



# **SA 8000 STANDARDININ HASTA GÜVENLİĞİYLE İLİŞKİSİ**

**BURCU İPEK**

Yüksek Lisans Tezi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İzmir Ekonomi Üniversitesi

İzmir

2021

# **SA 8000 STANDARDININ HASTA GÜVENLİĞİYLE İLİŞKİSİ**

**BURCU İPEK**

İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Anabilim Dalı'na

Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

İzmir

2021

## ÖZET

### SA 8000 STANDARDININ HASTA GÜVENLİĞİYLE İLİŞKİSİ

İpek, Burcu

Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gül Akdoğan

İkinci Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özkan Tütüncü

Ocak, 2021

İşletmeler dinamik yapıdaki kurum ve kuruluşlar oldukları için her geçen gün değişmekte ve bu değişime ayak uydurarak ayakta kalabilmektedirler. Bu değişim sürecini etkin şekilde kontrol eden mekanizma kalite standartlarıdır. Kalite standartları, işletmelerin rekabet ortamındaki konumlarını ele alırken aynı zamanda

toplumdaki varlıklarını geliştirmek ve iyi bir hizmet sunmak adına da şletmeleri sosyal, toplumsal, üretim biçimi vb. ölçütlerde düzenleme gayesi güderler. Bu gaye doğrultusunda oluşturulan standartlardan biri de SA 8000 standardıdır. CEPAA tarafından 1997 senesinde oluşturulan bu standart, şletmelere ilişkin etik değerlendirmeler getirmesi yönüyle diğer standartlardan ayrılmaktadır. Bu çalışmada SA 8000 standardı, sağlık kuruluşlarındaki rolüyle ele alınmış ve hasta güvenliğiyle ilişkisi sorgulanmıştır. Bu kapsamda çalışmada Türkiye’de 2020 senesine değin hazırlanan Yüksek Lisans çalışmaları değerlendirilmiş; *sağlıkta kalite*, *hasta güvenliği*, *sosyal sorumluluk* ve *SA 8000* anahtar kelimelerinden yola çıkarak yapılan bibliyometrik analiz ile birlikte SA 8000’in hasta güvenliğiyle ilişkisi değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik Analiz, Hasta Güvenliği, Sağlıkta Kalite, SA 8000, Sosyal Sorumluluk.

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP OF SA 8000 STANDARD WITH PATIENT SAFETY

İpek, Burcu

Master Program in Healthcare Quality and Patient Safety

Advisor: Prof. Dr. Gül Akdoğan

Co-Advisor: Prof. Dr. Özkan Tütüncü

January, 2021

Since businesses are dynamic institutions and organizations, they are changing day by day and they can survive by keeping up with this change. Quality standards are the mechanism that effectively control this change process. Quality standards, while addressing the position of enterprises in the competitive environment, at the same

time, to improve their presence in the society and to provide a good service, social, social, mode of production, etc. they aim to regulate the criteria. One of the standards created in line with this purpose is the SA 8000 standard. This standard, which was created by CEPAA in 1997, differs from other standards in that it brings ethical evaluations for businesses. In this study, the SA 8000 standard was discussed with its role in health institutions and its relationship with patient safety was questioned. In this context, mention Turkey in the year 2020 prepared graduate studies study evaluated; The relationship of SA 8000 with patient safety was evaluated with bibliometric analysis based on health quality, patient safety, social responsibility and SA 8000 keywords.

Keywords: Bibliometric Analysis, Patient Safety, Quality in Health, SA 8000, Social Responsibility.

## TEŞEKKÜR

Araştırma boyunca yardımlarını ve bilgilerini esirgemediği için Tez danışmanlarım Prof. Dr. Gül Akdoğan ve Prof. Dr. Özkan Tütüncü'ye en içten şükran dileklerimi sunmak isterim.



## ÖNSÖZ

Sağlık insanın en değerli hazinesidir. İnsanoğlu daima bu hazinenin varlığı ve onu koruma bilinci ile yaşmalıdır. WHO'nun yapmış olduğu tanıma göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmama durumu değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik haline sahip olmayı ifade etmektedir. Dolayısıyla dinamik bir olgu olan sağlık, insan için her geçen gün değişebilen ve bu değişimle birlikte insan yaşamını da derinden etkileyen bir öneme sahiptir.

Bu çalışmada bir sağlık standardı olan ve ülkemizde yeterli derecede bilinmeyen SA 8000 standardının hasta güvenliği ile ilişkisi ele alınmıştır. Çalışma kapsamında öncelikle tezimizde sağlıkta kalite standartlarına yer verilmiş, ardından SA 8000 standardı tüm yönleriyle tanıtılmıştır. Türkiye'de çok az işletmenin sertifikasına sahip olduğu bu standart; çocuk işçiler, zorla çalıştırılma, sağlık ve güvenlik koşulları gibi bir işletmede hem çalışanları hem de işletmeden hizmet alan kesimi ilgilendirecek etik birçok konuya değinmektedir. Çalışmamız kapsamında da standardın ele aldığı başlıkların hasta güvenliği ile ilişkisi olduğu varsayımından hareketle ilerlenmiştir. Bu noktada elbette ki yapılan akademik çalışmalar bu çalışma için yol gösterici olmuştur. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunun en önemli ögesi, bir tüketici konumundaki hastanın, güvenliği sağlık hizmetlerinin de yönlendiricisidir. Bu düşünceden hareketle ikinci bölümde tüm yönleriyle hasta güvenliğine ilişkin literatür taranmış, yeterli tüm bilgilerin sunulmasına önem verilmiştir. Hasta güvenliği bir sosyal sorumluluk meselesidir. Hem hastaya hem de topluma karşı olan bu sosyal sorumluluk sağlık kurum ve kuruluşlarının çalışma prensiplerini oluşturmakta ve doğru şekilde yerine getirildiğinde sağlıkta kaliteyi yükseltmektedirler. Bu düşünceden hareketle tezimizin araştırma kısmında SA 8000 standardına ilişkin Türkiye'de 2020 yılına değin yapılan tüm Yüksek Lisans çalışmaları ışığında bir değerlendirme yapılmış, bu değerlendirmede SA 8000 standardı ile hasta güvenliği ilişkisi analiz edilerek, mevcut durumun sonuçları raporlanmıştır.

İzmir, 2021

Burcu İPEK



## İÇİNDEKİLER TABLOSU

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖNSÖZ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
BÖLÜM 1: GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE STANDARTLARI VE SA 8000 STANDARDI.....	7
2.1. Uluslararası Standartlar.....	7
2.1.1. Uluslararası Standartlar ve Kapsamı.....	8
2.1.2. Birleşmiş Milletler Küresel İlkeler Sözleşmesi (UN Global Compact).....	15
2.1.3. Küresel Raporlama Girişimi (Global Reporting Initiative: GRI).....	16
2.1.4. Beyaz Bildiri (White Paper).....	18
2.1.5. Yeşil Bildiri (Green Paper).....	19
2.1.6. ISO14000-1 Çevre Yönetim Sistemi.....	20
2.1.7. ISO 26000 Sosyal Sorumluluk Rehberi Standardı.....	24
2.1.8. Hesap Verilebilirlik 1000 (AA1000: AccountAbility).....	27
2.1.9. Sosyal Sorumluluk Standardı SA8000.....	27
2.1.10. Milenyum Deklarasyonu ve Binyıl Kalkınma Hedefler.....	28
2.1.11. OECD Kurumsal Yönetim İlkeleri.....	28
2.1.12. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Kalite Belgelendirme.....	29
2.2. SA 8000 Standardı.....	34
2.2.1. SA 8000 Standardı Öncesinde Dünyanın Durumu.....	36
2.2.2. SA 8000 Sertifikasının Tanımı ve Sertifikayı Oluşturan Alt Bölümler.....	39
2.2.3. SA 8000 Belgelendirme Süreci.....	45
2.2.4. SA 8000 Standardının Boyutları.....	46
2.2.4.1. Çocuk İşçi Çalıştırma.....	46
2.2.4.2. Zorla veya Zorunlu Çalıştırma.....	52
2.2.4.3. Sağlık ve Güvenlik.....	54

2.2.4.4.Örgütlenme ve Toplu Sözleşme Hakkı .....	57
2.2.4.5.Ayrımcılık .....	57
2.2.4.6.Disiplin Uygulamaları .....	60
2.2.4.7.Çalışma Saatleri.....	60
2.2.4.8.Ücretlendirme .....	62
2.2.4.9.Yönetim Sistemi .....	65
2.2.5.SA 8000'in Avantajları ve Dezavantajları .....	66
2.2.6.SA 8000 Standardının Diğer Kalite Standartları İle Karşılaştırılması .....	69
2.2.7.SA 8000 Kapsamında Türkiye'deki Mevcut Durum (Sektör ve Şirket) .....	70
2.2.8.SA 8000 Kapsamında Dünyadaki Mevcut Durum (Ülke – Sektör – Şirket).....	72
<b>BÖLÜM 3: HASTA GÜVENLİĞİ VE SA8000 STANDARDI</b>	
<b>İLİŞKİSİNE YÖNELİK LİTERATÜR .....</b>	<b>74</b>
3.1.Hasta Güvenliği .....	74
3.1.1.Hasta Güvenliği Kavramı ve Kapsamı.....	76
3.1.2.Hasta Güvenliği Tarihsel Geçmişi.....	76
3.1.3.Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürü .....	77
3.1.4.Hasta Güvenliği Yaklaşımları.....	80
3.1.4.1.Önleyici Yaklaşım .....	81
3.1.4.2.Düzeltilici Yaklaşım.....	82
3.1.5.Hasta Güvenliğinin Hedefleri .....	84
3.1.6.Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar .....	84
3.1.6.1.Tıbbi Hatalar.....	84
3.1.6.2.Cerrahi Hatalar .....	90
3.1.6.3.Tamda Yapılan Hatalar .....	90
3.1.6.4. Tedavi-Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar .....	91
3.1.6.5.Sağlık Personeli İletişim Eksikliği .....	93
3.1.6.6.Kan Transfüzyon Hataları .....	95
3.1.7.Hasta Güvenliğinin Sağlanması.....	96
3.1.8.Hasta Güvenliğinin İhlalinin Nedenleri.....	97
3.1.9.Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkili Kavramlar .....	100
3.1.9.1.Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi.....	100
3.1.9.2.Sinizm ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi .....	101
3.1.9.3.Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi .....	103
3.1.10.Hasta Güvenliği Kültürünün Hedefleri.....	104

3.1.10.1.Hasta Kimlik Bilgilerinin Doğrulanması.....	104
3.1.10.2.Etkili İletişimin Artırılması .....	105
3.1.10.3.Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi.....	105
3.1.10.4.Doğru Taraf- Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması.....	106
3.1.10.5.Enfeksiyonların Azaltılması .....	106
3.1.10.6.Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması.....	107
3.1.11.Hasta Güvenliğinin Sorumluları ve Sorumlulukları .....	107
3.1.11.1.Sağlık Kurum ve Kuruluşları .....	107
3.1.11.2.Hekimler.....	108
3.1.11.3.Hemşireler.....	109
3.1.11.4.Diğer Sağlık Personelleri.....	113
3.1.11.5.Toplum .....	113
3.1.11.6.Hasta ve Hasta Yakını.....	114
3.1.12.Hasta Güvenliğinin Dünyada ve Türkiye'deki Mevcut Durumuna İlişkin Veriler .....	114
3.2.Hasta Güvenliği ve SA 8000 Standardı.....	115
3.2.1.Hasta Güvenliği ve Kalite Standartları Arasındaki İlişki.....	116
3.2.2.SA 8000 Çerçevesinde Hasta Güvenliği .....	117
3.2.3.SA 8000'in Hasta Güvenliğine Yönelik Getirdiği Yenilikler.....	118
<b>BÖLÜM 4: SA 8000 STANDARDININ HASTA GÜVENLİĞİYLE İLİŞKİSİNİN ANALİZİ .....</b>	<b>122</b>
4.1.Araştırmanın Amacı .....	122
4.2.Araştırmanın Önemi.....	122
4.3.Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları.....	123
4.4.Araştırmanın Yöntemi .....	123
4.5.Verilerin Toplanması .....	126
4.6.Bulgular ve Yorumlar.....	126
<b>BÖLÜM 5: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>160</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>164</b>

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. G4 Standardının Boyutları .....	17
Tablo 2. White Paper Beş Senaryo .....	18
Tablo 3. ISO 14000 Serisi Standardı.....	22
Tablo 4. ISO 14000 Seri Standartları.....	23
Tablo 5. ISO 26000 Standardının Konuları ve Kapsamı .....	25
Tablo 6. JCAHO'nun Hastane Akreditasyon Standartları İşlevsel Bölümleri.....	32
Tablo 7. Bölgelere Göre Çocuk İşçiliği (5-17 Yaş Grubunda 2008-2012).....	51
Tablo 8. SA 8000'in Avantajları .....	67
Tablo 9. ISO 9000, ISO 14000 ve SA 8000 Karşılaştırması .....	69
Tablo 10. Türkiye'de SA 8000 Kapsamında Yer Alan Firmalar .....	71
Tablo 11. Ülkeler Bazında SA 8000 Belgeli Firma Sayısı .....	72
Tablo 12. Sağlık Bakımı Yaklaşımı .....	81
Tablo 13. Hatalara Yaklaşım Şekilleri .....	82
Tablo 14. Dünyada Ölüm Nedenleri (2000 Yılı Verileriyle).....	86
Tablo 15. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	87
Tablo 16. Tıbbi Hataların Nedenleri .....	88
Tablo 17. Tıbbi Hatalar ve Kapsamları.....	89
Tablo 18. İlaç Yazımında Dikkat Edilmesi Gerekenler .....	92
Tablo 19. İlaç Dağıtımını İle İlgili Yapılabilecekler.....	93
Tablo 20. Hasta Güvenliği İhlallerine Neden Olabilecek Faktörler .....	97
Tablo 21. Sağlıkta Kalite Konusuna İlişkin Türkiye'deki Tezlerin Dağılımı.....	127
Tablo 22. Sağlıkta Kalite Konusuna İlişkin Türkiye'de 2009-2020 Seneleri Arasında Hazırlanan Tez Çalışmalarında Elde Edilen Sonuçlar .....	132
Tablo 23. Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Türkiye'deki Tezlerin Dağılımı .....	145
Tablo 24. Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Türkiye'deki Tezlerin Konu Dağılımı.....	146
Tablo 25. İşletme Alanında Sosyal Sorumluluk Konulu Tez Çalışmaları Verileri .....	148
Tablo 26. Halkla İlişkiler Alanında Sosyal Sorumluluk Konulu Tez Çalışmaları Verileri.....	149
Tablo 27. Sosyal Sorumluluk Konulu Tez Çalışmalarının Konu Dağılımı (İşletme-Halkla İlişkiler ve Diğer Alanlar) .....	150
Tablo 28. SA 8000 Standardına İlişkin Türkiye'deki Tezlerin Dağılımı.....	152

Tablo 29. SA 8000 Standardına İlişkin İşletme Alanında Yoğunlaşan Tezlerin Genel Durumu.....	153
Tablo 30. SA 8000 Standardına İlişkin İşletme Dışındaki Alanlarda Hazırlanan Tezlerin Genel Durumu .....	155
Tablo 31. SA 8000 Standardına Türkiye’de 2001-2020 Seneleri Arasında Hazırlanan Tez Çalışmalarından Elde Edilen Sonuçlar.....	158



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlıkta Kalite Konusunda Çalışma Yapan Üniversiteler .....	135
Şekil 2. Sosyal Sorumluluk Konusunda Çalışma Yapan Üniversiteler .....	147
Şekil 3. Hasta Güvenliği Konusunda Çalışma Yapan Üniversiteler .....	151



## BÖLÜM 1: GİRİŞ

İnsanın en yegâne varlığı olan sağlık, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kalıplaşmış tanımıyla “*sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali*” olarak belirtilmektedir. Bu tanımlamayla birlikte sağlığın *hasta olmamadan öte*, aynı zamanda hasta ruh haline bürünmeme ve her anlamda yaşamını sürdüreceği iyilik haliyle mümkün olacağı görülmektedir. Doğuştan itibaren bireyin yaşamının her aşamasında var olan ve yaşamını sürdürme yolunda ilerlemesine olanak veren sağlığın korunması oldukça önemlidir. Birey ancak sağlığını koruyarak; bedenen, ruhen ve sosyal manada tam anlamıyla iyilik halinde olarak yaşamını sürdürebilir. Bu süreç bireyin doğumundan başlayarak ölümüne değin devam eder. Ölüm, bireyin yaşamının sonu olduğu gibi, sağlık halinin de sona ermesi, tükenmesidir (Uysal, 2019, s. 19-21).

Bireyin sağlığın korunması kendi iradesine bağlı şekilde gelişirken, sağlığın bir hizmet olarak sunulması, aynı zamanda *sağlık hakkını* da doğurmaktadır. Sağlık hakkı, bireye ulusal ve uluslararası belgelerle verilmiş, her şeyden evvel onun insan olma ve değerli olma vasfıyla birlikte kazandığı bir haktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi kişinin hem kendisinin hem de ailesinin sağlık hakkının olduğunu, bu hakkın kişinin yaşlılık, fakirlik, işsizlik gibi aciz kalma durumlarında da devam ettiğini bildirmektedir. Yine Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Alma-Ata Bildirgesi gibi diğer uluslararası sözleşmelerde de aynı durum garanti altına alınmıştır. Uluslararası belgelerde ise Türkiye'de kabul edilen anayasalarda bu hak garanti altına alınmış, insanın her koşulda sağlık hakkına sahip olduğu bildirilmiştir.

Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve bireyin tam anlamıyla iyilik haline kavuşması adına yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin temel öznesi insan iken, temel amacı da insanların sağlıklı olmasından yola çıkarak toplumun sağlıklı olmasıdır. Toplumdaki her türlü faaliyeti gerçekleştiren bireyin, temel sağlık düzeyinde olması ve bu sağlık düzeyini koruması ancak toplumun sağlıklı şekilde işlemlerini ve ilerlemesini sağlayacağı için temel sağlık hizmetleri için bireyden yola çıkarak toplumu koruyan amaçları içerdiği söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında temel amaç hastanın sağlığını yerine getirmek ve tam iyilik halini sağlamak iken, bunu yaparken aynı zamanda hastanın

güvenliğini de korumak önemlidir. Özellikle 20.yüzyılın sonuna doğru araştırmalarla birlikte sağlık hizmetlerinde önemi anlaşılan “*hasta güvenliği*”, sağlığın hizmet yönünün müşteri konumundaki hastaya vereceği zararların her türlü boyutunu göz önüne çıkarmıştır. Institute of Medicine’in 1999 senesinde yayınladığı raporda tüm dünyada sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin tam olarak sağlanamamasının verdiği zararı gözler önüne sermektedir. Bu zarar doğrudan her yıl binlerce kişinin ölümüyle sonuçlandığı gibi, aynı zamanda maddi kayıplara da yol açmaktadır. Hastaların sağlık sektörüne duyduğu güven kaybı ise sürecin soyut ama bir diğer önemli kısmını ilgilendirmektedir.

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastanın maruz kalacağı her türlü olumsuz durumun önlenmesi amacıyla sağlık kuruluşlarının önlem almasını ifade etmektedir. Bir hasta sağlık hizmeti aldığı süreçte birçok güvenlik tehlikesiyle karşı karşıya kalabilir. Bu tehlikeler; tanı, tedavi ve diğer aşamalarda gerçekleşebilmektedir. Tanı aşamasında kişiye yanlış tanı konulması, güncel olmayan tanı yöntemlerinin kullanılması, tetkik sonuçlarına bağlı önlemlerin alınmaması; tedavi aşamasında yanlış bir cerrahi müdahale yapılması, ilaç doz ve verilmiş biçiminde hata yapılması; diğer basamaklarda ise tedavi sonrası takip sürecini de içeren hataların yapılması hastanın iyileşmesinden çok, zarar görmesine neden olmaktadır. Oysa hasta güvenliğinin temel hedefi hastaya doğru tanı ve tedavi uygulanması ve hastanın iyileşmesi iken, süreç hastanın daha da kötüye gitmesine neden olarak hastanın yaşamına olumsuz yansımaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Hasta güvenliğinin sağlanmasında en büyük görev başta ülkelerin sağlık sistemlerinde, ardından ise sağlık kuruluşlarındadır. Hasta güvenliğinin sağlanmasında iyileştirici etkisi olan iki önemli yaklaşım bulunmaktadır: önleyici (proaktif) yaklaşım ile düzeltici (reaktif) yaklaşım. Önleyici yaklaşım, hasta güvenliğinin sağlanması adına öncelikle alınan tedbirlerin önemli olduğunu savunan ve güvenlik zayıfatı oluşmadan önlem alma yolunu seçen yaklaşımdır. Gelecekte olması muhtemel güvenlik sorunları göz önüne alınır ve bunların önlenmesi adına çalışmalar yapılır. Bu çalışmalarda literatürde yer alan yüksek riskli durumlardan yararlanılır ve bu durumların önüne geçme adına adımlar atılır. Düzeltici yaklaşımda ise hasta güvenliğinin zarar görmesinin ardından ortaya çıkan hata/zararın düzenlenmesi adına çalışmalar yapılır. Kök neden analizi yöntemi ile zarara sebep



olan ana sorun belirlenir ve düzenlenmesi adına çalışmalar başlatılır. Bu çalışmalar en azından ilerleyen süreçlerde aynı durumun ortaya çıkması halinde alınacak önlemleri sunması adına önemlidir.

Hasta güvenliği konusu küresel ölçekte önem kazanmış bir konudur. Bugün tüm dünyada hasta güvenliğinin doğru şekilde sağlanamamasından ötürü birçok ölüm ve maddi kayıplar yaşanmaktadır. Danimarka'da hasta güvenliğinin sağlanması adına önleyici yaklaşımla çalışmalar yürütülmekte, bilhassa sağlık personellerinin yan etkiler konusunda bilinçli olması adına eğitimler verilmektedir. Çek Cumhuriyeti'nde oluşturulan zorunlu raporlama sistemiyle hastaya ilişkin tüm süreçler raporlarla arşivlenir ve olası güvenlik zafiyet durumlarının önüne geçilir. Yine Hollanda ve İrlanda'da da raporlama sistemi yürütülür. İngiltere'de ise tüm sağlık kuruluşlarının NPSA adı verilen raporlama sistemine kayıtlı olmaları zorunlu tutulmuştur.

Hasta güvenliğini sağlama konusunda yapılan çalışmalarda sorumluluk sağlık hizmetlerinin her kademesine yayılmaktadır. Özellikle birçok akademik çalışmada doğrudan sağlık personelleri ve sağlık kuruluşları ana sorumlu olarak belirtilirken, birçok çalışmada ise ülkelerin sağlık sistemleri süreçten sorumlu tutulmaktadır. Hasta güvenliğinin bireysel olarak hasta ile ilgilenen sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanlarıyla iç içe olması sebebiyle kişi ve kurumların sorumlu tutulması oldukça olağandır. Hasta güvenliğinden sağlık personeli ve kurumları sorumlu tutan yaklaşımın odak noktasında kavramın sağlık kuruluşlarını doğrudan ilgilendiriyor olması, personellerin hastalarla iç içe olması, hastanın güvenlik takip ve kontrolünü yapan kişilerin sağlık personelleri olması fikri yatmaktadır. Bununla birlikte kurumların bağlı oldukları ülkelerin sağlık sistemleri göz önüne alındığıdaysa hasta güvenliğinin herkesi ilgilendiren bir konu olduğu, dolayısıyla ülke içinde sağlık sistemlerinde alınan önlemlerden yola çıkılarak sorumluluğun herkese verilmesi gerektiği fikri savunulmaktadır.

*Sosyal sorumluluk* kavramı, sorumluluk kavramının sosyal yani halkı ilgilendiren ve daha çok halk yararına olan kısmını temsil etmektedir. Günümüzde daha çok projeler üzerinden bilinen bir kavram olsa da sosyal sorumluluk çıkış noktası itibarıyla ürün ve hizmetleri, yani doğrudan işletmeleri ilgilendirmektedir. İşletmelerin ürün ve hizmet üretiminden nihai müşteriye ulaşana dek geçirdikleri süreçte meydana gelebilecek her türlü zararı kısıtlayan ve telafi eden, müşterileri ve

doğrudan işletme çıkarlarını koruyan her türlü faaliyet sosyal sorumluluk kapsamındadır. Küreselleşmeyle birlikte önemi artan sosyal sorumluluk, işletmeler için somut olarak görünmeyen, ancak etkisi hizmet sunumunda hissedilen sorumlulukları ifade etmektedir. Bu nedenle her kurumun kendi sınırları içerisinde bir “kurumsal sosyal sorumluluğu” bulunmaktadır.

Kurumsal sosyal sorumluluk, sosyal sorumluluğa kıyasla kurumun gönüllülük esasına dayanan, ancak kurum prestij ve imajına katkıları bulunan sosyal sorumluluk türüdür. Kurumlar çevreye, müşteriye, sosyal hayata karşı duyarlı olarak kendilerine sorumluluk bilinci atfettiklerinde faaliyetlerini gerçekleştirirken kurumsal potansiyellerini de artırırlar. Bir kurum başlı başına kar mekanizmasıyla iş yürütmek yerine sosyal ve toplumsal yönünü de ortaya koyarak aslında dinamik yönünü de pazara sunmuş olacaktır.

Kurumlar tek başına sosyal sorumluluk üzerine karar veremez ve eyleme geçemezler. Kurumların her ne kadar gönüllülük esasıyla sosyal sorumluluklarını gerçekleştirebildikleri göz önüne alınsa da kurumsal sosyal sorumluluk doğa ve çevre, küreselleşme, siyaset, eğitim, işletme fonksiyonları, pazarlama, finansman gibi birçok konudan etkilenerek oluşturulur. Kurumun yeterli finansmanı olmadığını düşündüğümüzde işletmenin sosyal anlamda maddi bir kaygı duymadan müşteriye yönelik hizmet sunması imkânsız hale gelir. Aynı şekilde kurum içinde sosyal sorumluluğa yönelik yeterli eğitim düzeyinin olmaması, bilinçsiz bir personel ve ekiple de sosyal sorumluluk yerine getirilemez. Bu nedenle sosyal sorumluluk başlı başına gönüllülük esasıyla oluşturulamayan, esası gönüllülük olan, ancak karmaşık birçok yapılanmanın da ürünü olarak meydana gelen bir kavramdır.

İşletmelerin sosyal sorumluluk alanları temelde müşteriler, hisse sahipleri ve sermayedarlar ile toplum üzerine kuruludur. Küreselleşmeyle birlikte müşteri istek ve beklentileri çok çeşitli şekilde artmıştır. Bir müşteri işletmeden aldığı ürün ve hizmeti değerlendirmeye alırken, aynı zamanda işletmeyi de arka planda değerlendirmektedir. Müşteri memnuniyetinin arka planında ürün ve hizmet kadar, müşterinin işletmeye bakış açısı ve değerlendirmeleri de mevcuttur. Bu bakış açısı ve değerlendirmeleri şekillendiren hususları oluşturan kavramlardan biri de işletmelerin sosyal sorumluluklarıdır. Örneğin; bir işletmenin çevreye duyarlı şekilde üretim yapması, hayvanları koruyan politikalar ortaya koyması, ürünlerinde zararlı madde

kullanılmadığını açıkça belgelemesi gibi sosyal sorumluluk kapsamına giren her türlü çalışma işletmeyi müşterinin gözünde yüceltmekte ve artı puan kazandırmaktadır. Hissedar ve sahipleri açısından da sosyal sorumluluk çalışmaları önemlidir. Bir işletmenin ortak sahipleri, aynı zamanda işletmeden faydalanan ve karı bölüşen kişilerdir. İşletmenin sosyal sorumluluğunu yerine getirmesiyle birlikte gittikçe büyüyen hacmi doğrudan yatırımcıya fayda sağlamaktadır. Son olarak bu sistemin en önemli grubunu oluşturan toplum ise hem sosyal sorumlulukla birlikte bilinçlenme, hem de ürün ve hizmet kalitesinden faydalananlar olarak en büyük tesiri üzerinde hissedecektir.

SA 8000 standardı; ISO 9001 (Tasarım, geliştirme, üretim, tesis ve serviste kalite güvencesi modeli) ve ISO 14001 (Çevre Yönetim Sistemleri) standartları üzerinden 1997 senesinde geliştirilen ve değişen çağın sorunlarına etik bir bakış açısıyla oluşturulan bir standarttır. Standart; insan hakları, çocuk emeğinin kullanımı, zorla çalıştırma, işçi sağlığı ve iş güvenliği, ücretlendirme, toplu pazarlık ve ayrımcılık gibi konu başlıklarından oluşmaktadır. Bu konu başlıkları göz önüne alındığında özellikle 20.yüzyılda iş yaşamındaki zorlukların, etik ihlallerin değerlendirildiği ve standardın bu şekilde oluşturulduğunu söylemek doğru olacaktır. Nitekim SA 8000 standardı oluşturulurken İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Konvansiyonları gibi önemli bildirge ve sözleşmelerden yola çıkılmış, ILO'nun da çeşitli sözleşmeleri göz önüne alınmıştır. Örneğin; 87 Sayılı ILO Sözleşmesi zorla çalıştırılma konusunu içermekte ve SA 8000 standardında da bu konuya yer verilmektedir. İlgili standart toplamda dört bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler standardın amaç ve kapsamını taşımakta, ikinci bölüm standardı almak isteyen kurumların taşımaları gereken özellikleri ve uymaları gereken yasaları sıralamakta, üçüncü bölüm standardın içinde yer alan konularda geçen “çocuk”, “işçi” gibi kavramları tanımlamakta ve dördüncü bölüm ise işletmenin yönetim sistemini uygularken ve belge alırken uyması gereken genel koşulları açıklamaktadır.

Kalite standartları içerisinde sağlık hizmetlerinde SA 8000 standardını tez çalışmamıza konu edinmemiz ve hasta güvenliği ile ilişkilendirmemizin detaylarına geçmeden evvel, kavramın hasta güvenliği ile önemine de değinmek yerinde olacaktır. SA 8000 standardı kapsadığı başlıklarla birlikte sağlık sektöründe insana verilen değer ile örtüşmekte ve doğrudan hastayı bir insan olarak gören ve bu değerle

işletmenin çalışmalarını değerlendiren bir standarttır. Bir sağlık kurumunun çalışma politikaları değerlendirilerek kurumun potansiyel müşterisi olan hastaya verdiği değer ve bu değer noktasında kalitesi sorgulanabilmektedir. Sağlık kuruluşlarında çalışma politikaları kapsamı göz önüne alındığında SA 8000'in içerdiği konular çocuk işçi alıştırma, zorla ve zorunlu alıştırma gibi önemli konulardır. Örneğin; bir sağlık kuruluşunun çocuk işçi çalıştırdığı düşünöldüğünde, zihinsel ve fiziksel gelişimini henüz tamamlamamış bir çocuğun sağlık işlerinde görev alması doğrudan hasta güvenliğini etkileyecektir. Böyle bir durumda yaşanacak mağduriyet tamamen sağlık kuruluşunun çalışma ilkeleriyle ilişkili olacaktır.



## **BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE STANDARTLARI VE SA 8000 STANDARDI**

### ***2.1.Uluslararası Standartlar***

Örgüt; birden çok kişinin bir araya belirli bir amaç için gelerek, o amacın gerçekleşmesi adına faaliyette bulunan topluluktur. Örgütleri oluşturan çevre içerisinde buldukları amaç sosyal sorumluluk kavramı ile ilişkilidir. Sosyal sorumluluk genel olarak; bir örgütün dış ve iç çevresini önemsemesi ve alacağı kararları çevresini göz önünde bulundurarak alması sürecini içermektedir. Karar verme sisteminde kişisel ve kurumsal misyonların etkilerinin çevrede uyandıracığı tepkinin önemsenmesi bu süreci doğurmaktadır.

İnsanoğlunun doğası gereği üstlendiği sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar insanın bir çevre içinde yaşamasından ve çevresini önemsemesinden kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır. İnsan aynı zamanda içerisinde bulunduğu çevreyi önemserken “iyiliğe meyilli” bir tutum içerisinde tavır alır. Sosyal sorumluluk bireyin çevresinin ve kendisinin, bulunduğu kurumun iyiliğini ve imajını düşünerek hareket etmesini ifade etmektedir. Gün (1994) yaptığı tanımlamada sosyal sorumluluğun “iş ahlakı”, “gönüllülük” ve “hesap verme” gibi üç dinamiğinin olduğunu söylemektedir. Bir işletmenin iş ahlakına uygun bir çalışma sistemi içerisinde işletme çalışanına, vizyonuna, misyonuna ve işletmenin amacına duyduğu saygıyı ve işletmeye bağlılığını gösteren yegâne şey, işletmenin sosyal sorumluluğudur (Mutlu, 1999, s. 52).

Türk Dil Kurumu “sorumluluk” kavramını “kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi, sorum, mesuliyet” olarak tanımlamaktadır. O halde sosyal sorumluluk da kişinin sosyal hayattaki sorumlulukları üstlenmesi olarak tanımlanabilir (TDK, 2019, s. 255). Demirkan (1998) sosyal sorumluluğun başkalarını tanımak, önemsemek ve onların değerlerinin farkında olmak şeklinde tanımlanabileceğini söylemektedir. Sosyal sorumluluk bu yönüyle geniş bir vizyon silsilesidir (Demirkan, 1998, s. 40).

Günümüzde “tüketim” süreci karşılıklı etkileşimin olduğu bir değişime uğramıştır. Tüketiciler sadece tüketime değil, aynı zamanda tüketim ürününün niteliğine, markasına odaklanmaktadırlar. Bu nedenle işletmeler tüketici-üretici

sürecinde etkin bir rol almışlardır. İşletmeler kurumsal yapılanmalardır ve her kurumun da vizyonuna uygun olarak oluşturduğu bir kurumsal kimliği bulunmaktadır. Bu kurumsal kimlik etik değerler içerisinde üretim elemanlarından en önemlisi olan tüketici kitlesini hedef aldığı anda işletmenin imajına katkıda bulunmaktadır. Kurumsal sosyal sorumluluk, işletmelerin imajına etki eden ve işletme öğelerinin aralarındaki ilişkiyi şekillendirmektedir. Kavram hakkında evrensel bir tanım literatürde olmamakla birlikte işletmelerin eylemlerinden etkilenen kitlenin önemsenmesi, işletmenin üretim sürecine dahil edilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Demirkan, 1998, s. 40).

İşletme, kurum ve kuruluşlarda kurumsal sorumluluğun en önemli öznesi tüketicidir. Üretici noktada bulunan, mal ve hizmet üreten yapılanmalar için tüketici kitlesini memnun etmek başta işletmenin varlığını sürdürmesi adına önemlidir. Tüketici memnuniyeti adına yapılan çalışmalar, tüketiciyi her türlü kötü hizmet koşullarından koruma amacı taşımaktadır. Bu amaçla 20.yüzyılda sistemleştirilen alanlardan birisi de uluslararası standartlardır. İnsan ve çevre faktörünü düşünen, insan tüketici olması noktasında değer veren uluslararası standartlar kalite sağlayıcılarıdır. Bu nedenle işletmelerin kurumsal kimliklerini güçlendiren ve kurumsal sosyal sorumluluklarının başında gelen unsur da bu standartları benimsemek ve en iyi şekilde uygulamak üzerinedir. Çalışmanın bu bölümünde uluslararası standartlar konusu ele alınacak, tanıtılacak ve ardından çalışmamızın ana konusu olan SA 8000 standardına dair literatür sunulacaktır.

### ***2.1.1.Uluslararası Standartlar ve Kapsamı***

“Standart” kelimesi, bir şeyi yaparken üzerine alışılan yol ve yöntem anlamına gelmektedir. “Standard” kelimesinden dilimize geçen standart, teknik yönü ön plana çıkan bir terimdir. Standart denildiğinde tasarlanmış kriterler, önceden belirlenen ve düzeni belli olan teknik bilgiler akla gelmektedir. Yaşamın her alanında standartlar vardır. İnsanın herhangi bir konuda belirlemiş olduğu düzeni bir standart olup, seçim ve ölçüm zamanı geldiğinde bir kriter olarak kullanılabilir.

ISO'nun standart tanımına göre; imalat, anlayış, ölçme ve deneyde bir örnek olmak standarttır. Mutabakat sağlanmış geçerliliği olan bir kurumca belirlenen ve uygulanmasıyla bir düzen oluşturan kurallar standart olarak tanımlanmaktadır. ISO bu tanımıyla standardın karakteristik özelliklerine vurgu yapmaktadır.

Standart ile ilişkili bir başka kavram ise “standardizasyon”dur. Standardizasyon belirlenen faaliyet alanıyla ilgili ekonomik fayda sağlamak amaçlı tarafların etkin katılımıyla birlikte belirlenen birtakım kurallar ve bu kuralların uygulanması, incelenmesi, izlenmesi faaliyetlerini kapsamaktadır. Standardizasyon; tatmin edici seviyede mal ve hizmet üretimi sağlamak, işgücü-malzeme vb.noktada tasarruf yapmak, insan hayatının sağlık ve güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulmaktadır. Bu nedenle standardizasyonun konusunu can ve mal güvenliği, ekonomik fayda ve kural koyma bilinci oluşturmaktadır (Çağlar ve Kılıç, 2008, s. 137).

İnsanoğlu standart koymaya ve standardizasyon oluşturmaya çok eski çağlarda başlamıştır. Yapılan araştırmalar M.Ö. 2400-2350 Yılları arasında Babil’de ev ve tekne yapımında belli standartların olduğunu göstermektedir. Kişilerin can ve mal kaybını önlemek adına uzun uğraşlar sonucunda en iyi ev ve tekne üretimine yönelik malzemenin ve çalışma düzeninin standardını oluşturmak önemli sayılmıştır. Aynı şekilde M.Ö. 1450 yılında Eski Mısır’da aynı anlayışın devam ettiği bilinmektedir. Dolayısıyla insan sağlığı ve çevre güvenliğinin de önemsenmesiyle başlayan standardizasyon çalışmalarının geçmişi oldukça eskidir.

Standardizasyonun bir kurum olarak sistemleşmesi ve kalite üzerine yapılan standart çalışmaları Birinci Dünya Savaşı döneminde başlamıştır. Bu dönemde ilk standardizasyon teşkilatı olan BSI (İngiliz Standartlar Enstitüsü) kurulmuştur. BSI Birleşik Krallıklar bünyesinde kurulan ve dünyadaki ilk standart belirleme teşkilatı olan bir kuruluştur. Merkezi Londra’dadır. Onun ardından 1906 senesinde IEC kurulmuş ve dünyada standart belirleme adına ilk yayınlar yapılmaya başlanmıştır. Günümüzde dünyadaki en önemli standart kuruluşları; ISO (International Organization For Standardization- Uluslararası Standart Organizasyonu), IEC (International Electrotechnical Commission – Uluslararası Elektroteknik Komisyonu) ve CENELEC (European Commite for Electrotechnical-Avrupa Elektroteknik Standardizasyon Komitesi)’dir. ISO, İsviçre’nin Cenevre kentinde olup kuruluşa 159 ülke üyedir. Uluslararası mal ve hizmet anlayışını hızlandırma amacıyla olan bir kuruluştur. IEC ise daha çok elektrik – elektronik ile ilgili standartlar hazırlayan bir kuruluştur. Son olarak CENELEC merkezi Belçika’da olan ve yine IEC gibi elektrik elektronik alanında çalışan bir kuruluş olma özelliğindedir.

Uluslararası kalitenin belirlenmesinde belli başlı kuruluşlar rol oynamaktadır. Bu kuruluşlar; ASQC (The American Society for Quality Control-Amerikan Kalite Kontrol Kurumu), JUSE (Japanese Union of Scientists and Engineers- Nippon Kagaku Gijutsu Renmei- Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği), EOQ (European Organization for Quality-Avrupa Kalite Örgütü), WOQ (World Quality Council- Dünya Kalite Konseyi) ve EOTC (European Organization For Testing And Certification-Avrupa Test ve Belgelendirme Organizasyonu)'dur. Tüm bu kuruluşların ortak noktası daha çok İkinci Dünya Savaşı döneminde kurulmuş olup çeşitli alanlarda kalitenin yükselmesi adına belirli standartlar belirleyip yürürlüğe alınmasını sağlamaktır.

Standartların temel amacı belli bir alandaki üretimlere değer katmak ve onların kalite standartlarını yükseltmektir. Müşterilerin bir ürün alırken temel amacı üründen yeterli düzeyde verim elde etmektir. Bu verimin sağlanması da ürünün güvence altında olması ve belli bir kalite standardı ile desteklenmesiyle mümkündür. İmai (2003) küreselleşmeyle birlikte tüketicilerdeki bilinçlilik seviyesinin arttığını, internetin yaygınlaşmasıyla birlikte tüketicinin ürünle ilgili bilgisinin üst düzeye çıktığını ve dolayısıyla beklentilerinin de arttığını söylemiştir. Bu durum tüketici açısından belli bir standartta olan ürüne “kaliteli” sıfatının yakıştırılacağı ile ilgili beklentinin de yükselmesini sağlamıştır (İmai, 2003, s. 12).

Kalite standartları üretici, tüketici ve ekonomi açısından sisteme bir düzen getiren standartlardır. Üreticinin belli bir plan ve program çerçevesinde üretim yapabilmesini sağlayan, kayıp ve atıkları en aşağı düzeye çeken, tüketici beklentileri bilindiği için ürünün ziyan olmasını engelleyen bu standartlar üreticiye hizmet sunumunda fayda sağlamaktadır. Tüketici açısından bakıldığında ise tüketicinin aldığı ürün ve hizmet hakkında bilgi sahibi olmasını, can ve mal güvenliği konusunda kendisini güvende hissetmesini, karşılaştırma ve seçim yapabilmesini sağlaması açısından önemlidir. Ekonomi açısından standartların sağladığı fayda ise şu şekilde sıralanabilir:

- Kaliteyi teşvik eder; gereksiz hammadde ve emek kaybını önleyerek ekonomideki zararın önüne geçer.
- Arz –talep dengesinin korunmasını sağlar.
- Üretimde kalitenin gelişmesine olanak sağlar.



- Rekabeti sağlıklı koşullarda geliştirir.

Kalite standartlarına ilişkin faydalar göstermektedir ki kalite standartları arz-talep ilişkisinde talebin olması gerektiği halini, tüketiciye yönelik beklentinin karşılandığı şeklini ihtiva etmektedir.

Üreticiden çıkan malın tüketiciye ulaşma sürecinde önem arz eden kavramlardan biri de *kalite*dir. Kalite, bir ürün ve hizmetin kendisinden beklenen gereksinimleri ideal şekilde karşılama yeteneğidir. Kaliteye ilişkin çok çeşitli tanımlamalar yapılabilir. *Her türlü hatadan uzak olma, ideal garanti şartlarını taşıma, bir kişinin istek ve beklentilerine karşılık verme* gibi daha birçok tanımlı yapılabilen kalite, kullanıma uygunluk ve kusursuzluk arayışına karşı geliştirilen bir yaklaşımdır. Europe Organization Quality Control (Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu) tarafından kalite, *belli bir mal ve hizmeti tüketici isteklerine uygun olması durumu* şeklinde tanımlanmaktadır. Dolayısıyla genel bir bakış açısına göre kalite, ürün ve hizmetlerin bekleneni karşılması ve ideal performansta tüketiciye yarar sağlaması halidir (Tabrizi et al. 2011, s. 1).

Bir işletmenin faaliyetlerine devam edebilmesi kar amacıyla tüketiciye hizmet sunabilmesi ve bu hizmeti sürdürebilmesi sunduğu faaliyetler de ki kalite sistemleri ile doğrudan ilişkilidir. İşletme hizmet kalitesi ile birlikte tüketiciye kusursuz ürün satma ve olası herhangi bir problemde telafi etme imkanı sunmaktadır. İşletmelerin oluşturdukları kalite prensipleri tüketicinin işletmeye güvenmesini, ürün ve hizmetlerini satın almasını ve dolayısıyla işletmeye bağlılık geliştirerek kar kazandırmaya yönelmesi anlamına gelmektedir (Adnan, 2001, s. 2).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren Abedis Donabedian'a göre yüksek kaliteli bir sağlık hizmeti için hizmet süresince beklenen kazançların yerine getirilmesi, kayıtlar dengesinin minimumda tutulması ve hastanın iyilik halini kapsamlı bir şekilde gerçekleştirmiş olması gerekmektedir. Bu durumun olabilmesi adına sağlık hizmetlerindeki tüm öğeler kalite standartlarına uygun olarak düzenlenmelidir. Bu düzenlemeden başta sağlık kurumlarının yöneticileri olmak üzere sağlık kurumları çalışanları, doktorlar, hekimler, hemşireler olmak üzere birçok sağlık personeli sorumludur. Sorumluluğun sadece yöneticilere ait olması, sağlık gibi birincil derecede önemli olan bir alan için geçerli olmayıp hiyerarşi güdülmeden bütün çalışanlar kalite sürecinde sorumluluk almalıdır (Mantagu, 2003).

Donabedian'a göre kalitenin tanımını yapabilmek öncelikle sağlık hizmetlerinde kalitenin ilkeleri ve özelliklerinden yola çıkılarak genel bir kalite şeması ve standardı oluşturmakla mümkündür. Genel kalite ilkeleri olan *etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık* ve *hakkaniyet* sağlık hizmetleri için de geçerli kalite ilkelerini oluşturmaktadır. Dolayısıyla *sağlık hizmetlerinde kalite nedir* sorusuna yapılacak bir tanımlama bu ilkelerin gözetilmesi ve doğrulanabilmesi ile mümkündür: (Tabrizi et al. 2003, s. 2-3)

*Etkenlik*; herhangi bir hizmet alanında iyileştirmeler meydana getirebilme yeteneğidir. Sağlık hizmetlerinde etkenlik ilkesi sağlık alanındaki bilim ve teknolojik gelişmelerin doğrudan ilgili disiplin alanına taşınabilmesi ve uygulamada pratik bir verimlilik sağlamasını ifade etmektedir. Etkenlik; araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliği ile mümkündür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde başarılı olabilmenin ana koşullarından birisi de takım ruhuna inanmak ve bu doğrultuda ortak çalışmalar sağlayabilmektir (Tabrizi et al. 2003, s. 2).

*Etkililik*; kalite alanlarında ulaşılabilir performansa en ideal şekilde ulaşmayı ifade eder. Sağlık alanında etkili çalışılabilmesi için en iyi hizmet kalitesi gözetilerek hizmet verilen hastalığın seyri takip edilmeli ve hizmetin en ideal koşullarda gerçekleştirilmesine dikkat edilmelidir. Etkililik, sağlıkta değerlendirilecek hizmetin meydana getirdiği iyileştirmeler ve bu iyileştirmelerin standart hizmet kalitesine oranıyla çözümlenebilir bir ilkedir (Tabrizi et al. 2003, s. 2).

*Verimlilik*; hizmet kalitesini azaltmadan maliyetlerini azaltma durumudur. Sağlık alanında daima hasta için en ideal iyileşme koşullarına ulaşma durumu göz önüne alınır. Ancak bu iyileşmenin sağlanması süresince sunulan hizmetin de maliyetli olması sağlık hizmetlerinde verimlilik sağlayacaktır. Özellikle nüfusu fazla olan ülkelerde sağlık alanında yeterli çalışan olmaması, maliyetlerin yüksek olması ve çeşitli sağlık araç gereçlerinin yeterli düzeyde olmamasında verimliliğin düşük olmasının payı da oldukça önemlidir. Bu nedenle verimi sağlamanın yolu da hizmet maliyetini minimum da tutarak maksimum verim elde edebilmeyi göz etmektir (Tabrizi et al. 2003, s. 2).

*Optimallik*; sağlıktaki iyileştirmeleri, bu iyileştirmelerin maliyetleri ile dengellemektir. Bu ilke verimlilik ilkesine benzer şekilde daha düşük maliyetle daha fazla fayda gözetmeyi içermektedir. Yine verimlilikte olduğu gibi özellikle nüfusu

fazla ve gelişmişlik seviyesi orta düzeyde olan ülkelerin sağlık alanında optimal etkili hizmet göz etmeleri hizmetlerin daha fazla sayıda kişiye ulaşması açısından önemlidir (Tabrizi et al. 2003, s. 3)

*Kabul edilebilirlik*; herhangi bir alanda kalitenin çevresel faktörlere bağlı olarak beklenti ve isteklere uygunluğunu ifade etmektedir. Sağlık alanında kabul edilebilirlik hastaların ve ailelerinin isteklerine, arzularına, beklentilerine uygun şekilde sağlık hizmetinin yürütülebilmesini kapsar. Hastaya sağlık hizmeti sunulurken hastadan ve çevresinden onay alınması, hizmet hakkında bilgi verilmesi, hizmet süresince iyi ve doğru şekilde davranılması, hizmet verildikten sonra hastanın sağlık durumunun kontrol edilmesi ve tüm süreçlerin denetimler eşliğinde yapılması kabul edilebilirlik ilkesi ile uyumlu çalışmaktır (Tabrizi et al. 2003, s. 2-3)

*Yasallık*; herhangi bir hizmet alanında etik prensipleri, değerleri, normları, yasaları ve çeşitli düzenlemeleri göz önüne almak ve hizmet verilirken yasal koşullara uymaktır. Demokratik bir toplumda sağlık hizmeti sunulurken yasal koşullar çerçevesinde kişinin can ve mal hüviyeti garanti altına alınmaktadır. Bu nedenle hizmet süresince tüm sağlık personelleri etik prensipleri gözetmeli, değerler çerçevesinde yasal ve kurallara uygun şekilde tedavinin sürdürülmelidir. Sağlık gibi bir alanda bireyin zarar görmesinin önüne geçmek adına sürecin her aşaması yasalara uygun şekilde yürütülmelidir (Tabrizi et al. 2003, s. 2-3)

*Hakkaniyet*; uygulanan ürün ve hizmet süresince adil olanın gözetilmesi ve payda dağıtımında doğru ve eksiksiz şekilde çalışılmasını ifade eder. Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, hizmet alan bireye karşı sürecin doğru şekilde uygulanması, diğer hastalarla eşit şekilde tedavi yapılması ve hastaya eksik, yanlış bir uygulama yapılmamasını ifade eder. Hizmetin erişilebilirliği ilkesinden yola çıkan hakkaniyet, toplumda herhangi bir hiyerarşi veya sınıf gözetilmeksizin her bireye eşit uygulama yapılması durumudur. Özellikle sağlık alanında kişinin ihtiyacına bağlı olarak sağlık hizmeti verilmesi herhangi bir çıkar veya fayda gözetilmeden sadece sağlık durumu çerçevesinde kaliteli hizmet sunulması hakkaniyet ilkesi gözetilmesiyle mümkündür (Tabrizi et al. 2003, s. 2-3)

Kalite hemen hemen hizmet sunan her işletme için önemli standartları barındırır da insan sağlığı göz önüne alındığında sağlık alanındaki kalite standartlarının çok daha önemli olacağı aşikârdır. İnsan sağlığını doğrudan doğruya

ilgilendiren sağlık kalite standartlarında hastanın kendisine uygulanacak sağlık hizmetlerinden temel beklentisi verimin üst düzeyde olması, yani tedavi hizmetinin gerçekleşmesidir. Bu süreçte aynı zamanda içerisinde bulunduğu sağlık kurumunun hizmeti sunma biçimleri de kaliteye dahildir.

American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği) 1984 senesinde sağlık alanında yüksek kaliteli hizmetlerin ne şekilde olması gerektiğini tanımlamıştır. Birliğe göre, yaşam kalitesini veya süresini iyileştiren ve sürdürmeye yönelik olarak uygulanan sağlık hizmetleri yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler sunulurken hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalığa karşı tutumu, hastalığın şiddeti gibi birçok unsur göz önüne alınmalı; hastalara kişisel bir bakış açısı geliştirilerek hizmet sunulmalıdır. Birliğin aynı sene içerisindeki sağlık alanındaki yüksek kaliteli hizmetler tanımı şu kriterleri içermektedir: (Braithwaite et al. 2010, s. 16)

- Hastanın psikolojik fizyolojik ruhsal ve zihinsel durumları göz önüne alınmalı, uygulanacak tüm tedavi süreçlerinde optimal iyileşmenin sağlanması gözetilmelidir.
- Sağlık düzeyini yükseltilmesinde, hastalığın iyileştirilmesinde ve önlenmesinde erken teşhis ve tedavi durumu gözetilmelidir. Hizmette zamanlamaya önem verilmeli, bilhassa hastalığın ileriki boyutlarını geçirmeden evvel gerekli önlemler alınmalıdır.
- Hizmet sürecinde her türlü uygulamada hastanın bilgisi alınmalı, aynı şekilde yapılacak işlemlerde hastaya bilgi verilmelidir.
- Tedavi süreci bu işbirliği gözetilerek ilerlemelidir.
- Tıp biliminin kabul ettiği ilkelere riayet edilerek etik bir şekilde ve gerekli teknolojinin kullanılması ile en yüksek verim gözetilerek tedavi yapılmalıdır.
- Hastalığın tedavi sürecinde oluşacak stres, anksiyete veya diğer psikolojik süreçler göz önüne alınmalı, hastaya sadece hastalığı ile ilgili değil; aynı zamanda rehabilite sağlayacak yardımlarda da bulunulmalıdır.
- Tedavinin amacına ulaşması için gereken teknoloji ve sağlık bakım sistemi kaynaklarına ulaşılmalıdır.
- Hastanın tıbbi kayıtları belgelenmeli ve bu kayıtlar üzerinden süreç ilerlemelidir.

Çalışmamızın bilhassa birinci bölümünde sağlık hizmetlerinde kaliteye ve kalite standartlarına daha detaylı olarak yer verilecek olup, SA 8000 standardının gelişim sürecinde sağlık hizmetlerinde standartların ne şekilde ilerlediği görülecektir.

Tüketici-üretici ve en önemlisi ekonomik gelişme adına oldukça önemli olan ve iyileştirici yönüyle var olan uluslararası standartlar insan ve çevre faktörünü göz önüne alarak oluşturulmuştur. Bu standartlar tarihi seyir içerisinde *Birleşmiş Milletler Küresel İlkeler Sözleşmesi (UN Global Compact)*, *Küresel Raporlama Girişimi (Global Reporting Initiative: GRI)*, *Beyaz Bildiri (White Paper)* , *Yeşil Bildiri (Green Paper)*, *ISO14000-1 Çevre Yönetim Sistemi*, *ISO 26000 Sosyal Sorumluluk Rehberi Standardı*, *Hesap Verilebilirlik 1000 (AA1000: AccountAbility)* ve *Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000* olarak ele alınabilir. Çalışmamızın bu bölümünde ilgili kalite standartlarına ait literatür bu başlıklar çerçevesinde sunulacaktır.

### **2.1.2. Birleşmiş Milletler Küresel İlkeler Sözleşmesi (UN Global Compact)**

Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri Kofi Annan tarafından ilk olarak 31 Ocak 1999 tarihinde Dünya Ekonomik Forumu'nun Davos toplantısında yaptığı konuşma sırasında önerilmiş olan gönüllü bir projedir. Proje kapsamında 26 Temmuz 2000 senesinde çalışmalar başlatılmış, çevresel ve sosyal alanlarda insanların daha iyi bir gelecek kurmasını amaçlayan ilkeler çerçevesinde sürdürülebilirlik amaçlanmıştır. UN Global Compact bu çerçevede insan hakları, işgücü, çevre ve yolsuzlukla mücadele konularında on ilke belirlemiştir. Bu ilkeler aşağıda sıralanmıştır: (UN, 2007).

- Her işletme insan haklarına saygılı olmalı ve insan haklarını gözeterek çalışmalarını sürdürmelidir (İnsan Hakları).
- İşletmeler insan hakları ihlaline neden olabilecek her türlü konuda önlemlerini almalıdırlar (İnsan Hakları).
- İşletmelerde sendika ve toplu iş sözleşmesi özgürlüğü gözetilmelidir (İşgücü Hakları).
- Zorla çalıştırma ve angarya konusunda önlemler alınmalıdır (İşgücü Hakları).
- Çocuk istihdamı ortadan kaldırılmalıdır (İşgücü Hakları).
- İşgücü konusunda ayrımcılık ortadan kaldırılmalıdır (İşgücü Hakları).

- İşletmeler çevresel zorluklarla mücadele etmelidir (Çevre Hakları).
- İşletmeler çevresel sorumluluk üstlenmeli ve bu konuda yapılacak her türlü faaliyeti desteklemelidir (Çevre Hakları).
- Çevre dostu teknolojinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması teşvik edilmelidir (Çevre Hakları).
- İşletmeler yolsuzlukla mücadele etmelidirler (Yolsuzlukla Mücadele konusu).

Birleşmiş Milletler Küresel İlkeler sözleşmesi daha çok özel sektörde faaliyet gösteren işletmelere yönelik oluşturulmuş bir sözleşmedir. Nitekim kamu sektöründe devletin gerekli denetimlerle birlikte kaliteye yönelik standartları uyguladığı varsayılmaktadır. Ancak özel sektör içinse bizzat girişimcilerin kendi kural ve kaideleri göz önüne alındığında kar amaçlı uygulamalar insan ve çevre hakları başta olmak üzere birçok konunun ikinci plana atılmasına neden olabilmektedir. Bu hususta özel sektörün bu kriterleri gözetmesi çok daha önemlidir.

### **2.1.3. Küresel Raporlama Girişimi (Global Reporting Initiative: GRI)**

2000'li yıllarla birlikte işletmelerin sadece finansal alanlarda değil; aynı zamanda sosyal, ekonomik ve çevresel alanlardaki faaliyetlerini raporlaması, dolayısıyla makroekonomik düzende işletmenin varlığıyla birlikte etkilerinin de gözlemlenmesine yönelik çalışmalar başlamıştır. Bu çalışmalar çerçevesinde oluşturulan rapor sisteminden biri de GRI olan *Küresel Raporlama Girişimi*'dir. Küresel Raporlama Girişimi 1999 yılında oluşturulmuş, ancak ileriki dönemlerde sürekli zamanın ihtiyaçlarına bağlı olarak güncellenmiştir. Bu nedenle G2, G3 vb. şekillerde raporlamanın türlerine rastlanmaktadır. En son 2015 senesinde dördüncü kez güncellenmiş ve G4 ortaya çıkmıştır. Yasal çerçevede zorunluluk sağlamayan bu rapor, daha çok niteliksel olup diğer sürdürülebilirlik raporlarının sınırlarına ilişkin tavsiye niteliğinde oluşturulmaktadır. On dört özel başlıktan oluşan G4 raporunda istihdamdan çevreye, yolsuzlukla mücadeleden eğitime bir işletmede kalite konusunda önemli tüm başlıklar yer almıştır (Geçoğlu ve Ayaç, 2016, s. 3). Tablo 1'de G4'ün ana konuları sunulmuştur.

Tablo 1. G4 Standardının Boyutları (Kaynak: Geçoğlu ve Aytac, 2016, s. 3)

Ekonomik Boyut	Çevresel Boyut	Sosyal Boyut
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekonomik Performans</li> <li>- Pazar Durumu</li> <li>- Ekonomik Etkiler</li> <li>- Satın Alma Uygulamaları</li> <li>- Yolsuzlukla Mücadele</li> <li>- Rekabet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malzemeler</li> <li>- Enerji</li> <li>- Su</li> <li>- Biyoçeşitlilik</li> <li>- Emisyonlar</li> <li>- Atık</li> <li>- Çevresel Uyum</li> <li>- Tedarikçi Çevre Değerlendirmesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İstihdam</li> <li>- İş Dünyası /Yönetim İlişkileri</li> <li>- İş Sağlığı ve Güvenliği</li> <li>- Eğitim ve Öğretim</li> <li>- Fırsat Eşitliği</li> <li>- Ayrımcılığa Uğramama</li> <li>- Dernekler</li> <li>- Çocuk İşçiliği</li> <li>- Zorla ve Zorunlu Çalışma</li> <li>- Güvenlik Uygulamaları</li> <li>- İnsan Hakları Değerlendirmesi</li> <li>- Yerel Topluluklar</li> <li>- Yerli Halkların Hakları</li> <li>- Tedarikçi Sosyal Değerlendirmesi</li> <li>- Kamu Politikası</li> <li>- Pazarlama</li> <li>- Müşteri Sağlığı ve Güvenliği</li> <li>- Müşteri Gizliliği</li> <li>- Sosyo-ekonomik Uygunluk</li> </ul>

Tablo 1’den de görüldüğü üzere Küresel Raporlama Girişimi’nin dördüncü güncellemesinde işletmelerin ekonomik, çevresel ve sosyal alanda gözetmesi gereken kurallar belli başlıklar altında sunulmuştur. Bu başlıklarda yer alan konular özellikle 20.yüzyılda çalışma alanlarında sıkça gözlemlenen sorunlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu sorunların başında özellikle ekonomik alandan yolsuzluk sorunları, çevresel anlamda işletmelerin çevresel uyum sorunları ve sosyal alanda çocuk işçi sorunlar örnek gösterilebilmektedir.

Küresel Raporlama Girişimi GRI’nın çok yönlü oluşturulan kalite standardı göz önüne alındığında işletmelere sağladığı birçok fayda bulunmaktadır. GRI’nın işletmelere sağladığı faydalar şu şekilde sıralanabilir: (Clikeman, 2004, s. 24)

- İşletmelerin faaliyetleri konusunda şeffaflık sağlar.

- Uzun vadede işletmelerin müşterileri için harcadıkları çabanın bir göstergesi olarak görülebilir ve dolayısıyla işletmenin piyasa payını artırır.
- Çevresel ve sosyal alandan gelebilecek riskleri minimize eder.
- İşletmenin değerini yükseltir ve tüketicideki imajına olumlu katkı sağlar.

Görülmektedir ki GRI sağladığı faydalarla birlikte gerek işletmelere gerekse müşterilere yönelik oluşturulan bir kalite standardıdır. Bu standart çerçevesinde işletmeler alacakları önlemlerle birlikte müşterilerine yönelik daha kaliteli hizmet sunma yoluna girerler ve bu durum da işletmelere uzun vadede fayda sağlar.

#### 2.1.4. Beyaz Bildiri (White Paper)

*Beyaz Bildiri* veya *Beyaz Kitap* olarak Türkçeleştirilen White Paper (White Paper for a Community Strategy and Action Plan) bir çeşit yönerge olup, Avrupa Konseyi ve Parlamentosu tarafından Aralık 1997 tarihinde oluşturulmuştur. Özellikle çevresel kaygılar ön plana çıkılarak oluşturulan *Beyaz Bildiri*; kaynak güvenliğinin artırılması, yenilenebilir enerjiye daha fazla yönelme, çevreye daha az zarar vererek enerjiyi kullanma gibi birçok konuda 10 senelik planlamalar içermektedir. **Tablo 2**'de Beyaz Bildirinin Beş Senaryosu yer almaktadır.

Tablo 2. White Paper Beş Senaryo (Kaynak: EUROPA, 2017, s. 1)

	<b>Aynen Devam</b>	<b>Tek Pazardan Başka Bir şey Yok</b>	<b>Daha Fazlasını Yapmak İsteyenler</b>	<b>Daha Azını Daha Verimli Yapmak İsteyenler</b>	<b>Birlikte Daha Fazla Şey Yapmak</b>
<b>Tek Pazar ve Ticaret</b>	Tek pazarda var olma amacıyla gerçekleştirilecek planlamalar	Tek pazarda kaliteli ilerleme	Tek pazarda kapasite büyütme	Daha az ancak var olan verimi artırma çabaları	Tek pazarda Büyüme amacı
<b>Ekonomik ve Parasal Birlik</b>	Ekonomik ve parasal istikrarı sağlama	Var olan pazarda ekonomik istikrarı sürdürme	Ekonomik olarak ilerleme	Ekonomik faaliyetlerin kapsamını genişletme	Ekonomik olarak büyüme
<b>Shangen-Göç ve Güvenlik</b>	Shengen-göç ve güvenlikte istikrar sağlama	Var olan durumu sürdürme	Göç ve güvenlik politikasında ilerleme	Göç ve güvenlik konusunda verim artırma	Göç ve güvenlik standartlarında ilerleme
<b>Yabancı Politikası ve</b>	Yabancı politikası ve	Var olan durumu	Yabancı politikası ve	Yabancı politikası ve	Yabancı politikasını



<b>Savunma</b>	savunmada istikrar sağlama	sürdürme	savunmada ilerleme	savunmada verim artırma	artırma ve savunmada ilerleme
<b>AB Bütçesi</b>	AB Bütçesinde istikrar sağlama	Var olan durumu sürdürme	AB Bütçesinde hedef ilerletme	AB Bütçesinde verim artırma	AB Bütçesini artırma
<b>Gerçekleştirme Kapasitesi</b>	Gerçekleştirme kapasitesinde istikrar sağlama	Var olan durumu sürdürme	Gerçekleştirme kapasitesinde ilerleme	Gerçekleştirme kapasitesinde verim artırma	Gerçekleştirme kapasitesini artırma

White Paper kapsamında yer alan beş senaryo temelde işletmelerin çevre, yenilenebilir enerji, çevre kirliliği ve daha birçok konuda var olan potansiyel durumlarını sürdürmelerini, bunun yanında ayrıca var olan pazarda ilerlemelerini ve verim artırmalarını sağlayan, daha ileriki aşamalarda ise rekabet ortamında ayakta kalmaları hedefinde olan önemli bir yönerge olarak değerlendirilebilir (European commission, 2017).

#### **2.1.5. Yeşil Bildiri (Green Paper)**

*Green Paper*, Türkçede *Yeşil Bildiri* veya *Yeşil Kitap* olarak yer edinen, 7 Haziran 2006 senesinde Avrupa Komisyonu tarafından kabul edilen bir belgedir. Yeşil Bildiri'nin uluslararası bir geçerliliği olmamakla birlikte Avrupa Birliği Komisyonunun hazırladığı bir iyi niyet göstergesi olarak görülebilir. AB içerisindeki çevre politikalarını, açık deniz projelerini, sahil bölgeleri ve bu bölgelerdeki çalışmalarda ortak politika yaratmayı amaçlayan Yeşil Bildiri, doğayı tek bir politika üzerinden koruma amaçlı oluşturulan bir çalışma olmasıyla önemlidir (shortsea.org.tr, 2020).

*Green Paper*'ın genel açılımı *Green Paper Towards a European strategy for the security of energy supply* şeklinde olup, enerji kaynak güvenliğine ilişkin düzenlendiği aşikârdır. AB bu bildiri ile birlikte aslında dışa bağımlı enerji oranlarını azaltmayı, dolayısıyla hem çevre kirliliği hem de enerjinin tükenme kaygısını ortadan kaldırmayı amaçlamıştır. Bildirinin sonuç kısmında hem Avrupa'daki enerji durumuna ilişkin açıklama yapılması hem de sera gazlarının artmasıyla birlikte 2000'li yıllar süresince enerji kaynaklı olarak çevre kirliliğinin artışının yükselmesi sebebiyle önlem alınmasının gerektiğine yer verildiği görülmektedir. Dolayısıyla

*Green Paper* çevre konusunda hazırlanmış hem fizibilite raporu, hem de önemli bir stratejik yönerge olarak değerlendirilebilir.

### **2.1.6.ISO14000-1 Çevre Yönetim Sistemi**

Çevre yönetim sistemleri önemli bir disiplin alanı olarak doğmuş, çevrenin dünya üzerindeki artan önemiyle birlikte sistematik bir çalışma alanı haline gelmiştir. Özellikle küreselleşmeyle birlikte dünya üzerinde artan sanayi atıkları, çevre kirliliğini beraberinde getirmiştir. İnsanoğlunun çevreye gereken önemi vermemesi çevre kirliliğinin yerel değil, küresel çapta bir sorun olmasına ve çözüm yolları üzerine de detaylı çalışılması gerektiğinin dair bir algı oluşturmuştur. Bu noktada ilk etapta Birleşmiş Milletlerin çabasıyla birlikte konferanslar düzenlenmeye başlanmış ve çevre konusunda neler yapılabileceği üzerine tartışmalar yapılmıştır. Bu noktada 5-16 Haziran 1972 senesinde düzenlenen “Stockholm Çevre Konferansı” oldukça önemlidir. Bu konferans çevre sorunlarını evrensel bir sorun olarak ele almış ve çevre üzerinden “sıfır büyüme” konusuna değinmiştir. Küresel anlamda büyüyen sanayinin maddi gücü artarken, çevrenin aynı hızla yok edilmesi durumu, ham madde kaynaklarının da tükenmesine yol açmaktadır. Bu nedenle aslında büyümeden söz etmek ileriye doğru olarak imkânsız hale gelmiştir. Bu konferansla birlikte çevre üzerine dünyada gerçekleştirilen çalışmalar artmış, ardından 1975 senesinde UNEP öncülüğünde Barselona’da bir başka çevre konferansı gerçekleştirilmiştir. Tüm bu çalışmaların öncüsü olan durum ise 1971 senesinde Avrupa Topluluğu’nun çevreyi gündemine alması ve eylem planları oluşturma fikridir. Bu fikir doğrultusunda gerçekleştirilen konferans ve görüşmelerle 1973 senesinde başlayan eylem planları için her 3-4 sene arasında uygulanma kararı alınmış; birinci eylem planı 1973-976, ikinci eylem planı 1977-1981, üçüncü eylem planı 1982-1986, dördüncü eylem planı 1987-1992, beşinci eylem planı 1993-2000 seneleri arasında gerçekleştirilmiştir. Tüm bu eylem planları zamanın çevre sorunlarına global yaklaşımlar getirmek ve önleyici olmak adına yapılmıştır. Tütün (2000) çevre yönetim sistemlerinin diğer amaçlarını ise şu şekilde sıralamıştır: Tütün (2000, s. 68-69)

- Kuruluşların çevre yönetimi üzerine hassasiyetlerini değerlendirmek ve çevreye karşı bilinçlendirmek
- Yasalara uygun şekilde çevre politikası oluşturulmasını sağlamak

- Ulusal ve uluslararası çevre yönetmeliklerinin düzenlenmesi ve yasalaştırılmasını sağlamak
- Çevre kirliliğine karşı önlem alınmasını sağlamak
- Organizasyonların çevreye karşı etkilerini ölçümlemek ve kontrol altına alınmasını sağlamak
- Kaynak kullanımının, çevreye yönelik risklerini belirlemek ve azaltılmasını sağlamak
- Çevresel performansın sürekli olarak iyileştirilmesini sağlamak
- Rekabet gücünün ve verimliliğinin artırılması
- Uluslararası rekabette çevreye duyarlılığın bir kriter olarak belirlenmesinin sağlanması

Cascio ve arkadaşları çevre yönetim sistemlerinin aşama aşama kabul aldığını belirtmişlerdir ve bu aşamanın ilk etabına çevre beyanı ve politikasını yerleştirmişlerdir. Ardından çevre amaçları, oluşturulacak çevre yönetim politikaları gelmektedir. Tüm bu politikaların belirlenmesi ve kabul görmesiyle birlikte denetleme, gözden geçirme ve sürekli iyileştirme aşamaları başlamaktadır. Dolayısıyla çevre yönetimi önemli bir organizasyonel teşkilatlanmayı gerektiren önemli bir husus olarak göz önüne alınmalıdır (Cascio et al. 1996, s. 36).

Çevre yönetim standartları içerisinde ISO 14000; çevreye yönelik olarak oluşturulan ve içerisinde çevre faaliyetlerini analiz etme, denetleme ve iyileştirme gibi bütüncül aşamaları barındıran bir çevre yönetim standardı olarak ön plana çıkmaktadır. SAGE'in (Strategic Advisory Group on the Group on the Environment) tavsiyesiyle 1990 senesinde kurulan altı komite ve bir çalışma grubu çevreye yönelik yaptıkları müzakereler sonucunda ISO 14000'i oluşturmuşlardır. Diğer çevre standartlarına kıyasla dünyada çok daha fazla kabul gören bir standart olup, işletme ve kurumların ürün ve hizmet süreçlerinde hammadde temininden sunuş aşamasına kadar çevresel faktörlerin konum ve önemlerini değerlendiren bir standarttır. ISO 14000 seri standardının genel özellikleri ise şu şekilde sıralanabilir:

- Çevreye sürdürülebilirlik çerçevesinde bakan ISO 14000 standardı çevre meselelerini ön plana çıkarmaktadır.
- Kuruluşların çevre politikalarını geliştirmelerini ve yönlendirmelerini sağlayıcıdır.

- Mal ve hizmet üreten işletmelere uygulanabilecek genel ve tektip kural/kaideleri içermektedir.
- İşletmelere bir yükümlülük getirmekten çok, gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çevreye karşı oluşan sorunlarla birlikte, oluşabilecek olan sorunları da göz önüne alan, önleyici yönü yüksek olan bir sistemde tasarlanmıştır.
- Yasalara uygundur.

ISO 14000'in genel özellikleri göz önüne alındığında çevreye uyum sağlayan, işletmelerin kolay uygulayabilecekleri, akreditasyonu yüksek bir yapıda olduğu görülmektedir. Tablo 3'de ISO 14000'in işletme ve ürün değerlendirme noktasındaki odak noktaları gösterilmiştir.

Tablo 3. ISO 14000 Serisi Standartları (Kaynak: Babacan, 2010, s. 18-19)

ISO 14000 ÇEVRE YÖNETİM SİSTEMİ STANDARTLARI	
İşletme Değerlendirme	Ürün Değerlendirme
-Çevre Yönetim Sistemi -Çevre Denetimi -Çevre Performans Değerlendirme	-Ürün Standartlarında Çevre Unsurları -Çevre Etiketleme -Hayat Boyu Değerlendirme

ISO 14000, ürünlerin çevreye uygun koşullarda üretilmesini sağlayan, bunu yaparken ürün ve çevreyi ayrı ayrı koruyan bir standarttır. Ürünün ileriki safhalarda sürdürülebilirlik noktasındaki değeri de standardın ana amaçları arasında yer edinir. İşletme açısından bir değerlendirme yapıldığında ise işletmelerin çevre yönetimi kazanmaları, çevre performansının yükselmesi ve denetlenmeleri standardın temel amaçlarındandır.

ISO 1400 seri standartları kendi içerisinde çeşitli standartlardan meydana gelmektedir. Bu standartlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. ISO 14000 Seri Standartları (Kaynak: Babacan, 2010, s. 18-19)

ISO 14000	ÇYS - Prensipler Genel Kılavuz - Sistemler ve Destekleyici Teknikler
ISO 14001	ÇYS - Özellikler ve Kullanım Kılavuzu
ISO 14004	Çevre Yönetimi - Çevre Yönetim Prensipleri Kılavuzu - Sistemler ve Destekleyici Teknikler
ISO 14010	Çevre Denetleme Kılavuzu
ISO 14011	Çevre Denetleme Kılavuzu - Denetim Usulleri - Kısım 1: ÇYS'nin Denetlenmesi
ISO 14012	Çevre Denetleme Kılavuzu - Çevre Denetçilerinin Haiz Olması Gereken Özellikler
ISO 14013	Çevre Denetleme Kılavuzu - ÇYS Denetim Programlarının Yönetimi Metodolojileri
ISO 14014	Başlangıç Çevresel Gözden Geçirme Kılavuzu
ISO 14015	Çevresel Yer Değerlendirme Kılavuzu
ISO 14020	Çevre İle İlgili Etiketlemenin Temel Prensipleri
ISO 14021	Çevresel Etiketleme - Çevresel Terimler ve Tanımlamalar
ISO 14022	Çevresel Etiketleme – Semboller
ISO 14023	Çevresel Etiketleme - Test Etme ve Doğrulama
ISO 14024	Çevresel Etiketleme - Prensipler Kılavuzu, Uygulama ve Çok Yönlü Kriterleri Belgeleme Prosedürleri
ISO 14030	Çevre Performans Değerlendirme
ISO 14031	Çevresel Etki Değerlendirmesi Kılavuzu
ISO 14040	Çevre Yönetimi - Hayat Boyu Değerlendirme - Genel Prensipler ve Yapı
ISO 14041	Çevre Yönetimi - Hayat Boyu Değerlendirme - Amaç Tanımı / Olanak ve Uyum Analizi
ISO 14042	Çevre Yönetimi - Hayat Boyu Değerlendirme - Etki Değerlendirme
ISO 14043	Çevre Yönetimi - Hayat Boyu Değerlendirme - Düzeltme Değerlendirme (veya Değerlendirme ve Yorum)
ISO 14050	Terimler ve Tanımlar
ISO 14060	Ürünlerin Çevresel Yönlerinin Ürün Standartlarına Dahil Edilmesiyle İlgili Kılavuz

ISO 14000 standardı içerisinde denetlenen ve sertifika verilen tek standart 14001 standardıdır. Serinin belgelendirme standardı olan ISO 14001, kuruluşların çevreye karşı olan politikalarını biçimlendiren ve çevreye verilen zararın minimal düzeyde olmasını amaçlayan bir sertifikadır. Standartın temel amacı işletmelerin üretimlerinden çok, ne şekilde üretim yaptıkları, üretimlerinin çevreye zarar verip vermediği ile ilgilidir. Dolayısıyla tüm dünyada geçerliliği olan ISO 14001 belgesi, çevreye duyarlı işletmelerin sayısını artırmayı amaçlamaktadır.

ISO 14001 standardı işletmelerin çevre ile uyumlu şekilde çalışmalarını geliştirmeleri amaçlı yapılan bir standart olup; işletme faaliyetlerinin (üretim, hizmet vb.) çevreyle uyumlu olması, kamuya açık şekilde üretim yapılabilmesi, işletmenin çevresel performansının sürekli olarak iyileştirilmesinin amaçlanmış olması gibi birçok kapsamı bünyesinde barındırmaktadır (Atalığ, 2014, s. 31). Uluslararası kabul görmüş bir çevre standardı olan ISO 14001'in en temel yararı kuruluşların çevreye karşı olan yükümlülüklerini bilmesi ve bu yükümlülükler çerçevesinde çalışmalarına olanaklı bir yapı oluşturmasıdır. Tüketiciyi bir değer olarak gören bu standart, tüketiciye verdiği önemle birlikte doğal kaynakların bilinçli kullanılmasını ve işletmelerin çevreye verecekleri olası zararların önlenmesini amaçlamaktadır (Holoğlu, 2019, s. 8).

### ***2.1.7.ISO 26000 Sosyal Sorumluluk Rehberi Standardı***

ISO 26000 standardı bir sosyal sorumluluk standardı olup temelde Kurumsal yönetim, İş yerinde uygulamalar, çevre, adil faaliyete ilişkin uygulamalar, tüketiciyi ilgilendiren konular, Toplumsal katılım ve gelişim olmak üzere yedi başlığı içermektedir. ISO 26000 standardı, SA 8000'den evvel oluşturulan ve işletmelerin en üst düzey hizmet kalitesine yönelik olarak belirlenmiş bir standarttı. 01.11.2010 tarihinde yürürlüğe geçen bu standart; Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Birleşmiş Milletler Küresel İlkeler Sözleşmesi (UNGC), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), Küresel Raporlama Girişimi gibi küresel çapta faaliyet gösteren örgütler tarafından imzalanarak kabul edilmiştir.

ISO 26000'in maddelerinde göz önüne alınan üç temel ilke bulunmaktadır: kurumsal sürdürülebilirlik, kurumsal sosyal sorumluluk ve sürdürülebilir kalkınma.

Geleceğe yönelik olarak işletmelerin geliştirilmesi, bu gelişimin çevre ve etik prensipler ışığında olması ve işletme faaliyetlerinin müşteri memnuniyetindeki arka planının da hem kurumsal hem de globalde gelişme odaklı olabilmesini amaçlayan ISO 26000 standardı insan haklarına, işçi sağlığı ve güvenliğine, tüketici haklarına, çevreye önem veren bir sosyal sorumluluk standardıdır (Leonard ve McAdam, 2003). ISO 26000’de yer alan temel konular ve kapsamı Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. ISO 26000 Standardının Konuları ve Kapsamı (Kaynak: ISO, 2010)

Organizasyonel Yönetim	Amaçları Gerçekleştirmek Planlama Organizasyon Hareket ve Motivasyon Aşamaları Kontrol Etme Durum Tespiti
İnsan Hakları	İnsan haklarına yönelik riskli durumlar Suç Ortaklığından kaçınmak Şikayetleri çözmek Ayrımcılık yapılan ve korunmasız gruplar Sivil ve politik haklar Ekonomik, sosyal ve kültürel haklar Çalışma yaşamındaki temel prensip ve haklar
Çalışan Uygulamaları	İşgücü ve çalışan ilişkileri Çalışma koşulları ve sosyal koruma Sosyal diyalog Sağlık ve iş yerinde güvenlik İnsan kaynakları eğitimi ve gelişimi
Çevre	Kirliliğin önlenmesi Sürdürülebilir kaynak kullanımı İklim değişikliklerinin düşürülmesi ve uyarlanması Biyçeşitliliğin ve çevrenin korunması Doğal habitatların restorasyonu
Adil Çalışma Uygulamaları	Yolsuzluğun engellenmesi Sorumlu siyasal katılım Adil rekabet Değerler zinciri sosyal sorumluluğun geliştirilmesi Mülkiyet Hakkına saygı

Tüketici Konuları	Adil Pazarlama, gerçekçi ve saptırılmamış bilgi Adil anlaşma uygulamaları Tüketicilerin sağlık ve güvenliklerini korumak Sürdürülebilir tüketim Tüketici hizmeti, destek ve şikayeti Çözümleri tartışmak Tüketici bilgi güvenliği ve gizliliği Temel hizmetlere erişim Eğitim ve farkındalık
Toplumsal Katılım ve Kalkınma	Toplumsal katılım Eğitim ve kültür İstihdam oluşturulması ve beceri geliştirilmesi Teknolojinin gelişimi ve erişimi Refah ve gelir düzeyinin geliştirilmesi Sağlık Sosyal yatırım

ISO 26000’de yer alan temel konular göz önüne alındığında, milenyum çağında küresel çapta bir değerlendirme yapıldığı ve toplumu en fazla ilgilendiren konularda standardın kapsamının belirlendiği görülmektedir. Tüketici beklentilerinin ön plana çıktığı bu dönemde insan hakları, çalışan hakları, tüketiciyi ilgilendiren meseleler standardın içeriğini oluşturmuştur (ISO, 2010).

ISO 26000 standardı her büyüklükteki işletme için uygulanabilirliğiyle verim alınacak ve tüketiciye yönelik sorumlulukların tam anlamıyla gerçekleştirilebileceği bir standart olarak çeşitli yararlar barındırmaktadır. ISO 26000’in yararları şu şekilde sıralanabilir: (Dinçer et al. 2019, s. 242-243)

- İşletmeye yönelik yenilik politikaları sunar.
- Rekabet gücünü artırır.
- Üretim süreçlerinde yeni ürün ve hizmetler ortaya koyar.
- İşletmeye etkin bir pazarlama stratejisi kazandırır.
- Sürdürülebilir politikaların uygulanmasına olanak verir.
- Sosyal ve çevresel değerlere duyarlı bir işletme oluşumunu sağlar.
- Toplumsal farkındalığı yüksek bir çalışma ortamı kurar.



2010 senesinde yürürlüğe giren ISO 26000 standardının bir bütün olarak değerlendirildiğinde organizasyonel yönetime sağlıklı bir işleyiş kazandıran, insan ve toplum etkileşimini üst düzeyde tutan ve kalkınmayı yaşamın her alanında yükseltecek çalışmalar yapan bir sosyal sorumluluk standardı olarak kabul aldığı söylenebilir (Fransen ve Kolk, 2007).

### **2.1.8.Hesap Verilebilirlik 1000 (AA1000: AccountAbility)**

AccountAbility Principles Standard kapsamında yer alan AA1000 standardı; kuruluşlara sürdürülebilirlik performanslarını değerlendirerek yönetebilecekleri bir dizi ilkeler sunan bir kalite standardı olarak değerlendirilebilir. Bu standart kapsamında kapsayıcılık, önemlilik ve duyarlılık gibi üç önemli prensip benimsenmiştir. Bu prensipler doğrultusunda oluşturulan kalite standartlarının temel kalite düzeyinde önemli olması, kalitenin tüm unsurlarını kapsayıcı olması ve şeffaflık içerecek şekilde duyarlı olması durumu göz önüne alınmıştır. Hesap verilebilirlik AA1000 standardı aynı zamanda en son 2018 senesinde güncellenmiş ve bu ilkelere ek olarak etkililik ilkesi de eklenerek organizasyonların eylemleri dolayısıyla geniş bir etki alanında kalite anlayışlarını sürdürmeleri amaçlanmıştır (Fransen ve Kolk, 2007).

### **2.1.9.Sosyal Sorumluluk Standardı SA8000**

1989'da Ekonomik öncelikler konseyinin bir ortağı olan Uluslararası Sosyal Sorumluluk (SAI) meydana getirilen SA 8000 standardı, ilk kez Ekim 1997 senesinde ilan edilmiş olan bir kalite standardıdır. Standart zaman içerisinde güncellenmiş olup bilhassa zamanın gereklerine bağlı olarak kaliteye çok yönlü bir bakış açısı getirmiştir. Tüm dünyada kalite alanında kapsayıcılığı nedeniyle referans alınan standardın en önemli özelliği I.L.O anlaşmaları, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi ve BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi gibi önemli belge ve anlaşmalar gözetilerek ortaya çıkarılmasıdır. Bu nedenle standardın kapsamında çocuk işçi konusundan ayrımcılığa, çalışma saatlerinden daha birçok konuya kadar geniş bir yelpazede kalite ele alınmıştır. Çalışmamızın ana konusu olduğu için ilerleyen bölümünde SA 8000'e detaylı yer verilecektir.

### **2.1.10. Milenyum Deklarasyonu ve Binyıl Kalkınma Hedefler**

Eylül 2000 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen Milenyum Deklarasyonu'nda 147 ülke tarafından imzalanan Binyıl Kalkınma hedefleri, sürdürülebilirlik kapsamında yer alan en acil konuları kapsamaktaydı. Özellikle Birleşmiş Milletlerin düzenlenen sürdürülebilirlik esasındaki toplantılarının da ana konusu içerisinde yer alan sürdürülebilirliğin kalkınmaya etkileri, bu toplantıyla birlikte tekrar gündeme gelmiş ve dünyanın yakın geleceği için alınan kararların uygulanması hedeflenmiştir. Hedeflenen bu kararlar içerisinde; aşırı yoksulluk ve açlıkla mücadele, ilköğretimin zorunlu hale gelmesi, cinsiyet eşitliği ve kadın hakları konusunda çalışmaların sürdürülmesi, çocuk ölümlerinin azaltılması, HIV/AIDS gibi hastalıklarla savaş, çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması, kalkınma noktasında küresel hareketliliğin desteklenmesi konuları yer almaktadır (Hamburg, 2020).

### **2.1.11. OECD Kurumsal Yönetim İlkeleri**

OECD uluslararası bir kuruluş olup, Türkçesi "Uluslararası İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı" anlamına gelen bir kuruluştur. Merkezi Fransa'da olan kuruluşun 34 üye ülkesi bulunmakta ve kuruluş amacı; ekonomik ve sosyal konularda üye ülkelerin de katılımıyla birlikte bir işbirliği platformu oluşturmaktır (ms.hmb.gov.tr, 2020). OECD'nin "Uluslararası Yatırımlar ve Çokuluslu İşletmeler Bildirgesi", 1960 senesinde imzalanmış olup ilgili anlaşmada üye ülkeler olup olmadığı göz önüne alınmaksızın tüm ülkelerin sağlıklı kalkınması, sürdürülebilir bir ekonomi ve refah politikasının olması, uluslararası yasalara uygun şekilde dünya ticareti içerisinde büyümesine yönelik çalışmalar yapılacağı belirtilmiştir. OECD yayımladığı bu bildirge ile aynı zamanda; (Gürgen, 2018, s. 27-28)

- Çokuluslu şirketlerin sadece kar elde etme noktasında çalışmayacaklarını, aynı zamanda da toplumsal refahtan da sorumlu olduklarını,
- İşletmelerin insan haklarına saygılı, yerel yükümlülüklerini yerine getiren bir yapıda olmaları gerektiğini,
- Sağlıklı bir ticari uygulama gereğince işletmelerin iç ve dış pazarda etkin olmaları gerektiğini,
- İnsanlara hem istihdam hem de eğitim açısından yardımcı olmaları, yani çalışanlara yönelik sosyal yatırımları olmaları gerektiğini,

- Yasa boşluklarında yer alan istisnai durumlardan faydalanmayan, topluma faydalı çalışmalar üreten ve insan emeğini en temel unsur kabul eden bir yapıda olmaları gerektiğini,
- Kurumsal yönetim politikalarını sürekli olarak iyileştirmeleri gerektiğini,
- İşletmeler ile sosyal paydaşları arasında bir güven bağı kurulması gerektiğini bildirmiştir.

OECD gibi uluslararası platformda söz sahibi olan bir kuruluşun işletmelere yönelik hazırlamış olduğu bu bildiri oldukça önemlidir. OECD bu bildiri ile birlikte işletmelerin kurumsal sosyal sorumluluk alanlarına da yönelmeleri gerektiğini, salt kar amaçlı bir yapılanmaları olmaması gerektiğini vurgulayarak işletmelerin oluşturduğu yapılanmanın sosyal ve toplumsal yanına dikkat çekmiştir.

### **2.1.12.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Kalite Belgelendirme**

Sağlık sektöründe kalitenin uygulanması sırasında kurumsal bir anlayışla belgelendirilmesi oldukça önemlidir. Sağlık sektöründe *kalite belgelendirmesinde hizmet, kalite, belge, belgelendirme kuruluşları, denetleme, teknik düzenleme, uygunluk ve standart* kavramları oldukça önemlidir. Bu kavramların öncelikle anlamına değinmek, ardından kalite belgelendirme sürecinin sağlık hizmetlerinde ne şekilde yürütüldüğünü açıklamak yerinde olacaktır: (Scrivens et al. 1997, s. 213)

- *Hizmet*; fiziki olan veya olmayan ürünün bir ihtiyacı gidermek adına tasarlanması ve bir fayda sağlama amacıyla tüketiciye sunulmasıdır.
- *Kalite*; alınan mal ve hizmetlerde ihtiyacı karşılama derecesi, şartlara uygunluk düzeyi ve gözetilen fayda seviyesidir.
- *Belgelendirme*; diğer bir adıyla sertifikasyon, kişi ve kurumları kalite noktasında inceleme ve ödüllendirme yöntemidir. Sertifikasyon sık sık akreditasyon ve ruhsatlandırma ile karıştırılabilir. Ancak sertifikasyonun bu iki kavramdan ayrılan yönü ruhsatlandırmanın devlet kuruluşları tarafından zorunlu yapılması, akreditasyonun ise özel kuruluşlarca gönüllü yapılmasıdır. Sertifikasyon, devlet veya özel kuruluşların etkili bir şekilde gönüllü biçimde yaptığı standart değerlendirme ve ödüllendirme durumunu kapsamaktadır.
- *Belge*; faaliyet alanına göre yetkili kurum ve kuruluşların mevzuat çerçevesinde gerekli ölçümler, muayeneler, denetlemeler yaptıktan sonra

ilgili kuruluşlara sunduğu, bir kuruluşun çeşitli yönlerden standart ve teknik durumunu belgeleyen evraktır.

- *Kalite belgelendirme*; kalite gibi nicelik ve nitelik niteliği belgelendirmenin oldukça zor olduğu bir alanda çeşitli kuruluşlarca belli kriterler çerçevesinde yapılan kalite ölçümünün belgelendirme sürecini ifade etmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında akreditasyon ve sertifikasyon yapılması kurumdan hizmet alan birçok insan için kalitenin belgelenmesi adına oldukça önemlidir. Gönüllü süreçler olan akreditasyon ve sertifikasyon süreçleri belli standartlarda yapılan, genellikle kurumların değerlendirilmesine dayanan, ilgili kuruma kalite anlamında bir değer biçen uygulamaları ifade etmektedir. Çalışmamızın bu bölümünde sağlık hizmetlerinde akreditasyon ve belgelendirme sürecine değerinerek SA 8000 standardının belgelendirilmesi sürecine yönelik temel oluşturulacaktır.

*Akreditasyon* kelime anlamıyla yetkili bir kuruluş tarafından bir kurum ve organizasyonun çeşitli yönleriyle belli kalite standartları çerçevesinde incelenmesi ve faaliyetleri ile birlikte onaylanması resmiyetini kapsamaktadır. Sağlık tesislerinde akreditasyon, tesisin ve tesis programlarının fiziksel yapı, idare, çeşitli prosedürler, süreçler gibi birçok açıdan incelenmesi ve değerlendirilmesini kapsar. Akreditasyon yapacak olan kurum sağlık alanında yetkili, aynı zamanda standartlara hakim, toplumca kabul edilebilirliği olan bir kurum olmalıdır (Scrivens et al. 1997, s. 213)

Akreditasyon genelde gönüllü bir süreçtir. Optimal ve ulaşılabilir olan bu süreç sağlık gibi önemli bir alanda hastalara kurum ve kurum kimliğini tanıtmak, kurumun marka imajını güçlendirmek, müşteri memnuniyeti oluşturmak ve hastaya güvence vermek adına sunulan bir belgedir. Akreditasyon sürecinin diğer faydaları ise şu şekildedir:

- Akreditasyon kuruluşun hastaya ve hasta güvenliğine değer verdiğini açıkça ifade eden bir belgedir.
- Akreditasyon ile birlikte kurum kendi marka imajına katkı sağlar ve elindeki belge ile güvenli ve verimli bir çalışma ortamında hizmet sunduğunu açıkça belgelendirilmiş olur.
- Kurum iş birliği yaptığı tüm kuruluşlara kendi hizmetlerini açıklayan ve değerlendiren detaylı bilgi sonmuş olur.

- Kurumun ne şekilde çalıştığı, vizyonu ve misyonu uygulama alanında açıkça sergilenmiş olur.
- Çalışma sistemini açıkça tescillendirmiş olan kurumlar akreditasyon belgesi ile birlikte hasta ve hasta yakınlarına çalışma sistemlerini ve disiplinlerini daha yakından tanıtarak, tüm kişilerin eşit şartlarda aynı hizmeti aldığını vurgulayarak kurumlarına ait oluşabilecek herhangi bir spekülasyonun da önüne geçmiş olurlar.

Sağlık sektöründe akreditasyon veren ilk kuruluş 1951 yılında ABD'de kurulan *Joint Commission International (JCI)*'dir. Kuruluş 1987 yılına kadar akreditasyon süreçleri hakkında belge düzenlemiş, ancak 1987 yılında faaliyetlerine *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* ismi ile devam etmiştir. JCAHO faaliyetlerini genellikle ABD sınırları içerisinde sürdürmüş, dış dünyada ise akreditasyon için alt bir kuruluş olarak benimsenmiştir. Kuruluşun misyonu; sağlık hizmetleri alanında kaliteyi sağlamak, geliştirmek, hasta güvenliğini sağlayıcı çalışmalara yer vermek ve sağlık alanındaki her türlü faaliyetleri iyileştirmektir. Bu kapsamda kurum, sivil toplum örgütü olarak da görülebilir (Scrivens et al. 1997, s. 214)

JCAHO tüm dünyadaki sağlık hizmetlerinin olabilecek en ideal düzeyde gerçekleşmesini hedeflerken sunduğu akreditasyon ve sertifikasyon programları ile şu amaçlara hizmet eder:

- Tüm dünyada kabul edilen ortak kalite kriterleri oluşturarak sağlık alanındaki gelişmeleri bölgesel olmaktan çok evrensel düzeyde geliştirilebilir noktaya çekmek
- Kalite yönetimi ve sürekli iyileştirmeler ile birlikte sağlık kurumlarına yüksek hedeflerini daima hatırlatmak
- Hasta sağlığı ve güvenliği alanında tek tip, uygulanabilir ideal düzeyde standartlar oluşturularak uyulmasını sağlamak
- Akreditasyon hizmetleri ile belgeli bir şekilde objektif ve ideal hizmet alınmasını sağlamak

JCAHO'nun oluşturduğu akreditasyon standartlarından en önemlisi hastane akreditasyon standartlarıdır. Bu standartların işlevsel bölümleri merkezli standartlar

ve sağlık kuruluğu yönetim standartları olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. Tablo 6’da standartların kapsamı gösterilmiştir.

Tablo 6. JCAHO’nun Hastane Akreditasyon Standartları İşlevsel Bölümleri (Kaynak: Saran et al., 2011, s. 3734-3735).

<b>1.KISIM: HASTA MERKEZLİ STANDARTLAR (PATIENT-CENTERED STANDARDS)</b>					
Sıra No	Standartlar (Orijinal)	Kısaltma (Orijinal)	Standartlar (Türkçe)	Kısaltma (Türkçe)	Bölüm Ana Hedef ve Standartları
1	International Patient Safety Goals	IPSG	Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	UHG	6
2	Access to Care and Continuity of Care	ACC	Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği	HES	5
3	Patient and Family Rights	PFR	Hasta ve Yakınlarının Hakları	HYH	11
4	Assessment of Patients	AOP	Hastaların Değerlendirilmesi	HD	6
5	Care of Patients	COP	Hastaların Bakımı	HB	7
6	Anesthesia and Surgical Care	ASC	Anestezi ve Cerrahi Bakım	ACB	7
7	Medication Management and Use	MMU	İlaç Yönetimi ve Kullanımı	IYK	7
8	Patient and Family Education	PFE	Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	HYE	6
<b>2. KISIM: SAĞLIK KURULUŞU YÖNETİM STANDARTLARI (HEALTH CARE ORGANIZATION MANAGEMENT STANDARDS)</b>					
Sıra No	Standartlar (Orijinal)	Kısaltma (Orijinal)	Standartlar (Türkçe)	Kısaltma (Türkçe)	Bölüm Ana Hedefler ve Standartlar
1	Quality Improvement	QPS	Kalite İyileştirme ve Hasta	KHG	11

	and Patient Safety		Güvenliği		
2	Prevention and Control of Infections	PCI	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EÖK	11
3	Governance, Leadership and Direction	GLD	Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme	YLY	6
4	Facility Management and Safety	FMS	Tesis Yönetimi ve Güvenliği	TYG	11
5	Staff Qualifications and Education	SQE	Çalışanların Niteliği ve Eğitimi	ÇNE	17
6	Management of Communication and Information	MCI	İletişim ve Bilgi Yönetimi	İBY	21

Tablo 6’da JCAHO'nun hastane akreditasyon standartlarının işlevsel bölümleri; hasta güvenliği, hizmet süreci, hasta hakları, hasta yakını hakları, hasta değerlendirmesi, bakım, bakım süreçlerinin tamamı, bakım sonrası, ilaç süreçleri, hasta ve yakınlarına yönelik eğitim, kalite iyileştirme, enfeksiyon, hastanelerdeki yönetim ve liderlik, tesis yönetimi, çalışan niteliği ve iletişim süreçlerine yönelik birçok alanı kapsayan konuları içermektedir. Bu nedenle kurumun vereceği akreditasyon belgesi herhangi bir sağlık kuruluşunun çok yönlü olarak değerlendirilmesini ve kalite süreçlerinde de kapsayıcı şekilde ele alınmasını içermektedir.

Türkiye’de 2003 yılından itibaren başlatılan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde akreditasyon faaliyetleri hız kazanmış ve sağlık alanında hizmet kalitesini yükseltme çalışmaları büyük bir titizlikle sürdürülmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2001 yılından itibaren JCAHO ile yaptığı ortak anlaşma sebebiyle ulusal sağlık akreditasyonunun yapılandırılması, geliştirilmesi, kalitenin izlenmesi, denetlenmesi ve denetçilerin eğitilmesi konusuna yönelmiştir. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kalite koordinatörlüğü kurulmuş ve koordinatörlük tüm Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında kalite yönlendirici çalışmaları hem koordine etmiş

hem de geliştirilmesi adına yapılabilecek yapılabilecekler üzerine çalışmalar yürütmüştür.

## **2.2.SA 8000 Standardı**

Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı 2000’li yıllarla birlikte anlam genişlemesine uğramış, özellikle küreselleşmeyle birlikte bilginin toplumun her alanına yayılması bilinçli insan sayısını çoğalttığı gibi bireylerin her alanda hakkaniyet mücadelesine girmesine de olanak vermiştir. 2000’lerden sonra artan sivil toplum kuruluşları ve gönüllü çalışma yapan bireyler/kurumlar bilhassa kar amacı güden kurum ve kuruluşların ürün ve hizmet sunarken tüketiciye yönelik sorumluluklarını sorgulamışlar, sahada araştırma yapmışlar ve böylelikle kalite standartlarına ilişkin de yeni ve kapsamlı çalışmaların yapılmasının önünü açmışlardır (Saran et al., 2011, s. 3734-3735).

Çalışmamızın konusu olan SA 8000 standardı ortaya çıkışı itibariyle genel kalite standartlarıyla kıyaslandığında çok daha kapsamlı ve ihtiyaca yanıt verici türden bir kalite standardıdır. ILO Sözleşmeleri ve BM’nin mücadele kapsamında yer alan sorunları referans alan ve işletmelerdeki kaliteyi bu yönden değerlendiren SA 8000, 90’lı yılların sonu ve 2000’li yılların başında yer alan önemli konularla çerçevelenmiştir.

Social Accountability 8000’ün kısaltması olan SA 8000, bir sosyal sorumluluk standardı olup, 1997 senesinde CEPAA (Council on Economic Priorities Accreditation Agency) tarafından üretilmiş; içerisinde barındırdığı maddelerle birlikte çocuk işçiler, genel işler, akademisyenler ve toplumun her alanında emekçi statüsünde yer alan kişilerin haklarını koruma amacı taşıyan bir belge olmuştur (Öztuna, 2017, s. 2370). CEPAA daha sonra ismen SAI (Social Accountibility International) olarak değişim yaşamış, ancak misyon olarak kar amacı gütmeyen bir kuruluş olarak işletme ve kurumları incelemeye devam etmiştir. Bu inceleme sonucunda oluşturulan SA 8000 standardı sosyal sorumluluk açısından oldukça önemli olup, önemli sayıda işletme ve kuruluşun incelenmesi ve eksikliklerin tespit edilmesiyle oluşturulmuştur. ISO 9000 ve ISO 14000 serileri örnek alınarak hazırlanan bu standardın diğer standartlara kıyasla tüketiciye sunulan ürün ve hizmetleri üretici noktasında ele aldığı, bu nedenle üretici konumundaki işletme ve



kuruluşlarda kaliteye yönelik çok yönlü bir bakış açısı taşıyan bir sistem getirdiği aşikardır (Özdemir ve Özdemir, 2005, s. 2).

SA 8000 standardı çeşitli alt başlıklardan oluşturmuştur. Bu alt başlıklar; çocuk işçilik, zorla çalıştırılma, sağlık ve güvenlik, örgütlenme özgürlüğü, disiplin uygulamaları, ayrımcılık, çalışma saatleri ve ücretlendirme, çalışma ücretlerinde hakkaniyet ve yönetim sistemleri şeklindedir. Çalışma içerisinde detaylı olarak aktarılacak olan bu bölümlerle ilgili genel bir tespit yapmak gerekirse, kendinden önceki sosyal sorumluluk standartlarından farklı bir şekilde oluşturulan ve mal-hizmet üretimi konusunda işletme ve firmaların sorumluluklarını artıran bir sosyal sorumluluk standardı olduğunu söylemek mümkündür (Ayrancı, 2007, s. 103).

Sosyal sorumluluk standartları göz önüne alındığında, sürekli yenilenme veya güncellenme söz konusu olmasının en önemli nedeni dönemin gereklerine uyum sağlamak ve sunulan ürün ve hizmetleri geliştirmektir. Bu noktadan bakıldığında SA 8000 standardının birçok avantajı bulunmaktadır. İşletmelerin yasalara ve uluslararası standartlara uygun şekilde çalışmalarını amaçlayan SA 8000 standardı, işletmelere prestij kazandırmaktadır. Tüketici tercihi noktasında oldukça önemli olan prestij, kurumların tercih edilebilirlik oranını etkilediği için önemlidir. SA 8000 standartları işletme risklerini belirleyen, bu risklere karşı önlem almayı amaçlayan, işletme çalışanlarının çıkarlarını koruma amacıyla olan, işgücü ve motivasyonun çalışma kalitesine etkisini göz önüne alarak kalite algısını düzenleyen standartları içerdiği için kurumlara değer katması, en önemli avantajlarının başında gelmektedir (Öztuna, 2017, s. 2375-2376). Bunun yanında SA 8000'in faydaları arasında insan kaynaklarına yapılan yatırım, işgörenlere yapılan yatırım, ulusal ve uluslararası pazardaki prestij, yatırımcı ve tüketici güvenini kazanma, ürün ve yönetim kalitesinde artış ve iş kazalarının önüne geçme de olası faydalar arasında sayılmaktadır (BVA, 2020).

Çalışmamızın bu bölümü SA 8000 Standardına ilişkin literatüre ayrılmıştır. Bu bölümde bilhassa SA 8000 standardını tanımlamak, ortaya çıkışından uygulanış sürecine değin birçok konuda bilgi vermek ve sağlık sektöründe SA 8000'in yeri hakkında literatür sunmak amaçlanmıştır.

### **2.2.1.SA 8000 Standardı Öncesinde Dünyanın Durumu**

Kalite standartları, tüketiciye sunulan ürün ve hizmetin birçok yönden incelenerek “kaliteli” statüde göz önüne alınıp alınmayacağını değerlendiren, dolayısıyla tüketiciye verilen değer in göstergesi olan incelemeyi kapsayan standartlardır. Uluslararası Standartlar Örgütü (International Standardization Organization – ISO) tarafından 1987 senesinde ortaya konulan ve tüm dünyada geçerliliği olan ISO 9000 standardı bu anlamda tüketici baz alınarak oluşturulan ilk standart kapsamında yer almaktaydı. Ancak ISO 9000’in ilkeleri göz önüne alındığında ürün/hizmet kalitesinden öte, sistem üzerine odaklanan bir standart olduğu görülmektedir. Oldukça genel maddeleri içeren ISO 9000’in, bu nedenle beş yılda bir revize edilmesi öngörülmüştü. 1994 senesinde küçük çaplı bir revizyon yapılmış, ancak bu yeterli olamamıştır. 1997 senesinde ISO’nun çeşitli sayıda yaptığı kurum ve kuruluşların beklentilerine ilişkin ankette göze çarpan, ISO 9000 standardının çeşitli noktalarda yetersiz olduğu, bilhassa esnek olamaması ve tüketici odaklı bir kalite standardı olamamasına yönelik verilen yanıtlardır. Bu yanıtlar da göz önüne alınarak 2000 yılında ISO 9000:2000 standardı 15 Aralık 2000 tarihinde güncellenerek yayına girmiştir (İlkay ve Varinli, 2005, s. 2). Duran ve Çetindere (2012) güncelleme öncesi ve sonrasında ISO 9000 standardını karşılaştırdıklarında 1994 versiyonunun müşteri açısından içe dönük, 2000 versiyonunun ise dışa dönük olduğunu söylemiştir. Daha açıklayıcı şekilde aktarmak gerekirse ISO:1994 müşteri tepkilerini onların dile getirmesiyle ölçen standartlara sahip iken, ISO:2000 ise değişen şartları göz önüne alarak müşterilere yönelik standartlar sunan bir yapıya sahiptir (Duran ve Çetindere, 2012, s. 97).

2000’li yıllara gelindiğinde tüm dünyada teknolojik gelişmeleri artması, hızlı bir küreselleşme sürecine geçiş tüketici profiline de değişmesine neden olmuştur. “Millenium” olarak aktarılan ve yeni bir yüzyıldaki değişimi ifade eden süreçte internet kullanımı yaygınlaşmış, internet ağları evlere ve cep telefonlarına girmeye başlamış, dolayısıyla klasik mal ve hizmet satışı anlayışı da değişmek zorunda kalarak tüketiciye ayak uyduracak bir zemine oturtulmaya çalışılmıştır. Kalite standartlarının tüketici ve tüketici beklentileri odaklı değişen yapısı göz önüne alındığında SA 8000 standardının değişen tüketici profiliyle ilişkili olacağı aşikârdır. Bu nedenle 2000’li yıllarla birlikte gelen yeni tüketici profiline iyi anlamak, SA 8000’ün oluşma koşullarını da iyi anlamak adına önemlidir.

SA 8000 standardının oluşturulmasının öncesinde işletmelerin sosyal sorumluluk anlayışını etkileyen faktörler genel şekilde değerlendirildiğinde doğa ve çevre faktörlerinin, çok uluslu şirketlerin küreselleşme ile birlikte etkileşimlerinin artmasının, siyaset ve eğitim gibi faktörlerin, iç yapıda ise üretim pazarlama ve finans koşullarının değişmesi en önemli nedenler arasında yer alacaktır. 2000'lerle birlikte öncelikle kalite anlayışında değişen şey, işletme ve kurumların sadece tüketiciye değil, topluma da sorumlu olmaya başlaması anlayışıdır. Bu nedenle üretim ve hizmet faaliyetlerinde bir "bilinç" oluşturmaya başlamışlar, daha etik bir politika ile çalışma yoluna girmeye başlamışlardır. Bu noktada çevreye duyarlı üretimler yapma, ürün ve hizmet üretirken doğaya zarar vermemeye özen gösterme, atık dönüşümü, insan sağlığını riske atmama gibi koşullar tüm dünyada önem arz ettiği için işletmeler için de sorumluluk alanını kapsayan durumlar arasına girmiştir (Özkaya, 2010, s. 249).

Uyanık (2008) kapitalizmin sermaye birikimi ve teknolojisi olan ülkeler için sanayileşme sonrasında zenginliği artırıcı bir faktör olduğunu, bu zenginlikte ise bilhassa gelişmiş ülkelerin işgücü piyasasında yaptıkları çalışmaların etkili olduğunu dile getirmiştir. Gelişmiş ülkelerde işgücü piyasasının da küreselleşmesiyle birlikte üretimin teknik kısmını kendi ülkelerine bırakırken, sıradan kısmını ise gelişmemiş ülkelerdeki ucuz işgücü ile sağlamışlar, dolayısıyla yaptıkları bu iş bölümüyle beraber kendi çıkarlarını koruyarak zenginleşmeye devam etmişlerdir. Bu durum emek piyasasında büyük bir sömürü başlatmıştır (Uyanık, 2008, s. 213-214). Bilhassa bu sömürüden etkilenenler köle ve çocuk iş görenlerdir. Uzun çalışma saatlerine ek olarak, normalin altında (30 sent ile 3 dolar arasında değişen) bir ücret alan ve emeği sömürülen bireylerin sayısı gittikçe artmıştır. Yapılan araştırmalar özellikle Asya ülkelerinin batılı ülkelere ucuz işgücü adına seçilen bölgeler olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu durum modern bir sömürge alanı yaratmış, ürün ve hizmetleri kullanan kitlenin karşısında onların hazırlanmasında emeği yok edilen bir kitleyi koymuştur (Aydemir, 2007, s. 102).

SA 8000 standardının oluşmasında özellikle dünyada gelişmiş ülkelerin gelişmemiş ülkeler üzerinde kurdukları haksız güç ve sömürücü faaliyetleri de etkili olmuştur. Bilhassa işgücü maliyetinin az olduğu gelişmemiş ve fakir ülkelerde yapılan emek sömürüsü nedeniyle dünyanın birçok yerinde protestolar yapılması büyük firma ve markaların da bu durumdan olumsuz etkilenmesine, sivil toplum

kuruluşlarının bu noktada yarattıkları farkındalıkla birlikte markalarının tüketici gözündeki imajının zedelenmesine neden olmuş; bu durum kalite standartlarının da çok yönlü ele alınması gerekliliğiyle SA 8000'in oluşturulmasına katkıda bulunmuştur (Tütüncü, 2008, s. 174).

2000'li yıllarda internetin de daha fazla insan hayatına girmeye başlamasıyla bilgi ulaşılabilir bir güç haline gelmiştir. Dolayısıyla insanlar görüş, düşünce ve istekleriyle birlikte olması gereken “ideal” koşulları çok fazla dile getirerek, demokrasinin bir söylem olmaktan çıkmasını ve eylem alanında gerçekleşmesini sağlamışlardır. Bu durum çalışanların da aynı şekilde bir “insan” olarak daha iyi şartlarda çalışmaları gerektiğini, tüketicilerin bir firmadan beklentilerinin sadece ürün ve hizmetle sınırlı kalmadığını; doğa dostu, çalışanlarına değer veren, iş ahlakı olan firmaların prestijleriyle de ürün ve hizmetlerinde başarı yakalayabileceğini göstermiştir. Dolayısıyla kalite anlayışı değişmiş, ürün ve hizmet odaklı tektip kalite anlayışı, yerini her açıdan değerlendirilebilecek geniş kapsamlı bir anlayışa bırakmıştır. Bu durum aynı zamanda küreselleşmeyle birlikte çok uluslu şirketlerin de ortaya çıkmasıyla ve bu şirketlerin topluma olan sorumluluklarının artmasıyla beraberinde gelmiştir.

Siyaset ve eğitim de sosyal sorumluluk standartlarının geliştirilmesinde etkilidir. Dünya genelinde bilginin yaygınlaşmasıyla birlikte eğitime verilen önem artmıştır. Bu durum tüm dünyada eğitilmiş birey sayısını artırdığı için eğitilmiş ve bilinçli bireyler sunulan ürün ve hizmetlerdeki kaliteyi sorgulamaya, dolayısıyla işletme ve kurumlara yönelik algılarını geliştirmeye başlamışlardır. Toplumun her kesiminde artan bilinç ülkelerin de aynı şekilde bilinçlenmesine, siyasi otoritelerin halkın sömürüsüne karşı önlemler olmasına olanak sağlamıştır (Kaya, 2008, s. 16).

SA 8000 standartlarının oluşmasında 2000'li yıllardan sonra işletme ürün ve hizmetlerine yönelik üretim, pazarlama ve finansman alanındaki değişimler de söz konusu olmuştur. Üretimde yer alan emek ve girişime yönelik önemin artması, pazarlama alanında müşterilere ulaşırken aldatici durumlardan kaçınmak, tüketici memnuniyetini uzun vadeli önemsemek, müşteri bağlılığı ilkesinden yola çıkarak ürün ve hizmetlerin iyileştirilmesinin ön plana çıkarılması, finansman noktasında güçlü ve marka işletme ve kuruluşlarla işbirliği yapmanın önemi, bu işbirliği adına markaya önem vermek için hizmet karmasının tüm öğelerine aynı derecede önem

vermenin gerekliliği ön plana çıkmıştır. Tüm bu sayılan gereklilikler de beraberinde SA 8000'e gidecek olan kapsayıcı bir kalite anlayışının doğmasını sağlamıştır (Kaya, 2008, s. 16).

### **2.2.2.SA 8000 Sertifikasının Tanımı ve Sertifikayı Oluşturan Alt Bölümler**

Bir işletmenin ürün ve hizmet sunduğu tüketici kitlesine karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar doğayı koruma, güvenli ürünler sunma, işçilerin sağlıklı şartlarda çalışmasını sağlama gibi ürün ve hizmetlere doğrudan ve dolaylı olarak etki eden ve aynı zamanda tüketicinin bir işletmeden beklentilerini de karşılayabilecek düzeyde olan sorumlulukları kapsamaktadır. ISO 9000, ISO 14000 gibi standartlar dünyanın birçok noktasında tüketicileri ne derecede tatmin edebilecek kalite standardı sunduğu tartışma yaratan maddeleri içermektedirler. Bu nedenle 1997 senesinde ABD'de bir sivil toplum kuruluşu olan CEPAA (The Council on Economic Priorities Accreditation Agency), SA 8000 standardını oluşturmuştur. SA 8000 standardı "Amnesty International" ve "The National Child Labor Committee" gibi kuruluşların da desteğini alarak oluşturulan, ISO 9001 (Tasarım, geliştirme, üretim, tesis ve serviste kalite güvencesi modeli) ve ISO 14001 (Çevre Yönetim Sistemleri)'i de örnek olarak ileriye sürülen bir sosyal sorumluluk standardıdır (Aydemir, 2007, s. 100).

SA 8000 Standardı, SAI (Social Accountability International) tarafından "bir şirketin; kontrol ve etki edebileceği sosyal meseleleri yönetmesini, politika ve prosedürde yer alan gerekliliklerin uygulanmasıyla sosyal sorumlulukların karşılanması gerektiğini tanımlayıcı biçimde oluşturulmuş" şekilde tanımlanır. Dolayısıyla bu tanımda SAI, SA 8000 standardının evrensel boyutta hem işletme, hem de onun etki ettiği konulara müdahalesiyle birlikte edindiği sosyal sorumluluğun düzeyini belirlemektedir (SAI, 2020).

SA 8000 standardı oluşturulurken belirlenen amaçlara uygun şekilde tanımlanmıştır ve bu tanımları da oluşturan belli başlı kavram/tanımlamalar bulunmaktadır. SA 8000 içerisinde yer alan kavramlar ve bu kavramlara ilişkin tanımlamalar aşağıda verilmiştir: (Güripek, 2007, s. 57-58)

- *Çocuk*: ILO Sözleşmesi'nde yer aldığı şekliyle çalışma durumu gözetilerek 15 yaş altındaki her birey çocuk sayılmaktadır. Bu nedenle bu yaştaki kişilerin çalışmaları –istisnai durumlar gözetilerek- yasaklanmıştır.
- *Genç Çalışan*: ILO Sözleşmeleri kapsamında 15-18 yaş arasında çalışan kişilere verilen sıfattır.
- *Çocuk Çalışan*: ILO Sözleşmeleri kapsamında ILO Tavsiyesi 146 dışında kalan çalışanları tanımlamak (15 yaş altı) için kullanılmaktadır.
- *Çocuk İşçilerin Durumunun İyileştirilmesi*: ILO Sözleşmeleri kapsamında 15 yaş altında kalan çalışan çocukların durumlarının iyileştirilmesi anlamındadır.
- *Düzeltilici Faaliyet*: Var olan uygunsuzlukların düzeltilmesi noktasında harekete geçilen faaliyetleri tanımlamak adına kullanılan bir tabirdir.
- *İlgili Taraf*: Şirketin karşısında yer alan ilgilenilen kişi ve grupları ifade etmektedir.
- *Şirket*: Bir standardı yerine getirmekle yükümlü olan, alt bünyesinde şirket kadrosunun tamamını ifade eden bir yapıdan oluşan organizasyonları tanımlamaktadır.
- *Tedarikçi*: Şirketin ürün veya hizmet sunması adına tüm ürün ve hizmetlerin sağlayıcısı konumundaki kişi.
- *Telaflı Hizmetleri*: Bir uygunsuzluğu telafi etmek adına sunulan hizmetleri ifade etmektedir.
- *Taşıeron*: Ürün ve hizmetlerin yaratılarak hedef kitesine sunulmasını sağlayan alanı ifade etmektedir.
- *Zorla Çalıştırma*: Kişinin kendi hür iradesi dışında, zorla çalıştırılması eylemidir.

SA 8000 standardının kendinden evvel oluşturulan sosyal sorumluluk standartlarından ayrılan en önemli noktası Birleşmiş Milletler İnsan Hakları ve Çocuk Hakları Evrensel Beyanname'sine uygun şekilde bağımsız bir kurum tarafından oluşturulmasıdır. İnsan ve çocuk hakları göz önüne alınarak oluşturulması, aynı zamanda da sadece mal ve hizmet üretiminin değil, aynı zamanda da bu üretimin etik boyutunun da kaliteye konu olmasını, dolayısıyla doğaya ve insana saygılı şekilde sunulan bir üretimin kalite standartlarını karşılayabileceğini taahhüt etmektedir. İnsanların “çalışan” statüsünde insani şartlarda çalışması, çalışma sürelerinin ve maaşların koşul olarak iyileştirilmesi ve ayrıca çocuk işçi sorununun

önlenmesi SA 8000'in değindiği önemli konular olmaktadır. Bunun yanında SA 8000 standartları oluşturulurken aynı zamanda ILO'nun (Uluslararası Çalışma Örgütü) çeşitli sözleşmeleri de göz önüne alınmıştır. Göz önüne alınan sözleşmeler şu şekildedir: (Kaya, 2008, s. 18)

- 29 ve 105 Sayılı ILO Sözleşmeleri (Zorla Çalıştırma)
- 87 Sayılı ILO Sözleşmesi (Sendika Özgürlüğü)
- 98 Sayılı ILO Sözleşmesi (Toplu Pazarlık Hakkı)
- 100 ve 111 Sayılı ILO Sözleşmeleri (Eşit Ücret ve Ayrımcılık)
- 135 Sayılı ILO Sözleşmesi (İşçi Temsilcileri)
- 138 Sayılı ILO Sözleşmesi ve 46 Sayılı Tavsiye Kararı (Asgari Yaş ve Tavsiyeler)
- 155 Sayılı ILO Sözleşmesi ve 164 Sayılı Tavsiye Kararı (İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı)
- 159 Sayılı ILO Sözleşmesi ve (Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdam)
- 177 Sayılı ILO Sözleşmesi (Ev İşçiliği)

ILO'nun göz önüne alınan sözleşmelerine bakıldığında bilhassa emek gücünün SA 8000'in içerisinde oldukça önem arz eden bir kriter olduğu görülmektedir. İşçi haklarını korumak ve çalışanların emeklerine saygı duyarak, hak gözetmek adına göz önüne alınan sözleşmeler bilhassa zorla çalıştırılma, işçi yaşı (çocuk işçi çalıştırma), işçi hakları ve istihdamın niteliği kapsamında önem arz etmektedir.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları ve Çocuk Hakları Evrensel Beyanamesi, ILO'nun (Uluslararası Çalışma Örgütü) sözleşmeleri ve yasaları göz önüne alarak oluşturulan SA 8000 standardının performans kriterleri çeşitli alt bölümlere ayrılmaktadır. Bunlar; çocuk işçilik, zorla çalıştırılma, sağlık ve güvenlik, örgütlenme özgürlüğü, disiplin uygulamaları, ayrımcılık, çalışma saatleri ve ücretlendirme, çalışma ücretlerinde hakkaniyet ve yönetim sistemleri şeklindedir (Çankır et al., 2012, s. 382). Çalışmamızın ilerleyen bölümünde bu başlıklar ayrı ayrı incelenecektir. Ancak bu bölümde de genel itibariyle değerlendirmek yerinde olacaktır.

SA 8000 standardında yer alan çocuk işçi kriteri, bilhassa dünyada büyük bir sorun haline gelen çocukluk döneminde gerek yoksulluk, gerek eğitimsizlik ve çeşitli sebeplerden kaynaklı olarak çocuk yaştaki bireylerin işlerde kaçak ve yasal olmayan

şekilde çalıştırılması durumundan yola çıkılarak oluşturulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Beyanname'nin birinci maddesinde 18 yaşına değin herkesin çocuk olarak sayılacağı bildirilmiştir. Bu beyanname gereğince 18 yaşının altında bir bireyin çalıştırılması yasalara aykırıdır. Ancak ILO bu rakamı 15 olarak belirlemiş, bilhassa 15 yaş altındaki kişilere “çocuk işçi” sıfatı yüklemiştir ve çocukların işçi statüsünde çalışmasını yasaklamıştır. Bunun temel nedeni “çocuk işçi” sıfatıyla çalışan kişinin henüz psikolojik ve bedensel gelişimini tamamlamış olmaması, dolayısıyla çalışmasının çocuğa bu yönlerden zarar verecek ve gelişimini etkileyecek düzeyde olmasından kaynaklıdır. Ancak buna rağmen tüm dünyada çocuk işçi sayısı oldukça fazladır. Bu durumun nedeni de Sanayi devriminden sonra dünyada hızla artan sanayileşme ve hizmet sektörü kaynaklı istihdam açığının fazla olması, dolayısıyla bilhassa işçi maliyetini düşük tutması sebebiyle çocuk işçilerin çeşitli sektörlerde tercih edilmesidir (Dur ve Öztürk, 2017, s. 614-615). Çatak (2006) çocuk işçilere olan rağbetin genellikle ailelerdeki eğitimsizlik, yoksulluk, kırdan kente göçle birlikte kentte verilen yaşam mücadelesi, eğitimsizlik ve işsizlik kaynaklı olduğunu söylemiştir (Çatak, 2006, s. 616). Bu noktada SA 8000 standartlarının hazırlanması sürecinde dünyadaki çocuk işçi meselesi de göz önüne alınmış, bilhassa yukarıda da bahsedildiği üzere 138 Sayılı ILO Sözleşmesi ve 46 Sayılı Tavsiye Kararı göz önüne alınarak çocuk yaşta bir bireyin çalışmaması gerektiğini kurumlara sosyal sorumluluk bilinciyle yüklenen bir görev arz etmiştir. Türk İş mevzuatında 4857 sayılı İş Kanunu'nun 71.maddesi 06.04.2004 tarihinde çıkarılan, Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğince de bakıldığında 15 yaş altındaki kişiler “çocuk işçi”, 15 ile 18 yaş arasındaki kişiler ise “genç işçi” sıfatını taşımaktadırlar. Çocuk işçi çalıştırılması Türk İş Kanunu'nda da yasal olarak belirtilmemiştir (Dinçer ve Ünsal, 2014, s. 3). Bu nedenle hem ulusal hem de uluslararası yasalar göz önüne alındığında SA 8000 belgesi almak isteyen bir işletme veya kuruluşun çocuk işçi çalıştırmaması gereklidir.

SA 8000 standardı kapsamında zorla çalıştırılma hususu da oldukça önemli bir konudur. ILO'nun 29 sayılı zorla çalıştırılma sözleşmesi, Türkiye tarafından da 1998 senesinde onaylanmış, bir kimsenin zoraki ve tehditle işçi olarak çalıştırılmasının önüne geçme amacını taşımıştır. Aynı şekilde ILO'nun diğer sözleşmelerinde de yer alan zorla çalıştırılma, bir insanlık suçudur. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin dördüncü maddesi bu durumu ele almış ve hiç kimsenin



köle olarak tutulamayacağını ve zorla çalıştırılmayacağını belirtmiştir (Ulutaş ve Ulutaş, 2015, s. 328).

Bir işletme veya kuruluştaki çalışan bireylerin sağlık ve güvenlik hususları oldukça önemlidir. Çalışanların sağlıklı bir ortamda çalışması, güvenliklerini tehlikeye atacak bir durumun olmaması çalışmanın da sağlıklı şekilde yürütülmesini sağlamakta, dolayısıyla çalışanlara çalışma ortamında özgürlük sunmaktadır. Endüstrileşmeyle birlikte toplumun önemli bir kesiminin endüstri alanında çalıştığı düşünüldüğünde hizmet aşamasında ortam, kullanılan cihaz veya makineler, ortamın steril olup olmaması gibi birçok durum işçi sağlığını tehlikeye atabilmektedir. Bu durumda iş kazalarına uygun şekilde ortamın düzenlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması oldukça önemli olmaktadır. Nitekim beden ve ruh sağlığı açısından sağlıklı olan bireylerin işe yönelik motive ve odaklanmışlıkları da daha yüksek olacaktır. Bu nedenle SA 8000 standardı kapsamında bir kurumun işçisinin sağlık ve güvenliğini düşünecek düzeyde iş ortamını düzenlemesi oldukça önem arz etmektedir (Yılmaz, 2010, s. 94; Bingöl, 2006, s. 228-230).

Bir işletme ve kurumun emek gücü, aynı zamanda bir alanda çalışanların da toplu şekilde alanını ve örgütlülüğünü ortaya koymaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında aynı alanda çalışan bireylerin çalıştıkları işi geliştirici düzeyde örgütlenmeleri, sendika kurmaları ve toplu sözleşme yapmaları oldukça doğaldır. Türkiye’de 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanunu’nun 17.maddesi bireye bu özgürlüğü tanımakta ve örgütlenmesi konusunda bireyi serbest kılmaktadır. Bu durum SA 8000 standartları içerisinde yer alarak bireylerin örgütlenmesini desteklemekte, kurumların da çalışanlarına bu özgürlüğü vermesini talep etmektedir (Öztuna, 2017, s. 2373).

Toplumsal yaşamın ve çalışma hayatının en önemli sorunlarından biri ayrımcılıktır. Ayrımcılık, bir kişiyi belirli bir özelliğinden ötürü diğerlerinden ayrı tutma ve mağdur etme anlamlarına gelmektedir. ILO’nun iş ve meslek sözleşmesine göre ise ayrımcılık; ırk, renk, cinsiyet, din, siyasal inanç, ulusal veya sosyal menşee kökenli olarak bir veya birden çok çalışana dışlama ve diğer çalışanlara göre düşük seviyede tutma anlamlarına gelmektedir (ILO, 1958, s. 1). İş yaşamında her birey eşit şartlarda aynı muamele görmesi gerekirken bireylerin yukarıda da bahsedilen özellikler çerçevesinde ayrımcılığa uğramaları, onların çalıştıkları ortamda

ötekileştirilmeleri anlamına gelmektedir. Demir (2011) ayrımcılığın dine dayalı olduğunda bilhassa aynı dini inancı taşıyan bireylerin örgütlü olarak görülmesi, ancak farklı dinden bireylerin ise ötekileştirilmesi; cinsiyete dayalı olması halinde geleneksel ve modern toplumlarda bilhassa kadına bakış açısına bağlı olarak erkek egemen bir çalışma ortamında kadının ötekileştirilmesi, yaşa dayalı olduğunda benzer yaş aralıklarındaki bireylere oranla daha genç –tecrübesiz veya daha büyük yaşta bir bireyin uyum yönünden bir bakış açısıyla ötekileştirilmesi şeklinde tezahür ettiğini söylemiştir (Demir, 2011). SA 8000 sosyal sorumluluk standardı kapsamında ayrımcılık konusu ele alınmış, bir iş ortamında ayrımcılık yapılmaması gerektiği, çalışanların eşit şartlarda muamele gördükleri bir çalışma koşullarının ancak yeterli kalite düzeyinde olabileceği vurgulanmıştır (SA 8000, 2014, s. 10-11).

Çalışma koşullarının iyileştirilmesi kapsamında çalışma saatleri ve ücretlendirme konusu da SA 8000 kapsamında yer alan bir alt kategoridir. İşçilere ait sıkıntıların başında çalışma saatlerinin esnek olması, bununla beraber düşük ücretlere çalışma gelmektedir. Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde haksız rekabetten ötürü insani çalışma süreleri yoktur. Günde 12 saat ve bu saati de aşan çalışma süreleri emekçiyi yormakta, buna karşılık alınan düşük ücretler de tatmin etmemektedir. Gelişmiş ülkelerin de ucuz işgücü piyasasından yararlanmak istemeleri tüm dünyada çalışma süreleri ve ücret dengesizliği konusunu gündeme getirmektedir (Parlak, 2004, s. 68). SA 8000 standartlarında yer alan bu konu, çalışma saatlerinin haftada 48 saatten fazla olmaması gerektiğini ve dengeli ücret politikası uygulanması gerektiğini onaylamaktadır (SA 8000, 2014, s. 11-12).

Bir işletme veya kurumda çalışanlar arasında veya çalışanlar ile amir, yönetici gibi üst düzey çalışan kişiler arasında ilişkiler saygı çerçevesinde gelişmelidir. Nitekim saygı, sağlıklı bir iletişimin de ön şartı sayılmakla birlikte ortamda üretilen ürün ve hizmete etki edecek, çalışma ortamını düzenleyecek unsurlar arasında yer almaktadır. Deren (2010) iletişimsizliğin bir çeşit kabalık olduğunu söylemiş ve çalışma ortamında olacak olan bu kabalığın kurum kültürünü olumsuz etkileyeceğinden bahsetmiştir. Bir kurumun kendi içerisindeki eksiklikleri doğrudan veya dolaylı olarak tüketiciye yansımaktadır. Bu nedenle kurumlarda yeterli düzeyde saygı ve iletişim faktörüne dikkat edilmesi disiplin ve başarı açısından oldukça önemlidir (Deren, 2010, s. 44). SA 8000 standartları bu hususu göz önüne alarak

kurumların disiplin uygulamalarını da kriter olarak belirlemiştir (SA 8000, 2014, s. 12).

SA 8000 standardı kapsamında yer alan son kriter ise yönetim sistemleri ile ilgilidir. Yönetim sistemleri kriteri bilhassa 2014 yılıyla birlikte çok daha fazla yeni maddeler içeren bir bölüm olmuştur. Bu bölümde bir işletme veya kuruluşun yönetim açısından bir politikası olması gerekliliği, çalışanların uyması gereken üst düzey yönetim kriterlerinin belirlenmesi esasları yer almaktadır (SA 8000, 2014, s. 14).

### **2.2.3.SA 8000 Belgelendirme Süreci**

Kalite standartlarının belgelendirilmesi, işletmeler açısından en önemli süreçlerden biri olup işletmenin sosyal, ekonomik, çalışma gibi alanlarını da içine alan bütüncül noktalarda değerlendirilmesini içermektedir. Bu nedenle süreç birçok basamaktan oluşmaktadır. SA 8000 gibi çok yönlü bir standardın ise belgelendirme süreci; *hazırlık aşaması, planlama aşaması, uygulama aşaması, kontrol aşaması, periyodik kontrol ve sürekli iyileştirme* aşamalarından oluşmaktadır.

*Hazırlık aşaması*; SA 8000 standardı için ilk aşamayı oluşturup bu aşamada daha çok işletmenin yasal çerçevede değerlendirilmesi yapılır. Yasalara uygunluk koşulları daha çok belgelerle ispat edilebilen bir süreci kapsadığı için bu aşamada işletmenin yapmış olduğu faaliyetin yasal belgeleri sunulur ve eksiklikler olmaması halinde hazırlık aşaması tamamlanmış sayılır.

*Planlama aşaması*; belgenin alınabilmesi adına işletmenin tüm faaliyetlerinin kalite standartlarına uygun olup olmadığına ilişkin tespit yapılan, genel çerçevede işletmenin olumsuzluklarının giderilerek olumluya çevrilmesi adına oluşturulan süreci ifade etmektedir. Bu aşama işletmenin finans, halkla ilişkiler, yönetim gibi tüm birimlerini ilgilendirdiği için her birimden belli sayıda çalışan ile birlikte bir kurul oluşturulması ve birlik çerçevesinde çalışma yürütülmesi tavsiye edilir.

*Uygulama aşaması*; SA 8000 kriterleri çerçevesinde yer alan çocuk işçiliği, sağlık ve güvenlik, ayrımcılık, zorla çalıştırma, örgütlenme ve toplu sözleşme hakkı, ücretlendirme ve disiplin uygulamaları gibi başlıklar çerçevesinde yeni bir düzen yaratılması veya mevcut düzenin iyileştirilmesini, korunmasını içeren aşamadır. Bu aşamayla birlikte işletmenin politikaları tam anlamıyla belirlenir ve uygulanmaya

başlar. SA 8000 standardı çerçevesinde uygun olmayan çalışma kuralları işletmenin çalışma sahasından elenir ve işletmeye yeni bir disiplin kazandırılır.

*Kontrol Aşaması;* SA 8000 standardına uygun yeni çalışma kurallarının çalışma ortamında uygulanıp uygulanmadığının kontrolü aşamasını içermektedir. Bu aşama SA 8000 belgesi alabilmek adına başvuru yapılan bağımsız denetleme kuruluşları tarafından gerçekleştirilecek olup gerekli şartların oluştuğuna kanaat getirilmesi halinde işletme SA 8000 belgesini elde etmektedir.

*Periyodik Kontrol ve Sürekli İyileştirme Aşaması;* işletmenin SA 8000 belgesini aldıktan sonra başlayan periyodik olarak kriterler çerçevesinde hizmet sunup sunmadığının kontrol edilmesini ve sürekli iyileştirme haline geçilmesini amaçlayan aşamadır. Bu aşamada periyodik denetimler 6 ayda bir yapılmakta, 3 sene sonra da SA 8000'in süresi dolmaktadır. Sürenin bitmesiyle birlikte kuruluş tekrar başvuru yaparak yenilenmesini talep edebilmektedir.

#### **2.2.4.SA 8000 Standardının Boyutları**

SA 8000 standardı oluşturulduğu dönem ve yakın gelecek adına öngörülerde bulunarak oluşturulan; dolayısıyla toplumun sosyal, ekonomik, toplumsal ve daha birçok alanlarını kapsayıcı nitelikte konulara değinen bir standart olup oldukça çok yönlüdür. SA 8000 ile ilgili daha önceki başlıklarda yer verdiğimiz gibi bu kalite standardı oluşturulurken İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi ve ILO'nun birçok sözleşmesi göz önüne alınmıştır. Dolayısıyla bir işletmenin hem kurumsal anlamda gelişebilmesi ve müşteri memnuniyeti sağlayabilmesi, hem de toplumsal anlamda sorumluluğunu yerine getirebilmesi noktasında birçok konu SA 8000 kapsamına dahil edilmiştir. SA 8000 Standardı bu çerçevede; *çocuk işçi çalıştırma, ayrımcılık, sağlık ve güvenlik, çalışma saatleri, ücretlendirme, örgütlenme ve toplu sözleşme hakkı, zorla çalıştırma ve disiplin uygulamaları* bölümlerinden meydana gelmektedir.

##### **2.2.4.1.Çocuk İşçi Çalıştırma**

İnsan hayatının ilk ve en önemli evresi olan çocukluk; bir aile tarafından bakıma muhtaç olunan, korunma ve kollanmanın en yüksek düzeyde gereksinim olduğu bir dönemdir. Kişinin bedensel değişikliklerle birlikte ruhsal, sosyal, duygusal ve zihinsel gelişiminin de sağlandığı bu dönem, bebekliğin sona erdiği

18.aydan başlayarak ergenliğe giriş yapılan 12-14 yaş arasına kadar devam etmektedir. Biyolojik gelişim göz önüne alındığında 12-14 yaşına kadarki bu sürede sağlanacak olan sağlıklı gelişimin bireyin sonraki yaşamı için temel oluşturacak bir gelişim süreci de olacağı söylenebilir (Çöpoğlu, 2018, s. 361-362).

Çocukluk dönemi, kişinin yaşamında özerkliğini kazanma adına bir kişilik oluşturma ve bu kişiliğin temelini atma adına önemli bir dönemdir. Freudyen bakış açısında beş yaşına kadarki gelişim sürecine oldukça önem verilir ve bu sürede çocuğun kazanımlarının yaşamının ileriki dönemleri için bir kazanç olduğu söylenir. Bu nedenle bu dönemde kişi çocukluğunu yaşamalı, en doğru şekilde sosyalleşme içerisinde olmalıdır. Bu noktada başta ebeveynlere, ardından da topluma oldukça görevler düşmektedir. Aileler çocukların bu dönemi sağlıklı şekilde geçirmelerini sağlarken, içinde yaşanılan toplumun sağlık, huzur ve refah anlamında yeterli düzeyde olması, gelişmiş bir hukuk sistemine sahip olması da ailenin bu yetiştirmesini doğrudan etkileyecektir (Bulut, 1996, s. 139-140).

“Çocuk işçi” kavramının ortaya çıkışına dair kesin bir bilgi vermek mümkün değildir. Nitekim çocuklar yaşanılan her dönemde ekonomik ve sosyal koşullardan ötürü işçi olarak çalışmış ve yeterince korunamamışlardır. Tarihin seyrine bir bütün olarak bakıldığında ise çocuk işlerin sayısı, bilhassa Sanayi devrimiyle birlikte artmaya başlamıştır. Sanayi devrimiyle kurulan fabrikalara çalışan gereksinimi kadın ve çocukların da çalışma yaşamına girmesini olanaklı kılmış, bilhassa ucuz işgücü sebebiyle çocuk işçi sayısı oldukça artmıştır. Bu süreçte çocukların emeği ucuz olarak görülmüş, aynı zamanda çocukluk dönemini yaşayamayan bu çocuklar çeşitli hastalık, sağlık sorunları, taciz vb. durumlar ile karşılaşmışlardır. Bilhassa 19.yüzyılın başında fabrikalarda yaşayan çocukların cinsel taciz, dayak, kötü çalışma durumunda cezalandırılması en sık görülen durumları. Yıldırım’ın (2008) verdiği bilgilere göre Belçika’da maden ocaklarında çalıştırılan çocuklar bilhassa fiziksel yetersizlikleri yönünden şiddete uğramaktaydılar. Baca temizletilen, maden ocağındaki riskli işlerin yaptırıldığı bu çocukların çoğu aynı zamanda taciz ve tecavüze uğramaktaydılar. Aynı şekilde İngiltere’de dokuma sanayiinde yer alan çocukların da çoğunlukla maruz kaldıkları bu cinsel şiddet çocuk hastalıklarına ve ölümlere yol açmaktaydı (Yıldırım, 2008, s. 9).

Çocukları erken yaşta çalışmaya iten birçok sebep bulunmaktaydı. Şahin (2009) bu sebepleri “ailesel”, “toplumsal”, “işgücü kaynaklı”, “eğitim”, “yasal” kaynaklı olarak beş temel nedene bağlamaktadır: (Şahin, 2009, s. 30-40)

*Ailesel Nedenler;* Çocukların içerisinde bulunduğu aile, çocuğun temel ihtiyaçlarından ve yetiştirilmesinden sorumludur. Bu nedenle bir ailenin çocuklarıyla yeterli düzeyde ilgilenmesi, çocuğa yeterli eğitim ve yaşamsal imkanların sunulması çocukluk dönemindeki ideal yetiştirme için gereklidir. “Çocuk işçi” kavramına bakıldığında ailelerin genellikle yoksulluk, eğitimsizlik ve göçle ilgili nedenlerden ötürü çocukları çalışma hayatına soktukları görülmektedir. Ailenin çocuğa yeterli şartları sunamaması, çocukların özellikle bu nedenlerden ötürü erken yaşta çalışma hayatına girmelerine neden olmaktadır. Yoksulluk göz önüne alındığında özellikle gelişmemiş ülkelerde aile bireyleri arasında çalışma konusunda bir ayırım yapılmamakta, dolayısıyla çocuklar da erken yaşta çalışmaya başlamaktadırlar. Yoksulluğun sosyal bir sorun olmasından ötürü, bilhassa Asya ve Afrika ülkelerinde çocuklar birçok işte çalıştırılmaktadırlar.

Ailelerin eğitim durumu da çocuk işçi sayısında etkili olmaktadır. Özellikle ilkökul seviyesinde eğitim alan ailelerde eğitimin bir gereksinim ve ihtiyaç olarak görülmemesi, çocuğa bakış açısını da etkilemektedir. Çocuk aile için bir gelir kaynağı olarak görülmekte ve çalışma hayatına dâhil edilmektedir.

Ailesel nedenler arasında aynı zamanda göç de önemli bir yer edinmektedir. Zorunlu veya zorunlu olmayan sebeplerle göç halinde olmak, yaşam içerisindeki sürekliliği etkilemektedir. Dolayısıyla çocukların belli bir yerde eğitim alması, o yerin kültürüyle büyümesi bir öncelik olmaktan çıkmakta ve onun yerine göç edilen bölgede yaşam mücadelesi verme başlamaktadır. Bu noktada çocuklar da bu yaşam mücadelesine dahil olarak çalışma hayatına girmektedirler.

*Toplumsal Nedenler;* çocukların çalışma hayatında yer alması konusunda, bilhassa toplum kanıları ve bakış açılarını içeren nedenleri barındırmaktadır. Çocuklara toplumda ne kadar değer verildiği veya toplumun çocuğa biçtiği rol ile ilgili olarak çocuk işçi sayısı da belirlenmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde insan hakları, eğitim ve adalet konularındaki ilerlemeler insanlara yönelik bakış açısını etkilemekte, çocukluk dönemi yaşamın önemli bir aşaması olarak görülmekte ve sağlıklı bir toplum olunması adına çocukların toplumdaki konumuna önem

verilmektedir. Bilhassa 2000 sonrası dönemde farkındalıklar daha da artmakta, kurulan sivil toplum örgütleri, yapılan kongre ve yayınlarla toplumda çocuğa yönelik geliştirici faaliyetler artmakta ve çocuk işçiliğin önüne geçilmesi adına mücadele verilmektedir (Bakırcı, 2004, s. 27).

İşgücü Kaynaklı Nedenler; çocukların ucuz işgücüne sahip olması, kolay kandırılabilirliği, muhtaçlıkları ve toplumda çocukları koruyabilecek yasaların yetersizliğinden ötürü çocuk işgücünün talep edilmesini içeren nedenlerdir. Özellikle Sanayi devriminden sonra kurulan fabrikalar ve açılan yeni sanayi merkezi işletmeleri fazla sayıda personel gereksinimini karşılama noktasında kendi çıkarlarını düşünmüşler, bilhassa ucuz olması nedeni çocuk işgücüne başvurmuşlardır. Çocuk işgücü, işletmelerin maliyetleri düşürme noktasında faydasını sağladığı için talep edilmiş, bu nedenle çocuk işçi sayısı da artmaya başlamıştır.

Eğitim Kaynaklı Nedenler; hem ailelerin hem de ülke genelinde eğitimin ikinci plana atılmasından kaynaklı olarak çocuk işçi sayısının yüksek olmasının içeren nedenlerdir. İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nin 26.maddesinde her bireye eğitim hakkı verilmiş, bu hakkın kullanılmasının önündeki engeller yasalar ile taahhüt edilmiştir. Demokratik ülkelerin kendi anayasalarında da bu madde gereğince bireylerin eğitim alması hususu yer almıştır. Eğitim bireye değer katan ve farkındalık yaratan bir olgudur. Eğitim eksikliği, bilhassa aileden kaynaklı olarak eğitim alamayan çocukların çalıştırılması çocuk işçi sayısını artıran, ülke gelişmişliğine olumsuz tesir eden bir durum olmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti sosyal bir devlet olduğu için eğitim, devlete ait kurumlarda parasız şekilde sunulmaktadır. Buna rağmen TÜİK 2006 raporlarından elde edilen sonuçlar 6-17 yaş arası gençlerim parasızlıktan eğitime ara verdiklerini göstermiştir. Dolayısıyla eğitimin yan masrafları olan giyim, yemek vb. hususlar çocukların eğitimden uzak kalmalarına neden olan bir faktör olarak görülmüş, eğitim almayan çocuklar iş yaşamına dahil olmuşlardır (TÜİK, 2006, s.16).

Yasal Nedenler; Çocuk işçiliğinin yasal nedenleri, yasaların ve denetimin çocukları yeterli düzeyde koruyamaması ve bu nedenle çocukların zorla çalıştırılmaya devam ettirilmesidir. Dünyada çocuk işçiliğini önlemek adına başta 1948 sayılı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere BM Ekonomik ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1976), Avrupa Çocuk Hakları Bildirisi, Avrupa Topluluğu Temel

Sosyal Haklar Bildirgesi gibi belgeler yayınlanmıştır. Bununla birlikte ülke yasalarında 15 yaş altı çocuk, 15-18 yaş arası da genç kabul edilmekle birlikte bu çocukların çalıştırılması durumuna ilişkin yasalar konulmuştur. Ancak var olan yasaların yetersiz kalması halinde ucuz işgücü nedeniyle çocuklar çalıştırmaya devam etmektedir.

“Çocuk işçi” kavramının tüm dünyada yaygınlaşmasıyla ve çocuklar üzerindeki olumsuz etkisi göz önüne tüm dünyada bu duruma engel olmak adına çalışmalar başlatılmış ve çocuk işçiliğinin önüne geçici çalışmalara, 19.yüzyılın sonunda geçilmiştir. Bu kapsamdaki ilk önemli çalışma 1890 ve 1913 senelerindeki Berlin Uluslararası iş mevzuatı konferansları olmuştur. İlk olarak 1890 senesinde yapılan konferansta çocukların çalışma yaşına ilişkin kararlar alınmıştır. İstisnalar ayrı tutularak bu yaş sınırı 12 olarak belirlenmiştir. Madende çalışacak çocuklar için 14, gece çalışacak çocuklar içinse yaş sınırı 16 olması kararlaştırılmıştır. Bu konferansta alınan kararlar tam anlamıyla başlangıç düzeyinde olmuş, ikinci konferans ise 1913 senesinde gerçekleştirilmiştir. Ancak 1913 senesindeki konferans ise Birinci Dünya Savaşı engeline takılmış, dolayısıyla kararları yine uygulama aşamasında gerçekleşmemiştir (Demir, 2010, s. 551).

Çocuk işçi çalıştırma tüm dünyada önemli bir suçtur. Bu suçun yasal dayanakları bulunmaktadır. Başta 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde de yer aldığı üzere her çocuğun öncelikle çocukluğunu yaşama hakkı vardır. 15 yaş ve altındaki çocukların erken yaşta zorla çalıştırılmaları çocukluklarını yaşamalarına engel olduğu gibi aynı zamanda da çocukların eğitim görmesini engellemekte, erken yaşta fizyolojik ve ruhsal sağlıklarının bozulmasına neden olabilmektedir. 1959 tarihli Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi’nin 7.maddesi her çocuğun eğitim görmesi gerektiğini ve çocuk yaşta eşit imkânlarda okuması gerekliliğini vurgulamaktadır. Aynı şekilde BM Ekonomik ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1976), Avrupa Çocuk Hakları Bildirisi, Avrupa Topluluğu Temel Sosyal Haklar Bildirgesi de uluslararası anlamda çocukları korumakta ve çocuk işçiliğini önleyici maddeleri içermektedir.

Türkiye kapsamında bakıldığında da ailelerdeki eğitimsizlik ve yoksulluk nedenleri başta olmak üzere çeşitli nedenlerle çocuk işçi sayıları oldukça fazladır. Bu durumun önüne geçmek adına başta anayasa olmak üzere, 4857 sayılı İş Kanunu,



1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 2821 sayılı Sendikalar Kanunu, 818 sayılı Borçlar Kanunu, 222 Sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu, 3308 Sayılı Çıraklı ve Meslek Eğitim Kanunu, 2559 sayılı Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu gerekli maddeleri içermektedir.

SA 8000 kapsamında kalite kapsamları içerisinde çocuk işçiliği konusuna yer verilmesinin en önemli nedenlerinden biri çocuk işçi sayısının dünyada artması, çalıştırılan çocuk işçilerle birlikte kurumlardaki iş ve hizmet kalitesinin düşmesi ve etik çalışma ilkesiyle çelişmesidir. ILO'nun 2000-2012 yılları arasını kapsayan araştırmasına göre dünyada çocuk nüfusunun %11'i işçi olarak çalışmaktadır ve bu sayısal olarak 168 milyona denk gelmektedir. Her ne kadar yasalar ve alınan önlemlerle birlikte bu sayı 2000 yılından sonra azalsa dahi yeterli düzeye erişememiştir. Aynı araştırma daha çok Asya ve Pasifik bölgelerine çocukların çalıştırıldığını, bilhassa tehlikeli işlerde yer aldıklarını ve bu oranın 16-17 yaş içeren genç çalışanları da içine aldığını göstermiştir (ILO, 2013, s. 3).

Tablo 7. Bölgelere Göre Çocuk İşçiliği (5–17 Yaş Grubunda-2008–2012) (Kaynak: ILO, 2013, s. 4)

Bölgeler	Yıllar	Çocuk Nüfusu	Çocuk İstihdamı		Çocuk İşçiliği		Tehlikeli İşler	
			000	000	%	000	%	000
Asya Pasifik	2008	853 895	174 460	20,4	48 164		5,6	
	2012	835 334	129 358	15,5	33 860		4,1	
Latin Amerika	2008	141 043	18 851	13,4	9 436		6,7	
	2012	142 693	17 843	12,5	9 638		6,8	
Sahra Altı Afrikası	2008	257 108	84 229	32,8	38 736		15,1	
	2012	275 397	83 570	30,3	28 767		10,4	

ILO'nun araştırmasında bilhassa erkek çocukların çocuk işçi olarak daha fazla çalıştırıldığı, özellikle Asya'da tarım alanında çalışan çocukların sayıca daha fazla olduğu gerçeğine ulaşılmıştır. Tütün, pirinç, çay toplayıcılığı yapan çocuklar, çalışan çocukların %60'ını oluşturmaktadır. Kalan çocukların %33' hizmet,%7'si ise sanayi sektöründedir. ILO'nun son güncel araştırmalarında ise 2019 yılı itibariyle 73 milyonu tehlikeli işlerde olmak üzere toplamda 152 milyon çocuk işçi çalışmaktadır.

Türkiye genelinde bakıldığında çocuk işçi sayısı azımsanmayacak derecededir. Bahçeşehir Üniversitesi Ekonomi ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi'nin (BETAM) yaptığı araştırmaya göre Türkiye'deki çocuk işçiliğin nedenleri arasında genellikle yoksulluk ve eğitimsizlik gelmektedir. TÜİK 2019 verilerine göreyse çocuklarda işgücüne katılım oranı %21,1'dir. Bu oran erkek çocuklarda kız çocuklarına göre çok daha fazladır. Çocukların en fazla çalıştıkları alan ise tarım sektörüdür.

SA 8000 kapsamında değerlendirildiğinde çocuk işçilerin çalıştırılması başta çocukların fizyolojik ve ruhsal sağlıklarını etkilemekle birlikte, işin yapılışı itibariyle bir yasağı delmesiyle kalite standartlarını da açmaktadır. Bu nedenle SA 8000 oluşturulurken bu durum göz önüne alınmış ve çocuk işçi mevzusunda bilinçlilik oluşturmak amaçlanmıştır.

#### **2.2.4.2.Zorla veya Zorunlu alıştırma**

Zorla veya zorunlu alıştırma, çalışma yaşamında işçinin kendi isteği dışında çalışmaya zorlanması durumunu ifade eden bir kavramdır. 1953 tarihli Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin dördüncü maddesi bir kişinin kendi iradesi dışında çalıştırılmasını, kle olmasını ve çeşitli durumlarda (tutuklu olma, zorunlu hizmet, toplumu ilgilendiren afet vb. durumlarda hizmet, yurttaşlık hizmetleri vb.) zorla çalıştırılmasını engelleyici hükümler içermektedir. Her ne kadar bölgesel bir anlaşma olsa da tüm dünyada İnsan Hakları çerçevesinde bu anlaşma paralelinde savunulan, bir insanın kle olamayacağı ve zorla çalıştırılamayacağı fikridir (Androff, 2010, s. 209).

Zorla veya zorunlu alıştırma kavramı ILO (Dünya alıştırma rgt) tarafından geliştirilen bir kavram olup; kişilerin hr iradeleri dışında çalıştırılmaları, işveren veya aracı kişiler sebebiyle tehditle zorla çalıştırılmaları ve kimlik-pasaport

gibi şahsi evraklarına el konularak çalıştırılmaları anlamlarını içermektedir. ILO kavrama çok daha geniş çaplı bir bakış açısı getirerek bir ülkede yabancı olarak yer alan kişilerin çalıştırılmasını ve ülke vatandaşlarının çeşitli zorlamalarla çalışmalarını bu kapsam dâhilinde değerlendiren bir tanım yapmıştır (ILO, 2012, s. 4).

ILO'nun 29 no'lu sözleşmesinde mecburi askerlik hizmeti dışında kişinin zorla bir işte çalıştırılması kapsamının suç olduğu, aynı şekilde 105 sayılı sözleşmede de bu suçun işlenmemesi gerektiği ve zorla çalıştırmanın kaldırılmasına yönelik taahhüt yer almaktadır. Uluslararası kapsamda ILO gibi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi de önemli maddeler barındırmaktadır. Sözleşmenin dördüncü maddesinde hiç kimsenin köle ve kul olmayacağı ve zorunlu çalıştırılmayacağı belirtilmiştir.

Uluslararası belgeler gibi ulusal belge ve hukuk çerçevesinde insan özgürlüğünü çiğneyen zorla çalışma hususuna yer verilmiş, zorla çalışmanın insan hakları ihlaline girdiğinden yola çıkılarak yasaklandığı belirtilmiştir. Tanzimat'tan bu yana angarya ve zorla çalışma yasağına ilişkin olarak düzenlemeler gerçekleştirilmekle birlikte Türk hukukunda mahkemelerce, fazla mesai yapan işçi ve memura bunun için ücret ödenmemesi, fazla mesainin zorla çalıştırılma kapsamına alınıp alınmaması ise tartışmalıdır.

Günümüzde bir bireyin zorla çalıştırılması sadece kölelik veya görünürde bir zorla çalıştırılma şeklinde olmayıp, aynı zamanda kişilerin görünmeyen bir şekilde yükümlülük altında tutulması, belli şartlar dâhilinde çalışmaya zorlanmasını da içermektedir. Özellikle kapitalizmin yaşamın her alanında emek gücü üzerine yapmış olduğu baskı, bireylerin hayatını idame ettirme konusunda zorla çalışmasına neden olmaktadır. Bu durum literatürde “modern kölelik” olarak yer almaktadır. Güler (2018) modern köleliği hazırlayan koşulların endüstriyel çağa geçiş, sosyo-ekonomik yetersizlik, coğrafi izolasyon, kültürel ve düzenleyici (siyasi) şartlar olduğunu belirtmiştir. Bu şartlar içerisinde birey değiştiremediği koşullara adapte olmaya çalışır ve dolayısıyla istemese de zorla çalışmak zorunda kalabilir. Bu zorluk sistemin getirdiği, kişinin farkında olmadan içine dâhil olduğu süreci ifade eder. İşgücü talebinin fazla olması, işsiz kalınma korkusu ile bulunan işin şartlarına katlanılması, borç yönetimi yapılamaması gibi birçok durum aslında kişilerin kapitalist sistemde modern birer köle olmasına neden olmaktadır (Güler, 2018, s. 28).

SA 8000 standardı kapsamında zorla çalıştırma kapsamında kriterler de yer almıştır. Bunun en önemli sebebi SA 8000'in oluşturulması sürecinde ILO'nun zorla çalıştırmaya yönelik sözleşmelerine dayanılması ve bu sözleşmeler çerçevesinde zorla çalıştırmanın önemli bir işgücü sorunu olduğunun tespit edilmesidir. ILO 29 Sözleşmesi ve 105 sözleşmesi, zorla çalıştırma ve zorla çalıştırılmanın kaldırılmasına yöneliktir. Bu kapsamda önemli bir insanlık ve emek suçu olan zorla çalıştırılma konusu da alt başlıklardan biri olmuştur.

#### **2.2.4.3.Sağlık ve Güvenlik**

İş yaşamında sağlık ve güvenlik önlemleri işin sürdürülebilirliği ve başarısı açısından oldukça önemlidir. İş kazalarına yönelik bilançoya bakıldığında, dünyada her 15 saniyede 160 iş kazası yaşandığı görülmekte ve bunların en az biri ölüm ile sonuçlanmaktadır. Yılda 337 milyonu aşan iş kazaları hem işçilerin yaşamına mal olmakta, hem de ülkelerin maddi kayıp yaşamasına neden olmaktadır. Bu kayıplar da daha çok sanayisi gelişmiş, iş kollarının daha fazla olduğu gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Kadın, çocuk, göçmen işçi gibi statülerdeki birçok işçinin sağlık ve güvenlik anlamında yetersiz önlemlerin alındığı yerlerde yaşamaları bireyden yola çıkarak ülkelerin iş sağlığı ve güvenliği açısından bedeller ödemelerine neden olmaktadır (Kılış ve Demir, 2012, s. 24).

İş sağlığı ve güvenliği, çalışılan bir işte oluşabilecek iş kazalarının önüne geçmek veya olası sağlık sorunları ve kazaları en aza indirmek adına alınacak önlemlere yönelik çalışmaları ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, iş sağlığı ve güvenliği her meslekten çalışan işçilerin iş ortamlarında fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklarını korumayı amaçlayan, işçilerin çalışma ortamlarında sağlıklarını tehdit edecek bir durumla karşılaşmalarının önüne geçecek düzeyde önlemler alan, insanın işine adapte olmasını sağlayan çalışmaları kapsamaktadır. İşçiyi insani şartlarda değerlendiren bu çalışmalar, bireylere değer katmakta ve çalışma ortamını ideal koşullara yönlentmektedir (ÇAGSEM, 2017, s. 17).

İş sağlığı ve güvenliği; işletmeler, çalışanlar ve ülkeler adına oldukça önemli bir konudur. Bu nedenle SA 8000 standartları içerisinde bu şekilde bir alt bölüm oluşturulmuş olup, ilerleyen anlatımlarda SA 8000'in iş sağlığı ve güvenliği hususunda getirdiği yeniliklere değinilecektir. İş sağlığı ve güvenliğinin öneminden bahsetmek gerekirse, bu önem ilk etapta çalışanları ilgilendirmektedir. Her meslek

kolunun çalışma alanında belirli riskler bulunmaktadır. Bu riskler işin ağırlığı ile ilgili olabildiği gibi, aynı zamanda iş ortamı, yapılan işin niteliği gibi birçok kapsamdan ötürü de oluşabilen risklerdir. İş yapan kişi konumundaki işçi, bu risklerle karşı karşıya kaldığında yaralanabilir veya ölebilir. Dolayısıyla meslek kollarının işçiye yönelik riskleri oldukça fazladır. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında alınacak önlemler öncelikle işçiyi koruyacaktır. İkinci önem sıralaması işletmeleri ilgilendirmektedir. Herhangi bir iş alanında çalışan işletmeler personellerini korumakla yükümlüdürler. Bu nedenle sağlık ve güvenlik önlemleri alınmalı, aynı zamanda da iş sağlığı ve güvenliği eğitimi vermelidirler. Tüketicilere yönelik çalışan işletmelerin üretici konumundaki çalışanları bu anlamda değerli görülmeli ve korunmalıdırlar. Son olarak işçi ve işletmelerin iş sağlığı ve güvenliği yönünden alacakları önlemlerin genel anlamda ülkeye katkı sağlayacağı söylenebilir. Nitekim iş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılacak çalışmalar öncelikle bu yöndeki kayıplara engel olarak ülkede çalışma alanındaki prestiji yükseltirken, aynı zamanda da ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır (Çoban, 2019, s. 7-8).

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik çalışmalar Türkiye’de her ne kadar henüz ideal düzeye ulaşamamış olsa da dünyada ilgili kavramın tarihi milattan önceki dönemlere değin rastlamaktadır. Antik Mısır’da mimar ve mühendis olan İmhotep ve ondan asırlar sonra Hipokrat, iş sağlığının önemli olduğunu, insanların yapılan işten ötürü kaza geçirebileceklerini ve hasta olabileceklerini söylemişlerdir. Dünyada iş sağlığı ve güvenliğine yönelik ilk farkındalıklar ise Sanayi devrimiyle birlikte başlamıştır. İnsanların fabrikalarda sağlıksız şartlarda çalışması, büyük makinelerle iş görmeleri hastalık ve kazaları beraberinde getirdiğinde iş sağlığına yönelik çalışmalar artmıştır. İş hekimliği kavramı ilk olarak İtalya’da doğmuş, Ramazzini bu anlamda ilk hekim sayılmıştır (18.yüzyıl). Bu dönemden sonra tüm Avrupa’da iş sağlığı ve güvenliğine yönelik önlemler alınmaya başlanmış, 19.yüzyılın ortalarından itibaren tüm fabrikalarda iş hekimi bulundurmamak zorunlu hale gelmiştir. Dünya genelinde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik gelişmelerin en önemlilerinden biri ise 1919 senesinde ILO’nun (Uluslararası Çalışma Örgütü) kurulmasıdır. Birleşmiş Milletler’in bir kuruluşu olan ILO, tüm dünyada çalışma yaşamına yönelik geçerliliği olan kararların alınmasını sağlayan önemli bir örgüt olma özelliğindedir. Bununla birlikte 1948 senesinde kurulan WHO (Dünya Sağlık Örgütü) de aynı şekilde iş

sağlığına yönelik aldığı kararlarla bu anlamda önemli bir noktada bulunmaktadır (Uysal, 2019, s. 19-21).

İş sağlığı ve güvenliğinin Türkiye'deki gelişimi göz önüne alındığında Osmanlı Devleti dönemiyle başlayan bir süreç olduğu görülecektir. Bu süreç de Tanzimat öncesi ve sonrasıyla ikiye ayrılmaktadır. Tanzimat öncesi dönemde esnaf örgütlenmelerinin çalışma hayatında ön plana çıktığını ve bu örgütlenmelerde iş sağlığı konusunda yeterli düzeyde önlemlerin alınmadığı görülür. Usta – çırak ilişkisiyle birlikte ilerleyen çalışma yaşamında daha çok küçük bir yapılanma olmakta ve bu yapılanmalar kendi içinde önlemler alarak ilerlemektedirler. 1839 yılındaki Tanzimat fermanıyla birlikte birçok şey değiştiği gibi, çalışma yaşamına yönelik değişiklikler de yaşanmaya başlamıştır. 1869 senesinde Maaddin Nizamnamesi ilan edilmiş, bu nizamname ile öncelikle madencilik olmak üzere sanayi alanında birçok işletmede işçinin sağlık ve güvenliğine yönelik kararlar alınmıştır. Bu kararların başında da çalışılan yerlerde önlem alma, tıbbi malzeme bulundurma, iş kazası olması halinde işverenin işçiye tazminat ödemesi gelmektedir. Cumhuriyet'in ilanı ve Türkiye Cumhuriyeti devletinin kurulmasıyla birlikte 1936 senesinde ilk iş kanunu olan 3008 sayılı kanun çıkarılmıştır. Bu kanun yeterli düzeyde olmasa da işçi haklarını koruyan ilk yasa olması nedeniyle önemlidir. Seneler içerisinde değişen kanunların sonuncusu, 2003 senesinde kabul edilen 4857 sayılı İş Kanunu olmuştur. Yürürlükte olan ve iş sağlığı ve güvenliği kapsamındaki en önemli belge olan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği kanunu ise bu kapsamdaki son ve en yeterli düzeydeki kanun olmaktadır (Gülmez, 1991, s. 190; Korkmaz ve Avsallı, 2012, s. 155).

SA 8000 standardı gerek dünyada gerekse Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği kapsamındaki ilerlemeyi sağlayıcı, işletmelerin yükümlülükleri çerçevesinde çalışan sağlığının önemli bir noktada yer aldığını gösteren oldukça önemli bir adımdır. Bu çerçevede belgelendirme sürecinin ilk adımı olan hazırlık aşamasında belgelendirmeye başvurmak isteyen işletmelerin de gerekli önlemleri alacağı düşünüldüğünde, çalışan hakları konusunda da önemli ilerlemeler kaydedileceği öngörülebilecektir.

#### **2.2.4.4.Örgütlenme ve Toplu Sözleşme Hakkı**

ILO 98.Sözleşmesi örgütlenme ve toplu sözleşme üzerine olup, her çalışanın kendi meslek dalında örgütlenme hakkının bulunduğunu tasdik etmektedir. Çalışanlar başlı başına haklara sahip olmakla birlikte kendi meslek dallarında bir bütün olarak yer almaları ve örgütlenmeleri aynı zamanda haklarını arama yolunda onlara önemli fayda sağlamaktadır. Dolayısıyla her çalışanın örgütlenme ve örgütlenmeye katılma hakkı bulunmaktadır. Bu hak, kişinin mesleğine ait bütüncül yapıya katılmasını ve haklarını geniş bir yelpazede arayabilmesini sağlayıcı önemli bir adımdır.

Örgütlenme hakkı II. Dünya Savaşı'yla birlikte başlamış, 1970'li yıllarda sermaye hareketliliği ve çokuluslu şirketlerin yaygınlaşmasıyla birlikte devam etmiş bir haktır. Bu süreçte meslekler büyük şirketlerin sömürsü altında kalmama adına örgütlenme yolunu seçmişlerdir. SA 8000 kapsamında yer alan bu alt başlığın temel amacı da işletmelerin çalışan haklarına ne denli önem verdiğini gösteren, çalışanların örgütlenme noktasında ve toplu sözleşme noktasında haklarını ele alan bir kriterdir.

#### **2.2.4.5.Ayrımcılık**

Farklı birçok disiplin alanında kullanılan “ayrımcılık” terimi, kelime itibarıyla “bir insan öbeği içerisinde kişinin diğerlerine göre ayrı tutulması, ayrıştırılması” anlamlarına gelmektedir. Ayrımcılığa uğrama bu noktada, ötekileştirme, sahip olduğu özellikler veya kendisine atfedilen nitelikler sebebiyle diğer insanlardan farklı muamele görmektir (Yıldız, 2008, s. 69).

Ayrımcılık olumsuz anlam ifade eden bir kelimedir. Ayrımcılığa uğramak, kişinin sahip olduğu veya olmadığı, kendisine atfedilen özellikleriyle diğer insanlardan farklı şekilde konumlandırılması, dolayısıyla aşağılanması ve kendisine küçültücü bir tavır takınılmasıdır. Lahey (2005) ayrımcılığın bilhassa grup içerisinde algılanabilecek bir duygu olduğunu, kişinin tek başına değil, bir grup insan içerisinde negatif davranışlara maruz kalmasının ayrımcılık kapsamına girdiğini söylemektedir (Lahey, 2005, s. 2).

Ayrımcılık; önyargı, olumsuz tutum, genel kanılardan farklı olma gibi nedenlerle yapılabilmektedir. Temelde yapılan ayrımcılıklar dört türdür: dolaylı, doğrudan, negatif ve pozitif ayrımcılık. Dolaylı ve doğrudan ayrımcılık, yapılan

ayrımcılığın kişiye yansıma türüne bağlı olarak dolaylı veya doğrudan yoldan tesirine bağlı olan ayrımcılık türüdür. Kişinin doğrudan ırk, cinsiyet vb. noktalardan eleştirilmesi ve diğer grup üyelerinden ayrı tutulmasının yanında, dolaylı olarak da ayrımcılık yapıldığı durumlar vardır. Dolaylı ayrımcılık daha çok tüm grup üyelerine karşı aynı tavrın sergilendiğinin gösterilmesi, ancak arka planda uygulamalarla tam tersi durumların söz konusu olmasıyla gerçekleşmektedir (Gül ve Karan, 2011, s. 15). Negatif ve pozitif ayrımcılıkta ise ayrımcılık yapılan gruptaki kişi/kişilere yönelik yapılan ayrımcılığın diğer kişiler açısından etkisi göz önüne alınır. Negatif ayrımcılık, diğer kişiler içinde kişi veya kişilerin olumsuz şekilde ayrılması iken, pozitif ayrımcılık ise diğer kişilere göre kişi veya kişilerin kayırılması anlamlarına gelmektedir. Pozitif ayrımcılık bilhassa azınlıkta kalan kişi ve grupların hakkının savunulması adına yapılmaktadır. Örneğin; ABD’de 1970-1980’li yıllarda yapılan ırk ve cinsiyet üzerine dayalı sözleşmeler bu kapsamda yer alan sözleşmelerdir (Özgünlü, 2019, s. 9).

SA 8000 kapsamında yer alan alt maddelerden biri de ayrımcılık hususundadır. Ayrımcılığın niçin bu maddeler arasında yer aldığı konusu, 1997 yılına değin yapılan araştırmalarda işletmeler için görülen sosyal sorumluluk standartları içerisinde kişilere yapılan eşit muamelenin işletmelere sağladığı fayda, buna karşın aynı şekilde ayrımcılığın da işletmelere etkisi olan zarar düzeyi üzerine değerlendirilmelidir. Ayrımcılık, hayatın her alanında karşılaşılabilecek önemli bir sorun, insana dair yapılan bir suç kapsamındadır. İş yaşamında ve kurumsal hayatta da insanlar ayrımcılıkla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu durum bireylerin sağlıklı bir şekilde çalışmalarını engellediği gibi, işletmenin de değerini düşüren bir husus olarak göze çarpmaktadır. İş yaşamında karşılaşılan ayrımcılık yaş, cinsiyet, ırk vb. birçok nedenden ötürü oluşabilmektedir. Metin (2018) yaptığı çalışmada yaştan kaynaklı olarak iş yaşamında karşılaşılan ayrımcılık konusunu ele almıştır. Toplumda var olan kanılar gereğince “yaşlı” görülen kişinin verimli çalışamayacağı, başarılı bir çalışma ortaya çıkaramayacağı kanısı toplumda hâkimdir. İşgücünde verimliliğin kişinin biyolojik yaşına bağlı bir şekilde değerlendirilmesi ve dolayısıyla kişinin ötekileştirilmesi, bir grup içerisinde farklı muamele görmesi durumu kişiyi çalışma hayatından soğutan, başarısını düşüren bir durum olmakla birlikte işgücü piyasasından başarılı insanları çeken de bir durumdur (Metin, 2018, s. 75-78).



Kurumsal hayatta ayrımcılığın en sık görülenleri arasında cinsiyete yönelik olarak yapılan ayrımcılık gelmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlar, erkeklere oranla iş hayatında daha az yer almakta, iş hayatında yer alan kadınlar ise çeşitli noktalarda negatif ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Kadınların ayrımcılığa maruz kalma nedenleri arasında meslek grubu içerisinde sayıca azınlık olmaları, tacize uğramaları, yetersiz görülmeleri vb. durumlar yer almaktadır. PwC'nin 2017 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre kurumsal hayatta dünya genelinde kadınların %50'si, erkeklerin %23'ü, Türkiye'de ise kadınların %31'i, erkeklerin ise %16'sı ücret eşitsizliğine uğradıklarını düşünmektedirler. Women In Work Index araştırmasına göre ise tüm OECD ülkeleri göz önüne alındığında %16 oranında erkekler çok daha yüksek ücret almaktadırlar. Aynı şekilde eğitime bağlı bir ücret farklılığı göz önüne alındığında Türkiye'de kadınların erkeklere göre aynı eğitim seviyesinde aldıkları ücret daha düşüktür.

Cinsiyette kadına yönelik olarak yapılan ayrımcılık, sadece kadının çalışma yaşamında yer almasına engel olmamakta aynı zamanda kadın ile erkeğin çalışma hayatında eşit koşullarda yer almasını da önlemektedir. Özellikle erkek egemen iş kollarında kadınlara terfi fırsatları tanınmaması, kadının başarısının ödüllendirilmemesi gibi durumlar sıkça yaşanmaktadır. PwC'nin 2017 araştırmasında yapılan ankette katılımcıların %53'ü erkeklerin kurumsal hayatta terfi ve yükselme durumlarında kadınlardan çok daha fazla kayırıldıklarını düşünmektedir. Aynı şekilde karar alma süreçlerinde katılımcıların %61'i erkeklerin daha fazla sözünün dinlendiğini, dolayısıyla kadına yönelik negatif bir ayrımcılık yapıldığını belirtmişlerdir (PwC, 2018).

Türk İş Kanunu işyerlerinde çalışanlara yönelik yapılacak ayrımcılığın önlenmesini amaçlayan maddeleri kapsamış ve 4857 no'lu kanunun 5.maddesinde yer alan "eşit davranma" ilkesiyle birlikte dil, din, ırk, cinsiyet vb. açılardan, çalışma süreleri açısından, yapılan işin niteliği vb. açılardan işçilerin ayrımcılığa uğraması durumunu yasaklamıştır (4857 Sayılı İş Kanunu, Madde 5).

İş ve çalışma hayatında ayrımcılığın olması bireyin kendi yetenek ve düşüncelerini ortaya koymasını engelleyen, aslında bireyden yola çıkarak kurumlara da zarar veren bir durumdur. Çeşitli çıkar ve rantların göz önüne alınması ve bireylerin ayrımcılığa uğraması, uğratılması kurumsal gelişmişliğe engel olur.

Dolayısıyla SA 8000 içerisinde yer alan bu kriter, işletmelerin kalitesinin de ayrımcılık noktasında belirlendiğinin bir göstergesidir.

#### **2.2.4.6. Disiplin Uygulamaları**

SA 8000 Sosyal sorumluluk kriterleri arasında yer alan disiplin uygulamaları bölümü, bir işletme veya kurum içinde çalışma ortamındaki disiplini düzenleyen, kişilere insanlık onuruna yakışır şekilde bir çalışma ortamı sunmayı taahhüt eden ve aksi durumları önleyecek kriterleri belirleyen bir içeriğe sahiptir. SA 8000 kapsamında organizasyonların çalışanlarına karşı saygılı bir ortam sunacakları, çalışanın zihinsel, fiziksel veya sözlü şekilde hiçbir şiddete maruz bırakılmayacağını, insanlık dışı muameleye izin verilmeyeceğini belirtmektedir (SA 8000, 2014, s. 19).

#### **2.2.4.7. Çalışma Saatleri**

Çalışan sağlığını ilgilendiren en önemli konulardan birisi de çalışma saatleridir. İnsanların günlük ve haftalık olarak bir işte geçirdikleri saat aralığı işin verimini etkileyebildiği gibi, çalışan sağlığını da etkilemektedir. Bu nedenle etik olarak değerlendirildiğinde kişilere fiziksel ve ruhsal olarak zarar verecek bir çalışma süresinin önüne geçmek gereklidir. Sanayi devriminin ilk yıllarında günlük 18 saate çıkan çalışma süreleri birçok kişinin hastalanmasına ve ölümüne yol açmış, bu noktada çalışan sağlığı üzerine yapılan çalışmalarda süre konusu gündeme alınmıştır. ILO'nun 1919 senesinde ilk kongresinde günlük ideal çalışma saati, 8 saat olarak belirlenmiştir. Ayrıca ILO destekli yapılan çalışmalarda da yine ülkelerde çalışma saatlerinin düzenlenmesi adına belirlemeler yapılmıştır. Ancak kapitalist sistemin yükselişi, ülkeler arası gelişmişlik farkıyla birlikte bu düzenlemelerin uygulanmasını zorlaştırmıştır.

Çalışma sürelerindeki değişim doğrudan çalışan sağlığını ilgilendiren bir konu olduğu için SA 8000 kapsamında yer almıştır. SA 8000; sosyal sorumluluk standartlarını geliştirmeyi, kurumların işçi-iş-işveren bütününde geliştirilmesini ve doğrudan tüketiciye sunulan hizmetin de bu ağla birlikte gelişmesini amaçlayan bir sistem olduğu için çalışan sağlığına önem vererek standartları içerisine yerleştirmiştir. SA 8000'de işçi değerli kılınmış, kurum içerisindeki çalışma sürelerinin işçiyi sömürmeyen, işçi sağlığına zarar vermeyen bir şekilde düzenlenmesi gerektiği standart alınmıştır. Bu standart belirlenirken, diğer tüm

standartlar gibi mevcut sürelerin verdiği zararlardan yola çıkılmış, şartların düzenlenmesi amaçlanmıştır.

Türkiye’de yürürlükte olan 4857 sayılı İş Kanunu’nun 63.maddesi çalışma sürelerine yer vermektedir. Bu kanunda çalışma sürelerinin haftalık çalışma gününe bağlı olarak eşit bölünmesi gerektiği durumu belirtilmiş olup, haftalık çalışma süresi 45 saat olarak verilmiştir ve 45 saati aşan çalışma süresi “fazla çalışma” kapsamına alınmıştır. İş Kanunu’nda belirtildiği üzere kişi günlük 11saatin üzerinde çalışamaz ve günde 7,5 saatin üzerinde çalışmayacak meslekler de ayrı olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda “fazla çalışma” kapsamına giren durumlar da ücret değişikliği kapsamında değerlendirilmiş olup, bu durum aynı kanunun 41.maddesinde yer almıştır (Güner, 2010, s. 280-281).

Spurgeon ve arkadaşları (1997), ideal bir çalışma düzeninde haftada 40-50 saat arasında çalışılması gerektiğini belirtmiştir. İşçinin bedenen yorgunluğunu aşabilecek noktada olması, dinlenebilmesi, ruh sağlığının bozulmaması, mide-bağırsak veya diğer bağışıklık sistemini ilgilendiren bir hastalığa yakalanmaması adına bu sürenin aşılması önemlidir. Aksi takdirde uzun çalışma süreleri hem fiziksel, hem de ruhsal olarak işçinin sağlıklı yaşamasını ve çalışmasını engelleyecektir (Spurgeon et al., 1997, s. 367).

Çalışma sürelerinin yanında çalışmadaki süre şekli de oldukça önemlidir. Vardiyalı çalışma, gece-gündüz çalışma değişikliği çalışanların sağlığını etkileyen bir husustur. Özellikle sağlık ve güvenlik alanlarında nöbetçi ve vardiyalı çalışma sistemi çalışanların uyku düzenini olumsuz etkileyen bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar bu çalışma sürelerinin uzun süre devamında kadınlarda adet düzensizliği, hazımsızlık, mide ülseri gibi sorunların görülmeye başladığını, hem kadın hem erkek bireylerde psikolojik dengesizliklerin oluştuğunu, ileri boyutta ise obsesif kompulsif ve paranoid düşüncenin hakim olmaya başladığını göstermektedir (Selvi et al. 2010, s. 3-4).

SA 8000 kapsamında çalışma sürelerine yer verilmesi aynı zamanda çalışan emeğinin verimliliği kapsamında da değerlendirilmiştir. Çalışma sürelerine bağlı olarak çok çalışan, yıpranan bir işçinin örgütsel bağlılığı düşük olacak, bu nedenle yapılan ürün ve hizmetin de verimli olma olasılığı düşecektir. Örgütsel bağlılık ve işi sahiplenme konusunda çalışan beklentileri oldukça önemlidir. Çalışanların çalışma

ortamından, çalışma ücretinden, ekip arkadaşlarından, yönetimden, çalışma düzeni vb. birçok şeyden memnun olması durumu çalışanın memnuniyetini etkilemekte ve dolayısıyla örgütsel bağlılığı kuvvetlendirmektedir. Örgütsel bağlılık ise yapılan işe değer katma noktasında önemlidir. Kişilerin memnun oldukları ortamda verimli çalışmaları, işlerini severek yapmaları o işte başarılı olmalarını sağlamaktadır. Bu nedenle işin başarısı ve verimliliği söz konusu olduğunda örgütsel etmenlerden en önemlilerinden biri de iş süreleridir. Yapılan işe ayrılan sürenin kişiyi yıpratmayacak düzeyde olması, kişinin kendi fiziksel ve ruhsal sağlığını koruyarak işe yönelmesiyle başarıyı getirecektir (Scott et al., 2003, s. 925).

#### **2.2.4.8. Ücretlendirme**

Yapılan bir iş karşılığı kişilere ödenen maddi meblağı tanımlayan ücret, çalışanların işte yer alma nedenlerinin temelini oluşturmaktadır. Türk Anayasası'nın 55.maddesinde "emeğin karşılığı" olarak tanımlanmakta ve bu şekilde, çalışanlara ücret ödenmesi bir emeğe tabi tutulmaktadır. Schuler (1995) ücretlendirmenin temel amaçlarını ise şu şekilde sıralamıştır: (Schuler, 1995, s. 385)

- Ücretlendirme sübjektiflikten öte objektif olarak çalışana emeğinin karşılığının verilmesidir.
- Çalışan performansının karşılığını alması ve böylece çalışanın ilgili işe olan odaklılığının ve devamlılığının sürmesini sağlamasıdır.
- Çalışanın nakil, terfi vb. durumlarda var olan ücretin değişikliğe uğraması, çalışana bu noktada motive aracı olmasıdır.
- İş içerisinde performans analizi yapabilme adına önemli bir araç olan ücretlendirme, işe ve devamında çalışana değer katan bir belirleyici öğedir.
- Ücretlendirme, örgütlerin rekabet ortamında kendi piyasalarını takip edebilmelerini sağlayan bir kaynaktır.
- İşgücü maliyetlerini düzen ve dengede tutan bir unsurdur.
- Ücret eşitsizliklerinin önüne geçmek, çalışan noktasında hakkın aranmasını sağlayan önemli bir unsurdur.
- Nitelikli işgücü dönüştürücüsüdür.

İşletmelerin çalışma sistemlerinde ekonomik koşulları da göz önüne alarak etik şekilde çalışmaları adına ücretlendirmenin çeşitli ilkeleri bulunmaktadır.

işletmeler bu ilkeleri benimseyerek işçilere değer vermekte, çalışma sürecine ve yapılan işe değer katmaktadır. Bu ilkeler; eşitlik, denge, karşılaştırma, terfi, bütünlük, nesnellik, esneklik ve açıklık şeklindedir: (Uruk, 2019, s. 31)

- *Eşitlik İlkesi:* Bir işletmede aynı statüde çalışan iki işgücüne aynı ücretin ödenmesi ilkesidir. Bu ilke aynı zamanda SA 8000 içerisinde yer alan ayrımcılık konusuyla da doğrudan bağlantılı olup eşit statüde çalışan iki çalışanın kayrılmasının önüne geçmesini sağlamaktadır.
- *Dengelik İlkesi:* Çalışanın emeği karşılığında eşdeğerde bir ücret almasını, ücrette denge politikası güdülmesini ifade etmektedir.
- *Karşılaştırma İlkesi:* Ücretlerin dengelik ilkesinin belirlenmesine kaynaklık eden karşılaştırma ilkesi, işgücü piyasasında eşit koşullardaki diğer işletmelerdeki ücret politikasına bakılarak bir ücretlendirme yapılmasını, dolayısıyla piyasa koşullarının ücretlendirmede gözetilmesini sağlamaktadır.
- *Terfi – Ücret Bağlantısı İlkesi:* İşletmelerde benzer statüde çalışanların eşitlik ilkesiyle birlikte benzer ücretleri alacağı düşünüldüğünde, farklı statüde çalışanlar arasında, terfi söz konusu olduğunda başarı, sorumluluk veya çalışma yoğunluğuna bağlı olarak ücrette adaletin sağlanması için terfi-ücret dengesinin gözetilmesi gereklidir.
- *Bütünlük İlkesi:* İşletmenin ücretlendirme ile ilgili yapacağı her türlü değişikliğin çalışan kayrılmasına gidilmeden tüm çalışanları kapsamaması durumu bütünlük ilkesiyle ilgilidir.
- *Nesnellik İlkesi:* Çalışan ücretlendirmelerinde objektif olunması, hiçbir çıkar ve ayırım gözetilmemesi durumudur.
- *Esneklik İlkesi:* İşletmeler organik yapıda varlıklardır. Bu nedenle işletmelerin çevresel koşullara, ekonomik şartlara ve diğer tüm değişebilen hususlara karşı esnek ücret politikası uygulayabilme hakkı bulunmaktadır.
- *Açıklık İlkesi:* İşletmelerde uygulanan ücret politikasının tüm çalışanların anlayabileceği şekilde açık olması, çalışan ayrımcılığı noktasında ücretlendirme hususunun karmaşıklık içermemesini ifade etmektedir.

SA 8000 Standardı işletmelerin sosyal sorumluluk standardını ele alırken olması gereken ideal koşulları göz önünde bulundurmuş ve var olan sorunları

saptayarak bir standart oluşturmuştur. Dünyada özellikle Sanayi devriminden sonra şehirleşme ve hızlı sanayileşmeyle birlikte gözlemlenen durum, çalışan emeğinin düşürüldüğü ve önemsiz hale getirildiği, dolayısıyla ürün ve hizmet üretiminde kar elde etmek adına çalışma koşullarına önem verilmeksizin çalışıldığıdır. Bu noktada işçi emeğinin ikincil plana düşmesi, işletmelerin ürettikleri ürün ve hizmetin de ne kadar değerli ve yeterli düzeyde olduğunu sorgulatmaktadır. Kişi emeğinin yerini makinelerin almasıyla birlikte düşük ücretlendirme politikaları başlamış, işletmeler kendi çıkarları doğrultusunda çalışanlara uzun iş saatleriyle birlikte düşük ücret politikası uygulamışlardır. Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde işsizlik, çalışanların bu koşullara boyun eğmesine neden olmuş, süre gelen durum 21.yüzyılda da devam etmiştir (Mahiroğulları, 2005, s. 42-44).

Ücretlendirme kurumların sosyal sorumlulukları içerisinde önemli bir yer edinmektedir. Çalışan memnuniyetinin öğelerinden biri olan ücretlendirme, çalışanın emeğinin karşılığını alması, dolayısıyla çalıştığı işe yönelik bağlılık geliştirmesini sağlayan bir unsurdur. Yapılan birçok çalışmada işe bağlılık, iş doyumunu ve iş verimi gibi kavramlarla ücretlendirme ilişkilendirilmiş, olumlu sonuçlar alınmıştır.

Yıldırım ve Demirel (2015) yaptıkları çalışmada ücret tatmininin örgütlerdeki çalışma düzeninde oldukça önemli olduğunu, ücret tatminiyle birlikte yaşam tatminin sağlandığını, kaliteli bir yaşam için çalışanların verilen ücretlerden memnun olması gerekliliğini belirtmişlerdir. Elazığ İl ve İlçelerindeki özel ve kamu bankaları çalışanları üzerinde bir araştırma yapılmış ve ücret ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu araştırma sonucunda katılımcıların ücret ve yaşam tatminlerinin düşük olduğu görülmekle birlikte, ücrette iyileşmeye gidilmesiyle birlikte yaşam şartlarının da iyileştirileceği, dolayısıyla kurumlara ve yapılan işlere karşı bağlılığın da daha yüksek seviyede olacağı sonucuna ulaşılmıştır (Yıldırım ve Demirel, 2015).

Seçkin ve Çoban (2017) yaptıkları çalışmada ücret tatmininin işte kalma niyeti ve yaşam tatmini konusundaki etkisini araştırmışlardır. Özellikle şehirleşmeyle birlikte yaşam şartlarının yükselişi, kişilerin daha fazla kazanmaya ve aynı hızla tüketmesine neden olmuştur. Bu noktada yaşama ve işe yönelik tatmin, bağlılık duygusu da aynı şekilde ücretlendirmeye bağlı kalmıştır. Aksaray ilinde unlu gıda imalatı yapan pastane ve fırın işletmelerindeki mavi yakalı 197 çalışan üzerinde

yapılan anket çalışmasında kişilere işten aldıkları ücretten memnun olup olmadıkları, iş tatmini ve işe bağlılık duyup duymadıkları yönünde sorular sorulmuş, alınan yanıtlarla ücret ile işe bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kişiler ücret iyileştirmesi, ikramiye gibi ek ücretlerle işlerine daha fazla yönelmekte, daha fazla çalışmak istemektedirler (Seçkin ve Çoban, 2017).

Uruk (2019) iş tatmini ile ücretlendirme arasında doğrudan bir ilişki olduğunu söylemiştir. İş tatminini etkileyen örgütsel faktörler arasında ücretin de olduğunu belirten Uruk, özellikle gelişmemiş ülkelerde çalışanların temel motive araçlarının yaşamlarını idame ettirmeleri adına ücret ve ücret artışı olduğunu söylemiştir (Uruk, 2019, s. 96).

Ücretlendirmede değinilmesi gereken bir başka husus, örgütte çalışanlara değer katma adına ücretin bir ödül olarak sunulmasıdır. Ödüllendirme, çalışan için önemli bir motivasyon kaynağıdır. Örgütlerin dışsal ve içsel olarak başvuracakları iki tür ödüllendirme vardır. Dışsal ödüllendirmelerden en önemlilerinden biri çalışana ikramiye vermek, işin başarısı sonucu ücrette iyileştirmeler sağlamaktır. Bu durum çalışanın kendini değerli hissetmesini sağlarken, aynı zamanda da çalışan işe ve örgüte olan bağlılığını artırarak işin verimini de artıracaktır (Koçel, 2007, s. 494).

SA 8000 kapsamında ücretlendirmenin ne noktada önemli olduğu konusuna geniş bir perspektiften bakıldığında çalışanların işte yer almasının birinci dereceden önemli olduğu emek karşılığını alabilmeleri ve devamında yapılan işe değer katabilmeleri adına ücretlendirme önemlidir. Kurumların sosyal sorumluluklarında yer alan ücretlendirme şartları, belirtilen ilkeler göz önüne alındığında eşit ve adil olmalı, kişileri tatmin edebilecek düzeyde olmalıdır. Ancak bu şartlarda kurumlarda yer alan çalışanlar da işe yönelik olarak aidiyet duygusu besleyecek ve çalışmalarına değer katabileceklerdir.

#### ***2.2.4.9. Yönetim Sistemi***

Bir işletmenin amaçlarına uygun şekilde çalışmasını sağlayan tüm prosedür ve çalışma biçimleri yönetim sistemleri kapsamında yer almaktadır. İşletmenin yönetim sistemleri işletmedeki hiyerarşik düzende en alttan en üst kademeye kadar örgütlenmeyi ilgilendirmektedir. Yönetim düzeninin ne şekilde ilerlediği ise işletme başarısında oldukça etkili bir faktördür.

SA 8000 kapsamında yönetim sistemlerine yer verilmesi, işletmelerin yapılanmasına bağlı olarak müşteri memnuniyetini önemseyip önemsemediklerini ortaya koyan, belgelendirme sürecinde işletmeye katkı sağlayan önemli bir unsurdur. Bu noktada işletmenin yönetime önem vermeleri ve sistemli şekilde ilerlemelerinin SA 8000’de göz önüne alınacağı unutulmamalı ve sürekli iyileştirme çabalarında olmaları gereklidir.

#### **2.2.5.SA 8000’in Avantajları ve Dezavantajları**

SA 8000 kapsamında SAAS tarafından onaylanmış bağımsız denetim kuruluşları işletmeleri düzenli aralıklarla ziyaret etmekte ve işletmenin faaliyetlerini SA 8000 kriterlerine bağlı olarak denetlemektedirler. Bu denetim, işletmenin bahsi geçen kriterlerdeki çalışma düzenini saptamakta ve değerlendirmektedir. SA 8000’in işletmelere sağladığı avantaj ve dezavantajlar bulunmaktadır. Bunlar, yine SA 8000 kriterleri çerçevesinde özetlenecektir.

Gürgen (2018) SA 8000’in işletmelere sağladığı avantajları şu dört maddede ele almıştır: bütüncül bir yönetim sistemi, işçi katılım ve diyalog becerisi, kurum içi fonksiyonel iş birliği, tedarik zincirinde iş birliği. Gürgen’in bakış açısına bağlı olarak bir değerlendirme yapıldığında SA 8000 ele aldığı kriterlerle birlikte işletme ve kurumlara değer katan, dolayısıyla işletmelerin hem kurum içerisinde çalışanla bütünleşerek ürün ve hizmet üretiminde, hem de kurum dışında tedarik zincirinden tüketiciyle buluşma aşamalarına kadar ürün ve hizmetlere değer katan bir yapılanmayı içerdiği görülmektedir. Dolayısıyla işletme ve kurumlara sağladığı en önemli avantaj, ürün ve hizmetlerin kalitesini yükseltmesidir (Gürgen, 2018, s. 50).

Hart (2005) SA 8000’in hem işletme açısından hem de sosyal çevre (toplum) açısından avantajları olduğunu söylemiştir. Hart’ın (2005) sınıflandırması Tablo 8’de gösterilmiştir.



Tablo 8. SA 8000'in Avantajları (Kaynak: Hart, 2005, s. 60)

	İşletme Açısından Avantajları		Sosyal Çevre Açısından Avantajları		
	İç kabiliyetlerin geliştirilmesi	Personel değişim oranını ve müşterilerin denetiminde harcanan zamanı düşürür. Üretkenliğin artacağı beklenir.	Farklılaşmanın gelecekte karlılığı artıracacağı beklentisi vardır.	Çalışma şartlarını, çalışan eğitimlerini ve katılımını yükseltmek, bazı risklerin azalmasını sağlar.	

Hart'ın (2005) sınıflandırmasında da görüleceği üzere SA 8000 işletmelere uygulandığı dönemde müşteri açısından ve üretkenlik açısından fayda sağlamaktadır. İlerleyen dönemler içinse geleceğe yönelik olarak bu faydalar artmaktadır.

SA 8000'in en önemli avantajı kurum ve işletmelere prestij katması, tüketici açısından kalite olgusunu yükseltmesidir. Kar amacı güden kuruluşlar için kurumsal imaj ve prestij oldukça önemlidir. Nitekim tüketicinin kuruma yönelmesini, ürün ve hizmet ihtiyacını karşılmasını, aynı zamanda da ayırt edilebilir şekilde tüketici için tercih noktası olmasını sağlayan şey kurumsal imajdır. Tüketici her ne kadar ürün ve hizmete yönelse de arka planında ürün ve hizmetin sağlayıcısı olan kurumu da göz önüne almaktadır. Kurumun kendi içinde örgütlü yapısı, doğaya saygılı olması, tüketici beklentilerini önemsemesi gibi birçok unsur tekrar tercih edilmesine katkı sağlamaktadır (Akutoğlu, 2004, s. 16). SA 8000 kriterlerine baktığımızda da kuruma ve kurum imajına değer katacak kriterler olduğu, dolayısıyla kurumlara prestij katmasının en önemli avantajlar arasında sayılabileceği aşikardır.

SA 8000'in disiplin uygulamaları, ücretlendirme ve yönetim sistemleri gibi konuları ilgilendiren kriterlere sahip olması bir işletmenin kurumsal sosyal sorumluluğunu yükselten, işletmeye bilinçli bir üretim-hizmet anlayışı katmayı amaçlayan bir sistemi benimsediğini göstermektedir. Kurumsal sosyal sorumluluk bilinci, hizmet veren kurumların topluma karşı bir sorumlulukları olduğunu daima

göz önüne alan bir bilinç yapısını göstermektedir. Kurumların iç yapısındaki bu disiplin uygulamaları da aynı zamanda sosyal sorumluluklarının farkında, etik çalışan, dolayısıyla topluma karşı görevlerini idrak eden işletme ve kurumlar oluşturmayı amaçlamaktadır.

Kurum içi disiplini sağlayan SA 8000, kurumların etik ilkeler ışığında çalışmasını desteklemektedir. Küreselleşmeyle birlikte var olan rekabet ortamı, kurum ve işletmelerin kazanç ve diğer faydalarını düşünerek iş etiğini göz ardı etmelerine neden olmuştur. Oysa ki tüm koşullar göz önüne alındığında işletme ve kurumların daima iş etiğine uyması gerekliliği fikri hâkimdir. SA 8000 kriterleri ayrımcılık, çocuk işçi, ücretlendirme vb. konuları ele alarak iş etiğine değinmektedir. Kurumların cinsiyet, yaş vb. sebeplerle çalışan ayrımcılığı yapması, daha düşük ücretli olması adına çocuk işçi çalıştırması veya ücretlendirme konusundaki kötü uygulamaları SA 8000 çerçevesinde düzenlenmiş olup, kurumların etik çalışma ilkesini benimsemesi adına şart koşulmuştur (Özgener, 2000, s. 14).

SA 8000'in avantajları kadar dezavantajları da bulunmaktadır. İşletmelere bu denli fayda sağlayan bir sistemin daima kontrol altında tutulması ve denetlenmesi gereklidir. Bu denetlenme kusursuz bir iş işleyişi ile mümkündür. Bu da işletmelere olduğundan daha fazla sorumluluk yükleyen bir sistem kurmaları ve planlamaları zorunluluğu doğurmaktadır. İşletmelerin her şeyden önce iyi bir planlama yapması ve bu planlamanın iyi işleyişi adına günlük, haftalık ve aylık düzenler kurması gereklidir. Denetim sıklığı içeren bu süreç, sadece yönetsel açıdan değil, maddi açıdan da işletmelere ekstra bir yük getirecektir. Maç ve Çalış (2012) SA 8000'le birlikte işletmelerin her anlamda karşılaştırmalı bir çalışma yapmaları, daima standartlarını iyileştirmeleri sürecinin oldukça maliyetli ve emek isteyen bir süreç olduğunu belirtmiştir (Maç ve Çalış, 2012, s. 3).

Hart (2005) SA 8000'in dezavantajlarını ele alırken de hem işletmeler hem de sosyal çevre açısından bir değerlendirme yapmıştır. İşletmeler açısından dezavantajlar; çalışan maliyetlerinin yükselmesi, yüksek denetleme maliyetlerinin ortaya çıkması, yüksek kazanç getirisi göz önüne alınmaksızın yatırım yapılması olarak gösterilmektedir. Sosyal çevre açısından ise en yüksek dezavantajı SA 8000 konusunda henüz tüm işletmelerin bilgi sahibi olmaması, bu nedenle tam bir standart oluşturulmadan tüketiciye yönelik yatırımın yapılmasıdır (Hart, 2005, s. 60).

## 2.2.6.SA 8000 Standardının Diğer Kalite Standartları İle Karşılaştırılması

SA 8000 standardının ortaya çıktığı koşullar göz önüne alındığında diğer kalite standartlarının ne noktada eksik kaldığı ve böyle bir standardın oluşturulmasındaki temel amacın ne olduğu düşündürücüdür. ISO 9000, ISO 14000 gibi birçok kalite standardının işletmelere yönelik belirlediği kalite unsurları ile SA 8000 göz önüne alındığında eksik kalan unsurların varlığı çok kapsamlı olarak oluşturulan SA 8000'in varlığını doğurmuştur. Tablo 9'da kalite standartlarına ilişkin bir karşılaştırma gösterilmiştir.

Tablo 9. ISO 9000, ISO 14000 ve SA 8000 Karşılaştırması (Kaynak: Costka, 2007, s. 42)

Standart	ISO 9000	ISO 14000	SA 8000
<b>Genel Açıklama</b>	Kalite yönetim sistem standardı	Çevresel yönetim sistem standardı	Denetleme standardı (3.taraf doğrulama sistemi)
<b>Anahtar Elemanlar</b>	1-Kalite yönetim sistemi 2-Yönetim sorumluluğu 3-Kaynak yönetimi 4-Ürün farkındalığı 5-Ölçümler, analizler ve geliştirme	1-Çevresel politikalar 2-Planlama 3-Yerine getirme ve çalışma 4-Kontroller 5-Yönetim incelemeleri 6-Kayıtları doğrulamak için dışarıyla iletişimler	1-Politikalar 2-Planlama ve yerine getirme 3-Tedarikçi ve üreticilerin kontrolü 4-Sorunların Belirlenmesi (adreslenmesi) ve düzeltici faaliyetlerin alınması.
<b>Prensipier</b>	1-Müşteri merkezli 2-Liderlik 3-İnsan ilişkileri 4-Süreç yaklaşımı 5-Yönetime yaklaşım sistemleri 6-Sürekli gelişme	1- Ortak yönetim sistem prensiplerinin ISO 9000 ile paylaşılması	1-Firmaların ILO anlaşması, Birleşmiş Milletler Anlaşmaları ve Uluslararası insan hakları uygulamaları.

	7-Gerçeklere dayanan kararlar 8-Karşılıklı tedarikçiler ile ilişkiler		2-Kapsamlar 3-Temel prosesler üzerine yönetim.
--	--	--	---

Tüm dünyada kabul edilebilirliği yüksek olan ISO 9000 ve çevresel anlamda önemli bir standart olan ISO 14000 standartları ile SA 8000 standardının genel olarak karşılaştırılması açıklamalar, anahtar kavramlar ve prensipler noktasında gerçekleşmiştir. ISO 9000'e bakıldığında bir işletmede yer alan üretimden tüketiciye sunuma değin birçok aşamayla ilgili kaliteye ilişkin unsurların gösterildiği gözlemlenmiştir. ISO 14000 ise daha çok çevre üzerine genel prensipleri içermiştir. Her iki kalite standardının da bir işletme için önem arz ettiğini söylemekle birlikte ISO 9000'in genel anlamda işletme faaliyetlerini kapsadığı ancak özele inmediği aşıkardır. Örneğin; müşteri merkezlik prensibini benimserken aslında müşteri merkezli olmanın altında yatan unsurlar kısmen göz ardı edilmiştir. ISO 14000 ise işletme-çevre ilişkisine yönelik geliştirilmiştir. SA 8000 ise bu iki standart içerisinde işletme-müşteri ilişkilerini genel ve özel skalada ele almadan, dünyanın bugün mücadele ettiği sorunları ana merkeze yerleştiren bir kalite standardı olmuştur.

SA 8000 standardının diğer kalite standartlarıyla kıyaslandığında çok daha gündeme ilişkin, sorunlara yönelik, çözüm arayıcı ve kalitenin arka planıyla ilgilenen, kaliteyi oluşturan unsurları temelden inceleyen ve düzenlenmesini sağlayan bir çerçevede geliştiği söylenebilmektedir. SA 8000'in temel hedefinde diğer kalite standartlarının ötesinde etik ilkeler bulunmaktadır. Nitekim 21.yüzyılda çalışma yaşamında en fazla problem iş sağlığı ve güvenliği, yönetim ve çalışma hayatının sağlıklı, güvenli ve disiplinli olmasıyla ilişkilidir. SA 8000 çerçevesinde ele alınan maddelerin de etik ilkeler içermesi, çalışma hayatında üretimden pazarlamaya değin giden süreçte bu ilkelerin eksik kaldığını, SA 8000'in bu eksikliği giderme ve kaliteye bir bütün olarak bakma ilkesiyle ilgilidir.

### **2.2.7.SA 8000 Kapsamında Türkiye'deki Mevcut Durum**

1997 yılında CEPAA (Council on Economic Priorities Accreditation Agency) bünyesinde oluşturulmaya başlanan SA 8000 kalite standardı, diğer kalite standartlarına kıyasla etik ilkeleriyle ön plana çıkmış ve uygulanmaya başlanmıştır.

Gönüllülük esasına bağlı olarak şirketlerin yerine getireceği çocuk işçi çalıştırma, zorla çalıştırma gibi konularıyla birlikte birçok konuyu da içine alan ve global ölçekte kalite anlayışını geliştiren bu standart, Türkiye için oldukça yenidir. Türkiye’de henüz SA 8000 belgesi almış firma sayısı altıdır. Bu firmalar; Marshall Boya, Beko, Alarko Carrier, Topkapı İplik, Socotab Tütün, Yeşim Tekstil'dir.

SA 8000 Belgelendirme süreci koordinasyon, faaliyet, analiz ve aralıklı kontrol süreçlerinden meydana gelmektedir. Belge üç seneliktir ve üç senenin sonunda yenilenmesi tekrar başvuru ile başlayacak süreçler sonucunda mümkün olmaktadır. Türkiye’de bu belgeye sahip firmalar olan altı firmaya göz gezdirildiğinde bu firmaların köklü bir geçmişi olduğu görülür. Örneğin; Marshall Boya firması 1954 senesinde Akzonobel firması bünyesinde kurulmuştur. Tablo 10’da firmalara ilişkin detaylı bilgiler yer almaktadır.

Tablo 10. Türkiye’de SA 8000 Kapsamında Yer Alan Firmalar

<b>Firma</b>	<b>Hakkında Bilgi</b>
Marshall Boya	Akzonobel firması tarafından 1954 senesinde kurulmuş bir firmadır. Akzonobel genel merkezi, Amsterdam Hollanda’da bulunan AkzoNobel, Global Fortune 500 Şirketleri arasında yer alan ir yapılanmadır.
Beko	Bejerano'nun ve Koç'un ilk iki harflerinin birleşmesiyle Beko olarak kurulan firma 1954 senesinde resmi olarak kurulmuştur. 1983 senesinde ticaret bünyesinden sıyrılarak doğrudan Beyaz Eşya üretimine geçmiştir.
Alarko Carrier	1954 yılında İshak Alaton ve Üzeyir Garih tarafından 20.000 TL sermayeli bir kolektif şirket olarak kurulan Alarko, 1992 senesinden bu yana borsaya açıktır.
Topkapı İplik	1950’lerde genel müdürlüğü İstanbul’da kurulmuştur.
Socotab Tütün	1988 senesinde İzmir merkezli kurulmuştur.
Yeşim Tekstil	Kuruluş hikayesi 1949 senesine dayanan, günümüzde Hollanda, Fransa ve İngiltere gibi ülkelere ihracat yapan bir tekstil firmasıdır.

Tablodaki bilgilere bakıldığında da görüleceği üzere altı firma da kökeni yarım aşırı dayanan firmalar olup, bünyesinde birçok işçi çalıştırmaktadır. SA 8000 belgesi alan her firmanın oldukça eski bir yapılanmaya sahip olması gerektiği söylenemez; ancak eski ve köklü firmaların hem sektör tecrübesi, hem müşteri potansiyelini koruma ve artırma arzusuyla yola çıkmalarının SA 8000 belgesi kazanmalarında etkisi olduğu da aşikârdır.

### 2.2.8.SA 8000 Kapsamında Dünyadaki Mevcut Durum

SA 8000 belgesi tüm dünyada etik çalışma ilkelerini benimseyen şirketleri ödüllendiren ve kaliteli çalışma biçimlerini onaylayan bir belgedir. Bu belge, dünyada ALGI, BSI, BVQI gibi önemli kurumlarca verilmektedir ve önemli bir belgelendirme sürecinden geçilerek alınmaktadır. Üretimden hizmet sunumunun her aşamasına kadar süreçleri inceleyen, ele alan ve tasdik eden aşamalardan sonra dünyada müşteri memnuniyetinin etik yönünün de önem kazanması, en önemlisi bilinçli müşteri portföyü oluşması sebebiyle her geçen gün SA 8000 belgesi almak adına başvuran firma sayısı da artmaktadır. Tablo 11’de SA 8000 belgesi alan dünyadaki firmaların ülke bazında gösterimi sunulmuştur.

Tablo 11. Ülkeler Bazında SA 8000 Belgeli Firma Sayısı (Kaynak: Maç ve Çalış, 2012, s. 3).

Ülke	Firma Sayısı	Ülke	Firma Sayısı
İtalya	395	Türkiye	6
Hindistan	141	Arjantin	5
Çin	129	Yunanistan	5
Brezilya	99	Kore	5
Diğer	77	Belçika	4
Pakistan	53	Bolivya	4
Vietnam	30	Fransa	4
Tayland	21	Hong Kong	4
İspanya	15	Romanya	4
Sri Lanka	8	İngiltere	4
Tayvan	8	Portekiz	3
Endonezya	7	Bangladeş	2
Polonya	7	Kosta Rica	2
İsviçre	7	Çek Cumhuriyeti	2
İsrail	6	Japonya	2

Filipinler	6	Malezya	2
		Mauritius	2

Tablo 11'e bakıldığında dünyada en fazla sayıda SA 8000 belgesine sahip ülkenin 395 firma ile İtalya olduğu görülmektedir. Ardından Hindistan, Çin ve Brezilya gelmektedir. Uzakdoğu ülkelerinin dış ticarete önem vermesiyle birlikte Çin ve Hindistan'ın ön plana çıktığı aşikârdır. Listede düşük sayıdaki ülkeler ise Bangladeş, Kosta Rica, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Malezya, Mauritius gibi ülkelerdir. Bu ülkelerin tek bir ortak noktası bulunmamaktadır. Örneğin; Bangladeş gibi bir ülkenin ekonomik durumu etken sebep olurken, Japonya içinse aynı husus geçerli değildir.



## **BÖLÜM 3: HASTA GÜVENLİĞİ VE SA 8000 STANDARDI İLİŞKİSİNE YÖNELİK LİTERATÜR**

### ***3.1.Hasta Güvenliği***

Güvenlik, sosyal ve ekonomik gelişmenin bir göstergesi olan, aynı zamanda Maslow'un ihtiyaç hiyerarşileri içerisinde de yer alarak insanın en temel gereksinimlerinden biri olduğu açıkça belli olan bir kavramdır. İnsanoğlu dünyaya geldiği ilk andan itibaren toplum içerisinde yaşamanın da bir gereği olarak güvenlik ihtiyacı hissetmiştir. Güvenliğin salt insanın kendisini konforda hissetmesi duygusu olmanın dışında, aynı zamanda insanı koruyan ve ileriye taşıyan bir kavram olduğu da aşikârdır (Güven, 2007, s. 141).

Yaşamın her alanında oldukça önemli olan güvenlik hususu, insanların sağlıklı bir yaşam sürmesi adına oldukça önemlidir. İnsan yaşamında çevresel, bireysel ve diğer faktörlerden kaynaklı olarak gerçekleşen güvelik zafiyeti sağlığı tehlikeye atabilmektedir. İnsanların bilhassa aldıkları ürün ve hizmetlerden ötürü gerçekleşebilecek olan güvenlik hususları yaşam kalitesini etkilemekte, aynı zamanda ürün ve hizmetlere ötürü kaliteyi düşürmekte ve amacına ulaşmamaktadır (Gödelek, 2007, s. 115).

Sağlık hizmetlerinin sunumu her geçen gün daha da karmaşık hale gelmekte ve sürekli değişen yapılanmalar ile oldukça zor, anlaşılması güç haller almaktadır. İnsan sağlığını doğrudan ilgilendiren bir alan olması sebebiyle karmaşıklaşan bu hizmetler sağlık hizmeti kapsamında ciddi sorumluluklar doğurmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmenin ve sunabilmenin karmaşıklaştığı bu küresel süreçte hasta güvenliği oldukça önemli bir kavram haline gelmiştir.

Hasta güvenliği, bir sağlık kurumunun hastalarına verdiği değerle orantılı olarak sağlık hizmetlerinin her aşamasında olması gereken şartların sağlanmasını ve hastanın sağlık durumunu tehdit edici tıbbi, cerrahi vb. hataların meydana gelmesini önlemeyi ifade etmektedir. Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin öznesi olan hastaya yönelik risk öncesi durumlarda riskin azaltılmasını, iyileştirme hizmetlerinin sunulmasını, hastanın tedavi sürecinde sunulan hizmetle sağlığının daha iyiye gitmesini amaçlayan hizmet politikasının tamamını kapsamaktadır.



Hasta güvenliği, örgüt kültürünü yansıtan bir kavramdır. Aynı amaç etrafında bir araya gelen kişilerin oluşturdukları örgüt yapılanmasının amaç, maddi ve manevi değerleriyle benimsediği politikalar örgüt kültürünü oluşturmaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliği konusu örgüt kültürünü yansıtan, bir örgütün çalışma politikasını gözler önüne seren anahtar kavram olmaktadır. Hastalar birer insan olmakla birlikte, aynı zamanda hastanelere ve sağlık kuruluşlarına başvuran ve hizmet almak isteyen bireylerdir. Bu yönüyle bakıldığında hastalar aynı zamanda “tüketici”diler. Tüketici olarak hastanın hizmet aldığı kurumdan beklentisi en iyi düzeyde kendisine hizmet sunulması ve hizmet kalitesinin yüksek olmasıdır. Hizmet kalitesinin derecesini belirleyen unsurlardan biri de hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Sağlık örgütlerinde hasta güvenliğinin sağlanması örgüt kültürüyle ilişkili olup hasta güvenliği kültürünün her sağlık kurumunda bulunması ve geliştirilmesi adına çalışmalar yapılmalıdır. bu çalışmalar kapsamında sadece yazılı kurallar olmamalı, aynı zamanda sözlü olarak kabul edilen, örgüt çalışanlarının yüksek düzeyde kabullendiği olumlu davranış kalıpları da olmalıdır. Dolayısıyla hasta güvenliği kültürü bir “yasa” kapsamı olmaktan çok, inanmışlık ve adanmışlıkla mesleğini gerçekleştirme bilinci taşımaktadır.

Örgütlerde hasta güvenliğinin sağlanması noktasında kavramın tüm örgüt bireylerince kabul edilmesi, üzerine uzlaşılması, örgütün bütün kademelerindeki kişilerin katılımı, organizasyonda yeterli önlemlerin alınması gibi örgüt üyelerinin hepsini ilgilendiren bir kültür ortamı olmalıdır. Dolayısıyla hasta güvenliğinden bahsedildiğinde bir sağlık kuruluşundaki her bireyin bu kültür ortamına katılımının olması, gönüllülük ve adanmışlıkla çalışması kavramın uygulanması noktasında oldukça önemlidir.

İnsanlar yaşamları boyunca birçok risk ile karşı karşıya kalabilirler. Bu riskleri aşma noktasında farkındalığı olmak, yeterli donanıma sahip olmak, ölçülebilir ve analiz edebilir yetilerde olmak ve risk öncesi – sonrasında yapılacaklara ilişkin bilgilere sahip olmak oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinde sorunun büyümesi adına atılacak adımlar, geliştirilecek stratejilerle hasta güvenliğini sağlamak domino taşı etkisi gibi hizmetlerin devamında da başarılı olmasını sağlayacak en sağlıklı yöntemler arasındadır.

### **3.1.1.Hasta Güvenliği Kavramı ve Kapsamı**

Son yıllarda sağlık hizmetleri açısından önemli bir kavram haline gelen “hasta güvenliği”, sağlık hizmetlerinin öznesi olan hastaların nitelikli hizmet alabilmesi adına önemli olan ve hastaya ilişkin tedavi süreçlerinin memnuniyet sunmasını sağlayan bir kavramdır. Hasta güvenliğine ilişkin çok çeşitli perspektiflerden tanımlar yapılabilmektedir. Yapılan bu tanımlamaların odağında yer alan hastanın, sağlık hizmetleri öncesinde oluşabilecek risklerinin saptanması, kişiye yönelik iyileştirme faaliyetlerinin yapılması, tehlikelerin önüne geçilmesi noktasındaki her türlü çalışma hasta güvenliğini tanımlamaktadır.

Çalışma sistemi insan sağlığı üzerine olan sağlık hizmetlerinde hastaları iyileştirmek, bu süreçte yapılacak tedavi yöntemlerinde başarı elde etmek amaçlanmaktadır. Kurumların birincil ve en değerli amacı bu şekilde ilerlerken yapılan tıbbi hatalardan ders almak, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve daha fazla hasta memnuniyeti elde etmektir. Hasta güvenliği bu çerçevede tanımlandığında sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan personellerin olabildiğince az hata yapması, kurum amaçlarına riayet ederek çalışması, oluşacak hata ve yanlış durumlara acilen önlem alması ve hastanın menfaatine çalışması “hasta güvenliği” kapsamına girmektedir.

NPSA (Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı -National Patient Safety Agency) hasta güvenliği kavramını tanımlarken hastanın tedavi sürecinde oluşabilecek risklerin ortadan kaldırılması veya daha aza indirilmesi yönündeki çalışmalar olarak tanım yapmaktadır. Daha çok uzmanlık alanlarına yönelik tanımlama getiren NPSA, Hasta güvenliği konusunda birinci dereceden sağlık personellerini sorumlu tutmaktadır. Genelinde de sağlık kurumlarının sorumluluğunda olan bu kavram, sağlık alanındaki hizmetlerin geliştirilebilmesiyle anlamını kazanacaktır (National Patient Safety Agency-NPSA, 2018).

### **3.1.2.Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi**

Küreselleşmeyle birlikte tüketici görüş ve beklentileri çerçevesinde hasta güvenliğine yönelik çalışmalar artsa da aslında hasta güvenliğinin geçmişi 20.yüzyılın ortalarındaki çalışmalarla birlikte sistemli şekilde başlamıştır. 1955 senesinde Ernest Codman “hasta güvenliği” konusunda ilk çalışmaları yapmış ve

hasta çıktılarını inceleyerek hastaların hastaneden beklentilerini ve ortaya çıkan sonucu karşılaştırmıştır. Codman'ın bu ilk çalışmasının ardından kavram üzerine düşünölmeye başlanmış ve sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin önemi üzerine çalışmalara devam edilmiştir (Korkmaz, 2018, s. 12)

Hasta güvenliğine ilişkin 1984 senesinde Anestezi Hasta Güvenliğı Vakfı (Anesthesia Patient Safety Foundation) New York'ta bir kurum kurmuş ve tıp uygulamalarında hasta güvenliğinin önemini ölçecek çalışmalara imza atmıştır. 1990'lı yıllarla birlikte çalışmalar dünya çapında konferansların yapılması ve kavramın duyurulmasına yönelik çalışmalarla birlikte artmıştır. 1995 senesinde - Birinci Annenberg Hasta Güvenliğı Konferansı düzenlenmiştir. Ardından 1996 senesiyle birlikte hasta güvenliğı hem akademik çalışmalarda hem de hükümet programlarında üzerine değinilen konular arasında yerini almaya başlamıştır (Korkmaz, 2018, s. 13).

2000'li yıllar hasta güvenliğinin kurulan vakıf ve ajanslarla birlikte toplumda bilincinin oluşturulduğı ve geliştirilen bir kavram olmasının başlangıcını sağlayan yıllardır. Günümüzde bu çalışmalar çok daha fazla ilerlemiştir ve kurumların kalitesini ortaya çıkaran bir kriter olarak belirlenmektedir. Özellikle kalite standartlarının geliştirilmesiyle birlikte bir sağlık kuruluşunun kalite çerçevesinde değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin de değerlendirilmesini içermiş; hasta güvenliğı kalite standartlarında önemli bir kriter olarak yer almıştır. Birinci derecede hasta mahremini ön plana alan bu kavram, günümüzde oldukça benimsenen ve sağlık kuruluşlarına yönelik kalite olgusunu içine alan bir kavram olarak literatürdeki yerini almıştır.

### ***3.1.3.Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliğı Kültürü***

Hasta güvenliğı kültürü, sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık ve güvenlik adına yapılan çalışmaların yetkinliğini, önemsenmesini ve bu çalışmaların kapsamını belirleyen, birey ve gruba ait değerlerin korunmasını sağlayan ve bireyin aldığı hizmetten memnun ayrılmasının önünü açan bir kurum kültürü olarak tanımlanabilir. Hasta güvenliğinde amaç; hastayı ve hasta yakınlarını korumaktır. Sağlık kuruluşları da bu amacı yerine getirmek için örgüt bünyesinde bir kültür geliştirirler. Bu kültürün bireyin ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırıcı yönü de bilhassa göz önüne alınarak kurum kültürü oluşturulmaktadır (Rızalar, 2016, s. 10).

Sağlık kuruluşlarında oluşan kurum kültürünün temel amacı müşteri kitlesi olan hastaya kaliteli bir hizmet sunmaktır. Bu kalite sürecinde temel amaç hastayı iyi etmek ve hastalık hususunu ortadan kaldırmak olmakla birlikte, bu sürecin tek başına gerçekleşmediği ve gerçekleşmeyeceği de bilinmektedir. Sağlık kuruluşlarında verilen hizmet bir bütündür. Bu bütün içerisinde hastaya sunulan hizmetin her yönü bulunmaktadır. Son yıllarda gerek kurumlarda gerekse akademik araştırmalarda ön plana çıkan husus ise hasta güvenliğinin kurumdaki etkinliği üzerinedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 20 Nisan 2018 senesinde yapmış olduğu değerlendirmede dünyada her yıl tahmini olarak 421 milyon hasta yatışının olduğu, her 10 hastadan 1'inin ise hasta güvenliği sebebiyle olumsuz olaylara maruz kaldığı açıklanmıştır. Bu olumsuz olaylar hastaya yanlış ilaç verilmesinden başlayarak hasta güvenliğinin teknolojik şekilde kayda alınmamasına kadar birçok perspektifte gerçekleşmektedir. Sağlık personelleri ve sunulan hizmetin doğru şekilde yapılmamasından kaynaklı olarak hastanın yeterli verim alamaması ve hizmetten memnun kalmaması, sağlık hizmetlerine duyulan güveni de sarsmaktadır. Bundan da ötesi sağlık hizmetlerinin yeterli kalitede olmaması sebebiyle hastaların ölümüne değin giden zincirleme bir süreç başlamaktadır (Uysal, 2019, s. 19-21).

ABD'de 2000 yılında Institute of Medicine'in yaptığı araştırmaya göre hastanelerde her sene 98.000 hasta tıbbi hatalar yüzünden yaşamını yitirmektedir. Azımsanmayacak bu oranla birlikte çoğu hastanın tedavi aşamasındaki hatalardan kaynaklı olarak sorun yaşaması sağlık sektöründe güvenlik kültürünün eksik olması durumunun ne gibi zararlara neden olduğunu göstermektedir. Aynı enstitünün 2003 yılında hazırladığı raporda ise bilhassa medikasyon yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığının en riskli grup arasında yer aldığı, hastanelerin bilhassa bu üç grup üzerinden gerekli önlemleri alması gerektiği belirtilmiştir (Bulun, 2007).

National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı) hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerinde yer alan hastaya dair yapılan uygulamalarda hata riskini azaltma olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla bir hastanenin temel amacı hastanın güvenliğini sağlamak, hastaya yapılacak her türlü müdahalenin sağlık standartlarına uygun şekilde yerine getirilmesini olanaklı kılmaktır. Vakıf, belirttiği bu tanımla birlikte her kuruma hasta varlığını en değerli mesuliyet kılmakta ve kurumların bu kültürle birlikte çalışma disiplininde olmaları gerektiğini imajını yüklemektedir.

Sağlık kuruluşlarının kalitesini ele alan ve düzenleyen, sağlık kuruluşlarına yönelik geliştirilen en önemli hasta memnuniyeti kavramı olan *hasta güvenliği*, bir sağlık kuruluşunun olmazsa olmazları arasındadır. Sağlıklı bir hasta güvenliği kültürü oluşturmak için göz önüne alınması gereken çeşitli ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

- Risk oranı yüksek hata ve durumları saptamak
- Tıbbi hataları belirlemek ve bu hataları belirlemek adına görevli bir departman veya ekip kurmak
- Zamanında ve israfı önleyerek verimli bir ortam oluşturmak
- Sağlık hizmetlerinde özellikle bilgisayar teknolojilerinde son gelişmeleri takip etmek ve bu gelişmeler ışığında hata olabilecek durumları göz önüne alarak kayıtlar oluşturmak
- Başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin gerekli bilgilere çabuk erişim sağlamasını sağlamak
- Bilgisayar destekli programları tedavi sürecinde kullanmak
- Bilgisayar destekli ilaç barkod programları kullanmak
- İntravenöz ilaç karışımlarını eczane ortamında hazırlamak
- İlaçların risk seviyesini göz önüne almak ve yüksek riskli ilaçlar için özel protokoller hazırlamak
- Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak
- Standart tedavi işlemleri uygulamak
- Hasta güvenliğine ilişkin standart ceza sistemi geliştirmek
- İşbirliği ve ortak çözüm yollarıyla yüksek riskli durumları çözüme kavuşturmak
- Hasta ve hasta yakınlarını yüksek riskli durumlar karşısında bilinçlendirmek ve onlara bilgi vermek
- Sağlık hizmetleri alanında kamuoyunu bilinçlendirmek
- Okullarda genel sağlık hizmetine yönelik programlar oluşturulmasını sağlamak
- Tıp eğitiminde kaliteyi yükseltmek
- Hekimler ve diğer sağlık personelleri için tıp hizmetinin kalitesini artırıcı çalışmalar yapmak

- Hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin bilgi ve becerisini geliştirici yönde politikalar sunmak
- Halkı defansif tıp hizmetlerine yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapmak
- Önceden tespit edilemeyen her türlü duruma karşı halkı uyarmak ve bu durumları izah edici şekilde açıklamak
- Tıbbi zarar görmüş bireyleri hak mücadeleleri konusunda bilinçlendirmek

Hasta güvenliği kültürü oluşturmak bir sağlık kurumunun en temel amaçları arasında olmalıdır. Bugün bu amacı gerçekleştirirken, sağlık kurumlarında yöneticilerden en alt kademede çalışanlara kadar herkes durumdan sorumlu olarak nitelendirilmektedir. Hasta güvenliği sağlık personellerini doğrudan ilgilendiren bir konu olduğu için bu konu üzerinde herkese kıyasla sağlık personellerinin çok daha bilinçli ve profesyonel davranmaları beklenir. Sağlık hizmetlerinin sunumunun her aşamasında hasta ile doğrudan iletişim kuran ve ilgilenen hemşire, hekim ve diğer sağlık görevlileri birincil derecede hasta güvenliğinden sorumlu kişilerdir. Her şeyden evvel aldıkları eğitimden sonra mesleğe geçiş yapmaları bu sorumluluk bilincinin de kişilerde oluşması için önemli bir basamaktır. Yıldız ve arkadaşları (2012) hazırladıkları çalışmada mezuniyetin ve sağlık personeli olarak çalışmanın hasta güvenliği bilinci üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünde yapılan çalışmada yüksek okul son sınıf öğrencileri ile çalışan yeni mezun öğrenciler üzerinde araştırma yapılmış, araştırma sonucunda mesleğe yeni başlayan mezunların henüz okuyanlara göre çok daha bilinçli davrandıkları sonucuna ulaşılmıştır (Yıldız et al. 2012). Bunun yanında hasta güvenliği kültürü konusunda sadece sağlık çalışanlarının değil, toplumun da bilinçli olması gerektiği düşünülmeli ve bu düşünce tarzıyla hareket edilmelidir. Sağlığa ve hasta haklarına yönelik bu bilinçli yaklaşım, ancak hasta güvenliği kültürünün hem örgütler hem de ülke içerisinde benimsenmesini sağlayacaktır.

#### ***3.1.4.Hasta Güvenliği Yaklaşımları***

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastanın maruz kalacağı riskleri önleme ve sağlık hizmetlerinin etik ve olması gerektiği gibi yürütülmesini sağlayıcı hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin nihai amacı hastaya zarar vermek değil, onu tedavi etmektir. Bu tedavi sürecini riske atacak herhangi bir durumun önlenmesi de hasta güvenliği kapsamına girmektedir.

Tablo 12’de sağlık bakımı yaklaşımı yer almaktadır. Sağlık sürecini içeren bu yaklaşımda mevcut durum ve yeni, olması gereken yaklaşım türü gösterilmiştir.

Tablo 12. Sağlık Bakımı Yaklaşımı (Kaynak: Korkmaz, 2018, s. 13)

Mevcut Yaklaşım	Yeni Yaklaşım
Bireyin sorumluluğu	Sistem sorumluluğu
Bilgi	Bilgi birikimi
Gizlilik	Şeffaflık
Sistem gerekliliği	Gerekliliklerin tahmini
Profesyonel yaklaşım	Kanıt dayalı karar

Hasta güvenliği 2000’li yıllarla birlikte teknolojinin gelişmesi ve güvenlik imkanlarının da artmasıyla birlikte literatürde önemi artan bir kavram haline gelmiştir. Kavrama ilişkin geleneksel bakış açısında bireyin kendisi sorumlu tutulurken, günümüzde hasta güvenliği bireyle birlikte sistemin kendisini de sorumlu tutmaktadır. Sağlık bakımında yeni ve güncel olan bu tutum, hasta güvenliği sürecini de desteklemekte, günümüz koşullarına adapte ederek sunumunu sağlamaktadır.

Hasta güvenliği açısından sistemlerin iyileştirilmesine yönelik iki yaklaşım vardır: önleyici (proaktif) yaklaşım ve düzenleyici (reaktif) yaklaşım. Bu sınıflandırma hasta güvenliğini tehlikeye atacak durumun gerçekleşme zamanına göre risk ve tehlikenin önlenmesi veya düzeltilmesine yönelik çalışmaları içermektedir. Bu iki yaklaşım, hasta güvenliğini zaman çerçevesinde ele almakta, hasta güvenliğinin sağlanması adına önleyici ve düzenleyici süreçleri içererek, hasta güvenliğinin sağlanmasını ve sağlanamaması halinde mevcut durumun profesyonel şekilde düzenlenmesini içermektedir.

#### **3.1.4.1.Önleyici Yaklaşım**

Sağlık hizmetlerinde hastaya yönelik her türlü tedavi aşamasında oluşabilecek risk ve hataların önlenmesine yönelik benimsenen bir anlayış vardır. Hastanın tedavi olması adına aldığı hizmetin kalitesini gösteren bu anlayış tedavi sürecinin başarılı ilerlemesini sağladığı gibi, aynı zamanda da yüksek riskli süreçlere odaklanarak hastanın tedavisi sonrasında da oluşabilecek durumlara karşı tedbir alıcı bir politika takınır (Ardahan ve Alp, 2015, s. 86).

Sağlık kuruluşlarında yer alan önleyici yaklaşıma yönelik çalışmalar; kuruluştta daha önceden karşılaşılan hatalardan yola çıkarak alınan önlemler ve literatürde yer edinen yüksek riskli durumlar üzerine kurgulanarak oluşturulur. Aynı zamanda diğer sağlık kuruluşlarında karşılaşılan durumlar da bu süreçte önemli şekilde yer edinmektedir.

#### **3.1.4.2.Düzeltilici Yaklaşım**

Sağlık hizmetlerinde hastanın hata ve tehlike ile karşılaşp zararının ortaya çıkmasıyla birlikte oluşan düzenleyici yaklaşım, hastanın zararını düzenleme amacındadır. Hastanın zarara uğrama olasılığının önceden hesaplanmasında KNA (Kök –neden analizi) kullanılabilir. Bu analiz; ilgili duruma neden olan olayın derinlemesine araştırılması ve devamında aynı durumun bir başka hastada görülmemesi adına alınacak önlemleri de içermektedir (Ardahan ve Alp, 2015, s. 86)

Düzeltilici yaklaşımda; hastanın öncelikle oluşan zararı incelenir ve tespit edilir. Ardından gelecekte aynı durumun yaşanıp yaşanmayacağına dair noktalar belirlenir. Bir pilot uygulama yapılır ve durumun düzeltilici yanları araştırılarak sonuç üzerine yoğunlaşılır. Hizmet kalitesi açısından sonucun düzeltilmesi oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerindeki geleneksel yaklaşımda önleyici tedbirlere ilişkin geliştirilen yaklaşımlar oldukça düşüktür. Düzeltilici tedbirler ise geleneksel bakış açısı ve sağlık sistemlerinin vermiş olduğu imkanlara bağlı olarak şekillenmektedir. Tablo13’de hatalara yaklaşım şekilleri gösterilmiştir.

Tablo 13. Hatalara Yaklaşım Şekilleri (Kaynak: Korkmaz, 2018, s. 13)

<b>Geleneksel Kişi Yaklaşımı</b>	<b>Sistem Yaklaşımı</b>
Oluşabilecek hataları önlemede başarılı değildir.	Eğer farklı sonuçlar isteniyorsa tüm sistemlerin sorgulanması gerekmektedir.
Bu yöntem kullanıldığında sadece kişi üzerinde durulup sistem sorgulanmadığından hata tekrar edebilir.	Doğru sonuçlar sistemde yapılacak değişikliklerle mümkündür

Geleneksel kişi yaklaşımında düzenleyici çalışma kapsamına oluşabilecek hataların önlenmesinde başarılı sonuçlar elde edilememiş, daha çok kişilerden yola çıkarak



çalışmalar yapılmıştır. Oysa sistemsel yaklaşımla birlikte akıllı cihazların da kullanılması kurum içerisindeki hasta güvenliği kültürünün sorgulanmasını olanaklı kılmış, düzeltici yaklaşım üzerinde rasyonel şekilde kafa yorulmasını ve hasta güvenliğini tehdit eden durumların düzenlenmesini sağlamayı hedeflemiştir.

### **3.1.5.Hasta Güvenliğinin Hedefleri**

Hasta güvenliğinin amaçlarından bakıldığında öncelikle hastanın bir insan olarak değerlendirmesi, ardından bir tüketici olarak değerlendirilmesi gereklidir. Bir insan olarak hasta, sağlık sorunu yaşayan kişi konumundadır ve aldığı sağlık hizmetinin sonucunda kişisel sağlığının daha iyiye gitmesi hedeflenmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği öncelikle bireyin kişisel sağlığını ilgilendiren etik bir kavramdır. İkinci hususta ise sağlık hizmeti alan kişi herhangi bir alanda hizmet alan tüketici ile aynı konumdadır. Alınan hizmetin karşılığı olarak müşteri memnuniyeti önemsenmesi halinde hastanın memnuniyetini ölçecek en önemli kavramlardan biri de hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği ne kadar üst düzeyde olursa hasta için müşteri memnuniyeti de ilgili sağlık kuruluşuna karşı o kadar yüksek düzeyde olacaktır.

Hasta güvenliğinin amaçları çok kapsamlıdır. Genel bir değerlendirme yapıldığında öncelik hastanın bir hastaneden beklentileri, ardından bir hastanede olması gerekenler bütün olarak değerlendirildiğinde ancak hasta güvenliğinin amaçları kapsamlı bir şekilde oluşturulabilir. Sayek'e (2011) göre hasta güvenliği öncelikle temel sağlık hizmetlerinin sağlanması, bunlar sağlanırken gerekli hijyen ve güvenlik önlemlerinin alınması, tedavi sürecinde olması gerekenlerin yapılması, sağlık hizmeti veren takımın sağlıklı ve yerinde iletişim kurması, hastalığın engellenmesine yönelik girişimlerin gerçekleştirilmesi bu kapsama girmektedir (Sayek, 2011, s. 34). Yetkinoğlu (2009) hasta güvenliğinin amaçlarını şu şekilde sıralamıştır:

- Hasta bireyin kimlik bilgilerinin doğrulanması
- Hastaya karşı hizmet veren sağlık personelinin sağlıklı iletişim kurması
- Tedavi sürecindeki ilaçların güvenli bir şekilde oluşturulması ve kullanılmasının sağlanması
- Yanlış hasta tedavi durumlarının olmaması
- İnfüzyon pompalarının kullanım güvenliğinin artırılması
- Klinik alarm sistemlerinin aktive edilmesi

- Enfeksiyon riski oranlarının düşürülmesi
- İlaçların doğru ve zamanında kullanımının sağlanması
- Hastanın sağlık hizmeti almasıyla durumunun daha kötüye gitmesine önlenmesi

Yetkinöglü'nun (2009) ele aldığı amaçlara bakıldığında bir hastanede olması gereken, hastayı ve sağlık hizmetini etkileyecek her türlü husus belirtilmiş ve güvenlik kapsamına dahil edilmiştir (Yetkinöglü, 2009, s. 41). Bu çerçevede yorumlandığında hasta güvenliğinin hedefleri üç ana hedef grubu üzerinden değerlendirilebilir. Hasta güvenliği temelde hastayı korumayı hedefleyen, hasta ile doğrudan alakalı bir kavram iken, hasta üzerinden sağlık kurumu ve kurum kimliğini, kurumdan yola çıkarak da tüm toplumu hedef kitlesi olarak göz önüne almış bir kavramdır. Bu noktada hasta güvenliğinin temel amacı; güvenlik çalışmaları dahilinde hastayı, sağlık kurum ve kuruluşlarını, aynı zamanda toplumu korumak, sağlık hizmetlerine karşı duyulan güven seviyesini yükseltmek ve toplumda sağlık hizmetlerinin sunumunu daha rasyonel hale getirmektir.

### ***3.1.6.Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar***

Hasta güvenliği; hasta, sağlık kurumu ve hatta toplumu da içine alan bir güvenlik sarmalı oluşturur. Bu güvenlik sarmalında her ne kadar hasta özne konumunda görünse de hasta güvenliğinin yürütülmesi sürecinde sağlık kurum ve kuruluşları hastadan daha fazla sorumluluğa sahip olan yapılanmalar olarak görülmektedir. Bu nedenle hasta güvenliğini tehdit eden hataların birçoğu kurum ve kuruluşların, sağlık çalışanlarının dikkatsizliği sonucu ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızın bu bölümünde hasta güvenliğini tehdit eden hatalar belli başlıklar altında sunulacaktır.

#### ***3.1.6.1.Tıbbi Hatalar***

Hastanelerde, polikliniklerde, eczanelerde ve diğer sağlıkla ilişkili birçok kuruluştta ortaya çıkabilecek tıbbi hatalar hasta güvenliğine karşı büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Tıbbi amaçlar doğrultusunda uygulanan çalışmaların hedefinden sapması ve bir hastalığa yol açabilecek şekilde hastayı ve hasta yaşamını olumsuz etkilemesi durumu, tıbbi hatalar kapsamına girmektedir. Tıbbi hatalar sağlık

hizmetlerinin her evresinde ortaya çıkabilmektedir. Bu hataları beş grupta değerlendirmek mümkündür: (Akalin, 2003, s. 1)

- *Medikasyon Hataları:* Önlenebilir düzeyde olan bu hatalar genellikle hastaya tedavi sırasında verilen ilaçların dozu ve verilmiş şekli ile ilişkili olarak gelişen komplikasyonlar sonucu oluşan hatalardır. Bu hataların %34-56 oranında önlenilme payı bulunmaktadır.
- *Cerrahi Hatalar:* Genellikle yatan hastalara uygulanan cerrahi işlemler sırasında ortaya çıkan hatalardır.
- *Tanı Koymadaki Hatalar:* Hastaya yapılan tanıma işlemi sırasında yetersiz tetkikler sebebiyle oluşmuş tıbbi hatalardır. Genellikle deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde bu hatalara rastlanmaktadır.
- *Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar:* Bunlar sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar veya diğer cihazlarla ilgili çıkan sorunlar sebebiyle oluşmuş hatalardır. Genellikle sağlık kuruluşu sebebiyle de bu hatalar ortaya çıkabilmektedir.
- *Diğer Hatalar:* hastane bünyesinde gelişen dikkatsizlik ve deneyimsizlik sonucu oluşan hatalardır. Yanlış kan transfüzyonu bu hatalara örnek verilebilir.

Hasta güvenliğine yönelik olarak uzak durulması gereken en önemli hatalar arasında yer alan tıbbi hatalar, hastaya yönelik yanlış tedavinin uygulanmasına sebep olacağı gibi, hastanın uzun vadede sağlığını yitirmesine de neden olabilmektedir. Eroğlu (2011) hasta güvenliği nedeniyle yapılan tüm çalışmaların öncelik tıbbi bilgi gerektiren kişilerce yapılması gerektiğini söylemektedir. Bu nedenle tıbbi bir yanlışlığa mahal vermemek için öncelikle ilgili sağlık kuruluşunda uzman kişilerin çalıştırılması gereklidir. Bununla birlikte hastanenin ve diğer sağlık hizmeti kuruluşlarının personellerine güncel bilgi vermesi, hastaların hata halinde sürekli gözetim altında tutulması gerektiğini bilmeleri ve oluşabilecek hataları önleyici şekilde titiz bir çalışma bilinci oluşturulması gereklidir (Eroğlu, 2011, s. 13).

European Commission 2006 senesinde sağlık hizmetlerindeki tıbbi hatalara ilişkin bir araştırma yapmış ve bu araştırma sonucunda tıbbi hataların hastalar üzerinde sağlık hizmetlerine ilişkin güven sarsıcı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Özellikle Avrupa ülkelerinde hastalar bu hatalardan ötürü sağlık

kuruluşlarındaki tedavi süreçlerine temkinli yaklaşmakta, yanlış uygulama alabilecekleri riskine karşı endişe duymaktadırlar. Bu durum kimi hastaların tedavi sürecine hiç başlamamasını, hatta başlayan süreci de devam ettirmemesini de etkilemektedir (European Commission, 2006).

Tıbbi hatalar, hasta ölümlerinde sanılanın aksine oldukça önemli bir kısmı kapsamaktadır. Amerikan CDC 2000 yılında yapmış olduğu araştırmada ölüm nedenlerini açıklamış ve bu ölüm nedenleri arasında tıbbi hatalar beşinci sırayı almıştır. İlgili veriler Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14. Dünyada Ölüm Nedenleri (2000 Yılı Verileriyle) (Kaynak: American CDC, 2000)

Neden	Veri
Kalp Hastalıkları	716 974
Kanser	539 577
Serebrovasküler Hastalıklar	159 791
KOAH	109 029
Tıbbi Hatalar	98 000
Kazalar	95 644
Pnömani	86 449
Diyabet	62 636
İntihar	30 535
Böbrek Hastalıkları	25 331

Amerikan CDC’nin verilerine göre ölüm nedenleri arasında beşinci sırayı alan tıbbi hatalar, tüm dünyada 98 000 kişinin ölmesine sebebiyet vermiştir. Bu oranlar ile kazalar, pnömani, diyabet, intihar gibi ölüm sebeplerini de geride bırakması, tıbbi hataların hasta güvenliğini etkileme düzeyinin oldukça önemli olduğunu da ortaya koymaktadır.

Tıbbi hatalar temelde iki başlık altında değerlendirilebilir. Bunlar *tanı hataları* ve *tedavi hatalarıdır*. Tanı hataları; hastaya tanı koyma sırasında yapılan hatalar olup bunlar kendi içerisinde hastanın muayenesini eksik yapma, yanlış tanı koyma, uygun ve gerekli tetkik yapmama ve tetkiklerin sonuçlarına göre davranmama şeklindedir. Tedavi hataları ise tanı sürecinden sonra geçilen tedavi aşamasında meydana gelen hatalar olup, bu hatalar kendi içerisinde Tedavinin uygulanmasında gecikme, Uygun ve gerekli tedaviyi yapmama, Uygunsuz tedavi yapma, Tedavi sırasında hata yapma, İlacın doz ve verilme yönteminde yanlışlık yapma, Yetersiz ve hatalı tıbbi ekipman kullanma, Yetersiz takip ve bakım, İlaç reaksiyonları, Profilaksi ve Diğer hatalar, Gereken profilaksinin yapılmaması, eksik

veya yanlış yapılması, Yanlış taraf cerrahileri, Transfüzyon hataları, Düşmeler, Cerrahi yaralanmalar, Hastane enfeksiyonları ve İletişim hataları şeklindedir. Tablo 15'te tıbbi hataların derece, kategori ve tanımı kapsamında sınıflandırılmaları yer almaktadır.

Tablo 15. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması (Kaynak: Korkmaz, 2018, s. 13)

Hata Derecesi	Kategori	Tanım
Hata yok, zarar yok	A	Hataya yol açma kapasitesi bulunan olaylar veya durumlar
Hata yok, zarar yok	B	Hata oluşmuş ancak hastaya ulaşmamış
	C	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış ancak zarar vermemiş
	D	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış; hastanın takibi veya zararın önlenmesi için girişim gerekmiş
Hata var, zarar var	E	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşmuş veya girişim gerekmiş
	F	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşturmuş ve hastanın hospitalizasyonu gerekmiş
	G	Hastada kalıcı zarara yol açan bir hata mevcut
	H	Hastanın yaşamının devamı için girişim gerektiren hata mevcut
Hata var, ölüm var	I	Oluşan hata, hastanın ölümüne yol açmış veya katkıda bulunmuş

Tıbbi hataların sınıflandırılması sürecinde en önemli aşama idrak edilmesidir. Ortaya çıkan durumun tıbbi bir hata olup olmadığının algılanması ve *tıbbi hata* adı konulması önemlidir. Ancak tıbbi hata kategorisine alınmasıyla birlikte hataya yönelik düzenleyici bir yaklaşım geliştirilecektir. Tıbbi bir hata ile karşılaşıldığında sorulması gereken sorular şu şekilde sıralanabilir:

- Ne oldu? (olay, zamanı, etkilenenler)
- Niçin oldu? (süreç nasıl işledi, hangi adımlar katkıda bulundu)
- İnsani faktörler neler? d) Ekipman faktörleri neler?
- Kontrol edilebilir çevre faktörleri neler?
- Kontrol edilemeyen çevre faktörleri neler?
- Herhangi başka bir faktör var mı?
- Diğer bölge ve hizmetler etkilendi mi?

Yukarıda sıralanan sorular, tıbbi hataların nedenlerine ilişkin değerlendirme yapılmasını da kolaylaştıracaktır. Bu sorular ışığında tıbbi hataların nedenleri arasında insani faktörlerin yoğunluğu, çevre ve diğer faktörlere ilişkin doğru şekilde değerlendirme yapılabilmesi sağlanacaktır. McNutt ve arkadaşları (2002) tıbbi hataların nedenleri üzerine bir araştırma yapmışlar ve bu nedenleri *insan faktörü*, *kurumsal faktör* ve *teknik faktörler* olmak üzere üç gruba ayırmışlardır. Bu dağılım Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Tıbbi Hataların Nedenleri (Kaynak: McNutt et al. 2002, s. 1)

<b>İnsan Faktörü</b>	Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik.
<b>Kurumsal Faktörler</b>	İş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş, konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı.
<b>Teknik Faktörler</b>	Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği.

McNutt ve arkadaşlarının (2002) neden sıralaması tıbbi hataların fark edilmesinde ve adlandırılmasında önemli bir idrak meselesi ortaya koymaktadır. İnsan faktörü, kurumsal ve teknik faktörler ışığında ortaya çıkan durumun değerlendirilmesi, tıbbi bir kaza veya olumsuz sonuç ortaya koymasıyla birlikte tıbbi hatanın varlığından bahsedilecektir. Akalın (2003) değerlendirmesinde tıbbi hataları beş ayrı grupta ele almıştı. McNutt ve arkadaşları ise nedenlerine bağlı olarak üç ayrı sınıflandırmada bulunmuştu. Kaynakların derlenmesi ve detaylandırılmasıyla tıbbi hatalara ilişkin detaylı bir tablo aşağıda sunulmuştur.

Tablo 17. Tıbbi Hatalar ve Kapsamları (Kaynak: Korkmaz, 2018, s. 33)

<b>İlaç Hataları</b>	Tedavi aşamasında önemli tıbbi hataların başında ilaç hataları gelmektedir. İlaç alımında, dozunda, alışı şeklinde yapılacak bir hata tedavi sürecini yanlış etkileyeceği için doğrudan hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır.
<b>Hasta Düşmeleri</b>	Hastaneye yatan her hastanın fiziksel koşullardaki güvenliği sağlanmalıdır. Hasta düşmeleri fiziksel koşullarda yaşanabilecek güvenlik tehditleri arasındadır. Bu süreçte hastanın izlenmesine önem verilmelidir.
<b>Transfüzyon Güvenliği</b>	Özellikle hemşirelerden kaynaklı bir sorun olan transfüzyon hataları hastanın tedavi aşamasında karşılaşacağı en önemli güvenlik tehditlerindedir. Bu nedenle transfüzyon sürecinin güvenliği tam anlamıyla sağlanmalıdır.
<b>Hastane Enfeksiyonları</b>	Sağlık kuruluşlarının temizliği, yeterli şekilde dezenfekte edilmesi hastanın tedavi sürecinde hastaneden kaynaklı olarak karşılaşacağı güvenlik tehdidini en aza indirmektedir.
<b>İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar</b>	Hasta ile kurulan iletişimin sıklığı, düzenli olması, etkileşimin yüksek seviyede olması sağlık personeli ile hastanın süreci yönetmesini kolaylaştırmakta, aynı zamanda oluşabilecek tıbbi hataları da daha aza indirmektedir.
<b>Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar</b>	Sağlık personellerinin hastayı izlemesi, tanı ve tedavi aşamasında daima hastanın yanında olması, süreci kontrol etmesi önemlidir. Özellikle hastanelerde çalışan sayısı, çalışan-hasta sayısı yeterliliği, iş yükü gibi hususlar kontrol edilmedikçe tıbbi hataların oluşmasına zemin hazırlanmaktadır.
<b>Yanlış ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı ve Cihazlara Bağlı Hatalar</b>	Sağlık hizmetinin sunumunda hastaya uygulanan bir malzemenin veya hastanın kullanacağı bir cihazın temizliğinden, tedavi için uygun olup olmamasına değin her türlü husus hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Bu nedenle sağlık personeli tarafından uygunluk kontrolleri yapılmalı, malzemenin dezenfektanından

	kullanım sırasındaki durumuna, araç ve gereçlerin uygunluğuna kadar her Şey kontrol edilmelidir.
--	--

Yukarıda yer alan tabloyla birlikte tıbbi hataların tanımlanmasına yönelik sorular, tıbbi hataların nedenleri ve bu nedenler ışığında “tıbbi hata” kapsamına alınmasıyla birlikte tıbbi hatalar ve kapsamları gösterilmiştir. Buna göre en kapsamlı Őekilde tıbbi hatalar; ilaç hataları, hasta dűŐmeleri, transfűzyon gűvenliđi, hastane enfeksiyonları, iletiŐim eksikliğinden kaynaklı hatalar, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklı hatalar, yanlış ve uygun olmayan malzeme hataları gibi hem sağlık kurumlarını, hem sağlık çalıŐanlarını hem de hastanın kendisini içine alan hatalar olarak değerlendirilebilir.

### **3.1.6.2.Cerrahi Hatalar**

Cerrahi hatalar; hastane sınırlarında, bilhassa ameliyathane sınırları içerisinde gerçekleŐmesi muhtemel hataları kapsamaktadır. Ameliyathanelerde yapılan cerrahi uygulamalar sırasında sorunlu çalıŐma evresi, cerrahi cihazların yeterli donanımda olmaması, ilgili doktorların kusurlarından tűrű kaynaklanan hatalar hastalıđın seyrini etkileyici dűzeyde olmakla birlikte hayati tehlike taŐıyan hataları da kapsamaktadır. Yapılan araŐtırmalar, hasta gűvenliđine iliŐkin hatalar arasında cerrahi hataların bűyűk bir payının olduđunu göstermiştir. Hughes (2007) cerrahi hataların bilhassa teknolojinin geliŐimi ile birlikte daha çabuk fark edilmeye baŐlandıđını, 2000'li yıllardan sonra özellikle cerrahi hatalarda grűntűleme sistemleri űzerine yapılan çalıŐmalarda hastanın vűcudunun farklı bir bűlűműnde gerçekleŐtirilmiŐ yanlış uygulamaların ortaya çıktıđını ve bu yanlış uygulamalar sebebiyle sakatlanma ve lűmlerin çok fazla gerçekleŐtiđi gerçeđini göstermiştir (Dađdelen 2014, s. 47-48).

### **3.1.6.3.Tanıda Yapılan Hatalar**

Hasta tanı sűrecinde gerçekleŐtirilen hatalar, diđer hata tűrlerine gűre tedavi sűrecine etki eden ve yanlışlıklar zinciri halinde devam ettirilen hatalar olması sebebiyle oldukça önemlidir. Hatalı teŐhis sebebiyle hastaya yazılan yanlış ilaçlar ve diđer tedavi yöntemleri var olan hastalıđın gizlenmesi ile birlikte farklı bir hastalıđa iliŐkin tedavi uygulanması ile de hastanın durumunun daha ktűye gitmesine ve



hastalığın seyrinin değişmesine sebep olabilmektedir. Bu nedenle tanı sürecine özellikle önem verilmeli ve sağlık kurumunda çalışan doktorlar başta olmak üzere diğer tüm personelin tanı sürecine detaylı bir şekilde yönelmeleri, tedavinin seyri açısından ve hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir (Tunçel, 2013, s. 12).

Tanı sürecinde gerçekleştirilen hatalar hastalığın teşhisine yönelik yanlış çalışıldığı gibi, hastalığa tanıma yönelik testlerin hatalı seçilmesi ve gerçekleştirilmesi üzerine yoğunlaşan çalışmaları da kapsamaktadır. Bu süreç hastanın hayati tehlikesini artırdığı gibi, aynı zamanda tedavi sürecini de uzatmakta ve gereksiz bir zaman kaybı oluşturmaktadır. Genellikle tecrübesiz şahıslarca yapılan incelemeler sebebiyle oluşan bu hataların aza indirgenmesi için hastanedeki tanı sürecinin daha detaylı yapılması üzerine yoğunlaşmalıdır.

#### ***3.1.6.4.Tedavi-Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar***

Bir hastalığın iyileştirilmesi sürecine ilişkin en önemli çalışmalar tedavi sürecinde gerçekleştirilmektedir. Tedavi süreci gerek sağlık kuruluşunda yürütülsün, gerekse hastanın kendi evinde yürütülsün her iki yerde de gerekli bakım ve izlemin yapılması, hastanın tedaviye ne denli uyduğunun gözlemlenmesi ve devamında hekim ile gerekli görüşmenin yapılması önemlidir. Tedavi – bakım ve izlem sürecinde birçok hata yapılabilir. Bu hatalar tedavi planına uymama, ilaç hataları, tedavinin yanlış yürütülmesi veya hiç yürütülmemesi gibi hatalar olup, süreçten yeterli verimin alınmasının da önüne geçecek türden hatalardır. Bu bölümde tedavi sürecinde en sık yapılan hatalardan biri olan ilaç hatalarına yer verilecektir.

İlaç hataları, tedavi sürecinde meydana gelen ve hasta güvenliğini olumsuz düzeyde etkileyebilecek hatalar arasında yer almaktadır. Hastaya uygulanan tedavide yanlış tetkikler yapılması ve devamında yanlış ilaçların verilmesi, bununla birlikte doğru ilaçların yanlış şekilde kullanılması durumları hastanın sakat kalmasına, hatta ölüm gibi tehlikeli durumlar yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle tedavi aşamasında geçilmeden hastalığın doğru anlaşılması ve tedavi sürecinde verilen ilaçların dozu ve verilmiş şekline yönelik doğru uygulamaların yapılmasına yönelik dikkat edilmesi gerekmektedir.

İlaç hatalarına genel olarak bakıldığında doktor ve hemşirelerin bu hatalarda çok fazla payı olduğu gözlenmiştir. Özellikle doktorların el yazısından ötürü ilaçların

yanlış okunması, kullanımının net bir şekilde açıklanmaması veya dozunu net bir şekilde belirlenmemesi durumunda hastanın ilaç kullanımında ortaya çıkabilecek yanlışlıklar olması mümkündür. Bu yanlışlıkların oluşma noktasında hemşire hatası da olabilmektedir. Hemşirelerin ilaçlara yönelik pratiklerinin olması, profesyonel şekilde ilaç verme üzerinde bilgi sahibi olmaları, şahsın durumu incelemeleri ve ilaç kullanımına bu şekilde yönelmeleri önemlidir. Bu nedenle doğru ilaç, doğru hasta, doğru miktar ve doğru yöntem kurallarına uymak ilaçlardan kaynaklı hataların önüne geçecektir (Tuncel, 2013, s. 10).

Tablo 18’de hekimlerin ilaç yazımında dikkat etmesi gereken hususlar sıralanmıştır.

Tablo 18. İlaç Yazımında Dikkat Edilmesi Gerekenler (Kaynak: Tuncel, 2013, s. 10)

<b>Kullanılmaması Gereken Kısaltma</b>	<b>Anlamı</b>	<b>Oluşabilecek Hatalar</b>
KCL	Potasyum klorür	HCL ile karışabilir
MS, MSO4	Morfin Sülfat	Magnezyum sülfat ile karışabilir
s.g	Suda glikoz	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
U veya IU	Ünite veya internasyonel ünite	IV ya da 10 ile karışabilir
mcg veya µg	Mikrogram	mg ile karışabilir
D5	% 5 dekstroz	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
1.0 mg	1 mg	10 mg gibi algılanabilir
.5 mg	0.5 mg	Nokta görülmediği zaman 5 mg gibi algılanabilir
cc	ml	Sıfır rakamı ile karışabilir
SC	Sübkütan (cilt altı)	SL (sublingual) ile karışabilir
3x1	Günde 3 kez	Veriliş aralığı anlaşılabilir
HTC	Hidrokortizon	Hematokrit ile karışabilir

Hekimler kendi alanlarında uzman oldukları için pratikte kolay şekilde ilaç yazımı adına kısaltma kullanabilmektedirler; ancak hekimlerin bu tutumu bir dalgınlık halinde eczacılar tarafından da yanlış ilaç verilmesine sebebiyet verebilir. Bu nedenle kısaltma kullanımına dikkat edilmelidir. Hekimler ve hemşireler kadar ilaç

hatalarında olası hata oluşumuna sebebiyet verecek kişiler ilaç dağıtıcılarıdır. İlacın halka arz edilmesi sürecinde gerekli önlemlerin alınmaması da çeşitli hataları sonuçların oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Tablo 19’da ilaç dağıtımında dikkat edilmesi gereken hususlara yer verilmiştir.

Tablo 19. İlaç Dağıtımı İle İlgili Yapılabilecekler (Kaynak: Korkmaz, 2018, s. 17)

<b>İlaç Dağıtımı İle İlgili Kısa Vadede Yapılabilecekler</b>	<b>İlaç Dağıtımı İle İlgili Uzun Vadede Yapılabilecekler</b>
Acil olmayan tüm ilaçlar için doz-dağılım sistemi uygulanmalıdır.	Bilgisayara dayalı ilaç order sistemi kurulmalıdır.
Tüm intravenöz ilaçların/karışımlar eczanede hazırlanmalıdır.	Elektronik ilaç kullanım sistemi kurulmalıdır.
Konsantre solüsyonlar servislerden kaldırılmalıdır.	İlaç barkod (bar coding) sistemi kurulmalıdır.
Yüksek riskli ilaçların kullanımı ve depolanması ile ilgili özel protokoller hazırlanmalıdır	Servis temelli klinik eczacılar ile çalışılmalıdır.
Yeni ilaçlar, nadir kullanılan ilaçlar, formüllerde olmayan ilaçlar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.	
Eğitim sürekli olmalıdır	

Tedavi sürecinin en önemli aşamasından biri olan ilaç kullanımı doğrudan hastanın mevcut rahatsızlığını ortadan kaldırmak amaçlı yapılan, sürecin profesyonel işlemesi adına var olan bir adımdır; ancak ilacın tedavideki bu önemi ilacın kolay ulaşılabilir olmasını sağlayıp tedavi sürecini de yanıtlanmaktadır. Bu nedenle ilaç kullanımı konusunda toplumsal bilinç oluşturulmalı, ilacın ancak sistem üzerinden, hekim gözetiminde satılması sağlanmalıdır. Aksi durumda tüm toplum için hasta güvenliği zafiyeti oluşacaktır.

### **3.1.6.5.Sağlık Personeli İletişim Eksikliği**

Yaşamın her alanında önemli olan iletişim, bilhassa sağlık hizmetleri gibi insanı doğrudan ilgilendiren bir alanda çok daha fazla önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde iletişimi sağlamak adına başta sağlık personelleri oldukça istekli olmalı, doğru iletişim kurma yollarını kavramalı, ardından hasta kendi sağlık durumu

için doğru bilgi verme konusunda istekli ve odaklı şekilde sağlık personelleriyle iletişim kurmalıdır. Sağlık personelleriyle kurulan iletişimin eksik, yetersiz ve hatalı olması halinde hastalığın seyrini etkileyecek durumlar ortaya çıkabilir, yanlış tanı konulabilir ve tedavi sürecine ilişkin verim alınması zorlaşabilir.

Sağlık personellerinin hasta ile iletişim şekilleri çeşitlidir. Örneğin; kimi personeller babacı model olarak hastaya karşı daha korunmacı davranarak iletişim kurarken, kimi personel ise müzakereci model olarak hasta ile kurduğu iletişimde hastanın istek ve beklentilerini göz önüne alarak onunla uzlaşma şeklinde bir iletişim çerçevesi çizer. Sağlık personellerinin hasta ile iletişiminde benimsedikleri model ne olursa olsun öncelikli amaç hasta sağlığının temel gaye olduğu unutulmadan hasta ile açık ve net bir şekilde görüşme yapmak, tanı ve tedavi sürecini birlikte yönetmektir.

Özensel ve Koçak (2004) sağlık hizmetlerinde iletişimi engelleyen nedenlerin; personelin karakter yapısı, işini sevmemesi, hastaya yönelik empati geliştirememesi, iletişim becerilerinin olmaması ve kayırma yapması geldiğini söylemiştir. Sağlık personelinin mesleğinde kendisine yönelik bakış açısı ve kibri hasta ile iletişim kurmasını engellerken, aynı zamanda sağlıklı iletişim kuracak karakterde ve beceride olamamasıyla birlikte çalıştığı ortam, işini sevme durumu ve beraberinde çalışma süreleri yine sağlık personelinin hasta ile iletişimindeki engeller arasındadır (Özensel ve Koçak, 2004, s. 84).

Günümüzde hastalar da sağlık hizmetlerinin bir parçası sayılmakta, hizmetin kalitesini belirleyen bir unsur olarak dikkate alınmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde hastalarla birebir iletişimi en kuvvetli grup olan hemşireler bu kalite sürecinde en önemli personel grubunu ifade etmektedirler. Hastanın sağlık hizmetlerinde gönüllü şekilde sürece yardımcı olması ve kaliteyi artırması açısından hemşirelere oldukça görev düşmektedir. Hemşireler öncelikle yaş aralığı fark etmeksizin hastalara karşı ilgili olmalı, onları anlamaya çalışmalı ve empati yapmalıdırlar. Sadece iş amaçlı olarak iğne yapmak, serum takmak gibi görevleri yerine getirerek hasta ile iletişim kurulmaması hastanın da sürece katkı sağlamaya istekli olmasını engelleyecektir. Erdal (1993) özellikle zor bir süreçten geçen yaşlı ve çocuk hastaların bağırması, küsmesi ve zorluk çıkarması halinde hemşirelerin daha yapıcı ve sorun çözücü bir yaklaşımla duruma yaklaşmaları gerektiğinin, ancak bu şekilde sağlık hizmetinde başarı sağlanabileceğini belirtmiştir (Erdal, 1993, s. 33).

Güven (2014) sağlık hizmetlerinde yer alan personelin sadece hastayla değil, birbirleriyle olan iletişimin de hastaya yönelik olarak önem barındırdığını söylemiş ve bu iletişime yönelik engelleri şu şekilde sıralamıştır: (Güven, 2014, s. 43)

- Sağlık hizmetlerinin iç içe olması,
- Sağlık çalışanları arasındaki hiyerarşi,
- Sağlık alanındaki dil farklılıkları,
- Sağlık personelinin, bilhassa doktorların yazı farklılıkları,
- Hastalara ilişkin yetersiz bilgiye sahip olmak ve bilgi toplamadaki isteksizlik,
- Yoğun ve stresli çalışma ortamı,
- Hastaya ilişkin dakik bir bilgi edinme sürecine katılamama.

Güven'in (2014) sıralamış olduğu bu bilgiler ışığında sağlık personellerinin birbirleriyle iletişimlerinin kopuk olması, hasta sağlığını oldukça etkilemektedir. Özellikle vardiya zamanlarında ilgili personelin görev değişimi halinde birbirlerine haber vermeleri ve hastalığın seyrini takip etmeleri, ancak sağlıklı bir iletişimle mümkündür. Bu süreçte sağlıkla ilgili durumun ciddiyeti kavranmalı, hiyerarşi gütmeden sağlıklı bir iletişim kurma amacıyla olunmalıdır (Güven, 2014, s. 43).

### ***3.1.6.6.Kan Transfüzyon Hataları***

Transfüzyon sırasında ortaya çıkan en ufak bir belirti veya bulgu hastanın yaşamsal bir riskle karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir. Kan transfüzyonu sırasında ortaya çıkan hatalar; immünolojik, immünolojik olmayan ve enfeksiyöz olmak üzere üç kapsamda değerlendirilmektedir. Bu üç hata grubunda kendi içine bağlı olarak zamana bağlı şekilde çıkan reaksiyonlar hastanın önce kısa vadede, ardından uzun vadede reaksiyon göstermesin sebebiyet vererek hasta sağlığını tehlikeye atmaktadır.

Kan transfüzyon hatalarını daha aza indirmek adına alıcı ve verici arasındaki uyum belli bir protokol dahilinde denetlenmeli, kan grupları ve Rh faktörü saptanarak karşılaştırılmalı, çapraz karşılaştırma yapılmalıdır. Bilhassa bu noktada sağlık çalışanlarına çok fazla görev düşmektedir.

### **3.1.7.Hasta Güvenliğinin Sağlanması**

Harvard Üniversitesi ve daha birçok yetkin kuruluş tarafından hazırlanan *National Quality Form* hasta güvenliği konusunda bir Konsensüs raporu hazırlamıştır. 2001 yılında hazırlanan bu rapora göre hasta güvenliğinin sağlanması adına sağlık kuruluşlarında alınması gereken önlemler şu şekildedir: (Kizer, 2001)

- Hasta güvenliği konusunda öncelikle sağlık kuruluşlarının deneyimli ve iyi bir yönetim kurması gereklidir.
- Kuruluşlarda kurumsal yapılanmalarının yeterli düzeyde olması ve kurumsal sorumluluk alabilecek bir anlayışın benimsenmesi gereklidir.
- Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi adına çalışmalar yapılması şarttır.
- Hasta güvenliğini tehlikeye sokacak her türlü durumun sağlık kuruluşu tarafından denetlenmesi şarttır.
- Güvenlik uygulamalarının yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması gereklidir.
- Hasta güvenliği konusunda eğitim planı oluşturulması ve tüm personelin bu plana uygun şekilde eğitim alması gereklidir.
- Hasta güvenliği konusunda ortaya çıkabilecek sorunlarda sorumluluk üstlenilmesi gereklidir.
- Mesleki konudaki her türlü sorumluluğun sağlık personeline düzeltilmesi adına çalışmalar yapılması gereklidir.
- Hasta güvenliğine yönelik teorik ve bilimsel çalışma sürecini daima devam edilmesi gereklidir.
- Tıbbi hataların bildirilmesi konusunda sağlık personelinin gerekli şekilde bilinçlendirilmesi şarttır.

Hasta güvenliğinin birincil derecede sağlayıcısı sağlık kurum ve kuruluşlarıdır. Bu kurum ve kuruluşlar, başta bir işletme mantığıyla kurumsal yapılanmalarını oluşturmalı, ardından bir sağlık kurumu niteliğiyle birincil derecede hizmet verdikleri hastaların güvenliğini sağlamak adına adımlar atmalıdırlar.

### 3.1.8.Hasta Güvenliği İhlalinin Nedenleri

Dünyada her yıl sağlık hizmetlerinde tedavi gören on hastadan birinin hasta güvenliği ihlali nedeniyle zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Tedavi gören insan sayısı düşünöldüğünde bu oran azımsanmayacak kadar çok büyük bir zarar tablosunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum sağlık alanında belli sorunların olduğunu, kurumsal yapılanmanın eksik kaldığını da aşikâr şekilde gündeme getirmektedir. Hasta güvenliğinin kurum kültürü içerisinde sağlandığı düşünöldüğünde ihlalinde ise yine kurumun bir parçası olan sağlık çalışanlarının bireysel ve örgütten kaynaklı sorunlarından ötürü bu zarar tablosunun oluğuğu söylenebilir. Tablo 20’de hasta güvenliği ihlaline neden olabilecek faktörler gösterilmiştir.

Tablo 20. Hasta Güvenliği İhlallerine Neden Olabilecek Faktörler (Kaynak: Vincent, 2003, s. 348)

<b>Çalışanlara Bağlı Faktörler</b>	<b>Hastalara Bağlı Faktörler</b>	<b>İşleme İlgili Faktörler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Yorgunluk</li><li>- Motivasyon</li><li>- Fiziksel veya ruhsal sağlık</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hastanın içinde bulunduğu durum</li><li>- İletişim sorunları</li><li>- Kişilik yapısı ve sosyal faktörler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Protokollerin olması</li><li>- Tetkik sonuçlarının güvenilirliği ve doğruluğu</li></ul>
<b>Takımla İlgili Faktörler</b>	<b>Eğitim ve Deneyim</b>	<b>Kuruma Bağlı Faktörler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Vardiya değişikliği sırasında yazılı veya sözlü iletişim</li><li>- Hasta bakımı sırasında yazılı veya sözlü iletişim</li><li>- Kriz anında yazılı veya sözlü iletişim</li><li>- Takım yapısı ve liderlik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bilgi, yetenek ve yeterlilik</li><li>- Denetim ve yardım isteme</li><li>- Kabul edilmiş protokollerin izlenmesi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- İnsan kaynağı</li><li>- Alt yapı ve teknoloji</li><li>- Zaman baskısı</li></ul>

Tablodan yola çıkılarak düşünöldüğünde hasta güvenliği ihlalinin nedenleri temelde altı faktör grubunda ele alınmıştır. Bunlar; çalışanlara bağlı faktörler, hastalara bağlı

faktörler, işlemlere bağlı faktörler, takımla ilgili faktörler, eğitim ve deneyim, kuruma bağlı faktörler şeklindedir.

Çalışanlara bağlı faktörler göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinde hastanın etkilenen, sağlık çalışanlarının ise büyük ölçüde etkileyen taraf olduğu düşünüldüğünde sunulan hizmetin aktif tarafı çalışanların hizmet süresince önemli roller üstlendikleri görülecektir. Sağlık çalışanlarının bireysel ve kurumsal nedenlerle işyerlerinde memnun ve mutlu olmamaları halinde çalışanlara bağlı faktörler hasta güvenliğini tehdit edecektir. Çalışanın fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, yorgunluk, motivasyon düşüklüğü bu nedenler arasındadır. Sağlık dikkatli olmayı, etkili iletişim kurmayı ve hasta ile birebir ilgilenmeyi gerektiren bir saha olduğundan sağlık çalışanlarının öncelikle fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı, istekli, çalışmaya motivasyonlu ve dinç olmaları süreci olumlu etkileyecektir.

Hastalara bağlı faktörler; sağlık hizmeti almak isteyen hastalardan kaynaklı olarak hasta güvenliğinin tam anlamıyla sağlanamaması durumudur. Birçok hasta sağlığı ile ilgili endişe halinde, yorgun ve bitkin olabilir. Bunun yanı sıra hastanın genel hali iletişim kurmaya isteksiz ve içe kapanık da olabilir. Böyle bir durumda hastanın sağlık hizmetleri aşamasında personellere yardımcı olmamasından kaynaklı yaşanabilecek güvenliği tehdit edici durumlar ortaya çıkabilecektir.

İşleme ilgili faktörler; sağlık hizmetlerinde uygulanan tanı ve tedavi sürecinde işlemlerin güvenilirliği konusunda yeterli deneyim ve donanım olmaması, dikkat eksikliği vb. durumlarda işlem aşamasında hasta güvenliğini riske atacaktır durumlar yaşanabilmektedir. Hastaya uygulanan tedavinin protokoller dışında kalması, laboratuvar sonuçlarının takibinin düzenli yapılmaması, cerrahi girişim/ameliyat öncesi ve sonrasında işlemlerin yeterli düzeyde kontrol edilmemesi halinde hasta güvenliği zarar görecektir. Bu durum sadece işlemleri değil, aynı zamanda çalışanlar kaynaklı oluşan faktörleri de doğrudan içine almaktadır.

Takımla ilgili faktörler; sağlık hizmetlerinde çalışanların oluşturduğu takımın bir aidiyet ve bağlılık duygusunda olmaması, ortak çalışma disiplini kuramaması, eksik iletişim kurması vb. durumları nedeniyle yaşanan ve yaşanabilecek hasta güvenliği sorunlarını kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri tanıdan, tedaviye, iyileşme süreci sonrasındaki takipleri de kapsayacak şekilde bir bütündür ve hizmetlerin amacına ulaşacak şekilde yapılması adına takım ruhuna önem verilerek



çalışılmalıdır. Sağlık çalışanları arasında hiyerarşi güdülerek eksik iletişim kurulması, bireysel sorunların ortak çalışma alanına yansıtılması, çalışanların takım ruhu ile hareket edememesi durumu hasta güvenliğini risk eden takımla ilgili faktörler arasındadır.

Eğitim ve deneyim; sağlık kurumlarında çalışan kişilerin yeterli bilgi donanımında olmaması, bilginin uygulama alanında yeterli deneyime sahip olmamaları nedeniyle oluşan hasta güvenliği tehdit durumunu içermektedir. Sağlık hizmetleri diğer tüm çalışma alanlarından farklı olarak eğitim ve deneyimin en fazla gerekli olduğu hizmet alanıdır. Birebir insan sağlığı ile ilgili durumları içine almasından ötürü bu alanda oluşan herhangi bir eksiklik doğrudan insan sağlığına yönelik bir tehdittir. Bu nedenle sağlık personellerinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, sağlık hizmeti süresince personellerin de işe yönelik çalışmalarının kurumca denetlenmesi bu açıdan olan bir eksikliğin hastaya yansıtılmasını önleyecektir.

Kuruma bağlı faktörler; sağlık kurumlarında hasta güvenliğine ilişkin çalışmaların yeterli düzeyde yapılamamasından ötürü hastanın riskte olmasına sebep olan faktörlerdir. Kurumda yeterli sağlık çalışanı olmaması, bir sağlık personeli başına çok fazla hasta düşmesi, zaman yetersizliği, kurumun hastaya yönelik sunduğu hizmetin araç – gereç bakımından yetersiz kalması gibi durumlar hastanın yeterince sağlıklı ve kaliteli hizmet almasını önleyecektir.

Sağlık hizmetlerinde çalışanlara bağlı faktörler, hastalara bağlı faktörler, işlemlere bağlı faktörler, takımla ilgili faktörler, eğitim ve deneyim, kuruma bağlı faktörler nedeniyle sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliğini tehdit edici durumlar yaşanabilmektedir. Yaşanan bu durumların önüne geçmek adına temelde sağlık çalışanı, kurum ve hasta arasındaki sağlık hizmetlerinde bireylerin üzerinde düşen görevleri yerine getirmeleri, sağlığın ciddiyetine vakıf olmaları temel şarttır.

### ***3.1.9.Hasta Güvenliği Kùltürü İle İlişkili Kavramlar***

Hasta güvenliği kùltürü sağlık kurumları, hastaları ve toplumu içine alarak şekillenen bir kavram olup, bu üç unsurla ilişkili diğer birkaç kavramı da hasta güvenliği konusuyla yakın ilişki içerisine sokmaktadır. Çalışmamızda hasta güvenliği kùltürü ile ilişkili kavramlardan toplam kalite, sinizm, sağlık okuryazarlığı gibi üç kavrama ve kapsamına yer verilecektir.

#### ***3.1.9.1.Toplam Kalite ve Hasta Güvenliği Kùltürü İlişkisi***

Toplam kalite; müşterinin aldığı hizmette beklentisinin aşılmasını hedefleyen, ekip çalışmasını destekleyen ve müşteriye sunulan hizmetin tüm aşamasının gözden geçirilmesi ile daha kaliteli hale getirilmesini amaçlayan bir yönetim felsefesidir. İşletmelerde bu felsefenin uygulanması amacıyla toplam kalite yönetimi birimleri oluşturulmuştur. Toplam kalite yönetiminin temel ilkeleri; müşteri odaklılık, karşılıklı faydaya dayalı tedarikçi ilişkileri, çalışan katılımı, liderlik, proses yaklaşımı, sürekli iyileştirme, karar verme sürecinde gerçekçi yaklaşım ve yönetimde sistem yaklaşımı şeklindedir. Bu ilkeler doğrultusunda çalışan bir işletme temelde müşteri faydasını göz önüne alarak sunduğu hizmetin tüm aşamalarına yönelik ideal bir çalışma düzeni kurmayı hedefler. Bu düzenin de temel amacı verilen hizmetle müşteri memnuniyetinin en yüksek düzeyde olmasını sağlamaktır.

Sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetiminde sorumlu kişiler sağlık çalışanları yani hastane personelleridir. Hastane personellerinin temel amacı verilen sağlık hizmetinde en yüksek kaliteyi sağlamak ve hasta güvenliğini en üst seviyede tutarak hastanın kurumdan memnun ve mutlu bir şekilde ayrılmasını sağlamaktır. Bu memnuniyetin düzeyi ile birlikte de toplam kalite de hedeflenen noktaya ulaşılır.

Sağlık kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimini etkileyen hataların başında ilaç hataları, hijyen eksikliği, tedavi sürecinde uygulanan hatalar vb. gelmektedir. Bunların büyük bir çoğunluğu önlenebilir düzeyde iken, önlenemez olan hatalar ise hasta güven ve memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen ve sağlık kuruluşlarına karşı kötü bir imaj oluşturan hatalardır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının varlığını devam ettirebilmesi adına bu hataları en aza indirgeyecek önlemlerin alınması ve hizmet kalitesinin sağlanması, hasta güvenliği ve memnuniyetine yeterli düzeyde önem verilmesi gereklidir.

Herhangi bir işletmede toplam kalite yönetimini artırmak için öncelikle kurum içerisindeki iletişimin yüksek düzeyde olması ve kurumdaki tüm gelişmelerden yönetimdeki en alt kademedeki en üst kademeye kadar sorumlu her bireyin bilgisinin olması gereklidir. Bu nedenle özellikle insan sağlığında görevli sağlık kuruluşlarında bu iletişimi üst düzeyde tutmak ve hasta deneyimi verilerinin kaydedilerek kurum içerisinde etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak önemlidir. Oluşabilecek her türlü hataya karşı önceden öngörülebilir şekilde önlem almak, oluşan hataların da daha az zararlı olmasını ve kayıpların önüne geçilmesini sağlamak, kurum içerisinde hastanın önemsendiğini ve değerli kılındığını göstermektedir. Bu amaçla, sağlık kuruluşlarındaki yönetim mekanizması güçlendirilmeli, hasta ilişkilerine önem verilmeli ve personelin daima eğitimlerine devam etmesi sağlanarak, denetlenmesi de gereklidir.

### ***3.1.9.2. Sinizm ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi***

Sinizm; sinek kökünden gelen ve örgütsel bağlılığın tam tersini ifade edecek anlamda olan bir kelimedir. Sinizmin ifade ettiği anlam kişinin bulunduğu ortam içerisinde mutlu olmaması ve bu mutsuzluğundan kaynaklı olarak çevresine yönelik yönelttiği kötü davranış ve hareketleri içermektedir. Örgüt bünyesinde değerlendirildiğinde sinizm; bulunan ortamda kişinin memnun olmaması ve ileriye yönelik hayallerinin olmaması, çalışma şartlarından memnun olmaması ve günü kurtarma adına yapılan çalışmayla mutsuzluğunu içerir. Günümüzde sinizme yönelik yapılan çalışmalar özellikle değişen teknoloji, rekabet ortamı, küreselleşme, ekonomik kriz, toplu işten çıkarmalar, ücretlendirme politikasının yetersiz olması, uzun çalışma saatleri gibi sebeplerle örgüt çalışanlarının sinizm yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır. Sinik olan bu bireyler buldukları ortamda daima şikayet etmekte, memnun olmamakta, örgüte karşı bağlayıcı bir duygu duymamakta ve bu nedenle yapılan işe yönelik yüksek bir performans sergileyememektedirler.

Örgütsel sinizmin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır. Bilişsel boyutu; genellikle çalışanın örgütteki ilke ve kurallardan yoksun olması, resmi işleri ciddiye almaması, bu işlere karşı tutarsız, yalan ve hile dolu tavır geliştirmesi üzerine kuruludur. Örgüt çalışanı genel olarak örgüt kurallarına karşı aksi bir tavır içerisinde ve bu kuralların uygulanmasını önemsemez. Duyuşsal boyut ise kişinin duygularıyla ilgili olup örgüt çalışanının

bulunduğu ortamdan memnun olmaması sebebiyle saygısızlık, öfke, utanç gibi duygular taşınması ve çeşitli olaylarda tepkilerini bu duygular üzerinden vermesidir. Davranışsal boyutta ise kurum içerisindeki duygusal durumun getirileri olarak kurumda davranışlara yansıyan durumlar görülür. Diğer insanları küçük düşürücü sözler söyleme, kurumu eleştiren davranışlar içerisinde bulunma, tavır takınma bunlar arasındadır. Dolayısıyla örgütsel sinizm bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olarak bir çalışanın memnuniyetsizliğini açığa çıkaracak boyutları kapsamaktadır (Özgan et al. 2012, s. 196-205).

Sinizle birlikte bir örgütte çalışan bireyler örgüte karşı olumsuz duygular beslemekle birlikte örgütün bütünlükten yoksun ve amaçsız bir topluluk olduğunu düşünürler. Kendilerini örgütün parçası olarak görmeyen bireylerin örgüte yönelik eleştirel tavırları artar. Sinizm yaşayan bireylerin çalışma ortamındaki işe karşı aidiyetleri düşük olmakla birlikte bu durum sonradan da oluşabilir ve kişilik yapısıyla ilişkili de olabilmektedir. Aydın (2004) sinik bireylerin tükenmişlik sendromu yaşayan bireyler olduğunu, çalışma ortamından veya işten yıpranan, çalışmak istemeyen ve verimli olamayan bireyler olduğunu söylemiştir. Bu bireyler hem kendilerine hem de çevreye karşı duyarsızlaşmışlardır. Yaptıkları işin önemli olduğuna dair inançları kalmamıştır ve bununla birlikte kendilerini ilgili işte tükettikleri için işe karşı da nefret geliştirmişlerdir. (Aydın, 2004, s. 15).

Sinizm herhangi bir işletmede başarıyı ve verimliliği etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Özellikle sağlık hizmeti sunan kurumlarda sinizmin varlığı bireysel ve örgütsel manada kurum hedeflerinin gerçekleşmesini engeller ve sunulan hizmetin kalitesini düşürür. Sağlık kurumu içerisinde sinizmin varlığı doğrudan ve dolaylı olarak hastayı ilgilendiren bir durum içerisinde yer almasıyla hasta güvenliğine yönelik bir tehdit oluşturur.

İnsan sağlığını ilgilendiren bir alan olan sağlık hizmetlerinde görev alan bireylerin hem bedenen hem de ruh sağlığı olarak yeterli sağlık düzeyinde olmaları; yapılan işi ve işte ki başarıyı etkilemektedir. Herhangi bir hastaya yönelik olarak uygulanacak tanı ve tedavi süreçlerinin tamamında görev alacak personelin yeterli sağlık düzeyinde olmaması, hastanın iyi bir hizmet almasını etkilemektedir. Özellikle sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çalışan bireylerin sinik bireyler olması, mutsuz olmaları, işe yönelik olarak motivasyonlarının düşük olması, dengesiz güç kullanma

durumunda bulunmaları, iletişimsiz olmaları, yalan söylemeleri, sahtecilik yapmaları, bireylerin haklarını ihlal edecek düzeyde olmaları doğrudan hastaya yönelik her türlü uygulamaya etkileyerek insan sağlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşlarında yeterli denetimin sağlanması ve bu tarz bireylerin ilk etapta ilgili görevlerden uzaklaştırılarak sağlık hizmetlerindeki kalitenin yükseltilmesi amaçlanmalıdır.

Örgütsel sinizmin birçok nedeni olduğu gibi sağlık alanında çalışan kurumlarda oluşan sinizmin de çeşitli nedenleri olabilmektedir. Hastanede çalışan bireylerin örgütteki uzun çalışma saatleri, iletişimsizlikleri, stres altında kalmaları, duygusal tacize uğramaları veya iş değerlerinden yoksun bireylerle iç içe çalışmaları sebebiyle örgütsel sinizm oluşabilir. Oluşan bu sinizm; zincirleme bir şekilde devamlılık sağlayarak tüm örgütteki başarı ve motivasyonu engelleyebilir. Örgütün amaçlarından sapmasına ve sağlık gibi bir alanda iyi bir hizmet verememesine neden olan sinizm keşfedilmeli ve sinik bireylere karşı önlemler alınmalıdır. İlk etapta örgütten uzaklaştırma gibi önlemlerin yanında, kısa süreli olarak bireylerin eğitim alması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi adına çalışmalar yapılması sağlanabilir. Bu noktada yapılan her türlü çalışma kurum içerisindeki hasta güvenliği kültürünü daha yüksek düzeye çıkarmak adına önemlidir.

### ***3.1.9.3.Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi***

Geçmişte sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetin içeriği ve içeriğine yönelik kalitesi sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan yetkililer tarafından bilinmekteydi. Ancak 2000'li yıllarla birlikte yaygınlaşan internet kullanımı ve devamında bilginin ulaşılabilirliğinin artmasından ötürü hemen hemen her birey, bugün istediği bilgiye ulaşabilmektedir. Bu nedenle alınan sağlık hizmetlerinin içeriğine yönelik bilgiler sadece sağlık kurum ve kuruluş çalışanları ile sınırlı kalmamakta, aynı zamanda hizmet alan tüketici tarafından da değerlendirilebilmektedir. Bu değerlendirme üst düzey bir profesyonellik içermemekle birlikte tüketicinin en azından kendisine uygulanan tedavi sürecine yönelik bir kanıtının olmasını sağlamakta ve olası yanlış ve hatalı durumların önüne geçmesi adına önem arz etmektedir.

Günümüzde sağlık alanında ortaya çıkan önemli bir kavram olan sağlık okuryazarlığı her bireyin temel sağlık bilgilerini elde etmesine, kendisine uygulanan tedavi sürecine yönelik genel bir fikrinin olmasına ve bu süreci değerlendirmesini

içermektedir. Sağlık okuryazarlığının en büyük amacı; kişilerin öncelikle kendi sağlıklarına yönelik olarak bilinç kazanmalarını sağlamak, kişilerden yola çıkarak toplumda bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik farkındalıklarını artırmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık okuryazarlığını, bireylerin sağlığını geliştirme ve sürdürme adına bilgiye erişme, anlama ve onu kullanma becerisi olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla her bireyin bu beceriye sahip olması, öncelikle kendi sağlığı adına önemli olup ardından toplum sağlığını geliştirme noktasında önemli ve değerlidir (Uysal, 2019, s. 19-21).

Sağlık okuryazarlığı kurumlardaki hasta güvenliğini artırıcı bir faktör olup sadece kurum çalışanlarını değil, aynı zamanda hastaları da kendi sağlıkları yönünden sorumluluğa teşvik etmektedir. Her sağlık kurumu tüketici konumundaki hastaya kendi sağlığı ile ilgili temel bilgiler vererek sağlık okuryazarlığını teşvik etmeli, ardından kurum çalışanlarına bu hususta temel eğitimler vererek hastaların ne şekilde bilinçlendirilmesi konusunda yönlendirmelidir. Sadece internet teknolojileri kullanılarak erişilen bir bilgi alanı olmayan sağlık okuryazarlığı aynı zamanda sağlık kurum ve kuruluşları tarafından da desteklenmeli; hazırlanan broşür yazı ve belgelerle hastaya yönelik olarak bilgilendirici bir tutum sergilenmeli ve hastanın bu sürekli bilinç kazanması önemsenmelidir.

### ***3.1.10.Hasta Güvenliği Kültürünün Hedefleri***

Sağlık hizmetlerinin en önemli amaçlarından biri hasta güvenliği sağlamak ve kurumlarda hasta güvenliği kültürü oluşturmaktır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında oluşturulacak olan hasta güvenliği kültürü doğrudan hastayı, dolaylı olaraksa tüm toplumu ilgilendiren hedefler içermektedir. Bu hedefler; hasta kimlik bilgilerinin doğrulanması, etkili iletişimin artırılması, yüksek riskli ilaçların etkilerinin iyileştirilmesi, doğru taraf-doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisinin sağlanması, enfeksiyonların azaltılması, düşmelerden kaynaklı hastaların zarar görme riskinin azaltılması şeklinde sıralanabilir.

#### ***3.1.10.1.Hasta Kimlik Bilgilerinin Doğrulanması***

Hastaya ilişkin uygulanacak tanı ve tedavi işlemlerinden önce hastanın kimlik bilgilerinin doğrulanması, hastane politikalarına uygun şekilde hastaya uygulanacak işlemler öncesinde her türlü bilginin alınması, hasta odası ve varsa kimlik bileziği

numaraları not alınmalıdır. Bu önlemler hastanın diğer hastalarla karıştırılmasının önüne geçecek, böylece ilk etapta hastalığa ilişkin uygulamaların düzenli şekilde ilerlemesini sağlayacak güvenlik önlemleridir.

Hasta kimlik bilgilerinin doğrulanması hastaya ilişkin yapılacak kan testlerinin ve diğer testlerin sonuçlarının güvenli şekilde kaydedilmesini, ilaçların, hasta alerji durumunun ve diğer tüm durumların net şekilde hasta üzerinden kayda alınmasını sağlamaktadır. Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının öncelik sırasında olması gereken bu husus ilk ve en önemli adımı olarak, diğer adımların da zincirleme şekilde doğru ilerlemesini olanaklı kılacaktır.

### ***3.1.10.2.Etkili İletişimin Artırılması***

Hayatın her alanında önemli olan iletişim becerisi, sağlık gibi insan yaşamını doğrudan ilgilendiren bir alanda çok daha önemli ve değerlidir. Sağlıklı ve etkili bir iletişimle hasta sağlığına ilişkin net bilgiler alınır ve diğer sağlık uzmanlarına aktarılır. Bu nedenle sağlık uzmanlarının sözlü, yazılı ve elektronik ortamda etkin bir iletişim dilinin olması, her türlü probleme ilişkin hızlı ve zamanında bilgi verilmesi, hasta güvenliğine ilişkin etkin bir çaba harcanması adına önemlidir.

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da personellerin birbiri ile anlaşamaması, yeterince tanışamamaları ve mesafeli olmaları durumu söz konusu olabilir. Bu durum bir sağlık personelinin diğeriyle hasta sağlığına ilişkin bilgileri paylaşması veya yeterince bilgi vermesi durumunu etkilemesi halinde hasta sağlığını oldukça tehlikeye atar. Etkin iletişim her alanda öncelikli olarak başarı sağlarken, hasta sağlığı alanında özellikle başarının temel kaidelerinden biridir. Sağlık çalışanları bu noktada hiyerarşi ve anlaşıp anlaşmama durumu gütmenden birbirleriyle iletişim kurmalı, insan sağlığını riske atacak her türlü durumdan sakınmalıdırlar.

### ***3.1.10.3.Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi***

Hasta güvenliğine ilişkin risk oluşturan hataların bir bölümü ilaç ve ilaç kullanımına ilişkin hatalardır. İlaçların eczanelerde depolanma şekli, hastaya ulaştırılması, hastaya uygulanması ve devamında sağlık çalışanları tarafından takibinin yapılması oldukça önemlidir. Özellikle yüksek dozdaki ilaçların hasta tarafından kullanılması aşamasında sağlık çalışanlarının gereken takibi yapması oluşacak yan etkilerin önüne geçilmesini sağlamaktadır. Tedavinin en önemli

aşaması olan ilaç kullanımını, birçok risk barındırmaktadır. Sağlık çalışanları bu riski daha aza indirmek adına;

- Yetkililerce yüksek dozdaki ilaçlara ulaşımı sınırlandırmak,
- İlaçların niteliğine bağlı olarak uyarı ve ikaz etiketlerini daha güçlü şekilde hazırlamak,
- İlaçların depolanması, hastaya ulaşımı ve uygulanma aşamalarını takipli şekilde kontrol etmek,
- İlaç kullanımını denetleyici sistem geliştirmek gibi stratejiler uygulanabilir.

Tüm dünyada belli ilaçların reçetesiz alınması durumu, bilinçsiz ve yönlendirilmemiş hastaların ilaç kullanımına dikkat etmemesi gibi sebepler ilaç kullanım hatalarından ötürü insanların risk altında olmalarına ve hasta güvenliği tahribatı oluşmasına ana sebeptir. Bu noktada hasta güvenliğini sağlama ilaç tüketiminin her aşamasına titizlikle müdahale edilmelidir.

#### ***3.1.10.4.Doğru Taraf-Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması***

Hasta güvenliğinde hastaya uygulanacak tedavinin doğru ve yerinde uygulanabilmesi adına hastaya doğru teşhisin konulması, tedavinin doğru şekilde analiz edilmesi ve hastanın ilgili hastalık hususunda yeterli şekilde takip edilmesi gereklidir. Doğru taraf – doğru prosedür ve doğru hasta sağlık kurumlarının amaçlarına uygun çalışma düzenini temsil etmektedir. Sağlık disiplini içerisinde en doğru çalışma biçimi bu zincirleme doğrulara riayet ederek ve gözeterek çalışmaktır.

#### ***3.1.10.5.Enfeksiyonların Azaltılması***

Hasta güvenliğini tehdit eden en önemli unsurlardan biri olan enfeksiyon riski, hastanın sağlık hizmetleri altındayken dahil olduğu risk grubundadır. Bu riski önleme adına öncelikle hastaya yönelik detaylı bir inceleme yapılmalı, ardından hastane düzeninden, ilaç uygulama ve tedavinin tüm aşamalarına değin gerçekleştirilen süreçlerde enfeksiyon olma riskine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Hasta güvenliğine ilişkin yapılan araştırmalar hastaların özellikle sağlık kurumlarından kaynaklı enfeksiyon riski altında oldukları gerçeğini ortaya çıkarmıştır. Sağlık kurumları hijyenin en yüksek düzeyde gözetilmesi gerektiği



kurumlardır. Bu kurumlarda çalışan personelin, kurum ortamının, kurumdaki her türlü alet ve cihazın enfeksiyon riskine karşı temizliğinin sağlanması ve kontrol edilmesi hasta güvenliğini sağlayacak önlemler arasındadır.

### ***3.1.10.6.Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması***

Sağlık kurum ve kuruluşlarında tedavi gören hastaların düşmelerinden kaynaklı zarar görmeleri hastalığın tedavi aşamasını etkilemekte, hatta tedavi sürecini de değiştirici derecede önem arz etmektedir. Hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında bilhassa kurum içinde önemli olan bu durum, sağlık kurumlarındaki hastaların bakım aşamasına ilişkin kaliteyi etkilemekte ve kaliteyi yükseltme amacı taşımaktadır.

### ***3.1.11.Hasta Güvenliğinin Sorumluları ve Sorumlulukları***

Hasta güvenliği doğrudan hastaların özne olduğu sağlık hizmetlerinin hasta, sağlık kuruluşu, sağlık çalışanları ve toplumu içine alan etkileriyle daha büyük bir kitleye yönelik olarak değerlendirilen bir kavramdır. Bu nedenle hasta güvenliğinin sağlayıcısı konumunda birçok gerçek ve tüzel kişi konumunda kişiler bulunmaktadır. Hasta güvenliğinin sorumluları; sağlık kurum ve kuruluşları, hekimler, hemşireler, diğer sağlık personelleri, toplum ve hasta olarak ele alınabilir.

#### ***3.1.11.1.Sağlık Kurum ve Kuruluşları***

Hasta güvenliği, sağlık kuruluşlarını görev ve yetki kapsamı bakımından doğrudan ilgilendiren ve kurum kimliği, misyon ve vizyonlarıyla da doğrudan ilişkili olan bir kavramdır. Hasta güvenliği her şeyden evvel sağlık kurum ve kuruluşlarının kültürel yapılanmasının bir parçasını oluşturur. Sağlık kurum ve kuruluşları kendi kurum kültürlerini oluştururken hastayı bir özne olarak belirler ve o öznenin yola çıkarak kurum yapılanmasını oluşturur. Bu nedenle hasta güvenliğini sağlamak da sağlık kurumlarının en temel görevi olarak sayılmaktadır.

Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission - TJC) hasta güvenliği kavramının hedeflerini açıklarken çoğunluğu sağlık kurum ve kuruluşlarının birincil derecede görevleri olan hususları belirlemiştir. Örneğin; hasta kimlik tanımlamada doğrulamayı geliştirmek, hastaya sunulan sağlık hizmetlerinde riskleri en aza indirmek gibi hususlar doğrudan sağlık

kurumlarının görevinde olup, çalışanlar bu görevin uygulayıcısı konumundadır (TJC, 2009).

### **3.1.11.2.Hekimler**

Hipokrat yemini ederek çalışma hayatlarına başlayan hekimlerin hastalara yönelik bilerek zarar verme ve hasta güvenliğini suiistimal etme durumları mesleğe aykırıdır. Hasta güvenliğinin en yüksek düzeydeki sağlayıcısı hiç şüphesiz ki hekimlerdir. Hekimlik mesleği, bir sağlık kuruluşunun amaçlarını oluşturan ve hastanın müşteri konumunda başvuruda bulunduğu sağlık kurumunun da devamlılığı açısından önem arz eden bir meslektir. Bu nedenle hasta güvenliğini sağlamada sağlık kuruluşları bünyesinde sorumluluk sahibi kişilerin başında hekimler gelmektedir.

Hasta güvenliğini tehdit eden durumların başında tıbbi hatalar gelmektedir. Hastaya tanı ve tedavi sürecinde yanlış veya gereksiz bir uygulama yapılması hasta açısından risk oluşturduğu gibi, hekime duyulan güveni de daha aza indirmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda hasta güvenliğindeki zafiyetin maddi kayıplara neden olması kadar, manevi zararlar da oluşturma oranının yüksek olduğu, bu manevi zararların başında da hekime duyulan güvenin sarsılması geldiği görülmektedir.

Hekimlerin yaptıkları tıbbi hatalar içerisinde rasyonel ilaç kullanımına yönelik doğru kararlar verememeleri, taşıdıkları sorumluluğu özenli şekilde değerlendirememeleri, hastaları ilaç konusunda yeterli düzeyde aydınlatmamaları, ilaç kullanımının önemini hastaya idrak ettirememeleri gibi birçok husus yer almaktadır. Akıcı ve arkadaşları (2001) hastaların rasyonel ilaç kullanımına ilişkin yaptıkları çalışmada hekimlerin %75'inin detaylı muayene etmeden hastalara ilaç yazdıkları, %63'ünde tanı söylemedikleri, %77'sine ilaçlarla ilgili bilgi vermedikleri ve %91'ine ilaç dışı tedaviden söz etmedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu veriler ışığında hekimlerin rasyonel ilaç kullanımını adına yeterli düzeyde bilinçli olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Akıcı et al. 2001). Özata ve arkadaşları da (2008) aynı şekilde bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada ise Konya'da görev yapan hekimlerin hasta güvenliği bağlamında rasyonel ilaç kullanımına yönelik tutumlarının araştırılması amaçlanmıştır. 2004 yılı Nisan ve Mayıs aylarında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Numune Hastanesi ve altı farklı

sağlık ocağında; 207 hekim ile yüz yüze görüşme yapılarak gerçekleştirilen bu çalışmada hekimlerin ilaç yazarken göz önüne alacakları etkililik, ilacın yan etkisi, mesleki tecrübe ve deneyim, bilimsel araştırma ve makaleler, hastanın sosyal güvencesi, ilacın fiyatı gibi faktörler üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Bulgular, hekimlerin hasta güvenliğine önem verdiklerini ve rasyonel ilaç kullanımı kuralları çerçevesinde ilaç yazdıklarını ortaya çıkarmıştır (Özata et al. 2008).

Hekim hatalarının birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenlerin başında hekimlerin çok yoğun çalışması, hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı, hekimlerin günlük yoğunluğunun fazlalığı, tedaviyi uygulamadaki süre kısıtlılığı, takım lideri eksikliği, hekim-hasta iletişimin yeterli düzeyde kurulamaması gibi sebepler gelmektedir.

Top ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada hekimlerin tıbbi hataya neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmelerini tespit etmiştir. Araştırma evrenini Kocaeli’nde bulunan bir Üniversite hastanesi ve dört Sağlık Bakanlığı hastanesinde görevli 236 hekime yapılan uygulanan anket çalışmasında 28 tıbbi hatanın nedeni üzerine sorular yöneltilmiştir. Hekimlerin verdikleri yanıtlar neticesinde iş yükü, tükenmişlik, stres, personel yetersizliği, yanlış teşhis ve mevzuat boşluğu gibi nedenlerin tıbbi hatalara sebebiyet verdiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Top et al. 2008).

### ***3.1.11.3. Hemşireler***

Tüm sağlık çalışanları içerisinde görev alanlarının çok çeşitliliği ve hasta ile doğrudan ilgilenmeleri sebebiyle hasta güvenliğinde sorumluluk alan grupların başında hemşireler gelmektedir. Hemşireler bakım verdikleri hastaları olası bir tehlikeden korumakla görevli oldukları gibi, aynı zamanda da hasta güvenliğini yeterli düzeyde sağlamak adına ayrıca görevlerinin yetki ve sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirmek zorundadırlar. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hemşirelerin görev ve yetkilerini tanımlarken aynı zamanda bu görev yetkilerin kapsamına hasta güvenliğini içeren konuları da dahil etmiş; hasta ile ilgilenirken performans durumunun, tedavi sürecindeki uygulamalara yönelik risk ve kontrollerin yapılmasının, hasta ile kurulan iletişimin de hemşirelerin görevleri arasında belirtmiştir. Dolayısıyla hemşirelik mesleği, sağlık sektöründe hasta güvenliğinin sağlanmasında oldukça önemli görülmüştür (Rızalar et al. 2016, s. 9).

Rızalar ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün sağlanmasındaki eksiklikleri tespit etmeyi amaçlamışlardır. Bu çalışma sonucunda özellikle beklenmedik hata ve olayları rapor etme ve eğitimin önemi ortaya çıkmıştır. Özellikle yeni mezun ve mesleki deneyimi düşük hemşirelerde hata ve olayları rapor etme durumu yetersiz düzeyde bilinçliliğe sahiptir. Bu durumun yol açacağı tahribatların önüne geçmek adına hemşirelere eğitim verilmesi önemli görülmüştür (Rızalar et al. 2016).

Yapılan birçok çalışma hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili sorumluluklarının doğrudan kurumla ilgili olduğunu ve kurumun çalışma disiplinine bağlı olarak şekillendiğini de savunmaktadır. Bu savunmaların arka planında hemşirelerin kurumların yönlendirmeleriyle görevlerini yerine getirdikleri düşüncesi bulunmaktadır. Hemşirelerin çalışma ortamını sağlıklı duruma getiren sebepler arasında atıkların olması ve doğru şekilde temizlik sağlanmaması, kimyasal-biyolojik vb. türden risklerin olması ve yeterli korunmanın sağlanamaması, vardiyalı çalışma sisteminin ortamın dağınıklığına sebebiyet vermesi, şiddet olayları, zayıf ergonomi ve kaynak yetersizliği bulunmaktadır. Bingöl ve Kutlu (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalışma ortamlarını hasta güvenliği açısından değerlendirmişlerdir. Bu değerlendirmede bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 393 hemşireye anket uygulanmıştır. Bu anket sonucunda hastane ortamında hasta güvenliğini tehdit eden en önemli olayın %66,2 ile “hasta düşmeleri” olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla ortam hemşireler tarafından olumlu olarak değerlendirilmiştir (Bingöl ve Kutlu, 2019).

Çırpı ve arkadaşları (2009) senesinde yaptıkları çalışmada hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarını değerlendirmişler ve hemşirelerin bu uygulamalar için görüşlerini ölçümlemişlerdir. Yapılan çalışmada 2008 yılı içerisinde bir özel hastanede 108 hastaya yönelik anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerden %74,6’sı hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı olarak nitelendirmiş ve hasta güvenliği uygulamalarının gerekli (%96.9) olduğunu söylemişlerdir. Hemşirelerin kendilerini tanımlama biçimine bakıldığında %66.9 oranıyla hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyonel olarak kendilerini konumlandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Dolayısıyla hemşirelerin kendilerini tanımlarken hasta güvenliği kavramına yönelik yeterli düzeyde olduklarını düşündükleri sonucuna erişilmiştir.

Gökdoğan ve Yorgun (2010) yaptıkları çalışmada sağlık hizmetlerinde hemşireler ile hasta güvenliği kavramının ilişkisini ele almışlar, İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi'nde 104 hemşire üzerinde çalışma uygulamışlardır. Hemşirelerin en fazla yaptıkları tıbbi hatalar ile dahiliye (%33.7) ve cerrahi kliniklerinde (%23.1) çalışmaktadır. Hemşireler yaptıkları tıbbi hataları; order-ilaç- hataları (%24.0), iş yoğunluğu nedeniyle dikkatsizlik (%12.5), hasta kimliğinin kontrol edilmemesi (%9.6), iletişim eksikliği (%4.8), el hijyenine uymama (%4.8) şeklinde tespit edilmiştir. Bu süreçte hastalara bir de eğitim uygulanmış, bu eğitimden sonra tıbbi hataların oranının da düştüğü görülmüştür. Dolayısıyla hemşirelerde hasta güvenliğinin sağlanması sürecinde eğitimin önemi de tasdik edilmiştir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

Bodur ve arkadaşları (2012) yapmış oldukları makale çalışmasında Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumunu ölçmeyi amaçlamışlardır. Bu amaçla 2009 yılında Konya'da Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencileri 95 kişi seçilerek 24 soruluk bir anket uygulanmıştır. Bu ankette öğrencilerin tıbbi hatalarla ilgili verdikleri yanıtta %37'sinin stajları sırasında tıbbi hata yaptıkları, hataların yarısından çoğunun (%59) ilaç hataları olduğu, yapılan hataların %12'sinde hastaların zarar gördüğü, ancak çoğunlukla (%71) hataları rapor etmedikleri görülmüştür. Ebe ve hemşire adaylarının tıbbi hata yapma oranı yüksek, hata bildirim oranı ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bodur et al. 2012).

Gündoğdu ve Bahçecik (2012) yaptıkları çalışmada hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün algılanmasına yönelik araştırma yapmışlardır. İstanbul ilinde yer alan iki özel hastane ile iki eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 475 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada frekans, yüzde, aritmetik ortalama, Student t testi, tek yönlü Anova analizi, Tukey HSD ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %72'sinin, özel hastanelerdeki hemşirelerin %73.5'inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri sonucuna ulaşılan çalışmada hemşirelerin rapor etme adına eğitim almaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012).

Atan ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada üniversite hastanelerinde çalışan hastalarda hasta güvenliği kültürünü araştırmışlardır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kliniklerinde Aralık 2009-Aralık 2010 tarihleri arasında yürütülen çalışmada 148 hemşireye ulaşılmış ve “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA)” uygulanmıştır. Araştırma bulgularında hemşirelerin tıbbi hata/olay raporlama ile ilgili yorumlarına bakıldığında, %83.1’i son 12 ayda birimlerinde olay raporunun hiç yazılmadığını, hemşirelerin %37.8’si (n=56) çalıştıkları birimin hasta güvenliği derecesini çok iyi, %43.3’ü (n=65) kabul edilebilir, %11.5’i (n=17) zayıf olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonucunda ise hasta güvenliği kültüründe ve hemşirelerin farkındalıklarında yetersizlikler olduğu saptanmıştır (Atan et al. 2013).

Karaca ve Arslan (2014) yaptıkları çalışmada hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünü değerlendirmişlerdir. İki özel hastanede 151 hemşire üzerinde yapılan çalışmada hemşirelere anket uygulanmıştır ve sonuçları; frekans, yüzde, aritmetik ortalama, Student t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin %76,2’sinin hasta güvenliği eğitimi almıştır. A ve B Hastaneleri olarak yapılan değerlendirmede, A hastanesinde hasta güvenliği kültürünün B hastanesine göre çok daha iyi şekilde özümsemediği saptanmış, bunun eğitimle doğru orantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karaca ve Arslan, 2014).

Erdağı ve Özer (2015) yaptıkları çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik düzeylerinin arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Yapılan çalışmada Ağustos 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında cerrahi kliniklerinde çalışan 308 hemşireyle anket yapılmıştır. İlgili anket sonucunda kurumlar arasında güvenlik kültürü algısının ve çalışılan kuruma göre iş ortamı değerlendirmesinin farklı olduğu, cinsiyetin duygusal tükenmişlik üzerinde etkisi olduğu, çalışma ortamına bağlı olarak tükenmişlikle birlikte çalışanların hasta güvenliği algılarının ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Erdağı ve Özer, 2015).

Ak ve arkadaşları (2019) yapmış oldukları makale çalışmasında ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliğine ilişkin görüşlerini ele almışlardır. Kasım 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında iki üniversite hastanesinin cerrahi birimlerinde

yapılan çalışmada 219 öğrencinin görüşleri ele alınmış ve araştırmaya konu edilmiştir. Öğrencilerin hasta güvenliğine yönelik ders aldıklarının da doğrulandığı çalışmada, ameliyat öncesinde hasta güvenliğine yönelik yaptıkları ilk üç işlemin yaşam bulgularının ölçülmesi, kimlik bilgilerinin kontrolü ve ameliyat bölgesinin doğrulanması olduğu saptanmıştır. Ancak ameliyat öncesinde ameliyata dair hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim almadıkları, daha çok teorik okul bilgileri ile ilerledikleri görülmüştür. Bu durumda ameliyatın ciddi bir tıbbi hata riskini de barındırdığı göz önüne alınarak öğrencilerin özel bir eğitim almaları gerektiği de savunulmuştur (Ak et al. 2019).

#### ***3.1.11.4.Diğer Sağlık Personelleri***

Hasta güvenliğinden hekim ve hemşireler kadar, sağlık kurumlarında çalışan diğer sağlık personelleri de sorumludur. Kurum içi sağlık sisteminin bir parçası olan sağlık personelleri, sisteme etki/katkılarıyla sistemin işleyişinde oldukça önemli bir yer edinmişlerdir. Vural ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması konusundaki bilinçlerini ölçmeyi amaçlamışlardır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarına 24 soruluk güvenlik iklimi anketi uygulanmıştır. Çalışanların %75.5'i görülen hasta güvenliği aksaklıklarının sistem hatası olduğunu ve bireylere mal edilemeyeceğini savunmaktadır. Tıbbi raporlama bilgisinin düşük olduğu kanısına varılan çalışmada yönetimin sunduğu çalışma şartlarının doğrudan çalışan personelin algısını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Vural et al. 2014).

#### ***3.1.11.5.Toplum***

Hasta güvenliğini sağlamak başta çalışma alanıyla ilgili olarak sağlık personelinin görev alanına girerken, sağlık personeli dışında hasta güvenliğinden doğabilecek zararlar düşünüldüğünde tüm toplumu etkilemesi nedeniyle toplumun da sorumluluğunda olan bir konudur. Hasta güvenliği konusunda toplumda oluşacak bilinç, bireylerin güvenlik hususuna ilişkin sorgulayıcı ve süreci değerlendirici konumda olmaları kurumlara karşı eleştirel bakış açısının ortaya çıkmasını, dolayısıyla sağlık kurumlarının ve bireylerin hasta güvenliğinin önemini idrak etmesini tetiklemektedir. Toplum, hasta güvenliğinin hem sağlayıcısı, hem de sorumlusu konumundaki yegane evreni temsil etmektedir.

### ***3.1.11.6.Hasta ve Hasta Yakını***

Hasta güvenliği konusu doğrudan sağlık kurum ve kuruluşlarını ve sağlık personelinin ilgilendiren bir konu olmasına rağmen doğrudan kişi sağlığı ve güvenliğini ilgilendirmesi sebebiyle hastaları sorumluluk bağlamında kapsayıcı bir konudur. Hasta güvenliği bir tehdit olarak doğrudan hastayı ilgilendirmektedir. Hasta güvenliğinin zedelenmesi halinde hastanın kişilik haklarından hasta haklarına kadar birçok hakkı zedelenme tehlikesi altına girer.

Hastanın tedavi sürecinde yanında olan, hastalığın sürecini yöneten her birey de hasta güvenliğinden sorumludur. Bu nedenle hasta yakınlarının da hasta güvenliği konusunda eğitim alması, disiplin ve koordinasyon ile hastaya ait tüm sağlık süreçlerinin ne şekilde yönetileceğini bilmesi önemlidir. Hasta ve hasta yakınları hasta güvenliğine ilişkin eğitim alırken önyargılardan, basmakalıp düşüncelerden arınmalı, sağlıklı bir iletişime odaklanmalıdırlar. Bu da sürece objektif bakan bir bakış açısıyla mümkündür. Hasta ve hasta yakını sağlık hizmetlerine yönelik her türlü araştırmaları yapmalı, kurumun hasta güvenliği politikalarını öğrenmeli ve sürece aktif olarak katılım sağlamalıdır. Sağlıklı bir hasta güvenliği süreci, ancak hem sağlık kurumlarının hem de hizmet alan bireylerin ortaklıklarıyla yönetilebilecektir.

Organer ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada hastalar için hasta güvenliğinin bir memnuniyet sürecinden oluştuğunu, bu sürecin özellikle etkin bir iletişim, sağlık okuryazarlığı eğitimi, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin her türlü bilgi ve araştırma güdüsüyle çalışmayı kapsayan bir süreç olduğunu belirtmektedir. Hasta kadar hasta yakınlarının eğitimleriyle şekillenen bu süreç hasta güvenliğinin temeli olarak görülmüştür (Organer et al. 2014).

### ***3.1.12.Hasta Güvenliğinin Dünyada ve Türkiye’deki Mevcut Durumuna İlişkin Veriler***

Hastaların sağlıklı bir hizmet alabilmesi adına dünyada ve Türkiye’de hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü üzerine çalışmalar yapılmakta, hastalara doğru bir hizmet sunabilmek adına hatalardan ders çıkarılması, mevcut durumun iyileştirilmesi ve sağlık kuruluşlarının daha iyi şekilde hizmet vermesi



adına çalışmalar yapılmaktadır. Özellikle içinde bulunduğumuz teknolojik çağ, her şeyin kayıt altına alınabilmesi adına kolaylık sağlamakta, kurumlara hasta güvenliğini koruma noktasında kayıt yapma fırsatı sunmaktadır. Uygulama noktasındaki eksikliklerin giderilmesi ise her şeyden evvel etkin bir denetim mekanizmasının kurulması ve ülkelerin yasalarla bu hususu destekleyici yönde politikalar gütmesiyle ilgilidir.

1999 senesinde Institue Of Medicine tarafından *To Err Is Human* adlı bir rapor yayınlanmıştır. ABD, İngiltere, Yeni Zelanda, Avustralya, Kanada ve Almanya gibi ülkeleri içeren raporda her yıl tıbbi hatalardan ötürü ölen hasta sayısı verilmiştir. İngiltere’de %22, Almanya’da %23, Yeni Zelanda’da %25, Avustralya’da %27, Kanada’da %30 ve Amerika Birleşik Devletleri’nde %34 olan bu tıbbi hataların ülke ekonomisine de zararı bulunmaktadır. Örneğin; aynı raporda Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl bu zararın 17-29 milyar dolar arasında olduğu belirtilmektedir. İlgili raporla birlikte hasta güvenliğinin sadece müşteri memnuniyeti ve kalite alanlarında değil, aynı zamanda ekonomi alanındaki önemi de anlaşılmıştır. Türkiye’de ise yapılan akademik çalışmaların ortaya koyduğu bilgiler, hasta güvenliğinin özellikle 2000’li yıllardan sonra önem kazanan bir kavram olduğunu, dijitalleşme ve teknolojinin gelişimiyle birlikte sisteme yönelik yatırımların ancak sağlıkta kontrol mekanizmasını geliştirmesiyle birlikte hasta güvenliğine yönelik profesyonel düzeyde çalışmalar yapıldığını ve bir bilincin ortaya çıkarıldığını göstermektedir.

### ***3.2.Hasta Güvenliği ve SA 8000 Standardı***

1997 senesinde CEPAA tarafından oluşturulan SA 8000 standardı birçok çalışma ve üretim alanında kalite olgusunu değerlendiren ve bu değerlendirmeleri de çok yönlü bir bakış açısıyla, bilhassa etik unsurlar çerçevesinde göz önüne alan bir standarttır. SA 8000 standardı sağlık alanında da kalite değerlendirmelerinde kullanılmakta, bu nedenle sağlıkta kalite konusunu içeren birçok konuyu da ilgilendirmektedir. Çalışmamızın bu bölümünde hasta güvenliği ve SA 8000 standardı ilişkisi ele alınacaktır.

### ***3.2.1.Hasta Güvenliği ile Kalite Standartları Arasındaki İlişki***

Bir işletmede sunulan hizmete ilişkin güvenlik önlemlerinin alınması hem hizmet kalitesini gösterirken hem de işletmenin müşterisine duyduğu saygı ve çalışma disiplininin de bir göstergesi olmaktadır. İşletmelerde sunulan hizmetin kalitesi müşterinin aynı zamanda tekrar tekrar aynı işletmeden hizmet almak adına istekli olmasına ve müşteri bağlılığına da olanak vermektedir. Bu nedenle bir işletmenin nihai amacı müşteri kazanmak ve kar elde etmek olduğu için işletme her türlü ürün ve hizmet üretiminde güvenlik standartlarını gözetmek zorundadır.

Sağlık hizmetleri, diğer tüm hizmet alanlarından farklı olarak insanlara bir ürün satma veya hizmet sunmaktan çok, insan sağlığını doğrudan ilgilendiren bir şekilde hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin konusu da hizmetten faydalanan da müşteri olarak insanın kendisidir. Bu nedenle diğer işletmelerden farklı olarak sağlık hizmetlerinde kalitenin daha yüksek standartlarda olması, insan sağlığını etkilemekte, kar ve zarar noktasında diğer işletmelerden daha farklı ve büyük bir hizmet sunmaktadır. Örneğin; bir giyim firmasından hizmet alan müşteri için kalite ürünün yapısı, sağlamlığı ve diğer fiziksel ölçütlerle ölçülebilir. Müşteri ürün kalitesinden memnun olmadığında değişim veya iade yoluna gidebilir. Ancak sağlık hizmetlerinde oluşacak bir hatanın doğrudan telafisi olmamaktadır. Bu nedenle sağlık kurumları için güvenliği sağlamak kaliteyi üst seviyede tutmanın da temel sebebi olmaktadır.

Çakır (2007) yapmış olduğu çalışmada hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemleri arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma İzmir ilindeki ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemine Uygunluk Belgesine sahip olan 6 kamu hastanesinde Ekim 2006-Ocak 2007 tarihleri arasında anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikler, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, faktör analizleri, korelasyon analizleri, T-Testi ve regresyon analizleri ile verilerin ölçümü gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hasta güvenliğine ilişkin uygun olmayan hizmet/ürün kontrolü, verilen hizmetin uygunluğunun ölçülmesi, süreç performanslarının ölçülmesi, iç tetkiklerin yapılması, hasta memnuniyetinin düzenli ölçülmesi, verilen hizmetin izlenebilirliği, düzeltici faaliyetlerin yapılması, ilaçların ve malzemelerin uygun depolanması, alınan

malzemelerin güvenliğinin sağlanması, önleyici faaliyetlerin yapılması, kullanılan araçların kalibrasyonları, sürekli iyileştirme faaliyetleri, sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi, hizmet verilen hasta ve birimlerle iletişim değişkenleri üzerinden sorular sorularak veri toplanması sağlanmıştır. Yapılan çalışma hastanelerde uygulanan ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi'nin, hasta güvenliği kültürünün oluşumunda olumlu yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir (Çakır, 2007).

### **3.2.2.SA 8000 Çerçevesinde Hasta Güvenliği**

İnsana sunulan her türlü hizmet modelinde kalite önemli olduğu gibi, özellikle insan sağlığını doğrudan ilgilendiren sağlık hizmetlerinde kalitenin önemi çok daha fazla artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin müşterisi hastalardır. Hastaların sağlık hizmetlerinden bekledikleri en önemli kalite unsuru ise kendilerine yeterli düzeyde bakılması ve sağlıklarına geri kavuşmalarıdır. Bu noktada kalite, sağlık hizmetinin insan sağlığını iyi ve olması gereken düzeye taşımasıyla ölçülmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleriyle başlayan ve ardından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle ilerleyen hizmet süreci bir bütündür. Bu süreç içerisinde hastayı sağlıklı ve olması gereken iyilik düzeyi kavuşturmak amaçlanırken, aynı zamanda da hasta güvenliğini tehlikeye atmamak da temel amaç haline gelmektedir. Nitekim sağlık hizmetlerinde kalite hastanın güvenliğini de içeren bir mevzudur. Bu süreçte hastaya zarar verecek her türlü husustan kaçınmak, gerek hastaya uygulanacak hizmetin somut, gerekse soyut yönünü ilgilendirecek şekilde güvenlik unsurunu ele almak ve düzenlemek, kalite sistemlerinin de temel gayesidir.

SA 8000; ISO 9001 ve ISO 14001 standartlarını kapsayan, aynı zamanda da ILO, BM ve birçok örgüt tarafından da kabul gören önemli bir sosyal sorumluluk standardıdır. Bu standardın işletmelerde hizmet kalitesini yükselteceği fikrinin yanı sıra, bu işletmeler içerisinde sağlık hizmeti sunan işletmelerin de başta geldiği söylenebilir. Sağlık hizmetinin en önemli unsurlarından biri hasta güvenliğinin sağlanması olup SA 8000 standardı, kapsadığı tüm konularla birlikte sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin sağlanmasına da katkı sağlamaktadır.

Hipokrat'tan itibaren sağlık hizmetlerinde öncelikle hastaya zarar vermeme unsuru göz önüne alınmıştır. Hatta Hipokrat döneminde Latince "*primum non*

*nocere*” şeklinde ifade edilen hastaya zarar vermeden tedavi etme unsuru, günümüze kurumların benimsemesi gereken temel kültür unsurlarının başını çekmektedir. İnsanoğlunun inanç, yetenek, bilgi ve diğer özellikleriyle birlikte birbirinden farklı ve karmaşık yapısı, her çalışma alanına etki edeceği gibi sağlık hizmetlerine de etki etmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin doğrudan konusu insan ve insan sağlığı olduğu için geri dönülmez sonuçların ortaya çıkması ve zararın büyüklüğü göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinde çalışan personelin daha özenli olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. İşte bu gereklilik çerçevesinde kalite standartları belirlenmiş, bu standartlar üzerinden kurumların, bilhassa sağlık kurumlarının çalışma sistemi düzenlenmiştir.

Hasta güvenliği kültürü doğrudan sağlık kurumlarının çalışma disiplini ve kurum kültürüyle ilgili bir dinamiktir. Bir sağlık kurumunun hastaya verdiği değer, bu değerın kurumun çalışma sisteminde disiplinden eyleme geçen her türlü faaliyet alanına yansımaktadır. Sağlık kurumları kurum kültürünü ve hizmet kalitesini artırmak istediklerinde öncelikle kurumun hizmet verdiği ana özne olan hastanın güvenliğini ilgilendiren her türlü hususu düşünmelidirler. Bu noktada SA 8000 standardı içerdiği dokuz maddeyle birlikte hasta güvenliğini çok yönlü şekilde ele almaktadır.

SA 8000 standardı hizmet üretimi ve sunumunda etik ilkeleri göz önüne alan bir standarttır. Bu standart kapsamında çocuk işçilik, zorla çalışma ve çalıştırılma, sağlık ve güvenlik, sendika özgürlüğü ve toplu sözleşme hakkı, ayrımcılık, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri, ücretlendirme ve yönetim sistemleri konularına yer verilmiştir. Bu konuların etik yönü, sağlık kurumlarındaki etik çalışma ilkelerini düzenleyici, kurumların hizmet sunduğu temel öge olan insana ve insan sağlığına ayrıca değer verici özelliktedir. SA 8000 standardı ile birlikte bir sağlık kurumunda doğrudan ve dolaylı olarak hastanın güvenliğini etkileyecek her türlü husus göz önüne alınmış, etik yönden değerlendirilecek duruma gelmiştir.

### ***3.2.3.SA 8000’in Hasta Güvenliğine Yönelik Getirdiği Yenilikler***

Üçüncü taraf doğrulama standardı olan ve denetleyiciliği büyük oranda kabul gören SA 8000 standardı kalite standartlarında sorunların belirlenmesinden, uygulanacak politikaların ve planlamanın yerine getirilmesine değin birçok aşamayı kapsayan bütünleştirici bir kalite standardıdır. Henüz Türkiye başta olmak üzere

birçok ülkede yeni olan bu standardın çevre, işgücü, rekabet koşulları gibi iş sahasında var olan tüm dinamikleri göz önüne alarak oluşturulan yapılanması çok yönlülüğünü de ortaya koymaktadır. SA 8000 kendisinden önceki ISO 9000 ve ISO 14000'i de kapsayan ve bu standartlardan farklı olarak iş sürecine, taşeronlaşmaya ve işçi haklarına büyük çerçeveden bakmayı amaçlayan bir standarttır.

SA 8000'in diğer kalite standartlarıyla karşılaştırmasını içeren başlıkta da verildiği üzere, SA 8000 standardı ISO 9000 ve ISO 14000'i kapsayıcı bir standart olmakla birlikte, bu standartlara da daha geniş ölçüde bir bakış açısı getirmiştir. ISO 9000 ve ISO 14000 standardının müşteri merkezli, kurum içi liderlik ve sürekli gelişme gibi kavramları gibi odak merkezli kavramları, SA 8000 standardında ise daha da genişleyerek prensiplerini dünya genelinde İnsan hakları, işçi hakları gibi konuları da içine alacak şekilde oluşturmuştur. Bu açıdan SA 8000 standardı hem bu iki standarda göre daha geniş kapsamlı, hem de kaliteye yönelik yenilikler getiren bir standarttır. Konumuz kapsamında hasta güvenliği göz önüne alındığında SA 8000 standardının hastanelerin işleyişinden, doğrudan ve dolaylı olarak hasta güvenliğini ilgilendiren her türlü konuda da yenilikler getirdiği görülecektir. Bu yenilikleri SA 8000'in kapsadığı konular bakımından ele almak yerinde olacaktır.

SA 8000 standardının ele alınması gereken ve hasta güvenliği açısından önem arz eden ilk belirleyici konusu “çocuk işçilik” üzerinedir. 4857 sayılı Türk İş Kanunu'nda da yer aldığı üzere 15 yaşını doldurmamış her birey çocuktur ve çocuk işçi çalıştırmak gerek çocuğun fiziksel gerekse ruhsal gelişimi adına risk arz ettiği için yasaktır. Eğer yine de çalışmaları hususu gündemde ise ancak ve ancak hafif işlerde çalıştırılabilirler. Bu noktada çocukluk döneminin bir eğitim ve gelişim dönemi olduğu göz önüne alınır ve çocuğun bu dönemi olduğu gibi geçirmesi, aynı zamanda da gelişimini sağlıklı tamamlaması adına ağır işlerde çalışması yasaklanmıştır. Bununla birlikte hafif işlerde çalıştırılacak çocukların da çalışma saatleri de günde yedi, haftada ise otuz beş saat ile sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırmaların göz önüne alınarak hasta güvenliği açısından SA 8000'le birlikte göz önüne alınan çocuk işçi mevzusunun, temelde çocuğu korumakla birlikte sağlık kurumlarında yaşanacak temel çalışma sorunlarının doğrudan hastayı ilgilendiren bölümünün de önüne geçtiği görülecektir. Sağlık kurumlarında çocuk işçi çalıştırılması yapılan işlerin verimsiz, sağlıksız ve güvenilirlik düzeyinin sorgulayıcı olmasına sebebiyet verecektir. Bu açıdan SA 8000, hasta güvenliğini korurken sağlık

kurumlarında çalışan profiline getirdiği bakış açısıyla diğer kalite standartlarından da ayrılmaktadır.

ISO 9000 ve ISO 14000 standartları kurum içerisindeki çalışanlar ekip olma ve liderlik yönünden birçok durumunu göz önüne alan standartlar olmakla birlikte, kurum içi çalışma ortamının sağlıklı ve güvenliğini ele alan ve sorgulayan bir standart oluşturmamaktadırlar. SA 8000 ise sağlıklı ve güvenli çalışma ortamına ilişkin ayrıcalıklı bir düzen getirmeyi amaçlamakta; kurumların işyeri alanının sosyal ilişkilerinden çalışma düzenine kadar birçok hususu denetleyerek kalitelerini belirlemektedirler. Bir kurumda sağlıklı ve güvenli ortamda çalışma; kurum çalışanlarının eğitilmesi, mesleki risklerin aza indirilmesi, kurum içi bilinçlendirmenin bir sürece yayılması, çalışanların görev tanımlarına uygunluğu, iş sağlığı ve güvenliği süreçlerine önem verilmesi gibi birçok konuyu kapsamaktadır. SA 8000 ilkesi çerçevesinde sağlık kuruluşlarında bu detaylara önem verilmesi, hastaların sağlıklı ve güvenli ortamda hizmet almalarını sağlamaları yönünden önemlidir. Diğer kalite standartlarıyla SA 8000'in kriterleri kıyaslandığında, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının öneminin göz önüne alınmasının bir yenilik olduğu görülecektir.

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın zorunlu sonucu, çalışma ortamında çalışan personelin işe uygunluğu, işi severek yapması ve işine sadık şekilde çalışmasıdır. Bir işyerinde zorla çalıştırılan personelin işi bir gereklilik unsuru olarak ele alması olağandır. SA 8000 standardı bu çerçevede zorla çalıştırılma hususuna yer vermiş, insan hakları çerçevesinde hiçbir bireyin zorla çalıştırılmayacağından hareketle kalite çerçevesine bu konuyu da dâhil etmiştir.

SA 8000 standardı içerisinde çalışan haklarını koruyucu şekilde sendika özgürlüğü ve toplu sözleşme hakkı da bulunmaktadır. Bir kurumda çalışan kişilerin kendi seçtikleri sendikalara katılmaları, toplu şekilde haklarını korumaları önemlidir. Kalite standardı çerçevesinde çalışana verilen bu hak ve hakkın kalite göstergesi olarak yer alması sağlık kurumlarında hasta güvenliğinde çalışan personelin haklarının da ne denli önemli olduğunu göstermesi adına önemlidir.

İşyerlerinde çalışanlara yönelik ayrımcılık konusu da SA 8000 çerçevesinde yer almaktadır. Bir işyerinde çalışanlara yönelik fiziksel sebepler, cinsiyet, işe alınma, işi sürdürme ve diğer aşamalarda yapılacak her türlü ayrımcılık doğrudan

çalışanı etkilediği gibi, çalışma ortamının da huzur ve sağlığını bozmakta ve çalışma ortamına zarar vermektedir. Çalışanların çalışma ortamından verim almasını engelleyen bu durum sebebiyle hasta güvenliği de tehlikeye düşebilmektedir. SA 8000 standardıyla göz önüne alınan bu konu, hem çalışanın bir değer olarak görülmesi noktasında kurum kalite ve prestijini artırmakta, hem de hasta güvenliğini sağlayıcı rol üstlenmektedir.

Kurum içi çalışma kültürünü düzenleyen bir başka konu disiplindir. Çalışma ortamının sağlık ve güvenliğinin soyut bahsini oluşturan disiplin, kurumdaki çalışma düzeninde çalışanlar arasında ve kurum içi hiyerarşide zihinsel zorlanmanın önüne geçen, aynı zamanda kurumdaki ceza ve ödül sistemini de doğru şekilde değerlendiren bir husustur. Disiplin uygulamalarına gerekli önemin verilmesi kurum kültürünü yükseltici rol üstlenmektedir.

SA 8000; ücretlendirme ve çalışma saatleri gibi işyerlerindeki mevcut düzeni denetleyici ve iyileştirici iki önemli konuyu da kapsamaktadır. İşyerinde sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı, aynı zamanda çalışanların verimli çalışmalarlarıyla birlikte oluşmaktadır. Çalışma ücretlerinin tatmin edici olması, çalışma saatlerinin yasal sürelerde ve çalışanın fiziksel ve zihinsel sağlığını tehlikeye atacak düzeyde olmaması çalışanların daha verimli şekilde çalışmalarını sağlarken, aynı zamanda hasta güvenliğini de sağlayıcı destekleyici unsurlar olarak görülebilir. Bu iki konu, daha evvel kalite sistemleri içerisinde yer almamakla birlikte, SA 8000’le beraber geliştirilen ve göz önüne alınan konulardır.

Son olarak diğer kalite sistemleri içerisinde yer almakla birlikte SA 8000 içerisinde standart hesap verilebilirlik açısından daha da geliştirilen unsurların başında yönetim sistemleri gelmektedir. Yönetim sistemlerinde yapılan iyileştirmeler kurum içi personel seçiminden eğitimine, sunulan hizmetin kalitesini düzenleyici ve iyileştirici hususları içererek hasta güvenliğine yenilikler getirmiştir.

## **BÖLÜM 4: SA 8000 STANDARDINA İLİŞKİN TÜRKİYE'DE YAPILAN TEZ ÇALIŞMALARININ BİBLİYOMETRİK ANALİZİ**

Kalite standartları, kurumların ve kurum disiplinlerinin kalitesini ölçmek ve kurumlardaki kalite standartlarını kendi mevzuatları çerçevesinde ele almak adına oluşturulmaktadır. SA 8000 standardı da bu çerçevede oluşan, ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Standardı ve ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi Standardını örnek olarak Ekim 1997 senesinde CEPAA tarafından tamamlanan ve piyasaya sürülen bir kalite standardıdır. Dört bölümden oluşan bu standardın, diğer kalite standartlarından en önemli farkı, kalite yönetimine etiklik ilkesi getirmesidir. Bu tez çalışmasında SA 8000 Standardının Türkiye'deki işleyişine ilişkin yapılan Türkiye içindeki tez çalışmaları konu edilmiştir. Araştırmanın bu aşamasına kadar kalite sistemleri, sosyal sorumluluk, sağlıkta kalite, SA 8000 kavramları ve bu kavramlarla yakın ilişkili kavramlar üzerinden literatür sunumu yapılmıştır. Tez çalışmamızın üçüncü bölümünde ise Türkiye'de yapılan tez çalışmalarının (Yüksek Lisans-doktora ve tıpta uzmanlık çalışmaları) bibliyometrik analizi sunulacaktır.

### **4.1.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada WHO, ILO, Birleşmiş Milletler ve daha birçok uluslararası kuruluşun gözettiği ilkeler neticesinde CEPAA tarafından 1997 senesinde oluşturulan SA 8000 standardına ilişkin genel literatür sunulmuştur. Çalışmanın bu aşamasında *sağlıkta kalite, hasta güvenliği, sosyal sorumluluk* ve SA 8000 olmak üzere bu dört kavramı içeren tezler göz önüne alınarak Türkiye'de ilgili konularda hazırlanan çalışmaların bibliyometrik analizi yapılmıştır. Çalışmanın temel amacı SA 8000 standardına ilişkin yapılan Türkiye'deki çalışmaların değerlendirilmesi, mevcut durumun analiz edilmesidir.

### **4.2.Araştırmanın Önemi**

Bu çalışma etiklik ilkesini göz önüne alarak hazırlanan SA 8000 standardının Türkiye'deki Yüksek Lisans, tıpta uzmanlık ve doktora çalışmaları düzeyinde ne şekilde ele alındığını ortaya koyması, hasta güvenliği-sağlıkta kalite ve sosyal sorumluluk gibi üç temel kavram çerçevesinde de araştırmalara konu olma



durumunun incelenmesi ve Türkiye’de bu konuda yapılan çalışmalar konusunda önemli bir indeks sunması adına oldukça önemli ve değerlidir.

#### **4.3.Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları**

Bu çalışma kapsamında SA 8000 standardının hasta güvenliğiyle ilişkisi ele alınmış ve bu kapsamda detaylı bir literatür çalışması sunulmuştur. Çalışmanın üçüncü bölümü bibliyometrik analize ayrılmış; bu bölümde ise yapılacak araştırmada sağlıkta kalite, hasta güvenliği, sosyal sorumluluk ve SA 8000 kavramlarıyla ilgili Türkiye’de yapılan Yüksek Lisans, tıpta uzmanlık ve doktora düzeyindeki çalışmalar ele alınmıştır. Araştırma Türkiye’de hazırlanan çalışmalarla sınırlandırılmıştır.

#### **4.4.Araştırmanın Yöntemi**

*Bilim*; yöntemle elde edilen ve uygulamayla doğrulanan, her zaman ve her yerde genel geçerliliği olan bir bilgi bütünüdür. Bilim insanlığa hizmet etmek adına vardır. Bu hizmet süreci *bilimsel iletişim* ile mümkündür ki, bunun da sağlayıcısı dergiler ve kitaplardır. Dergi ve kitaplar bilimsel çalışmaların yayımlandığı, halka ve bilim âlemine sunulduğu, aynı zamanda derlendiği alanlardır. Bilimsel çalışmalar bu alanlarda gelişigüzel şekilde yer almaz; çalışmaların yöntem, içerik, ifade ve düzen açısından belli bir tutarlılığı bulunmaktadır. Hem kitap ve dergilerin niteliğini artıran, hem de çalışmaların kayıt altına alınmasını kolaylaştıran bu sistem tek başına ülkelerde ve dünyada bilimsel çalışmalar adına gelinen aşamanın da kaydedilmesini ve istendiğinde gün yüzüne çıkarılmasını da sağlamaktadır (Köksoy, 1997, s. 2).

*Bibliyometri*; kitap, makale ve diğer türden yayınları analiz etmek adına kullanılan bir yöntemdir. İstatistik kökenli bu yöntemde, kütüphane ve bilgi bilimi alanında sıkça kullanılmakta, bilimsel dokümanların mevcut durumuna ilişkin araştırmaların boyutunu göstermektedir. Bibliyometrik analizde; çalışmaların atıf analizi, ortak atıf analizi veya bilgi ürünlerinin mevcut durumu araştırılabildiği gibi aynı zamanda da kişi ve kurumların mevcut verimliliğini ölçmek adına da çalışmalar yapılabilir (Kozak, 2003, s. 152).

*Bibliyometri* (bibliometrics), *bilimetri* (scientometrics) ve *enformetri* (informetrics) birbiri ile yakın ilişkili olan ve bu nedenle sıklıkla karıştırılan terimlerdir. Bilim sosyolojisinin bir parçası olan *bilimetri*, bilim politikası oluşturma

ve geliştirmeye yönelik çalışmaları ifade etmek adına kullanılan bir kavramdır. *Enformetri* ise her türlü formdaki bilginin sayısal halini ifade etmek adına kullanılmaktadır. Bu nedenle sadece belge ve bibliyografyalarda kullanıldığı düşünülmemelidir. Kaynak analizinde kullanılan biliyometri ile karıştırılan bu iki kavram, bibliyometriye hizmet etmekte, ancak bununla birlikte diğer analiz yöntemlerinde de yer almaktadırlar. Bilhassa enformetri, bibliyometri ve bilimetriyi de kapsamaktadır.

Bibliyometrik çalışmaların yapılabilmesi adına araştırmacının göz önüne aldığı sorular olması gereklidir. Bu sorulardan bazıları; “hangi dergilerde basılıyor?”, “kişi başına düşen makale sayısı?”, “yıllara bağlı olarak yayın sayısı?”, “okullara göre atıf sayısı?”, “alanlara göre sıralamalar?” şeklinde dir. Bu sorularla birlikte araştırmacı çalıştığı alan/alanları veya göz önüne aldığı eserleri doğru şekilde analiz edebilecektir. Bibliyometrik analiz sürecinde araştırmacı sorduğu soruların yanıtını – doğru şekilde- alabilmek için çalışmaları doğru şekilde değerlendirmeli, gerekli veri tabanlarını taramalı, çalışmaları belli özelliklerine bağlı olarak kategoriye ayırabilmelidir. Bilhassa bibliyometrik çalışmalarda atıf analizi yaparken oldukça dikkatli olunmalıdır. Bir makalenin yanlış nedenlerle atıf yapılması, bir yazarın kendi makalesine atıf yapması, potansiyel hakemleri memnun etmek adına atıf yapılması gibi durumlar analizin gerçek verilere dayanmasını güçleştirse de araştırmacı – yapabiliyorsa- bu durumları da göz önüne alarak araştırmasında bilhassa belirtmelidir (Kozak, 2003, s. 158).

Bibliyometrik analiz çalışmaları dünyada sıklıkla yapılan çalışmalar olmakla birlikte Türkiye için yeni bir çalışma yöntemi olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye’de bibliyometrik çalışmalar daha çok 1990’lı yıllardan sonra artmaya başlamıştır. İlk bibliyometrik alışma Ahmet Kemal zinn tarafından yapılmış olup, “*Growth in Turkish positive basic sciences*” adındaki bu çalışmada, zinn Türkiye’deki temel bilimler (astronomi, biyoloji, fizik, kimya, matematik ve yer bilimleri) alanındaki çalışmaların verimliliklerini ölçmüştür. 90’lı yıllarla birlikte yoğunlaşan bibliyometrik çalışmalarda bilhassa Türkiye’nin belirli bilim dallarındaki üretkenlik durumunu ölçmek adına çalışmalar yapılmıştır. Örneğin; Yurtsever ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada sağlık bilimleri, mühendislik ve temel bilimlerde Türkiye’nin uluslararası atıf dizinindeki yeri 27 yıllık (1973-1999) veriler

ışığında ölçmeyi ve sağlıklı değerlendirmelerde bulunmayı amaçlamışlardır (Al ve Tonta, 2004, s. 2).

Türkiye’de bibliyometrik araştırmalar genellikle bir çalışma alanındaki verimliliği ölçmek, ilgili alandaki mevcut durumu ortaya çıkarmak ve gelişim adına neler yapılabileceğini belirlemek adına yapılmaktadır. Bu yaklaşımla birlikte herhangi bir disiplin alanına ait özel terimlerin üzerine yapılan çalışmalar ulusal düzeyde ele alınabilir; veriler küresel ölçekteki verilerle karşılaştırılarak değerlendirilebilir. Hazırlanmış olduğumuz tez çalışmasındaki bibliyometrik analizin temel amacı da Türkiye’de SA 8000 kapsamında yapılan çalışmaların mevcut verimliliğini ölçmektir. Bu amaçla YÖK’ün tez veri tabanı olan yoktez.gov.tr üzerinden 2020 yılına değin yapılan yüksek lisans, uzmanlık ve doktora alanındaki tez çalışmaları taranmış; bu tarama sırasında sağlıkta kalite, hasta güvenliği, sosyal sorumluluk ve SA 8000 kavramları göz önüne alınmıştır. Yapılan bibliyometrik analiz çalışmasında kullanılan anahtar kavramlar hem 2020 yılına değin Türkiye’de hazırlanan tez çalışmalarında sağlık alanındaki kalite ve sosyal sorumluluk bilincine yönelik çalışmaların seyrini gösterecek türden seçilmiş, hem de hasta güvenliği kapsamında sağlık kuruluşlarının bir işletmeden farklı şekilde göz önüne alınıp değerlendirildiği çalışmaları ortaya çıkaracak şekilde seçilmiştir. Yapılan çalışmanın temel amacı ülkemizde yeni bir konu olan SA 8000 standardının hasta güvenliği ile ilişkisini ortaya çıkarmak iken, aynı zamanda dolaylı yoldan sosyal sorumluluk ve kalite sistemlerini de içine alacak şekilde detaylı bir araştırma üzerinden temellendirilmesi amacı güdülmüştür. Çalışmamızda yapılan bibliyometrik araştırmada sağlıkta kalite, hasta güvenliği, sosyal sorumluluk ve SA 8000 üzerinden yapılan çalışmalar tespit edilmiş; üniversitelere (devlet –vakıf üniversiteleri), çalışma düzeylerine (yüksek lisans, uzmanlık, doktora), çalışma alanlarına (İşletme, sağlık vb.) ve çalışma yapılan alanların yoğunluğuna bağlı değerlendirmeler yapılmıştır. Çalışmanın sonunda Türkiye genelinde diğer kalite standartları da göz önüne alınarak SA 8000 standardının mevcut durumu ve geleceğine yönelik sonuç ve öneriler sunulmuştur.

#### **4.5. Verilerin Toplanması**

SA 8000 standardının hasta güvenliğiyle ilişkisini ele alan bu çalışmada veriler YÖK'ün tez veri tabanı üzerinden toplanmıştır. Çalışmaya konu olan tez çalışmaları yoktez.gov.tr üzerinden edinilirken, erişim izni olmayan çalışmalara ise TUBESS üzerinden erişim sağlanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında sağlıkta kalite, hasta güvenliği, sosyal sorumluluk ve SA 8000 standardına ilişkin anahtar kelimeler üzerinden araştırma yapılmıştır. Bu şekilde araştırma yapılmasının yanı sıra arama terimlerine ekler de eklenmiş, detaylara erişme amacı güdülmüştür. Dolayısıyla araştırmalar çalışma sahibi tarafından online mecralarda yürütülmüştür.

#### **4.6. Bulgular ve Yorumları**

SA 8000 kalite standardı, Türkiye açısından henüz yeni bir standart olduğu için üzerine yapılan akademik çalışmalar da sınırlı sayıdadır. YÖK'ün tez veri tabanı olan Tez Merkezi'nde SA 8000 üzerine şu ana dek toplam dokuz tez kaydedilmiştir ve bu tezlerin tümü yüksek lisans derecesindedir. Niceliksel bir dağılım yapıldığında ise toplamda dört tez İşletme alanından, diğerleri ise Turizm, İstatistik, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Halkla İlişkiler, Endüstri ve Endüstri Mühendisliği alanlarındandır. Yani Sağlık alanından henüz akademik bir çalışma yapılmamıştır. Ancak tez olarak bir çalışma yapılmamakla birlikte SA 8000'in sağlık işletmelerindeki önemini ortaya koyan makale çalışmaları ise hali hazırda bulunmaktadır.

Çalışma kapsamında bulgular ve bulgulara ilişkin yorumlar; *sağlıkta kalite, hasta güvenliği, sosyal sorumluluk* ve *SA 8000* başlıkları altında sunulmuştur. YÖK'ün tez veri tabanından alınan Türkiye'deki yüksek lisans, doktora ve uzmanlık çalışmalarını içeren bulgular, bu bölümde bibliyometrik analizle yorumlanacaktır.

## Sağlıkta Kalite;

Sağlık kurumları doğrudan insanı ve insan sağlığını konu alan işletmeler olduğu için bu kurumlardaki kalite anlayışı da diğer kurumlara oranla çok daha mühim hale gelmektedir. Sağlık kurumlarından hizmet alan hastaların temel gayesi iyileşmek, mevcut sağlık durumlarını daha iyi hale getirmektir. Bu durumun temel sağlayıcısı ise sağlık hizmetlerinin işlevselliği ve verimliliği ile ilgili olup, doğrudan kalite sistemlerini ilgilendirmektedir. Sağlıkta kalite, eldeki profesyonel bilgi ışığında arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşmak adına sağıktaki hizmet sunumunu olabildiğince kaliteli hale getirmeyi ifade etmektedir.

YÖK TEZ veri tabanında sağlıkta kalite konusuyla ilgili toplam 14 tez bulunmaktadır. Bu tezlerin tamamı Yüksek Lisans düzeyde olup, 2009-2020 seneleri arasında çalışılmıştır. En fazla çalışma 2018-2019 senelerinde hazırlanmıştır.

Tablo 21. Sağlıkta Kalite Konusuna İlişkin Türkiye’deki Tezlerin Dağılımı (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

	Derece	Yıl ve Sayı	Çalışma Alanı
Sağlıkta Kalite Konusuna İlişkin Yazılan Tezler	Yüksek Lisans	2020 (1)	Hastane İşletmeciliği
		2019 (8)	Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon (2)
			Sağlıkta Kalite Yönetimi (3)
			Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (1)
		2018 (3)	İşletme (2)
			Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon (2)
2017 (1)	Sağlık Yönetimi (1)		
	Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon (1)		
2009 (1)	Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon (1)		

Tablo 1’de görüldüğü üzere sağlıkta kalite konusunda hazırlanan çalışmalar çoğunlukla 2019 senesinde yapılmıştır. 2019 senesine yapılan çalışmaların sayısı 8’dir. Bu sene içerisinde yapılan çalışmalardan 2’si Sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyon, 3’ü sağlıkta kalite yönetimi, 1’i hastane ve sağlık kurumları yönetimi, 2’si ise İşletme alanında hazırlanmıştır.

- 2020 senesinde Gazi Üniversitesi Hastane İşletmeciliği bilim dalından Gülşen Çelik’in hazırlamış olduğu “Sağlıkta kalite yönetimi bağlamında çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algıları: Özel ve kamu hastaneleri karşılaştırması” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Ankara ili Keçiören ilçesinde bulunan bir özel hastane bir de kamu hastanesinde çalışan personele hasta ve çalışan güvenliği kültürünü ölçmeye yönelik anket çalışması uygulanmıştır. Yapılan çalışma sonucunda kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının özel hastane çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- 2019 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi’nden Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim dalından Birsen Alptekin tarafından hazırlanan “Sağlıkta kalite standartları versiyon 5’i uygulayan Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü 371 hastaya yapmış olduğu anket çalışmasında hastaların memnuniyet düzeyini araştırmıştır. SKS V5.1 Kalite sistemi kullanılan hastanede hastaların yeterli düzeyde hizmetlerden memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- 2019 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi’nde Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon anabilim dalında Huriye Doğru tarafından hazırlanan “Sağlıkta kalite standartları (SKS) hastane (versiyon 5) yeni doğan yoğun bakım ünitesi standartlarının çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: Diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi örneği” başlıklı tez çalışmasında Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde çalışan toplam 73 hemşire ve hekime anket çalışması uygulanmıştır. Uygulanan çalışma sonucunda çalışanların yenidoğan

ünitesindeki standartlar konusunda bilinçli oldukları, toplam çalışma süreleri arttıkça bu bilinçlilik düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşmıştır.

- 2019 senesinde İstanbul Okan Üniversitesi'nde Sağlıkta Kalite Yönetimi bölümünden Yıldız Öztürk tarafından hazırlanan "Sağlıkta kalite göstergelerinden ventilatörle ilişkili pnömoni enfeksiyonlarının maliyet analizi" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında 01 Ocak 2015 ve 31 Aralık 2018 yılları arasında VİP enfeksiyonu gelişen 37 hasta ve bu hastalarla birebir eşleştirme yöntemi ile seçilen VİP gelişmeyen 37 hasta göz önüne alınarak enfeksiyonların maliyet analizi çıkarılmıştır. Çalışma sonucunda VİP enfeksiyonunun yatış gün sayısı, mortalite oranı ve maliyetler üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- 2019 senesinde İstanbul Esenyurt Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı / Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bilim dalından Ali Fuat Hupal tarafından hazırlanan "Sağlıkta kalite standartlarına yönelik uygulamaların, sağlık çalışanlarının kalite algılarına etkisi (Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi örneği)" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde 01.05.2019-30.06.2019 tarihleri arasında çalışan personele anket uygulanmış, elde edilen bulgular doğrultusunda çalışanların hizmet kalitesi algısında hizmet kalite algılarında yaş, unvan/görev ve kurumda çalışma süresine bağlı anlamlı farklılıklar olduğu ortaya çıkarılmıştır.
- 2019 senesinde Ege Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalından Tuğçe Yeşilyaprak tarafından hazırlanan "Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve sağlık kalite göstergeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı tez çalışmasında Kasım 2018 - Şubat 2019 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım

Ünitesinde çalışan hemşirelere hasta güvenliğine yönelik anket çalışması yapılmıştır. Araştırmaya katılan 113 hemşireden alınan yanıtlar doğrultusunda bulgular değerlendirilmiş ve hasta güvenliği kültürü ile sağlık kalite göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- 2019 senesinde İstanbul Okan Üniversitesi Sağlıkta Kalite Yönetimi anabilim dalından Derya Konaçoğlu tarafından hazırlanan “Hastanelerde bilgi yönetim sistemlerinin Sağlık Bakanlığı Sağlık Kalite Standartları yönünden değerlendirilmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kamu, özel ve üniversite hastanelerinde çalışan kalite yönetim direktörlerine online anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonucunda hastane bilgi yönetim sistemi özelliğinin hizmet sunum kalitesine etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır.
- 2019 senesinde Ankara Hacıbayram Veli Üniversitesi İşletme bilim dalından Abdoul Kader Amadou Issa tarafından hazırlanan “Hizmet yönetimi ve sağlık kalitesi: Niamey hastanesinde servqual analizine yönelik bir uygulama” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Niamey hastanesinden hizmet alan toplam 200 hasta ve hasta yakınları üzerinde çalışmasını gerçekleştirmiştir. Anket yanıtları Servqual skorları neticesinde değerlendirilmiş, Niamey Hastanesi beklentileri karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır.
- 2019 senesinde Beykent Üniversitesi'nde İşletme Yönetimi bilim dalından Fatma Meltem Yurtseven tarafından hazırlanan Yüksek Lisans “T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan sağlıkta kalite standartları hastane versiyon 5 (Sks-hastane v5)'in efqm mükemmellik modeli (Efqm mm) ile karşılaştırılmasına yönelik durum çalışması” başlıklı Yüksek Lisans çalışmasında 3 kamu hastanesinin üst düzey yöneticileri olan 9 kişi ile görüşme yapılmış, görüşme sonucunda SKS Hastane V5 değerlendirmesine göre 100 üzerinden 94-97 puan aralığına sahip üç hastane, EFQM Mükemmellik Modeli puanlandırmasına göre 301-304 aralığında puanlar almıştır.
- 2018 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalından Tuğba Eker tarafından hazırlanan “Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde görev alan eczane çalışanlarının sağlıkta kalite standartları-hastane kapsamına göre ilaç yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında



Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Hastanesi'nde 54 hastane çalışanına yönelik anket çalışması uygulanmış, yapılan çalışmayla ilaç yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini ölçme amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda öğrenim durumu ve eczane tecrübesine bağlı olarak ilaç yönetimi konusunda bilinçliliğin arttığı, dolayısıyla bu özelliklere sahip kişilerin sağlıkta kaliteyi yükselttikleri sonucuna ulaşılmıştır.

- 2018 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon anabilim dalından Ceylan Merve Binici tarafından hazırlanan “Randevu sistemlerinin müşteri memnuniyeti ve sağlıkta kalite açısından önemi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında İzmir il merkezinde bulunan III. Basamak Sağlık Hizmeti Kuruluşu olan bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyeti anket ile ölçümlenmiş, anket sonuçlarına bağlı olarak cinsiyet, yaş, meslek seçimi, eğitim durumu ve gelir durumu gibi unsurlar göz önüne alındığında müşteri memnuniyetinin değiştiğini, dolayısıyla sağlıkta kalite algısının da değiştiği belirtilmiştir.
- 2018 senesinde Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi anabilim dalında Ömer Çelik tarafından hazırlanan “Hastanelerde uygulanan sağlıkta kalite standartlarının sağlık hizmet kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi: Konya örneği” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Konya merkezinde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerinin direktörleri üzerine bir araştırma hazırlanmış, bu çalışmada sağlıkta kalite standartlarına bağlı olarak hizmet kalitesinin etkisini ölçmeyi amaçlamıştır. Çalışma sonucunda sağlıkta kalite sistemi uygulamalarının sürekli bir hizmet iyileştirmesi sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.
- 2017 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim dalından Ahmet Çağdaş Acara tarafından hazırlanan “Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi acil servis birimi'ne başvuran hastaların tanı, takip ve tedavi işlemlerinin sağlıkta kalite standartlarına göre değerlendirilmesi: Geriatrik hasta grubu örneği” başlıklı Yüksek Lisans çalışmasında ilgili hastaneye 1 Aralık 2015-1 Ocak 2016 tarihleri arasında başvuran 400 hasta dikkate alınmış, hastaların çoğunlukla ilköğretim eğitimi aldıkları, bu nedenle tüm sürecin hastalara detaylı şekilde aktarıldığı, sağlıktaki kalitenin gösterilen bu detaylı ilgiyle birlikte değerlendirildiği sonucuna varılmıştır.

- 2009 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim dalından Tonay İnceboz tarafından hazırlanan “Sağlıkta kalite uygulamaları ve ISO 15189:2007 (Tıbbi Laboratuvarların Akreditasyonu) akreditasyon uygulamalarının öncesi ve sonrası karşılaştırılması” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında DEÜ Hastanesi Merkez Laboratuvarının, Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde ISO 15189:2007 Akreditasyon sürecinde hangi aşamalardan geçtiğine ilişkin karşılaştırma çalışması yapılmış, sonuçlar raporlanmıştır.

Tablo 22. Sağlıkta Kalite Konusuna İlişkin Türkiye’de 2009-2020 Seneleri Arasında Hazırlanan Tez Çalışmalarında Elde Edilen Sonuçlar (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

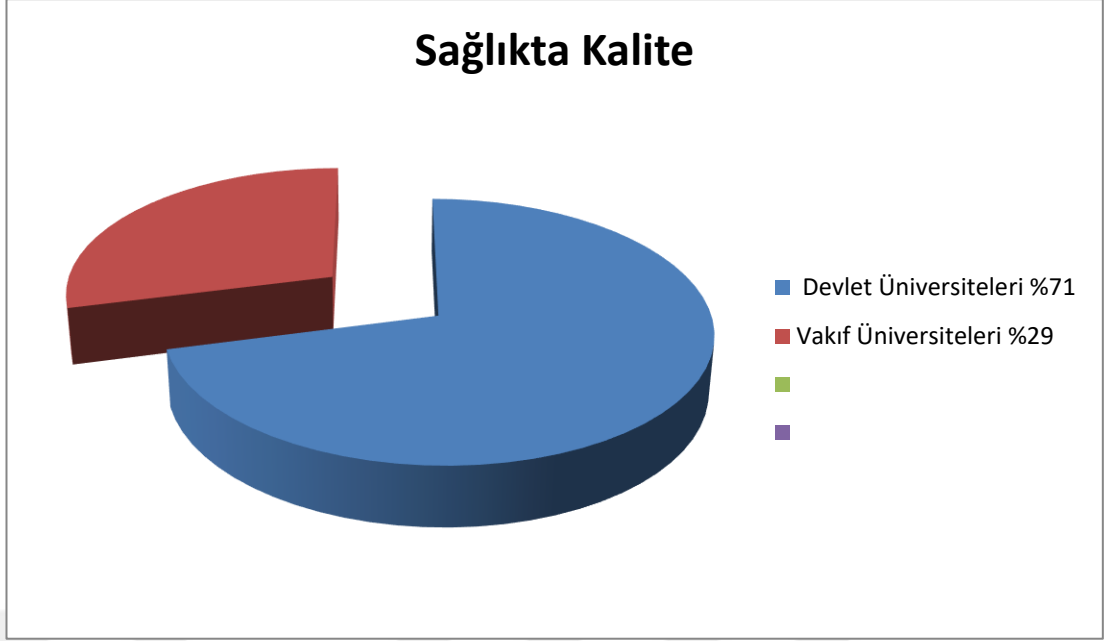
Yıl	Tez Adı	Tez Sonucu
2020	Sağlıkta kalite yönetimi bağlamında çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algıları: Özel ve kamu hastaneleri karşılaştırması	Çalışma sonucunda kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının özel hastane çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
2019	Sağlıkta kalite standartları (SKS) hastane (versiyon 5) yeni doğan yoğun bakım ünitesi standartlarının çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: Diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi örneği	SKS V5.1 Kalite sistemi kullanılan hastanede hastaların yeterli düzeyde hizmetlerden memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır
2019	Sağlıkta kalite standartları (SKS) hastane (versiyon 5) yeni doğan yoğun bakım ünitesi standartlarının çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: Diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi örneği	SKS Hastane V5 değerlendirmesine göre 100 üzerinden 94-97 puan aralığına sahip üç hastane, EFQM Mükemmellik Modeli puanlandırmasına göre 301-304 aralığında puanlar almıştır.
2019	Sağlıkta kalite göstergelerinden ventilatörle ilişkili pnömoni enfeksiyonlarının	VİP enfeksiyonunun yatış gün sayısı, mortalite oranı ve maliyetler üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

	maliyet analizi	
2019	Sağlıkta kalite standartlarına yönelik uygulamaların, sağlık çalışanlarının kalite algılarına etkisi (Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi örneği)	Çalışanların hizmet kalitesi algısında hizmet kalite algılarında yaş, unvan/görev ve kurumda çalışma süresine bağlı anlamlı farklılıklar olduğu ortaya çıkarılmıştır.
2019	Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve sağlık kalite göstergeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	Hasta güvenliği kültürü ile sağlık kalite göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır
2019	Hastanelerde bilgi yönetim sistemlerinin Sağlık Bakanlığı Sağlık Kalite Standartları yönünden değerlendirilmesi	Çalışma sonucunda hastane bilgi yönetim sistemi özelliğinin hizmet sunum kalitesine etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır.
2019	Hizmet yönetimi ve sağlık kalitesi: Niamey hastanesinde servqual analizine yönelik bir uygulama	Anket yanıtları Servqual skorları neticesinde değerlendirilmiş, Niamey Hastanesi beklentileri karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır.
2019	T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan sağlıkta kalite standartları hastane versiyon 5 (Sks-hastane v5)'in efqm mükemmellik modeli (Efqm mm) ile karşılaştırılmasına yönelik durum çalışması	SKS Hastane V5 değerlendirmesine göre 100 üzerinden 94-97 puan aralığına sahip üç hastane, EFQM Mükemmellik Modeli puanlandırmasına göre 301-304 aralığında puanlar almıştır.
2018	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde görev alan eczane çalışanlarının sağlıkta kalite standartları-hastane kapsamına göre ilaç yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	Öğrenim durumu ve eczane tecrübesine bağlı olarak ilaç yönetimi konusunda bilinçliliğin arttığı, dolayısıyla bu özelliklere sahip kişilerin sağlıkta kaliteyi yükselttikleri sonucuna ulaşılmıştır.
	Randevu	Sağlıkta kalite sistemi uygulamalarının

2018	sistemlerinin müşteri memnuniyeti ve sağlıkta kalite açısından önemi	sürekli bir hizmet iyileştirmesi sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.
2018	Hastanelerde uygulanan sağlıkta kalite standartlarının sağlık hizmet kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi: Konya örneği	Çalışma sonucunda sağlıkta kalite sistemi uygulamalarının sürekli bir hizmet iyileştirmesi sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.
2017	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi acil servis birimi'ne başvuran hastaların tanı, takip ve tedavi işlemlerinin sağlıkta kalite standartlarına göre değerlendirilmesi: Geriatrik hasta grubu örneği	Hastanın demografik özelliklerine bağlı olarak kaliteye ilişkin görüşleri değişmektedir.
2009	Sağlıkta kalite uygulamaları ve ISO 15189:2007 (Tıbbi Laboratuvarların Akreditasyonu) akreditasyon uygulamalarının öncesi ve sonrası karşılaştırılması	DEÜ Hastanesi Merkez Laboratuvarının, Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde ISO 15189: 2007 Akreditasyon sürecinde hangi aşamalardan geçtiğine ilişkin karşılaştırma çalışması yapılmış, sonuçlar raporlanmıştır.

Türkiye’de sağlıkta kalite konusunda 2009-2020 seneleri arasında yapılan çalışmalar en fazla 2019 senesinde yapılmış, 2019 senesinde yapılan çalışmalarda ise sağlıkta kaliteyi ölçmek sağlık kuruluşlarında yapılan saha araştırmaları yoğunluk kazanmıştır.

Sağlıkta kalite konusunda 2009-2020 seneleri arasında yapılan çalışmaların büyük bir kısmı devlet üniversitelerinde yapılmış, bilhassa Dokuz Eylül Üniversitesi’nde bugüne değin 6 çalışma yapılmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi’nden sonra ikinci sırada 6 çalışmayla İstanbul Okan Üniversitesi almaktadır. Diğer çalışmalar ise farklı devlet okulları ve vakıf üniversitelerinde hazırlanmıştır. Grafik 1’de yapılan çalışmaların devlet üniversitesi ve vakıf üniversitelerine bağlı dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 1. Sağlıkta Kalite Konusunda Çalışma Yapan Üniversiteler

Grafik 1’de de gösterildiği üzere *sağlıkta kalite* konusunda en fazla çalışma yapan üniversiteler devlet üniversiteleri olmuştur.

Hasta Güvenliği;

Hasta Güvenliği konusunda Türkiye’de hazırlanmış tez çalışmalarına bakıldığında Yüksek Lisans ve doktora düzeyinde toplam 132 tez hazırlandığı görülmüştür. Bu tezlerin 2 tanesi tıpta uzmanlık, 11 tanesi doktora tezi ve 119 tanesi ise Yüksek Lisans tezidir.

- 2020 senesinde İstanbul Rumeli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü’ne bağlı İş Sağlığı ve Güvenliği anabilim dalından Mehmet Ali Erkal tarafından hazırlanan “Sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranışlarının hasta güvenliğine etkisi (Selçuk Üniversitesi örneği)” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesinde görev yapan toplam 130 kişiye anket çalışması yapılmış, yapılan çalışmayla birlikte sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranışları ölçümleyerek hasta güvenliği kavramıyla ilişkisini anlamlandırmak amaçlanmıştır. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki davranışlarının doğrudan hasta güvenliği ile ilişkilendirilebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

- 2020 senesinde Ege Üniversitesi Ebelik anabilim dalından Sabahat Morahılar Cansever tarafından hazırlanan “Ebelerde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Muş ve Bitlis illerinde doğum salonunda çalışan ebelerden ankete gönüllü katılmak isteyenlere çalışma uygulanmış, uygulanan çalışmayla ebelerin hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışma sonucunda ebelerin çalıştıkları il, yaş grupları, medeni durumları, kurumda çalışma süreleri, birimde çalışma süreleri, mesleki deneyim, haftalık çalışma süresi, kadro durumu parametreleri ile hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- 2020 senesinde Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Hemşirelik anabilim dalından Bahar Ekin tarafından yapılan “Hemşirelerin hasta düşmelerini önleme öz yeterlikleri ve hasta güvenliği kültürünün incelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Acıbadem Maslak ve Altunizade Hastaneleri' nde görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hemşireye yönelik olarak öz yeterlilik testi yapılmış ve bu test ile hasta güvenliği kültürünün ilişkisel olarak incelenmesi istenmiştir. Hasta Düşmelerini Önleme Öz Yeterlik Ölçeği (HDÖÖYÖ)- Hemşire Formu ile yapılan çalışmada hemşireler arasında yalnızca cinsiyet yönünden anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- 2020 senesinde Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi anabilim dalında Gizem Kertez tarafından hazırlanan “Asistan hekimlerin ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorların) hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında aynı üniversitede görev alan 105 asistan hekim ve 103 intern doktor olmak üzere toplam 208 birey üzerinde anket çalışması uygulanmış, yapılan çalışmayla her iki grubun da hasta güvenliği kültürünün yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- 2019 senesinde Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi'nde Hemşirelik bölümünden Gönül Akçay tarafından çalışılan “Acil servislerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve hasta güvenliğinde etkili faktörler” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında 28 Mart-1 Ağustos 2018 tarihleri arasında Denizli ilinde bulunan Denizli Devlet Hastanesi, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi ve Üniversite hastanesinin acil

servislerinde görev alan 143 sağlık profesyoneli ile anket çalışması yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda kurumlarda hasta güvenliğinin sağlanması adına kurum içi iyileştirmeler yapılması gerektiği, stres ve iş yükünü azaltmaya yönelik olarak önlemler alınması gerektiği, olay/hata raporlama sistemine önem verilmesi, sağlık profesyonellerinin iletişim anlamında eğitim alması gerektiği sonucuna varılmıştır.

- 2019 senesinde Ege Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim anabilim dalından Canet Ömerosman tarafından yapılan “Acil servisteki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Mayıs 2019 ile Temmuz 2019 tarihleri arasında İzmir’de bir özel hastanede çalışan 151 sağlık personeline yönelik anket çalışması gerçekleştirilmiş, bu çalışmayla çalışanların hasta güvenliği tutumunu ölçmek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının mesleği, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı ve acilde çalışma yılı gibi değişkenlere bağlı olarak hasta güvenliği tutumlarının değiştiği sonucuna ulaşılmıştır.
- 2019 senesinde Boğaziçi Üniversitesi’nden Biyomühendislik bölümünde Neslişah Akyüz tarafından hazırlanan “A comprehensive medical equipment management software system for increased patient safety” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında hasta güvenliğini artırmak için kapsamlı bir yazılım sistemi oluşturulması adına çalışılmıştır. Tez çalışmasında Microsoft Azure Cloud Sistemi sunucusunda oluşturulan SQL Server 2016 veri tabanındaki ASP.NET MVC 5 alanındaki Entity Framework Code First sistemi ile web projesi hazırlanmıştır.
- 2018 senesinde Süleyman Demirel Üniversitesi’nde Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünden Gülçin Çevik tarafından hazırlanan “Hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Süleyman Demirel Üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan 112 hemşireye yönelik hasta güvenliği tutumunu ölçen bir anket çalışması yapılmış, çalışma verileri hasta güvenliği kültürüyle ilişkisi bakımından değerlendirilmiştir. Oluşturulan araştırma modelinde hasta güvenliği tutumunu ilgilendiren ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş memnuniyeti, yönetim anlayışı, çalışma koşulları ve stres tanımlama gibi kavramlar hasta güvenliği kültürünü ilgilendiren yönetim ve

anlayış, çalışanların eğitimi, beklenmedik hata, bakım ortamı, çalışan davranışı gibi kavramlarla ilişkilendirilmiştir. Demografik bilgi formu, hasta güvenliği tutumu ölçeği, hasta güvenliği kültürü ölçeği olmak üzere üç bilgi toplama aracının kullanıldığı çalışma sonucunda “Hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun hasta güvenliği kültürü üzerinde etkisi var mıdır?”, “Hasta güvenliği tutumu ve hasta güvenliği kültürü hemşirelerin çeşitli özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?” ve “Hemşirelerin hasta güvenliği bilgi düzeyi algılarının düzeyi nedir?” şeklindeki üç sorunun yanıtı alınmıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun hasta güvenliği kültürü üzerinde etkisi olduğu, Hasta güvenliği tutumu ve hasta güvenliği kültürü hemşirelerin çeşitli özelliklerine göre farklılık gösterdiği ve hemşirelerin hasta güvenliği bilgi düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- 2017 senesinde Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hemşirelik bölümünden Gökçe Elif Ebik tarafından hazırlanan “Hemşirelikte örgütsel sessizlik düzeyinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Özel bir hastanede Eylül 2016 ile Nisan 2017 tarihleri arasında, 90 hemşire ile yüz yüze görüşme yöntemi ile anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucu, eğitim düzeyleri yükseldikçe ve kurum üst yönetiminin hasta güvenliğine olan ilgi ve desteğine olan inançları arttıkça, hemşirelerin hasta güvenliği konularında ve örgüt yararına seslerini duyurma ve katkı sağlama durumlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.
- 2014 senesinde Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünden Mukaddes Güven tarafından hazırlanan “Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları” Yüksek Lisans tez çalışmasında Antalya Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan 200 hemşire üzerinden hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıklarını kayıt altına almak istemiştir. Çalışma sonucunda hemşirelerin en çok tanık oldukları tıbbi hataların ilaç hataları olduğu, Tıbbi hataların en önemli nedeni personel başına düşen hasta sayısının fazla olmasından kaynaklandığı, en önemli cerrahi hata nedeni olarak taraf işaretlemesinin yapılmaması olduğu, Tıbbi hata raporlamasının



yapılmamasının en önemli nedeni, sağlık personelinin suçlanacağına düşünülmesi olduğu sonuçlarına ulaşmıştır.

- 2013 senesinde Atatürk Üniversitesi Hemşirelik bölümünden Kübra Tunçel tarafından hazırlanan “Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Ekim 2011- Şubat 2013 tarihleri arasında, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan ve araştırmaya gönüllü katılmak isteyen 222 hemşirenin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyini ölçmek ve bu ölçümlemeyi hasta güvenliği uygulamalarıyla yorumlamak amacı güdülmüştür. Kişisel bilgi formu, hasta güvenliği anket formu, olay bildirim ölçeği, hasta güvenliği hastane anketi kullanılarak verilerin toplandığı çalışma sonucunda hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarından hasta kimlik bilgilerini tanımlama süreci, sözlü ve telefon talimatlarının kaydı, ilaç güvenliği, kan transfüzyonu uygulamaları, hastaların düşme riski, güvenli cerrahi uygulamalar, mavi ve pembe kod uygulaması ve şiddete maruz kalma ile ilgili alanlarda yapılması gerekenleri bildikleri, ancak uygulama kısmında yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- 2010 senesinde İstanbul Üniversitesi Hemşirelik bölümünden Aysel Balçık Akman tarafından hazırlanan “Hasta güvenliği kültürü ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinde Haziran 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında görev yapan 525 hemşireye yönelik hasta güvenliği kültürü ve bu kültüre yönelik algılarını etkileyen durumları ölçen bir anket çalışması uygulanmıştır. Uygulanan anket çalışmasında Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) tarafından hazırlanan “Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarını etkileyen faktörler arasında ilk sırayı eğitimin aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda ayrıca hemşirelerin hasta güvenlik kültür algılarına göre en yüksek değerlendirdikleri alt boyut örgütsel öğrenmedir. Bunu sırası ile takım çalışması, kurumsal iletişim, istihdam, görev değişimi, genel güvenlik,

birimler arası ilişki, hata raporlama, hastane yönetimi desteği ve hata değerlendirilmesi izlemiştir.

- 2010 senesinde Haliç Üniversitesi Hemşirelik anabilim dalından Seval Karaboğa Gündoğdu tarafından hazırlanan “Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Aralık 2009-Mart 2010 tarihleri arasında İstanbul’daki hastanelerde 475 hemşire ile yapılan görüşme sonucunda eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %72’sinin ve özel hastanedeki hemşirelerin %73,5’inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri, dolayısıyla hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik yetersiz düzeyde oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- 2010 senesinde İstanbul Üniversitesi’nde İşletme anabilim dalında İlknur Gül tarafından hazırlanan “Kalite yönetim sistemi çerçevesinde hasta güvenliği kültürünün çalışma ortamı açısından belirlenmesine yönelik bir araştırma” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı, İzmir’de hizmet veren, ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahip Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde 320 hemşire üzerinde yapılan anket uygulanmış, bu anket uygulamasında çalışma ortamı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi çözümlenmeyi amaçlamıştır. Çalışma sonucunda ortam ile hasta güvenliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- 2009 senesinde Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme bölümünden Özgür Yetginlioğlu tarafından hazırlanan “Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasında kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemi: Ankara ilindeki iki hastanede hasta güvenliği çalışmalarının değerlendirilmesine yönelik mukayeseli bir uygulama” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi’nde görev yapan doktor, yardımcı ve idari personelden oluşan çalışma grubuna kalite ve akreditasyon çalışmalarını ölçmeye yönelik anket uygulanmıştır. Çalışma üç temel hipotez üzerine kurulmuştur. Birincisi Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimlerinin, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına yönelik tutumları arasında anlamlı farklılık olduğu, ikincisi uygulanma derecesi bakımından anlamlı farklılık olduğu ve üçüncüsü ise uygulanma derecesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu şeklindedir. Çalışma sonucunda bu üç hipotez de kanıtlanmıştır.

- 2009 senesinde Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağlığı anabilim dalında Ayten Saraç tarafından hazırlanan “Trabzon il merkezinde birinci basamakta çalışan sağlık personelinin hasta hakları, hasta güvenliği ve kendi hakları hakkındaki bilgi ve tutumları” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Trabzon İl Merkezine bağlı 26 Sağlık Ocağında görev yapan tüm sağlık personelinin hasta hakları, güvenliği ve kendi hakları üzerindeki bilgi ve tutumlarını ölçmeye yönelik olarak 1 Mart 2008- 31 Mayıs 2008 tarihleri arasında 3 aylık bir sürede araştırma yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda sağlık personelinin hasta hakları, hasta güvenliği ve kendi hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- 2009 senesinde Marmara Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği anabilim dalından Betül İlbey tarafından hazırlanan “Ameliyathanede hasta güvenliği kapsamında cerrahi spanç sayım ilkelerine uyulma durumunun incelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında 25.11.2008?25.02.2009 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde yatan karın cerrahisi uygulanan 181 hasta üzerinde araştırılma yapılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda spanç sayım ilkelerine tam olarak uyulmadığı ve hasta güvenliğinin tehlikeye atıldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- 2009 senesinde Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Esin Gülkaya tarafından hazırlanan “Hacettepe Üniversitesi erişkin hastanesinde yapılan akreditasyon çalışmaları sürecinde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyleri” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında 15 Ocak 2008-20 Şubat 2008 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 104 hemşire ile görüşme sağlanmış, hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeylerini ölçecek bir anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonucunda hemşirelerin yalnızca %35’inin hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- 2009 senesinde Gazi Üniversitesi Hemşirelik anabilim dalından Hülya Saray Kılıç tarafından hazırlanan “Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Ortopedi ve

Travmatoloji kliniklerinde çalışan 78 hemşire ve 64 doktor üzerinde yapılan çalışma sonucunda hemşire ve doktorların hasta güvenliği ve tıbbi hatalara ilişkin bilinçli ve farkındalıkları yüksek bireyler oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

- 2009 senesinde Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Elif İşlek tarafından hazırlanan “Bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde hasta güvenliğini tehdit eden olayların ve olası nedenlerinin tanımlanması” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Ankara İl Merkezi'ndeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 Eylül 2008- 28 Şubat 2009 tarihleri arasındaki altı aylık sürede sağlık çalışanları tarafından yapılan hasta güvenliğini etkileyen tüm olay bildirimleri oluşturulmuş ve değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda planlanan ameliyatın ertelenmesi (%41,32), ameliyat komplikasyonu (%28,10) ve ilaca ilişkin olay (%15,70) hasta güvenliğini tehdit eden olaylar kapsamında ilk sırayı almıştır.
- 2009 senesinde Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı bölümünden Emel Filiz tarafından hazırlanan “Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında 2007-2008 yıllarında Konya il merkezinde bulunan kamu hastaneleri, sağlık ocakları ve toplum üzerinde yapılan anket çalışmasında hasta güvenliğine ilişkin genel tutumun belirlenmesi amaçlanmıştır. Veri toplama aracı olarak sağlık çalışanları hasta güvenliği anketi, toplum hasta güvenliği anketi ve hasta güvenliği kültürü hastane anketi kullanılan çalışmada veriler; Sağlık çalışanlarının tıbbi hata ve hasta güvenliği konusundaki görüş ve tutumlarına ilişkin bulgular, Toplumun tıbbi hata ve hasta güvenliği konusundaki görüş ve tutumlarına ilişkin bulgular ve Sağlık çalışanlarının çalıştıkları hastanedeki hasta güvenliği kültürü algılamalarına ilişkin bulgular olmak üzere üç ayrı şekilde değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucunda hastane, sağlık ocakları ve kamudan elde edilen veriler ışığında tıbbi hatalara sık rastlandığı, bu hataların nedeni olarak daha çok hemşirelerin sorumlu tutulduğu görülmüştür. Hasta güvenliği kültürüne yönelik elde edilen bulgular ışığında hastanelerin yeterli sayıda personele sahip olmaması, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin yeterince bilgili ve donanımlı olmaması sebebiyle çeşitli etik dışı davranışların oluştuğu söylenebilmektedir.

- 2008 senesinde Marmara Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından Burcu Öğün tarafından hazırlanan “Ameliyathanede hasta güvenliğinin incelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması İstanbul'daki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nin genel ameliyathanelerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında hasta güvenliğine ilişkin ameliyathanelerde alınan tedbirlerin oldukça başarılı olduğu, ancak tedbir alınmayan hususlarda da büyük ölçüde hasta güvenliğini riske edecek durumların yaşanabileceği sonucuna ulaşılmıştır.
- 2008 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme anabilim dalında Ali Çakır tarafından hazırlanan “Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında İzmir ilindeki 6 kamu hastanesinde Ekim 2006-Ocak 2007 tarihleri arasında 2300 personel ile görüşme sağlanmış, bu personelin 803'ü geri dönüş yaparak araştırmaya katılmıştır. Araştırma sonucunda kalite yönetim sistemlerine ilişkin uygulamaların hasta güvenliğini doğrudan etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
- 2007 senesinde Haliç Üniversitesi Hemşirelik anabilim dalından Selma Göktaş tarafından hazırlanan “Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezinde 15 Eylül 2006- 15 Mart 2007 tarihleri arasında bir askeri hastanede hemşireler üzerine bir çalışma yapılmış ve bu çalışmada öncelikle hemşirelerin iş yükü tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda çalışma süresi on iki saati geçen hemşirelerin hastaları daha fazla riskli olduğu sonucuna ulaşılmış, dolayısıyla hasta güvenliğiyle hemşire istihdamı arasında sıkı ilişki olduğu tespit edilmiştir.
- 2014 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme anabilim dalında Turan Tolgay Kızılelma tarafından hazırlanan “An analysis of the relationships among information security management systems, patient safety, and quality” başlıklı doktora tez çalışmasında bir hastanede 389 kişiye yönelik yapılan anket çalışması yorumlanmış, hasta güvenliği, kalite, ve bilgi güvenliğinin sağlık mükemmelliğini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
- Afyon Kocatepe Üniversitesi İşletme bilim dalında Selma Altındaş tarafından hazırlanan “Bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine etkilerine ilişkin bir araştırma” başlıklı doktora tez çalışmasında Haziran – Temmuz

2009 tarihleri arasında Afyonkarahisar ilinde kalite belgesi almış hastanelerde 362 personel ile yapılan görüşme neticesinde hastane bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- 2008 senesinde Marmara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği anabilim dalından Özlem Yıldırım tarafından hazırlanan “Sağlık kuruluşlarında insan faktörü mühendisliğinin önemi ve hasta güvenliği alanında uygulama örnekleri” başlıklı doktora teziyle İstanbul ili Avrupa yakasındaki sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarından 310 kişiyle anket uygulaması yapılmış ve insan faktörü mühendisliğinin hasta güvenliği ile sıkı ilişkili bir kavram olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- 2007 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalından Nilay Boztaş’ın hazırlamış olduğu “Dragersorb 800 plusin anestezi hasta güvenliği kuruluğu önerilerine uygun kullanımı ile bu önerilere uyulmamasının etkileri: deneysel bir çalışma” başlıklı tıpta uzmanlık tezinde Dragersorb 800 plusin kullanımında Anestezi Hasta Güvenliği Kuruluğu'nun (APSF) önerilerine kullanılıp kullanılmaması durumunda ortaya çıkan sonuçlar deneysel şekilde elde edilmiş ve raporlanmıştır. Çalışma sonucunda uygun kullanım ile birlikte yan etkilerin ve maliyetlerin azaltılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.
- 2018 senesinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim dalından Yılmaz Menken tarafından hazırlanan “Günöbirlik anestezi uygulamalarında hasta güvenliği kültürünün algılanmasının değerlendirilmesi” başlıklı tıpta uzmanlık tez çalışmasında Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinin Günöbirlik Anestezi uygulama alanlarında çalışan ve hasta güvenliği ile bire bir ilgili olan doktor, hemşire, anestezi teknisyeni ve yardımcı sağlık personeli ile hasta güvenliği iklimi anketi kullanılarak yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürünü ölçmek amaçlanmıştır. Bu çalışma kapsamında sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü konusunda bilgili oldukları, ancak tıbbi hata ile karşılaşmadıkları, tıbbi hataların nedeni olarak sağlık çalışanlarının kurumlardaki sayıca yetersizliğini, eğitim yetersizliğini ve aşırı iş yükünü gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye’de hasta güvenliği konusuna ilişkin hazırlanan tezlerin derecelerine bağlı olarak yıl, sayı ve çalışma alanı dağılımı Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23. Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Türkiye’deki Tezlerin Dağılımı  
(Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

	Derece	Yıl ve Sayı	Çalışma Alanı
Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Yazılan Tezler	Tıpta Uzmanlık (2)	2007 (1)	Anestezi ve Reanimasyon (2)
		2018 (1)	
	Yüksek Lisans (119)	2019-2007 (63)	Hemşirelik (63)
		2019 -2011 (23)	Sağlık Kurumları Yönetimi (23)
		2019-2008 (33)	Diğer (33)
	Doktora (11)	2019 (4)	Sağlık Kurumları Yönetimi (2)
			Makine Mühendisliği(1)
		2018 (2)	Hemşirelik (1)
			Sağlık Kurumları Yönetimi (2)
		2016 (1)	Hemşirelik
		2014 (1)	Sağlık Kurumları Yöneticiliği
		2013	Hemşirelik
		2012	Kadın Hastalıkları ve Doğum
		2011	Sağlık Kurumları Yönetimi
2010		Hemşirelik	
2009		Bilgi ve Belge Yönetimi	
2008	Sağlık Kurumları Yönetimi		

Tablo 23’e göre hasta güvenliği kapsamında yazılan çalışmaların büyük bir kısmı 2019-2008 seneleri arasında hazırlanan yüksek lisans çalışmalarına aittir. Yüksek lisans tezleri içerisinde en fazla hasta güvenliği konusunu ele alan çalışmalar hemşirelik bölümünde hazırlanmış olup, 2019-2007 seneleri arasında 63 tane tez sadece bu alandan hazırlanmıştır. 2019-2011 seneleri arasında ise Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans dalında hasta güvenliği konusunu ele alan 23 tez çalışması yapılmıştır. Geriye kalan 33 yüksek lisans tezi ise *diğer* kapsamında yer alan bölümlere aittir. Bu bölümler arasında Halk Sağlığı, Biyomühendislik, Mühendislik Bilimleri gibi bölümler de bulunmaktadır. Doktora düzeyindeki çalışmalar ise 2008-2019 seneleri arasında ele alınmış, en fazla çalışma sayısı 4 olup, bu çalışmalar 2019

senesinde hazırlanmıştır. Tıpta uzmanlık tezi kapsamında ise bu zamana değin sadece 2 tez çalışması hazırlanmış olup, 2007 ve 2018 senelerinde hazırlanan bu çalışmaların her ikisi de Anestezi ve Reanimasyon alanlarına aittir.

Tablo 24. Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Türkiye’deki Tezlerin Konu Dağılımı  
(Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

Hasta Güvenliği Konusuna İlişkin Yazılan Tezler	Derece	Anahtar Kelimelere Bağlı Konu Dağılımı	Çalışma Alanı
	Tıpta Uzmanlık (2)	Hasta Güvenliği Kültürü (1) Hasta Güvenliği Kuruluşu(1)	Anestezi ve Reanimasyon (2)
Yüksek Lisans (119)	Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlar (22) Hasta Güvenliği Kültürü (26) Hasta Güvenliği Algısı (10) Hasta Güvenliğinin Sağlanması(5)	Hemşirelik (63)	
	Hasta Güvenliği Kültürü (19) Hasta Güvenliği Algısı (4)	Sağlık Kurumları Yönetimi (23)	
	Hasta Güvenliği Kültürü (33)	Diğer (33)	
Doktora (11)	Hasta Güvenliği Algısı (4) Hasta Güvenliğinin Sağlanması (5) Hasta Güvenliği Kültürü (2)	Sağlık Kurumları Yönetimi (4) Makine Mühendisliği(1) Hemşirelik (4) Bilgi –Belge Yönetimi (1) Kadın Hastalıkları ve Doğum (1)	

Tablo 24’e göre hasta güvenliği konusuna ilişkin Türkiye’de yapılan tezlerin yüksek lisans düzeyinde büyük bir kısmı hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliğine ilişkin tutumları ölçmeye yönelik hazırlanmıştır. Doktora düzeyinde ise hasta güvenliğinin sağlanması ve algılanması üzerine konular yoğunlaşmaktadır.



Grafik 2’de yapılan çalışmaların devlet üniversitesi ve vakıf üniversitelerine bağlı dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 2. Hasta Güvenliği Konusunda Çalışma Yapan Üniversiteler

Grafik 2’ye bağlı olarak hasta güvenliği konusuna bağlı olarak Türkiye’de hazırlanan 2 tıpta uzmanlık, 11 doktora ve 119 yüksek lisans çalışmasının üniversitelere bağlı olarak dağılımı gösterilmiştir. Bu dağılım içerisinde %83’lük payla en yüksek oran devlet üniversitelerine ait olup, yapılan çalışmaların büyük bir kısmının devlet üniversitelerinde hazırlandığı sonucu elde edilmiştir.

Sosyal Sorumluluk;

Bir amaç doğrultusunda bir araya gelmiş olan örgütlerin çalışma sistemlerini düzenleyen, tertipleyen ve onların toplum içerisindeki misyonlarını göz önüne alan bir kavramdır. Sorumluluk iradesinin insana tanınmasından öte, bir kuruma da tanınması, kurumların toplum düzeni içerisindeki önemini açıkça ortaya koymuştur. Bu çalışmada sosyal sorumluluk kavramının ele alınması, bilhassa hasta güvenliği ile ilişkisiyle ilgilidir. Sağlık kuruluşları hasta güvenliği ve SA 8000 kalite standardı kapsamında sosyal sorumluluk bilinciyle hareket etmeli; ancak bu bilinç ve disiplin üzerinden kalite sistemlerini gerçekleştirmektedirler.

YÖK’ün tez veri tabanına sosyal sorumluluk konusunu içeren yüksek lisans ve doktora düzeyinde toplamda 535 tez çalışması bulunmaktadır. Bu tez çalışmaları

1985-2020 yılları arasında hazırlanmış olup; Halkla İlişkiler, İşletme, İletişim Bilimleri gibi çok çeşitli alanlarda sosyal sorumluluk konusunu ele alan çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalar içerisinde en yüksek grubu İşletme alanındaki çalışmalar içermektedir. İşletme alanındaki çalışmaların yıllara ve derecelerine göre dağılımı aşağıda sunulmuştur.

Tablo 25. İşletme Alanında Sosyal Sorumluluk Konulu Tez Çalışmaları Verileri (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

Çalışma Yılı	Yüksek Lisans	Doktora
2020	8	5
2019	39	5
2018	14	3
2017	13	3
2016	8	3
2015	12	3
2014	5	1
2013	9	1
2012	1	1
2011	10	3
2010	14	2
2009	14	1
2008	4	1
2007	5	-
2006	11	-
2005	6	-
2004	7	-
2003	2	2
2002	3	-
2001	3	-
2000	1	1
1999	2	-
1997	2	-
1996	3	1
1995	3	-

1994	1	-
1992	1	-
1991	1	-
1987	2	-
1985	1	-

YÖK'ün tez veri tabanından alınan bilgilere göre İşletme alanında sosyal sorumluluk konulu tez çalışmaları 1985 senesinde başlamış, bu sene bir yüksek lisans tezi çalışılmıştır. Ardından bir sene ara verilmiş, 1987 senesinden 1996 senesine değin yüksek lisans çalışmaları devam etmiştir. Sonraki yıllarda ilk doktora tez çalışmasının 1996 senesinde yapıldığı görülür. Tabloya genel olarak göz atıldığında bu alandaki en fazla çalışmanın 2019 senesinde yapıldığı, yüksek lisanstan 39, doktoradan ise 5 tez çalışmasının hazırlandığı görülür. Genel tabloda ise 205 yüksek lisans, 36 doktora çalışması bulunmakta, toplamda 241 tane işletme alanında çalışma hazırlandığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

YÖK tez veri tabanında sosyal sorumluluk konulu İşletme alanından hazırlanan tez çalışmalarında genellikle işlenen konular kurumsal sosyal sorumluluk, kurum içinde sosyal sorumluluğun etkileri, işletmeye kazandırdıkları ve türevi konular çerçevesinde gelişmiştir.

Sosyal sorumluluk konulu tez çalışmaları kapsamında ikinci en fazla çalışma yapan alan Halkla İlişkiler bölümüdür. Tablo 25'te Halkla İlişkiler alanında hazırlanan sosyal sorumluluk konulu tez çalışmalarına yer verilmiştir.

Tablo 26. Halkla İlişkiler Alanında Sosyal Sorumluluk Konulu Tez Çalışmaları Verileri (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

Çalışma Yılı	Yüksek Lisans	Doktora
2020	6	3
2019	13	-
2018	6	2
2017	5	3
2016	3	-
2015	3	-
2014	5	-
2013	-	1
2012	1	2
2011	3	3

2010	5	-
2009	4	2
2008	2	1
2007	1	1
2006	-	2
2005	2	-
2004	2	1
2003	1	-
2001	1	-

Tablo 25'e göre Türkiye'de Halkla İlişkiler alanında sosyal sorumluluk konulu tez çalışmaları 2001-2020 seneleri arasında hazırlanmıştır. En fazla çalışma 2019 senesinde hazırlanmış olup, bu sene toplam 13 yüksek lisans çalışması hazırlanmıştır. Toplamda hazırlanan çalışmalar ise 63 yüksek lisans, 21 doktora çalışması olup, 84 çalışma şeklindedir.

Halkla İlişkiler alanında yapılan sosyal sorumluluk konulu çalışmalarda kurumsal sosyal sorumluluk, kurumsal sosyal sorumluluk raporlaması, şirketlerin sosyal sorumluluk bilincinde Halkla İlişkiler'in etkisi gibi konular üzerinde yoğunlaşmıştır.

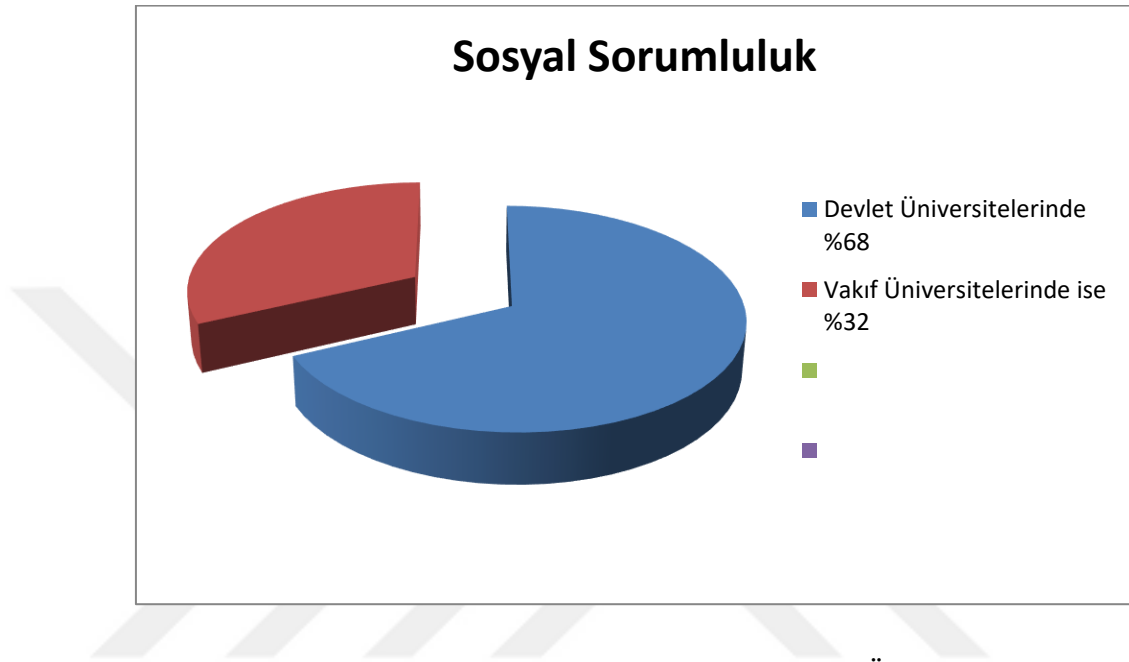
YÖK'ün tez veri tabanına göre sosyal sorumluluk alanından hazırlanan tez çalışmalarının 241 tanesi İşletme, 84 tanesi ise Halkla İlişkiler konuludur. Kalan 210 çalışma ise diğer kapsamında yer alan Mühendislik Bilimleri, Mimarlık, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri gibi çok çeşitli alanlara yayılmıştır.

Tablo 27. Sosyal Sorumluluk Konulu Tez Çalışmalarının Konu Dağılımı (İşletme-Halkla İlişkiler ve Diğer Alanlar) (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

Çalışma Alanı	Konu Dağılımı
İşletme (241)	Sosyal Sorumluluk Yönetimi (155) Kurumsal Sosyal Sorumluluk (22) Sosyal Sorumluluk Pazarlaması (5) Sosyal Sorumluluk Uygulamaları (16) Sosyal Sorumluluk Algısı (30) Sosyal Sorumluluk Faaliyetleri (13)
Halkla İlişkiler (84)	Sosyal Sorumluluk Uygulamaları (34) Sosyal Sorumluluk Algısı (50)
Diğer (210)	Sosyal Sorumluluk Yönetimi (118) Kurumsal Sosyal Sorumluluk (44) Sosyal Sorumluluk Bilinci (3) Sosyal Sorumluluk Faaliyetleri (12) Diğer (33)

Tablo 27'ye göre kurumsal sosyal sorumluluk konulu tez çalışmalarının büyük bir kısmı İşletme ve diğer alanlarda yapılmıştır. Yapılan tez çalışmalarında ise en fazla işlenen konu sosyal sorumluluk yönetimi olmuştur.

Grafik 3'te yapılan çalışmaların devlet üniversiteleri ve vakıf üniversitelerine bağlı dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 3. Sosyal Sorumluluk Konusunda Çalışma Yapan Üniversiteler

Grafik 3'te de yer aldığı üzere yapılan çalışmaların %68'lik oranı devlet üniversitelerine ait olup, vakıf üniversitelerinde ise %32'lik bir oranla çalışma yapıldığı görülmüştür. Sağlıkta kalite ve hasta güvenliği konusuna kıyasla, sosyal sorumluluk konusunun vakıf üniversitelerinde daha fazla çalışma alanına sahip olduğu söylenebilir.

SA 8000 Standardı;

ISO 9001 ve ISO 14001'i örnek alarak oluşturulan, performans koşulları kadar prosedür ve sistem koşullarını da önemseyen, yönetim ve davranış kodunu bir arada tutarak oluşan bir kalite sistemidir. 1997 yılında CEPAA bünyesinde oluşturulan bu standart, kapsadığı maddelerle birlikte kurumsal sosyal sorumlulukta ahlaki ilkeleri göz önüne alan ve bu yönüyle de performans yönetimini bugüne değin içeren birçok kalite sisteminden de farklı şekilde ele alan bir standarttır. SA 8000 standardına ilişkin çalışmamızın bu bölümüne değin literatür sunulmuş, kurumsal

sosyal sorumluluk içerisindeki yerine yönelik detaylı bilgi verilmiştir. Bu bölümde ise Türkiye’de SA 8000 standardına ilişkin yapılan Yüksek Lisans ve doktora düzeyindeki çalışmaların değerlendirilmesine yer verilmiştir.

SA 8000 Standardı henüz yeni bir kalite standardı olduğu için uzun vadede uygulanması adına Türkiye’de çok az firma bu standart belgesine sahip olabilmektedir. Bu noktada Yüksek Lisans ve doktora düzeyinde yapılan çalışmaların sayısı da sınırlı kalmıştır. Tablo 26’da Türkiye’de SA 8000 standardına ilişkin yapılan çalışmaların derecesi ve alanlara ilişkin detaylı dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 28. SA 8000 Standardına İlişkin Türkiye’deki Tezlerin Dağılımı (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

	Derece	Yıl ve Sayı	Çalışma Alanı
<b>SA 8000 Konusuna İlişkin Yazılan Tezler</b>	Yüksek Lisans	2001 (2)	Endüstri ve Endüstri Mühendisliği Halkla İlişkiler
		2002 (1)	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
		2005 (1)	İşletme
		2006 (1)	İstatistik
		2007 (1)	Turizm
		2008 (1)	İşletme
		2018 (1)	İşletme
		2020 (1)	İşletme

Tablo 1’de görüldüğü üzere SA 8000 Standardına ilişkin Türkiye’de ilk yapılan tezler 2001 senesine aittir. Standardın 1997 senesinde oluşturulduğu düşünüldüğünde Türkiye’de 4 sene sonra üzerine ilk çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalar 2001-2020 seneleri arasında devam etmiş, 2008 senesinden 2018 senesine değin 10 sene sürecinde bu konu üzerine hiç çalışma yapılmamıştır. Bugüne değin yapılan tez sayısı 9 olup, hepsi Yüksek Lisans derecesindedir. Ayrıca hazırlanan tez çalışmalarının yaklaşık %44,4’ü İşletme alanında yoğunlaşmıştır.

SA 8000 standardına ilişkin Türkiye’de hazırlanan tez çalışmalarının yoğunlukla İşletme alanında olduğu görülmektedir. Bu durum konunun doğrudan işletmeleri ilgilendiren bir konu olmasıyla ilgiliyken, aynı zamanda işletmeler üzerine yapılan çalışmaların da farklı şekilde kalite standardını ilgilendirdiği de gözlemlenmiştir. Tablo 2’de SA 8000 standardı üzerine yapılan çalışmalar arasında

İşletme alanına yoğunlaşan çalışmaların hangi konularla ilgili olarak hazırlandığı gösterilmiştir.

Tablo 29. SA 8000 Standardına İlişkin İşletme Alanında Yoğunlaşan Tezlerin Genel Durumu (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

Çalışma Yılı	Çalışma Adı	Çalışma Konusu	Çalışma Kapsamında Yer Alan Meseleler
2020	İşletmelerde sosyal sorumluluk olgusu: SA 8000 standardı kapsamında bir inceleme	İşletmelerde sosyal sorumluluk olgusunun ne şekilde işlediğine yönelik değerlendirme	Sosyal Sorumluluk Kurumsal sosyal sorumluluk
2018	SA 8000 ve ISO 26000 iş etiği standartlarının Türkiye'de uygulanabilirliği	SA 8000 ve ISO 26000 Standardının Türkiye'deki işleyişine ilişkin genel bir çıkarım yapma	Sosyal Sorumluluk Kalite standartları İş etiği
2008	Sosyal sorumluluk denetimi & SA 8000 standardı ve Denizli ilinde bir uygulama	Denizli ilinde yapılan bir uygulama ile SA8000 standardını uygulanan firmaların sosyal sorumluluk bilincinin ölçülmesi	Sosyal sorumluluk Denetim
2005	4857 sayılı yeni iş kanunu perspektifinde iş sağlığı ve güvenliği yönetimi ve tekstil sektöründe SA 8000 uygulaması	SA 8000 kapsamında iş sağlığı ve güvenliği	Sosyal Sorumluluk Kalite standartları

YÖK TEZ üzerindeki verilere göre 2001-2020 seneleri arasında SA 8000 standardına ilişkin hazırlanan tez çalışmaları içerisinde en fazla işletme alanında çalışılmış, Tablo 2 verilerine bağlı olarak da bu çalışmaların daha çok kalite standartları ile sosyal sorumluluk arasındaki ilişkiye yönelik olarak hazırlandığı gözlemlenmiştir. Yapılan bu çalışmaların konusu ve çıkarımlarına ilişkin bilgiler ise şu şekilde sıralanabilir:

- 2005 senesinde Demet Öznaz tarafından Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde hazırlanan "4857 sayılı yeni iş kanunu perspektifinde iş sağlığı ve güvenliği yönetimi ve tekstil sektöründe SA 8000 uygulaması" başlıklı Yüksek Lisans çalışmasında 4857 sayılı yeni İş Kanunu çerçevesinde yapılan iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının SA 8000 kapsamında incelenmesi yapılmıştır. SA 8000 standardı içerisinde işyerinde işçi sağlığını, çalışma ortamı koşullarını değerlendiren bir standart olduğu için bu çalışma ile kanun çerçevesindeki ortamın SA 8000 standardına uygun olup olmadığını

denetlemek amaçlanmıştır. Çalışma YÖK TEZ üzerinden erişime kapalı olduğu için çalışmadaki bulgu ve sonuçlara ilişkin bilgi akışı sağlanamamıştır.

- 2008 senesinde Nayet Sebra Eroğlu tarafından Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı İşletme bölümünde hazırlanan “SA 8000 ve ISO 26000 iş etiği standartlarının Türkiye'de uygulanabilirliği” başlıklı Yüksek Lisans çalışması Denizli ilinde ihracat yapan 30 firma üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma kapsamında her firmadan idari kadrodan bir kişi ve çalışanlar arasında bir kişi seçilerek anket uygulanmıştır. Dört bölümden oluşan anket SPSS 15 paket program aracılığıyla değerlendirilmiştir. Gerek idari kadrodan gerekse çalışanlardan alınan yanıtlar Denizli ilindeki firmaların SA 8000 standardını tanıdıkları ve bu standarda ilişkin sahip olma adına çabaladıklarını göstermiştir.
- 2018 senesinde Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı İşletme alanından Nedim Emre Gürgen tarafından hazırlanan “SA 8000 ve ISO 26000 iş etiği standartlarının Türkiye'de uygulanabilirliği” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında SA 8000 standardı ve ISO 26000 standardına ilişkin literatür sunulmuştur. Bu literatürün yanı sıra, Türkiye'de iş görme kültürü ve kurumsal sosyal sorumluluğa ilişkin bilgi akışı da sağlanmıştır. Çalışmanın en önemli özelliği ekonomik verilerin göz önünde bulundurulması ve bu çerçevede iş etiği standardının uygulanabilirliği konusunda bir kanıya varılmasıdır. Ekonomik güven endeksi, enflasyon oranları, dış unsurlar ve daha birçok unsurun göz önüne alınmasıyla yapılan çalışmada ISO 26000 standardının uygulanmasında herhangi bir engel olmadığı, SA 8000 standardının ise tedarikçi ve iş görenlere fayda sağlamasına rağmen, maliyet unsuru da göz önüne alındığında uygulanması konusunda yeterli rağbetin olmadığı gözlemlenmiştir. SA 8000 ve ISO 26000 Standartlarının en önemli getirisinin kurumsal sosyal sorumluluğu ölçülebilir olmasını sağlaması olarak gösterilmiştir.
- 2020 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı İşletme alanından Tabriz Khalilov tarafından hazırlanan “SA 8000 ve ISO 26000 Standartlarının en önemli getirisi” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında işletmelerde sosyal sorumluluk konusu ve SA 8000 standardına ilişkin genel çerçeve çizilmiştir. Literatür çalışması olarak hazırlanan tezde



Türkiye ve Dünyada SA 8000'e ilişkin veriler sunulmuş, bu veriler ışığında da SA 8000 standardının işletmeler için ideal kalite standardı kapsamında olduğu, ancak uygulama anlamında birçok işletme için oldukça harcamaya neden olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye'de 2001-2020 seneleri arasında İşletme alanında hazırlanan Yüksek Lisans tezlerin genel çerçevesine bakıldığında çalışmalarda SA 8000 standardının kurumsal sosyal sorumluluğu destekleyici, kalite standartlarına etik yönden önemli bir bakış açısı ve yenilik getiren bir çalışma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İşletme alanı dışında, SA 8000 standardına ilişkin Endüstri ve Endüstri Mühendisliği, Halkla İlişkiler, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Turizm ve İstatistik alanlarında da Yüksek Lisans tezleri hazırlanmıştır.

Tablo 30. SA 8000 Standardına İlişkin İşletme Dışındaki Alanlarda Hazırlanan Tezlerin Genel Durumu (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

Çalışma Yılı	Çalışma Adı	Çalışma Konusu	Çalışma Kapsamında Yer Alan Meseleler
2001	Otel işletmelerinde sosyal sorumluluk ve sa 8000 sosyal sorumluluk standardı	Turizm anabilim dalında hazırlanan çalışmanın konusu otel işletmelerinin sosyal sorumluluk bilincidir.	Otel işletmelerinde kalite Otel işletmelerinde sosyal sorumluluk
2001	SA 8000 sosyal sorumluluk standardının örgütsel bağlılık ve iş doyumuna olan etkileri	İstatistik alanında hazırlanan çalışmanın konusu SA 8000 çerçevesinde çocuk işçiler, zorla çalıştırma, sağlık ve güvenlik, sendikal özgürlükler ve toplu sözleşme, ayrımcılık, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri, ücretlendirme ve yönetim sistemini içeren konularda düşüncelerini ölçmek amaçlanmış, bu hususlarda işletme uygulamalarının çalışanların örgütsel bağlılık ve iş doyumlarına etkisini ölçümlemeyi amaçlamaktadır.	Sosyal Sorumluluk Örgütsel bağlılık İş doyumuna
		Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri alanında hazırlanan bu çalışmanın konusu SA	Sosyal sorumluluk

2002	SA 8000 sosyal standardı ve Türkiye'de uygulanabilirliği	8000 standardının uygulanabilirliği denetlenmiş, belge alan iki Türk şirketi (Aventis, Divapan) üzerinden Türkiye'deki mevcut durumun yorumlanmasıdır.	Sosyal Sorumluluk Uygulamaları
2006	Küçük ve orta ölçekli sanayi işletmelerinde Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000'e göre bir halkla ilişkiler değerlendirilmesi	Halkla İlişkiler alanından hazırlanan çalışmanın konusu Ankara Sincan KOSGEB üyesi işletmelerin sosyal sorumluluk standardı SA 8000 kapsamında halkla ilişkilerinin değerlendirilmesidir.	Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler Sosyal Sorumluluk Halkla İlişkiler
2007	Çalışma hayatının belgelendirilmesi SA 8000 ve sosyal sorumluluk	Endüstri ve Endüstri Mühendisliği alanından hazırlanan çalışmada şirketlerin çocuk işçiler, zorla çalıştırma, sağlık ve güvenlik, sendikal özgürlükler ve toplu sözleşme, ayrımcılık, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri, ücretlendirme ve yönetim sistemini alanlarındaki gelişmelerden haberdar olması amaçlanmıştır.	Kurumsal sosyal sorumluluk

İşletme alanı dışında, SA 8000 standardına ilişkin Endüstri ve Endüstri Mühendisliği, Halkla İlişkiler, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Turizm ve İstatistik alanlarında hazırlanan bu tezler ve tezlerde elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir:

- İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü'ne ait Endüstri ve Endüstri Mühendisliği alanından Nurbin Kınalı'ya ait 2001 tarihli ve "Çalışma hayatının belgelendirilmesi SA 8000 ve sosyal sorumluluk" başlıklı Yüksek Lisans çalışmasıdır. Bu çalışma kapsamında şirketlerin çocuk işçiler, zorla çalıştırma, sağlık ve güvenlik, sendikal özgürlükler ve toplu sözleşme, ayrımcılık, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri, ücretlendirme ve yönetim sistemini alanlarındaki gelişmelerden haberdar olmaları, SA 8000

standartıyla birlikte kazanımlarının idrakına varmalarını sağlamaktır. Çalışma literatür taraması şeklinde hazırlanmıştır.

- 2001 senesinde hazırlanan ikinci Yüksek Lisans çalışması ise Gazi Üniversitesi'nden N. Zeynep Kayaalp'e ait "Küçük ve orta ölçekli sanayi işletmelerinde Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000'e göre bir halkla ilişkiler değerlendirilmesi" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasıdır. Gazi Üniversitesi Halkla ilişkiler anabilim dalında hazırlanan bu çalışmada Ankara Sincan KOSGEB üyesi 193 işletmede farklı kademelerde çalışanlara anket uygulanmıştır. 63 işletmeden 103 anket formu değerlendirmeye alınmıştır ve bu değerlendirme sonucunda işletmelerde çalışan kişilerin standardı kişisel olarak kabul gördükleri, kurumların standartla birlikte kalite sistemlerini geliştireceklerine inandıkları sonucuna ortaya çıkarmıştır.
- 2002 senesinde Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı Çalışma Ekonomisi ve Endüstriyel İlişkiler anabilim dalından Mehmet Arıkök tarafından hazırlanan "SA 8000 sosyal standardı ve Türkiye'de uygulanabilirliği" başlıklı Yüksek Lisans çalışmasında Türkiye'de SA 8000 standardının uygulanabilirliği denetlenmiş, belge alan iki Türk şirketi (Aventis, Divapan) üzerinden Türkiye'deki mevcut durum yorumlanmıştır. Bu çalışma kapsamında yasalara bağlı olarak uygulanabilirliğe ilişkin sorunlar olacağı tespit edilmiştir.
- 2006 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi anabilim dalından Birgül Çakır tarafından hazırlanan "SA 8000 sosyal sorumluluk standardının örgütsel bağlılık ve iş doyumuna olan etkileri" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında SA 8000 belgesi alan iki şirketten 188 işgörene ulaşılmış, 119 anketten geri dönüş alınmıştır. Yapılan ankette çalışanların SA 8000 çerçevesinde çocuk işçiler, zorla çalıştırma, sağlık ve güvenlik, sendikal özgürlükler ve toplu sözleşme, ayrımcılık, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri, ücretlendirme ve yönetim sistemini içeren konularda düşüncelerini ölçmek amaçlanmıştır, bu hususlarda işletme uygulamalarının çalışanların örgütsel bağlılık ve iş doyumlarına etkisini ölçümlemek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda anket verileri değerlendirildiğinde SA 8000 Sosyal Sorumluluk standardı ile örgütsel bağlılık ve iş doyumunu arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- 2007 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı Turizm anabilim dalından Ediz Gürpepek tarafından hazırlanan “Otel işletmelerinde sosyal sorumluluk ve SA 8000 sosyal sorumluluk standardı” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında Türkiye’de 9. Kalkınma Planı Turizm Özel İhtisas Komisyonu Raporu çerçevesinde turizmde kalitenin artırılabilmesi adına SA 8000 standardının uygunluğu incelenmiştir. Turizm politikaları, müşteri beklentileri ve müşteri memnuniyeti odaklı olarak yapılan bu çalışma neticesinde SA 8000 standardının AB kriterleri ile benzediği, bu nedenle standarda sahip olan işletmelerde hizmet kalitesini artıracacağı yönünde sonuç elde edilmiştir.

SA 8000 standardına ilişkin 2001-2020 seneleri arasında Türkiye’de hazırlanan Endüstri ve Endüstri Mühendisliği, Halkla İlişkiler, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Turizm, İstatistik ve İşletme anabilim dalından hazırlanan tezlerde elde edilen sonuçlar Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 31. SA 8000 Standardına İlişkin Türkiye’de 2001-2020 Seneleri Arasında Hazırlanan Tez Çalışmalarında Elde Edilen Sonuçlar (Kaynak: YÖK TEZ, 2020)

Yıl	Tez Adı	Tez Sonucu
2001	Çalışma hayatının belgelendirilmesi SA 8000 ve sosyal sorumluluk	SA 8000, Şirketlerin çocuk işçiler, zorla çalıştırma, sağlık ve güvenlik, sendikal özgürlükler ve toplu sözleşme, ayrımcılık, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri, ücretlendirme ve yönetim sistemini alanlarındaki gelişmelerden haberdar olmalarını sağlayıcıdır.
2001	Küçük ve orta ölçekli sanayi işletmelerinde Sosyal Sorumluluk Standardı SA 8000'e göre bir halkla ilişkiler değerlendirilmesi	SA 8000 standardı uygulanan işletmelerde gelişimin sağlanacağı düşünülmektedir.
2002	SA 8000 sosyal standardı ve Türkiye’de uygulanabilirliği	SA 8000 standardının uygulamada sorunlarla karşılaşacağı sonucuna ulaşılmıştır.
2005	4857 sayılı yeni iş kanunu perspektifinde iş sağlığı ve güvenliği yönetimi ve tekstil sektöründe SA 8000 uygulaması	SA 8000 standardı içerisinde işyerinde işçi sağlığını, çalışma ortamı koşullarını değerlendiren bir standart olduğu için uygulanabilir.
2006	SA 8000 sosyal sorumluluk standardının örgütsel bağlılık ve iş doyumuna olan etkileri	SA 8000 Sosyal Sorumluluk standardı ile örgütsel bağlılık ve iş doyumuna arasında ilişki bulunmaktadır.
	Otel işletmelerinde	İşletmelerde hizmet kalitesini artıracaktır

2007	sosyal sorumluluk ve SA 8000 sosyal sorumluluk standardı	düşünülmektedir.
2008	Sosyal sorumluluk denetimi & SA 8000 standardı ve Denizli ilinde bir uygulama	Denizli ilindeki firmaların SA 8000 standardını tanıdıkları ve bu standarda ilişkin sahip olma adına çabaladıkları sonucuna ulaşılmıştır.
2018	SA 8000 ve ISO 26000 iş etiği standartlarının Türkiye'de uygulanabilirliği	Türkiye'de ISO 26000 standardının uygulanmasında herhangi bir engel olmadığı, SA 8000 standardının ise tedarikçi ve iş görenlere fayda sağlamasına rağmen, maliyet unsuru da göz önüne alındığında uygulanması konusunda yeterli rağbet olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
2020	İşletmelerde sosyal sorumluluk olgusu: SA 8000 standardı kapsamında bir inceleme	SA 8000 standardının işletmeler için ideal kalite standardı kapsamında olduğu, ancak uygulama anlamında birçok işletme için oldukça harcamaya neden olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

YÖK TEZ üzerindeki verilere göre 2001-2020 seneleri arasında SA 8000 standardına ilişkin hazırlanan tez çalışmalarına bakıldığında bu çalışmaların %77 oranında SA 8000 standardının Türkiye'deki durumu ve genel durumuna ilişkin olumlu değerlendirme yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. SA 8000 standardına ilişkin çalışmaların Yüksek Lisans tez kapsamında hazırlandığı, henüz doktora tezi olarak çalışılmadığı görülmüştür. Akademik faaliyetlerin iş yaşamına etkisi göz önüne alındığında seneler içerisinde konunun daha fazla çalışılması ve özellikle doktora seviyesinde çalışmalar yapılmasıyla ciddiyetinin anlaşılacağı aşikârdır.

SA 8000 Standardına ilişkin üniversitelerde yapılan çalışmalar göz önüne alındığında şu ana değin tüm çalışmaların devlet üniversitelerinde yapıldığı, henüz vakıf üniversitelerinde bu konuda hazırlanmış bir tez çalışması olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

## BÖLÜM 5: SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışmaları doğrudan insanoğlunun fizyolojik ve psikolojik varlığını konu edinen çalışmalar olduğu için oldukça önemlidir. İnsanın temel uğraşları arasında birincil derecede kendisi ve kendi sağlığını içeren bu kavram, bilhassa kalite ölçümlemesi ve nitelendirilmesi noktasında birçok tartışmaya yol açmıştır. Sağlık kurumlarının ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmeye yönelik olarak oluşturulan tüm standartların ne derece geçerli olduğu ve ideal sistemi yansıttığı tartışılarsun, 1997 senesinde CEPAA tarafından oluşturulan SA 8000 standardı kalite standartlarına getirdiği etik bakış açısıyla sağlık kurumlarını ve çalışmalarını değerlendirmede diğer standartlardan ayrılmıştır. SA 8000 standardı oluşturduğu konu ve konu içerikleriyle birlikte çocuk işçiliği, zorla çalıştırılma, sağlık ve güvenlik, örgütlenme özgürlüğü ve toplu pazarlık hakkı, ayrımcılık, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri ve ücretlendirme konularına vermektedir. Bu konular dahilinde diğer kalite standartlarını işletme içerisinde belirlediği kıstaslar dışında, SA 8000 etik çalışma ilkelerini gözetmekte, sadece işletmeleri değil, aynı zamanda ülke içerisindeki etik çalışma disiplinlerini de göz önüne alarak kaliteyi yükseltmeyi amaçlamaktadır.

Bu tez çalışmasında SA 8000 standardının hasta güvenliği ile ilişkisi konu edinilmiş, konu kapsamında çalışma üç bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde sağlıkta kalite standartları ve SA 8000 standardı konusunu yer verilmiştir. 1997 senesinde oluşturulmasına rağmen, henüz tüm dünyada detaylı şekilde tanınmayan SA 8000 standardını tanıtmak, literatürde içerdiği konulara yer vermek ve Türkiye’de bu standardın uygulanabilirliğini ele almak bu bölümün konusu olmuştur. Bugüne değin yapılan çalışmaların da yer aldığı bölümde Türkiye’deki çalışma koşulları, işçi hakları, işletmelerin etik çalışma ilkelerini uygulayıp uygulamadıkları gözetildiğinde SA 8000’in ne denli önemli yenilikler getireceği, tam anlamıyla uygulanması halinde firmalara kazandıracakları üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümü hasta güvenliği konusuna ayrılmıştır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının sosyal sorumlulukları kapsamında yer alan bir konu olan hasta güvenliği, özellikle teknolojik gelişmelerle birlikte son yıllarda çok daha dikkat çekmiş ve sağlık kurumlarında kalite standartları kapsamında değerlendirilmiş bir konuyu kapsamaktadır. Sağlık hizmeti alan hastanın hem sağlık hizmetlerinin sunum

aşamasında hizmet sunumuyla ilgili en önemli riski hasta güvenliği taşımaktadır. Hasta güvenliği; hastanın tanı, tedavi ve tedavi sürecini izleme aşamalarında meydana gelebilecek her türlü hatalarla birlikte hasta ve hasta mahremiyetine zarar veren, bu nedenle başta sağlık kurum ve kuruluşlarının, hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının, ardından hastanın, hasta yakınlarının ve tüm toplumun hassasiyet göstermesi gereken bir konudur. Çalışmamız kapsamında üçüncü bölüm olan araştırma bölümünde hasta güvenliği ile SA 8000 standardı kapsamında bir çalışma yapılmış, bu çalışmada Aralık 2020 yılı itibariyle Türkiye’de hazırlanan yüksek lisans, tıpta uzmanlık ve doktora çalışmaları üzerinden bir bibliyometrik analiz çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada *sağlıkta kalite, sosyal sorumluluk, hasta güvenliği* ve *SA 8000* göz önüne alınmış, bu konularda hazırlanan tez çalışmaları bibliyometrik açıdan değerlendirilmiştir.

SA 8000 standardının hasta güvenliğiyle ilişkisini ele alan bu çalışmada veriler YÖK’ün tez veri tabanı üzerinden toplanmıştır. Çalışmaya konu olan tez çalışmaları yoktez.gov.tr üzerinden edinilirken, erişim izni olmayan çalışmalara ise TUBESS üzerinden erişim sağlanmıştır. Sağlıkta kalite konusunda toplam hazırlanan tez sayısı 14 olup, bu tezlerin tamamı Yüksek Lisans düzeydedir. 2009-2020 seneleri arasında çalışılan bu tezler arasında, en fazla çalışma 2018-2019 senelerinde hazırlanmıştır. Bu kapsamda yazılan tezlerin %71’i devlet üniversitelerinde, %29’u ise özel üniversitelerde hazırlanmıştır. Hasta Güvenliği konusunda yüksek lisans ve doktora düzeyinde toplam 132 tez hazırlandığı görülmüştür. Bu tezlerin 2 tanesi tıpta uzmanlık, 11 tanesi doktora tezi ve 119 tanesi ise yüksek lisans tezidir. 2008-2019 seneleri içerisinde hazırlanan bu çalışmaların ise %83’ü devlet üniversitelerine, %17’si ise vakıf üniversitelerine ait çalışmalardır. Sosyal sorumluluk konusunda 1985-2020 yılları arasında 535 tez hazırlanmış, bu tezlerin 241 tanesi İşletme, 84 tanesi ise Halkla İlişkiler alanındadır. Kalan 210 çalışma ise *diğer* kapsamında yer alan Mühendislik Bilimleri, Mimarlık, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri gibi çok çeşitli alanlara yayılmıştır. Yapılan çalışmaların %68’lik oranı devlet üniversitelerine ait olup, vakıf üniversitelerinde ise %32’lik bir oranda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son konu olarak çalışmanın da temelini oluşturan SA 8000 konusunda toplam 9 çalışma yapılmış olup, bu çalışmaların hepsi yüksek lisans derecesindedir. Ayrıca hazırlanan tez çalışmalarının

yaklaşık %44,4'ü İşletme alanında yoğunlaşmış; hazırlanan tüm tezler de devlet üniversitelerinde hazırlanmıştır.

Çalışmada yer alan sağlıkta kalite, hasta güvenliği, sosyal sorumluluk ve SA 8000 kavramlarına ilişkin Türkiye'de yapılan tezlerin hemen hemen büyük bir kısmı Devlet Üniversitelerinde yapılmıştır. Bu durum Türkiye'deki devlet üniversitelerin sayıca vakıf üniversitelerine oranla daha fazla olmasından da kaynaklıdır. Özellikle sağlıkta kalite konusunda sadece 14 tez çalışması yapılması, konunun yeterince üzerine yoğunlaşmadığının bir göstergesidir. SA 8000 standardı 1997 senesinde oluşturulan bir standart olmasına karşın, bu konuda yapılan ilk çalışma 2001 tarihlidir. 2001-2020 yılları arasında sadece 14 çalışma yapılmış, özellikle 2008 yılından sonra yapılan ilk çalışma 2018 tarihli olmuştur. Konu akademik dünyada yeterince rağbet görmemiş, sağlıkta kalite konusu gibi üzerinde düşünülmemiştir. SA 8000 kapsamında yapılan çalışmaların da daha çok işletme alanında olması, yine bir kalite standardı olarak sağlık alanında çalışılmadığının göstergesidir.

Sosyal sorumluluk konusunda 1985-2020 yılları arasında 535 tez hazırlanmış, bu tezlerin 241 tanesi işletme alanından olmuştur. Tezlerin içeriğine bağlı olarak yapılan değerlendirmede de sağlık konusundan uzak, yalnızca kar amacı güden çeşitli işletmeler üzerinde araştırma yapıldığı; kurumsal sosyal sorumluluk, kurum içi disiplin, kurumların varlığını sürdürmesi açısından konuların ele alındığı gözlemlenmiştir.

Hasta güvenliği konusunda 2008-2019 yılları arasında 132 çalışma hazırlanmıştır. Bu çalışmalar hasta güvenliğini ölçümlene, kurumların ve çalışanların hasta güvenliği konusundaki bilgilerini ortaya çıkarma amacı taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda kalite ve kalite standartlarını konu edinen çalışma sayısı oldukça azdır.

Yapılan bu çalışma neticesinde SA 8000 standardı ile hasta güvenliği ilişkisine yönelik olarak Türkiye'de yapılan tez çalışmalarının yetersiz düzeyde kaldığı görülmüştür. SA 8000 standardı üzerine yeterince çalışma yapılmaması, yapılan çalışmaların da sağlık alanında olmaması, sağlıkta bu standardın bilinirliğini sorgulatmaktadır. SA 8000 standardı kaliteyi sadece maddi unsurlar dahilinde ele almayan, aynı zamanda etik ilkeler ışığında değerlendiren bir standart olarak diğer kalite standartlarından ayrılmaktadır. Bu noktada tez çalışmalarının akademik olarak



yetersiz kalması, doğrudan ülke içerisindeki sağlık kurumlarının da bu standarttan faydalanmasının önüne geçecektir. SA 8000 standardının akademik anlamda çalışılması adına,

- Kalite standartlarına ilişkin dersler oluşturulmalı ve sağlıkla ilgili bölümlerde bu derslerin alınması zorunlu olmalı,
- SA 8000 standardına ilişkin sadece sağlık bölümlerinde değil, İşletme, Hemşirelik, Hastane Yönetimi gibi birçok bölümde ders içerikleri oluşturulmalı,
- Staj eğitimlerinde hastanelerin SA 8000 kapsamında değerlendirilmesine ilişkin uygulamalı örnekler yapılmalı, bu örnekler üniversitelere raporlanmalıdır.

SA 8000 standardına ilişkin yapılan çalışmaların daha çok nitel düzeyde kaldığı gözlemlenmiştir. Bu anlamda nicel çalışmalar yapılması da tavsiye edilebilir. Mühendislik alanlarında SA 8000 standardının çeşitli alanlarda uygulanma biçimine yönelik veriler sayısal raporlanabilir, aynı şekilde bu raporlar dünya standartlarındaki çalışmalarla da karşılaştırılabilir.

SA 8000 standardı sadece bir kalite standardı değil, aynı zamanda içeriğinde yer alan çocuk işçi çalıştırma, zorunlu çalışma, toplu sözleşme hakkı gibi konularla birlikte bir sosyal proje olarak da düşünülmelidir. SA 8000 sertifikasına sahip bir kurumun kalitesi, aynı zamanda sosyal anlamda bir toplumdaki ideal çalışma düzenine de hizmet etmektedir. Bu çalışmaların herhangi bir işletmeye olan faydası, sağlık kurumlarına olacak fayda ile kıyaslandığında sağlık kurumlarının çok daha ideal bir hizmet yerlerine dönüşmelerini sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

Adnan, K. (2001). *Vardiyalı Çalışma Sistemini Uygulayan Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Bir Hastanede Hasta Memnuniyetinin Araştırılması*. 4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul.

Ak, E. S., Akdemir, D., Ayoğlu, T. ve Ayhan, M.K. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Uygulamaları*. Florence Nightingale Journal of Nursing 27(1), ss.26-37.

Akalın, H.E. (2003). *Tıbbi Hatalar*. [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/5/5.20.pdf>. (Erişim Tarihi: 14.03.2020).

Akıcı, A., Kalaça, S., Uğurlu, M.Ü., Çalı, Ş. ve Oktay, Ş. (2001). *Pratisyen Hekimlerin Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi*. Geriatri Dergisi, 4(3), ss.100–106.

Akutoğlu, I.K., (2004). *Marka Yönetimi*, 2.Basım, İstanbul: İletişim Yayınları.

Al, U. ve Tonta, Y. (2004). Atıf analizi: Hacettepe Üniversitesi kütüphanecilik bölümü tezlerinde atıf yapılan kaynaklar. *Bilgi Dünyası*, 1(1), ss.19-47.

Androff, K. D. (2010). *The problem of contemporary slavery: An international human rights challenge for social work*, International Social Work, 65(2), ss.209-222.

Ardahan, M. ve Alp, F.Y. (2015). *Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), ss.1-10.

Atalç, H. (2014). *Hastanelerde Sürdürülebilirlik ve ISO 14001: Yönetici Tutumları Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Atan, Ş. Ü., Dönmez S. ve Duran E.T. (2013). *Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(3), ss.172-180.

Aydemir, M. (2007). İşletmelerin İşgörenlere Karşı Sosyal Sorumlulukları ve SA 8000 Standardı. Ed.Aktan, C.C. *Kurumsal Sosyal Sorumluluk, İşletmeler ve Sosyal Sorumluluk*. 1.Basım, İstanbul: İGİAD Yayınları.

Aydın, K. (2004), *Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri Ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi: Aksaray İli Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı.

Ayrancı, E. (2007). *Sosyal Sorumluluklar ve Sosyal Sorumluluk 8000 (SA 8000) Standardının Benzer Özellikteki Tike ve Standartlardan Farklılıkları*. ABMYO Dergisi, 1(8), ss. 101-120.

Bakırcı, K. (2004). *Çocuk ve Genç İşçilerin Haklarının Korunması*, 1.Basım, İstanbul: Beta Yayınları.

Bingöl, D. (2006). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 1.Basım, İstanbul: Arıkan Yayınları.

Bingöl, Ü ve Kutlu, A. (2019). *Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 35 (2), ss.49-59.

Bodur, S., Filiz, E, Çimen, A, ve Kapçı C. (2012). *Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu*. Genel Tıp Dergisi, 22(2), ss.37-42.

Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, Naylor J, Nathan S, Robinson M, Runciman B, Jackson M, Travaglia J, Johnston B, Yen D, McDonald H, Low L, Redman S, Johnson B, Corbett A, Hennessy D, Clark J ve Lancaster J, (2010). *Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study*. Quality Safety Health Care. 19(1), ss.14- 21.

Bulut, I. (1994). Çocuk Çalıştırılmasının Psiko-Sosyal Boyutları ve Sonuçları, Türkiye’de Çalışan Çocuklar Sorunu ve Çözüm Yolları, ed. Ertan Kahramanoğlu, *Türkiye’de Çalışan Çocuklar Sorunu ve Çözüm Yolları*, 1.Basım, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Clikeman, P. M. (2004). *Socially Conscious Corporation*. Strategic Finance, 2(1), ss.23-27.

Costka, P. (2007) *A critical Look An Quality Through CSR Lenses*, Universty of Casterbury, Christchurch, New Zeland, International Journal and Quality Reliability Management, 24(7), ss.742-745.

ÇAGSEM (2017). *Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Algısı Araştırma Raporu*. Ankara: ÇAGSEM.

Çağlar, İ., Kılıç, S. (2008). *Kalite Güvence Standartları*, 1.Basım, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Çankır, B., Fındık,H. ve Koçak, Ö.E. (2012). *Sürdürülebilirlik ve Sürdürülebilir Organizasyon Yönetimi*. 1st International Conference on Sustainable Business and Transitions for Sustainable Development 11 – 13 October, Konya, ss.375-386.

Çatak, B. (2006). *Çocuk işçiliği için Risk Faktörlerinin Belirlenmesi; Çocuk işçi ve Okuyan Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Çırpı, F., Doğan Merih, Y. ve Yaşar Kocabay, M. (2009). *Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), ss.1-10.

Çoban, M. (2019). *İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Hastane Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çöpoğlu, M. (2018). *Türkiye’de Çocuk İşçiliği*. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14(1), ss.359-398.

Dağdelen, Ü. A. (2014). *Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demir, M. (2011). *İş Yaşamında Ayrımcılık: Turizm Örneği*. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 8(1), ss.760-784.

Demir, F. (2010). *Çalışma Hayatında Çocukların Korunması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 12(1), ss.547-577.

Demirkan, M. (1998). *Türk Endüstri İlişkileri Sisteminde Etik Tavrı ve Sorumluluk Bilinci*, Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu, 24-26 Aralık 1997, Sakarya Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi.

Deren, M. G. (2010). *Çalışma Hayatında İşyeri Kabalığı Olgusu*. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, 53(1), ss.44-60.

Dinçer, D. ve Ünsal, A.S. (2014). *SA 8000 Sosyal Sorumluluk Standardı: Türkiye’de Çocuk İşçi İstihdamı Üzerine Bir İnceleme*. Akademik Bakış Dergisi, 40(1), ss.1-26.

Dur, A.İ.B. ve Öztürk, M. (2017). *Türkiye’de ve Dünyada Çocuk İşçiliği ve Mücadele Politikaları: SDÜ MYO Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22(3), ss.613-635.

Erdağı, S. ve Özer, N. (2015). *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(2).

Erdal, E. (1993), *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar*, 1.Basım, İzmir: Dağışan Ofset.

Eroğlu, E. K. (2011). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Fransen, L. W. ve Kolk, A. (2007). *Global rule-setting for business: a critical analysis of multi-stakeholder standards*. Organization, 14(5), ss.667-684.

Gençoğlu, Ü. ve Aytaç, A. (2016). *Kurumsal Sürdürülebilirlik Açısından Entegre Raporlamanın Önemi ve BIST Uygulamaları*. Journal Of Accounting ve Finance, 72(1), ss.1-10.

Gökdoğan, F. ve Yorgun, S. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(2), ss.1-10.

Gül, İ. I. ve Karan, U. (2011). *Ayrımcılık Yasağı Kavram, Hukuk, İzleme ve Belgeleme [Kitapçık]*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.

Güler, M.A. (2018). *Modern Kölelik ve Modern Köleliğin Görünümleri*. İş ve Hayat Dergisi, 1(1), ss.23-48.

Gülmez, M. (1991). *Türkiye’de Çalışma İlişkileri 1936 Öncesi*, 1.Basım, Ankara: Todaie Yayınları.

Gündoğdu, S. ve Bahçecik, N. (2012). *Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(2), ss.1-18.

Güner, E. (2010). *İşçinin Günlük Çalışmasının 11 Saati, Gece Çalışma Süresinin 7,5 Saati Aşması Fazla Çalışma Mıdır?* Mali Çözüm Dergisi, 1(1), ss.280-290.

Gürgen, N. E. (2018). *SA 8000 ve ISO 26000 İş Etiği Standartlarının Türkiye’de Uygulanabilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Barış Çalışmaları Anabilim Dalı.

Güripek, E. (2007). *Otel işletmelerinde sosyal sorumluluk ve SA 8000 sosyal sorumluluk standardı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Güven, M. (2014). *Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Holoğlu, T. (2019). *Otomotiv Servislerinde ISO 14000:205 Çevre Yönetim Sistem Standartlarının Uygulanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi.

ILO (1958). *Discrimination (Employment and Occupation) Convention*. 1.Basım, Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work.

ILO (2012). *Global estimate of forced labour Executive summary*, 1.Basım, Geneva: ILO Special Action Programme to Combat Forced Labour Publications.

ILO. (2013). *Marking Progress Against Child Labour*, Global Estimates and Trends 2000-2012. Geneva: ILO.

ISO, (2010), [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: <https://www.iso.org/iso-26000-social-responsibility.html>, (Erişim Tarihi: 29.02.2020).

İmai, M. (2003). *Kaizen Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı*, 2.Basım, İstanbul: Kalder Yayınları.

Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). *Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma*. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 1(1), ss.1-10.

Kaya, S. (2008). *İşletmelerde Sosyal Sorumluluk ve SA 8000 (Social Accountability) Standardı*. ARveGE Dergisi, 1(1), ss.15-21.

Kılış, İ. ve Demir, S. (2012). *İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Verme Yükümlülüğü Üzerine Bir İnceleme*. Çalışma İlişkileri Dergisi, 3(1), ss. 23-47.

Kizer KW. (2001). *Patient safety: A call to action: A consensus statement from the National Quality Form*. MedGenMed.

Koçel, T. (2007). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Arıkan Yayıncılık.

Korkmaz, A. ve Avsallı, H. (2012). *Çalışma Hayatında Yeni Bir Dönem:6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası*, SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 26(1), ss.1-10.

Korkmaz, A. Ç. (2018). *Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği*. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 6(1), ss.10-19.

Kozak, N. (2003). Türkiye'de yayınlanan akademik dergilerin niteliklerindeki zaman içerisindeki değişim nedenleri: Sağlık, sosyal ve teknik bilim alanlarında yayınlanan dergiler üzerine bir inceleme. *Bilgi Dünyası*, 4(2), ss.146-174.

Köksoy, M. (1997). *Yükseköğretimde kalite ve Türk yükseköğretimi için öneriler*. 1.Basım, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Vakfı Yayınları.

Lahey, J. N. (2005). *Do Older Workers Face Discrimination? An Issue in Brief* Center for Retirement Research at Boston College.

Parlak, Z. (2008). *Küreselleşme ve Çalışma Standartları*. Bilgi Dergisi. 9(1), ss.43-88.

Maç, S. ve Çalış, S. (2012). *Etik ve insan kaynakları yönetimi tartışmalarında sosyal sorumluluğun yeri: küresel ilkeler sözleşmesi ve sa8000 sosyal sorumluluk standardı üzerine bir değerlendirme*. İş Ahlakı Dergisi,5(10), ss.1-6.

Mahiroğulları, A. (2005). *Endüstri Devrimi Sonrasında Emeğin İstismarını Belgeleyen İki Eser: Germinal ve Dokumacılar*. [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/100969> (Erişim Tarihi: 21.02.2020).

McNutt, RA., Abrams, R. ve Aron, DC. (2002). *Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors*. Journal of the American Medical Association, 287(15), ss.1997-2001.

Metin, B. (2018). *İşgücü Piyasasında Yaşa Dayalı Ayrımcılık Sorunu ve Yaşa Dayalı Ayrımcılıkla Mücadele: ABD ve AB Uygulamaları Çerçevesinde Türkiye İçin Bir Değerlendirme*. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 10(18), ss.72-89.

Mutlu, E.C. (1999). *Uluslararası İşletmecilik*, 2.Basım, İstanbul: Beta Yayınları.

National Patient Safety Agency (2018). *Clean Your Hands Campaign*. London: National Patient Safety Agency

Organer, E., Bozkurt, B., ve Kılıç M. (2014). *Hastalar İçin Hasta Güvenliği*. J Kartal TR 25(2), ss.171-174.

Özata, M., Aslan, Ş. ve Mete, M. (2008). *Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi*. II. International Patient Safety Congress.

Özgan, H., Külekçi, E. ve Özkan, M. (2012). *Öğretim Elemanlarının Örgütsel Sinizm Ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, International Online Journal Of Educational Sciences, 4(1), ss.196-205.

Özgener, Ş. (2000). *Ahlâk ve Sosyal Sorumluluk, İmalat Sanayinde Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Doktora Tezi. Konya Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.



Özdemir, M. ve Yücesan Özdemir, G.. (2005). *Küresel Kapitalizmde Çocuk Emeginin Ekonomi Politikası Çocuk İşçilerin “Oyun” Hakkı Var mıdır?*, Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 1(1), ss.1-6.

Özensel, E. ve Koçak, A. (2004). *Hekimler ve Hekimlik*, 1.Basım, Konya: Çizgi Kitabevi.

Özgünlü, F. (2019). *Çalışma Yaşamında Ayrımcılık: LGBT'lere Yönelik Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özkaya, B. (2010). *İşletmelerin Sosyal Sorumluluk Anlayışının Uzantısı Olarak Yeşil Pazarlama Bağlamında Yeşil Reklamlar*. 9(34), ss.247-258.

Öztuna, B. (2017). *SA 8000: 2014 Sosyal Sorumluluk Standardına Göre Çalışma Yaşamının Değerlendirilmesi*. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 6(5), ss. 2368-2378.

Rızalar, S., Büyük, E.T., Şahin, R., As, T. Ve Uzunkaya, G. (2016). *Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 9(1), ss.9-15.

SA 8000 (2014). *Social Accountability 8000, Social Accountability International Publications*. [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: [http://www.sa-intl.org/\\_data/global/files/SA8000Standard2014\(3\).pdf](http://www.sa-intl.org/_data/global/files/SA8000Standard2014(3).pdf), (Erişim Tarihi: 20.02.2020)

Saran, M., Çoşkun, G., Zorel, İ., F. ve Aksoy, Z. (2011). *Üniversitelerde Sosyal Sorumluluk Bilincinin Geliştirilmesi: Ege Üniversitesi Topluma Hizmet Uygulamaları Dersi Üzerine Bir Araştırma*. Journal of Yaşar University, 22(6), ss. 3732-3747.

Sayek, F. (2011). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, TTB Raporları Scrivens E. Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment. Quality in Health Care. 6(4), ss.212-8.

Seçkin, Ş.N. ve Çoban, R. (2017). *Ücret Düzeyinden Tatmin, İşte Kalma Niyeti ve Yaşam Tatmini İlişkisinde Algılanan Alternatif İş Fırsatlarının Düzenleyici Rolü*. İSADER, 9(3), ss.134-148.

Selvi, Y., Güzel, P., Özdemir, O., Aydın, A. ve Beşiroğlu, L. (2010). *Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), ss.238-243.

Schuler, R. S. (1995). *Managing Human Resources*, New York: West Publishing Company.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H. ve Marshall, M. (2003). *The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instrument*. *Health Services Research*, 38(3), ss.923-945.

Spurgeon, A., Harrington, J.M. ve Cooper, C. L. (1997). *Health And Safety Problems Associated With Long Working Hours: A Review Of The Current Position*. *Occupational and Environmental Medicine*, 54(1), ss.367-375.

Tabrizi JS., Gharibi F. ve Wilson AJ. (2011). *Advantages and disadvantages of health care accreditation models*. *Health Promotion Perspectives*. 1(1), ss.1-31.

TDK (2019). *Türkçe Sözlük*. 2.Basım, Ankara: TDK Yayınları.

Top, M., Gider, Ö., Taş, Y. ve Çimen, S. (2008). *Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), ss.1-11.

Tunçel, K. (2013). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

TÜİK (2006). *UÇÖ: Çalışan Çocuklar*, Working Child Raporu.

Tütüncü, Ö. (2008). *SA 8000 Sosyal Sorumluluk Standardı ile İş Yaşamı Kalitesi Arasındaki İlişki*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), ss.169-199.

Ulutaş, Ç.Ü. ve Ulutaş, T.B. (2015). *Angarya ve Zorla Çalıştırılma: Uluslararası Düzenlemeler ve Yüksek Mahkeme Kararları Işığında Bir Değerlendirme*. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi Research*, 8(4), ss.327-339.

Uruk, N. (2019). *Ücretlendirme ile İş Tatmini Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uyanık, Y. (2008). *Neoliberal Küreselleşme Sürecinde İşgücü Piyasaları*. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(2), ss.209-224.

Uysal, R. (2019). *Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Algısı: AS Çimento A.Ş. Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Vincent, C. (2003). *Understanding and responding to adverse events*. NEJM 2003;348:1051-6 [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: <https://content.nejm.org/cgi/content/extract/348/11/1051>. (Erişim Tarihi: 23.02.2020).

Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A. ve Vural, B. (2014). *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2), ss.1-12.

Yetkinlioğlu, Ö. (2009). *Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldırım, H. O. (2008). *Dünyada ve Türkiye’de Çocuk İşçiliği ve Özel Bir Örnek Olarak İstanbul İlinde Otomotiv Küçük Sanayinde Çalışan Çocuk İşçi ve Çıraklar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldırım, A. ve Demirel, E.T. (2015). *Ücret Tatmininin Yaşam Tatminini Belirleyici Etkisi Var mı? Elazığ Banka Çalışanları Örneği*. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Fırat University Journal of Social Science , 25(2), ss. 133-154.

Yıldız, G. B. (2012) *Çalışma Hayatında LGBT Bireylere Yönelik Ayrımcılığın Önlenmesi ve İlgili Mevzuat*. KAOS GL Dergisi, 127(1), ss.36-37.

Yıldız, T., Yıldız, T, Eriten, G, Erdem, İ, Gökay, NS, Kulaç, M. ve Alp, R.(2012). *Mezuniyetin ve Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Çalışmanın Hasta Güvenliği Bilinci Üzerine Etkileri*. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 2(3), ss.94–98.

Yılmaz, F. (2010). *Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri ve Örgütlenmesi: Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin Eleştirel Bir Değerlendirmesi*. Kamu-İş Dergisi, 11(2), ss.89-112.

YÖK TEZ (2020). Ulusal Tez Merkezi. [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: [www.yoktez.gov.tr](http://www.yoktez.gov.tr) [Çevrimiçi]. (Erişim Tarihi: 02.04.2021).

4857 Sayılı İş Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 25134, 22 Mayıs 2003 [Çevrimiçi]. Erişim Adresi: [www.resmigazete.gov.tr](http://www.resmigazete.gov.tr) (Erişim Tarihi: 15.03.2021).