



Olağanüstü Bakım: Kavramsal Bir Tanıtım ve Türk Sağlık Sistemi Bağlamında Kısa Bir Değerlendirme

Isparta Okulu Dergisi
2025, Cilt: 5(1), s.34-51
<https://ispartaokuludergisi.com>
iodergisi@gmail.com

Hatice GÜNEŞ¹

Brilliant Care: A Conceptual Introduction and a Brief Assessment in the Context of the Turkish Healthcare System

Extended Summary

Quality in healthcare is mostly defined by external authorities focused on reducing errors and meeting minimum standards. While this approach is necessary for patient safety, it does not sufficiently reflect the human and relational dimensions of care. This situation has brought to the fore the need for a brilliant healthcare approach that exceeds expectations and focuses on care practices that are experienced as extraordinary. This approach signifies a shift in mindset, moving service delivery away from standard procedures toward a relationship management model that prioritizes human interaction and psychosocial needs.

The current literature's heavy focus on problems, errors, and failures renders invisible the positive experiences and practices that exceed expectations already in healthcare services. The concept of brilliant care arose from the need to make these positive practices visible. This study aims to address the theoretical background, fundamental dimensions, and areas of application of this emerging approach in healthcare and to introduce the concept to the Turkish literature.

Brilliant health service management focuses on people, relationships, and value rather than technical excellence. Karimi and colleagues (2019) state that this approach is shaped around the components of teamwork, leadership, innovation, brilliant individuals, empowerment, and patient centered care.

Brilliant care can be defined as care that exceeds expectations, is relationally rich, and is often provided in an improvisational manner. It goes beyond the standard understanding of good care and emerges particularly in unexpected, human, and emotional moments. The theoretical foundations of the concept are based on the logic of care, the theory of extension and construction, emotional labor, and

¹ Arş. Gör. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi, haticeyigit@sdu.edu.tr

the ethics of care. Brilliant care does not have to be expensive; it often materializes through small but meaningful micro gestures.

Brilliant care is made possible through the four fundamental dimensions defined by Dadich (2025). It expresses a sincere alignment with the needs of the care recipient through relational orientation, empathy, active listening, and trust building, and is closely related to care ethics. Attentive engagement is the practical counterpart of this orientation; it involves full presence and mental focus during the care interaction. Working with and beyond technique refers to going beyond the necessary technical competence to adapt care to contextual needs. Embracing care as a shared responsibility transforms the care process into a collective effort among patients, caregivers, and managers, requiring role flexibility.

Brilliant care is inherently contextual and manifests in different forms across various clinical settings. In palliative care, proactive action, flexibility, and team capacity are prominent (Collier et al., 2019). In renal care, relationship centered service delivery and team cohesion are prominent (Kippist et al., 2020). In pediatric tube feeding, emotional support, normalization, and small gestures gain importance (Dadich et al., 2023a). In elderly care, getting to know the individual closely and granting autonomy to caregivers are among the fundamental elements (Dadich et al., 2023b). The common elements in all these areas are the quality of human relationships, role flexibility, proactive behavior, and collective responsibility.

Although brilliant care can emerge through individual dedication and relational sensitivity, it cannot be considered independently of the structural and organizational context in which it develops. There are significant structural problems in the Turkish healthcare system that make it difficult for brilliant care to emerge in a sustainable and widespread manner. Ineffective referral chains and the de facto elimination of tiered healthcare services lead to high patient volumes at the second and third tiers. This situation, combined with increased workload, high patient numbers per physician, and shorter consultation times, limits relational care.

The quantity focused, performance based payment system weakens teamwork, encourages individual competition, and instrumentalizes the care relationship. Performance pressure can steer healthcare workers toward procedures that yield high points rather than medical necessity, transforming the patient healthcare worker relationship into a customer seller relationship. In addition, violence in healthcare, fear of complaints and lawsuits, increases the tendency toward defensive medicine; this situation seriously weakens the relational orientation, attentive participation, and contextual flexibility required for brilliant care. However, brilliant care is considered possible in contexts where the relational field is broader at the micro level, such as elderly care, palliative care, oncology, and family medicine.

In conclusion, brilliant care refers to a form of care that goes beyond standard and technically adequate practices and is shaped by contextual, relational, and ethical dimensions. Realising this approach requires not only individual

commitment but also supportive organisational conditions and a shared sense of responsibility. Despite structural constraints within the Turkish healthcare system, practices of brilliant care continue to emerge at the micro level. Making these practices visible and institutionally supported is critical for advancing human centred healthcare services.

Keywords: Healthcare, Brilliant Healthcare, Brilliant Care, Relational Orientation

Giriş

Sağlık hizmetlerinde “kalite” çoğunlukla devlet, politika yapıcılar, kamuoyu gibi dışsal faktörler tarafından değerlendirilmekte ve belirlenmektedir. Bu kalite anlayışı, sağlık çalışanlarının iç değerlendirmelerinden çok, dış otoritelerin belirlediği standartlara dayanmaktadır. Ancak bu dışsal otoritelerin kalite ölçütlerinin olumsuz (hatalar, hasta güvenliği sorunları vb.) olayları istenen düzeyde azaltamaması farklı bir yaklaşım ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu durum, sadece hataları azaltmayı hedefleyen yaklaşımların ötesine geçip beklentileri aşan bir hizmet mükemmelliği anlayışının gerekliliğine işaret etmektedir (Karimi et al., 2019: 176). Bu çerçevede kaliteyi sadece “hata azaltma” ile sınırlamayan, “olağanüstü hizmet” üzerinden tanımlayan yaklaşımları önem kazanmaya başlamıştır. Olağanüstü sağlık hizmetleri ve dolayısıyla “olağanüstü bakım” kavramı da bu arayışın bir yansıması olarak ortaya çıkmıştır. Olağanüstü sağlık hizmetleri yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde mükemmelliği teşvik edebilmek için verimlilik ve standart prosedürlere dayalı “hizmet sunumu” modelinden, insan etkileşimini ve psikososyal ihtiyaçları merkeze alan bir “ilişki yönetimi” modeline geçişi ifade eden temel bir zihniyet değişikliğine işaret etmektedir (Dadich et al., 2015).

Bununla birlikte sağlık hizmetleri literatürünün daha çok boşluklar, sorunlar ve aksaklıklar üzerine yoğunlaşması halihazırda var olan iyi uygulamaların ve beklentiyi aşan bakım uygulamalarının görünürlüğünü gölgelemektedir. Sürekli sorun arayan bu tek yönlü yaklaşım, hastalar ile bakım verenlerin olumlu deneyimlerini görünmez kılmakta, sağlık çalışanlarını çoğu zaman sistemin sorunlu tarafı olarak konumlandırmaktadır. Politika yapıcıların ise yenilikçi, etkili ve ilham verici bakım örneklerine yönelmesini engellemektedir. Böylece sağlık hizmetleri, yalnızca “düzeltmesi gereken bir problem alanı” olarak algılanmakta ve rutin pratiklerin ötesine geçen, umut veren, ilişkisel ve duygusal açıdan güçlendirici bakım biçimlerinin neden değerli olduğu gözden kaçırılmaktadır (Dadich et al., 2015: 750; Dadich & Hanckel, 2025: 124, 134; Karimi et al., 2017: 337). Olağanüstü bakım kavramı, bu iyi uygulamaları ve literatürde eksik bırakılan olumlu boyutu görünür kılmaya gerekliliğinden doğmuştur.

Olağanüstü bakım kavramı, sağlık hizmetleri alanında henüz gelişmekte olan ve geniş ölçekte tanınmayan bir bakım paradigmasıdır. Bu nedenle kavramın kuramsal temellerini, bileşenlerini ve sağlık hizmetlerindeki yansımalarını bütüncül bir şekilde ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışma, olağanüstü bakıma ilişkin mevcut literatürü derleyerek kavramın teorik arka planını, temel boyutlarını ve uygulama potansiyelini sistematik biçimde

sunmayı amaçlamaktadır. Türk sağlık sisteminde olağanüstü bakımın ne ölçüde mümkün olabildiğine ve bu bakım anlayışının ortaya çıkışını sınırlayan başlıca yapısal ve örgütsel unsurlara ilişkin kısa bir değerlendirme sunmaktadır. Ayrıca çalışma, olağanüstü bakım yaklaşımını Türkçe literatüre ilk kez kavramsal bir bütünlük içinde tanıtarak alan yazında önemli bir boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

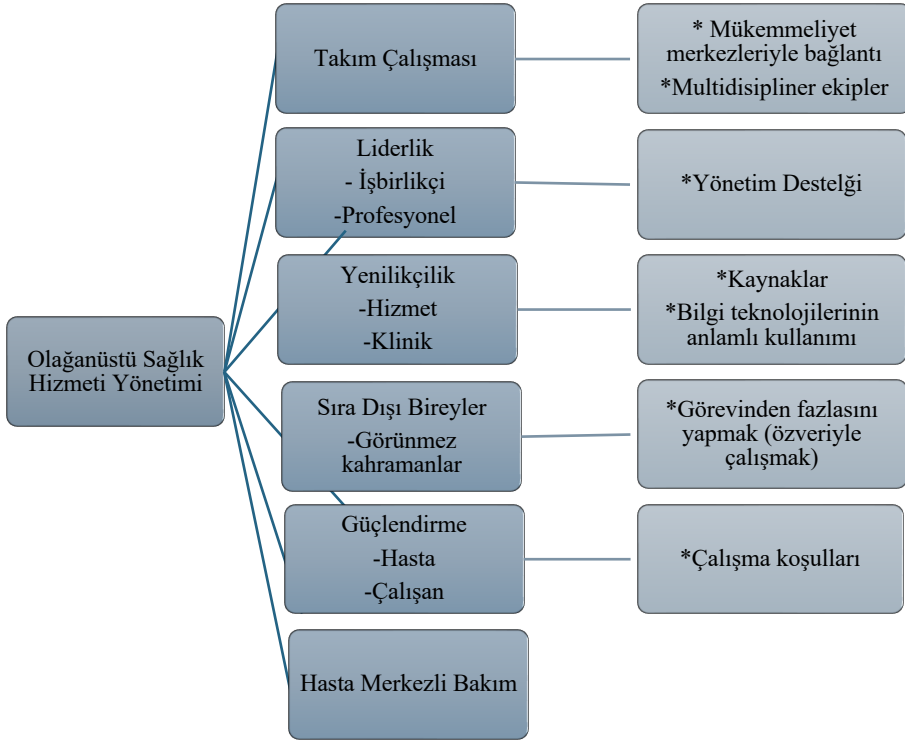
Olağanüstü Sağlık Hizmetleri ve Olağanüstü Bakım Kavramı

Olağanüstü Sağlık Hizmetleri ve Yönetimi

Karimi ve arkadaşları (2017)'nin sağlık profesyonellerinin ve sağlık yöneticilerinin deneyimlerinden yola çıkarak, olağanüstü sağlık hizmetlerinin ne anlama geldiğine dair anlayışı ortaya koymak amacıyla gerçekleştirdikleri çalışma esasen olağanüstü bakım kavramının çıkış noktasını teşkil etmektedir. Söz konusu çalışmada sağlık çalışanlarının olağanüstü sağlık hizmetine ilişkin algıları ve deneyimleri ayrıntılı şekilde analiz edilmiş ve katılımcıların olağanüstü sağlık hizmetini tanımlarken en çok ilişkilendirdikleri kavramlar belirlenmiştir. Analiz sonucunda, olağanüstü sağlık hizmetleri tanımlanırken en sık “bakım (care)” kavramına vurgu yapıldığı, bunu “personel (staff) ve “hasta (patient)” kavramlarının izlediği görülmüştür. Bakım kavramı vurgusu, olağanüstü sağlık hizmetlerinin, özünde teknik süreçlerden veya kurumsal performans göstergelerinden çok, “bakımın niteliğine” dayandığını ve temel bileşeninin bakım olduğunu ifade etmektedir.

Dadich ve arkadaşları (2015) ise olağanüstü sağlık hizmetleri yönetimini meydana getiren koşulların ilişkiler, bağlam, düşük maliyetle yüksek değer üretme, etik duruş ve tüketici memnuniyeti olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde olağanüstülüğün çoğu zaman düşük maliyetli, insani ve bağlama duyarlı mikro eylemlerden doğduğunu, ancak sistematik olarak sürdürülebilmesi için örgüt kültürü, liderlik ve çalışan otonomisi gibi koşulların kritik olduğunu ortaya koymaktadır.

Yine Karimi ve arkadaşları (2019) tarafından gerçekleştirilen benzer bir çalışma olağanüstü sağlık hizmetleri yönetiminin bileşenlerini ortaya koymakta ve bu kavramı incelemektedir. Bu çalışmaya göre ise olağanüstü sağlık hizmetleri yönetimi altı tema etrafında şekillenmektedir. Bu temalar takım çalışması, liderlik, yenilikçilik (inovasyon), sıra dışı bireyler, güçlendirme (yetkilendirme) ve hasta merkezli bakım olarak sıralanmaktadır. Dolayısıyla olağanüstü sağlık hizmeti anlayışının teknik mükemmellikten çok, insana odaklanan, ilişkisel ve değere dayalı bir bakım anlayışı üzerine kurulu olduğunu ifade etmek mümkündür.

Şekil 1. Olağanüstü Sağlık Hizmeti Yönetiminin Bileşenleri

Kaynak: Karimi et al., 2019.

Şekil 1’de takım çalışması, liderlik, yenilikçilik, sıra dışı bireyler, güçlendirme ve hasta merkezli bakım olmak üzere olağanüstü sağlık hizmeti yönetiminin bileşenleri yer almaktadır. Olağanüstü sağlık hizmeti yönetimi, birbirini tamamlayan bu altı temel bileşen üzerinden şekillenmektedir. Yenilikçilik, hizmet sunumu ve klinik uygulamalarda değişimi benimseyen, yeni yöntemler ve süreçler geliştirmeye açık bir tutumu ifade ederken, sıra dışı bireyler, görev tanımının ötesine geçerek kurum ve hasta yararına ekstra çaba gösteren, çoğu zaman görünmez kahraman niteliğindeki çalışanları ifade etmektedir. Hasta merkezli bakım ve hasta perspektifiyle güçlendirme ise hastaların ve ailelerinin karar alma süreçlerine dahil edilmesini, bireysel ihtiyaç ve değerlerin gözetilmesini ve bakım tasarımının her aşamasında aktif katılımın sağlanmasına işaret etmektedir. Bu altı bileşen bir araya geldiğinde, olağanüstü sağlık hizmeti yönetimi ortaya çıkmaktadır (Karimi et al., 2019: 180-182). Öte yandan bu bileşenler, bir sağlık hizmeti ortamında aynı zamanda olağanüstü bakımın gerçekleşmesini sağlayan unsurlardır.

Olağanüstü Bakım

Olağanüstü bakım kavramı ise olağanüstü sağlık hizmeti ve yönetimi (Karimi et al., 2019: 175) kavramlarından hareketle ve Dadich ve Hanckel (2025)’in de ifade ettiği üzere *beklentiye aşan bakım* olarak tanımlanabilir. Dadich (2025) olağanüstü bakımın, “iyi bakım” gibi sağlık sosyolojisindeki yerleşik bakım anlayışlarına

dayandığını, öte yandan ise bu anlayışlardan farklılaştığını ifade eder. İyi bakım, teknik yeterlilik, güvenlik, kanıta dayalılık ve hasta merkezlilik gibi normatif standartları karşılamaktadır. Buna karşılık olağanüstü bakım, bu standartları aşmakta, beklenmedik, insani, duygusal ve dönüştürücü anlarda ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan olağanüstü bakım, ilişkisel olarak zengin ve çoğu zaman doğaçlama sunulan bakımdır. Bakım verenin özeni, ilişkisel yaklaşımı ve sorumluluğu paylaşma biçimi bir araya geldiğinde, bakım beklentilerin üzerine çıkarak olağanüstü bir nitelik kazanmaktadır (Dadich et al., 2023b: 7427; Dadich, 2025: 3).

Olağanüstü bakım, esasen performans göstergelerinin karşılanması ya da belirli sağlık sonuçlarına ulaşılması değildir. Bakımın ilişkisel ve çoğu zaman geleneksel olmayan yönlerini kapsamaktadır. Özünde, bakımın niteliğini yükselten olumlu, ilişkisel ve çoğu zaman beklenmedik unsurların değerini bilmeyi ve bunları geliştirmeyi ifade etmektedir (Dadich et al., 2015). Nitekim Dadich ve arkadaşları (2023b: 7427) da olağanüstü sağlık hizmetlerinin kuramsal açıdan olumlu duygular, bakım etiği ve pozitif sapma olmak üzere üç unsura dayandığını belirtmektedir. Dadich (2025: 3) ve Dadich & Hanckel (2025: 127) olağanüstü bakımın teorik kökenlerinin ise bakımın mantığı, genişletme ve inşa teorisi², duygusal emek kavramı ve bakım etiği olmak üzere dört kuramsal alana dayandığını ifade etmektedir. Bu dört yaklaşım birlikte düşünüldüğünde olağanüstü bakımı mümkün kılan duygusal, ilişkisel, etik ve pratik temeller netleşmektedir. Olağanüstü bakım, güvene dayalı ilişkiler, sorumluluk alma, bireyselliğe saygı ve bağlama duyarlı uygulamalar yoluyla bakım etisinin temel değerleriyle örtüşen bir yaklaşım sergilemektedir (Dadich et al., 2023a: 399). Bununla birlikte olağanüstü bakım, bakım alan ve veren kişilerde enerji, umut ve ilham meydana getirir. Dolayısıyla olağanüstü bakımın olumlu duyguların genişletici etkisine dayandığı ifade edilebilir. Diğer taraftan kişinin düşünce ve eylem alanını genişleterek, dayanıklılığını ve kişisel kaynaklarını inşa eder. Dadich ve arkadaşları (2023a: 399) olağanüstü bakımı bu özellikleri bakımından genişletme ve inşa teorisi ile ilişkilendirmektedir.

Olağanüstü bakım, her zaman standart hizmet akışının bir parçası değildir. Çoğu zaman alışılmadık, beklenmedik ve ilk bakışta küçük görünen davranışlar olağanüstü bir etki yaratabilir (Dadich et al., 2023a: 399). Olağanüstü bakımın pahalı veya zaman alıcı olması gerekmez. Çünkü küçük nezaket eylemleri bile büyük bir anlam taşıyabilir. Olağanüstülük, yürütülen sohbetlerde, kurulan ilişkilerde, bireylerin yaşam öykülerini, kültürlerini ve bağlamlarını anlamaya yönelik çabalarda ortaya çıkar. Nitekim büyük ve kapsamlı değişimlerden ziyade, rutinin dışına çıkan küçük ama anlamlı mikro uygulamalar olağanüstü bakımın temelini oluşturur (Dadich, 2022; Dadich et al., 2023b: 7438). Bu nedenle, kimi zaman yalnızca küçük bir jest ya da tek bir söz dahi olağanüstülüğü meydana getirebilir. Önemsiz gibi görünen bu eylemler, özellikle stres ve zorlukla mücadele eden bireyler için (örneğin tüple beslenen çocukların bakım verenleri)

² Frederickson (2013)'un genişletme ve inşa teorisi, pozitif duyguların bireylerin anlık düşünce ve davranış repertuarını genişlettiğini ve bu genişlemenin zaman içinde psikolojik, sosyal ve biyolojik kaynakların inşasına yol açtığını ileri süren bir kuramsal yaklaşımdır.

son derece önemli bir fark meydana getirebilmektedir (Dadich et al., 2023a: 494). Dolayısıyla olağanüstü bakım, bakımın sıradan akışından saparak küçük ama etkili dokunuşlarla beklentiyi aşan, ilişkiselliği güçlendiren ve bakım deneyimini derinleştiren bir nitelik taşır.

Özetle ifade etmek gerekirse olağanüstü bakım, olumlu duygular, ilişkisellik ve bakım etiği temelinde gelişmektedir. Bu yönüyle beklentileri aşan, güçlendirici, yaratıcı ve gündelik bakım pratikleri ile bireylerin ve toplulukların gelişmesine olanak tanıyan standartların dışında bir bakım deneyimidir (Dadich et al., 2023a: 399; Dadich et al., 2023b: 7427).

Olağanüstü Bakımın Boyutları

Olağanüstü bakımın nasıl mümkün olduğuna ilişkin kavramsal bir çerçeve sunmak, hem klinisyenler hem yöneticiler hem de bakım alan bireyler açısından önemli bir katkı sağlamaktadır. Böyle bir çerçeve, olağanüstü bakımın daha bütüncül ve açık bir şekilde anlaşılmasına da yardımcı olur. Dadich (2025), literatürde yer alan dağınık olağanüstü bakım örneklerini sistematik bir yapıya kavuşturmak amacıyla, olağanüstü bakımı mümkün kılan dört temel alan (boyut) tanımlamıştır: özen odaklılık, bakımın paylaşılan bir sorumluluk olarak benimsenmesi, teknik sınırların ötesinde çalışmak (teknikle birlikte ve tekniğin ötesinde çalışmak) ve özenli katılım.

Şekil 2: Olağanüstü Bakımda Dört Temel Alan

Kaynak: Dadich, 2025: 6.



Şekil 2’de görüldüğü üzere Dadich (2025: 6-8)’e göre bakıma ilişkisel yönelim ya da diğer ifadeyle özen odaklılık olağanüstü bakımın klinik uygulamaya yönelik boyutudur. Empati, aktif dinleme, kapsayıcılık, uyum sağlama ve güven inşa etme gibi davranışların yanı sıra bakım alanların, meslektaşların ve bakım verenlerin ihtiyaçlarına, bakış açılarına ve deneyimlerine içtenlikle uyum

sağlama gibi eylemleri içermektedir. Bu yönelim, bir başkasının neye ihtiyacı olacağını hassas biçimde anlama ve öngörme becerisini (algısal ve duyarlılık) gerektirmektedir. Olağanüstü bakım sağlayan klinisyenler, tıbbi prosedürleri geri plana atarak hastaya “normal bir deneyim” sunmak için bu ilişkisel boyutu kullanacaktır. Olağanüstü bakımın bakım etiği ile ilişkisini kuran boyutu da bakıma ilişkisel yönelimdir. Diğer bir deyişle bakım etiği, ilişkisel yönelim/özen odaklılık boyutunun altında yatan ahlâki ve kuramsal çerçevelerden biridir. Öte yandan bakım etiği ve özen odaklılık ortak değerleri içermelerine karşılık eş anlamlı kavramlar değildir (Dadich, 2025: 6-8). Olağanüstü bakımın ilişkilere dayandığını, ilişkilerin niteliği aracılığıyla ortaya çıktığını ve karşılıklı anlayış, empati ve bakım ilişkileri yoluyla özerklik sağlamaya odaklandığını ifade etmek mümkündür.

Collier ve arkadaşları (2019)’nın da ortaya koyduğu gibi olağanüstü bakım, klinisyenlerin ya da bakım veren personelin hastanın ihtiyaçlarını önceden sezebildiği, bu ihtiyaçlara proaktif ve hızlı şekilde yanıt verebildiği, hastayı bir “insan” olarak gördüğü, duygusal olarak ona uyumlanabildiği yani empati kurabildiği ve aile ile işbirliği içinde çalışabildiği durumlarda ortaya çıkmaktadır.

Fulop ve arkadaşları (2019), kanserle ilgili bakım veren bir sağlık ekibini inceledikleri çalışmalarında, sağlık hizmetlerinde bir ekibi “mükemmel” kılan unsurların neler olduğunu sorgulamaktadır. Çalışmada ele alınan, yüksek performans gösteren ve olumlu sonuçlar üreten bu ekip, esasen *olağanüstü bakım* sağlayan bir kurum ya da ekibe somut bir örnek teşkil etmektedir. Makalede de ifade edildiği üzere, *olağanüstü bakım* yalnızca klinik sonuçlarla sınırlı değildir. Aynı zamanda yüksek nitelikli ilişkiler, psikolojik güvenlik, karşılıklı saygı ve pozitif duygular gibi bir ekibin mükemmelliğini mümkün kılan örgütsel ve ilişki temelli unsurları da içerir. Bu doğrultuda olağanüstü bakım, ölçülebilir klinik çıktılardan ziyade ilişkinin niteliğiyle tanımlanır. Beklentileri aşan, bakım alan kişide neşe, rahatlama, güven ve memnuniyet duyguları uyandıran bir deneyimdir (Collier et al., 2024: 14; Dadich et al., 2023a: 399).

İlişkisel yönelim kuramsal ve ahlâki bir çerçeveyi ifade ederken, dikkatli (özenli) katılım bu çerçevenin uygulamadaki karşılığı olarak görülebilir. İlişkisel yönelim bakım veren kişi ya da kurumun benimsediği felsefeyi oluşturur. Dikkatli katılım ise bu felsefenin nasıl eyleme dönüştüğünü gösterir. Dikkatli katılım, bireyin her etkileşimde zihinsel ve duygusal olarak tam anlamıyla orada ve hazır olmasını, dikkatini karşısındaki kişiye yöneltmesini gerektirir. Başka bir ifadeyle dikkatli katılım, etkileşim sırasında tam mevcudiyet, odaklanma ve duyuşal uyumun bir araya geldiği bir bakım pratiğidir. Aktif dinleme, duygusal uyumlanma ve samimi bir mevcudiyet sergileme gibi davranışları içeren bu boyut, temelde karşılıklı güveni güçlendirmeyi, güven verme hissini pekiştirmeyi ve taraflar arasındaki anlayışı derinleştirmeyi amaçlamaktadır. Bu yönüyle, yalnızca hastaya ya da bakım alana güven aşlamakla kalmaz, aynı zamanda bakım verenlerde bir aidiyet duygusu oluşturarak ekip içinde dayanışma ve ortak amaç bilincini de besler (Dadich, 2025: 8–9). Karimi ve arkadaşları (2017: 341)’nın da belirttiği üzere olağanüstü bakım yalnızca hasta merkezli bakım anlayışıyla sınırlı değildir. Çalışan merkezli bir örgütsel yapıyı da gerektirmektedir. Bu iki alan birbirine alternatif değil, birbirini tamamlayan unsurlardır. Çalışanların desteklendiği, psikolojik

güvenliğin ve rol esnekliğinin bulunduğu bir iş ortamı olmadan olağanüstü bakımın devamlılığını sağlamak mümkün değildir.

Nitekim Kippist ve arkadaşlarının (2020) çalışması, olağanüstü bakımın dikkatli katılım yoluyla güçlü iç bağlantılar, personel arasında güven, sağlam ilişkiler, destekleyici ve cesaretlendirici bir çalışma ortamı ve hizmet biriminin dışarıya yansıyan olumlu itibarı şeklinde somutlaştığını göstermektedir. Bu bulgular, dikkatli katılımın ilişkisel yönelimin pratikteki temel yansıması olduğunu ortaya koymaktadır. Yani bakıma ilişkisel yönelimle yaklaşan bir çalışan, bu yönelimi günlük etkileşimlerinde dikkatli katılım göstererek hayata geçirebilir. Dikkatli katılım ise olağanüstü bakımı sağlayan ilişkisel yönelimin önemli bir göstergesi ve aracıdır.

Öte yandan olağanüstü bakım hem teknik gerekliliklerle çalışabilme hem de gerektiğinde bu gerekliliklerin ötesine geçebilme kapasitesini gerektirmektedir. Teknikle birlikte ve tekniğin ötesinde çalışmak, gerekli teknik bilgi ve uygulamalara hâkim olmayı, ancak gerektiği durumlarda bu teknik sınırları esnetebilmeyi ve bakımın ihtiyaçlara göre uyarlanabilmesini ifade eder. Bu yaklaşım, teknik prosedürleri bağlama duyarlı biçimde yeniden düzenlemeyi, olağan bakım rutinlerini aşan yaratıcı, esnek ve insanî müdahaleler geliştirmeyi içerir. Böylelikle, mikro düzeyde küçük ama etkili iyileştirmeler yaparak bakım deneyimini dönüştürebilme kapasitesini yansıtmaktadır (Dadich, 2025: 9–10). Kippist ve arkadaşlarının (2020: 14) bulguları da, olağanüstü bakımın yalnızca teknik yetkinliklere değil, aynı zamanda bu yetkinlikleri tamamlayan insanî ve ilişkisel niteliklere dayandığını göstermektedir: Olağanüstü bakım sunan çalışanlar, hiyerarşik konumları ne olursa olsun, gerekli durumlarda mesleki sınırlarını esnetmekten çekinmemekte, bunu yaparken meslektaşları tarafından kibirli görülme ya da başkasının görev alanına müdahale etme endişesi taşımamaktadır. Olağanüstü bakım sadece “doğru prosedürü uygulamak” değildir. Bağlama duyarlı, esnek, yaratıcı ve değer temelli eylemlerle bakımın niteliğini yükseltme iradesidir.

Olağanüstü bakım yalnızca belirli kişilerin görevi değildir, herkesin sorumluluğudur. Bakım alanlar, bakım verenler, klinisyenler ve yöneticiler her biri bu süreçte önemli rollere sahiptir. Paylaşılan sorumluluk, bakımı tek yönlü bir hizmet olmaktan çıkarıp ortak bir çabaya dönüştürür. Söz konusu paydaşların birlikte çözüm üretmesini sağlayarak bakımın etkisini artıran bir aidiyet ve özerklik duygusu meydana getirir. Bu nedenle paylaşılan sorumluluk olağanüstü bakımın merkezinde yer almaktadır. Ancak bu durum tüm paydaşların kendine özgü bir rolü olduğu ve bu rollerin önceden tanımlandığı anlamına gelmez. Aksine olağanüstü bakım rol esnekliği gerektirmektedir. Olağanüstü bakımda paylaşılan sorumluluk, en çok ortak (işbirlikçi) karar alma süreçlerinde ve paydaşların aktif şekilde inisiyatif kullandığı durumlarda görünür hale gelmektedir (Dadich, 2025: 10-11). Nitekim ekipte neyin yapıldığı ve nasıl yapıldığı belirli bireylerin değil, herkesin ortak sorumluluğu haline geldiğinde olağanüstü bakım ortaya çıkmaktadır (Fulop et al., 2019: 20). Karimi ve arkadaşları (2017: 341), olağanüstü bakımın çoğunlukla klinik uygulamalardan ziyade bakım ve hizmet süreçlerinde ortaya çıktığını, bu süreçlerin ise destekleyici bir örgütsel çevre, uygun iş rolleri ve etkili yönetim uygulamaları ile yakından ilişkili olduğunu

vurgulamaktadır. Dolayısıyla olağanüstü bakım bireysel çabalara indirgenemeyecek kadar karmaşık olup, esasen kolektif süreçlerin, işbirlikçi yaklaşımların ve bütüncül bir örgütsel uyumun ürünüdür.

Kippist ve arkadaşlarının (2020: 14) bir diyaliz merkezinde gerçekleştirdikleri çalışma ise, olağanüstü bakımın bu teorik çerçevesinin pratikte nasıl somutlaştığını açık biçimde göstermektedir. Olağanüstü bakımın uygulandığı bu merkezde klinik personelden yöneticilere, idari personelden temizlik personeline ve hatta ulaşım hizmetlerinde görev alan personele kadar tüm çalışanların hastalara ve onların bakım verenlerine karşı ortak bir sorumluluk benimsediği görülmüştür. Bu bulgular olağanüstü bakımda, bakımın tek bir meslek grubunun görevi olarak değil, herkes tarafından sahiplenilen kolektif bir sorumluluk olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu da paylaşılan sorumluluk anlayışının olağanüstü bakımın kolektif bir süreç olarak nasıl ortaya çıktığını açık biçimde göstermektedir. Özetle olağanüstü bakım, farklı paydaşlar arasında işbirlikçi, sürekli ve uyarlanabilir uygulamalarla ortaya çıkmaktadır.

Bütüncül olarak değerlendirildiğinde olağanüstü bakım, ilişkinin niteliği, psikolojik güvenlik ve pozitif etkileşimler üzerine kurulan, örgütsel destekle güçlenen ve kolektif sorumlulukla sürdürülen bir bakım biçimidir. Teknik yeterlilik gerekli olmakla birlikte, olağanüstü bakımı belirleyen esas unsurlar örgüt iklimi, etkili yönetim uygulamaları ve birlikte çalışma kültürüdür. Bu dört boyut, bakım sürecini ve deneyimlerini olumlu yönde etkileyerek tıpkı bir yemeğin lezzetini meydana getiren malzemeler gibi olağanüstü bakımı mümkün kılmaktadır. Diğer bir ifadeyle bu dört alan, bakımı olağanüstü bir düzeye taşıyan niteliklerdir.

Olağanüstü Bakımın Farklı Klinik Bağlamlardaki Görünümleri

Görece yeni bir kavram olan olağanüstü bakım, sağlık hizmetlerinin farklı alanlarında giderek ilgi görmektedir. Bu başlık altında olağanüstü bakım kavramının palyatif bakım (Collier et al., 2019; Collier et al., 2024), renal bakım (Kippist et al., 2020), beslenme bakımı (Dadich et al., 2023a) ve yaşlı bakımı (Dadich et al., 2023b; Dadich et al., 2025) gibi çeşitli klinik ortamlarda bağlama göre farklı biçimlerde ortaya çıkan bileşenlerine yer verilmektedir. Söz konusu çalışmalar kavramın bağlamlar arası farklılıklarını ve ortak noktalarını ortaya koymakta ve olağanüstü bakımı kavramsallaştırmaya katkı sunmaktadır.

Tablo 1: Olağanüstü Bakımın Farklı Klinik Bağlamlarda Bileşenleri

Yazar	Klinik Bağlam	Olağanüstü bakımın özellikleri
Collier et al., 2019	Evde olağanüstü palyatif bakım	Öngörülü kavrayış ve eylem Bağlılık örgüsü Esneklik, uyarlanabilirlik Mükemmelliği görünür kılarak ekip kapasitesini geliştirme

Kippist et al., 2020	Olağanüstü renal bakım	Hasta ve ilişki merkezli hizmet Kapsamlı, duyarlı ve kişiselleştirilmiş hizmet Kendini işine adanmış ve yetkin personel Aile ortamı ve aidiyet duygusu İşbirliği ve güçlü ekip çalışması
Dadich et al., 2023a	Pediyatrik bakımda tüple beslenme sürecinde olağanüstü bakım	Beklentilerin ötesine geçen uygulamalar (gönüllü olarak daha fazlasını yapma) Özen ve dikkat Güçlendirme Ekip olarak ortak bir anlayışa sahip olmak Umut verme Normalleştirme
Dadich et al., 2023b	Olağanüstü yaşlı bakımı	Yaşlı bireyin derinlemesine anlaşılması (kişiyi yakından tanıma ve anlama) Yaşlı bakımının sıradan bir işten fazlası olarak görülmesi Yenilikçi uygulamalar Gerektiğinde öncelikleri değiştirebilme özgürlüğü (çalışanlara esneklik ve özerklik tanınması)
Collier et al., 2024	Kültürel çeşitliliğe sahip topluluklarda olağanüstü palyatif bakım	Kültürel değerlere saygı gösterirken, gerekli durumlarda zorlayıcı veya tabu kabul edilen konuları hassas bir biçimde ele alabilme. Hastalar ve aileleri zorlandığında geri durmak yerine proaktif biçimde destek sunmak, gerektiğinde cesaretle öne çıkabilme. Hizmet sunumunu güçlendirmek amacıyla mevcut topluluk dayanışması ve şefkat ağlarıyla etkin işbirliği kurma.
Dadich et al., 2025	Olağanüstü yaşlı bakımı	İnsani ilişkiler (Personel hasta arası, Çalışanlar arası) Yenilik (çalışanların gerektiğinde rollerini esnetebilmesi, yeni yöntemler denemeye açık olması, küçük ama etkili iyileştirmelerin yapılması ve olağanüstü bakım örneklerinin görünür kılınarak teşvik edilmesi)

Tablo 1’de özetlendiği üzere *Collier ve arkadaşları (2019)* evde palyatif bakımda olağanüstü bakımın öngörü, bağlılık örgüsü, esneklik ve ekip kapasitesini artırma gibi özellikler üzerinden geliştiğini ortaya koymaktadır. *Kippist ve arkadaşları (2020)* ise renal bakımda olağanüstülüğün ilişki merkezli hizmet, kişiselleştirilmiş bakım, aidiyet duygusu ve güçlü ekip uyumuyla şekillendiğini göstermektedir. Pediyatrik tüple beslenme bağlamında *Dadich ve arkadaşları (2023a)*, olağanüstü bakımın özellikle duygusal destek, normalleştirme, umut verme ve küçük fakat etkili jestlerle beklentilerin ötesine geçme üzerinden ortaya çıktığını belirtmektedir. Yaşlı bakımına odaklanan çalışmalarda ise bağlama özgü farklılıkların daha belirgin olduğu görülmektedir. *Dadich ve arkadaşları (2023b)* olağanüstü bakımın yaşlı bireyi yakından tanıma ve anlama, bakımın sıradan bir işten öte anlam taşıması ve çalışanlara esneklik ve özerklik tanınması gibi unsurlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. *Dadich ve arkadaşlarının*

(2025) daha güncel çalışması, olağanüstü bakımın bu bağlamda hem hasta ve çalışanlar hem de çalışanların kendi arasında güçlü insani ilişkiler ile yenilik ve rol esnekliğini teşvik eden uygulamalar üzerinden üretildiğini vurgulamaktadır. Kültürel çeşitlilik bağlamında ise *Collier ve arkadaşları (2024)* olağanüstü bakımın kültürel değerlere saygı, hassas konuları uygun biçimde ele alma, cesaret gerektiren proaktif destek ve topluluk dayanışmasıyla işbirliği yapma gibi özgün boyutlarla şekillendiğini göstermektedir.

Tüm çalışmalar değerlendirildiğinde olağanüstü bakımın öncelikle insanî ilişkilerin niteliğinden doğduğu ve her zaman ilişkiyel bir pratik olduğu anlaşılmaktadır. Beklentileri aşma ve gönüllü olarak “daha fazlasını yapma” olağanüstü bakımda temel ilke olarak ön plana çıkmaktadır. Bu ilkeler ise gerektiğinde rol esnetme, standart görev tanımlarının dışına çıkabilme, proaktif ve öngörülü davranma, hastanın dile getirilmeyen ihtiyaçlarını sezme ve eyleme geçme gibi davranışlarla ortaya çıkmaktadır. Beklentileri aşma ve gönüllü olarak “daha fazlasını yapma” olağanüstü bakımda temel ilke olarak ön plana çıkmaktadır. Ekip çalışması ve kolektif sorumluluk gibi işbirliğine dayalı bir örgüt kültürü, olağanüstü bakımın sürdürülebilirliği açısından temel bir taşıyıcı unsur niteliğindedir. Dolayısıyla olağanüstü bakım, bağlamsal çeşitliliğine rağmen özünde ilişkiyel, yenilikçi ve beklentilerin ötesine geçmeyi önceleyen bir bakım anlayışı olarak şekillenmektedir.

Kısaca ifade etmek gerekirse olağanüstü bakım, içinde ortaya çıktığı bakım bağlamının ihtiyaçlarına, ilişkilerine, kültürel dinamiklerine ve uygulayıcıların yetkinliklerine göre şekil alan, bu nedenle her alanda farklı biçimlerde somutlaşan, esnek ve çok boyutlu bir bakım anlayışıdır.

Kısa Bir Değerlendirme: Türk Sağlık Sisteminde Olağanüstü Bakım Mümkün mü?

Olağanüstü bakım, çoğu zaman bireysel özveri ve ilişkiyel duyarlılıkla mümkün olabilen, ancak ortaya çıktığı mikro ve makro bağlamdan bağımsız düşünülemeyen bir bakım biçimidir. Bu nedenle olağanüstü bakımın bir sağlık sisteminde ne ölçüde mümkün olduğu sorusu, yalnızca bakım verenlerin niyet ve yetkinlikleriyle değil, aynı zamanda sistemin yapısal, örgütsel ve yönetsel özellikleriyle de yakından ilişkilidir. Bu bölümde, Türk sağlık sisteminin bazı temel yapısal dinamiklerinin olağanüstü bakımın ortaya çıkışını nasıl etkilediği kısaca değerlendirilmektedir.

Türk sağlık sisteminde olağanüstü bakımın sürdürülebilir ve yaygın bir biçimde ortaya çıkmasını güçleştiren bir dizi yapısal ve örgütsel sorun bulunmaktadır. Sevk zincirinin etkin işlememesi ve basamaklı sağlık hizmet sunumunun fiilen devre dışı kalması (Eke vd., 2023: 28), aile hekimliğinin güçlü bir kapı tutucu rolü üstlenememesiyle (Gözlü, 2021; Üstü & Ugurlu, 2015: 245) birleştiğinde ikinci ve üçüncü basamakta yoğun başvurulara yol açmaktadır. Bunların sonucu olarak acil servislerde ve ikinci-üçüncü basamakta iş yükü giderek artmakta (Beştemir & Aydın, 2022), hekim başına düşen hasta sayısında da artış (Aydan, 2023: 905) yaşanmaktadır. Bununla birlikte Türkiye’de kişi başı ortalama muayene süresinin her geçen yıl azaldığı ve bu sürenin OECD ortalamasının altında olduğu (Çıraklı, 2020) da bilinmektedir. Yoğun başvurular, hekim başına düşen hasta sayısının

yüksek olması ve iş yükünün artması tedavi kalitesinin de düşmesine (Özen vd., 2025) neden olmaktadır. Bu faktörler hizmet sunumunda iletişime dayalı bakımı sınırlandırmakta, hasta ile ilişkisel kalite alanını daraltmaktadır. Bu durum bakım için gereken nitelikli zaman, odaklanma ve esnekliği ortadan kaldırmakta, olağanüstü bakım yaklaşımının temel bileşenlerinden ilişkisel yönelim ve dikkatli katılımın gerçekleşmesini engellemekte, olağanüstü bakımı ilişkisel boyutta zorlaştırmaktadır.

Öte yandan nicelik odaklı performansa dayalı ödeme sistemi ve performans baskısı ile sağlık hizmetlerinde hayati öneme sahip olan ekip çalışması ve takım ruhu zamanla geri plana itilmekte, bunun yerine bireysel düzeyde “puan toplama” en önemli amaç haline gelmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının iş ortamında yalnızlaşmasına ve çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinin zayıflamasına, çevrelerine yabancılaşmalarına neden olabilmektedir. Performans sisteminin bireysel puan toplamayı teşvik etmesi, personelin tıbbi gereklilikten ziyade puan getirisi yüksek uygulamalara yönelmesini özendirilmektedir. Bu durum ise hasta güvenliğini riske atma ve iyileşme süreçlerini uzatma gibi ciddi sakıncalar doğurabilmektedir (Özkal Sayan & Şahan, 2004: 67-68). Hastalara tıbbi açıdan gerekli olmayan fazladan tanı ve teşhis prosedürlerinin uygulanması, gereksiz tıbbi tedavilere başvurulması ya da klinik gereklilik bulunmamasına rağmen cerrahi müdahalelerin gerçekleştirilmesi gibi performansa dayalı ek ödeme sisteminin meydana getirdiği suistimaller hasta merkezli bakımdan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Çıkar ve maddi kaygı temelli bu sistem hasta ve sağlık çalışanı ilişkisinin niteliğini değiştirerek müşteri satıcı ilişkisine dönüştürmektedir (Moran, 2013: 21-22, 26). Hasta-sağlık çalışanı ilişkisinin performans, çıkar ve maddi teşvikler üzerinden yeniden şekillenmesi ise bakım ilişkisinin etik, güvene dayalı ve insani niteliğini aşındırmakta, ilişkisel yönelimi zayıflatmaktadır. Bununla birlikte performans sistemi, ekip temelli sorumluluk anlayışını da zayıflatarak bakımın kolektif bir pratik olmaktan çıkıp bireysel rekabet alanına dönüşmesine yol açmaktadır. Tıbbi gereklilikten ziyade puan getirisi yüksek işlemlere yönelme ise sağlık çalışanının hastaya tam mevcudiyetle, özenle ve etik duyarlılıkla eşlik etmesini zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda performans sistemi, paylaşılan sorumluluğu zayıflatması, bakım ilişkisini araçsallaştırması ve dikkatli katılımı sektöre uğratması nedeniyle olağanüstü bakım anlayışıyla açık şekilde çelişmektedir.

Türk sağlık sisteminin en önemli sorunlardan biri olarak sağlık çalışanı güvenliğini tehdit eden ve zaman içerisinde giderek artış gösteren sağlıkta şiddet vakaları (Eke vd., 2023: 31; Hoşgör & Türkmen, 2021; Türk Sağlık-Sen, 2019: 20) da olağanüstü bakım anlayışını zorlaştıran etmenlerden biridir. Sağlıkta şiddet, sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik iyilik hâlini olumsuz etkileyerek motivasyon, performans ve verimlilik kaybına yol açmakta ve personel arası ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir (Sağlık-Sen, 2013: 30-31; Yalçın, 2023: 126). Bununla birlikte sağlık çalışanlarında motivasyon eksikliği, mesleki isteksizlik, hekimlerde defansif tıba yönelme ile sonuçlanmakta, hastaların kaliteli sağlık hizmetine erişimini güçleştirmekte, zaman kaybı ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Yeşiltaş & Erdem, 2018: 493). Bu koşullar, olağanüstü bakımın gerektirdiği özenli katılım ve ilişkisel yönelimin

sürdürülebilirliğini ciddi şekilde zayıflatmaktadır. Çünkü korku, güvensizlik ve tehdit algısı, sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarıyla güvene dayalı, empatik ve sürdürülebilir ilişkiler kurmasını zorlaştırmaktadır.

Ayrıca iş yükünün artması, şiddet riski, şikayet ve dava edilme korkusu, disiplin cezası korkusu sağlık çalışanlarını defansif uygulamalara yöneltmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının kendilerini korumaya yönelik geliştirdikleri bir strateji olarak defansif tıp ortaya çıkmaktadır (Yeşiltaş & Erdem, 2018: 493-494; Yeşiltaş & Erdem, 2019: 145-146). Hekimler, herhangi bir olumsuz sonucun tüm sorumluluğunun kendilerine atfedileceği düşüncesiyle, hata yapmama, bir durumu gözden kaçırmama ve “mükemmel hekim” beklentilerine uyma baskısı altında kalmaktadır. Bu kaygı ve baskılar hekimleri tıbbi gereklilikten bağımsız olarak gerekli olmayan tetkik ve girişimlere yönelebilmektedir (Catino, 2011: 6). Bu doğrultuda kendini koruma motivasyonu ile teknik olana sadık kalan, riskten kaçınan ve standartlara sıkı şekilde bağlı bir klinik pratik benimsemektedir. Bu durum, olağanüstü bakımın gerektirdiği bağlamsal esneklik ve özenli katılımı zayıflatmakta, bakımın teknik güvenceye ve standartlara indirgenmesine ve teknik sınırların ötesinde çalışabilme kapasitesinin zayıflamasına yol açmaktadır. “Riskten kaçınma mantığı” üzerine kurulu defansif tıp uygulamaları “ilişkisel ve etik bakım mantığı” üzerine kurulu olağanüstü bakım yaklaşımını engellemektedir.

Tüm bunların yanı sıra sağlık bakım hizmetlerinin karmaşık yapısı, farklı meslek mensupları arasındaki belirgin örgütsel hiyerarşi (Gül, 2019: 133) paylaşılan sorumluluk anlayışının gelişimini sınırlamaktadır. Bularla birlikte Türk sağlık sisteminin diğer problemleri olarak tükenmişlik, yoğun çalışma, motivasyon düşüklüğü, değersiz hissetme (Eke vd., 2023: 31) ve duygusal emeğin görünmezliği (Kaya & Tekin, 2013) olağanüstü bakımın gerektirdiği ilişkisel, özenli ve etik bakım pratiklerinin sürdürülebilirliğini zorlaştırmaktadır.

Fisher (2023: 357), temel ölçüm, yönetim ve sistemsel altyapılar düzgün şekilde kurulmadıkça sıradan bireylerin olağanüstü süreçler aracılığıyla olağanüstü sonuçlar üretemeyeceğini; benzer şekilde, sistemsel kusurların varlığı hâlinde ise en yetkin ve olağanüstü bireylerin dahi olağanüstü sonuçlar ortaya koymasının mümkün olmadığını ifade etmektedir. Olağanüstü bakım literatüründe sıklıkla vurgulanan bir husus vardır: olağanüstülük çoğu zaman mikro uygulamalarda ortaya çıkmaktadır ancak ortaya çıkabilmesi için ilişkilere, destekleyici bir örgütsel kültüre ve özerklik sağlayan bir ortama ihtiyaç vardır. Dolayısıyla paylaşılan sorumluluk ve yapısal destek söz konusu değilse olağanüstü pratikler sürdürülemez. Tablo 1’de yer alan çalışmalardan da görüldüğü üzere, olağanüstülük sadece bireysel çabaların değil yapısal koşulların da bir ürünüdür ve güvenilir, destekleyici ve iyi tasarlanmış sistemlerde filizlenir.

Bu çerçevede, Türk sağlık sisteminde mevcut koşullarda, tartışılan faktörler olağanüstü bakımın önünde önemli engeller olarak durmaktadır. Ancak Türk sağlık sisteminde olağanüstü bakımın tamamen imkânsız olduğu söylenemez. Her ne kadar sağlık hizmetlerinin tüm katmanlarında mümkün olmasa da, klinik bağlamda mikro düzeyde yaşlı bakımı, evde bakım hizmetleri, yoğun bakım, palyatif bakım, onkoloji, pediatri ve hemşirelik uygulamaları gibi alanlarda

Türkiye’de de olağanüstü bakımın hâlihazırda var olduğu, ancak görünür olmadığı düşünülmektedir. Bunun temel nedeni, bu alanlarda bakım ilişkisinin duygusal yoğunluk ve süreklilik arz etmesi ve söz konusu alanların sağlık profesyonellerinin teknik sorumlulukların ötesine geçerek ilişkisel ve özenli bakım pratikleri geliştirebilmelerine alan açmasıdır.

Bununla birlikte aile hekimliğinin, doğası gereği süreklilik arz eden ilişkiler üzerine kurulu bir alan olması ve bireyleri yakından tanıma imkânı sunması nedeniyle, ilişkisel alanın görece daha geniş olduğu ve mikro düzeyde olağanüstü bakımın mümkün olabileceği alanlardan biri olarak değerlendirilebileceği söylenebilir.

Sonuç

Sonuç olarak olağanüstü bakım, sağlık hizmetlerinde “iyi”, “nitelikli” ya da “standartlara uygun” bakımın ötesine geçen, beklentiyi aşan, bağlamsal olarak şekillenen ve çoğu zaman küçük ama anlamlı pratiklerde somutlaşan bir bakım anlayışını ifade etmektedir. Yalnızca teknik yeterlilik ya da klinik başarıyla açıklanamayan bu yaklaşım, ilişkisel yönelim, dikkatli ve özenli katılım, teknik olanla birlikte onun ötesinde düşünebilme ve bakımın paylaşılan bir sorumluluk olarak ele alınması gibi iç içe geçmiş boyutlar üzerinden ortaya çıkmaktadır. Bu yönüyle olağanüstü bakım, belirli ilişkisel, örgütsel ve etik koşullar altında mümkün hâle gelen kolektif bir yaklaşım olarak kavramsallaştırılmaktadır.

Bu özellikleriyle olağanüstü bakım, performans göstergeleri, klinik rehberler ve kalite standartları etrafında şekillenen hâkim sağlık hizmeti anlayışını dışlamadan, onu tamamlayan ve bakımın insani, ahlâki ve ilişkisel boyutlarını görünür kılan bir çerçeve sunmaktadır. Türk sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde nicelik, verimlilik ve performans temelli mekanizmalar üzerinden örgütlenmesi, bu boyutların çoğu zaman geri plana itilmesine yol açmaktadır.

Henüz kavramsal olgunlaşma sürecinde olan olağanüstü bakım, bu çalışma kapsamında Türkçe literatüre tanıtılmakta ve Türkiye bağlamında insan merkezli sağlık hizmetlerini yeniden düşünmeye imkân veren bir analitik çerçeve olarak ele alınmaktadır. Bu yönüyle çalışmanın, gelecekte Türkiye’de gerçekleştirilecek ampirik araştırmalar için kuramsal ve kavramsal bir zemin oluşturması beklenmektedir.

Türkiye’de makro düzeydeki yapısal sınırlılıklara rağmen, bazı klinik alanlarda mikro düzeyde mümkün olan olağanüstü bakım pratiklerinin görünür kılınması ve yaygınlaştırılması açısından ampirik araştırmalar önem taşımaktadır. Gelecek çalışmalarda, Türk sağlık sisteminde olağanüstü bakımın hangi bileşenler üzerinden şekillendiği, nasıl desteklenebileceği, hangi örgütsel, mesleki ve ilişkisel düzenlemelerin bu tür bakım pratiklerini mümkün kıldığı ya da sınırladığı araştırılabilir.

KAYNAKÇA

Aydan, S. (2023). Hekim göçü açısından Türkiye’nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 895-920.

Beştemir, A., & Aydın, H. (2022). Yıllık 300 milyon hasta muayenesi; Türkiye’de 2. ve 3.

basamak kamu sağlık tesisleri acil servis ve poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(3), 496-502. <https://doi.org/10.31832/smj.1128439>

Catino, M. (2009). Blame culture and defensive medicine. *Cognition, Technology & Work*, 11(4), 245-253. <https://doi.org/10.1007/s10111-009-0130-y>

Collier, A., Hodgins, M., Crawford, G., Every, A., Womsley, K., Jeffs, C., Houthuysen, P., Kang, S., Thomas, E., Weller, V., Van, C., Farrow, C., & Dadich, A. (2019). What does it take to deliver brilliant home-based palliative care? Using positive organisational scholarship and video reflexive ethnography to explore the complexities of palliative care at home. *Palliative medicine*, 33(1), 91-101. <https://doi.org/10.1177/0269216318807835>

Collier, A., Dadich, A., Zangre, I., Dahal, K., Albrazi, D., Jeffs, C., & Crawford, G. (2024). Brilliant palliative care : partnering with culturally diverse communities using participatory visual methods. *Palliative Care and Social Practice*, 18, 14-14. <https://doi.org/10.1177/26323524241246154>

Çıraklı, Ü. (2020). 18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arası kişi başı ortalama hasta muayene sürelerinin karşılaştırılması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 43-54.

Dadich, A. (2022). *Brilliant positive deviance: Innovation beyond disconnected and disciplined domains*. In R. Agarwal, E. Patterson, S. Pugalía, & R. Green (Eds.), *Innovation* (pp. 99-120). Routledge.

Dadich A. (2025). A modest article about brilliant care. *Health sociology review : the journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 34(3), 360-375. <https://doi.org/10.1080/14461242.2025.2565759>

Dadich, A., Fulop, L., Ditton, M., Campbell, S., Curry, J., Eljiz, K., Fitzgerald, A., Hayes, K.J., Herington, C., Isouard, G., Karimi, L. & Smyth, A. (2015), Finding brilliance using positive organizational scholarship in healthcare. *J Health Organ Manag*, Vol. 29 No. 6 pp. 750-777. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2013-0256>

Dadich, A., & Hanckel, B. (2025). Brilliant care: a conceptual argument for scholarship of the extraordinary. *Health sociology review : the journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 34(2), 123-137. <https://doi.org/10.1080/14461242.2024.2371132>

Dadich, A., Kaplun, S., Kaplun, C., Hopwood, N., & Elliot, C. (2023a). 'it was that ... specialist ... that finally listened to us ... that's probably a weird answer to what you were expecting': Clinician and carer perspectives on brilliant feeding care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 26(1), 488-497. <https://doi.org/10.1111/hex.13683>

Dadich, A., Kearns, R., Harris-Roxas, B., Ni Chroinin, D., Boydell, K., Ní Shé, É., Lim, D., Gonski, P., & Kohler, F. (2023b). What constitutes brilliant aged care? A qualitative study of practices that exceed expectation. *Journal of clinical nursing*, 32(19-20), 7425-7441. <https://doi.org/10.1111/jocn.16789>

Dadich, A., Kearns, R., Harris-Roxas, B., Boydell, K., Gonski, P., Kohler, F., Lim, D., Ní Shé, É., Amato, C., Gilmore, I., Lane, B., Mears, J., Schaper, F., Sleeman, R., Tcharkhedian, E., Tembe, V., Azzopardi, S., Delbaere, K., Krebs, T., Paterson-Finlay, E., ... Ni Chroinin, D. (2025). Co-Designing a Model of Brilliant Care for Older People. *Journal of clinical nursing*, 10.1111/jocn.70049. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.70049>

Eke, E., Demir, M., Çam, S., Erdem, R. (2023). Türk Sağlık Sisteminde İhtiyaç Duyulan Yeni Nesil Sağlık Reformları. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 6(1), 20-37. <https://doi.org/10.54537/tusebdergisi.1113199>

Fisher, W. P., Jr. (2023). *Measurement systems, brilliant processes, and exceptional results in healthcare: Untapped potentials of person-centered outcome metrology for cultivating trust*. In W. P. Fisher, Jr. & S. J. Cano (Eds.), *Person-centered outcome metrology: Principles and applications for high stakes decision making* (pp. 357–396). Springer. (Springer Series in Measurement Science and Technology). <https://doi.org/10.1007/978-3-031-07465-3>

Fredrickson, B.L. (2013). *Positive emotions broaden and build*. In P. Devine & A. Plant (Eds.), *Advances in experimental social psychology*, Academic Press. 47, 1–53. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>

Fulop, E. L., Kippist, L., Dadich, A., Hayes, K., Karimi, L., & Smyth, A. (2019). What makes a team brilliant? : an experiential exploration of positivity within healthcare. *Journal of Management and Organization*, 25(4), 591-612. <https://doi.org/10.1017/jmo.2018.56>

Gözlü, M. (2021). Türkiye’deki İllerin Aile Hekimliği Hizmetleri Yönünden Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Gaziantepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(4), 1847-1874. <https://doi.org/10.21547/jss.911583>

Gül, Ş. (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2, 129–134.

Hoşgör, H., & Türkmen, İ. (2021). Bitmeyen çile: sağlıkta şiddet (Medimagazin haber portalı üzerinden bir araştırma). *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(2), 192-211. <https://doi.org/10.52538/iduhs.975708>

Karimi, L., Dadich, A., Fulop, L., Leggat, S., Rada, J., Hayes, K., Kippist, L., Eljiz, K., Smyth, A., & Fitzgerald, A. (2017). Empirical exploration of brilliance in health care: Perceptions of health professionals. *Australian Health Review*, 41(3), 336–343. <https://doi.org/10.1071/AH16047>

Karimi, L., Dadich, A., Fulop, L., Leggat, S.G., Eljiz, K., Fitzgerald, J.A., Smyth, A., Hayes, K.J. and Kippist, L. (2019), Brilliant health service management: challenging perceptions and changing HR practices in health services. *Asia Pac J Hum Resour*, 57, 174-190. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12189>

Kaya, E., & Tekin, A. (2013). Duygusal Emek Kavramı Çerçevesinde Sağlıkta Yeniden Yapılanma. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Social Sciences Institute*, 5(8), 110-119. <https://doi.org/10.20875/sb.13946>

Kippist, L., Fulop, L., Dadich, A., & Smyth, A. (2020). Brilliant renal care: A really positive study of patient, carer, and staff experiences within an Australian health service. *Journal of Management & Organization*, 26(3), 355–374. doi:10.1017/jmo.2019.55

Moran, B. (2022). Sağlık sistemi içinde “Performans Sistemi”. *Düşünce Dünyasında Türkiye*, 4(24), 17-28.

Özkal Sayan, İ., & Şahan, Y. (2011). Sağlık Bakanlığı’nda performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi. *Memleket Siyaset Yönetim*, 6(16), 33-70.

Sağlık-Sen. (2013). Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Sağlık-Sen Yayınları-20. Ankara.

Üstü, Y. & Uğurlu, M. (2015). Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? *Ankara Medical Journal*, 15(4), 244-248. <https://doi.org/10.17098/amj.94639>

Yalçın, H. (2023). Sağlık Çalışanlarına Şiddet ve Şiddet Oranları. *Aydın Sağlık Dergisi*, 9(3), 117-130.

Yeşiltaş, A. & Erdem, R. (2018). Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma. *The Journal of Academic Social Science*. 74, 486-500. doi: [10.16992/ASOS.13871](https://doi.org/10.16992/ASOS.13871)

Yeşiltaş, A., & Erdem, R. (2019). Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23), 137-150.
<https://doi.org/10.21076/vizyoner.437685>