

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANININ GÜVENLİĞİ VE KAYGI
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
Selda EKTİREN

GAZİANTEP
HAZİRAN - 2017

T.C.
UNIVERSITY OF GAZİANTEP
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF OCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY

**EFFECTS OF HEALTH WORKER'S SAFETY
AND ANXIETY LEVELS**

MASTER'S OF ART THESIS

Selda EKTİREN

SUPERVISOR
Doç. Dr. RÜSTEM YANAR

GAZİANTEP
JUNE - 2017

ONAY SAYFASI

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

SAĞLIK ÇALIŞANININ GÜVENLİĞİ VE KAYGI
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Selda EKTİREN

Tez Savunma Tarihi: 04.07.2017

Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Zekiye ANTAKYALIOĞLU
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım.

Doç. Dr. Rüstem YANAR
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımca (tarafımızca) okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans/~~Doktora tezi~~ olarak kabul edilmiştir.

(Unvanı, Adı ve SOYADI)
İkinci Tez Danışmanı (varsa)

Doç. Dr. Rüstem YANAR
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üveleri:
(Unvanı, Adı ve SOYADI)

İmzası

Doç. Dr. Sema ZENGİN
Doç. Dr. Rüstem YANAR
Doç. Dr. Ahmet SAHBAZ

İmzası
İmzası
İmzası

ÖZET

İş kazaları ve meslek hastalıkları dünyadaki tüm çalışanların sağlığını tehdit etmektedir. İş sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle de hastanelerde çalışanlar, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen biyolojik, kimyasal, fiziksel, ve psikososyal risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Ülkemizde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle meydana gelen ekonomik ve sosyal kayıplar çalışanı, ailesini ve devleti olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının en fazla maruz kaldığı iş kazaları çarpma, düşme, kesici alet yaralanmaları ve şiddete maruz kalmadır. Hastane koşullarında enfeksiyonlara, kimyasal maddelere, radyasyona, biyolojik etmenlere, cilt problemlerine, strese bağlı olarak meslek hastalığı riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının güvenliği, çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikeler ile bunların çalışanlar üzerindeki kaygı düzeylerine etkilerinin neler oluşturacağı incelemektedir. Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın evrenini Haziran- Temmuz 2016 tarihleri arasında Mardin ili Kızıltepe ilçesi devlet hastanesinde çalışmakta 200 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Evrenin tümü araştırma kapsamına alınmış fakat 175 kişiye ulaşılmıştır. Bunlardan alınan doğru veriler 154 adettir. Araştırmanın verileri katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikeler ölçeği, sağlık çalışanı güvenliği ölçeği ve beck anksiyete ölçeği sorulardan oluşan anketin katılımcılara uygulanmasıyla elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İş güvenliği, Kaygı Düzeyi, hastane

ABSTRACT

Work accidents and occupational diseases threaten the health of all employees in the world. Health services are one of the areas of work that pose significant risks to health and safety. In many areas of health care, especially those working in hospitals, they face the biological, chemical, physical, ergonomic and psychosocial risks that affect their health negatively. The economic and social loss workers who are suffering from work accidents and occupational diseases that are exposed to the health workers in our country are affecting the family and the government negatively. Work accidents that health workers are most exposed to are impact, fall, cutter injuries and violence. They are exposed to occupational disease risks due to infection, chemical substances, radiation, biological agents, skin problems, and diseases in hospital conditions.

This study examines the safety of health workers, what are the implications of working environment- related risks and hazards and their level of anxiety over employees. The cross-sectional and descriptive type of this study is composed of 200 health workers working in the state hospital of Kızıltepe district of Mardin between June-July 2016. The entire universe was included in the study but reached 175 people. The correct number of these is 154. Survey data were obtained from participants' socio- demographic characteristics, work- related risk and hazard scales, health worker safety score, and beck anxiety questionnaire

Keywords: Job security, Anxiety Level, hospital

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
ÖNSÖZ	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE GENEL BAKIŞ

1.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAVRAMLARI	4
1.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tanımı	4
1.1.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Konusu ve Kapsamı	5
1.1.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Amacı	6
1.1.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi	7
1.1.4.1. Sosyal Açıdan Önemi	7
1.1.4.2. Ekonomik Açıdan Önemi	8
1.1.5. İş Sağlığı ve Güvenliğinde İş Kazalarını Etkileyen Faktörler	9
1.1.5.1. Eğitim Faktörü	11
1.1.5.2. Çalışana İlişkin Faktörler	14
1.1.5.3. Örgüte İlişkin Faktörler	14
1.1.5.4. Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi	17
1.1.5.5. Ergonomik Faktörler	18
1.1.6. Dünya da ve Türkiye de iş Sağlığı ve Güvenliğinin Ortaya Çıkışı	20
1.1.6.1. Dünyada İş Sağlığı ve Güvenliğinin Ortaya Çıkışı	21
1.1.6.2. Türkiye de İş Sağlığı ve Güvenliğinin Ortaya Çıkışı	22
1.1.7. 6331 Sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu	25
1.1.7.1. Kanunun Amacı	26
1.1.7.2. Kanunun Kapsamı	26
1.1.7.3. İşverenin Genel Yükümlülükleri	26
1.1.7.4. Çalışanların Yükümlülükleri	27

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

2.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı, Özellikleri Ve Sınıflandırılma	29
2.1.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı,	29
2.1.2. Sağlık Kuruluşlarının Özellikleri	30
2.1.3. Sağlık Kuruluşlarının Sınıflandırılması	33
2.2. Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Ortam Faktörleri	35

2.2.1. Fiziksel Faktörler	35
2.2.2. Kimyasal Faktörler	38
2.2.3. Biyolojik Faktörler	41
2.2.4. Ergonomik Faktörler	42
2.2.5. Psiko-sosyal Faktörler	44
2.3. Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları	47
2.3.1. Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları	47
2.3.1.1. Kesici Alet Yaralanmalarına Bağlı İş Kazaları	48
2.3.1.2. Çarpma, Düşme ve Burkulmaya Bağlı İş Kazaları	48
2.3.1.3. Şiddete Maruz Kalmaya Bağlı İş Kazaları	48
2.3.2. Sağlık Çalışanlarında Meslek Hastalıkları	49
2.3.2.1. Enfeksiyonlara Bağlı Meslek Hastalıkları	49
2.3.2.2. Kimyasal Maddelere Bağlı Meslek Hastalıkları	51
2.3.2.3. Radyasyona Bağlı Meslek Hastalıkları	53
2.3.2.4. Biyolojik Etmenlere Bağlı Meslek Hastalıkları	54
2.3.2.5. Kas İskelet Yapılarına Bağlı Meslek Hastalıkları	54
2.3.2.6. Cilt Problemlerine Bağlı Meslek Hastalıkları	55
2.3.2.7. Strese Bağlı Meslek Hastalıkları	55
2.4. Sağlık Kuruluşlarında Meslek Hastalıklarına Karşı Önlemler	56

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANININ GÜVENLİĞİNİN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA (MARDİN İLİ KIZILTEPE İLÇESİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ)

3. GEREÇ VE YÖNTEM	59
3.1. Araştırmanın Amacı	59
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	59
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	59
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	60
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	61
3.6. Hipotezler	62
4. BULGULAR VE YORUM	64
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	87
5.1 SONUÇ	87
5.2. ÖNERİLER	89
KAYNAKÇA	90
ÖZGEÇMİŞ	97

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Çalışma Ortamı Fiziksel Faktörleri	34
Şekil 2. Çalışma Ortamı Kimyasal Faktörleri.....	38
Şekil 3. Çalışma Ortamı Biyolojik Faktörleri.....	39
Şekil 4. Çalışma ortamı Ergonomik faktörler	40
Şekil 5. Ergonomik Malzeme ve Tasarım Örnekleri	42
Şekil 6. Çalışma ortamı Psiko-sosyal Faktörler	43

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: İşverenin Çalışanlarına Asgari Vermesi Gereken Eğitimler.	12
Tablo 2: Sağlık Kuruluşlarında Başlıca Ortam Faktörleri.	50
Tablo 3: NIOSH'a göre Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örnek Programı	56
Tablo 4. Araştırmanın Evreni ve Araştırmaya Katılanlar.	59
Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	64
Tablo 4.2: Katılımcıların İş ve İş Güvenliği ile ilgili Özellikleri	65
Tablo 4.3: Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri	68
Tablo 4.4.1: Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri	69
Tablo 4.4: Çalışan Güvenliği ile ilişkili Olarak Memnuniyet Düzeyleri	70
Tablo 5: Katılımcıların ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	71
Tablo 5.1: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı.....	73
Tablo 5.2: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı.....	74
Tablo 5.3: Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı	75
Tablo 5.4: Katılımcıların Nöbet Tutma Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı.....	76
Tablo 5.5 : Katılımcıların Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı	77
Tablo 5.6 : Katılımcıların Mesleği İsteyerek Seçme Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı	78
Tablo 5.7 : Katılımcıların Sosyal Yaşantıya Zaman Ayırma Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı	79
Tablo 5.8: Katılımcıların Herhangi Bir İş Kazası Geçirme Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı	80

Tablo 5.9 : Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı.....	81
Tablo 5.10 : Katılımcıların Pozisyonlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı.....	82
Tablo 5.11: Katılımcıların Çalışan Güvenliği Komitesi Var Mı Durumuna Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı.	83
Tablo 5.12: Katılımcıların İşten Ayrılma Niyeti Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı	84
Tablo 5.13: Katılımcıların İşinin Geleceğini Değerlendirme Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı	85
5.14.Tablo: Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	86

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Ed.	: Editör, editörler
HB	: Hepatit B
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
ISO	:Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
İSGÜM	: İş Sağlığı ve Güvenliği Müdürlüğü
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NIOSH	: Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
OHSAS	: İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri
OSHA	: ABD Mesleki Sağlık Güvenlik Birliği
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TCSB	:Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖNSÖZ

Çalışma iş sağlığı ve güvenliğinin önemi, iş kazaları ve meslek hastalıklarının oluşumu, çalışanlar üzerindeki etkileri ve kaygı düzeylerine olan etkilerinin neler oluşturacağını ve sonuçlarını incelemiştir. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği bakımından önemli tehlike ve riskler taşıdığı çalışma alanlarından biri olan sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle hastanelerde çalışanlar, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu sebebiyetle sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi hayati önem arz etmektedir Konumuzun güncel olması sebebiyle sağlık kuruluşlarına faydalı olacağı temennisi içindeyiz.

Bu çalışmada süreç boyunca bana yardımlarını esirgemeyen değerli sayın Doç. Dr. RÜSTEM YANAR hocama teşekkürlerimi borç bilirim.

GİRİŞ

Sağlık sektöründe çalışanların iş sağlığı ve güvenliği kapsamında karşılaştığı risk ve tehlikelerin ortamdaki izole edilmesi ya da en aza indirilebilmesi çalışanların kaygı düzeylerinin normal seviyelerde olmasını sağlar. Hastane çalışanlarının hastane koşullarında güvenli, nitelikli ve özellikle verimli sağlık hizmetlerinin sunulması, ortamına ve iş ortamının risklerine bağlı kaygı düzeylerinin normal seviyelerde olmasına bağlıdır. Hastane çalışma ortamında fiziksel veya psikolojik yönden olumsuzluklar, çalışan üzerindeki sosyal çevre baskıları ve yönetimin gerekli desteği vermediği durumlar çalışan üzerinde önemli sorunlara yol açabilir. Bu gibi durumlarda hem birey hem de çalışan kurum maddi ve manevi yönden zarara uğrayabilir.

Sağlık hizmetlerinde özellikle yataklı tedavi kurumlarının maliyeti oldukça yüksektir. Aynı zamanda sağlık işletmelerinde sağlık çalışanlarının eğitimi oldukça uzun ve maliyetlidir. Türkiye’de sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu hastanelerde çalışmaktadır. Fakat işyeri riskleri ile ilgili yeterli derecede sağlık ve güvenlik hizmeti alınmamakta hatta meslek hastalıkları ve iş kazaları kayıtları tam olarak bulunmamaktadır. Dünya genelinde çalışma yaşamında sağlıklı ve güvenli bir ortamın oluşturulması devletin yükümlülükleri arasındadır. Çalışma ortamında oluşan iş kazaları ve meslek hastalıklarının çalışana mağdur bırakması durumunda, çalışana, işletmeye, devlete verdiği zararların boyutları, konuya olan ilgiyi arttırmıştır. Kişinin iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle çalışmaması bir çok olumsuz durumları da beraberinde getirmek öncelikle kendisini, varsa bakmakla sorumlu olduğu ailesini ve çalıştığı kurumu bununla birlikte ülke ekonomisini olumsuz etkileyecektir.

Sağlık çalışanları, insanların hastalık halinde iyileşmesine yardımcı olan kişilerdir. İnsanlar, genellikle sağlık kuruluşlarına en sıkıntılı ve acılı günlerinde iyileşebilmek için gitmektedirler. Onlara sağlık hizmeti sunmak, sağlıklarına kavuşmaları için gerekli işlemlerde bulunmak, zor bir süreç olup aynı zamanda ağır sorumluluk gerektiren bir iştir. Aynı zamanda sağlık çalışanları işlerinin özelliğinden dolayı çok fazla risk ve tehlike ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık hizmetlerindeki çalışanlar çok stresli bir ortamda ve yoğun olarak çalışmaktadırlar. Bununla birlikte sağlık hizmetlerindeki çalışanların çalışma alanında birçok risklere ve tehlikelere maruz kaldığı düşünülürse, sağlıklı ve güvenli bir ortamın sağlanması bakımından hem çalışanlara, hem de sağlık kuruluşlarına ve ülke kalkınmasına önemli faydalar

sağlayacağı sebebiyle iş sağlığı ve güvenliği konusu ve sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerine etkisi çalışma konusu olarak seçilmiştir.

Sağlık kuruluşlarında iş sağlığı ve güvenliği ile alakalı ulusal literatürümüzde çok az çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, iş kazası ve meslek hastalıkları açısından sağlık çalışanların sağlık işletmelerinde ne gibi risk ve tehlikelere maruz kaldığını ortaya koymak ve sağlık çalışanlarının bunlara karşı kaygı düzeylerini belirlemektir. Bu çalışmanın sağlık işletmeleri yönetiminin ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda bilgilenmesi ve bilinçlenmesi, diğer kurumlarda ki çalışanlar gibi sağlık çalışanlarının da en doğal hakkı olan sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması konusuna ışık tutması hedeflenmiştir. Sağlık çalışanlarının hizmeti sırasında karşılaştıkları biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psiko-sosyal riskler ayrıntılı bir şekilde incelenmiş, çalışanları ne yönde etkiledikleri ortaya konmaya çalışılmıştır. İş sağlığı ve güvenliği genel olarak çalışanlar üzerinde incelenirken Mardin'in Kızıltepe ilçesindeki sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmalarda yoğun şekilde yararlanılmıştır. Farklı araştırma sonuçları karşılaştırılmış, kişisel gözlem ve deneyimlerden de yararlanılarak sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmaları mukayese etme ve önerilerde bulunma amaçlanmıştır.

Bugün çalışma hayatındaki değişiklikler yönetimde pozitif yönden değişimi zorunlu hale getirmiştir. Çağdaş işletme yönetiminde insan odaklı çalışma ve insanlarla yönetim ilkelerinin önemi zaman geçtikçe daha fazla önem kazanmaktadır. Çalışan emeğinin beşeri bir sermaye olarak görülmesi, verimlilik ve etkinlikte çalışanın rolünün artması, süreçlere ayrılan işlerde çalışanın oynadığı rol iş sağlığı ve güvenliğinin gelişmesinde ve uygulanmasında önemli bir faktör haline gelmiştir. Sağlığını yitirmiş insanların eski sağlıklarına kavuşması, hastalanmış bir çalışanının tekrar iş başı yapması, genel olarak toplumun sağlık standartlarının yükseltilmesi sağlık kuruluşlarının ve sağlık çalışanlarının varlığı ile mümkün olmaktadır.

Sağlığın doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve hiçbir maddi ve manevi şeyle ölçülememesi nedeniyle bu hizmetler devletin temel ödevleri arasında yer almıştır. Bir ülkenin kalkınmasında o ülkenin sağlık sektörünün payı büyüktür. Gerek dünyada gerekse ülkemizde sağlık sektörüne ayrılan maddi kaynaklar bugün göz ardı edilemeyecek boyutlardadır. Sağlık çalışanları hastanede koşullarında bir taraftan sağlık hizmeti verirken, diğer taraftan işin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden

dolayı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Ulusal düzenlemelerde ve konu ile ilgili literatürlerde sağlık sektörü en tehlikeli iş gruplarından birisi olarak belirtilmektedir.

Bu çalışmada iş sağlığı ve güvenliği geniş ve ayrıntılı bir biçimde araştırılmıştır. Çalışma üç bölüm halinde planlanmıştır. Birinci bölümde, iş sağlığı ve güvenliği kavramlarından, konu kapsamı ve öneminden bahsedilmiştir. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliğinde iş kazalarını etkileyen faktörlerden, Dünya’ da ve Türkiye ‘de iş sağlığı ve güvenliğinin ortaya çıkışından bahsedilmiştir. İkinci bölümde, sağlık kuruluşlarının tanımı, özellikleri, sınıflandırılması ve sağlık kuruluşlarında çalışma ortam faktörleri değerlendirilmiştir. Sağlık işletmelerinde oluşan ve oluşabilecek iş kazaları ve meslek hastalıklarına geniş ölçüde yer verilmiştir. Sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları incelenmiş, iş sağlığı ve güvenliği açısından ilişkisi kurulmuştur. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki risk ve tehlikelere ne şekilde maruz kaldıkları, bunlara karşı nasıl önlem almaları gerektiğine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerine yönelik etkilerini tespit etmek amacıyla Mardin ili Kızıltepe ilçesinde görev yapan sağlık çalışanlarına anket uygulanıp etkisi ortaya koyulmuştur.

Çalışmanın iş sağlığı ve güvenliği, sağlık çalışanı kavramı üzerinde planlanması, derinlemesine bir çalışmayı gerektirmiş ve zaman zaman yeterli kaynağa ulaşmakta sıkıntı yaşanmıştır. Çalışmada genel olarak Türkiye’de yayınlanan çalışmalardan yararlanılmıştır. İş sağlığı ve güvenliği konusunun yeni olması itibarıyla kaynak yetersizliği mevcuttur. Yabancı kaynakların ise çevirilerinin tam olarak yapılamamış olması nedeniyle yabancı kaynaklara doğrudan atıf yapılamamıştır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılmış olan çalışmaların sonuçlarından yararlanılarak, değerlendirilip çalışmanın ilgili bölümlerinde bir karara varılmıştır. Fakat değerlendirilen araştırmaların dışında, ulaşılamayan araştırmaların da mevcut olması, bu çalışmanın başka bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE GENEL BAKIŞ

1.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAVRAMLARI

1.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tanımı

İş sağlığı ve güvenliğinin tanımını yapmak istersek “ işyerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan kişinin sağlığına zarar verebilecek koşullardan korunmak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalardır” söyleyebiliriz. Toplumda kişisel bir sorumluluk olarak algılanması gereken çalışanın sağlığı ve güvenliği konusu; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların sağlığına duyarlılık gösterilmesi ve güvenlik önlemlerinin bütünüdür (Gürüz ve Yaylacı 2004:202).

Farklı bir bakış açısından ise ifade etmek istersek iş sağlığı ve güvenliği kavramsal olarak, işçinin sağlık ve emniyetinin işyeri sınırları ve iş dolayısıyla doğan tehlikeler karşısında korunmasını kapsamaktadır. Fakat, zaman içinde bu tanımlama anlatılmak isteneni tam ifade etmediği anlaşılmıştır. Özellikle yasal kanunlar kapsamında iş görenin korunmasının hayati bir önem olarak algılanması ileri sürülmüştür. Çevrenin korunması, sağlıklı bir konutta yaşama hakkı, beslenme ve ulaşım emniyeti, ilk yardım ve sosyal güvenlik, kentleşme gibi birçok konular iş sağlığı ve iş güvenliği konuları ile ilişkilendirilerek temellendirilmiştir. Geniş bir çerçevede bakarsak iş sağlığı ve iş güvenliği kavramlarını değerlendirdiğimizde ise işyeri ile sınırlı sağlık ve emniyet tedbirlerinin yeterli koruma sağlayamayacağını kabul eden ve işçinin sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve ilgilendiren ve işyeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına dâhil eden bir kavram olarak karşımıza çıkar(Sabuncuoğlu, 2000:262).

Genel bir çerçeveden baktığımızda İş güvenliği ve işçi sağlığı, hastane ortamında çalışanların güvensiz davranışlarının veya güvensiz ortamın neden olabileceği iş kazalarının önlenmesi ve güvenli bir çalışma ortamının yaratabilmesini amaçlar. İşçi sağlığının asıl amacı ise, çalışanların yaptıkları işlerden dolayı sağlıklarına bir zarar gelmemesidir(Sadullah, 1998: 396).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ile Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1950 yılında ortak bir komisyon oluşturarak, işçi sağlığının amaçlarını içine alan bir tanım yapmışlardır. Bu tanım ILO'nun 112 sayılı tavsiye kararı ile üye ülkelere duyurulmuştur

Tanıma göre işçi sağlığı aşağıdaki amaçları kapsayan bir zincirdir:(Akbulut, 2005: 38).

- Çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek düzeye yükseltmeye çalışmak,
- Çalışmanın olumsuz koşulları nedeni ile sağlığın bozulmasını önlemeye çalışmak,
- Her işçiyi fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmaya çalışmak,
- Yapılan iş ile işçi arasında uyum sağlayarak, asgari yorgunlukla optimal randıman elde etmektir.

Buna göre işçi sağlığı, her çeşit iste çalışan işçilerin, fiziksel, ruhsal ve sosyal acıdan tam iyilik hallerinin kollanması ve geliştirilmesini; çalışma koşullarından ötürü, işçilerin sağlıklarını yitirmelerinin önlenmesini; çalışmalarını sırasında, işçilerin, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek etmenlerden korunmalarını; işçilerin fizyolojik ve psikolojik yapılarına uygun işe yerleştirilmesini ve bunun sürdürülmesini içermektedir. Özetle, işçi sağlığı, işin işçiye, işçinin işe uydurulmasıdır.

1.1.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Konusu ve Kapsamı

İş sağlığı ve güvenliği kavramının modern anlamı, iş kazaları ve meslek hastalıkları tanı ve tedavisinin dışında çalışanın maddi ve manevi sağlığını korumak ve onun sağlığını bozacak çeşitli tehlikeleri ortadan kaldırmaktır. Bu durumda iş sağlığı ve güvenliğinin caydırıcı yaptırımlarla donatılmış kamu düzeni kurallarıyla sağlanması uzmanlık örgütleri oluşturulması, teknik ve medikal araştırmalar, ruhsal ve istatistiksel etütler yapılması, eğitimci ve ikna edici programlar hazırlanıp uygulanması gibi tekniklerin daha ileri seviyelere getirilmesi iş sağlığı ve güvenliği kavramıyla beraber ele alınmaktadır(Bingöl, 2003: 455).

Sanayi gelişmeleri iş sağlığı ve güvenliğini insani bir gereklilik olarak ortaya çıkarmış ve zaman ilerledikçe bunun önemi artarak gündem konusu haline gelmiştir.

Bu gereklilik sanayileşme olgusunun yol açtığı tehlikelerden, insanın hukuken korunmuş varlıklarına özellikle hayatına, vücut bütünlüğüne ve sağlığına yönelik zararlardan ve her türlü olumsuz durumlardan korunma olgusudur(Aydemir, 1995: 79).

Dünya da hemen hemen bütün ülkelerin sanayileşmeye paralel olarak, çalışanların sağlık ve güvenli bir ortamda çalışmalarının sağlanması, çözümü gereken en önemli sorunlardan biri olarak ortaya çıkmıştır. Toplumun tüm bireylerinin etkilendiği endüstrileşmenin ve teknolojik gelişmelerin bedelini çalışanlara ödetmeme endişesi modern toplumların başlıca amaçlarından birini oluşturmuştur(Süzek, 2005: 610).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun yarısından fazla bir bölümünü çalışan bireylerden oluşturmaktadır. Gelişen teknoloji ve sanayileşme ile birlikte işyerlerindeki kötü çalışma koşulları iş sağlığı ve iş güvenliğini ve buna bağlı olarak da toplum sağlığını tehdit eder hale gelmiştir. Sanayileşmiş ülkeler, günümüzde iş sağlığı ve iş güvenliği konusunda ciddi çabalar harcamak zorunda kalıp yatırımlarının bir kısmını iş güvenliği ve sağlığı üzerine yapmaktadırlar. Söz konusu ülkelerin hepsi iş kazalarını ve meslek hastalıklarını olabildiğince en düşük düzeyde tutabilmek için birçok tedbirler alıp bu durum ile alakalı uzmanlarla beraber çalışmalar yapılmaktadır. Bu çerçevede, gelişmiş ülkelerde iş sağlığı ve iş güvenliği konusunun bağımsız bir bilim dalı haline geldiği ve genel toplum sağlığı içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir alanı oluşturduğu söylenebilir(Gerek, 1998: 8).

1.1.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Amacı

İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin düzenlemelerin asıl amacı işle bağlantılı olan veya işin yürütümü sırasında ortaya çıkan kaza ve yaralanmaların, çalışma ortamında bulunan risklerin, önlenmesi sağlamak, önlenemeyen risk durumlarının ise en az seviyeye çekerek sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sağlanmayı hedeflemektedir.(Sayıntürk, 2014).

İşyerlerinde kullanılan her türlü araç, gereç ve makine ile bina güvenliğini risk altında tutabilecek diğer unsurların güvenliği periyodik şekilde uzmanlar aracılığıyla denetimi yapılarak işçinin ve iş ortamının güvenliğinin yanı sıra işyeri çevresinin de güvenli alanlar olarak kalmasını sağlamaktır.

1.1.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi

İnsan hayatı hiçbir maddi varlıkla ve hiçbir farklı canlı ile ölçülemez olması ve korunmasının gerekliliği iş sağlığı ve güvenliğinin en önemli nedenlerinden birisi ve en önemlisidir. Her yıl % 98'inin iş yerinde gerçekleşen kazaların önlenabilir olması nedeni ile binlerce kişinin hayatını kaybetmesi ve sakat kalması, yaptığı iş nedeni ile hastalıklara yakalanması konunun insani perspektiften ele alınması gerektiğini de göstermektedir. Bunun yanında ekonomik nedenler de iş sağlığı ve güvenliğinin önemini ortaya koyan önemli olgular arasındadır. İş kazalarının neden olduğu başta kalifiye eleman kayıpları ve çalışanlar üzerinde olumsuz tesirleri ile verimliliğin azalması, sonra değeri çok pahalı olan makine, tesis, araç ve gereçlerdeki hasarlar maddi yönden ciddi alınacak kadar yüksek olabilmektedir. Bu durum en az ölçüde iş yerlerin ekonomisini olumsuz yönde etkilediği gibi, en üst düzeyde ülke ekonomisi düzeyinden baktığımızda ciddi olumsuz etkileri yansıyabilmektedir.(Tiryayi, 2011).

ILO verilerine baktığımızda gelişmekte olan ülkelerin iş kazası ve meslek hastalıkları sonucu meydana gelen ekonomik kayıplarının gayri safi yurt içi hâsıla (GSYİH)'larının yaklaşık %8'ü kadar olduğu tahmin edilmektedir. Bu doğrultuda ülkemizde TÜİK' den alınan 2015 yılı GSYİH rakamlarına göre iş kazası ve meslek hastalıklarının toplam maliyeti yılda yaklaşık 55 Milyar TL olarak tahmin edilmektedir(Ulusal İSG Politika Belgesi, 2016).

1.1.4.1. Sosyal Açıdan Önemi

İnsanın yaşama, özgürlük ve kişi güvenliği gibi birçok insani haklara sahiptir. İnsanların bu haklarını ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir ayırım gözetmeksizin uluslar bunu kanunlar ile destekli ortaya koyup tedbirler almışlardır(İHEB, 2016).

Üretimin en önemli ana merkezi insandır. Mal ve hizmet üretiminde işçilerin emeği, üretime katılan önemli bir üretim faktörüdür. Sanayileşme ile makineleşmenin birçok alanda artması, üretimde bilgisayar ve robotlar kullanılarak otomasyon sistemlerine geçilmiş olması belli ölçüde insan emeğine duyulan ihtiyacı azaltsa da tamamen ortadan kaldırmak günümüzde söz konusu değildir(Tiryayi, 2011).

İnsanların çalışma ortamı sanayinin gelişmesi, iş ortamlarına ağır makinelerin girmesi ile birlikte sağlık ve güvenlik açısından daha tehlikeli bir durum haline gelmiştir. Sanayileşme ve teknolojinin gelişmesi çalışanların güvenliği ile ilgili sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu sorunlar önceleri fazla pek fazla dikkate alınmamıştır, ancak sorunların işletmelerin çalışmasını tehlikeye sokması ve iş verimini etkilemesi sağlık ve güvenlik tedbirlerinin alınmasını ve işin hayati bir öneme sahip olduğu durumunu gündeme getirmiştir. Ayrıca meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları kişiyi direkt çalışmaktan alıkoyması ve hayatının yaşamsal sürecini sağlıklı bir şekilde gerçekleştirememesi, bu durumda gerek bireyi ve gerekse toplumu etkilemesi açısından iş sağlığı ve güvenliğinin önemini artmasına neden olmuştur(Tiryayi, 2011).

İş kazası sonucunda işçinin ve dolayısıyla bireyin maddi sıkıntılar yaşamasına ailenin geçim sıkıntısı çekmesi nedeniyle çalışamaz yaştaki çocuklar para kazanmak zorunda kalmakta dolayısıyla eğitimlerini bırakmaları gibi olumsuz sosyal sonuçlar ortaya çıkmakta ve buna benzer birçok sorunlar ile birey ve aile karşı karşıya kalmaktadır. Sakat kalan ya da bazı uzuv ya da uzuvlarını kaybeden işçiler yaşadıkları olay sonrasında psikolojik sıkıntılar yaşamakta ve bu durumun yakınlarına yansımaya sebebiyet vermektedir. İş kazalarının özellikle işçinin uzuv ya da uzuvlarını kaybetmesi ya da ölmesi ile sonuçlanan iş kazalarının telafisi çoğu zaman mümkün olmamaktadır(Eken, 2011).

Güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışmak çalışan bireylerin iş kazası endişe ve korkusunu ortadan kaldırarak hem daha bireyin verimli çalışmalarını sağlayacak hem de bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı ve mutlu bireyler olarak toplumda yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebileceklerdir.

1.1.4.2. Ekonomik Açıdan Önemi

İş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınmaması sebebiyle meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları hem sosyal hem de ekonomik kayıplar gibi birçok olumsuz durumlara sebep olmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları yaşanan maddi ve manevi kayıplardan dolayı üretim faaliyetlerinin yavaşlaması ya da durdurması sonucuyla iş yerine ciddi bir ekonomi yükü olduğu gibi geniş çerçevede baktığımızda ülke ekonomisine de ciddi bir yük getirmektedir.

İş sağlığı ve güvenliği ile önlem alınmadığından dolayı yaşanan iş kazaları ve meslek hastalıklarının ülke ekonomisine ve devlete olası maliyetleri şunlardır(Vayısoğlu Zorlu, 2008).

Herhangi bir kaza sonucu ölen ya da sakatlanan çalışanların çalışmaları gereken sürede sağlanan üretim, verim ve Gayri Safi Milli Hasılaya (GSMH) katkılarından yoksun kaldığı gibi, ayrıca çalışanın gelecekte oluşturacağı üretim ve gelir kaybı, çalışırken ödemekte oldukları sosyal sigorta primlerinin ödenmemesi,

Kaza sonucu ölen işçilerin geride kalan aile bireylerine dul ve yetim aylığı ya da bir daha çalışamayacak kadar sakatlananlara malullük aylığı bağlanması,

Çalışanların geçirdikleri iş kazası sonrasında da hastane tedavileri için harcanan sağlık giderlerinin SGK' ya getirdiği yüklü miktarda maliyet,

İş kazası sonrası bireyin tekrar bir iş yerinde çalışabilecek duruma gelene kadar geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi,

İşverenler tarafından “maddi ve manevi tazminat, destekten yoksun kalma tazminatı” adı altında gibi birçok önemli miktarlarda tazminat ödenmesi,

Çalışanın yetiştirilmesi için iş kazası sonrasında yapılan eğitim harcamalarının kaybı(Eken, 2011).

Ülkemizde 2010 ila 2015 yılları arasında (beş yılda) yaklaşık olarak 297.980 iş kazası ve meslek hastalıkları yaşanmış ve bunların 7.946 tanesi ölümlerle ve bir o kadarda sakatlık ve iş görmemezlikle sonuçlanmıştır. Bu istatistiklere göre yılda ortalama yaklaşık 66.300 iş kazası yaşanmakta ve bunların ortalama 1600 tanesi ölümlerle sonuçlanabildiği gibi bireyin sakat kalma durumları da bir o kadar görülmektedir(SGK İstatistikleri, 2016).

1.1.5. İş Sağlığı ve Güvenliğinde İş Kazalarını Etkileyen Faktörler

Endüstriyellemenin normal bir getirisi olarak, fazla işçi çalıştıran iş yerlerinde iş kazalarının sayısında da ister istemez büyük artışlar olduğu yapılan araştırmalar sonucunda tespit etmişlerdir. Bundan ortalama 50 yıl öncesinde yaşanan bu kazalar işverenler tarafından fazla dikkate alınmazken zaman içinde; oluşan kazalar sonucu doğan üretim kayıpları ile artan kaza maliyetleri ve iş yeri sahibine açılan hukuksal durumlardan dolayı işverenlerin iş kazalarına karşı önlem alması gerektiği hayati bir önem haline gelmiştir. İş kazası ile ilgili birçok tanım yapılmıştır ama genel geçer kabul edilen, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından “Belirli bir zarar veya yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik bir olay” şeklinde genel geçer bir tanım yapılmıştır.

Uluslararası Çalışma Örgütünün iş kazası ile yapmış olduğu tanım dışında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu “İş kazasını işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay ve olgulardır” olarak ifade edilmiştir.

Benzer şekilde, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu “Meslek hastalığını mesleki risklere maruz kalma neticesinde meydana gelen hastalık” şeklinde tanımsal olarak açıklanmaya çalışılmıştır(İSGM, 2015: 76).

SGK 5510 Maddesinde ise (14)” Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir”(İSGM, 2015: 303).

İş kazalarının, gelişmiş veya gelişmekte olan tüm sanayi toplumları için maddi ve manevi zararlara sebep olduğu araştırmalar sonucu kesinleşmiştir(Akalp, 201: 96-109).

Tüm işyerlerinde her türlü tedbir amaçlı önlemler alınmalı, çalışma ortamlarının sağlıklı ve güvenli bir duruma getirilmesi, kurallara özenle uyulmasını ve yeni bakış açıları kullanmayı gerektirebilir. Bunun için yönetici, mühendis, teknisyen, işyeri ve koruyucu hekim ve yardımcı sağlık uzmanı gibi değişik alanlardan gelen pek çok uzmanın bir arada çalışması zorunluluk arz etmektedir (Özçiftçi vd. 2005: 191-198).

Birçok farklı araştırmalar iş kazalarının meydana gelmesindeki nedenlerin ağırlıkları konusunda farklı görüşler ortaya atmaktadır. Buna rağmen, genel olarak iş kazalarının %83 insanlara, %15 fiziki ve mekanik çevresel koşullarına ve %2 ise beklenmedik nedenlere bağlı olarak meydana geldiğini araştırmalar sonucunda saptanmıştır. Bu genelleme iş kazalarının yaklaşık %95’inde önleyici yaklaşımların uygulanabileceğini araştırmalar sonucunda saptanmıştır(Camkurt, 2007: 80-106).

Globalleşen dünyada iş kazaları diğer birçok ülkedeki gibi ülkemizde de büyük sorunlara neden olmaktadır. Iř kazaları sonucunda, kalıcı engelli ve ölüm meydana gelir ve ekonomik ve iş günü kayıpları ortaya çıkmaktadır. Özellikle, işçi ölümü veya kalıcı sakatlık olumsuz ekonomik kayıplara yol açar ve işverenler, çalışanlar ve aileleri için sosyal sorunlar meydana getirmektedir. Iř kazaları bu konuya ciddiye alınarak ve etkili önlemler alınarak düşük seviyelere çekilebilir. Iř kazaların azaltılabilmesi için öncelikle iş kazalarına sebebiyet verecek etmenler saptanıp ona göre tedbir alternatifleri üretilmelidir. Iř kazalarını etkileyen birçok unsurdan oluşmaktadır.

Biz ise çalışmamızda belli başlı konularda etkileyen durumları alt başlık olarak sunmaya çalışacağız.

1.1.5.1. Eğitim Faktörü

Bireyin yaşamını sürdürülebilmesinde gereksinim duyulan bilgi, beceri, tutum ve davranışların büyük bölümü öğrenilerek kazanılır(Topçuoğlu ve zdemir, 2007: 10-15). Iř sağlığı ve güvenliğinin en önemli hususlardan biride sosyo-kültürel boyutlarından biri eğitim olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada eğitim, çalışanların yeteneklerini geliştiren, yeni koşullara uyum sağlayan, sağlık ve güvenlikle ilgili konularda bilgi ve bilinçlendirilmeleri yapan, bireyin güvenlik kültürünün artmasına neden olan en temel bir süreçtir.

rnek olarak çalışanların ilk yardım konularında çalışanların eğitilmesi, çalışanlara teknik gelişmelerle ilgili hizmet içi kursların düzenlenmesi, çalışma ortamlarına uyarıcı ve öğretici (afiş, levha ve yönerge gibi) yazılı ve görsel malzeme ve işaretlerin yerleştirilmesi bu eğitim çalışmaları arasında önem arz eden durumlar olduğu söylenilebilir. Eğitimin temel olarak işletme içerisinde en önemli ve en değerli husus olduğu ve işyerinde tüm çalışanlara bu bilinç verilmelidir. Bu ereve de insanla

İlgili her türlü ön yargı, olumsuz tutum ve düşüncelerin ortadan bireylerde kaldırılması gerekmektedir. İnsan temel bir değer ve her şeyin üstünde bir varlık olarak görülmeli ve ona göre tedbirlerde eğitimsel açıdan sürekli verilmelidir(Erdem, 2004: 7-9).

İş yerinde iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin oluşturulmasında ve önlemlerin uygulanmasında en önemli görev iş yeri sahibine aittir. İşverenin bu konuda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili uzmanlar ile koordinasyonlu çalışarak gerekli önlemleri alma sorumluluğu, aynı zamanda işverenin çalışanı gözetme sorumluluğunun da bir parçasıdır. İşveren mevzuat gereği her türlü tedbirleri almalı ve gerekli harcamalarının bir kısmını iş sağlığı ve güvenliğe aktarmalıdır. Aşağıda vereceğimiz tablo çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında yönetmeliğin belirlediği eğitim konuları tablosu verilmiştir.

Tablo 1. İşverenin çalışanlarına asgari vermesi gereken eğitimler.

EĞİTİM KONULARI
1. Genel konular a) Çalışma mevzuatı ile ilgili bilgi alanları, b) Çalışanların yasal hak ve sorumlulukları ile alakalı konular, c) İşyeri temizliği ve genel düzenlemeleri, ç) İş kazası ve meslek hastalığından dolayı oluşan hukuki sonuçlar
2. Sağlık konuları a) Meslek hastalıklarının nedenleri, b) Hastalıktan korunma prensipleri ve korunma tekniklerinin oluşturulması ve uygulanması, c) Biyolojik, fiziksel ve psikososyal risk etmenleri, ç) İlk yardım

3. Teknik konular

- a) Kimyasal, fiziksel ve ergonomik risk durumları,
- b) Elle kaldırma ve taşıma vb. durumlar,
- c) Parlama, patlama, yangın ve yangından korunma, ç) İş ekipmanlarının güvenli kullanımı,
- d) Ekranlı araçlarla çalışma,
- e) Elektrik, tehlikeleri, riskleri ve önlemleri,
- f) İş kazalarının sebepleri ve korunma prensipleri ile tekniklerinin uygulanması, g) Güvenlik ve sağlık işaretleri,
- ğ) Kişisel koruyucu donanım kullanımı,
- h) İş sağlığı ve güvenliği genel kuralları ve güvenlik kültürü,
- ı) Tahliye ve kurtarma

Kaynak: Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 15.05.2013 Tarihli ve 28648 Sayılı Resmi Gazete

İş kazaları Türkiye’de sosyal ve ekonomik sonuçları açısından önemli bir sorun olarak önemini günümüz de korumaktadır. İş kazaları ile ilgili son yılların istatistikler incelendiğinde Türkiye’de ortalama olarak yıllık 75000 kaza meydana geldiği; bunun sonucunda 1652 çalışanın hayatını kaybettiği, 1888 çalışanın ise ömür boyu sakat kaldığı görülmektedir. İş kazalarının Türkiye’ye yıllık maliyeti ortalama 50 Milyar TL ve hatta daha yüksek meblağlar civarındadır. Burada gerçekleşen iş kazalarının %95’inin, meslek hastalıklarının ise tamamının önlenabilir nitelikte olduğu belli araştırmalar sonucu tespit edilmiştir. Burada eğitim iş kazalarını önlemenin önemli bir koludur söylenebilir(Ceylan, 2012: 909-918).

İş kazalarının ortaya çıkmasında eğitim eksikliği önemli bir yer tutmaktadır. Eğitim seviyesi yüksek çalışanlar araştırmalarda daha az kaza geçirdiği saptanmıştır. Bunun nedeni çalışanların aldığı eğitimlerle kazaya neden olabilecek sorunları ve bunun sonuçlarını öngörebilme yetisine sahip olmalarıdır. Yapılan bir araştırma en çok iş kazasını geçirenlerin yaklaşık %70’inin ilkökul, %16’nın ortaokul, %8’inin lise ve %6’nın da meslek lisesi mezunu olduğunu göstermektedir(Açıkalin, 2008: 133-154).

1.1.5.2. Çalışana İlişkin Faktörler

Kavram olarak iş kazası, çalışma hayatı içinde meydana gelen bir kaza durumudur ve mesleklerin içinde var olan risklerin en önemlisidir. İş güvenliği kapsamında bir olayın iş kazası olarak tanımı “sigortalının iş yerinin otoritesi altında bulunduğu bir sırada gördüğü iş veya işin gereği nedeniyle aniden ve dıştan meydana gelen bir etkenle onu bedence ve ruhça zarara uğratan olay” şeklinde açıklanır. Olayın iş kazası olarak kabul edilmesi için işyeri ve çalışma ile bağlantısının olması gereklidir(Demircioğlu, 2003: 42; Karakaş, 2009).

İş kazalarının meydana gelmesinde etkili olan, çalışan davranışlarına bağlı faktörleri, kişisel özellikler, fizyolojik ve psikolojik özellikler, şeklinde üç başlıkta sıralayabiliriz(Camkurt, 2013: 80-106).

Meydana gelen iş kazalarına baktığımızda iş yerinde olması gereken düzenlemelerin çok fazla yapılmadığı tamamen prosedür gereği birkaç düzenleme yapıldığı araştırmalar sonucu tespit edilmiştir. Bu durum sorunun çalışma hayatında sadece teknik veya yasal düzeyde ele alınmasının yeterli olmadığını, burada “insan” faktörünün de en az diğer faktörler kadar önemli olduğu sonucunu vermektedir.

Bu durumda üzerinde ciddiyetle durulması gereken kavramlardan birisi güvenlik kültürüdür(Dursun, 2013: 61-75).

1.1.5.3. Örgüte İlişkin Faktörler

Çalışanların kazaya eğilimi örgütsel, duygusal ve bireysel özelliklere bağlıdır. Örgütler iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının çalışanlara benimsetilmesinde doğru iletişim yöntemleri kullanmalı, katılımcı bir anlayış ve teşvik edici bir ücret sistemleri geliştirmelidir(Karamık ve Şeker, 2015: 575-584). Çalışanların kendileri için tanımlanan iş ile ilgili yeterli hizmet içi eğitimi görmemiş ya da yeterli beceri ve deneyimi kazanmamış olması, yaptığı işin kendisine tiksindirici, ağır ya da memnuniyetsizlik verici olması ve İş görenin bireysel özelliklerine uygun olmayan işin verilmesi çalışanların güvensiz davranışlarına ve bu durumda ilerleyen iş sürecinde kişiyi risk ortamı oluşmasına sebebiyet verecektir(Tan, 2016).

İş kazalarının yaşanmasında çalışanların yaş aralığının önemli olduğu ve iş kazalarının en çok 24 - 29 ve 30 - 35 yaş aralığında yaşandığı belirlenmiştir. İlk yaş grubunda yaşanan iş kazalarının nedeni bu yaş aralığının işe yeni başlama yaşı olması

ve tecrübe ve güvenlik kültürü eksikliğinden kaynaklanmaktadır. İkinci grup yaş aralığında ise genellikle teknolojik yeniliklerin ve revizyonların bu aralığa rastlamasına bağlanmaktadır. Bununla birlikte, iş kazalarının 1. iş saatinde gerçekleşmesi işletmeler için iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düzenlemelerin kurulması ve gerekli eğitimlerin verilerek nitelikli çalışma ortamlarının oluşturulması ihtiyacını ifade eder. İş kazalarının yaşanmasında bir diğer ayrıntı iş yerinde işçi sayısıdır. Buna göre, 500 -1000 ile 1001 ve daha fazla çalışanın olduğu işletmelerde iş kazası yaşanma sıklığının çok daha az seviyelerde olduğu araştırmalarımızın verdiği tespittir. Bu bulgu, kurumsal firmalarda güvenlik kültürünün varlığını, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının ve yasal yükümlülüklerinin uygulandığını, bu durumda iş kazalarını azalttığını göstermektedir (Demirbilek ve Pazarlıoğlu, 2007: 10-32).

İşletme sahibi veya yöneticilerin tehlike veya riskleri önceden kontrol etmediği durumlarda iş kazaları ve sonrasında yaşananlar tamamen şansa bırakılmış faktörü ile belirlenmiştir.

Örneğin herhangi bir makineden sızan bir yağ nedeniyle oluşan yağ birikintisine basarak düşen işgören yaralanabilir veya basit olarak üstü kirlenerek bu durumu atlatabilir. Kazaları indirgemenin en etkili yolu, kazalara sebep olan durumları denetlemek, yani periyodik olarak denetimler işyerinde yapılmalıdır.

Örneğin iş makinasının belli aralıklarla bakım ve kontrollerinin yapılması, yağın sızmasını ve birikmesini, dolayısıyla herhangi bir kazaya neden olmasını önleyecektir ve iş kazası yaşama olasılığını düşürecektir(Kulaksız, 2016).

İnsan kaynakları yönetim fonksiyonlarının etkin olarak uygulandığı işletmelerde iş kazası ve meslek hastalıklarının oluşma durumları daha düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir.

Bunlar:

- a) İşgören seçimi, çalışanların daha ilk aşamada işe ve işletmeye uygun olarak seçilmesi, eğitim, tecrübe ve kişilik özelliklerinin işletmeyle uyum sağlaması, iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemede önemli bir görev üstlenmektedir.
- b) İşletmelerde eğitim fonksiyonlarının planlı olarak iş güvenliği uzmanları doğrultusunda yürütülmesi, eğitim almış ve saha içinde kullandığı araç gereçle ilgili bilgiye sahip çalışanların olumsuz bir durumla karşı karşıya kaldıklarında nasıl hareket edeceğini bilmesi, iş kazasına uğrama olasılığını en alt seviyelere çekmektedir
- c) İnsan kaynakları planlaması, işletmelerin uygun özellikler taşıyan, gerekli bilgi ve becerilere sahip ve uygun tutum geliştirmiş yeterli sayıda konu ile alakalı saha tecrübesi olan yöneticiye ve çalışana sahip olmasını gerektirir;
- d) İş analizi, işin gerektirdiği bilgi, beceri, tecrübe, eğitim, psikolojik ve fiziksel özelliklere uygun bir işgörenin seçilmesi için bu konu ile alakalı analizlerin yapılmasını ifade eder;
- e) Performans değerlendirmesi yapılmayan işletmelerde çalışanın işindeki yeterlilik düzeyinde oluşan eksiklik izole edilmediği için iş kazası ile karşılaşma riski ister istemez yüksek olmaktadır.
- f) Gerek ekonomik, gerekse sosyal açıdan ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde ücret ödenen çalışan işine daha dikkat edeceği ve dikkatinin de farklı şeylere kayma olasılığı düşük seviyelerde olacaktır;
- g) Sendikaların, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumak amacıyla yaptıkları mücadele, iş sağlığı ve güvenliği konusunu gündemde tutarak ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasını sağlar(Karacan ve Erdoğan, 2011: 102-116).

Son olarak 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunmak için öngörülen iş güvenliği uzmanları “İşverene iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda rehberlik ve danışmanlık yapmak üzere” görevlendirilmiştir.

İş yerinde güvenli çalışma ortamını periyodik bir şekilde denetlemekten sorumlu olacak iş güvenliği uzmanlarının bir kaza olduğunda iş yerinde olması

sorumlunun bulunmasını kolaylaştıracaktır, ancak bu kişinin işverene maaş ve özlük hakları bakımından bağlı olması, gerçek bir denetim mekanizması kurulması için yeterli görülmemektedir. Bir başka deyişle, işçi-işveren ilişkisi gücün adil paylaşılmasına imkân tanıyacak şekilde yeniden yapılandırılmadan iş güvenliğine ilişkin alınacak tedbirler tek başına yeterli olmayacaktır(Yılmaz, 2014: 2105-2124).

1.1.5.4. Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi

Çalışan işçilerin fiziksel ve ruhsal durumuna zarar verebilecek muhtemel riskleri örgütsel, teknik, tıbbi ve hukuksal önlemlerle ortadan kaldırmayı hedefleyen İSG çalışmaları Türkiye’de 2000’li yılların başında hızlanmış, bu amaçla çok sayıda İSG Kanun Tasarı Taslağı hükümet tarafından hazırlanmıştır(Kılıkış, 2013: 17-4). Sonunda 20 Haziran 2012 tarih ve 6331 sayılı İSGK Meclis’te kabul edilmiş ve 30 Haziran 2012 tarihi itibari ile tüm Türkiye’de İSG alanı ilk kez özel bir kanunla düzenlenmiştir. Kanunun gerekçesinde ifade edildiği gibi, çalışma ortamında bulunan olası riskleri mümkünse yok etmek ve önlenemeyen riskleri en az seviyeye indirmek, böylece sağlıklı ve güvenli çalışma ortamlarını oluşturmak ve iş güvenliğini tüm iş yerlerinde yaygınlaştırmak kanunun asıl hedefleri arasında yerini almaktadır.

ILO istatistiklerine göre, dünyada her gün yaklaşık olarak 1200 kişi iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle işlerinden evlerine geri dönememektedir. ILO dünyada yıllık yaklaşık 2,34 milyon kişinin iş kazası veya işle ilgili hastalıklardan yaşamını yitirdiğini araştırmaları sonucu ortalama bir tahminde bulunmuştur(ILO, 2016). Eurostat istatistiklerine göre, 2012 yılında 28 AB ülkesinde oluşan ölümcül olmayan 2,5 milyonun altındaki iş kazası dört iş günü kaybıyla sonuçlanırken, 3516 adet ölümcül iş kazası meydana gelmiştir (Eurostat, 2016).

Risk temelli yaklaşım iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarında değişen yeni bir yaklaşımdır ve bu yaklaşım her işyerinin kendine özgü bir iş sağlığı ve güvenliği koşullarının olduğunu açıklar.

Bu nedenle risk değerlendirilmeleri ve alınacak önlemler her işyerinin kendi koşulları göz önüne bulundurularak durumlar belirlenmelidir(İSGM, 2015: 82).

Risk değerlendirilmesi, çalışma ortamında mevcut olan ya da dışarıdan gelmesi muhtemel tehlikelerin, çalışanlara, ortama ve çevreye verebilecek olumsuz etkilerini

ve bunlara karşı alınacak tedbirleri belirlemek için yapılması gereken çalışmalar olarak açıklanır. Burada öncelikle yapılacak olan bir tehlikenin ne kadar önemli olduğu ve muhtemel riskin azaltılması için gerekli önlemlerin hangi boyutlarda alınıp alınmayacağı tespit edilmesidir(Akal, 2013: 112).

Risk değerlendirme için birçok alternatif yöntemler bulunmaktadır. İşletmenin yapısı ve büyüklüğüyle ilgili olarak bu yöntemler farklılık arz etmektedir.

Risk değerlendirme yöntemleri arasında şunlar sayılabilir: PHA (Proses Tehlike Analizi), PRA (Birincil Risk Analizi), HAZOP (Tehlike ve İşletilebilme Çalışması Metodolojisi), ETA (Olay Ağacı Analizi), Güvenlik Denetimi, Neden - Sonuç Analizi, İş Güvenlik Analizi, Olursa ne olur? Ve Papyon Analizi (Nedenleri kontrol ve yönet sonuçları azalt)(Akpınar ve Çakmakkaya, 2014: 273-304).

Risk yönetimi örgütlerde ve kamuda güvenlik ve güvenilirliği artırmak ve kayıpları minimize etmek için artan bir şekilde kullanılan bir yöntemdir. Riskleri tanımlama, değerlendirme ve kontrolünü içerir. İş stresi ve fiziksel iş yükü personelin iş yerindeki tehlikeleri önleme yeteneğini bozabilir ve risk algısının artmasına da neden olabilir. Ayrıca, bu faktörlerin kombinasyonu riskli davranışlara ve kazalara neden olabilmektedir.

İş sağlığı ve güvenliğinde risk yönetimi üç aşamalı bir süreç olarak tarif edilmektedir. İlk olarak iş çevresindeki tehlikeler tanımlanır. İkinci olarak, bu riske neden olan tehlikeler değerlendirilir.

Son olarak, tanımlanan bu riskler için uygun kontroller geliştirilir. Örgütü muhtemelen etkileyebilecek tüm riskleri anlamak ve yönetmek daha iyi performans ve rekabet avantajı sağlayacaktır.

1.1.5.5. Ergonomik Önlemler

Ergonomi; “İnsana ilişkin ve en fazla rahatlık, güvenlik ve etkinlikle kullanılabilen araç, makine ve donanımın anlaşılması için gerekli bilgilerin tümü” şeklinde tanımlanabilir(Şimşek, 1994: 45).

Ergonomi, endüstrileşme ile beraber önem kazanan üretim, kar, verimlilik gibi kavramların karşılanması sırasında insan faktörünün ihmal edilmesine izin vermeyen, buna ilave olarak çalışma hayatının gerekleriyle, insan anatomisinin gereklerini uyumlaştırma çabasıyla çalışmalarını bu şekilde geliştiren ve bunda başarı sağlayan bir bilim dalı olarak tanımlanmıştır(Tınar, 1993: 135). İşgörenler çalışma ortamında devamlı alışveriş halindedir. Sanayinin hızlı bir şekilde gelişmesi bir taraftan iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı işgörenlerin korunması konusunu ortaya çıkarmış, diğer taraftan da ergonomi kavramını gündem haline getirmeye sebep olmuştur. İnsan mühendisliği, insanın içinde yer aldığı her türlü sistemi ve bu sistemleri oluşturan tüm öğeleri verimlilik, uyum, insancılık, güvenlik, ekonomiklik, konfor gibi yaşam kalitesini etkileyen ilkeler temelinde ilgili tüm bilimsel veri tabanından ve teknolojiden yararlanarak tasarlayan ve uygulayan bir bilim dalı olarak tanımlanmıştır(Barlı vd. 2008: 1-14).

Bir adet ürünün üretilmesi için geçen sürenin düşürülmesi için yapılan çalışmalar, fayda yaratmayan gereksiz faaliyetleri izole etmek, fire ve boş zamanları minimize etmek, üretim maliyetlerini azaltmak için yapılan her türlü çalışmalardandır. İş yaşamındaki en önemli unsurlardan birisi olan insanın iş ortamına uygunluğu düşünülmeden istenen sonuçlara ulaşmak mümkün olmayacaktır. Örneğin, işgörenin kas-iskelet sistemine olan yükü ve sistemden kaynaklanan kötü duruşları tespit etmeye yarayan, gözlem temelli bir yöntem olan OWAS yöntemi kötü duruşların ve faaliyetlerin belirlenmesi, işgücünün harcadığı güç temelinde farklı sistemlerin karşılaştırılması ve uygun değer iş yöntemlerinin tahminine çalışır. İşgörenlerin doğal duruşunu korumak için çalışma faaliyetleri arasında mola sürelerini artırmak veya çalışma tekniklerini değiştirmek tavsiye edilmektedir (Akay vd. 2003: 73-84).

İşgörenlerin katılımının sağlanmasıyla çalışma ortamlarında ergonomik değişikliklerin oluşturulması işgörenlerin iş ortamı nedeniyle yaşadığı hastalık ve yaralanmalarda iyileştirmeler sağlayacaktır. Ergonomik çalışmalar çalışanların yaşları ve cinsiyetleri dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Mesela, çalışanların sağ veya sol

ellerini kullanma alışkanlıklarına göre işyerindeki aparatların düzenlenmesi çalışanların performanslarını olumlu yönde etki edecektir.

Yaygın olan yanlış bir düşünce olan ergonomik bir çalışma ortamının maliyetli olmasıdır. Hâlbuki endüstride verimlilik ve üretkenlik sağlamış çok da pahalı olmayan uygulamalara rastlamak mümkündür. Üretim işletmelerinde farklı işler yapan mavi yakalı çalışanlar ve ofiste uzun süre bilgisayar kullanan beyaz yakalı çalışanlar üzerinde yapılan çalışmalar, ergonomi ile ilgili yapılan düzenlemelerin mesleki kas iskelet sistemi hastalıklarının oluşturduğu maliyeti azalttığını, iş yaşam kalitesini ve iş verimliliğini artırdığını göstermiştir. Uzun dönemli izlemeler sağlık harcamaları, iş günü kaybı, sigorta tazminat ödemeleri ve işe dönüş üzerinde ergonominin olumlu etkileri olduğunu göstermiştir(Özcan ve Kesiktaş, 2007: 6-9).

1.1.6. Dünya da ve Türkiye de İş Sağlığı ve Güvenliğinin Ortaya Çıkışı

İSG'nin günümüzde bilimsel bir anlam kazanması uzun bir tarihsel süreci kapsamaktadır. “İlk insanla başlayan üretim süreci zaman içinde değişmiştir. Taşın toprağın işlenmesi, madencilik tekniklerinin gelişmesi, ateşin bulunması, zaman içinde buhar gücünden faydalanma, iş aletlerinin ve üretim araçlarının gelişiminde önemli etkiler yapmıştır. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin ilk yazılı bulgulara, M.Ö 370 yıllarında Hipokrat'ın kurşunun zararlı etkilerini ortaya koyduğu çalışmasında rastlanılmaktadır”³⁰ İlk insandan günümüze kadar çalışma hayatındaki değişimler ve gelişmeler İSG'nin gelişmesini sağlamıştır. Zaman içinde üretim süreci değişmiş, değişen üretimle birlikte teknoloji de gelişmiştir. Endüstri Devriminden sonra olumsuz çalışma koşulları artmıştır. Olumsuz çalışma koşulları, her alanda iş kazasını arttırmaktadır.

Böylece, İSG önem kazanacak ve İSG çalışmaları da günden güne gelişme gösterecektir. Teknolojik gelişmelerin getirdiği bir takım sorunlar, insanların yaşadığı kazalar, meslek hastalıkları, psiko-sosyal bozukluklar, devletin müdahalesinin gerekliliğini ortaya koymuştur.

İSG geçmiş tarihte önemli olduğu gibi günümüzde de önemlidir. Her geçen gün iş kazaları ve meslek hastalıkları artmaktadır. Geri dönüşü olmayan bir süreç girmeden, tehlikelere karşı önlemler alınmalıdır. İş kazası ve meslek hastalıklarını

minimumuna indirebilecek çalışmalarda bulunulmalı, her insanın bir can taşıdığı unutulmamalıdır.

1.1.6.1. Dünyada İş Sağlığı ve Güvenliğinin Ortaya Çıkışı

Bilimsel anlamda iş sağlığı ve iş güvenliğinin ilk olarak ortaya çıkışı, sanayi devriminin başlangıç yıllarına dayanmaktadır. Tabii bilindiği gibi sanayi devriminden önce de tarım sektöründe çalışan işçilerin varlığı bilinmektedir. Fakat gerçek manada iş sağlığı ve iş güvenliği kavramının sanayi devriminden sonra doğduğunu söylemek daha yerinde olacaktır(Andaç, 2003: 18).

Fransız ihtilali ve kökenindeki eşitlik anlayışı zamanın ekonomik, sosyal ve daha birçok alanı etkilemiştir. Ekonomik liberalizmin savunduğu “Bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler” düşüncesi çalışma yaşamında eşitlik ve özgürlük rüzgarı azda olsa estirmiştir. 1789 Fransız İnsan ve Yurttaşlık Hakları Bildirgesinde “Her siyasi toplum amacının, kişinin doğal, dokunulmaz ve vazgeçilmez haklarının korunması olduğunu belirtilmiş, kişinin doğuştan sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin siyasi mekanizmalar tarafından ortadan kaldırılması ya da sınırlandırılması mümkün değildir.” fikri hakim olmuştur. Herkesin eşit ve özgür olduğu varsayımından hareketle, işçi ve işverenler arasında kurulacak hukuki ilişkinin uyum içerisinde kendiliğinden oluşacağı düşünülmüş ve her türlü mesleki kuruluş ve devletin iki taraf arasında aracılık etmesine izin verilmemiştir. Le Chapelier yasası ile sendikal örgütlenmeler yasaklanmıştır(Talas,1990: 48).

Devletin ilk ciddi müdahalesi ise fabrikalardaki uzun çalışma sürelerini düzenleyen çırakların sağlık ve psikolojik bakımından korunmalarını sağlayan 1802 tarihli “Factory Act” kanunudur. Bu yasa çalışanların çalışma saatleri günde ortalama 12 saat ile sınırlandırılarak, yılda bir kez yeni bir elbise verilmesi, ayda bir kez kiliseye gönderilebilmeleri, fabrikaların iyi havalandırılmaları ve yılda iki defa fabrikaların badana edilmeleri zorunlu tutulmuştur. 1804’te, 1819’da ve 1833’de çıkarılan yasalar ile emeğin korunmasına yönelik önemli değişiklikler yapılmıştır.

Bu düzenlemeler İngiltere ile sınırlı kalmamış Avrupa ve Kuzey Amerika’ya da örnek teşkil etmiştir(Serter, 1994: 16-17).

İngiltere’de birçok Avrupa ülkesi gibi bu alanda birçok kanuni düzenleme yapılmıştır. Ayrıca İsviçre’de 1840, Fransa’da 1841, Almanya’da 1849 ve ABD’nde 1877 yılında iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili pek çok kanunlar çıkarılmıştır. Sonraki yıllarda bu ülkelerde mevzuatı ve uygulamayı geliştiren düzenlemeler yapılmış, gelişmekte olan diğer ülkelerde bu amaca ilişkin düzenlemeleri başlatan çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. İşçilerin korunması konusunda ortak hareket edilmesi gereği zaman geçtikçe daha çok hissedilmiş, uluslararası örgütlerin kurulması gibi birçok kuruluşun kurulması yoluna gidilmiştir. I. Dünya savaşının başlaması birçok alanda olduğu gibi iş hukukuna ilişkin ulusal ve uluslararası çalışma ve düzenlemeleri de engellemiştir. Savaş sonrasında normalleşen süreç sonucunda imzalanan Versay Barış Antlaşması ile 1919’da Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) kurularak işçi sorunlarına uluslararası düzeyde çözüm olanağı sağlanmıştır(Alper, 1995).

II. Dünya savaşından sonra oluşan refah ortamı uluslararası işbirliği gibi kuruluşları daha da geliştirmiş, iş hukukuna ilişkin sözleşme ve tavsiye kararlarının oluşmasında ILO etkili olmuş ve 1946 yılında Birleşmiş Milletler ile imzaladığı anlaşma sonucu bir uzmanlık kuruluşu durumuna gelmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği yapan birçok 19 yy. ortalarında işçi-işveren ilişkilerine müdahale etme zorunluluğu, görüldüğü gibi bugünkü teknik ve günün şartlarına uygun olarak değişen ve gelişen iş mevzuatının oluşmasına yol açmıştır. İşçiler kendi lehlerine gelişen, devlet tarafından cezai yaptırımlarla korunan, bir iş sağlığı ve iş güvenliği hakkı kazanmışlardır.

İş sağlığı ve güvenliği taşıdığı hayati önem sebebiyle ile birçok ülkede zamanla anayasa ile güvence altına alınmıştır. ILO ve birçok kuruluş, işçi sağlığı ve iş güvenliği yönünden pek çok çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Uluslararası Çalışma Örgütü’nün kimyasal maddeler için tespit ettiği “işyerlerinde maruz kalma değerleri” ve işçi sağlığı ve iş güvenliği ilgili alınan kararlar ve oluşturulan uluslararası sözleşmeler bu konudaki sorunların çözümüne katkılar sağlamıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü ile Dünya Sağlık Örgütü’ nün katkı ve destekleriyle, olumsuz çalışma koşullarının düzeltilmesi amacı ile yasal düzenlemeler ve bilimsel çalışmalar yapılarak iş güvenliği mevzuatının oluşturulmaya çalışılmıştır

1.1.6.2. Türkiye’deki İş Sağlığı ve Güvenliğinin tarihsel gelişimi

İş sağlığı ve iş güvenliğinin Türkiye’deki tarihsel gelişimi, dünyadaki tarihsel gelişiminden farklı bir durum göstermektedir. Osmanlı imparatorluğu döneminde büyük işçi kitleleri çalıştıran sanayi kuruluşlarının yabancıların elinde bulunmasından dolayı ekonomik yaşamın daha çok küçük işletmeler şeklinde el sanatları ve tarımda yoğunlaştığı görülmektedir. Tanzimat öncesi dönemde sanayi henüz gelişmemiş olduğu için büyük iş yerleri yok denecek kadar azdı. Bu dönemde küçük sanat ve atölye üretimine dayanan vb. küçük işletmeler şeklinde işyerleri bulunmaktaydı. Ekonomik ve ticari yaşamın örf ve adetle düzenlendiği osmanlı dönemde “zaviye” diye bilinen esnaf meslek kuruluşlarının olduğu bilinmektedir. Meslekte yükselme çıraklık, kalfalık ve ustalık aşamaları ile gerçekleşirdi ve Fütüvvet name isimli elaman yetiştirme kuruluşları varlığını devam ettirmekteydiler. İlerleyen zaman içinde zaviyelerin yerini loncalar almıştır(Akyiğit, 2003: 40).

Osmanlı döneminde varlığını sürdüren işyerlerinde çalışma koşullarını loncaların kuralları ve gelenekleri belirlemiştir. Bu dönemde bir taraftan işverene yükledikleri kapitülasyonların etkisi ile diğer taraftan sürekli savaşlar ayrıca loncaların, teknik gelişmelere ve yeniliklere karşı açık, istekli olmaması sebebi ile ekonomik ve sanayi hayat Avrupa ile yarışamayıp geri kalmışlardır(Turan, 1990: 132).

Tanzimat’ın ilanından sonra bazı girişimler sonucu işçi faydasına yönelik birçok düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle Ereğli Kömür işletmelerinin deniz bakanlığına geçmesi ile kömür ocaklarında çalışan işçilerin çalışma koşullarını iyileştiren birçok yasalar çıkarılmıştır. 19 yy. ikinci yarısında Osmanlı İmparatorluğunda askeri amaçlı üretimlerin yanı sıra daha çok el tezgahı olarak gelişmeye başlayan sanayileşme, daha sonraları kömür ocakları, madenler, demir yolu yapımı ve tütün işletmelerinin katılımı ekonomisini güçlendirmeyi sürdürmüştür.

Bu dönemde büyük işletmelerin oluşumu ile çalışma koşulları çok ağır olup çalışma süreleri yaklaşık 16 saate kadar çıkarılmış, kadın ve çocukların ağır işlerde çalıştırıldıkları görülmüştür. Bu durum, kömür ocaklarında çalışan çok sayıda işçinin akciğer hastalıklarına yakalanmasına hatta ölümlerin dahi yaşanmasına ve bunun doğal sonucu olarak üretimin düşmesine neden olmuş, Madeni Humayun Nazırı Dilaver Paşa konu ile ilgili bir tüzük hazırlatmıştır(Talas,1992: 48).

Ülkemizde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili ilk çalışma mevzuatı olan ve 1865 yılında çıkartılan bu “Dilaver Paşa Nizamnamesi” sosyal yönünden çok ekonomik yönü olan bir nizamnamedir. Kurulan büyük kömür ocaklarının üretimini artırmak amacı ile düzenlenmiş olan bu nizamname de işçiye ait çalışma, dinlenme ve tatil sürelerine ilişkin hükümler gibi birçok kanun içermektedir. Bu nizamnameyi 1869 da çıkartılan “Maadin Nizamnamesi” izlemiştir. Yeni nizamname ile Dilaver Paşa Nizamnamesinin eksikleri tamamlanmaya çalışılmış, maden ocaklarında verimi artırmak ve çalışanları özlük haklarını korumak amaçlanmıştır(Andaç, 2003: 21).

Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak ülke sanayisinin geliştirilmesine yönelik pek çok yatırım yapılmış ve destek paketleri oluşturulmuştur. Özellikle kalkınma planları ortaya konularak uzun dönemli planlar ve stratejiler hükümetler tarafından belirlenmiştir. Sanayileşmede sağlanan gelişmelerin yarattığı sorunları gidermek için pek çok yasa, tüzük ve yönetmelik çıkarılmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra ilk yasal düzenleme 1924 tarih 394 sayılı “Hafta Tatili Kanunu” olmuştur. Resmi ve özel kurumlarda çalışanların tümüne haftada bir gün süre ile tatil hakkı tanıyan bu yasa ile iş sağlığı açısından atılmış önemli bir adım olarak kabul edilir. 1926 tarihinde yürürlüğe giren 818 sayılı Borçlar Kanununun 332. maddesi ile işverene, iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda hukuki sorumluluklar getirmiştir. Ülkemizde o dönemde iş yasasının bulunmaması sebebi ile işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili pek çok maddenin yer aldığı 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” 1930 tarihinde çıkarılmıştır. Çocuk ve kadın işçilerin korunmasına, işyerlerinde işyeri hekimi bulundurulmasına, belirli büyüklükteki işyerlerinde revir ve hastane açılmasına ait işçi sağlığı ve güvenliğini koruyan birçok kural konulmuştur(Süzek,1985: 69; Turan,1990: 172).

Türkiye'nin ilk iş kanunu olan 3008 sayılı kanun 08.06.1936 yılında çıkarılarak 15.06.1937 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde ilk kez devlet, bütün yönleri ile işçi ve işveren ilişkilerine doğrudan müdahale edip çeşitli düzenlemelere gitmiştir. Bu yasa ile iş güvenliği ilk kez düzenli, ayrıntılı ve sistemli bir düzenlemeye kavuşmuş, işçilerin işyeri tehlikesine karşı bütün yönleri ile can güvenliğinin korunması amacı izlenmiştir(Şardan, 2005: 5).

1936 yılında yürürlüğe giren 3008 sayılı iş Kanunu, o günün kıt ekonomik kaynaklarını göz önünde alınarak devlet öncülüğünde sanayileşmeyi hedefleyen bir amaç taşımıştır. 3008 sayılı iş Kanunu 28.07.1967 tarihinde kaldırılarak yerine 931 sayılı iş Kanunu çıkarılmıştır. Ancak Anayasa mahkemesinin 931 sayılı iş Kanununu şekil yönünden iptal etmesi üzerine 25.08.1971 tarihinde 1475 sayılı iş Kanunu çıkarılmıştır. Bugün yürürlükte olan tüzük ve yönetmeliklerin büyük bir bölümü 1475 Sayılı iş Kanununa dayanılarak oluşturulmuştur. 17.07.1974 tarihinde yürürlüğe konan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile işçi güvenliği ile ilgili yasalar SSK altında toplanmıştır. Adı geçen yasanın 11. maddesinde ve diğer maddelerinde, iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası tarafından işçilere ve hak sahiplerine sağlanacak yardım ve iş göremezlik ödemeleri belirtilmiştir.

Dünyada hızla gelişen teknolojiye uyum sağlayabilmek için 1475 sayılı iş Kanununun yenilenmesine ihtiyaç duyulmuş, 10.06.2003 tarihinde 4857 sayılı iş Kanunu çıkarılmıştır. Çalışma hayatımızı yeniden düzenleyen yeni iş kanununun birçok maddesi doğrudan ve dolaylı olarak iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgilidir(Karaçivi, 2004).

1475 sayılı iş Kanunundaki “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği” kavramı yerine 4857 sayılı yeni iş kanununda daha geniş ve kapsamlı olan “iş sağlığı ve Güvenliği” kavramı kullanılmaya başlanmıştır(Tuncay, 2004: 32).

Dar anlamda İSİG; işçinin sağlık ve emniyetinin işyeri sınırları içinde ve iş dolayısıyla iş yerinde meydana gelen tehlikelere karşı korunmasını anlatır. Ancak bunun tam olarak yeterli olmadığı görülerek sadece iş yerinde değil işyeri dışında da işçinin sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyebilecek risklere karşı önlem almayı ifade eden iş sağlığı ve iş güvenliği tanımı kullanılmaya başlanmıştır(Akyiğit, 2005: 310).

Ayrıca 4857 sayılı iş Kanunu, Avrupa Birliği'nin konu ile ilgili yönergelerinden etkilenmiştir. Avrupa Birliği uyum yasaları doğrultusunda düzenlenen ve çıkarılan yönetmeliklerin tamamına yakınının son hükümler bölümünde “Bu Yönetmelik... Tarihli... Sayılı Avrupa Parlamentosu ve Konseyi direktifleri esas alınarak hazırlanmıştır.” hükmü yer almaktadır(Karaçivi, 2004: 2).

1.1.7. 6331 SAYILI İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNUNU

Ülkemizin iş kazaları açısından dünyada en ön sıralarda yer alması ve AB uyum yasaları kapsamında; büyük-küçük işletme, kamu veya özel sektör ayırımı gözetmeden tüm çalışanları kapsayacak bir düzenleme yapılması kaçınılmaz olmuştur. Bu nedenle tüm sosyal taraflarında görüşleri alınarak 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hazırlanarak 20 Haziran 2012 tarihinde TBMM "de kabul edilmiş 30 Haziran 2012 tarihinde Resmi gazetede yayınlanarak 01 Ocak 2013 tarihinde yürürlüğe girmiştir. (Bazı maddeleri kademeli olarak)

Beraberinde 30'un üzerinde yönetmelik ve tüzük çıkartılmış ve çıkartılmaya devam edilmektedir.

Bu kanun ve ilgili mevzuatlarla birlikte Türkiye "de 22 milyondan fazla çalışan iş sağlığı ve güvenliği kapsamına alınmıştır.

1.1.7.1. Kanunun Amacı

İş yerlerinde İSG; iş sağlığı ve iş güvenliğinin sağlanması ile mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektedir.

1.1.7.2. Kanunun Kapsamı

Belli istisnalar dışında kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerlerde dahil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır.

İstisnalar

- Fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri işyerlerindeki hariç Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığının faaliyetleri,
- Afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri,
- Ev hizmetleri,
- Çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar,

- Hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan iş yurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri,

1.1.7.3. İşverenin Genel Yükümlülükleri

İşverenin genel yükümlülüğü;

(1) İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu alanda;

a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen durumlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını denetler ve uygunsuzlukların giderilmesi için farklı önlemler alır.

c) Risk değerlendirmesi yapar veya kuruluşa yaptırır.

ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önünde bulundurur.

d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır ve alınmasını sağlar.

(2) İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmaz.

(3) Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumluluklarını doğrudan etkilemez.

(4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin maliyetini çalışanlara yansıtamaz ve aylık kesintiye uğratamaz.

1.1.7.4. Çalışanların Yükümlülükleri

(1) Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten

etkilenen diğerk çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye dşrmemekle doğrudan sorumludur.

(2) alışanların, işveren tarafından verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda sorumlulukları şunlardır:

a) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve diğerk üretim araçlarını talimata uygun bir şekilde kullanmak, bunların güvenlik donanımlarını doğru olarak kullanmak, keyfi olarak bir işleme tabi tutmamak.

b) Kendilerine verilen kişisel koruyucu donanımı sağlıklı ve verimli bir şekilde kullanmak.

c) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işçilerden sorumlu olan işveren veya iş uzmanına haber vermek.

) Teftişe yetkili makam tarafından işyerinde tespit edilen eksiklik ve yönetmenliğe aykırılıkların giderilmesi bakımından, işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak.

d) Kendi görev alanında, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için işveren ve çalışan temsilcisi ile ortak hareket etmek.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Sağlık Kuruluşlarının Tanımı, zellikleri Ve Sınıflandırılma

2.1.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı

İşletmeler bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uygun bir şekilde bir araya getirerek, ekonomik mal ve/veya hizmet üretmek ve/veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar olarak tanımlanır(Akar ve Özalp, 1998:24) Hastane sözcüğüne baktığımızda Latince konukların ağırlandığı yer anlamına gelen hospitium” kelimesinden türemektedir. Hastaneleri, “kendisine başvuran hasta ve yaralılara (yatan hasta, ayaktan bakım hastaları ve acil hastalar) tanı ve tedavi, sürekli hemşirelik bakımı, yemek ve otelcilik hizmetleri olanakları sunarak hastalığı azaltan veya tedavi eden kuruluşlar olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık işletmeleri içinde Hastaneler önemli bir yere sahip olmasına karşın günümüzde sağlık kurumları işletmeciliği alanı; dar anlamda hastanecilik kavramının ötesinde bir anlam taşır hale gelmiştir. İşletme kavramından hareketle sağlık işletmelerini, “insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmetlerini üreten veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar olarak tanımlanır(Akar ve Özalp, 1998: 42).

Sağlık işletmeleri tarafından çeşitli alanlarda ve türlerde teknolojinin de yardımı ile sağlanan bu sağlık hizmetlerinin asıl amacı, insanların ruhsal ve fiziksel açıdan sağlıklı bir şekilde topluma kazandırılmasına olanak sağlamasıdır. Bazı bilginler bu konuya, “bireyin üretime katılması ve gelişen ülke ekonomisine katkı sağlaması büyük ölçüde sağlıklı olması ile mümkün olacaktır. Sağlıksız her bireyin toplumda üretken olamadığı ve ülke ekonomisine katkı sağlayamadığı düşünüldüğünde, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden yani her yönden tam iyi olmasını sağlayan sağlık işletmelerinin varlığı hayati bir önem taşıyacaktır (Devebakan, 2008: 142).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü duyurulan bir genelgede(SSK, 2003) konu ile ilgili uygulamalarda yanlış bir anlaşılmaya meydan vermemek ve sağlık kurum ve kuruluşları ifadesinden ne anlaşılması gerektiğini netleştirmek için sağlık kurum ve kuruluşlarının aşağıdaki tanımlarına yer verilmiştir;

“**Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları:** kamu kuruluşlarında hizmet veren kurum hekimleri, sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri ve aile planlama merkezleridir.

Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında bireylere hizmet sunan özel poliklinikler.

İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu: Bu kuruluşların asıl yapısı incelendiğinde eğitim ve araştırma hastanesi kapsamı dışında olan hastanelerdir. Örnek olarak; devlet hastaneleri, özel dal kapsamında hizmet veren merkezler ve yine eğitim ve araştırma kapsamında olmayan diğer kurumlardır.

İkinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu: İkinci basamak özel sağlık kuruluşları, Özel Hastane İşletme Yönetmeliği kapsamında ruhsatlandırılmıştır. Bu ruhsat ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında hizmete açılan özel tıp merkezleri.

Üçüncü Basamak Sağlık Kurumu: Üçün basamak sağlık kurumu denildiğinde kapsamlı olarak eğitim ve araştırma hastaneleri, özel veya devlet üniversitesi hastaneleri, özel eğitim ve araştırma amacı ile kurulmuş özel dal merkezleri şeklinde sınıflanmaktadır(Devebakan, 2007: 27).

2.1.2. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri

Sağlık işletmeleri sundukları hizmetler bakımından birbirleri ile ortak özellikler gösterse de, detaylı bir şekilde incelendiğinde birbirlerinden aslında çok farklı özellikleri olduğu bilinmektedir.

Bir hizmet işletmesi olarak sağlık hizmeti arzını gerçekleştiren sağlık işletmelerini diğer işletmelerden farklılık söz konusu nitelikler aşağıda sıralanmıştır(Devebakan, 2007: 59).

Sağlık işletmesinin bünyesi incelendiğinde uzmanlaşma seviyesi yüksek olduğu gözden kaçmamaktadır. Tıp ve sağlık alanındaki zaman ilerledikçe gerçekleşen modern gelişmeler, teknolojinin hızla gelişmesi, çağımızda yeni hastalıkların ortaya

çıkması ve söz konusu hastalıklara yönelik tanı, teşhis ve tedavideki değişiklikler sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyini arttıran etmenlerin ilk sırada yer almasına sebebiyet vermektedir(Seçim, 1991: 21).

Yukarıda dile getirilen gelişmelere paralel olarak yeni meslek gurupları ortaya çıkmış ve bu durum tıp alanında aşırı iş bölümüne ve yapısal karmaşıklığa sebep olmuştur(Yerebakan, 2000: 21).

Sağlık işletmelerinde, hizmet arzını gerçekleştirmede birçok meslek grubu ve bölüm aynı anda hizmet verdiği için işlevsel bağımlılık düzeyi yüksektir. Sağlık hizmetlerinin sunumu tam anlamıyla bir takım işi olduğundan herhangi bir kişi veya bölümden kaynaklanan olumsuzluk, diğer sağlık hizmetini ve dolayısıyla sağlık işletmesini olumsuz etkileyecektir. Mesela, bir hekimin isteği doğrultusunda istenen tetkiklerin laboratuvarlardan yanlış çıkması; tanı, teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkileyerek süreci uzatacaktır. Bu nedenle hizmet olarak dayanak hizmetlerine de gereksinim duyulmaktadır. Böylece hizmeti sunan birey ve bölümler arasındaki eşgüdüm, planlama ve kontrol işlemleri sağlık işletmeleri yönetiminin birincil görevleri arasındadır(Devebakan, 2001: 4-7)

Sağlık işletmelerinde birey kaynakları eğitim düzeyi çok yüksek çalışanlardan meydana geldiği için, bazen çalışanların mesleki olarak hedefleri kurumsal hedeflerin önünde gelebilmektedir. Birçok hekim tıp fakültesini bitirdikten sonra, akademik olarak yükseltme çabası içinde olmaktadır. Eğitim hastanelerinde eğitim süreci, akademik düzeyde de devam etmektedir. Diğer taraftan hekimlik faaliyetleri dışındaki tıbbi hizmetleri gerçekleştiren eczacı, fizyoterapist, psikolog, hemşire gibi sağlık çalışanları da üniversite mezunudur. Bir hekim hastasını en iyi şekilde tedavi etmeye çalışırken çoğunlukla hizmetin maliyeti ve finansal boyutu ile ilgilenmemekte, buna karşın sağlık işletmeleri yönetimi işletmenin varlığını devam ettirmesi, kalite sağlama ve verimli sağlık hizmeti sunma yönünde bir çaba içerisindedir. Bu durum sağlık çalışanları ve yönetim arasında bazen çatışmalara neden olabilmektedir.

- Sağlık işletmelerindeki birimler hekimden gelen talebe göre hizmet sunmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde hekimler hizmet arzını büyük ölçüde etkilemektedir. Örneğin, bir sağlık işletmesinde hekimin isteği olmadan bir teknisyenin röntgen çekmesi ya da bir laboratuvarında tetkik yapılması olanaklı değildir.

Sağlık işletmelerinde hizmet arzını ve arz sonucu oluşacak gelirin önemli bir bölümünü oluşturan hekimlik hizmetleri tamamıyla denetlenebilir özellikte değildir. Bu nedenle, sağlık işletmelerinde kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak için hekimleri kararlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal düzenlemelere ihtiyaç vardır.

- Birçok işletmeden farklı olarak sağlık işletmelerinde “çıktının tanımlanması ve ölçülmesi zordur. Bilindiği üzere sağlık işletmelerinde temel sürecin temel girdisi yaralı, hasta veya sağlığından şüphe eden insandır. Sözü edilen kişilerin bir tedavi süreci sonucunda taburcu olduğunu düşündüğümüzde verilen sağlık hizmetlerinin çıktılarını kısa vadede değerlendirmek mümkün olmamaktadır. Örneğin, kalp ameliyatı geçirmiş bir hastanın söz konusu operasyonun etkinliğini değerlendirmesi bazen yıllarca sürebildiğinden, çıktılarının tanımlanıp ölçülmesi zor olmaktadır. Öte yandan, bir otomobil endüstrisinde veya hizmet sektörü olan otel işletmelerinde müşteri sunulan ürünü (mal veya hizmet) daha kolay değerlendirme şansına sahiptir(Devebakan, 2007: 63).

- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu sırasında yapılan hatalar insanların sakat kalmasına veya ölmelerine neden olduğundan, sunulan hizmetlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır. Yapılan hataların çoğunun sonradan düzeltme veya telafi etme şansı olmadığından; yapılan işin ilk seferinde ve her zaman doğru yapılması gerekmektedir.

- Sağlık işletmelerinde “hizmet alanların sunulan tıbbi hizmetlerin teknik yönünü değerlendirmesi zordur. Başka bir ifade ile tıp alanı içerisinde yürütülen hizmetler ileri derecede uzmanlık gerektirdiğinden; hasta söz konusu hizmetler hakkında doğal olarak yeterli bilgi ve beceriye sahip olamamakta; teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, hangisinin etkin olacağına karar verememekte veya hakkındaki kararlara katılacak durumda olmamaktadır(Devebakan, 2007: 63).

2.1.3. Sağlık İşletmelerinin Sınıflandırılması

Sağlık işletmelerinin (kuruluş amaçlarına ve görevlerine göre farklılık göstermekle beraber) genel olarak dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; “hasta

ve yararlıların tedavisi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetleri ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine olarak sıralanabilir(Kavuncubaşı, 200: 35).

Sağlık işletmelerinin sınıflandırılmasında kullanılan yöntemlerden birisi de; sağlık işletmelerinin verdikleri sağlık hizmetlerinin türüne göre, yataksız veya yataklı şekilde sınıflandırılmasıdır(Akar ve Özalp, 1998: 43).

Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre kurulan sağlık işletmeleri, yataksız sağlık işletmeleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu işletmeler aşağıda sıralanmıştır(Devebakan, 2007: 43).

Sağlık Evleri ve Sağlık Ocaklar

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri

Dispanserler

Hıfzıssıhha Enstitüleri

Bölge Laboratuvarları

Enterobakteri Laboratuvarı

Özel Muayenehane ve Laboratuvarlar”

Sağlık merkezleri, hastaneler ve rehabilitasyon merkezleri yataklı sağlık işletmeleri olarak sınıflandırılmaktadır(Akar ve Özalp, 1998: 56-57). Yataklı tedavi kurumları olarak isimlendirilen hastanelerin ulusal mevzuatımızdaki bazı düzenlemelerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Örneğin Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin (YTKİY) 5. maddesinde sağlık kurumları, işlevlerine göre aşağıdaki gibi 5 ayrı grupta sınıflandırılmıştır;

İlçe / belde hastanesi: Kapsamında 112 acil hizmetler, doğumhane hizmetleri, ayaktan veya yataklı muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini barındıran, bünyesinde yapılamayan ileri tetkik veya tedavi durumlarında kontrollü bir şekilde sevk zinciri sağlayan merkezlerdir.

Gün hastanesi: Bir hastaneye bağlı veya bir hastane ile organize bir şekilde hizmet veren, farklı birkaç branşta ayaktan teşhis veya günü birlik işlemlerin yapıldığı en az beş gözlem yatağına sahip 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunan kurumlardır. **Genel hastaneler:** Bir hastanenin bu kapsamda sayılabilmesi için en az 50 yataklı

olması gerekmektedir. Hasta ayırt etmeksizin acil, ayaktan veya yatarak hastaların hizmet aldığı ve bünyesinde farklı uzmanlık dalları barındıran kurumlardır.

Özel dal hastaneleri: Özel dal hastaneleri, genel bir sağlık sunucusu olmayıp yalnızca belirli yaş, belirli hastalık, belirli tıbbi müdahale ve belirli cinsiyet grubu gibi durumlarda hastaların tedavi olduğu veya bakım altında tutulduğu kurulmuşlardır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri: Ülkemizde kapsamı en geniş olarak bilinen hastane grubudur. Eğitim öğretimin verildiği, kapsamlı araştırmaların yapıldığı, farklı birçok branşta 24 saat hizmet veren, uzmanlık veya yan dal uzmanlıkları gibi eğitim projelerini kapsayan kuruluşlardır(Devebakan, 2007: 56).

Daha önce ifade edildiği gibi sağlık ve/veya sağlık hizmetlerinden yararlanma temel bir insan hakkı olup, söz konusu hakkın korunması ülkemizde olduğu gibi sosyal devlet anlayışını benimsemiş birçok ülkede anayasal düzeyde güvence altına alınmıştır. Bireylerin hasta olmaması için koruyucu hekimlik hizmetlerinden yararlanmak önleyici bir yaklaşımdır. Ancak tüm önlemlere rağmen bireylerin hastalanması, yaralanması ve/veya sağlığından şüphe etmesi durumunda yukarıda sözü edilen sağlık işletmeleri önemli bir görevi yerine getirmekte ve bireyleri sağlıklarına kavuşturmaktadır. Günümüzde bireylerin sağlığını korumada koruyucu hizmetlere benzer şekilde çalışanların sağlığı korumak ve geliştirmek için uygulanan İSG yönetim sistemlerinde de önleyici yaklaşım esas alınmaktadır. Çalışanlar için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması devletin, işverenin ve çalışanların ortak sorumluluğundadır. Sağlık işletmeleri ve dolayısı ile sağlık çalışanları bir taraftan toplumun ihtiyaç duyduğu hizmetleri arz ederken, diğer taraftan söz konusu hizmetlerin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı bazı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Ülkemizde İSG alanı ile ilgili düzenlemeler incelendiğinde, sağlık çalışanları veya sağlık işletmeleri için özel olarak oluşturulmuş düzenlemelerin sınırlı olduğu görülecektir(Devebakan, 2007b: 59).

2.2. Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Ortam Faktörleri

Hastane çalışanların çalışma ortamları hasta popülasyonunun değişkenlik göstermesi, ileri teknoloji ve araçların kullanılması, doğru ve hızlı karar almayı gerektirmesi, fiziksel ve psikolojik talepleri karşılayarak profesyonel bakım sağlaması

nedeni ile pek çok tehlikeyi içinde barındırmaktadır. Bu durum hemşirelerin iş yerinde karşılaştıkları risklerin sayı ve çeşidini artırmaktadır. Çalışanların ortamdaki risk faktörlerinden korunmaması halinde çalışan güvenliğinden ve dolayısı ile hasta güvenliğinden emin olmak mümkün olamamaktadır (Geiger Brown ve Lipscomb 2010; Deussom, Wanda, Adams, Tulenko 2012: 211–219).

Ortam faktörleri genel olarak fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal faktörler, yangınlar, elektrik çarpmaları ve tozlar olarak sınıflandırılır ve kişinin sağlık 11 durumunun bir belirleyicisidir (Bilir ve Yıldız 2014: 429- 444).

2.2.1. Fiziksel Faktörler



Şekil 1. Çalışma Ortamı Fiziksel Faktörleri.

Gürültü: Gürültü desibel olarak ölçülmekte ve dB sembolü ile gösterilmektedir. Gürültü Kontrol Yönetmeliği'ne göre (1986) hastanelerde olması gereken ses düzeyi 35 dB, gürültü kaynakları ise; tesisat merkezleri, asansör, mutfak vb. servis alanları, otoparklar, garajlar olarak belirlenmiştir (Gürültü Kontrol Yönetmeliği 1986). Oysa hastane ortamında gürültüye neden olan etmenler çeşitlidir. Bunlar; telefon zili (71-92 dB), yere düşen objeler (90-98 dB), açılıp kapanan kapılar (76-84 dB), çöp kutusuna atılan çöpler, alarm zilleri, personel hasta-ziyaretçi konuşmaları (58-75 dB) yemek hazırlama ve dağıtma sesleri (60-75 dB), dış mekan gürültüsü (70-74 dB), televizyon sesi (70-72 dB), su sesi (53-64 dB), ayakkabı sesleridir (74-77 dB). Gürültüyü arttıran diğer faktörler ise; tıbbi makine ve

malzemeler (örn; monitör, suction vb.), hekim ve hemşire vizitleri, aile bireylerinin ziyareti, invaziv işlemlerdir(Karakum 1999: 190-192).

Hastane ortamında gürültü düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada günlük gürültü düzeyinin 45 dB(A) ile 61dB(A) arasında değiştiği ve hastaların telefon zili, koridordaki konuşmalar, tuvaletlerden sızan su sesi vb. rahatsız olduğu bulunmuştur. Görüldüğü gibi gürültü etmenlerinin çıkardığı sesler hastaneler için belirlenen gündüz 45 gece 35 dB(A) sınırının çok üzerindedir. Bayo ve arkadaşlarının çalışmasında(1995) hemşireler çalışma ortamında algılanan gürültünün çok fazla olduğunu, işlerini böldüğünü ve hastaları rahatsız ettiğini bildirmişlerdir. Bu durum hem hastaların hem de çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkilemektedir(Karakum 1999: 190-192).

Hastanelerde gürültü ile ilgili belirlenen eşik değerler ihlal edilmektedir ve gürültü, bireylerin sadece işitme sağlığını değil tüm sağlığını tehdit etmektedir. Çalışmalar gürültünün hemşirelerde işitme sorunları, uyku bozukluğu, yorgunluk, depresyon, tükenmişlik, öfke, kan basıncında artma, dikkatte dağılma, reflekslerde yavaşlama, beyin omurilik sıvısının basıncında azalma, iç kulakta hasar, dengede bozulma, stres vb. sağlık sorunlarına neden olduğunu göstermektedir(Camkurt, 2007: 80-106).

Aydınlatma: Aydınlatmanın sağlanmasında kullanılan ışığın kalitesi, lamba ve florasanlar önemlidir. Uygun sürelerle temizlenen, muhafaza edilen ve değiştirilen lambalar iyi bir aydınlatma sağlamaktadır. Yetersiz aydınlatma iş kazaları, görme sorunları, aşırı enerji sarf etme ve yorgunluğa neden olabilmektedir.

Gün ışığı ile aydınlatmanın sağlanması veya kullanılan ışığın doğal ışığa benzer özellikte olması hemşirelerin daha zinde/uyanık ve mutlu olduklarını, sabah uyku halinin azaldığını, sirkadiyen ritmin olumlu etkilendiğini, kan basıncının düştüğünü göstermiştir. Ayrıca kanıtlar hemşirelerin aydınlık ortamlarda performansının arttığını, stresinin azaldığını göstermektedir.

Işık şiddetinin hemşirelerin uyku kalitesi ve göz yorgunluğu üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada az ışık ile çalışılan ortamlarda göz kaslarının daha çok çalıştığı ve yorulduğu, bu durumun da uyku kalitesini etkilediği görülmüştür.

Mimari Yapı: Binaların hizmete uygun olması, yer döşemeleri, taban ve tavan özellikleri, pencereler, kapılar, geçiş yolları, merdivenler, rampalar, işyerinde kullanılan aletler, işyerinin boyanma durumu, işyerinin düzeni ve temizliğini içermektedir. Mimari düzenlemelerin kötü olması halinde iş kazaları daha sık meydana gelmekte, çalışanın uyum ve motivasyonu azalmaktadır(Camkurt, 2007: 80-106).

Örneğin mimari yapı ile ilgili olarak sağlık çalışanlarının çalışma ortamında pencere sayısının eksik olması veya yanlış yerde konumlanması, hasta odalarının tek veya çok kişilik olması, servislerin kat düzeni, odanın manzaralı olması, bahçe düzeni, ziyaretçi bekleme yerlerinin düzeni, vb. sağlık çalışanlarının çalışmalarını etkilemektedir. Yoğun bakımda istenmeyen/fazla yatak sayılarının azaltılması ve yoğun bakım ortamının yeniden tasarlanması ile çalışanların yeterli boş alana erişmeleri sağlanmıştır. Böylece çalışan motivasyonunun arttığı ve stresinin azaldığı bulunmuştur.

İyonize Radyasyon: Radyasyon dozu milisivert (mSV) birimi ile ölçülmektedir. Dünyada yaklaşık 2,3 milyon sağlık çalışanı radyasyona maruz kalmaktadır. Riskle en çok karşılaşan birimler; radyoloji, radyasyon onkolojisi, anjiyografi birimi, yoğun bakımlar, kardiyoloji servisleri, ameliyathaneler, nükleer tıp anabilim dallarıdır. Radyasyonun sağlık etkileri dozun büyüklüğüne ve vücudun ışınlanan bölgelerinin özelliklerine göre değişik zamanlarda ve farklı tiplerde ortaya çıkabilir (TTB 2008).

İyonize radyasyonun dozuna ve şiddetine göre; teratojen, karsinojen veya mutajenik etkiler görülebilir. Özellikle hamile çalışanlarda radyasyon dozunun fazla olması spontan abortus, intrauterin gelişme geriliği ve mental retardasyona neden olmakta, kanser riskini arttırmaktadır. Ülkemizde 'Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği'nde etkin dozun ardışık beş yılın ortalaması 20 mSv'i geçmemesi, çalışanın işe başlamadan önce ve çalıştığı süre boyunca yılda en az bir kez tıbbi muayene ile sağlığının işe uygun olup olmadığının belirleneceği, emzirme dönemindeki çalışanların radyoaktif kontaminasyon riski taşıyan işlerde çalıştırılmayacağı belirtilmektedir (Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği 2000).

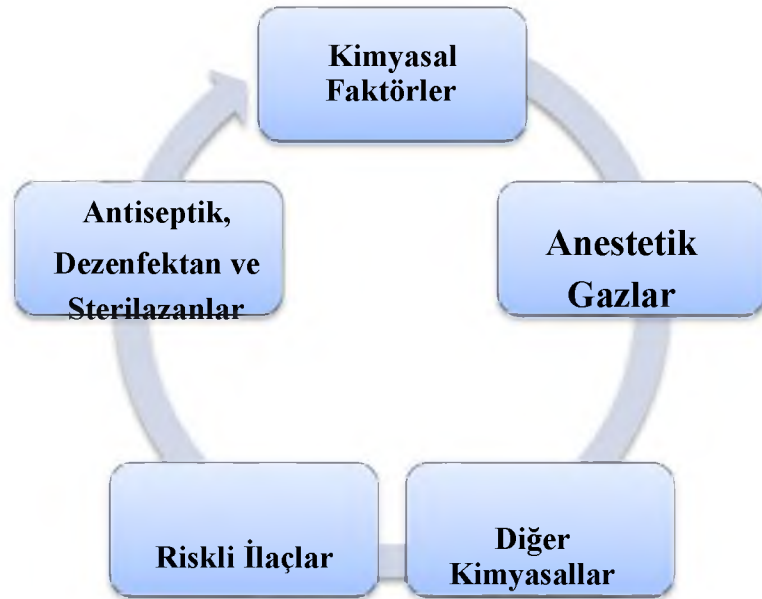
İklimlendirme Sistemleri: İklimlendirme; ısıtma, soğutma, havalandırma, havanın durumunu iyileştirmek için dezenfeksiyon işlemleri, nem ayarını ifade etmektedir. İş yerinin havalandırma durumunun çalışanların sağlıkları ve çalışma

güçleri üzerinde ciddi etkileri vardır. Hastanelerde havalandırmanın yetersizliğine bağlı olarak oluşan yorgunluk, baş ağrısı, bulantı, öksürük gibi belirtiler anestezi gazları, dezenfektanlar ve kanser ilaçlarının kullanıldığı ortamlarda sıklıkla görülmektedir (İnceslesli, 2005).

Ayrıca havalandırmanın yetersiz olması çalışanları bulaşıcı hastalıklar yönünden tehdit etmektedir. Bu nedenle izolasyon odalarının negatif basınçlı olması ve hastanelerde klima sistemlerinin kullanılması önerilmektedir.

Sıcak ve nemli ortamda çalışma daha çok laboratuvar ve mutfak çalışanları için risk oluşturmaktadır. Hemşirelerden ise özellikle yoğun bakım çalışanları havalandırmanın da yetersiz olması ile birlikte yorgunluk hissetmektedir. Sıcak ortamda iş veriminin azaldığı, termal konforun sağlandığı ortamlarda ise; göz yorgunluğunun azaldığı bulunmuştur.

2.2.2 Kimyasal Faktörler



Şekil 2. Çalışma Ortamı Kimyasal Faktörleri.

Antiseptik, Sterilizan ve Dezenfektanlar: Sağlık sektöründe sıklıkla kullanılan dezenfektanlar ve antiseptikler genellikle laboratuvar, ameliyathane ve sterilizasyon birimlerinde çalışanları tehdit etmektedir. Formaldehit, alkol ve türevleri, klorin, iyodin, fenol, amonyum bileşikler, glüteraldehit, etilen oksit, klorheksidin, vb.

maddeler genelde solunum veya gastrointestinal yol ile emilerek çalışanların solunum, sindirim ve sinir sistemleri üzerinde zararlı etki oluşturmaktadır (NIOSH,1988: 88-119).

Antiseptik, sterilizan ve dezenfektan maddelerin birçoğu göz, mukoza, cilt ve solunum sisteminde tahriş, baş ağrısı, sersemlik, yorgunluğa neden olmaktadır. Formaldehit kontakt dermatit ve diyaliz birimi hemşirelerinde mesleki astımın bir nedeni olarak gösterilmektedir. İyodin baş ağrısı, nefes almada güçlüğü neden olmaktadır. Gluteraldehit alerjik egzama, sinir sistemi rahatsızlıkları, konjunktivit, göğüs sıkışması, astım gibi sağlık problemlerine sebep olurken, etilen oksit pulmoner ödem, yorgunluk, kanser ve düşük riski ile sağlık çalışanlarının sağlığını tehlikeye düşürmektedir (NIOSH, 1988: 88-119).

Hasta bakım ve temizliği ile el dezenfeksiyonunda kullanılan maddelerin de çalışanlarda mesleki cilt hastalıklarına neden olduğu, kontakt ve atopik dermatitin en sık karşılaşılan cilt problemleri olduğu belirtilmektedir(Smith ve ark, 2004:1-4)

Anestezi Gazları: Anestezi cihazları veya ara bağlantıların bozuk olması, hastaların soluk alıp vermesi ile solunabilen gazlar çeşitli rahatsızlıkların oluşmasına neden olmaktadır. Epidemiyolojik araştırmalar anestetik gazların (nitroz oksit, halotan, izofloran vb.) spontan düşük, konjenital malformasyon, prematüre doğum, yorgunluk, koordinasyonda bozulma, depresyon, baş dönmesi, baş ağrısı, kanser, karaciğer/böbrek hastalıkları, mental retardasyon, irritabilite gibi sonuçları olan mesleki bir risk olduğunu göstermiştir. Özellikle halothane karaciğer hücrelerinin yapısını bozarak karaciğer fonksiyonlarını, penthrone ise; böbrek fonksiyonlarını etkilemektedir(NIOSH 1988: 88-119).

Riskli İlaçlar (Kemoterapötik, antineoplastik vb. ajanlar): Sağlık çalışanları; ilaçları hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması, kontaminasyon, atıkların yok edilmesi ve dökülme gibi kazalar nedeni ile toksikarsinojen, fetotoksik, sitotoksik etkileri bulunan kemoterapötik ve antineoplastik ajanlara maruz kalmaktadır.

Solunum, sindirim ve cilt yolu ile bulaşabilen bu maddeler özellikle onkoloji birimlerinde çalışan hemşireleri etkilemektedir (Ergüney, Tan, Sivrikaya, Erdem 2001: 63-73).

Yeterli korunma önlemleri alınmadan hazırlanan ve uygulanan ilaçlar sağlık çalışanlarında karaciğerde hasar, deride döküntü, lösemi, kızarıklık, fetüs ölümü, baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı, saç dökülmesi, öksürük, mukozalarda tahriş ve alerjiye neden olabilmektedir (NIOSH 1988: 88-119).

Diğer Kimyasallar: Çözücüler, yanıcı ve patlayıcı maddeler, ağır metaller (kurşun bileşikleri, civa, toksik ve alerjik tozlar bu grupta yer almaktadır).

Çözücülerin neredeyse tamamı sinir sistemini etkileyerek huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk, halsizlik, oryantasyon bozukluğu, depresyon, baş ağrısı vb. nöropsikiyatrik bulgulara yol açabilmektedir(Ergör, 1994:15-20).

Ayrıca hastanelerin yanıcı gaz ve sıvıların bol olduğu ortamlar olması nedeni ile çalışanlar, kullandıkları madde ile ilgili bazen eksik bilgi, bazen de cihazlardaki hata veya bozukluktan kaynaklanan yangın ve patlama şeklindeki kazalara uğrayabilmektedir (Ergüney, Tan, Sivrikaya, Erdem 2001: 63-73).

2.2.3. Biyolojik Faktörler



Şekil 3. Çalışma Ortamı Biyolojik Faktörleri.

Enfeksiyöz ve Bulaşıcı Ajanlar: Bakteri, virüs, mantar, parazit gibi mikroorganizmalardır. Hasta ile temasın sık olması sağlık çalışanlarının günlük çalışma sırasında mikroorganizmalarla sık karşılaşmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanları açık yara ve mukozalardan hastanın kan ve vücut sıvılarının sıçraması (balgam, idrar, salgı ve akıntılar), kesici delici alet yaralanmaları, hasta kişilerle direkt temas, solunum (damlacık) vb. aracılığı ile bulaşabilen bakteri, virüs, mantar, parazit gibi pek çok mikroorganizma açısından risk altındadır.

Bu mikroorganizmalar sağlık çalışanlarında ölümcül hastalıklar doğurabileceği için ayrı bir önem taşımaktadır. Kan yolu ile bulaşan insan bağışıklık yetmezlik virüsü (Human Immunodeficiency Virus -HIV), hepatit B ve C virüsleri (hepatitis B-HBV, hepatitis C-HCV), solunum yolu ile bulaşan tüberküloz (TBC) basili, fekal-oral yolla bulaşan hepatit A virüsü (hepatitis-AHAV) sıklıkla karşılaşılan mikro organizmalardandır(Akova 1997: 198-209; Aren, 2008: 141-145).

Bunun yanı sıra kesici delici alet yaralanmaları ile blastomikozis, brusella, kriptokokkozis, difteri, gonore, herpes, malaria, mikobakteriozis, mikoplazma, brucella, toxoplazma vb. patojenlerle bulaş gerçekleşebilmektedir (CCOHS 2005).

Dünya genelinde 2008 sonu itibariyle 156'sı ispatlanmış, 278'i şüpheli olmak üzere toplam 434 sağlık çalışanı mesleki yolla HIV enfeksiyonuna yakalanmış

durumdadır (TTB 2008). Akut gelişen ve bilinmeyen virüsler de sağlık çalışanları için risktir. Damlacık yolu ile 17 bulaşan, 2002 ve 2003 yılları arasında ortaya çıkan SARS virüsü bu duruma bir örnektir. Virüsün tanınmasının geç olması entübasyon gibi işlemlerde virüsün sağlık personeline geçişini arttırmıştır (WHO 2003). Ebola virüsü için de benzer bir durum söz konusudur. Kanama, diyare, yüksek ateş gibi ciddi semptomlarla ilerleyen hastalık bulaşıcı olmakla birlikte kontrol edilmezse salgınlara neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanı enfekte bireylere müdahale sırasında bilinen korunma önlemlerini almalıdır (WHO ve ILO 2014).

2.2.4. Ergonomik Faktörler



Şekil 4. Çalışma ortamı Ergonomik faktörler.

Uluslararası Ergonomi Birliği (International Ergonomics Association-IEA) ergonomiyi insan ile sistem elemanları arasındaki etkileşimle ilgilenen bilimsel bir disiplin olarak tanımlamaktadır. Ergonomi; çeşitli teori, bilgi, ilke ve tasarım yöntemlerini kullanarak tüm sistemin performansını ve insanların fonksiyonelliğini en üst seviyede tutmayı amaçlamaktadır. Bunun için yapılacak işi, görevleri, çevreyi ve sistemi değerlendirmekte ve insanın sınırlılıkları, yetenekleri ve ihtiyaçlarıyla uyumlu olacak şekilde bunların tasarlanmasına katkı sağlamaktadır.

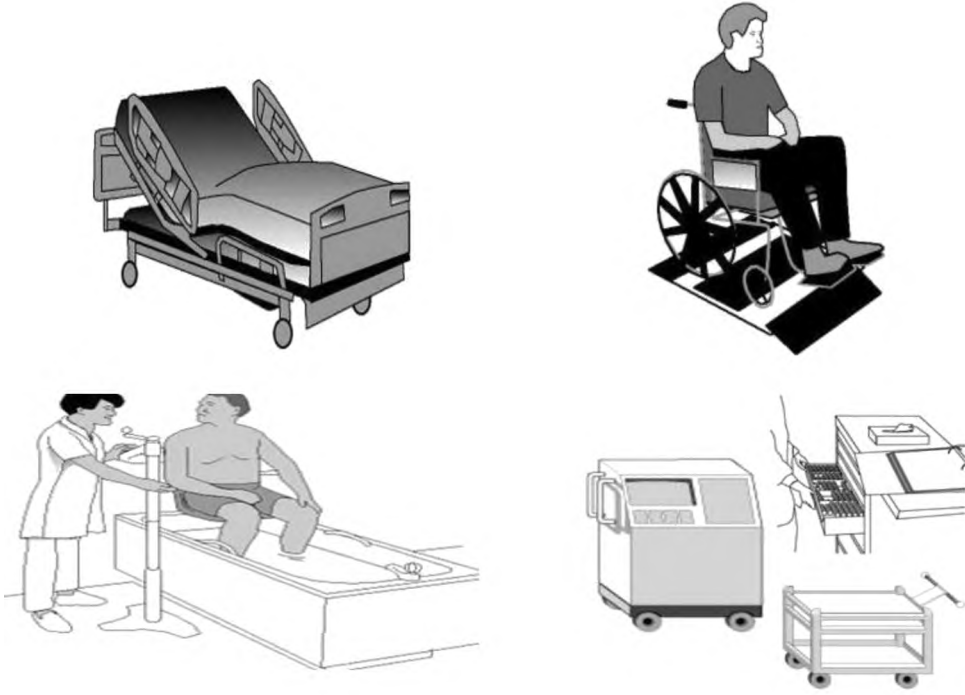
Uzun Süre Ayakta Çalışma: Sağlık çalışanlarının uzun süre ayakta çalışması ve dinlenme aralarının düzensiz organizasyonu genel olarak ekstremitelerde ağrı, yorgunluk, kas-iskelet sistemi yaralanması ve varis gibi sağlık problemlerine yol açmaktadır (ILO 2012).

Tekrarlı İşlemler ve Ağır Taşıma: Hastaların elle taşınması veya kaldırılması, yatak/ makine ve tedavi arabalarının itilip çekilmesi, düşen hastanın kaldırılması gibi işlemler sağlığı etkilemektedir (ILO 2012). Tekrarlayan travmalar sonucunda sağlık çalışanlarında bel-omuz-boyun-kol ağrısı, karpal tünel sendromu ve özellikle kas-iskelet sistemi yaralanmaları sık görülmektedir. Özellikle hemşirelik bel ve sırt ağrısı için mesleki risk faktörleri içerisinde ağır sanayi işçileri ve ağır vasıta şoförlerinden sonra üçüncü sırada gelmektedir.

ABD’de sağlık çalışanlarının yıllık sırt ağrısı prevalansı %40-50 arasında değişmektedir ve ABD Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kurumu’nun yayınladığı rehberlerde bel-sırt ağrısının nedenleri kötü vücut mekaniği, aşırı ağır ve asimetrik boyutlu nesnelere taşıma, iş istasyonlarında ayarlanabilir sandalye, vücut desteği ve çalışma yüzeyi eksikliği, kaygan zemin olarak belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının sırt ağrısı yaşaması nedeni ile iş kazası yaptıkları, günlük aktivitelerinin azaldığı, %70’inin de mesleği bıraktıkları bulunmuştur (Edlich ve ark. 2004: 521-533).

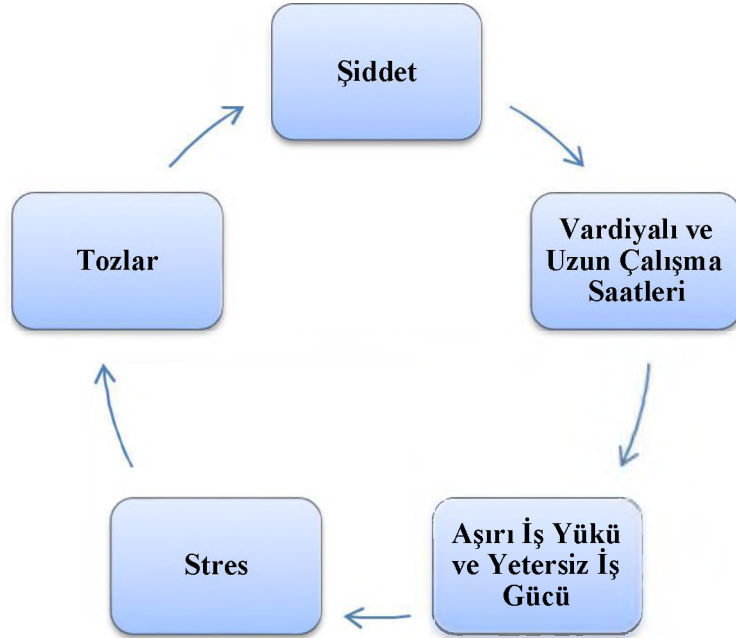
Sağlık çalışanlarının, %65’i taşıma-kaldırma işlemlerinde, %47’si postürlerini korumada, %34’ü eğilme ve alçalma hareketlerinde zorlandığını belirtmiştir. Ayrıca %41’i yataklar arasındaki boşluğun yetersiz olduğunu, %69’u zaman baskısı altında çalışmaktan, %70’i zaman geçtikçe işlerin artmasından ve gerekli molaları verememekten, %50’si işlerin çok yorucu olduğundan bu nedenle işlerin yavaşladığından bahsetmiştir. Aynı çalışmada kol ve boyun ağrısı görülme sıklığının %30, sırt ağrısının %36, bacak ağrısının %16 olduğu bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının ergonomik sağlık risklerinden korunabilmesi için hastanede kullanılan malzemeler ergonomik ilkelere uygun olmalı ve yerleşimi ergonomiyi göz önünde bulundurarak yapılmalıdır. Ergonomi ile ilgili prosedürler oluşturulması (kiloya uygun taşınabilecek ağırlıkların belirlenmesi vb.) ve çalışana eğitim uygulamaları ile prosedürlerin uygulanması çalışanların korunmasında önemlidir. Ayrıca transfer, bakım ve taşıma işlemleri için tavan asansörleri, teknolojik cihazların sağlanması, mola saatlerinin organizasyonu çalışan güvenliği açısından diğer önemli uygulamalardandır (OSHA 2003).



Şekil 5. Ergonomik Malzeme ve Tasarım Örnekleri(OSHA, 10)

2.2.5. Psiko-sosyal Faktörler



Şekil 6. Çalışma ortamı Psiko-sosyal Faktörler.

Şiddet: Avrupa Komisyonu'nun tanımladığı ve ILO/ICN/WHO'nun revize ettiği tanıma göre sağlık kurumlarında şiddet; çalışanın yaptığı iş/çalışma nedeniyle

hasta, hasta yakınları veya herhangi bir bireyden gelen, fiziksel, sözel veya cinsel saldırı, tehdit, istismar içeren, çalışanın güvenliği ve sağlığını tehdit eden, işe gidip gelmesini etkileyen durumlar olarak belirtilmektedir (Bilir ve Yıldız 2014: 429- 444)

Sağlık sektöründe neredeyse tüm çalışanlar şiddet ile karşı karşıyadır, ancak sağlık çalışanlarının yüksek risk içerisinde. Hasta ve hasta yakınlarının stresli olması, uzun bekleme saatleri, ziyaretçi kısıtlamasının olmaması, hizmet beklentisinin karşılanmaması, kalabalık ortamda çalışma vb. durumlar şiddetin temel nedenleri arasındadır (Bilir ve Yıldız 2014: 429- 444). Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık çalışanlarının %58.4'ünün işyerinde şiddet türlerinden biri ya da daha fazlası ile karşılaştığı belirtilmektedir(Ayrancı, 2002: 147-154).

Şiddet gören sağlık çalışanları travma, anksiyete, depresyon, aile süreçlerinin bozulması, posttravmatik stres bozukluğu, benlik saygısında bozulma, iş doyumunda azalma, sakat kalma, kariyer eğiliminden vazgeçme, iş bırakma ve iş yavaşlatma gibi ciddi problemler yaşamaktadır

Vardiyalı ve Uzun Çalışma Saatleri: Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin 12 saatten fazla olması ve bir günlük dinlenme sonrası arka arkaya 3-4 günlük nöbet tutmaları, dinlenme aralarının yetersiz olması vb. doğrudan hasta bakımını sağlayan meslek grupları için tehlikelidir. Çalışma saatlerinin uzun olması, vardiyalı çalışma, haftalık çalışma saatlerinin kırk saatten uzun olması nedeni ile fazla mesaiye kalma vb. durumlar sağlık çalışanlarının ve hasta sağlığı açısından risk oluşturabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının birçoğu mesleği vardiyalı olması ve gece nöbetlerinin olması nedeniyle çalışanlarda uyku düzeni ile birlikte sirkadiyen ritm de bozulmaktadır. Dolayısıyla çalışanlarda ülser, gastrit, irritable bağırsak sendromu, kontipasyon, diyare, mide yanması, dispepsi, iştahsızlık, karın ağrısı vb. gastrointestinal bozukluklar ve şikayetler gelişebilmektedir.

Gece vardiyasında çalışma nedeni ile sağlık çalışanlarının defekasyon alışkanlıklarının düzensiz olduğu bulunmuştur. Vardiya değişimleri, servis yoğunluğu, yemek yeme sürelerinin kısa olması, hastane yemeklerinin görüntü ve tat olarak yetersiz bulunması ve gece kurumlarda yiyecek hizmetlerinin kapalı olması gibi

nedenlerle çalışanları yemek düzeni bozulmakta ve birçoğu hazır/sağlıksız beslenmeye yönelmektedir(İncesesli, 2005).

Gastrointestinal sistem ve beslenme bozuklukları ile birlikte 12 saat vardiya ile çalışan Sağlıkçılarının ortalama beş buçuk saat uydukları, bu uykunun kalitesiz ve yetersiz olduğu, çalışma süresince uyanık kalmak için aşırı miktarda kafein tükettikleri, yorgunluk hissettikleri, uykusuz kaldıklarında dikkatlerinin azaldığı belirtilmektedir.

Günlük uyku saatinde en az üç saatlik bir azalma kişinin performans, karar verme, algılama, düşünme, uyum vb. etkilemektedir. Özellikle uzun ve gece çalışmaktan dolayı çalışanlar sosyal ilişki kurma ve sürdürmede problem yaşamaktadır (Bilir ve Yıldız 2014: 429- 444).

Uluslararası Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine-IOM) önerisine göre Sağlık çalışanlarının 24 saatte 16 saatten fazla çalıştırılmamalı, 12 saatten fazla çalışanların en az 10 saat dinlenme süresi olmalı, haftada kırk saatten fazla çalışanlarda zorunlu mesaiye bırakma yasaklanmalı, 12 saat ve üzerinde olan çalışma saatleri arka arkaya olmamalıdır.

Aşırı İş Yükü ve Yetersiz İş Gücü: Sağlık iş gücünde Sağlıkçıların önemli bir yeri olmasına rağmen çalışan yetersizliği tüm ülkelerin önemli bir problemidir. Norveç, İsviçre, İrlanda, Hollanda, Amerika gibi ülkelerde 1.000 kişi başına düşen sağlıkçı sayısı 10-16 arasında değişirken Türkiye'de bu sayı 1-1.7 arasında değişmektedir. Hasta sayısının çok sağlık çalışanlarının sayısı yetersiz olması ve uzayan çalışma saatleri ile birlikte çalışanlarda tükenmişlik, duygusal sorunlar, stres, iş doyumunda azalma vb. başta olmak üzere pek çok sağlık sorunu ile karşılaşmasına neden olmaktadır. Çalışan sağlıkçıların iş yükünün artması ile birlikte iş bırakma, iş değiştirme, motivasyon ve işe bağlılık oranlarında azalma görülmektedir (WHO, 2014).

Stres: Stres, bireyin kendisinden ve çevresinden kaynaklanan bedensel ve ruhsal gerilim, baskı, endişe, kısaca kişiye rahatsızlık veren durum olarak tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının mesleği stresli bir meslek olması ile birlikte aşırı iş yükü, vardiya/nöbet usulü çalışma, hasta ve ailelerin duygusal gereksinimleri

ile baş etmede yetersizlik, zaman baskısı altında çalışma, rol belirsizliği, acil bir durumda hekimin orda olmaması, sekreteryaya işleri ile uğraşmak, destek personel eksikliği, tedavi belirsizliği, hekim/hemşire/diğer ekip üyeleri ile çatışma, iş güvenliğinin olmaması, politikalar, kararlara katılmama, sorumluluk alma, gürültü, kalabalık vb. faktörler strese neden olmaktadır (TDK, 2014).

Özellikle yoğun bakım biriminde çalışan sağlıkçılar için bakım gerektiren hasta profilinin diğer birimlere göre daha ağır olması, yaşam ve ölüm kararlarının alınması nedeni ile çalışanlar yoğun stres altındadır. Sağlık çalışanlarının bir günlük çalışma süresinde 120-330 kez aynı işlemi tekrarlayarak yapmaları monoton iş ve kognitif stres nedeni olarak ifade edilmektedir. Uzun süre işe bağlı stres yaşayan çalışanlarda tükenmişlik yaşanmakta ve çalışanların işten memnuniyet oranları düşmektedir (Bilir ve Yıldız 2014: 429- 444).

Tozlar: Toksik, fibrojenik, alerjik, kanserojen özellikleri nedeniyle çalışanın sağlığını etkileyen tozların parçacık büyüklüğü, yoğunluğu ve maruz kalınan süreye göre etkisi değişmektedir.

Silis, asbest ve pamuk tozu gibi tozlar zehirlenme, alerjik reaksiyon, ateş yükselmesi, deri ve mukozalarda irritasyon, bronkospazm, akciğerlerde inflamasyon, akciğer kanseri gibi sağlık problemlerine yol açabilirler (Bilir ve Yıldız 2014: 429-444).

2.3. Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

2.3.1. Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları

Sağlık hizmetleri, ülkemizde iş kazaları açısından riskli bir sektördür. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı 2013 yılı verilerine göre 698.519 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Üniversitelerde çalışan sağlık çalışanları 1996 verilerine göre bu sayı 38429 kişidir. Türkiye’de SSK 2003 istatistiklerine göre yaşam bilimleri ve sağlıkla ilgili profesyonel meslek mensuplarında 12 kadın, 18 erkek toplam 30 kişi iş kazasına uğramıştır. Toplam iş kazası sayısı 76.668 olup bu hız 10 binde 3,9’dur. Sağlık kurulu çalışanlarının sıklıkla maruz kaldıkları iş kazaları kesici alet yaralanmaları, çarpma, düşme ve burkulmaya bağlı iş kazaları ve şiddete maruz

kalmaya bağlı iş kazalarıdır. Bu bölümde sırasıyla söz konusu iş kazaları açıklanmaya çalışılacaktır.

2.3.1.1. Kesici Alet Yaralanmalarına Bağlı İş Kazaları

Sağlık kuruluşlarında sıklıkla karşılaşılan iş kazalarının başında kesici alet yaralanmaları gelmektedir. CDC'nin (Center of Disease Control) tahminlerine göre hastane çalışanlarında her yıl 285 bin enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici alet yaralanması olmaktadır. Kan ve vücut sıvılarına maruz kalan bu yaralanmalara en fazla hemşireler %44, hekimler %28 ve teknisyenler %15 maruz kalmaktadır. Sadece tıbbi personel değil, temizlik işçileri ve çamaşırhane personeli de risk altındadır. Türkiye istatistiklerinde ise sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili verilere rastlanılamamıştır.

2.3.1.2. Çarpma, Düşme ve Burkulmaya Bağlı İş Kazaları

Sağlık çalışanlarında yaygın olarak görülen iş kazalarının bir diğeri ıslak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörler kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi iş kazalarıdır. Bir işin yapılması sırasında fizik güç kullanılması(hasta taşıma-kaldırma, malzeme kaldırma), uygun olmayan duruş, vücutta gerginliğe yol açacak omuz hizasından yükseğe uzanma sonucunda vücudun bükülme veya dönmesi gibi durumlarla hastanelerde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Özellikle hasta taşıma ve kaldırma eylemleri nedeniyle ortaya çıkan iş kazaları hastanelerde karşılaşılan iş kazalarının üçte birini oluşturmaktadır.

2.3.1.3. Şiddete Maruz Kalmaya Bağlı İş Kazaları

Sağlık kuruluşlarında yaygın olarak karşılaşılan ve son yıllarda artış gösteren bir başka iş kazası türü ise işyerinde şiddettir. Seyrinde şiddet, genel olarak çalışanların üretimini yâda güvenliğini negatif etkileyen iş ya da iş çevresi ile ilgili bir sorun” olarak tanımlanmakta; Avrupa Komisyonu tarafından ise “işle ilgili durumlarda ya da dolaylı olarak güvenlik ve sağlığı olumsuz etkileyen, çalışanın suistimalini, tehdit edilmesini ya da saldırıyı içeren kazalar olarak kabul edilmektedir. Sağlık çalışanlarında şiddete uğrama riski, diğer hizmet sektörü meslek gruplarına göre 19 kat fazladır. Aldığı hizmetten memnun olmayan bazı hasta ya da hasta yakınları, özellikle acil servislerde zaman zaman sağlık personeli ile tartışmaya girmekte ve hatta

fiziksel saldırıya geçebilmektedir. Finlandiya’da yapılan bir araştırmaya göre hapisane gardiyanları ve polis memurlarının ardından psikiyatri hemşireleri şiddete maruz kalma sıralamasında 3. sırayı, doktorlar ise 4. Sırayı almışlardır. Sağlık çalışanları içinde en fazla şiddete maruz kalanlar acil servis çalışanlarıdır ve risk faktörlerinin basında madde bağımlılığı ya da psikiyatrik hastalığı olanlar gelmektedir(Nuray, 2005: 282).

2.3.2. Sağlık Çalışanlarında Meslek Hastalıkları

Hastanelerin fiziksel çalışma ortamı, sürekli elektrikli–elektronik cihazların kullanılmasını, ağır malzemelerin taşınmasını, kimyasal maddeler ile işlemler yapılmasını, radyoaktif maddelerin kullanımını, yangı riski taşıyan biyolojik materyallerin ve kesici delici aletlerin kullanımını içermektedir.

Bu durum, sağlık çalışanlarının diğer iş kollarına göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır. Bu bölümde sırasıyla söz konusu meslek hastalıkları ele alınacaktır.

2.3.2.1.Enfeksiyonlara Bağlı Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanlarının meslek risklerinin içinde enfeksiyonlar önemli bir yer tutar. Enfeksiyon, mikrobiyolojik bir etkenin vücuda girmesidir. Enfeksiyon kaynağı ise, etkenin yaşadığı ve çoğaldığı ortamdır. Solunum, damlacık veya temas yolları ile hastalardan bulasan etkenler, sağlık çalışanlarında her zaman bir yangı olmasa da diğer hastalar, diğer sağlık çalışanları, aile bireyleri için de bir risk oluşturmaktadır. Başta solunum sistemi enfeksiyonuna neden olan virüs ve bakteriler olmak üzere, sağlık çalışanları açısından pek çok enfeksiyon etkenine maruz kalma olasılığı oldukça yüksektir. Sağlık kuruluşlarında bulunabilecek başlıca ortam faktörleri Tablo 1,2’de görülmektedir(Bilir ve Yıldız, 2014: 307).

Tablo 2. Sağlık Kuruluşlarında Başlıca Ortam Faktörleri.

Fizik-Ergonomik	Kimyasal	Biyolojik	Psiko-sosyal
Gürültü	Solventler	Enfeksiyonlar	Vardiya
Vibrasyon	Anestezik ilaçlar	Tüberküloz	Gece çalışması
Sıcak-soğuk	Kanser ilaçları	Hepatitler	Uzun süre çalışma
Kaza(batma-kesi)	Antibiyotikler	AIDS	Stres
Radyasyon	Metal, civa	Solunum sistemi enf.	İş yükü
Ayakta durma	Dezenfektanlar		
Ağırlık kaldırma			

Sağlık çalışanlarının enfeksiyon risklerinin değerlendirilmesinde temel unsurlar şunlardır:

- Hasta veya hasta materyali ile temas olasılığı,
- Temas edilen hastanın özelliği (bağışıklık sistemi düşük olanlar, gebeler, yeni doğanlar, yoğun bakım hastaları),
- Sağlık çalışanlarının enfeksiyonlara karşı bağışıklığı, duyarlılığı ve taşıyıcılığı (geçirdiği kızamık, kızamıkçık, suçiçeği gibi çocukluk çağı hastalıkları, tüberküloz geçirmiş olması, hepatit olması, açık yara veya kronik akıntılı cilt enfeksiyonu, bağışıklığının düşük olması), Sağlık çalışanının özel koşulları (immünyetmezlik, gebelik, diyabet, akciğer hastalıkları).

Sağlık çalışanları tehdit eden yeni hastalıkların iki ana başlıkta incelemek mümkündür;

- Kan yoluyla bulaşan hastalıklar. Hastaların kan veya kanla kontamine vücut sıvılarıyla temas halinde başlıca dört tür viral hastalığın bulaşması söz konusudur:

HIV-AIDS, hepatit B, hepatit C ve hepatit D. Sağlık personelinin hepatit yangı sıklığı diğer mesleklere kıyasla en az 3-6 kat fazladır. Dünya Sağlık Örgütü, ülkemizdeki sağlık personeline hepatit B enfeksiyonuna yakalanma riskini %0,6-1,4 olarak belirlemiştir. AIDS ve hepatit B'nin bulaşma yolları tamamen benzer olup başlıca virüsle enfekte kanla temas, cinsel ilişki ve enfekte anneden çocuğa bulaşma şeklindedir. Hepatit D ve hepatit C ise esas olarak enfekte kan transfüzyonuyla bulaşmaktadır. Sağlık personeline bulaşma açısından günlük uygulamada en sık karşılaşılan yollar; hastalarda kullanılan iğnelerin ele batması, kanla bulaşmış kesicidelici aletlerle yaralanma veya enfekte kan ya da diğer vücut sıvılarının deriye sıçramasıdır. Hepatit B'nin AIDS'e kıyasla kan yolu ile bulaşması en az 100 kat daha fazladır(Bilir ve Yıldız, 2014: 308).

- Solunum yoluyla bulaşan hastalıklar. Solunum yoluyla bulaşan hastalıklar; suçiçeği kızamık ve akciğer tüberkülozudur. Bunların içerisinde en riskli olanı, gerek çalışanın hayatını yitirmesi ile sonuçlanması gerekse diğer çalışanlara kolayca bulaşması nedeniyle, tüberkülozdur.

Sağlık kuruluşunun her bölümünde tüberküloz nedeniyle tedavi edilen hasta sayısının sıklığı hastane çalışanlarında tüberküloza yakalanma riskini artıran bir faktördür.

2.3.2.2. Kimyasal Maddelere Bağlı Meslek Hastalıkları

Enfeksiyon hastalıklarının yansira hastane çalışanlarının sağlıklarını tehdit eden bir başka unsur kimyasal maddelerdir. Bunlar arasında anestezi gazları, ilaçlar, dezenfektan ve antiseptikler maddeler, sterilizasyon malzemeleri ve laboratuvarlarda

Bulunan çeşitli kimyasal maddeler sayılabilir. Kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkiler oluşturur. Kimyasal maddelerin etkinliği, konsantrasyonuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine bağlıdır. Etkinlik, ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin alkol, sigara, ilaç bağımlılığına göre değişebilmektedir. Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi, ağız, göz ve iğne batması gibi çok çeşitli yollardan vücuda girmektedir. Bazı maddelerden absorbe olmadan, cilt ve gözde hasar oluşturabilmektedir. Kimyasal maddeler kokularıyla fark edilmektedir. Ancak

asbestos gibi bazılarının kokusu yoktur. Diğer taraftan koku algılama duyarlılıkları kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Uzun süre aynı kokuya maruz kalmak, sinir yorgunluğuna neden olarak algının kaybolmasına yol açar.

Hastanelerde yaygın olarak kullanılan kimyasal maddeler su şeklinde sıralanabilir(Dokuzoğlu, 2004: 404)

- Asbestos. Pnömonyoz, akciğer kanseri ve mezotelyomaya neden olan asbestosun kullanımı 1970 yılından itibaren kısıtlanmıştır. Günümüzde, teknik elemanların ve bazı özel koşullarda laboratuvar çalışanlarının temas riski bulunmaktadır. Sağlık çalışanları için rutin bir risk oluşturmamakla beraber, eski binalardaki bakım onarım işleri sırasında asbestos ile temas olabilir.

- İzopropil Alkol. Cilt, mukoza, göz için irritandır. Alkol ile ıslanan giysinin uzun süre cilt ile temas etmesine izin verilmemelidir.

- Sodyum Hipoklorid. Çamaşır duyunun ana maddesi olarak hastanelerde çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Amonyak ile karışması toksik gaz oluşumuna yol açmaktadır.

- İyodin. Göz ve mukoza temasında irritasyona neden olmaktadır. İyodin ile yapılacak işlemler sırasında eldiven, gereğinde maske, önlük kullanılmalıdır. Fenol. Oral alım, inhalasyon veya cilt teması ile ciddi yan etkilere yol açmaktadır. Nekroza kadar gidebilen cilt irritasyonu, cilt ve gözde ağır yanık, aritmi, idrarda koyulaşma, solunum güçlüğü, konfüzyon, koma ve ölüme neden olabilir.

- Gluteraldahit. Isıya dayanıksız birçok tıbbi malzemenin sterilizasyonunda (soğuk sterilizasyon) kullanılmaktadır. Gluteraldahitin kullanıldığı bölümler; ameliyathane, gastroenteroloji, dializ, patoloji bölümleridir. Bu bölüm çalışanları gluteraldahitin toksik etkisine maruz kalabilmektedirler. Sağlığa etkisi; gözlerde irritasyon, deride yanıklar oluşturmaktadır. Yanlışlıkla solunursa, burun kanamasına, hırıltılı solunuma, öksürük ve ciğerlerde boğazda hassasiyet yapar. En büyük yan etkilerinden biri de, mesleki astım yapmasıdır.

- Etilen Oksit. Etilen oksit; yanıcı, renksiz ve kokan toksik bir gazdır. Hastanelerde; kumaş ve metal olmayan tüm aletlerin sterilizasyonunda kullanılır.

Etilen oksitin yan etkileri; yorgunluk, bulantı, baş ağrısı, bulanık görme, gözlerde ve boğazda yanma, anemi, hafızada zayıflık ve hatta felç gibi durumlara neden olmaktadır.

2.3.2.3. Radyasyona Bağlı Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanları için bir başka risk unsuru ise radyasyondur. Hastanelerde radyasyon kaynakları, ana makinelerden saçılan radyasyon ve beta radyasyon (karbon, iyot, radyum, kobalt, selenyum, krom) ile tedavi edilen hastalardan yayılan radyasyondur. İyonize radyasyon ise hastanelerde röntgen, floroskopi, dermatoloji, anjiyografi, bilgisayarlı tomografi, radyoterapi, nükleer tıp alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte ameliyathane, acil, yoğun bakım üniteleri, sağlık çalışanlarının yanlışlıkla, yeterli ölçüm yapılmadan radyasyona maruz kaldığı birimlerdir.

Ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde, hastalara film çekilmesi, katater ve drenlerin yerlerinin kontrol edilmesi için floroskopik incelemeler gibi işlemler sıklıkla yapılmaktadır. Bu işlemler sırasında saçılan radyasyon ortamdaki sağlık çalışanlarını etkilemektedir.

Radyasyonun organ ve dokulara etkisi, radyasyonun tipine, enerjisine, vücutta kalış süresine, radyoizotopun biyolojik ve radyoaktif yarı ömrüne bağlıdır. Hücrelere sürekli radyasyon veren internal radyasyon kaynakları çok tehlikelidir. External radyasyon, maruziyet süresine, radyasyonun miktarına, personelin kaynağa olan uzaklığına, kaynak ile çalışan arasındaki bariyerlerin tipine bağlı olarak risk taşır. İyonize radyasyona mesleki olarak maruz kalınması, genellikle eritem, radyodermatit gibi sorunlara yol açmaktadır. Akut radyasyon sendromu, sağlık çalışanları için beklenen bir tablo değildir.

İyonize radyasyonun gen mutasyonu, kromozomal değişiklikler, metabolik bozukluklar gibi kronik etkileri, doğrudan radyasyon ile çalışan personel için ve korunma önlemlerindeki aksaklıklar ile ilişkili olarak meydana gelmektedir. Potansiyel radyolojik tehlikelerden laser de hem hasta, hem de çalışanlar için ciddi bir termal radyolojik tehlike oluşturmaktadır. Laser kullanırken yangın çıkma tehlikesi

vardır ve havaya yaydığı buharı çalışanların solumasından dolayı akciğerler üzerinde kalıcı hasar meydana getirdiği saptamıştır(Şelimen, 1998: 35)

2.3.2.4. Biyolojik Etkenlere Bağlı Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanları için bir diğer risk unsuru ise biyolojik unsurlardır. Rubella, sitomegalovirüs, farmosötik maddelerden anestezi gazları, antibiyotikler, sitotoksik ilaçlar, etilen oksit, organik solventler gibi kimyasal maddeler ve iyonize radyasyon fizik etki ile biyolojik ajanlardan mutojen veya terotojene yol açtığı bilinmektedir. Başta etilen oksit olmak üzere sterilizasyon maddeleri ile teması olan sağlık çalışanlarında, spontan düşük ve dolaşımdaki lenfositlerde kromozom anomalileri görülmektedir. Ameliyathanedeki atık gazlarla teması olan kadın personel ile spontan düşük ve doğum defektleri arasında ilişki gösterilmektedir.

Biyolojik faktörlerle karşılaşma laboratuvar ortamlarında olduğu gibi, daha çok hastalarla temas sırasında olur.

Solunum sisteminde hastalığa yol açan her tür mikroorganizma ile temas mümkündür. Bunun dışında sık olarak karşılaşılan biyolojik faktörler hepatit B, tüberküloz, hepatit C, hepatit A, olarak bilinmektedir. Daha seyrek olmakla birlikte HIV (Human Immunodeficiency Virüs), EBV (Epstein-Barr-Virüsü), CMV (Sitomegalovirüs) enfeksiyonları ile hepatit D, kabakulak, kızamıkçık ve suçiçeği ajanları ile karşılaşmakta mümkündür. Bunlar arasında hepatit B ve C'nin çok tehlikeli olduğu bilinmektedir. Hepatit B enfeksiyonunu alanların %10'unda kronik hepatit, binde 1'inde siroz ve binde 2-3'ünde karaciğer kanseri geliştiği bilinmektedir(Bilir ve Yıldız, 2014: 308).

2.3.2.5. Kas İskelet Yapılarına Bağlı Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanlarının sıklıkla maruz kaldıkları mesleki hastalıklar arasında kas iskelet yapılarına ilişkin rahatsızlıklar gelmektedir. Sağlık çalışanlarında sıklıkla bel ağrısı, siyatalji, karpal-tünel, ayak problemleri, varis gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Kas-iskelet sorunlarının bazıları zaman içinde oluşurken bazıları tek bir ağır kaldırma sonucunda meydana gelmektedir.

Bundan başka, mesai saatleri dışında yapılan günlük aktiviteler, yaş, cinsiyet, genetik faktörlerde kas-iskelet sistemi sorunlarının meydana gelmesinde rol oynayan faktörlerdir. Bu tür rahatsızlıklar özellikle kat hizmetlilerinde ortaya çıkmaktadır(Dokuzoğlu, 2004: 403).

Bununla birlikte ameliyathane hemşireleri ve diğer çalışanlar açısından uzun süre ayakta kalma, hasta transferi esnasında hastayı kaldırma, malzeme taşıma sırasında ağırlık kaldırma şeklinde ergonomik sorunlar meydana gelmektedir.

2.3.2.6. Cilt Problemlerine Bağlı Meslek Hastalıkları

Hastane çalışanları arasında, mesleki cilt problemleri yaşanması çok rastlanılan bir durumdur. Sık el yıkamaktan dolayı egzama oluşumu, dezenfektan, lastik eldiven ve ilaçlardan özellikle antibiyotiklerden dolayı alerjik cilt rahatsızlıkları sağlık çalışanları arasında yaygın olarak görülmektedir. Hollanda'da hemşirelerin %30 unda el egzaması görülmektedir. talya'da hastaneler üzerinde yapılan bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının %21'inin cilt sorunları yaşadığı ortaya çıkmıştır.

Koruyucu olarak kullanılan eldivenlerin pudraları cilt reaksiyonlarına yol açmaktadır. Pudrasız eldivenlerden ise, hassas cilt yapısına sahip olan çalışanlarda yine cilt reaksiyonları olduğu gözlemlenmektedir. Koruyucu olarak kullanılan eldivenlerin, aynı zamanda alerjik reaksiyonlarının olması gibi paradokslar, ilerideki eldiven kullanım çalışmalarını önemli kılmaktadır.

2.3.2.7. Strese Bağlı Meslek Hastalıkları

Son olarak sağlık çalışanlarını mesleki hastalık olarak tehdit eden bir başka unsur ise strestir. Hemşirelerin bir günlük çalışma süresinde 120-330 kez aynı işlemi tekrarlayarak yapmaları en önemli stres nedenleri arasında gösterilmektedir. Öte yandan sağlık çalışanları, özellikle ülkemizde yoğun çalışma temposunda, eksik personel sayısı ile karışık veya bozuk cihazlar ve eksik malzeme kullanmak zorunda kalarak, hayatı tehdit eden ağır hastalıklar ve yaralanma tablolarını yaşamak durumunda kalmaktadır. Bu yükün en çok hissedildiği birimler acil servis ve yoğun bakım üniteleridir. Diğer yandan iş yükü ve bürokrasinin giderek arttığı hastanelerde, idareciler uygulamaların kişiselleştirilmesini önlemeyi tercih etmektedirler. Bunun sonucunda çalışanlar, kendilerini izole edilmiş, zayıf güçsüz, düş kırıklığı içinde

hissetmekte ve kızgınlık duymaktadır. İş stresine bağlı olarak; anksiyete, depresyon iş memnuniyetsizliği, uyumsuz davranış, sigara kullanımı gibi durumlarda artış görülmektedir.

Sağlık personelinin uzun süre çalışması, gece çalışması, sık tutulan nöbetler, uzun süre bakılan hastaların ölümü, onların aileleri ile iletişim içerisinde olma vb. gibi olumsuz durumlar sağlık personelinin çeşitli psiko-sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte uzun süre çalışmaktan kaynaklanan uykusuzluk hali sağlık çalışanlarının işlerinde ciddi hata yapmalarına yol açmaktadır(Suzuki, 2005: 4459).

Amerika'da, Cronin-Stubbs ve Rooks, 3 hastanedeki yoğun bakım, ameliyathane, normal servis ve psikiyatri bölümlerinde çalışan 296 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, servis ve yoğun bakım bölümlerinde çalışan hemşireler ameliyathane ve psikiyatri de çalışanlara oranla daha fazla mesleki stres yaşamaktadırlar. Tüm hemşirelerde yönetimdekilerin, yaptıkları işe destek olmaması ve anlayışlı davranılmaması birinci derecede stres faktörü olarak bulunmuştur.

Aynı zamanda gece çalışması, iş saatlerinin vardiyalı olması, sosyal olarak ailenin ihmal edilmesi, küçük çocukların evde bırakılıp işe gidilmesi stresin derecesini artıran değişkenler olarak bulunmuştur.

2.4. Sağlık Kuruluşlarında Meslek Hastalıklarına Karşı Önlemler

Sağlık çalışanlarının işyerinde karşılaştıkları tehlikeler ve meslek risklerine karşı korumak amacıyla, Batı ülkelerinde “Meslek Sağlığı ve Güvenliği Komiteleri (MSGK)” oluşturulmuştur. İlk olarak 1958 yılında “American Medical Association (AMA)” ve “American Hospital Association (AHA)”, yayınladıkları ortak bildiri ile hastanelerde, çalışan sağlığı programlarını desteklediklerini, hastanelerin sağlık eğitimi, koruyucu tıp ve iş güvenliği konularında topluma örnek hizmet oluşturmalarını” önermişlerdir. Daha sonra “National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)” 1974-1976 yıllarında hastanelerde meslek sağlığı konusunun yürütülmesi için etkin kriterler tanımlamıştır. MSGK hastanelerde mesleki risklerin azaltılmasına yönelik iki temel unsur üzerinde durmuştur:

- İş güvenliği. İş güvenliği çalışmaları, kurum içinde sağlık çalışanları için risk oluşturan öğelerin tanımlanması, riskin ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesi etkinlikleridir.

- Personel sağlığı. MSGK’ den beklenen, hastane için bir “Sağlık Çalışanları Sağlığı (SÇS)” programının oluşturulması, yürütülmesi ve yönetilmesidir. Her sağlık kurulusu, personel sağlığının korunması ve iş güvenliği amacıyla, ulusal/yasal çerçeve içinde kalmak kaydıyla, kendine özgü politikalar üretmeye ve uygulamalar geliştirmeye ihtiyaç duyabilir. Her sağlık kurulusu, personel sağlığının korunması ve iş güvenliği amacıyla, ulusal/yasal çerçeve içinde kalmak kaydıyla, kendine özgü politikalar üretmeye ve uygulamalar geliştirmeye ihtiyaç duyabilir. NIOSH tarafından önerilen, oluşturulacak programın yürütülmesinde yardımcı olacak bir taslak program aşağıdaki Tablo 1.3’ de özetlenmiştir:

Tablo 3. NIOSH'a göre Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ömek Programı.

GİRİŞ MUAYENESİ <p>Kurumda işe yeni başlayan her sağlık personeline tam bir fizik muayene yapılarak detaylı özgeçmiş ve meslek öyküsü kayda geçirilmelidir. Başlangıç laboratuvar incelemeleri olarak önerilenler:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rutin kan testleri, tam idrar analizi, akciğer grafisi, elektro kardiyografi, göz muayenesi, kulak muayenesi
PERİYODİK DEĞERLENDİRME MUAYENELERİ <p>Periyodik sağlık değerlendirme muayeneleri şu kişilere yapılmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herhangi bir tehlikeye maruz kalmış çalışanlar.• Hastalık veya yaralanma nedeniyle izinli raporlu olup işe dönen çalışan.• Başka bir bölümde görevlendirilenler/ çalışma koşulları değişenler.• Emekliye ayrılan personel.
SAĞLIK VE GÜVENLİK EĞİTİMİ <ul style="list-style-type: none">• İşe adapte olmak için başlangıçta verilecek eğitimin yanı sıra, bütün çalışanlara, sürekliliği olan ve yetkin kişiler tarafından hazırlanan bir program ile sağlık, güvenlik, çevre bilgileri gibi konular anlatılmalıdır.• Bu program, iş güvenliğini artırmak amacıyla alışkanlıkların düzenlenmesi, hastalık ve yaralanmaların personel sağlığı merkezine bildirilmesi gibi konuları da içermelidir.
BAĞIŞIKLAMA <ul style="list-style-type: none">• Sağlık çalışanları için belirlenmiş olan aşılarda yapılmalıdır.• Saldırı, kaza ile maruz kalma (hastadan veya laboratuvar materyalinden) gibi durumlarda elektif aşılama gözönüne alınmalıdır.
GÖREV SIRASINDA GELİŞEN HASTALIK VE YARALANMALARIN BAKIMI <ul style="list-style-type: none">• Hastane içinde ayrı bir bölümde, çalışanların 24 saat süreyle ulaşabileceği, tıbbi ve psikolojik yardım sağlayan bir servis olmalıdır.• Bütün çalışanlara; ihtiyacı olan tıbbi, cerrahi, psikolojik ve rehabilitasyon hizmetlerinde yeterli kolaylık sağlanmalıdır.• Deneyimli bir konsültan ekibin sürekliliği sağlanmalıdır.• Sağlık çalışanlarının özel doktorları ile irtibat kuracakları bir prosedür tasarlanmalıdır.• Tüm çalışanlar için bakım ve tedavinin sürekliliğini kolaylaştırmak amacıyla, yeterli izlem kriterleri tanımlanıp sürdürülmelidir.• Meslek hastalıkları ve yaralanmalarının tedavisi ve bildirimini yasal çerçeveye uymalıdır.
SAĞLIK DANIŞMANLIĞI <ul style="list-style-type: none">• Tıbbi, psikolojik ve sosyal danışmanlık hizmeti veren, kolay ulaşılabilir bir program oluşturulmalıdır. Böyle bir program, çeşitli bağımlılık problemlerini (sigara, alkol, uyuşturucu vs.) olduğu kadar HIV enfeksiyonu ve HIV epidemisi ile ilişkili sorunları da kapsamalıdır.• Çalışanların, hastane içinde çözümlenemeyecek tetkik ve tedavi sorunları için başvuracakları yerlere yönlendirilmelerini sağlayacak yasal bir sistem olmalıdır.• Psikiyatri bölümü ve sosyal hizmetler servisi bulunmayan kuruluşlarda, konuya yakın kişiler, danışmanlık bölümünde, çalışanlara yardımcı olarak yer almalıdır.
ÇEVRE KONTROLÜ VE SÜRVEYANS <ul style="list-style-type: none">• Çevre kontrolü ve sürveyans, meslek sağlığı programının bir parçası olmalıdır ve ciddi kazalara müdahale edebilecek bilgi ve becerisi olan bir kişi tarafından yönetilmelidir.• Nükleer tıp ve radyoloji bölümünden ayrı bir kişi sorumlu olmalıdır.• Uygulamalar yasal çerçeve içinde olmalıdır.
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAYIT SİSTEMİ <ul style="list-style-type: none">• Her çalışanın sağlık ünitesinde kaydı olmalıdır. Kayıta, bütün muayene ve tetkiklerin sonuçları, geçirdiği hastalık ve yaralanmalara ait bilgiler yer almalıdır.• Yaralanma ve hatalık oranlarını, kazaların oluş şeklini, tehlike izlenimlerinin sonuçlarını göstermek ve değerlendirmek için aylık raporlar düzenlenmelidir.• Kayıtlar gizli olmalı, sadece gerekli ve yetkili kişiler tarafından görülebilmelidir.
HASTANE BÖLÜMLERİ ARASINDA KOORDİNASYON <ul style="list-style-type: none">• Hastanenin tüm birimlerinin temsil edildiği bir komite, meslek sağlığı programının hastanede uygulanmasına ilişkin politika, direktif ve ihtiyaçları önermelidir.• MSGK ile enfeksiyon komitesi, çalışanların sağlığını ortak bir plan içinde takip etmelidir.• Meslek sağlığı programının bir üyesi, hem MSGK'de hem de enfeksiyon kontrol komitesinde görevlendirilmiş olmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANININ GÜVENLİĞİNİN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA (MARDİN İLİ KIZILTEPE İLÇESİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Yapılan araştırma Mardin ili Kızıltepe ilçesi devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları riskleri tespit etmek, risklerin etkisini belirlemek, etkin iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile çalışan sağlığı ve güvenliğindeki riskleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, sağlık çalışanlarının güvenliği, hastanede çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikeler ile kaygı düzeylerine olan etkilerini ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Mardin ili Kızıltepe ilçesi devlet hastanesinde çalışan sağlık personellerini kapsamaktadır. Çalışma Haziran-Temmuz 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yapılan araştırmanın evrenini hastanede çalışan hemşire, sağlık teknisyeni ve teknikerleri oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına sadece sağlık iş kolunda çalışanlar dahil edilmiştir. Araştırmada örneklem grubu seçilmemiş araştırma tüm evrene uygulanmıştır. Anket formları gerekli izinler alındıktan sonra hastanede çalışan katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra dağıtılmış ve katılımcılardan bu formları okuyup cevaplamaları istenmiştir.

Tablo 4. Araştırmanın Evreni ve Araştırmaya Katılanlar

HASTANE ADI	EVREN (SAYI)	ARAŞTIRMAYA KATILANLAR	
		SAYI	(%)
Mardin ili Kızıltepe Devlet Hastanesi	200	154	%77

Tablo 4’de yapılan araştırmanın evreni ve katılım oranları belirtilmiştir. Kızıltepe ilçe devlet hastanesinde yapılan çalışmanın evreni ve katılım yüzdeleri incelendiğinde %87,5 lik bir oranla katılım olduğu görülmüştür. Çalışmada geri dönen anket sayısı toplamda 154 olup geri dönüş oranı %77 olarak elde edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından dağıtılan tanıtıcı bilgi formu katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, çocuğun olup olmaması, eğitim durumu, pozisyon vb.), çalışan güvenliği ile ilgili olarak uygulamalardan memnuniyet durumlarını (çalışma saatleri/nöbetler, görev dağılımı, iş yükü ve hızı, hekim-hemşire-hasta sayısı vb.) içeren sorular ile çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikeler ölçeği, sağlık çalışanı güvenliği ölçeği ve beck anksiyete ölçeği sorularından oluşan anketin uygulanmasıyla elde edilmiştir.

Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk ve Tehlikeler Ölçeği: Anket sorularının 24 tanesi hastane çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikeler ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin amacı hastane çalışma ortamından kaynaklanan risk ve tehlikeleri saptamak ve gerekli önlemleri almaktır. Ölçeklerdeki sorular 5’li likert tipindedir. Ölçekte her bir ifade 1’den 5’e kadar puanlanmış ve her bir madde için (1=Hiçbir Zaman, 2=Çok Nadir, 3=Bazen, 4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekte en az 24, en fazla 120 puan alınabilmektedir. Ayrıca beş alt boyuttan alınan

toplam puan çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikeler toplam puanını vermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde elde edilen toplam puan 24'e bölünerek bireyin ölçek puanı elde edilmektedir. Çalışmamızda Cronbach Alpha değeri 0,84 olarak bulunmuştur.

Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği: Hastanede çalışan sağlık personelleri için iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını saptamaya yönelik 45 maddeden oluşan ölçektir. Maddeler "1" Kesinlikle Katılmıyorum, "6" Tamamen Katılıyorum arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puan aralığı 45-270 arasındadır. Ölçekten 45'e yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını, 270'e yakın puan alınması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını göstermektedir. Ölçekten alınan bu puanlar karşılaştırma yapabilmek için ölçek madde sayısına bölündüğünde ölçek toplamında ve alt faktör düzeyinde 1 ile 6 puan arasında değer almakta ve bu şekli ile ölçek puanları değerlendirilmektedir. Öztürk ve Babacan (2012) tarafından geliştirilmiş ölçeğin çalışmamızda Cronbach Alpha değeri 0,89 olarak bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği: Sağlık personelinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesinde kullanılan bir ölçektir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 puan arasında değişmektedir. 8-15 puan "hafif düzeyde anksiyete", 16-25 puan "orta düzeyde anksiyete", 26-63 puan arası "şiddetli düzeyde anksiyete" şeklinde değerlendirilmiştir.

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak veri tabanına kaydedilmiş, verilerin analizi de aynı program kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzdeler ve ortalamalar kullanılmış, katılımcıların bireysel özelliklerinin, çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikeler ile sağlık çalışanı güvenliğinin etkilerini analiz etmek için ise iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve tek yönlü varyans analizi (F testi) kullanılmıştır. Üç evre grubun karşılaştırılmasında Varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Boyutlarının arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi amacı ile korelasyon analizi uygulaması yapılmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Hipotezler

Sağlık çalışanlarının, çalışmakta oldukları hastanedeki çalışma ortamı kaynaklı risk ve tehlikelere ilişkin algılarının ne olduğu, kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları arasında önemli bir ilişkinin olup olmadığı bu çalışmanın temel problem cümlesidir. Problem cümlesinde ifade edilen soruların cevaplarını bulabilmek amacıyla aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H1: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları, çalışanların cinsiyetine göre farklılaşmamaktadır.

H2: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları, çalışanların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H3: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları, çalışanların mevcut kurumda çalışma sürelerine göre farklılaşmamaktadır.

H4: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları, çalışanların medeni durumuna göre farklılaşmamaktadır.

H5: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları, çalışanların işteki tecrübelerine göre farklılaşmamaktadır.

H6: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları, işteki konumlarına göre farklılaşmaktadır.

H7: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algıları ile güvenli davranış arasında olumlu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

H8: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılamaları çalışanların hastane koşullarında iş kazasına maruz kalıp kalmamalarına göre farklılaşmaktadır.

H9: Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alıp - almaması ile iş sağlığı ve iş güvenliği eğitimi konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmalarını düşünmeleri arasında ilgi vardır.

4. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarına ilişkin tanımlayıcı ve kaygı düzeyine ilişkin bulgular ve bunların yorumlarına yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların %48,1'nin erkek ve %52,9'nun kadın bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %53,9'nun evli ve %46,1'nin bekâr olduğu görülmüştür. Katılımcıların %43,5'nun çocuk sahibi olduğu ve %56,5'nin çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %14,9'u sağlık meslek lisesi, %35,7'si ön lisans, %43,5'i lisans ve %5,8'i yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %85,7'nin hemşire ve %14,3'nün sağlık teknisyeni ve teknikerleri olduğu tespit edilmiştir.

4.1.Tablo: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Cinsiyet	n	%yüzde
Kadın	80	51,9
Erkek	74	48,1
Medeni Durum	n	%yüzde
Evli	83	53,9
Bekâr	71	46,1
Çocuk Var Mı?	n	%yüzde
Evet	67	43,5
Hayır	87	56,5
Eğitim	n	%yüzde
Sağlık Meslek Lisesi	23	14,9
Önlisans	55	35,7
Lisans	67	43,5
Yüksel Linsans	9	5,8
Pozisyon	n	%yüzde
Hemşire	132	85,7
Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri	22	14,3

Katılımcıların %14,3'ün sosyoekonomik durumlarının düşük, %80,5'in orta ve %5,2'nin yüksek olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Katılımcıların %58,4'ün

nöbet tuttuğu ve %41,6'nın nöbet tutmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların çalıştığı kurumların %33,8'de Çalışan Güvenliğine Yönelik Komite olduğu, %17,5'de olmadığı ve %48,7'nin konu ile ilgili bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %11,5'si sık sık, %20,3'ü sık, %29,1'i orta, %32,4'ü nadir ve %6,8'i görülmeyecek düzeyde Çalışan Güvenliğine Yönelik Komitenin faaliyet gerçekleştirdiğini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların kurumlarında %5,8'i çok sık, %17,5'i sık, %38,3'ü orta, %33,1'i nadir ve %5,2'si görülmeyecek düzeyde iş kazasının gerçekleştiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %83,8'nin yaralanma veya iş kazası geçirmediği tespit edilmiştir. Katılımcıların %36,4'ü "Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Tebliği okuduğunu ifade etmişlerdir.

4.2.Tablo: Katılımcıların İş ve İş güvenliği ile ilgili Özellikleri

Sosyoekonomik Durum	n	%yüzde
Düşük	22	14,3
Orta	124	80,5
Yüksek	8	5,2
Nöbet	n	%yüzde
Var	90	58,4
Yok	64	41,6
Kurumunuzda Çalışan Güvenliğine Yönelik Komite Var Mı Veya Çalışmalar Yapıyor Mu?	n	%yüzde
Evet	52	33,8
Hayır	27	17,5
Bilmiyorum	75	48,7
Kurumunuzda Çalışan Güvenliğine Yönelik Komite Var Mı Ve Çalışmalar Yapıyor Mu?	n	%yüzde
Çok Sık	17	11,5
Sık	30	20,3
Orta	43	29,1

Nadir	48	32,4
Görülmez	10	6,8
Total	148	100,0
Kurumunuzda İş Kazası Görülme Olasılığı Nasıldır?	n	%yüzde
Çok Sık	9	5,8
Sık	27	17,5
Orta	59	38,3
Nadir	51	33,1
Görülmez	8	5,2
Total	154	100,0
Kurumunuzda İş Kazası/Yaralanma Geçirdiniz Mi?	n	%yüzde
Evet	25	16,2
Hayır	129	83,8
Total	154	100,0
Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Tebliğ" Okudunuz Mu?	n	%yüzde
Evet	56	36,4
Hayır Haberim Yok	73	47,4
Total	154	100,0

Katılımcıların %71,4'ü İş Sağlığı Ve Güvenliği İle İlgili Bir Eğitim aldığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %79,2'si Kişisel Koruyucu Donanımları kullandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %13,6'sının iş kazası geçirdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %83,8'nin yaptığı işi stresli bulduğu, katılımcıların %48,7'nin yaptığı işi düşündüğü veya halen düşünüyor olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %66,2'nin iş verimliliğinin yeterli düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir.

Katılımcıların işlerinin geleceğini %19,5'i umutlu, %35,1'i umutsuz ve %45,5'i belirsiz şekilde değerlendirmişlerdir.

4.3.Tablo: Katılımcıların İş ve İş güvenliği ile ilgili Özellikleri

İş Sağlığı Ve Güvenliği İle İlgili Bir Eğitim Aldınız Mı?	n	%
Evet	110	71,4
Hayır	44	28,6
Kişisel Koruyucu Donanımları (Eldiven Vb.) Kullanıyor Musunuz?	n	%
Evet	122	79,2
Hayır	32	20,8
Herhangi Bir İş Kazası Geçirdiniz Mi?	n	%
Evet	21	13,6
Hayır	133	86,4
Yaptığınız İş İle İlgili Stres Yaşadığınızı Düşünüyor Musunuz?	n	%
Evet	129	83,8
Hayır	25	16,2
İşinizi Bırakmayı Düşündünüz Mü/Düşünüyor Musunuz?	n	%
Evet	75	48,7
Hayır	79	51,3
İşinizdeki Verim Düzeyinizi Nasıl Değerlendiriyorsunuz?	n	%
Yeterli	102	66,2
Yetersiz	52	33,8
İşinizin Geleceğini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?	n	%
Umutlu	30	19,5
Umutsuz	54	35,1
Belirsiz	70	45,5

Katılımcıların %58,4'ün düzenli olarak sağlık kontrolünden geçtiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %33,8'ü sağlık durumlarını iyi olarak nitelendirirken, %64,9'u orta ve %1,3'ü kötü olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların Mesai arkadaşları ile ilişki durumları incelendiğinde %11'i çok kötü, %19,5'i kötü, %27,9'u orta, %31,2'i iyi ve %10,4'ün çok iyi oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların yöneticileri ile ilişkileri incelendiği zaman %6,5'nin çok kötü, %17,5'in kötü, %37,5'in orta, %30,5'in iyi ve %7,8'in çok iyi oldukları tespit edilmiştir.

Tablo: Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri

Düzenli Sağlık Kontrolü	n	%
Var	90	58,4
Yok	64	41,6
Total	154	100,0
Sağlık Durumunuzu Nasıl Değerlendiriyor	n	%
İyi	52	33,8
Orta	100	64,9
Kötü	2	1,3
Total	154	100,0
Mesai Arkadaşları İle İlişkiler	n	%
Çok Kötü	17	11,0
Kötü	30	19,5
Orta	43	27,9
İyi	48	31,2
Çok İyi	16	10,4
Total	154	100,0
Yöneticiler İle İlişkiler	n	%
Çok Kötü	10	6,5
Kötü	27	17,5
Orta	58	37,7
İyi	47	30,5
Çok İyi	12	7,8
Total	154	100,0

Katılımcıların %20,8'in kronik hastalıkları olduğu ve %16,2'nin ruhsal hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %53,9'un düzenli olarak beslendiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %26'nın düzenli olarak egzersiz yaptıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların %40,9'un sosyal hayatlarına vakit ayırabildiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %15,6'sı sorunlar karşısında sosyal destek aldıklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %21,4'nün günde az 1 kez, %13'nün ara sıra, %54,5'nin hiç sigara kullanmadığı ve ayrıca %11,1'nin sigarayı bırakmış oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların %44,2'nin uyku sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo: Katılımcıların Sağlık ile İlgili Özellikleri

Kronik Hastalık	n	%
Evet	32	20,8
Hayır	122	79,2
Total	154	100,0
Ruhsal Hastalık	n	%
Hayır	25	16,2
Evet	129	83,8
Total	154	100,0
Düzenli Beslenme	n	%
Evet	83	53,9
Hayır	71	46,1
Total	154	100,0
Düzenli Egzersiz	n	%
Evet	40	26,0
Hayır	114	74,0
Total	154	100,0
Sosyal Hayata Zaman Ayrıma	n	%
Evet	63	40,9
Hayır	91	59,1
Total	154	100,0
Sizinle İlgili/Sizi Etkileyebilecek Herhangi Bir Sorun/Olay Karşısında Sosyal Destek Alıyor Musunuz?	n	%
Evet	24	15,6
Hayır	130	84,4
Total	154	100,0
Sigara İçiyor Musunuz?	n	%
Evet, Günde En Az Bir tane	33	21,4
Ara sıra	20	13,0
Bıraktım	17	11,1
Hiç İçmedim	84	54,5
Total	154	100,0
Uyku sorunu	n	%
Evet	68	44,2
Hayır	86	55,8
Total	154	100,0

Katılımcıların çalışma saatlerinden memnuniyet düzeyinin %49, görev dağılımı konusunda memnuniyet düzeyinin %52, iş yükü konusunda memnuniyet düzeyinin %55, iş hızı konusunda memnuniyet düzeyinin %60, hemşire sayısının yeterli olması konusunda memnuniyet düzeyinin %42, hekim sayısının yeterli olmasında memnuniyet düzeyinin %49, hasta sayısının fazla olması konusunda memnuniyet düzeyinin %32 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo: Çalışan Güvenliği ile ilişkili Olarak Memnuniyet Düzeyleri

Çalışan güvenliği ile ilişkili olarak aşağıdaki uygulamalardan memnun musunuz?	Memnuniyet Oranı	
	n	%
Çalışma Saatleri	75	49%
Görev Dağılımı	80	52%
İş Yüğü	85	55%
İş Hızı	92	60%
Hemşire Sayısı	65	42%
Hekim Sayısı	76	49%
Hasta Sayısı	50	32%
Çalışma Ortamının Donanımı Ve Dizaynı	132	86%
Çalışma Ortamındaki Kişiler Arasındaki İlişkiler	84	55%
Kullanılan Araç Gereç	110	71%
Kullanılan Temizlik Malzemesi	123	80%
Kişisel Koruyucu Ekipman	96	62%
Bu Kurumda Çalışıyor Olmak	93	60%
Çalışılan Birim/Bölüm	140	91%
İş Sağlığı ve Güvenliği Önlemleri	102	66%
Çalışan Sağlığı Ve Güvenliği Politikaları	95	62%
Hasta Kaldırma Ve Taşıma Sistemleri	105	68%
Çalışan Güvenliğine İlişkin Eğitimler	70	45%
Güvenlik Personeli Davranışları	125	81%

İş Kazası Veya Meslek Hastalığı Durumunda Kurumun Sorumluluk Alması Veya Desteği	89	58%
--	----	-----

Çalışma ortamındaki donanım ve dizayn memnuniyet düzeyinin %86, Çalışma ortamındaki kişiler ile ilişkiler konusunda memnuniyet düzeyinin %55, kullanılan araç ve gereçlerden memnuniyet düzeyinin %71, kullanılan temizlik malzemelerinden memnuniyet düzeyinin %71, kişisel korucu ekipmanlardan memnuniyet düzeyinin %62 olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların kurumda çalışıyor olmaktan dolayı memnuniyet düzeyinin %60, çalıştığı birim veya bölümden memnuniyet düzeyinin % 91, iş sağlığı ve güvenliği önlemleri konusunda %66, çalışan sağlığı ve güvenliği politikaları konusunda %62, hasta kaldırma ve taşıma sistemleri konusunda %68, çalışan güvenliğine ilişkin eğitimler konusunda %45, güvenlik personeli davranışları konusunda %81, iş kazası veya meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması veya desteği konusunda %58 olduğu tespit edilmiştir.

5.Tablo: Katılımcıların ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	KMO	n	Açıklanan Varyans	İç Tutarlık
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	0,80	24	49%	0,84
Sağlık Çalışanı Güvenliği	0,86	45	51%	0,89
Beck Anksiyete Ölçeği	0,79	21	%55	0,82

Anket çalışmasında Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği 24 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Alpha analizi uygulanmıştır.

Analiz sonucunda Alpha katsayısı 0,84 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Bunun sonucu olarak çalışmadan herhangi bir soru çıkarmaya gerek olmadığı görülmektedir. Güvenilirlik analizinin ardından yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile 24 ifadenin bulunduğu ölçeğe faktör analizi uygulaması yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda tek bir boyut

tespit edilmiştir. Faktör analizinde hesaplanan KMO örneklem yeterlilik katsayısı 0,80 ve açıklanan varyans %49 olarak tespit edilmiştir. Bu katsayı yapılan 154 adet anketin faktör yapısını orta koymak için yeterli sayıda olduğunun göstergesidir.

Anket çalışmasında Sağlık Çalışanının Güvenliği Ölçeği ile ilgili 45 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Alpha katsayısı 0,89 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Bunun sonucu olarak çalışmadan herhangi bir soru çıkarmaya gerek olmadığı görülmektedir. Güvenilirlik analizinin ardından yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile 45 ifadenin bulunduğu ölçeğe faktör analizi uygulaması yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda tek bir boyut tespit edilmiştir. Faktör analizinde hesaplanan KMO örneklem yeterlilik katsayısı 0,86 ve açıklanan varyans %61 olarak tespit edilmiştir. Bu katsayı yapılan 154 adet anketin faktör yapısını orta koymak için yeterli sayıda olduğunun göstergesidir.

Anket çalışmasında Beck Anksiyete Ölçeği ile ilgili 21 adet ifadenin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Alpha katsayısı 0,82 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen katsayı ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Bunun sonucu olarak çalışmadan herhangi bir soru çıkarmaya gerek olmadığı görülmektedir. Güvenilirlik analizinin ardından yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile 21 ifadenin bulunduğu ölçeğe faktör analizi uygulaması yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda tek bir boyut tespit edilmiştir. Faktör analizinde hesaplanan KMO örneklem yeterlilik katsayısı 0,79 ve açıklanan varyans %55 olarak tespit edilmiştir. Bu katsayı yapılan 154 adet anketin faktör yapısını orta koymak için yeterli sayıda olduğunun göstergesidir.

4.2. Çalışma Ortamı Risk ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeklerine Etki Eden Değişkenlerin Belirlenmesi

Katılımcıların demografik özelliklerinin ve iş ile ilgili durumlarının Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk ve Tehlikeler Ölçeği puanı, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği puanı ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı üzerinde etkili olup olmadığının test edilmesi amacı ile t testi (t) ve varyans analizi testi (F) uygulanmıştır.

5.1.Tablo: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Cinsiyet	n	X	s.s	t	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Kadın	80	47,41	18,59	1,34	0,18
	Erkek	74	42,92	23,08		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Kadın	80	45,73	30,70	-1,37	0,17
	Erkek	74	56,01	58,96		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Kadın	80	39,21	24,35	-1,10	0,27
	Erkek	74	43,34	22,17		

Katılımcıların cinsiyetleri ile Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu için katılımcıların cinsiyetlerinin Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların cinsiyetleri ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanı arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu için katılımcıların cinsiyetlerinin Beck Anksiyete Ölçeği puanları üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Kadın ve erkek çalışanların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.2.Tablo: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre ÇOKRÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Medeni Durum	n	X	s.s	t	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Evli	83	42,77	22,35	-1,60	0,11
	Bekar	71	48,15	18,87		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Evli	83	50,86	48,99	0,05	0,96
	Bekar	71	50,45	43,98		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Evli	83	42,16	22,66	0,55	0,58
	Bekar	71	40,07	24,24		

Katılımcıların medeni durumları ile Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu için katılımcıların medeni hallerinin Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Evli ve bekar olan katılımcıların Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların medeni durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanı arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu için katılımcıların medeni hallerinin Beck Anksiyete Ölçeği puanları üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiş, evli ve bekar katılımcıların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.3.Tablo: Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Çocuk	n	X	s.s	T	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Evet	67	42,63	23,68	-1,37	0,17
	Hayır	87	47,28	18,41		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Evet	67	50,12	51,05	-0,13	0,90
	Hayır	87	51,09	43,16		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Evet	67	43,25	22,73	0,96	0,34
	Hayır	87	39,61	23,82		

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ile Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu için katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanlarının farksız olduğu tespit edilmişti. Çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan katılımcıların Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanı arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu için katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarının Beck Anksiyete Ölçeği puanları üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiş, çocuk sahibi olan veya olmayan katılımcıların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.4.Tablo: Katılımcıların Nöbet Tutma Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Nöbet	n	X	s.s	T	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Var	90	44,83	20,80	-0,29	0,77
	Yok	64	45,84	21,24		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Var	90	45,71	47,38	-1,57	0,12
	Yok	64	57,64	44,92		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Var	90	42,96	24,05	2,11	0,04
	Yok	64	38,72	22,27		

Katılımcıların nöbet tutma durumları ile Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu için katılımcıların nöbet tutma durumlarına göre Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanlarının birbirlerinden farksız olduğu tespit edilmiştir. Nöbet tutan ve tutmayan katılımcıların Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların nöbet tutma durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanı arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda p değerlerinin 0,05'ten düşük olduğu tespit edilmiştir. Tablo incelendiğinde nöbet tutan çalışanların anksiyete düzeylerinin nöbet tutmayan çalışanlar göre daha yüksek düzeyde olduğu, nöbet tutan katılımcıların kaygı düzeylerinin nöbetsiz çalışanlara göre daha yüksek seviyelerde olduğu görülmektedir.

5.5.Tablo: Katılımcıların Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Hizmet İçi Eğitim Alıyor Musunuz?	n	X	s.s	t	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Evet	130	45,76	20,15	0,70	0,48
	Hayır	24	42,50	25,02		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Evet	130	49,56	43,41	-0,69	0,49
	Hayır	24	56,67	61,89		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Evet	130	40,62	13,24	-0,72	0,48
	Hayır	24	44,33	14,16		

Katılımcıların hizmet içi eğitim alma durumları ile Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hizmet içi eğitim alan ve almayan katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların hizmet içi eğitim alma durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanı arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edildiği için hizmet içi eğitim alan veya almayan katılımcıların Beck Anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.6.Tablo: Katılımcıların Mesleği İsteyerek Seçme Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	Mesleğinizi İsteyerek Mi Seçtiniz	n	X	s.s	t	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Evet	98	46,89	21,66	1,29	0,20
	Hayır	56	42,39	19,42		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Evet	98	54,64	47,62	1,40	0,16
	Hayır	56	43,71	44,32		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Evet	98	43,78	11,88	2,83	0,01
	Hayır	56	36,68	15,28		

Katılımcıların mesleği isteyerek seçme durumları ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mesleği isteyerek seçen veya seçmeyen katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların mesleği isteyerek seçme durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanı arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda p değerlerinin 0,05'ten düşük olduğu tespit edilmiştir. Mesleği kendi isteği ile seçen ve seçmeyen katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının farklı olduğu, mesleği kendi isteği ile seçen katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının mesleğini isteyerek seçmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

5.7.Tablo: Katılımcıların Sosyal Yaşantıya Zaman Ayırma Durumlarına Göre ÇOKRTO, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Sosyal Yaşantınıza Zaman Ayırma	n	X	s.s	t	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Evet	63	45,19	23,10	-0,03	0,98
	Hayır	91	45,30	19,41		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Evet	63	59,05	51,69	1,87	0,06
	Hayır	91	44,87	42,04		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Evet	63	42,40	21,57	0,53	0,60
	Hayır	91	40,36	24,59		

Katılımcıların sosyal yaşantıya zaman ayırma durumları ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyal yaşantıya zaman ayırma durumlarına göre katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların sosyal yaşantıya zaman ayırma durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği Puanı arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edildiği için sosyal yaşantıya zaman ayıran ve ayırmayan katılımcıların Beck Anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.8.Tablo: Katılımcıların Herhangi Bir İş Kazası Geçirme Durumlarına Göre ÇOKRTO, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Herhangi Bir İş Kazası Geçirdiniz Mi?	n	X	s.s	t	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Evet	21	47,14	17,07	0,44	0,66
	Hayır	133	44,95	21,51		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Evet	21	37,71	22,01	-1,37	0,17
	Hayır	133	52,71	49,12		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Evet	21	45,43	18,06	0,89	0,37
	Hayır	133	40,53	24,06		

Katılımcıların herhangi bir iş kazası geçirip geçirmeme durumları ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Herhangi bir iş kazası geçiren veya geçirmeyen katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların herhangi bir iş kazası geçirip geçirmeme durumları ile Beck anksiyete ölçeği puanı arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Herhangi bir iş kazası geçiren veya geçirmeyen katılımcıların Beck anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.9.Tablo: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	Eğitim	n	X	s.s	F	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Sağlık Meslek Lisesi	23	45,43	17,96	0,07	0,98
	Ön lisans	55	44,38	22,34		
	Lisans	67	46,01	20,09		
	Yüksel Linsans	9	44,44	27,89		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Sağlık Meslek Lisesi	23	44,61	30,75	1,33	0,27
	Önlisans	55	60,42	60,80		
	Lisans	67	44,57	37,24		
	Yüksel Linsans	9	52,00	38,26		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Sağlık Meslek Lisesi	23	43,74	24,91	0,49	0,69
	Önlisans	55	38,35	24,72		
	Lisans	67	42,09	21,60		
	Yüksel Linsans	9	45,44	25,31		

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Beck anksiyete ölçeği puanı arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip çalışanların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.11.Tablo: Katılımcıların Pozisyonlarına Göre ÇOKRTÖ, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Pozisyon	n	X	s.s	T	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Hemşire	132	46,20	21,06	1,39	0,17
	Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri	22	39,55	19,57		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Hemşire	132	50,13	46,80	-0,35	0,73
	Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri	22	53,91	46,30		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Hemşire	132	42,49	23,56	1,70	0,09
	Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri	22	33,41	20,81		

Katılımcıların pozisyonları ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşire, sağlık teknisyeni ve teknikeri olarak görev yapan katılımcıların Çalışma Ortamı kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların pozisyonları ile Beck anksiyete ölçeği puanı arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşire, sağlık teknisyeni ve teknikeri olarak görev yapan katılımcıların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

5.11.Tablo: Katılımcıların Çalışan Güvenliği Komitesi Var Mı Durumuna Göre ÇOKRTO, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Çalışan Güvenliği Komitesi Var Mı?	n	X	s.s	F	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Evet	52	47,12	21,70	0,34	0,71
	Hayır	27	43,48	15,24		
	Bilmiyorum	75	44,60	22,25		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Evet	52	55,94	47,35	0,70	0,50
	Hayır	27	43,15	35,61		
	Bilmiyorum	75	49,72	49,58		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Evet	52	42,77	20,51	1,19	0,31
	Hayır	27	45,85	24,75		
	Bilmiyorum	75	38,43	24,59		

Katılımcıların çalıştığı kurumlarında çalışan güvenliği komitesinin olup olmama durumları ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalıştığı kurumlarında çalışan güvenliği komitesi olan veya olmayan katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların çalıştığı kurumlarında çalışan güvenliği komitesinin var olma durumu ile Beck anksiyete ölçeği puanı arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalıştığı kurumlarında çalışan güvenliği komitesi olan veya olmayan çalışanların anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı söylenebilir.

5.12.Tablo: Katılımcıların İşten Ayrılma Niyeti Durumlarına Göre ÇOKRTO, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	İşten Ayrılma Niyeti	n	X	s.s	F	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Düşünmedim	70	46,86	21,92	0,41	0,66
	Düşündüm	67	44,24	19,64		
	Düşünüyorum	17	42,65	22,37		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Düşünmedim	70	59,69	52,32	2,62	0,08
	Düşündüm	67	44,63	41,96		
	Düşünüyorum	17	37,35	31,66		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Düşünmedim	70	31,71	21,55	3,62	0,03
	Düşündüm	67	38,37	24,93		
	Düşünüyorum	17	46,20	20,18		

Katılımcıların işten ayrılma niyeti ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. İşten ayrılmayı düşünmeyen, düşünen ve düşünmekte olan katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların işten ayrılma niyeti ile Beck anksiyete ölçeği puanı arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların işten ayrılma niyeti ile Beck anksiyete ölçeği arasındaki farklılığın nedenin, daha önce işinden ayrılmayı düşünen ve halen düşünmekte olan çalışanların işten ayrılmayı düşünmeyen katılımcılara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmektedir.

5.13.Tablo: Katılımcıların İşinin Geleceğini Değerlendirme Durumlarına Göre ÇOKRTO, SÇGB ve BAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	İşinin Geleceğini Nasıl Değerlendiriyor sunuz	N	X	s.s	F	p
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Umutlu	30	46,43	24,19	0,97	0,38
	Umutsuz	54	47,85	20,06		
	Belirsiz	70	42,74	20,08		
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Umutlu	30	69,20	51,75	3,03	0,05
	Umutsuz	54	46,81	48,34		
	Belirsiz	70	45,70	41,34		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	Umutlu	30	36,30	22,37	3,53	0,03
	Umutsuz	54	50,20	23,74		
	Belirsiz	70	41,11	22,61		

Katılımcıların işinin geleceğini değerlendirme durumu ile Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanları arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten yüksek olduğu tespit edilmiştir. İşinin geleceğini umutlu, umutsuz ve belirsiz olarak değerlendiren katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler hakkındaki görüşleri ve Sağlık Çalışanı Güvenliği algı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. Katılımcıların işinin geleceğini değerlendirme durumları ile Beck anksiyete ölçeği puanı arasında yapılan değerlendirmelerde p değerlerinin 0,05'ten düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların işinin geleceğini değerlendirme durumları ile Beck anksiyete ölçeği arasındaki farklılığın nedenin, işinin geleceğini umutsuz olarak değerlendiren katılımcıların umutlu ve belirsiz olarak değerlendiren katılımcılara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmektedir.

4.4. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Çalışmamızda test etmek istediğimiz hipotezlerden biri de boyutların kendi arasındaki ilişki düzeyinin tespit edilmesidir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda elde edilen korelasyon kat sayıları (r) ve önem dereceleri (p) bir matris şeklinde aşağıdaki gibi sunulmuştur.

5.14.Tablo: Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ölçek		Çalışma Ortamı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	Beck Anksiyete Ölçeği Puanı
Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği	r			
	p	1		
	n			
Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı	r	0,362 ^{**}		
	p	0,001	1	
	n	154		
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	r	0,142	0,207 [*]	
	p	0,079	0,010	1
	n	154	154	

**0,05 düzeyinde anlamlı ilişki, **0,01 düzeyinde anlamlı ilişki*

Sonuçlara göre Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı arasında düşük güçte, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler ölçeği puanları doğru orantılı olarak Sağlık Çalışanı Güvenliği puanları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk Ve Tehlikeler ölçeği puanlarının anksiyete düzeylerine göre farklı olmadığı tespit edilmiştir. Beck Anksiyete ölçeği ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği Puanı arasında çok düşük güçte, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların anksiyete düzeylerinin artmasının Sağlık Çalışanı Güvenliği puanları üzerinde artırıcı etkisi olacağı görülmektedir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1 SONUÇ

Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği bakımından ciddi riskler taşıdığı çalışma ortamlarından biride sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle de hastanelerde çalışanlar, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu araştırma ile Mardin ili Kızıltepe ilçesi devlet hastanesinde yer alan sağlık çalışanlarının, çalıştıkları iş ortamlarına ilişkin iş sağlığı ve güvenliği riskleri ile kaygı düzeyleri arasında önemli bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir. Bu amaçla sağlık çalışanlarının iş güvenliği ve kaygı düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır.

Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamak amacıyla yapılan bu çalışmada Mardin ili Kızıltepe ilçesi devlet hastanesinde çalışan katılımcıların %52'nin kadın ve %48'nin erkek bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılarının çalışanların cinsiyetine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %54'nün evli ve %46'nın bekâr olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanı güvenliğine yönelik algılarının çalışanların medeni durumuna göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir Katılımcıların %44'nün çocuk sahibi olduğu ve %56'nın çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %15'i sağlık meslek lisesi, %36'sı ön lisans, %44'ü lisans ve %6'sı yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmektedir. Çalışmadaki katılımcıların %14'nün sosyoekonomik durumlarının düşük, % 81'nin orta ve %5'nin yüksek olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Katılımcıların %58'nin nöbet tuttuğu ve %42'nin nöbet tutmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalıştığı kurumların % 34'de Çalışan Güvenliğine Yönelik Komite olduğu, % 17'de olmadığı ve % 49'nun konu ile ilgili bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %12'i sık sık, % 20'si sık, % 29'u orta, % 32'si nadir ve %7'si görülmeyecek düzeyde Çalışan Güvenliğine Yönelik Komitenin faaliyetlerini

gerçekleştirdiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %71'i İş Sağlığı Ve Güvenliği İle İlgili Bir Eğitim aldığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %79'u Kişisel Koruyucu Donanımları kullandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %14 iş kazası geçirdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %83'nün yaptığı işi stresli bulduğu, katılımcıların %49'nun yaptığı işi düşündüğü veya halen düşünüyor olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %66'nın iş verimliliğinin yeterli düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların işlerinin geleceğini %20'si umutlu, %35'i umutsuz ve %45'nin belirsiz şekilde değerlendirmişlerdir.

Katılımcıların iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre sağlık çalışanlarının iş kazası düzeyleri karşılaştırıldığında ise, eğitimsiz olarak görev yapan sağlık çalışanlarının genel iş kazası düzeylerinin lisans ve lisansüstü eğitim almış veya belirli bir eğitim alan sağlık çalışanlarının genel iş kazası düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür ve bir eğitim alma durumlarına göre çalışanların genel iş kazası düzeyleri ortalamaları istatistiksel olarak da anlamlı bir şekilde farklı bulunmuştur. Verilere baktığımızda büyük çoğunluğun kendi potansiyelini yansıttığını diğer kesimin ise bu konuda yetersiz olduklarını dile getirmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının, iş hayatında veya mevcut iş yerlerinde iş kazası geçiren çalışanların güvenlik kültürü algılarının anlamlı bir şekilde daha önce iş kazası geçirmeyen çalışanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bundan ulaştığımız sonuç iş kazalarına şahit olan çalışanların güvenlik ile ilgili beklentilerinin daha yüksek, dolayısıyla iş güvenliği bilinç düzeylerinin daha yüksek olduğu biçiminde yorumlanabilir. Aynı zaman da katılımcıların yaşanan iş kazalarından dolayı kaygı duyduklarını ve çalışma hayatında umutsuz olduğunu dile getirebiliriz.

Katılımcıların cinsiyetlerinin çalışma ortamı risk ve tehlikeleri algılama düzeyleri karşılaştırıldığında erkek çalışanların genel güvenlik algı düzeylerinin kadın çalışanların genel güvenlik algı düzeylerinden farklı olmadığı, sağlık çalışanı güvenliği algı düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir. Kadın ve erkek çalışanların genel güvenlik algı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı bulunmamıştır.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının mesleki risklerle karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir. Sağlık

çalışanları hastayla daha fazla zaman geçiren ve bakımlarını doğrudan yerine getiren kişi olmaları nedeniyle sağlık riskleri ile karşılaşma olasılıkları oldukça yüksektir. Sağlık çalışanları tedavi uygulamaları sırasında, uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

5.2.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilere göre öncelikle hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik eğitimlerin sayısının ve etkinliklerinin artırılması gerekmektedir. İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının çalışma kültürüne dönüşmesine yönelik eğitim ve farkındalık artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

Hastane çalışma ortamında sağlık çalışanlarının mesleki risklerle karşılaşma olasılığını en aza indirmek için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Enfeksiyonlara, kimyasal maddelere, radyasyona, biyolojik etmenlere, cilt problemlerine ve strese bağlı meslek hastalıklarına karşı önlemler alınmalıdır. Sağlık çalışanlarını çarpma, düşme ve burkulmaya, kesici alet yaralanmalarına ve şiddete maruz kalmaya bağlı olarak iş kazalarından korumaya yönelik tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Araştırmamız sonucunda aylık nöbet sayısının fazla olmasından dolayı nöbet tutan çalışanların anksiyete ve kaygı düzeylerinin nöbet tutmayan çalışanlara göre daha yüksek olduğundan çalışan güvenliğini doğrudan etkilemektedir. Aylık nöbet sayılarının düşürülmesi için yönetimin bununla ilgili önlemler alması gerekmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışanların taleplerinin göz önüne alınması ve olumlu çalışma ortamlarının oluşturulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Açıkalin, C. (2008). “Eskişehir-Bozüyük Bölgesindeki Seramik Sektöründe İş Kazaları ve Kişisel Koruyucu Malzeme Kullanımının Kazalar Üzerindeki Etkisi”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9 (1), Eskişehir, ss.133-154.
- Akal, D. (2013). “İç Ortam Hava Kirliliği ve Çalışanlara Olumsuz Etkileri”, Çalışma Dünyası Dergisi, 1 (1), ss.112-119.
- Akalp, G., Yaman Karadeniz, N. (2013). “İşletmelerde Güvenlik Kültürünün Oluşumunda Yönetimin Rolü ve Önemi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 96 (2), 3 (2), Ankara, ss.96-109.
- Akar, Ç. ., H. Özalp. (1998). Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, s.24.
- Akay, D., Dağdeviren, M., Kurt, M. (2003). “Çalışma Duruşlarının Ergonomik Analizi”, Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Der., 18 (3), Ankara, ss.73-84.
- Akova. M. (1997). Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları ve korunmak için alınacak önlemler. E-Book ss.198-209. ET:27.11.2014 http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/hiv_aids/12.pdf.
- Akpınar, T., Çakmakkaya, B. Y. (2014). ”İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından İşverenlerin Risk Değerlendirme Yükümlülüğü”, Çalışma ve Toplum, 1, ss.273-304.
- Akyiğit, Ercan. (2001). İş kanunu Şerhi, Seçkin Yayınları, Ankara, s.310.
- Alper, Yusuf. (1992). “Bazı Ülkelerde işçi Sağlığı İş Güvenliği Uygulamaları ve Türkiye’deki Uygulama ile Karşılaştırılması,” Sosyal Siyaset Konferansları 37-38’nci Kitaplar, İstanbul Üniversitesi Yay., No: 3662, İstanbul.
- Andaç, Faruk. (2003). İş Hukuku, Ankara: Yargı Yayınları, Ankara, s.18.
- Aren, A.(2008). Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği, İstanbul Tıp Dergisi:3; İstanbul, ss.141-145.
- Ayrancı. Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi;3: ss.147-154.

- Barlı, Ö., Çolakoğlu, E., Kılıç-Akıncı, S. (2008). “İnsan faktörü mühendisliğinin (ergonomi) anlamı, tarihçesi, önemi ve kapsamı”, Ekev Akademi Dergisi, 12 (37), ss.1-14.
- Başak, Dokuzoğlu. (2004). Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayınları, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s.404.
- Bingöl, Dursun.(2003). İnsan Kaynakları Yönetimi, 5.Basım, Beta Yayınları, İstanbul, s.455.
- Camkurt, M. Z. (2007), ”İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi”, TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 20-21 (6-1), ss.80-106.
- Canada’s National Occupational Health&Safety (CCOHS). (2005). Needlestick injuries,ET:03.09.2016.
http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html#_1_1.
- Ceylan, H. (2012). “Analysis of Occupational Accidents According to The Sectors in Turkey”, Gazi University Journal of Science, 25 (4), Eskişehir, ss.909-918.
- Demirbilek, S., Pazarlıoğlu, M.V. (2007). “İş Kazalarının Oluşumunda Etkili Olan Faktörler: Ampirik Bir Uygulama”, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 44 (509), ss.81-91.
- Demircioğlu, M. (2003). ”Sorularla Yeni İş Yasası”, İTO Yayın No 2003, s.42.
- Devebakan, N. (2001). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, (YYLT), DEÜ, SBE, İzmir, ss.4–7.
- Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), DEÜ, SBE, İzmir, s.27.
- Devebakan, N. (2008). Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği, Ankara, s.142.
- Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge, 15.08.2003, Sayısı:16058,Genelge No: 2003/97, <http://www.memurlar.net/haber/2650/>, (12.06.2013)
- Dursun, S. (2013). “İş Güvenliği Kültürünün Çalışanların Güvenli Davranışları Üzerine Etkisi”, KTÜ, İ.İ.B.F., Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, 3 (2), ss.61-75.
- Edlich RF, Winters KL, Hudson MA, Britt LD, Long WB.(2004). Prevention of disabling back injuries in nurses by the use of mechanical patient lift systems. J Long Term Eff Med Implants, 14(6): ss.521-533.

- Eken, Günnur. (2011). İş Kazalarını Önlemede İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Etkinliği: Perakende Sektöründe Bir Uygulama Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi / Sosyal Bilimleri Enstitüsü / Çalışma Ekonomisi ve Endüstrim İlişkileri Anabilim Dalı, Çanakkale.
- Erdem, Y. (2004). “Sosyal İnsan, Sosyal Etkileşim, Grup Yaşamı, Kültür ve Toplum”, Sosyoloji Bölümü İş sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 17 (4), ss.7-9.
- Ergüney S., Tan M., Sivrikaya S., Erdem N. (2001). Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1): Erzurum, ss.63-73.
- ET:27.11.2016.http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/briefingnote/wcms_304867.pdf.
- Eurostat,(2012),http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Accidents_at_work_statistics (Erişim, 08.02.2016,7).
- Fişek, A. Gürhan. (2017). İş Güvenliğinin Temel İlkeleri ve Boyutları, www.isguvenligi.net.
- Geiger-Brown J. ve ark. (2012). Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-Hour-Shift Nurses. Chronobiology International ;29(2), ss.211–219.
- Gerek, Nüvit. (1998). Türkiye'de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, Ankara: Türk Metal Sendikası Yayınları, Kırıkkale, s.8.
- Gürbüz, Yılmaz. (2003). “İs Sağlığı ve is Güvenliği Tarihi Gelişimi” http://www.isguvenligi.net/yazi.php?yazi_id=34, 10.02.2017.
- Gürüz, Demet., ÖZDEMİR, Gaye. (2004). “Yaylacı, İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi”, Kapital Media, İstanbul, s.202.
- health care workers. ET:27.11.2017.
- http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehemhealthcareworkers.pdf?ua=1.
- ILO, (2013), www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_215307.pdf (Erişim, 08.02.2017).
- International Labour Organization (ILO). (2012). Nurse, nursing home: International Hazard Datasheets on Occupation. ET: 27.11.2017.
- http://www.ilo.org/safework/cis/WCMS_192437/lang--en/index.htm.
- International Labour Organization (ILO).(2002). Joint programme on workplace violence in the health sector. Geneva. Switzerland. ET:27.11.2017.
- http://who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1

- İHEB; “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”,
<http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1--Insan-Haklari-Evrensel-Beyannamesi.pdf>, Erişim 07.05.2015
- Incesesli, A. (2005). Çalışma ortamında hemşirelerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risk faktörlerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- İSGM. (2015). İş ve Sosyal Güvenlik Mevzuatı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, ss.76-303.
- Karacan, E., Erdoğan, Ö.N. (2011). “İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliğine İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonları Açısından Çözümsel Bir Yaklaşım”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21 (1), Kocaeli, ss,102-116.
- Karaçivi, Gültekin. (2004). “İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmelikleri İşyerlerine Getirdiği Yeni Yükümlülükler,” işveren Dergisi
http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=940&id=54, 21.02.2017.
- Karakaş, İ. (2009). SGK İş Kazası Uygulamaları ve İş Kazası Davaları, Adalet Yayınevi, Ankara.
- Karakum, FŞ.(1999). Hastane ortamındaki gürültü etkenleri ve personelin bu konudaki görüşleri. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 2628, Ankara, ss.190-192. ET: 27.11.2014. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs_kongre.pdf.
- Karamık, S., Şeker, U. (2015). “İşletmelerde İş Güvenliğinin Verimlilik Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi”, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi Part: C, Tasarım Ve Teknoloji, 3 (4), ss.575-584.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, s.35. Keleş, Rüstem. (2004). İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi (İş Sağlığı ve Güvenliği Kavramı ve Kavramla İlgili Yeni Perspektifler), ÇSGB Yayını, Yıl:4, Sayı: 22, Kasım-Aralık, s.16.
- Kılıksız, İ. (2013). “İş Sağlığı ve Güvenliği’ nde Yeni Dönem: 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (İSGK)”, Uludağ Üniversitesi, 15 (1), Bursa, ss.17-4.
- Kulaksız, Y., (2011), “Çalışma Sürelerinin İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Üzerine Etkileri” T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı 92
http://www3.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/itkb/dosyalar/yayinlar/yayinlar2013/edud_29 (Erişim, 27.02.2017).
- Makin, A. M., Winder, C. (2008). “A new conceptual framework to improve the application of occupational health and safety management systems”, Safety Science, 46, ss.935-948.

- May, D. R., Schwoerer, C. E., (1994), Employee Health By Design: Using Employee Involvement Teams In Ergonomic Job Redesign”, Personnel Psychology, 47, ss.861-876.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (1988). Centers for disease control. Guidelines for protecting the safety and health of healthcare workers.ET:24.12.2017. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/>.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2003). Guidelines for nursing homes ergonomics for the prevention of musculoskeletal disorders. ET:27.11.2017. https://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/final_nh_guidelines.html occupational safety and health.
- OSHA,
https://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/final_nh_guidelines.html
- Özcan, E., Kesiktaş, N. (2007). “Mesleki Kas İskelet Hastalıklarından Korunma ve Ergonomi” İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 7 (34), ss.6-9.
- Özçiftçi, A. ve Uysal, B., Kurt. (2005). “İnsan Davranışlarının İş Kazaları Üzerindeki Etkileri”, Teknoloji, 8 (2), Ankara. ss.191-198.
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 24.03.2000 Resmi Gazete Sayısı: 23999. ET: 24.12.2014. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.5272&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>.
- Rundmo, T., Hestad, H., Ulleberg, P. (1998). “Organizational factors, safety attitudes and workload among offshore oil personnel”, Safety Science, 29, ss.75-87.
- Sabuncuoğlu, Zeyyat.(2000). İnsan Kaynakları Yönetimi, Ezgi Kitabevi, Bursa, s.262.
- Sadullah, Ömer. (1998). “İnsan Kaynakları Yönetimi’nde Koruma İşlevi”, İnsan Kaynakları Yönetimi, .Ü. İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, s.396. Sayıntürk, Hakan. (2014). İş Sağlığı ve Güvenliği Yükümlülüklerine Aykırı Davranan İşveren Karşısında İşçilerin Hakları Yüksek Lisans Tezi, Çankaya Üniversitesi / Sosyal Bilimleri Enstitüsü / Özel Hukuk Anabilim Dalı, Ankara.
- Seçim, H. (1991). Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul, s.21.
- Selimen, Deniz. (1998). “Ameliyathane ve Cerrahi Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Meslek Hastalığına Yakalanma Risklerinin Karşılaştırılması ve Bu Konuda Alınması Gereken Önlemler”, Hemşirelik Formu, Sayı 3, İstanbul, s.35.

- Serter, Nur. (1994). Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet, istanbul Ün. Yay., No: 3856, İstanbul, s.16-17.
- SGK İstatistikleri <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler>, Erişim 12.02.2017
- Smith DR. ve ark. (2004). A comparison of skin disease among nursing-home health care workers in Japan and Korea. Safety Science Monitor ss.1-4.
- SSK, www.ssk.gov.tr, (Erişim Tarihi 10 Ocak 2017)
- Süzek, Sarper. (1985) İş Güvenliği Hukuku, Ankara: Savaş Yayınları, Ankara, s.69.
- Süzek, Sarper. (2005). İşçilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Hakları ve Yükümlülükleri (Haklar), Legal İş Hukuku ve İktisat Dergisi, Cilt:2, Sayı: VI, s.610.
- Şimşek, M. (1994). “Mühendislikte Ergonomik Faktörler”, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s.45.
- Talas, Cahit. (1990). Toplumsal Politika, İmge Yayınları, İstanbul, s.48.
- Tan, O., (2016), <http://arsiv.mmo.org.tr/pdf/11242.pdf> (Erişim, 27.05.2016).
- Tınar, M. Y. (1993). 4. Ulusal Ergonomi Kongresi. İzmir: Milli Produktivite Merkezi Yayınları, İzmir.
- Tiryayi, Davut. (2011). İş Sağlığı ve İş Güvenliğindeki Gelişmeler: Altınova Tersaneleri Çalışanlarının Farkındalıklarının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yalova.
- Topçuoğlu, H. Ve Özdemir, Ş. (2007). “İş Sağlığı Ve Güvenliğinde Davranış Değişikliği Yaratma Süreci”, Mühendis ve Makine, 48 (567), ss.10-15.
- Tuncay, Can. (1984). Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, İstanbul: Beta Basım Yayım ve Dağıtım, İstanbul s.32.
- Turan, Kamil. (1990). İş Hukukunun Genel Esasları, Ankara: Kamu İş Yayınları, Ankara, s.132.
- Turan, Kamil. (1990). İş Hukukunun Genel Esasları, Kamu İş Yayınları, Ankara.
- Türk Dil Kurumu (TDK). ET: 09.10.2017.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts
- Türk Tabipleri Birliği (TTB). (2008). Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı,(Ekim), Ankara.
- ULUSAL İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi II (2009-2013), http://www.ttb.org.tr/kol/is/index.php?option=com_content&task=view&id=124&Itemid=1, Erişim 05.06.2016

- Vayısoğlu Zorlu, Ayşegül. (2008). İnsan Kaynakları Açısından İşçi Sağlığı ve Güvenliği Tedbirleri ve Konuyla İlgili Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi / Sosyal Bilimleri Enstitüsü / İşletme Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- World Health Organization (WHO), International Labour Organization (ILO). (2014). Briefing note for workers and employers ebola virus disease:
- World Health Organization WHO. (2001). Occupational health a manual for primary
- Yerebakan, M. (2000). Özel Hastane Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul, s.21.
- Yeşildal, Nuray. (2005). “Sağlık Hizmetlerinde iş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Sayı:4, s.282.
- Yıldız Bilir N. (2014). AN. İş sağlığı ve güvenliği 3. Baskı. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, ss.429- 444.
- Yılmaz, A. (2014). “İş kazaları ve Kültür: İş Kazalarının Önlenmesinde Kültürel Yaklaşım”, International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 9 (5), ss.2105-2124.

ÖZGEÇMİŞ

Selda EKTİREN 1986 yılında Mardin de doğdu. 2010 yılında Kahramanmaraş Üniversitesi Mimarlık Mühendislik Fakültesi Tekstil Mühendisliği Bölümü’nden mezun olmuştur. Yüksek lisans derecesini 2017 yılında ‘sağlık çalışanının güvenliği ve Kaygı Düzeylerine Etkisi’ konulu tezi ile Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı’ndan aldı. Selda EKTİREN orta

derecede İngilizce bilmektedir. Üniteks firmasında tekstil mühendisi olarak çalışmaktadır

CURRICULUM VITAE (CV)

Selda EKTİREN She was born in 1986 in Mardin. In 2010, he graduated from Kahramanmaraş University Faculty of Architecture Engineering Department of Textile Engineering. Graduated from the Department of Occupational Health and Safety in Gaziantep University Social Sciences Institute with the thesis titled "The Effect of Health Professionals on Safety and Anxiety Levels" in 2017. Selda EKTİREN speaks medium English. He works as a textile engineer at Üniteks.