



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ  
UYGULAMALARI “SIVAS ÖRNEĞİ”**

Yüksek Lisans Tezi

Gamze OCAK

Sivas  
Mayıs 2019

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı**

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ**  
**UYGULAMALARI “SİVAS ÖRNEĞİ”**

**Yüksek Lisans Tezi**




**Gamze OCAK**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. İlhan ÇETİN**

**Sivas**  
**Mayıs 2019**

## KABUL VE ONAY

**Üniversite:** : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi  
**Enstitü** : Sosyal Bilimler Enstitüsü  
**Ana Bilim Dalı** : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği  
**Bilim Dalı** :  
**Tezin Başlığı** : Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları; Sivas Örneği  
**Savunma Tarihi** : 30.04.2019  
**Danışmanı** : Prof. Dr. İlhan Çetin

	Unvanı - Adı Soyadı	İmza
<b>Jüri Başkanı</b> :	Doç. Dr. Selma Çetinkaya	
<b>Üye</b> :	Prof. Dr. İlhan Çetin	
<b>Üye</b> :	Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz	

**Oy Birliği**

**Oy Çokluğu**

Gamze Ocak tarafından hazırlanan "Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları; Sivas Örneği" başlıklı tez, kabul edilmiştir.

.../.../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL  
Enstitü Müdürü

## ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

1. Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
2. Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
3. Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
4. Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

13.05/2019

Gamze OCAK



## TEŐEKKÜR

Tezimin yazımında eleştirileri ile katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. İlhan ÇETİN'e sonsuz teőekkürler ederim.

Tez çalışmamı uygulayabilmem için yardımcı olan ve izinleri ile olanak sağlayan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi müdürlüğüne müteőekkirim. Tez çalışmamın uygulama aşamasında bana olanak tanıyan ve yardımcı olan başta Başhekim Sayın Prof. Dr. Ahmet YILMAZ olmak üzere, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan tüm sağlık personeline teőekkür ederim.





# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>i</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	1
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
<b>2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ</b> .....	<b>5</b>
2.1. Sağlık Kavramı.....	5
2.2. İş Sağlığı ve Güvenliği .....	6
2.2.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Faydaları .....	10
2.2.1.1. Sosyal Faydaları.....	10
2.2.1.2. Ekonomik Yararları .....	11
2.3. Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği.....	14
2.3.1. Tehlike .....	14
2.3.2. Risk.....	14
2.3.3. İş Kazası.....	15
2.3.4. Meslek Hastalıkları.....	15
2.4. Sağlık Çalışanı ve Meslek Hastalıkları .....	17
2.5. Sağlık Kuruluşları.....	19
2.5.1. Sağlık Kuruluşlarının Sınıflandırılması.....	21
<b>3. SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ</b> .....	<b>25</b>
3.1. Sağlık Çalışanları .....	25
3.1.1. Baştabip .....	25
3.1.2. Baştabip Yardımcısı .....	25
3.1.3. Şef ve Uzman.....	25
3.1.4. Anestezi Uzmanı.....	26
3.1.5. Diş Tabibi .....	26
3.1.6. Baş Eczacı.....	27

3.1.7. Fizyoterapist .....	27
3.1.8. Diyetisyen.....	28
3.1.9. Klinik Psikoloğu .....	28
3.1.10. Baş Hemşire.....	29
3.1.11. Hemşire.....	29
3.1.12. Ebe .....	30
3.1.13. Hastane Hizmetlisi.....	31
3.1.14. Acil Tıp Teknisyeni.....	31
3.1.15. Hastane Müdürü .....	32
3.1.16. Sağlık İstatistikçisi.....	32
3.1.17. Hasta Kabul Memuru .....	33
3.2. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk ve Tehlikeler.....	34
3.2.1. Biyolojik ve Kimyasal Risk ve Tehditler .....	34
3.2.2. Fiziksel Risk ve Tehditler.....	35
3.2.3. Ergonomik Risk ve Tehditler .....	37
3.2.4. Psikososyal Risk ve Tehditler .....	37
3.3. Risk Değerlendirme Metotları.....	39
3.3.1. L Tipi Analiz Metodu .....	39
3.3.2. X Tipi Analiz Metodu .....	40
3.3.3. Fine – Kinley Metodu.....	41
3.3.4. Hata Türü ve Etki Analiz Metodu (FMEA) .....	41
3.3.5. Ön Tehlike Analizi Metodu.....	42
<b>4. İSG İLE İLGİLİ HUKUKSAL DÜZENLEMELER.....</b>	<b>43</b>
4.1. Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Yasal Düzenlemeler.....	43
4.1.1. 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu .....	43
4.1.2. 3008 Sayılı İş Kanunu .....	44
4.1.3. 1475 Sayılı İş Kanunu .....	46
4.1.4. 4857 Sayılı İş Kanunu .....	47
4.1.5. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu .....	49
4.1.6. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu .....	49
4.2. İSG’de İşverenin Yükümlülükleri.....	50



4.2.1. İş Yeri Kurma İzni ve İşletme Belgesi Alma Zorunluluğu.....	50
4.2.2. Gerekli Her Türlü Önlemi Alma Yükümlülüğü .....	50
4.2.3. Denetleme Yükümlülüğü.....	52
4.2.4. Eğitim Verme ve Bilgilendirme Yükümlülüğü .....	52
4.2.5. İş Yerini İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Örgütleme Yükümlülüğü.....	53
4.2.5.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu .....	53
4.2.5.2. İşyeri Hekimi Çalıştırma.....	54
4.2.5.3. İşyerinde Sağlık Birimleri Kurma ve İşletme .....	54
4.2.5.5. Sağlık ve Güvenlik İşçi Temsilcileri.....	54
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>55</b>
5.1. Araştırmanın Tipi .....	55
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	55
5.3. Araştırmanın Evreni .....	55
5.4. Araştırmanın Örnekleme.....	55
5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	56
5.6. Veri Toplama Aracı.....	56
5.7. Verilerin Toplanması.....	57
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	57
5.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	57
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>59</b>
6.1. Demografik Bulgular.....	59
6.2. Araştırma Verilerine İlişkin Normallik Testi .....	69
6.3. Fark Analizleri.....	70
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>89</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>91</b>
8.1. Sonuç .....	91
8.2. Öneriler.....	93
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>95</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>99</b>
Ek 1. Anket Formu .....	99
Ek 2. Etik Kurul Karar Formu.....	102

Ek 3. İzin Formu.....	104
<b>ÖZ GEÇMİŞ.....</b>	<b>105</b>



## KISALTMALAR

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSMH</b>	: Gayri Safi Milli Hasıla
<b>ILO</b>	: Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>İSG</b>	: İş Sağlığı ve Güvenliği





## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Türkiye’de İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları .....	19
<b>Tablo 2.</b> Bir Hastanede Meydana Gelen Kazalar ve Sonuçları .....	38
<b>Tablo 3.</b> L Tipi Analiz Metodu.....	40
<b>Tablo 4.</b> Fine – Kinley Metodu .....	41
<b>Tablo 5.</b> Ön Tehlike Analizi Metodu .....	42
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı.....	59
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların Yaş Dağılımı.....	59
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımı.....	60
<b>Tablo 9.</b> Katılımcıların Görev Dağılımı .....	61
<b>Tablo 10.</b> Katılımcıların Çalışma Saatleri Dağılımı.....	62
<b>Tablo 11.</b> Katılımcıların Çalışma Türü Dağılımı .....	62
<b>Tablo 12.</b> Katılımcıların Kıdem Dağılımı .....	63
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların Mesleki Deneyim Dağılımı .....	64
<b>Tablo 14.</b> Katılımcıların İSG Eğitimi Alma Dağılımı.....	64
<b>Tablo 15.</b> Katılımcıların Bilgi Dağılımı .....	65
<b>Tablo 16.</b> Katılımcıların İş Kazası Yaşama Dağılımı .....	66
<b>Tablo 17.</b> Katılımcıların Rapor Alma Dağılımı .....	66
<b>Tablo 18.</b> Katılımcıların Meslek Hastalığı Yaşama Dağılımı .....	67
<b>Tablo 19.</b> Katılımcıların Yakalandıkları Meslek Hastalığı Dağılımı .....	68
<b>Tablo 20.</b> Normallik Testi .....	69
<b>Tablo 21.</b> Cinsiyete Göre Fark Analizi.....	70
<b>Tablo 22.</b> Yaşa Göre Fark Analiz.....	70
<b>Tablo 23.</b> Eğitim Düzeyine Göre Fark Analizi .....	71
<b>Tablo 24.</b> Katılımcıların Görevlerine Göre Fark Testleri.....	72
<b>Tablo 25.</b> Çalışma Saatlerine Göre Fark Analizi.....	73
<b>Tablo 26.</b> Çalışma Türüne Göre Fark Analizi .....	73
<b>Tablo 27.</b> Kıdeme Göre Fark Analizi .....	74
<b>Tablo 28.</b> Mesleki Deneyime Göre Fark Analizi .....	74
<b>Tablo 29.</b> İSG Eğitimine Göre Fark Analizi .....	75
<b>Tablo 30.</b> Bilgiye Göre Fark Analizi.....	77
<b>Tablo 31.</b> İş Kazası Geçirme Durumuna Göre Fark Analizi .....	78

<b>Tablo 32.</b> Mesleki Hastalığa Yakalanma Durumuna Göre Fark Analizi .....	79
<b>Tablo 33.</b> Cinsiyete Göre Fark Analizi 2 .....	79
<b>Tablo 34.</b> Yaşa Göre Fark Analiz 2.....	80
<b>Tablo 35.</b> Eğitim Düzeyine Göre Fark Analizi 2 .....	81
<b>Tablo 36.</b> Katılımcıların Görevlerine Göre Fark Testleri 2 .....	82
<b>Tablo 37.</b> Çalışma Saatlerine Göre Fark Analizi 2 .....	82
<b>Tablo 38.</b> Çalışma Türüne Göre Fark Analizi 2.....	83
<b>Tablo 39.</b> Kıdeme Göre Fark Analizi 2.....	84
<b>Tablo 40.</b> Mesleki Deneyime Göre Fark Analizi 2 .....	84
<b>Tablo 41.</b> İSG Eğitimine Göre Fark Analizi 2 .....	85
<b>Tablo 42.</b> Bilgiye Göre Fark Analizi 2.....	86
<b>Tablo 43.</b> İş Kazası Geçirme Durumuna Göre Fark Analizi 2.....	86
<b>Tablo 44.</b> Mesleki Hastalığa Yakalanma Durumuna Göre Fark Analizi 2 .....	87

## ÖZET

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi, iş sağlığı ve güvenliği kültürü ile doğrudan ilişkilidir. Bir ülkede ölümlü iş kazası ve sürekli sakatlık hali ne kadar fazla ise maddi ve daha çok manevi olmak üzere o ülkenin itibar kaybına da neden olur

Sağlık hakkı, aynı zamanda anayasal bir haktır.(Sosyal Haklar m.56) .

Türkiye, İş Sağlığı ve Güvenliği konusuna 3 Ekim 2005 yılında Avrupa Birliği uyum süreci müzakereleri ile daha çok eğilmiş ve 30/06/2012 Tarih ve 6331 numaralı kanunla da işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülükleri yasa ile düzenlenmiştir.

İş kazalarının çoğunluğu önlenemez niteliktedir. Bu nedenle kaza meydana gelmeden önlem almak hem işletme ekonomisi hem de ülke ekonomisi için son derece önem arz etmektedir. Bunun için işletme yönetiminin tazmin edici bir anlayış yerine önlem alıcı bir anlayışı benimsemesi bunu bir yasal zorunluluk nedeni ile zoraki değil çalışanlarla birlikte bir güvenlik kültürü oluşturarak, yatay ve dikey bütünleşme ilkelerini de kullanarak yükümlülüğünü yerine getirmelidir. Çalışan kendini işyerinde güvende, mutlu ,huzurlu hissederse çalışırken de bir o kadar verimli olur ve aidiyet duygusuyla kuruma bağlılığı bütünleşir. İSG eğitimleri proaktif , acil durum eylem planları sürekli gelişen ve duruma göre değişen nitelikte olmalıdır.

‘Çalışma ve Sosyal güvenlik kurumu tarafından hazırlanan’ ‘İş Sağlığı ve Güvenliği ne ilişkin Risk Grupları Listesi Tebliği’nde risk grubu ‘1’den (az tehlikeli ) 5’e kadar(çok tehlikeli) sınıflandırmaya tabi tutulmuştur’.

Tebliğde sağlık işletmeleri 5.risk grubu ile çok tehlikeli grupta yer aldığından çalışmamı sağlık kuruluşlarında İSG alanında yaparak sağlık çalışanlarının karşılaştığı iş kazaları ve riskler (biyolojik, kimyasal vs.) ve bunlar karşısında alınan tedbirleri araştırmak için Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde sağlık çalışanlarına anket uygulanarak karşılaşılan riskler ve çıkarılan sonuçlar istatistiksel anlamda yorumlanmış olup edinilen Bulgular 6.bölümde paylaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İş Sağlığı, Sağlık Kuruluşları, İSG





## ABSTRACT

The level of development of countries is directly related to the occupational health and safety culture. Mortality in a country and continuous disability in a country, the more material and more spiritual, the loss of reputation in that country also causes.

The right to health is also a constitutional right (Social Rights m.56).

Nowadays, in order to provide a healthy and safe working environment both in the International Level and in our country, it is the responsibility of the employer in the micro scale.

Turkey on 3 October 2005, the beginning of European Union harmonization process of negotiations with the Occupational Health and increase efficiency in security work başlamıştır.30 / 06/2012 Date and provision of the 6331 numbered law workplace occupational health and safety duties of employers and employees to improve the existing health and safety requirements, authority, rights and obligations are regulated.

Occupational accidents and all occupational diseases are preventable. For this reason, taking precautions before an accident occurs is of great importance for both the economy of business and the economy of the country. For this reason, the management of the enterprise should adopt a precautionary approach instead of a compensatory approach and it must fulfill its obligation by using the principles of horizontal and vertical integration by creating a security culture with the employees, not by force. If the employee feels safe, happy and peaceful in the workplace, he is as productive as he is working and integration with the sense of belonging integrates. OHS trainings should be proactive, emergency action plans should be constantly evolving and changing according to the situation.

In the Communiqué on the List of Risk Groups on Occupational Health and Safety prepared by the Labor and Social Security Institution, risk groups are graded from 1 (least dangerous) to 5 (most dangerous) grading.

In the Communiqué, as health enterprises are in the very dangerous group with the 5 rd group, they can work in health care institutions in the field of occupational health and safety. The results of the survey were shared in section 6.

**Key Words:** Occupational Health, Health Institutions, OHS



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İş sağlığı ve güvenliği, tüm dünyada üzerinde durulan bir konu olmakla birlikte gerekli önemin verilmemesi ve tedbirlerin alınmaması durumunda doğrudan can ve mal kayıplarına yol açan hassas bir husustur. Gelişmiş ülkeler, bu alanda daha bilgili ve tedbirli olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde gerekli önemin verilmediğinden söz etmek mümkündür. Türkiye de iş sağlığı ve güvenliği konusunda önemli çalışmalar gerçekleştirmesine karşın henüz istenilen düzeye ulaşabilmiş değildir. Ülkemizde yeterli iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin alınmamasından dolayı binlerce işçi hayatını kaybetmekte, on binlercesi yaralanmaktadır. Araştırma kapsamında iş sağlığı ve güvenliğinin önemine, gerekliliğine ve hem Dünya’da hem de Türkiye’de yapılan çalışmalar ele alınacak olup, işçilere, işverenlere ve konuya ilişkin araştırmacılara önemli bilgiler verilecektir. Oldukça geniş bir kitleyi ilgilendiren bir konunun ele alınmış olması araştırmanın önemini oluşturmaktadır.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında uygulanmakta olan iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda ilimizde faaliyet gösteren ‘**Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nin**’ iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına, ne düzeyde sahip olduğu tespit edilerek hastanenin konu itibarıyla mevcut durumu belirlenmeye çalışılmıştır. Bunun yanı sıra hastane çalışanları üzerinde ayrı bir çalışma gerçekleştirilerek sağlık çalışanlarının iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumları ve ilgili tutumları incelenmiştir. Günümüzün küreselleşen dünyasında iş sağlığı ve güvenliğinin etkileri sadece iş kazalarına uğrayan kişilerin değil, ailesinin, çalıştığı hastanenin ve dolayısıyla ülke ekonomisi üzerinde etkisi olmaktadır.

İş sağlığı ve güvenliği konusu sağlık ve güvenlik kavramları ile birlikte, halk sağlığı bilimi ve birçok bilim dalını içinde barındırarak ve yasalarla desteklenerek önemini gittikçe artırmaktadır.

Sağlık sektörü iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının çok önemli olduğu sektörlerin başında gelmektedir. Bu nedenle yeni düzenlemeler, geçmiş mevzuatın bu alandaki eksiklerini gidermesi açısından, sağlık kuruluşları ve çalışanları için ayrı bir önem taşımaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada sağlık kuruluşlarının Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı açısından iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına sahip olma düzeyinin de incelenmesi amaçlanmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

$H_1$ : Cinsiyete göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_2$ : Yaşa göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_3$ : Eğitim düzeyine göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_4$ : Görevlerine göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_5$ : Çalışma saatlerine göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_6$ : Çalışma türüne göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_7$ : Kıdeme göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_8$ : Mesleki deneyime göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_9$ : İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_{10}$ : İşyerinde sağlığı etkileyen tehlike ve riskler hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_{11}$ : İş kazası geçirme durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.

$H_{12}$ : Mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur / vardır.





## 2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

### 2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, oldukça göreceli bir kavram olduğundan tek bir tanım üzerinde uzlaşmak da mümkün olmamaktadır. Bununla birlikte sağlık kavramı, en yalın hali ile bireyin hasta olmaması olarak ifade edilmektedir ancak bu durum hastalık nedir sorusunu beraberinde getirmektedir. Hastalık kavramı ise bireyden bireye farklılık göstermekte olup bireyin fiziksel ve ruhsal yönden uzuvlarını doğru bir şekilde kullanamaması olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık da hasta olmama durumu olarak tanımlandığından bireyin fiziksel ve ruhsal yönden uzuvlarını doğru bir şekilde kullanabilmesi olarak ifade edilebilmektedir. Bununla birlikte başlangıçta da ifade edildiği üzere hem sağlık hem de hastalık kavramları bireyden bireye, toplumdan topluma farklılaşmaktadır (Somunoğlu 1999: 52).

Sağlık kavramına ilişkin ortak bir tanımlamada bulunulamaması ve bir tanıma ihtiyaç duyulması uluslararası sağlık kuruluşlarını hareket geçirmiş ve bir tanımda bulunmaya yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda sağlık kavramına ilişkin birçok farklı yönden tanımlamalar gerçekleştirilmiştir (Somunoğlu 1999: 53).

Kelime anlamı olarak sağlık kavramı, bireyin hasta olmaması olarak tanımlanmaktadır ki kavrama ilişkin genel kanı da bu yöndedir. Konuya ilişkin uzmanlar ise sağlık kavramını, bireyin fiziksel fonksiyonlarının normal olması olarak tanımlamaktadırlar. Sağlık kavramına ilişkin en büyük yanlış ise kavramın yalnızca fiziksel olarak değerlendirilmesidir. Oysa sağlık kavramı bireyin ruhsal yönünü de kapsamaktadır (Dağlı 2006:12).

Sağlık kavramına ilişkin kabul gören en yaygın tanım Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir (Sağlık Bakanlığı 2011:1).

Türk Sağlık Mevzuatında ise sağlık kavramına ilişkin tanımlamaya Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi kapsamında 224 Sayılı Kanun'un 2.maddesinde yer verilmiş olup Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanıma oldukça yakın bir tanımlamada bulunulmuştur.

Hem sağlık kavramı hem de hastalık kavramı toplumdaki farklılıklar gösteren tanımlara sahip olması, farklı bilim dalları tarafından da bu kavramların farklı yönleri ile ele alınmasına neden olmaktadır. Örnek vermek gerekirse sağlık kavramı psikoloji alanında bireyin mutlu ve huzurlu olması anlamında ele alınırken, biyoloji alanında bireyin biyolojik yönden uzuvlarının kusursuzluğu anlamında ele alınmaktadır (Dağlı 2006: 18).

## 2.2. İş Sağlığı ve Güvenliği

İş sağlığı ve güvenliği, işçilerin çalışma ortamında güvenliklerini sağlamak ve sağlıklarını korumak adına geliştirilen bir kavram olup, bu yönde önlemler alınmasını kapsamaktadır. İnsan haklarında her geçen gün yaşanan gelişmeler, çalışma ortamında da karşılık bulmuş ve hemen her ülkede iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yasal düzenlemeler gerçekleştirilerek işçi hakları genişletilmiş, işverenlere konuya ilişkin zorunluluklar getirilmiştir (Öcal 2010: 30).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından iş sağlığı ve güvenliği kavramına yönelik tanımda bulunulmuştur. Bu tanıma göre iş sağlığı ve güvenliği; sektör veya pozisyon fark yaratmaksızın her bir çalışanın fiziksel, ruhsal ve sosyal hallerinin korunması ve geliştirilmesi durumudur (Karacan, Erdoğan 2011: 104).

İş sağlığı ve güvenliği, oldukça geniş kapsamlı bir olgu olup sektöre ve pozisyona göre alınması gereken tedbirler farklılık göstermektedir. İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanabilmesi adına dikkat edilmesi gereken başlıca unsurlar ise şunlardır (Dağlı 2006: 58).

- Devlet, işveren ve işçi iş sağlığı ve güvenliğinin taraflarını oluşturmakta olup her bir tarafın temsilcileri bir araya gelerek yasal düzenlemeler kararlaştırılmalı, geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.
- Ulusal kalkınma planı ile iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yasal düzenlemeler paralellik göstermelidir.
- Kurumsal ve mali yapının yasal düzenlemelerde bir farklılığa yol açmamalıdır.
- Konuya ilişkin bilincin artırılması adına hem işveren kesimi, hem de işçi kesimi çalışmalar gerçekleştirilmelidir.



- Yasal düzenlemeler tek başına yeterli olmayacağından uygulama süreci denetlenmeli, yasal düzenlemeye uymayan işletmeler, caydırıcı cezalara çarptırılmalıdır.
- Değişen ihtiyaçların olabileceği göz önünde bulundurularak yasal düzenlemeler belirli aralıklarla değerlendirmeye alınmalıdır.

İş sağlığı ve güvenliği, doğrudan işçi sağlığına etki eden bir konu olduğundan bu olguyu önemli kılan temel unsur da insan sağlığının tüm hususların önünde olmasıdır. Dünya nüfusunun yaklaşık %60'ından fazlası ücretli çalışan konumundadır. Bu da iş sağlığı ve güvenliği konusunun 4 milyardan fazla insanı ilgilendirdiği anlamına gelmektedir ki bu kadar geniş bir kitleyi ilgilendiren konuların sayısı oldukça kısıtlıdır. Dolayısıyla konu işçiler açısından son derece önemlidir. Devletler nezdinde ise yapılan araştırmalarda iş kazaları ve meslek hastaları sonucu ortaya çıkan maliyetin gelişmekte olan ülkelerde Gayri Safi Milli Hasıla'nın (GSMH) yaklaşık %3'üne denk geldiği belirlenmiştir. İnsani boyutu bir yana mali olarak devletler adına son derece büyük bir külfet oluşturan iş kazaları ve meslek hastalıklarının önüne geçilmesi devletler adına da büyük önem taşımaktadır (Dağlı 2006: 72).

Devletlerin hızla iş sağlığı ve güvenliği adına yasal düzenlemeler getirmesinin tek sebebini ekonomik olarak açıklamak en yalın ifade ile haksızlık olacaktır. Devletler, sosyal varlıklardır ve topluma hizmet etmek adına oluşturulmuşlardır. Bu da iş sağlığı ve güvenliği adına gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin aynı zamanda insani boyutunun da olduğunu, en azından olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Devletlerin temel görevi toplumun sağlığını korumak, güvenliğini sağlamaktır. Doğrudan devlet kurumlarında geniş bir çalışan kitlesinin yanında özel sektör çalışanlarının da yine devlet tarafından korunması gerekmektedir. Elbette özel sektörde sorumluluk işverenlere yüklenmektedir ancak devlet yasal düzenlemeler ile özel sektörün sorumluluğunu ve beraberinde alması gereken tedbirlerini arttırmaktadır (Karacan, Erdoğan 2011:126).

İş sağlığı ve güvenliğinin işletmelere kazandırdıkları incelendiğinde iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile birlikte bireysel performans ve verimliliğin, beraberinde de örgütsel performans ve verimliliğin arttığı görülmektedir. Yaşanan iş

kazaları ve meslek hastalıkları sonucu ortaya çıkan mali kayıplar önleildiği gibi işletmenin marka değeri kaybının da önüne geçilmektedir. Şüphesiz can ve mal güvenliğinin sağlanması ile insan sağlığının gözetilmesi de öncelikli kazanım olarak ön plana çıkmaktadır.

Toplumsal olarak her geçen gün daha da ileriye gidiliyor olması, beraberinde insan haklarına karşı duyarlılığın ve yapılan çalışmaların da artmasını sağlamaktadır. Nitekim iş sağlığı ve güvenliği de insan hakları kapsamında önemli bir konuma sahiptir ve insana verilen değerlerin bir yansıması konumundadır.

İş sağlığı ve güvenliği kavramının hem ekonomik, hem psikolojik hem de sosyolojik kazanımlara göz önüne alındığında bugüne olduğu kadar yarınlara da olumlu yönde etki ettiğini vurgulamak doğru olacaktır (Keleş 2004: 17).

ILO tarafından yayımlanan raporda dünya genelinde her yıl 2.400.000 insanın iş kazası ve meslek hastalığı sonucunda yaşamını yitirdiği, 350.000.000'a yakın insanın da iş kazası ve meslek hastalığı sonucunda zarar gördüğü belirlenmiştir. Yaşanan bu iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda meydana gelen masraflar tüm dünyanın GSMH'sinin yaklaşık %5'ine denk gelmektedir ki bu da söz konusu maliyetlerin ne derece yüksek bir boyutta olduğunu göstermektedir (Arseven 2004: 13).

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik alınması gereken tedbirlerin insani yönündeki zorunluluğu kadar ekonomik yönündeki zorunluluğu da ILO tarafından yayımlanan raporda oldukça net bir şekilde görülmektedir. İş sağlığı ve güvenliği, işletmeler adına olduğu kadar toplumlar adına da büyük önem taşımaktadır. İş sağlığı ve güvenliği tedbirlerindeki yetersizliklerin ekonomik yönü düşünüldüğünde, dünya genelinde yaşanan ekonomik sorunlarla da birleştğinde ülkelerin gelişmesi ve ekonomik kalkınmaları sağlaması adına da önemli olduğu ve kazanımlar sağlayacağı görülmektedir.

İş kazaları ve meslek hastalıklarının farklı kesimler için farklı sonuçları bulunmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları çalışanlar, çalışan yakınları, çalışma arkadaşları, işletmeler ve toplum nezdine farklı sonuçlar doğurmaktadır.

Çalışanlar açısından ortaya çıkan başlıca sonuçlar şunlardır (Arseven 2004: 17);

- Bireyin psikolojik sorunlar yaşaması,
- Bireyin kendisine olan güveninin azalması,
- Bireyin özsaygısında kayıp yaşaması,
- Bireyin sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirememesi,
- Tedavi sürecinde bireyin zaman kaybı yaşaması,
- İş görememe halinde bireyin maddi kayıplar yaşaması,
- Tedavi sürecinde ve sonrasında ortaya çıkan sağlık hizmetlerinin getirmiş olduğu mali yük.

Çalışanlar açısından ortaya çıkan başlıca sonuçlar şunlardır (Arseven 2004: 18);

- Yaşanan sağlık problemi sonucu oluşan duygusal değişimler,
- Maddi kayıpların ortaya çıkması,
- Bireyin yardıma ihtiyaç duyması.

Çalışma arkadaşları açısından ortaya çıkan başlıca sonuçlar şunlardır (Arseven 2004: 24);

- Çalışma arkadaşlarının yaşadığı problem sonucu işletmeye yönelik güvenin azalması,
- Çalışma ortamındaki güvenliğe ve meslek hastalığına yakalanma ihtimaline yönelik endişenin artması,
- Çalışan kaybı sonucu iş yükünün artması,
- İş yükü kaybını engellemek adına bir süreliğine ya da kalıcı olarak işe alınan yeni çalışan ile uyum süreci yaşanması.

İşletmeler açısından ortaya çıkan başlıca sonuçlar şunlardır (Arseven 2004: 28);

- Çalışanların motivasyonun da ve performansında azalış yaşanması,
- İşletmeye yönelik güvenin azalması ve marka değerinin düşmesi,
- İşletme ile çalışanlar arasındaki bağın zayıflaması,
- İç denetimin arttırılması gerekliliğinin ortaya çıkması,
- Çalışana ödenmesi gereken tazminat,
- Yasal sürece girmek ve çeşitli yaptırımlara maruz kalmak,

- Yeni bir çalışana işe almak ve gelişimini sağlamak,
- İş gücünde kayıp yaşamak.

Son olarak toplum açısından ortaya çıkan başlıca sonuçlar şunlardır (Arseven 2004: 30);

- İşçi kapasitesinde ve hayat kalitesinde yaşanan azalış,
- Üretim gücünün azalması,
- Sosyal güvenlik giderlerinin artması.

### **2.2.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Faydaları**

İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yararlarını iki başlıkta ele almak doğru olacaktır.

1. Sosyal faydaları
2. Ekonomik faydaları

#### **2.2.1.1. Sosyal Faydaları**

Sanayi Devrimi ile başlayan süreçte seri üretime geçilmesi arzın artmasını, bu da değişen piyasa koşulları ile birlikte talebin artmasını sağlamıştır. Yaşanan bu değişime bağlı olarak işçi – işveren ilişkisi de daha yoğun bir hal almış ve bu ilişkide tarafların korunması gerekliliği oluşmuştur. Toplum bireyler oluşturmaktadır ve bireylerin uğrayacağı haksızlıklar beraberinde toplumun haksızlığa uğramasına yol açmaktadır. Bu sebeple işçi – işveren ilişkisinde oluşacak bir haksızlık toplumu doğrudan etkileyeceğinden, iş sağlığı ve güvenliği bireysel bir konu olduğu kadar aynı zamanda toplumsal da bir konudur (Tekin 1991: 9).

Teknolojik gelişmeler, hayatın her alanını olduğu gibi toplumsal yaşamı da etkilemiş ve sosyal insan modelinin oluşmasına katkıda bulunmuştur. Oluşan bu modelde bireyler, kendi çıkarları da diğer insanların da çıkarlarını öncelik haline getirerek toplumsal çıkar adına çaba sarf etmektedirler. Her birey toplum ile ilişki içerisinde ve özünde bireysel çıkarların korunabilmesi adına toplumsal çıkarların korunabilmesi gerekmektedir.

İş sağlığı ve güvenliği konusu günümüzde her çalışana doğrudan ilgilendirmektedir. Mevcut kaza riskleri ve meslek hastalıkları doğrudan bireyin can

ve mal güvenliğini tehdit etmektedir. Bu sebeple bireysel çaba kadar toplumsal bir çaba da gerekmektedir ki bu noktada en büyük pay işverenlere düşmektedir. Bir iş veren, işe aldığı çalışanın can ve mal güvenliğini sağlamak ile yükümlü hale gelmektedir. Buna karşın işçi ve işverenlerin yanında devlet kurumlarına da konuya ilişkin büyük sorumluluk düşmektedir (Erdem 2004: 7).

Değişen yaşam koşulları ve özellikle kentleşme ile birlikte her bireyin ortalama bir gününde en büyük pay iş ortamına ait olmaktadır. Bu da çalışanlar için işin önemini ortaya koymaktadır. Bir iş kazası yaşayan ya da mesleki hastalığa yakalanan bir birey ekonomik kayıpların yanında yaşam standartlarında ciddi bir kayıp yaşamakta ve gündelik yaşamında çeşitli aksaklıklar ile karşılaşmaktadır. Bu da bireyin yalnızca fiziksel olarak değil aynı zamanda ruhsal sorunlar da yaşamasına sebep olmaktadır (Erdem 2004: 9).

İş kazası yaşayan ya da meslek hastalığına yakalanan bir bireyin kayıpları ve dünya genelinde işçilerin sayısı dikkate alındığında hem Uluslararası Çalışma Örgütü hem de Dünya Sağlık örgütü iş sağlığı ve güvenliği bilincinin artırılması adına yoğun çabalar sarf etmektedir. İş kazasının az yaşandığı ve meslek hastalığına yakalanma düzeyinin düşük olduğu işletmelerin marka imajı yükselmektedir ki yasal zorunlulukların dışında işletmeleri iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri almaya en çok teşvik eden unsur da budur (Tekin 1991: 19).

İşletmelerin iş sağlığı ve güvenliğini geliştirmesinde etkin olan başlıca değişkenler şunlardır:

- Fiziksel etkenler
- Psikolojik etkenler
- Teknik etkenler
- Sosyo-Kültürel etkenler

Sosyo-kültürel etkenleri toplum ve kültür oluşturmaktadır. Bireye verilen değerlerin artmasında toplumsal ve kültürel etkenler en etkin olanlardır.

#### **2.2.1.2. Ekonomik Yararları**

Sanayi Devrimi, teknolojik gelişmelerin tetikleyicisi olmuş ve dünya hızlı bir değişim, aynı zamanda da gelişim sürecine girmiştir. Bu sürecin günümüzde de

devam ettiği görülmektedir ki nitekim günümüz ‘teknoloji çağı’ olarak nitelendirilmektedir. Yaşanan bu gelişim toplumsal kalkınma adına önemli kazanımlar sağlamış olsa da insan haklarında henüz aynı kazanımların sağlandığından söz etmek mümkün değildir. Öyle ki dünya genelinde bir takvim yılı içerisinde iş kazası geçirerek hayatını kaybedenlerin sayısı milyonlara ulaşmaktadır. Bu denli büyük zafiyetlerin yaşandığı bir konu üzerinde şüphesiz duyarsız kalmak da mümkün değildir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2013: 26). Yaşanan bu kazaların sosyal yanının dışında ekonomik etkilerine bakıldığında tüm dünyanın GSMH’nin %4’ün fazla bir maliyet ortaya çıktığı görülmektedir. Konuya ilişkin en sert yaptırımlara sahip ülkelerin başında gelen Amerika Birleşik Devletleri, iş kazası yaşanması durumunda işçi yaralanırsa işletmeye 7.000 \$ ile 13.000 \$ arasında değişen bir maliyet çıkartmaktadır. İşçinin hayatını kaybetmesi halinde bu maliyet milyon dolarlara ulaşmaktadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2013: 32)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan raporda iş kazaları ve meslek hastalıklarının yıllık maliyetine yer verilmiş olup bu maliyetlerin yıllık 1 trilyon dolardan fazla olduğuna yer verilmiştir. Türkiye’de de bu rakamın 1 milyon doların üzerinde olduğu görülmektedir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2013: 48).

İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik şüphesiz en büyük sorumluluk işverenlere düşmektedir. Elbette işçi iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgi birikimine sahip olmalı, tedbirlerini almalı, haklarından haberdar olmalıdır ancak işçinin can ve mal güvenliğini sağlama görevliliği işverene aittir. İşverenin gerekli tedbirleri almasının yalnızca kişisel ya da örgütsel vicdanına bırakmak elbette mümkün değildir. Bu sebeple yasal zorunluluklar getirilmesi ve bu zorunlulukların uygulama aşamasında hayata geçip geçmediğini denetlemek de devlet kurumlarının sorumluluğundadır. Bu da işverenler kadar devlet kurumlarının da iş sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesi adına sorumlu olduğu anlamına gelmektedir. (Baycık 2007: 113).

Teknolojik gelişmelerde sağlanan süreklilik, hayatın her alanında köklü değişimlere ve gelişimlere yol açmıştır. Bu değişim ve gelişimler, yaşam standartlarını arttırdığı gibi insan hayatına verilen değer de artmasını sağlamıştır. Buna karşın günümüzde halen ciddi sayıda iş kazası ve meslek hastalıkları yaşandığı

görülmektedir. Bir yandan toplumsal gelişme yaşanırken diğer yanda toplumların genelini yakından ilgilendiren iş yaşantısında ciddi oranda iş kazası ve meslek hastalığının yaşanmaya devam ediyor olması oldukça tezat bir durumdur. Bu tezatlığın başlıca sebebi şüphesiz ekonomiktir. İş sağlığı ve güvenliğini arttırmaya yönelik alınacak tedbirler işletmeler adına belirli bir maliyet oluşturmaktadır ki işletmeler bu maliyetlerden kaçınmayı ve esasında bir iş kazası yaşanması halinde ödemek zorunda kalacakları çok daha yüksek miktardaki tazminatları göze almayı tercih etmektedirler. Bununla birlikte bir diğer neden insan toplumsal gelişmişliktir. Dünya genelinde iş kazaları ve meslek hastalıklarına bakıldığında gelişmiş ülkelere bu oranların gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Konuya ilişkin toplumsal bilincin yanında yasal düzenlemeler ile birlikte işletmelerin iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri alması hususundaki zorlamalar da bu oransal farklılıklarda doğrudan bir etki oluşturmaktadır (Demirbilek, 1999:88).

İş kazaları ve meslek hastalıklarının hem işletmelere hem de ülke ekonomilerine ciddi etkileri bulunmaktadır. Başlıca bu etkiler şunlardır (Çilengiroğlu 2006: 141):

- a. Çalışanın iş göremediği ve istirahat etmesi gereken süre boyunca ortaya çıkan iş gücü kaybının beraberinde getirdiği üretim kaybı,
- b. Çalışanın iş görmez hale gelmesi veya vefat etmesi sonucu ortaya çıkan tazminat yükü,
- c. Bir süre sonra işe dönen çalışanın verimliliğinde yaşanan kaybın oluşturduğu işgücü kaybı,
- d. Çalışanın iş göremediği süre boyunca işletmenin ödemek zorunda kaldığı ücretin ekonomik yükü,
- e. Kaza geçiren işçinin yerine yeni bir işçi alınması durumunda yeni işçinin uyum süreci boyunca oluşturacağı işgücü kaybı,
- f. Yeni işçinin gelişimi adına verilen eğitimin oluşturduğu ekonomik yük.

Yaşanan iş kazaları ve meslek hastalıkları doğrudan iş gücü kaybına yol açmakta olup bu kayıp işletmelerin yanı sıra toplum için de önem arz etmektedir. Yaşanan iş kazaları ve meslek hastalıkları, kapasite olarak iş gücünde azalmaya yol açtığı gibi nitelikli iş gücünde de kayıplar oluşturmaktadır.

### **2.3. Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği**

Tıpkı sağlık kavramı gibi sağlık hizmetleri kavramı oldukça genel bir yapıya sahip olmakla birlikte insan sağlığını tehdit eden ya da doğrudan zarar veren etmenlerin tehdidini ve zararını ortadan kaldırmak ya da etkilerini minimize etmek adına verilen hem fiziksel hem de ruhsal tedavi hizmetlerinin bütünü şeklinde tanımlamak mümkündür (Gerek 2000: 8).

Sağlık hizmetleri kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise “sağlık kuruluşları ve sağlık personelleri tarafından oluşan ihtiyaç durumunda bireyi korumak ve tedavi etmek amacı ile verilen hizmetler bütünü olarak ifade edilmektedir (Öztürk 2005: 22).

Sağlık hizmetlerinde temel amaç bireysel ve toplumsal alanda hastalıkları engellemek, oluşan hastalıkları tedavi etmektedir. Bu sayede bireysel ve toplumsal yaşam kalitesini arttırmak da mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler ile birlikte ortalama insan ömrü de uzarken, hastalıkların çözümü kolaylaşmakta, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlar da azalmaktadır. Sağlık hizmetleri kendi içerisine dörde ayrılmaktadır. Bunlar (Öztürk 2005: 35);

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri
2. Tedavi Hizmetleri
3. Rehabilitasyon Hizmetleri
4. Sağlığın Geliştirilmesi

#### **2.3.1. Tehlike**

Tehlike kavramı, bireye ya da nesneye bir tutum ya da nesnenin zarar verebilmesi olasılığıdır. İnsan özelinde tehlikeli durum ve davranışlar doğrudan bireyin sağlığına zarar verebildiği gibi, malına, yeteneklerine veya zamanına da zarar verebilmektedir (Öztürk 2005: 38).

#### **2.3.2. Risk**

TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Şartlar standardında risk kavramı da tanımlanmış olup tehlikeli bir olayın gerçekleşme ihtimali ile ortaya çıkacak sonuçların birleşimi olarak ifade edilmiştir. Bunun yanında bir de kabul



edilebilir risk kavramı tanımlanmıştır ki bu da iş sağlığı ve güvenliği kapsamında doğuracağı sonuçların kabul edilebilir olduğu risklerdir (Devebakan 2007: 124).

Risk ve tehlike yaşamın her anında var olan durumlardır. Bununla birlikte her birey bu risk ve tehlikeleri minimize etmek adına çaba sarf etmekte, çeşitli tedbirler almaktadır. İş yaşantısında da risk ve tehlikeleri yok etmek mümkün olmasa da minimize etmek mümkündür. Nitekim yapılan risk ve tehlike değerlendirmelerindeki temel amaç da tespitlerde bulunmak ve bu tespitler doğrultusunda alınabilecek tedbirler geliştirmektir. Bu tedbirlerin geliştirilmesi ve uygulamaya konulması sürecinde ise minimum maliyet ile maksimum fayda sağlama arzusu ön planda tutulmaktadır. Her ne kadar yaşanan bir iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu oluşan tazminat yükümlülüğü işletmeler adına iş sağlığı ve güvenliği kapsamında alınacak tedbirlerin çok daha üzerinde bir maliyet getirirse de işletme yönetimlerinin büyük bir çoğunluğu hala maliyetleri azaltma yoluna gitmeyi tercih edilmektedir. Yasal zorunluluklar ve yapılan denetimlerle birlikte ise işletmelerin bu konudaki inisiyatifleri minimize edilmeye çalışılmaktadır (Devebakan 2007: 127).

Risk formülü şu şekildedir:

$$(Risk = İ \times D)$$

İ = İhtimal

D = Zararın Derecesi

### **2.3.3. İş Kazası**

İş kazası, işyerinde meydana gelen kazalar olarak ifade edilmektedir ki bu kazalar ağırlık olarak can ve mal kayıplarına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü iş kazası kavramını öngörülememiş ve yaralanmalara ya da teçhizatlarda zarara yol açan, üretim sürecine zarar veren olaylar olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından da yakın bir tanımlamada bulunulmuş ve önceden planlanmayan, işçilerin sağlığına ve materyallere zarar veren olaylar şeklinde ifade edilmiştir.

### **2.3.4. Meslek Hastalıkları**

Meslek hastalığı kavramına yönelik ise 5510 Sayılı Kanun'da yapılan tanımlama genel kabul görmektedir. Bu tanımlamada, sigortalı işçilerin çalıştırıldığı

ve işin yapısına göre belirli aralıklarla tekrarlanan, bireyin rahatsızlanmasına, işin de tekrarlanmasına engel olan hastalıklardır. Meslek hastalıkları beş alt başlıktan oluşmaktadır. Bu başlıklar (Öztürk 2005: 38);

1. Fiziksel hastalıklar
2. Cilt hastalıkları
3. Solunum sistemi hastalıkları
4. Bulaşıcı hastalıklar
5. Kimyasal faktörlerden kaynaklanan hastalıklar

Günümüz toplum koşulları içerisinde çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik birçok çalışmaya imza atılsa da özellikle kentleşme ile birlikte iş hayatı gündelik yaşamının en büyük parçası haline gelmiştir. İnsan haklarına verilen önemin artması ile birlikte iş sağlığı ve güvenliği konusuna yönelik çalışmalar da hız kazanmıştır. Bugün gelinen noktada iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeni ile meydana gelen sonuçları onarmak yeterli görülmemektedir. Bugünün beklentisi iş kazalarının ve meslek hastalıklarının minimize edilmesi, yaşandıktan sonra sonuçları onarmak değil, yaşanmasını engellemektir. Bu beklenti ve gösterilen çaba bireysel kazanımlar sağladığı gibi toplumsal kazanımlar ve gelişim adına da oldukça faydalıdır. İş kazaları riski daima bulunduğu bu riskleri minimize etmek ve yaşanması halinde ortaya sonuçları en aza indirmek adına kişisel koruyucu donanımlar geliştirilmiş olup günümüzde kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır (Demirbilek 2005:108).

İş sağlığı ve güvenliği çalışmaları artmış olsa da halen yaşanmakta olduğunu belirtmek mümkündür. İş sağlığı ve güvenliği bireysel sorunlar oluşturduğu kadar, örgütsel ve toplumsal sorunlar da oluşturmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü, artan çalışmalara rağmen yaşanan iş kazalarının ve meslek hastalıklarının arttığını açıklamaktadır. Bu da konuya ilişkin bireysel ve toplumsal bilincin geliştirilmesi kadar yasal zorunlulukların getirilmesini de gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda bireysel ve kurumsal bir sorun olduğu kadar toplumsal bir sorun da olan iş sağlığı ve güvenliği için ülke hükümetlerine ve devlet kurumlarına önemli sorumluluklar düşmektedir.

## 2.4. Sağlık Çalışanı ve Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanları vermiş oldukları hizmetlere göre 5 kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategoriler ve işlevleri şunlardır:

- **Doğrudan hasta ile ilgilenen çalışanlar:** Hasta ile birebir iletişim kuran doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, eczacılar vb. meslek mensupları bu kategoride yer almaktadırlar.
- **Teknik destek çalışanları:** Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak adına ihtiyaç duyulan metot ve materyallerin geliştirilmesine katkı sağlayan meslek mensuplarıdır. Sağlık kayıt teknisyenleri, acil servis teknisyenleri ve klinik laboratuvar teknisyenleri bu kategoride yer almaktadırlar.
- **Hizmet çalışanları:** Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesine katkı sağlayan çalışanlardır. Bu çalışanlar hasta ile birebir iletişime geçmeyip, çoğunlukla hasta ile birebir iletişime geçen ve teknik desten veren çalışanlara yardımcı olmaktadır. Ambulans şoförleri, mutfak elemanları, temizlik elemanları, güvenlik görevlileri vb. çalışanlar bu kategoride yer almaktadırlar.
- **Yönetim işleri çalışanları:** Sağlık kurumlarının yönetim işlerini gerçekleştiren ve yönetim kuruluna destek veren çalışanlardır. Muhasebe elemanları, doktor sekreterleri, kayıt işlem memurları bu kategoride yer almaktadırlar.
- **Araştırma çalışanları:** Araştırma – geliştirme sürecinde yer alan bilim adamları, hayvan bakıcıları vb. çalışanlar bu kategoride yer almaktadırlar.

Sağlık çalışanlarında görülen başlıca meslek hastalıklar şunlardır:

- Adenovirüs
- AIDS / HIV
- Amoebiasis
- Boğmaca
- Brusella
- CMV
- Difteri

- Helicobacter plori
- Hepatit A
- Hepatit B
- Hepatit C
- Hepatit D
- Herpes simpleks
- Herpes zoster
- Histoplazmozis
- Influenze
- Kabakulak
- Kırım Kongo kanamalı ateş
- Kızamık
- Kızamıkçık
- Konjonktivit
- Kuş gribi
- Leishmaniasis
- Lejyoner hastalığı
- Meningococcal hastalığı
- Multirezistan nozokimyal bakteri
- Norwalk virüs
- Papilloma virüsü
- Parvovirüs
- Pnömokok
- Polio
- Pseudomonass
- Respiratuar sinsityal virüs
- Riketsiya
- Rinovirüs
- Sarıhumma virüsü
- SARS
- Salmonella

- Scabies
- Shigella
- Sfiliz
- Sıtma
- Stafilokoklar – MRSA
- Streptokoklar
- Suçiçeği
- Tetanoz
- Tifüs
- Tinea korporotis
- Tüberküloz
- Veba

Yayımlanan son verilere göre Türkiye’de 2013, 2014 ve 2015 yıllarına ait iş kazaları ve meslek hastalıkları sayıları Tablo 1’deki gibidir.

**Tablo 1. Türkiye’de İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Ölümlü İş Kazası</b>	1360	1626	1252
<b>Meslek Hastalığı</b>	351	494	510
<b>İş Göremezler</b>	1694	1509	3596

Tablo 1 incelendiğinde ölümlü iş kazalarında 3 yıllık dönemde bir azalma yaşandığı görülürken, meslek hastalıklarında yaklaşık %50’lik, iş göremezlerin sayısında ise %100’ün üzerinde bir artış yaşandığı görülmektedir.

## **2.5. Sağlık Kuruluşları**

Sağlık kuruluşlarına ilişkin farklı algılar söz konusu olduğundan bu konuya açıklık ve netlik getirmek adına Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, bir genelge yayınlamış ve bu genelgede sağlık kuruluşlarına ilişkin tanımlara yer vermiştir. Bu genelgede sağlık kuruluşları hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmış olup bu tanımlar şu şekildedir (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 24.03.2013).

- **Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları:** Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri ,112 acil sağlık hizmeti birimi ,üniversitelerin medikososyal birimleri ve belediyelere ait polikliniklerdir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sunan toplumlarda sağlıkta daha eşitlikçi, ihtiyaçlara daha etkin yanıt verebilen bir yapı görülür.
- **Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları:** Sağlık hizmeti veren özel kuruluşlar olmakla birlikte özel sağlık kuruluşları yönetmeliğine tabi olan kuruluşlardır. İş yeri hekimlikleri, evde bakım hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları örnek verilebilir.
- **İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumları:** Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile semt poliklinikleri ,entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleridir.
- **İkinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları:** Sağlık hizmeti veren özel kuruluşlardan özel hastane işletme yönetmeliğine tabi olan kuruluşlardır.
- **Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumları:** Eğitim ve araştırma hizmetlerini yerine getirmek amacıyla kurulan ve bu doğrultuda hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Özellikle üniversite hastaneleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumları arasında yer almaktadır.

Ayrıca, sağlık hizmeti sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kuruluşları;

1) Diyaliz Merkezleri ve Sağlık Bakanlığından Ruhsatlı diğer tedavi merkezleri,

2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarları (Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları),

3) Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri,

Sağlık Hizmeti sunumu bakımından basamaklandırılmayan diğer sağlık hizmeti sunucuları;

- 1) Optisyenlik müesseseleri,
- 2) Tıbbı Cihaz ve Malzeme tedarikçileri,
- 3) Kaplıcalar

### **2.5.1. Sağlık Kuruluşlarının Sınıflandırılması**

Sağlık kuruluşlarına ilişkin tanımlamaların yanı sıra verdikleri hizmete ve kuruluş amaçlarına bağlı olarak sınıflandırma da gerçekleştirilmiştir. Sağlık kuruluşlarının şüphesiz öncelikli amacı sağlık hizmetlerini geliştirmektir ancak bu amaçları dörde ayırmak mümkündür. Sağlık kuruluşlarının amaçları şunlardır (Devebakan 2007: 56);

1. Hasta ve yaralılara tedavi hizmeti sunmak,
2. Sağlık personellerine eğitim vermek,
3. Sağlık hizmetlerine yönelik araştırma ve geliştirme çalışmalarında bulunmak,
4. Toplumun sağlık seviyesini ve sağlık bilincini geliştirmek.

Sağlık kuruluşlarının amaçlarının yanı sıra fiziki yapılarına bağlı olarak da sınıflandırmada bulunmak mümkündür. Bu sınıflandırma türünde iki türe yer verilmekte olup sağlık kuruluşları yataklı ve yataksız sağlık kuruluşu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Yataksız sağlık kuruluşları şunlardır (Devebakan, 2007:58);

- Sağlık Evleri ve Sağlık Ocakları
- Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri
- Dispanserler
- Hıfzıssıhha Enstitüleri
- Bölge Laboratuvarları
- Enterobakteri Laboratuvarı
- Özel Muayenehane ve Laboratuvarlar.

Yataklı sağlık kuruluşları ise şunlardır (Devebakan 2007: 63);

- Sağlık merkezleri
- Hastaneler
- Rehabilitasyon merkezleri

Bahsedildiği üzere sağlık kuruluşlarının sınıflandırılmasına ilişkin birçok farklı kritere göre sınıflandırmaya rastlamak mümkündür. Bir diğer sınıflandırma türü de sağlık kuruluşlarının işlevlerine göre gerçekleştirilen sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma türünde sağlık kuruluşları beşe ayrılmaktadır. Bu sağlık kuruluşları ve kapsamları şu şekildedir (Kavuncubaşı, 2000:341);

- **İlçe Hastaneleri:** İlçe ve daha küçük yerleşim birimlerinde hizmet veren ve sahip olduğu donanımların yetersiz kaldığı durumlarda daha gelişmiş bir sağlık kuruluşuna kontrollü sevk işlemini gerçekleştiren hastanelerdir. Bu hastaneler daha çok acil müdahalelerde ve küçük çaplı sağlık problemlerinde hizmet sunmaktadır.
- **Gün Hastanesi:** Doğrudan bir hastaneye bağlı olup daha küçük ölçekli olan ya da bir hastane ile anlaşma bir şekilde hizmet sunan hastanelerdir. Bu hastaneler 7 / 24 hizmet vermekte olup minimum 5 gözlem yatağına sahiptirler.
- **Genel Hastaneler:** Minimum 50 yatak kapasitesine sahip ve yaşanan sağlık
- Problemi fark etmeksizin hizmet sunan hastanelerdir. Bu hastanelerde de kesintisiz hizmet sunulmaktadır.
- **Özel Dal Hastaneleri:** Belirli bir alanda üstün hizmet sunan hastanelerdir. Bu hastaneler belirli bir hastalık türünde, belirli bir cinsiyet, yaş grubu ya da benzer bir değişkende uzmanlaşmış kurumlardır.
- **Eğitim ve Araştırma Hastaneleri:** Temel önceliği adından da anlaşılacağı üzere araştırma, geliştirme ve eğitim olan hastanelerdir. Ülkemizde ağırlıklı olarak üniversite hastaneleri bu hastaneler arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak her bireyin sahip olduğu temel haklar arasında yer almaktadır. Sosyal devlet statüsündeki ülkelerde sağlık hizmetleri belirli tanımlar içerisinde ücretsiz sunulmaktadır ve her bireye eşit haklar tanınmaktadır. Bununla birlikte çeşitli ülkelerde sağlık hizmetlerinin tamamının ücretli olduğu da görülmektedir. Sağlık kuruluşları, toplumun sağlık düzeyini arttırmanın yanında



sağlık bilincini de arttırmak için çaba sarf etmektedir. Gelişmiş bir topluma sahip olmanın, refah düzeyini arttırmanın temel koşullarından birisi de sağlık hizmetlerinin ve sağlık bilincinin gelişmiş olmasıdır. Bununla birlikte şüphesiz sağlık kuruluşları doğrudan tedavi hizmeti sunmakta olup hastalık ve yaralanmalar karşısında tedavi sunmaktadır (Tengilimoğlu,2014:248).





### **3. SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ**

#### **3.1. Sağlık Çalışanları**

Sağlık sektörü, oldukça geniş bir istihdam alanına sahip olmakla birlikte birçok farklı sağlık personelinin de bünyesinde barındırmaktadır. Bu sebeple her sağlık personelinin ve görevlerinin ele almak yerine öne çıkan sağlık personellerini incelemekte yarar vardır.

##### **3.1.1. Baştabip**

Bu doğrultuda ilk olarak baştabibin tanımına yer vermekte yarar vardır. Baştabip, Sağlık Bakanlığı tarafından atanmakta olup sağlık kuruluşlarının yönetimini gerçekleştiren sağlık personelleridir. Baştabiplerin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:16):

- Yönetiminden sorumlu oldukları sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin en iyi şekilde gerçekleştirilmesini sağlamak. Bu doğrultuda baştabipler minimum haftada bir kez denetlemelerde bulunurlar.
- Yönetiminden sorumlu oldukları sağlık kuruluşlarında en yüksek verimliliği sağlamak ve kalitenin artırılması adına gerekli tedbirleri almak.
- Kanun kapsamında yönetiminden sorumlu oldukları sağlık kuruluşunun tüm iletişimini ve işlevini sağlamak.

##### **3.1.2. Baştabip Yardımcısı**

Sağlık kuruluşlarında baştabipten sonra en yetkili personel baştabip yardımcısıdır ancak adından da anlaşılacağı üzere baştabibin yönetim sürecine katkı sağlamak ve baştabip tarafından verilen görevleri getirmek temel işlevleri arasında yer almaktadır.

##### **3.1.3. Şef ve Uzman**

Sağlık kuruluşlarında yer alan bir diğer personel grubu şef ve uzmanlardır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde hizmet veren servis ve laboratuvar uzmanları şef olarak nitelendirilirken, diğer sağlık kurumlarında hizmet veren servis ve laboratuvar

uzmanları uzman olarak nitelendirilmektedir. Şef ve uzmanların başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:20);

- Klinikler arası koordinasyonu sağlamak, sağlık kuruluşunun sahip olduğu donanımların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak,
- Kurumun diğer klinikler ve kurumlar ile ilişkilerini düzenlemek,
- Personellerin görev dağılımlarını ve çalışma düzenlerini sağlamak.

#### **3.1.4. Anestezi Uzmanı**

Sağlık kuruluşlarında istihdam edilen personel gruplarından anestezi uzmanları, kendilerine sunulan liste doğrultusunda ertesi gün ameliyatı gerçekleştirecek hastalar için ameliyathanenin çalışma düzenini sağlarlar. Anestezi uzmanlarının başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:33);

- Ameliyatı gerçekleştirecek hastalara verilecek narkoz düzeyini belirlemek,
- Ameliyat sonrasında hastanın normal vücut değerlerine ulaşması için gerekli tedbirleri almak ve uygulamak,
- Ameliyatı gerçekleştiren hastaların bakımı ile ilgilenen personellerin amirliğini yapmak,
- Hastaya narkoz verilmesi ve ameliyat sonrası bakımının sağlanması adına gerekli materyallerin teminini sağlamak.

#### **3.1.5. Diş Tabibi**

Sağlık kuruluşlarında hizmet sunan bir diğer personel grubu diş tabipleridir. Diş tabipleri, diş tedavi hizmetleri sunmaktadır. Diş tabiplerinin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:25);

- Diş hastalıkları yaşayan hastalara tedavi hizmeti sunmak,
- Gerekli görülmesi halinde yatması gereken hastaların yerleşimini sağlamak,
- Yeterli olanaklara sahip kurumlarda protez yapmak.

### **3.1.6. Baş Eczacı**

Baş eczacı ise birden fazla eczacıya sahip olan sağlık kurumlarında kurum tarafından götürülen teklif sonucu Bakanlığın da onayı ile göreve getirilmektedir. Baş eczacının başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006: 36);

- Eczanede bulunması gereken ilaçları bulundurmak ve ilaçların tarih kontrolünü sağlayarak tarihi geçmiş ilaç bulunmasını engellemek,
- Eczaneden ıkışı gerçekleşen ilaçların günlük kaydını tutarak gelir ve gider defterlerine işlenmesini sağlamak,
- Uyuşturucu maddelerin Bakanlık tarafından hazırlanmış defterlere gelir ve giderlerini kaydetmek,
- İlaç yapılması anında laboratuvarında bulunmak ve gerekli görülmesi halinde yardımcı olmak,
- Ecza depo memurlarına ve eczane memur ile hizmetlilerine amirlik yapmak,
- Reçete kontrollerini yapmak ya da bu işi yapması için bir eczacı görevlendirmek.

### **3.1.7. Fizyoterapist**

Sağlık kurumlarında istihdam edilen bir diğer personel grubu fizyoterapistlerdir. Bu personel grubu, fizik tedavi hizmeti vermekte olup aynı zamanda rehabilitasyon ekininde yer almaktadırlar. Başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:39);

- Fizik tedavi ihtiyacı oluşan hastalara fizik tedavi hizmetleri sunmak, tıbbi egzersizler yaptırarak,
- Gereklili grldği durumlarda tabibe hastanın durumu hakkında bilgi vermek,
- Hasta konseylerine katılmak,
- Hastaları kazadan korunma yöntemleri hakkında bilgilendirmek, güvenlik önlemleri aldirmek,
- Kullanılan tıbbi malzemelerin bakımını gerçekleştirmek.

### **3.1.8. Diyetisyen**

Diyetisyenler, beslenme ve diyetetik alanında eğitimini tamamlamış sağlık personelleridir. Diyetisyenlerin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006: 42);

- Hastanelerde hastalara çıkan yemeklerin yeterli besin değerlerine ve maddelerine uygun olmasını sağlamak,
- Mutfak, yemekhane ve ambar hizmetlerinin düzenini sağlamak,
- Yemek listelerini ve günlük tabelalarını hazırlamak ya da görevlendirdiği bir sağlık personeline hazırlatmak ve sonunda imzası ile onaylamak,
- Kurumun mutfağı ile ilgili genel gereklilikleri karşılamak ve bunun için personel görevlendirmesinde bulunmak,
- Mutfak personellerini seçmek ve baştabibin onayını almak,
- Bebek ve küçük çocuklara yönelik ihtiyaç halinde yemek hazırlamak ya da direktiflerde bulunarak yemek hazırlatmak,
- Hastaların sağlık problemlerine göre uygun yemekler hazırlamak,
- Hastaların beslenmelerini kontrol etmek,
- İhtiyaç durumunda hastaya rejim yemeği hazırlamak ya da direktiflerde bulunarak rejim yemeği hazırlatmak.

### **3.1.9. Klinik Psikoloğu**

Klinik psikoloğu, hastaların ruhsal sorunlarını tedavi etmek amacıyla hizmet veren sağlık personelidir. Klinik psikologlarının başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:45);

- Hastaların ruhsal problemlerini tedavi etmek, tedavi sürecini yönetmek,
- Hasta – tabip ilişkisini sağlamak,
- Hastalığın belirli bir periyotta ki davranışlarını gözlemlemek, tespitlerde bulunmak ve tedavi yöntemleri geliştirmek,
- Kullanılan materyallerin bakımını yapmak.

### **3.1.10. Baş Hemşire**

Başhemşire, mesleğini minimum 10 yıldır icra eden hemşireler arasında baştabip tarafından teklif edilen ve Bakanlık tarafından atanan hemşiredir. Başhemşire, baştabibe karşı sorumludur ve hemşirelik hizmetlerinin en iyi şekilde getirilmesi ile yükümlüdür. Başhemşirenin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006: 46):

- Başhemşire yardımcılara, servis sorumlusu hemşirelere, baş ebeve ve kendisine bağlı diğer sağlık personellerine amirlik yapmak,
- Hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik öneriler getirmek, aksayan yanların iyileştirilmesini sağlamak,
- Kendisine bağlı sağlık personellerinin görev dağılımı gerçekleştirmek,
- Yine kendisine bağlı sağlık personellerinin mesleki gelişimini sağlamak adına hizmet içi eğitimler vermek ya da hizmet içi eğitimler sağlamak,
- Kendisine bağlı sağlık personellerinin nöbet ve izin düzenlerini sağlamak, oluşturduğu listeyi baştabibin onayına sunmak,
- Bağlı olduğu sağlık kuruluşunun genel temizliğini ve düzenini sağlamak.

### **3.1.11. Hemşire**

Hemşire, bir sağlık kuruluşunda en çok istihdam edilen personeller arasında yer almaktadır. Hemşire olabilmek için sağlık meslek lisesi mezunu olmak yeterlidir. Hemşirelerin bağlı oldukları sağlık kuruluşunda konaklamalarına izin verilmektedir ancak kuruluşun yatak kapasitesinde herhangi bir azalış olmaması koşulu bulunmaktadır. Hemşirelerin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:48);

- Hastaların ve hasta odalarının günlük genel temizliği yapmak ya da yaptırmak,
- Hastaların günlük durumlarını kontrol etmek,
- Hastaların morallerini yükseltmek adına gerekli koşulları sağlamak ve ilgi göstermek,
- Hastaları muayeneye ya da tedaviye hazırlamak,
- Hastaların sorun, tedavi ve bakım süreçlerine ilişkin kayıt tutmak,

- Hastaların rahatsızlıklarına ve durumlarına göre periyodik kontrollerde bulunmak, periyodik sıklığı hastanın durumuna göre belirlemek,
- Gerekli durumlarda hastaların pansumanlarını ve tedavilerini yapmak,
- Nöbet tutmak, nöbet devri esnasında sıradaki nöbetçi hemşireye hasta ile ilgili bilgiler vermek,
- Hastaları duygusal yönden tedavi sürecine ve ameliyata hazırlamak.

### **3.1.12. Ebe**

Sağlık meslek okulu mezunu olan ebeler, doğum ve doğum sürecini gerçekleştiren sağlık personelleridir. Tıpkı hemşirelerde olduğu gibi gerekli durumlarda sağlık kurumunun yatak kapasitesinden bir azalışa yol açmama şartıyla ve baştabip izni ile sağlık kuruluşunda konaklamalarına izin verilmektedir. Eğer ki normal doğum yapılacak ise ebe bizzat doğumu kendisi yaptırır. Ebelerin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:52);

- Doğum güçlüğü yaşayan hastaları uzman tabibe bildirmek,
- Doğum sonrası bebeğin cinsiyeti, boyu, kilosu gibi vücut ölçülerinin kaydını tutmak,
- Doğum sürecinin sağlıklı bir şekilde tamamlanmasını sağlamak,
- İkiz, üçüz ya da daha fazla sayıda doğumu gerçekleştiren bebeklerin doğum sıralarının doğum anlarının kaydını tutmak,
- Sağlıklı bir şekilde doğumu gerçekleştirmeyen bebeklere müdahale etmek,
- Sağlık kuruluşlarında pek çok doğum eş zamanlı gerçekleştiğinden bebeklerin karıştırılmaması adına bebeklerin bileklerine aile bilgilerinin yer aldığı etiket bağlamak,
- Doğumu gerçekleştiren bebeklerin göbek bağının uygun şekilde kesimini yapmak,
- Doğum odalarının genel temizliğinden sorumlu olmak,
- Doğum esnasında ve doğum sonrasında kullanılan materyallerin hijyeninden sorumlu olmak,
- Gerekli donanıma sahip olunması halinde ailelere aile planlaması hakkında bilgiler vermek.



### **3.1.13. Hastane Hizmetlisi**

Hastane hizmetlileri, hastanenin genel temizliğinden, laboratuvarların düzeninden ve her türlü hizmete yardımcı olan sağlık personelleridir. Hastaların taşınmasında, yemek servisinin yapılmasında, kurum içerisinde materyallerin yer değiştirmesinde yardımcı olurlar. Başta tabip olmak üzere hemşire, ebe ve tıbbi teknisyenler tarafından görevlendirilmektedirler. Hastane hizmetlilerinin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen, 2006:53);

- Hastaların taleplerini, serviste meydana gelen kayda değer olayları ve hastanın sağlık durumunda meydana gelen ani değişimleri görevli hemşirelere bildirmek,
- Tabip, hemşire, ebe ya da diğer sağlık personelleri tarafından verilen görevleri yerine getirmek, teslim edilen hastalardan ve materyallerden sorumlu olmak,
- Tabip, hemşire, ebe ve diğer sağlık personellerinin hizmet süreçlerinde destek vermek.

### **3.1.14. Acil Tıp Teknisyeni**

Acil tıp teknisyenleri, sağlık kurumlarının acil hizmet alanlarında hizmet veren personellerdir. Acil servisler ve hasta nakil ambulansları acil hizmet alanları olarak kabul görmektedir. Acil tıp teknisyenlerinin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen 2006:55);

- Kendi güvenliğinin yanı sıra hasta, hasta yakınları ve sağlık personellerinin güvenliğini sağlamak,
- Bilgisayar, telefon ve telsiz gibi acil hizmet gerektiren durumlarda hız kazandıran iletişim araçları kullanmak,
- Ambulans aracını hizmete hazır halde bulundurmak,
- Nakil gerektiren durumlarda hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
- Acil servis hizmetlerinde doldurulması gerekli formları doldurmak, gerek duyulması halinde rapor sunmak,

- Gerekli koşulları sağlaması halinde acil durumlarda temel yaşam desteği uygulamaları gerçekleştirmek,
- Ambulans aracının gerekli hijyenini sağlamak adına tedbirler almak ve çalışmalar yapmak.

### **3.1.15. Hastane Müdürü**

Hastane müdürleri minimum 8 yıllık hastane müdür yardımcılığı deneyime sahip, sağlık bölümlerinin yanı sıra işletme, maliye, hukuk ve iktisat gibi farklı alanlarda eğitimini almış bireylerdir. Bakanlık teşkilatlarında 6 yıllık şube müdürlüğü deneyimine ya da Bakanlık teşkilatlarında daha üst bir mevkide minimum 2 yıl görev yapmış bireyler de hastane müdürü olabilmektedir. Doktora mezunu bireylerde ise hizmet yılı kısıtı aranmamaktadır. Hastane müdürlerinin başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen, 2006:57);

- Baştabibe bağlı hizmet vererek, kurumun idari mali ve teknik hizmetlerini yürütmek,
- Kurumun hizmet etkinliğini arttırmak adına tedbirler almak,
- Satın alım, malzemelerin sevk hizmetlerini yakından takip etmek, gerekli durumlarda müdahalelerde bulunmak,
- Günlük iâşe tabelalarının kontrolünü sağlamak,
- Hasarlı materyallerinin tamirinin yapılmasını ya da yeni materyallerin satın alınmasını sağlamak,
- İdari birimlerinin görevlerini belirlemek, düzenlerini sağlamak.

### **3.1.16. Sağlık İstatistikçisi**

Sağlık personellerinden olan sağlık istatistikçisi, bağlı olduğu sağlık kurumunun tüm istatistiki verilerini düzenlemek ve raporlamak ile yükümlüdür. Başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen, 2006:58);

- Kuruma ilişkin istatistiki veriler hazırlamak, bu verileri uygun şekilde raporlamak ve analiz etmek,
- Kurumun istatistik biriminde hizmet veren personellerin görev dağılımlarını sağlamak, ihtiyaç duyulan materyallerin temini adına üst mercilere talepte bulunmak,

- Tutulması zorunlu formların kaydını tutmak ve düzenini sağlamak,
- Kurum yararına istatistiki tablo ve grafikler hazırlamak,
- İstatistiki verilere ilişkin arşiv oluşturmak,
- Kurumdaki materyallerden hasta kayıtlarına, giderlerden gelirlere kadar tüm istatistiki veriler hakkında bilgi toplamak ve rapor haline getirmek.

### **3.1.17. Hasta Kabul Memuru**

Ele alınan son sağlık personeli grubu hasta kabul memurlarıdır. Hasta kabul memurları, bağlı oldukları kuruma girişi ve çıkışı yapılan hastaların kaydını tutmanın yanı sıra bağlı oldukları kurumda meydana gelen ölümleri ve doğumları da kayıt altına almaktadırlar. Bu temel görevlerin yanı sıra başlıca görevleri şunlardır (Türk Sağlık-Sen, 2006:63);

- Görev saatleri içerisinde hasta kabul yerinde bulunmak,
- Hasta kabul yerinin düzenini ve hijyenini sağlamak,
- Bağlı oldukları kuruma giriş yapan hastaların kimlik bilgilerini ve gerekli evrakları eksiksiz bir şekilde kayıt altına almak,
- Kimliği olmayan hastalara ilişkin üst mercilere bilgi vermek,
- Hastaların tabelalarını hazırlamak,
- Sağlık kuruma giriş yapan hastaların tarih, saat, adres, nakil oldukları servis, çıkış tarihleri, hastalık teşhisi ve tedavi sonuçları gibi birçok bilgiyi kayıt altına almak,
- Sağlık kuruluşunda vefatı gerçekleşen ya da vefatı gerçekleşip sağlık kuruluşuna getirilen bireylerin ölüm zamanlarını, cenazenin gömüldüğü yeri ve cenazeyi teslim alanları kayıt altına almak,
- Doğumu gerçekleşen bebeğin doğum anını, aile bilgilerini ve bebeğin cinsiyetini kayıt altına almak, çıkış anında çıkış bilgileri bu kayıta eklemek,
- Doğumu gerçekleşen bebeğe tabela çıkartılması, anne ve baba için ayrı tabelaları hazırlamak, sağlık kuruluşundan çıkış anında da bu tabelaları birlikte saklamak,
- Doğumu gerçekleşen bebeklerin 30 gün içerisinde baş tabip aracılığıyla nüfus müdürlüğüne bildirimini sağlamak,

- Vefat eden hastaların kayıtlarını ayrıntılı bir şekilde tutarak baştabibe imzalatıp nüfus müdürlüğüne gönderilmek üzere idari memura teslim etmek.

### **3.2. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk ve Tehlikeler**

Sağlık kuruluşlarında iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden risk ve tehlikeleri 4 başlık altında ele almak mümkündür. Bu başlıklar,

- Biyolojik ve kimyasal risk ve tehditler
- Fiziksel risk ve tehditler
- Ergonomik risk ve tehditler
- Psikososyal risk ve tehditler

Tüm bu risk ve tehditler, doğrudan can ve mal ve güvenliğine etki etki ettiği gibi ekonomik olarak da kayıplara yol açmaktadır. İş gücü kaybının yanı sıra performans ve verimlilik üzerinde de olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bu doğrultuda sağlık kuruluşlarında çalışma ortamının sağlıklı ve güvenilir bir hale getirilmesi adına çaba sarf edilmektedir. Bu süreçte kullanılan araçlardan çalışma ortamının dizaynına kadar birçok unsur dikkate alınmalı ve sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır.

#### **3.2.1. Biyolojik ve Kimyasal Risk ve Tehditler**

Sağlık çalışanları, vermiş oldukları hizmet doğrultusunda dezenfektan, antibiyotik ve kanser ilacı gibi birçok kimyasal ile temas halinde olup bu kimyasalların vücuda alınma riski ile karşı karşıyadır. Bu risklere karşılık başlıca alınabilecek tedbirler ise şunlardır (Özkan 2005.112);

- El temizliğinin sağlanması
- Eldiven, önlük, maske ve gözlük gibi koruyucu donanımların kullanılması
- Çalışma ortamının belirli aralıklarla havalandırılması
- Yine çalışma ortamının belirli aralıklarla temizlenmesi

- Kullanımı gerçekleşen kimyasalların uygun koşullarda muhafaza edilmesidir.

Sağlık hizmetleri kapsamında çalışma ortamındaki risk ve tehditlerin minimize edilmesinin yanı sıra hizmet anındaki risk ve tehditlerin de minimize edilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda işletme sahip ve yöneticilerinin yanı sıra çalışanlara da önemli görevler düşmektedir. Şüphesiz işletme sahip ve yöneticileri iş sağlığı ve güvenliğini maksimize etmek ile görevlidir ancak çalışanlar da en başta kendi iş sağlıkları ve güvenliklerini düşünerek hareket etmelidirler.

### **3.2.2. Fiziksel Risk ve Tehditler**

Sağlık hizmetlerinde fiziksel risk ve tehditleri birçok alt başlıkta ele almak mümkündür. Çalışma ortamının ışıklandırmasından, gürültüsünden ve ısısından kaynaklanan birçok risk ve tehdit olduğu gibi nakil esnasında, trafikte ve radyasyon bazlı fiziksel risk ve tehditler de bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarında ağırlıklı olarak 24 saat kesintisiz hizmet verilmektedir. Bu da günün farklı saatlerinde farklı ışıklandırmaya ihtiyaç duyulmasına yol açmaktadır. Sağlık sektörü son derece riskli bir sektör olmanın yanında yüksek konsantrasyona ve motivasyona da ihtiyaç duyulmaktadır. Bu da çalışma ortamındaki ışıklandırmanın hem çalışanların uygun koşullarda olmasına hem de personelin enerjisini ve konsantrasyonunu düşürmeyecek düzeyde olmasını gerekli kılmaktadır (Öcal 2010:24).

Bir sağlık kuruluşunda ışıklandırmanın yeterli düzeyde olmaması başta ameliyathane ve acil servis olmak üzere doğrudan hayati öneme sahip müdahale alanlarındaki risklerin artmasına yol açmaktadır. Bu riskler, hastanın can güvenliğini tehlikeye soktuğu gibi personelin de can ve mal güvenliğinin tehlikeye girmesine neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde bir diğer fiziksel risk ve tehdit unsuru gürültüdür. Gürültü, çalışanların motivasyonunu düşüren bir unsur olmanın yanı sıra, kan basıncının, stresin ve gerginliğin artmasına da neden olmaktadır. Ayrıca çalışanların uyku bozukluğu yaşamasına neden olarak hem performans hem de konsantrasyon üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Kurum içerisinde gerek anonslar yolu ile gerekse de insanlar ve materyaller tarafından oluşturulan gürültünün mevcut risk ve tehditleri arttırdığı bilinmektedir (Öcal 2010:37).

Sağlık kurumları, tıpkı ışıklandırma unsurunda olduğu gibi gün içerisinde farklı sıcaklık değerlerinde hizmet veren kuruluşlardır. Çalışma ortamının fazla sıcak olması hem personelin dikkati hem de motivasyonu üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı gibi fazla soğuk olması da hem hastalar hem de personeller adına riskleri arttırmaktadır. Bu sebeple sağlık kurumları içerisinde farklı alanlar için farklı optimal sıcaklık değerleri belirlenmiştir. Bu değerler şu şekildedir:

- Ameliyathaneler için optimal sıcaklık değeri 20 – 22<sup>o</sup> aralığında,
- Hasta odaları için optimal sıcaklık değeri 22 – 24<sup>o</sup> aralığında,
- Yoğun bakım odaları için optimal sıcaklık değeri 24 – 27<sup>o</sup> aralığındadır.

Sağlık kurumları vermiş oldukları hizmete, donanımına ve buldukları bölgeye göre farklı sınıflandırmalara tabi tutulmaktadır. Bu sınıflandırmalarda da yer verildiği üzere sıklıkla ilk tedavisi yapılan hastanın daha iyi bir tedavi alabilmesi adına bir başka sağlık kuruluşuna nakledildiği görülmektedir. Bu nakil esnasında hastanın yolculuk yapmasının dışında yolculuğa hazırlanması ve sağlık kurumları arasında transferinin gerçekleştirilmesi aşamasında da hem hasta hem de personeller birçok fiziksel risk ile karşı karşıya kalmaktadır. Nitekim yapılan araştırmalarda sağlık kurumları içerisinde meydana gelen yaralanmaların %43'ünün nakil esnasında meydana geldiğine yer verilmektedir. Nakil işlemi kapsamlı bir süreç olmanın yanı sıra yüksek dikkat gerektiğinden ve fiziksel efora dayandığından sağlık personelinin özellikle kas ve iskelet sisteminde hasara yol açtığı görülmektedir (Sözen 2002: 142).

Sağlık kurumlarında yer alan fiziksel risk ve tehditlerden bir diğeri trafikte meydana gelen risk ve tehditlerdir. Acil servis olarak tanımlanan sağlık hizmeti, adından da ön görüleceği üzere acil durumlarda verilen sağlık hizmeti olup her bir saniyenin büyük önem taşıdığı bir süreçtir. Bu hizmet kapsamında ambulans görevleri, zorlu trafik koşullarında mümkün olan en kısa sürede hastaya ve hastayı sağlık kurumuna ulaştırmaya çaba sarf etmektedir. Her ne kadar işinin ehli ambulans şoförleri istihdam edilse de trafik koşulları içerisinde kaza riski daima bulunmaktadır ve pek çok kez de kazalar yaşanmaktadır. Bu kazalarda başta ambulans şoförü olmak üzere ambulans aracında yer alan sağlık personelleri yaralanabilmekte ve hatta hayatlarını kaybedebilmektedirler.

Fiziksel risk ve tehditler içerisindeki son konu başlığı radyasyondur. Teknolojik gelişmeler ile birlikte sağlık hizmetlerinde de büyük gelişmeler kaydedilmiş ve çok fonksiyonlu materyaller sağlık sektörü içerisinde kullanılmaya başlanmıştır. Hastalığın tespiti ve tedavi sürecinde büyük kazanımlar sağlayan bu materyaller beraberinde insan vücuduna zararlı “radyasyon” adı verilen bir enerji yaymaktadır. Radyasyondan korunmanın ise üç temel yolu bulunmaktadır. Bu yollar (Kumbur, Özsoy ve Özer, 2002:154);

1. Radyasyon kaynağından uzak durmak,
2. Radyasyona minimum düzeyde maruz kalmak,
3. Radyasyon kaynağı ile araya kurşun paravan yerleştirmek.

### **3.2.3. Ergonomik Risk ve Tehditler**

Sağlık hizmetleri, oldukça geniş kapsamlı bir olgu olmakla birlikte verilen hizmete göre hastanın başta kas ve iskelet sistemi olmak üzere çeşitli uzuvlarında kayba yol açmak mümkündür. Hastanın tedavisine ilişkin uzun işlem gerektiren müdahalelerde, yataklı hastanın taşınması işlemlerinde ve özellikle de ilk müdahale anında hastanın kas ve iskelet sistemine zarar verildiğine rastlanmaktadır. Hastanın kaldırılması, kucaklanması, döndürülmesi ya da hastanın ileriye uzanması gibi hareketler kas ve iskelet sistemine zarar verebilmektedir. Gündelik yaşamda oldukça normal karşılanabilecek bu hareketler, hastalık anında ve vücudun durumuna bağlı olarak ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Özertürk 1984:262).

Ergonomik risk ve tehditler özelinde sağlık hizmeti verilen kurumlarda kaygan zemin, merdiven ve zemindeki yükseklik farkları gibi unsurların da yer aldığı görülmektedir. Sağlık çalışanları, oldukça yoğun ve stresli bir meslek yaşantısı geçirmenin yanında söz konusu ergonomik risk ve tehditlerden uzak tutularak, fiziksel ortamlarındaki konfor arttırılmalı ve bu sayede olası iş kazası risklerinin azaltılması sağlanmalıdır.

### **3.2.4. Psikososyal Risk ve Tehditler**

Sağlık hizmetlerinde oluşan bir diğer risk ve tehdit unsuru Psikososyal boyuttur. Sağlık hizmetlerinde çoğu zaman ekstrem durumlar yaşandığında acil müdahaleler gerektirmektedir. Doğrudan insan sağlığına etki eden bu müdahaleler

büyük stres oluşturmakla birlikte oldukça da yorucudur. Buna ek olarak 7 / 24 devam bir sektör olması itibari ile nöbet sisteminin oluşturulması da sağlık çalışanlarını zorlayıcı Psikososyal faktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Bu faktörler beraberinde motivasyon ve dikkat kaybı oluşturarak çeşitli risk ve tehditlerin artmasına yol açmaktadır (Keser, Bilgin 2011:31).

**Tablo 2.** Bir Hastanede Meydana Gelen Kazalar ve Sonuçları

Kaza Sebepleri	Kanama	Kesik	Morarma	Burkulma	Kırık	Yanma	Isırma	Kırık Cam	Diğer	Toplam
Hasta Taşıma				105						105
Hasta Kaldırma				83						83
Hastaya Yardım				4						4
Hasta Döndürme				27						27
Düşmeyi Önleme				28						28
Ekipmanı itme			1	25						26
Ekipmanı Kaldırma		1		52	1					54
Ekipmanı Çekme				14						14
Düşme		2	45	67	3				1	118
Çarpma		66	76	5					3	150
Sıkışma		13	68	8	1				1	91
Tehlike Maddeler		3	1			4			47	55
Ziyaretçi	16	11	51	28			8	3	3	120
Kan Dökülmesi	80								1	81
İlaç Reaksiyonu									2	2
Enfeksiyon									10	10
İğne Batması	159	22								181
Bıçak Kesmesi	34	14								48
Bilinmeyen									8	8
Diğer		3	1	112		29			15	160
<b>Toplam</b>	<b>289</b>	<b>125</b>	<b>243</b>	<b>568</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>91</b>	<b>1365</b>

Tablo 2’de Amerika Birleşik Devletleri’nde hizmet veren bir hastanede 1 yıl içerisinde meydana gelen iş kazalarının kayıtlarına yer verilmektedir. 1 yıl içerisinde 1365 iş kazası yaşandığı görülmektedir. Bu kazaların meydana gelmesinde en yaygın



sebeup iğne batmasıdır. Yaşanan tüm kazaların yaklaşık %14'ü iğne batması kaynaklıdır. Bunu yaklaşık %11'lik oranla çarpma ve yaklaşık %9'luk oranla ziyaretçiler takip etmektedir. Tabloda yer alan kaza sebepleri dışında kalan nedenlerle de tüm kazaların yaklaşık %12'lik bir dilimi meydana gelmiştir. Bu kazaların yaklaşık %42'si burkulma ile sonuçlanırken, %21'i kanama, yaklaşık %18'i de morarma ile sonuçlanmıştır.

### **3.3. Risk Değerlendirme Metotları**

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik birçok farklı risk değerlendirme metoduna rastlamak mümkündür. En yaygın risk değerlendirme metotları ise şunlardır:

- L tipi matris analiz metodu
- X tipi matris analiz metodu
- Fine – Kinley metodu
- Hata türleri ve etki analizi metodu
- Ön tehlike analizi metodu

#### **3.3.1. L Tipi Analiz Metodu**

Bu risk değerlendirme metodunda neden – sonuç ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Bu metodun önemli özelliklerinden birisi analizcinin tek başına risk analizi yapmasına imkân sunuyor olmasıdır. Metodun olumsuz sayılabilecek özelliği ise analizi gerçekleştiren analizcinin bilgi ve deneyim birikimine bağlı olarak risk analiz başarı oranının değişkenlik gösteriyor olmasıdır. Bu metot, çoğunlukla acil risk değerlendirmesinde bulunulması gereken durumlarda tercih edilmektedir. İşletmeye riskler ve alınabilecek tedbirler sunmaktadır. (TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2010:38).

**Tablo 3. L Tipi Analiz Metodu**

<b>ŞİDDET</b>					
<b>İHTİMAL</b>	Çok Hafif (1)	Hafif (2)	Orta (3)	Ciddi (4)	Çok Ciddi (5)
<b>Çok Küçük (1)</b>	Anlamsız (1)	Düşük (2)	Düşük (3)	Düşük (4)	Düşük (5)
<b>Küçük (2)</b>	Düşük (2)	Düşük (4)	Düşük (6)	Orta (8)	Orta (10)
<b>Orta (3)</b>	Düşük (3)	Düşük (6)	Orta (9)	Orta (12)	Yüksek (15)
<b>Yüksek (4)</b>	Düşük (4)	Orta (8)	Orta (12)	Yüksek (16)	Yüksek (20)
<b>Çok Yüksek (5)</b>	Düşük (5)	Orta (10)	Yüksek (15)	Yüksek (20)	Yüksek (25)

**Kaynak:** Seber, 2012

L tipi analiz metodunda ihtimal ve şiddet şeklinde iki farklı değişken olup bu iki değişkenin bileşiminde ortaya çıkan değere göre risk değerlendirmesinde bulunmaktadır. Tablo 3'te de yer verildiği üzere riskin gerçekleşme ihtimali ve riskin şiddeti 1 – 5 aralığında numaralandırılmıştır. Sayı değeri arttıkça ihtimal ve şiddet de artış göstermektedir. Şiddet x ihtimal formülünden risk değeri hesaplanmaktadır ve 1 – 6 arasındaki değerleri düşük risk, 7 – 12 arasındaki değerleri orta düzey risk ve 13 – 25 arasındaki değerler yüksek risk olarak nitelendirilmektedir.

### **3.3.2. X Tipi Analiz Metodu**

Bu analiz metodu, L tipi analiz metodunun yerine tek bir analist tarafından gerçekleştirilmesi mümkün olmayan bir yöntemdir. Bu metodun kullanılabilmesi için en az 5 yıllık kaza verilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Son dereceli yüksek disiplin ve tecrübeli takım liderine ihtiyaç duyulan bu yöntemde yaşanan kazalar üzerinden benzer bir kazanın tekrar yaşanma olasılığı belirlenmektedir. Bu olasılık üzerinden çeşitli tedbir önerileri geliştirilmekte, bu önerilerin maliyet hesapları yapılmakta bu doğrultuda alınacak tedbirlere karar verilmektedir.

Bu analiz metodunda 4 ayrı tablo kullanılmaktadır. Bu tabloların ilkinde olayın gerçekleşme ihtimaline, ikincisinde konuya ilişkin yapılan kontrollerin düzeyine, üçüncüsünde olayın gerçekleşmesi halindeki şiddetine ve dördüncüsünde geçmiş kazaların sonuçlarına yer verilmekte bu doğrultuda analiz gerçekleştirilmektedir.

### 3.3.3. Fine – Kinley Metodu

Bu analiz metodunda riskleri sonuçları değerlendirilmektedir. Risklerin gerçekleşme olasılıklarından ziyade doğuracağı sonuçlar ön planda tutulmaktadır. Kullanımı en kolay ve en yaygın metotlardan birisidir. (<https://isgfrm.com>:2018)

**Tablo 4.** Fine – Kinley Metodu

SONUÇLARIN DERECESESİ		
Değer	Açıklama	Kategori
1	Dikkate Alınmalı	Hafif – zararsız veya önemsiz
3	Önemli	Küçük hasar, düşük iş gücü kaybı
7	Ciddi	Önemli zarar, işgücü kaybı
15	Çok Ciddi	Sakatlık, uzuv kaybı
40	Çok Kötü	Ölüm, tam maluliyet
100	Felaket	Birden çok ölüm

**Kaynak:** Seber, 2012

Şüphesiz risk düzeylerinin de belirlendiği bir metottur ve risk düzeylerine göre risklere karşı alınacak önlemler sıralaması yapılmakta ve uygulamaya konulmaktadır. Sonuçların derecelendirilmesinin yanı sıra risklere ilişkin de değerlendirmede bulunmaktadır ve 5 düzeyde uygulama gerçekleştirilmektedir. Bu düzeyler ve uygulamaları şunlardır:

1. Kabul edilebilir risk düzeyinde acil tedbirlere ihtiyaç duyulmamaktadır.
2. Kesin risk düzeyinde söz konusu risk eylem planına alınmaktadır.
3. Önemli risk düzeyinde söz konusu risk dikkatle izlenmekte ve yıllık eylem planına konularak gerekli tedbirler alınmaktadır.
4. Yüksek risk düzeyinde söz konusu risk kısa vadeli eylem planına konulmakta ve tedbirler alınmaktadır.
5. Çok yüksek risk düzeyinde ise çalışmaya ara verilerek söz konusu risk en kısa sürede tedbirler alınarak ortadan kaldırılmaktadır.

### 3.3.4. Hata Türü ve Etki Analiz Metodu (FMEA)

Metot kapsamında sistemin tamamı ya da bir bölümü analiz dahil edilmektedir ve oluşabilecek arızalardan, yaşanabilecek kazalardan sistemin ve bölümlerin nasıl etkileneceğine dair sonuçlar ortaya konulmaktadır. Hata türleri ve etki analizi metodunda dört farklı analiz türü bulunmaktadır. Bunlar;

1. Sistem
2. Tasarım
3. Proses
4. Servis 'tir.

### 3.3.5. Ön Tehlike Analizi Metodu

Bir diğer risk analiz metodu olan ön tehlike analizi metodu, sistem ve proses kaynaklı risklerin tespitinde kullanılmaktadır. Bu metot, çok detaylı sonuçlar vermemenin yanı sıra kontrol listelerinde yer alan bilgilerin doğruluğuna güvenilerek gerçekleştirilmektedir. Bu da metoda ilişkin tercih ilgisinin biraz daha düşük olmasına yol açmaktadır. Mevcut tüm riskler olası sonuçlar için geliştirilecek tedbirler yapılan ölçümler sonucu formülize edilmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda da risklerin meydana gelme sıklıklarına yer verilmektedir.

**Tablo 5. Ön Tehlike Analizi Metodu**

ŞİDDET				
FREKANS	Felaket (1)	Tehlikeli (2)	Pek Az (3)	Önemsiz (4)
Sık Sık Tekrarlanan (A)	1A	2A	3A	4A
Muhtemel (B)	1B	2B	3B	4B
Ara sıra (C)	1C	2C	3C	4C
Pek az (D)	1D	2D	3D	4D
İhtimal Dışı (E)	1E	2E	3E	4E

**Kaynak:** Seber, 2012

Tablo 5'te yer verildiği üzere yeşil renkli riskler için acil bir tedbire ihtiyaç duyulmazken, kırmızı renkli risklere derhal tedbir alınması gerekmektedir. Sarı renkli riskler ise tedbir planına dahil edilmekte ve kısa sürede tedbir alınmaktadır.

## 4. İSG İLE İLGİLİ HUKUKSAL DÜZENLEMELER

### 4.1. Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Yasal Düzenlemeler

Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk yıllarında her alanda görülen reformlar iş sağlığı ve güvenliği alanında da görülmeye başlanmıştır. Bu konu savaştan çıkmış ve yeni kurulmuş bir ülke için temel öncelikler arasında yer almadığından ilk kanunun çıkartılması da 1930 yılında mümkün olmuştur. İş sağlığı ve güvenliğine yönelik tarih boyunca Türkiye Cumhuriyeti’nde hazırlanan kanunlar şunlardır (Özkan 1982):

1. “1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”
2. “3008 Sayılı İş Kanunu”
3. “1475 Sayılı İş Kanunu”
4. “4857 Sayılı İş Kanunu”
5. “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”
6. “6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”

#### 4.1.1. 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik Türkiye Cumhuriyeti’ndeki ilk kanun olma özelliğine sahip olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, bu yönüyle tarihi bir öneme sahiptir. Birinci Dünya Savaşı gibi tarihin o güne kadar ki en büyük savaşına tanıklık edilen topraklarda sonrasında verilen Kurtuluş Savaşı, hem insan gücünün hem de kaynakların tükenmesine, bir ulusun yıpranmasına yol açmıştır. Buna karşın kuruluna cumhuriyet ile birlikte yeni bir sürece başlanmış ve başta ekonomi olmak üzere hemen her alanda yeniliklere imza atılmıştır. Bir toplumu ayakta tutan temel unsurlar ekonomi ve eğitimin yanında şüphesiz sağlıktır. Bu sebeple her ne kadar biraz geç kalınmış olsa da sağlık alanında da bu kanun ile birlikte yenilik çalışmalarına başlanmıştır. Kaynakların yetersiz, sağlık sisteminin gelişmemiş olması o dönemde meydana gelen ölümlerin %15’lik diliminin tek başına verem kaynaklı olmasına yol açmıştır. Bu da sağlık sektöründe köklü bir değişime ve gelişime duyulan ihtiyacın önemli göstergeleri arasında yer almaktadır. Tüm bu göstergelerin karşın ülkenin yeni kurulmuş olması, geçmişten gelen borçların üstlenilmiş olması ve üzerine yaşanan 1929 Ekonomik Buhranı ile birlikte gerekli ekonomik kaynakların ayrılması ve aktarılması mümkün olmamıştır. Mevcut koşullar içerisinde ayrılan kısıtlı bütçeler

doğrultusunda hazırlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yürürlüğe konulmuştur. Bu kanun kapsamında uygulamaya konulan düzenlemeler şunlardır (Demircioğlu, Centel 2012: 99):

- “Kadın istihdamını desteklemek ve sağlıklı çocukların yetiştirilmesi adına hamileliğin 8.ayına gelmiş kadın çalışanlara doğumdan sonraki 3 haftaya kadar ücretsiz izin hakkı tanınmıştır.”
- “Hem eğitime, hem çocuk haklarına hem de birey sağlığına verilen önem doğrultusunda 12 yaşın altındaki çocuklara maden ve sanayi gibi ağır işçilik gerektiren sektörlerde çalışma yasağı getirilmiştir. Aynı yasağa ilave olarak 12 – 16 yaş aralığındaki çocukların ise günde en fazla 8 saat çalıştırılması ve gece vardiyasında yer almamaları yasalaştırılmıştır”.
- “Çalışan sayısı 50’nin üzerinde olan işletmelerin çalışanlara periyodik sağlık kontrolü yaptırması zorunlu hale getirilmiştir. Yine bu yasaya ilaveten çalışan sayısı 50 ile 100 arasında olan işletmelerin, işletme çatısı altında revir bulundurması zorunlu hale getirilmiştir. Çalışan sayısı 500’ün üzerinde olan işletmelere ise işletme çatısı altında toplam çalışan sayısının %1’i kadar yataklı tıbbi bakım hizmeti sunulması zorunlu hale getirilmiştir”.

Kanun kapsamındaki yenilikler göz önüne alındığında dönem itibari ile oldukça modern girişimlerde ve yönlendirmelerde bulunduğu görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti’nin benimsemiş olduğu ilkelere paralellik göstererek işçi sağlığının ön planda tutulduğu bu kanunun uygulamasında ise istenilen düzeye ulaşılamamıştır. Bu durumun başlıca sebepleri ise işletmelerin kanuna bağlılıklarını denetlemede yetersiz kalınması ve henüz ülke yeni kurulmuş olduğundan kamu düzeninin de tam anlamı ile sağlanamamış olmasıdır. Kanunun uygulamada yetersiz kaldığı fark edilerek 6 yıl gibi kısa sayılabilecek bir süre sonra 3008 Sayılı İş Kanunu çıkartılarak uygulamaya konulmuştur.

#### **4.1.2. 3008 Sayılı İş Kanunu**

Türkiye Cumhuriyeti’nde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik ikinci kanun niteliğinde olan 3008 Sayılı İş Kanunu, değişen koşullar ve gelişen ülkenin çalışma yaşamına uygun kanun oluşturulması adına hazırlanmıştır. Bu kanun ile birlikte

çalışma yaşamında “yeni bir dönem” olarak adlandırılan süreç başlamıştır. Bu sürecin yeni bir dönem olarak nitelendirilmesindeki temel sebepler arasında devletin müdahaleci bir tutum ile çalışan hakları korumak adına yoğun bir çaba sarf etmesi gelmektedir. 3008 Sayılı İş Kanunu’na kadarki dönemde ki buna Osmanlı İmparatorluğu’nun son yılları da dahil işçi – işveren haklarının eşitliği adına çaba sarf edilmiştir. Bu kanun ile birlikte ise işçi hakları daha da ön plana çıkartılmış ve işçi haklarının korunması öncelikli hale gelmiştir (Şakar 2006:107).

Kanunun içeriğinde öne çıkan değişimlerden biri çalışanların sınıflandırılmasıdır. Buna göre çalışanlar iki gruba ayrılmaktadır.

1. Bedenen Çalışanlar

2. Fikren Çalışanlar

İş kazaları ve meslek hastalıklarının ağırlıklı olarak fiziksel zararlar verdiği görülmektedir. Nitekim fiziksel zararlarla karşı karşıya kalma olasılığı da bedenen çalışan bireyler açısından daha yüksektir. Hazırlanan kanunlarda da bu sebeple bedenen çalışan bireylerin korunmasına yönelik daha fazla sayıda tedbir alındığı dikkat çekmektedir. 3008 Sayılı İş Kanunu’nda da bedenen çalışan işçilerin ön planda tutulduğu tedbirler alınmıştır ancak çalışan sayısı minimum 10 olan işletmeler kanun kapsamına dahil edilmişlerdir. Bu doğrultuda kanun kapsamındaki tedbir ve yönlendirmeler şu şekildedir (Şakar 2006:123):

- “İşçinin meslek hastalığına yakalanması ya da çalışma alanında rahatsızlanması halinde işveren işçinin tedavisini yaptırmak ve işçinin iş göremediği günler boyunca ücretinin yarısını ödemek ile yükümlü hale gelmiştir”,
- “Gece vardiyaları 8 saat ile sınırlandırılıp, vardiya uzunlukları 15 gün olarak belirlenmiştir”,
- “İşçinin iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak işverenin sorumlulukları arasına girmiştir”,
- “İş sağlığı ve güvenliği kapsamında uygun koşulların sunulmadığı işletmelere cezai yaptırımların uygulanmasına, bu yaptırımlar içerisinde işletmenin kapatılmasına kadar ağır yükümlülükler getirilmiştir”,

- “İş sağlığı ve güvenliği kapsamında her işletmenin konuya ilişkin yönetmelik hazırlaması zorunlu hale getirilmiştir”,
- “Kadın ve çocukların sanayi sektöründe gece vardiyalarında çalıştırılmaları yasaklanmıştır”,
- “İşverenlere işçi alımı sırasında ve işçinin istihdam süresi boyunca sağlık kontrolleri yaptırması zorunlu hale getirilmiştir”.

Kanun kapsamında yapılan düzenlemeler incelendiğinde özellikle işçi sağlığının korunması adına çaba sarf edildiği fark edilmektedir. Bununla birlikte bahsedildiği üzere bedenen çalışan işçilerin ön planda tutulmuş olması ki sanayi ve maden sektörleri bedenen çalışan işçilerin ağırlıkta olduğu sektörlerdir, kanunun belirli sektörler ve çalışanlar özelinde kısıtlı kalmasına sebep olmuştur ki kanuna yönelik genel eleştiriler de bu yönünden dolayı getirilmiştir. Her ne kadar tarım ve hayvancılık sektöründe de bedenen çalışan işçiler yoğunlukta olsa da kanun kapsamında tarım ve hayvancılık sektörü özelinde çok durulmamıştır. Bu da kanunun eksik kalmasına yol açmıştır (Demiroğlu, Centel 2012:130).

#### **4.1.3. 1475 Sayılı İş Kanunu**

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik çıkartılan üçüncü kanun olan 1475 Sayılı İş Kanunu, üç kanun içerisinde en kapsamlı olanıdır. Çıkartıldığı dönem itibari ile iş sağlığı ve güvenliğine yönelik en kapsamlı kanun olan 1475 Sayılı İş Kanunu, bu niteliğine rağmen çeşitli çalışanları kanun kapsamına dahil etmemiştir. Bu çalışanlar şunlardır (Demircioğlu, Centel 2012:149):

- “Deniz ve hava taşımacılığı çalışanları”,
- “Tarım sektöründe faaliyet gösteren çalışanlar”,
- “Ev hizmeti çalışanları”,
- “18 yaşını doldurmamış çıraklar”,
- “Aile ile çalışanlar”.

Kanun kapsamında oldukça açık ve yalın bir şekilde işçi sağlığı ve güvenliğini sağlamak ile işveren sorumlu tutulmuştur. Ancak tüm sorumluluğun işverenlere yüklendiğinden söz etmek de mümkün değildir. Bu noktada işçilerin de kendi iş sağlıkları ve güvenliklerinin yanı sıra çevresindeki diğer işçilerin iş



sağlıklarını ve güvenliklerini de sağlamak adına çeşitli sorumluluklarına yer verilmiştir. Geçmiş iki kanundan farklı olarak bu kanun kapsamında işletmede yaşanan bir iş kazasının bölge müdürlüğüne bildirilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Bu bildiri için de 3 iş gününü içeren zaman sarfı tanımlanmıştır. Geçmiş iki kanundan farklı olarak getirile bir diğer yenilik ise işletmenin faaliyete başlamalarından önce bakanlığa başvuruda bulunmaları ve bakanlığın iş sağlığı ve güvenliğine yönelik çeşitli incelemelerde bulunması zorunluluğunun getirilmiştir olmasıdır. Kanun kapsamında yapılan diğer yenilikler ise şunlardır (Demircioğlu, Centel 2012:164):

- “Kanun kapsamında 16 yaş altı tüm bireylerin çalıştırılmasına ilişkin bir yasak getirilmese de ağır ve tehlikeli sayılan işlerde çalıştırılmalarına yönelik bir yasaklama getirilmiştir”,
- “16 yaşın üzerinde olup ağır ve tehlikeli işlerde çalışacak bireylerin ise hem işe alınmadan önce hem de çalıştıkları süre zarfı içerisinde belirlenmiş sağlık koşullarını sağlayıp sağlamadıklarının belirlenmesi adına sağlık kontrollerine sokulması zorunluluğu gelmiştir”,
- “Hamile kadınların yanı sıra yeni doğum yapan kadınların çalışabileceği işler hakkında da yeni düzenlemelerde bulunulmuştur”.

Söz konusu kanun ile birlikte Türkiye Cumhuriyeti'nin iş sağlığı ve güvenliğine yönelik kanun ihtiyacı 30 yılın üzerinde bir süre boyunca karşılanmıştır. Önceki kanunların aksine çok daha uzun ömürlü olan bu kanun 2003 yılında çıkartılan 4857 Sayılı Kanun ile birlikte kullanım ömrünü tamamlamıştır.

#### **4.1.4. 4857 Sayılı İş Kanunu**

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik çıkartılan kanunlar incelendiğinde, çıkartılan her kanunun bir önceki kanuna göre daha kapsamlı olduğu görülmektedir. Buna karşın her kanunda sürekli olarak kapsam dışında kalan çalışanların olduğu da dikkat çekmektedir ki iş sağlığı ve güvenliğine yönelik kanunların en aksayan, en sorunlu yönü de budur. Bazı kanunlarda sektör bazlı çalışan grupları kapsam dışında kalırken, bazı kanunlarda işletme nitelikleri bazlı çalışan grupları kapsam dışında kalmaktadır. Bu da tüm çalışanları kapsayan, “yeterli” olarak nitelendirilebilecek bir kanun ihtiyacının giderilememesine sebep olmaktadır. Nitekim 4857 Sayılı İş

Kanunu kapsamında yer almayan çalışan grupları da açıkça belirtilmiştir. Buna göre çalışan sayısı 50'nin altında olan orman ve tarım sektörü işletmelerinde istihdam edilen çalışanlar kanun dışında tutulmaktadır (Demircioğlu, Centel 2012:172).

İş yaşantısında karşılaşılan temel sorunların başında işçi ile işveren arasında yaşanan uyumsuzluklardır. Güçlü olan taraf işveren olduğundan bu uyuşmazlıklarda mağdur olan taraf genellikle işçi kesimi olmaktadır. Kanun ile birlikte bu mağduriyetin giderilmesi, en azından minimize edilmesi adına işçi ile işveren arasında sözleşme yapılma zorunluluğu üzerinde durulmuş ve sözleşme kapsamında işçinin haklarına yer verilmesi ve işçi haklarının korunması adına da adımlar atılmıştır.

Kanun kapsamında dikkat çeken maddelerin başında işçilere iş sağlığı ve güvenliği kapsamında tanınan fesih hakkıdır. İşçi, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik karşılaştığı olumsuz bir olayda, durumu kurula bildirmek ile yükümlü hale getirilmiştir. Kurul, işçinin karşılaştığı olumsuzlukları gidermek için tedbirler almak ile yükümlü iken bu tedbirlerin yetersiz olması halinde bahsi geçen fesih hakkının doğmasına karar verilmiştir (4857 Sayılı İş Kanunu).

Kanun kapsamındaki diğer düzenlemeler şu şekildedir:

- “16 yaşından küçük bireylerin ağır ve tehlikeli iş sınıfında yer alan işlerde çalıştırılması yasaklanmıştır”,
- “Ağır ve tehlikeli iş sınıfında yer alan işlerde istihdam edilecek bireylerin işe alımından önce sağlık kontrollerinden geçirilmesi, işe alınan bireylerin periyodik olarak her yıl sağlık kontrolünden geçirilmesi zorunluluğu getirilmiştir”,
- “Sağlık kontrollerine ilişkin aynı madde, 14 – 18 yaş aralığındaki çalışanlar için sektör ayırt edilmeksizin zorunlu hale getirilmiştir”,
- “Kadınların istihdamına yönelik güncellemeler yapılmış ve hamile kadınlar ile yeni doğum yapmış kadınların çalışmasına izin verilmeyen işlere daha detaylı bir şekilde yer verilmiştir, ayrıca yeni doğum yapan kadınların emzirme saatlerine ilişkin de güncellemede bulunulmuştur”.

İş sağlığı ve güvenliği adına yapılan birçok yasal düzenleme mevcut olmakla birlikte tam anlamı ile tüm sektörleri ve çalışanları bünyesine alarak oluşturulmuş kanun 4857 Sayılı İş Kanunu olmuştur.

#### **4.1.5. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**

İş sağlığı ve güvenliği iki aşamadan oluşan süreçtir. İlk aşamada iş sağlığını korumak ve güvenlik sağlamak adına tedbirler alınmakta, riskler minimize edilmektedir. İkinci aşamada ise iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bir sorun yaşanmış olup kaza gerçekleşmiş ya da meslek hastalığına yakalanılmıştır ve oluşan durumun çözümüne veya zararlarının minimize edilmesine yönelik çaba sarf edilmektedir. “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, geçmiş kanunların aksine iş sağlığı ve güvenliğinin ikinci aşamasına odaklanılan bir kanun niteliğindedir. Tarafların haklarını korumaya yönelik bir yasadır.

#### **4.1.6. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu**

Kanun kapsamında iş sağlığı ve güvenliğine yönelik geçmiş kanunların kapsamı genişletilmiştir. Yapılan değişiklikler ve eklemeler şunlardır:

- “Sektör ve kesim fark edilmeksizin tüm çalışanlar kanun kapsamına dahil edilmiştir”.
- “Geçmiş dönemlerde uygulanan işletme sektörü, çalışan sayısı gibi kriterler çalışanların kanun kapsamına dahil edilmelerinde değişken olmaktan çıkartılmıştır”.
- “Stajyer ve alt çalışanlar da normal çalışanlar gibi kanun kapsamına dahil edilmiştir”.
- “Tüm çalışanların iş sağlığı ve güvenliği kapsamında kabul görmesi ve gerçekleştirilen uygulamalardan yararlanması sağlanmıştır”.
- “Tüm işletmelerin de herhangi bir kriter şartı gözetilmeksizin kanun kapsamında kabul görmesi ve uygulama yükümlülüğü getirilmesi sağlanmıştır”.

## **4.2. İSG’de İşverenin Yükümlülükleri**

### **4.2.1. İş Yeri Kurma İzni ve İşletme Belgesi Alma Zorunluluğu**

Bir işletmenin yasal olarak faaliyete başlayabilmesi için gerekli kurumlara başvuruda bulunması ve gerekli koşulları sağlaması gerekmektedir. İş sağlığı ve güvenliği alanında yaşanan gelişmeler ile birlikte işletmelerin faaliyete başlayabilmeleri için getirilen koşullar arasında iş sağlığı ve güvenliğine yönelik de birçok tedbire yer verilmektedir. Günümüz yasaları içerisinde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik öncelikli sorumluluk işverenlere aittir. İşverenlerin ilk yükümlülüğü ise işletme belgesine sahip olmalarıdır. İşletme belgesine sahip olmayan bir işletme yasal olmayacağı gibi yaşanan iş kazalarında da yasadışı faaliyette bulunduğundan doğrudan işveren sorumlu tutulmaktadır.

İş yeri kurma izin belgesi alma zorunluluğu için; 4587 Sayılı İş Kanunu kapsamında;

- Sanayi, Tarım, Orman ve Ticaret işletmeleri bünyesinde minimum 10 çalışanın bulunduran ve ilgili yönetmelik kapsamında koşulları sağlayan işletmeler,
- Çalışan sayısı gözetilmeksizin kimyasal madde üreten, kullanan ya da depolayan işletmelerin tamamı,
- İnşaat ya da maden sektöründe faaliyet gösterip sabit tesis olan işletmelerin tamamı işyeri kurma izin belgesi almak ile yükümlüdür.

Bu doğrultuda tarım ve orman sektöründe faaliyet gösterecek işletmelerin iş yeri kurma izin belgesi alma zorunluluğu bulunmadığı gibi, 10 çalışanın üzerindeki işletmelerinde iş yeri kurma izin belgesi alma zorunluluğu bulunmamaktadır (Süzek 2006: 79).

### **4.2.2. Gerekli Her Türlü Önlemleri Alma Yükümlülüğü**

İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin gerçekleştirilen yasal düzenlemelerde esas sorumluluk işverene aittir ve çalışanlara uygun çalışma koşullarını sunmanın yanında iş sağlıklarını ve güvenliklerini sağlama yükümlülüğü de getirmektedir. Bu sebeple olası risklere karşı alınması gereken her türlü önlemleri almak işletme yönetiminin

sorumluluğundadır. Birey bazlı kusur ve hatalar farklı bir konu olduğundan bu alanlar işverenin sorumluluğunda değildir.

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik gelişmiş ülkelerin daha önce yaptırımlarda bulunduğundan söz etmek mümkündür. Bu durum hazırlanan iş sağlığı ve güvenliği yönetmeliklerinde gelişmiş ülkelerin konuya ilişkin yönetmeliklerinden faydalanılmasına yol açmıştır. Farklı olarak her ülkenin kendine özgü ihtiyaçları ortaya çıktığından uyarılma sürecinde bu ihtiyaçlara bağlı olarak özelleştirmelere gidilmiştir. Uygulamaya konulan kanun kapsamında oldukça detaylı bir tutum sergilenmiş ve işletmelerin iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini esnetmelerinin önüne geçilmesi adına çaba sarf edilmiştir. Temel öncelik iş kazalarının ve meslek hastalıklarının minimize edilmesi, mevcut risk ve tehditlerin azaltılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda en büyük sorumluluk işletmelere ait olduğundan yapılan düzenlemelerle de işletmelerin sorumluluklarından kaçmalarına yönelik tedbirler alınmasına gayret gösterilmiştir. Türkiye'nin Avrupa Birliği ile gerçekleştirdiği müzakereler neticesinde Avrupa Birliği'ne uyum süreci kapsamında iş sağlığı ve güvenliğine yönelik de uyum çalışmaları gerçekleştirilmiş ve bu çalışmalar yönetmelikler halinde uygulamaya konulmuştur. Bu süreçte uygulamaya konulan başlıca yönetmelikler şunlardır (Süzek 2006: 84):

- 09.12.2003 tarihli “İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği”
- 16.12.2003 tarihli “İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında” Yönetmelik
- 23.12.2003 tarihli Gürültü Yönetmeliği
- 23.10.2003 tarihli “Yapı İşlerine Sağlık ve Güvenlik Yönetmeliği “
- 26.12.2003 tarihli “Patlayıcı ortamların Tehlikelerinden Çalışanların Korunması Hakkında Yönetmelik”
- 26.12.2003 tarihli “Kimyasal Maddelerle Çalışmalarını Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik”
- 20.1.2004 tarihli “İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”

- 11.2.2004 tarihli “Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik”
- 21.2.2004 tarihli “Yer Altı ve Yerüstü Maden İşletmelerinde Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği “
- 5.3.2004 tarihli “İşyerlerinde İşin Durdurulmasına ve İşyerlerinin Kapatılmasına Dair Yönetmelik”
- 7.4.2004 tarihli “Çalışanların İş sağlığı ve Güvenliği Kuralları Hakkında Yönetmelik”
- 16.6.2004 tarihli “Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği”
- 17.12.2004 tarihli “İşyeri Kurma İzni ve İşletme Belgesi Alınması Hakkında Yönetmelik”, “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Yönetmeliklerin” en önemlileri arasında sayılabilir.

#### **4.2.3. Denetleme Yükümlülüğü**

İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasındaki temel öncelik gerekli tedbirlerin alınması ve risklerin minimize edilmesidir. Buna karşın tek başına tedbirler alınması da yeterli değildir. Alınan tedbirlerin belirli aralıklarla denetlenmesi, tedbirlere uyulmasına yönelik kontrol sağlanması ve oluşabilecek yeni risklerin kontrolünü sağlamak da işletme yönetiminin sorumluluğundadır. Bu sebeple denetleme yükümlülüğü, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında işverene yüklenen ve büyük önem arz eden bir sorumluluktur. Ciddi bir denetim alınan tedbirlerin uygulanıp, uygulanmadığının ve karşılaşılan aksaklıkların giderilmesine yönelik aktif bir kontrol mekanizması sağlanır.

#### **4.2.4. Eğitim Verme ve Bilgilendirme Yükümlülüğü**

İş sağlığı ve güvenliği adına risklerin minimize edilmesi ve tedbirlerin alınması da kazaları önleme adına yeterli değildir. Konuya ilişkin bilincin arttırılması, hem toplumsal gelişim adına hem de riskleri azaltmak adına önemli bir aşamadır. Bu doğrultuda çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanında eğitilmeleri de işverenlerin yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda kurum içi eğitimler, bu yükümlülüğü yerine getirmek adına son derece faydalı olmaktadır. Günümüz teknoloji koşullarında sektörü fark etmeksizin hemen her sektörde

teknolojik gelişmeler yakından takip edilmektedir ve işletmelerde kullanılan donanımlar sıklıkla güncellenmektedir. Bu da çalışanlara verilmesi gereken eğitimlerin süreklilik göstermesi adına yeterli bir durumdur (Süzek 2006:142).

#### **4.2.5. İş Yerini İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Örgütlenme Yükümlülüğü**

##### **4.2.5.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu**

İş sağlığı ve güvenliği konusunda genel yeterlilik düzeyine ulaşılabilmesi için İSG kapsamında olan tüm tarafların konuya ilişkin bilincinin yüksek olması ve aynı zamanda sorumluluk duygusunun da gelişmesi gerekmektedir. Taraflardan biri çalışanlardır ki konuya ilişkin en büyük mağduriyeti yaşayan onlardır. Tüm yasal düzenlemeler ve çabalar çalışanların mağduriyetlerini gidermek adına gerçekleştirilmektedir. Bir diğer taraf işverenlerdir ki çalışanların iş sağlıklarını ve güvenliklerini sağlamak temel görevleri arasında yer almaktadır. Bu görevlerin yerine getirilmemesi halinde ise yasal düzenlemeler ile birlikte cezai yaptırımlar uygulanmaktadır. Bir diğer taraf ise devlettir. Devlet, her bireyin can ve mal güvenliğini sağlamak ile yükümlüdür. İş dünyasında ise bu sorumluluk işverenlere ait olurken, devlet de işverenlerin bu sorumluluğu yerine getirmesi adına yasal düzenlemeler getirmek ve gerekli denetimlerde bulunmak ile yükümlüdür. İş sağlığı ve güvenliği kurulu da bu yükümlülük doğrultusunda yasal olarak işletmelere yüklenen bir sorumluluktur. Çalışan sayısı minimum 50 olan ve bunun yanı sıra minimum 6 ay boyunca sürekli hizmet veren işletmelere bu sorumluluk yüklenmiş durumdadır.

İş Sağlığı ve güvenliği kurulunda 6 üye yer almaktadır. Bu üyeler şunlardır (Süzek 2006:157):

- 1 işveren vekili
- 1 iş güvenliği uzmanı
- 1 işyeri hekimi
- 1 insan kaynakları görevlisi
- 1 usta vb.
- 1 sağlık ve güvenlik temsilcisi

#### **4.2.5.2. İşyeri Hekimi Çalıştırma**

Geçmiş dönemlerde işyeri hekimi çalıştırma yükümlülüğü işverenlere yüklenmemiş olsa da 4857 Sayılı Kanun kapsamında bu yükümlülük getirilmiştir. Bu kanuna göre önleyici tedbirleri almanın yanı sıra oluşabilecek kaza ve hastalıklarda acil müdahale ve tedavi adına işyeri hekimi çalıştırma zorunluluğu işletmelere getirilmiştir.

#### **4.2.5.3. İşyerinde Sağlık Birimleri Kurma ve İşletme**

Bu yükümlülük ile yalnızca minimum 50 çalışana sahip olan işletmeler sorumlu tutulmuştur. 50 çalışanın üzerinde çalışan sayısına sahip işletmeler genel işletmelerin yaklaşık %2'sine tekabül etmektedir. Bu sebeptendir ki söz konusu yükümlülük oldukça kısıtlı bir kesim için geçerlidir. Bununla birlikte daha az çalışana sahip işletmelere de benzer ama daha düşük nitelikte yükümlülükler de uygulamada yer almaktadır.

#### **4.2.5.5. Sağlık ve Güvenlik İşçi Temsilcileri**

İşletmelerde sağlık ve güvenlik işçi temsilcileri bulundurulmasına ilişkin geçmiş dönemde yasal zorunluluklar getirilmiş olsa da daha sonra bu zorunluluk ortadan kaldırılmıştır. İşletmelerde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik işçi haklarını koruma adına çaba sarf edildiğinden meydana gelen kaza ve meslek hastalıklarında işverenin sorumluluğu yüksek olmaktadır. İşletme bünyesinde sağlık ve güvenlik işçi temsilcilerinin bulundurulması, zorunluluk olmasa dahi işverenin çıkarına bir durumdur. Yasal zorunluluk olmaksızın bu yönde bir tavır sergilemek işverene fayda sağladığı gibi çalışanların can ve mal güvenliklerinin de daha korunaklı bir hale gelmesini sağlamaktadır. İşletmenin çalışan sayısına ve faaliyette bulunduğu sektöre göre sağlık ve güvenlik işçi temsilcisine duyduğu ihtiyaç da şüphesiz farklılık göstermektedir.



## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı araştırma modeli ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı araştırma, bir problemle ilgili durumları, değişkenleri ve değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamaya yönelik olarak gerçekleştirilen bir araştırma modelidir. Buna göre araştırmada hastanelerin iş güvenliği ve sağlığı açısından mevcut durumları analiz edilmeye çalışılmış; bunun yanı sıra hastane çalışanlarının iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumları ve ilgili tutumları incelenmiştir.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma kapsamında, yer olarak “Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi” tercih edilmiştir. Cumhuriyet Üniversitesi, 1973 yılında Sivas’ta kurulmuş olup kuruluşu Türkiye Cumhuriyeti’nin 50.yılına denk gelmektedir. Nitekim 50.yıl anısına kurulan bu üniversite dönemin milli eğitim bakanı olan Orhan Cengiz’in teklifi ile hayata geçirilmiştir. Hacettepe Üniversite’sine götürülen teklifte Hacettepe Üniversitesi’ne olarak kurulmuş ve tıp fakültesine dekanı olarak da Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Profesörü Yılmaz Sanaç atanmıştır.

- 182 öğretim üyesi,
- 273 araştırma görevlisi,
- 1064 yatak

### 5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan sağlık personelleri oluşturmaktadır.

### 5.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi ise “Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde” çalışan 250 sağlık personeli oluşturmaktadır.

### **5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerde yer alan demografik özellikler bağımsız değişkenken “sıklık, kaza, risk ve koruyucu” ölçekleri bağımlı değişken konumundadır. Bağımsız değişkenler şunlardır:

- Katılımcıların cinsiyetleri,
- Katılımcıların yaşları,
- Katılımcıların eğitim düzeyleri,
- Katılımcıların görevleri,
- Katılımcıların çalışma saatleri,
- Katılımcıların çalışma türleri,
- Katılımcıların kıdemleri,
- Katılımcıların mesleki deneyimleri,
- Katılımcıların iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları,
- Katılımcıların sağlıklarını etkileyen tehlike ve riskler hakkında bilgi sahibi olma durumları,
- Katılımcıların iş kazası geçirmiş olma durumları,
- İş kazası geçiren katılımcıların rapor alma durumları,
- Katılımcıların meslek hastalığına yakalanma durumları,

### **5.6. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplamak amacıyla anket uygulamasından faydalanılmıştır. Anketin ilk iki sorusu hastanenin iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına sahip olma düzeyini belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Sonraki sorularda çalışanların hastanelerinde iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumlarına ilişkin sorular ve bu konu ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik çeşitli ifadeler içermektedir. Ölçekte yer alan sorular dikotom (çift seçenekli; evet / hayır), (kapalı uçlu)ve çalışanların meslek hastalıklarına yakalanma ve iş kazalarına maruz kalma durumları ile koruyucu kullanmaya karşı tutumları ile ilgili sorularda 5’li likert ölçeğinde düzenlenmiştir. Seçenekler “her zaman, genellikle, bazen, nadiren ve hiçbir zaman” şeklinde olup değerlendirmeler her zaman seçeneğine 5, hiçbir zaman seçeneğine 1 puan verilerek ölçümlendirilecektir.

### **5.7. Verilerin Toplanması**

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanları (sağlık tekniker, teknik personel, yardımcı sağlık çalışanı, hemşire ve ebeler) ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu yolu ile toplanmıştır. Gönüllülere, araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isim yazılmayacağı, bu çalışmadan toplanılacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. Veri toplama 01 Nisan 2018 - 01 Ağustos 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anketin doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür.

### **5.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin SPSS 18.0 programına girişi sağlanmış ve verilerin değerlendirilmesi sürecinde frekans tablolarına, güvenilirlik analizine, normallik testine ve fark testlerine yer verilmiştir. Araştırma %95 güven düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

### **5.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce etik kuruldan izin alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı yerden Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü aracılığıyla, "Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden" yazılı izin alınmıştır.

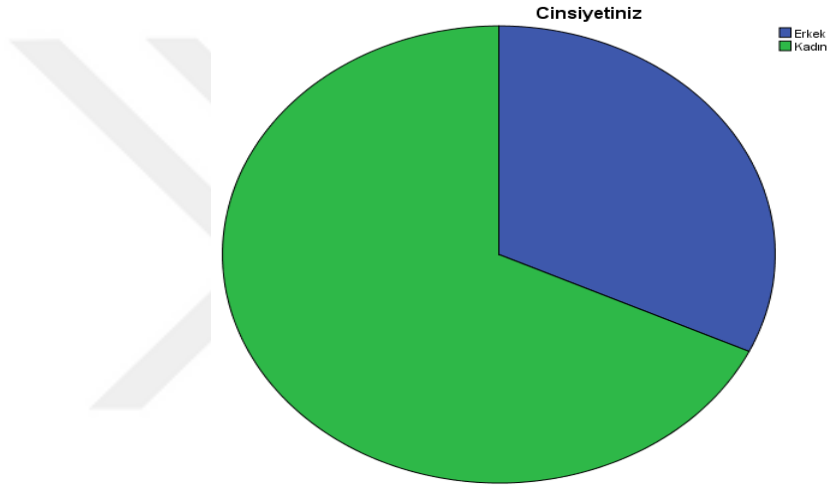


## 6. BULGULAR

### 6.1. Demografik Bulgular

**Tablo 6.** Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı

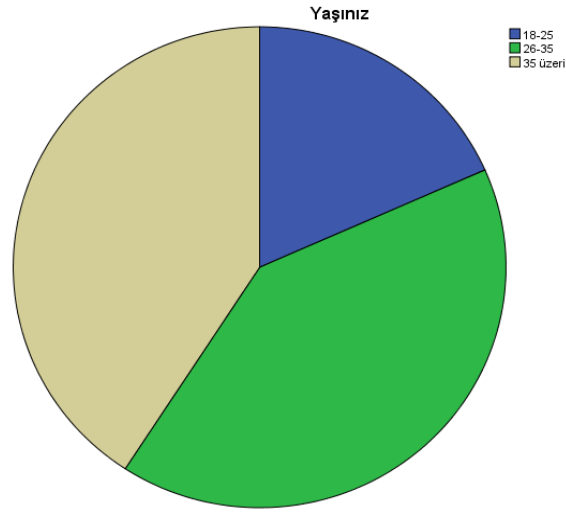
Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Erkek	47	31,3
Kadın	100	66,7
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0



Katılımcıların %68'i (100) kadın, %32'si (47) erkektir.

**Tablo 7.** Katılımcıların Yaş Dağılımı

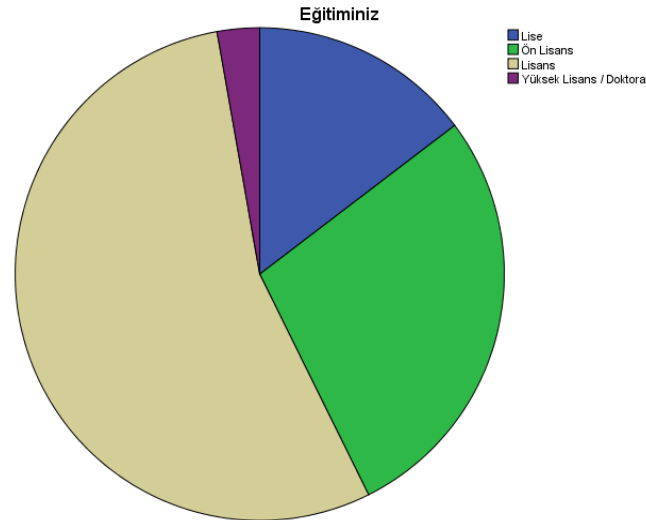
Yaş	Frekans	Yüzde
18-25	27	18,0
26-35	60	40,0
35 üzeri	60	40,0
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0



Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde %40,8'inin (60) 35 yaş üzerinde, yine %40,8'inin (60) 26-35 yaş aralığında olduğu, %18,4'ünün (27) ise 18-25 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

**Tablo 8.** Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımı

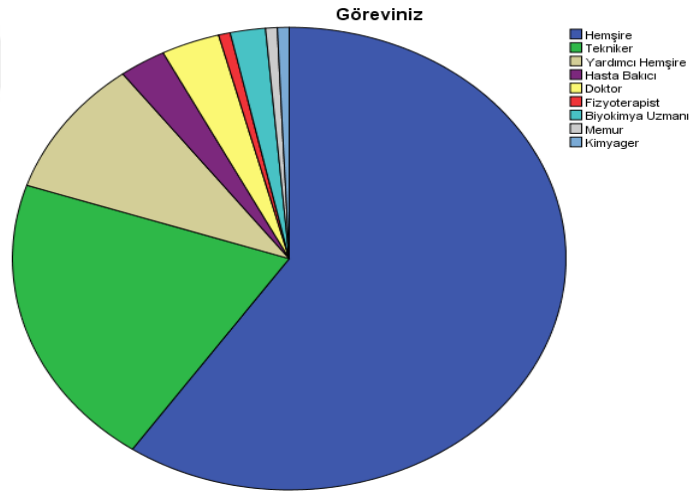
Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
Lise	21	14,0
Ön Lisans	40	26,7
Lisans	78	52,0
Yüksek Lisans / Doktora	4	2,7
Toplam	143	95,3
Kayıp	7	4,7
Toplam	150	100,0



Katılımcıların %54,5'i (78) lisans mezunu iken, %28'i (40) ön lisans mezunu, %14,7'si (21) lise mezunu, %2,8'i (4) yüksek lisans ya da doktora mezunudur.

**Tablo 9.** Katılımcıların Görev Dağılımı

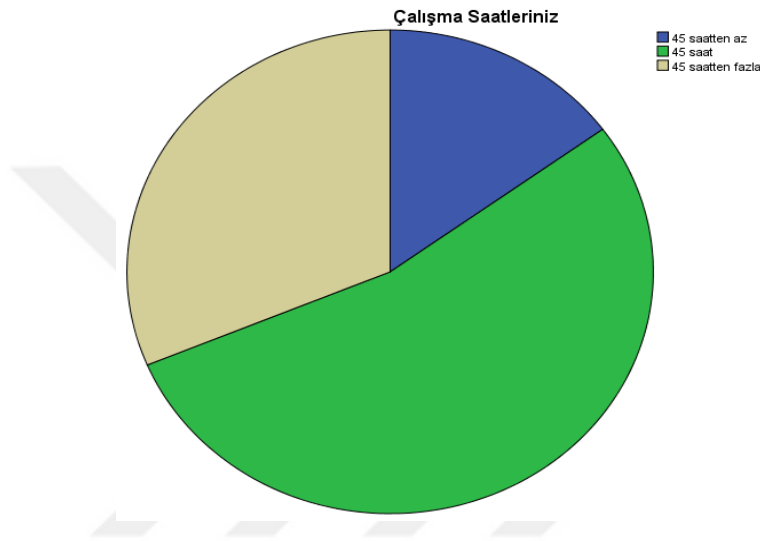
Görev Durumu	Frekans	Yüzde
Hemşire	87	58,0
Tekniker	30	20,0
Yardımcı Hemşire	14	9,3
Hasta Bakıcı	4	2,7
Doktor	5	3,3
Fizyoterapist	1	,7
Biyokimya Uzmanı	3	2,0
Memur	1	,7
Kimyager	1	,7
Toplam	146	97,3
Kayıp	4	2,7
Toplam	150	100,0



Katılımcıların görev dağılımları incelendiğinde %59,6'sının (87) hemşire olduğu görülmektedir. Katılımcıların %20,5'i (30) tekniker, %9,6'sı (14) yardımcı hemşire, %3,4'ü (5) doktor, %2,7'si (4) hasta bakıcı, %2,1'i (3) biyokimya uzmanı, %0,7'si (1) memur ve yine %0,7'si (1) kimyagerdir.

**Tablo 10.** Katılımcıların Çalışma Saatleri Dağılımı

Çalışma Saatleri	Frekans	Yüzde
45 saatten az	22	14,7
45 saat	79	52,7
45 saatten fazla	46	30,7
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0

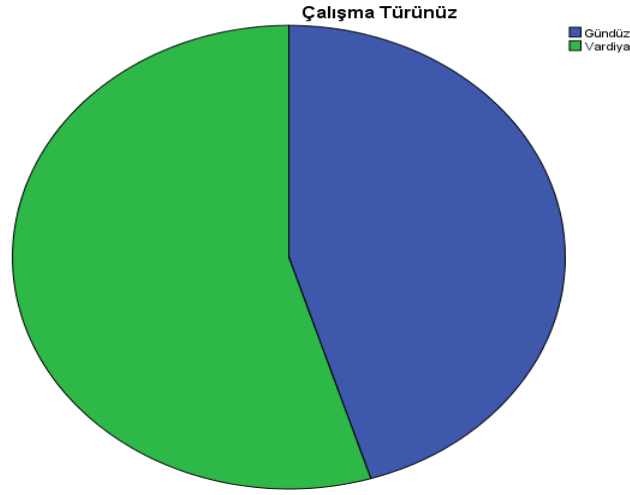


Katılımcıların 53,7'si (79) haftalık 45 saat çalışırken, %31,3'ü (46) 45 saatten fazla, %15'i (22) ise 45 saatten az çalışmaktadır.

**Tablo 11.** Katılımcıların Çalışma Türü Dağılımı

Çalışma Türü	Frekans	Yüzde
Gündüz	66	44,0
Vardiya	80	53,3
Toplam	146	97,3
Kayıp	4	2,7
Toplam	150	100,0

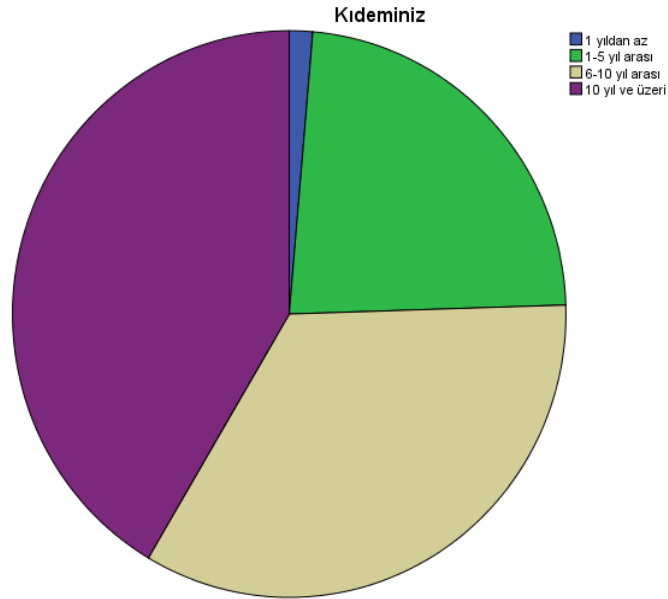




Katılımcıların %54,8'i (80) vardiyalı çalışırken, %45,2'si (66) gündüz çalışmaktadır.

**Tablo 12.** Katılımcıların Kıdem Dağılımı

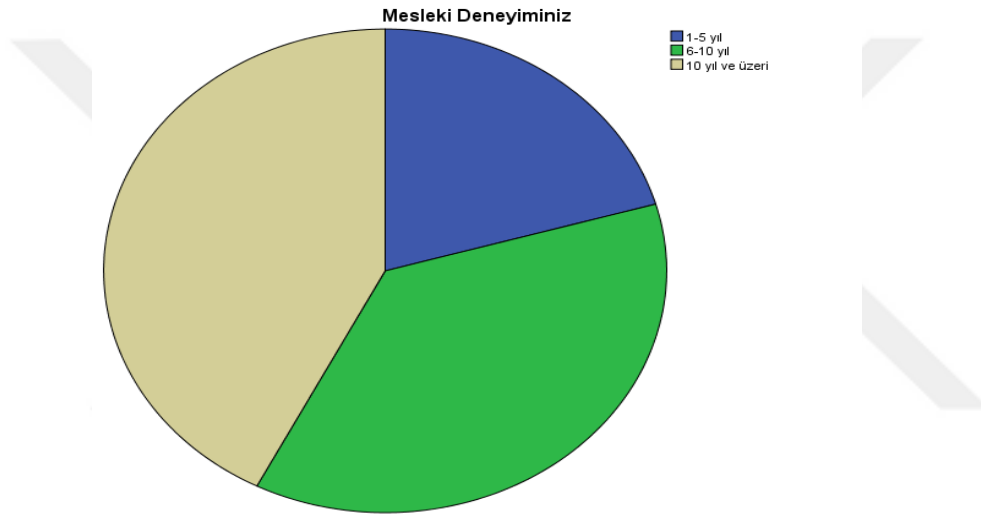
Kıdem Durumu	Frekans	Yüzde
1 yıldan az	2	1,3
1-5 yıl arası	34	22,7
6-10 yıl arası	50	33,3
10 yıl ve üzeri	61	40,7
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0



Katılımcıların %41,5'i (61) 10 yıl ve üzeri kıdeme sahipken, %34'ü (50) 6-10 yıl arası, %23,1'i (34) 1-5 yıl arası ve 1,4'ü (2) 1 yıldan az kıdeme sahiptir.

**Tablo 13.** Katılımcıların Mesleki Deneyim Dağılımı

Mesleki Deneyim	Frekans	Yüzde
1-5 yıl	30	20,0
6-10 yıl	54	36,0
10 yıl ve üzeri	62	41,3
Toplam	146	97,3
Kayıp	4	2,7
Toplam	150	100,0

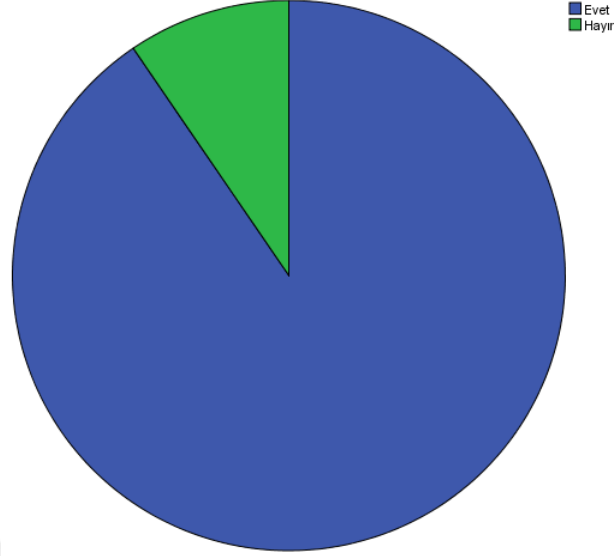


Katılımcıların mesleki deneyimleri dağılımları incelendiğinde %42,5'inin (62) 10 yıl ve üzerinde, %37'sinin (54) 6-10 ve %20'sinin (30) 1-5 yıl aralığında mesleki deneyime sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 14.** Katılımcıların İSG Eğitimi Alma Dağılımı

İşiniz ile ilgili İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi aldınız mı?	Frekans	Yüzde
Evet	133	88,7
Hayır	14	9,3
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0

İşiniz ile ilgili İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi aldınız mı?

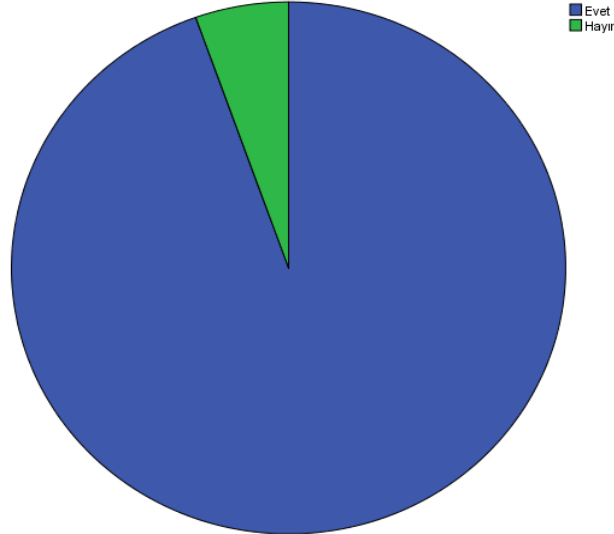


Katılımcıların %90,5'i (133) işi ile ilgili iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alırken, %9,5'i (14) iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almamıştır.

**Tablo 15.** Katılımcıların Bilgi Dağılımı

İşyerinde sağlığını etkileyen tehlike ve riskler hakkında bilginiz var mı?	Frekans	Yüzde
Evet	139	92,7
Hayır	8	5,3
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0

İşyerinde sağlığını etkileyen tehlike ve riskler hakkında bilginiz var mı?



Katılımcıların işyerinde sağlıklarını etkileyen tehlike ve riskler hakkında bilgileri olup olmadığı incelendiğinde %94,6'sının (139) bilgisi olduğu, %5,4'ünün (8) ise bilgisinin olmadığı görülmektedir.

**Tablo 16. Katılımcıların İş Kazası Yaşama Dağılımı**

Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?	Frekans	Yüzde
Evet	89	59,3
Hayır	58	38,7
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0

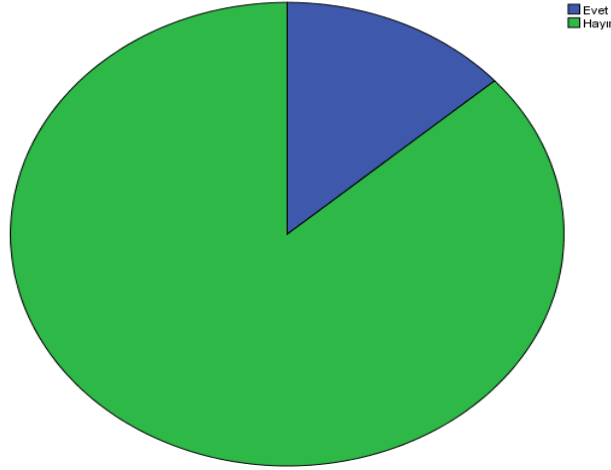


Katılımcıların %60,5'i (89) çalıştığı hastanede iş kazası geçirirken, %39,5'i (58) çalıştığı hastanede iş kazası geçirmemiştir.

**Tablo 17. Katılımcıların Rapor Alma Dağılımı**

Eğer iş kazası geçirdiyse, iş kazası geçirdikten sonra rapor aldınız mı?	Frekans	Yüzde
Evet	12	8,0
Hayır	77	51,3
Toplam	89	59,3
Kayıp	61	40,7
Toplam	150	100,0

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

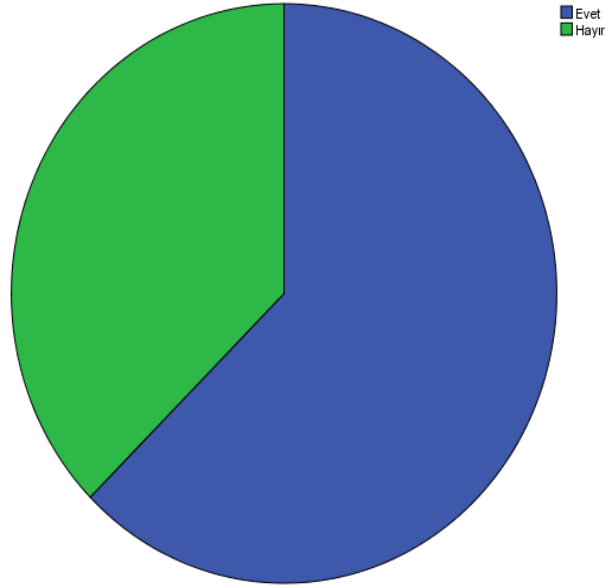


Katılımcıların %86,5'i (77) geçirdiği iş kazası sonrası rapor almazken, %13,5'i (12) geçirdiği kaza sonrası rapor almıştır.

**Tablo 18.** Katılımcıların Meslek Hastalığı Yaşama Dağılımı

Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?	Frekans	Yüzde
Evet	92	61,3
Hayır	55	36,7
Toplam	147	98,0
Kayıp	3	2,0
Toplam	150	100,0

Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?

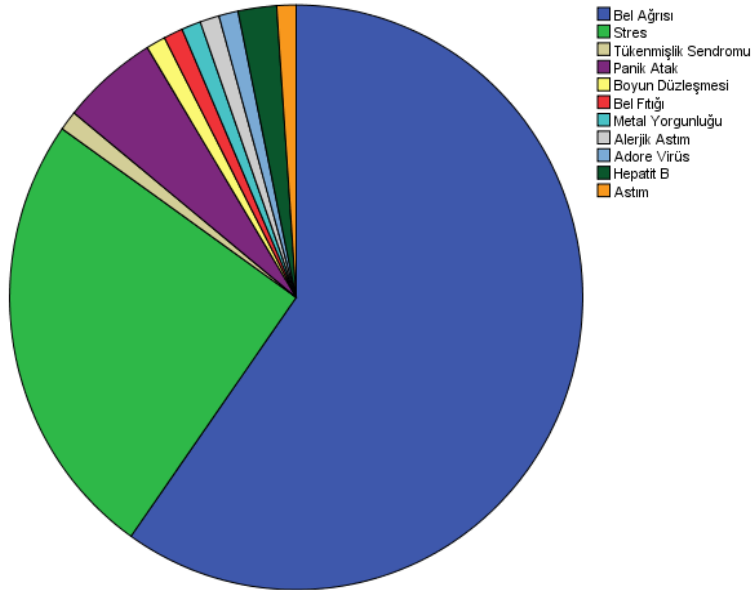


Katılımcıların çalıştıkları hastanede meslek hastalığına yakalanmaları incelendiğinde %62,6'sının (92) meslek hastalığına yakalandığı görülürken, %37,4'ünün (55) 26-35 meslek hastalığına yakalanmadığı görülmektedir.

**Tablo 19. Katılımcıların Yakalandıkları Meslek Hastalığı Dağılımı**

Eğer meslek hastalığına yakalandıysanız aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisine yakalandınız?	Frekans	Yüzde
Bel Ağrısı	55	36,7
Stres	23	15,3
Tükenmişlik Sendromu	1	,7
Panik Atak	5	3,3
Boyun Düzleşmesi	1	,7
Bel Fıtığı	1	,7
Metal Yorgunluğu	1	,7
Alerjik Astım	1	,7
Adone Virüs	1	,7
Hepatit B	2	1,3
Astım	1	,7
Toplam	92	61,3
Kayıp	58	38,7
Toplam	150	100,0

**Eğer meslek hastalığına yakalandıysanız lütfen aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisine yakalandınız?**



Son olarak meslek hastalığına yakalanan katılımcıların yakalandıkları hastalıklar incelendiğinde %59,8'inin (55) bel ağrısı rahatsızlığı yaşadığı, %25'inin (23) stres rahatsızlığı yaşadığı, %5,4'ünün (5) panik atak, %2,2'sinin (2) hepatit b, %1,1'inin (1) tükenmişlik sendromu, %1,1'inin (1) boyun düzleşmesi, %1,1'inin (1) bel fitiği, %1,1'inin (1) metal yorgunluğu, %1,1'inin (1) alerjik astım, %1,1'inin (1) adre virüsü ve yine %1,1'inin (1) astım rahatsızlığına yakalandığı görülmektedir.

## 6.2. Araştırma Verilerine İlişkin Normallik Testi

**Tablo 20.** Normallik Testi

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Koruyucu	,194	29	,007	,881	29	,003
Sıklık	,120	29	,200*	,966	29	,446
Kaza	,089	29	,200*	,962	29	,371
Risk	,111	29	,200*	,958	29	,287

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

$H_0$ : %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahiptir.

$H_A$ : %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahip değildir

Hem Kolmogorov-Smirnov hem de Shapiro-Wilk değerleri incelendiğinde sıklık, kaza ve risk ölçekleri için sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahiptir sonucuna varılmaktadır. Bu doğrultuda yapılacak fark analizlerinde parametrik testler kullanılacaktır. Koruyucu ölçeği için ise sig. değeri 0,05'ten küçük olduğundan  $H_0$  RED, %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahip değildir sonucuna varılmaktadır. Bu sebeple yapılacak fark analizlerinde parametrik olmayan testler kullanılacaktır.

### 6.3. Fark Analizleri

**Tablo 21.** Cinsiyete Göre Fark Analizi

#### Independent Samples Test

		Varyansların Eşitliği İçin Levine's Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t Testi				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Farklılık	Std. Hata Farklılığı
Sıklık	Eşit varyans varsa	,041	,840	1,792	143	,075	,20740	,11573
	Eşit varyans yoksa			1,784	86,901	,078	,20740	,11623
Kaza	Eşit varyans varsa	,056	,814	-,311	141	,756	-,03103	,09985
	Eşit varyans yoksa			-,320	91,688	,750	-,03103	,09708
Risk	Eşit varyans varsa	3,538	,062	-2,260	142	,025	-,22838	,10107
	Eşit varyans yoksa			-2,125	78,244	,037	-,22838	,10748

$H_0$ : Cinsiyete göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Cinsiyete göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Independent t Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, cinsiyete göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 22.** Yaşa Göre Fark Analiz

#### ANOVA

		Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Sıklık	Gruplar Arası	2,091	2	1,046	2,499	,086
	Gruplar İçi	59,412	142	,418		
	Toplam	61,503	144			
Kaza	Gruplar Arası	1,036	2	,518	1,712	,184
	Gruplar İçi	42,350	140	,302		
	Toplam	43,386	142			
Risk	Gruplar Arası	1,276	2	,638	1,944	,147
	Gruplar İçi	46,300	141	,328		
	Toplam	47,577	143			



$H_0$ : Yaşa göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Yaşa göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Anova Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri sıklık, kaza ve risk ölçekleri için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, yaşa göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 23.** Eğitim Düzeyine Göre Fark Analizi

ANOVA					
	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Sıklık Gruplar Arası	,898	3	,299	,683	,564
Gruplar İçi	60,089	137	,439		
Toplam	60,988	140			
Kaza Gruplar Arası	,400	3	,133	,431	,731
Gruplar İçi	41,845	135	,310		
Toplam	42,245	138			
Risk Gruplar Arası	1,039	3	,346	1,073	,363
Gruplar İçi	43,904	136	,323		
Toplam	44,943	139			

$H_0$ : Eğitim düzeyine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Eğitim düzeyine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Anova Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri sıklık, kaza ve risk ölçekleri için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, eğitim düzeyine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 24.** Katılımcıların Görevlerine Göre Fark Testleri**ANOVA**

	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Sıklık					
Gruplar Arası	4,672	8	,584	1,392	,205
Gruplar İçi	56,641	135	,420		
Toplam	61,313	143			
Kaza					
Gruplar Arası	1,351	8	,169	,558	,810
Gruplar İçi	40,232	133	,302		
Toplam	41,583	141			
Risk					
Gruplar Arası	5,377	8	,672	2,135	,037
Gruplar İçi	42,176	134	,315		
Toplam	47,553	142			

**Ranks**

Göreviniz	N	Ortalama Rank
Risk		
Hemşire	84	79,80
Tekniker	30	59,88
Yardımcı Hemşire	14	60,14
Hasta Bakıcı	4	87,00
Doktor	5	57,50
Fizyoterapist	1	13,50
Biyokimya Uzmanı	3	66,67
Memur	1	7,50
Kimyager	1	98,00
Total	143	

$H_0$ : Görevlerine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Görevlerine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Anova Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri sıklık ve kaza ölçekleri için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, görevlerine göre katılımcıların sıklık ve kaza ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır. Risk ölçeği için ise sig. değeri 0,05'ten küçük olduğundan  $H_0$  RED, görevlerine göre katılımcıların risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır sonucuna varılmaktadır. Buna karşın katılımcıların meslek dağılımlarına göre örneklem sayıları düşük olduğundan bu farklılığın anlamlı olduğundan söz etmek mümkündür.

**Tablo 25. Çalışma Saatlerine Göre Fark Analizi****ANOVA**

		Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Sıklık	Gruplar Arası	,096	2	,048	,111	,895
	Gruplar İçi	61,406	142	,432		
	Toplam	61,503	144			
Kaza	Gruplar Arası	,560	2	,280	,915	,403
	Gruplar İçi	42,826	140	,306		
	Toplam	43,386	142			
Risk	Gruplar Arası	1,660	2	,830	2,548	,082
	Gruplar İçi	45,917	141	,326		
	Toplam	47,577	143			

$H_0$ : Çalışma saatlerine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Çalışma saatlerine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Anova Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri sıklık, kaza ve risk ölçekleri için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, çalışma saatlerine göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 26. Çalışma Türüne Göre Fark Analizi****Independent Samples Test**

		Varyansların Eşitliği İçin t Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t Testi				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Farklılık	Std. Hata Farklılığı
Sıklık	Eşit varyans varsa	,106	,745	-1,547	142	,124	-,16696	,10789
	Eşit varyans yoksa			-1,544	136,949	,125	-,16696	,10811
Kaza	Eşit varyans varsa	3,164	,077	,924	140	,357	,08568	,09272
	Eşit varyans yoksa			,905	119,931	,367	,08568	,09466
Risk	Eşit varyans varsa	1,559	,214	-,172	141	,864	-,01674	,09754
	Eşit varyans yoksa			-,170	131,923	,865	-,01674	,09825

$H_0$ : Çalışma türüne göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Çalışma türüne göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Independent t Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, çalışma türüne göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 27.** Kıdeme Göre Fark Analizi

**ANOVA**

	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Sıklık					
Gruplar Arası	,836	3	,279	,648	,586
Gruplar İçi	60,666	141	,430		
Toplam	61,503	144			
Kaza					
Gruplar Arası	1,589	3	,530	1,761	,157
Gruplar İçi	41,797	139	,301		
Toplam	43,386	142			
Risk					
Gruplar Arası	1,179	3	,393	1,186	,318
Gruplar İçi	46,398	140	,331		
Toplam	47,577	143			

$H_0$ : Kıdeme göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Kıdeme göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Anova Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri sıklık, kaza ve risk ölçekleri için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, kıdeme göre katılımcıların sıklık ve kaza ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 28.** Mesleki Deneyime Göre Fark Analizi

**ANOVA**

	Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Sıklık					
Gruplar Arası	,730	2	,365	,867	,423
Gruplar İçi	59,360	141	,421		
Toplam	60,090	143			
Kaza					
Gruplar Arası	1,031	2	,516	1,721	,183
Gruplar İçi	41,648	139	,300		
Toplam	42,679	141			
Risk					
Gruplar Arası	1,296	2	,648	1,960	,145
Gruplar İçi	46,276	140	,331		
Toplam	47,572	142			

$H_0$ : Mesleki deneyime göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Mesleki deneyime göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Anova Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri sıklık, kaza ve risk ölçekleri için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, mesleki deneyime göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 29.** İSG Eğitimine Göre Fark Analizi

Group Statistics			N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması
Sıklık dimension1	Evet	İşiniz ile ilgili İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi aldınız mı?	132	3,2064	,61276	,05333
	Hayır		13	2,9615	,98344	,27276
Kaza dimension1	Evet		131	3,6158	,51470	,04497
	Hayır		12	4,1667	,71421	,20618
Risk dimension1	Evet		130	3,3960	,57723	,05063
	Hayır		14	3,1905	,55884	,14936

### Independent Samples Test

	Varyansların Eşitliği İçin Levine's Testi		Ortalamaların Farklılığı İçin t Testi				
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Farklılık	Std. Hata Farklılığı
Sıklık Eşit varyans varsa	8,500	,004	1,292	143	,198	,24490	,18953
			,881	12,933	,394	,24490	,27792
Kaza Eşit varyans varsa	1,601	,208	-3,427	141	,001	-,55089	,16074
			-2,611	12,069	,023	-,55089	,21102
Risk Eşit varyans varsa	,083	,774	1,270	142	,206	,20557	,16190
			1,304	16,137	,211	,20557	,15770

$H_0$ : İSG eğitimi alma durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : İSG eğitimi alma durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Independent t Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, İSG eğitimi alma durumuna göre katılımcıların kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır. Sıklık ölçeği için ise sig. değeri 0,05'ten küçük olduğundan  $H_0$  RED, İSG eğitimi alma durumuna göre katılımcıların sıklık ölçeği yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır sonucuna varılmaktadır. Ortalamalar incelendiğinde İSG eğitimi alan katılımcıların koruyucu materyalleri daha sık kullandıkları görülmektedir.

**Tablo 30. Bilgiye Göre Fark Analizi****Independent Samples Test**

	Varyansların Eşitliği İçin Levine's Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t Testi					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Farklılık	Std. Hata Farklılığı	
Sıklık	Eşit varyans varsa	,445	,506	3,294	143	,001	,75753	,22997
	Eşit varyans yoksa			2,721	7,543	,028	,75753	,27835
Kaza	Eşit varyans varsa	3,329	,070	-2,021	141	,045	-,40216	,19898
	Eşit varyans yoksa			-1,420	7,379	,196	-,40216	,28322
Risk	Eşit varyans varsa	3,911	,052	-,344	142	,731	-,07241	,21049
	Eşit varyans yoksa			-,632	10,759	,541	-,07241	,11463

$H_0$ : İş yerindeki tehlike ve riskleri bilme durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : İş yerindeki tehlike ve riskleri bilme durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Independent t Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, iş yerindeki tehlike ve riskleri bilme durumuna göre katılımcıların kaza, risk ve sıklık ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 31. İş Kazası Geçirme Durumuna Göre Fark Analizi**  
**Independent Samples Test**

	Varyansların Eşitliği için Levine's Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t Testi					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Farklılık	Std. Hata Farklılığı	
Sıklık Eşit varsa varyans	,450	,503	-	143	,170	-,15230	,11044	
			1,379					
Eşit yoksa varyans			-	119,712	,173	-,15230	,11112	
			1,371					
Kaza Eşit varsa varyans	,131	,717	,789	141	,432	,07434	,09427	
			,784	120,046	,435	,07434	,09482	
Eşit yoksa varyans			2,785	142	,006	,26838	,09635	
			2,680	102,413	,009	,26838	,10015	

$H_0$ : İş kazası geçirme durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : İş kazası durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Independent t Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, iş kazası geçirme durumuna göre katılımcıların kaza, risk ve sıklık ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.



**Tablo 32. Mesleki Hastalığa Yakalanma Durumuna Göre Fark Analizi**  
**Independent Samples Test**

	Varyans Eşitliği için Varyans Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t Testi					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Farklılık	Std. Hata Farklılığı	
Sıklık Eşit varsa varyans	2,036	,157	-,593	85	,554	-,11917	,20082	
			Eşit yoksa varyans	-,778	19,466	,446	-,11917	,15314
Kaza Eşit varsa varyans	,017	,897	-3,073	83	,003	-,49867	,16226	
			Eşit yoksa varyans	-3,104	14,966	,007	-,49867	,16065
Risk Eşit varsa varyans	3,068	,083	2,093	86	,039	,33358	,15937	
			Eşit yoksa varyans	1,626	12,788	,128	,33358	,20509

$H_0$ : Mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre katılımcıların sıklık, kaza ve risk ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik test olan Independent t Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre katılımcıların kaza ve sıklık ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 33. Cinsiyete Göre Fark Analizi 2**

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koruyucu dimension1	Erkek	46	62,91	2894,00
	Kadın	99	77,69	7691,00
	Total	145		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	Koruyucu
Mann-Whitney U	1813,000
Wilcoxon W	2894,000
Z	-1,986
Asymp. Sig. (2-tailed)	,047

a. Grouping Variable: Cinsiyetiniz

$H_0$ : Cinsiyete göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Cinsiyete göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten küçük olduğundan  $H_0$  RED, cinsiyete göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır sonucuna varılmaktadır. Ortalamalar incelendiğinde kadınların erkeklere göre koruyucu kullanma konusunda daha yüksek düzeye sahip oldukları görülmektedir.

**Tablo 34.** Yaşa Göre Fark Analiz 2

### Ranks

	Yaşınız	N	Mean Rank
Koruyucu	18-25	26	63,38
	26-35	60	79,19
	35 üzeri	59	70,94
	Total	145	

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Koruyucu
Chi-square	2,851
Df	2
Asymp. Sig.	,240

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Yaşınız

$H_0$ : Yaşa göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Yaşa göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan test Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri koruyucu için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, yaşa göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 35.** Eğitim Düzeyine Göre Fark Analizi 2

Ranks		N	Mean Rank
Koruyucu	Eğitiminiz		
	Lise	19	62,74
	Ön Lisans	40	71,70
	Lisans	78	72,13
	Yüksek Lisans / Doktora	4	81,25
Total	141		

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Koruyucu
Chi-square	1,117
Df	3
Asymp. Sig.	,773

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Eğitiminiz

$H_0$ : Eğitim düzeyine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Eğitim düzeyine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan test Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri koruyucu ölçeği için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, eğitim düzeyine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 36.** Katılımcıların Görevlerine Göre Fark Testleri 2**Ranks**

	Göreviniz	N	Mean Rank
Koruyucu	Hemşire	86	76,45
	Tekniker	29	64,45
	Yardımcı Hemşire	14	89,57
	Hasta Bakıcı	4	75,75
	Doktor	5	44,90
	Fizyoterapist	1	40,00
	Biyokimya Uzmanı	3	41,50
	Memur	1	10,00
	Kimyager	1	40,00
	Total	144	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Koruyucu
Chi-square	11,702
Df	8
Asymp. Sig.	,165

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Göreviniz

$H_0$ : Görevlerine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Görevlerine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri koruyucu ölçeği için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, görevlerine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 37.** Çalışma Saatlerine Göre Fark Analizi 2**Ranks**

	Çalışma Saatleriniz	N	Mean Rank
Koruyucu	45 saatten az	22	75,57
	45 saat	78	75,03
	45 saatten fazla	45	68,23
	Total	145	

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Koruyucu
Chi-square	,856
Df	2
Asymp. Sig.	,652

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Çalışma Saatleriniz

$H_0$ : Çalışma saatlerine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Çalışma saatlerine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri koruyucu ölçeği için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, çalışma saatlerine göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 38.** Çalışma Türüne Göre Fark Analizi 2

### Ranks

Çalışma Türünüz	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koruyucu Gündüz	66	71,11	4693,00
dimension1 Vardiya	78	73,68	5747,00
Total	144		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	Koruyucu
Mann-Whitney U	2482,000
Wilcoxon W	4693,000
Z	-,372
Asymp. Sig. (2-tailed)	,710

a. Grouping Variable: Çalışma Türünüz

$H_0$ : Çalışma türüne göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Çalışma türüne göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$

REDDEDİLEMEZ, çalışma türüne göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 39.** Kıdeme Göre Fark Analizi 2

Ranks		N	Mean Rank
Koruyucu	Kıdeminiz		
	1 yıldan az	2	106,25
	1-5 yıl arası	33	72,79
	6-10 yıl arası	50	70,17
	10 yıl ve üzeri	60	74,37
	Toplam	145	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Koruyucu
Chi-square	1,568
Df	3
Asymp. Sig.	,667

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Kıdeminiz

$H_0$ : Kıdeme göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Kıdeme göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri koruyucu ölçeği için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, kıdeme göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 40.** Mesleki Deneyime Göre Fark Analizi 2

Ranks		N	Mean Rank
Koruyucu	Mesleki Deneyiminiz		
	1-5 yıl	29	71,97
	6-10 yıl	54	73,81
	10 yıl ve üzeri	61	71,59
	Total	144	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Koruyucu
Chi-square	,089
Df	2
Asymp. Sig.	,957

$H_0$ : Mesleki deneyime göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Mesleki deneyime göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri koruyucu ölçeği için 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, mesleki deneyime göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 41. İSG Eğitimine Göre Fark Analizi 2****Ranks**

İşiniz ile ilgili İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi aldınız mı?		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koruyucu dimension1	Evet	132	73,33	9679,50
	Hayır	13	69,65	905,50
	Total	145		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Koruyucu
Mann-Whitney U	814,500
Wilcoxon W	905,500
Z	-,303
Asymp. Sig. (2-tailed)	,762

a. Grouping Variable: İşiniz ile ilgili İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi aldınız mı?

$H_0$ : İSG eğitimi alma durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : İSG eğitimi alma durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, İSG eğitimi alma durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 42. Bilgiye Göre Fark Analizi 2**

**Ranks**

İşyerinde sağlığını etkileyen tehlike ve riskler hakkında bilginiz var mı?		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koruyucu dimension1	Evet	137	72,39	9917,00
	Hayır	8	83,50	668,00
	Total	145		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Koruyucu
Mann-Whitney U	464,000
Wilcoxon W	9917,000
Z	-,733
Asymp. Sig. (2-tailed)	,464

a. Grouping Variable: İşyerinde sağlığını etkileyen tehlike ve riskler hakkında bilginiz var mı?

$H_0$ : İş yerindeki tehlike ve riskleri bilme durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : İş yerindeki tehlike ve riskleri bilme durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, iş yerindeki tehlike ve riskleri bilme durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 43. İş Kazası Geçirme Durumuna Göre Fark Analizi 2**

**Ranks**

Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koruyucu dimension1	Evet	87	74,70	6499,00
	Hayır	58	70,45	4086,00
	Total	145		



### Test Statistics<sup>a</sup>

	Koruyucu
Mann-Whitney U	2375,000
Wilcoxon W	4086,000
Z	-,602
Asymp. Sig. (2-tailed)	,547

a. Grouping Variable: Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?

$H_0$ : İş kazası geçirme durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : İş kazası durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Mann Whitney U t Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, iş kazası geçirme durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 44.** Mesleki Hastalığa Yakalanma Durumuna Göre Fark Analizi 2

### Ranks

Eğer iş kazası geçirdiyse, iş kazası geçirdikten sonra rapor aldınız mı?	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koruyucu	12	54,58	655,00
dimension1	75	42,31	3173,00
Total	87		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	Koruyucu
Mann-Whitney U	323,000
Wilcoxon W	3173,000
Z	-1,576
Asymp. Sig. (2-tailed)	,115

$H_0$ : Mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

$H_A$ : Mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Normallik testi bulgusu doğrultusunda parametrik olmayan Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan sınamada Sig. değeri 0,05'ten büyük olduğundan  $H_0$  REDDEDİLEMEZ, mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre katılımcıların koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur sonucuna varılmaktadır.



## 7. TARTIŞMA

İş sağlığı ve güvenliği konusu küresel dünya ekonomisinde tüm dünyada olduğu gibi bizde de üzerinde durulan bir konu haline gelmiştir. Bu da iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin araştırmaların sayısının hızla artmasını sağlamaktadır. Sağlık kuruluşlarında iş sağlığı ve güvenliğine yönelik araştırmalar ise hala sınırlıdır ve bu çalışma ile birlikte bu sayının artmasına katkı sağlamak amaçlanmıştır. Konuya ilişkin benzer çalışmalar incelendiğinde doğrudan sağlık kuruluşlarında iş sağlığı ve güvenliğine yönelik Gülnur Akkaya tarafından hazırlanan ve 2007 yılında İstanbul Üniversitesi'ne doktora tezi olarak sunulan "Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma" adlı çalışma öne çıkmaktadır. Bu çalışma, sağlık kuruluşlarındaki iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının, "Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı" açısından, incelenmesini amaçlamaktadır. Bu doğrultuda İstanbul'da faaliyet gösteren özel hastaneler üzerinde bir araştırma gerçekleştirilerek, hastanelerin iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına, Avrupa Birliği ve Türk mevzuatı çerçevesinde, ne düzeyde sahip olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca hastane çalışanlarının iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumları ve ilgili tutumları incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, hastanelerin gerek Avrupa Birliği gerekse Türk mevzuatına göre sahip olunması gereken iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına tam anlamıyla, revir/işyeri hekimi bulundurma hariç, sahip olmadıkları görülmektedir. Genel olarak işletmelerin iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine dair bulgular ortaya konulan çalışmada, tıpkı bu çalışmada olduğu gibi iş sağlığı ve güvenliği kültürünün istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

Konuya ilişkin bir diğer çalışma 2018 yılında Üsküdar Üniversitesi'ne yüksek lisans tezi olarak sunulan ve Nur Selin Yar tarafından hazırlanan "İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Farkındalığı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi" adlı çalışmadır. Bu çalışmada iş sağlığı ve güvenliği farkındalığının artırılması için eğitim ve diğer iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının etkililiği plastik enjeksiyonla otomobil parçası üretimi yapan bir firmada çalışanlara uygulanan bir anket yardımıyla incelenmiş, iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin iş sağlığı ve güvenliği farkındalığı oluşturmakta tek başına

yetersiz kaldığı görülmüştür. Yine çalışanların verdiği yanıtlar ile iş sağlığı ve güvenliği farkındalığı oluşturmak ve bunu davranış haline dönüştürmek için teşvikler ve cezai yaptırımlardan ve uyarı işaretlerinden faydalanılabileceği önerilerinde bulunulmuştur. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara paralel olarak benzer önerilerin getirildiğinden söz etmek mümkündür.

Son olarak sağlık personeli olan hemşireler üzerinde yapılan bir araştırma olan “Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği Algılarının İncelenmesi” adlı çalışmayı incelemekte yarar vardır. Bu çalışma Durkadın Günal tarafından hazırlanmış olup 2018 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi’ne yüksek lisans tezi olarak sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği algı düzeylerinin puanlamaları doğrultusunda, araştırmanın yapıldığı hastanede iş sağlığı ve güvenliği algısının yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin güvenlik prosedürlerinin daha gerçekçi olması, hastane yönetiminin önerilerini dinlemesi ve işyeri güvenlik kontrollerinin daha iyi yapılması, gerekli ekipmanların daha sık temin edilmesi, iş arkadaşlarının güvenli davranışını desteklemesi halinde daha güvenli çalışabilecekleri sonucuna ulaşılmıştır.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 8.1. Sonuç

İş sağlığı ve güvenliği şüphesiz en başta çalışanların can güvenliğini sağlamak adına önemli kazanımlar sağlamakta, riskleri minimize etmektedir. Gelişmiş ülkelerde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yasalar çok daha gelişmiş durumdadır ve işverenlere yüklenen sorumluluklar yasal sınırlarla belirlenmektedir. İş sağlığı ve güvenliği tedbirleri beraberinde birtakım maliyetler oluşturmaktadır, bu da işletmelerin maliyetlerini arttırmamak adına iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini almamalarına yol açabilmektedir. Bu durumun bilincinde olan yasa koyucular, uyguladıkları cezai yaptırımlarla işverenleri bu fikirden ve tutumdan uzaklaştırmaya çalışmaktadır. Bu doğrultuda maliyetleri arttırmamak arzusuyla tedbirleri göz ardı eden işletmelere, para cezası vermek caydırıcı olabilmektedir. Ayrıca yaşanan iş kazaları ya da meslek hastalıkları sonucunda hayatını kaybeden veya iş göremez hale gelen çalışanlara sahip işletmelere çoğu davada hapis cezasının yanı sıra tazminat cezası verilmiş. Kısa vadede maliyetleri düşük tutmak isteyen işverenler, hem çalışanların hayatlarında hem de kendi hayatlarında kalıcı hasarlar bıraktıkları gibi ödemek zorunda kaldıkları tazminatlarla da orta ve uzun vadede çok daha zararlı çıkmışlardır. Tüm bunlara rağmen hala iş sağlığı ve güvenliğine yönelik tedbirleri almakta yetersiz kalan işletmelere rastlamak mümkündür ki bu noktada da günümüz pazarlama faaliyetleri etkili olmaktadır. İşletmeler arası artan rekabet ile birlikte iş kazası yaşanan bir işletmenin marka imajında meydana gelen hasar işverenleri oldukça korkutmaktadır ki bu alınan tedbirlerin arttırılmasına katkı sağlamaktadır.

Sağlık hizmetleri, ülke yönetimlerinin asli görevleri arasında yer almaktadır ki bu da özel sağlık kuruluşların yanı sıra kamuya ait sağlık kuruluşlarının sayısal olarak oldukça fazla olmasını sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri bir kamusal hizmet olduğundan, özel işletmelerin dışında kar amacı ikinci planda tutulmaktadır. Bu da iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin alınmasında konuya ilişkin cezai yaptırımlardan çok bilincin etkili olmasını sağlamaktadır. İş sağlığı ve güvenliğine yönelik bilincin arttırılması ise cezai yaptırımlarla işletmelere uzun yıllara yayıldığında maliyet değil kazanç getirecektir.

Araştırma kapsamında sağlık kuruluşlarında hizmet veren çalışanların katılımı ile örneklem oluşturulmuş ve toplanan veriler analiz edilmiştir. Yapılan analizler neticesinde katılımcıların yaşına, eğitim düzeyine, çalışma saatlerine, çalışma türlerine, kıdemine, iş kazası geçirme durumuna, iş yerindeki tehlike ve riskleri bilme durumuna, görevlerine ve mesleki hastalığa yakalanma durumuna göre kaza, risk, sıklık ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Cinsiyete göre kaza risk ve sıklık ölçek yanıtlarında istatistiki biçimde anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken, koruyucu ölçek yanıtlarında kadınların erkeklere göre koruyucu kullanma konusunda daha yüksek düzeye sahip oldukları belirlenmiştir. Son olarak iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumuna göre kaza, risk ve koruyucu ölçek yanıtlarında istatistiki biçimde anlamlı bir farklılık bulunmazken, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alan katılımcıların diğer katılımcılara göre koruyucu materyalleri daha sık kullandıkları görülmüştür.

Araştırma sonucunda edinilen bilgiler ışığında çalışanlarında kendi sağlıklarını korumak adına nasıl inşaat ta çalışan işçi korunmak için baret takıyorsa sağlık çalışanlarımızda beyaz baret dediğimiz önlük, koruyucu eldiven ve gerektiğinde maskelerini takmaları sürekli değindiğimiz iş sağlığı bilincinin oluşması ve oturması için birinci şart olarak görülmektedir. Giyilen önlüklerin mümkünse önü kapatılmalı yada iş yerinde ayrı medikal iş kıyafeti giyilmelidir. Koruyucu eldiven kullanmadıkları zaman ise sadece hasta ile temas ta değil cansız makine ve ekipmanları her kullanışlarında, kullanmadan önce ve kullandıktan sonrada ellerini bol su ve dezenfektan ile yıkamalı, el yıkamayı bir alışkanlık haline getirmelidirler diye düşünmekteyim. Araştırmayı yaparken sağlık çalışanlarından aldığım geribildirimlerde en büyük sorunlarından birinin de üzerlerindeki fazla iş yoğunluğu ve tükenmişlik sendromu olduğunu belirten çalışanlarımızın üzerine sürekli el yıkamak biraz daha zamanlarını alsa da sağlıklarını korumak adına birinci şart olarak görmekteyim.

Araştırmada edinilen bulgular da çalışmaya katılan çalışanlarının en çok karşılaştıkları iş kazalarının başında iğne/enjektör batması gelmektedir .Bunun için başta dikkatli olmak ve iğneyi yaptıktan sonra tekrar kapağını takmadan direk atık kutusuna atmak riskin önüne geçebilir.

Çalışanların karşılaştığı sorunlardan biriside özellikle hasta nakil ve taşıma esnasında yaşanan bel ağrıları ve bel fıtığı olmuştur. Bunun için hasta taşırken ve eğilirken hangi pozisyonda olunması gerektiği iş yeri hekimi veya iş sağlığı uzmanı tarafından eğitimler halinde verilebilir .Çalışanlara doğru hareketlerin gösterildiği kas ve iskelet yapılarını güçlendirebilecekleri bir fizik tedavi ve spor programı haftalık rutin olarak uygulanabilir.

Çalışanların karşılaştığı bir diğer önemli sorun olan kimyasal ajanlar enfeksiyonlar için modern havalandırma sisteminin şart olduğu yadsınamaz. Steril ortamlar ancak bu sterilizasyonun korunması ve devamlılığı ile sağlanır. Bunlar da modern cihazlar ve sağlıklı bir havalandırma ve iklimlendirme (klima) sistemi ile gerçekleşir. Toplu yaşam alanlarını henüz inşa ederken iyi bir havalandırma sisteminin kurulması sonradan tedbir almaktan daha az maliyetli ve daha sağlıklıdır.

Gelişen teknolojiye sağlık alanında da ayak uydurulmalı radyoloji laboratuvarları radyasyon geçirmeyecek şekilde çağdaş cihazlar ile donatılmalıdır. Sürekli gelişen ve gelişmelere koştut olarak genişleyen hastanelerin fiziki olarak da yenilenmesi ve genişlemesi kaçınılmazdır.

İş sağlığı ve güvenliği toplumsal bir kültürün oluşması ve oturmasıdır aynı zamanda. Toplumun bir ferdi olarak bizde toplu yaşanan alanlara girdiğimizde hijyen kurallarına uyarak, yüksek sesle konuşmayarak, yangına sebebiyet verebilecek elektrikli su ısıtıcılarını kullanmaktan sakınarak ve son derece emek yoğun çalışan sağlık çalışanlarına nazik davranarak elimizden geleni yapmış oluruz.

## **8.2. Öneriler**

Bu bulgular doğrultusunda demografik özelliklere bağlı olarak bireylerin iş sağlığı ve güvenliği tutumlarında ciddi bir farklılık olduğundan söz etmek mümkün değildir. Bu farklılığın oluşabilmesi, iş sağlığı ve güvenliği bilincinin arttırılmasına yönelik getirilebilecek öneriler ise şunlardır:

- Cezai yaptırımlar ile bir yere kadar sonuç almak mümkündür ancak kalıcı çözüm iş sağlığı ve güvenliği bilincinin arttırılmasıdır. Bu doğrultuda hem işverenlerin, hem yöneticilerin, hem çalışanların hem de vatandaşların konuya ilişkin bilincini arttırmak gerekmektedir.

- Bireylerin iş sağlığı ve güvenliğine yönelik bilinçlerini arttırmak adına başta kurum içi eğitim verilmesi gerekmektedir, bu eğitimlerin zorunlu ve sık tutulması önemlidir.
- İş sağlığı ve güvenliği bir kamusal sorun olduğundan konuya ilişkin seminer konferans gibi programların yaygınlaştırılmasının yanında eğitici reklamlar, el broşürleri gibi geniş kitlelere ulaşabilecek çalışmalar gerçekleştirilmelidir.
- Tüm yasal sınırlamalara karşın denetim olmadan bu yasal zorunluluklar bir şey ifade etmemektedir. İş sağlığı ve güvenliğinin gelişimi adına denetimlerin artırılması ve sıkı tutulması büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak toplumsal sorun olarak iş sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesi adına çok yönlü bir çaba sarf edilmelidir. Tek başına yasal zorunluluklar getirerek işletmelere korku salmak yeterli olmayacağı gibi, denetimlerin yaptırıma dönüşmemesi de bir sonuç vermeyecektir. Bu sebeple yasal zorunluluklar denetimlerle desteklendiği gibi aynı zamanda toplumsal bilincin artırılması adına da çaba sarf edilmelidir.



## KAYNAKÇA

- Arseven Faik (2004). *Yeni İş Kanununun İş Sağlığı ve Güvenliği Yaklaşımı*, TİSK İşveren Dergisi, Cilt: 42, Sayı: 7.s:13-30
- Baycık Gaye (2007). *İnşaat İşyerlerinde İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Yükümlülükleri ve Sorumluluğu*, İş Sağlığı ve Güvenliği Bildiriler Kitabı İMO Yayını. s:113
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı “*İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları*” 5 Kasım 2009 Tarihli Resmi Gazete Sayı: 24417.
- Çilengiroğlu Onur (2006). *AB’ye Uyum Sürecinde Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği*, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Dağlı Hüseyin Gazi (2006). *Türkiye de Sağlık Sektörünün Yapısı*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Demirbilek Seveda, Pazarlıoğlu, Vedat (2007). *Türkiye’de İş Kazalarının Oluşumunda Etkili Olan Faktörler: Ampirik Bir Uygulama*. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar
- Demirbilek Tunç (1999). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Ders Notları*, İzmir.
- Demirbilek Tunç (2005). *İş Güvenliği Kültürü*, İzmir.
- Demircioğlu, Murat Centel, Tankut (2012). *İş Hukuku*, Beta Yayınevi, İstanbul
- Devebakan Nevzat (2007). *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
- Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge, (2003), *Genelge No. 2003 / 97*.
- Erdem Yaşar (2004). *Sosyal İnsan, Sosyal Etkileşim, Grup Yaşamı, Kültür ve Toplum Açısından İş Sağlığı ve Güvenliği*, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı:17.
- Gerek Nüvit (2000). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Eskişehir.

- Karacan, Esin Erdoğan, Özlem Nazan (2011). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonları Açısından Çözümsel Bir Yaklaşım*, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı 21.
- Kavuncubaşı Şahin (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara.
- Keleş Rüstem (2004). *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi (İş Sağlığı ve Güvenliği Kavramı ve Kavramla İlgili Yeni Perspektifler)*, ÇSGB Yayını, Sayı: 22.
- Keser Özcan Neslihan, Bilgin Hülya (2011). Türkiye de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, Türkiye Klinikleri ,2011 s:31
- Kumbur, Halit Özsoy, Deniz ve Özer, Zehra (2002). *Mersin'in Gürültü Kirliliği Haritasının Oluşturulması*, İstanbul.
- Öcal Ahmet (2010). *Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği*, BEÜ, SBE, İstanbul.
- Özertürk Pelin (1984). Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri Maliye ve Gümrük Bakanlığı Yayın No: 262 Ankara.
- Özkan, Özlem Emiroğlu, Oya Nuran (2006). Hastane Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,
- Özkan Ömer (2005). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri, Risk Algılarının Saptanması*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Öztürk Enver (2005). *Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları*, Sayıştay Dergisi, Sayı No 56, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlık İstatistikleri*, Ankara.
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, (2013).
- Seber Vasfi (2012). *İşçi Sağlığı ve Güvenliğinde Risk Analizleri Nasıl Yapılır?* Elektrik Mühendisliği Dergisi, Sayı 445.

- Somunoğlu Sinem (1999). *Kavramsal Açıdan Sağlık*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 4, Sayı, 1, Ankara.
- Sözen Cemil (2002). Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim Nobel Yayın Ankara
- Süzek Sarper (2006). *İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Yükümlülükleri*, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, 30.Yıl Armağanı, Ankara.
- Şakar Müjdat (2006). *İş Hukuku Uygulaması*, Der Yayınları, İstanbul.
- Tekin Altan Füsün (1991). *İş Güvenliği ve Önemi*, Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:9, Sayı:1-2.
- Tengilimoğulu Dilaver.(2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi Nobel Yayıncılık Ankara.
- Türk Sağlık-Sen, (2006). *Sağlık Çalışanlarının Görev Tanımları*, Yayın Tarihi: 13.06.2006
- Türk Tabipler Birliği (2010). Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2010:38  
4857 Sayılı İş Kanunu



## EKLER

### Ek 1. Anket Formu

#### Kişisel Bilgi Formu

- 1.Cinsiyetiniz** Erkek ( ) Kadın ( )
- 2.Yaşınız** 18-25 ( ) 26-35 ( ) 35+ ( )
- 3.Eğitim Düzeyiniz** Lise ( ) Ön Lisans ( )  
Lisans ( ) Yüksek Lisans / Doktora ( )
- 4.Göreviniz** Hemşire ( ) Tekniker ( )  
Yardımcı Hemşire ( ) Doktor ( ) Hasta Bakıcı ( ) Memur ( )  
Fizyoterapist ( ) Biyokimya Uzmanı ( ) Kimyager ( )
- 5.Çalışma Saatleriniz** 45- saat ( ) 45 saat ( ) 45+ saat ( )
- 6.Çalışma Türünüz** Gündüz ( ) Vardiya
- 7.Kıdeminiz** 1- yıl ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 10+ yıl ( )
- 8.Mesleki Deneyiminiz** 1- yıl ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 10+ yıl ( )
- 9.İşinizle İlgili İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Aldınız Mı?**  
Evet ( ) Hayır ( )
- 10.İşyerinde Sağlığınızı Etkileyen Tehlike ve Riskler Hakkında Bilginiz Var Mı?**  
Evet ( ) Hayır ( )
- 11.Çalıştığınız Hastanede Hiç İş Kazası Geçirdiniz Mi?**  
Evet ( ) Hayır ( )
- 12.Eğer İş Kazası Geçirdiyse, İş Kazası Geçirdikten Sonra Rapor Aldınız Mı?**  
Evet ( ) Hayır ( )
- 13.Çalıştığınız Hastanede Hiç Meslek Hastalığına Yakalandınız Mı?**  
Evet ( ) Hayır ( )
- 14.Eğer meslek hastalığına yakalandıysanız lütfen aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisine/hangilerine yakalandığınızı belirtiniz.**  
Bel Ağrısı ( ) Stres ( ) Tükenmişlik Sendromu ( ) Panik Atak ( )  
Bel Fıtığı ( ) Boyun Düzleşmesi ( ) Hepatit B ( )  
Astım ( ) Adore Virüs ( ) Alerjik Astım ( ) Metal Yorgunluğu ( )

### İş Kazası Riskleri Ölçeği

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

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1. Anestezi gazlarına maruz kalma riski					
2. Dezenfektanlara maruz kalma riski					
3. Elektrik çarpmasına maruz kalma riski					
4. Etilen oksite 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					

### İş Kazaları Ölçeği

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

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1. Acemilik					
2. Dikkatsizlik					
3. Koruyucu kullanmama					
4. Stres					
5. Uzun çalışma saatleri					
6. Yoğun iş temposu					

### **Koruyucu Kullanma Sıklığı Ölçeği**

Lütfen aşağıdaki koruyucuları iş yerinizde kullanma sıklığınızı belirtiniz.

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Genellikle</b>	<b>Her Zaman</b>
1. Koruyucu Eldiven					
2. Koruyucu Gözlük					
3. Koruyucu Gömlek					
4. Koruyucu Maske					

### **Koruyucu Kullanma Ölçeği**

Lütfen aşağıdaki koruyucuları iş yerinizde kullanma sıklığınızı belirtiniz.

	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
1. Koruyucu kullanmak işime engel oluyor					
2. Koruyucu kullanmayı gerekli görmüyorum					
3. Koruyucu kullanmaktan hoşlanmıyorum					

## Ek 2. Etik Kurul Karar Formu

### GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları “Sivas Örneği”
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. İlhan Çetin			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıp Eğitimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:





GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları "Sivas Örneği"
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-05/18	Tarih: 17.05.2017				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Sönmez</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. Özer</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E. Özdemir</i>
Doç. Dr. Yalçın Karagöz	Sayısal Yöntemler	Cumhuriyet Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Y. Karagöz</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Ataş</i>
Yrd. Doç. Dr. Recai Zan	Endodonti	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>R. Zan</i>
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Bağcı</i>
Yrd. Doç. Dr. Engin Altunkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:

## Ek 3. İzin Formu



T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.294648  
Konu : Anketler

14/03/2018

### REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : 07/03/2018 tarihli ,30182376-293322 sayılı yazımız.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze OCAK, "*Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları: Sivas Örneği*" konulu tez kapsamında hazırladığı anket çalışmasının 01 Nisan 2018- 01 Ağustos 2018 tarihleri arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz bünyesinde yapılması isteği değerlendirilmiş olup uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ  
Başhekim

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon: 0 346 2581326 Belgegeçer: 0 346 258 0024  
e-Posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ: www.cumhuriyet.edu.tr  
Bilgi için: Elif KILIÇ  
Unvanı: Firma Personeli

**Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır**

## ÖZ GEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : **Gamze OCAK**  
Uyruğu : **T.C.**  
Doğum Tarihi ve Yeri : **05.12.1980/Sivas**  
e-posta : **gamze\_kcmk@hotmail.com.tr**

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Mersin Üniversitesi	2003
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi (İşletme ABD.)	2015
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Devam Ediyor

### İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2003-2016	İNG-HSBC	Kredi Yönetimi

### YABANCI DİL BİLGİSİ

YDS ( ) ÜDS ( ) KPDS ( ) YÖKDİL( 55 )