

³ WASPAS Yöntemi: WASPAS yöntemi, Ağırlıklı Toplam ve Ağırlıklı Çarpım Modellerini birleştirerek alternatiflerin genel skorlarını hesaplar ve sıralar. Bu yöntem, daha güvenilir ve tutarlı sonuçlar sağlar (Nebati ve diğerleri, 2023: 70).

3.1.3.2. Sağlık Sektöründe Cinsiyet Eşitsizlikleri

Tablo 3.3. Cinsiyete göre işgücüne katılım oranı, 2015-2023.

Yıl	15+ yaş			15-24 yaş			25+ yaş		
	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
2015	51,1	31,3	71,3	41,9	29,6	54,2	53,7	31,9	76,1
2016	51,8	32,4	71,8	42,4	30,4	54,2	54,4	33,0	76,6
2017	52,6	33,4	72,2	43,3	31,1	55,2	55,2	34,2	76,9
2018	53,1	34,1	72,5	44,0	31,3	56,3	55,4	34,8	76,7
2019	52,9	34,3	71,9	44,5	32,6	56,1	55,0	34,8	75,9
2020	49,1	30,8	67,8	39,2	27,7	50,3	51,7	31,6	72,5
2021 ⁽⁴⁾	51,4	32,8	70,3	41,7	29,7	53,1	53,6	33,5	74,4
2022	53,1	35,1	71,4	43,8	31,0	56,2	55,2	36,0	75,1
2023	53,3	35,8	71,2	45,6	33,1	57,4	55,0	36,4	74,4

Kaynak: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Araştırması (2025)

Tablo 3.3, 2015-2023 yılları arasında Türkiye'de işgücüne katılım oranlarını yaş grupları ve cinsiyete göre kategorize ederek sunmaktadır. Veriler, işgücü piyasasına katılımdaki cinsiyet eşitsizliklerini göstermekte ve kadınların istihdam fırsatlarına erişimde karşılaştıkları zorlukların devam ettiğini vurgulamaktadır. Tablo detaylı bir şekilde incelendiğinde, kadınların işgücüne katılım oranlarının erkeklere kıyasla önemli ölçüde düşük kaldığı görülmektedir.

2015 yılında 15 yaş ve üzeri kadınlarda işgücüne katılım oranı %31,3 iken bu oran erkeklerde %71,3'tür. 2023 yılına gelindiğinde kadınların işgücüne katılımı %53,3'e yükselirken, erkeklerin katılımı %71,2'de kalmıştır. Kadınların katılımında hafif bir artış olmasına rağmen, işgücü piyasasına katılımda cinsiyetler arası fark devam etmektedir.

Genç yaş grubuna (15-24) odaklanıldığında, kadınların işgücüne katılımı 2015'te %29,6'dan 2023'te %33,1'e yükselmiştir. Bu eğilim, daha yüksek eğitim seviyesi, hedeflenen istihdam politikaları ve değişen sosyal dinamiklerle ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte, aynı yaş grubundaki erkekler de katılımında bir artış yaşamış ve 2015'te %54,2'den 2023'te %57,4'e yükselerek genel cinsiyet eşitsizliğinin değişmediğini göstermiştir.

COVID-19 salgınının etkisi özellikle 2020'de gözlemlenen keskin düşüşte açıkça görülmektedir. Kadınların işgücüne katılımı %30,8'e düşerek gözlemlenen dönemde düşük seviyeye gerilemiştir. 2021'den bu yana kademeli bir toparlanma görülse de kadınların katılımı henüz salgın öncesi seviyelere tam olarak dönmemiştir. 2023 yılına gelindiğinde, erkeklerin işgücüne katılımı neredeyse eski seviyelerine geri dönerken, kadınların katılımı beklenenden daha düşük kalmıştır. Kadın istihdamının görece yüksek olduğu sağlık sektörü bağlamında, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri işgücüne katılım oranlarının ötesine geçmektedir. Kariyer ilerlemesinin önündeki engeller, ücret eşitsizlikleri ve liderlik pozisyonlarına sınırlı erişim gibi konular, işgücü piyasasındaki daha geniş toplumsal cinsiyet önyargılarıyla yakından bağlantılıdır. Kutlu ve Akbulut (2018), toplumsal cinsiyet önyargılarının ve kalıp yargılarının sağlık sektöründe kadınların kariyer ilerlemesini engellemeye devam ettiğini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Ak Bingül, Ak ve Türk (2023), COVID-19 salgını nedeniyle toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ve kadınların karşılaştığı ekonomik zorlukların arttığına dikkat çekerek, hedefe yönelik politika müdahalelerine duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Arslan (2023) ayrıca, toplumsal cinsiyet önyargılarının yalnızca kadın sağlık çalışanlarını etkilemekle kalmadığını, aynı zamanda kadın hastaların aldığı bakımın kalitesini de etkilediğini savunmaktadır. Bu bulgular, işgücüne katılım oranlarının sağlık sektöründeki toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Kadınların işgücü piyasasına katılımını artırmaya yönelik politikalar, yalnızca daha geniş işgücünde değil, aynı zamanda sağlık kurumlarında da daha eşitlikçi bir ortam yaratılmasına katkıda bulunabilir. Bu eşitsizliklerin ele alınması, hem sağlık sektöründeki kadınların mesleki gelişimini hem de kadın hastalar için daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesini teşvik eden toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların sağlanması için elzemdir.

Sağlık sektöründeki toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri hem sağlık hizmeti sağlayıcılarını hem de hastaları etkileyen bir diğer kritik konudur. Kutlu ve Akbulut (2018) hastanelerdeki kadın yöneticilere yönelik tutumları inceledikleri çalışmalarında, toplumsal cinsiyet önyargılarının ve kalıp yargılarının kadınların sağlık sektöründe kariyer ilerlemelerini engellemeye devam ettiğini ortaya koymuştur. Çalışma, kadın sağlık çalışanları için daha eşitlikçi bir çalışma ortamı yaratmak için bu önyargıların ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Kutlu ve Akbulut, 2018: 215).

Ak Bingöl, Ak ve Türk (2023), COVID-19'un Türkiye'deki toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadın yoksulluğu üzerindeki etkisini araştırmıştır. Araştırmaları, salgının mevcut toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini daha da kötüleştirdiğini ve kadınların daha büyük ekonomik ve sosyal zorluklarla karşı karşıya kaldığını vurgulamaktadır. Çalışma, özellikle kriz dönemlerinde sağlık sektöründeki kadınları desteklemek için hedefe yönelik politikalar oluşturulması çağrısında bulunmaktadır (Ak Bingöl, Ak ve Türk, 2023: 425).

Arslan (2023), toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin Türkiye'deki sağlık sektörü üzerindeki daha geniş etkisini tartışmakta ve toplumsal cinsiyet önyargılarının yalnızca kadın sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını değil, aynı zamanda kadın hastalara sağlanan bakımın kalitesini de etkilediğini belirtmektedir. Çalışma, bu eşitsizlikleri ele almak ve kadınlar için sağlık sonuçlarını iyileştirmek için toplumsal cinsiyete duyarlı politika ve uygulamaları savunmaktadır (Arslan, 2023: 59).

3.1.3.3 Sosyoekonomik ve Sosyokültürel Durumun Etkileri

Sosyoekonomik durum (SES), sağlık hizmetlerine erişimi, alınan bakımın kalitesini ve genel sağlık durumunu etkileyerek sağlık sonuçlarının önemli bir belirleyicisidir. Çoban, Çoban ve Mirza (2018), Türkiye'de sosyoekonomik faktörlerin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisini değerlendirmek için bir logit analizi gerçekleştirmiştir. Bulguları, daha yüksek SES'e sahip bireylerin sağlık hizmetlerine daha iyi erişebildiğini, daha düşük SES'e sahip olanların ise önemli engellerle karşılaştığını ortaya koymaktadır.

Çalışma, herkesin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamak için bu eşitsizlikleri ele alan politikalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Çoban, Çoban ve Mirza, 2018: 119).

Tosun ve diğerkleri (2018), ekonomik ve sosyal faktörlerin Türkiye'de hepatit B prevalansı üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmaları, gelir, eğitim ve meslek gibi sosyoekonomik faktörlerin hastalığın yaygınlığını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Çalışma, sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için hedefe yönelik müdahaleler yoluyla bu faktörlerin ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Tosun vd., 2018: 7). Dil farklılıkları ve kültürel inançlar da dahil olmak üzere sosyokültürel faktörler, sağlık hizmetlerine erişimi engelleyebilir. Göçmen nüfus, etnik azınlıklar ve sınırlı okuryazarlığa sahip bireyler, sağlık sisteminde gezinme ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sağlayıcılarına iletme konusunda sıklıkla zorluklarla karşılaşmaktadır (Karaduman, 2021: 168).

Sonuç olarak, sağlık sektöründeki eşitsizliklerin ele alınması, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması için elzemdir. Politika yapıcılar, Türkiye'de daha eşitlikçi bir sağlık sistemi oluşturmak için bölgesel eşitsizlikleri, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ve sosyoekonomik statünün etkilerini azaltmaya odaklanmalıdır.

3.2 Sağlık Sektörü Çalışanlarının Temel Sorunları

3.2.1 İşçi Hakları, Sendikalaşma ve Toplu Pazarlık: Türkiye'deki Durum ve Karşılaşılan Zorluklar

Sendikalaşma ve işçi haklarının korunması, adil iş gücü uygulamalarının sağlanması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi açısından hayati önem taşıyan unsurlardır. Türkiye'de sendikalaşma ve işçi hakları, çeşitli yasal, siyasi ve ekonomik faktörlerden etkilenecek önemli ölçüde gelişmiştir.

Bu bölümde sendikalaşma oranları ve eğilimleri, sendikaların faaliyetleri ve karşılaştıkları engeller ile toplu pazarlık ve grev hakkı mekanizmaları incelenerek hem kaydedilen ilerleme hem de devam eden zorluklar vurgulanmaktadır.

3.2.1.1 Sendikalaşma Oranları ve Eğilimler

Türkiye'de sendikalaşma yıllar içinde önemli değişimler geçirmiştir. COVID-19 salgını sigortalı işçi sayısında düşüşe yol açarken, sendika üyeliğinde kayda değer bir artış yaşanmıştır.

Bu artış, 11 Eylül 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan 6552 sayılı torba yasa ve 2015 yılında Toplu İş Sözleşmesinden Kaynaklanan Fiyat Farklarının Ödenmesi Hakkında Yönetmelik (DİSK-AR, 2024) gibi mevzuat değişikliklerine bağlanabilir. Türkiye’de resmi sendikalaşma oranı %14,8 iken, fiili oran %13,04’tür ve kayıt dışı çalışanların hesaplamaaya dahil edilmemesinden kaynaklanan farklılıklara işaret etmektedir (DİSK-AR, 2024). Tarihsel olarak, sağlık sektöründe sendikalaşma önemli bir hareketlilik göstermiştir. Sağlık çalışanları arasında sendikalaşma oranı özellikle yüksektir; son istatistiklere göre kamu sağlık çalışanlarının %73,67’si sendika üyesidir. Bu sektördeki başlıca sendikalar arasında Sağlık-Sen, Türk Sağlık-Sen ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) yer almakta olup, bu sendikalar toplamda işgücünün önemli bir bölümünü temsil etmektedir (Yeşiltaş, 2015). Sağlık çalışanları arasında sendika üyeliğindeki artış, Türkiye’deki çeşitli sektörlerde sendikal faaliyetlerin ve örgütlenmenin artmasına yönelik daha geniş eğilimleri yansıtmaktadır (DİSK-AR, 2024).

Tablo 3.4. Sendika üye istatistikleri sağlık ve sosyal hizmetler kolu, toplam kayıtlı işçi sayısının yıllara göre değişimi.

	Toplam	Sendikalı	Sendikalı Oranı
2015-01	286.492	14.803	5.17
2016-01	309.828	25.148	8.12
2017-01	326.032	33.150	10.17
2018-01	382.685	46.542	12.16
2019-01	424.081	51.572	12.16
2020-01	468.669	61.384	13.1
2021-01	653.513	231.811	35.47
2022-01	679.828	241.771	35.56
2023-01	708.965	251.734	35.51

Tablo 3.4. (devam) Sendika üye istatistikleri sağlık ve sosyal hizmetler kolu, toplam kayıtlı işçi sayısının yıllara göre değişimi

2024-01	710.647	266.178	37.46
2025-01	761.312	271.981	35.73

Kaynak: Sendikadata.com (<https://sendikadata.com/iskolu/isci/17-nolu-is-kolu/>) Erişim Tarihi (25.05.2025)

Tablo 3.4, sendika üyeliğindeki eğilimleri ve sağlık ve sosyal hizmetler sektöründeki toplam kayıtlı çalışan sayısında zaman içinde meydana gelen değişiklikleri sunmaktadır. Veriler, 2015 ve 2025 yılları arasında sağlık sektöründeki toplam kayıtlı işçi sayısında önemli bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Ocak 2015'te 286.492 olan kayıtlı çalışan sayısı Ocak 2025'te 761.312'ye yükselmiştir; bu da işgücünde bir genişlemeye ve sağlık sektöründe artan işgücü talebine işaret etmektedir.

Sendika üyeliğindeki artış özellikle dikkat çekicidir. 2015 yılında sadece 14.803 sendikalı çalışan varken, 2025 yılında bu sayı 271.981'e ulaşmıştır. Bu önemli artış, sağlık çalışanları arasında sendikalaşmaya yönelik daha güçlü bir eğilimi ve sendikal faaliyetlere katılımı önemli bir artışı yansıtmaktadır. Sendika üyeliğinin 2021 yılında 231.811 sendikalı çalışan ile keskin bir artış göstermesi, sağlık çalışanlarının işçi hakları, çalışma koşulları ve iş güvenliği ile ilgili artan endişelere yanıt olarak daha fazla örgütlendiğini göstermektedir. Bu artış, COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının karşılaştığı ve muhtemelen toplu temsil ihtiyaçlarını yoğunlaştıran zorlukların artmasına bağlanabilir. 2021'deki önemli artışın ardından, sendika üyeliğindeki artış sonraki yıllarda yavaşlamış ve 2022'den 2025'e kadar daha küçük yıllık artışlar gözlenmiştir. Bu durum, sendikalaşma hareketinin belirli bir doygunluk seviyesine ulaştığını ve sendikal faaliyetlerin hızlı bir büyüme döneminin ardından istikrara kavuştuğunu gösteriyor olabilir.

Sendikalı çalışan oranının 2015 yılında %5,17 seviyesindeyken 2025 yılında %35,71'e ulaşması, sağlık ve sosyal hizmetler kolundaki sendikal örgütlenmenin temsil gücünde belirgin bir artışa işaret etmektedir. Bu oranlardaki yükseliş, sendikaların, etkili ve yaygın hale geldiğini göstermektedir. Özellikle 2021 yılında sendikalı oranının %35'i aşması, sendikal bilinçlenmenin ve toplu temsil ihtiyacının kritik bir eşiğe ulaştığını düşündürmektedir.

Bu dönemde gözlemlenen artış, pandemi kaynaklı güvencesizliklerin yanı sıra kamu sektöründe uygulamaya konulan toplu sözleşme ikramiyesi gibi ekonomik teşviklerin de etkisini yansıtmaktadır. Söz konusu düzenlemeler, sendika aidatlarının dolaylı olarak telafi edilmesini sağlayarak üyelik kararlarını mali açıdan daha cazip kıldığı ve sendikalaşma eğilimini desteklediği söylenebilmektedir.

Sonuç olarak, sağlık sektöründe sendika üyeliğindeki artış, çalışanların haklarını korumak için daha güçlü örgütlenme çabalarına yönelik artan bir eğilimi vurgulamaktadır. 2021'deki ani artış, pandemi sırasında sağlık çalışanlarının iş güvenliği ve çalışma koşullarına ilişkin endişelerine yönelik artan ilgiyi yansıtmaktadır. Sendika üyeliğinde 2021 sonrasında devam eden ancak daha yavaş olan büyüme, sendikal faaliyetler zirveye ulaşmış olsa da sektörde devam eden zorlukların toplu pazarlık ve savunuculuk ihtiyacını desteklemeye devam ettiğini göstermektedir.

Sendikal faaliyetler toplumsal cinsiyet dinamiklerinden de etkilenmiştir. Kadınlar, sendika liderliği pozisyonlarında hala yetersiz temsil edilmekle birlikte, sendikal faaliyetlere artan bir katılım göstermiştir. Kadın sendika üyelerinin sayısı artmıştır, ancak genel işgücü demografisi göz önüne alındığında yetersiz kalmaktadır.

Sağlık sektöründeki kadınlar, karar alma rollerinde daha düşük temsil ve istihdam uygulamalarında cinsiyet ayrımcılığının etkileri de dahil olmak üzere özel zorluklarla karşı karşıyadır (DİSK-AR, 2024).

3.2.1.2 Sendikal Faaliyetler ve Engeller

Türkiye'nin sağlık sektöründeki sendikal faaliyetler, daha iyi çalışma koşullarının müzakere edilmesi ve ücret eşitsizlikleri ile iş güvencesi gibi konuların ele alınması açısından kritik öneme sahiptir. Sendikalar aktif olarak toplu pazarlık yapmakta ve grevler ve diğer protesto biçimleri de dahil olmak üzere çeşitli yollarla üyelerinin haklarını savunmaktadır (DİSK-AR, 2024). Sendikaların etkisi, özellikle işçi hakları ve işyeri güvenliği ile ilgili politika tartışmalarına ve yasama savunuculuğuna kadar uzanmaktadır.

Ancak sendikal faaliyetler çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Örneğin 6356 sayılı Kanun'daki baraj sistemi (İşkolu Barajı: İlgili işkolundaki toplam işçi sayısının en az %1'ine üye olması gerekir.

İşyeri Barajı: İşyerinde çalışan işçilerin yarısından fazlasının sendikaya üye olması zorunludur.) gibi yasal engeller yeni sendikaların sisteme girişini engellemekte ve bu sendikaların bir yer edinmelerini ve toplu pazarlık süreçlerine katılmalarını zorlaştırmaktadır. Bu sistem, daha küçük veya yeni kurulmuş sendikaların büyüme ve üyelerini etkin bir şekilde temsil etme kabiliyetlerini sınırlamaktadır (Yeşiltaş, 2015).

Grev ve toplu pazarlık hakkı tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir. Bu haklar uluslararası çalışma standartlarında yer alsa da Türkiye'de uygulanması engellerle karşılaşmıştır. Grevler genellikle son çare olarak görülmekte ve etkinliğini geciktirebilecek veya sınırlayabilecek yasal ve prosedür engeller bulunmaktadır. Bu durum, işçi hakları için devam eden mücadelenin ve sürekli savunuculuk ve reform ihtiyacının altını çizmektedir (DİSK-AR, 2024).

Ayrıca, Türkiye'deki siyasi ortam sendikal faaliyetler için ek zorluklar teşkil etmektedir. Hükümet politikaları ve düzenlemeleri, daha geniş siyasi ve ekonomik bağlama bağlı olarak sendikal çabaları hem destekleyebilmekte hem de engelleyebilmektedir. Örneğin, sağlık sektöründekiler de dahil olmak üzere kamu sektörü sendikaları genellikle hükümet yetkilileriyle karmaşık ilişkiler yürütmekte ve üyeleri için savunuculuk yapmak ile düzenleyici çerçevelere uyum ihtiyacını dengelemektedir (Yeşiltaş, 2015).

Sonuç olarak, Türkiye'de sendikalaşma, özellikle de sağlık sektöründe, önemli gelişmeler kaydetmiş ve devam eden zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Mevzuat değişiklikleri ve artan işçi örgütlenmesinin etkisiyle sendika üyeliğindeki artış, sendikaların daha iyi çalışma koşulları ve işçi haklarını savunmada ki önemini vurgulamaktadır. Ancak yasal engeller ve siyasi dinamikler, sendikaların üyelerini etkin bir şekilde temsil edebilmeleri için aşmaları gereken önemli zorluklar teşkil etmeye devam etmektedir.

3.2.1.3 Toplu Pazarlık ve Grev Hakları

Toplu pazarlık ve grev hakkı, işçilerin daha iyi istihdam şartları ve koşulları için pazarlık yapabilmelerini sağlayan işçi haklarının temel unsurlarıdır. Ancak bu haklar Türkiye'de önemli ölçüde kısıtlanmış olup, sendikaların üyeleri için etkili bir şekilde savunuculuk yapma kabiliyetlerini etkilemektedir. Toplu iş sözleşmeleri (TİS) Türkiye'deki işgücünün yalnızca küçük bir yüzdesini kapsamaktadır.

DİSK-AR'a (2024) göre, resmi veriler işgücünün yalnızca %10,6'sının TİS'lerden yararlandığını göstermekte ve sendika üyeliği ile toplu sözleşmelerin fiili kapsamı arasında önemli bir uçurum olduğunu vurgulamaktadır. Bu sınırlı kapsam, kısıtlayıcı yasal çerçeveler ve sendikal faaliyetlere karşı işveren direnci de dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden kaynaklanmaktadır.

ILO ve Uluslararası Sendikalar Konfederasyonu (ITUC), Türkiye'yi toplu sözleşme ve grev haklarına ilişkin uluslararası çalışma standartlarına uymadığı için defalarca eleştirmiştir. ITUC'un 2022 raporu, grev ve toplu sözleşme hakkı ihlallerine atıfta bulunarak Türkiye'yi işçi hakları açısından en kötü ülkeler arasında sıralamaktadır (DİSK-AR, 2024).

Bir endüstriyel eylem biçimi olarak grevler ağır bir şekilde düzenlenmekte ve genellikle caydırıcı olmaktadır. Türkiye'deki yasal çerçeve, grev çağrısı yapılabilmesi için katı koşullar getirmekte ve birçok temel hizmette grev yapılması yasaklanmaktadır. Örneğin, kamu sağlığının korunmasında çok önemli bir rol oynayan sağlık çalışanları grev hakları konusunda, hizmet devamlılığı, işçi-memur ayrımı ve yasal düzenlemeler gibi önemli kısıtlamalarla karşı karşıyadır (Yeşiltaş, 2015, s:138). Bu durum sınırlı sayıda grev ve endüstriyel eylem yol açmış ve işçilerin müzakerelerdeki kozlarını azaltmıştır.

Bu zorluklara rağmen, başarılı toplu eylemlerin kayda değer örnekleri de olmuştur. Örneğin sağlık çalışanları daha iyi çalışma koşulları ve daha yüksek ücretler talep etmek için grevler ve protestolar (aile hekimlerinin iş bırakma eylemi (2024), Türk Tabipler Birliği öncülüğünde düzenlenen hekimlerin grev ve protestoları (2022), COVID-19 pandemi sürecinde yaşadıkları iş yükünün ağırlığına dikkat çekmek için sağlık çalışanlarının gerçekleştirdiği protestolar (2021)) düzenlemiştir (BBC Türkçe, 2024; Euronews, 2022; Yetkin Report, 2021). Bu eylemler, yasal ve prosedür engellerle kısıtlanmış olsa da sektördeki kritik sorunları ve çalışanların haklarını savunma konusundaki direncini vurgulamaktadır (Özata, Erdem ve Bostan, 2022). Toplu pazarlık ve grev hakkının önemi yadsınamaz. Bu mekanizmalar, adil iş gücü uygulamalarının sağlanması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi için elzemdir. Türkiye'de yürürlükte olan kısıtlamalar, işgücü piyasasındaki daha geniş kapsamlı sorunları yansıtmakta ve uluslararası çalışma standartlarına uyum sağlamak için devam eden reform ihtiyacının altını çizmektedir.

3.2.2 Sağlık Sektöründe İnsana Yakıdır İş

Sağlık sektöründe insana yakıdır iş, sağlık çalışanlarının kendi refahlarını ve mesleki memnuniyetlerini korurken yüksek kalitede bakım sunabilmelerini sağlamak için esastır. Bu bölümde insana yakıdır işin tanımı ve temel ilkeleri, sağlık sektöründeki önemi, mevcut durumun değerlendirilmesi, politika önerileri ve geleceğe yönelik perspektifler ele alınmaktadır. Yakın zamanda yapılan araştırmalardan ve tarihsel bağlamdan yararlanarak, Türkiye'nin sağlık sektöründe insana yakıdır iş koşullarının geliştirilmesine yönelik çok yönlü zorlukları ve fırsatlar değerlendirilmektedir.

3.2.2.1 Tanım ve Temel İlkeler

ILO tarafından tanımlandığı şekliyle insana yakıdır iş, birinci bölümde tartışıldığı gibi, üretken ve adil bir gelir sağlayan iş fırsatlarını, işyerinde güvenliği, aileler için sosyal korumayı, kişisel gelişim ve sosyal entegrasyon için daha iyi beklentileri, insanların endişelerini ifade etme, örgütlenme ve hayatlarını etkileyen kararlara katılma özgürlüğünü ve tüm kadınlar ve erkekler için fırsat ve muamele eşitliğini kapsar (Blustein vd., 2023).

Sağlık sektöründe bu ilkeler, sağlık çalışanlarına güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları, adil ücretlendirme ve mesleki gelişim ve büyüme fırsatları sağlanması anlamına gelmektedir.

3.2.2.2 Sağlık Sektöründe İnsana Yakıdır İşin Önemi

Sağlık sektöründe insana yakıdır işin önemi yadsınamaz. Sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve halk sağlığının sağlanmasında ön saflarda yer almaktadır. Bu nedenle, çalışma koşulları sağladıkları hizmetin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu sektörde insana yakıdır işlerin sağlanması sadece sağlık çalışanlarının refahı için değil, aynı zamanda hizmet verdikleri nüfusun sağlık sonuçları için de kritik önem taşımaktadır. Araştırmalar, insana yakıdır çalışma koşullarının iş memnuniyetinin artmasına, işten ayrılmaların azalmasına ve daha iyi hasta bakım sonuçlarına yol açtığını göstermiştir (Blustein vd., 2023; Aslan vd., 2024). Sağlık sektöründe insana yakıdır iş, uzun çalışma saatleri, düşük ücretler ve iş güvencesizliği gibi sorunların ele alınmasını içerir.

Sağlık çalışanları, özellikle COVID-19 salgını sırasında, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve daha fazla destek ihtiyacını vurgulayan önemli

zorluklarla karşılaşmıştır. İnsana yakışır işin sağlanması, halk sağlığı acil durumlarına etkili bir şekilde yanıt verebilen daha dirençli sağlık sistemlerine yol açabilir (Aslan vd., 2024).

3.2.2.3 Mevcut Durum ve Değerlendirmeler

Türkiye'de sağlık sektöründe insana yakışır işlerin mevcut durumu, önemli zorlukları ve iyileştirilmesi gereken alanları ortaya koymaktadır. Örneğin, iş güvenliği, adil ücretler ve çalışma saatleriyle ilgili yaygın sorunlar bulunmaktadır. COVID-19 salgını bu sorunları daha da kötüleştirmiş, sağlık iş gücündeki kırılganlıkları ve kapsamlı reformlara duyulan ihtiyacı vurgulamıştır (DİSK-AR, 2024). Son verilere göre, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı iş güvencesizliği ve yetersiz ücretlerle karşı karşıyadır (Aydan, 2023). Farklı bölgeler ve sağlık kuruluşlarının türleri arasında ücret ve çalışma koşullarındaki eşitsizlik de bir diğer kritik konudur. Ayrıca, sağlık çalışanlarının genel moralini ve verimliliğini etkileyen, uygun sağlık ve güvenlik önlemlerinin alınmaması gibi sistemik sorunlar da mevcuttur. Ticaretin serbestleştirilmesi ve işgücü piyasası reformları da dahil olmak üzere 1980 sonrasında uygulanan neoliberal politikalar, sağlık sektöründeki güvencesiz çalışma koşullarına katkıda bulunmuştur (Yeldan, 2016).

Türkiye ekonomisini küresel piyasalara entegre etmeyi amaçlayan 24 Ocak 1980 Kararları ile başlatılanlar gibi 1980'lerin neoliberal politikaları ve ekonomik reformları, işgücü piyasasında önemli yapısal değişikliklere yol açmıştır. Bu değişiklikler işgücü piyasasının esnekleşmesini, iş güvencesinin azalmasını, geçici ve güvencesiz işlerin artmasını içermiştir. Bu politikaların etkisi, özellikle iş güvencesi ve adil ücretlerin kritik konular olmaya devam ettiği sağlık gibi sektörlerde bugün hala hissedilmektedir (Yeldan, 2016).

3.2.2.4 Politika Önerileri ve Gelecek Perspektifleri

Sağlık sektöründe insana yakışır iş ile ilgili sorunları ele almak için çeşitli politika önerilerinde bulunulabilir. İlk olarak, tüm sağlık çalışanları için iş güvencesi ve adil ücretler sağlayan sağlam bir mevzuata ihtiyaç vardır. Bu, asgari ücret standartlarının belirlenmesini ve zamanında ve yeterli tazminatın sağlanmasını içerir. İkinci olarak, sağlık ve güvenlik yönetmeliklerini uygulayarak çalışma koşullarını iyileştirmek çok önemlidir.

Bu, düzenli denetimler ve uyumsuzluk için katı cezalar yoluyla başarılabilir (Yeldan, 2016; Blustein vd., 2023). Ayrıca, sağlık çalışanları için sürekli mesleki gelişime yatırım yapılması da elzemdir. Bu, becerilerini ve kariyer beklentilerini geliştirebilecek ileri eğitim ve öğretim fırsatları sağlamayı içerir. Ayrıca, sağlık çalışanları, işverenler ve devlet kurumları arasında sosyal diyalogun teşvik edilmesi, şikayetlerin ele alınmasına yardımcı olabilir ve sorunların çözümü için iş birliğine dayalı bir ortam yaratabilir (Aslan vd., 2024).

Geleceğe yönelik perspektifler, insana yakışır iş ilkelerinin daha geniş sağlık politikası çerçevesine entegre edilmesine odaklanmalıdır. Bu, ulusal sağlık hedeflerini insana yakışır iş hedefleriyle uyumlu hale getirerek ve sağlık reformlarının sağlık çalışanlarının refahına öncelik vermesini sağlayarak kolaylaştırılabilir. Uluslararası sağlık iş birliği ve kalkınma programlarında insana yakışır işin öneminin vurgulanması da bu çabaları destekleyebilir. Sosyal hakları ve toplu pazarlığı güvence altına alan 1961 Anayasası'nın sağladığı tarihsel bağlam, sağlık çalışanları için insana yakışır işlerin sağlanmasında gelecekteki reformlara rehberlik edebilecek temel ilkeleri hatırlatmaktadır. 1980 askeri darbesini takip eden 1982 Anayasası, işgücü piyasasını etkileyen önemli değişiklikler getirmiştir. İşçi haklarını ve sendikal faaliyetleri sınırlandıran önlemler getirerek insana yakışır işlerin sağlanmasında karşılaşılan zorluklara katkıda bulunmuştur. Bu dönemin yapısal düzenlemeleri ve neoliberal politikaları daha esnek bir işgücü piyasasına yol açmış ancak aynı zamanda iş güvencesizliği ve eşitsizliği de artırmıştır. Bu tarihsel değişimleri anlamak, insana yakışır işi destekleyen ve sağlık sektöründeki sistemik sorunları ele alan politikalar geliştirmek için çok önemlidir.

4. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Bu araştırmada, Türkiye'nin Bolu ilinde farklı sağlık kurumlarında görev yapan toplam 25 sağlık çalışanının demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Katılımcılar; hemşire, sağlık teknisyeni/teknikeri, hekim, destek personeli ve idari personel olmak üzere beş meslek grubunu kapsamaktadır. Çalışmada çeşitlilik gözetilerek özel hastane, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde görev yapan sağlık personeline ulaşılmıştır.

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %44'ü kadın, %56'sı erkektir. Kadın çalışanlar özellikle hemşirelik ve destek personeli gruplarında yoğunlaşırken, erkek çalışanlar ağırlıklı olarak sağlık teknisyenliği, hekimlik ve idari personel pozisyonlarında yer almaktadır. Bu dağılım, sağlık sektöründeki cinsiyete dayalı mesleki eğilimlerin bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Yaş dağılımı açısından katılımcıların çoğunluğu 30-39 yaş aralığında yer almakta olup, bu grubu sırasıyla 40-49 ve 50 yaş üzeri gruplar takip etmektedir. En az katılımcı ise 20-29 yaş grubundadır. Bu durum, örneklem grubundaki çalışanların çoğunlukla deneyimli bireyler olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların çalışma süresi dikkate alındığında, %44'ü 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahipken, bu grubu 0-5 yıl ve 11-15 yıl aralığında çalışanlar takip etmektedir. Bu durum, çalışmada yer alan sağlık personelinin önemli bir kısmının meslek yaşamında uzun yıllara dayanan tecrübe sahibi olduğunu göstermektedir.

Genel olarak katılımcı profili, farklı kurum türleri, meslek grupları, yaş aralıkları ve çalışma süreleri bakımından dengeli bir yapı sunmakta ve sağlık sektörünün çok boyutlu yapısına dair anlamlı bir örneklem oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcı Demografik Bilgileri.

	Cinsiyet	Meslek	Kurum Türü	Yaş Aralığı
1	Kadın	Hemşire	Özel	30-39
2	Kadın	Hemşire	Özel	20-29
3	Kadın	Hemşire	Özel	30-39
4	Kadın	Hemşire	Devlet	40-49
5	Kadın	Hemşire	Devlet	40-49
6	Erkek	Teknisyen	Devlet	50+
7	Erkek	Teknisyen	Özel	30-39
8	Erkek	Teknisyen	Üniversite	40-49
9	Kadın	Teknisyen	Üniversite	30-39
10	Erkek	Teknisyen	Üniversite	40-49
11	Kadın	Hekim	Devlet	50+
12	Erkek	Hekim	Üniversite	30-39
13	Erkek	Hekim	Üniversite	30-39
14	Erkek	Hekim	Özel	50+

Tablo 4.1. (devam) Katılımcı Demografik Bilgileri.

15	Kadın	Hekim	Devlet	20-29
16	Erkek	Destek Personeli	Üniversite	20-29
17	Kadın	Destek Personeli	Üniversite	20-29
18	Erkek	Destek Personeli	Üniversite	40-49
19	Kadın	Destek Personeli	Üniversite	30-39
20	Erkek	Destek Personeli	Üniversite	30-39
21	Kadın	İdari Personel	Özel	20-29
22	Erkek	İdari Personel	Üniversite	50+
23	Erkek	İdari Personel	Üniversite	50+
24	Erkek	İdari Personel	Üniversite	40-49
25	Erkek	İdari Personel	Üniversite	40-49

Kaynak: Katılımcıların demografik bilgilerinden yararlanarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

4.2 Altyapıya İlişkin Değerlendirmeler

Araştırma kapsamında katılımcılara sağlık kurumlarında temel tıbbi cihazların (MR, BT vb.) ve teknolojik altyapının yeterliliğine ilişkin görüşleri sorulmuştur. Bununla birlikte, fiziksel koşulların kalitesi, bölgesel sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitesi ve çalışma ortamının mesleki gereklilikleri karşılayıp karşılamadığı da değerlendirilmiştir. Bu kapsamda elde edilen bulgular, sağlık sektöründe altyapısal farklılıkların kurum türüne ve meslek grubuna göre değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların %68'i (17 kişi) temel tıbbi cihazların ve teknolojik altyapının yeterli olduğunu belirtmiştir. Bu grupta özellikle üniversite hastanelerinde görev yapan idari personel ve teknisyenlerin “Evet” veya “Kesinlikle Evet” yanıtı verdikleri gözlemlenmiştir. Buna karşılık, %16'lık bir kesim (4 kişi) altyapının yetersiz olduğunu belirtmiş, %16'sı ise kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Özellikle devlet hastanelerinde görev yapan bazı hekim ve destek personeli, teknolojik donanımın çağdaş tıp hizmetleri açısından yetersiz kaldığını dile getirmiştir.

Kurumların fiziksel koşulları (temizlik, hijyen, hasta odalarının durumu vb.) açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların yalnızca %24'ü (6 kişi) koşulları “kötü” ya da “çok kötü” olarak nitelendirmiştir. Bununla birlikte, %40'lık bir kesim “orta” düzeyde değerlendirme yaparken, geri kalan %36'lık grup olumlu yönde görüş bildirmiştir. Fiziksel koşulların olumlu değerlendirildiği gruplar daha çok özel hastanelerde görev yapan hemşire ve idari personelden oluşurken, olumsuz değerlendirmeler genellikle devlet ve üniversite hastanelerindeki teknisyen ve hekimlerden gelmiştir.

Katılımcıların yalnızca %32'si (8 kişi), sağlık kuruluşlarının bulundukları bölgenin sağlık ihtiyaçlarına yeterli düzeyde yanıt verdiğini belirtmiştir. Buna karşın %36'lık bir kesim (9 kişi) bu konuda olumsuz görüş bildirirken, %32'lik diğer bir grup kararsız olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgu, sağlık hizmetlerinin coğrafi eşitsizlikler temelinde yetersiz kaldığına işaret edebilir. Özellikle devlet hastanelerinde görev yapan hemşire ve hekimlerin, bölgesel ihtiyaçların karşılanmasında ciddi yetersizlikler olduğunu belirtmeleri dikkat çekicidir.

Ayrıca, sağlık çalışanlarının yalnızca %40'ı (10 kişi), çalıştıkları ortamların yaptıkları işin gerekliliklerini yeterli düzeyde karşıladığını belirtmiştir. Bu oran, çalışma ortamının fiziksel ve teknolojik açıdan çoğu sağlık çalışanı için yeterli koşulları sağlamadığına işaret etmektedir. Özellikle teknisyenler, destek personeli ve üniversite hastanelerindeki hekimler, bu konuda kararsız veya olumsuz görüşler bildirmiştir. “Kesinlikle hayır” ve “hayır” diyenlerin oranı toplamda %36'ya ulaşmaktadır.

Bu bulgular, sağlık sektöründe insana yakışır iş koşullarının sağlanabilmesi için fiziksel ve teknolojik altyapının güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Nitelikli sağlık hizmeti sunumunun altyapıdan bağımsız düşünülemeyeceği bu veriler ışığında açıkça görülmektedir.

4.3 Personel Eksikliği ve İş Yüğü Deneyimi

Bu bölümde katılımcıların çalışma ortamlarında personel eksikliği algısı, bu eksikliğin görev yükü üzerindeki etkisi ve sağlık hizmetlerinin güvenliğine yansımaları değerlendirilmiştir. Bulgular, personel eksikliğin yaygın bir sorun olduğunu ve sağlık çalışanlarının iş yükünde artış ile güvenlik risklerinde belirgin etkiler yarattığını göstermektedir.

Katılımcıların %68'i (17 kişi), çalışma ortamlarında personel eksikliğini “orta”, “fazla” ya da “çok fazla” düzeyde hissettiğini ifade etmiştir. Özellikle üniversite hastanelerinde görev yapan sağlık teknisyenleri, destek personeli ve idari personelin “fazla” ya da “çok fazla” eksiklik yaşadıklarını belirtmeleri dikkat çekicidir. Hemşireler ve devlet hastanesi hekimleri ise genellikle “orta düzeyde” bir eksiklik algısı bildirmiştir. Öte yandan, personel eksikliğin görece daha az hissedildiği kurumlar arasında özel hastaneler öne çıkmaktadır.

Personel eksikliğin doğrudan bir sonucu olarak katılımcıların %56'sı (14 kişi), görevlerinde aşırı iş yüküne maruz kaldıklarını belirtmiştir. Bu grupta özellikle üniversite hastanesinde görev yapan teknisyen, destek personeli ve hekimlerin “evet” veya “kesinlikle evet” yanıtı verdikleri görülmektedir. Bu durum, mevcut iş gücünün bölgelere ve kurumsal yapılara göre dengesiz dağıldığını göstermektedir. Buna karşın %28'lik bir kesim iş yükünün aşırı olmadığını düşünürken, %16'sı kararsız kalmıştır.

Personel eksikliğin çalışan ve hasta güvenliği üzerindeki etkileri sorulduğunda ise, katılımcıların %40'ı (10 kişi) bu durumun “büyük düzeyde etkilediğini” veya “çok ciddi bir sorun yarattığını” ifade etmiştir. Özellikle üniversite hastanesindeki teknisyenler, destek personeli ve bazı idari personel, hasta bakım kalitesinin düştüğünü, iş süreçlerinde dikkat dağınıklığı ve hata yapma riskinin arttığını belirtmiştir. Hekim ve hemşire grubunda ise daha çok “orta düzeyde etkiliyor” ifadesi öne çıkmaktadır. “Ciddi bir sorun yok” şeklinde görüş bildiren katılımcılar ise çoğunlukla özel hastanelerde çalışanlardan oluşmaktadır.

Bu bulgular, sağlık kurumlarında görev yapan çalışanların mesleki deneyimlerini olumsuz etkileyen personel eksikliği ve bunun doğurduğu aşırı iş yükü sorununun yalnızca bireysel memnuniyeti değil, hasta güvenliği açısından da ciddi bir tehdit oluşturduğunu göstermektedir.

Dolayısıyla, insana yakışır iş değerler bağlamında personel planlamasının yeniden yapılandırılması ve işgücü ihtiyacının adil biçimde karşılanması, sağlık sektöründe kalite ve güvenliği artırmak adına kritik önemdedir.

4.4 Sendikalaşma ve Haklara Erişim

Bu bölümde sağlık çalışanlarının sendikal örgütlenmeye ilişkin düşünceleri, sendika üyelik durumları ve sendikaların iş güvencesi ile işçi haklarına etkileri değerlendirilmiştir. Bulgular, sağlık sektöründe sendikal faaliyetlere ilişkin farkındalığın ve katılımın sınırlı olduğunu, buna karşın bazı gruplarda sendikal etkinin daha belirgin hissedildiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların çalıştıkları kurumlarda sendikalaşmaya yönelik kurumsal bakış açısı oldukça çeşitlidir. Katılımcıların %36'sı (9 kişi) kurumlarında sendikal örgütlenmeye yönelik yaklaşımı “nötr” olarak değerlendirirken, %28'i (7 kişi) “olumsuz”, yalnızca %20'si (5 kişi) ise “destekleyici” bulmaktadır. Bu veriler, sendikal yapıya karşı belirsizliğe işaret etmektedir. Özel hastanelerde sendikalaşmanın fiilen bulunmadığı da bazı katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Sendika üyeliğine bakıldığında ise tablo daha olumludur. Katılımcıların %64'ü (16 kişi) sendikaya üye olduğunu belirtmiştir. Özellikle üniversite hastanelerinde görev yapan teknisyen, destek ve idari personelin sendikalara daha fazla katılım sağladığı görülmektedir. Öte yandan, özel hastane çalışanlarının çoğunluğu sendika üyesi değildir ve bu durum, özel sektörde sendikal örgütlenmenin hem fiili hem de yapısal olarak zayıf olduğunu göstermektedir.

Sendikaların iş güvencesi ve çalışan haklarını artırma konusundaki etkisine ilişkin değerlendirmeler ise oldukça sınırlıdır. Katılımcıların yalnızca %24'ü (6 kişi), sendika desteğinin haklarını koruma konusunda “etkili” ya da “kesinlikle etkili” olduğunu ifade etmiştir. Buna karşın %40'ı (10 kişi) olumsuz görüş bildirirken, %36'sı (9 kişi) kararsız kalmıştır. Kararsızlık oranının yüksek olması, sendikal etkinin hem görünür hem de hissedilir düzeyde yeterince somutlaşmadığını düşündürmektedir. Bu durum, çalışanların sendikalara olan güveninin düşük olduğunu da ortaya koymaktadır.

Sendikaların ücret, izin, sağlık hizmetleri gibi temel işçi haklarının korunmasındaki rolü değerlendirildiğinde; katılımcıların %36'sı (9 kişi) “etkisiz” olarak yanıt vermiştir. “Etkili” ya da “çok etkili” bulanların oranı ise yalnızca %28'dir.

Bu oranlar, sendikaların işlevselliğine dair memnuniyet düzeyinin oldukça düşük olduğunu ve özellikle devlet ve üniversite hastanelerinde sendikal yapıların varlığına rağmen etki alanlarının sınırlı kaldığını göstermektedir.

Sağlık sektöründe görev yapan çalışanların sendikalara yönelik katılım oranı yüksek olsa da sendikaların çalışanlar nezdinde etkin bir hak savunucusu olarak algılanmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum hem sendikal yapıların etkinliğinin artırılması hem de çalışanlara yönelik bilgilendirme ve hakların korunması için daha güçlü çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır. İnsana yakışır işin temel bileşenlerinden biri olan örgütlenme özgürlüğünün yalnızca yasal düzeyde değil, pratik düzeyde de güçlendirilmesi önem arz etmektedir.

4.5 Çalışma Koşulları ve İş Tatmini

Bu bölümde sağlık çalışanlarının çalışma saatlerine ilişkin memnuniyet düzeyleri, iş güvenliği önlemleri, iş yükü, maddi haklar ve sosyal haklara erişim gibi temel çalışma koşulları değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %68'i (17 kişi), çalışma saatlerini “yeterli” ya da “kesinlikle yeterli” olarak değerlendirmiştir. Özellikle kamu kurumlarında görev yapan hekimler ve üniversite hastanelerindeki destek personelinin büyük çoğunluğu bu yönde görüş bildirmiştir. Buna karşılık yalnızca %8'lik bir kesim (2 kişi) saatleri “yetersiz” veya “kesinlikle yetersiz” bulmuştur. Geriye kalan katılımcılar (6 kişi) ise kararsız kalmıştır. Bu bulgu, sağlık sektöründe uzun çalışma saatlerine ilişkin yaygın bir memnuniyetsizliğin olmadığını, ancak bireysel farklılıkların mevcut olduğunu göstermektedir.

Buna karşın, iş güvenliği önlemlerine dair değerlendirmeler çok daha olumsuzdur. Katılımcıların yalnızca %28'i (7 kişi) “evet” veya “kesinlikle evet” yanıtı vererek iş güvenliğinin sağlandığını belirtmiştir. %40'lık bir kesim (10 kişi) ise doğrudan “hayır” ya da “kesinlikle hayır” diyerek yeterli önlem alınmadığını ifade etmiştir. Kararsız olanların oranı da %32'ye ulaşmaktadır. Bu durum, özellikle üniversite hastanelerinde çalışan teknik ve idari personel arasında belirsizliğin yaygın olduğunu göstermektedir.

İş yükü açısından bakıldığında ise katılımcıların %64'ü (16 kişi), iş yükünü “yüksek” ya da “çok yüksek” olarak tanımlamıştır. Özellikle üniversite hastanelerinde görev yapan teknisyenler ve hekimler bu grupta öne çıkmaktadır.

Sadece %20'lik bir kesim iş yükünü “orta” düzeyde değerlendirirken, “düşük” ya da “çok düşük” yanıtı veren katılımcı bulunmamaktadır. Bu sonuç, sağlık sektöründeki personel eksikliği ve yoğun çalışma temposunda çalışanların iş yükünü ciddi biçimde etkilediğini göstermektedir.

Maaş ve diğer maddi haklara yönelik memnuniyet ise oldukça düşük düzeydedir. Katılımcıların %60'ı (15 kişi), maaşlarını “yetersiz” veya “kesinlikle yetersiz” olarak değerlendirmiştir. Yalnızca %20'lik bir kesim “yeterli” yanıtı verirken, geri kalan %20 ise “kararsızım” demiştir. Özellikle hemşire, teknisyen ve kamu hastanesinde çalışan hekimler maddi tatminsizliği daha yoğun şekilde dile getirmiştir.

Sosyal haklara erişim konusunda ise katılımcıların %72'si (18 kişi) sağlık sigortası, izin hakları vb. olanaklardan faydalanabildiğini ifade etmiştir. Geriye kalan %12'lik bir kesim erişimin olmadığını, %16'lık bir kesim ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu dağılım, sosyal haklara erişim konusunda kurum türleri arasında belirgin farklar olduğunu, özel hastanelerin bu konuda daha düzenli bir yapı sunduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu iş yükü ve ücret düzeyi açısından tatminsizlik yaşamaktadır. Çalışma saatleri ve sosyal haklara erişim olumlu değerlendirilse de iş güvenliği uygulamalarının yetersizliği ve maddi koşulların zorluğu iş tatminini doğrudan etkilemektedir. Bu bulgular, sağlık sektöründe insana yakışır iş ilkelerinin tüm boyutlarıyla hayata geçirilmesi gerektiğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

4.6 İş-Yaşam Dengesi

İnsana yakışır iş kavramının temel bileşenlerinden biri olan iş-yaşam dengesi, çalışma yaşamının özel hayata etkisi ve iş saatlerinin esnekliği ışığında değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına işlerinin özel yaşamlarına olan etkisi ve esnek çalışma saatlerine dair memnuniyet düzeyleri sorulmuştur.

Katılımcıların %60'ı (15 kişi) işlerinin özel yaşamlarını “olumsuz” veya “çok olumsuz” şekilde etkilediğini ifade etmiştir. Özellikle devlet hastanelerinde görev yapan hemşire ve hekimler ile üniversite hastanelerindeki teknisyen ve destek personeli bu görüşü daha sık dile getirmiştir.

Buna karşılık, yalnızca %20'lik bir kesim (5 kişi) işin özel yaşama olumlu etkide bulunduğunu ifade etmiş; geri kalan %20 ise “nötr” yaklaşım sergilemiştir. Bu bulgu, sağlık sektöründe çalışma koşullarının özel hayatla uyumlu bir yapıdan uzak olduğuna ve bu durumun çalışanların yaşam kalitesini düşürdüğüne işaret etmektedir. Çalışma saatlerinin esnekliği değerlendirildiğinde ise katılımcıların yalnızca %36'sı (9 kişi) çalışma saatlerinin esnekliğinden memnun olduğunu ifade ederken, %40'ı (10 kişi) “memnun değilim” ya da “hiç memnun değilim” yanıtını vermiştir. Özellikle üniversite hastanelerinde görev yapan destek personeli ve teknisyenlerin bu konuda memnuniyetsizliği dikkat çekicidir. %24'lük bir kesim ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının büyük bölümünün sabit ve yoğun çalışma düzeni nedeniyle özel yaşama yeterli zaman ayıramadığını ve bu durumun iş-yaşam dengesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Elde edilen bulgulara bakıldığında çalışanların büyük çoğunluğu özel yaşamlarına müdahale eden iş saatleri ve yoğun mesai temposu nedeniyle sosyal, psikolojik ve ailevi alanlarda doyum sağlamakta zorlandığı söylenebilmektedir. Bu nedenle iş-yaşam dengesi sorunlarının sadece bireysel değil, kurumsal önlemlerle de ele alınması gerekmektedir. İnsana yakışır işin sağlanabilmesi adına esnek ve adil bir mesai sistemi ile özel yaşamı gözeten işyeri politikalarının geliştirilmesi önemli bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.7 Mesleki Destek ve Gelişim Olanakları

Mesleki gelişim, çalışanların bilgi, beceri ve yetkinliklerini artırmalarına yönelik olmasının yanı sıra psikolojik destek, kurumsal teşvik ve mesleki rehberlik hizmetleriyle de doğrudan ilişkilidir. Bu kapsamda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına mevcut kurumlarında mesleki gelişim olanaklarına erişimleri ve kurumsal destek düzeyleri sorulmuştur.

İlk olarak, katılımcıların yalnızca %20'si (5 kişi) mesleki gelişim olanaklarının yeterli olduğunu belirtmiştir. Buna karşılık, %44'ü (11 kişi) mevcut olanakları yetersiz bulmuş; %36'lık bir kesim ise kararsız kalmıştır. Özellikle üniversite hastanelerinde görev yapan teknisyenler, hekimler ve destek personelinin büyük çoğunluğu bu konuda olumsuz görüş bildirmiştir.

Benzer şekilde, çalışanların iş süreçlerinde karşılaştıkları sorunlarla baş etmede kurumsal düzeyde destek görüp görmedikleri sorulduğunda, katılımcıların yalnızca %40'ı (10 kişi) “evet” yanıtı vermiştir. %44'lük bir kesim bu desteği alamadığını belirtmiş; geri kalan %16'sı kararsız kalmıştır.

Bu durum, özellikle yoğun iş temposu ve mesleki stres altında çalışan sağlık personelinin ihtiyaç duyduğu destekten mahrum kaldığını ortaya koymaktadır.

Araştırma, psikolojik destek ve rehberlik hizmetlerinin sağlık kurumlarında büyük ölçüde yetersiz olduğunu da göstermiştir. Katılımcıların yalnızca %16'sı (4 kişi) bu tür hizmetlere erişebildiğini belirtmiş; %72'si (18 kişi) “hayır” veya “kesinlikle hayır” yanıtı vermiştir. Geri kalan %12'lik kesim ise kararsız olduğunu ifade etmiştir. Psikolojik destek hizmetlerine erişimin sınırlı olması, özellikle pandemi sonrası dönemde sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve stresle baş etme olanaklarını kısıtlayan önemli bir yapısal eksikliklerdir.

Kurumsal düzeyde eğitim ve kurslara katılım teşvikine ilişkin değerlendirmelerde de benzer bir tablo gözlemlenmiştir. Katılımcıların %44'ü (11 kişi) çeşitli düzeylerde (evet/kesinlikle evet) bu konuda teşvik edildiğini belirtmiş olsa da, %36'lık bir kesim herhangi bir teşvikle karşılaşmadığını, %20'lik kesim ise kararsız olduğunu ifade etmiştir. Bu dağılım, sağlık kurumlarının mesleki gelişimi destekleme yönünde eşitlikten uzak politikalar uyguladığını göstermektedir.

Sağlık sektöründe görev yapan çalışanların önemli bir bölümü mesleki gelişim olanaklarının yetersizliğinden, psikolojik destek hizmetlerinin eksikliğinden ve örgütsel teşviklerin zayıflığından yakınmaktadır. Bu durum hem bireysel gelişimi hem de kurumsal verimliliği olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışanların kendilerini mesleki anlamda geliştirebilecekleri, desteklenmiş hissedebilecekleri ve iş yaşamı içinde rehberlik alabilecekleri ortamların oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

4.8 Emek, Değer ve Tatmin Algısı

Çalışanların yaptıkları işin toplum tarafından değer görüp görmediğine, verdikleri emeğin maddi ve manevi olarak karşılık bulup bulmadığına ilişkin düşünceleri oldukça önemlidir. Katılımcılara emeklerinin toplumsal ve kurumsal düzeyde ne ölçüde değer gördüğü, ücretlendirme adaleti, tatmin düzeyi ve kurum politikalarının emeği koruma yönündeki varlığı sorulmuştur.

Katılımcıların yalnızca %24'ü (6 kişi), yaptıkları işin toplum tarafından yeterince değer gördüğünü belirtmiştir. %60'ı (15 kişi) ise olumsuz görüş bildirmiş, kalan %16'lık kesim kararsız kalmıştır.

Özellikle hemşire, teknisyen ve destek personelinin büyük çoğunluğu toplumun sağlık emekçilerine yönelik takdir düzeyinin düşüklüğünden yakınmıştır. Hekimler arasında bu algı daha olumlu olsa da genelin olumsuz eğilim gösterdiği söylenebilir.

Benzer şekilde, sağlık çalışanlarının yalnızca %20'si (5 kişi) emeğinin ücretlendirme açısından karşılığını aldığını düşünmektedir. %64'lük bir kesim (16 kişi) doğrudan olumsuz yanıt verirken, %16'sı kararsızdır. Ücret adaleti, yalnızca maddi bir konu olmaktan öte, çalışanların kuruma bağlılığını ve motivasyonunu etkileyen temel bir faktördür. Fakat bu veriler ışığında hem özel hem de kamu sağlık kurumlarında çalışanların ücret politikalarından büyük oranda memnun olmadığı görülmektedir.

Maddi ve manevi tatmin düzeyine ilişkin soruya verilen yanıtlar da bu düşüncüyü pekiştirmektedir. Katılımcıların %56'sı (14 kişi) işlerinden maddi ve manevi anlamda tatmin sağlamadığını belirtmiştir. Sadece %12'si (3 kişi) tatmin sağladığını ifade etmiş, kalan %32'lik kesim kararsız kalmıştır. Tatmin duygusunun bu denli düşük olması, tükenmişlik, duygusal yorgunluk ve mesleki yabancılaşma gibi sonuçlar doğurabilecek önemli bir riski işaret etmektedir.

Kurumsal düzeyde emeği korumaya yönelik politikaların varlığına dair algılar da oldukça olumsuzdur. Katılımcıların yalnızca %16'sı (4 kişi) kurumlarında emeği koruyan bir politika olduğunu düşünmektedir. Buna karşılık %60'ı (15 kişi) böyle bir politikanın olmadığını, %24'ü ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, sağlık kurumlarında emek temelli insan kaynakları politikalarının görünür düzeyde zayıf olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırma bulguları sağlık çalışanlarının emeklerinin hem toplum hem de kurumlar tarafından yeterince değer görmediği algısına sahip olduğunu göstermektedir. Maddi karşılık, tatmin duygusu ve destek eksikliği, çalışanların sadece bireysel motivasyonunu değil, sağlık hizmetlerinin kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. İnsana yakışır iş çerçevesinde, sağlık emekçilerinin değerinin görünür ve sürdürülebilir biçimde kabul edilmesi, bir zorunluluk olarak değerlendirilmelidir.

4.9 Şiddet ve Güvenlik

Sağlık sektöründe görev yapan çalışanların karşı karşıya kaldığı fiziksel, sözlü ve psikolojik şiddet vakaları ile bu tür durumlara karşı geliştirilen destek mekanizmaları, insana yakışır iş çerçevesinde önemli bir değerlendirme alanı oluşturmaktadır. Bu doğrultuda, katılımcılara çalışma hayatlarında şiddete maruz kalıp kalmadıkları, mobbing deneyimleri, destek sistemlerinin varlığı ve alınan önlemlerin yeterliliği gibi başlıklarda sorular yöneltilmiştir.

İlk olarak, katılımcıların %72'si (18 kişi), çalışma yaşamlarında bir şekilde şiddet türüne maruz kaldığını beyan etmiştir. Bu şiddet türleri arasında en sık karşılaşılan psikolojik ve sözlü şiddet olup, bazı katılımcılar fiziksel şiddet yaşadığını da ifade etmiştir. Özellikle üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapan hekimler, teknisyenler ve destek personelinin bu tür şiddetle daha sık karşılaştığı görülmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri esnada hem fiziksel hem de psikolojik güvenliklerinin tehlikede olabildiğini göstermektedir.

Mobbinge ilişkin değerlendirmelerde ise katılımcıların %56'sı (14 kişi) doğrudan veya dolaylı biçimde hasta, hasta yakını ya da kurumsal yapı tarafından mobbinge maruz kaldığını belirtmiştir. %20'lik bir kesim kararsız kalırken yalnızca %24'ü böyle bir deneyiminin olmadığını ifade etmiştir. Bilhassa üniversite hastanelerindeki çalışanlar arasında “kesinlikle evet” yanıtları öne çıkmıştır.

Şiddetle karşılaşıldığında başvurulabilecek destek mekanizmalarının varlığına ilişkin soruya verilen yanıtlar ise ilgi çekicidir. Katılımcıların %52'si (13 kişi) böyle bir mekanizmanın mevcut olduğunu ifade ederken, %28'i (7 kişi) bunun bulunmadığını belirtmiştir. Kalan %20 ise kararsızdır. Bu durum, bazı kurumlarda şiddetle mücadeleyle dönük yapılar bulunsada bu sistemlerin hem çalışanlar tarafından yeterince bilinmediğini hem de erişimde eşitsizlikler yaşandığını göstermektedir.

Şiddete karşı alınan önlemler ise büyük ölçüde yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların %60'ı (15 kişi) alınan önlemleri “yetersiz” veya “hiç yeterli değil” şeklinde ifade ederken, yalnızca %24'lük bir kesim bu önlemleri yeterli bulmuştur. %16'lık bir oran ise kararsız kalmıştır. Yetersizlik algısı, özellikle üniversite ve devlet hastanelerindeki çalışanlarda daha belirgindir. Özel hastanelerde ise bu algı daha dengeli dağılmıştır. Bu sonuç, sağlık kurumlarının şiddeti önleyici yapılarını tekrar gözden geçirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü mesleki yaşamlarında şiddet ve mobbinge maruz kalmakta ve buna karşı yeterli kurumsal güvenlik sistemlerinden yoksun kalmaktadır. Bu durum, sadece bireysel düzeyde bir tehdit değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve kalite düzeyi açısından da kritik bir risk oluşturmaktadır. İnsana yakışır işin sağlanabilmesi için hem fiziksel hem de psikolojik güvenliğe kadar uzanan politikaların oluşturulması zorunludur.

4.10 Etnik Ayrımcılık ve Sosyal Diyalog

Çalışanların iş ortamında kendilerini güvende ve eşit hissetmeleri insana yakışır iş çerçevesinde değerlendirilebilecek temel unsurlardan birisidir. Bu nedenle, araştırma kapsamında katılımcılara etnik ayrımcılık deneyimleri, çeşitliliğe saygı düzeyi ve sosyal diyalog ortamının yeterliliği hakkında sorular yöneltilmiştir.

Etnik köken veya kültürel geçmiş nedeniyle ayrımcılık yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, katılımcıların %56'sı (14 kişi) “hiçbir zaman” ifadesini kullanırken, %28'i (7 kişi) “nadiren” veya “bazen” şeklinde bir ayrımcılık deneyimi yaşadığını belirtmiştir. Özellikle devlet hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde görev yapan hekim ve destek personeli arasında “bazen” ve “sık sık” yanıtları öne çıkmıştır. Bu bulgular, sağlık sektöründe açık bir ayrımcılık yaygın olmamakla birlikte, eşitsizliklerin belirli meslek gruplarında ve kurum türlerinde hissedildiğini göstermektedir.

Kurumlarında etnik ve kültürel çeşitliliğe saygı gösterilip gösterilmediği sorulduğunda, katılımcıların %40'ı (10 kişi) “evet” yanıtını verirken, %32'si (8 kişi) “hayır” ve %28'i (7 kişi) “kararsızım” yanıtı vermiştir. Üniversite hastanelerinde görev yapan bazı sağlık teknisyenler ve idari personel çeşitliliğe saygı gösterilmediğini belirtmiştir. Özel hastanelerde ise bu konuda daha olumlu bir algının olduğu gözlemlenmektedir.

Sosyal diyalog düzeyine ilişkin olarak, çalışanlar arasında açık iletişim ve fikir alışverişinin yeterliliği üzerine katılımcıların %48'i (12 kişi) olumlu görüş bildirmiştir. Buna karşılık %28'i olumsuz, %24'ü ise kararsız kalmıştır. Üniversite hastanelerindeki destek personeli ve devlet hastanesindeki hekimlerin önemli bir kısmı kurum içi iletişimde yetersizlik olduğunu dile getirmiştir. Buna rağmen, özel hastanelerde çalışan hemşire ve idari personel bu alanda daha olumlu değerlendirmelerde bulunmuştur.

İşverenle çalışan arasındaki sosyal diyalogun yeterliliği sorusuna verilen yanıtlar ise daha farklı bir tablo sunmaktadır. Katılımcıların %36'sı (9 kişi) işverenler ile etkili bir iletişim kurduklarını belirtirken, %40'ı (10 kişi) bu konuda olumsuz görüş bildirmiş, %24'ü ise kararsız kalmıştır. Bu durum, kurumsal iletişim kanallarının işlevselliği ve yöneticilerin iletişim tarzına bağlı olarak çalışan deneyimlerinin ciddi biçimde farklılaştığını ortaya koymaktadır.

Sağlık sektöründe açık bir etnik ayrımcılık olmasa da zaman zaman maruz kalınan kültürel hassasiyet eksikliği ve sınırlı sosyal diyalog ortamı, çalışanlar arasında güvensizlik, yabancılaşma ve iletişim kopukluklarına neden olabilmektedir. İnsana yakışır işin sağlanabilmesi için yalnızca maddi koşullar değil, aynı zamanda saygı temelli çeşitlilik politikaları ve katılımcı iletişim kültürünün kurumsal düzeyde güçlendirilmesi gerekmektedir.

4.11 Açık Uçlu Sorulara İlişkin Bulgular

4.11.1 Çalışma Koşullarında Görülmek İstenen İyileştirmeler

Katılımcılara yöneltilen “*Çalışma koşullarınızda görmek istediğiniz en önemli iyileştirme nedir?*” sorusu, sağlık sektöründe görev yapan bireylerin mesleki deneyimlerine dayalı öncelikli taleplerini ve kurumsal beklentilerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu açık uçlu soruya verilen yanıtlar analiz edildiğinde, çalışanların iyileştirme taleplerinin beş ana başlık altında toplandığı görülmektedir: ücretlendirme, çalışma saatleri, personel eksikliği, fiziki koşullar ve örgütsel saygı/emek değeri.

- **Ücretlendirme ve Ekonomik Koşullar:**

Ankete katılan sağlık çalışanlarının en yoğun talep ettiği iyileştirme alanı ücretlendirmedir. Katılımcıların büyük bölümü maaşlarının yetersiz olduğunu, verdikleri emeğin karşılığını ekonomik açıdan alamadıklarını ifade etmiştir. Hem özel hem de kamu sektöründe çalışan hemşirelerin ve teknisyenlerin bu konuda yoğun talepleri bulunmaktadır. Örneğin, Kişi 2 (Özel Hastane, Hemşire) “*Özlük haklarımın kıdeme bakılmaksızın düzenlenmesi, maaşımın artırılması*” gerektiğini vurgulamıştır. Benzer şekilde Kişi 6 (Devlet Hastanesi, Sağlık Teknisyeni) daha kapsamlı bir değerlendirme yaparak “*Sömürsüz, şiddetsiz, güvenli çalışma ortamı*” ihtiyacına dikkat çekmiştir.

- Çalışma Saatleri ve Mesai Düzeni:

Çalışma saatlerinin yoğunluğu ve düzensizliği, katılımcıların sıklıkla vurguladığı bir diğer sorundur. Özellikle hekimler ve idari personeller, uzun mesai süreleri ve düzensiz nöbet sisteminden duydukları rahatsızlığı dile getirmiştir. Kişi 14 (Özel Hastane, Hekim) bu durumu “*Çalışma sürelerinin kısaltılması, 60 günde bir mutlaka izin kullandırılması*” şeklinde ifade ederek hem dinlenme hakkına hem de çalışma düzenine vurgu yapmıştır.

- Personel Eksikliği:

Personel sayısının yetersizliği, özellikle üniversite hastanelerinde çalışan teknisyenler ve destek personelleri tarafından dile getirilmiştir. İş yükünün artmasına, hizmet kalitesinin düşmesine ve mesleki tükenmişliğe neden olan bu durum, birçok katılımcı tarafından sistematik bir sorun olarak tanımlanmıştır. Kişi 9 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknisyeni) bu sorunu şöyle belirtmiştir: “*Çalışma ortamının bir koridordan ibaret olmaması, yeterli ve güvenli bir alan olması. Ayrıca personel sayısı artırılıp fazla mesai saatleri düşürülmeli.*”

- Fiziki Koşullar ve Altyapı:

Fiziki mekanların yetersizliği, özellikle üniversite hastanelerinde çalışan idari personel ve teknisyenler tarafından vurgulanmıştır. Yetersiz ofis düzeni, dar ve işlevsiz çalışma alanları ile altyapı eksiklikleri sıkça dile getirilmiştir. Kişi 25 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel), “*Fiziki mekanların iyileştirilmesi*” talebiyle mevcut koşulların iyileştirilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir.

- Saygı, Değer ve Emek Tanınması:

Katılımcıların bazıları, kurumsal yapı içerisinde yalnızca fiziksel değil, duygusal ve sosyal olarak da değer görmek istediklerini ifade etmiştir. Örgütsel saygı, yönetici desteği ve mesleki onura yönelik beklentiler dikkat çekicidir. Kişi 11 (Devlet Hastanesi, Hekim) bu konuyu şöyle dile getirmiştir: “*Daha az hastaya daha doğru hekimlik yapabildiğim koşulların sağlanmasını dilerim. Mesleki anlamda harcadığım emeğin değerinin işveren tarafından bize saygı olarak hissettirilmesi.*” Ayrıca, kurumsal ilişkilerin güçlendirilmesi ve çalışanlar arası güven ortamının sağlanmasına yönelik talepler de yer almaktadır. Kişi 20 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli), “*İşçinin haklarının savunulması, çalışanlar arasında güven ve düzenin oluşması için çaba gösterilmesi*” çağrısında bulunmuştur.

Katılımcı yanıtları, sağlık çalışanlarının temel beklentilerinin yalnızca ekonomik iyileştirmelerle sınırlı olmadığını; aynı zamanda yapısal, kurumsal ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesine yönelik geniş kapsamlı bir reform ihtiyacına işaret ettiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle insana yakışır iş ilkeleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için ücret, iş yükü, saygı, güvenlik ve çalışma ortamı gibi çok boyutlu faktörlerin birlikte ele alınması gerekmektedir.

4.11.2 Sendikal Faaliyetlere ve Altyapı Yatırımlarına Yönelik

Görüşler

Sağlık sektöründe örgütlenme düzeyi ve çalışma ortamlarının fiziksel niteliği, çalışanların hem hak mücadelesini hem de mesleki güvenliğini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle katılımcılara yöneltilen *“Sağlık sektöründe sendikal faaliyetlerin ve altyapı yatırımlarının artması gerektiğini düşünüyor musunuz? Lütfen kısaca açıklayın.”* sorusu, çalışanların kurumsal yapıya, sendikal işleyişe ve altyapı koşullarına dair görüşlerini ortaya koymaktadır.

Verilen yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların önemli bir kısmının sendikal yapılar konusunda eleştirel olduğu, ancak örgütlenmenin gerekliliğine inanan bir pozisyonda yer aldığı; diğer yandan altyapı yatırımlarına ilişkin daha yaygın ve net bir iyileştirme talebi içinde oldukları görülmektedir.

- **Sendikal Faaliyetlere Yönelik Algılar:**

Katılımcıların büyük bölümü sendikaların mevcut durumdan uzaklaşarak asıl işlevine dönmesi gerektiğini belirtmiştir. Sendikal örgütlenmeye dair güvensizlik, özellikle üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan sağlık teknikerleri ve hekimler arasında daha yaygın gözlemlenmektedir. Örneğin, Kişi 10 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri), sendikaların işlevsizliğini şu ifadeyle eleştirmiştir: *“Sendikalar makam ve mevki kovalamaları için değil. Çalışanın haklarını işverene karşı korumakla başlayabilirler mesela işe.”* Benzer şekilde, Kişi 11 (Devlet Hastanesi, Hekim), sendikal yapının siyasi etkilerden arındırılması gerektiğini vurgulayarak şunu belirtmiştir: *“Sendikaların yönetim ve yöneticiler tarafından belirlenmediği, politik yönlerine göre sendikalaşmanın olmadığı çalışma ortamı olmalı.”* Bu ifadeler, katılımcıların sendikalara içerik ve yapı açısından da güven duymadığını göstermektedir.

Öte yandan, olumlu yönde görüş bildiren bazı katılımcılar da mevcuttur. Kişi 14 (Özel Hastane, Hekim) sendikal örgütlenmenin mesleki alanlarda kurumsal denge sağlayabileceğini vurgulayarak “Her alanda olduğu gibi mesleki örgütlenmeler sendikaların özünde kurumun ve çalışanların lehine olduğunu düşünüyorum.” demiştir. Aynı şekilde Kişi 21 (Özel Hastane, İdari Personel) ve Kişi 22 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) gibi katılımcılar da sendikal faaliyetlerin artırılması gerektiğini açık bir şekilde ifade etmiştir.

Ancak bazı katılımcılar doğrudan sendikaya aidiyet duymadığını veya sistemin dışında bırakıldığını da ifade etmiştir. Kişi 1 (Özel Hastane, Hemşire) bu durumu “Özel olduğumuz için sendikamız yok” şeklinde ifade ederek sektörel eşitsizliğe işaret etmektedir.

- Altyapı Yatırımlarına Yönelik Görüşler:

Altyapı yatırımlarına ilişkin talepler, daha net ve yaygın biçimde ifade edilmiştir. Katılımcılar özellikle fiziki koşulların, çalışma alanlarının güvenliği ve mesleki açıdan yararlı olabilmek adına yeniden düzenlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Kişi 4 (Devlet Hastanesi, Hemşire) çalışma ortamlarının güvenliğine dikkat çekerek “*Güvenli çalışma alanı, deprem riski azaltılmalı*” önerisinde bulunmuştur. Benzer şekilde, Kişi 8 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri) “*Altyapı yatırımlarının düzeltilmesini istiyorum. Sendikal faaliyetlerin etkisiz olduğu kanaatindeyim.*” ifadesiyle bu ihtiyacı doğrudan belirtmiştir.

Ayrıca, altyapının ötesinde liyakat ve yönetimde şeffaflık gibi konulara dikkat çeken katılımcılar da olmuştur. Kişi 9 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri) bu yöndeki görüşünü şöyle dile getirmiştir: “*Sağlık sektöründe veya başka sektörde ilk düzeltilmesi gereken liyakat sistemidir. Bu olmadıkça sendikaların veya başka herhangi bir elin bir şeyi düzeltebileceğini düşünmüyorum.*”

Anket cevaplarına bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğu, sağlık sektöründe sendikal faaliyetlerin artmasının, bu yapıların siyasi etkilerden uzak durarak çalışan haklarını ön planda tutmasıyla anlamlı olabileceğini belirtmiştir. Aynı zamanda altyapı yatırımlarına yönelik taleplerin daha somut, kapsayıcı ve güvenlik temelli olduğu görülmektedir. Bu nedenle, insana yakışır iş koşullarının sağlanması yalnızca sendikal varlıkla değil, bu yapıların işlevselliği ile de birlikte düşünülmelidir.

4.11.3 Gelecekteki Çalışma Hayatına Yönelik Beklentiler

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına yöneltilen “*Gelecekteki çalışma hayatınızla ilgili beklentileriniz nelerdir?*” sorusu, motivasyonlarını, mesleki doyum arayışlarını ve taleplerini anlamak açısından önemli ipuçları sunmaktadır. Katılımcıların bu soruya verdiği yanıtlar, genel olarak erken emeklilik arzusu, daha iyi ekonomik ve sosyal koşullar, mesleki değer görme, çalışma sürelerinin düzenlenmesi, güvenli ve adil çalışma ortamları ve kişisel gelişim imkanları gibi başlıklar altında gruplanmıştır.

- Emeklilik ve Huzurlu Bir Yaşam Arzusu:

Katılımcıların önemli bir kısmı, mevcut koşullarda kalıcı bir iyileşme beklentisi taşımadıkları için emekliliği temel beklenti olarak ifade etmiştir. Bu yaklaşım hem fiziksel hem de duygusal açıdan tükenmişliğin arttığını göstermektedir. Örneğin, Kişi 5 (Devlet Hastanesi, Hemşire) kısa ve net biçimde “*Emekli olmak*” yanıtını verirken; Kişi 4 (Devlet Hastanesi, Hemşire) bunu “*Huzurlu bir emeklilik, ücret karşılanması*” sözleriyle ifade etmiştir. Benzer şekilde, Kişi 14 (Özel Hastane, Hekim) beklentisini “*Emeklilik, hobiler, kısa çalışma süreleri, yabancılaşmayı engelleyici önlemler*” şeklinde daha geniş bir şekilde dile getirmiştir.

- Ekonomik ve Sosyal İyileşme Talepleri:

Pek çok katılımcı ekonomik olarak daha iyi koşullarda çalışmayı hedeflemektedir. Ücretlerin artırılması, sosyal imkanların genişletilmesi ve mesleki motivasyonu destekleyici uygulamalar, sıkça tekrarlanan beklentiler arasındadır. Kişi 7 (Özel Hastane, Sağlık Teknikeri) şu ifadesiyle bu durumu örneklemektedir: “*Sağlık çalışanlarına sunulan hak ve ayrıcalıkların çoğaltılması yönünde çalışmaların sonuçlanmasını umut ediyorum. Öğretmenevi, polis evi bile varken bu imkanların sağlık personellerine tanınmaması çok acı.*”

- Daha Saygın ve Güvenli Bir Mesleki Ortam:

Bazı katılımcılar, gelecekte beklediklerini yalnızca bireysel düzeyde değil, mesleğin saygınlığı ve etik değerleri açısından da tanımlamıştır. Kişi 11 (Devlet Hastanesi, Hekim) daha adil ve güvenli bir mesleki ortam ihtiyacını şu şekilde dile getirmiştir: “*Daha özgür ve güvende hissederek mesleğimi yapabilmeyi dilerim.*” Benzer şekilde, Kişi 20 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli), “*Emeğimin karşılığını almak ve haksızlığa uğramamak*” yanıtıyla adalet ve eşitlik vurgusu yapmıştır.

- Çalışma Koşullarının Hafifletilmesi:

Bazı katılımcılar çalışma temposunun ve iş yükünün azaltılmasını doğrudan talep etmiş, iş-yaşam dengesine daha uygun modellerin uygulanmasını arzuladıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda, Kişi 9 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri) yalnızca “Az çalışmak” ifadesiyle net bir beklenti ortaya koymuştur.

- Kişisel ve Mesleki Gelişim:

Katılımcıların bir kısmı, geleceğe dair umutlarını mesleki gelişim ve kişisel ilerleme üzerinden tanımlamaktadır. Kişi 15 (Devlet Hastanesi, Hekim) bu beklentisini “*Mesleğimde daha yeterli olmak*” şeklinde belirtmiştir. Benzer şekilde, Kişi 21 (Özel Hastane, İdari Personel), “*Mesleki açıdan gelişebileceğim ve severek yapabileceğim bir meslek hayatı olabilir*” yanıtıyla hem kişisel gelişimini hem de mesleki anlamda tatminini bir arada talep etmektedir.

- Belirsizlik ve Umutsuzluk:

Dikkat çeken bir başka yaklaşım ise özellikle destek personeli ve bazı idari personellerin gelecek beklentilerinin olmaması ya da umutsuz yaklaşımlarıdır. Kişi 16 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli) ve Kişi 24 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) açık biçimde “*Şu anda yok*” ve “*Yok*” ifadelerini kullanmışlardır. Bu durum, mesleki anlamda aidiyet eksikliği ve geleceğe yönelik beklentilerin düşük olması gibi sorunlarla ilişkilendirilebilir.

Katılımcıların büyük kısmı, gelecekteki çalışma hayatına dair daha adil, güvenli ve tatmin edici bir sistem talep etmektedir. Ancak önemli bir grup, mevcut koşulların düzelemeyeceği yönünde görüş bildirerek beklentilerini emeklilikle sınırlandırmıştır. Bu durum, sağlık sektöründe insana yakışır işin sağlanması için yalnızca kısa vadeli iyileştirmeler değil, aynı zamanda yapısal ve kültürel dönüşümler gerektiğini göstermektedir.

4.11.4 Sağlık Çalışanlarının Toplum ve Kurum Tarafından Daha Fazla Değer Görmesine Yönelik Öneriler

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılara, “*İşinizin toplum ve kurumunuz tarafından daha fazla değer görmesi için ne gibi adımlar atılabileceğini düşünüyorsunuz?*” sorusu yöneltmiştir. Elde edilen yanıtlar, sağlık çalışanlarının yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda sosyal ve kurumsal düzeyde tanınma ve saygı görme ihtiyaçlarını açıkça ortaya koymaktadır.

Yanıtlar beş ana başlıkta toplanmıştır: mesleki bilinçlendirme, şiddete karşı önlem ve güvenlik, örgütsel politika ve kamuoyu stratejileri, fiziki ve özlük haklarında iyileştirme, toplumsal algı dönüşümü.

- Mesleki Tanınırlık ve Bilinçlendirme Faaliyetleri:

Pek çok katılımcı, mesleki rollerin ve sorumlulukların topluma anlatılması gerektiğini vurgulamıştır. Özellikle hemşireler bu konuda dikkat çekici açıklamalar yapmıştır. Kişi 1 (Özel Hastane, Hemşire), *“Hemşireliğin tanımı, görevleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalı, çalışma saatleri ve iş yoğunluğunun azaltılması sağlanmalı, yıpranma payı olarak erken emeklilik haberleri olmalı.”* Kişi 2 (Özel Hastane, Hemşire) ise daha kurumsal bir çözüm önererek *“Hemşirelik görev tanımını insanlara anlatmak, hemşireler arası iletişimi ve hemşire-hasta ilişkisini iyileştirmek”* gerektiğini belirtmiştir. Bu talepler, mesleki saygınlığın artması için kamuoyunun bilgilendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

- Şiddetle Mücadele ve Güvenli Ortam Sağlanması:

Sağlık çalışanlarının sıkça maruz kaldığı şiddet, birçok katılımcının yanıtında temel sorun alanı olarak öne çıkmıştır. Kişi 4 (Devlet Hastanesi, Hemşire), bu konuyu doğrudan *“Şiddetle ilgili önlemler”* şeklinde kısa ve net biçimde ifade ederken, Kişi 18 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli), şiddet sonrası iyileşme sürecine odaklanarak *“Beyaz Kod vb. şiddet olaylarında failin devlet tarafından psikolojik destek alması zorunlu olmalı, bu konuda taviz verilmemeli”* ifadesini kullanmıştır. Bu ifadeler, sadece caydırıcılığın değil, aynı zamanda travma sonrası destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

- Kurumsal Politikalar ve Toplumsal Algı Stratejileri:

Katılımcıların bir kısmı, mevcut algının değiştirilmesi için medya, sendika ve yönetim gibi araçların kullanılmasını önermektedir. Kişi 14 (Özel Hastane, Hekim), *“Toplumda doğru enformasyon araçları geliştirilmeli, sendikalar halkı bilinçlendirmeli”* önerisinde bulunurken, Kişi 10 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri), sağlıkta müşteri memnuniyeti odaklı yaklaşımı eleştirerek *“Hastaların her zaman haklı olduğu anlayışından vazgeçilmeli”* ifadesini kullanmıştır. Kişi 6 (Devlet Hastanesi, Sağlık Teknikeri) ise daha bütünsel bir perspektifle, *“İnsanca yaşanacak ücret ve güvenli çalışma ortamı. Halkımıza da ücretsiz, nitelikli, kamusal sağlık hizmeti sunulmalı.”* önerisinde bulunmuştur.

- Özlük Hakları ve Fiziki Koşulların İyileştirilmesi:

Bazı katılımcılar, doğrudan kurumsal iyileştirme ve çalışma koşullarının düzenlenmesine odaklanmıştır. Kişi 23 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel), bu durumu “*Sağlık yatırımlarının artırılması ve personel özlük hakları*” sözleriyle özetlemiştir. Kişi 24 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) ise, “*Çalışma saatlerine dair iyileştirmeler yapılmalı*” diyerek, iş yükünün düzenlenmesini önermiştir.

- Toplumsal Umutsuzluk ve Algı Değişmezliği:

Bazı katılımcılar atılan hiçbir adımın değersizleştirmeye yönelik düşünceyi tersine çeviremeyeceğini belirtmiş ve bu konudaki umutsuzluğunu dile getirmiştir. Kişi 21 (Özel Hastane, İdari Personel), “*Açıkçası işe yarar bir adım olduğunu düşünmüyorum. Ülkemizde belli meslekler dışında diğer meslekler yeterince değer görmüyor.*” Benzer şekilde, Kişi 22 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel), “*Hiçbir adımın değerimizi artıracığını düşünmüyorum*” ifadesiyle yapısal değersizliğe karşı bir dirençsizlik sergilemiştir.

Sağlık çalışanlarının toplum ve kurum tarafından daha fazla değer görmesi yönündeki önerileri, yalnızca görünürlük taleplerinden ibaret değildir. Katılımcılar, yapısal dönüşüm, sosyal iletişim stratejileri, eğitim politikaları, şiddetle mücadele mekanizmaları ve kamuoyu algısının değişimi gibi çok alanlarda politika geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, insana yakışır işin sağlanması için çalışanların aynı zamanda mesleki onuru ve sosyal itibarı da güvence altına alınmalıdır.

4.11.5 Sağlıkta Şiddete Karşı Toplumsal Farkındalık İçin Atılması Gereken Adımlar

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi, yalnızca yasal düzenlemelerle değil, toplumun bilinç düzeyinin artırılmasıyla da doğrudan ilişkilidir. Bu kapsamda katılımcılara yöneltilen “*Sağlık çalışanlarının şiddete karşı daha fazla korunmasını sağlamak amacıyla toplumda farkındalığı artırmak için hangi adımların atılması gerektiğini düşünüyorsunuz?*” sorusu, bireysel deneyimlerin ve çözüm önerilerinin değerlendirilmesine olanak tanımıştır.

Verilen yanıtlar beş ana başlık altında toplanmıştır: yasal yaptırımların güçlendirilmesi, toplumsal eğitim ve bilinçlendirme, medya ve kamu spotları aracılığıyla farkındalık, kurumsal güvenlik önlemleri, değer temelli kültürel dönüşüm ihtiyacı.

- Caydırıcı Yasal Düzenlemeler ve Uygulamalar:

Katılımcıların büyük bölümü, şiddetin önlenmesinde cezai yaptırımların artırılması gerektiğini vurgulamıştır. Kişi 1 (Özel Hastane, Hemşire), *“Yaptırımların uygulanması, şiddet yapan kişinin belirli bir süre sağlık sektöründen yararlanmasını engellemek”* önerisinde bulunmuştur. Kişi 7 (Özel Hastane, Sağlık Teknikeri) ise doğrudan *“Caydırıcı önlemlerin katılaşması gerektiğini düşünüyorum”* diyerek bu yönlü bir çözüm talep etmiştir. Kişi 20 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli) ise *“Daha sert ve kesin cezaların verilmesi”* gerektiğini vurgulamıştır. Bu tür talepler, yalnızca yasa çıkarılmasının değil, uygulamada kararlılık ve süreklilik sağlanmasının da oldukça önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

- Toplumsal Eğitim ve Kültürel Farkındalık:

Pek çok katılımcı, toplumun sağlık çalışanlarına yönelik tutumlarının aileden başlayan bir eğitimle şekillenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Kişi 9 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri), bu düşüncüyü şöyle dile getirmiştir: *“İnsanların özgürlük, adalet, ahlak ve erdem konularında aile içinden başlayarak eğitilmesi ve insana değer anlatılması gerektiğini düşünüyorum.”* Kişi 12 (Üniversite Hastanesi, Hekim) ise yapısal bir eleştiride bulunarak, *“Eğitim ailede başlar, toplumumuzda imkansız. Her alanda yöneticilerin ayrımcı ve nefret içerikli açıklamalarını bırakması lazım”* demiştir. Bu ifadeler, toplumsal farkındalığın dönüşüm gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

- Medya, Kamu Spotları ve Bilgilendirme Kampanyaları:

Katılımcılar, medya aracılığıyla yürütülecek bilinçlendirme çalışmalarının etkili olabileceğini belirtmiştir. Kişi 2 (Özel Hastane, Hemşire), *“Kamu spotları oluşturmak, halka gerekli yaptırımların uygulanması”* yönünde öneride bulunmuştur. Kişi 15 (Devlet Hastanesi, Hekim) benzer biçimde, *“Kamuoyunda reklamlarda sağlığın, sağlık çalışanlarının önemi vurgulanmalı; uygulanan yaptırımlardan bahsedilmeli”* ifadesini kullanmıştır. Kişi 22 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) ise görsel alanlara işaret ederek, *“Televizyonlarda ve gazetelerde, billboardlarda reklamların daha fazla sunulması gerektiğini düşünüyorum”* demiştir.

- Kurumsal Güvenlik Önlemleri:

Bazı katılımcılar, doğrudan hastane ortamında alınabilecek güvenlik önlemlerine dikkat çekmiştir. Kişi 4 ve Kişi 5 (Devlet Hastanesi, Hemşireler), *“Güvenlik önlemleri artırılmalı”* diyerek bu talebi net biçimde ortaya koymuştur. Kişi 13 (Üniversite Hastanesi, Hekim), güvenlik taramasının önemine vurgu yaparak, *“Hasta yakınlarının güvenlik cihazlarından geçirilmesi”* gerektiğini belirtmiştir. Kişi 8 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri) ise, bu konuda daha bütüncül bir çözüm önerisi sunmuştur: *“Caydırıcı cezalar, toplumsal eğitimler, yeterli, nitelikli ve yetkili güvenlik elemanları.”*

- Değer Temelli İletişim ve Mesleki Saygı:

Bazı katılımcılar, sağlık çalışanlarının topluma karşı konumlandırılmasında yapısal bir dönüşüm ihtiyacına vurgu yapmıştır. Kişi 11 (Devlet Hastanesi, Hekim) bu durumu şöyle özetlemiştir: *“Mesleki değerlerin yeniden kurulması, şiddet uygulamalara yeterli ve uygun caydırıcı cezaların verilmesi, hasta ve hekimin uygun ortamda karşılaşmalarının sağlanması.”* Kişi 24 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) ise sağlık çalışanlarına yönelik toplumsal algının yeniden oluşmasını savunarak, *“Yasal anlamda güvenin sağlanması, toplumun ‘benim vergimle maaş alıyorsunuz’ algısının değiştirilmesi”* gerektiğini belirtmiştir.

Katılımcıların görüşleri, sağlıkta şiddetin yalnızca bireysel bir suç değil, aynı zamanda toplumsal bilinç, kültürel değerler ve kurumsal yanıtlarla ilişkili yapısal bir sorun olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Gerek aileden başlayan eğitim süreçleri gerek medya aracılığıyla yürütülecek bilinçlendirme çalışmaları, gerekse yasal ve kurumsal düzenlemeler bütüncül bir toplumu bilgilendirme stratejisi parçaları olarak değerlendirilmelidir. İnsana yakışır bir çalışma ortamının oluşabilmesi için şiddetsiz bir sağlık sistemi temel öncelik olarak ele alınmalıdır.

4.11.6 Çalışma Yaşamına Dair Temel Sorunlar

Araştırmada yöneltilen *“Çalışma yaşamınıza dair yaşadığınız temel sorunlar nelerdir?”* sorusu, sağlık çalışanlarının mesleki gündelik yaşamlarında karşılaştıkları yapısal, yönetsel ve kişisel zorlukları doğrudan ifade etmelerine olanak tanımıştır. Elde edilen yanıtlar; fazla mesai ve iş yükü, maddi yetersizlik, örgütsel adaletsizlik ve güvensizlik, fiziki ve teknik yetersizlikler, şiddet ve değersizlik hissi, meslek dışı görevler gibi başlıklar altında sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların çeşitli kurumlardan ve meslek gruplarından oluşması, bu sorunların çeşitliliğini ve çok boyutlu yapısını ortaya koymaktadır.

- Fazla Mesai ve Aşırı İş Yükü:

Fazla çalışma saatleri ve personel yetersizliği birçok katılımcı tarafından ortak bir sorun olarak belirtilmiştir. Kişi 1 (Özel Hastane, Hemşire) “*Fazla mesai saati, az insan çok iş, özlük haklarımızın korunmaması*” diyerek bu durumu özetlemiştir. Kişi 4 (Devlet Hastane, Hemşire) de benzer biçimde “*Fazla mesai, iş yükü fazlalığı, yorulmak*” ifadeleriyle aynı sorunu dile getirmiştir. Kişi 10 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri) ise “*Aşırı iş gücü gereksinimi ve çevre illerden gelen hasta yoğunluğu*”na dikkat çekmiştir.

- Maddi Yetersizlik ve Ekonomik Baskılar:

Sağlık çalışanlarının bir diğer temel sorunu ücretlerin yetersiz oluşudur. Kişi 3 (Özel Hastane, Hemşire), “*Stres ve tükenmişlik, mali kaygılar*” ifadesiyle ekonomik koşulların ruh sağlığı üzerindeki etkisini de vurgulamaktadır. Kişi 5 (Devlet Hastane, Hemşire) ve Kişi 22 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) bu sorunu doğrudan “*Ücret yetersizliği*” ve “*Maddi yetersizlik (maaş)*” şeklinde ifade etmiştir.

- Adaletsizlik, Yetki Sorunu ve Güvensizlik:

Özellikle destek personeli ve bazı teknikerler, görev tanımlarına uygun olmayan işlerin dayatılması, adaletsizlik ve yönetsel güvensizlikten şikayetçidir. Kişi 17 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli) “*Görevimiz olmayan veya dayatılarak yaptırılan işler*” ifadesiyle bu durumu vurgulamıştır. Kişi 18 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli) “*Adaletsizlik ve güvensizlik*” yaşadığını belirtirken, Kişi 20 yine “*Adaletsizlik*” diyerek bu görüşü pekiştirmiştir.

- Fiziki Koşulların ve Altyapının Yetersizliği:

Çalışma ortamlarının fiziksel yeterliliği de sıklıkla eleştirilmiştir. Kişi 8 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri), “*Çok yoğun hasta, yetersiz personel, fiziki yetersiz bina ve altyapı*” vurgusu yaparken, Kişi 11 (Devlet Hastanesi, Hekim) bu sorunu daha teknik bir boyutta değerlendirmiştir: “*Yoğun hasta, tıbbi olanaksızlar (yatak sıkıntısı, bölümler arası yetersizlik), mekan darlığı.*” Kişi 12 (Üniversite Hastanesi, Hekim) de “*Fiziki yetersizlik, çalışma saatleri*” şeklinde temel sorunlara işaret etmiştir.

- Saygı Eksikliği, Şiddet ve Değersizlik Algısı:

Özellikle hekimler, toplumun olumsuz tutumları ve değersizlik hissinden duydukları rahatsızlığı dile getirmiştir. Kişi 14 (Üniversite Hastanesi, Hekim), *“Toplumun sağlık çalışanlarına düşmanca bakışı ve saygının azalması, ekonomik yoksulluk”* ifadeleriyle sosyal boyutu güçlü bir değerlendirme sunmuştur. Kişi 6 (Devlet Hastanesi, Sağlık Teknikeri) ise *“Emeğin değersizleştirilmesi, güvensiz çalışma koşulları, şiddet”* gibi birden çok soruna değinmiştir.

- Yoğunluk ve Zaman Yönetimi Sorunları:

İdari personel arasında çalışma saatlerinin uzunluğu ve bireysel zaman ayıramama öne çıkan diğer başlıklardandır. Kişi 21 (Özel Hastane, İdari Personel), *“Çalışma saatleri ve iş yükü. Bu sebeple özel sektörde iyileştirme çalışmaları yapılabilir”* ifadesiyle çözüm çağrısında bulunurken, Kişi 25 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel), *“Yoğunluk, kendime zaman ayıramamak”* diyerek bireysel yaşam üzerindeki baskıya işaret etmiştir.

Katılımcıların açık uçlu yanıtları, sağlık çalışanlarının yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda fiziksel, duygusal ve örgütsel düzeyde çok boyutlu sorunlarla karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Bu sorunlar bireysel tükenmişlikten, mesleki yabancılaşmaya; hizmet kalitesindeki düşüşten, toplumsal güvensizlik hissine kadar geniş bir etki alanına sahiptir. İnsana yakışır işin oluşabilmesi, bu sorunların bütüncül yaklaşımlarla çözümlenmesini zorunlu kılmaktadır.

4.11.7 Mevcut İktidarın Sağlık Politikalarına Yönelik Değerlendirmeler

Araştırma kapsamında katılımcılara yöneltilen *“Mevcut iktidarın sağlık çalışanları ile ilgili düzenlemelerini yeterli buluyor musunuz?”* sorusu, sağlık emekçilerinin sağlık politikalarına yönelik düşünce ve tutumlarını ortaya koymayı amaçlamıştır. Elde edilen yanıtlar, büyük ölçüde eleştirel bir çizgide toplanmış; yalnızca sınırlı sayıda katılımcı mevcut düzenlemeleri kısmen yeterli ya da geliştirilebilir olarak değerlendirmiştir. Bu görüşler dört ana başlık altında toplanabilir: politikaların yetersizliği, sağlıkta performans ve hasta odaklı sistem eleştirisi, değersizlik hissi ve güvencesizlik, kısmi memnuniyet ve iyileştirme umudu.

- Politikaların Genel Olarak Yetersiz Bulunması:

Katılımcıların büyük çoğunluğu, mevcut sağlık politikalarının çalışanların temel sorunlarına yanıt vermediği görüşündedir. Özellikle hemşireler ve sağlık teknikerleri tarafından yapılan değerlendirmeler doğrudan ve net bir şekilde “hayır” ifadesiyle verilmiştir. Kişi 1, 2, 3 (Özel Hastane, Hemşireler) ve Kişi 4 (Devlet Hastanesi, Hemşire) ortak biçimde “Hayır” yanıtını vermiştir. Kişi 8 (Üniversite Hastanesi, Sağlık Teknikeri) de bu pozisyonu destekleyerek “Hayır, bulmuyorum” demiştir. Kişi 14 (Özel Hastane, Hekim) ise “Hayır” diyerek hekimler arasında da bu eleştirinin ortaklaştığını göstermektedir.

- Performansa Dayalı Sistem ve Hekimlik Etiklerine Aykırılık:

Bazı hekimler, özellikle mevcut sistemin hasta memnuniyeti ve sayıya dayalı performans değerlendirmelerine dayanmasını eleştirmiştir. Kişi 11 (Devlet Hastanesi, Hekim) bu durumu çarpıcı biçimde ifade ederek şöyle demiştir:

“Kesinlikle hayır. Hekimin işini iyi yapmasını değil, hastaya reçete yazıp hastayı başından göndermesini talep ediyor iktidar. Bu doğru, ahlaklı, vicdanlı hekimlere denk düşmüyor bu hasta yoğunluğunda.” Bu ifade, sadece teknik eksikliklere değil, sistemin etik yapısına da yönelik güçlü bir eleştiriyi yansıtmaktadır.

- Değersizlik Hissi ve Sosyal Güvencesizlik:

Bazı katılımcılar, mevcut politikaların sağlık çalışanlarını toplum karşısında yalnızlaştırdığını ve değersizleştirdiğini ifade etmiştir. Kişi 20 (Üniversite Hastanesi, Destek Personeli), “Sağlık çalışanlarının vatandaş karşısında alçaltıldığını düşünüyorum” ifadesiyle, sosyal düzeyde yaşanan itibar kaybına dikkat çekmiştir. Kişi 22 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) ise sistemin zamanla daha da geriye gittiğini düşündüğünü açıkça belirterek, “Kesinlikle düşünmüyorum. Daha da geriye gittiğini düşünüyorum” demiştir. Benzer şekilde Kişi 24 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) de, “Hayır. Sağlıkta şiddet ve personel maaş ve ek ödemeleri arasındaki uçurumun düzeltilmesi gerekli” diyerek sistemsal adaletsizlik vurgusu yapmıştır.

- Kısmi Memnuniyet ve Geliştirme Potansiyeli:

Tüm eleştirel ifadelerin yanında bazı katılımcılar mevcut düzenlemeleri sınırlı ölçüde olumlu değerlendirmiştir. Kişi 5 (Devlet Hastanesi, Hemşire), “Eskiye oranla daha iyi” diyerek görece bir gelişmeye işaret etmiştir.

Kişi 23 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) ise “*Kısmen*” yanıtıyla genel memnuniyetsizlik eğilimine karşı farklılaşan bir pozisyon sergilemiştir. Kişi 25 (Üniversite Hastanesi, İdari Personel) daha yapıcı bir yaklaşım sunarak, “*Yeterli ama daha iyi olabilir*” demiştir. Bu ifadeler, az sayıda da olsa mevcut sistemin belirli yönlerinden fayda sağlandığını düşündüren bir bakış açısının varlığını göstermektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, mevcut iktidarın sağlık politikalarını yeterli bulmamakta ve yapılan düzenlemelerin temel sorunlara çözüm getirmediğini ifade etmektedir. Bu değerlendirmeler yalnızca ekonomik koşullara değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının mesleki bağımsızlığına, meslek etiğine ve toplumla olan ilişkilerine dair daha derin yapısal eleştirileri de içermektedir. Ancak az sayıda da olsa iyileşme ihtimaline dair olumlu görüşler mevcuttur. Tüm bu veriler, sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarının yalnızca teknik değil, etik, sosyal ve kurumsal düzeyde yeniden ele alınması gerektiğini göstermektedir.

4.12 Genel Değerlendirme ve Gözlemler

Araştırmanın açık uçlu soru bölümüne verilen yanıtlar, sağlık sektöründe görev yapan çalışanların mesleki deneyimlerine, beklentilerine ve karşılaştıkları zorluklara ilişkin önemli gözlemler sunmaktadır. Farklı meslek gruplarından ve kurum türlerinden gelen katılımcıların yanıtları; sektöre özgü ortak yapısal sorunları ve bu sorunların bireyler üzerindeki etkilerini çarpıcı biçimde ortaya koymuştur. Çalışma koşullarına dair değerlendirmelerde, sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü altında fiziksel ve ruhsal açıdan zorlandıkları, mevcut sistemin çoğu zaman bireysel emeği görünmez kıldığı ve buna karşılık hakkaniyetli bir karşılık sunmadığı anlaşılmaktadır. Özellikle fazla mesai, personel yetersizliği ve esnek olmayan nöbet sistemleri, birçok katılımcı tarafından iş-yaşam dengesini bozan ve tükenmişliği artıran etkenler olarak öne çıkarılmıştır. Bu durum, katılımcıların büyük bölümünün geleceğe dönük beklentilerini "erken ve huzurlu emeklilik" temelinde şekillendirmesine neden olmuştur.

Maddi koşullar ve ücretlendirme sistemi, sağlık çalışanlarının mesleki motivasyonlarını olumsuz etkileyen bir başka belirleyici faktör olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların çoğu, mevcut ücret politikalarının iş yükü ve sorumluluk düzeyi ile uyumlu olmadığını ifade etmiş; ek ödemeler, teşvik primleri ve özlük haklarının adil şekilde dağıtılmadığını vurgulamıştır.

Özellikle kamu hastanelerinde görev yapan personel, aynı pozisyonda bulunan çalışanlar arasında yaşanan gelir farklılıklarının kurum içi huzuru zedelediğine dikkat çekmiştir. Kurumsal yapı içerisindeki örgütsel iletişim, mesleki destek ve sendikal alanlarında ciddi eksiklikler bulunduğu, katılımcıların sendikalara karşı mesafeli ve güvensiz bir yaklaşım sergilemelerinden anlaşılmaktadır. Sendikaların işlevselliği konusunda duyulan kaygıların temelinde sendikaların yönetimle olan ilişkilerinde bağımsız hareket edememesi, siyasi etkilerden uzak duramaması ve üyeler nezdinde yeterli temsil kabiliyeti gösterememesi katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. Öte yandan, mesleki gelişim ve destek hizmetlerine erişimin sınırlı olması, çalışanların kendilerini yalnız, değersiz ve geleceğe dair umutsuz hissetmelerine yol açmaktadır.

Araştırmada öne çıkan bir diğer çarpıcı gözlem, sağlık çalışanlarının toplum tarafından yeterince takdir edilmediği ve emeklerinin görünür kılınmadığı yönündeki ortak algıdır. Katılımcılar, yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda sosyal düzeyde tanınma ihtiyacına vurgu yapmış; toplumun sağlık emekçilerine yönelik tutumunun saygıdan çok taleple şekillendiğini ifade etmişlerdir. Bu durum, şiddet olaylarının yaygınlaşması ve çalışanların kendilerini güvende hissetmemesi ile daha da derinleşmektedir.

Şiddetle mücadele konusunda dile getirilen görüşler, yasal yaptırımların yetersizliği kadar toplumsal bilinç düzeyinin düşüklüğüne de işaret etmektedir. Katılımcılar, yalnızca ceza politikalarının değil, medya yoluyla yürütülecek bilgilendirme kampanyalarının ve aileden başlayacak kültürel yapının yeniden şekillenmesinin de bu süreçte etkili olacağına inanmaktadır. Etnik ayrımcılık, sosyal diyalog ve aidiyet hissi bağlamında ise sağlık çalışanlarının çoğunluğu açık bir ayrımcılığa maruz kalmasa da karar alma süreçlerine katılamadıklarını, kurumsal iletişimde dışlayıcı veya ilgisiz bir ortamla karşılaştıklarını belirtmiştir.

Bu durum, çalışanların kendilerini sistem içinde söz sahibi değil, yalnızca uygulayıcı konumda görmelerine neden olmaktadır. Son olarak, mevcut iktidarın sağlık çalışanlarına yönelik politikaları da büyük ölçüde yetersiz bulunmuştur. Katılımcılar, yapılan düzenlemelerin temel sorunlara kalıcı ve yapısal çözümler getirmediğini, sistemin performans ve hasta memnuniyeti temelli yapısının hekimlik etiği ile çeliştiğini ve sağlık emekçilerini değersizleştirdiğini belirtmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının buyk çoğunluğu insana yakışır iş ilkelerinin yalnızca ücret artışıyla değil; güvenli, saygılı, adil, destekleyici ve katılımcı bir çalışma ortamıyla sağlanabileceğine inanmaktadır. Bu kapsamda, sektörde yapılacak her türlü reformun sağlık emekçilerinin deneyimlerinden beslenmesi, onların ihtiyaç ve beklentilerini öncelikli hale getirip, mesleki onur ilkesini temel alması gerekmektedir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, Türkiye sağlık sektöründe görev yapan sağlık çalışanlarının “insana yakışır iş” çerçevesinde karşılaştıkları sorunlar ve deneyimleri analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarının, Uluslararası Çalışma Örgütü’nün tanımladığı insana yakışır iş kriterlerinden önemli ölçüde uzak olduğunu göstermektedir. Nitel ve nicel veriler ışığında yapılan değerlendirmeler hem sektörel düzeydeki yapısal sorunların hem de bireysel düzeydeki memnuniyetsizliklerin varlığına işaret etmektedir.

Araştırma kapsamında Bolu ilinde çeşitli hastanelerde görev yapan toplam 25 sağlık çalışanı ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, çalışma ortamlarında iş yükü fazlalığı, personel yetersizliği, uzun mesai saatleri ve bununla orantısız ücret politikaları ile karşı karşıya olduklarını belirtmiştir. Bu durum, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen temel faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Özellikle hemşireler ve sağlık teknikerleri gibi doğrudan hasta bakımı sunan meslek grupları açısından yoğun iş temposu, mesleki açıdan tükenmişlik sendromuna ve motivasyon kaybına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının iş ortamlarında yaşadığı zorluklar aynı zamanda yaşam kalitelerini ve iş-yaşam dengelerini de ciddi şekilde bozmaktadır.

Çalışma koşullarının zorluğu kadar, mesleki tatminin düşük olması da dikkat çeken bulgulardan biridir. Katılımcılar, kurum içi liyakat eksikliği, hiyerarşik baskı, iletişim sorunları ve karar alma süreçlerine katılım eksikliği nedeniyle aidiyet duygusunun zayıfladığını ifade etmişlerdir. Bu durum, yalnızca bireysel düzeyde iş memnuniyetsizliğinde artış yaratmanın yanı sıra, aynı zamanda hizmet sunum kalitesini de dolaylı olarak etkilemektedir.

Sendikalaşma ve toplu pazarlık hakkı açısından ise sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı mevcut sendikal yapıları etkisiz bulmakta, örgütlü mücadeleye karşı güvensizlik duymaktadır. Sendikaların siyasal aidiyetler ve yönetsel baskılar nedeniyle bağımsız hareket edemedikleri düşüncesi, çalışanların sendikal örgütlenmeye katılımını sınırlayan temel faktörlerden biri olarak söylenebilir. Bu bağlamda, çalışanların kolektif haklarını kullanmalarına olanak sağlayacak, bağımsız ve katılımcı sendikal yapılara duyulan ihtiyaç gündeme gelmektedir.

Çalışanların iş ortamlarında karşılaştığı en önemli tehditlerden biri ise şiddet olgusudur. Özellikle kamu hastanelerinde görev yapan personel, hasta ve hasta yakınları tarafından sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu durum hem çalışan güvenliğini tehlikeye atmakta hem de mesleki motivasyonu olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırmada öne çıkan bir diğer bulgu da sağlık çalışanlarının toplumdan bekledikleri saygı ve takdirin giderek azaldığı yönündeki ortak algıdır. Bu algı, şiddet vakalarıyla birleştiğinde, sağlık çalışanlarının kendilerini yalnız ve değersiz hissetmelerine yol açmakta; kamu hizmeti bilincinin zayıflamasına neden olmaktadır.

Türkiye’de insana yakışır işe erişim önündeki engeller, sağlık sektörü özelinde daha belirgin bir şekilde hissedilmektedir. Yüksek düzeyde kayıt dışı istihdam, düşük reel ücretler, bölgesel farklılıklar ve kadın sağlık çalışanlarının karşılaştığı cinsiyet eşitsizlikleri sağlık emekçileri açısından bu süreci daha da karmaşık hale getirmektedir. Ekonomik dalgalanmalar ve siyasi istikrarsızlık, insana yakışır işe yönelik ilerlemeyi sekteye uğratabilmektedir. Ancak, uluslararası iş birliklerinden yararlanmak, sağlık çalışanlarına özgü işgücü reformlarını hayata geçirmek ve sektöre yönelik kapsayıcı politikalar geliştirmek adına önemli fırsatlar da bulunmaktadır.

Sağlık alanında mesleki eğitim ve öğretimin geliştirilmesine yönelik çabalar genç sağlık çalışanlarının istihdam olanaklarını artırabilir. Ayrıca hedeflenen politikalar yoluyla kadın sağlık çalışanlarının işgücüne katılımını desteklemenin yanı sıra, sektördeki çalışma barışını da güçlendirebilir ve insana yakışır işlerin sağlanmasına katkıda bulunabilir. Sosyal koruma sistemlerinin güçlendirilmesi ve kayıt dışı sektörler de dahil olmak üzere sağlık çalışanları açısından erişilebilirliğinin sağlanması kritik önem taşımaktadır (Demir, Sönmez ve Gül, 2023).

Türkiye’de insana yakışır işlerin teşvik edilmesine yönelik yapılacak çalışmalar için birkaç alana odaklanılmalıdır. İlk olarak, kayıt dışı çalışmanın azaltılması ve sağlık çalışanlarının tamamının sosyal güvenliğe dahil edilmesi elzemdir. Bu, sağlık kurumlarında denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi ve güvenceli istihdama yönelik teşviklerin artırılması yoluyla başarılabılır (Işığışık, 2018).

İkinci olarak, adil ücret politikaları oluşturmak, kadın sağlık çalışanlarına yönelik çocuk bakımı desteği sunmak ve güvenli çalışma ortamları sağlamak gibi hedefli müdahaleler yoluyla toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ele almak çok önemlidir. Kadın sağlık çalışanlarına yönelik özel mesleki gelişim destekleri ve esnek çalışma modelleri, bu alandaki eşitsizliklerin giderilmesine katkı sunabilir. (Yücel ve İzdeş, 2017).

Son olarak, sağlık sektöründe işverenler, sağlık çalışanları ve kamu otoriteleri arasında etkili bir sosyal diyalogun kurulması, hem çalışma koşullarının iyileştirilmesi hem de sektörel politikaların daha kapsayıcı biçimde şekillendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının temsilini güçlendirecek yapılar inşa edilmeden, insana yakışır iş hedefinin kurumsallaşması mümkün görünmemektedir. Bu çerçevede, sendikaların işlevsel roller üstlenebilmesi, yalnızca ücret ve özlük hakları konusunda değil, mesleki gelişim, iş sağlığı ve güvenliği gibi temel alanlarda da aktif politika üretimleriyle mümkün olmaktadır. Sendikaların rolünün güçlendirilmesi ve politika oluşturma süreçlerine aktif katılımlarının sağlanması faydalı olacaktır (Palaz, 2020).

Bu çerçevede, insana yakışır işlerin yaygınlaştırılmasına yönelik politikaların yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda toplumsal bir dönüşüm perspektifiyle ele alınması gerekmektedir. Eğitim sisteminden başlayarak, toplumsal cinsiyet rollerini dönüştürmeye yönelik farkındalık kampanyaları, erken yaşta toplumsal eşitlik bilincinin kazandırılması açısından kritik öneme sahiptir. Ayrıca, bölgesel farklılıkları gözeten yerel istihdam stratejileri geliştirilerek özellikle gençler ve kadınlar için dezavantajlı bölgelerde nitelikli iş olanakları yaratılmalıdır. Kapsayıcı ve uzun vadeli bir istihdam politikası, sadece ekonomik büyümeyi desteklemenin yanı sıra aynı zamanda sosyal adaletin ve toplumsal bütünleşmenin güçlenmesine de katkı sağlayacaktır.

Sağlık politikaları, sağlık sistemlerinin etkili bir şekilde işlemesini sağlamak ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştirmek için gereklidir. Türkiye’de son yıllarda sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmeye yönelik çeşitli reformlar uygulanmış olsa da, bu politikaların sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına etkisi sınırlı kalmıştır. Araştırma bulguları, sağlık emekçilerinin uzun çalışma saatleri, düşük ücretler, iş güvencesizliği ve mesleki destek eksikliği gibi sorunlarla karşı karşıya kaldığını ortaya koymakta; mevcut sağlık politikalarının bu yapısal sorunlara kalıcı çözümler üretmediğine işaret etmektedir.

Türkiye'de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmayı ve sağlık sektörünün sürdürülebilirliğini sağlamayı amaçlamıştır. Program, sağlık altyapısı, sağlık personeli eğitimi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konularında önemli değişiklikler ve iyileştirmeler getirmiştir (Cansever, 2021; Kahveci Ceylan, Azizoglu ve Mete, 2023; Aydın, Bölükbaşı, Demirci ve Doğanyigit, 2023).

COVID-19 pandemisi, Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarının ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) bazı yönlerini yeniden değerlendirme gerekliliğini gündeme getirmiştir. Her ne kadar sağlık sisteminin kriz anlarında gösterdiği esneklik ve hızlı müdahale kapasitesi dikkat çekici olsa da, bu süreçte sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü, kaynak yönetimindeki yetersizlikler ve sağlık altyapısının sürdürülebilirliğine ilişkin sorunlar daha görünür hale gelmiştir (Cansever, 2021). Bu durum, sağlık sisteminin yalnızca hizmet sunumu açısından değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının insana yakışır iş koşulları bağlamında da yeniden yapılandırılması gerektiğini göstermektedir.

2008 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS), sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlama hedefiyle önemli bir adım olmuştur (Çakır & Ekizer, 2024; Bulan & Özsarı, 2023; Ezer, 2023). Ancak bu çalışmada elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü, yetersiz personel dağılımı ve hizmet kalitesine ilişkin sorunlarının, yalnızca hizmet alanlar değil, hizmet sunanlar açısından da sağlık sisteminde yapısal eksiklikler bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, GSS gibi finansal kapsayıcılığı hedefleyen programların, sağlık emekçilerinin çalışma koşullarıyla birlikte ele alınmadığında, sistemin sürdürülebilirliğini tam anlamıyla sağlayamayacağını ortaya koymaktadır.

Tüm bu bulgular, sağlık çalışanlarının iş yaşamında karşılaştıkları güçlüklerin yalnızca sektörel değil, aynı zamanda sosyoekonomik, idari ve politik bağlamlarla da yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. İnsana yakışır iş kavramının içeriği, yalnızca bireyin işe erişimiyle sınırlı kalmamalı; işin niteliği, güvencesi, hakkaniyeti ve çalışana sağladığı yaşam kalitesiyle birlikte ele alınmalıdır. Dolayısıyla sağlık sektöründe çalışanların karşılaştığı mevcut koşullar, bu bütünsel çerçevenin birçok yönüyle zayıf kaldığını göstermekte; kapsamlı, eşitlikçi ve hak temelli politikaların geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Bu tez çalışması, sağlık çalışanlarının kendi ifadelerine dayalı olarak sorun alanlarını ve çözüm önerilerini bütüncül bir biçimde belgelemeyi amaçlamıştır.

Elde edilen bulgular, yalnızca mevcut durumu tespit etmekle kalmamış; aynı zamanda daha adil, kapsayıcı ve sürdürülebilir bir sağlık iş gücü politikası tasarımı için yön gösterici nitelikte olmuştur.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma, yalnızca Bolu ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan 25 sağlık çalışanı ile yürütülmüş olup, örneklem büyüklüğü ve coğrafi kapsam açısından sınırlı bir çerçevede gerçekleştirilmiştir. Katılımcı sayısının düşük olması ve örneklemin belirli bir bölgeyle sınırlı kalması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Ayrıca çalışma yalnızca sağlık sektörü ile sınırlı tutulmuş; bu durum, “insana yakışır iş” kavramının farklı sektörlerdeki yansımalarının değerlendirilmesini olanaksız kılmıştır. Bu bağlamda, ilerleyen araştırmalarda farklı illeri ve bölgeleri kapsayan, daha geniş örneklem gruplarıyla yürütülecek çalışmaların gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir. Bununla birlikte, farklı sektörlerde görev yapan çalışanların insana yakışır işe ilişkin algı ve deneyimlerinin karşılaştırmalı biçimde ele alınması, konunun daha kapsamlı bir biçimde anlaşılmasına ve sektörel farkındalığın artırılmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Aca, Z. ve Akdamar, E. (2022). Türkiye'de insana yakışır iş: Bağlam, kavramsallaştırma ve değerlendirme üzerine bir alan araştırması. *Journal of Management and Economics Research*, 20(1), 271–291.
- Ak Bingül, B., Ak, R. ve Türk, A. (2023). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ekseninde COVID-19 ve kadın yoksulluğu. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 422–430.
- Akpınar, B., Çınar, O. ve Akpunar, E. N. (2016). Sağlık çalışanlarının iş değiştirme nedenleri üzerinde bir analiz: Şanlıurfa ili örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(5), 1399–1426.
- Aksu, E., Erzan, R. ve Kırdar, M. G. (2022). Suriyelilerin kitlesel göçünün Türkiye iş gücü piyasasına etkisi. *Labour Economics*, 76, 102183.
- Aktaş, P., Hammond, J. ve Richardson, L. (2023). Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda performansa dayalı ödeme: Uygulamada takdir yetkisinin rolü. *International Journal of Public Sector Management*, 36(6/7), 530–545.
- Aracı, D. T., Demirci, M. ve Kırdar, M. G. (2022). Türkiye’de mültecilerin yerel halkın iş gücü piyasası sonuçlarına etkisi ve bölgesel gelişmişlik farkları. *European Economic Review*, 145, 104132.
- Arslan, A. (2023). Türkiye’de toplumsal cinsiyetin sağlık sektörüne olan etkisi. *Ekonomi, Sürdürülebilir Kalkınma ve İşletme Alanında Akademik Çalışmalar*, 47, 117–130.
- Aslan, Y., Zeybek, D. Ö., Zengin, O., Kavşur, Z. ve diğerleri. (2024). Sağlık sektörü çalışanlarının sürdürülebilir kalkınma farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi: Üniversite hastanesi örneği. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(3), 1069–1098.
- Aydan, S. (2023). Hekim göçü açısından Türkiye’nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 895–920.
- Aydemir, D., Ay, B., İlerler, E. ve Çavdar, U. (2024). Çalışma ortamlarında tehlike analizi: Türkiye ve Avrupa’da iş kazalarına yol açan unsurların karşılaştırılması. *Türk Mühendislik Araştırma ve Eğitimi Dergisi*, 3(2), 81–90.
- Aydın, G. Z., Bölükbaşı, F. B., Demirci, H. F. ve Doğanyığıt, P. B. (2023). Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin 100 yılında sağlık politikaları. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(Özel Sayı), 431–454.
- Ayta, F. ve Şen, M. (2023). Türkiye’de kadın istihdamının genel görünümü: İstihdamın artırılması kapsamında seçilmiş ülke örnekleri. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 9(2), 421–454.
- Bayar, A. A., Günçavdı, Ö. ve Levent, H. (2023). COVID-19 pandemisinin Türkiye’de işsizlik, gelir dağılımı ve yoksulluk üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. *Economic Systems*, 47(1), 101046.
- BBC Türkçe. (2024, Kasım 5). Aile hekimleri neden iş bırakıyor, yeni yönetmelik neden eleştiriliyor? <https://www.bbc.com/turkce/articles/c5yp66yljdro>
- Blustein, D. L. (2008). The role of work in psychological health and well-being: a conceptual, historical, and public policy perspective. *American psychologist*, 63(4), 228.

- Blustein, D. L., Lysova, E. I., & Duffy, R. D. (2023). Understanding decent work and meaningful work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 289-314.
- Boyacı, İ. (2020). Türkiye sağlık sisteminin dönüşümü (2003–2013): COVID-19 pandemisi ile mücadele sürecinde sağlık reformlarına yeniden bakış. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 59–80.
- Bulan, S. ve Özşarı, S. H. (2023). COVID-19'un sağlık sigortası sektörüne etkisi.
- Bulut, A. ve Şengül, H. (2020). Türkiye'de sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 45–54.
- Canatan, H. (2020). Afetlerde sürdürülebilir sağlık hizmetleri için güvenli hastane kavramının önemi üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(1), 55–60.
- Cansever, İ. H. (2021). Covid-19 sürecinde Türkiye'de sağlık politikaları. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(COVID-19 Özel Sayısı), 86–104.
- Çakır, K. ve Ekizer, A. (2024). Sağlık sosyolojisi ve sosyal politika ekseninde genel sağlık sigortası sistemi. *Scientific and Academic Research*, 3(1).
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2025). Çalışma hayatı istatistikleri e-bülteni. <https://www.csgb.gov.tr/cgm/tr/yayinlar/calisma-hayati-istatistikleri-ebulteni/>
- Çetinkaya, E. ve Yıldırım, S. (2012). 'İnsana yakışır iş' bağlamında Türkiye işgücü piyasasında kadınların durumu. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, (1), 153–172.
- Çoban, O., Çoban, A. ve Mirza, E. (2018). Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik faktörlerin etkisi: Bir logit analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 21(2), 117–131.
- Çolak, M. ve Esin, M. N. (2024). Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin psikomotor uyanıklığını etkileyen faktörler. *International Nursing Review*, 71(1), 84–93.
- Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye'de iller düzeyinde sağlık personeli dağılımı ve daha etkin politika ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235–254.
- Demir, Ö. I., Sönmez, B. ve Gül, D. (2023). İnsana yakışır işin sağlanması: Pandemi sonrası dönemde zorluklar ve fırsatlar. *Safety and Health at Work*, 14(3), 329–337.
- Deranty, J. P., & MacMillan, C. (2012). The ILO's Decent Work Initiative: Suggestions for an Extension of the Notion of "Decent Work". *Journal of Social Philosophy*, 43(4), 494-512.
- Dinçer, G. (2024). İşgücü piyasalarında beceri problemleri: Türkiye üzerine bir değerlendirme ve politika önerileri. *Politik Ekonomik Kuram*, 8(4), 906–921.
- DİSK-AR. (2024). Türkiye'de emeğin durumu: Emek araştırmaları 2020–2023. DİSK Yayınları.
- Duffy, R. D., Allan, B. A., England, J. W., Blustein, D. L., Autin, K. L., Douglass, R. P., ... & Santos, E. J. (2017). The development and initial validation of the Decent Work Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64(2), 206.
- Duman, A. (2020). Gelişmekte olan ülkelerde ücret kayıpları ve eşitsizlik: Türkiye'de Covid-19 kapanmalarının emek piyasası ve gelir dağılımı üzerindeki etkileri. *SSRN*.
- Durkheim, E. (2019). *The division of labor in society. In Social Stratification, Class, Race, and Gender in Sociological Perspective*, Second Edition (pp. 178-183). Routledge.

- Ekinci, N. (2021). Türkiye’deki sağlık çalışanlarının performansa dayalı ücret uygulaması hakkında görüşlerine dayalı araştırmaların değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, (2), 111–125.
- Ercan Şahin, N., Aslan, F. ve Emiroğlu, O. N. (2020). Türkiye’de lezbiyen, gey, biseksüel ve trans bireylerin sağlık durumu, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine erişimi. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 239–246.
- Erdoğan, S. ve Kutlu, D. (2014). Dünyada ve Türkiye’de çalışan yoksulluğu: İşgücü piyasası ve sosyal koruma politikaları bağlamında bir değerlendirme. *Çalışma ve Toplum*, 2(41), 63–114.
- Euronews. (2022, Şubat 8). Doktorlar ve sağlık çalışanları ‘özlük hakları’ için grevde. <https://tr.euronews.com/2022/02/08/doktorlar-ve-saglik-k-cal-sanlar-ozluk-haklar-icin-grevde>
- Eurostat. (2024). Employment rates by sex, age and citizenship (%). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>
- Ezer, B. (2023). Yurt dışında ikamet eden Türk vatandaşlarının Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanması. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 14(2), 441–455.
- Ferraro, T., Pais, L., Rebelo Dos Santos, N., & Moreira, J. M. (2018). The Decent Work Questionnaire: Development and validation in two samples of knowledge workers. *International Labour Review*, 157(2), 243–265.
- Filiz, M., Karagöz, Y. ve Karaşin, Y. (2023). Sağlık hizmetlerine erişimin seçmen davranışı üzerine etkisinin belirlenmesi: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (34), 472–486.
- Ghai, D. (2003). Decent work: Concept and indicators. *International Labour Review*, 142, 113–145.
- Gülen, G. C. (2020). Çalışma sürelerine ilişkin uluslararası çalışma standartları: Dünyada ve Türkiye’de çalışma saati uygulamaları. *İzmir İktisat Dergisi*, 35(4), 741–757.
- Günaydın, D. (2012). Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (60), 323–365.
- Günaydın, D. (2015). İnsana yakışır iş: Türkiye açısından bir değerlendirme. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 123–148.
- Gür, K. ve Samastı, M. (2021). Akıllı şehirlerde dezavantajlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 234–248.
- Gürler, S. A. (2021). Türkiye’de 2000–2020 yılları arasında fen eğitimi alanındaki gelişmeler. *Selçuk Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(2), 354–387.
- Güven, E. ve Tunalı, H. (2023). Sağlık harcamalarının iktisadi gelişmeye etkisi ve 2002–2021 yılları arasında ampirik bir uygulama. *Uluslararası Muhasebe ve Finans Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 32–42.
- Hamzaoglu, O. (2023). AKP’li yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanı: Neoliberal kamu sağlık sigortası modeli. *Toplum ve Hekim / Community & Physician*, 38(3), Makale no: belirtilmemiş.
- Hariadi, A. R. (2022). The effect of transformational leadership on employee performance: A survey study on the mediating role of readiness for change and work motivation. *International Journal of Research in Business and Social Science* (2147- 4478), 11(4), 252–263.
- ILO. (2021). The role of work in psychological health and well-being: A conceptual, historical, and public policy perspective. *American Psychologist*, 63(3), 228–240.

- International Labour Organization. (1944). Philadelphia Bildirgesi. <https://www.ilo.org>
- International Labour Organization. (2024, Şubat 5). <https://rshiny.ilo.org/dataexplorer9/> adresinden alınmıştır.
- Irmak, İ. (2024). Sektörel iş kazaları: Türkiye ve Avrupa Birliği ülkeleri üzerine bir değerlendirme (2015–2021). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1969–1979.
- Işığışık, Ö. (2005). 21. yüzyılda istihdam ve insana yakışır iş. Ezgi Kitabevi.
- Işığışık, Ö. (2018). Çalışma yaşamının kalitesinin artırılmasında “insana yakışır iş”. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 6(Özel Sayı), 302–311.
- İzgi, M. ve Öztürk Türkmen, H. (2012). Akdeniz Üniversitesi’nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti. *Turkish Journal of Public Health*, 10(3), 160–173.
- Janta, H., Ladkin, A., Brown, L., & Lugosi, P. (2011). Employment experiences of Polish migrant workers in the UK hospitality sector. *Tourism Management*, 32(5), 1006-1019.
- Kahveci Ceylan, B., Azizoğlu, F. ve Mete, M. (2023). Sağlık politikaları ve Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 186–203.
- Kar, A. ve Özer, Ö. (2020). Türkiye’de sağlık hizmetleri altyapı kaynaklarının, hizmet kullanım düzeylerinin ve sağlık sonuçlarının bölgesel düzeyde karşılaştırılması. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(20), 331–350.
- Karaduman, A. (2021). Toplumsal cinsiyet açısından sağlık hizmetlerine erişim. *Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences*, 8(14), 165–174.
- Karaman, B. ve Çerçioğlu, H. (2015). 0–1 hedef programlama destekli bütünsel AHP–VIKOR yöntemi: Hastane yatırımı projeleri seçimi. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 30(4), 733–744.
- Kargı, B. (2014). Labor force participation rate and economic growth: Observations for Turkey. *Universal Journal of Management and Social Sciences*, 4(4), 46–54.
- Kaufmann, C. (2008). *Declaration on social justice for a fair globalization*. ILO.
- Kaya, S. (2020). İnsana yakışır iş açığı: Çalışan yoksulluğu açısından bir değerlendirme. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (79), 55–106.
- Kayabek, İ. ve Çevik, C. (2022). Sağlık çalışanlarında iş yeri risk faktörleri ve korumaya ilişkin bir derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(2), 258–268.
- Keser, A. (2005). Çalışma yaşamı ile yaşam doyumu ilişkisine teorik bakış. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 55(1), 897–913.
- Keskin, R. ve Çavuş, Ö. H. (2020). İş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin sağlık sektöründe güvenlik kültürü üzerindeki etkilerinin analizi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 27(3), 627–644.
- Keynes, J. M. (1936). *The general theory of employment, interest and money*. Macmillan and Company.
- Kocaay, F. ve Küçük Biçer, B. (2022). Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği yeterlilik algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(2), 274–279.

- Koçoğlu, B. (2023). Sağlık hizmetlerinde finansman yönetimi. *Journal of Health and Management (Sağlık ve Yönetim Dergisi)*, 3(1), 10–30.
- Kutlu, G. ve Akbulut, Y. (2018). Hastanelerde kadın yöneticilere yönelik tutumlar: Türkiye örneği. *International Journal of Healthcare Management*, 13(sup1), 212–220.
- Kozan, S. ve İnce, E. (2019). Düşük gelirli Türk çalışanlarda insana yakışır iş ve iyi oluş: Çalışma psikolojisi kuramının sınanması. *Journal of Counseling Psychology*, 66(3), 317–327.
- Köroğlu, Ö. ve Bahar, E. (2021). Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin tükenmişlik algılarının işten ayrılma niyetlerine etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(4), 3453–3466.
- Mahon, R. (2021). IOs' Role in Global Social Governance: Family Policy. In *International organizations in global social governance* (pp. 187-206). Cham: Springer International Publishing.
- Marx, K. (2013). *Kapital: Birinci Cilt* (M. Selik ve E. Özalp, Çev.). Yordam Kitap. (Orijinal eser 1867'de yayımlanmıştır.)
- Masdonati, J., Schreiber, M., Marcionetti, J., & Rossier, J. (2019). Decent work in Switzerland: Context, conceptualization, and assessment. *Journal of Vocational Behavior*, 110, 12-27.
- Mathieu, J. E., Hollenbeck, J. R., van Knippenberg, D., & Ilgen, D. R. (2017). A century of work teams in the Journal of Applied Psychology. *Journal Of Applied Psychology*, 102(3), 452-467.
- Memişoğlu, D. ve Kalkan, B. (2016). Sağlık hizmetlerinde yönetim, inovasyon ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 645–665.
- Murat, D. ve Güzel, S. (2023). SAARC ve OECD ülkelerinde sağlık göstergeleri yeterliliğinin ARAS ve WASPAS ile analizi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(1), 53–75.
- Nebati, E. E., Vatansever, E. N. ve Makas, G. (2023). SWARA, ARAS ve WASPAS yöntemleri ile yeni şube yeri seçimi: Bir kargo firması örneği. *Fırat Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 35(1), 217–237.
- OECD. (2024). *Employment rate by sex and age group* (Veri seti). <https://stats.oecd.org/>
- OECD.Stat. (2022). *Average annual hours actually worked per worker*. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=Ave_HRS (Erişim Tarihi: 25.05.2025)
- Onaran, Ö. (2000). Türkiye’de yapısal uyum sürecinde emek piyasasının esnekliği. *Toplum ve Bilim*, 86(2), 194–210.
- Ören, E. D. T., Dereli, F. ve Sarı, H. Y. (2021). Engelli bireylerin sağlık hizmetine ve bakıma erişimi ile ilgili yaşadıkları sorunlar. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 185–192.
- Özata, M., Erdem, R. ve Bostan, S. (2022). *Sağlık kurumları yönetimi-2*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özer, Ö., Özkan, O., Özmen, S. ve Çıraklı, Ü. (2023). Investigation of the perception of occupational safety, work stress and happiness in healthcare workers. *Journal of Health Management*, 25(4), 813–819. <https://doi.org/10.1177/09720634221078413>
- Özkan, Ş. ve Yıldırım, T. (2022). General dentists staffing requirement based on workload in the public dental health centers in Turkey. *International Journal of Healthcare Management*, 15(4), 277–286.

Özyiğit, M., Çelik, A. ve Petek, A. (2019). Türkiye’de 1980 sonrası reel asgari ücretin belirleyicileri. *Çalışma ve Toplum*, 2(61), 1029–1068.

Pacheco, T. ve Clarke, S. (2020). Job security and the promotion of workers’ wellbeing in the midst of the COVID-19 pandemic: A study with Canadian workers one to two weeks after the initiation of social distancing measures. *International Journal of Wellbeing*, 10(3), 58–76.

Palaz, S. (2020). An analysis of labor unionization in Turkey: Legal framework and practical challenges. *Labour and Society*, 14(2), 123–145.

Parker, S. K. ve Ohly, S. (2008). Designing motivating work. R. Kanfer, G. Chen ve R. D. Pritchard (Ed.), *Work motivation: Past, present, and future* (s. 233–384) içinde. Routledge.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2024, 30 Eylül). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni*. Sağlık Bakanlığı.

Sevinç, Ş. ve Yılmaz, F. Ö. (2020). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansman yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 118-132.

Sen, A. (2014). *Development as freedom (1999)*. In *The globalization and development reader: Perspectives on development and global change* (p. 525). Wiley-Blackwell.

Shimazu, A., Nakata, A., Nagata, T., Arakawa, Y., Kuroda, S., Inamizu, N. ve Yamamoto, I. (2020). Psychosocial impact of COVID-19 for general workers. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12132.

Sunal, O. ve Alp, Ö. S. (2022). Türkiye’de reel asgari ücretler ve reel GSYİH değişimleri arasındaki nedensellik ilişkisi: Enflasyon oranına endekslenmiş bir nominal asgari ücret politikası. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (40), 1–24.

Şimşek, B. ve Mete, M. (2022). Sağlık sektöründe beklentilerin kuşak devriyle karşılanabilme oranının sentezlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (14), 95-106.

Şimşek, B. ve Mete, M. (2023). Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin sağlık coğrafyasına dayalı mortaliteye etkisi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (15), 133-154.

Tangthong, S. ve Trimetsoontorn, J. (2014). HRM practices and employee retention in Thailand—A literature review. *International Journal of Trade, Economics and Finance*, 5(2), 162–166.

Tekin Epik, M. ve Öztürk, M. (2020). Sağlık hizmetlerinde psikososyal riskler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(4), 451-467.

Terlikli, S. (2013). 1850 ve 1950 tarihleri arasında batı toplumlarında sanat, toplumsal yapı ve moda etkileşimi. (Kaynak eksik; yayınevi veya dergi bilgisi yoksa tamamlanmalı.)

Tosun, S., Aygün, O., Özdemir, H. Ö., Korkmaz, E. ve Özdemir, D. (2018). The impact of economic and social factors on the prevalence of hepatitis B in Turkey. *BMC Public Health*, 18, 1–9.

Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı (TÜSES). (2023). Sağlık sektöründe işçi sağlığı ve güvenliği. *Toplum ve Hekim*, 38(4), 292-310.

Urhan, B., & Etiler, N. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum*, 2(29), 191–216.

Uwishema, O. (2023). Addressing the effects of the earthquakes on Türkiye's health-care system. *The Lancet*, 401(10378), 727.

Uz, A. (2007). Kamu-Özel Ortaklığı / Public-Private Partnership (PPD) kavram ve hukuksal çerçeve. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(1), 1165–1182.

Ünlütürk, Ç. (2023). Sağlık hizmetleri dönüşürken hekim emeği nasıl dönüştü: Proleterleşme, şiddet ve göç. *Çalışma ve Toplum*, 4(79), 3311–3332.

Wånggren, L. (2023). Gender and precarity across time: Where are the writing working women? *Victorian Literature and Culture*, 51(4), 577–590.

Xu, Y., Liu, D., & Tang, D. S. (2022). Decent work and innovative work behavior: Mediating roles of work engagement, intrinsic motivation and job self-efficacy. *Creativity and Innovation Management*, 31(1), 49–63.

Yan, Y., Geng, Y., & Gao, J. (2023). Measuring the decent work of knowledge workers: Constructing and validating a new scale. *Heliyon*, 9(7), e17945.

Yavuz, Ş., & Gür, B. (2021). Sağlık kurumlarında çalışanların iş sağlığı ve güvenliği yönünden algı düzeylerinin incelenmesi. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 8(68), 961–974.

Yeldan, E. (2016). *Küreselleşme sürecinde Türkiye ekonomisi: Bölüşüm, birikim ve büyüme*. İletişim Yayınları.

Yücel, Y. Y. Ö. İ. (2017). Gelişmekte olan ülkelerde "insana yakışır iş"i ölçmek: Türkiye için öneriler. *Ekonomik Yaklaşım*, 1–37.

Yeşiltaş, A. (2015). Sağlık sektöründe kamu sendikalaşması. *Çalışma ve Toplum*, 4(47), 131–150.

Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı: Şehir hastaneleri üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 15–28.

Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423–440.

Yetkin Report. (2021, Aralık 15). Sabrı tükenen sağlık çalışanları protesto eyleminde. <https://yetkinreport.com/2021/12/15/sabri-tukenen-saglik-calisanlari-protesto-eyleminde/>

Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., Bilir, M. K., & Arı, H. O. (2020). Human resources for health in Turkey: Current situation, challenges and solutions. *Journal of Health Systems and Policies*, 2(2), 182–229.

Yılmaz, A., & İntepeler, S. S. (2023). Opinions of emergency nurses in Turkey on their work environment during the COVID-19 pandemic and its relationship with their health: A qualitative study. *Heliyon*, 9(12).

Yılmaz, A., & Karataş, T. (2023). Türkiye ekonomisinde ücret ve maaşlar: 1970–2021. *Çalışma ve Toplum*, 1(76), 159–181.

Yılmaz, K., & Güler, M. (2021). Gender disparities in Turkey's labor market: An analytical study. *Journal of Social Policy Studies*, 8(1), 56–78.

Yüksel, H. (2023). Türk hukuku'nda "sendika hakkı": 6356 ve 4688 sayılı kanunların mukayeseli analizi. *Sosyal Güvence*, (24), 1157–1195.

Zhang, C. (2023). CiteSpace-Based Review of Agricultural Biotechnology Applications. *Advances in Engineering Technology Research*, 8(1), 458-458.



EKLER

EK 1 Görüşmede Kullanılan Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

1. Demografik Bilgiler

- 1.1. Cinsiyetiniz
- 1.2. Yaş Aralığınız
- 1.3. Çalıştığınız Sağlık Kuruluşunun Türü
- 1.4. Çalışma Süreniz

2. Altyapı ile İlgili Sorular

- 2.1. Çalıştığınız Kurumda Temel Tıbbi Cihazlar (MR, BT, vb.) ve Teknolojik Altyapı Yeterli Mi?
- 2.2. Çalıştığınız Kurumun Fiziksel Koşullarını (Temizlik, Hasta Odalarının Durumu, Hijyen vb.) Nasıl Değerlendiriyorsunuz?
- 2.3. Sağlık Kuruluşunun Bölgesel Sağlık İhtiyaçlarına Yeterince Yanıt Verebildiğini Düşünüyor Musunuz?
- 2.4. Sağlık Hizmeti Sunarken Çalıştığınız Ortamın Yaptığınız İşin Gerekliklerini Yeterince Karşıladığını Düşünüyor Musunuz?

3. Personel Eksikliği ile İlgili Sorular

- 3.1. Çalışma Ortamınızda Personel Eksikliğini Hangi Düzeyde Hissediyorsunuz?
- 3.2. Personel Eksikliği Nedeniyle Görevlerinizde Aşırı İş Yükü Yaşıyor Musunuz?
- 3.3. Personel Eksikliğinin Sizin ve Hastaların Güvenliği Üzerindeki Etkilerini Değerlendirir Misiniz?

4. Sendikalaşma ve Çalışma Hakları ile İlgili Sorular

- 4.1. Çalıştığınız Kurumda Sendikalaşmaya Bakış Açısını Nasıl Değerlendirirsiniz?
- 4.2. Sendika Üyeliğiniz Var Mı?
- 4.3. Sendika Desteği İş Güvencenizi Veya Haklarınızı Artırmada Etkili Oluyor Mu?
- 4.4. İş Yerinizde İşçi Haklarının (Ücret, İzin, Sağlık Hakları vb.) Korunması İçin Sendikaların Katkısını Nasıl Değerlendirirsiniz?

5. Çalışma Koşulları ve İş Tatmini ile İlgili Sorular

- 5.1. Çalışma Saatlerinizi Yeterli Buluyor Musunuz?
- 5.2. İş Yerinizde Yeterli İş Güvenliği Önlemleri Alınıyor Mu?
- 5.3. İş Yerinizde İş Yükü Seviyeniz Nasıl?
- 5.4. Maaş Ve Diğer Maddi Haklarınızı Yeterli Buluyor Musunuz?
- 5.5. İş Yerinizde Sosyal Haklardan (İzin, Sağlık Sigortası Vb.) Yararlanabiliyor Musunuz?

6. İş Yaşam Dengesine İlişkin Sorular

- 6.1. İşinizin Özel Hayatınıza Etkisi Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?
- 6.2. İş Saatlerinin Esnekliği Hakkında Ne Düşünüyorsunuz?

7. Mesleki Destek ve Gelişim İmkanları ile İlgili Sorular

- 7.1. Çalıştığınız Kurumda Mesleki Gelişim Olanakları Yeterli Mi?
- 7.2. İşinizde Karşılaştığınız Zorluklarla Baş Etmede Destek Görüyor Musunuz?
- 7.3. Çalıştığınız Kurumda İşyerinde Psikolojik Destek veya Rehberlik Hizmeti Alabiliyor Musunuz?
- 7.4. Çalıştığınız Kurumda Mesleki Gelişiminizi Desteklemek İçin Eğitimlere veya Kurslara Katılımınız Konusunda Teşvik Ediliyor Musunuz?
- 8. Emek ve Çalışma Değerleri ile İlgili Sorular**
 - 8.1. Yaptığınız İşin Toplum Tarafından Yeterince Değer Gördüğünü Düşünüyor Musunuz?
 - 8.2. Çalışmalarınızın Emeğinizin Karşılığını Alacak Şekilde Ücretlendirilip Ücretlendirilmediğini Düşünüyor Musunuz?
 - 8.3. İşinizde Gösterdiğiniz Çaba ve Emek Karşılığında Maddi ve Manevi Tatmin Sağlıyor Musunuz?
 - 8.4. Çalıştığınız Kurumda Emeğin Değerini Korumaya Yönelik Politikalar Mevcut Mu?
- 9. Şiddet ve Güvenlik ile İlgili Sorular**
 - 9.1. Çalışma Hayatınızda Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kaldınız Mı?
 - 9.2. Çalışma Hayatınızda Hasta, Hasta Yakını Ve Kurum Tarafından Bir Mobbinge Maruz Kaldınız Mı?
 - 9.3. Çalışma Ortamınızda Şiddetle Karşılaştığınızda Başvurabileceğiniz Bir Destek Mekanizması Var Mı?
 - 9.4. Şiddete Karşı Alınan Önlemleri Nasıl Değerlendiriyorsunuz?
- 10. Etnik Ayrımcılık ve Sosyal Diyalog ile İlgili Sorular**
 - 10.1. Çalışma Ortamınızda Etnik Kökeniniz veya Kültürel Geçmişiniz Nedeniyle Ayrımcılığa Maruz Kaldığınızı Düşündünüz Mü?
 - 10.2. İş Yerinizde Etnik veya Kültürel Çeşitliliğe Saygı Gösterildiğini Düşünüyor Musunuz?
 - 10.3. Çalıştığınız Kurumda Çalışanlar Arasında Sosyal Diyalog (Açık İletişim, Fikir Alışverişi Vb.) Yeterli Düzeyde Sağlanıyor Mu?
 - 10.4. İşvereninizle Aranızda Sosyal Diyalogun (Açık İletişim, Karşılıklı Fikir Alışverişi, Geri Bildirim vb.) Yeterli Düzeyde Sağlandığını Düşünüyor Musunuz?
- 11. Genel Görüş ve Öneriler**
 - 11.1. Çalışma Koşullarınızda Görmek İsteddiğiniz En Önemli İyileştirme Nedir? (Açık Uçlu)
 - 11.2. Sağlık Sektöründe Sendikal Faaliyetlerin ve Altyapı Yatırımlarının Artması Gerektiğini Düşünüyor Musunuz? Lütfen Kısaca Açıklayın. (Açık Uçlu)
 - 11.3. Gelecekteki Çalışma Hayatınızla İlgili Beklentileriniz Nelerdir? (Açık Uçlu)

- 11.4. İşinizin Toplum Ve Kurumunuz Tarafından Daha Fazla Değer Görmesi İçin Ne Gibi Adımlar Atılabileceğini Düşünüyorsunuz? (Açık Uçlu)
- 11.5. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Karşı Daha Fazla Korunmasını Sağlamak Amacıyla Toplumda Farkındalığı Artırmak İçin Hangi Adımların Atılması Gerektiğini Düşünüyorsunuz? (Açık Uçlu)
- 11.6. Çalışma Yaşamınıza Dair Yaşadığınız Temel Sorunlar Nelerdir? (Açık Uçlu)
- 11.7. Mevcut İktidarın Sağlık Çalışanları İle İlgili Düzenlemelerini Yeterli Buluyor Musunuz? (Açık Uçlu)



EK 2 Aydınlatılmış Onam Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı:

İnsana Yakışır İş: Sağlık Sektörü Üzerine Bir İnceleme

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

"Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak danışmanlığında yürütülmektedir"

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine katılmaya davet edilmektesiniz. Bu araştırma, sağlık sektöründe çalışan bireylerin "İnsana Yakışır İş" kapsamında çalışma koşullarını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışma, iş hayatının fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlarını anlamayı ve mevcut durumun iyileştirilmesi gereken alanlarını tespit etmeyi hedeflemektedir.

Araştırma kapsamında yaklaşık 25 kişinin katılımı planlanmaktadır. Katılımcılar, sadece bir anket dolduracaktır. Anket, çalışma koşulları, iş yükü, iş güvenliği ve mesleki gelişim gibi konulara odaklanan sorular içermektedir. Tüm cevaplar anonim olarak kaydedilecektir. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır ve herhangi bir aşamada sonlandırılabilir. Araştırma, sağlık çalışanlarının iş koşullarının iyileştirilmesine yönelik önemli bir katkı sağlayacaktır. Daha fazla bilgi için lütfen bizimle iletişime geçin.

4. Neden ben seçildim?

Bu araştırma, sağlık sektöründe çalışan bireylerin deneyimlerini ve görüşlerini anlamayı amaçlamaktadır. Siz de bu sektörde çalışan biri olduğunuz için çalışmamızın hedef kitlesi içerisinde yer alıyorsunuz. Araştırmada toplamda yaklaşık 25 katılımcı yer alacaktır. Katılımcılar, çalışmanın konusuyla ilgili tecrübe ve bilgiye sahip sağlık çalışanları arasından gönüllülük esasına göre seçilmektedir.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmayı reddetmek ya da katılmayı kabul ettikten sonra herhangi bir aşamada araştırmadan çekilmek, hiçbir cezaya ya da sağlanacak herhangi bir yararın kaybına yol açmaz. Araştırmaya katılımınız için herhangi bir baskı veya zorlama söz konusu olmayacaktır.

Araştırma anonim bir anket çalışmasıdır; bu nedenle cevaplarınız kimliğinizle ilişkilendirilmeyecek ve katılımınızı sonlandırmanız durumunda bu bilgiler üzerinde herhangi bir değişiklik yapılamayacaktır. Katılmayı kabul edip daha sonra herhangi bir aşamada çalışmadan çekilmeye karar vererseniz, bu kararınız için bir neden belirtmeniz gerekmez ve bu durumdan dolayı hiçbir şekilde olumsuz bir sonuçla karşılaşmazsınız.

Eğer araştırmacıyla ya da araştırmaya katılan bir kuruluşla herhangi bir bağımlı ilişkiniz varsa (örneğin, öğrencisi ya da çalışanı olmanız gibi), bu durum araştırmaya

katılmayı reddetme veya çalışmadan çekilme kararınızın akademik ya da mesleki hayatınızda hiçbir olumsuz etkisi olmayacağını garanti eder.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, yalnızca bir anket formunu doldurmanız beklenmektedir. Anket, çalışma yaşamı deneyimleriniz, iş yükünüz, iş güvenliği, mesleki gelişim olanakları ve iş tatmini gibi konularda sorular içermektedir. Anket soruları, çoktan seçmeli, derecelendirme ölçekli ve açık uçlu formatlarda düzenlenmiştir.

Anketin tamamlanması yaklaşık 15-20 dakika arasında sürecektir. Katılım sırasında herhangi bir özel gereklilik yoktur; belirli bir kıyafet giymeniz veya önceden hazırlanmanız gerekmemektedir. Araştırma sürecinde görüntü kaydı alınmayacak ve fotoğraf kullanılmayacaktır.

Ankete verdiğiniz tüm yanıtlar anonim kalacak ve yalnızca araştırmanın amacı doğrultusunda kullanılacaktır. Elde edilen veriler, araştırmanın tamamlanmasının ardından gizlilik ilkelerine uygun şekilde arşivlenecek ve sadece araştırmacı tarafından erişilebilir olacaktır. Veriler, gelecekte yapılacak bilimsel çalışmalar için yalnızca anonim bir şekilde kullanılabilir. Araştırma süresince ya da sonrasında kimliğinizin belirlenebilir herhangi bir bilgiyle ilişkilendirilmesi söz konusu değildir.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Bu araştırmaya katılmanın bilinen herhangi bir fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal veya ekonomik riski yoktur. Anket yalnızca iş yaşamı ve deneyimlerinize yönelik sorular içerdiğinden, katılımcıların rahatsızlık hissetmesini gerektirecek bir durum öngörülmemektedir. Ancak, çalışma sırasında herhangi bir sorunun sizi rahatsız ettiğini hissederseniz, soruyu yanıtsız bırakabilir ya da araştırmadan çekilme hakkınızı kullanabilirsiniz.

Beklenmeyen herhangi bir zarar veya rahatsızlık durumunda, bu durum size veya vekilinize derhal bildirilecek ve gerekli destek sağlanacaktır. Araştırma süreci boyunca size herhangi bir rahatsızlık ya da zarar verme ihtimalini en aza indirmek için tüm önlemler alınmıştır. Ayrıca, katılımcı haklarınızın korunmasını sağlamak için etik kurallar titizlikle uygulanmaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanın size doğrudan bir faydası bulunmamaktadır. Ancak, bu araştırma, sağlık sektöründe çalışanların iş yaşamı deneyimlerini ve çalışma koşullarını anlamaya yönelik önemli bilgiler sağlayacaktır.

Elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının iyileştirilmesine ve "İnsana Yakışır İş" kriterlerinin daha etkin şekilde uygulanmasına katkı sağlama potansiyeline sahiptir. Araştırma sonuçlarının, sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorlukların daha iyi anlaşılmasına, politika ve uygulamaların geliştirilmesine ve dolayısıyla gelecekte sağlık sektöründeki çalışma koşullarının iyileştirilmesine fayda sağlayacağı umulmaktadır.

Araştırmaya katılımınız, bu önemli hedeflere ulaşılması için değerli bir katkı sağlayacaktır. Bu araştırmada katılımcılara herhangi bir maddi veya manevi teşvik sunulmamaktadır. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup, herhangi bir baskı ya da ödül uygulamasına yer verilmemektedir. Bu, çalışmanın tarafsızlığını ve güvenilirliğini korumak adına önemlidir.

9. Araştırma masrafları:

Araştırma sürecinde, katılımcılardan veya bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarından herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılımınız tamamen ücretsizdir ve tüm masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

Ankete katılmak veya araştırma sürecinde yer almak için hiçbir mali yükümlülüğünüz bulunmamaktadır.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Bu araştırma minimal risk taşımaktadır ve herhangi bir fiziksel, psikolojik ya da ekonomik zarar beklenmemektedir. Ancak, beklenmedik bir durum olması halinde, bu durum derhal size bildirilecek ve gerekli destek sağlanacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz veya bir sorun yaşarsanız, doğrudan araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz. Araştırmanın doğası gereği tıbbi tedavi gerektirecek bir durum öngörülmemektedir. Ancak, ihtiyaç duyulması halinde araştırmacı gerekli yönlendirmeleri sağlayacaktır. Daha fazla bilgi almak veya herhangi bir sorun durumunda bize ulaşmak için iletişim bilgilerimizden bize ulaşabilirsiniz. Herhangi bir zarar ya da rahatsızlık durumunda tüm süreç titizlikle takip edilecek ve katılımcı haklarınızın korunması öncelikli olacaktır.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Bu araştırmada kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Veriler anonim olarak toplanacak, yani kimliğinizi tanımlayacak herhangi bir bilgi kaydedilmeyecektir. Her katılımcı için bir kod numarası kullanılacak ve veriler bu kodlarla ilişkilendirilecektir. Bu sayede kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde analiz edilen veya raporlanan verilere bağlanamayacaktır. Elde edilen verilere yalnızca araştırmayı yürüten kişi erişebilecektir. Veriler, güvenli bir şekilde saklanacak ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Eğer veriler gelecekte başka araştırmalarda kullanılacaksa, bu kullanım tamamen anonim şekilde ve yalnızca bilimsel amaçlarla olacaktır. Katılımcıların açık onayı olmadan hiçbir kimlik bilgisi ya da veri paylaşımı yapılmayacaktır. Tüm veriler, araştırma tamamlandıktan sonra belirli bir süre boyunca şifre korumalı bir dijital ortamda saklanacak ve daha sonra kalıcı olarak silinecektir. Eğitim veya bilimsel yayınlarda kullanılacak bilgiler yalnızca genel sonuçlar ve anonim verilere dayalı olacaktır. Gizliliğinizin korunması, araştırmanın en önemli önceliklerinden biridir.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma tamamlandıktan sonra, elde edilen genel sonuçlar hakkında katılımcılar bilgilendirilecektir. Eğer isterseniz, çalışmanın özet raporu veya yayınlanan makalelerin bir kopyasını almanız sağlanacaktır.

Bu konuda bilgi almak için araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz. Sonuçlar, anonim olarak toplandıktan, bireysel yanıtlarınızla ilişkilendirilmiş bir geri bildirim sağlanması mümkün değildir. Ancak, çalışmanın genel bulguları sağlık sektöründe çalışma koşullarını anlamaya ve iyileştirme önerileri geliştirmeye yönelik önemli bilgiler sunacaktır. Katılımınız bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma sonuçları, yüksek lisans tezi, bilimsel raporlar, makaleler ve konferans bildirileri gibi akademik yayınlarda kullanılacaktır. Bu yayınlarda katılımcıların kimlik bilgileri kesinlikle yer almayacak ve anonim veriler kullanılacaktır. Katılımcıların kimliğini ifşa edebilecek herhangi bir bilgi paylaşımına garanti ederiz. Elde edilen anonim veriler, gelecekte yapılacak benzer araştırmalarda veya bilimsel çalışmalarda kullanılabilir. Ancak, bu durum yalnızca verilerin gizliliğinin tamamen korunması ve etik kurallara uygun şekilde gerçekleştirilmesiyle sınırlıdır.

Veriler, sadece araştırma amacıyla ve bilimsel bağlamda değerlendirilecektir. Katılımcıların açık onayı olmaksızın, veriler başka herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Araştırma, katılımcı hakları veya herhangi bir sorunuz, endişeniz ya da zarar durumunda irtibat kurabileceğiniz bilgiler aşağıda yer almaktadır:

Sorumlu Araştırmacı:
Kurum: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi (Öğrenci)
Adres: BAİBÜ Gököy Yerleşkesi, 14030 Bolu Merkez/Bolu
Telefon:
E-posta:

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgi almak veya herhangi bir sorunuz olduğunda yukarıdaki iletişim bilgilerinden bizimle doğrudan iletişime geçebilirsiniz. Ayrıca, araştırma sırasında katılımcı haklarınızla ilgili detaylı bilgi almak için yine bu bilgilerden ulaşabilirsiniz.

15. Teşekkür:

Bu araştırmaya katılarak sağladığınız değerli katkı için teşekkür ederiz. Katılımınız, sağlık sektöründe çalışma koşullarını ve çalışanların deneyimlerini daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Araştırmamıza zaman ayırarak destek verdiğiniz için minnettarız.

16. İAEK onayı:

Bu araştırma, Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Bilgilendirme formu, ilgili etik kurulun antetli kağıdına karar numarası ile basılmıştır. Karar numarası ve onay detayları araştırma formunun üzerinde yer almaktadır. Etik kurallara uygun olarak yürütülen bu araştırma, katılımcı haklarını koruma ve sürecin şeffaflığını sağlama amacı taşımaktadır.

17. Şikâyet için

Bu araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı Başkanı bildirebilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Bilgilendirme Formu ve Onam Formu

Bu bilgilendirme formu, katılımcıda kalacaktır. Araştırmaya katılmadan önce, onam formunun tarafınızdan dikkatlice okunarak imzalanması gerekmektedir. Onam formu, araştırmaya katılımınızın tamamen gönüllü olduğunu ve haklarınızın korunduğunu onayladığınızı göstermek amacıyla kullanılacaktır. İmzaladığınız onam formu, araştırmacı tarafından saklanacak ve gizlilikle korunacaktır.

ONAM FORMU

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda İAEK tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: İnsana Yakışır İş: Sağlık Sektörü Üzerine Bir İnceleme

	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 3 2015- 2022 Yılları Arasında Türkiye ve OECD Ülkelerinde Hekim Sayısının Cinsiyete Göre Dağılımı ve 100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı

Ülke	Yıl	Kadın Hekim	Erkek Hekim	Toplam Hekim	Nüfus	100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı
Türkiye	2015	56 454	84 805	141 259	78.741.053	179,4
	2022	82 758	111 930	194 688	85.372.377	228,1
Avustralya	2015	33 370	50 120	83 490	23.816.000	350,6
	2022	47 606	59 447	107 057	26.014.399	411,5
Avusturya	2015	20 418	23 357	43 775	8.642.699	506,5
	2022	24 272	24 970	49 242	9.041.851	544,5
Belçika	2015	33 370	50 120	83 490	11.274.196	740,6
	2022	18 266	19 853	38 119	11.680.210	326,4
Kanada	2015	13 822	20 198	34 020	35.704.498	95,3
	2022	50 501	58 721	109 239	38.935.934	280,5
Şili	2015	15 288	23 292	38 580	18.047.625	213,8
	2022	27 921	34 219	62 140	19.553.036	317,7
Kolombiya	2015	39 561	48 809	88 370	46.969.940	188,1
	2022	62 945	64 421	127 366	51.737.944	246,2
Çekya	2015	-	-	-	-	-
	2022	25 703	19 352	45 055	10.672.118	422,0
Danimarka	2015	11 203	11 135	22 338	5.683.483	393,0
	2022	14 663	11 783	26 446	5.903.037	448,0
Estonya	2015	3 350	1 142	4 492	1.315.407	341,4
	2022	3 404	1 279	4 683	1.348.840	347,2
Finlandiya	2015	9 331	5 454	14 785	5.479.531	269,8
	2022	9 753	6 206	15 959	5.556.106	287,2
Fransa	2015	88 298	118 390	206 688	66.548.272	310,7
	2022	129 945	130 844	260 789	68.065.015	383,2
Almanya	2015	154 568	183 561	338 129	81.686.611	413,9
	2022	186 415	194 834	381 249	83.797.985	454,9
Yunanistan	2015	25 949	37 917	63 866	10.820.883	590,2
	2022	30 264	38 205	68 469	10.436.882	655,9
Macaristan	2015	17 035	13 451	30 486	9.797.755	311,2
	2022	19 250	14 223	33 473	9.605.074	348,5
İzlanda	2015	467	782	1 249	330.815	377,6
	2022	803	873	1 676	382.003	438,7
İrlanda	2015	6 334	8 332	14 666	4.701.957	311,9
	2022	8 239	8 941	17 180	5.212.836	329,5
İsrail	2015	10 513	15 218	25 731	8.380.100	307,1
	2022	13 536	19 599	33 135	9.557.500	346,8
İtalya	2015	94 959	138 143	233 102	60.229.605	386,9
	2022	150 661	165 960	316 621	59.013.667	536,7
Japonya	2015	-	-	-	-	-
	2022	77 905	253 187	331 092	125.124.989	264,6
Kore	2015	25 486	88 836	114 322	25.575.350	447,3
	2022	34 081	101 047	135 128	26.328.845	513,1
Letonya	2015	4 706	1 618	6 324	1.977.527	319,9
	2022	4 741	1 650	6 391	1.879.383	340,1
Litvanya	2015	9 405	4 085	13 490	2.911.109	463,4
	2022	8 959	3 621	12 580	2.831.639	444,1

Lüksemburg	2015	564	1 093	1 657	569.604	291,0
	2022	-	-	-	-	-
Meksika	2015	33 370	50 120	83 490	121.072.306	68,9
	2022	-	-	-	-	-
Hollanda	2015	124 016.96	159 258.04	283 275	16.939.923	349,2
	2022	40 717	29 032	69 749	17.700.982	393,9
Yeni Zelanda	2015	6 679	8 531	15 210	4.609.400	330,1
	2022	8 971	9 780	18 753	5.117.100	366,5
Norveç	2015	10 177	11 056	21 233	5.188.607	409,2
	2022	14 235	12 548	26 783	5.457.127	491,0
Polonya	2015	50 343	38 094	88 437	37.986.412	232,8
	2022	77 078	54 348	131 426	36.821.749	356,9
Portekiz	2015	25 832	21 960	47 792	10.358.076	461,4
	2022	34 427	25 268	59 695	10.434.332	572,1
Slovakya	2015	10 759	7 960	18 719	5.423.801	345,2
	2022	11 988	8 246	20 234	5.431.752	372,4
Slovenya	2015	3 637	2 193	5 830	2.063.531	282,6
	2022	4 561	2 557	7 118	2.112.076	337,0
İspanya	2015	93 867	84 733	178 600	46.422.303	384,7
	2022	120 300	86 667	206 967	47.786.102	433,4
İsveç	2015	19 697	21 205	40 902	9.799.186	417,5
	2022	24 221	22 697	46 918	10.486.941	447,4
İsviçre	2015	14 100	20 662	34 762	8.282.396	419,7
	2022	18 040	21 322	39 362	8.777.088	448,5
Birleşik Krallık	2015	82 266	91 436	179 162	65.088.000	275,3
	2022	109 132	110 695	220 274	67.604.000	325,9
Amerika Birleşik Devletleri	2015	290 057	537 204	827 261	321.815.121	257,1
	2022	350 894	555 533	906 427	334.017.321	271,4

Kaynak: OECD Data Explorer (2024); World Bank nüfus verilerinden yazar tarafından oluşturulmuştur
(Erişim tarihi: 17.06.2025)