

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KAMUDA YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK
SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aynur ÇETİN

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

KASIM 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KAMUDA YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK
SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aynur ÇETİN


1203811043


İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet KESİK

THK Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 1203811043 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi, "Aynur ÇETİN", ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "KAMUDA YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Prof. Dr. Ahmet KESİK**
Türk Hava Kurumu Üniversitesi 

Jüri Üyeleri : **Prof. Dr. Ahmet KESİK**
Türk Hava Kurumu Üniversitesi 

: **Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN**
Türk Hava Kurumu Üniversitesi 

Yrd. Doç. Dr. A. Emin SERİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi 

Tez Savunma Tarihi: 20 Kasım 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “KAMUDA YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA” adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

12.11.2014

Aynur ÇETİN



ÖNSÖZ

Bu çalışma, sağlık kurumlarında yönetici ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği uygulamasına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Ayrıca hastane çalışanlarının iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumları ve ilgili tutumları incelenmiştir.

Çalışmamı yaparken bana destek olan, bilgi ve tecrübeleri ile araştırmama ışık tutan danışmanım Prof. Dr. Ahmet KESİK'e, varlıkları benim için en büyük ilham ve mutluluk kaynağı olan, her zaman ve her konuda bana büyük fedakârlıklarda bulunarak beni sabırla destekleyen Eşim Hasan ÇETİN'e, Annem Şaziye ACAR'a, Kardeşlerim Neslihan ve Tuncay ACAR'a, canım arkadaşım Bahar ÖVEÇ'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Kasım, 2014

Aynur ÇETİN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	4
1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ	4
1.1 Genel Olarak İş Sağlığı ve Güvenliği.....	4
1.1.1 İş Sağlığı.....	4
1.1.2 İş Güvenliği	6
1.1.3 İş Sağlığı ve Güvenliği	7
1.1.4 İş Sağlığı ve Güvenliğinin Faydaları ile Hedefleri.....	17
1.1.5 İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	18
1.2 Uluslararası Alanda İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Kurumlar ve Mevzuat	21
1.2.1 Uluslararası Alanda İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Kurumlar.....	21
1.2.2 Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı	26
1.2.3 Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Kurumlar	31
İKİNCİ BÖLÜM	39
2. SAĞLIK KURUMLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ	39
2.1 Sağlık Kuruluşlarının Özellikleri	39
2.2 Sağlık Kuruluşları Çalışanlarının Özellikleri	40
2.3 Sağlık Kuruluşlarında Ortam Faktörleri	42
2.3.1 Fiziksel Faktörler	42
2.3.2 Kimyasal Faktörler	43
2.3.3 Biyolojik Faktörler	43
2.3.4 Ergonomik Faktörler	44
2.3.5 Diğer Faktörler	44
2.4.1 Kesici- Delici Alet Yaralanmaları	46
2.4.2 Çarpma, Düşme ve Burkulmaya Bağlı Travma	46
2.4.3 Şiddete Maruz Kalma	47
2.5 Sağlık Kuruluşlarında Meslek Hastalıkları	48
2.6 Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Karşı Alınması Gereken Önlemler.....	48
2.7 Sağlık Kurumu Çalışanlarına Yönelik Çalışan Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Hizmetleri	57
2.7.1 Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hizmetler	58
2.7.2 Hastane Ortamına ve Üretim Sürecine Yönelik Hizmetler	59

2.7.3 Diğer Hizmetler	59
2.7.4 Hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinde işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi.....	60
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	62
3. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ İŞVEREN TUTUM VE DAVRANIŞ VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ	62
3.1 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Her Türlü Önlemi Sağlama Yükümlülüğü	63
3.2 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Kurallarına Uyulup Uyulmadığını Denetleme Yükümlülüğü	63
3.3 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda İşçileri Bilgilendirme ve Eğitim Yükümlülüğü	63
3.4 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Konularında İşçilerin Görüşlerini Alma ve Katılımlarını Sağlama Yükümlülüğü.....	64
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	65
4. SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA	65
4.1 Araştırma Yöntemi	65
4.1.1 Araştırmanın Modeli	65
4.1.2 Araştırmanın Kapsamı, Sınırlılıkları, Evren ve Örneklemi.....	65
4.1.3 Araştırmanın Varsayımları	66
4.1.4 Veri Toplama Araçları.....	66
4.1.5 Verilerin Analizi.....	67
4.2 Bulgular ve Yorumlar	67
KAYNAKÇA	108
EKLER	112
Ek-A: Hastane Yöneticisine Uygulanan Anket.....	113
Ek-B: Hastane Çalışanlarına Uygulanan Anket	114
ÖZGEÇMİŞ	118

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1	: Geçmişten günümüze iş kazası oranları.	14
Tablo 1.2	: Yıllara göre iş sağlığı ve güvenliği istatistikleri.....	15
Tablo 1.3	: Sektörlere göre iş kazası, sürekli iş göremezlik ve ölüm istatistikleri.....	16
Tablo 1.4	: Güvenlik işaretlerinde kullanılan renkler ve anlamları (Güvenlik ve sağlık işaretleri yönetmeliği).....	30
Tablo 2.1	: Sağlık hizmetlerinde çalışan insan gücü listesi	41
Tablo 2.2	: Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları risk ve sorunlarının dağılımı	46
Tablo 2.3	: NIOSH'a göre sağlık çalışanlarının sağlığı örnek programı.	56
Tablo 4.1	: Hastane yöneticilerinin hastanemizdeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları hakkında bilgi toplamaya yönelik çeşitli sorulara göre dağılımı.	68
Tablo 4.2	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının demografik özelliklerine göre dağılımı.	69
Tablo 4.3	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin ortalamaları.	71
Tablo 4.4	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin ortalamaları.	72
Tablo 4.5	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığı ortalamaları.....	73
Tablo 4.6	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların ortalaması.	73
Tablo 4.7	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin eğitim durumuna göre ortalamaları.	74
Tablo 4.8	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin çalışma türüne göre ortalamaları.	78
Tablo 4.9	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin mesleki deneyimine göre ortalamaları.....	80
Tablo 4.10	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin eğitim durumuna göre ortalamaları.	85
Tablo 4.11	: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin çalışma türüne göre ortalamaları.	87

Tablo 4.12 : Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin mesleki deneyimine göre ortalamaları.	89
Tablo 4.13 : Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığıının eğitim durumuna göre ortalamaları.	92
Tablo 4.14 : Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığıının çalışma türüne göre ortalamaları.	94
Tablo 4.15 : Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığıının mesleki deneyimine göre ortalamaları.	95
Tablo 4.16 : Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların eğitim durumuna göre ortalamaları.	98
Tablo 4.17 : Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların çalışma türüne göre ortalamaları.	99
Tablo 4.18 : Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların mesleki deneyimine göre ortalamaları.	100

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.1** : Dünyada ve türkiye’de iş kazası meslek hastalıklarının karşılaştırılması..... 16
- Şekil 2.1** : Sağlık hizmetlerinde güvenlik yönetimi..... 49

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHA	: American Hospital Association
AMA	: American Medical Association
AYBYK	: Avrupa Yerel ve Bölgesel Yönetimler Kongresi
BM	: Birleşmiş Milletler
ÇASGEM	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EU-OSHA	: Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
İSGY	: İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği
KOBİ	: Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MSGK	: Meslek Hastalığı ve Güvenliği Komiteleri
NIOSH	: Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
OSHA	: Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği
s.	: sayfa
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

KAMUDA YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

ÇETİN, Aynur

Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Bilim Dalı,

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet KESİK

Kasım - 2014, 133 sayfa

İş sağlığı ve güvenliğine verilen önem ülkemizde ve dünyada hızla artmaktadır. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile iş sağlığı ve güvenliği konusu bir ilk olarak özel bir kanunla düzenlenmiştir. Bu kanun ile beraber işverenin üzerindeki yükümlülükler fazlalaşmış, işçi ve memur ayrımına son verilerek bütün çalışanlar kapsam altına alınmıştır. Amaç olumsuz sonuçların meydana gelmeden engellenmesidir. Kanun çalışma hayatına üretim artışı, verimlilik, ürün kalitesi, imaj ve maliyet kazancı gibi yararlar sağlamıştır.

İş ve çalışma ortamlarında meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları sebebiyle oluşan ekonomik ve sosyal kayıplar, sağlık çalışanları ile birlikte bakmakla yükümlü olduğu insanları ve işvereni etkilemektedir. Sağlık çalışanları sağlığı bozulmuş insanlara hizmet verirken, diğer yandan hizmetin özelliğinden oluşan fiziksel, biyolojik, kimyasal, psiko-sosyal ve ergonomik risk faktörleri ile yüz yüzedir.

Bu çalışmada sağlık kurumlarında yönetici ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği uygulamasına yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastanede çalışma şartlarının iş sağlığı ve güvenliği üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri değerlendirilip, önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Güvenlik, İş Sağlığı, İş Güvenliği, Sağlık Kurumları.

ABSTRACT

PUBLIC HEALTH AND SAFETY MANAGER AND EMPLOYEES DETERMINATION OF ATTITUDES TOWARDS APPLICATION: AN APPLICATION IN THE HEALTH SECTOR

ÇETİN, Aynur

Master, Department of Management

Thesis Supervisor: Professor Doctor Ahmet KESİK

November - 2014, 133 page

The importance given to occupational health and safety in our country and around the world is increasing rapidly. Occupational Health and Safety Act No. 6331 with the occupational health and safety issues is worth nothing that the obligations on the employer with the law was brought to an end all employees, workers and civil servants distinction has been taken under the scope. gulated by a special law for the first time. The purpose of the law, is the prevention of the occurrence of adverse consequences.This law contribute to the work such as increasing production, productivity, product quality, image and cost saving benefits .

In our country, health care organizations complete and effective in the study of great importance that health care workers, business and work environment resulting from the accidents at work and occupational diseases caused by economic and social losses healthcare workers with dependents that people and employers are affected. Health care workers in health services while impaired people, on the other hand the service property consisting of physical, biological, chemical, psycho-social and faces the ergonomic risk factors.

In this study, health care managers and employees in the occupational health and safety practices aimed to determine the attitudes to and examined. Assessed

occupational health and working conditions in the hospital the positive and negative effects on safety, suggestions were made.

Keywords: Health, Safety, Occupational Health, Occupational Safety, Health Institutions.

GİRİŞ

Günümüzün küreselleşen dünyasında, iş sağlığı ve güvenliğinin etkileri, sadece iş kazasına uğrayan kişinin, ailesinin ve çalıştığı işletmenin sonuçları üzerinde değil, ülke ekonomisi ve dolayısıyla dünya ekonomisi üzerinde de etkili olmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği konusu artık ulusal sınırların ötesindedir. Sanayi toplumu örgütlenme modeli içinde yer alan çalışanın korunması yaklaşımının ötesinde daha fazla bir küresel ilgiyi hak etmiştir. Sağlık ve güvenlik kavramı, çevre yaklaşımını da içine alacak biçimde bütünleşmiş ve sonuç olarak küreselleşme ve bilgi toplumu örgütlenme modelinin önemli bir saç ayağı olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sıklıkla iş kazaları ve meslek hastalıklarından kaynaklanan sosyal ve ekonomik kayıpların önemini vurgulamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde hastalıkları önleme ve sağlığı korumanın maliyeti her zaman tedavi etmekten daha ucuz ve etkili olduğundan dolayı günümüzde yaygın olarak kullanılan yönetim sistemleri veya kalite yönetim sistemlerinin çoğu da düzeltici faaliyetlerden çok önleyici faaliyetlere odaklanmaktadır. Günümüzün İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) yaklaşımında da benzer mantık ile risk değerlendirmesi, çalışanların katılımı, uzman katkısı sağlanması, çalışanların bilgilendirilmesi, çalışanların eğitimi, koruma ve önleme gibi ilkeler önem kazanmıştır.

Dünyada İSG alanı ile ilgili gelişmelere ülkemiz de duyarsız kalmamış ve başta İSG ile ilgili ulusal mevzuatımız olmak üzere 4857 sayılı İş Kanunu'nda İSG hakkında ciddi düzenlemelere gidilmiştir. Bu değişiklikler kapsamında Avrupa Birliği (AB) mevzuatı ile ulusal mevzuatımızın uyumlaştırılması açısından da bir dönüm noktası olan yasal düzenlemeler hızla hayata geçirilmiştir.

Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından yapılan araştırmalara göre dünyada her yıl 270 milyon kişi iş kazalarına, 160 milyon kişi meslek hastalıklarına maruz kalmaktadır. 2.2 milyon kişi kazalar ve meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ağır kayıplar yüzünden küresel ekonominin uğradığı ekonomik

kayıp gelişmekte olan ülkelerde Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın %4'ünü bulmaktadır (İşler, 2013:13).

İş kazası ve meslek hastalığı sonucu oluşan maddi ve manevi kayıpların büyük boyutlara oluşmasıyla iş sağlığı ve güvenliğine önem verilmesine neden olmuştur. İş kazalarının nedenlerine bakıldığında çoğu iş kazasının önlenemez olduğu görülmüştür. İş kazası ve meslek hastalıklarını önlemek için proaktif eylemlere başvurulmaktadır.

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan, bunun çalışanlar açısından ayrıca bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir. Ülkemizde sağlık çalışanları büyük oranda hastanelerde istihdam edilmektedir. Bununla birlikte önceki dönemlerde iş sağlığı ve güvenliği konusunda eksikliklerimiz fazla idi. Sağlık ve güvenlik hizmetlerinden tam yararlanılamayıp, meslek hastalıkları ve iş kazası bildirimleri az yapılmakta idi. 6331 sayılı Kanun ile kayıtlar tam tutulup, bildirimler zorunlu hale getirildi. Bu konu üzerindeki çalışmalar; şu anda titizlikle yürütülmeye çalışılıyor. Örneğin; araştırmanın yapıldığı hastanede her çalışanın özlük dosyasında iş kazası ve meslek hastalığı geçirip geçirmediğine dair bir form bulunmaktadır.

Sağlık işletmelerinde başarılı bir İSG uygulamasının gerçekleşmesi için öncelikle ilgili taraflar olan Devletin, işletmeleri ve çalışanların görev, yetki ve yükümlülüklerinin analiz edilmesi önemli yer tutmaktadır. Sağlık kuruluşlarında İSG ile ilgili yapılacak iyileştirme faaliyetlerinde risklerin değerlendirilmesi, çalışanların eğitimi, koruma-önleme mantığının geliştirilmesi; sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması açısından hem çalışanlara, hem de sağlık kuruluşlarına ve dolaylı olarak ülke kalkınmasına önemli faydalar sağlayacaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde iş sağlığı ve güvenliği hakkında kavramlar ve bilgilere yer verilmiştir. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliğinin tarihsel gelişimi, iş sağlığı ve güvenliğinin faydaları ve zararları, uluslararası alanda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kuruluşlar ve mevzuat, çalışanlar ve ülke ekonomisi açısından önemi vurgulanmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği ana başlığı altında, öncelikle sağlık kurumlarının ve çalışanların özellikleri, sağlık

kurumlarında ortam faktörü, sağlık kurumlarında iş kazaları ve meslek hastalıkları ile buna bağlı olarak alınması gereken önlemlere yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde yöneticilerin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki tutum ve davranışlarına yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde Ankara İli'nde faaliyet gösteren Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde iş sağlığı ve güvenliği yönünden konu ile ilgili gerçekleştirilen araştırmanın yöntem ve bulgularına yer verilmiştir.

Son olarak çalışma, iş sağlığı ve güvenliği araştırma bulgularına yönelik yorum ve önerilerinde yer aldığı sonuç kısmı ile tamamlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

1.1 Genel Olarak İş Sağlığı ve Güvenliği

Çalışmanın bu bölümünde iş sağlığı, iş güvenliği, iş sağlığı ve güvenliği, iş sağlığı ve güvenliği faydaları ve hedefleri, iş sağlığı ve güvenliğinin tarihsel gelişimi, uluslararası alanda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kurumlar, Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı, Türkiye’deki iş sağlığı ve güvenliği kurumları başlıklarına yer verilmiştir.

1.1.1 İş Sağlığı

Sağlık kavramının kelime anlamı, “vücudun hasta olmaması hali, vücut refahı, esenlik” şeklinde açıklanmaktadır. Bu anlamda çoğu insan sağlık kavramını, hastalık yaşanmaması şeklinde algılamaktadır. Bununla beraber hastalığı, hekim müdahalesiyle “doku ve hücrelerde yapısal, işlevsel ve normal olmayan farklılıkların oluşturduğu durum” şeklinde de açıklanabilir (Devebakan, 2007:7). Hastalık kavramına bakılacak olunursa; kişinin beden, ruh, sosyal ve ekonomik açıdan iyilik halinin bulunmaması olarak açıklanabilir.

İş kavramına bakılacak olunursa; insan yaşamının devam ettirilebilmesi için gerekli aklen, ruhen, bedenen yapılan tüm uğraşların hepsine iş denilir. Kısacası insan hayatının idame ettirilmesine olanak sağlayan uğraşlar iş olarak değerlendirilebilir.

İş sağlığı kavramı, çalışanlarla beraber, çalışanın zarara uğramasından etkilenen, onun sosyal çevresini, işletmenin iletişim halinde olduğu tüm çevreyi ve de toplumu içine alan geniş bir kavramdır (Devebakan, 2007:16). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1950 senesinde yapmış

olduğu çalışmaya göre iş sağlığını; bütün meslek alanlarında iş görenlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan refah durumlarının seviye olarak en yukarıda tutulması, devam ettirilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları olarak ifade etmişlerdir (Parlar, 2008:547-554). Bunun için gerekli olan ise iş sağlığı ve güvenliği konusuna özen gösterilmesidir. Kurumların bu konuda hassas olması gerekmektedir.

İş sağlığının hedefleri ise aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Çalışanların sağlık durumlarını en üst seviyede tutmak,
2. Çalışma halinin olumsuz şartları sebebiyle sağlığın zarar görmesini engellemek,
3. Bütün işçilerin bedensel ve ruhsal becerilerine müsait olan işlerde çalışmalarını sağlamak,
4. Gerçekleştirilen iş ile işçi arasında bir denge oluşturarak, fazla yorulmadan verimli bir sonuca ulaşmaktır (Akkaya, 2007:4).

Bazı yazarlar iş sağlığı kavramını ele alırken aynı konu içerisinde işçi sağlığını da ele almaktadırlar. İşçi sağlığı kavramı incelenecek olunursa yaşam koşulları, sosyal güvenceleri, beslenme tarzları, çalışma koşulları, kişisel farklılıklar ve becerileri, gelir düzeyleri, ulaşım koşulları gibi kavramlar iş ve işçi sağlığının önemli etkenlerinden olduğu anlaşılmaktadır.

Türkiye’de çalışan insanların sağlığı bakımından en önemli problemleri; iş gücünde cinsiyetler arasında bulunan adaletsizlik, bölgeler ve sınıflar arasındaki gelir dağılımındaki büyük farklar, işsizlik, sigortasız istihdam edilme, bölgeler arasında istihdam eşitsizliği, çalışanlardan hakkını yeteri kadar korumayan sosyal güvenlik örgütleri, işçi sağlığını koruyucu sağlık hizmetlerinde oluşan yetersizlikler, sendikasız çalıştırma, özelleştirme, esnek üretim süreci, iş kazaları, meslek hastalıklarının erken fark edilememesi ve alanda kamusal izlem eksikliği ile denetim eksikliği şeklinde meydana gelmektedir (Pala, 2000:3). İş sağlığı açısından yukarıda sıralanan olumsuzlukların işveren tarafından öncelikle ele alması gereken konulardır. İşin kişiye ve kişinin işe uyumu önem arz etmektedir.

DSÖ’nün, benimsediği “Herkes için iş sağlığı” kavramının toplumda yer edinebilmesi için; hastalıkların önlenmesi ve yaşam süresinin uzatılması çok önemlidir. Sağlığın geliştirilmesi toplumsal bir kavramdır ve topluma yüklenmiştir. Herkes için iş sağlığı fikrini zihinlere yerleştirebilmek için bazı gereksinimler vardır. Bunların başında tüm sektörlerin iş birliği, toplum katılımı ve siyasi istikrardır. Ülke

ekonomisinin durumu, koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ile tüm bunlar üzerine yapılan yatırımlar, iş sağlığı ve güvenliği konusunun bilinçaltındaki yerini önemli düzeyde etkilemektedir.

1.1.2 İş Güvenliği

İş güvenliği, “bir işin gerçekleştirilmesi esnasında iş görenlerin karşı karşıya kaldıkları tehlikelerin yok edilmesi ya da en aza indirilmesi alanında işverene yüklenen sorumluluklarla alâkalı teknik kuralların tamamı” şeklinde açıklanabilir (Devebakan, 2007:34). İş güvenliği çoğu kaynaklarda iş sağlığı ile birlikte kullanılsa da kelime anlamları birbirinden çok farklıdır.

ILO'nun sosyal ve ekonomik güvenliğini geliştirme politikası, güvenliğin yedi temel ilkesine yoğunlaşmaktadır (Pala, 2005: 2,18). Bu ilkelerin amacı; çalışanların güvencesi olarak onları her türlü olumsuzluklardan korumaya çalışmaktır.

Temel güvenliğin yedi ana ilkesi:

1. İş piyasası güvencesi: Devlet güvencesinde, tam istihdam yöntemine müsait istihdam imkânlarını ifade etmektedir.
2. İstihdam güvencesi: Nedensiz işten çıkarmaya karşı koruma, işe alma ve işten çıkarma ile alâkalı düzenlemeler, mali yükün işveren tarafından karşılanmasıdır.
3. İş güvencesi: Kişinin sahip olduğu mesleğin, yetenek alanının ya da kariyerinin, iş tecrübesinin korunmasıdır.
4. Beceri geliştirme güvencesi: Çıracılık ve iş eğitimi sayesinde yetenek elde etme ve devam ettirebilme olanağıdır.
5. Çalışma güvenliği: Çalışan tüm işçiler için işyerinde sağlık ve güvenlik alanında yenilikler, çalışma saatlerinin belirlenmesi, uygunsuz saatlerde çalışma ve gece işinin en aza indirilmesi yöntemiyle kaza ve hastalıklara karşı korumaktır.
6. Temsil güvencesi: Devletin işleyişine ekonomik ve politik olarak katılmış, grev hakkı da olan bağımsız sendikalar, işveren örgütleri ile iş piyasasında ortak sesin varlığının korunmasıdır.
7. Gelir güvencesi: Asgari ücret, ücret ayarlamaları, kapsamlı sosyal güvence, vergilerin gelire göre ayarlanması ile gelirin korunmasıdır.

İş güvenliği tüm çalışanların temel hakkıdır. Çalışma hayatında iş güvenliği kapsamı aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1. Güvenlik, sağlık ve çevresel düzenlemelerle işle ilgili sakatlık ve hastalıklardan korunması,
2. İşle ilgili ya da başka nedenlerle oluşacak cinsiyet, dini ve etnik grup nedeniyle ayrımcılığa karşı korunması,
3. Şiddet, taciz, stres, uygun olmayan çalışma saatlerine karşı koruma, çalışma saatlerinin, gece işinin, çalışma yaşının sınırlandırılması,
4. İstihdam ve ücretle ilgili haklar, tazminat, emeklilik güvencesi, analık koruması, işe devamsızlık koruması, uzun süreli bakım, tatil, mantıklı iş planlaması ve iş düzenlemesi,
5. Yasalar, devlet yaptırımı, teftiş yoluyla koruma ve örgütlenme, toplu pazarlık ve güvensiz işi reddetme hakkının bulunması,
6. Sağlık hizmetine ulaşma, eğitim, çocuk bakımı gibi sosyal destek hakkının bulunması,
7. İşle ilgili olası tehlikeleri bilme hakkı ve “İşyerindeki yanlış yapılan işleri bildiren kişiler” için korunması hakkı temel haklardandır (Pala, 2005: 2,18).

Yasal boyutlarda da hem işçiyi hem işvereni koruma ve güvence altına alma yine iş güvenliği başlığı altında toplanmaktadır.

1.1.3 İş Sağlığı ve Güvenliği

Hızla gelişen bilim ve teknoloji ve aynı hızla gelişen kalkınma süreci ve sanayileşme kuşkusuz toplumlara ve ülke ekonomilerine birçok faydalar sağlamıştır.

Bu gelişmelerin yanında çalışma hayatı ve çalışma güvenliği konusunda aynı başarılarından söz edebilmek çok zordur. Kısaca İSG kavramı, işçinin sağlık ve güvenliğinin çalıştığı işyerinde ve iş nedeniyle meydana gelebilecek tehlikelere karşı korumayı içermektedir. Belirli gelişmelerle çevrenin koruma altına alınması, beslenme, ulaşım güvenliği, ilk yardım ve sosyal güvenlik gibi konular İSG konuları ile beraber ele alınmıştır. İSG kavramı daha geniş olarak açıklanacak olursa; işyerindeki sağlık ve güvenlik önlemlerinin yeterli düzeyde koruyamayacağını onaylayan, işçinin sağlığını ve güvenliğine etki eden, ilgilendiren ve işyeri dışından doğan riskleri de içeren bir kavramdır (Akkaya, 2007:3). Bu riskleri önlemek için

kurumlarca yapılması gereken tek husus; İSG kavramını benimsemek çalışanlarına da benimsetmektir.

ILO ve WHO işçi sağlığını şöyle ifade etmiştir: Bütün çalışanların bedensel, ruhsal, ve sosyal bakımdan refah hallerinin gerçekleştirilmesi ve en üst seviyelerde devam ettirilmesini; çalışma şartları ve kullanılan zararlı maddeler sebebiyle çalışan kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek zararların engellenmesini ve bununla beraber çalışanın bedensel şartlarına müsait olan konumlara yerleştirilmesini, işin insana ve insanın işe motive olmasını esas gaye olarak algılamış olan tıp bilimidir (Yiğit, 2008:6). Bunun sayesinde kişilerin iş hayatına motive olması ve iş kazalarından korunmak için koruyucu malzemelerin temini, eğitimi ve denetimi üzerinde durulmalıdır.

Çalışan insanların sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesi, toplumun sağlığına ilişkin çalışmalar kapsamında ciddi ve terk edilemeyen bir konumu bulunmaktadır (Karakaş, 2007:29). İSG kavramı çoğu gelişmiş ülkelerde birincil sağlık hizmeti olan koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli başlıklarından birisidir.

İSG uygulamalarının önemli üç amacı bulunmaktadır:

1. Çalışanları korumak; çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamak, ruh ve beden bütünlüklerinin devamının sağlanması amaçlanmaktadır.
2. Üretim güvenliğini korumak; bir iş yerinde ekonomik açıdan üretim güvenliğinin sağlanması verimi de artırmaktadır. İş güvenliği konusuna verilen önemmiş gücü ve iş günü kayıplarını azaltarak güvenli bir iş ortamı sağlayacaktır. Sonuç olarak iş verimi ve üretim de artma olacaktır.
3. İşletme güvenliğini oluşturmak; iş yerinde alınması gereken önlemler ile iş kazalarından ya da güvenli olmayan çalışma ortamı yüzünden oluşabilecek makine arızaları ve işlevsiz hale gelmeleri, patlama ve yangın gibi işletmeyi tehlikeye atabilecek haller yok edileceğinden işletme güvenliği gerçekleştirilmiş olur (Yiğit, 2008:7-9). Çalışan ve işveren güvenliğini sağlamak, olumsuzlukların oluşmadan belirlenip önlemlerin alınması İSG konusunun temel amacıdır.

Her yıl azımsanmayacak sayıda insan çok rahatlıkla engellenebilecek ve hukuken de engellenmesi zorunlu olan iş kazaları ve meslek hastalıklarından yaşamını yitirmekte veya engelli hale gelmektedir. ILO rakamlarına göre;

1. Her gün yaklaşık olarak 6.000 kişi iş kazası ya da meslek hastalıkları yüzünden hayatını kaybetmektedir. Bir yıl içinde toplam olarak 350.000 kişi iş kazası nedeniyle, 1.700.000 kişi ise meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir.
2. Her sene yaklaşık 270 milyon civarında iş kazası olmakta ve 160 milyon kişi meslek hastalıklarına yakalanmaktadır (Yardım vd., 2007:264-271).

ILO, işyeri kazalarının sanayileşmiş ve yeni sanayileşen birçok ülkede belirli bir düzeyde seyrederken, buna karşılık Asya ve Latin Amerika'nın hızla sanayileşen kimi ülkelerinde arttığını belirtmektedir. ILO'ne göre ölümcül veya ölümcül olmayan işyeri kazaları birçok ülkede azalır veya sabit kalırken, Çin'de meydana gelen ölümcül iş kazası sayısı 1998 senesinde 75.500 iken 2001 senesinde 90.500'e çıkmıştır. Üç günden fazla iş kaybına neden olan kaza sayısı ise 56 milyondan 69 milyona çıkmıştır. Latin Amerika'da, özellikle Brezilya ve Meksika başta olmak üzere inşaat sektörünün büyümesi ve bu sektörde istihdam edilen kişi sayısının artması sonucunda ölümcül kaza sayısı 29.500'den 39.500'e çıkmıştır.

ABD'de bütün kanser hastalıklarının %20 ile %40'luk oranının direk olarak meslekler nedeniyle oluştuğu, Kanada'da ise her sene kanser yüzünden yaşamını yitiren 40 bin insandan yaklaşık 10 binden fazlasının meslek hastalığı nedeniyle olduğu açıklanmaktadır. Bütün dünyada, her sene asbest nedeniyle ortalama 100 bin insan hayatını kaybetmektedir (Devebakan, 2007:28). Aynı nedenlerden dolayı akut ve kronik hastalıklara yakalan kişi sayısı da ciddi bir artış göstermektedir.

İş yerlerinde oluşan iş kazaları ve meslek hastalıklarının sonuçlarının iyileştirilmesi artık yeterli olmamaktadır. Yeni sağlık sistemine göre sağlığın korunması bu konuda da ön plana çıkmaktadır. Çalışma şartları iyileştirilerek riskler önlenir. Bu sebeplerden dolayı koruyucu araştırma ve yöntemlerin uygulamaya konulması zorunluluk haline gelmiştir.

1.1.3.1 Tehlike

Kazalara sebebiyet vermesi, sağlığa ve güvenliğe olan olumsuz etkileri nedeniyle tehlike ve risk kavramları çok önemlidir. İSG alanında "tehlike" ve "risk" kelimeleri sürekli kullanılmaktadır. Tehlike ve risk kelimeleri birbirleriyle ilişkilidir fakat aynı anlama gelmemektedir (Devebakan, 2007:20). Tehlike kavramı kişiye ve çevreye zarar verebilecek her şey anlamına gelmektedir.

Bir iş yerinde olan uygun olmayan durumlar tüm bireyler için tehlike arz eder. Tehlike genel bir kavramdır ve herkes için geçerlidir. Risk de kişinin kendisine aittir ve iş yerinde tehlikeli durumlar ile karşılaşma olasılığıdır. Örneğin ele iğne batma olayı bir tehlikedir. Fakat sürekli iğne ile çalışanlarda iğne batma olasılığı daha fazladır ve dolayısıyla bu bir risktir.

1.1.3.2 Risk ve risk değerlendirme

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde günümüzdeki bakış açısının temel felsefesi: işyerlerinde risk değerlendirmesinin gerçekleştirilmesi, çalışan insanların görüşlerine başvurulması ve katılımlarının desteklenmesi, uzman desteğinin sağlanması, çalışanların işyerindeki meydana gelebilecek tehlikelere karşı bilinçlendirilmesi, çalışanların bu alanda eğitilmesi ve çalışanlara koruma ve önleme bilincinin aşılmasıdır (Turan ve Müezzinoğlu, 2006:32). Kısacası çalışanların yaptıkları iş hakkında bir fikir ve görüş beyan edebilmelerini sağlamak, onların işin ana teması haline getirilmelerini sağlamaktır.

Risk; hastalanma ya da bir duruma düşme, zarar görme, hırpalanma ihtimalidir. İstenmeyen bir olayın olumsuz sonuçlarının ortaya çıkması risk olarak ifade edilmektedir. Birden fazla kişi ya da belirli bir grup üzerinde olumsuz bir durumun olma olasılığı değerlendirilmesi söz konusu olabilmektedir. Belirli bir zaman zarfında grup üzerindeki risk olasılığı da değerlendirilmelidir.

ILO Yönetim Kurulu'nun 244. Toplantısı sonucunda alınan kararda hazırlanan raporda risk, "Belli bir dönemde veya koşullar altında istenmeyen olayın ortaya çıkma olasılığı, çevre koşullarına göre sıklık ve olasılık" olarak ifade edilirken, risk yönetimi; "Bir organizasyon içerisinde iş güvenliği önlemlerini iyileştirme ve sürdürmeyi başaracak tüm girişimler" olarak açıklanmıştır.

Risk değerlendirmesi kavramı Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) İş Güvenliği ve Sağlık Yönetim Sistemleri Kılavuzunda (ILO-OSHA 2001), "işteki tehlikeler nedeniyle meydana gelen sağlık ve güvenlik risklerini inceleyen bir süreç" olarak ifade edilmektedir (Devebakan, 2007:21). Risk değerlendirmesinin tüm işletmelerde yapılması gerekmektedir. Bu değerlendirme tek başına yapılabilecek bir işlem değildir. İşletme hiyerarşisinde bu sürece herkesin mutlaka katılması ve destek vermesi gerekmektedir (Özkılıç, 2005:62-63).

Risk değerlendirme çalışmaları dört aşamada yerine getirilir:

1. Tehlikenin tanımının yapılması: Risk değerlendirme esnasında ilk yapılacak olan işlem tehlikenin tanımının yapılmasıdır. Tehlike varlığının olup olmaması çok önemlidir. Tehlike varsa bir sonraki süreç devreye girecektir. Yoksa tehlike oluşma durumu gündeme geldiğinde var olan bilgilerde gündeme gelecek ve sırasıyla işlemler yapılacaktır. Örneğin, kimyasal bir tehlikenin oluşması gündeme geldiğinde fikir sahibi olmak için şu işlemler gerçekleştirilmelidir:

- a) Bulunabilecek kimyasal maddelerin listesi
- b) Bu maddelerden hangilerinin kullanıldığının saptanması
- c) retici firmadan bu maddelere ilişkin bilgi alınması
- d) Bu maddelerin kullanıldığı birimlerde incelemeler yapılması
- e) Kontrol tedbirlerinin gözden geçirilmesi
- f) Gerek duyuluyorsa çevresel ölüm yapılması

2. Maruziyetin değerlendirilmesi: Çalışanların işyerindeki unsurlarda hangi seviyede etkilendiklerini belirlemek amacıyla ölümler gerçekleştirilir. Bu lmler işyeri ortamında gerçekleştirilecektir. Ancak alışanların vücutlarında da birtakım değerlendirmeler gerçekleştirilebilir. Gürültü, radyasyon, sıcaklık gibi fiziksel unsurlar konusunda işyeri ortamında gerçekleştirilen direk ölümler sayesinde fikir sahibi olunur. Tozlar, kimyasal maddeler vs. ile ilgili olan değerlendirmeler, iş yerindeki ortamın havasından elde edilen örnekler üzerinde gerçekleştirilir (Bilir, 2005:115).

3. Doz-cevap ilişkisinin incelenmesi: Risk faktörünün işyeri ortamında ya da çalışanların vücutları üzerindeki seviyesinin belirlenmesinin ardından etkenin miktarına bağlı olarak etkilenmenin hangi düzeyde değişiklik gösterdiğinin incelenmesi gereklidir (Bilir, 2005:117). Bu sebepten dolayı belirli aralıklar ile sağlık taraması yapılmalıdır. Çalışanların böyle bir taramadan geçirilmesi önem arz etmektedir.

4. Riskin karakterizasyonu: Bu aşamada risk nedeniyle oluşması beklenen etkilerin eşitleri ve boyutu ile bu etkilerin oluşma ihtimali açıklanır (Bilir, 2005:118). Bu aşamada ise önceden yapılan araştırma metotları ve kaç kişi üzerinde uygulanıp ne sonuç alındığı karşılaştırılıp yorumlanır.

1.1.3.3 Güvenlik kültürü

Güvenlik kültürü kavramı tarihte ilk defa 1987 senesinde OECD Nükleer Ajansı Raporu'nda, Çernobil Nükleer Santrali' n de meydana gelen felaketten sonra kullanılmaya başlanmıştır. Bu felaketin ardından işletmelerin, iş güvenliği kültürü uygulamaları ile bir taraftan üretim maliyetlerini ve etkinliğini kontrol altına alma, diğer taraftan ise kültürel faktörlerin güvenlik tutumu üzerine olan etkisini algılama çabası gösterdikleri görülmektedir (Devebakan, 2007:33). Bu sayede işletmeler kendilerini güvence altına almaya başlamışlardır.

Kazalardan korunma yönünden etkinliği yükseltmek amacıyla “iş güvenliği kültürü” en önemli noktadır (Kırmızı, 2005:14). Burada yönetime büyük iş düşmektedir. Kazalardan korunmak amacıyla gösterdikleri çabalar önemli yer tutmaktadır.

Güvenlik bilgiye dayanmaktadır. İçerisinde indirilmiş ve yaşam biçimi haline getirilmiş bilgiye ise kültür denilmektedir. Güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların, değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünüdür. Güvenliği veya emniyeti tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenlik veya emniyete öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünüdür.

Güvenlik kültürünün oluşturabilmesi için;

- 1) Proaktif ve bilgiye dayalı İSG yaklaşımı, yaygınlaştırılmalı,
- 2) Yerel ve uluslararası bir çalışma ve üretim kültürü, meydana getirilmeli,
- 3) Erken çocukluk başlangıç alınarak tüm hayat boyunca eğitim devam ettirilmeli,
- 4) Duyarlılık ve bilinçlendirme eğitim kampanyaları yaygınlaştırılmalı,
- 5) MEB ile işbirliği sağlanarak ve müfredatta İSG derslerine yer verilmeli,
- 6) İSG eğitim programlarına destek verilmeli, İSG çalışanları ve İSG eğiticileri beraber çalışmalı,
- 7) Verimli olan uygulama örnekleri ve tecrübeler paylaşılmalı, ulusal bir bilgi ağı meydana getirilmeli,
- 8) KOBİ'lerde İSG için özel yöntemler oluşturulmalı,
- 9) İstihdam ve eğitim sistemleri arasında etkin bir işbirliği oluşturulmalı,

- 10) İSG stratejilerini belirleme ve geliştirmede yeni fikirlere yer verilmeli, İSG uygulamalarında sosyal taraflarla (partnerler ile) işbirliği halinde olunmalıdır (Şerifoğlu ve Süngür, 2007:43).

Kurumlarda güvenlik kültürü güçlendirildiğinde iş güvenliğine olan uyumda olumlu sonuçların olduğu göze çarpmaktadır. Kişiler arası karşılıklı iletişim bu durumu daha da güçlendirmektedir. Bilgilendirme ve eğitimler iletişim değildir. İletişim asla tek taraflı olmamalıdır. İletişimsizlik iş güvenliği ve sağlığını etkileyen olumlu sonuçların oluşmasını engellemektedir.

1.1.3.4 İş Kazası ve meslek hastalığı

Teknolojinin hızla gelişmesi insan hayatını kolaylaştırdığı gibi olumsuz sonuçlarda ortaya çıkabilmektedir. Sanayileşme ile başlayan süreçte insan gücünün yerini makinelere bırakması olumsuzlukların ve iş kazalarının artmasına zemin hazırlamıştır.

İş kazası; nerede, nasıl, ne zaman olacağı belirsiz, ani bir şekilde dikkatsizlik ve tedbirsizlik nedeniyle meydana gelen, bunun sonuçlarında da maddi ve manevi kayıplar ile geriye dönülmesi mümkün olmayan neticelere sebebiyet veren olaylar genel manada kaza şeklinde açıklanmaktadır (Karakaş, 2007:29). Bu tanım ILO tarafından ise “planlanmamış ve beklenilmedik bir olay neticesinde sakatlanmaya ve zarara yol açan durumdur” olarak yapılmaktadır (Yeşildal, 2005:281). Tüm mesleklerde karşımıza çıkan iş kazalarının tanımlarında da belirtildiği gibi beklenmedik bir zamanda beklenmedik bir şekilde karşı karşıya kalınması hayatı tehlikeye atmaktadır.

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre sigortalının yaşadığı kazadan iş kazası olarak söz edilebilmesi ancak aşağıdaki açıklanmış olan durumların bu açıklamaya uyması ile mümkündür. Buna göre;

- 1) Sigortalının işyerinde olduğu esnada,
- 2) İşveren tarafından gerçekleştirilmekte olan iş nedeniyle,
- 3) Sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi sebebiyle asıl işini yapmaksızın geçen sürelerde,
- 4) Emzikli sigortalı kadına çocuğunu emzirmek sebebiyle ayrılan sürede,

5) Sigortalıların, işveren tarafından verilmiş olan bir taşıtla işin gerçekleştirildiği konuma topluca götürülüp getirilmeleri esnasında, geçirdikleri kaza iş kazası olarak kabul edilmektedir (Yeşildal, 2005:281).

Aşağıdaki tabloda 1980–1995 seneleri arası çalışan işçi sayısı az, iş kazası olguları ve iş kazası sıklık oranı yüksektir. Bu yıllarda İSG kavramının öneminin işveren ve çalışanlar tarafından benimsenmemesi en büyük etkidir. 2000’li senelerden sonra küreselleşmenin başlaması, yeni iş olanaklarının artması ve çalışan oranının artmasına rağmen iş kazası sıklık oranının azalması İSG güvenlik önlemlerinin benimsenmeye başladığının en büyük göstergesidir.

Tablo 1.1: Geçmişten günümüze iş kazası oranları (Öcal, 2010:16).

Yıllar	İşçi Sayısı	İş Kazası Sayısı	Yüz bin İşçide İş Kazası Oranı	İş Kazası Sebebiyle Ölüm Sayısı	Meslek Hastası Sayısı	Meslek Hastalığı Nedeniyle Ölüm Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Yüz bin İşçide Ölümlü İş Kazası Oranı
1995	4.410	87.960	1.994	798	975	121	919	18.1
2000	5.254	74.847	1.424	1.167	803	6	1.173	22.2
2005	6.918	73.293	1.068	1.072	519	24	1.096	15.5
2010	10.030	62.903	627	1.444	533	10	1.454	14.4
2011	11.030	69.227	628	1.700	697	10	1.710	15.4

Aşağıdaki tabloda Türkiye’de 2005 senesi itibariye 73.923 kişi iş kazası geçirmiştir ve bu kişilerin yaklaşık olarak %60’lık bir bölümü 50 kişiden az çalışanı bulunan işletmelerde görev yapmaktadır. 2005 senesi SGK istatistiklerine göre Türkiye’de en çok iş kazasının meydana gelmiş olduğu iller sırayla İstanbul, İzmir, Bursa ve Kocaeli’dir. Bahsedilen istatistiklere göre Türkiye’de sigortalı çalışanlardan 25-29 yaş grubunda bulunanların diğer yaş grubunda bulunanlara oranla daha çok iş kazası yaşadığını, 40-44 yaş grubunda bulunanların da diğer yaş gruplarına oranla daha çok meslek hastalığına yakalandığını belirtmektedir (Devebakan, 2007:29). İstatistik verilerine göre gençlerde fazla iş kazası ve 40 yaş ve üzeri grupta daha fazla meslek hastalığı olduğu görülmektedir.

Tablo 1.2: Yıllara göre iş sağlığı ve güvenliği istatistikleri (Öcal, 2010:16).

Yıllar	İş Kazası Sayısı	İş Kazası Sonucu Ölen Kişi Sayısı
2002	72.344	872
2003	76.668	810
2004	83.830	841
2005	73.923	1.072
2006	79.027	1.592
2007	80.602	1.043
2008	72.963	865
2009	64.316	1.171
2010	62.903	1.444
2011	69.227	1.094

DSÖ'nün vermiş olduğu verilere göre de iş yerinde meydana gelen iş kazaları, meslek hastalıkları ve ölümlerin düzeyi halen büyük bir orana sahiptir. DSÖ, çalışanların yalnızca %10-15'lik bölümünün temel iş sağlığı hizmetlerinden yararlandığını öne sürmektedir (Devebakan, 2007:32). En fazla iş kazası oranı ise toplam işyeri sayısının %98'lik bölümünü meydana getiren ve 50 kişiden az işçi çalıştırılması sebebiyle İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturma, iş yeri sağlık birimi bulundurma yükümlülüklerinin olmadığı, küçük ve orta boy iş yerlerinde görülmektedir (Yardım vd., 2007:264-271). Bu sebeplerle İSG kavramını benimsemedikleri ve insan hayatını tehlikeye attıkları göze çarpmaktadır.

Aşağıdaki tabloda en fazla iş kazası görülen sektör metalden eşya imalatı iken, iş kazasına bağlı ölüm oranı ise en fazla inşaat sektöründe görülmektedir. Çünkü inşaat sektöründe çalışanların eğitim düzeyi düşük olmakla beraber, çalışma ortamı birçok risk faktörünü bir arada barındırmaktadır.

Tablo 1.3: Sektörlere göre iş kazası, sürekli iş göremezlik ve ölüm istatistikleri (Öcal, 2010:18).

Sıra	Sektör	İş Kazası Sayısı	Sürekli İş Göremezlik	Ölüm
1	Metalden Eşya İmalatı	11039	196	35
2	Kömür Madenciliği	6722	389	35
3	İnşaat	7143	428	397
4	Nakliyat	4478	130	165
5	Dokuma Sanayi	4328	127	26
6	Top ve Perakende Tic.	2610	84	70
7	Nakil Araçlar İmali	5740	78	25
8	Makine İm. Ve Tamirâtı	5331	92	25
9	Taş toprak, kil, kum vs. imalatı	5098	80	35
10	Gıda Maddeleri san.	2452	76	39
	Toplam	79.027	1953	1601

Türkiye’de iş kazaları ve meslek hastalıklarının en yoğun olarak görüldüğü iş kolları; inşaat, metalden eşya üretimi, kömür madenciliği ve nakliyat kolları şeklinde sıralanmaktadır (Devebakan, 2007:29).

Dünya	Türkiye
Her gün, 1 Milyon İş kazası olmakta	Her gün, 172 iş kazası olmakta
4932 çalışan işle ilgili hastalıklar, 1096 çalışan iş kazası nedeniyle ölmektedir.	4 kişi iş kazası nedeniyle ölmektedir, 6 kişi sürekli iş göremez hale gelmektedir.

Şekil 1.1: Dünyada ve türkiye’de iş kazası meslek hastalıklarının karşılaştırılması (Öcal, 2010:19).

Şekil 1.1’de görüldüğü gibi Türkiye’de meslek hastalarının Dünya’ya göre çok az olmasından dolayı değil, meslek hastalıklarının tanısının konmasında ki yetersizliktendir. Bilindiği gibi Türkiye’de sadece üç ilimizde Meslek Hastanesi bulunmaktadır. Çalışanların büyük bir çoğunluğu küçük ölçekli kuruluşlarda

çalışmakta oldukları için zaten iş sağlığı birimlerinden faydalanma ve tanı koyulması ihtimali çok düşüktür (Öcal, 2010:19).

Türkiye’de meslek hastalıklarının kayıt ve tespit eksikliğinin nedenleri;

- 1) İşyerlerinin %98,5’lik bölümünde ve çalışanların %57’lik bölümünün işyeri hekimi bulunmamaktadır.
- 2) Kontrol muayeneleri ve tarama çalışmalarının düzenli bir şekilde yapılmaması veya hiç yapılmamasıdır.
- 3) Hastaların bir bölümü emeklilik döneminde oluşuyor olmasıdır.
- 4) Meslek hastalığı teşhisini koyabilmek için o alanda eğitim görmüş kişilerin hastaları görmeleri gerekmektedir.
- 5) Meslek hastalığı teşhisi konulduktan sonra SGK’ya bildirim yapılmıyor olmasıdır.
- 6) Belirtileri ve sonuçları meslek hastalığı olmayan hastalıklarla benzerlikler içermesidir (Yardım vd., 2007:264-271).

Yapılan çalışmalarda %50’lik bir dilimde basit korunma yöntemleri ile iş kazalarının önlenebileceği, %48’lik dilimde ise sistematik bir şekilde çalışılması ile engellenebileceği görülmektedir. Koruyucu malzeme kullanımı yaklaşık olarak %100’e yakın bir oranla iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlenebileceği görülmektedir.

1.1.4 İş Sağlığı ve Güvenliğinin Faydaları ile Hedefleri

İş sağlığı ve güvenliği, birçok özel alanlar içeren geniş kapsamlı bir disiplindir. İş sağlığı ve güvenliği, çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını kuşatmaktadır. İşyerleri, insan yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü günün en az sekiz saati işyerinde geçmektedir. Kötü işyeri koşulları, insan sağlığını ve güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

İş sağlığı ve güvenliğinde amaçlananlar şu şekildedir:

- 1) Tüm meslek çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal refahının artırılması,
- 2) Çalışma şartlarının çalışanlar üzerinde oluşturduğu negatif etkinin engellenmesi,
- 3) Çalışanların sağlığına negatif etki edecek risklere karşı çalışanların korunmaya alınması,

- 4) Bedensel ve ruhsal gereksinimlere göre düzenlenmiş çalışma ortamında işçilerin yetiştirilmesi ve bakımının yapılması,
- 5) İşin insana göre uygunlaştırılması,
- 6) Meydana gelebilecek olan iş kazası ve meslek hastalıklarının engellenmesi,
- 7) Çalışma ortamı ile çalışan sağlığı ve emniyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesidir (Semerci, 2012:10-11).

İş Sağlığı ve Güvenliğinin sağladığı yararlar şunlardır:

- 1) İş kazalarını ve meslek hastalıklarının oranını azaltır,
- 2) Çalışanlara, sağlıklı ve emniyetli bir çalışma ortamı sağlar,
- 3) İşyerinde verimliliği ve üretkenliği artırır,
- 4) Firmayı kazançlı hale getirir,
- 5) Çalışanları ve toplumu mutlu eder,
- 6) Firmanın rekabet etme gücünü artırır,
- 7) İş kazaları ve meslek hastalıkları sebebiyle meydana gelen kayıplar azaltır,
- 8) Çalışanların işyerine ait olma hissini artırır,
- 9) İşyerinde devamsızlık ve hastalık oranlarını azaltır.
- 10) Çalışanların sağlığını ve emniyetini artırır,
- 11) Sigorta ve kanuni cezaların maliyetlerini azaltır,
- 12) İşyerinde işçiler üzerindeki baskıyı azaltır,
- 13) Firmanın prestijini artırır,
- 14) Çalışanların moralini artırır,
- 15) İşçi giriş çıkışları (turnover) azalır (Semerci, 2012:11).

1.1.5 İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Çalışanların sağlık durumlarının çalıştıkları işten zarar görebileceği düşüncesi Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından ortaya atılmıştır. Hipokrat, kurşun zehirlenmelerinin sonuçlarını ciddiyle ele almış, çalışan insanların sağlık problemleriyle yeterince ilgilenilmemesine sebep olarak bu insanların sosyal statülerinin düşük olmasını göstermiştir. M.S. 23-79 senelerinde yaşayan Pliny'de tozlu ortamdaki işyerlerinde çalışan insanlar arasında öksürük, nefes darlığı gibi sağlık problemlerinin yaşandığını belirtmiştir. M.S. 60-140 senelerinde yaşayan Juvenal ise ayakta durarak çalışanlarda varis meydana gelmesine, demircilik mesleğinde ise göz bozukluklarını belirtmiştir (Bilir, 2005:7). Maden işçiliğinin

başlaması iş sağlığı ve güvenliği konusunda önemli ölçülerde gelişmelerin kaydedilmesine zemin hazırlamıştır.

16. yüzyılda Avrupa'da bazı madenlerde çalışan kişilerde meydana gelen hastalıkların sebebi olarak işyeri ortamında bulunan tozun neden olduğu belirtilmiş ve bu yönde birtakım korunma önlemleri hakkında tavsiyede bulunulmuştur. İşçinin yapmış olduğu iş ile bu iş neticesinde meydana gelen hastalıklar arasında bulunan ilişkiyi bilimsel olarak ilk defa 1700'lü senelerde yaşamış olan İtalyan hekim Bernardino Ramazzini ileri sürmüştür. Bernardino Ramazzini farklı yerlerde işyeri hekimliği yapmış, iş ve sağlık arasında olan ilişkiyi araştırarak, çalışanların sağlık problemlerinin incelenmesinde sistematik bakış açıları öne sürmüştür (Akkaya, 2007:5).

İSG kavramı önemi Sanayi Devriminin devamında ilk kez bir toplumsal sorun olarak ortaya atılmıştır. 18.yüzyılın ikinci yarısının bitimiyle Avrupa'da çok önemli bilimsel ve teknolojik gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmelerden en önemli olanı buhar gücünün makineye uygulanmasıdır (Akkaya, 2007:6). Tamamen bu gelişmeler modernleşmenin ve sanayide yeni üretim metotlarının bulunmasına ve uygulanmasına zemin hazırlamıştır. Toplumda bu gelişmelerden etkilenmiş sosyal, siyasal ve ekonomik açıdan farklılaşmalar başlamıştır.

Sanayi Devrimiyle beraber yeni üretim yöntemlerine geçiş yapılmış ve bu geçişin sonucunda fabrikalar devrine adım atılmıştır. Bu dönemde işçiler hem ilkel hem de basit sağlık koşullarında çalışmışlardır. Özellikle kadın ve çocuk işçiler daha ağır ve tehlikeli işlerde hiçbir güvenlik tedbiri olmadan çalıştırılmak zorunda kalmışlardır. Netice olarak, insanların başına gelen iş kazaları sebebiyle işgücü kaybı ve ölümlerin meydana gelmesi ile İSG konusunun verilen ciddiyet yükselmeye başlamıştır. İş güvenliği ile ilgili olarak ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi ile ilgili ilk yasal düzenleme İngiltere'de 1802 senesinde "fabrikalarda çalışanların ahlak ve sağlığının korunması" adlı kanunla yürürlüğe konmuştur (Akkaya, 2007:6).

1833 senesinde ise mevcut olan Fabrikalar Yasasına birtakım eklemeler gerçekleştirilerek, çalışma süresi 10 saate indirgenmiş, 9 yaşın altındaki çocukların çalıştırılmasına yasak konulmuş ve 18 yaşın altındaki çocukların ise gece çalıştırmaları yasaklanmıştır. 1844 senesinde fabrikalarda işyeri hekimi bulundurma yükümlülüğü devreye konulmuştur. Fransa'da aynı yıllarda benzer yasalar yürürlüğe konulmuştur. İş kazasına uğramış olanlara tazminat ödenmesi tarihte ilk defa 1855

senesinde Almanya’da uygulanmış ve kısa sürede bütün Avrupa’da ve Amerika’da yaygınlaşmaya başlamıştır (Yiğit, 2008:3).

1974 senesinde ise İngiltere’de “işyerinde Sağlık ve Güvenlik Yasası” (Health and Safety at Work Act) çıkarılmıştır. Yasa sadece, düzenlemeleri desteklemekle kalmayıp gönüllü çabayı ve kişisel sorumluluğu da desteklemektedir. Ayrıca yasa, cezai sorumluluğunun gerekliliğini de tamamlayıcı unsur olarak göz önüne almaktadır. Dünyadaki meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesine yönelik çalışmalarda sendikaların katkıları yanında, 1919 senesinde faaliyetine başlayan ILO, Milletler Cemiyeti’ne bağlı olarak bu konuda önemli çalışmalar yapmış ve 1946 senesinde ise BM ile imzaladığı anlaşma sonucu bir uzmanlık kuruluşu durumuna gelmiştir. ILO ile WHO ve bu kuruluşlarla işbirliği yapan birçok kuruluş, iş sağlığı ve iş güvenliği yönünden önemli çalışmalar gerçekleştirmiştir.

Osmanlı Dönemi incelendiğinde, 1865 yılında Ereğli kömür havzalarında çalışan işçilere yönelik olarak çıkarılan “Dilaver Paşa Nizamnamesi”, 1869 senesinde çıkarılmış olan “Maadin Nizamnamesi” ise işverenlerce, iş kazalarına karşı engelleyici ve koruyucu önlemlerin alınmasını, madenlerde doktor ve gerekli ilaçların bulundurulmasını sağlayarak, iş esnasında kaza geçirmiş olan işçilere veya bu işçilerin hayatını kaybetmeleri halinde ailelerine belirli bir miktar ödemenin gerçekleştirilmesinin, şayet kaza kötü bir iş yönetiminden meydana gelmiş ise işverenin para cezasına çarptırılmalarını, kazanın işçinin hatası nedeniyle meydana geldiği durumlarda ise, işçinin ceza ödemesini öngörmekteydi (Akkaya, 2007:12). Günümüz sendikalarının başlangıç noktası olarak 1871 senesinde kurulan Amele Perver Cemiyeti o dönemin en önemli konularından birisi olma niteliğindedir.

Cumhuriyet dönemine bakıldığında ise, 1921 yılında 151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna müteallik kanun kömür işçilerinin çalışma şartları, iş güvenliği ve işçi sağlığı ile ilgili ilk yasadır. 1924 senesinde 394 sayılı kanun çalışanlara hafta tatili hakkı doğmuştur. Bunun devamında 1935 senesinde milli bayram ve genel tatil günleri hakkında yasa da yürürlüğe konmuştur. 1926 senesinde 818 sayılı Borçlar kanununda, iş kazası meslek hastalıkları ile ilgili hukuki hükümler düzenlenmiştir. 1930 senesinde yürürlüğe giren Belediyeler Kanunu ise denetim konusunda hükümleri kapsamaktadır. 1930 senesinde çıkarılmış olan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ve 1937 senesinde çıkarılmış olan 3008 sayılı İş kanunu bu alanda düzenlenmiş olan en önemli kanun olma niteliğini taşımaktadır.

1946 senesinde Çalışma Bakanlığının kurulması ile beraber İSG konusunda en önemli ve en ciddi aşama kaydedilmiştir. 1945 senesinde 4792 sayılı İşçi Sigortalar Kurumu Kanunu da bu alanda önemli bir aşama niteliğindedir. 3008 sayılı İş kanunu, 1967 senesinde 931 sayılı kanunla yürürlükten kaldırılmış, bu kanunun yerine ise 1971 senesinde 1475 sayılı iş kanunu getirilmiştir. Bu kanun uzun bir zaman yürürlükte kalmış ve birçok tüzük ve yönetmelik çıkarılmıştır. Son olarak 2003 senesinde 4857 sayılı İş Kanunu yürürlüğe konmuştur. 1964 senesinde yürürlüğe girmiş olan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu işçilere çeşitli risklere karşı belirli güvenceler sağlamıştır. Bütün bu kanunların devamında ise 2003 senesinde 4958 Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Kanunu çıkarılmıştır (Yiğit, 2008:4).

İş sağlığı ve güvenliği konusunda ilk kez yasa ve mevzuatın ortaya çıkması, kişilerde sosyal haklara sahip olma isteği oluşturmuştur. İnsan haklarında ve anayasal düzenlemelerde insan haklarının yanına sosyal hakların eklenmesi devlete yeni görevler yüklemiş ve sorumluluğu altına girmesine sebep olmuştur. Bu yasal düzenlemeler insanlar için fazla miktarda olumlu sonuçlar oluşturmuştur.

1.2 Uluslararası Alanda İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Kurumlar ve Mevzuat

İş sağlığı ve güvenliği alanında uluslararası düzeyde çok sayıda kuruluş faaliyet göstermektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği ve Avrupa Konseyi iş sağlığı ve güvenliği alanında dünya genelinde faaliyet gösteren başlıca kuruluşlardır.

1.2.1 Uluslararası Alanda İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Kurumlar

1.2.1.1 Uluslararası çalışma örgütü

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 1919'da Versay Anlaşmasında var olan Milletler Cemiyeti ile birlikte ortaya çıkmıştır. Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra meydana gelen ve süre ilerledikçe büyüyen sorunların önüne geçmek ve uluslararası boyutlarda çözümler üretmek için ortaya çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Philadelphia Bildirgesi ile birlikte ilkelerinde değişiklik süreci başlamıştır.

Sosyal adaletin, insan ve çalışma haklarının iyileştirilmesini amaç edinen Birleşmiş Milletlerin ilk uzmanlık kuruluşudur.

Kuruluş ilkesi; herkes için geçerli olan ve barışın devamının sağlanması sadece sosyal adalet ile olması düşüncesidir.

ILO'nun dört temel stratejik amacı mevcuttur: Çalışma yaşamında çalışanlar ile ilgili standartlar, temel ilke ve haklar ortaya çıkarıp bunları geliştirmek. Kadın ve erkeklerin insana yakışır işlerde çalışabilmeleri için olanaklar yaratmak, sosyal koruma programlarının içeriğini ve etkinliğini artırmak, üçlü yapıyı (işçi, işveren ve hükümet) ve sosyal diyalogu artırmaktır.

Bu amaçlar şu şekilde gerçekleşmektedir:

- 1) Temel insan haklarının geliştirilmesini sağlamak, iş yerinde çalışma ve yaşam koşullarını düzeltmek, istihdam fırsatları yaratılması için uluslararası düzeyde politika ve programların düzenlenmesidir.
- 2) Uluslararası düzeyde çalışma standartlarının oluşturulmasını sağlamalıdır. Oluşturulan standartlar, uygulanabilmesi için gerekli mekanizmaların oluşturularak ulusal düzeyde uygulayıcılara, politika ve programlara yol gösterici nitelikte olmalıdır.
- 3) Ülkelerin bu politikaları faaliyete geçirmelerine yardımcı olabilmek amacıyla, geniş kapsamlı uluslararası boyutta teknik işbirliği programını, sosyal tarafların etkin ortaklığı ile oluşturmakta ve hayata geçirmektedir.
- 4) Bütün bu çalışmaların eğitim, öğretim, araştırma ve yayın etkinliklerin uygulanması sürecinde ILO mutlaka bulunmaktadır.

ILO; Genel Konferans, Yönetim Kurulu ve Uluslararası Çalışma Bürosu Kuruluşlarından meydana gelmektedir. Genel Konferans, üye ülke delegelerinden oluşur. Delegeler lüzum olması halinde ve en az senede bir defa olmak üzere bir araya gelmektedirler. Konferans, iki hükümet delegesi ikisi ise her üye ülkenin çalışanlarının ve işverenlerinin her birini temsil eden delegelerden olmak üzere üye ülkelerin her birinin dört delegesinden meydana gelir. ILO Genel konferansı, hükümet temsilcilerinin üçte ikisinin toplantıya ve oylamaya katılmış olduğu oturumda temsilcilerin üçte ikisinin onayı ile örgüte üye kabul etmektedir. Her sene düzenlenen Uluslararası Çalışma Konferansında uluslararası asgari çalışma standartları ve ILO'nun genişletilmiş politikaları belirlenmektedir (Semerci, 2012:32).

Konferansta çalışanların durumları ve sosyal düzeydeki problemler görüşülmektedir. ILO çalışmaları, 28 Hükümet temsilcisi ile 14 işçi ve 14 işveren

temsilcisinden meydana gelen Yönetim Kurulu tarafından devam ettirilir. Yönetim Kurulunun görev süresi üç senedir. İşçi ve işveren olayların sosyal boyutunu hükümet ise politika boyutunu oluşturmaktadır.

Çalışma hayatı ile ilgili haklar, sendikalara katılma, zorla çalıştırma, herkese eşit muamele gibi işçiyi ilgilendiren konuları düzenleyici, uluslararası standartlar oluşturan, bunu sözleşme ve tavsiye kararları ile yapan bir örgüttür.

1.2.1.2 Dünya sağlık örgütü

1945 senesi San Francisco Kenti'nde Birleşmiş Milletler Konferansı sırasında halk sağlığı, barış ve güvenliğin dünyaca önemli bir sorun olduğu konusu görüşülmüştür. Bu sorunun ancak bir sağlık örgütü kurularak önüne geçilebileceği düşüncesi ile harekete geçilmiştir. 1946 senesinde Birleşmiş Milletler üyesi 61 ülke tarafından Dünya Sağlık Örgütü Anayasa'sı oluşturulmuştur. Birleşmiş Milletler ihtisas kuruluşu olarak 7 Nisan 1948 senesinde Anayasa'nın yürürlüğe girmesiyle Cenevre'de kurulmuştur. Şu an itibariyle 191 üyeden oluşmaktadır.

DSÖ Anayasası'nın yürürlüğe girdiği 7 Nisan her yıl "Dünya Sağlık Günü" olarak kutlanmaktadır.

DSÖ'nün en önemli amacı; tüm insanlığın sağlık düzeyinin mümkün olduğunca en üst seviyelere ulaştırılmasıdır. Bu amacını Birleşmiş Milletler Sistemi içerisinde sağlığın idaresi ve koordinasyonundan sorumlu kuruluş olarak gerçekleştirmektedir. Aynı zamanda küresel sağlık konusunda liderlik etmektedir. Sağlık konusunda araştırmalarda bulunup gündemi belirler, normlar ve standartlar oluşturup uygulanmasında destek sağlar. Etik ilkeler ışığında kanıta dayalı politika oluşturulmasını sağlar, bunun için ülkelere destekte bulunur. Ülkelerin sağlıkla ilgili tutumlarını inceler ve değerlendirir.

DSÖ'nün genel merkezi Cenevre'dedir. Bunun yanında altı bölge ofisi bulunmaktadır. Bunlar; Avrupa (Kopenhag), Doğu Akdeniz (Kahire), Afrika (Harare), Amerika (Washington), Batı Pasifik (Manila), Güneydoğu Asya (Yeni Delhi)'dir. Üye ülkelerdeki temsilcilikler veya irtibat ofislerinden oluşmaktadır. Toplamda 7000'den fazla çalışanı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Asamblesi, en üst karar alma organıdır. İcra kurulu bu organ tarafından üç yıl süre ile seçilmiş 34 ülkenin sağlık alanında uzman kişilerinden oluşmaktadır. Çalışmalarını icra kurulunun destekleri ile yürütmektedir. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi içerisinde yer alan

DSÖ Türkiye Ofisi; DSÖ çalışmalarının Türkiye’deki odak noktasıdır. 2014-2015 iki yıllık iş birliği anlaşması yapılmış olup, bu anlaşmada karşımıza öncelik olarak beş kategori çıkmaktadır. Bunların başında bulaşıcı hastalıklar (HIV, kızamık, sıtma), bulaşıcı olmayan hastalıklar (ruh sağlığı, madde kullanımı, şiddet), yaşam boyu sağlığın teşvik edilmesi (yaşlılık dönemi, göçmenlerin sağlığı, meslek sağlığı), sağlık sistemleri (ulusal sağlık politika, strateji, planları) ve hazırlıklılık, sürveyans ve yanıt (epidemi ve pandemiler, acil durumlar, güvenli gıda v.b.).

1.2.1.3 Avrupa birliği

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Avrupa ülkelerinin toparlanmaya çok ihtiyacı vardı. Barışın tekrar sağlanması, ekonomik açıdan refaha ulaşılması fikri ülkeler arasında istenilen tek hedef idi. Bu doğrultuda ekonomik anlamda iş birliğinin tekrar kurulması için belirli ülkeler arasında Paris ve Roma anlaşmaları imzalanmıştır.

Kuruluş aşamasında sadece altı üyeden oluşan Avrupa toplulukları şu an itibariyle 28 üyeden oluşmaktadır. Ekonomik, siyasi, kültürel ve sosyal yönden aralarındaki iş birliği son derece güçlenmiş ve birlik halini almışlardır. Şu an itibariyle Avrupa Birliği üye ülkeleri arasında Almanya, Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, Hırvatistan, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Polonya, Romanya, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan’dır. Katılım müzakerelerine Türkiye ve İzlanda ile devam etmektedir. Makedonya, Sırbistan ve Karadağ’a adaylık statüsü tanımış olup, katılım müzakerelerini hala imzalamamıştır.

Avrupa birliği ülkelerinin ortak ideal ve ilkelerine bakılacak olunursa; toplumlar arası kalıcı barış, refah, dayanışma, özgürlük, demokrasi, insan hakları, adaletli yaşam, ekonomik olma, girişimcilikte özgür ortam göze çarpmaktadır. Amacı ise birliğe üye ülkelerin yarattığı çeşitliliğin yaratabileceği güçten yararlanmak olarak tanımlanabilir.

Avrupa Birliği Anlaşması’nın 2.maddesinde Avrupa Birliği’nin değerleri yer almaktadır. Maddeye göre “Birlik, insan onuru, özgürlük, demokrasi, eşitlik, hukukun üstünlüğü ve azınlıklara mensup kişilerin hakları dahil olmak üzere insan haklarına saygı ilkeleri üzerine kurulmuştur. Bu değerler, çoğulculuk, ayrımcılık yapmama, hoşgörü, adalet, dayanışma ve kadın-erkek eşitliğinin hakim olduğu bir

toplumda üye devletler için ortaktır.” Bu koşulları sağlayan tüm Avrupa ülkeleri birliğe üyelik hakkına sahip olmaktadır.

Birliğin kurumları:

- 1) Avrupa Parlamentosu,
- 2) Avrupa Komisyonu,
- 3) Avrupa Birliği Konseyi,
- 4) Avrupa Birliği Zirvesi,
- 5) Avrupa Birliği Adalet Divanı,
- 6) Avrupa Sayıştay,
- 7) Avrupa Merkez Bankası,
- 8) Diğer kurum, organ ve ajanslar.

1.2.1.4 Avrupa konseyi

Belçika, Danimarka, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, İsveç ve İngiltere'nin birlikte Avrupa Birleşik Devletler fikrini gerçekleştirmek amacıyla imzalanan Avrupa Konseyi Statüsü anlaşması sonucu 5 Mayıs 1949 yılında Strasbourg'da kurulmuştur. Avrupa'da ülkeler arasındaki uzlaşmanın sağlanması amaç edinilmiştir. Savaşın yerini barış ve güvene dayalı işbirliğinin alması gerektiği fikri benimsenmiştir.

Amaçlarının başında Avrupa'da kültürel benliğin oluşum ve gelişim aşamasına yardımcı olmak, insan hakları, demokrasi ve adalet anlayışını artırmaktır.

Konsey'de toplamda 47 üye ülke vardır. Bunun yanında gözlemci ülkeler de mevcuttur. Gözlemci üyeler; ABD, Japonya, Kanada, Meksika ve Vatikan'dır.

Türkiye'de kurucu üye ülkelerden birisidir. Bu İkinci Dünya Savaşı sonrasında ülkemizin Avrupa ile kurduğu ilk kurumsal iletişimidir.

Avrupa Konseyi'nin yapısı Bakanlar Komitesi, Danışma Meclisi ve Avrupa Konseyi Sekreterliği kurumlarından meydana gelmektedir. Avrupa Konseyi'nin karar organı ise Bakanlar Komitesi'dir. Üye devletlerin Dışişleri Bakanları'ndan ya da daimi temsilcilerinden oluşmaktadır. Bakanlar Komitesi, bütçe, yeni üye alımı ve Teşkilatın politika ve eylemlerinin temel yapılarını karara bağlamakla görevlidir. Kararları, üye devletlere öneriler ve kabul eden devletler için bütünleştirici bir yönü olan sözleşmeler ya da anlaşmalar şeklinde olur. Avrupa Konseyi Sekreterliği, Avrupa Konseyi kuruluşlarına hizmet veren 1300 Avrupalı memurdan meydana

gelmektedir. Avrupa Konseyinin müzakere edici organı ise Danışma Meclisi'dir. Bu meclisi almış olduğu kararları öneriler biçiminde Bakanlar Komitesine ulaştırır. Avrupa Yerel ve Bölgesel Yönetimler Kongresi (AYBYK), üye olan tüm devletlerin temsilcilerinden meydana gelmektedir ve biri yerel yönetimleri, diğeri ise bölgesel yönetimleri temsil eden iki meclis şeklinde ayrılmıştır. Senede bir kez Strasbourg'da genel toplantı gerçekleştirmektedir. Asıl amacı tabandaki demokratik yapıların güçlenmesini sağlamaktır (Semerci, 2012:36).

1.2.2 Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı

Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği ile alâkalı olarak kanun ve yönetmelikler vardır. Var olan kanun ve yönetmeliklere ek olarak Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) tarafından kabul edilen ve kanun şeklinde olan uluslararası sözleşmeler ve anlaşmalarda bulunmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde kanun, yönetmelik, sözleşme ve anlaşmalarla yurt dışında tanınmış örgütlerin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki çalışmaları üzerinde durulacaktır.

4857 sayılı İş Kanunu, işçi-işveren ilişkilerini, çalışma usul ve esaslarını, çalışılan ortam standartları ile çalışanların sağlığı ve güvenliğini düzenleyen geniş çaplı bir kanundur. Aynı zamanda İş Kanunu, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili birçok yönetmeliğe dayanak olmuş, ana kaynak niteliğinde bir kanundur.

İş sağlığı ve güvenliği konusuna dair çıkarılan kanun ve yönetmelikler; sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan kadrolu ve sözleşmeli tüm sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Bu kanun ve yönetmelikler çalışan personeli ve işvereni ayrı olarak ele almazlar.

1.2.2.1 İş sağlığı ve güvenliği kanunu

6331 Numaralı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu 20.06.2012 tarihinde kabul edilmiş, 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir.

Kanun'un 1'inci maddesinde hedefini; tüm işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlamak, sağlık ve güvenlik koşullarının iyileştirilmesi sebebi ile işveren ve işçi görev, yetki, sorumluluk ve yükümlülüklerini ortaya koymaktır.

Kanun'un 2'inci maddesinde bazı istisnalar hariç tüm kamu ve özel kuruluşların hepsini kapsadığı belirtilmektedir. Bu gruba çırak ve stajyerler de katılmıştır. Avrupa Birliği uygulamalarına benzer bir durum olarak bazı kuruluşları kanun kapsamamaktadır. Bunların başında TSK, emniyet ve afet müdahale ekipleri, kendi iş olanaklarını kullananlar ile ev hizmetlerinde çalışanları gelmektedir.

Kanun'da içerik olarak işveren ve işçi hak, görev, yetki ve sorumlulukları anlatılmıştır. İşveren ve işçi sürekli, işin her aşamasında iletişime geçip bilgi alışverişinde bulunacaktır. İşyerindeki olumsuzluklar giderilip, güvenli çalışma ortamı sağlamak işverenin en önemli sorumluluklarından birisidir.

Çalışanlar işe girişlerde sağlık taramasından geçirilip işe uygun olup olmadığı araştırılacaktır. Ayrıca belirli aralıklar ile çalışanlar sağlık taramasından geçirilecek, gerekli kayıtlar itina ile tutulup Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirimde bulunulacaktır. Çalışanlar tehlikeli bir durumla karşılaştıklarında çalışmaktan kaçınma haklarını kullanabilecek ve ücretleri yine işyeri tarafından kesilmeyip ödenecektir.

İlk kez işyeri hekimliği, iş güvenliği uzmanlığı ve işyeri hemşireliğinden bahsedilmiştir. Her işyerinde iş sağlığı ve güvenliği uzmanı ve iş yeri hekimi bulundurulması ve elliden fazla çalışan olan işyerleri iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulması zorunludur.

Acil durumlar için acil afet projeleri oluşturulacak ve çalışanlara bu konuda eğitim verilecektir.

Kanun'un uygulamaya konulması açısından ağır ve etkin yaptırımlar gündeme gelmiştir. Kanun'un işveren ve çalışanlar açısından önemli getirileri vardır. Tam olarak uygulanması iş kazası ve meslek hastalıkları oluşumunu önemli oranda azaltması beklenmektedir.

1.2.2.2 İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri yönetmeliği

Geçici maddede belirtildiği üzere İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği; 27.11.2010 tarihli ve 27768 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Yönetmeliğe göre iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak zorunda olan ve İş Kanununa tabi 50'den fazla çalışanı bulunan kamu kurumları söz konusu hizmetleri 01.07.2014 tarihine kadar sürdürür.

Madde 1’de yönetmeliğin amacı şu şekilde açıklanmıştır; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere kurulacak işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinin kuruluşu ile ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin yetkilendirilmeleri, yetki belgelerinin iptali, görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Madde 2’de 20.06.2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na tabi tüm kurum ve kuruluşların yönetmeliğe tabi olduğu anlatılmaktadır.

1.2.2.3 Ekranlı araçlarla çalışmalarda sağlık ve güvenlik önlemleri hakkında yönetmelik

Bu Yönetmelik, 6331 sayılı Kanun’un 30 uncu maddesine dayanılarak 23.12.2003 tarih ve 25325 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Aynı zamanda bu Yönetmelik 29.5.1990 tarihli ve 90/270/EEC sayılı Avrupa Birliği (AB) Konsey Direktifi esas alınarak hazırlanmıştır.

Madde 1’de bahsedildiği üzere yönetmeliğin amacı, ekranlı araçlarla çalışmalarda alınacak asgari sağlık ve güvenlik önlemlerini belirlemektir.

Yönetmeliğin dördüncü maddesinde ise bazı belirleyici tanımlar yapılmıştır:

- 1) Ekranlı araç: Uygulanan işlemin içerdiği ne olduğu önemsenmeksizin ekranında harf, rakam, şekil, grafik ve resim gösteren her türlü aracı,
- 2) Operatör: Ekranlı aracı kullanmakta olan bireyi,
- 3) Zorlayıcı Travmalar: Göz yorgunluğu, yoğun kas gücü kullanımı, uygunsuz duruş biçimi, ekranlı aracın karşısında aralıksız olarak çalışma, çok fazla iş yükü hissi, zihinsel bitkinlik, stres, gürültülü ortam, ısı, nem ve aydınlatmanın sebebiyet verdiği olumsuz durumların tamamı,
- 4) Çalışma merkezi: Operatörün oturmuş olduğu sandalye, ekranlı aracın bulunduğu masa, bilgi kayıt ünitesi, monitör, klavye, yazıcı, telefon, faks, modem, bunlara benzer aksesuar ve ekranlı araçla ilgili olan bütün donanımların hepsinin ya da belli bir bölümünün bulunmuş olduğu çalışma ortamını açıklar.

1.2.2.4 Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında yönetmelik

Yönetmeliğin 3'üncü maddesinde, Kanunun 16'ncı, 17'nci, 18'inci ve 30'uncu maddeleri ile 09.01.1985 tarihli ve 3146 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunun 2'nci ve 12'nci maddelerine dayanılarak, 07.04.2004 tarih ve 25426 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Yönetmeliğin 1'inci maddesinde amacı, işverenlerce, işyerlerinde çalışanlara verilecek iş sağlığı ve güvenliği eğitiminin usul ve esaslarını düzenler şeklinde açıklamaktadır.

Yönetmelik iş yerlerini tehlike durumuna göre az tehlikeli, çok tehlikeli ve tehlikeli olarak üç sınıfa ayırmaktadır. Bu doğrultuda eğitim programları bu gruplarda çalışanlara göre değişim göstermektedir. Eğitim süreleri ve konuları tehlike sınıfına göre belirlenmektedir.

1.2.2.5 Güvenlik ve sağlık işaretleri yönetmeliği

Bu Yönetmelik, 20.06.2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 30'uncu maddesine dayanılarak, 23.12.2003 tarih ve 25325 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir.

Madde 3'de bahsedildiği üzere 24.6.1992 tarihli ve 92/58/EEC sayılı Avrupa Birliği Konsey Direktifi temel alınarak hazırlanmıştır.

Yönetmeliğin 1'inci maddesinde asıl hedefi, işyerlerinde kullanılacak olan güvenlik ve sağlık işaretlerinin etkin olarak uygulanması ile alakalı olan kuralların belirlenmesini sağlamaktır.

İş yerlerinde kullanılması gerekli olan güvenlik ve sağlık işaretleri ile ilgili çalışanlara eğitimler verilmelidir. Hangi işaretin ne anlama geldiği ve bu işaretin hangi durumlarda kullanılması gerektiği hususunda çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Aşağıdaki tabloda yer alan hususlar güvenlik rengi kullanılan tüm işaretlere uygulanır. Tabloda renklerin karşılıklarına gelen anlamların çalışanlara verilen iş güvenliği eğitimlerinde içerik olarak anlatılması gerekli olduğu düşünülmektedir.

Tablo 1.4: Güvenlik işaretlerinde kullanılan renkler ve anlamları (Güvenlik ve sağlık işaretleri yönetmeliği).

Renk	Anlamı veya Amacı	Talimat ve Bilgi
Kırmızı	Yasak işareti	Tehlikeli hareket veya davranış
	Tehlike alarmı	Dur, kapat, düzeneği acil durdur, tahliye et
	Yangınla mücadele ekipmanı	Ekipmanların yerinin gösterilmesi ve tanımlanması
Sarı	Uyarı işareti	Dikkatli ol, önlem al, kontrol et
Mavi (1)	Zorunluluk işareti	Özel bir davranış ya da eylem Kişisel koruyucu donanım kullan
Yeşil	Acil çıkış, ilk yardım işareti	Kapılar, çıkış yerleri ve yolları, ekipman, tesisler
	Tehlike yok	Normale dön
(1) Mavi:	Sadece dairevi bir şekil içinde kullanıldığında emniyet rengi olarak kabul edilir.	
(2) Parlak turuncu:	Emniyet işaretleri dışında sarı yerine kullanılabilir. Özellikle zayıf doğal görüş şartlarında floresan özellikli bu renk çok dikkat çekicidir.	

1.2.2.6 İş ekipmanlarının kullanımında sağlık ve güvenlik şartları yönetmeliği

Yönetmeliğin 3'üncü maddesinde belirtildiği üzere; 6331 sayılı İş Kanunu'nun 30 ve 31'inci maddeleri ve 09.01.1985 tarihli 3146 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'un 2 ve 12'inci maddelerine göre düzenlenmiş olup, 25.04.2013 tarih ve 28628 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yönetmelik 03.10.2009 tarihli ve 2009/104/EC sayılı Avrupa Birliği Direktifi dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Bu Yönetmeliğin 1'inci maddesinde belirtildiği gibi hedefi, işyerinde iş araç ve gereçlerinin kullanımı ile alakalı olarak sağlık ve güvenlik bakımından uyulması gerekli olan asgari şartların belirlenmesini sağlamaktır.

Bir iş yerinde kullanılan araç gerecin bu yönetmeliğin ekinde belirtildiği gibi koşulları taşıyıp taşımadığı işveren tarafından kontrol edilmelidir. Araçların ilk kullanımı ve çalıştırılması o konuda uzman kişiler tarafından gerçekleştirilmelidir. Sonrasında hizmet içi eğitimlerle daha sonraki dönemlerde bu ekipmanları kullanacak olan kişilere uygulamalı olarak öğretilmelidir. Araç gereçlerden en fazla verimin alınması ve iş güvenliği açısından belirli aralıklarda kontrolü yapılmalıdır.

1.2.2.7 İş sağlığı ve güvenliği kanun tasarısı

2012 senesinde yürürlüğe giren tasarının 1'inci maddesinde işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir.

Tasarıya göre, 3'üncü maddesinde Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK), genel kolluk kuvvetleri ve MİT Müsteşarlığı'nın faaliyetlerinde, afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetlerinde, ev hizmetlerinde, çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar hakkında uygulanmayacak.

İşveren; çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlayacak, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapacak.

İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izleyecek ve denetleyecek. Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alacak. İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluğunu ortadan kaldırmayacak. İş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin maliyeti çalışanlara yansıtılmayacak.

1.2.3 Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Kurumlar

1.2.3.1 Çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın temeli 1930'lu dönemlerde atılmıştır. Bakanlığa bağlı 27.05.1934 tarih ve 2450 sayılı kanunla İş ve İşçiler Bürosu oluşturulmuş olup, 08.06.1936 tarih ve 3008 sayılı kanun ile bu bürolar İş Dairesi haline getirilmiştir.

Devlet Dairelerinin Bakanlıklara Ayrılması Hakkındaki 3271 sayılı Kanunun 1'inci Maddesine dayanılarak, Başbakanın 07.06.1945 tarih ve 6-376/6 sayılı teklifi üzerine 07.06.1945 tarih ve 4/591 sayılı Cumhurbaşkanlığı tezkeresi ile kurulmuş sonrasında da 22.06.1945 tarih ve 4763 sayılı Çalışma Bakanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır (Resmi Gazete: 27.06.1945).

17.11.1974 tarih ve 4-1040 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Tezkeresi ile Sosyal Güvenlik Bakanlığı kurulmuş, Sosyal Sigortalar Kurumu ile Bağ-Kur bu Bakanlığa bağlanmıştır.

13 Aralık 1983 tarih ve 184 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Resmi Gazete: 14 Aralık 1983) ile Çalışma Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı aynı çatı altına toplanarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı adıyla tekrar gündeme gelmiştir.

09.01.1985 tarihinde Bakanlığın teşkilat ve görevleri hakkında çıkarılan Kararname'nin bazı maddeleri değiştirilerek, 3146 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir.

Bakanlığın iş sağlığı ve güvenliği bakımından görevlerinin temelini Kanun'un 2'inci Maddesinde açıklanmıştır. İş sağlığı ve güvenliğini temin edecek olan önlemlerin uygulanmasını takip etmek, çalışma yaşamını kontrol etmek, işyerindeki sağlık ve güvenlik risklerini engelleyici ve koruyucu hizmetleri sağlayacak olanların özelliklerini belirlemek, bu kişilerin eğitim süreçlerini ve bu konuda sertifika almalarını sağlamak bakanlığın görevlerini açıklamaktadır. 6331 numaralı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 24'üncü Maddesi'nde işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği konularında ölçüm, inceleme ve araştırma yapmaya, bu amaçla numune almaya ve eğitim kurumları ile ortak sağlık ve güvenlik birimlerinde kontrol ve denetim yapmaya yetkilidir olarak görev tanımı yapılmıştır.

Bakanlık bu görevlerini bakanlığa bağlı bazı kuruluşlar ile yerine getirmektedir. Bunların başında kontrol etmekle yükümlü olan İş Teftiş Kurulu, ana hizmet birimi olan İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Bakanlığa bağlı bir kuruluş durumunda olan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM) gelmektedir.

1.2.3.2 Sağlık bakanlığı

Sağlık Bakanlığının geçmişi ülkemizin kuruluş yıllarına kadar dayanmaktadır. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâlet'ini kurarak sağlık hizmetlerinin ayrı bir bakanlıkça sürdürülmesini sağlamıştır. Dr. Adnan Adıvar, ilk sağlık bakanımızdır. Bu dönemden itibaren yurt genelinde sağlık alt yapısı oluşturularak günümüzdeki yapıya ulaşılmıştır (Semerci, 2012:45).

1936 senesinde 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” çıkarılmış Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına belirlenmiştir. 14.12.1983 tarihli ve 18251 sayılı resmi gazetede yayınlanan 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunulması ve planlanmasının tek elden yapılması amacıyla Sağlık Bakanlığı kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 2'inci maddesinde bahsedilen Sağlık Bakanlığının görevleri şunlardır:

- 1) Bütün insanların yaşamını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden refah şekilde devam ettirmesini sağlamak için kişinin ve toplumun sağlığını korumak ve bu gaye ile tüm ülkeyi içine alan plan ve programlar yaparak bu planların uygulanmasını sağlamak, bu yönde bütün önlemleri almak, ihtiyaç duyulan teşkilâtı kurmak ve kurdurmak,
- 2) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla mücadele ederek koruyucu, tedavi edici niteliği olan hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini gerçekleştirmek,
- 3) Anne ve çocuk sağlığının koruma altına alınması ve aile planlama hizmetlerinin gerçekleştirilmesi,
- 4) İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretimini ve tüketimini bütün aşamalarda kontrol etmek ve sürekli denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, bu maddeleri dağıtan yerlerin açılışlarını ve çalışmalarını kurallarla ilişkilendirmek ve kontrolünü sağlamak,
- 5) İhtiyaç duyulan aşı, serum, kan, ürünleri ve ilaçların üretimini gerçekleştirmek, yaptırmak ve gereksinim varsa ithal edilmesini gerçekleştirmek,
- 6) Bütün sorumluluklar Sağlık Bakanlığına ait olmak şartıyla Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği içinde olmak koşuluyla gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık bakımından kontrollerinin yapılmasını gerçekleştirmek,
- 7) Mahalli idareler ilgili olan öteki kuruluşlarla işbirliği içinde olmak koşuluyla çevre sağlığını alâkadar eden önlemleri almak ve aldirmek,

- 8) Bulaşıcı, salgın hastalıklara karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık önlemlerinin alınmasını sağlamak,
- 9) Kansere, verem ve sıtma ile mücadeleyi yürütmek ve bu alanda hizmet vermekte olan kurum ve kuruluşların yapmış olduğu çalışmaların organizasyonunu ve kontrollerini gerçekleştirmek,
- 10) Bu vazifelerin gerçekleştirilebilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan tesisleri kurmak ve işletmek, bu alanda mesleki personel yetiştirilmesini sağlamak,
- 11) Sağlık hizmetleriyle alakalı olarak dünya genelinde ve yurt içinde bulunan kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde olmaktır.

1.2.3.3 İş sağlığı ve güvenliği denetimleri

Türkiye’de çalışma hayatının denetiminden Devlet sorumludur ve denetleme yetkisi Devletin elindedir. Devlet bu ödevi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu bünyesinde çalışan iş müfettişleri aracılığı ile yerine getirmektedir. Bu durumun yasal dayanağını 4857 sayılı İş Kanunu’nun 91. maddesi oluşturur. İş müfettişleri yetkilerini Uluslararası Çalışma Örgütü’nün 81 sayılı Sözleşmesi’nden, 4857 sayılı İş Kanunu’ndan, İş Teftiş Tüzüğü’nden ve İş Teftiş Kurulu Yönetmeliği’nden almaktadırlar. Askeri işyerleriyle yurt güvenliği için gerekli maddeler üretilen işyerlerinin denetim ve teftişi ise askeri iş müfettişlerince yapılır. İş Teftiş Kurulu bünyesinde yapılan denetimlerin yerinden ve daha seri olarak yapılabilmesi amacıyla 10 ilde Grup Başkanlıkları kurulmuştur. Grup Başkanlıkları Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Bursa, Antalya, Samsun, Zonguldak, Malatya ve Erzurum illerinde bulunmaktadır.

İş sağlığı ve güvenliği bakımından tüm denetimler teknik iş müfettişleri eliyle gerçekleştirilmektedir. İş Teftiş Tüzüğü’nün 4 üncü maddesine göre işçi sağlığı ve iş güvenliğiyle alakalı denetim görevinde bulunacak olan kişilerin; tıp doktoru, mimar, elektrik, maden, jeoloji, metalürji, inşaat, elektronik, makine, kimya, endüstri, fizik, bilgisayar, tekstil, petrol, uçak, gemi, çevre yüksek mühendisi ya da mühendisi olmaları zorunludur.

1.2.3.3.1 Teftiş türleri

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2011/8 sayılı genelgesine göre iş sağlığı ve güvenliği yönünden teftiş ve inceleme "Genel", "Kontrol" ve "İnceleme" teftişi türünde yapılır.

- 1) Genel Teftiş: İş sağlığı ve güvenliği bakımından işçilerin sağlık ve güvenliklerine risk oluşturacak durumlar ile iş kazası ve meslek hastalığına neden olan halleri belirleyerek ve bunları engelleyerek iş sağlığı ve güvenliği mevzuat hükümlerine uyulup uyulmadığı bakımından gerçekteştirilen teftiş türüdür.
- 2) Kontrol Teftişi: İş sağlığı ve güvenliği yönünden gerçekteştirilen genel, kontrol ve inceleme teftişleri neticesinde belirlenmiş olan mevzuata aykırı bir durumun ya da eksikliğin verilmiş olan sürenin bitiminde gerçekteştirilip gerçekteştirilmediğinin kontrolü maksadıyla yapılan teftiş türüdür.
- 3) İnceleme Teftişi: İş sağlığı ve güvenliği bakımından yapılmış olan ihbar, şikâyet, iş kazası, meslek hastalığı, işletme belgesi ve ek işletme belgesi istekleri ya da teftiş sırasında ihtiyaç duyulması durumunda, iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren, diğer teftişlerin dışında olanlar hakkında yapılan teftiş türüdür.
- 4) Re'sen Teftiş: İş müfettişleri, iş mevzuatı ile alâkalı olan hükümlerin uygulanmasının gecikmesi durumunda düzeltilmesi imkansız olacak önemde aykırılıklar ya da çalışanlar için yakın, acil ve yaşamsal bir tehlike olduğuna ilişkin, mülki amirlikler, mahalli idareler ya da ilgili diğer kişi ve kurumlardan duydukları, gözlemledikleri ya da gördükleri işyerlerinde, teftiş yapmaya re'sen yetkilidir (Semerci, 2012:48-49).

1.2.3.3.2 İş müfettişlerinin görev ve yetkileri

İş müfettişlerinin görev ve yetkileri İş Teftiş Tüzüğü'nde tanımlanmıştır. İş Teftiş Tüzüğü'nün 13'üncü maddesine göre müfettişlerin görevleri şunlardır:

- 1) İş teftiş Kurulu Başkanı ya da grup başkanı tarafından verilen görevleri yapmak,
- 2) Çalışmalarının neticelerini raporlar şeklinde grup başkanına vermek,

- 3) Görevli buldukları yerlerde, programlarının içeriğinde olmayan ancak işçi sağlığı ve iş güvenliği bakımından kesin bir yükümlülük olan hallerde ivedi bir şekilde ilgilenerak gereğini yapmak ve durumu grup başkanına iletmek,
- 4) Mevzuatta görmüş oldukları boşluk ve hataların giderilmesi amacıyla tavsiyeler vermek,
- 5) İş Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından hazırlanmış olan anketleri yürütmek ve istenilen istatistiksel verileri düzenlemek,
- 6) Teftiş programı hükmünce yapacağı işlerin konumunu ve gününü belirleyecek olan aylık çalışma çizelgesi düzenleyerek bu çizelgenin iki örneğini grup başkanına vermek,
- 7) Yasalarla belirtilmiş olan diğer hizmetleri gerçekleştirmek.

1.2.3.4 İş sözleşmesi tarafları

1.2.3.4.1 İşveren

İşveren, anayasamızın ikinci bölümünde kişi hak ve ödevlerinde yer alan 17. maddesi uyarınca işçilerini zorla çalıştıramaz ve işçilerine angarya uygulayamaz. Aynı bölümde yer alan 18. madde uyarınca işçilerini özgürlüğünden ve güvenliğinden yoksun bırakamaz.

İş Kanunu 77. maddesi uyarınca işverenler, işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli her türlü önlemi almak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmakla yükümlüdür. İşverenler işyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlemek, işçileri karşı karşıya buldukları mesleki riskler, alınması gerekli tedbirler, yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek ve gerekli iş sağlığı ve güvenliği eğitimini vermek zorundadırlar.

İşveren, aynı kanununun 25/II maddesi uyarınca işçinin kendi isteği veya savsaması yüzünden işin güvenliğini tehlikeye düşürmesi durumunda iş sözleşmesini haklı nedenle derhal feshedebilir.

Her işveren, kanunun 80. maddesi uyarınca sanayiden sayılan, devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran ve altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde bir iş sağlığı ve güvenliği kurulu kurmakla yükümlüdür. İşverenler, iş sağlığı ve güvenliği

kurullarınca iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun olarak verilen kararları uygulamakla yükümlüdür.

İşveren, iş sağlığı ve güvenliği bakımından çıkarılmış tüzükler ile 4857 sayılı İş Kanunu 78. maddesi hükmünce çıkarılan ve çıkarılacak olan yönetmeliklere uygun bir biçimde işyerinde işçi çalıştırmak gereğindedir. 4857 sayılı İş Kanunu kapsamı dışında kalan işlerle uğraşan işverenler ise 22.04.1926 tarihinde kabul edilmiş olan 818 sayılı Borçlar Kanunu hükümlerine tabidir. 11.01.2011 tarihinde kabul edilmiş olan ve 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu 417. maddesi gereğince işveren, işyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin oluşturulması için gerekli olan bütün önlemleri sağlamak, araç ve gereçleri eksiksiz bir şekilde bulundurmaya zorundadır (Semerci, 2012: 50-51).

6331 numaralı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun'un 4'üncü maddesinde bahsedildiği üzere işveren çalışanların sağlık ve güvenliğinden sorumlu kişidir.

Buna yönelik işverenin ödevleri arasında;

- 1) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.
- 2) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.
- 3) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.
- 4) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.
- 5) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.

İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet satın alınması, işverenin işyeri ve çalışanlarına karşı sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumlu olduğu konuları etkilemez. İşveren, iş sağlığı ve güvenliği için aldığı tüm tedbirlerin maliyetlerini çalışanlarına yansıtamaz.

1.2.3.4.2 İşçi

10.06.2003 tarih ve 25134 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 4857 sayılı İş Kanunu 77. maddesi uyarınca işçiler, iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdürler. İşçi, kanunun 24/I maddesine göre iş sözleşmesinin konusu olan işin yapılması işin niteliğinden doğan bir nedenle işçinin sağlığını veya yaşayışını tehlikeye düşürüyorsa iş sözleşmesini haklı nedenle derhal feshedebilir.

İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği bakımından işçinin sağlığına olumsuz etki edecek ya da vücut bütünlüğünü tehlikeye sokacak yaşamsal bir tehdit ile karşılaşan işçi, kanunun 83. Maddesi hükmünce iş sağlığı ve güvenliği kuruluna başvuruda bulunarak durumun belirlenmesi ve bu doğrultuda ihtiyaç duyulan önlemlerin alınması yönünde istekte bulunabilir. İş sağlığı ve kurulunun bulunmadığı işyerlerinde bu istek işveren ya da işveren vekiline yapılır. İş sağlığı ve kurulu işçinin isteği doğrultusunda karar vermesi halinde işçi, gerek duyulan emniyet tedbirleri sağlanıncaya kadar çalışmasını durdurabilir.

11.01.2011 tarihinde kabul edilmiş olan ve 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu 417. maddesi gereğince işçiler, iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınmış olan bütün koruyucu önlemlere uymak zorundadır. Aksi halde işçiler kurallara uymadıkları zaman iş kazasından kendileri sorumlu olmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık kuruluşları ve çalışanlarının özelliklerine, sağlık kurumlarının ortam faktörlerine, sağlık kurumlarında iş kazaları ve meslek hastalıkları ile alınması gereken önlemler, sağlık kurumu çalışanlarına yönelik çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği hizmetlerine, yer verilmiştir.

2.1 Sağlık Kuruluşlarının Özellikleri

Sağlık kuruluşları sunmuş oldukları hizmetler yönünden üç kademede ele alınmaktadır (Karafakıoğlu, 1998:126-127):

- 1) Birinci kademe sağlık hizmetleri: Birinci kademe sağlık hizmetleri, tedavi hizmetlerinden daha çok koruyucu sağlık hizmetleri olarak gerçekleşebilir. Birinci kademe sağlık hizmetlerini sunan hekim ve kuruluşlar, koruyucu sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlüdürler. Aynı zamanda birinci kademe sağlık hizmetlerini toplumun her an gereksinim duyabileceği sağlık hizmetleri olarak da ifade edilebilir. Bu hizmetlerin sağlık görevlileri kadrosu geniş olmak durumundadır. Dağıtım zincirinde hastaya en yakın olan noktadır. Hastanın sağlık sektörü ile ilk etkileşiminin başlangıcı burasıdır. Bu nedenle bu aşamadaki doğru teşhis ve tedavi hasta ve sağlık hizmetlerinin etkin olabilmesi bakımından ciddi bir öneme sahiptir. Sağlık evleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, dispanserler birinci kademe sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar arasındadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 40-41).

- 2) İkinci ve üçüncü kademe sağlık hizmetleri: Bu tür hizmetler birinci kademe sağlık hizmetlerini sunan hekim ve kuruluşlar tarafından gerçekleştirilemeyen daha ileri ve gelişmiş tedavi yöntemleridir. Bu kademedeki sağlık kuruluşlarında tedavi ön plandadır. Uzman doktor hastalığa net bir tanı konulabilmesi amacıyla hastadan belirli testler yaptırmasını ister. Bu testler, eğer uzman doktorun çalışmış olduğu kurumda gerçekleştirilebiliyorsa orada yapılır. İleri teknolojiye ve bilgiye gerek duyulmayan operasyonları ikinci kademedeki uzman doktorlar, klinikler ve hastaneler yapabilir. Hastaneler, laboratuvarlar, görüntüleme merkezleri ikinci kademe sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar arasındadır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları bölge hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerini kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 40-41).

Sağlık kuruluşları faaliyet içinde oldukları alana göre iki grup altında toplanabilir (Karafakıoğlu, 1998:126-127):

- 1) Kamusal sağlık kuruluşu: Kamu kesimi kapsamında bulunan devlet hastaneleri, vakıf hastaneleri, üniversite hastaneleri, dispanserler, sağlık ocakları, poliklinikler vb. sağlık kuruluşları kamusal alanda faaliyette bulunan sağlık kuruluşlarıdır.
- 2) Özel sağlık kuruluşları: Direk olarak kâr maksadıyla kurulmuş olan özel hastaneler, dispanserler, poliklinikler, tanı laboratuvarları, görüntüleme merkezleri, eczaneler gibi sağlık kuruluşları bu grup içindedir.

2.2 Sağlık Kuruluşları Çalışanlarının Özellikleri

Sağlık hizmetleri değişik bölümleri olan ve çeşitli mesleklere mensup kişiler tarafından sağlanan hizmetlerdir. Bu alanda ilk akla gelen meslekler; hekim, hemşire, ebe, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyenleri, dişçi vb. olarak düşünülebilir. Sağlık Bakanlığı'nın yayımlanmış olduğu sağlık meslek gruplarının görev tanımları ile ilgili yönetmelikte belirtilen meslek grupları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2.1: Sağlık hizmetlerinde çalışan insan gücü listesi (Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik, 2014).

1. Tabip ve uzman tabip	1. Diş tabibi ve uzman diş tabibi	1. Eczacı
2. Ebe	2. Hemşire	2. Klinik psikolog
3. Fizyoterapist	3. Fizyoterapi teknikeri	3. Odyolog
4. Odyometri teknikeri	4. Diyetisyen	4. Dil ve konuşma terapisti
5. Podolog	5. Sağlık fizikçisi	5. Radyoterapi teknikeri
6. Anestezi teknisyeni/teknikeri	6. Tıbbi laboratuvar teknisyeni	6. Tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri
7. Tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri	7. Ağız ve diş sağlığı teknikeri	7. Diş protez teknikeri
8. Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	8. Ameliyathane teknikeri	8. Adli tıp teknikeri
9. Diyaliz teknikeri	9. Perfüzyonist	9. Eczane Teknikeri
10. İş ve uğraşı terapisti (Ergoterapist)	10. İş ve uğraşı teknikeri (Ergoterapi teknikeri)	10. Elektronörofizyoloji Teknikeri
11. Mamografi teknikeri	11. Optisyen	11. Acil tıp teknikeri
12. Ebe yardımcısı	12. Acil tıp teknisyeni	12. Hemşire yardımcısı
13. Biyolog	13. Sağlık bakım teknisyeni	13. Psikolog
14. Sağlık eğitimcisi/Tıbbi teknolog	14. Çocuk gelişimcisi	14. Sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı
15. Yaşlı bakım teknikeri / Evde hasta bakım teknikeri	15. Sağlık idarecisi	15. Çevre sağlığı teknisyeni/teknikeri
	16. Tıbbi sekreter	16. Biyomedikal cihaz teknikeri

- 1) Doktorlar,
- 2) Diş hekimi, eczacı, psikolog gibi diğer profesyonel meslekler,
- 3) Hemşire, ebe ve sağlık memuru,
- 4) EEG, EKG, radyoloji, odyoloji teknisyeni, diyetisyenler gibi diğer sağlık elemanları,
- 5) Sekreterler, güvenlik görevlileri, çamaşırhane ve mutfak çalışanları, temizlikçiler, şoförler gibi diğer çalışanlardır.

Sağlık alanındaki çalışmalar iş sağlığı ve güvenliği açısından ele alındığında, çalışanın sağlığını belirleyen iki temel unsur burada da geçerlidir. Bunlar; çalışanların kişisel özellikleri ve iş yeri ortamındaki faktörlerdir. Çalışanların bireysel özellikleri olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi dikkat çekmektedir. Sağlık sektöründe çalışanlar arasında çocuk görülmemektedir. Sağlık hizmetinde çalışmak için belirli eğitim ve diploma gerekmektedir. Buna karşılık 55-60 yaş arasında çalışan pek çok hekim mevcuttur.

Sağlık sektöründe çalışan kadınların oranı diğer sektörlere göre oranla daha yüksektir. Kadınların daha fazla çalışmış olduğu gruplar hemşirelik ve ebeldir ayrıca eczacı ya da hekim olarak çalışan kadınların oranı da bir hayli yüksektir. Bununla beraber bu alanda görev yapan insanların tamamı mesleki bir eğitim almalarından dolayı eğitim seviyeleri yüksektir. Doktor, diş hekimi, eczacı, biyolog, hemşire ve bunun gibi daha birçok mesleğe sahip olan insanların eğitim düzeyleri yüksektir. Ayrıca bu insanların büyük bir kısmı lisans eğitiminin bitiminden sonra uzmanlık, yüksek lisans, doktora gibi mezuniyet sonrası eğitime devam etmektedirler (Türk Standartları Enstitüsü, 1997:52). Genel anlamda bu meslek gruplarının eğitim düzeyleri ve bilgi seviyeleri yüksektir. Mesleği tanımlama ve algılama yeteneklerinin yüksek olduğu göze çarpmaktadır.

2.3 Sağlık Kuruluşlarında Ortam Faktörleri

Sağlık sektörüne mensup meslek gruplarında çalışan bireyler açısından çalışma ortamlarında iş kazası ve mesleki rahatsızlıklara sebep olabilecek çalışma ortamı unsurlarını 4 başlık altına gözden geçirmek mümkündür.

2.3.1 Fiziksel Faktörler

Sağlık alanındaki kuruluşlarında çalışma ortamı faktörü olarak fiziksel unsurlar önemli yer tutmaktadır. Bu alandaki kuruluşların ortamlarının sessiz olması talep edilmektedir. Özellikle yatan hasta servislerinde ses şiddeti 35-40 desibeli geçmemelidir. Fakat kuruluşun ziyaret saatleri içerisinde, poliklinik saatlerinde bu seviyeyi aşan şiddette gürültü olabilmektedir. Laboratuvarda çalışan bir santrifüj cihazından çıkan ses 51-82 desibel seviyesindedir (Öcal, 2010: 25).

Hastane içerisinde ameliyathanede cerrahi aletlerin çarpışması 78 desibel, lazer cihazının çalışması 82 desibel, fizik tedavi bölümündeki egzersiz cihazları 70-85 desibel seviyesinde gürültüye yol açabilmektedir. Dakikada 300-400 bin devir hızında dönen diş hekimlerinin kullandığı elektrikli cihazlar 85-90 desibel şiddetinde ses oluşmasına yol açabilmektedir (Öcal, 2010: 26).

Sıcaklığın fiziksel unsurlar içinde önemli bir konumu bulunmaktadır. Yoğun bakım bölümlerinin sıcaklığı 24-27 °C, hasta odaları 22-24 °C, ameliyathanelerin ise

20- 22 °C olması uygun görülmektedir. Öte yandan sterilizasyon, çamaşırhane, mutfak gibi bölümlerin sıcaklığı ve nem miktarı hoş olmayacak ölçüde fazladır.

Sağlık kurumlarında önem taşıyan diğer fiziksel faktörler ise elektrik ve radyasyondur. Kurum içerisinde kullanılan çeşitli elektrikli aletlerin doğru bir şekilde topraklanması ve yalıtımlarının düzgün yapılması önemlidir. Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışanlar için radyasyon maruziyeti önemli bir problemdir. Sürekli ölçümlerle bu bölümlerde çalışanların radyasyondan etkilenme seviyeleri belirlenmelidir.

2.3.2 Kimyasal Faktörler

Sağlık alanında çalışanlar farklı kimyasal faktörlere de maruz kalmaktadırlar. Bu kimyasallar içinde anestezi gazları, ilaçlar, dezenfektan ve antiseptikler, sterilizasyon gereçleri ve laboratuvarlarda bulunan farklı kimyasal maddeler söylenebilir (Akkaya, 2007: 46). Çoğu sağlık personeli ya direkt ya da dolaylı olarak kimyasal madde temasında bulunmaktadır.

2.3.3 Biyolojik Faktörler

Sağlık personelinin rutin işleri sırasında en sık karşılaştığı biyolojik faktörler mikroorganizmalardır. Bu etkenlerle karşı karşıya kalma laboratuvar ortamlarında olabildiği gibi, daha çok hastalarla temas şeklinde gerçekleşmektedir. Farklı araştırmalarda biyolojik faktörlerden etkilenme sıklığı İsveç'te %10, Almanya'da %33 ve Fransa'da %40 olarak belirlenmiştir. Solunum yolları enfeksiyonuna sebep olan herhangi bir mikroorganizmayla temas olasıdır. Öte yandan sıkça rastlanan biyolojik unsurlar hepatit B, tüberküloz, hepatit C, hepatit A, olarak tanınmaktadır. HIV (Human Immunodeficiency Virüs), EBV (Epstein- Barr-Virüsü), CMV (Sitomegalo virüs) enfeksiyonları ve daha seyrek olmakla beraber hepatit D, kabakulak, kızamıkçık ve suçiçeği ajanları ile karşılaşmak da olasıdır. Bu biyolojik faktörler arasından hepatit B ve C virüslerinin oldukça tehlikeli olduğu bilinmektedir. Biyolojik faktörler içerisinde Hepatit B virüsünü alanların %10'unda kronik hepatit, %0,1'inde siroz ve %0,2-0,3'ünde karaciğer kanseri olduğu saptanmıştır (Bilir ve Yıldız, 2004). Bu biyolojik ajanlar arasında tedavisi çok zor olan ya da olmayan

hepatit C ve HIV virüsünün; bulaş sonrası tanı konulması kuluçka dönemleri nedeniyle uzun süre almaktadır

2.3.4 Ergonomik Faktörler

Ergonomik problemler de sağlık personeli için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Özellikle de ameliyathane hemşireleri ve diğer çalışanlar yönünden uzun süre ayakta kalma, hasta transferi sırasında hastayı yerinden kaldırma, malzeme taşıma esnasında ağırlık kaldırma gibi ergonomik problemler oluşabilir. Öte yandan, taşıma esnasında taşınanın insan olması daha özenli davranmayı da beraberinde getirmektedir.

Farklı uzmanlık alanlarındaki doktor, hemşire ve diğer personel yönünden çalışma süresinin uzunluğu, nöbet, vardiya çalışması esnasında kurum içinde yapılan yürüyüşlerin uzun sürmesi oldukça yorucu olmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre Belçika ve Fransa'da dâhiliye ve yoğun bakım servislerinde sorumlu olan hemşirelerin, çalışma sürelerinin %60-80'lik kısmını yürüyerek geçirdiği ve bu süre zarfı içerisinde günlük çalışma saatinde yaklaşık 5-7 km. yol yürüdüğü belirlenmiştir. Belirlenen yürüme mesafesinin gece nöbetlerinde çok daha fazla olduğu ve 17 km'ye kadar çıkabildiği belirtilmektedir. Bu durumun sebebiyse gece çalışan personel sayısının, gündüz çalışanlardan daha az olmasıdır. Ayrıca hemşirelerin günlük çalışma saatleri içerisinde 120-330 kez aynı müdahaleleri tekrar tekrar yapmaları monoton çalışma ve kognitif stres sebebi olarak gösterilmektedir (Akkaya, 2007). Bel ağrısı, varis gibi sıkıntılarda bu yüzden bu meslek gruplarında daha çok görüldüğü gözlemlenmektedir.

2.3.5 Diğer Faktörler

Bu faktörler içerisinde taciz ve darp gibi durumlar bulunmaktadır. Sunulan hizmeti yeterli bulmayan ya da tatmin olmayan bazı bireyler özellikle de acil servislerde sık olarak sağlık personeliyle münakaşada bulunmakta ve hatta fiziksel müdahaleye başvurabilmektedirler. Merkezi bölgelerde çalışmayan sağlık personeli için ise primitif çalışma şartları söz konusu olabilir. Özellikle kırsal bölgelerde ebeler köyler arasındaki mesafeleri yürüyerek aşmak zorunda kalabilmektedirler. Diğer yandan bu yolların emniyet seviyesi ise ayrı bir tartışma konusudur (Akkaya, 2007:

47). Tüm bu yaşanan olumsuzluklar meslek gruplarının mesleğe bakış açısını değiştirebilmektedir. Psikolojik bunalımlara girmeleri bu durumlarda çok olası bir durumdur.

2.4 Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları

Sağlık sektörü, hasta ve sağlık hizmetlerine gereksinimi olan bireylere hizmet sunma işi olarak kabul edilmektedir. Bu sektörün çalışanları olan sağlık personelleri uzun yıllardır çok ve çeşitli mesleki risklere maruz kalmıştır. Fakat buna rağmen, mesleki kökenli de olsa sağlık personellerinin sağlık sorunları göz ardı edilmiştir.

Avrupa'da sağlık sektöründeki iş kazaları, tüm Avrupa'da meydana gelen iş kazası ortalamasından %34 daha fazladır. ABD'de sağlık çalışanları iş kazaları nedeniyle 1994 senesinde 100 tam gün çalışan işçi başına kaybedilen gün sayısı sağlık sektöründe 8,7 iken diğer sektörlerde 6,1'dir. İş kazası sağlık sektöründe 9,4 iken, madencilik sektöründe 6,3'tür. İş kazaları nedeniyle işçi kaybına oranlarına bakıldığında ise kamyon şoförleri, vasıfsız işçilerden sonra sağlık çalışanları (1000'de 101,8) gelmektedir. 1992 senesinde 100 tam gün çalışan başına yaralanma oranları endüstriyel sektörlerde 8,9 olarak saptanırken hastanelerde bu oran 12'dir (Kutlu, 2007: 11).

Tablo 2.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının karşılaştıkları en büyük sorun hasta ve yakınları tarafından sözlü ya da fiziksel saldırılardır. Bu sorun acil servis, yoğun bakım gibi özellikli bölümlerde daha çok karşımıza çıkmaktadır. Sonrasında sırasıyla bel boyun ağrıları, kesici delici alet yaralanmaları, kimyasal madde ya da hastadan çıkan sıvılara çalışanların maruz kalması, düşme, çarpma, kırılma olayları meydana gelmektedir. Yine sağlık çalışanlarının en büyük sorunlarından birisi olan iş yerinde mobbing birçok akademik çalışmaya konu olmaktadır.

Tablo 2.2: Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları risk ve sorunlarının dağılımı (Ergör vd., 2003:44-52).

Riskler	n	%
Hasta ya da hasta yakını tarafından yapılan sözlü saldırı/ tehdit, fiziksel şiddet	84	58,7
Akut bel, sırt ve boyun ağrısı	74	51,7
Kesici-Delici alet yaralanması	71	49,7
Kronik bel, sırt ve boyun ağrısı	56	39,2
Kimyasal katkı ya da sıvı madde sıçraması	48	33,6
Düşme-kayma	33	23,1
Çalışma arkadaşlarınız ya da yöneticileriniz tarafından fiziksel ya da sözlü saldırı	25	17,5
Kırık, çıkık ya da sağaltım gerektiren yaralanma	15	3,5

Sağlık kurumları ve özellikle de hastaneler hastalara, ideal hizmet sunmaya programlanmasına rağmen sağlık personelinin, içinde yaşadığı çalışma ortamının iş sağlığı ve iş güvenliği sorunlarına gereken önem verilmemiştir.

2.4.1 Kesici- Delici Alet Yaralanmaları

Kesici ve delici alet denince; elle tutulduğu sırada cildin penetran yaralanmasına neden olabilen tıbbi ya da laboratuvar ekipmanları kastedilmektedir. Bunlar, iğneler, sivri uçlu intravenöz giriş araçları, bistüriler, lansetler, pipet ya da ampullere ait kırık cam parçaları ve enjektörleri içermektedir. Kontaminasyona neden olan sıçrama ise herhangi bir vücut sıvısının bireyin ağızına, kulaklarına, gözlerine ya da cilt bütünlüğünün bozuk olduğu bir bölgesine sıçrama yoluyla bulaşmasıdır (Korkmaz, 2008: 17-37). Ayrıca bu tarz yaralanmalarda el parmak gibi uzuvlarda işlev bozukluğuna sebep olabilir.

2.4.2 Çarpma, Düşme ve Burkulmaya Bağlı Travma

Sağlık sektöründe çalışanlarda sıkça rastlanan çalışma kazaları kaygan zemin, yüksek basamaklar, düzensiz zemin gibi çalışma ortamı kaynaklı etkenler dolayısıyla burkulma, çarpma, kayma, düşme gibi kazalardır. Bedensel kuvvet gerektiren işlerin

yapılması sırasında (hasta taşıma-kaldırma, malzeme kaldırma), uygunsuz vücut pozisyonları veya omuz hizasından yükseğe uzanma gibi durumlar sonucunda vücutta oluşan gerilimle bükülme, dönme, incinme gibi hasarlarla sağlık kurumlarında sıkça rastlanmaktadır. Bilhassa hasta taşıma ve kaldırma uygulamaları sebebiyle meydana gelen çalışma kazaları sağlık kurumlarında rastlanan çalışma kazalarının üçte birini meydana getirmektedir (Akkaya, 2007: 55). Ergonomik kazalar daha çok bakıma muhtaç hasta gruplarına hizmet veren sağlık çalışanlarında meydana gelmektedir. Kaygan zemin, yüksek basamaklar, düzensiz zemin gibi çalışma ortamından kaynaklanan etkenler burkulma, kayma, çarpma, düşme gibi kazalara sebep olmaktadır (Parlar, 2008: 547-554).

2.4.3 Şiddete Maruz Kalma

Oldukça yaygın olan ve geçtiğimiz senelerde giderek artan sağlık kurumlarındaki bir diğer çalışma kazası örneği ise şiddete maruz kalmadır. Çalışma ortamında şiddet, personelin verimliliğini veya emniyetini olumsuz etkileyen çalışma veya çalışma çevresiyle alakalı bir problem olarak açıklanmaktadır. Şiddet içerikli çalışma kazaları Avrupa Komisyonu tarafından iş ile alakalı koşullarda veya dolaylı yoldan emniyet ve sağlığı kötü yönde etkileyen, personelin suistimalini, tehdit edilmesini veya fiziksel şiddeti kapsayan kazalar olarak tanımlanıp kabul görmektedir.

Sağlık kurumlarında çalışanların şiddete maruz kalma riski, diğer hizmet sektöründe çalışan meslek gruplarından 16 kat daha çoktur. Sunulan hizmetten tatmin olmayan kimi hasta veya hasta yakınları, bilhassa acil servislerde sıkça sağlık çalışanıyla münakaşa etmekte ve hatta bedensel şiddete de başvurabilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre Finlandiya'da hapisane gardiyanları ve polis memurlarının ardından şiddete uğrayanlar arasında üçüncü sırada psikiyatri hemşireleri, dördüncü sırayı ise doktorlar almışlardır (Akkaya, 2007: 56). Sağlık kuruluşlarının her biriminde görüldüğü gibi acil servislerde bu durumlarla daha fazla karşılaşılmaktadır. Ve sağlık çalışanları genellikle psikiyatrik hastalar, madde bağımlıları ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz bırakılmaktadır.

2.5 Sağlık Kuruluşlarında Meslek Hastalıkları

Sağlık kurumu çalışanları uzun seneler boyunca farklı mesleki tehlikelerle karşılaşmaktadırlar. Sürekli gelişen ve sağlıklı ya da hasta bütün kişilere hizmet sunan sağlık sektörünün hizmet kalitesini yükseltebilmesi, çalışma şartlarının emniyetli ve sağlıklı olmasına bağlıdır. Kendisine başvuran kişiye en uygun hizmeti göstermeye odaklanan sağlık çalışanının, dâhil olduğu iş ortamının İSG problemleri gerekli düzeyde denetlenmemiştir.

Batılı ülkelerde sağlık personelinin çalışma ortamında karşı karşıya kaldıkları mesleki tehlikeler ve riskler açısından güvence altına almak amacıyla, Meslek Hastalığı ve Güvenliği Komiteleri (MSGK) kurulmuştur. American Medical Association (AMA) ve American Hospital Association (AHA), ilk olarak 1958 senesinde yayınladıkları ortak bildiriyle sağlık kurumlarında çalışan sağlığı prosedürlerini desteklediklerini; sağlık kurumlarının sağlık eğitimi, koruyucu tıp ve çalışma emniyeti hususlarında halka örnek hizmet sunmalarını istemişlerdir. 1974–1976 senelerinde ise Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH) sağlık kurumlarında mesleki sağlık konusunun denetlenmesi adına kurallar oluşturmuştur.

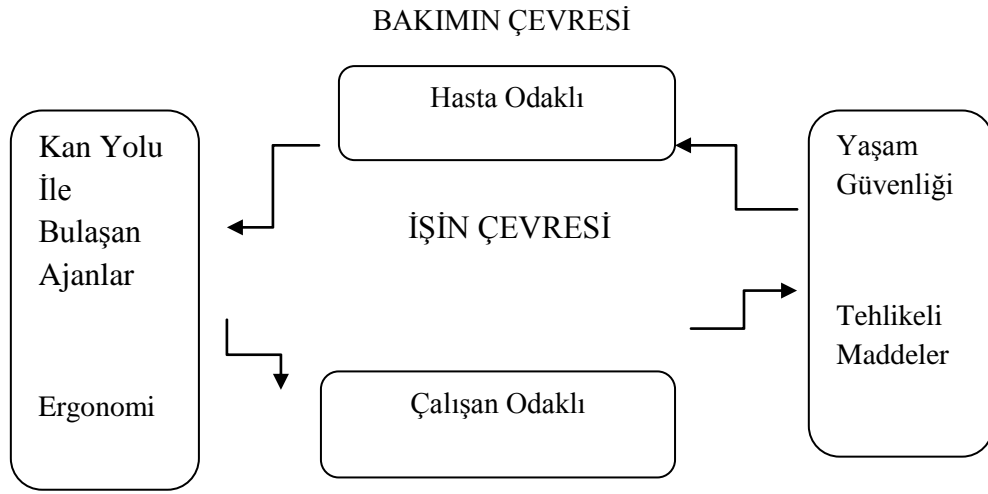
Sağlık sektöründe çalışan personellerde rastlanan mesleki rahatsızlıklar şöyledir:

1. Enfeksiyona Bağlı Meslek Hastalıkları
2. Fiziksel Unsurlara Bağlı Meslek Hastalıkları
3. Kimyasal Maddelere Bağlı Meslek Hastalıkları
4. Radyasyona Bağlı Meslek Hastalıkları
5. Varis ve Kas İskelet Yapılarına Bağlı Meslek Hastalıkları
6. Cilt Problemlerine Bağlı Meslek Hastalıkları
7. Strese Bağlı Meslek Hastalıkları olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.6 Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Karşı Alınması Gereken Önlemler

Mesleki rahatsızlıkları önleme programları, personellerin sağlıklarını uzun seneler boyunca koruma altına alarak hayat standartlarını artırmayı hedeflemektedir. Ancak etkin önleme programları çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirmektedir.

Dolayısıyla çalışan, işveren, sendika temsilcileri, çalışma emniyeti mühendisleri ve işyeri hekimlerinin ortak kararlar vererek uygulamaları daha etkin olacaktır.



Şekil 2.1: Sağlık hizmetlerinde güvenlik yönetimi (Devebakan, 2007: 138).

Sağlık kuruluşlarında hem sağlık personeli hem de hasta birey odaklı bir emniyet ve sağlık yönetimi bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarında emniyet denetiminin önemli bir unsuru McDiarmid'e göre hasta bakım yöntemi (hasta odaklı), diğer unsuruydu çalışma ortamıdır (çalışan odaklı). Personel ve hasta odaklı sağlık kuruluşları emniyet yönetiminin şekilsel ifadesi Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

Alınması gereken genel tedbirler;

1. Sağlık geliştirme programlarının oluşturulması,
2. Emniyet ve sağlık konularıyla alakalı sağlık seminerlerinin düzenlenmesi,
3. Belirlenmiş risk ve tehlikeler hakkında bilgilendirmeler,
4. Sağlık danışmanlığı hizmetinin sunulması,
5. Sağlık personelinin sağlık ve emniyet kalitesine sahip olup olmadığının belirlenmesi,
6. Personelin işe kabulünde ve çalışma süresi boyunca belirli aralıklarla muayenesinin yapılması,
7. İlaçlar yardımı ile koruyuculuk sağlamak,
8. Bağışıklama,
9. Sağlık personellerinin bireysel koruyucu ve önleyicileri kullanmasının sağlanması,
10. Sağlık personellerinin yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması,

11. Çalışma kazalarının, mesleki rahatsızlıkların ve işe bağlı sağlık problemlerinin engellenmesi,
12. Yaralanma ve hastalanma durumlarında gerekli bakım ve tedavilerin gerçekleştirilmesi,
13. Bulaşıcı hastalıklara yönelik surveyansların yapılması,
14. Rehabilitasyon,
15. Sağlık kontrollerinden, kayıtlardan ve çalışma verilerinden sağlık personellerinin, yönetimin, işverenin ve sendikaların haberdar edilmesi,
16. Sağlık personellerinin sağlığıyla alakalı tutulan kayıtların sağlık personellerinin görebileceği ortamlarda tutulmasıdır (Özkan ve Emiroğlu, 2006: 46).

Kesici delici alet yaralanmalarına karşı alınması gereken tedbirler;

1. Potansiyel infekte olarak kabul edilen kan ve diğer vücut sıvıları için gereken tedbirler alınmalıdır.
2. İğne batmasını engellemek adına “disposibl” iğneler kullanıldıktan sonra plastik kapakları tekrar takılmaya çalışılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir.
3. Bir kez kullanılmış enjektör, iğne, bistüri ucu ve diğer kesici aletler imha edilmek üzere delinmeye dayanıklı sağlam kutularda toplanmalıdır. Servis içerisinde bu kutular kullanımına uygun ve kolay ulaşılabilir konumlarda bulundurulmalıdır.
4. Bu kesici ve delici aletlerin biriktirildiği kutulara olabildiğince az temas edilmelidir.
5. Teknolojik tedbirler; mesela; yaralanma tehlikesi daha az olan daha emniyetli bir araç kullanmak, kan alma işlemi için vakumlu tüpler kullanılmalıdır.
6. Ameliyathane koşulları için cerrahi ekip içerisinde iyi bir koordinasyon yapılmalıdır.
7. Hastayı bilgilendirmek; özellikle basit müdahaleler esnasında hastanın ani hareket etme ihtimalini düşürerek yaralanma riskini azaltır (Aygün, 2007: 387). Aynı zamanda hastanın o an yapılan işleme karşı anksiyetesi azaltılmış olunur.

Enfeksiyona bağlı oluşabilecek meslek hastalıklarına karşı tedbirler;

1. Sağlıklı bireyler üzerinde ülkemizde yapılan araştırmalarla asemptomatik HBV taşıyıcılığının %3–8 arasında olduğu saptanmıştır. Fizik muayene ve anamnezle HIV, HBV ve diğer kanla bulaşan diğer patojenlerle infekte hastaları saptama imkânı olmadığından bütün hastaların kan ve diğer vücut sıvıları potansiyel infekte olarak kabul edilerek gereken tedbirler alınmalıdır.
2. Aşağıda bahsedilen müdahaleler esnasında muhakkak eldiven giyilmeli, müdahale sonrasında ya da hastaya dokunduktan sonra eldiven değiştirilmeli ve eldivenler çıkarıldıktan sonra eller mutlaka yıkanmalıdır.
3. Kan veya vücut sıvıları ya da kontamine yüzeylerle temas ihtimali varsa,
4. Hastaların mukoza ya da sağlam olmayan deri ile temas edilecekse,
5. Kan alma, damara girme veya benzeri bir intravasküler işlem esnasında,
6. Eğer eller ya da diğer vücut yüzeyleri hastanın kan ya da diğer vücut sıvıları ile temas ederse hemen su ve sabunla iyice temizlenmelidir.
7. Gerçekleştirilen tıbbi bir müdahale esnasında kan ya da diğer vücut sıvılarının sıçrama ihtimali varsa (rneğin kemik iliği aspirasyonu, lomber ponksiyon yapılması gibi) ağız, burun ve gözleri korumak için maske ve gözlük kullanılmalı, diğer vücut yüzeyleri kontaminasyonunu engellemek için koruyucu önlük giyilmelidir.
8. Sağlık personeli eğer eksüdatif deri lezyonlarına sahipse, bu lezyonlar iyileşinceye kadar hastalar ile direkt temastan ve hastalar ile alakalı malzemelere dokunmaktan alıkonmalıdır.
9. HIV ya da HBV enfeksiyonlu hastalar eğer beden fonksiyonlarını kontrol edebiliyorlar ise rutin bakımları esnasında eldiven veya koruyucu önlük kullanılması gerekli değildir.
10. HIV ya da HBV bulaşma riski, gebe sağlık çalışanında gebe olmayana göre daha fazla veya az değildir. Fakat bu iki virüsün de perinatal dönemde bebeğe de geçme tehlikesi bulunduğundan, gebe çalışanın tedbirlere daha çok önem vermesi ve özenle uyması ve enfeksiyon belirlenmiş hastalara hizmet vermemesi sağlanmalıdır.

11. Pulmoner tüberküloz, infeksiyöz diyare tanısı yada şüphesi olması gibi özel izolasyon tedbirleri gerektiren koşullar haricinde HIV/HBV infeksiyonlu hastaların izole odalarda tedavi edilmeleri gerekli değildir. HIV ve diğer infeksiyonları olan hastalar diğer bir immunosupresif hasta ile aynı odada bulundurulmamalıdır.

Mesleki hastalıklardan kimyasal maddelere bağlı olarak meydana gelebilecek olanlara karşı alınması gereken tedbirler; sağlık personelinin kimyasal faktörlerden korunması için tedbirler alma ve yaptırım olarak ise el yıkama her zaman uygulanması gereken tedbirler olarak belirlenmiştir. Diğer tedbirler arasında ortamın havalandırılmasına dikkat etme, koruyucu önlük, maske, yüz koruyucusu, gözlük ve eldiven kullanma, eskiyen malzemelerin değişimini yapma, kimyasal maddelerle temas halindeyse cildi bol su ve sabunla yıkama bulunmaktadır.

Diğer yandan biyolojik izlem ve çevre denetimi de oldukça önemlidir. Biyolojik izlem; kuruluşun çalışma ortamındaki ve çevrede bulunan toksik ajanlardan korunmada ve bu ajanların sebep olabileceği hastalıkların engellenmesinde önemlidir. Çalışma ortamında var olan ve solunan havayı kirleten kimyasal maddeleri, endüstriyel hijyen yöntemleriyle belirleyebilir ve denetleyebiliriz. Fakat ağız yoluyla alınan, deriden emilen yada çalışmayla alakalı olmayıp çevreden kaynaklanan ve ölçülüp denetlenemeyen zararlı ajanların vücuda etkilerini meydana çıkarabilmek biyolojik izleme ile gerçekleştirilmektedir.

Mesleki hastalıklardan radyasyon kaynaklı meydana gelebilecek olanlarına karşı alınması gereken tedbirler; radyoaktif maddelerden korunmada; bu maddelerin sebep olduğu radyasyon ile teması engellemek, kurşun bariyer kullanma, vücuda giren radyasyon miktarını periyodik olarak ölçümlerle saptamak ve düzenli aralıklarla kan tahlilleri yaptırmak gerekmektedir.

Sağlık personeli için alınması gereken genel tedbirler;

1. İyonlaştırıcı radyasyona uğrayan personel periyodik olarak TLD (Termolüminesans Dozimetresi)'ye kaydedilen dozlar özenli izlenmelidir.
2. Halen insanların radyasyon duyarlılık eşiği saptanamadığından meslekleri gereği maruz kalan kişilerin çalışma süreleri boyunca düşük düzey kronik maruz kalmanın kümülatif etkisi olabileceği göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla bu personellerin biyolojik olarak takip altında tutulmaları ve

fiziksel dozimetreye paralel olarak sitogenetik analizlerin yapılması gerekmektedir.

3. Radyasyona maruz kalanlarda antioksidan enzim aktivitelerinin yüksek olduğu belirlenmesine rağmen koruyucu tedbir olarak bu kişilerin periyodik olarak antioksidan takviyesi almaları gerekebilir.
4. Radyoloji bölümünde görevli personelin izin süresi her ne kadar diğer personelden fazla olsa da, gerekli görüldüğü durumda personelin izin kullanması sağlanarak maruz kalma süresi azaltılabilir.
5. Radyoloji personelinin önleyici tedbirleri (dozimetre takması, kurşun önlük ve eldiven giymesi, maruz kalma sırasında kurşun paravan arkasında durması gibi) kullanıp kullanmadığı denetlenmelidir.
6. MÇ (mikro çekirdek) ve SCE (Kardeş Kromatid Değişim) gibi sitogenetik testler ve bu testlerin yanı sıra yılda en az bir kez hematolojik tahlillerin yapılmasıyla antioksidan sistem parametrelerinin ölçümü rutinde periyodik olarak kontrol edilebilir.
7. Gebe kalmayı planlayan bayan personellerin bu önemli dönemde radyasyon kaynağından uzak kalmaları ve belirli bir temizlenme sürecinden sonra gebe kalmaları tavsiye edilmeli, gebe olanların ise zorunda olmadıkça radyasyona maruz kalmamaları ya da maruz kalma miktarının olabildiğince düşük seviyede tutulması için gereken tedbirler alınmalıdır (Eken, 2007:146). Eğer zorunlu kalınıyor ise kişi bilgilendirilmeli orada çalışma isteğinin olur olmadığı konusunda bilgi edinilmelidir.

Varisten korunmaya yönelik tedbirler;

1. Sağlık personelinin soy geçmişinde varis hikâyesi var ise erken dönemde varisten korunmaya yönelik tedbirler almaları,
2. Gebelik süresince uygun korunma yöntemleri kullanarak varis oluşumuna karşı tedbir almaları,
3. Uzun süre ayakta ya da oturarak aynı pozisyonda bulunmamaları,
4. Önlemek amaçlı varis çorabı kullanmaları,
5. Düzenli egzersiz yapmaları, kilo almamaları, sigara ve alkol gibi dolaşım sistemine olumsuz etkileri olan alışkanlıklardan uzak durmaları,
6. Bacaklarını sık elevasyona almaları

7. Bu klinik uygulamaları yapabilmeleri için uygun eğitimi alabilecekleri bir ortam oluşturulması tavsiye edilmektedir (Özdemir, 2006:34).

Kas ve iskelet hastalıklarına karşı alınması gereken tedbirler;

Bu değerlendirme içinde bakılan hasta sayısı, bu hastaların bakım nitelikleri (yatağa bağımlı hasta vb.), hangi tür bakım gerektirdikleri, bakımları esnasında uzanma, dönme, eğilme, ağır kaldırma vb. hareketlerin ne sıklıkla gerçekleştirildiği, ne kadar süre boyunca ayakta durulduğu, bakım esnasında kullanılan elektronik gereçler, bu gereçlerin ağırlık, şekil ve boyutları, çalışma ortamının vücut postürünü kısıtlayıp kısıtlamadığı (hasta yataklarının çok sıkışık olması vb.), hasta yatakları, malzeme dolapları, servisin mobilya tasarım ve düzeni, sıcaklığı, nemi gibi unsurlar göz önünde bulundurulur (Pınar ve Sert, 2008:76). Yüksekte bulunan malzemeler merdivensiz alınmaya çalışılmamalı aksi takdirde kas ve tendon sorunları ile karşı karşıya kalabilirler.

1. Omurga ve bel sağlığını korumak için uygulamalı eğitim programları, işe uyum süreci içerisinde başlatılmalı ve periyodik olarak devam ettirilmelidir.

Eğitim programı ise;

1. Çalışma esnasında düzgün duruşu öğretmek,
2. Çalışma boyunca doğru hareketleri ve uygulanması mümkün olan egzersizleri öğretmek,
3. Sağlıklı yaşam şeklini geliştirebilecek tavsiyeleri içermelidir (Oğuz vd., 2005:47).
4. Sağlık kurumlarında hasta kaldırma, çevirme, taşımaya yarayan gereçlerin kullanımı,
5. Sağlık personelinin hasta bakım işlemleri esnasında vücut mekaniği kullanma durumlarının değerlendirilmesine yönelik araştırmaların yapılması,
6. Personelin çalışma ortamında yaşadıkları yaralanma, travma gibi durumları belgelendirmeleri için cesaretlendirilmeleri gereklidir (Özel, 2005:33).

Mesleki hastalıklardan strese bağlı olarak meydana gelebilecek olanlarına karşı alınması gereken tedbirler; stres kontrolü, stresin faydalı etkilerini ön plana çıkarmak, fazla stresin ortaya çıkardığı ve bazı hastalıklara zemin hazırlayan etkilerini ise baskılamaktır. Özetle zararlı strese sebep olan unsurları tamamen

ortadan kaldırmak mümkün olamayacağı için denetlenebilir hale getirilmesi, vereceği zararları da azarlatacaktır. Dünya üzerindeki hastalıkların yaklaşık %75'inin, kontrol edilemeyen stres sebebiyle ortaya çıktığı ya da kötüye gittiği tahmin edilmektedir. Bağışıklık sistemimiz stres içerisindeyken zayıflar ve dolayısıyla hastalıklara açık hale geliriz.

Sağlık personelinin büyük çoğunluğunu meydana getiren hemşireler için önemli olan konular;

1. Hemşirelerin çalışma streslerinin ve kontrol etme stratejilerinin saptanması ve bunların yok edilmesiyle olumlu kontrol yöntemlerini destekleyecek programların meydana getirilmesi, uygulamaya konması ve hemşirelerin bu programlara dâhil olmasının sağlanması.
2. Sağlık kuruluşu içerisindeki iş yükü göz önünde bulundurularak çalışan ve malzeme eksikliklerinin giderilmesine yönelik planların uygulanması
3. Hemşirelerin başarılarının duyurularak ve paylaşılarak ödüllendirilmesi ve hemşirelikteki bilimsel gelişim ve yeniliklerin yakından takip edilmesi
4. Sağlık kuruluşlarında ekip çalışması anlayışına katkıda bulunmak için özellikle hekim ve hemşirelerin beraber düzenledikleri eğitim seminerlerinin yapılması (İnceslesli, 2005:30-31). Hizmet içi eğitim programlarına tüm sağlık ekibi birlikte katılmalı, tartışma ortamı yaratılmalıdır.

Çalışan sağlığının korunması ve çalışma emniyeti maksadıyla her sağlık kuruluşu, ulusal yasalar çerçevesinde kalmak koşuluyla, kendine has politikalar belirlemeye ve uygulamalar oluşturmaya gerek görebilir. Belirlenecek programın uygulanmasında faydalı olacak NIOSH tarafından önerilen bir taslak program aşağıdaki Tablo 2.3'de özetlenmiştir:

Tablo 2.3: NIOSH'a göre sağlık çalışanlarının sağlığı örnek programı (Akkaya, 2007:58).

GİRİŞ MUAYENESİ
Kurumda işe yeni başlayan sağlık personeline tam bir fizik muayene yapılarak detaylı özgeçmiş ve meslek ykwüsü kayda geçirilmelidir. Başlangıç laboratuvar incelemeleri olarak nerilenler: Rutin kan testleri, tam idrar analizi, akciğer grafisi, elektro kardiyografi, göz muayenesi, kulak muayenesi.
PERİYODİK DEĞERLENDİRME MUAYENELERİ
Periyodik sağlık değerlendirme muayeneleri Şu kişilere yapılmalıdır; Herhangi bir tehlikeye maruz kalmış alıŐanlar, Hastalık ve yaralanma nedeniyle izinli/ raporlu olup işe dönen alıŐanlar, Başka bir bölümde görevlendirilenler/ çalışma koşulları deđerıŐenler, Emekliye ayrılan personel.
SAĞLIK VE GÜVENLİK EĞİTİMİ
İŞe adapte olmak için baŐlangıçta verilecek eğitimin yanı sıra, bütün çalışanlara, srekliği olan ve yetkin kişiler tarafından hazırlanan bir program ile sağlık, güvenlik, evre bilgileri gibi konular anlatılmalıdır. Bu program, iş güvenliğini arttırmak amacıyla alışkanlıkların düzenlenmesi, hastalık ve yaralanmaların personel sağlığı merkezine bildirilmesi gibi konuları da içermelidir.
ÇEVRE KONTROLÜ VE SÜRVEYANS
evre kontrolü ve sürveyans, meslek sağlığı programının bir parçası olmalıdır ve ciddi kazalara müdahale edebilecek bilgi ve becerisi olan bir kişi tarafından yönetilmelidir. Nükleer tıp ve radyoloji bölümünden ayrı bir kişi sorumlu olmalıdır. Uygulamalar yasal ereve iinde olmalıdır.
BAĞIŞIKLAMA
Sağlık alıŐanları için belirlenmiş aŐılar yapılmalıdır. Saldırı, kaza ile maruz kalma gibi durumlarda elektif aŐılama göz önüne alınmalıdır. Hastane iinde ayrı bir bölümde, çalışanların 24 saat süreyle ulaŐabileceđi, tıbbi ve psikolojik yardım sağlayan bir servis olmalıdır. Bütün alıŐanlara; ihtiyaı olan tıbbi, cerrahi, psikolojik ve rehabilitasyon hizmetlerinde yeterli kolaylık sağlanmalıdır. Deneyimli bir konsültan bir ekibin srekliği sağlanmalıdır. Sağlık alıŐanlarının özel doktorları ile irtibat kuracakları bir prosedür tasarlanmalıdır. Tüm alıŐanlar için bakım ve tedavinin sürekliğini kolaylaŐtırmak amacıyla, yeterli izlem kriterleri tanımlanıp sürdürülmelidir. Meslek hastalıklarının ve yaralanmalarının tedavisi ve bildirimi yasal çerçeveye uymalıdır.
SAĞLIK DANIŞMANLIĞI
Tıbbi, psikolojik ve sosyal danıŐmanlık hizmeti veren, kolay ulaşılabilir bir program oluşturulmalıdır. Çalışanların, hastane iinde çözümlenemeyecek tetkik ve tedavi sorunları için baŐvuracakları yerlere yönlendirilmelerini sağlayacak yasal bir sistem olmalıdır. Psikiyatri bölümü ve sosyal hizmetler bölümü bulunmayan kuruluşlarda, konuya yakın kişiler, danıŐmanlık bölümünde, çalışanlara yardımcı olarak yer almalıdır.
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞI KAYIT SİSTEMİ
Her çalışanın sağlık ünitesinde kaydı olmalıdır. Kayıtta, bütün muayene ve tetkiklerin sonuçları, geçirdiği hastalık ve yaralanmalara ait bilgiler yer almalıdır. Yaralanma ve hatalık oranlarını, kazaların oluŐ Şeklini, tehlike izlenimlerinin sonuçlarını göstermek ve değerlendirmek için aylık raporlar düzenlenmelidir. Kayıtlar gizli olmalı, sadece gerekli ve yetkili kişiler tarafından görülebilmelidir.
HASTANE BÖLÜMLERİ ARASINDA KOORDİNASYON
Hastanenin tüm birimlerinin, temsil edildiği bir komite, meslek sağlığı programının hastanede uygulanmasına ilişkin politika, direktif ve ihtiyaçları önermelidir. MSGK ile enfeksiyon komitesi, çalışanların sağlığını ortak bir plan iinde takip etmelidir. Meslek sağlığı programının bir yesi, hem MSGK' de hem de enfeksiyon kontrol komitesinde görevlendirilmiŐ olmalıdır.

2.7 Sağlık Kurumu Çalışanlarına Yönelik Çalışan Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Hizmetleri

Çalışma sağlığı hizmetleri farklı meslek gruplarının becerilerini gerektiren bir ekip çalışmasıdır. Çalışma ortamındaki risklere karşın bireyin sağlığının korunmasını amaçlayan çalışma sağlığı uygulamalarının hedefleri;

1. Personelin sağlık koşullarını en iyiye ulaştırma,
2. İş ortamının uygun olmayan şartları sebebiyle sağlık problemlerini engelleme,
3. Personelin psikolojik ve bedensel kabiliyetlerine uyumlu işlerde görev almasına özen gösterme,
4. Verilen iş ile personel arasında uyum sağlamaktır (Emiroğlu, 1990; Erefer, 1998:13). İşin çalışana çalışanın işe uyumu çok büyük önem arz etmektedir.

İşyerlerinde çalışma emniyeti ve sağlığının korunması için çalışan güvenliği birimlerinin oluşturulması gerekmektedir. Bu komitede ekip üyeleri olarak; kurum hekimi, kurum hemşiresi, ergonomist, epidemiyolojist, psikolog vb. gibi multidisipliner sağlık ekibi üyeleri bulundurulmalıdır (Emiroğlu, 1990:6-8). Bu konuda sağlık kuruluşlarında bulunan hasta ve çalışan güvenliği komitesi üyelerine önemli görevler düşmektedir.

1970'li senelerin başlarında sağlık sektöründe gerçekleşen yapısal değişimlerle beraber ILO; OSHA, NIOSH, Amerikan Hastane Birliği ve sağlık sendikalarıyla beraber her işçinin olduğu kadar sağlık personelinin de sağlıklı olma hakkı ve sağlıklı ve emniyetli işyeri koşullarında çalışma hakkı vardır. Bunu gerçekleştirmenin bir yönteminin de sağlık kuruluşlarında ilgili birimlerin oluşturulması gerektiği yönünde olduğu belirlenmiştir. ILO bu gelişmelerden sonra 1985 senesinde her ülkede sağlık personeline yönelik çalışan emniyeti ve sağlığını koruma uygulamalarının oluşturulması ve yenilenmesiyle alakalı önemli bir karar vermiştir.

1990 senesinde Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission), sağlık personelinin sağlığının çalışan sağlığı yaklaşımıyla incelenmesi ve bunun için sağlık kuruluşlarında konuyla alakalı birimin oluşturulması gerektiği tavsiyesini yapmıştır. 1990'lı senelerin başında ABD'deki

Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu sağlık kuruluşlarında sağlık ve emniyet biriminin bulundurulması şartını koşmuştur (Özkan ve Emiroğlu, 2006:43-50).

“Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi” NIOSH ve OSHA tarafından, ilk olarak sağlık personelinin çalışma koşullarının sağlığını eleştiren, koruyan, hastalıklarını engelleyen ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini gerçekleştiren birinci basamak sağlık kuruluşu şeklinde anlatılmıştır. Sunulan hizmetin esas hedefi, sağlık personelinin sağlığı ve emniyetinin iyileştirilmesi, ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin engellenmesidir. İş ortamı, imalat süreci ve iş içerisindeki ilişkiler sonucunda meydana gelen ve sağlığa olumsuz etkileri olan fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, mesleki rahatsızlıkları ve çalışma kazalarının tamamen engellendiği sağlıklı ve emniyetli hastane ortamı oluşturulmalıdır. Bütün çalışan sağlığında olduğu gibi komitenin sağlık ve emniyet hizmetleri, sağlık personeli, sağlık kuruluşu ortamıyla üretim süreci ve diğer hizmetler olmak üzere üç temel konuda sürdürülmektedir. Bu hizmetler aşağıda sıralanmıştır (Özkan ve Emiroğlu, 2006:43-50).

2.7.1 Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hizmetler

1. Sağlık iyileştirme ve geliştirme programlarının oluşturulması,
2. Sağlık personelinin belirlenmiş tehlike ve riskler hakkında aydınlatılması,
3. Emniyet ve sağlık konularıyla alakalı sağlık eğitimi sağlanması,
4. Sağlık danışmanlığı hizmetinin sunulması,
5. Personelin emniyet ve sağlık kalitesine uyumunun takip edilmesi,
6. İşe kabulde gerekli muayenelerinin yapılması,
7. Çalışma süresince periyodik muayenelerin gerçekleştirilmesi,
8. Kemoproflaksi,
9. Bağışıklama,
10. Sağlık personelinin bireysel önleyicileri kullanmasının sağlanması,
11. Sağlık personelinin dengeli ve yeterli beslenmesinin sağlanması,
12. Çalışma kazaları, mesleki rahatsızlıklar ve işe bağlı sağlık problemlerinin engellenmesi,
13. Hastalanan veya yaralanan sağlık personelinin bakım ve tedavisinin gerçekleştirilmesi,
14. Bulaşıcı hastalıklara karşı sürveyans çalışmalarının gerçekleştirilmesi,

15. Gıda işiyle ilgilenen personelin portör muayenelerinin gerçekleştirilmesi,
16. Rehabilitasyon (işe tekrar dönüş değerlendirmeleri),
17. Sağlık kontrollerinden, kayıtlardan ve çalışma verilerinden sağlık personelinin, idarenin, işverenin ve sendikaların haberdar edilmesi,
18. Sağlık personelinin sağlığıyla alakalı tutulan kayıtların (meslek hastalıkları, iş kazaları vb.) sağlık personelinin görebileceği yerlere asılmasıdır (Özkan ve Emiroğlu, 2006:46). Ve bu tutulan kayıtlar ışığında sağlık personelinin de hizmetten yararlanması sağlanmalıdır.

2.7.2 Hastane Ortamına ve Üretim Sürecine Yönelik Hizmetler

1. Yenilenecek veya tadilatı yapılacak sağlık kuruluşu inşaatında komitenin bulunması,
2. İş ortamının ve farklı her meslek dalının üretim aşamalarının belirlenmesi,
3. Farklı her meslek alanının çalışma akışı şablonlarının oluşturulması, çalışma akışı değişime uğradıkça bu şablonların yenilenmesi,
4. İş ortamına ve imalat aşamalarına dair emniyet, sağlık tehlike ve risklerin saptanması ve takibe alınması,
5. Çalışma riskleri için tolerans tanınan maruziyet seviyesinin belirlenmesi,
6. Maruz kalmayla alakalı olarak işlemlerin ve olayların açıklanması maruziyet miktarının saptanması ve maruziyet ertesi tetkiklerin uygulanması,
7. İş ortamına ve imalat aşamalarına bağlı riskli durumların denetlenmesi ve kontrol altına alınması (örneğin, iğne kapaklarının tekrar kapatılmasının ve ağız pipetlerin kullanımının yasaklanması)
8. Risk ve tehlikelere karşı alınan tedbirlerin verimliliğinin takip edilmesidir (Özkan ve Emiroğlu, 2006:46). Aynı zamanda da tedbirlerdeki yeterlilik düzeyi kontrol edilmelidir.

2.7.3 Diğer Hizmetler

1. Sağlık kuruluşu emniyet ve sağlık prosedürlerinin, protokollerinin ve yaptırımlarının belirlenmesi,
2. Emniyet ve sağlık kayıt sisteminin meydana getirilmesi,

3. Çalışma kazaları, mesleki rahatsızlıklar, uluslararası tedbirlere uyma gibi konularda çalışmalar yapılması,
4. Sağlık kuruluşunun farklı servisleriyle koordine çalışmasının sağlanması,
5. Etik kurallara ve yasalara uyum sağlanması (izlemler ve araştırmalar yapılmadan önce sağlık personelinin yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmesi ve kabullerinin alınması),
6. Acil koşullara karşı önceden hazırlık önlemlerinin alınması ve sağlık personelinin periyodik olarak acil olaylara dair tatbikat yapmaları,
7. Oluşturulan programın değerlendirilmesi ve araştırılması: Emniyet ve sağlık programını araştırma ve değerlendirme sonuçlarına, iş koşulları ve çalışma değerlendirmelerinden, risklere karşı tedbir alma ve denetim uygulamalarından, eğitim ve tutulan kayıtları vasıtasıyla ulaşılmalıdır.
8. Sağlık kuruluşu yönetimi ve alakalı bütün kurumların hizmetlerinin iyileştirilmesinin gerçekleştirilmesidir (Özkan ve Emiroğlu, 2006:47).

2.7.4 Hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinde işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda belirtildiği üzere iş yeri hemşiresi, 25.2.1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa göre hemşirelik mesleğini icra etmeye yetkili, iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hemşireliği belgesine sahip hemşire/sağlık memuru olarak tanımlanmıştır. 16.12.2003 tarihli İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik 7'inci maddesinde "sağlık biriminde; en az bir işyeri hekimi ile birlikte en az bir işyeri hemşiresi veya sağlık memuru görevlendirilmesi zorunludur." hükmü yer almaktadır (Bayılmış, 2013: 29).

Çalışan sağlığı ve çalışma emniyeti hizmetleri; doktor, hemşire, psikolog, fizyoterapist, iş hijyenisti, mühendis, mimar, tasarımcı gibi kapsamlı bir ekip çalışmasından meydana gelmektedir. Çalışan sağlığı ve çalışma emniyeti hemşiresini Amerikan Mesleki Sağlık Hemşire Birliği (The American Association of Occupational Health Nurse); personellerin sağlıklarının iyileştirilmesi, koruma altına alınması, geliştirilmesi yanı sıra emniyetli ve sağlıklı iş koşullarının sağlanmasında bağımsız hemşirelik tanıları akabinde karar verebilen sağlık çalışanı olarak

açıklanmıştır. Esas görevi personel sağlığını iyileştirmek, çalışma kazalarını ve hastalıkları engellemektir. Bu seviyedeki hemşire, sanayi sektöründe olduğu kadar eğitim kuruluşları, sağlık kuruluşu gibi personellerin var olduğu her türlü kurumda sorumluluk sahibidir (Emiroğlu, 1990; Özkan ve Emiroğlu, 2006:47).

Çalışma emniyeti ve sağlığı konusundaki esas unsurlardan birini de kurum hemşiresi oluşturmaktadır. Kurum hemşiresi, çalışma emniyeti ve sağlığı komitesinin önemli unsurlarından bir tanesidir (Akın, 2005:1-60).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ İŞVEREN TUTUM VE DAVRANIŞ VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ

İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması konusunda temel unsur insan ve onun tutum, davranışlarıdır. İşveren iş ortamında çalışanların sağlığından ve güvenliğinden sorumlu bireydir. Bu görevini şartlar ne olursa olsun yerine getirmekle yükümlüdür. Sağlık ve güvenliğin sağlanması konusunda dışarıdan hizmet alımı gerçekleştirmiş olsa dahi; yine bu konudan sorumlu olan kişi işverendir.

Bu konuda yasalar çerçevesinde işverenin göstermesi gereken tutum ve davranışlar ele alınmıştır.

İşveren kendisine iş sağlığı ve güvenliği konusunda bazı hedefler koymalıdır. Bunlara bakacak olursak;

1. Risklerin önlenmesi,
2. İş yeri risk değerlendirmesinin mutlaka yapılması,
3. Risklere yol açan sebepler ile mücadele edilmesi,
4. İşin kişilere uygunluğu, akışı, monotonluğu, iş yerinde tasarım ve yeniliklerin oluşmasında işçi fikirlerine başvurulması, sağlığa uygun olmayan çalışmaların olumsuz etkilerinin azaltılması,
5. Teknolojik gelişmelere uyulması,
6. Tehlikeli olanların, tehlikeli olmayan ya da daha az tehlikeli olan ile değiştirilmesi,
7. Teknoloji, iş ortamı, çalışma şartları, kişisel ilişkileri getirdiği olumsuz davranışların önlenmesi ya da azaltılmaya çalışılması,
8. Kişisel koruma yerine işçileri toplu koruma önlemlerine öncelik verilmesi,
9. Kişiyeye uygun talimatların verilmesi olarak bu hedeflere bakabiliriz (Orhan, 2007: 88).

3.1 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Her Türlü Önlemi Sağlama Yükümlülüğü

4857 sayılı İş Kanunu'nun 77. maddesi "işverenler işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli her türlü önlemi almak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmak, işçiler de iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdürler." demektedir.

İşveren teknoloji ile yeniliklere uymanın yanında getirdiği tehlikelerin risk analizini yapmak zorunda ve koruyucu önlemleri almak zorundadır. Bu konu 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 4857 sayılı İş Kanunu'nda açıkça belirtilmiştir.

3.2 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Kurallarına Uyulup Uyulmadığını Denetleme Yükümlülüğü

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 4'üncü Maddesinde belirtildiği üzere işveren iş sağlığı ve güvenliği kurallarına uyulup uyulmadığını denetleme ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlamak ile yükümlüdür.

4857 sayılı İş Kanunu'nun 25/II-ı bendi, işverene, işçinin işin güvenliğini tehlikeye düşürmesi nedeniyle iş sözleşmesini feshetme yetkisi vermektedir.

İşveren görev yetki ve sorumlulukları yanında bulundurduğu yükümlülükleri arasında önemli noktalardan birisidir. İşçilere koruyucu malzeme temin etmek, kullanımı konusunda eğitim vermek ve bilgilendirmek işverenin en önemli görevidir. Bunun denetiminin sağlanması da önemli tutum ve davranışlar arasında bulunmaktadır.

3.3 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda İşçileri Bilgilendirme ve Eğitim Yükümlülüğü

07.04.2004 Tarih ve 25426 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 4'üncü maddesinde "işverenler, işyerlerinde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının tesis edilmesi için gerekli önlemleri almakla yükümlüdürler. Bu amaçla, işverenler, çalışanları, yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek, onların karşı karşıya oldukları mesleki riskler ve bunlarla ilgili

alınması gerekli tedbirler konusunda işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği eğitim programlarını hazırlamak, eğitimlerin düzenlenmesini, çalışanların bu programlara katılmasını sağlamak ve verilecek eğitim için uygun yer, araç ve gereç temin etmekle yükümlüdürler.

İşverenler, çalışanlarına, iş sözleşmesinin türüne bakılmadan gerekli eğitimi vermekle yükümlü olduğu düşünülmektedir.

İşçinin ilk defa çalışacağı bir işin risk ve tehlikelerini bilmesi mümkün değildir. İşveren; işçinin işe alışabilmesi için oryantasyon eğitimi vermesi önemli bir noktadır. Eğitime belirli aralıklar ile alınması ise iş sağlığı ve güvenliği açısından koruyucu önlemler arasında en başta gelen noktadır. Eğitimin katılan işçilerin eğitim ve kültür düzeylerine göre anlatılması gereklidir. Koruyucu kullanımı, iş yerinde bulunan tanımlayıcı levhaların anlatılması, kullanılacak tüm materyallerin kullanım talimatlarının anlatılması işverenin düzenlediği aralıklı eğitimler ile mümkündür.

3.4 İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Konularında İşçilerin Görüşlerini Alma ve Katılımlarını Sağlama Yükümlülüğü

07.04.2007 Tarih ve 25426 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik’te işyerlerinde oluşturulması gereken iş sağlığı ve güvenliği kurulunda, işyerinde görevli formen, ustabaşı veya usta, açık oyla seçilecek işçi temsilcisi ve sağlık ve güvenlik işçi temsilcisinin bulunmasını zorunlu hale getirmiştir (Orhan, 2007: 92).

İşçilerin iş sağlığı ve güvenliği konusunda görüşlerine başvurulması iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesinde önemli bir noktadır. İşçilerin benimsediklerini anlamaları koruyucu kullanım oranını artıracakları düşünülmektedir. Aynı zamanda işverenin bilmediği tehlikelerde gözden kaçmamış, risk oluşturmamış olacağı düşünülmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

4.1 Araştırma Yöntemi

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmanın veri toplama araçları ve verilerin analizi incelenmiştir.

4.1.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma tanımlayıcı araştırma modeli ile yapılmıştır. Tanımlayıcı araştırma, bir problemle ilgili durumları, geçmiş veya mevcut olayları, kavramları, ilişkileri açıklamaya çalışan bir araştırma modelidir. Buna bağlı olarak çalışmada ele alınan hastanenin çalışan güvenliği ve sağlığı açısından mevcut olan durumları irdelenmeye çalışılmış; bununla birlikte hastanedeki çalışanların iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına tutulma durumları ve ilgili tutumları incelenmiştir.

4.1.2 Araştırmanın Kapsamı, Sınırlılıkları, Evren ve Örneklemi

Araştırmanın kamuda çalışan sağlık personeli ile sınırlı kalacağı ve kamu ile anlatılmak istenen ise Ankara İl Merkezinde faaliyet gösteren Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli yönetici ve çalışanlar oluşturmaktadır. Bu kurum dışında görev yapan sağlık personeli, bu araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırma evrenini ise araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, raporlu ve izinli olmayan, fiilen çalışan yönetici, hemşire ve sağlık teknisyenleri oluşturmaktadır. Bu amaçla 400 kişiye anket dağıtılmış, 310 anket toplanabilmiştir.

90 anketin geri dönüşü sağlanamamıştır. Araştırma 310 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

4.1.3 Araştırmanın Varsayımları

Hipotez 1 : Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği algıları cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 2 : Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği algıları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 3 : Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği algıları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 4 : Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği algıları toplam mesleki deneyimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 5 : Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği algıları kurumdaki mesleki deneyimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

4.1.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, hastane yöneticileri ve hastane çalışanlarına hazırlanmış, güvenilirliği ve geçerliliği Akkaya (2007) tarafından hazırlanmış iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili değerlendirme ve tutuma yönelik anket formu mevcuttur.

Birinci anket formu araştırmanın yapıldığı hastanenin iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına sahip olma düzeyini belirlemeye yönelik maddeler içermektedir. İkinci anket formu ise hastane çalışanların kurumlarında iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumlarına yönelik sorular ve konu ile ilgili tutumlarını belirlenmesi için çeşitli ifadeler içermektedir. Birinci anket eki hastanede ilgili yönetici tarafından (başhekim ya da başhemşire); ikinci ek ise hastanedeki hemşire ve teknisyenler tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın ilk ekini toplam 18 sorudan oluşan bir ölçek içermektedir. Ölçekte yer alan tüm sorular evet/ hayır soru tipindedir. Anketin B ekinin ikinci

bölümünde bulunan ölçek çalışanların hastanelerinde çalışan güvenliği kapsamında iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumlarıyla ilişkili sorular ve bu konu ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik ifadeler içermektedir. Seçenekleri 5’li Likert ölçeğinde düzenlenmiş: “her zaman”, “genellikle”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” şeklinde olan değerlendirmeler yer almaktadır. Her zaman seçeneğine 5, hiçbir zaman seçeneğine 1 puan verilerek hesaplanmıştır.

4.1.5 Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (Oneway) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.2 Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Hastane Yöneticilerinin Hastanemizdeki İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Hakkında Bilgi Toplamaya Yönelik Çeşitli Sorulara Göre Dağılımı

Tablo 4.1: Hastane yöneticilerinin hastanemizdeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları hakkında bilgi toplamaya yönelik çeşitli sorulara göre dağılımı.

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çalışanları Her Yıl Düzenli Sağlık Kontrolünden Geçirme	Evet	31	96,9
	Hayır	1	3,1
	Toplam	32	100,0
İş Güvenliği Komitesi Kararlarını Çalışanlarla Paylaşma	Evet	30	93,8
	Hayır	2	6,2
	Toplam	32	100,0
İş Kazası İçin Kaza Bildirim Formu Kullanma	Evet	30	93,8
	Hayır	2	6,2
	Toplam	32	100,0
İşe Girişte Koruyucu Aşı Yapma	Evet	31	96,9
	Hayır	1	3,1
	Toplam	32	100,0
Meslek Hastalıkları İçin Gerekli Malzemeleri Verme	Evet	31	96,9
	Hayır	1	3,1
	Toplam	32	100,0
Meslek Hastalıklarını Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına Bildirme	Evet	31	96,9
	Hayır	1	3,1
	Toplam	32	100,0
Radyasyon İzni Kullandırma	Evet	31	96,9
	Hayır	1	3,1
	Toplam	32	100,0
Radyasyon Raporu Sonuçlarını Çalışanlarla Paylaşma	Evet	30	93,8
	Hayır	2	6,2
	Toplam	32	100,0
Revir/ İşyeri Hekimi Bulundurma	Evet	30	93,8
	Hayır	2	6,2
	Toplam	32	100,0

Hastane yöneticilerinin “Çalışanları her yıl düzenli sağlık kontrolünden geçirme” sorusuna 31’inin (%96,9) evet, 1’inin (%3,1) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “İş güvenliği komitesi kararlarını çalışanlarla paylaşma” sorusuna 30’unun (%93,8) evet, 2’sinin (%6,2) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “İş kazası için kaza bildirim formu kullanma” sorusuna 30’unun (%93,8) evet, 2’sinin (%6,2) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “İşe girişte koruyucu aşı yapma” sorusuna 31’inin (%96,9) evet, 1’inin (%3,1) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “Meslek hastalıkları için gerekli malzemeleri verme” sorusuna 31’inin (%96,9) evet, 1’inin (%3,1) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “Meslek hastalıklarını çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığına bildirme” sorusuna 31’inin (%96,9) evet, 1’inin (%3,1) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “Radyasyon izni kullandırma” sorusuna 31’inin (%96,9) evet, 1’inin (%3,1) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “Radyasyon raporu sonuçlarını çalışanlarla paylaşma” sorusuna 30’unun (%93,8) evet, 2’sinin (%6,2) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin “Revir/ işyeri hekimi bulundurma” sorusuna 30’unun (%93,8) evet, 2’sinin (%6,2) hayır olarak cevap verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin “Dozimetreleri atom enerji merkezine gönderme”, “İşçi sağlığı ve güvenliği komitesine sahip olma”, “İşe yeni başlayanlara oryantasyon eğitimi verme”, “Kimyasal/ radyolojik ajanlara karşı süt/yoğurt verme”, “Koruyucu malzeme kullanımını zorunlu tutma”, “Lateks alerjisine karşı gerekli malzemeleri verme” ve “Radyasyon güvenliği komitesine sahip olma” sorularına tamamının 32’sinin (%100,0) evet cevabını verdiği görülmektedir.

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hastane çalışanlarından ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 4.2: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının demografik özelliklerine göre dağılımı.

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Erkek	101	32,6
	Kadın	209	67,4
	Toplam	310	100,0
Yaş	18-25Yaş	96	31,0
	26-35Yaş	161	51,9
	35YaşVeüzeri	53	17,1
	Toplam	310	100,0

Tablo 4.3 (Devam): Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının demografik özelliklerine göre dağılımı.

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Eğitim Durumu	Lise (Egt 1)	54	17,4
	Ön lisans(Egt 2)	42	13,5
	Lisans (Egt 3)	172	55,5
	Yüksek lisans (Egt 4)	42	13,5
	Toplam	310	100,0
Görev	Teknisyen	47	15,2
	Hemşire	263	84,8
	Toplam	310	100,0
Çalışma Türü	Gündüz	48	15,5
	Vardiya	262	84,5
	Toplam	310	100,0
Kıdemi	1YıldanAz	72	23,2
	1-5YılArası	160	51,6
	5-10YılArası	58	18,7
	10YılVeüzeri	20	6,5
	Toplam	310	100,0
Mesleki Deneyimi	1YıldanAz	72	23,2
	1-5YılArası	159	51,3
	5-10YılArası	59	19,0
	10YılVeüzeri	20	6,5
	Toplam	310	100,0
Çalıştığı Hastanede İş Kazası Geçirme Durumu	Hayır	173	55,8
	Evet	137	44,2
	Toplam	310	100,0
İş Kazası Geçirdikten Sonra Rapor Alma Durumu	Hayır	274	88,4
	Evet	36	11,6
Çalıştığı Hastanede Meslek Hastalığına Yakalanma Durumu	Hayır	108	34,8
	Evet	202	65,2
	Toplam	310	100,0
Yakalandığı Meslek Hastalığı	Bel Ağrısı	84	41,6
	Varis	78	38,6
	Stres	40	19,8
	Toplam	202	100,0

Hastane çalışanlarını cinsiyet değişkenine göre 101'i (%32,6) erkek, 209'u (%67,4) kadın olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanları yaş değişkenine göre 96'sı (%31) 18-25 yaş, 161'i (%51,9) 26-35 yaş, 53'ü (%17,1) 35 yaş ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanları eğitim durumu değişkenine göre 54'ü (%17,4) lise (EGT1), 42'si (%13,5) ön lisans (EGT2), 172'si (%55,5) lisans (EGT3), 42'si (%13,5) yüksek lisans (EGT4) olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanları görev değişkenine göre 47'si (%15,2) teknisyen, 263'ü (%84,8) olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanlarının çalışma türü değişkenine göre 48'i (%15,5) gündüz, 262'si (%84,5) olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanları kıdemi değişkenine göre 72'si (%23,2) 1 yıldan az, 160'ı (% 51,6) 1-5 yıl arası, 58'i (%18,7) 5-10 yıl arası, 20'si (%6,5) 10 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanlarının mesleki deneyim değişkenine göre 72'si (%23,1) 1 yıldan az, 159'u (%51,3) 1-5 yıl arası, 59'u (%19) 5-10 yıl arası, 20'si (%6,5) 10 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanlarının çalıştığı hastanedeki iş kazası geçirme durumu değişkenine göre 173'ü (%55,8) hayır, 137'si (%44,2) evet olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanları iş kazası geçirdikten sonra rapor alma durumu değişkenine göre 274'ü (%88,4) hayır, 36'sı (%11,6) evet olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanları çalıştığı hastanede meslek hastalığına yakalanma durumu değişkenine göre 108'i (%34,8) hayır, 202'si (%65,2) evet olarak dağılmaktadır.

Hastane çalışanları yakalandığı meslek hastalığı değişkenine göre 84'ü (%41,6) bel ağrısı, 78'i (%38,6) varis, 40'ı (%19,8) stres olarak dağılmaktadır.

Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Tablo 4.4:Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin ortalamaları.

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Hastanesinde Anestezi Gazlarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	310	3,220	1,542	1,000	5,000
Hastanesinde Dezenfektanlara Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	310	1,560	1,012	1,000	5,000
Hastanesinde Elektrik Çarpmasına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	310	3,250	1,095	1,000	5,000
Hastanesinde Etilen Okside Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	310	3,450	1,189	1,000	5,000
Hastanesinde Formaldehite Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	310	3,210	1,338	1,000	5,000
Hastanesinde Kaygan Zeminde Düşme Riskinin Olma Düzeyi	310	1,710	0,866	1,000	4,000
Hastanesinde Kaza İle Eline İğne Batması Riskinin Olma Düzeyi	310	1,500	0,799	1,000	4,000
Hastanesinde Kesici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	310	1,420	0,745	1,000	4,000
Hastanesinde Radyasyona Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	310	1,650	0,962	1,000	5,000

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kazası risklerinin olma düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde, “hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ” ortalamasının orta ($3,220 \pm 1,542$); “hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyi” ortalamasının çok zayıf ($1,560 \pm 1,012$); “hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyi” ortalamasının orta ($3,250 \pm 1,095$); “hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi” ortalamasının yüksek ($3,450 \pm 1,189$); “hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyi” ortalamasının orta ($3,210 \pm 1,338$); “hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi” ortalamasının çok zayıf ($1,710 \pm 0,866$); “hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi” ortalamasının çok zayıf ($1,500 \pm 0,799$); “hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi” ortalamasının çok zayıf ($1,420 \pm 0,745$); “hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi” ortalamasının çok zayıf ($1,650 \pm 0,962$) düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin ortalamaları.

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Acemilik Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	310	2,400	1,202	1,000	5,000
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Dikkatsizlik Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	310	1,920	0,938	1,000	4,000
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Koruyucu Kullanmama Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	310	1,880	0,995	1,000	4,000
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Stres Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	310	1,500	0,799	1,000	5,000
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Uzun Çalışma Saatleri Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	310	1,250	0,435	1,000	2,000
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Yoğun İş Temposu Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	310	1,210	0,410	1,000	2,000

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin ortalamaları incelendiğinde, “hastanesinde yaşanan iş kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ” ortalamasının zayıf ($2,400 \pm 1,202$); “hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme

düzeği” ortalamasının zayıf ($1,920 \pm 0,938$); “hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeği” ortalamasının zayıf ($1,880 \pm 0,995$); “hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeği” ortalamasının çok zayıf ($1,500 \pm 0,799$); “hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeği” ortalamasının çok zayıf ($1,250 \pm 0,435$); “hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeği” ortalamasının çok zayıf ($1,210 \pm 0,410$) düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığı ortalamaları.

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
İşinde Koruyucu Eldiven Kullanma Sıklığı	310	1,210	0,569	1,000	4,000
İşinde Koruyucu Gözlük Kullanma Sıklığı	310	2,520	1,069	1,000	5,000
İşinde Koruyucu Gömlek Kullanma Sıklığı	310	2,180	1,035	1,000	5,000
İşinde Koruyucu Maske Kullanma Sıklığı	310	1,890	0,976	1,000	4,000

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığı ortalamaları incelendiğinde, “işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı” ortalamasının çok zayıf ($1,210 \pm 0,569$); “işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı” ortalamasının zayıf ($2,520 \pm 1,069$); “işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı” ortalamasının zayıf ($2,180 \pm 1,035$); “işinde koruyucu maske kullanma sıklığı” ortalamasının zayıf ($1,890 \pm 0,976$) düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların ortalaması.

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Koruyucu Kullanmanın İşini Yapmasına Engel Olma Durumu	310	3,340	1,360	1,000	5,000
Koruyucu Kullanmayı Gereklili Gormeme Durumu	310	4,150	1,120	1,000	5,000
Koruyucu Kullanmaktan Hoşlanmama Durumu	310	3,980	1,013	1,000	5,000

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların ortalaması incelendiğinde, “koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu” ortalamasının orta ($3,340 \pm 1,360$); “koruyucu kullanmayı gerekli görmeme durumu” ortalamasının yüksek ($4,150 \pm 1,120$); “koruyucu kullanmaktan hoşlanmama durumu” ortalamasının yüksek ($3,980 \pm 1,013$) düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin eğitim durumuna göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Hastanesinde Anestezi Gazlarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	3,330	1,505	0,665	0,574	
	Egt2	42	3,290	1,771			
	Egt3	172	3,110	1,527			
	Egt4	42	3,430	1,417			
Hastanesinde Dezenfektanlara Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	2,000	1,427	4,925	0,002	1>2 1>3 1>4
	Egt2	42	1,430	0,737			
	Egt3	172	1,520	0,939			
	Egt4	42	1,290	0,708			
Hastanesinde Elektrik Çarpmasına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	3,330	1,166	1,927	0,125	
	Egt2	42	3,290	1,043			
	Egt3	172	3,140	1,050			
	Egt4	42	3,570	1,192			
Hastanesinde Etilen Okside Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	3,110	1,383	8,197	0,000	4>1 4>3
	Egt2	42	3,710	1,043			
	Egt3	172	3,310	1,187			
	Egt4	42	4,140	0,647			
Hastanesinde Formaldehite Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	3,110	1,383	2,625	0,051	
	Egt2	42	2,710	1,402			
	Egt3	172	3,340	1,299			
	Egt4	42	3,290	1,293			
Hastanesinde Kaygan Zeminde Düşme Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	1,890	1,003	2,739	0,044	1>4
	Egt2	42	1,860	0,843			
	Egt3	172	1,690	0,841			
	Egt4	42	1,430	0,737			
Hastanesinde Kaza İle Eline İğne Batması Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	2,000	1,166	19,664	0,000	1>3 2>3 1>4 2>4 3>4
	Egt2	42	1,860	0,843			
	Egt3	172	1,380	0,614			
	Egt4	42	1,000	0,000			
Hastanesinde Kesici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	1,670	0,952	7,437	0,000	1>4 2>4 3>4
	Egt2	42	1,570	1,063			
	Egt3	172	1,410	0,620			
	Egt4	42	1,000	0,000			
Hastanesinde Radyasyona Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Egt1	54	1,890	1,003	9,664	0,000	2>3 1>4 2>4 3>4
	Egt2	42	2,140	1,138			
	Egt3	172	1,590	0,936			
	Egt4	42	1,140	0,354			

Araştırmaya katılan çalışanların hastanesinde dezenfektana maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamaların eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,925;p=0,002<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektana maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,000\pm 1,427$), EGT2 olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektana maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,430\pm 0,737$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektana maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,000\pm 1,427$), eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektana maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,520\pm 0,939$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektana maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,000\pm 1,427$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektana maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,290\pm 0,708$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamaların eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=8,197;p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi ($4,140\pm 0,647$), eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($3,110\pm 1,383$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT4 hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi ($4,140\pm 0,647$), eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($3,310\pm 1,187$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi ortalamaların eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmuştur ($F=2,739;p=0,044<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu GT1olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi ($1,890\pm 1,003$), Eğitim durumu GT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyinden ($1,430\pm 0,737$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi ortalamaların eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=19,664;p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT 1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyi ($2,000\pm 1,166$), eğitim durumu EGT 3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyinden ($1,380\pm 0,614$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT 2 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyi ($1,860\pm 0,843$), eğitim durumu EGT 3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyinden ($1,380\pm 0,614$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT 1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyi ($2,000\pm 1,166$), eğitim durumu EGT 4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyinden ($1,000\pm 0,000$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyi ($1,860\pm 0,843$), eğitim durumu EGT 4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyinden ($1,000\pm 0,000$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyi ($1,380\pm 0,614$), eğitim durumu EGT 4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batma düzeyinden ($1,000\pm 0,000$) yüksek bulunmuştur

Araştırmaya katılan çalışanların hastanesinde kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamaların eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,437;p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma

riskinin olma düzeyi ($1,670 \pm 0,952$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,570 \pm 1,063$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,410 \pm 0,620$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamaların eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,664; p=0,000 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,140 \pm 1,138$), eğitim durumu EGT 3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma düzeyinden ($1,590 \pm 0,936$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,890 \pm 1,003$), eğitim durumu EGT 4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma düzeyinden ($1,140 \pm 0,354$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,140 \pm 1,138$), eğitim durumu EGT 4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma düzeyinden ($1,140 \pm 0,354$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,590 \pm 0,936$), eğitim durumu EGT 4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma düzeyinden ($1,140 \pm 0,354$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi, elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyi, hastanesinde formaldehite maruz kalma riski olma düzeyi ortalamaların

eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin çalışma türüne göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Hastanesinde Anestezi Gazlarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	2,250	1,657	-4,895	0,000
	Vardiya	262	3,390	1,455		
Hastanesinde Dezenfektanlara Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	1,500	0,875	-0,456	0,649
	Vardiya	262	1,570	1,036		
Hastanesinde Elektrik arpmasına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	3,620	1,231	2,594	0,010
	Vardiya	262	3,180	1,056		
Hastanesinde Etilen Okside Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	3,120	1,709	-2,040	0,144
	Vardiya	262	3,500	1,060		
Hastanesinde Formaldehite Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	2,620	1,671	-3,329	0,009
	Vardiya	262	3,310	1,242		
Hastanesinde Kaygan Zeminde Düşme Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	1,880	0,937	1,441	0,182
	Vardiya	262	1,680	0,851		
Hastanesinde Kaza İle Eline İğne Batması Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	1,620	1,123	1,179	0,383
	Vardiya	262	1,480	0,725		
Hastanesinde Kesici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	1,500	1,011	0,782	0,549
	Vardiya	262	1,410	0,687		
Hastanesinde Radyasyona Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	Gündüz	48	1,380	1,003	-2,205	0,028
	Vardiya	262	1,710	0,948		

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-4.895$; $p=0.000<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($x=3,390$), çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($x=2,250$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur

($t=2.594$; $p=0.010<0,05$). Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($x=3,620$), Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($x=3,180$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-3.329$; $p=0.009<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyi ($x=3,310$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($x=2,620$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2.205$; $p=0.028<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ($x=1,710$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($x=1,380$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyi, hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi, hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi, hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi, hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde mevcut olan iş kaza risklerinin olma düzeylerinin mesleki deneyimine göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Hastanesinde Anestezi Gazlarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	4,000	1,424	14,271	0,000	1 > 2 3 > 2 4 > 2
	1-5 Yıl Arası	159	2,730	1,408			
	5-10 Yıl Arası	59	3,370	1,639			
	10 Yıl Ve üzeri	20	3,800	1,281			
Hastanesinde Dezenfektanlara Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	2,170	1,289	15,193	0,000	1 > 2 1 > 3 2 > 3 1 > 4
	1-5 Yıl Arası	159	1,490	0,967			
	5-10 Yıl Arası	59	1,100	0,305			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,300	0,470			
Hastanesinde Elektrik Çarpmasına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	3,750	0,835	9,226	0,000	1 > 2 1 > 3
	1-5 Yıl Arası	159	3,110	1,091			
	5-10 Yıl Arası	59	2,900	1,125			
	10 Yıl Ve üzeri	20	3,600	1,231			
Hastanesinde Etilen Okside Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	3,920	0,868	7,108	0,000	1 > 2 1 > 4
	1-5 Yıl Arası	159	3,230	1,254			
	5-10 Yıl Arası	59	3,590	1,100			
	10 Yıl Ve üzeri	20	3,000	1,376			
Hastanesinde Formaldehite Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	3,920	0,868	11,412	0,000	1 > 2 1 > 3
	1-5 Yıl Arası	159	2,960	1,420			
	5-10 Yıl Arası	59	2,880	1,288			
	10 Yıl Ve üzeri	20	3,600	1,231			
Hastanesinde Kaygan Zeminde Düşme Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	2,330	1,035	22,191	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4
	1-5 Yıl Arası	159	1,620	0,777			
	5-10 Yıl Arası	59	1,320	0,507			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,300	0,470			
Hastanesinde Kaza İle Eline İğne Batması Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	1,750	0,727	9,982	0,000	1 > 3 2 > 3 1 > 4 2 > 4
	1-5 Yıl Arası	159	1,580	0,903			
	5-10 Yıl Arası	59	1,150	0,485			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,000	0,000			
Hastanesinde Kesici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	1,830	0,904	15,358	0,000	1 > 2 1 > 3 2 > 3 1 > 4
	1-5 Yıl Arası	159	1,420	0,740			
	5-10 Yıl Arası	59	1,080	0,281			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,000	0,000			
Hastanesinde Radyasyona Maruz Kalma Riskinin Olma Düzeyi	1 Yıldan Az	72	1,830	1,151	2,166	0,092	
	1-5 Yıl Arası	159	1,560	0,792			
	5-10 Yıl Arası	59	1,780	1,190			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,400	0,503			

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=14,271$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($4,000 \pm 1,424$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($2,730 \pm 1,408$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,370 \pm 1,639$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($2,730 \pm 1,408$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,800 \pm 1,281$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde anestezi gazlarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($2,730 \pm 1,408$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=15,193$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,170 \pm 1,289$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,490 \pm 0,967$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,170 \pm 1,289$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,100 \pm 0,305$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,490 \pm 0,967$), mesleki

deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,100 \pm 0,305$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyi ($2,170 \pm 1,289$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde dezenfektanlara maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,300 \pm 0,470$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,226$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,750 \pm 0,835$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($3,110 \pm 1,091$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,750 \pm 0,835$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($2,900 \pm 1,125$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,108$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,920 \pm 0,868$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($3,230 \pm 1,254$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,920 \pm 0,868$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde

etilen okside maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($3,000 \pm 1,376$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=11,412$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,920 \pm 0,868$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($2,960 \pm 1,420$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyi ($3,920 \pm 0,868$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde formaldehite maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($2,880 \pm 1,288$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=22,191$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi ($2,330 \pm 1,035$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyinden ($1,620 \pm 0,777$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi ($2,330 \pm 1,035$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyinden ($1,320 \pm 0,507$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi ($2,330 \pm 1,035$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyinden ($1,300 \pm 0,470$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,982$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi ($1,750 \pm 0,727$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyinden ($1,150 \pm 0,485$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi ($1,580 \pm 0,903$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyinden ($1,150 \pm 0,485$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi ($1,750 \pm 0,727$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyinden ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyi ($1,580 \pm 0,903$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde kaza ile eline iğne batması riskinin olma düzeyinden ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=15,358$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,830 \pm 0,904$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,420 \pm 0,740$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,830 \pm 0,904$),

mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,080 \pm 0,281$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,420 \pm 0,740$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,080 \pm 0,281$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyi ($1,830 \pm 0,904$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riskinin olma düzeyinden ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde radyasyona maruz kalma riskinin olma düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya Katılan Hastane Çalışanlarının Hastanesinde Yaşadığı İş Kazası Nedenlerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları.

Tablo 4.10: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin eğitim durumuna göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Acemilik Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	Egt1	54	2,110	1,110	2,239	0,084	
	Egt2	42	2,710	1,293			
	Egt3	172	2,450	1,171			
	Egt4	42	2,290	1,293			
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Dikkatsizlik Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	Egt1	54	1,780	0,793	6,198	0,000	2>4 3>4
	Egt2	42	2,140	1,372			
	Egt3	172	2,030	0,851			
	Egt4	42	1,430	0,737			
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Koruyucu Kullanmama Neden ile Olduğunu Düşünme Düzeyi	Egt1	54	1,780	0,793	2,409	0,067	
	Egt2	42	1,860	1,138			
	Egt3	172	2,000	0,985			
	Egt4	42	1,570	1,063			
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Stres Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	Egt1	54	1,440	0,502	2,150	0,094	
	Egt2	42	1,290	0,708			
	Egt3	172	1,520	0,679			
	Egt4	42	1,710	1,402			

Tablo 4.10 (Devam): Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin eğitim durumuna göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Uzun Çalışma Saatleri Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	Egt1	54	1,330	0,476	1,626	0,183	
	Egt2	42	1,290	0,457			
	Egt3	172	1,240	0,431			
	Egt4	42	1,140	0,354			
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Yoğun İş Temposu Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	Egt1	54	1,330	0,476	6,387	0,000	1>4 3>4
	Egt2	42	1,140	0,354			
	Egt3	172	1,240	0,431			
	Egt4	42	1,000	0,000			

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,198$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,140 \pm 1,372$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,430 \pm 0,737$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,030 \pm 0,851$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,430 \pm 0,737$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,387$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,330 \pm 0,476$),

eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iř kazalarının yoğun iř temposu nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyinden (1,000 ± 0,000) yüksek bulunmuştur. Eđitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iř kazalarının yoğun iř temposu nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyi (1,240 ± 0,431), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iř kazalarının yoğun iř temposu nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyinden (1,000 ± 0,000) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iř kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyi, hastanesinde yaşanan iř kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyi, hastanesinde yaşanan iř kazalarının stres nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyi, hastanesinde yaşanan iř kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyi ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.11: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin çalışma türüne göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Hastanesinde Yařanan İř Kazalarının Acemilik Nedeni İle Olduęunu Dűřünme Dűzeyi	Gündüz	48	2,000	1,130	-2,550	0,011
	Vardiya	262	2,480	1,202		
Hastanesinde Yařanan İř Kazalarının Dikkatsizlik Nedeni ile Olduęunu Dűřünme Dűzeyi	Gündüz	48	1,750	0,838	-1,388	0,166
	Vardiya	262	1,950	0,954		
Hastanesinde Yařanan İř Kazalarının Koruyucu Kullanmama Nedeni ile Olduęunu Dűřünme Dűzeyi	Gündüz	48	1,880	1,282	-0,067	0,957
	Vardiya	262	1,890	0,936		
Hastanesinde Yařanan İř Kazalarının Stres Nedeni ile Olduęunu Dűřünme Dűzeyi	Gündüz	48	1,500	1,337	0,000	1,000
	Vardiya	262	1,500	0,659		
Hastanesinde Yařanan İř Kazalarının Uzun alıřma Saatleri Nedeni İle Olduęunu Dűřünme Dűzeyi	Gündüz	48	1,120	0,334	-2,209	0,009
	Vardiya	262	1,270	0,447		
Hastanesinde Yařanan İř Kazalarının Yoęun İř Temposu Nedeni İle Olduęunu Dűřünme Dűzeyi	Gündüz	48	1,000	0,000	-4,007	0,000
	Vardiya	262	1,250	0,435		

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iř kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu dűřünme düzeyi ortalamalarının çalışma türü

değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2.550$; $p=0.011<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($x=2,480$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($x=2,000$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2.209$; $p=0.009<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($x=1,270$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($x=1,120$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-4.007$; $p=0.000<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($x=1,250$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($x=1,000$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi, hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi, hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenlerinin mesleki deneyimine göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Acemilik Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	1 Yıldan Az	72	2,420	1,196	3,266	0,022
	1-5 Yıl Arası	159	2,570	1,172		
	5-10 Yıl Arası	59	2,020	1,106		
	10 Yıl Ve üzeri	20	2,200	1,508		
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Dikkatsizlik Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	1 Yıldan Az	72	2,330	1,113	7,124	0,000
	1-5 Yıl Arası	159	1,860	0,799		
	5-10 Yıl Arası	59	1,660	0,921		
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,700	0,923		
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Koruyucu Kullanmama Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	1 Yıldan Az	72	2,500	1,126	15,457	0,000
	1-5 Yıl Arası	159	1,790	0,917		
	5-10 Yıl Arası	59	1,460	0,678		
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,700	0,923		
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Stres Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	1 Yıldan Az	72	1,920	1,196	9,523	0,000
	1-5 Yıl Arası	159	1,410	0,565		
	5-10 Yıl Arası	59	1,310	0,650		
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,300	0,470		
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Uzun Çalışma Saatleri Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	1 Yıldan Az	72	1,500	0,504	12,860	0,000
	1-5 Yıl Arası	159	1,150	0,359		
	5-10 Yıl Arası	59	1,270	0,448		
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,100	0,308		
Hastanesinde Yaşanan İş Kazalarının Yoğun İş Temposu Nedeni İle Olduğunu Düşünme Düzeyi	1 Yıldan Az	72	1,330	0,475	4,318	0,005
	1-5 Yıl Arası	159	1,150	0,359		
	5-10 Yıl Arası	59	1,270	0,448		
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,100	0,308		

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=3,266; p=0,022<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi (2,570 ± 1,172), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının acemilik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden (2,020 ± 1,106) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,124$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,330 \pm 1,113$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,860 \pm 0,799$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,330 \pm 1,113$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,660 \pm 0,921$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,330 \pm 1,113$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının dikkatsizlik nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,700 \pm 0,923$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=15,457$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,500 \pm 1,126$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,790 \pm 0,917$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,500 \pm 1,126$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının

koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,460 \pm 0,678$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($2,500 \pm 1,126$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının koruyucu kullanmama nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,700 \pm 0,923$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,523$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,920 \pm 1,196$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,410 \pm 0,565$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,920 \pm 1,196$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,310 \pm 0,650$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,920 \pm 1,196$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının stres nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,300 \pm 0,470$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=12,860$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,500 \pm 0,504$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının

hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,150 \pm 0,359$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,500 \pm 0,504$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,270 \pm 0,448$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,500 \pm 0,504$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının uzun çalışma saatleri nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,100 \pm 0,308$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,318$; $p=0,005<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyi ($1,330 \pm 0,475$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşanan iş kazalarının yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünme düzeyinden ($1,150 \pm 0,359$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.13: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığının eğitim durumuna göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İşinde Koruyucu Eldiven Kullanma Sıklığı	Egt1	54	1,330	0,476	5,253	0,002	2>3 1>4 2>4
	Egt2	42	1,430	0,737			
	Egt3	172	1,170	0,596			
	Egt4	42	1,000	0,000			
İşinde Koruyucu Gözlük Kullanma Sıklığı	Egt1	54	2,560	1,076	0,295	0,829	
	Egt2	42	2,430	1,516			
	Egt3	172	2,560	0,860			
	Egt4	42	2,430	1,309			

Tablo 4.13 (Devam): Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığının eğitim durumuna göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İşinde Koruyucu Gömlek Kullanma Sıklığı	Egt1	54	2,110	0,744	2,343	0,073	
	Egt2	42	1,860	1,372			
	Egt3	172	2,220	0,927			
	Egt4	42	2,430	1,309			
İşinde Koruyucu Maske Kullanma Sıklığı	Egt1	54	2,000	0,824	4,461	0,004	1>2 3>2 4>2
	Egt2	42	1,430	0,737			
	Egt3	172	1,910	0,999			
	Egt4	42	2,140	1,138			

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5,253$; $p=0,002<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanları ($1,430 \pm 0,737$), eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanlarından ($1,170 \pm 0,596$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanları ($1,330 \pm 0,476$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanlarından ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanları ($1,430 \pm 0,737$), eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanlarından ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,461$; $p=0,004<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT1 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları ($2,000 \pm$

0,824), eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanlarından (1,430 ± 0,737) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları (1,910 ± 0,999), eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanlarından (1,430 ± 0,737) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları (2,140 ± 1,138), eğitim durumu EGT2 olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanlarından (1,430 ± 0,737) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı, işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığının çalışma türüne göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
İşinde Koruyucu Eldiven Kullanma Sıklığı	Gündüz	48	1,120	0,334	-1,165	0,090
	Vardiya	262	1,230	0,601		
İşinde Koruyucu Gözlük Kullanma Sıklığı	Gündüz	48	2,500	1,011	-0,159	0,874
	Vardiya	262	2,530	1,082		
İşinde Koruyucu Gömlek Kullanma Sıklığı	Gündüz	48	2,380	1,123	1,441	0,184
	Vardiya	262	2,140	1,017		
İşinde Koruyucu Maske Kullanma Sıklığı	Gündüz	48	2,380	1,123	3,825	0,001
	Vardiya	262	1,800	0,922		

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.825$; $p=0.001<0,05$). Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları ($x=2,380$), çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanlarından ($x=1,800$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı, işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı, işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanları ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuları kullanma sıklığının mesleki deneyimine göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İşinde Koruyucu Eldiven Kullanma Sıklığı	1 Yıldan Az	72	1,250	0,436	3,532	0,015	3>2 3>4
	1-5 Yıl Arası	159	1,160	0,457			
	5-10 Yıl Arası	59	1,390	0,929			
	10Yıl Ve üzeri	20	1,000	0,000			
İşinde Koruyucu Gözlük Kullanma Sıklığı	1 Yıldan Az	72	3,250	0,436	25,607	0,000	1>2 1>3 1>4 2>4 3>4
	1-5Yıl Arası	159	2,310	1,091			
	5-10 Yıl Arası	59	2,590	1,146			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,400	0,503			
İşinde Koruyucu Gömlek Kullanma Sıklığı	1 Yıldan Az	72	2,170	0,557	8,059	0,000	3>1 3>2 1>4 3>4
	1-5 Yıl Arası	159	2,090	1,127			
	5-10 Yıl Arası	59	2,660	1,139			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,500	0,688			
İşinde Koruyucu Maske Kullanma Sıklığı	1 Yıldan Az	72	2,000	0,712	3,167	0,025	1>4 3>4
	1-5 Yıl Arası	159	1,870	1,013			
	5-10 Yıl Arası	59	2,020	1,196			
	10 Yıl Ve üzeri	20	1,300	0,470			

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanları ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,532$; $p=0,015<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanları ($1,390 \pm 0,929$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanlarından ($1,160 \pm 0,457$) yüksek

bulunmuştur. Mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanları ($1,390 \pm 0,929$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu eldiven kullanma sıklığı puanlarından ($1,000 \pm 0,000$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanları ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=25,607$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanları ($3,250 \pm 0,436$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanlarından ($2,310 \pm 1,091$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanları ($3,250 \pm 0,436$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanlarından ($2,590 \pm 1,146$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanları ($3,250 \pm 0,436$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanlarından ($1,400 \pm 0,503$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanları ($2,310 \pm 1,091$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanlarından ($1,400 \pm 0,503$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanları ($2,590 \pm 1,146$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gözlük kullanma sıklığı puanlarından ($1,400 \pm 0,503$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanları ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=8,059$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 5-

10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanları ($2,660 \pm 1,139$), mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanlarından ($2,170 \pm 0,557$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanları ($2,660 \pm 1,139$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanlarından ($2,090 \pm 1,127$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanları ($2,170 \pm 0,557$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanlarından ($1,500 \pm 0,688$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanları ($2,660 \pm 1,139$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu gömlek kullanma sıklığı puanlarından ($1,500 \pm 0,688$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,167$; $p=0,025 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 1 yıldan az olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları ($2,000 \pm 0,712$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanlarından ($1,300 \pm 0,470$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanları ($2,020 \pm 1,196$), mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının işinde koruyucu maske kullanma sıklığı puanlarından ($1,300 \pm 0,470$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya Katılan Hastane Çalışanlarının Koruyucu Kullanımıyla İlgili Yer Alan İfadelere Verdiği Cevapların Demografik Özelliklere Göre Ortalamalar

Tablo 4.16: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların eğitim durumuna göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Koruyucu Kullanmanın İşini Yapmasına Engel Olma Durumu	Egt1	54	3,000	1,259	9,144	0,000	4>1 3>2 4>2
	Egt2	42	2,570	1,516			
	Egt3	172	3,510	1,254			
	Egt4	42	3,860	1,372			
Koruyucu Kullanmayı Gerekli Görmeme Durumu	Egt1	54	3,780	0,925	2,567	0,055	
	Egt2	42	4,290	0,891			
	Egt3	172	4,200	1,134			
	Egt4	42	4,290	1,402			
Koruyucu Kullanmaktan Hoşlanmama Durumu	Egt1	54	3,670	0,824	2,730	0,054	
	Egt2	42	4,140	0,843			
	Egt3	172	4,060	0,912			
	Egt4	42	3,860	1,571			

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,144$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ($3,860 \pm 1,372$), eğitim durumuegt1 olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanlarından ($3,000 \pm 1,259$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT3 olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ($3,510 \pm 1,254$), eğitim durumuegt2 olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanlarından ($2,570 \pm 1,516$) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu EGT4 olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ($3,860 \pm 1,372$), eğitim durumuegt2 olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanlarından ($2,570 \pm 1,516$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmayı gerekli görmeme durumu ve koruyucu kullanmaktan hoşlanmama durumu puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.17: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların çalışma türüne göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Koruyucu Kullanmanın İşini Yapmasına Engel Olma Durumu	Gündüz	48	2,880	1,552	-2,593	0,025
	Vardiya	262	3,420	1,307		
Koruyucu Kullanmayı Gerekli Görmeme Durumu	Gündüz	48	3,620	1,424	-3,611	0,005
	Vardiya	262	4,250	1,030		
Koruyucu Kullanmaktan Hoşlanmama Durumu	Gündüz	48	3,620	1,123	-2,648	0,019
	Vardiya	262	4,040	0,980		

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2.593$; $p=0.025<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ($x=3,420$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanlarından ($x=2,880$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmayı gerekli görmeme durumu puanları ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-3.611$; $p=0.005<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmayı gerekli görmeme durumu puanları ($x=4,250$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmayı gerekli görmeme durumu puanlarından ($x=3,620$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmaktan hoşlanmama durumu puanları ortalamalarının çalışma türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2.648$; $p=0.019<0,05$). Çalışma şekli vardiyalı olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmaktan hoşlanmama durumu puanları ($x=4,040$), Çalışma şekli gündüz olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmaktan hoşlanmama durumu puanlarından ($x=3,620$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.18: Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelerle ilgili cevapların mesleki deneyimine göre ortalamaları.

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Koruyucu Kullanmanın İşini Yapmasına Engel Olma Durumu	1 Yılden Az	72	3,330	1,322	3,016	0,030	4>2 4>3
	1-5 Yıl Arası	159	3,280	1,365			
	5-10 Yıl Arası	59	3,200	1,424			
	10 Yıl Ve üzeri	20	4,200	1,005			
Koruyucu Kullanmayı Gerekli Görmeme Durumu	1 Yılden Az	72	4,000	1,233	1,979	0,117	
	1-5 Yıl Arası	159	4,110	1,071			
	5-10 Yıl Arası	59	4,310	1,221			
	10 Yıl Ve üzeri	20	4,600	0,503			
Koruyucu Kullanmaktan Hoşlanmama Durumu	1 Yılden Az	72	3,920	0,868	1,070	0,362	
	1-5 Yıl Arası	159	3,920	0,981			
	5-10 Yıl Arası	59	4,140	1,238			
	10 Yıl Ve üzeri	20	4,200	1,005			

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,016$; $p=0,030<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini

yapmasına engel olma durumu puanları ($4,200 \pm 1,005$), mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanlarından ($3,280 \pm 1,365$) yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanları ($4,200 \pm 1,005$), mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmanın işini yapmasına engel olma durumu puanlarından ($3,200 \pm 1,424$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanmayı gerekli görmeme durumu, koruyucu kullanmaktan hoşlanmama durumu puanları ortalamalarının mesleki deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

İş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılan çalışmalarda Türkiye’de iş kazasına maruz kalanların sayısı Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamalarından yaklaşık olarak 5 kat fazla olduğu görülmektedir. 1980-1990 yılları arasında iş kazasına maruz kalan işçi sayısının çalışan işçi sayısına göre daha fazla olduğu görülmektedir. 2000’li yıllara gelindiğinde iş sağlığı ve güvenliği kavramının işverenler ve işçiler tarafından benimsenmesi, artan işçi sayısına rağmen iş kazasına maruz kalanların sayısında azalmayla sonuçlanmıştır.

Bu çalışmanın teorik kısmında iş sağlığı ve güvenliğinin dünyadaki ve Türkiye’deki boyutları ile ele alınmıştır. Sağlık kurumlarındaki çalışma koşulları, iş güvenliği açısından risk taşımaktadır. Bir başka deyişle iş kazasına maruz kalma riski yüksek iş kolları arasında sağlık sektörü de yer almaktadır. Bu nedenle iş kazalarının önlenmesi açısından önemini vurgulamış olduğumuz önleme ve koruma üzerinde durulmuştur. Yasal düzenlemelerle desteklenen iş sağlığı ve güvenliğinin daha olumlu sonuçlar vermekte olduğu düşünülmektedir.

Hastane yöneticilerinin hastane kapsamında çalışanların her yıl düzenli sağlık kontrolünden geçirilmesi sorusuna çoğunluk olarak evet demiş, kontrolden geçirildiklerini ifade etmişlerdir. İş güvenliği komitesi (çalışan güvenliği komitesi) kararlarını alırken çalışanlar ile görüşülerek fikirlerini beyan ettiklerini ifade etmişlerdir. Aynı süreçte iş kazası bildirim formu kullanıldığı görülmektedir. Yeni işe başlayan çalışanlar için koruyuculuk açısından hepatit-B aşısı kan değerlerine göre enfeksiyon kontrol komitesi tarafından uygulanmaktadır. İş kazası ve meslek hastalıklarından korumak amaçlı gerekli malzeme temini yapılmaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına gerekli bildirimler yapılmaktadır. Radyasyon içeren ortamlarda çalışanlar için şua izni belirli dönemlerde kullandırılmaktadır. Düzenli

olarak dozimetreler takip edilmekte atom enerji merkezine gönderilip, sonuçları bildirilmektedir. İş yeri hekimi bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine göre katılımın bayanlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Yaş değişkeninde ise en çok 26-35 yaş aralığındakiler çalışmaya destek vermişlerdir. Çalışmaya eğitim durumu açısından lisans mezunu olanların katılımı daha fazladır. Görev durumuna göre katılım oranı sırasıyla hemşireler, doktorlar, teknisyenler katılmışlardır. Çalışanların en fazla vardiyalı çalıştıkları görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanede çalışma süresine bakılacak olunursa en fazla 1-5 yıl arasında çalışanlar katılmışlardır. Meslekteki deneyim değişkenine göre yine 1-5 yıl arası olanlar daha fazla göze çarpmaktadırlar. Çalışmaya katılanların çoğu iş kazası geçirmemiş, fakat geçirenlerin sayısı %50'ye yakındır. İş kazası geçirenlerin çoğu rapor almamıştır. Hastanede çalışanların çoğu iş kazasına yakalanma risklerinin yüksek olduğu belirtilmiş ve en çok bel ağrısı, varis ve stresten muzdarip olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanede etilen oksite en fazla maruz kaldıkları görülmüştür. Sonra anestezi gazlarına, elektrik çarpmasına, formaldehite maruz kaldıkları görülmektedir. Dezenfektanlara maruz kalma, kaygan zeminde düşme riskinin olma düzeyi, kaza ile ele iğne batma riskinin olma düzeyi, kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalma riski, radyasyona maruz kalma riskinin çok düşük olduğu araştırma sonucunda görülmüştür.

Araştırmaya katılan çalışanların hastanesinde yaşadığı iş kazalarının stres, uzun çalışma saatleri ve yoğun iş ortamının neden olmadığı anket sonuçlarından anlaşılmaktadır. Az da olsa acemilik, dikkatsizlik ve koruyucu kullanmama iş kazalarına sebep olabilmektedir.

Çalışmaya katılan hastane çalışanlarının çoğu koruyucu eldiven, gözlük, gömlek ve maske kullanmadığı açıkça ortaya çıkmıştır.

Koruyucu kullanılmamasının nedeni olarak en fazla gerekli görmeme ve hoşlanmama karşımıza çıkmaktadır. Sonrasında ise koruyucu kullanımının işini engellediği düşüncesi yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının eğitim durumuna göre dezenfektana maruz kalma durumuna bakıldığında; eğitim durumu lise olan (Egt1) çalışanların, ön lisans (Egt2), lisans (Egt3), yüksek lisans (Egt4) olan çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha fazla dezenfektana maruz kaldığı görülmektedir. Aynı grup üzerinde

etilen okside maruz kalma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişkide en çok Egt4 grubunun maruz kaldığı, diğer grupların daha az etilen oksitle karşılaştıkları görülmektedir. Eğitim durumu ile kaygan zeminde düşme arasındaki ilişkiye bakılacak olunursa; Egt1 grubunun diğer gruplara oranla daha fazla kaygan zeminde düşme ile karşılaştıkları görülmektedir. Eğitim durumu ile kaza ile ele iğne batması durumu arasındaki ilişkide en fazla Egt1 grubu, en az ise Egt4 grubu etkilenmektedir. Az etkilenenden başlanacak olunursa Egt1, Egt2, Egt3 ve Egt4 sırayı takip etmektedir. Kesici alet yaralanmalarına en fazla Egt1, en az Egt4 maruz kalmaktadır. Az etkilenenden başlanacak olunursa Egt1, Egt2, Egt3 ve Egt4 sırayı takip etmektedir. Radyasyona maruz kalma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişkide radyasyona en fazla Egt2, en az ise Egt4 maruz kalmıştır. Araştırmada anestezi gazlarına, elektrik çarpmasına, formaldehite maruz kalma eğitim durumu ile bir ilişkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı hastanede mevcut olan iş kaza risklerinin çalışma türü ile olan ilişkisine bakıldığında, anestezi gazlarına vardiyada çalışanların daha çok maruz kaldığı görülmüştür. Elektrik çarpma riski, formaldehit ve radyasyona maruz kalma riski gündüzde daha çok karşımıza çıkmaktadır. Çalışmaya göre diğer seçeneklerin çalışma türü ile ilişkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın yapıldığı hastanede mevcut olan iş kaza risklerinin mesleki deneyim ile ilişkisine bakıldığında, mesleki deneyimi 1-5 yıl olan çalışanlar en az miktarda anestezi gazına maruz kalmışlardır. Diğer gruplar ise birbirlerine yakın oranlarda daha fazla maruz kalmışlardır. Dezenfektana maruz kalma ve mesleki deneyim arasındaki ilişkide; en fazla 1 yıldan az mesleki deneyimi olanlar maruz kalmıştır. Diğer gruplar ise birbirlerine yakın oranlarda daha az maruz kalmıştır. Elektrik çarpma riski ile mesleki deneyimi 1 yıldan az olanlar daha fazla karşılaşmıştır. Diğer gruplar ise birbirlerine yakın oranlarda daha az maruz kalmıştır. Etilen okside maruz kalma riski, kaygan zeminde düşme riski, formaldehite maruz kalma riski ile mesleki deneyim arasındaki ilişkide en fazla 1 yıldan az deneyimi olanlar daha fazla karşılaşmıştır. Diğer gruplar ise birbirlerine yakın oranlarda daha az maruz kalmıştır. Kaza ile ele iğne batması riski ile mesleki deneyim arasındaki ilişkide; en fazla 1 yıldan az ve 1-5 yıl arası deneyimi olanlar karşılaşmıştır. En az ise 5-10 yıl arası deneyimi olan çalışanlar karşılaşmıştır. Kesici alet yaralanmaları riski ile mesleki deneyim arasındaki ilişkide en fazla 1 yıldan daha az deneyimi olan

Çalışanlar karşılaşmıştır. 5-10 yıl arasında deneyimi olan çalışanlar en az karşılaşmışlardır.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde yaşadığı iş kazası nedenleri ile eğitim durumuna göre ortalamalarında; iş kazalarının Egt2 ve Egt3 grupları dikkatsizlikten dolayı olduğunu savunmuşlardır. Yoğun iş temposundan kaynaklandığını düşünen gruplar Egt1 ve Egt3'tür. Acemilik, koruyucu materyal kullanmama, stres, uzun çalışma saatleri seçeneklerinin ise eğitim ile ilgili olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde iş kazası nedenleri ile çalışma türüne göre ortalamalarında; vardiyalı çalışanlar daha fazla acemilik, uzun çalışma saatleri, yoğun iş temposunun iş kazalarına neden olduğunu düşünmektedirler. Dikkatsizlik, koruyucu kullanmama, stresin iş kazası ile ilişkisi olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanesinde iş kazası nedenleri ile mesleki deneyimlerine göre ortalamalarında; diğer gruplara göre 1-5 yıl arası deneyimi olanlar daha çok acemilik nedeni ile olduğunu düşünmektedirler. Diğer gruplara göre 1 yıldan az deneyimi olanlar daha çok dikkatsizlik, koruyucu kullanmama, stres, uzun çalışma saatleri ve yoğun iş temposu nedeni ile olduğunu düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucu kullanma sıklığı ile eğitim durumuna göre ortalamaları en fazla Egt2, en az Egt4 koruyucu eldiven kullanmaktadır. Koruyucu maske kullanımında ise en az Egt2, diğerleri ise yakın oranlarda koruyucu maske kullanmaktadırlar. Koruyucu gözlük ve koruyucu önlük kullanımı ile eğitim durumu arasında ilişki kurulamamıştır.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuların kullanma sıklığının çalışma türüne göre ortalamalarında; maske kullanımının gündüz daha fazla olduğu, gözlük, eldiven ve nlğn çalışma türü ile ilgili olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuların kullanma sıklığının mesleki deneyime göre ortalamasında; koruyucu eldiven kullanma sıklığı 5-10 yıl arası olan çalışanlarda fazla olduğu görülmüştür. Koruyucu gözlük kullanımı; mesleki deneyim yılı arttıkça kullanım düzeyi de düşmektedir. Koruyucu gömlek kullanımını en fazla 5-10 yıl arasında çalışma düzeyi olan çalışanlar kullanmaktadır. En az ise 10 yıl üzeri deneyimi olanlar kullanmaktadır. Koruyucu maskeyi en az 10

yıl üzeri deneyimi olanlar kullanmaktadır. Diğer gruplar yaklaşık olarak aynı miktarda kullanmaktadır.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuların kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların eğitim durumuna göre ortalamalarında; en fazla Egt4 koruyucu kullanımının işini engellediğini düşünmektedir. Egt2 bu düşünceye daha az sahiptir. Koruyucu kullanımını gerekli görmeme ve kullanmaktan hoşlanmamanın eğitim durumu ile ilişkisinin olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuların kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların çalışma türüne göre ortalamaları; vardiyalı çalışanlar koruyucu kullanma işini yapmasına engel olduğu, kullanmayı gerekli görmeme, kullanmaktan hoşlanmama durumunu gündüz çalışanlara göre daha çok savunmaktadırlar.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının koruyucuların kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere verdiği cevapların mesleki deneyime göre ortalamalarında; 10 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan çalışanlar koruyucu kullanımının işini engellediği düşüncesine sahiptirler. Koruyucu kullanmamayı gerekli görmeme ve koruyucu kullanmaktan hoşlanmama durumlarının mesleki deneyimle alakalı olmadığını savunmaktadırlar.

Araştırma sonucunda ulaşılan bilgiler doğrultusunda fiziksel, biyolojik, kimyasal, psiko-sosyal ve ergonomik risk faktörleri ile karşı karşıya kalındığı anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada yöneticilere uygulanan anketlerden de anlaşılacağı üzere yöneticilerin iş sağlığı ve güvenliği konusunu benimsedikleri, bu konuda personele gerekli olan korucu materyalleri, uygun ortamı sağladıkları ve radyasyon izni kullandırdıkları açıkça görülmektedir.

Anket uygulanan çalışanlarda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kıdemi, mesleki deneyimi, iş kazası geçirip geçirmediği, geçirdiler ise rapor alıp almadıkları değişkenlerine göre sorular sorulmuştur. Yanıt olarak çoğunlukta kadın çalışanların olduğu, iş kazalarının en çok vardiya şeklinde çalışanlarda, kıdemi 1 yıldan az olanlarda daha fazla olduğu göze çarpmaktadır. Çalışanlarda iş kazası sonucu rapor alma oranının çok düşük olduğu gözlemlenmiştir.

En çok karşılaşılan kaza ile ele iğne batması, kesici delici alet yaralanmaları, dezenfektana ve radyasyona maruz kalma oranının düşük olduğu, anestezi gazları ve etilen okside daha fazla maruz kalındığı görülmektedir.

İş kazalarının anket uygulanan hastanede stres, dikkatsizlik, acemilik, uzun çalışma saatleri, yoğun iş temposundan etkilenmediği ortaya çıkmıştır. Buna karşılık çalışanların koruyucu olarak eldiven, maske, gözlük, gömlek kullanma oranlarının düşük olduğu karşımıza çıkmaktadır. Bunun sebebi olarak da koruyucu kullanmaktan hoşlanmama, gerekli görmeme, işine engel olma gibi nedenler gösterilmektedir.

Hastane çalışanların, koruyucu eldiven, maske, gömlek ve gözlük kullanımının artırılmasına yönelik eğitim verilmesi ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Vücut sıvıları ve kan ile bulaşan hastalıklardan korunmak amacıyla kullanılan koruyucu materyallerin kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu nedenle yapılacak olan uygulama ve denetimlerin artırılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları hastalar için olduğu kadar çalışanlar içinde hayati önem taşımaktadır. Çalışanların açısından radyasyon ışınları, enfeksiyon gibi olumsuz etkenlere maruz kalmaması için gerekli önlemler alınmalı, oda ısısı, nem, gürültü gibi çalışanları dolaylı olarak etkileyen ve dikkat dağıtıcı olumsuz etkenlerden arındırılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akın, L. (2005). İşçi Sağlığı ve Güvenliğinde İşyerinin Örgütlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 54(1); 1-60.
- Akkaya, G. (2007). Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aygün, P. (2007). Kesici-Delici Alet Yaralanmalarında Korunma Önlemleri, 5. Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, 387.
- Bilir, N. (2005, Mayıs-Haziran). İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, Ankara, 25, 9.
- Bilir, N. ve Yıldız, A.N. (2004). İş Sağlığı ve Güvenliği, Ankara, Hacettepe Yayınları.
- Birleşmiş Milletler Sistemi–Türkiye Erişim: <http://www.unicankara.org.tr>
Tarih:10.06.2014
- Cevatoğlu, E . (2003, Ocak-Şubat-Mart). İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Bir Değerlendirme”, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*
- Çağatay, G. ve Çobanoğlu, Z.(1997). Risk İletişimi ve Risk Yönetimi, Temel Kaynak Dizisi, Ankara, 20.
- Çalışma ve Soysal Güvenlik Bakanlığı Tarihçe Erişim: <http://www.cs.gb.gov.tr>
Tarih:20.04.2014
- Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş sağlığı ve Güvenliği, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Dışişleri Bakanlığı, Dış Politika, Uluslararası Kuruluşlar ve İlişkilerimiz, Avrupa Konseyi Erişim:<http://www.mfa.gov.tr/avrupa-konseyi.tr.mfa> Tarih:01.07.2014

Dünya Sağlık Örgütü Tarihçe Erişim: <http://tr.wikipedia.org> Tarih: 04.06.2014

Eken, A. (2007). İyonize Radyasyona Mesleki Olarak Maruz Kalmanın Toksikolojik Açıdan Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Emiroğlu, N. (1990). İşçilerin İş Sağlığı Hizmetlerinden Beklentileri ve İşyeri Hemşiresinin İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışmalarındaki Yeri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Erefe, İ. (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı.

Ergör, A., Kılıç, B., Gürpınar, E. (2003, Ekim-Kasım-Aralık). Sağlık Ocaklarında İş Riskleri, *TTB Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 44-52.

İnceseli, A. (2005). Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.

İşler, M.C., (2013). İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri İle Güvenlik Kültürünün İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Etkisi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara.

Karafakıoğlu, M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, 126-127.

Karakaş, İ. (2007). İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı Uygulama Rehberi, Ankara, 29.

Kırmızı, B.(2005). Türk İş Hukukunda İş Güvenliği ve İş Sağlığı, Yüksek Lisans Projesi, Beykent Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Korkmaz, M.(2008). Sağlık Çalışanlarında Kesici ve Delici Alet Yaralanmaları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 9, 17-37.

Kutlu, D. (2007). Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Risk Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.

Oğuz, S., Kaptan, H., Büyükpamukçu, M. (2005, Nisan-Mayıs-Haziran). Çalışma Yaşamında Bel Ağrısı, *TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi*, 45.

Orhan, M., (2007). İş Sağlığı ve Güvenliği Sisteminde İşverenin Yükümlülükleri Marmara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Öcal, A., (2010). Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı Ve Güvenliği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özdemir, E., Khorshid, L. (2006). Hemşirelerde Varis Belirti ve Yakınmalarının İncelenmesi, *Ege Üniversitesi / Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1), 19-35.
- Özel, N. (2005). Hemşirelerin Çalışma Ortamında Ergonomi Kurallarına Uyumunun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özkan, Ö. ve Emiroğlu, O. (2006). Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri, *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3),43-50.
- Özkılıç, Ö. (2005, Mart). İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri, Ankara, TİSK Yayınları, 62–63.
- Pala, K. (2005, Mayıs-Haziran). İSG Politikası ve Güvenlik Kültürü, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 2, 18.
- Pala, K. (2000, Temmuz). Türkiye’de İş Sağlığında Durum, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 3, 3.
- Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı, TAF Preventi ve Medicine Bulletin, İzmir, 7(6), 547-554.
- Pınar, R. ve Sert, H. (2008). Sağlık Çalışanlarında Kas-İskelet Sorunları, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 30(1).
- Risk Yaklaşımı. <http://www.kaliteyonetim.net/?pnun=33&pt=Risk+Y%C3%B6netimi>
- Semerci, O. (2012). İş Sağlığı Ve Güvenliğinde Risk Değerlendirmesi: Metal Sektöründe Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Şerifoğlu, U. K. ve Süngür, E. (2007, Ekim). İşletmelerde Sağlık ve Güvenlik Kültürü Oluşturulması; Tepe Yönetimin Rolü ve Kurum İletişim Olanaklarının Kullanımı, *Yönetim Dergisi*, 18, 58, 43.
- Tınar, M.Y. (1996). Çalışma Psikolojisi, İzmir.

- Turan, A. ve Müezzinoğlu, A. (2006, Ocak-Şubat-Mart). Risk Değerlendirme Yöntemleri, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 32.
- Türk Standartları Enstitüsü. (1997, Nisan). Sağlık İşçisi Eğitim Standardı, Ankara, 52.
- Türk Tabipleri Birliği. (2003, Nisan-Mayıs-Haziran). 4857 Sayılı İş Kanunu'na İlişkin Türk Tabipleri Birliğinin Görüş Ve Önerileri, *TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi*, 11.
- Uluslararası Çalışma Örgütü Ankara, Türkiye Deneyimine Kapsamlı Bir Bakış
Erişim: <http://www.ilo.org/public/turkish/region/europa/ankara/about/ilo>
- Yardım, N., Çipil, Z., Vardır, C., Mollahaloğlu, S. (2007). Türkiye İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları: 2000-2005 Yılları Ölüm Hızları, *Dicle Tıp Dergisi*, 34, 4, 264-271.
- Yeşildal, N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Düzce, 4(5), 281.
- Yiğit, A. (2008). İş Sağlığı ve Güvenliği, Bursa.

EKLER

- 1. Ek-A:** Hastane Yöneticisine Uygulanan Anket Metni 113
- 2. Ek-B:** Hastane Çalışanlarına Uygulanan Anket Metni..... 114

Ek-A: Hastane Yöneticisine Uygulanan Anket

Sayın Başhekim/ Başhemşire,

Aşağıda Türk Hava Kurumu Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yöneticiliği Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Kesik danışmanlığında gerçekleştirilmekte olan tez çalışması için hazırlanmış, hastanemizdeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları hakkında bilgi toplamaya yönelik çeşitli sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruda belirtilen uygulamanın hastanenizde var olma durumuna göre içtenlikle yanıt veriniz.

Aynur ÇETİN

Tablo A.1: Hastane yöneticisine uygulanan anket.

		Evet	Hayır
	Çalışanları her yıl düzenli sağlık kontrolünden geçirme		
	Dozimetreleri atom enerji merkezine gönderme		
	İş güvenliği komitesi kararlarını çalışanlarla paylaşma		
	İş kazası için “kaza bildirim formu” kullanma		
	İşçi Sağlığı ve Güvenliği Komitesi’ne sahip olma		
	İşe girişte koruyucu aşı yapma		
	İşe yeni başlayanlara oryantasyon eğitimi verme		
	Kimyasal/ radyolojik ajanlara karşı süt/ yoğurt verme		
	Koruyucu malzeme kullanımını zorunlu tutma		
	Lateks alerjisine karşı gerekli malzemeleri verme		
	Meslek hastalıkları için gerekli malzemeleri verme		
	Meslek hastalıklarını Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bildirme		
	Radyasyon Güvenliği Komitesi’ne sahip olma		
	Radyasyon izni kullandırma		
	Radyasyon raporu sonuçlarını çalışanlarla paylaşma		
	Revir/ işyeri hekimi bulundurma		
	Yeterli düzeyde koruyucu malzeme sağlama		

Ek-B: Hastane Çalışanlarına Uygulanan Anket

Sayın Hemşire/ Teknisyen,

Aşağıda Türk Hava Kurumu Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yöneticiliği Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Kesik danışmanlığında gerçekleştirilmekte olan tez çalışması için hazırlanmış, hastane çalışanlarının maruz kaldıkları iş kazaları ve yakalandıkları meslek hastalıkları hakkında bilgi toplamak ve konu ile ilgili tutumlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Lütfen her bir soruda belirtilen uygulamanın hastanenizde var olma durumuna göre içtenlikle yanıt veriniz.

Aynur ÇETİN

BİRİNCİ BÖLÜM

Sosyodemografik Sorular

1. Cinsiyetiniz?

Erken Kadın

2. Yaşınız?

18-25 26-35 35 ve üzeri

3. Eğitiminiz?

Lise Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans

4. Göreviniz?

Teknisyen Hemşire

5. Çalışma saatleriniz?

45 saatten az 45 saat 45 saatten fazla

6. Çalışma türünüz?

Gündüz Vardiya Diğer

7. Kıdeminiz?

1 yıldan az 1-5 yıl arası 5-10 yıl arası 10 yıl ve üzeri

8. Mesleki deneyiminiz?

1 yıldan az 1-5 yıl arası 5-10 yıl arası 10 yıl ve üzeri

İKİNCİ BÖLÜM

9. Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?

Hayır Evet

10. Eğer iş kazası geçirdiyse, iş kazası geçirdikten sonra rapor aldınız mı?

Hayır Evet

11. Lütfen aşağıdaki iş kazası risklerini hastaneniz için değerlendiriniz. Lütfen her bir seçeneğe yanıt veriniz.

Tablo B.1: İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili değerlendirme ve tutum.

	“Bu risk hastanemdemevcut”	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1-	Anestezi gazlarına maruz kalma riski					
2-	Dezenfektanlara maruz kalma riski					
3-	Elektrik çarpmasına maruz kalma riski					
4-	Etilen okside maruz kalma riski					
5-	Formaldehite maruz kalma riski					
6-	Kaygan zeminde düşme riski					
7-	Kaza ile eline iğne batması riski					
8-	Kesici alet yaralanmalarına maruz kalma riski					
9-	Radyasyona maruz kalma riski					

12. Sizce hastanenizde yaşanan iş kazalarının nedenleri nelerdir? Lütfen her bir seçeneğe yanıt veriniz.

Tablo B.2: İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili değerlendirme ve tutum.

	“Bu neden iş kazalarındageçerli”	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1-	Acemilik					
2-	Dikkatsizlik					
3-	Koruyucu kullanmama					
4-	Stres					
5-	Uzun çalışma saatleri					
6-	Yoğun iş temposu					

13. Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?

Hayır Evet

14. Eğer meslek hastalığına yakalandıysanız lütfen aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisine/hangilerine yakalandığınızı belirtiniz.

Bel ağrısı Varis Stres Lateks alerjisi

Panik atak Diğer

15. Lütfen aşağıdaki koruyucuları işinizde kullanma sıklığınızı belirtiniz.

Tablo B.3: İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili değerlendirme ve tutum.

		Her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1-	Koruyucu eldiven					
2-	Koruyucu gözlük					
3-	Koruyucu gömlek					
4-	Koruyucu maske					

16. Lütfen aşağıda koruyucu kullanımıyla ilgili yer alan ifadelere belirtilen kriterler doğrultusunda yanıt veriniz

Tablo B.3: İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili değerlendirme ve tutum.

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1-	Koruyucu kullanmak işimi yapmama engel oluyor					
2-	Koruyucu kullanmayı gerekli görmüyorum					
3-	Koruyucu kullanmaktan hoşlanmıyorum					

ÖZGEÇMİŞ

Ad, Soyad : Aynur ÇETİN
Uyruğu : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Oğuzlar / ÇORUM 20.12.1988
Medeni Durum : Evli
Adres Bilgileri : Etiler Mah. Şehit Muharrem Taştepe Sok. No:4/13
ETİMESGUT / ANKARA
Cep Tel : 0506 445 12 64
E-posta : acar_aynur88@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Üniversitesi : Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu –
Afyonkarahisar
Hemşirelik – 2008-2012
Lise : Gölbaşı Sağlık Meslek Lisesi – Ankara Hemşirelik –
2003-2007

MESLEKİ DENEYİM

07/2007 – 08/2008 Hasvak Tıp Merkezi, hemşirelik – ANKARA
07/2010 –Halen devam ediyor. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Hemşirelik - ANKARA

YABANCI DİL:

Orta düzeyde İngilizce.