

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİR KAMU HASTANESİNDE İŞ SAĞLIĞI VE
GÜVENLİĞİ UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Arzu BULUT

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Erdinç ÜNAL

İSTANBUL, 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİR KAMU HASTANESİNDE İŞ SAĞLIĞI VE
GÜVENLİĞİ UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Arzu BULUT

152009009

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Erdinç ÜNAL

İSTANBUL, 2017


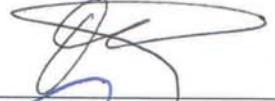

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Arzu Bulut Öğrenci No : 152009009
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tez Savunma Tarihi : 24.08.2017
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal Tez Savunma Saati : 10:00

Tez Konusu : "Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin kabulü'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Mithat Keleş	kabul	
Yrd. Doç. Dr. Selma İsyök	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA

ÖZET

Hastane çalışanları çalışma ortamından kaynaklanan ciddi risklerle karşı karşıya kalmakta ve bazen de zarar görmektedirler. İş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamaları ile bu zararlar tamamen önlenemez veya azaltılabilir. Hastanelerin İSG açısından çok tehlikeli grup içerisinde yer alması dolayısıyla bu alandaki çalışmalara daha fazla önem vermesi ve örgütsel yapısını bu yönde geliştirmesi gereklidir. Bu çalışmada bir kamu hastanesi İSG uygulamaları, çalışanların algı ve farkındalıklarına dayanılarak değerlendirilmek amaçlanmıştır.

Araştırma “tanımlayıcı” olarak tasarlanmıştır. Verilerin elde edilmesinde bilimsel kaynaklar taranarak ve uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Araştırmaya katılan çalışanlara uygulanan, İSG uygulamaları farkındalık anketi toplam 62 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmanın kapsamını İstanbul’da Sağlık Bakanlığına bağlı 201 yataklı bir kamu hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Araştırma, Nisan 2017-Haziran 2017 döneminde 541 hastane çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Man Whitney-U Analizi kullanılmıştır.

Çalışanların hastanede İSG kurulu, iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, iş yeri hemşiresi ve çalışan temsilcisi bulunmadığı; risk değerlendirmesi ve denetlemelerin yapılmadığı yönünde önemli oranda algı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Özellikle ergonomi ve acil durum ekipleri hakkında bilgilendirmeleri yetersiz gördükleri belirlenmiştir. Görev tanımı dışında işler verilmesi gibi psiko-sosyal İSG uygulamalarına ilişkin olumsuz algılar en yüksektir. Daha sonra çalışma ortamı sıcaklık ve nem konforunun, havalandırma ve gürültünün uygun olmadığını düşünenler gelmektedir. Eğitim seviyesi ile kurumda ve meslekte çalışma süresi arttıkça, İSG uygulamalarına ilişkin farkında olma durumunun arttığı, güvenlik birimi çalışanlarının ise toplam İSG uygulamaları farkında olma durumları en yüksek bulunmuştur. Acil durum ekiplerinde görev almanın farkında olma durumunda bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı, Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği

ABSTRACT

EVALUATION OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PRACTICES IN A PUBLIC HOSPITAL

Health-care personnel face great risks at work environment and sometimes they get harmed. With occupational health and safety (OHS) implementations these can be prevented or decreased. Because hospitals are high-risk in terms of OHS they need to emphasize and develop their organizational structure on the matter. In this research, the OHS implementations of a public hospital have been reviewed based on personnel's perception and awareness.

The research is designed as a descriptive research. In the obtainment of the data, scientific sources have been scanned and a questionnaire form designed by the researcher, with the support of expert opinion, have been used. The OHS implementations awareness questionnaire consists of 62 questions and 11 facets. The research has been conducted on the personnel of a 201-bed public hospital of the ministry of health in Istanbul. The research was conducted between April 2017 and July 2017 with 541 health-care personnel. In addition to the identifier statistical methods (Average, Standard Deviation, Median, Frequency, Ratio, Minimum, Maximum) used in the evaluation of the data, in the comparison of the quantitative data Kruskal Wallis and Man Whitney-U Analysis have been used.

It has been identified that the personnel have an important amount of awareness on that there is no OHS committee, occupational physician, occupational safety specialist, occupational nurse, and personnel representative in the hospital and that risk evaluations and supervisions are not carried out. It has been detected that they find information lacking especially in ergonomics and emergency teams. Like tasking out of job definition, the negative perception in terms of psycho-social OHS implementations are high. Then comes the ones who think that the work environment's temperature and humidity comfort, ventilation and noise is not suitable. As educational level and the work experience in the field raised, the awareness of OHS implementations also raised, and it has been identified that security unit personnel was the most aware of the OHS implementations. It has been also identified that being in emergency teams had no effect on awareness.

Key Words: Occupational health, Occupational health and safety in hospitals

ÖNSÖZ

Çalışma yaşamında iş kazası ve meslek hastalıklarının azaltılması başta insan hayatı olmak üzere iş gücü kayıplarının önüne geçilmesini sağlayacaktır. İş kazası ya da meslek hastalığına bağlı olarak, kişinin çalışma yaşamından uzak kalması sonucunda ortaya çıkabilecek olan zararların son derece büyük ve kapsamlı olması günümüzde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önemini arttırmıştır. Çalışmamızın başta sağlık sektörü olmak üzere özellikle hastanelere ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalara katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Hastanedeki çalışan sağlığı ve güvenliği ortamının iyileştirmesine yönelik bu çalışmanın sonuçlarından sağlık yöneticileri tarafından yararlanılacağını ummaktayız.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana katkısı olan Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyelerine,

Öğrenimim süresince ve çalışma boyunca verdiği bilimsel destek, anlayış ve manevi destekten dolayı çok değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Erdinç ÜNAL'a,

Üzüntü ve sevinçlerimi paylaşarak maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme,

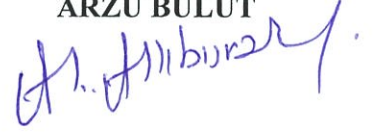
İçtenlikle teşekkür ederim.

ARZU BULUT

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi öz çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazı aşamasına kadar bütün süreçte etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar dahilinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesinde belirttiğimi, yine bu tezin çalışılması ve yazıya dökümü sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın bulunmadığını beyan ederim.

ARZU BULUT



İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
TEZ ONAYI	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. TEMEL KAVRAMLAR.....	5
2.1.1. İş.....	5
2.1.2. Sağlık.....	5
2.1.3. İş Sağlığı.....	6
2.1.4. Güvenlik.....	7
2.1.5. Tehlike	8
2.1.6. Kaza.....	8
2.1.7. İş Kazası.....	8
2.1.8. İş Kazalarının Sınıflandırılması.....	9
2.1.9. Risk ve Risk Değerlendirme.....	11
2.1.9.1. Risk.....	11
2.1.9.2. Risk değerlendirmesi.....	11

2.1.10. Meslek Hastalığı.....	13
2.1.11. İş Güvenliği.....	15
2.1.12. İş Sağlığı ve Güvenliği.....	15
2.2. İSG Tarihçesi.....	17
2.2.1. Dünya’da İSG Tarihçesi.....	17
2.2.1.1. Sanayi Devrimi Öncesi Dönem.....	17
2.2.1.2. Sanayi Devrimi Sonrası Dönem.....	18
2.2.2. Türkiye’de İSG Tarihçesi.....	20
2.2.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	20
2.2.2.2. Cumhuriyet Dönemi.....	22
2.3. İSG’nin Önemi.....	25
2.4. İSG Yönetim Sistemleri.....	26
2.4.1. BS 8800 Mesleki Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistem Rehberi...	27
2.4.2. HS(G) 65 Başarılı Sağlık ve Güvenlik Dokümanı.....	27
2.4.3. OHSAS 18001 İSG Yönetim Sistemi (Occupational Health & Safety Assesment Series- OHSAS)	27
2.4.4. İLO-OSH Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistemleri.....	30
2.5. İSG İle İlgili Kuruluşlar.....	31
2.5.1. Uluslararası Kuruluşlar.....	31
2.5.1.1. Uluslararası Çalışma Örgütü.....	32
2.5.1.2. Dünya Sağlık Örgütü.....	33
2.5.1.3. Avrupa Birliği.....	35
2.5.1.4 Birleşmiş Milletler.....	38
2.5.1.5 Dünya’da İSG ile ilgili diğer kuruluşlar.....	39
2.5.2. Ulusal Kuruluşlar.....	41
2.5.2.1. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.....	41

2.5.2.2. Sağlık Bakanlığı.....	48
2.5.2.3. Milli Savunma Bakanlığı.....	50
2.5.2.4. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı.....	51
2.5.2.5. İçişleri Bakanlığı.....	52
2.6. İSG İle İlgili Düzenlemeler.....	52
2.6.1. Uluslararası Düzeyde Düzenlemeler.....	53
2.6.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi.....	53
2.6.1.2. Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmeleri.....	54
2.6.1.3. Avrupa Sosyal Şartı.....	60
2.6.2. Ulusal Düzeyde Düzenlemeler.....	61
2.6.2.1. Cumhuriyet Öncesi Düzenlemeler.....	61
2.6.2.2. Cumhuriyet Dönemi Düzenlemeleri.....	63
2.7. Hastanelerde İSG’ni Tehdit Eden Risk Faktörleri.....	69
2.7.1. Fiziksel Risk Faktörleri.....	70
2.7.2. Kimyasal Risk Faktörleri.....	72
2.7.3. Biyolojik Risk Faktörleri.....	75
2.7.4. Ergonomik Risk Faktörleri.....	76
2.7.5. Psiko-sosyal Risk Faktörleri.....	78
2.8. Hastanelerde İş Kazası Ve Meslek Hastalıkları.....	79
2.8.1. Hastanelerde Sağlık Çalışanlarında Görülen İş Kazaları.....	79
2.8.1.1. Kesici-Delici Alet Yaralanmaları/ Kan Vücut Sıvısı Bulaşı.....	80
2.8.1.2. Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları.....	82
2.8.1.3. Kimyasal Maddelerle Meydana Gelen Yaralanmalar.....	83
2.8.1.4. Zehirlenmeler.....	85

2.8.1.5. Alerjik Reaksiyonlar.....	85
2.8.1.6. Elektrik çarpmaları.....	86
2.8.1.7. Yanmalar.....	86
2.8.1.8. Trafik Kazaları.....	87
2.8.1.9. Şiddet.....	87
2.8.2. Hastanelerde Sağlık Çalışanlarında Görülen Meslek Hastalıkları.....	88
2.8.2.1. Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar	88
2.8.2.2. Kimyasal Maddelerle Olan Meslek Hastalıkları.....	88
2.8.2.3. Psiko-Sosyal Kaynaklı Meslek Hastalıkları.....	89
2.8.2.4. Ergonomik Sebeplerden Kaynaklı Hastalıklar.....	89
2.8.2.5. Fiziksel Etken Kaynaklı Meslek Hastalıkları.....	90
2.8.3. İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Rapor Edilmesi, Kaydı ve İzlenmesi.....	90
2.8.3.1. İş Kazalarının Rapor Edilmesi, Kaydı ve İzlenmesi...	91
2.8.3.2. Meslek Hastalıklarının Rapor Edilmesi, Kaydı ve İzlenmesi.....	92
2.9. İSG'ne Yönelik Alınacak Genel Önlemler.....	94
2.9.1. Genel Önlemler.....	94
2.9.1.1. İşveren Tarafından Alınacak Önlemler.....	96
2.9.1.2. İş gören Tarafından Alınacak Önlemler.....	99
2.9.1.3. Devlet Tarafından Alınacak Önlemler.....	100
2.9.2. Hastanelerde İSG'ne Yönelik Alınacak Önlemler.....	101
2.9.2.1. Sağlık Gözetimi.....	101
2.9.2.2. Güvenlik Kültürü.....	102
2.9.2.3. Eğitim.....	105

2.9.2.4. Denetim.....	106
2.9.2.5. Risk değerlendirmesi.....	107
2.9.2.6. Kontrol, Ölçüm Ve Araştırma.....	108
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	111
4. BULGULAR.....	118
5. TARTIşMA.....	175
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	204
KAYNAKÇA.....	210
EKLER.....	227

ŞEKİLLER LİSTESİ

	SAYFA NO
Şekil 1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi.....	8
Şekil 2. PUKÖ Döngüsü.....	29
Şekil 3. UÇÖ-OHS Yönetim Sistemi Modeli.....	31
Şekil 4. Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemi Kurumsal Yapı.....	42
Şekil 5. Ulusal İSG Konseyi.....	47
Şekil 6. Heinrich'in Domino Kuramı.....	94

TABLO LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 1. UÇÖ Bildirgeleri.....	55
Tablo 2. Türkiye Tarafından Onaylanan UÇÖ Sözleşmeleri.....	55
Tablo 3. 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Sosyal Güvenlik Hakları...	63
Tablo 4. İSG Uygulamalarını Belirlemeye Yönelik Anket Alt Boyutları, Madde Sayıları Ve Puan Aralıkları.....	116
Tablo 5. Normal Dağılım Testi.....	116
Tablo 6. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Durumları.....	118
Tablo 7. Çalışanların Temel İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	119
Tablo 8. Çalışanların Acil Durum İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları...	120
Tablo 9. Çalışanların Eğitim Ve Bilgilendirme İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	120
Tablo 10. Çalışanların İşyeri Düzeni Ve Hijyen İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	121
Tablo 11. Çalışanların Fiziki Çevre İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	122
Tablo 12. Çalışanların Kimyasal Etkenler İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	122
Tablo 13. Çalışanların Ergonomi İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	122
Tablo 14. Çalışanların Psiko-Sosyal İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	123
Tablo 15. Çalışanların Meslek Hastalıkları ve Kaza İSG Uygulamaların Yönelik Algıları.....	123
Tablo 16. Çalışanların Atık Yönetimi İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	124

Tablo 17. Çalışanların Makine Tıbbi Cihaz İSG Uygulamalarına Yönelik Algıları.....	124
Tablo 18. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeyleri	
Alt Boyutlara İlişkin Puan Ortalamaları.....	125
Tablo 19. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları.....	126
Tablo 20. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Ortalamaları.....	131
Tablo 21. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Mesleğe Göre Ortalamaları.....	133
Tablo 22. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Mesleki Çalışma Süresine Göre Ortalamaları.....	139
Tablo 23. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları.....	143
Tablo 24. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Çalışılan Birime Göre Ortalamaları.....	146
Tablo 25. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Çalışılan Birimde En Önemli Görülen Riske Göre Ortalamaları.....	164
Tablo 26. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Acil Durum Ekiplerinde Görevli Olma Durumuna Göre Ortalamaları.....	168
Tablo 27. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları.....	169
Tablo 28. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İSG Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Ortalamaları.....	170
Tablo 29. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Makine Tıbbi Cihaz Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları.....	172

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Semboller Listesi:

N= Evrendeki birey sayısı

n = Örneklemden birey sayısı

p= İstatistiksel anlamlılık düzeyi

Ort= Ortalama

SD= Standart sapma (Standard Deviation)

KW= Kruskal Wallis H-Testi

M= Mann Whitney U testi

Min-MaxVeri aralığında en alt ve en üst değer

Lüx = Aydınlatma birimi

dB= Desibel

Kısaltmalar Listesi:

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AET: Avrupa Ekonomik Topluluğu

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

BM: Birleşmiş Milletler

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

COPSOQ: Copenhagen Psychosocial Questionnaire

ÇASGEM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

DGUV: Alman Sosyal Kaza Sigortası Kurumu (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung)

DİSK: Devrimci işçi Sendikaları Konfederasyonu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ELINYAE: Helenik Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (Hellenic Institute for Occupational Health and Safety),

FIOH: Finlandiya İSG Enstitüsü

GSS: Genel Sağlık Sigortası

HAK-İŞ: Hak-iş Konfederasyonu

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HDV: Hepatit D virüsü

HIV: Human Immunodeficiency Virus

IFA: Yasal Kaza Sigortası Enstitüsü (Institute for Occupational Safety and Health)

INAIL: Ulusal İş Kazaları Sigorta Enstitüsü (National Institute for Insurance against Accidents at Work)

ISPESL: İtalya İSG Önleme Enstitüsü Türkiye’de İSG İle İlgili Diğer

İLO:International Labour Organization

İSE: İngiliz Standartlar Enstitüsü

İSG: İş sağlığı ve Güvenliği

İSGGM: İş Sağlığı Güvenliği Genel Müdürlüğü

İSGÜM: İş Sağlığı Güvenliği Merkezi

İSGM: İş Sağlığı Genel Müdürlüğü

İSOK: İş Sağlığı Ortak Komitesi

İTK: İş Teftiş Kurulu

İTO: İstanbul Ticaret Odası

KHB: Kamu Hastane Birlikleri

KAMU-SEN: Türkiye Kamu Çalışanları Sendikaları Konfederasyonu

KESK: Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

KİSH: Kas İskelet Sistemi Hastalıkları

KKD: Kişisel Koruyucu Donanım

KKKA: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOBİ: Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler

MC: Milletler Cemiyeti

MEMUR-SEN: Memur Sendikaları Konfederasyonu

MRSA: Metisiline Rezistans Stafilococcus Aureus

NATO: North Atlantic Treaty Organization

NIOH: Norveç Ulusal İş Sağlığı Enstitüsü

OHSAS: Occupational Health & Safety Assesment Series

OSGB: Ortak Sağlık ve Güvenlik birimi

PUKÖ: Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al

RG: Resmi Gazete

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSGSS: Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TBB: Türkiye Barolar Birliği

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

THGM: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

TSM: Toplum sağlığı Merkezlerine

TÜRK-İŞ: Türkiye işçi Sendikaları Konfederasyonu

UÇÖ: Uluslararası Çalışma Örgütü

UHB: Uluslararası Hemşireler Birliği

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

VRE: Vankomisin Rezistans Entereoccus

YODÇE: Yakın ve Orta Doğu Çalışma Enstitüsü

YODÇEM: Yakın ve Orta Doğu Çalışma Eğitim Merkezi

YÖK: Yüksek Öğrenim Kurumu

1. GİRİŞ

Teknolojideki gelişmeler üretim ve hizmet sektörünün gelişmesine olanak sağlarken, beraberinde iş görenlerde sağlık ve iş güvenliği sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Küreselleşmenin beraberinde ekonomik ve sosyal eşitsizlikler getirmesi sonucunda, çalışanların çalışma koşullarında olumsuz değişiklikler meydana gelmiş, artan taşeronlaşma ile beraber çalışanlar arasındaki örgütlenme bağı azalmış ve bu durum tüm çevrelerde çalışanların sesinin daha az duyulmasına sebep olmuştur.

Ekonomideki en yaygın sektörler olan hizmet sektörü başta olmak üzere, üretim sektörünün öznesi insandır. Çalışma yaşamında iş ortamı kaynaklı iş kazası ve meslek hastalıkları insanların fiziksel ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kişinin çalışma yaşamından iş kazası, hastalık veya meslek hastalığı sebebi ile uzak kalması, başta çalışanın kendisi olmak üzere çalıştığı kurumu, bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerini ve daha geniş bir perspektiften bakıldığında ülke ekonomilerini olumsuz yönde etkilemektedir. İş kazası ya da meslek hastalığı sonucunda ortaya çıkabilecek olan zararların bu derece büyük ve kapsamlı boyutlarının olması günümüzde konuya duyulan ilgiyi artırmıştır. Çalışanların fiziksel, sosyal ve psikolojik zararlardan korunması ancak iş kazası ve meslek hastalıklarının meydana gelmeden önce birtakım önlemlerin alınması ve risk unsurlarının ortadan kaldırılması ile mümkün olmaktadır. Bu durum çalışma yaşamında sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasını gerektirmektedir. Önleyici düzenlemelerin yapılması ile bir yandan ekonomik kayıplar en aza indirilirken, çalışanlarda ortaya çıkabilecek zararlardan korunmuş olur. Günümüzde bu zararları önleme çabası gerek insani gerekse de iktisadi bir yaklaşım olarak görülmekte ve bu yönde ele alınmaktadır.

İş kazası ve meslek hastalıklarının en büyük nedeni işyeri ve çalışma koşullarındaki uygunsuzluklardır. Yaygın kabul gören yaklaşımla, işyeri ve çalışma ortamına ait kararları alan, bütün kuralları koyan işveren aynı zamanda sağlıklı ve güvenli iş koşullarını sağlamakla yükümlüdür. Özellikle çalışma ortamında İSG kültürünün içselleştirilebilmesi ancak üst yönetim desteği ve çalışanların katılımı ile sağlanabilir.

İSG’de sorumluluk hem işverende iken hem de çalışanlardadır. Çalışanlar işverence sağlanan güvenli çalışma ortamında, çalışma kurallarına uymalı ve işiyle ilgili kendisine sağlanan koruyucu donanımları kullanma ve saklamakla yükümlüdürler. Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması ancak işveren, iş gören ve devlet iş birliği ile ve tüm tarafların üzerine düşen yükümlülükleri yerine getirmesi ile sağlanabilmektedir.

Diğer tüm yaklaşımlarda olduğu gibi, İSG yaklaşımı da zamanla değişim ve gelişim süreci göstermiştir. Klasik yaklaşımda sadece iş görenler üzerinden giden bir uygulama mevcutken, yeni İSG yaklaşımında yönetim ve iş görenin birlikte çalışması ile riskleri önceden tespit edip, meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmasını önleme ile ramak kala olaylarını değerlendirme şeklinde uygulamalar günümüzde klasik yaklaşımın yerini almıştır. Yeni İSG yaklaşımında uzman desteğinin sağlanması önceliklendirilmiş, çalışanların katılımı ile gerçekleştirilen eğitim, koruma ve önleme faaliyetleri, denetim, risk analizleri, kaza analizleri, bilgilendirme, belgelendirme, prosedürlerin oluşturulması ve etkili iletişim gibi birçok proaktif sürecin devreye sokulduğu bir yapıya dönüşmüştür. Bu yeni yapıda işletme yönetiminde iyileştirme ve geliştirme temelli, verimliliği artırmak için ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemleri, ISO14000 Çevre Yönetim Sistemleri ve OHSAS 18001 İSG Yönetim Sistemleri, İSG’de önemli standartlar olarak yerini almıştır. Bu standartların uygulanması ile tehlikelerin önceden tespiti ve gerekli önlemlerin önceden alınması sağlanarak, iş kazası ve meslek hastalıkları önlenabilmektedir.

Dünyada ve Türkiye’de İSG ile ilgili birçok köklü değişiklik yaşanmıştır. Türkiye’de işçi sağlığını koruma ve çalışma koşullarını düzenleme konusunda Ereğli kömür havzasına bir düzenleme getiren 1867 yılı Dilaver Paşa Nizamnamesi İSG alanında ilk girişim niteliğindedir. 1960’lı yıllardaki İSG ile ilgili yapılan kamusal düzenlemeler ve ulusal mevzuattaki değişikliklerle beraber, çalışanların sağlık ve güvenlik sorunlarının ülkemiz gündeminde önemli bir yer teşkil etmesi 1980’li yıllardan sonra hız kazanarak günümüze kadar gelişme göstermiş, en nihayetinde 2012 yılında çıkarılan 6331 Sayılı İSG yasasının kabul edilmesiyle çalışanlar ve iş dünyası açısından “önleyici” yaklaşım temelli yeni bir dönem başlamıştır. Ancak bu gelişmelerin uygulamaya yansımalarının yeterli olduğu söylenemez. Özellikle Türkiye’de iş kazası ve meslek hastalıklarının bildirim sorunu hala en büyük

problemler arasındadır. Bildirilen meslek hastalığı oranlarının, bilinenin aksine çok fazla olduğu konu ile ilgili yapılan birçok araştırma ile ortaya konulmaktadır. İSG alanındaki sorunlara sadece mevzuat temelli yaklaşılması yetersiz kalabileceği gibi, daha değişik açılardan da bakılması yerinde bir yaklaşım olacaktır.

Sağlık sektörü Türkiye’de ve tüm dünyada en hızlı büyüyen ve gelişen sektörler arasındadır. Sağlık hizmet sunumunda görev alan çalışanlar, hizmetin yapısından kaynaklanan birçok tehlike ve risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık hizmetleri, mevzuatımızda ayaktan ve/veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarındaki faaliyetler olarak nitelendirilmekte ve çok tehlikeli iş sınıfında yer almaktadır. Hastaneler birçok mesleği bünyesinde barındıran sağlık kuruluşlarıdır. Biyolojik, kimyasal, fiziksel, radyoaktif gibi risklerin görüldüğü hastanelerde çalışanlar, çoklu risk faktörlerinin tamamının bir arada bulunma özelliğinden dolayı, diğer iş kollarında çalışanlarla karşılaştırıldığında, daha fazla hastalık, sakatlık ve meslek hastalığı görülme olasılığı ile karşı karşıyadırlar. Sağlık çalışanları, sağlık hizmetinin sunumu sırasında işyerlerinde kesici delici alet yaralanmaları, kan-vücut sıvısı, solunum ve temas yolu ile bulaşabilecek enfeksiyonlar, kas-eklem-sırt ağrıları, düşme, yanık, latex alerjisi, radyasyon, şiddet, stres gibi çok geniş yelpazeli fiziksel, kimyasal, biyolojik, radyoaktif tehlikelere maruz kalmakta ve bu risklerden değişik oranlarda etkilenmektedir. İSG’de proaktif uygulamalarla, olası tehlike risklerinin önceden belirlenmesi, bu risklerin önlenmesi için gerekli teknik ve yönetsel desteğin sağlanması, çalışanlar için güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir.

Tüm dünyada gelişen sağlık hizmetlerinde hizmetin verimliliğinin ve kalitesinin artırılması, hizmet sunumunun kaynağı olan sağlık çalışanları ile sağlanabilir. Bu nedenle hastanelerde çalışanların çalıştıkları kurumda kendilerini huzurlu ve güvende hissetmeleri son derece önemlidir. Kendisini güvende ve huzurlu hisseden çalışanlar kurumun kalitesi ve verimliliği üzerine pozitif katkı sağlayacaktır. Sağlık çalışanları çalışma ortamından kaynaklanan risklerden dolayı ciddi zararlar görmektedirler. Öyle ki birçok sağlık çalışanı hastane ortamında kesici delici alet yaralanması ve kan vücut sıvıları sıçramasına bağlı olarak hepatit-B, hepatit-C, AIDS, Kırım Kongo Kanamalı Ateş (KKKA) gibi kan yolu ile bulaşan ciddi enfeksiyonlardan, hava ve damlacık yolu ile bulaşan etkenlere maruziyet sebebi ile

kan ve solunum yolu hastalıklarına yakalanabilmektedir. Bu risklerden korunma önlemleri olarak, işverence koruyucu ekipmanların temin edilmesi, çalışanlarca kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanılması önem arz etmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz devam etmesi, uzun mesai saatlerini ve gece mesailerini de beraberinde getirmektedir. Gece mesaisinin getirdiği uykusuzluk sorunları, uzun süre ve ayakta çalışma koşulları, araç-gereç ve teçhizat kullanımı, şiddet ve stres sebebi ile psiko-sosyal ve fiziksel sağlık sorunları yaşayan sağlık çalışanlarının, iş verimi ve iş doyumunu negatif yönde etkilenmektedir. Bunun için stresle baş etme yolları eğitimi ve motivasyon sağlayıcı aktiviteler, çalışan yetersizliğinden kaynaklanan fazla mesai saatlerini azaltmak için ihtiyacı karşılayacak personel planlamaları, ergonomik araç-gereç ve teçhizat sağlanması yönetsel desteklerdendir.

Bu çalışmada ayaktan ve yatarak 24 saat sağlık hizmeti veren, emek yoğun, içinde çok çeşitli iş gücünün bir arada hizmet verdiği, Sağlık Bakanlığına (SB) bağlı 201 yataklı bir kamu hastanesinde, İSG çalışmalarının düzeyi ve yapılan uygulamaları, çalışanların algılarına ve farkındalıklarına dayalı olarak değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TEMEL KAVRAMLAR

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili temel kavramların tanımları aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

2.1.1. İş

İş, insanın hayatının devam etmesi amacı güden zihinsel ve bedensel her türlü uğraş veya bedensel, zihinsel ve ruhsal bir çaba sonucu çalışanın kendisi ya da başkaları için değer oluşturan mal ve hizmet üretim faaliyetleri olarak tanımlanır (1). Bu nedenle iş ve uğraşlar, işçilerin sağlığı ve onların çevresi için küçük, büyük tehlikeler yaratabilmektedir. Önemli olan iş ortamındaki tehlikelerin oluşması engellenerek, işgören ve iş çevresinin zararlardan korunmasıdır. Çalışmak insanın gelişimi, yaşamının devamlılığı ve kişisel gelişimi için zorunludur (2). Çalışmak aynı zamanda kişilere kimlik, saygınlık, prestij, statü ve belirli çevreye ait olma duygularını kazandıran pozitif etkiye sahip bir kavramdır (3).

2.1.2. Sağlık

Kavramsal olarak sağlığın birçok tanımı gerek sağlık profesyonelleri gerekse de diğer meslek profesyonelleri tarafından yapılmakta, ancak genel olarak sağlığın tanımı ülkeden ülkeye, kültürden kültüre ve tarihsel sürece göre değişiklik göstermektedir. Sağlığın tanımı kaynaklarda “pozitif” ve “negatif” tanım olarak iki şekilde ele alınmıştır. Bu tanımlamada, "iyilik" ve "normal olma" pozitif durumları tanımlarken, "yetersizlik" ve "hastalık" negatif durumları tanımlamaktadır (4).

Sağlığın kişilerin "hayatlarını sürdürebilmelerinden", "hastalığın yokluğundan", "günlük yaşam aktivitelerini sağlayabilme yeterliliklerinden", "sevinç, huzur, mutluluk duygusuna sahip olma" ve "iyilik hallerinin sürdürülebilmesine" kadar çok çeşitli tanımları yapılmaktadır. Bununla birlikte, sağlığın pozitif yönde kullanılan en yaygın tanımı DSÖ'nün tanımıdır. Buna göre sağlık; **“sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”** olarak tanımlanmaktadır (5). Özellikle sağlığın tanımında yer alan “sosyal” yönden tam bir iyilik hali denildiğinde akla gelen sadece bireysel değil, sağlığın toplumsal

yönünün de bulunduğudur. Bu yönde sağlığın karşılığını bulması için, kişinin işsiz olmaması, çalıştığı iş kolunda işe uyumu, sağlıklı çalışma ortamının sağlanması ve gelir dağılımı dengesizliğin yarattığı psiko-sosyal etmenlerin giderildiği şartların sağlanmış olması gerekir. Bunların sağlanmadığı bir toplumda, bireyin sosyal yönden tam bir iyilik halinden söz edilemez (6).

Sağlık sadece uluslararası geçerlilikte değil, Türkiye Cumhuriyeti anayasasında **“herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir”** maddesi ile devlet güvencesinde kişilere sağlanmış temel bir haktır (7). Yaşama hakkı kişinin gerek bedenen gerekse de ruhen ve sosyal yönden korunduğu, tüm bunlara gelebilecek bir zararın olmayacağını garanti altına alındığı bir haktır. Ruh ve beden bütünlüğü sağlanmadığında yaşamak insanın kendisi için acı ve ızdıraba dönüşürken, bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerine ya da kendi dışındaki diğer insanlara yük olmaktadır (8, 9).

2.1.3. İş Sağlığı

İş sağlığı iş görenlerin sağlıklarını bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak en üst düzeyde sürdürmek, çalışma ortamı koşullarını ve üretim teknikleri ile üretim araçlarını sağlığa en uygun hale getirmek, çalışanları zararlı olabilecek tüm etkilerden koruyarak, işin ve çalışanın birbirine uyumunu sağlamak üzere yapılan faaliyetleri kapsamaktadır (1). Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)/DSÖ ve İş Sağlığı Ortak Komitesi (İSOK) iş sağlığı alanındaki hedefini şu şekilde belirlemiştir (5):

“İş sağlığı, hangi işi yaparlarsa yapsınlar bütün çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal refahlarının mümkün olan en yüksek düzeye çıkarılmasını ve burada tutulmasını; çalışma koşullarından kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesini, işçilerin işleriyle ilgili olup sağlığa zararlı risklerden korunmalarını; işçilerin fiziksel ve biyolojik kapasitelerine uygun mesleki ortamlarda çalıştırılmalarını; özetle işin insana, insanın da işine uygun hale getirilmesini hedefler”.

Gelişen dünya da küreselleşme ile beraber, teknolojik gelişmelerin artması ile üretim ve hizmet sektörü hızla gelişmekte, çalışma alanlarına hızla yeni iş kolları ve yeni teknolojiler eklenmektedir. Bu gelişmeler beraberinde yeni sağlık ve güvenlik sorunların oluşmasına ve oluşan bu sorunların araştırılması ve çözümüne yönelik çalışmalara duyulan ihtiyaçlara yol açmıştır. Dolayısı ile İSG, mühendislik, teknik, tıp,

endüstri ilişkileri, çalışma ekonomisi gibi birçok bilim dalının çalışma alanını oluşturmuştur (2).

İSG faaliyetleri çalışma koşulları ile çalışanların sağlık ve güvenliğini ilgilendiren tüm tehlike ve risklere bağlı sürekli değişim gösteren dinamik bir süreçtir. Bu nedenle tehlike ve risklerin önceden belirlenerek, olası kazaların önlenmesi için İSG faaliyetleri giderek önemini artırmaktadır.

2.1.4. Güvenlik

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşi Teorisine göre güvenlik ihtiyacı, fizyolojik ihtiyaçların hemen üstünde, temel ikinci ihtiyaç olarak piramitte yerini almıştır (Şekil 1). İnsanın yaşamsal ihtiyaçlarını giderdiği ve hayatını sürdürdüğü ortamın güvenli olması buna yönelik çabaların etkinliği ve yerini bulması açısından esastır. Kişi yaşamını devam ettirmek için gereksinimi olan temel ihtiyaçlarını yerine getirdikten sonra geleceğe dair yaşamını ve kendini güvence altına almak ister. Bu durumdaki arzusu çalışma hayatında meslek hastalıklarından ve iş kazalarından korunmada da geçerlidir.

Şekil 1. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi (10).



Güvenliğin genel olarak tanımını "emniyet içinde olma duygusu" dur. Ayrıca güvenlik diğer kaynaklardaki tanımına göre; "zarar riskinin olmadığı durum", "kabul edilmez zarar riskinden uzak kalma durumu", "çalışma ortamında kabul edilebilir düzeyi sağlamak ve korumak için işe bağlı ölüm, yaralanma veya risk oluşturucu koşulların var olma olasılığını azaltma" şeklinde tanımlanır (11-12).

2.1.5. Tehlike

Tehlike, Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “büyük zarar veya yok olmaya yol açabilecek durum” şeklinde tanımlanmaktadır (13). Diğer bir tanımda, "insanların yaralanması, sağlığının bozulması veya bunların birlikte gerçekleşmesine sebep olabilecek kaynak, durum ya da işlem olarak tanımlanmaktadır (14). Kimyasal maddeler, elektrik, yangın, merdiven üstünde çalışma, biyolojik ajanlar tehlikelere verilecek örneklerdendir.

Bir işyerindeki aktivitelerin niteliğine göre, fazla sayıda ve değişik türden tehlike mevcut olabilir. Boyutları ne olursa olsun, tehlikeler tüm yönleriyle ele alınmalı, göz ardı edilmemeli ve tüm sorunlar tek tek ele alınarak, çözüm yolları üretilmelidir (15, 16).

2. 1. 6. Kaza

Kaza kavramı genel olarak; kasıt unsuru olmadan, birdenbire oluşan ve istenmeyen sonuçlar doğuran olay olarak ifade edilir. Başka bir tanımda kaza; hastalık, ölüm, yaralanmaya, zarar veya kayıplara mahal veren arzu edilmeyen olay olarak tanımlanmıştır (6, 17).

2.1.7. İş Kazası

Uluslararası Çalışma Örgütü iş kazasını “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durumdur” şeklinde tanımlamıştır. DSÖ ise iş kazalarını, “önceden planlanmamış çoğu kez kişisel yaralanmalara, makinelerin, araç ve gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan bir olay” şeklinde tanımlamaktadır (18). İş kazaları çalışan kişiye, iş yerine ve dolaylı olarak aile ve ülke ekonomisine zarar veren, üretim sürecinde zaman kayıplarına neden olan, dolayısıyla ürün kayıpları ve hasarına yol açan istenmeyen olaylardır. İş kazasının tanımı, 5510 sayılı Kanununun 13. maddesinde aşağıdaki şekilde yapılmıştır (19);

“Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle, bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, hizmet akdi ile bir veya

birden fazla işveren tarafından çalıştırılan emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özre uğratan olaydır”.

İş kazası kavramsal açıdan teknik ve hukuksal iki ayrı yaklaşım olarak ele alınmaktadır.

İş kazasının teknik açıdan kavramsal tanımı; önceden planlanmamış, aniden ortaya çıkan, beklenmeyecek hızda gelişen, kontrol altına alınamamış ve etrafında zarar meydana getirebilecek olaylardır.

İş kazasının hukuksal açıdan kavramsal tanımı; iş kazası, kanunda belirtilen hallerde meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaydır. Bir iş yerinde meydana gelmiş olan ve sigortalıyı hemen ya da sonradan bedensel veya ruhsal olarak, arızaya uğratan arzu edilmeyen durumun iş kazası olarak tanımlanabilmesi için, aşağıda belirtilen kriterlerin olması gerekmektedir (3, 20, 21, 22).

- Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- İş veren tarafından yürütülmekte olan bir iş dolayısıyla,
- Sigortalının işveren tarafından verilen görev ile başka bir yere gönderilmesi sebebi ile asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere götürülüp getirilmeleri sırasında,
- Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanda.

Meydana gelen iş kazaları sonucunda, çalışanın sadece kendisi değil, kazaya maruz kalanın yakınları, işletme, işletme çalışanları, müşteriler, işletme için çalışan alt yükleniciler hatta çevre işletme çalışanları, bazen yerel halk da etkilenmektedirler (17).

2.1.8. İş Kazalarının Sınıflandırılması

İş kazaları yaralanmanın ağırlığı, cinsi ve kazanın cinsine göre sınıflandırması, yaralanmanın ağırlığına göre, yaralanmanın cinsine göre ve kazanın cinsine göre olmak üzere üç başlıkta toplanmıştır (22):

1- Yaralanmanın Ağırlığına Göre

- İşçinin yaralanması ile sonuçlanan kazalar
- İşçinin bir günden daha uzun süre işinden uzaklaşmasına neden olacak ve tedavi gerektirmeyen kazalar
- İşçinin bir günden daha uzun süre işinden uzaklaşmasına neden olan kazalar
- İşçinin sürekli iş göremezliğine sebep olan kazalar
- İşçinin ölümü ile sonuçlanan kazalar

2- Yaralanmanın Cinsine Göre

- Kafa yaralanmaları (baş, yüz, göz)
- Boyun ve omurga yaralanmaları
- Göğüs kafesi ve solunum sistemi organları yaralanmaları
- Alt ekstremitte yaralanmaları
- Üst ekstremitte yaralanmaları
- İç organ yaralanmaları
- Ruh ve sinir sisteminde hasara yol açan kazalar

3- Kazanın Cinsine Göre

- Düşme, incinme, ezilme, sıkışma ve burkulma
- Parça veya malzeme düşmesi
- Göze yabancı cisim kaçması
- Yanma
- Makine ve teçhizatlarına sebep olduğu kazalar
- El aletlerinin sebep olduğu kazalar
- Elektrik çarpmaları
- Patlamalar
- Zararlı ve tehlikeli maddelere maruziyet sonucu gelişen kazalar

2.1.9. Risk ve Risk Değerlendirme

İSG’de yeni ve en önemli yaklaşım, risk değerlendirmesinin çalışanların görüşleri ve katılımları doğrultusunda ve iş güvenliği profesyonellerinin katkısı ile yapılmasıdır. Ayrıca çalışma ortamına dair tehlikeler konusunda çalışanların bilgilendirilmesi, çalışanlara İSG konusunda eğitim verilmesi, verilen eğitimlerin belirli periyotlarda tekrarlanması, işveren tarafından KKD’ların temini ve çalışanlarca kullanılmasının sağlanması, koruma ve önleme bilincinin yerleştirilmesi diğer önemli hususlardandır (20).

2.1.9.1. Risk

Risk TDK sözlüğünde “zarara uğrama tehlikesi” şeklinde tanımlanmaktadır (23). Daha geniş bir tanımıyla “hastalık veya bir duruma düşme, zarar görme, hırpalanma olasılığıdır”. Risk aynı zamanda bir tehlikeye bağlı zararın gerçekleşme olasılığını ifade eder. Bir işyerinde olabilecek tehlikeler teknik yöntemler kullanılarak işin uzmanları tarafından değerlendirilir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda riskin boyutu ve düzeyi belirlenir. Belirlenen bu risklerin gerek çalışanlar gerekse de toplum tarafından algılanması ve riskin kontrol altına alınması önemlidir. Bu nedenle özellikle işletme yöneticilerinin kurumsal politikalarını belirlemeleri ve belirlenen bu politikalar çerçevesinde hareket etmesi gerekmektedir (20). Bu süreçte amaç risklerin kontrol altına alınmasına yönelik kurumsal olarak stratejik kararlar alınmasıdır. Ancak bu her zaman mümkün olamamaktadır. Riskin tamamen bertaraf edilmesi, bu mümkün değil ise riskin kabul edilebilir seviyeye indirilmesi için aşağıdaki adımlar uygulanır (12):

- Tehlike veya kaynağını ortadan kaldırmak,
- Tehlike yaratan etmeni, tehlikesiz veya daha az tehlikeli olan ile değiştirmek,
- Riskler ile kaynağında mücadele etmek.

2.1.9.2. Risk değerlendirmesi

Önleyici bir yaklaşımla ele alındığında İSG’nin temel prensibi, işyerlerinde uygun bir risk değerlendirmesi yapmaktır. Risklerin kontrol altına alınması için, İSG risk yönetim sürecinin ikinci aşaması olan risk değerlendirmesi yapılırken, tehlikelerin

niteliği ve ortaya çıkabilecek tehlikeli olay veya maruziyet sonucunda oluşacak zararın şiddeti ve olasılığı dikkate alınır. Risk değerlendirmesi 6331 sayılı İSG kanununda “İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dđnüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmalardır” olarak tanımlanmaktadır (24).

Aynı kanunun ilgili yönetmeliğinde işverenlere çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile işyerinde risk değerlendirmesi yapma veya yaptırma zorunluluğu getirilmiş, risk değerlendirmesinin yapılmasına ve yenilenmesine yönelik esaslar belirlenmiştir. Bu doğrultuda tehlike sınıfı göz önüne alınarak, risk değerlendirmesinin yenilenme zaman periyodu, İSG’ni etkileyecek değişiklikler meydana gelmesi durumuna göre tanımlanan hallerde yeniden yapılması gereklidir (5). Buna göre; işyerinde teknolojik, fiziksel, araç-gereç değişikliği, üretim şeklinin değişmesi, çalışma ortamı ölçüm ve sağlık gözetim sonuçlarına göre gerekli hallerde, maruziyet sınır değerlerle ilgili bir mevzuat değişikliği, işyerini etkileyebilecek dış kaynaklı bir tehlike varlığı, iş yerinin taşınması ve meydana gelen iş kazası ve meslek hastalığı veya ramak kala olayın meydana gelmesi durumlarında risk değerlendirmesi yenilenir.

İşyerlerinde risk değerlendirmesi ile risk analizi yapılırken çok çeşitli problemlerle karşılaşılabilmektedir. Özellikle yapılan risk analizleri çoğu zaman işletmeye, sürece ya da organizasyona göre en uygun risk analiz yönteminin belirlenememesi sebebiyle, çoğu zaman kurum kendisi risk analizini yapsa dahi maddi ve zaman kayıplarına neden olmaktadır. Bazen tüm işyerlerine uygun olabilecek risk analizi metodolojisini bulmak zor olabilir. Bu nedenden dolayı risk analizinin sonuçlanmasının beklenmesi sırasında oluşan zaman kayıpları sebebiyle güvenlik önlemlerinin alınmasında gecikmeler yaşanabilmektedir. Bazen önlemler alınsa bile yaşanan gecikmelerden dolayı kazalar meydana gelebilmektedir. Risk analizini yapacak profesyonellerin tecrübesi, risk analizinin sonuçlarını etkileyebilmektedir. Bunlara karşın risk analizi ve yönetiminin faydaları aşağıda sıralanmıştır (15):

- İSG konularında çalışanların ve yönetimin bilgi sahibi olmalarını sağlar,

- Çalışanlar ve yönetimin İSG konularında karar vermelerini ve süreçlere katılımlarını sağlar,
- Kurumdaki risklerin boyutlarının hesaplanmasına ve risklerin tolere edilebilirliğinde karar verilmesine yardımcı olur,
- Kurumda alınmış tüm güvenlik tedbirlerinin ve çalışanlarda güvenlik bilincinin gözden geçirilmesini sağlar,
- Kabul edilebilir düzeyde risk ile çalışılmasına, yasal yükümlülükler ve İSG politikaları çerçevesinde olanak sağlar,
- Risk analizinden elde edilen bilgiler ışığında, kurumdaki olası tehlikeler belirlenerek, belirlenen tehlikelere yönelik gerekli önlemlerin alınması sağlanır,
- Kurumda tespit edilen aksaklıklara yönelik, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlar.
- Toplanan tüm verilerin kaydedilmesi, sonuçların izlenmesini ve ölçülmesini sağlar.

2.1.10. Meslek Hastalığı

Meslek hastalığı denildiğinde, işyeri çalışma ortamı kaynaklı faktörlerin etkisi ile meydana gelen hastalıklar olarak kastedilmektedir. DSÖ ve UÇÖ meslek hastalıklarını; “zararlı bir etkenle bundan etkilenen insan bedeni arasında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubu” olarak tanımlamaktadır (25). 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) kanununda ise meslek hastalığı “Sigortalını çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple ya da işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhsal arıza halleri” olarak tanımlanmaktadır (18, 19).

SSGSS kanununun 14. maddesine göre sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına yakalandığının;

- I. Yetkili sağlık kuruluşları tarafından düzenlenen sağlık kurul raporu ve bu hastalığa ait tıbbi belgelerin incelenmesi,
- II. Kurumca gerekli görüldüğü hallerde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbi sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli

diğer belgelerin incelenmesi sonucu kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilmesi zorunludur (18).

Bir hastalığın meslek hastalığı sayılabilmesi için o hastalığın meslek hastalığına neden olan işinden fiilen ayrıldığı tarih ile meslek hastalığının ortaya çıktığı tarih arasında geçen en uzun süre olan yükümlülük süresi içerisinde meydana gelmiş olmalıdır. Ayrıca hastalık ve meslek arasında nedensellik bağı olmalıdır. Bu nedensellik bağının kurulması ve oluşan hastalığın işin yürütülmesini sağlayan şartlar kaynaklı olup olmadığı, hastalık tipleri ve sınıflandırması ile mümkün olmaktadır (26, 27).

Sosyal Sigortalar Kanunu, Sağlık İşlemleri Tüzüğüne ekli meslek hastalıkları listesinde meslek hastalıkları 5 ana grupta toplanmıştır (26);

- A Grubu (Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları) meslek hastalıkları,
- B Grubu (Mesleki cilt hastalıkları) meslek hastalıkları,
- C Grubu (Pnömonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları) meslek hastalıkları,
- D Grubu (Mesleki Bulaşıcı Hastalıkları) meslek hastalıkları,
- E Grubu (Fiziksel etkenlerle olan meslek hastalıkları) meslek hastalıkları.

Çalışanlar arasında meslek hastalıklarından daha sık görülen işle ilgili hastalıklar ele alındığında en sık kalp hastalıkları, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Kas İskelet Sistemi Hastalıkları (KİSH) gibi kronik ve dejeneratif hastalıkların olduğu kaynaklarda yer almaktadır. Meslek hastalıklarının oluşma zaman aralığı, çalışanın etkenle ilk temasından 1 hafta ile 30 yıl sonra ortaya çıkabilmektedir (25, 28).

Sağlık çalışanları özellikle biyolojik etkenlerin yol açtığı, hepatit-B, tüberküloz, AIDS, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği gibi hastalıklardan, kimyasal maddeler, sabun, deterjan ve latex içeren ürünler gibi iritan ve alerjen maddelere maruziyet dolayısı ile meydana gelen mesleki deri hastalıklarına yakalanabilmektedirler (5, 26, 28).

Meslek hastalıklarıyla ilgili en önemli sorun tanılama ve bildirim konusudur. Meslek hastalığı tanı ve bildiriminde yaşanan eksiklikler, oluşan bu gerçek dışı tablonun sebebidir. Güvenilir bilgi eksikliği nedeniyle, kaza ve hastalıklar tam olarak belirlenememektedir. Latin Amerika ülkelerinde iş kaynaklı hastalıkların %5'inden azı rapor edilmektedir. Yine İngiltere'de yapılan bir araştırma kaza ve hastalığın doktorlarca gözden kaçırıldığını, iş kazalarının kayda geçen rakamlardan 9 kat daha fazla olması gerektiğini ortaya koymuştur (29). Maalesef birçok işçi meslek hastalığına yakalandığının farkında bile değildir. Bunun sebeplerinden biri de meslek hastalığının çoğu zaman işçi işten ayrıldıktan sonra da meydana gelebilmesi ve normal hastalıkmiş gibi değerlendirilebilmesidir (30).

Ayrıca meslek hastalıklarındaki kapsam ve sınıflandırma farklılıkları ile ortak bir standardizasyon sağlanamaması diğer bir sorundur. Bu farklılıkların kapsamı tıbbi ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsam farklılıklarından dolayı meydana gelmektedir. Mevcut farklılıklar sadece Türkiye'deki standardizasyon farklılıkları ile değil, UÇÖ gibi uluslararası kuruluşlar ile aramızdaki kapsam farklılıklarıyla da ele alındığında gerçek meslek hastalığı rakamlarının önündeki engeller olarak değerlendirilebilir (28).

2.1.11. İş Güvenliği

İş güvenliği, iş kazalarını önlemek, kazaya bağlı kayıpları en aza indirmek veya ortadan kaldırmak amacıyla, güvenlik önlemlerinin belirlenmesi ve uygulanması aşamasındaki çalışmalar olarak tanımlanır. İş güvenliğinin temel unsuru, çalışanların korunması, üretim ve işletme güvenliğinin sağlanmasıdır. İş güvenliğinde amaç; çalışan sağlığını tehdit eden, tehlikeye sokan, ülke ekonomisini zarara uğratan, iş kazası ve meslek hastalığını önlemek ve çalışanın sağlığını, bakımını yükümlü olduğu ailesini, iş çevresini, ülke ekonomisini korumak, güvenliği sağlamak ve zararları en alt seviyeye indirmektir (31).

2.1.12. İş Sağlığı ve Güvenliği

Çalışma ortamından kaynaklanabilecek ve çalışanların sağlığını olumsuz etkileyen risk faktörlerinden tüm çalışanları korumak, işletme bünyesinde üretim ve hizmetin devamlılığını sağlamak ve verimliliği artırmak için çok disiplinli olarak

yürütülen çalışmaları ifade eden İSG kavramı, sanayi ve teknolojinin gelişmesine paralel olarak giderek önem kazanmaktadır. Çalışma ortamında mevcut olan ya da dış kaynaklı tehlikelerin, çalışanları veya çalışma ortamını etkileyebilecek her türlü zararlardan kaynaklanan kayıp, yaralanma ya da zararlı sonuç meydana gelme ihtimallerinin zarar gelmeden önce belirlenerek, bu riskleri azaltmaya ve ortadan kaldırmaya yönelik planlanan, organize edilen ve alınan tedbirlerin bütünüdür.

İSG, iş yerindeki çalışanların (geçici işçiler ve yüklenici personeli dahil), ziyaretçilerin ve çalışma ortamındaki diğer bireylerin sağlık ve güvenliğini etkileyen veya etkilemesi mümkün olan şartlar ve faktörlerdir (14). Eski BM genel sekreteri Kofi Annan, yaptığı bir konuşmasında sağlık ve güvenliğini **“İşyerindeki sağlık ve güvenlik, yalnızca sağlam bir ekonomik politika değil, temel bir insan hakkıdır”** sözleriyle dile getirmiştir (32). İSG sosyolojik, psikolojik, ekonomik boyutları ve etkileri itibari ile toplum geleceğini etkileyen bir alandır (1).

Birçok çalışan, günümüzde çalışma ortamı kaynaklı tehlikeler nedeni ile yaralanmakta, sakat kalmakta ve ölmektedir. İşyerlerinde İSG uygulamalarının ihma edilmesi neticesinde oluşan maliyetler, aynı zamanda ülkelerin sürdürülebilir ekonomik ve sosyal gelişmelerinin önünde bir engeldir. İnsan sağlığının korunması ve sürdürülmesi sosyal açıdan toplumdaki en büyük değer olduğundan, İSG'nin en üst düzeyde sağlanması kaçınılmaz bir gerçektir. Bunu sağlamak için, işletmelerin üzerlerine düşen sorumlulukları tam olarak yerine getirmeleri gerekmektedir. İşletmeler, iş kazaları ve meslek hastalıklarının sebep olduğu zararları en aza indirmek için İSG önlemlerini kapsamlı ve sistematik olarak ele almak durumundadırlar. Bu nedenle işletmelerin kurum içinde, İSG politika ve planlarını oluşturmaları, yeni hedefler ve gerekli yöntemler belirlemeleri, organizasyon yapılarını belirli aralıklarla gözden geçirmeleri, risk analizi yapmaları veya yaptırmaları ve tüm çalışanların ihtiyaçlarını belirlemeleri gerekmektedir (33). Çalışanların en dikkatsiz davranışlarında bile, iş kazasının oluşmasına meydan vermeyecek önlemlerin alınması İSG'nin temel ilkesidir (3).

Çalışanların iş ortamından kaynaklı risklerden dolayı yaşamları ve gelecekleri risk altındadır. Bu nedenle çalışan görüşlerinin alınması, çalışanların sağlık ve işiyle ilgili güvenliklerinin sağlanmasında önemlidir. Endüstrileşmenin sebep olduğu

tehlikelerden dolayı, çalışanın yaşamına, vücut bütünlüğüne ve sağlığına yönelik tehditlerden ve oluşabilecek muhtemel zararlardan korunması gereği ortaya çıkmıştır.

Çağdaş toplumlarda çalışanın sağlık ve güvenliğini koruyucu nitelikte çalışma koşulları sağlamak, işverenden beklenen bir sorumluluktur. Bu durum, işverenin çalışanlarına karşı duyduğu sosyal sorumluluğundan ve iş verimliliğini arttırma çabasından kaynaklanır. Kaza ve meslek hastalıklarının önlenmesi için işyerinde “önce insan, önce sağlık, önce iş güvenliği” anlayışı hakim olmalıdır. Çalışanlar ile işverenler arasında sağlanacak İSG duyarlılığı, bilinci ve çabasının oluşması sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının yaratılmasını sağlamaktadır. Bunun için örgütsel ve toplumsal olarak, İSG kültürü oluşturulmalı ve özendirilmelidir (34).

2.2. İş sağlığı ve Güvenliğinin Tarihçesi

İş sağlığı ve güvenliğinin tarihçesi M.Ö. yy. kadar dayanır. Dünyada ve ülkemizde İSG uygulamalarının zaman içerisinde nasıl bir gelişim gösterdiği dönemlere göre ayrıntılı olarak aşağıda anlatılmıştır.

2.2.1. Dünya’da İSG Tarihçesi

Dünyada İSG’nin gelişimi, sanayi devrimi öncesi dönem ve sanayi devrimi sonrası dönem olmak üzere iki ana başlık altında anlatılmıştır.

2.2.1.1. Sanayi Devrimi Öncesi Dönem

İSG kavramı hakkındaki ilk bilgiler Mısır piramitleri dönemine kadar uzanır. M. Ö. 1500’li yıllarda Mısır kralı Ramses piramitlerin inşaatında çalışan işçiler için bir Hekim bulundurmuş ve bu Hekim olabilecek iş kazaları ve rahatsızlıklarda işçileri muayene etmiştir (35).

M.Ö. 484 yılında yaşayan ve tarihin babası olarak anılan Herodot beslenme ile işçilerin verimliliği arasında bağ kurmuş ve iyi beslenmenin verimliliği arttırdığını söylemiştir (36).

M.Ö. 460-370 Hipokrat ise kurşunun çalışanlar üzerinde yaptığı zararlı etkilere dikkat çekmiştir (37). Hipokrat, “Corpus Hippocraticum” adlı kitabında, madencilerin kurşun zehirlenmeleri hakkında değerlendirmeler yapmıştır.

KKD kullanımını anlamına gelebilecek olan ilk bilgi ise M.S. 23-79 yılları arasında yaşamış olan Plini tarafından ortaya atılmış ve Plini öksürük nefes darlığı gibi belirtilerin olmaması için çalışanların başlarına torba geçirebileceklerini torbaların onları ortamdaki tozlardan koruyacağını söylemiştir. Yine yakın bir dönemde yaşamış olan Juvenal (M.S. 60-140) varislerin ayakta durarak çalışmanın neticesinde olduğuna ve demircilerde demir tozlarına bağlı oluşan göz rahatsızlığına dikkat çekmiştir (38).

Teknolojinin gelişmesi ve yapılan işlerin daha sistematik hale gelmesi İSG uygulamalarını yıllar geçtikçe daha önemli bir hale getirmiştir. İlk İSG kitabı diyebileceğimiz “De Morbis Metallicis” 1493-1541 yılları arasında yaşamış olan bir Alman düşünür ve hekim olan Paracelsus tarafından yazılmıştır. Paracelsus bu kitabında maden işçilerinde görülen meslek hastalıklarını incelemiş ve yazmıştır (39). 17. yüzyıla gelindiğinde “De Morbis Artificum Diatriba” isimli kitabı yazan İtalyan Bernardino Ramazzini ise bu kitabında meslek hastalıklarını anlatmış ve İSG’nin kurucuları arasında en önemli yeri almıştır (40).

2.2.1.2. Sanayi Devrimi Sonrası Dönem

M.Ö. dönemlere kadar uzanan ve daha çok filozofların üzerinde durduğu iş kazaları ve meslek hastalıkları, üretimin başladığı andan itibaren ortaya çıktığı için üretim aşamasında görülen yenilikler ve gelişmelere paralel olarak çağın yapısına uygun olarak değişimler göstermiştir.

Buhar makinasının 1768’de James Watt tarafından bulunması sanayi devriminin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Sanayi devrimiyle birlikte artan makinalaşma, emek yoğun üretimin yerini almıştır. Sanayi devrimi beraberinde uzun mesai saatlerini çocukların ve kadınların fazla sayıda bedensel ve ruhsal gelişmelerine uymayacak şekilde istihdamını ve sağlıksız çalışma ortamlarını da getirmiştir. İSG kavramının ilk kez gündeme gelmesi ise 18. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren Avrupa’nın bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak sanayide yeni makinelerin ve yeni üretim modellerinin gelişmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (41).

İngiltere’de “Sağlık ve Ahlakın Korunması Kanunu” (Health and Morals of Apprentices Act) tarihte İSG üzerine 1802 yılında çıkarılmış olan ilk yasadır. Bu yasa

fabrikalardaki çalışma sürelerini 58 saat/ haftayla sınırlamış, eğitim zorunluluğu getirmiş, çırakların sağlık ve moral bakımından korunmalarını sağlayan düzenlemeler getirmiştir. Takip eden yıllarda İngiltere’de İSG ile ilgili olarak çok sayıda kanun çıkarılmıştır. 1833 yılında yürürlüğe giren “Fabrikalar Yasası” ile fabrika denetimleri zorunlu hale getirilmiş, ayrıca 18 yaşın altındaki çocuk işçilerin 12 saatten fazla çalıştırılmaları engellenmiş ve çalışma yaşı alt sınırı olarak 9 yaş sınırı getirilmiştir (42). İSG ile ilgili olarak çıkartılan “Baca Temizleyicileri Yasası” ile “İngiliz Fabrikaları Yasasının” temel özellikleri ise önlemden çok tazminatı gündeme getirmeleridir (43).

İngiltere’de bu gelişmeler olurken diğer Avrupa ülkelerinde de birtakım gelişmeler olmuş İsviçre 1840 yılında, Fransa 1841 yılında, Almanya ise 1849 yılında İSG ile ilgili çıkardıkları kanunlarla diğer ülkelere örnek teşkil etmişlerdir (44).

Aynı yıllarda Amerika’da da benzer yasalar eyaletlerin girişimleri ile çıkartılmaya başlanmıştır. 1835 yılında “Massachusetts Çocuk İşçiler Yasası” bu anlamda Amerika’da çıkarılan ilk yasadır. 1868 yılında ilk makine koruyucusu kullanılmış, 1869 yılında ise tüm maden işletmelerine iki çıkış yapılması zorunluluğu getirilmiştir. Yine 1869 yılında, Çalışma İstatistikleri Bürosu (Bureau of Labour Statistics) kurulmuş ve kazaların kaydının tutulması sağlanmıştır. 1877 yılında ise İşverenin Sorumluluğu Yasası ile makinelerde koruyucu kullanılması zorunlu hale getirilmiştir.

Tazminat düzenlemelerini ilk yapan ülke 1811 yılında İsviçre’dir. Daha sonra 1882 yılında Almanya ve 1897 yılında kapsamı arttırıcı bir düzenleme İngiltere’de yapılmıştır. 1906 yılında benzer bir yasa Amerika’da demiryolu işçileri için yapılmış fakat uygulamaya geçmesi ilk kez 1948 yılında Missisipi Eyaleti’nde olmuştur (45).

Sanayi devriminin getirdiği ağır iş yükü toplumsal baskıları ve yeni yapılanmaları da beraberinde getirmiş ve 1824’de çıkarılan bir yasayla işçilerin haklarını koruyacak ve mücadelenin örgütlü bir şekilde yapılmasını kolaylaştıracak sendikaların kurulmasının önü açılmıştır. İşçi sendikaları işçilerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi, meslek hastalıklarının ve iş kazalarının önlenmesi için bir baskı unsuru olmuş ve ilgili yasaların çıkarılmasına katkıda bulunmuşlardır. I. Dünya savaşı ile iş hukukuna dair ulusal ve uluslararası çalışmalar kesintiye uğramıştır (46).

Rusya’da gerçekleşen Bolşevik İhtilali (1917 yılı), sanayileşmiş toplumların işçi sorunlarına önem vermesine neden olmuştur. 1919 yılında UÇÖ kurulmuştur. UÇÖ, İSG faaliyetlerinin yanı sıra insan haklarının, sosyal adaletin ve çalışma haklarının iyileştirilmesi için kurulmuş bir teşkilattır. UÇÖ temel olarak İSG’nin sağlanmasını ilke edinmiş ve bu alanda çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmalardan biri 1944 yılında bildirilen Philadelphia Bildirgesi’dir. Bu bildirmede taraf devletler çalışan sağlığının korunması konusunda destek vereceklerini beyan etmişlerdir. İSG ile ilgili ikinci önemli kuruluş ise 1948 yılında kurulan DSÖ’dür. DSÖ sağlık alanında uluslararası standartları sağlamak, sağlık alanında araştırmalar yapmak amacıyla kurulmuştur. UÇÖ ile DSÖ üye devletlerin katkıları sonucu konu ile ilgili bilimsel çalışmalar yaparak İSG ile ilgili yasal düzenlemeler yapılması çalışmalarına da katkıda bulunmaktadırlar. Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin tamamının aynı zamanda UÇÖ ve DSÖ üyesi olmaları sebebiyle, AB düzeyinde uygulanacak İSG politikalarının UÇÖ ve DSÖ politikalarıyla uyumlu olması gerekmektedir (46).

Bütün bu gelişmeler neticesinde İSG yasalarla düzenlenen, gerekliliğine tarafların inandığı bilimsel bir alan haline gelmiştir. Uluslararası kuruluşlar ve gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere iş kazalarının ve meslek hastalıklarının azaltılması için destek vermekte ve örnek teşkil etmektedirler.

2.2.2. Türkiye’de İSG Tarihçesi

Türkiye’de İSG ile ilgili tarihçeyi iki bölüme ayırarak incelemek gereklidir. İlk bölümde cumhuriyet öncesi döneme ait kanunlar ve uygulamalar ikinci bölümde ise cumhuriyet sonrası çıkarılan kanunlar ve düzenlemeler ele alınacaktır. Cumhuriyet öncesi dönemde yapılan uygulamalar genellikle esnaf örgütlenmeleri olan Ahilik ve Lonca teşkilatları üzerinden giderken, yazılı olarak yapılan ilk düzenlemelerde sanayileşme iş denebilecek olan madencilik sektöründe ve maden işçileri için yapılmıştır. Cumhuriyet döneminde ise ulusal ve uluslararası normlara uygun olarak kanun ve uygulamalar hayata geçirilmiştir.

2.2.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Osmanlı İmparatorluğunda sanayileşmenin olmaması sebebiyle üretim şekli el işçiliğine yani zanaatkarlığa dayanmaktadır. Dini esaslara göre teşkilatlanmış olan

meslek üyeleri önceleri Fütüvvetname adı verilen birtakım kurallara bağlı olarak yönetilmiş zaman içinde bu yapı gelişerek loncalar halini almıştır. Loncalar esnaf ve zanaatkarların katı kurallar ve şartlara bağlı kalmadan sorunları ortak akıl yöntemiyle karar aldıkları bir yapıya sahiptiler (47). Lonca sistemi temelinde basit üretim teknolojilerinin kullanıldığı, az sayıda çalışanın olduğu, usta-çırak ilişkisinin ön plana çıktığı örgütlerdir. Çalışanlar arasında usta-kalfa-çırak şeklinde yazılı olmayan bir hiyerarşik yapı mevcuttur. Bu yapıya uyum çırakların ve kalfaların ileride usta olabilmelerinin tek şartı olduğu için ortaya çıkan çatışmalar genellikle görünmezden geliniyordu ve bu da hak arama kavramının ve çalışanların haklarının gündeme gelmesine olanak sağlamıyordu (48). Loncaların “Orta Sandığı” ya da “Teavün Sandığı” denilen fonları bulunur. Bu sandıktan lonca üyelerine hastalık, doğum, ölüm, işsizlik gibi durumlarda yardımda bulunulurdu. Bu sosyal anlamda çalışanı destekleyen ilk yapı olarak değerlendirilebilir. Loncaların varlığı 19. yy’a kadar devam etmiştir (49). Ayrıca, Osmanlıda loncaların kuralları ve geleneklerinin yanı sıra Mecelle tarafından işçi ile işveren arasındaki ilişkilerinin bir sözleşmeye dayandırılması bu konudaki gelişmelerdir (50).

Loncalar tarihsel süreçte 16. ve 17. yy. içinde faaliyetlerini sürdürürken bu dönemde Avrupa’da artık fabrika üretimleri başlamıştır. Osmanlı İmparatorluğunda tarım ve el sanatları dışında sanayi anlamına gelebilecek bir oluşum yoktur ve var olan el sanatları da yavaş yavaş kapanmaya başlanmıştır (51). Osmanlı İmparatorluğu için ilk sanayi kuruluşları II. Mahmut döneminde Sinop, İstanbul ve İzmit’te kurulan ve buharlı gemiler yapan tersanelerdir (50). Kurulan bu tersanelerin artan kömür ihtiyacını karşılamak üzere Ereğli’de kömür madenleri açılmış ve Osmanlı İmparatorluğunda İSG üzerine ilk düzenlemeler, kömür madenleri için yapılmıştır. Kömür ocaklarında çalışan işçiler için 1865 yılında Madeni Hümayun Nazırı Dilaver Paşa tarafından hazırlanan bu düzenlemenin adı “**Dilaver Paşa Nizamnamesi**”dir. Her ne kadar padişahın onaylamaması nedeniyle yürürlüğe girmemiş de olsa bu nizamname çalışma koşullarının iyileştirilmesi yanında madende hekim bulundurulmasını da içeren bir belgedir. Bu belgede oluşabilecek iş kazaları ve alınacak önlemler ise tanımlanmamıştır (42).

Osmanlı İmparatorluğunda İSG ile ilgili ikinci düzenleme 1869 tarihli “**Maadin Nizamnamesi**”dir (52). “Bu Nizamnamede aşağıdaki hükümlere yer verilmiştir.

- i. İşveren, işyerlerinde iş güvenliğinin sağlanabilmesi için iş kazasını azaltacak önlemleri almak zorundadır.
- ii. İş kazası sonucu ödenecek tazminatlardan işveren sorumludur. Eğer kaza, işverenin ihmali ya da kötü yönetiminden dolayı ortaya çıkmışsa, işveren ayrıca 15-20 altın tutarında tazminat ödeyecektir.
- iii. Kömür havzasında her işveren bir doktor çalıştırmak ve eczane açmak zorundadır.

Yine bu dönemde hazırlanan “Tersane-i Amiriye ve Mensip İşçilerin Emeklilikleri Hakkında Tüzük”, “Hicaz Demir Yolu Memur ve Hizmetlilerine Hastalık ve Kaza Hallerinde Yardım Tüzüğü” ve “Askeri Fabrikalar Tüzüğü” İSG anlamında yapılmış çalışmalar olarak nitelendirilebilir (42). 1871 yılında kurulan “Amele Perver Cemiyeti” ise, bugünkü sendikaların başlangıcı niteliğinde en önemli kurum niteliğindedir (49).

Bu gelişmelerin dışında Osmanlı İmparatorluğunun son döneminde yaşanan siyasi çalkantılar, devletin giderek gücünü kaybetmesi ve birçok cephede girilen savaşlar nedeniyle İSG’ne yönelik herhangi bir çalışma yapılamamış ve bir ilerleme sağlanmamıştır.

2.2.2.2. Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte değişen yapı sanayileşmeye önem vermiştir. İlk olarak 1921 yılında Zonguldak ve Ereğli Kömür İşletmeleri’nde çalışanların çalışma koşulları incelenmiş, madencilerin sosyal ve ekonomik durumlarının düzeltilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesini sağlamıştır. Zonguldak ve Ereğli Havzası Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafii Umumiyesine Furuhtu”na dair kanun ile kömürden arta kalan kömür tozlarının satılmasından elde edilecek gelirin işçilerin gereksinimlerini karşılamada kullanılması olmuştur (36). Bu kanunla getirilen en önemli düzenleme 18 yaş altındaki kişilerin madenlerde çalışmasının yasaklanmasıdır. Bunun yanında maden ocaklarının yakınlarına koğuş ve hamam

yapılması gibi hükümlerde bulunmaktadır. Kanun meslek hastalığı ve iş kazalarına da değinmiş ve hasta olan ya da kazaya uğrayan işçilerin tedavilerinin işveren tarafından karşılanması gerektiği hükmünü de getirmiştir. Bir diğer önemli hususta, işverenin maden yakınına eczane açmasını ve madenlerde bir Hekim çalıştırmasını zorunlu hale getirmiştir (53).

1923 yılında İzmir’de yapılan İktisat Kongresinde işçilere hastalıkları boyunca 3 ay ücret verilmesi, Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) kurulması, çalışma süresinin 8 saat olarak düzenlenmesi ve 12 yaşından küçüklerin çalıştırılmaması gibi işçi temsilcileri tarafından gündeme getirilen teklifler kabul edilmiş ve bununla ilgili kanunlar da hızla çıkarılmıştır (49). Cumhuriyetin ilanından sonra sanayileşmeye verilen önemin bir parçası olarak İSG’de önem kazanmış ve buna ilişkin yasalar çıkarılmıştır. 1924 yılında yürürlüğe giren 394 sayılı “Hafta Tatili Kanunu” bu amaçla çıkarılan ilk kanun olma özelliği taşımaktadır. Bu kanunda işçiler haftanın bir günü dinlenme yani izin hakkına kavuşmuşlardır. Yine 1926 yılında çıkarılan 818 sayılı “Borçlar Kanunu” meslek hastalıklarında ve iş kazalarındaki hukuki sorumlulukları tanımlamıştır (54). Cumhuriyetin ilanından sonra Türkiye’de sanayileşme hız kazanmış ve sanayileşmenin artmasına bağlı olarak İSG ile ilgili artan sorunlar hakkında hızlı düzenlemeler yapılmaya çalışılmış ve uluslararası kuruluşlara üyelik süreci başlatılmıştır.

Sanayileşmenin getirdiği sorunları çözmek için 1930 yılında 1580 sayılı “**Umumi Hıfzısıhha Kanunu**” ve “**Belediyeler Kanunu**” yapılmış ve yürürlüğe sokulmuştur. Umumi Hıfzısıhha Kanunu temel olarak halk sağlığını ilgilendiren maddeler içerse de çalışan sağlığı ile ilgili hükümler ihtiva etmektedir. Umumi Hıfzısıhha Kanunu halen yürürlükte olup işyerine sağlık hizmeti götürülmesi, kadın ve çocukların istihdam koşulları, gece mesaisi kuralları ve hamile kadınların doğum öncesi ve sonrası çalıştırılma koşulları bu kanunda ayrıntılı olarak açıklanmıştır. 1580 sayılı Belediyeler Kanunu ile de işyerlerinin İSG açısından denetlenme yetkisi belediyelere verilmiştir (55).

1932 yılına kadar uluslararası kuruluşlara üyeliği bulunmayan Türkiye 1932 yılında Birleşmiş Milletlere (BM) üye olmuş ve bu üyeliğe bağlı olarak UÇÖ’ne üye olmaya hak kazanmıştır (56). İSG konusunda Türkiye’de yapılan en kapsamlı

düzenleme 1936 tarihinde kabul edilmiş olan 3008 sayılı “**İş Kanunu**”dur. Yine bu kanun ile bağlantılı olarak 1945 yılında 4772 sayılı “**İş kazaları ile Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu**” çıkarılmıştır. İşçileri meslek hastalığından ve iş kazalarından korumak amacıyla bu kanuna ilave olarak yine 1945 yılında 4792 sayılı kanun çıkarılmış ve “İşçi Sigortaları Kurumu” kurulmuştur. 1946 yılında “Çalışma Bakanlığı” kurulmuş bakanlığın 4841 sayılı kuruluş yasası ile görevleri arasında sosyal güvenlik de yer almıştır. Bakanlığa bağlı olarak çalışacak olan İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü (İSGM) olarak isimlendirilen genel müdürlük ile İSG’ne yönelik çalışmaların tek elden yürütülmesi amaçlanmıştır.

1932 yılında UÇÖ’ne üye olan Türkiye imzaladığı UÇÖ sözleşmesi kapsamında olmak üzere 1950 yılında bir kanun çıkarmış ve 5690 sayılı bu kanunun yürürlüğe girmesinin ardından işyerlerinde İSG denetimlerini yapmak, çalışma hayatını düzenlemek ve gerekli uyarılarda bulunmak gibi eylemleri gerçekleştirmek üzere işyerinde Hekim, kimyager ve mühendis gibi teknik elemanların görevlendirilmesine dair 174 sayılı Kanun yürürlüğe girmiştir. Söz konusu kanun, UÇÖ’nün 9. maddesine dayandırılarak yapılmıştır. 1963 tarihinde İş Güvenliği Müfettişleri Grup Başkanlıkları kurulmuştur. Daha sonra illerde kurulan grup başkanlıkları aracılığı ile İSG yönünden işyerlerinin denetimi gerçekleştirilmiştir (42).

3008 sayılı İş Kanunu, 1967 yılında kabul edilen 931 sayılı İş kanununun 12 Ağustos 1967 tarihinde yürürlüğe girmesi ile yürürlükten kaldırılmıştır (57). Fakat bu kanun anayasa mahkemesinin usul yönünden iptal etmesi nedeniyle uygulanamamıştır. Aynı maddeler hiç değiştirilmeden 25.08.1971 yılında 1475 sayılı İş Kanunu şeklinde tekrar onaylanmış ve yeniden yürürlüğe konulmuştur. 1475 sayılı bu kanunda ve kanunun uygulanması için çıkarılan yönetmeliklerde İSG ile ilgili olarak detaylı açıklamalar ve düzenlemeler yer almaktaydı. Bu kanun ile işveren yükümlülükleri tanımlanmış ve alınması gereken önlemlerden sorumlu tutulmuştur. Bunun yanında çalışana da yükümlülükler getirilerek onların da uyması gereken kurallar belirtilmiştir. Bu kanun maddesi 76 maddeden oluşmuş ve iş kazaları, meslek hastalıkları, İSG kurulları gibi pek çok konuda ayrıntılı düzenlemelere yer verilmiştir (58).

Sanayinin giderek gelişip çeşitlenmesi, iş kazalarındaki artış ve 4857 sayılı kanundaki birtakım eksikliklerin ortaya çıkması ve yetersizliği neticesinde yeni bir kanun çıkarma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu nedenle 2003 yılında 4857 sayılı İş Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun AB uyum yasaları çerçevesinde gerekli düzenlemeleri içeren çok sayıda değişiklik içermektedir. 2012 yılında 6331 sayılı İSG Kanunu yayımlanmıştır (59). Günümüzde çalışma hayatının tüm tarafları için önemli düzenlemeler getiren 6331 sayılı İSG Kanun hükümlerine ilerleyen bölümlerde ayrıntılı olarak yer verilecektir.

2.3. İş sağlığı ve Güvenliğinin Önemi

İSG çalışanlar, işverenler ve devlet açısından büyük öneme sahiptir. Artan teknolojik gelişmeler insan yaşamında kişilerin refahına hizmet ederken, bireysel, toplumsal ve çevresel birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Üretim ve hizmetin devamlılığını sağlamak için, bu sürece dahil olan her bir araç, gereç, makine ve teçhizat ile kullanılan yöntem ve teknik, çevre, insan ve toplum sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. İSG gerek ekonomik gerekse de sosyal boyutlarıyla ele alındığında, ülkelerin gelişmişlik seviyelerini yakından ilgilendiren bir öneme sahiptir.

Üretim ve çalışmanın ön koşulu, çalışanlar için güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortam koşullarının sağlanmış olmasıdır. Bu bağlamda çalışanların, karşı karşıya kaldığı tehlikelerden, yaşamına, vücuduna ve sağlığına yönelik tehdit ve zararlardan korunması İSG'nin konusudur.

Gelişmişlik düzeyi yüksek olan toplumlarda işverenden beklenen, çalışanın sağlık ve güvenliğini korumaya yönelik, gerekli çalışma ortam koşullarını sağlamasıdır. Aksi takdirde gerek iş kazaları gerekse de meslek hastalıklarının artacağı kaçınılmaz bir gerçektir.

Ekonomik ve sosyal boyutlarıyla bakıldığında iş kazası ve meslek hastalıklarını önleme hem devlet hem de işverenler için bir zorunluluktur. UÇÖ tahminlerine göre, dünyada her yıl 337 milyon iş kazası, 160 milyon işe bağlı hastalık oluşmakta, iş kazaları ve iş ile ilişkili hastalıklar nedeniyle 2,3 milyondan çok ölüm meydana gelmektedir. Bu rakamlar konunun boyutlarını gösterse de bu rakamların çok üzerinde iş kazası ve meslek hastalığı geliştiği düşünülmektedir. Özellikle yazılı kaynaklarda

geçen bu rakamsal boyutun, gerçek boyutu yansıtmamasının sebebi bildirim eksikliğinden kaynaklanan sorunlar olduğuna dikkat çekilmektedir (5, 16). İş kazası ve meslek hastalıklarını önlemede gerçek rakamların bilinmesi önemli bir unsurdur. Bu da doğru ve tam yapılan bir bildirim süreci ile sağlanabilir. Devlet ve işverenler bu sorunların giderilmesinde öncelikli sorumludur.

İş kazası ve meslek hastalıkları risklerini önlemenin ön koşulu doğru İSG uygulamaları ve denetimdir. Her ne kadar iş veren açısından İSG uygulanmalarına yönelik yapılan faaliyetler ek bir maliyet oluştursa da etkin denetim, eğitim ve gözetim faaliyetleri ile bu maliyetlerin düşürülebileceğidir. İş kazası ve meslek hastalıkları sonucunda, işçinin hastalık ve bakım harcamaları, mahkeme masrafları, tazminatlar ve üretimin aksaması gibi sebeplerle verimlilikte meydana gelen düşüşler, işletmenin prestij ve rekabet üstünlüğünü kaybetmesine sebep olması açısından daha önemlidir (2, 60).

2.4. İSG Yönetim Sistemleri

Küreselleşme ile beraber hızla artan teknolojik gelişmeler, işçilerin çalışma koşullarında kayda değer gözle görülür bir iyileşme sağlamadığı gibi, iş kazaları ve meslek hastalıkları oranlarında bir azalma sağlayamamıştır. Bundan yola çıkarak ulusal ve uluslararası organizasyonlar, iş kazaları ve meslek hastalıkları oranlarının azalmasına yönelik standartlar geliştirerek, yayımlamıştır. Ancak, ne teknolojik gelişmeler, nede yayımlanan ve oluşturulan bu standartlar ihtiyaçları karşılamaya yetmemiştir. Uzun vadede ele alındığında işletme karlılığı artırmaya ve çalışan sağlığını korumaya yönelik en önemli faktör yönetim sistemidir. İSG, bu yönetim sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle işletmelerde, çalışanları ve işi etkileyen sağlık ve güvenlik risklerini iyi analiz ederek, riskleri kontrol altına alacak ve devamlılığı olan sürdürülebilir bir “Yönetim Sistemi”ne ihtiyaç vardır (31).

İş yerlerinde işin yürütülmesi sırasında, çok çeşitli sebepler nedeniyle sağlığa zarar verebilecek yaralanma, kaza ve ölümlerden çalışanları korumak, daha güvenilir bir çalışma ortamı sağlamak amacıyla tehlikelerin ve risklerin belirlenerek, bu tehlike ve risklere yönelik gerekli önlemlerin alınması çalışmalarının sistemli ve bilimsel bir şekilde gerçekleştirildiği yaklaşıma “İSG Yönetim Sistemi” denir. Türkiye’de İSG faaliyetleri denildiğinde çalışanlarca KKD’ların kullanılması ilk olarak akla

gelmektedir. Oysa ki İSG Yönetim Sistemiyle, çalışanlar, işveren ya da yönetenler ve denetleyenlerin ortak sorumlulukları ön plana çıkararak, tüm yönetim sistem süreçlerine çalışanların katılımı sağlanmaktadır (61).

2.4.1. BS 8800 Mesleki Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistem Rehberi

İlk kez "BS 8800 Mesleki Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistem Rehberi" İSG uygulamaları yönetim sistemi olarak 1996'da İngiliz Standartlar Enstitüsü (İSE) tarafından birçok İngiliz kuruluşun katılımı ile oluşturularak yayımlanmıştır. 1996 yılında İngiltere'de yürürlüğe giren bu rehber, 2004 yılında revizyonu yapılmıştır. Gelecekteki diğer yönetim sistemlerinin bir alt yapısı niteliğinde olan bu rehber, kılavuz bilgileri içermesi ve tavsiye niteliğinde bir standart olarak hazırlandığı için İSG yönetim sistemine yönelik şartları içermemesi sebebi ile belgelendirme amaçlı kullanımı tavsiye edilmemektedir. BS 8800 rehberi, organizasyonların strateji ve hedeflerinin uygulanması için İSG yönetim sistemlerinin kurulmasına olanak sağlar (21, 62, 63).

2.4.2. HS(G) 65 Başarılı Sağlık ve Güvenlik Dokümanı

British Health and Safety Executive (HSE) tarafından önerilen ve 6 fonksiyonu olan "HS(G) 65: Başarılı sağlık ve güvenlik dokümanı- Successful health and safety document" bir modeldir. Bu model üç fazlan oluşmaktadır (20, 62).

Birinci faz; ön gözden geçirme, devamlı olarak gelişimin programlanabilmesi adına uygunluk seviyesinin belirlenebilmesi için bir seçim sürecidir.

İkinci faz; sistemin kurulması ve temel olarak gözden geçirilmeye dayalı süreçtir.

Üçüncü faz; İSG yönetim sisteminin tetkik edilmesi sürecidir. Bu fazda sistemin işlerliği, dokümantasyon ve alan denetimleri ile incelenmektedir.

2.4.3. OHSAS 18001 İSG Yönetim Sistemi (Occupational Health & Safety Assesment Series- OHSAS)

İşletmeler, yeni geliştirdikleri ve parçası oldukları yönetim stratejilerini, İSG olumsuz etkileyecek faktörleri azaltmak ve önlemek için kullanılmaktadırlar. Tüm dünya da İSG'ne yönelik çalışmalarda bir standardizasyon belirlemek amacıyla İngiliz

Standartları Enstitüsü öncülüğünde uluslararası düzeyde geçerliliği olabilecek bir sağlık ve güvenlik standardı hazırlanmasına yönelik kurulan komisyonun çalışmaları sonucunda 1999 yılında OHSAS 18001 standardı oluşturulmuş, uygulanmasına ise 2001 yılında başlanmıştır. Risk değerlendirmesine dayalı bir yönetim sistemi olan OHSAS 18001 standardının asıl özelliği önleyici olmasıdır. Standart 2007 yılında yapılan revizyon ile OHSAS 18001: 2007 olarak güncel halini almış ve tüm dünyada halen birçok kurum ve kuruluş tarafından kullanılmaktadır (21).

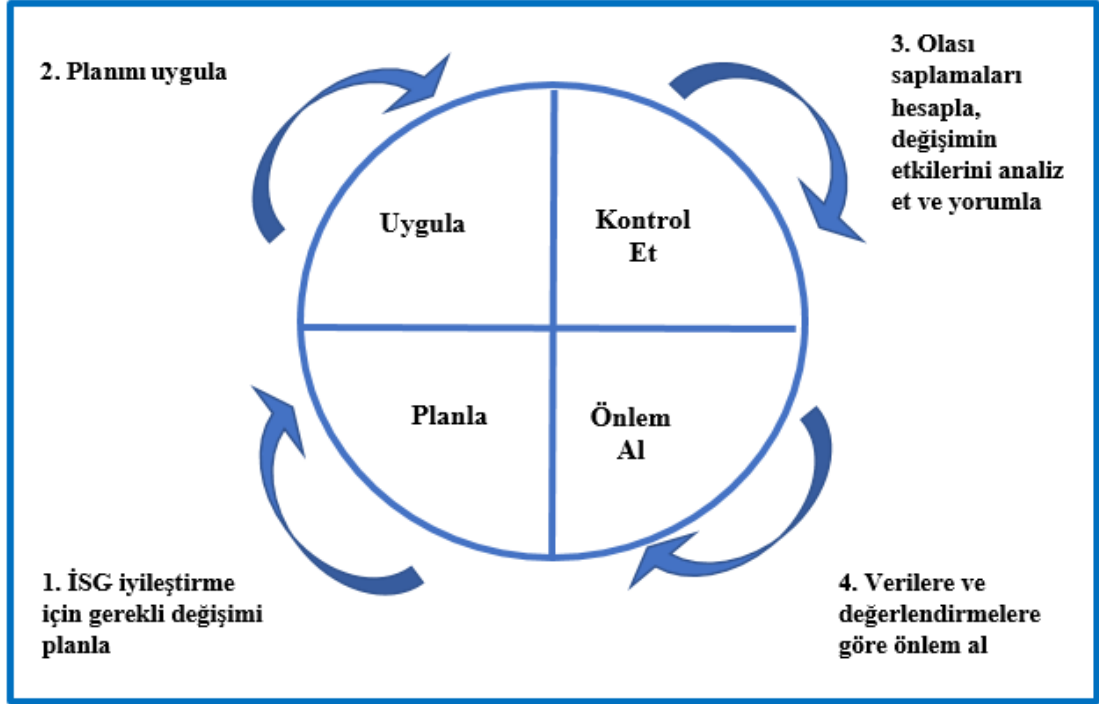
OHSAS 18001 İSG Yönetim Sisteminin amacı; işletmelerce uygulanan ve geliştirilen yönetim sistemlerinin kurum içinde işleyişini, kalite ve çevre yönetim sistemleri uyumunu da gözeterek önleyici bir yaklaşımla ele almaktır. OHSAS 18001 İSG Yönetim Sistemi her işletmeye uygulanabilir nitelikte olup her türlü sosyal, kültürel, coğrafik şartlara uyumludur (5).

İşletmelerde iş kazası ve meslek hastalıklarından korunmak için çalışan sağlığına zarar veren her türlü etkenden korunmak ve daha sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak amacı ile Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından 2001 yılında Türk İSG Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri-TS 18001 Uygulama Kılavuzu yayınlanmıştır. Bu standart aynı zamanda tehlike ve riskleri önceden belirleyerek, bunlara yönelik önlem alma çalışmalarının tümünü içeren bir yaklaşımdır. Her kuruluşa uygulanabilir nitelikte olan TS 18001 İSG Yönetim Sistemi standarttı, kuruluşun tüm faaliyetleri kapsamında, çalışanlar ve işletme için riskleri en aza indirme temelli İSG yönetim sistemi oluşturmak, kurmak, uygulamak ve sürekli iyileştirmek, sürdürmek ve kuruluşun uyguladığı İSG politikalarının uygunluğu konusunda güvence sağlamak amacıyla kuruluşa ait İSG yönetim sisteminin bağımsız bir dış kuruluş tarafından belgelendirilmesidir (62).

Ağır ve tehlikeli işyerleri için tüm dünya da kabul görmüş olan, risk analizine dayalı bir yönetim sistemi OHSAS 18000 standardının iki alt standardından biri olan, OHSAS 18001 alt standardı belgelendirme süreci içerirken, diğer alt standart olan 18002 ise standardı tanımlamaktadır (63).

OHSAS 18001 yaklaşım olarak Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al (PUKÖ) döngüsü temelli bir standarttır (Şekil 2).

Şekil 2. PUKÖ döngüsü (15).



Sistematik bir yöntem olan “PUKÖ” döngüsü, organizasyonların üretim sistemlerinin tüm değişkenlerin nedenlerini tespit etmek ve kaliteyi iyileştirmek, geliştirmek için ilk kez Walter Shewhart (1939) tarafından geliştirilmiş ve uygulanmıştır (15).

Bir işletmenin OHSAS 18001’i uygulamayı kabulünden sonra bazı unsurları içeren İSG yönetim sistemi oluşturması gerekmektedir. Bu unsurlar aşağıda sıralanmıştır (1);

- İSG çevre politikalarının oluşturulması
- Planlama
- Uygulama ve işletme
- Kontrol ve düzeltici önleyici faaliyet
- Yönetimin gözden geçirmesi

OHSAS 18001 İSG Yönetim Sisteminin işletmelere sağladığı yararlar şunlardır (60):

- Yasal yükümlülükleri yerine getirmek isteyen işletmeler için iş kazası ve meslek hastalıklarını önlemek veya en aza indirmek için

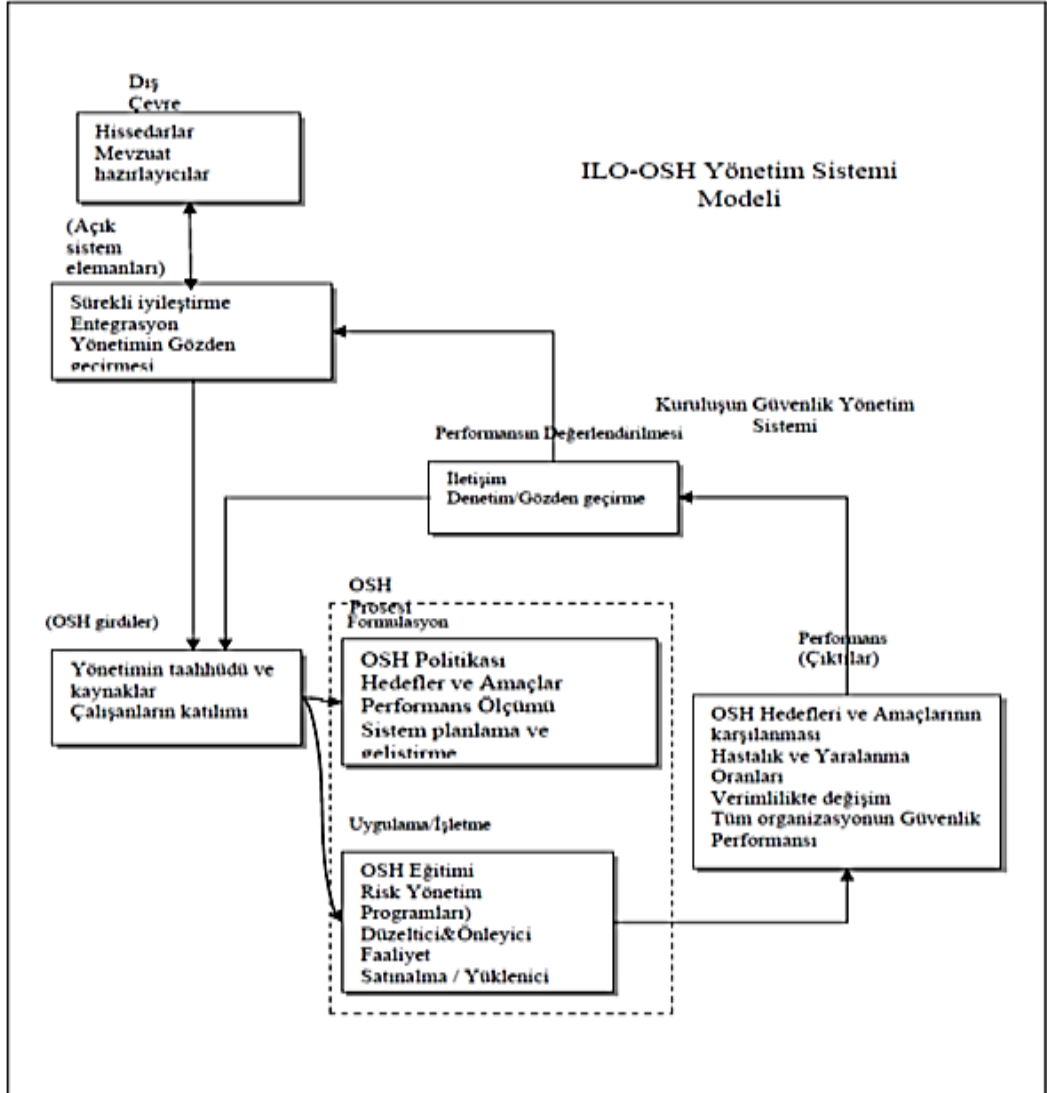
karşılanması gereken şartları içerir.

- Tehlikelerin önceden belirlenmesini sağlayarak, önceden önlem alınmasını hedefler.
- İşletmeler oluşturdukları yönetim sistemini belgelendirebilir.
- İşletmelerin belgelendirilmesiyle beraber, resmi makamlar önünde İSG'ye olan duyarlılıkları kanıtlanabilmektedir.
- İşletmelerde yönetim sisteminin yürütülmesiyle beraber kaza ve hastalıkların maliyetleri en aza indirilebilmekte, verimlilik ve prestij arttırılarak karlılık yükselmekte, rakiplerine karşı üstünlük sağlanabilmektedir.
- İhracat önündeki engellemeler önlenebilmektedir.
- Çalışan memnuniyeti artmaktadır.

2.4.4. İLO-OSH Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistemleri

Sağlık ve güvenlik yönetim sistemleri üzerine bir rehber olan OHS (Guidelines On Occupational Health And Safety Management Systems), 2001 yılında uluslararası uzman bir grup tarafından hazırlanmıştır. Rehberin hazırlanmasındaki amaç; İSG yönetim sistemleri için uluslararası bir çerçeve oluşturmaktır. Bu rehber İSG Yönetim Sistemlerinin bir sistematığı niteliğindedir. Rehber, kendi ulusal çerçeve programlarını oluşturma amacıyla, UÇÖ'ne üye ülke hükümetlerine çağrıda bulunmaktadır. Bu rehber İSG alanında ulusal bir model kurulmasına yardımcı olma amacı taşımakta olup, belgelendirme amacı ile kullanılmamaktadır (62, 63). İLO-OSH 2001 Yönetim Sistemi Modeli aşağıda gösterilmiştir (Şekil 3).

Şekil 3. UÇÖ-OHS Yönetim sistemi modeli (62)



2.5. İSG İle İlgili Kuruluşlar

İSG ile ilgili kuruluşlar uluslararası kuruluşlar ve ulusal kuruluşlar olmak üzere iki başlıkta ele alınmıştır.

2.5.1. Uluslararası Kuruluşlar

İSG; devleti, işvereni ve işçiyi kapsayan her birisine birlikte ve ayrı ayrı sorumluluklar yükleyen bir kavramdır. İşçiler dolaylı ya da doğrudan çeşitli riskler ve tehlikelere maruz kaldıkları; işverenler riskler ve kazalar sonucu oluşabilecek maddi ya da manevi kayıplara uğrayabilecekleri; devlet ise oluşabilecek kaza ve hastalıkların toplumun refahını etkileyebileceği için İSG'nin paydaşlarından ve sorumlularındandır. İşte bu nedenle günümüzde İSG gelişmiş ülkelerde dahil olmak üzere tüm devletlerin

uğraşı alanları arasında yerini almıştır. Dünyada İSG'nin farkındalığının ve öneminin giderek artması sonucunda yol göstermek, kurallar koymak, ortak aklın ürünleriyle hareket edebilmek için uluslararası düzeyde birtakım kuruluşlar da İSG alanında çalışmalara başlamışlardır.

2.5.1.1. Uluslararası Çalışma Örgütü

UÇÖ, 1920 yılında I. Dünya Savaşı sonrası imzalanan Versailles Antlaşmasının bir parçası olarak, evrensel ve kalıcı barışın ancak sosyal adalete dayandığı takdirde gerçekleştirilebileceği inancını yansıtabilecek şekilde kurulmuş bir organizasyondur. Ocak 1919 yılında Paris'te, Nisan 1919'da Versailles'de bir araya gelen Barış Konferansı bir çalışma komisyonu kurmuş ve bu komisyon UÇÖ'nun anayasasını hazırlamıştır. Birleşik Devletler'deki Amerikan Çalışma Federasyonu Başkanı Samuel Gompers'in başkanlığındaki Komisyon, dokuz ülkenin temsilcilerinden oluşuyordu: Belçika, Küba, Çekoslovakya, Fransa, İtalya, Japonya, Polonya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri. Komisyon yürütme organlarında üçlü bir yapıya yer verildi ve hükümet, işçi ve işveren bu komisyondaki yürütme organlarında bir araya getirildi (64).

Sanayileşen toplumlardaki işçilerin sömürülmesi, sosyal adaleti ve barışı tehdit eder bir haldeydi. UÇÖ'nün yaratılışının itici gücü işte bu şartlar altında olması gereken güvenlik, insani, politik ve ekonomik hususlardan kaynaklanmıştır. UÇÖ Anayasasının giriş kısmı, adaletin ve insanlığın sürdürülmesi hem de dünyanın sürekli barışını koruma arzusuyla hareket edileceğini anlatır (65).

UÇÖ'nün dört temel stratejik hedefi bulunmaktadır.

1. Çalışma yaşamında temel ilke, standart ve hakların yaygınlaştırılması ve yaşama geçirilmesi
2. Kadınların ve erkeklerin insana yakışır işlerde çalışması için olanaklar yaratmak ve gerekli fırsatları artırarak insana yakışır kazanç sağlayabilmelerini sağlamak
3. Sosyal korumanın kapsamının herkes için genişletilmesi ve etkililiğinin artırılmasını sağlamak

4. Üç taraflılığın (işçi, işveren ve devlet) ve sosyal diyalogun güçlendirilmesini sağlamak (65).

UÇÖ genel kurulu ilk toplantısını 1919 yılında Washington'da yapmış, bu toplantıda 6 sözleşme ve 6 tavsiye kararı almıştır. Örgütün en önemli bildirgelerinden biri olan Philadelphia Bildirgesi 1944 yılında Philadelphia'da yapılan bir toplantı ile yayımlanmıştır. Bu bildirmede ağırlıklı olarak örgütün çalışmalarının ne yönde süreceği konuşulmuş, hedef ve amaçları yeniden gözden geçirilmiş sosyal adaletin, düşünce ve örgütlenme özgürlüğünün, yoksulluğun toplumların refahı için bir tehlike oluşturduğu ve dünya barışının sağlanması üzerinde önemle durulmuştur (20).

1919 yılından 1946 yılına kadar Milletler Cemiyeti (MC)'ne bağlı olarak çalışan UÇÖ, 1946 yılında imzalanan anlaşma ile çalışma yaşamı, sosyal koşullar, meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesine yönelik çalışmalar yapan ve uluslararası standartları oluşturmaya çalışan BM'in bir uzmanlık kuruluşu olarak kabul edilmiştir.

UÇÖ Genel Konferans, Yönetim Kurulu ve Uluslararası Çalışma Bürosu organlarından meydana gelmektedir. Genel Konferans, üye ülke delegelerinden oluşur. Toplantılar yılda bir ve gerekirse olağanüstü olarak yapılır. Konferansa her üye ülkeden 4 kişi katılır. Bunların ikisi hükümet temsilcisi biri işçi biride işveren temsilcisidir. Yılda bir yapılan Uluslararası Çalışma Konferansında uluslararası asgari çalışma standartları ve UÇÖ'nün genel politikaları belirlenmektedir (65).

UÇÖ, hükümet, işveren ve işçi temsilcilerinin yer aldıkları üç taraflı tek BM kuruluşudur. Üçlü yapıya sahip olan ve 185 üyeden oluşan UÇÖ, üye ülkelerin çalışma standartları, politikaları ve programlarını serbestçe ve açıkça tartışabildikleri, bir platform niteliğindedir. UÇÖ, işçi, işveren ve devlet üçgeninde birlikte alınan kararlarda eşit söz hakkına sahip olunmasını ve sosyal diyalogu etkin bir biçimde ortaya konulmasını sağlayan bir yapıdır (65).

2.5.1.2. Dünya Sağlık Örgütü

Uluslararası barış ve iş birliği konularındaki çalışmalar II. Dünya Savaşından sonra daha kapsamlı olmuş ve kurumsal sonuçlara ulaşmıştır. DSÖ II. Dünya Savaşından sonra sağlık konusunda dünya ülkeleri arasında iş birliğini geliştirmek

amacı ile kurulmuş olan bir uluslararası örgüttür. 22 Temmuz 1946'da imzalanarak yürürlüğe giren örgüt anayasası sağlıklı bir sosyal hak, sağlık hizmetini ise kamusal hizmet olarak kabul etmektedir. Bütün üye ülkeler sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerini önemsemektedir (66).

DSÖ anayasası oldukça geniş konuları kapsamaktadır. Bu anayasada insan sağlığından hükümetler sorumlu tutulmuş ve ülkeler arasındaki sağlık farkının azaltılmamasının tüm ülkeleri tehdit edeceği söylenmiştir. Anayasada sadece sağlık değil bunun yanı sıra beslenme, konut, eğlence ve dinlenme gibi konulara da yer verilmiş ülkelerin ekonomik koşullarının ve çalışma koşullarının düzeltilmesi konusunda hükümete birtakım yükümlülükler getirmiştir. DSÖ anayasası sağlıklı sadece fiziksel boyutu ile değil ekonomik ve sosyal boyutu ile de ele almış, sağlığın kamusal bir hizmet olduğunu belirtmiş ve bu hizmetin sürdürülebilmesi için sosyal ve ekonomik belirleyicilere vurgu yapmıştır.

DSÖ Görevleri

- Hastalıkların kontrol edilmesinde uluslararası birlikteliğin sağlanabilmesi
- Sağlık konularında daha çok uzman görüşünün belirlenmesi,
- Aşı gibi biyolojik maddelerin standartlara uygun olarak üretiminin sağlanması
- İnsan topluluklarını bilinçlendirici yayınlar yapıp, burslar verilmesi
- Sosyo-ekonomik yönden gelişmemiş ülkelere maddi ve bilimsel desteklerin sağlanması
- Salgın, savaş ve doğal afet gibi durumlarda dünyanın her yerine yardım ulaştırmak,
- Afetzedeler ve mültecilere sağlık hizmeti vermek.
- Örgüt adına veriler toplayan, araştırma ve eğitim faaliyetlerini yürüten enstitü, laboratuvar veya kurumlarla iş birliği yapmak ve gerektiğinde bu kurumlara maddi destek sağlamak (66).

DSÖ Küresel Strateji Hedefleri

- İSG hizmetlerinin güçlendirilmesi,

- İSG profesyonellerinin eğitimi
- Destek hizmetlerin organizasyonu
- İSG faaliyetlerinde araştırmalar yapmak
- İSG standartlarını sağlamak
- Gelişmiş ve gelişmekte olan ÷lkelerde özellikle tarım, kayıt dışı sekt÷r ve küçük işletmelerde çalışanlar ile kendi hesabına çalışanlar gibi İSG hizmetlerine ulaşamayan çalışanlara iş sağlığı hizmetlerini sunmak (67).

DSÖ 2008-2017 “Küresel Eylem Planı” Amaçları

- Çalışanların sağlığı için politika araçlarını tasarlamak ve uygulamak
- İşyerinde sağlığı korumak ve geliştirmek
- İş sağlığı hizmetlerinin performansını ve ulaşılabilirliğini arttırmak
- Eylem ve uygulama için kanıt sağlamak ve iletmek
- Çalışanların sağlığını diğer politikalara dahil etmek (67).

2.5.1.3. Avrupa Birliği

Kömür ve çelik üretimini uluslararası bir mekanizma ile denetleme fikri, 1951 yılında Paris’te yapılan “Paris Antlaşmasıyla” Almanya, Fransa, Hollanda, İtalya, Lüksemburg ve Belçika Avrupa birliğinin temeli olan Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğunu oluşturmuştur. 1957 yılında yine aynı ÷lkeler tarafından Roma’da, “Roma Antlaşması” imzalanarak, Avrupa Atom Enerji topluluğu ve Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) kurulmuştur. 1957 yılında birleşen ve tek bir yönetim yapısına kavuşarak Avrupa toplulukları adını almıştır. AET’nun amacı, ekonomik birlikteliğin olduğu ve sınırların kalktığı tek bir Avrupa oluşturmaktır. Bu oluşum üye devletlerin halkına barış, özgürlük ve refah getirmeyi kendisine hedef olarak belirlemişti (68). 1986 yılında kabul edilen “Avrupa Tek Senedi” birliğin ekonomik ve sosyal politika alanında gelişmesi, çalışma koşullarının düzentilmesi açısından çok önemli bir yere sahiptir.

Avrupa Tek Senedi ile aşağıdaki konularda hedeflere ulaşılması kabul edilmiştir.

- Mal, hizmet ve sermayenin serbest dolaşımı
- Ekonomik ve sosyal bütünleşmenin gerçekleştirilmesi
- İşçilerin sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi
- Çevrenin korunması
- Araştırma, geliştirme ve teknolojik gelişmelerin hızlandırılması
- Ekonomik ve parasal birliğin sağlanmasıdır (60).

Tek senedi takiben, İSG alanında 1989 yılında kabul edilen “Sosyal Şart” (Avrupa Topluluğu Temel Sosyal Haklar Şartı) önemli adımlar atılmıştır.

Sosyal Şart aşağıdaki konularda düzenlemeler getirmiştir.

- Ücretlilerin serbest dolaşım hakkı
- İstihdam ve ücret
- Çalışma şartlarının geliştirilmesi, sosyal güvenlik,
- Toplu görüşme
- Mesleki eğitim
- Kadın ve erkek arasında eşit işlem
- Emeklilik
- Çocuk ve gençlerin korunmaları (60).

7 Şubat 1992 tarihinde imzalanan ve Kasım 1993'te yürürlüğe giren “Maastricht Antlaşması” günümüzün en önemli ekonomik ve siyasi bütünleşmesini oluştururken, bu antlaşma ile AET, AB adını almıştır (69, 70). 1997 yılında imzalanan “Amsterdam Antlaşması” ve ekli “Sosyal Politika Protokolü” ile bazı haklar Avrupa sosyal taraflarına tanınmış, toplu görüşme ve sözleşme yapma, kadın-erkek arasındaki fırsat eşitliği ve “İstihdam” alanında birliğin sosyal politika görev alanı genişletilmiş ve yetkileri arttırılmıştır. 2007 yılında Lizbon’da imzalanan ve 2009 yılında yürürlüğe giren “Lizbon Antlaşması” ile AB daha demokratik bir yapıya kavuşturulmuş, karar alma mekanizmaları tekrar incelenmiş ve birliğin etkinliği arttırılmıştır. Lizbon Stratejisi kapsamında, İSG’ne dair, “az kaza–çok verimlilik” ilkesinin yerine getirilmesine yönelik bir strateji planı yürütülmesi kararı verilmiştir. AB 2013 yılında Hırvatistan’ın birliğe kabulü ile üye sayısı 28 olan 450 milyon nüfuslu dev bir yapı halini almıştır (71).

AB her ne kadar ekonomik sebeplerle kurulmuş bir yapı olarak karşımıza çıksa da İSG alanında da birtakım kararlar almıştır. İSG Çerçeve Direktifi (1989/391/EEC), Avrupa Birliği'nin İSG'ne ilişkin izlediği katılımcı politikanın bir özeti niteliğindedir. Çerçeve Direktif, İSG yönetimine ilişkin çeşitli önerilerde bulunmaktadır ve işyerlerinde çalışanların sağlık ve güvenliğinin geliştirilmesini teşvik edecek önlemleri ve çalışanların korunması ve risklerin önlenmesinin temel prensiplerini tanımlamaktadır (72).

1989/391/EEC Çerçeve Direktifi üç ilkeyi temel almaktadır.

1. İşverenin, işçilerin işyerinde maruz kaldıkları mesleki riskleri önleyerek, sağlık ve güvenliklerini koruma yükümlülüğü
2. İşçileri bilgilendirme yükümlülüğü
3. İşçilere eğitim verme yükümlülüğü (60).

1989/391/EEC Çerçeve Direktifinin işçi ve işverene yüklediği birtakım yükümlülükler bulunmaktadır. İşçi açısından İşçiler sadece kendi sağlık ve iş güvenliklerinden değil aynı zamanda ihmallerden dolayı başka kişilerinde etkilenmesinden sorumludurlar. Kendilerine işverence verilen KKD, makine, araç ve gereçleri, tehlikeli maddeleri uygun kullanacaklar, acil durumlarla karşılaştıklarında işvereni anında haberdar edecekler, işverene ve İSG temsilcilerine çalışma ortamının güvenliği hususunda yardımcı olacaklardır. İşverenin yükümlülükleri ise genel olarak işçinin sağlık ve güvenliğini korunmasını sağlamaktır. Bunun için işveren gerekli tüm önlemleri alacaktır. Bu kapsamda işverenin risk değerlendirmesi yapmak, çalışanları eğitmek ve bilgilendirmek, araç-gereç, makine, kimyasal madde kullanımında tehlikelilerin yerine tehlikesizleri ya da daha az tehlikelileri ikame etmek, iş kazaları ile ilgili kayıt tutmak, rapor vermek, karar alma süreçlerinde işçi ve çalışan temsilci görüşlerini almak gibi görevleri vardır (60).

AB, İSG politikalarının ve Çerçeve Direktifin hayata geçirilmesini destekleyen, ulusal stratejilerde ve uzun vadeli programlarda, İSG ile ilgili konuların genel işletme yönetimiyle bütünleştirilmesi, işletme düzeyinde uygulanabilecek en önemli önleyici tedbirlerden biri olarak görülür (73). Özellikle Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler (KOBİ)'de risk değerlendirmesi ve İSG yönetimini destekleyecek araçların geliştirilmesine ve teşvik edilmesine yönelik pek çok program

mevcuttur. AB Ulusal düzeyde İSG’ni kapsayan tüm konulardan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB)’nı, İSG mevzuatı, uygulanacak strateji, yapılacak organizasyonlar, eğitim ve öğretim gibi konuların ve İSG mevzuatının uygulanmasından da devletleri sorumlu tutmuştur (74).

Türkiye-AB ilişkilerinde temel tarihler aşağıda sıralanmıştır.

- 12 Eylül 1963: Ankara Anlaşması’nın imzalanması (Yürürlük:1 Aralık 1964)
- 1 Ocak 1996: Gümrük Birliği’nin yürürlüğe girmesi
- 10-11 Aralık 1999: Helsinki Zirvesi’nde adaylığımızın tescili
- 3 Ekim 2005: Üyelik müzakerelerinin başlaması
- 12 Haziran 2006: Müzakere sürecinde ilk olarak “25-Bilim ve Araştırma” faslının açılması
- 14 Aralık 2015: Son olarak 17-Ekonomik ve Parasal Politika” faslının açılması (75-76).

2.5.1.4. Birleşmiş Milletler

II. Dünya Savaşı’ndan galip çıkan Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Sovyetler Birliği, İngiltere, Fransa ve Çin Halk Cumhuriyeti tekrar savaşların yaşanmaması ve barışın devam edebilmesi amacıyla uluslararası bir örgüt kurma çalışmalarına girmişlerdir. ABD, Çin, İngiltere, Fransa ve Rusya’nın oluşturduğu güvenlik konseyi ve üye devletlerin çoğunluğunun “BM Şartı”nı onaylamalarının ardından 24 Ekim 1945 tarihinde BM resmen faaliyete geçmiştir (77). BM uluslararası alanda, sosyal eşitlik, adalet, güvenlik ve ekonomik kalkınmayı tüm dünyada gerçekleştirmeyi kendisine amaç edinmiş bir kuruluştur. Kurulduğu yıllarda üye sayısı 51’den, 193’e ulaşmıştır (78).

BM yayınlamış olduğu “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nde İSG’ni temel insan hakları arasına almakta ve herkesin adil ve uygun olarak güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı, kendisinin belirlediği iş yerinde, makul iş saatleri ölçüsünde, eşit iş için eşit ücretle, kendisi ve ailesi için insan onuruna yaraşır bir ücretle çalışmak ve ücretli dönemsel tatiller de dahil, dinlenme ve boş zaman hakkı olduğuna dikkat çekmektedir (79).

2.5.1.5. Dünya’da İSG İle İlgili Diğer Kuruluşlar

Dünyada İSG ile ilgili olarak her ülkenin ulusal İSG kuruluşları vardır. Bu kuruluşlar aşağıda başlıklar halinde ele alınmıştır.

i. İş Güvenliği ve Yasal Kaza Sigortası Enstitüsü (IFA)

DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) Alman Sosyal Kaza Sigortası Kurumunun bir enstitüsü olan Almanya İş Güvenliği ve Yasal Kaza Sigortası Enstitüsü IFA (Institute for Occupational Safety and Health), iş yerlerinde çalışan sağlığının korunması ve iş güvenliği ile ilgili bilimsel ve teknik sorunların çözümü için Alman Sosyal Kaza Sigortaları Enstitülerini ve organizasyonlarını destekleyen bir kuruluştur (80).

ii. Sağlık Sigorta Sandıkları Enstitüsü (IAG)

Almanya Sağlık Sigorta Sandıkları Enstitüsü işverenleri, İSG iş müfettişleri, İSG profesyonelleri, işyeri Hekimleri, yasal kaza sigortası kurumlarında çalışan diğer önleme uzmanları ve politik karar vericilerinin eğitildiği bir eğitim kurumudur. Sağlık Sigorta Sandıkları Enstitüsü, her yıl seminerler, ulusal ve uluslararası çalıştay ve konferanslar düzenler, araştırmalar yaparak önleme alanında çalışmalar yürütür (80).

iii. İş Yerinde Önleme, Koruma ve Sağlık Enstitüsü (PREVENT)

Belçika’da İSG uygulamalarının yürütülmesi amacıyla İş Yerinde Önleme, Koruma ve Sağlık Enstitüsü (PREVENT) kurulmuştur. Bu kuruluş çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve kalitesinin artırılarak, mesleki riskleri azaltmayı amaçlayan bir kuruluştur (81).

iv. Danimarka Ulusal İş Sağlığı Enstitüsü

Danimarka’da bulunan kuruluş, İSG konusunda üniversitelerle ve birçok akademisyenle iş birliği sağlayarak, İSG konusunda bilimsel araştırmalar yapmakta ve anlamda akademik çalışma ve tez yazılmasına katkıda bulunmaktadır (81).

v. İSG Enstitüsü (FIOH)

Finlandiya’da bulunan İSG Enstitüsü (FIOH), işyerinde refah, araştırma, danışmanlık hizmetleri ve eğitim konularında uzmanlaşmış bir kuruluştur. Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösterir ve yaklaşık 500 çalışanı vardır (82).

vi. Helenik Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (ELINYAE)

Yunanistan’da bulunan Helenik Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (Hellenic Institute for Occupational Health and Safety), çalışma ortamındaki çeşitli tehlikeli maddeleri ve koşulları tespit etmek, kayıt altına almak, analiz etmek ve araştırmak amacıyla araştırma programlarını yürütmekte ve çalışanların sağlık ve güvenlik konularındaki etkilerini incelemektedir. Merkezlerdeki uzmanlar, özellikle, İSG kurulları, sendikalar, işveren federasyonları ve işletmelerden yazılı taleplerin ardından sağlık ve güvenlik konularında da hizmetler sunmaktadır (83).

vii. Ulusal İş Kazaları Sigorta Enstitüsü (INAIL)

İtalya’da bulunan ve INAIL olarak bilinen “Ulusal İş Kazaları Sigorta Enstitüsü” (National Institute for Insurance against Accidents at Work) işyerinde gerçekleşen işçi kazalarını ve mesleğe dayalı rahatsızlıkları takip etmektedir (84).

viii. Ulusal İş Güvenliği ve Önleme Enstitüsü (ISPESL)

İtalya’da bulunan İSG Önleme Enstitüsü, Çalışma ve Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır. Enstitü, yerel koordinasyon komiteleri ve sosyal taraflarla yasal düzenleme çalışmaları, denetim, işyerlerindeki İSG ve çalışma hayatını destekleme alanlarında ortak çalışmalar yapmaktadır (85).

ix. Ulusal İş Sağlığı Enstitüsü, (NIOH)

Ulusal İş Sağlığı Enstitüsü, Norveç’te Ulusal Mesleki Sağlık Enstitüsüdür. Enstitü, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından finanse edilir. Amacı çalışma ortamını iyileştirmek, çalışılabilir bir çalışma ortamı oluşturmak, iş yeri sağlığını teşvik ederek hastalıkları önlemektir (86).

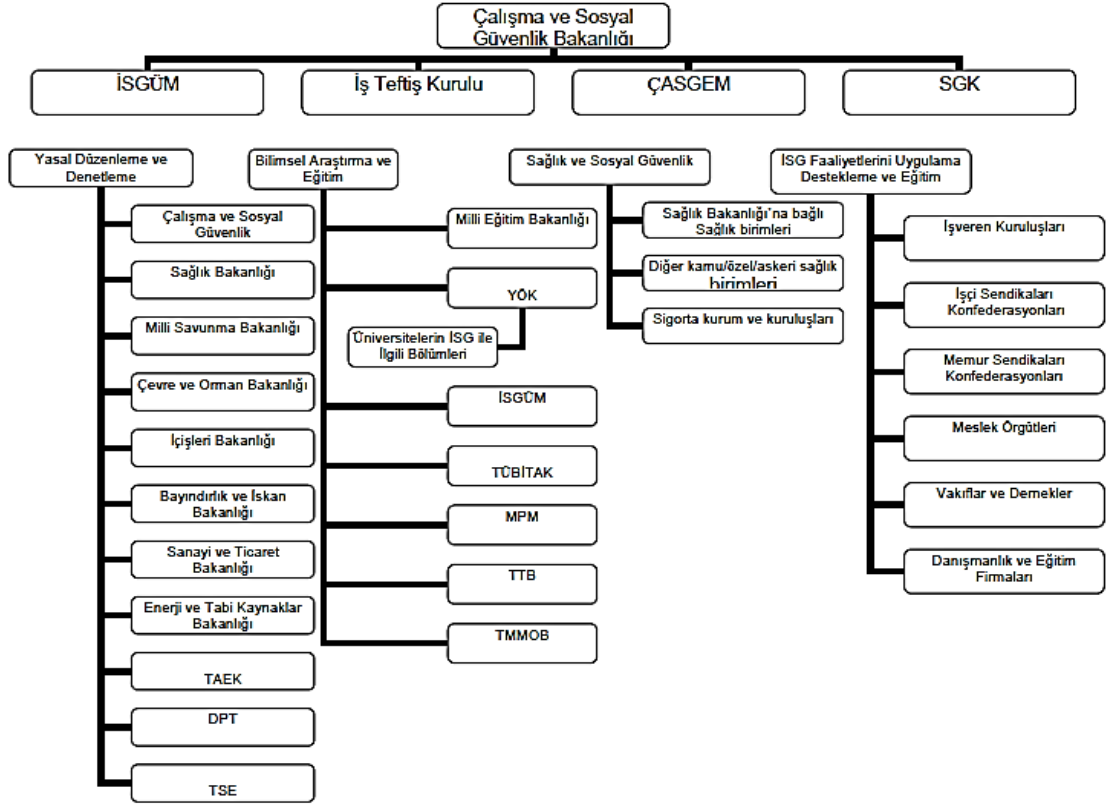
2.5.2. Ulusal Kuruluşlar

Türkiye’de İSG yapılanmasını oluşturan kuruluşlar iki grupta incelenebilir. Sistematik bir yaklaşımla ele alınacak olursa Türkiye’de mevcut İSG yapılanmasının ilk ayağında ÇSGB’na bağlı olarak çalışan ve İSG faaliyetlerinde bulunan 4 birim bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla İş Sağlığı Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM), İş Sağlığı Güvenliği Merkezi (İSGÜM), İş Teftiş Kurulu (İTK), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM) ve SGK’dan oluşmaktadır. İSG faaliyetlerinde rol alan ikinci grupta ise çok sayıda kurum ve kuruluş vardır. Bu kurumlar yasal düzenlemelerin yapılmasında ve denetlenmesinde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin yürütülmesinde, veri toplamada, İSG uygulamalarının yaygınlaşması için destek vermekte ve bilimsel araştırmalar yapıp, İSG eğitimleri vermektedir (87).

2.5.2.1. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Çalışma Bakanlığı, 7 Haziran 1945 tarihinde kurulmuştur. 22 Haziran 1945 tarihinde 4763 sayılı kanun ile görevleri tanımlanmıştır. 28 Ocak 1946 tarih ve 4841 sayılı kanun ile 4763 sayılı kanuna göre görev kapsamı genişletilmiş, merkez ve taşra teşkilatı tanımlanmıştır. 17.11.1974 tarihinde Sosyal Güvenlik Bakanlığı kurulmuş, SSK ile Bağ-Kur bu bakanlığın bünyesine alınmıştır. 1983 tarihinde “Çalışma Bakanlığı” ile “Sosyal Güvenlik Bakanlığı” birleştirilmiştir. 2000 yılında, 618 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile yeniden yapılandırılarak “SGK Başkanlığı” ve İSGGM kurulmuştur (88). Türkiye’de İSG’ni kurumsal yapısı aşağıda gösterilmiştir (Şekil 4).

Şekil 4: Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği sistemi kurumsal yapı (60).



ÇSGB'nın Türkiye’de çalışma hayatıyla ilgili üstlendiği önemli görevlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- Çalışma yaşamını düzenleyici, çalışma barışını sağlayıcı, kolaylaştırıcı ve koruyucu önlemler almak
- İSG’ni geliştici çalışmalar yapmak
- Ülkemiz sınırları dışında çalışan Türk işçilerinin çalışma hayatı ve sosyal güvenlikle ilgili tüm hak ve çıkarlarını korumak ve sürekliliğini sağlamak
- Çalışanların sağlığının ve güvenliğinin sağlanması için koruyucu tedbirler almak
- Sosyal güvenliği sağlayıcı ve istihdamı artırıcı çalışmalar yapmak
- Çeşitli fizyolojik, ekonomik ve sosyal risklere karşı sosyal sigorta hizmetlerini uygulamak
- Çalışma yaşamını denetlemek
- İstatistikleri yapmak ve sonuçlarını değerlendirmek ve yayınlamak (89).

i. İSG Genel Müdürlüğü

İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı, 4947 sayılı SGK kuruluş kanununun 12. maddesi uyarınca İSGGM olarak yeniden yapılandırılmıştır. Denetim dışında çok kapsamlı görevleri vardır. İSGGM bu alandaki uygulamaların merkezinde olan en önemli kuruluştur. İSGGM görevleri aşağıda özetlenmiştir.

- İSG ile ilgili olarak, ulusal standartlar, plan, program ve politikalar belirlemek
- Alanı ile ilgili tüm denetimleri yapmak, araştırma, yayın, istatistik yapmak ve önerilerde bulunmak
- İlgili kuruluşlarla iş birliği sağlayarak mevzuat oluşturmak,
- İş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesine yönelik olarak, İSG ile ilgili tüm çalışmaları yürütmek
- Kendisine bağlı çalışan kurum ve kuruluşların işleyişlerini yönetmek ve gerekli denetimleri yapmak
- KKD ve makine koruyucularının imalatını yapacak kişi ve kuruluşları yetkilendirmek
- İSG profesyonellerinin İSG ile ilgili eğitimi, eğitim verecek kurumların yetkilendirme, belgelendirme ve denetimini sağlamak
- İSG kapsamında yapılması gereken, her türlü ölçüm, analiz ve değerlendirmeleri yapmak (89).

ii. İSG Merkezi

1968 yılında, Türkiye ile UÇÖ arasında yapılan anlaşma gereğince İSGGM'ye bağlı olarak kurulmuştur. İSGÜM, Türkiye'de işyerlerinde ortam ölçümleri ile biyolojik analizleri yapan ve İSG yönünden değerlendiren tek resmi kuruluştur. Ankara'daki Merkez ve İstanbul, İzmir, Adana, Kayseri, Zonguldak ve Kocaeli'nde bulunan bölge laboratuvarları ile hizmet vermektedir. İSGÜM'ün görev ve amaçları aşağıda anlatılmıştır.

- Ulusal ve uluslararası standartları hedef alarak hizmet vermek
- Tüm ortam ölçüm (gürültü, toz, aydınlatma gibi), analizlerini yapmak

- Analizlerde kullanılan ölçüm aletlerinin talimatlarını hazırlamak ve kalibrasyonlarının periyodik olarak takip edilmesini sağlamak
- Yapılan ölçümler sonucunda analiz raporlarının, teknik yeterliliğini kontrol etmek ve onaylamak
- Eğitim ve araştırma faaliyetlerini gerçekleştirmek ve raporlandırmak (81).

iii. İş Teftiş Kurulu

İş mevzuatının uygulanmasının denetlenmesi bir devlet görevidir. Türk iş teftişinin hukuki dayanağı oluşturan 81 sayılı ILO Sözleşmesi üye devletlere, bir teftiş sistemi kurma zorunluluğu getirmiştir. İş teftişinin bir diğer yasal dayanağı ise 3146 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanundur. 1979 tarihinde İş Teftiş Tüzüğü doğrultusunda İTK başkanlığı kurulmuştur. İTK başkanlığının görev ve yetkileri kısaca şunlardır.

- Çalışma hayatında mevzuatın uygulanmasını iş teftiş müfettişleri ile denetlemek, yönetmek ve yürütmek
- Yapılan denetim sonuçları doğrultusunda iş teftiş istatistiklerini tutmak, sonuçlarını değerlendirmek, yorumlamak ve kamuoyu ile paylaşılmasını sağlamak amacı ile yayınlamak
- Çalışma hayatı ile ilgili plan ve programlar hazırlamak (90).

iv. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Başkanlığı

ÇASGEM, Türkiye'de kurulan ilk çalışma enstitüsüdür. UÇÖ ve Türkiye Hükümeti arasındaki 13 Sayılı Ek Anlaşma ile 1955 yılında Yakın ve Orta Doğu Çalışma Enstitüsü (YODÇE) olarak İstanbul'da kuruldu. Beş yıllık uluslararası dönemin ardından, 17 Ocak 1960 tarihinde 7460 Sayılı Kanun ile Çalışma Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu oldu ve 1972 yılında Ankara'ya taşındı. Kurumun 1985 yılında adı Yakın ve Orta Doğu Çalışma Eğitim Merkezi (YODÇEM) olarak değişti ve bağımsız bütçeye kavuştu. 2003 yılına kadar ağırlıklı olarak İSG ile iş mevzuatı eğitimleri düzenleyen merkez, 2003 yılında ÇASGEM adını aldı. Yapılan değişikliklerle beraber, kurum bütçesi artırılarak yeni kadrolar ilave edildi ve yeni görevler verildi. ÇASGEM bugün, kapasite ve deneyimiyle çalışma hayatının her alanına dokunan,

işveren ve çalışanları bilgilendiren, iş yaşamının kalitesinin artırılması için çalışan bir kurumdur. ÇASGEM, 4857 sayılı iş kanununun ve İSG Mühendis ve Teknik Elemanlarının görevlerini belirleyen yönetmeliğin yürürlüğe girmesiyle önemli bir görev üstlenmiştir. İşyerlerinde İSG konusunda görevli kişilerin sertifika eğitimlerinin düzenlenmesi konusunda yetki alan ÇASGEM, Danıştay'ın, yönetmeliğin bazı maddelerinin iptaline dair kararına kadar eğitimleri sürdürmüştür (91).

v. Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal sigortalar alanındaki ilk çalışmalar Türkiye'de 1936 yılından sonra başlamıştır. İşçi Sigortalar Kurumu 1946 yılında özel sektör işçilerinin sosyal güvenlik kurumu olarak kurulmuş, bu kurum 1964 yılında 506 sayılı kanunla "Sosyal Sigortalar Kurumu"na dönüştürülmüştür. Memurlar 1950 yılında Emekli Sandığı Kanunu ile esnaf ve sanatkarlardan oluşan bağımsızların sosyal güvenlik hakları ise Bağ-Kur Kanunu ile garanti altına alınmıştır. 2000 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmasıyla sosyal güvenlikte yeni bir dönem başlamıştır. 5502 sayılı SGK Kanunu ve 5510 sayılı SSGSS kanunu çıkarılarak daha katılımcı ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması hedeflenmiştir. 2006 yılında yapılan ve dünyada sayılı reformlar arasına girecek olan "Sosyal Güvenlik Reformu" ile her biri farklı mevzuatlarda çalışan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, SGK diye isimlendirilen bir yapı altında birleşmiştir. SGK'nun görevleri şunlardır.

- Sosyal güvenlik politikaları yapmak ve daha güncel, daha yeni, daha iyi olmasına yönelik çalışmalar yapmak ve geliştirmek
- SGK çatısı altında olan gerçek ve tüzel kişilere sistem ile ilgili hakları ve yükümlülükleri bildirmek ve bunların uygulanabilirliğini sağlamak
- Sosyal güvenlik konularında tüm dünyada konuyla ilgili olan gelişmeleri takip etmek ve değerlendirmeleri yapmak
- AB ve diğer uluslararası kuruluşlarla birlikte çalışarak, imzalanmış olan sözleşmelerin uygulanmasını sağlamak
- Sosyal güvenlik alanında diğer kamu kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak (60).

SGK, kısa vadeli sigorta kolları, uzun vadeli sigorta kolları ve genel sağlık sigortası kapsamında oluşmaktadır (60).

SGK Kısa vadeli sigorta kolları kapsamında sigortalılarını ve hak sahiplerine;

1. Geçici iş grememezlik deneği verilmesi
2. Sürekli iş grememezlik geliri bağlanması
3. İş kazası sonucu veya meslek hastalığı sonucu hayatını kaybeden sigortalının hak sahiplerine gelir bağlanması
4. Cenaze deneği denmesi
5. Annelik sigortası kapsamında emzirme deneği
6. Erkekler askerlik ve kadınlara doğum borçlanması hakları verilmektedir.

SGK Uzun vadeli sigorta kolları kapsamında;

1. Malullük aylığı
2. Yaşlılık aylığı, yaşlılık toptan ödeme
3. Ölüm aylığı, ölüm toptan ödeme
4. Ölüm aylığı almakta olan kız çocuklarına evlenme deneği ile cenaze deneği hakları verilmektedir.

SGK Genel Sağlık Sigortası kapsamında;

1. Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere hastalıklarından korunması amacı hizmet ile ilgili ve ürünlerin verilmesi
2. Genel Sağlık Sigortalıları ve hak sahiplerinin, sağlık politikalarının tespitine ve etkin bir şekilde uygulanmasına katkı sağlanması
3. SGK Genel Sağlık Sigortası mevzuatından doğan hakları ve ödevleri konusunda bilgilendirme hizmetleri verilmektedir.

vi. Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi

Türkiye’de 2005 yılında AB normlarına uyum çerçevesinde ‘‘Ulusal İSG Konseyi’’ kurulmuştur. Kurulan bu konseyin amacı taraflar arasında sosyal diyalogu güçlendirmek, İSG konusunda bilgi alışverişini daha kolay sağlanabilir kılmak, İSG

uygulamalarını takip etmek ve İSG politikası geliştirmek, ihtiyaç ve stratejileri belirlemek, çeşitli kurumların görevlerini tanımlamak ve kurumlar arası koordinasyonu sağlamaktır (60). Ulusal İSG konseyinin kurumsal yapısı aşağıda gösterilmiştir (Şekil 5).

Şekil 5. Ulusal İSG konseyi (60)



Ulusal İSG Konseyi, devlete ait kamu kurum ve kuruluşları yanı sıra işçi ve işveren temsilcileri, meslek odaları ve Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) gibi bütün tarafların katılımıyla yapılandırılmıştır. Bu yapı çalışanlar sendikalar tarafından temsil edilir. Sendikalar üye sayısına göre seçilir ve en fazla üyeye sahip olan üç sendika konseye üye gönderir. Mevcut konsey yapısında Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ), Hak-İş Konfederasyonu (HAK-İŞ), Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK), Türkiye Kamu Çalışanları Sendikaları Konfederasyonu (KAMU-SEN), Memur Sendikaları Konfederasyonu (MEMUR-SEN) ve Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK) temsilcileri yer almaktadır (92, 93).

Bunların haricinde konseyde Yüksek Öğrenim Kurumu'ndan (YÖK) bir yürütme kurulu üyesi, TESK'ndan bir yönetim kurulu üyesi, Türkiye Barolar Birliği'nden (TBB) bir yönetim kurulu üyesi, TMMOB'nden bir yönetim kurulu üyesi, TZOB'nden bir yönetim kurulu üyesi, ayrıca ihtiyaç duyulması halinde İSGGM'nün teklifi ve konseyin kararı ile belirlenen, İSG konusunda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlardan en fazla 2 temsilci yer alır.

2.5.2.2. Sağlık Bakanlığı

3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuş olan SB'nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Cumhuriyetin ilanı ile Dr. Refik Saydam Sağlık Bakanı olmuş ve bu görevi 1937 yılına kadar sürdürmüştür. Bu dönem SB'nin kurulması ve yapılanması açısından en önemli işlerin gerçekleştirildiği bir dönemdir (94). SB teşkilat yapısına yönelik düzenlemelerden birincisi, 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı kanun, ikincisi 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK, son düzenleme ise değişim yönetimi programı ve uygulama planı kapsamında çıkarılan 663 sayılı KHK'dır (95). 2002 yılında "Sağlıkta dönüşüm" programı başlamış sağlık bakanlığı icracı rolünden daha çok politika ve strateji oluşturucu, hedef koyucu, denetleyici ve eğitici rolüne geçmek için çalışmalara başlanmıştır. SSK'ya bağlı hastaneler 2005 yılında Sağlık Bakanlığına devredilerek, kurum sağlık hizmeti vermeyi bırakmıştır.

i. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

663 sayılı kanun hükmünde kararname çıkıncaya kadar Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (TSHGM) uhdesinde olan İSG uygulamaları 663 ile Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanması ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) tarafından yürütülmeye başlanmıştır. TSHGM 16/06/2011 tarihinde "Temel İş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları"nı düzenlemek amacıyla bir yönerge çıkartmıştır. Çıkarılan yönerge ile İSG hizmetlerine daha kolay ve yaygın olarak ulaşılabilirlik hedeflenerek SB bünyesinde verilen mevcut sağlık hizmetlerine İSG hizmetleri entegre edilmiştir. Ayrıca Toplum sağlığı Merkezlerine (TSM) işyeri Hekimliği hizmetlerinin kurumsal olarak verebilmesinin yolu açılmış ve buralarda görev yapan personelin çalışma esasları belirlenmiştir. SHGM'nün görevleri şunlardır;

- Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici tüm hizmetlerinin planlanması ve standartlarının belirlenmesi
- Organ ve doku nakli, diyaliz, evde sağlık ve Yoğun bakım gibi hizmetlerin planlama ve koordinasyonunu sağlamak
- Açılacak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının izin ve ruhsat faaliyetleri ile gereğinde verilen ruhsatların iptalini sağlamak
- Sağlık hizmetlerinin fiyatlarının belirlenmesi ya da belirlenen fiyatları onaylamak

- Hastaların ve çalışanların hakları ile bunların güvenliğine dair düzenlemeler yapmak
- Kamu, özel ayrımı yapmadan tüm sağlık kuruluşlarını mevzuat çerçevesinde denetlemek
- Sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmet sunucularının kalite ve akreditasyon yönünden yapması gereken işlemleri belirleyip, bunların uygulanmasını gerçekleştirmek
- Sağlık turizminin Türkiye’de daha yaygın ve gelişmiş olarak uygulanabilmesi için gerekli düzenlemeleri ve koordinasyonu sağlamak
- Sağlık hizmeti alan kişilerin bilgi ve veri mahremiyetini sağlayıcı düzenlemeler yapmak
- Tıpta uzmanlık eğitimlerini yürütmek
- Sağlık personelinin planlanmasını yaparak sayı ve niteliklerini arttırmak
- Sağlık çalışanlarına verilecek her türlü eğitim ve sertifikasyon programlarını organize ederek, bunları izleyip denetlemek ve belirli bir standarda kavuşturmak (95).

ii. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Gerek çalışanların sağlığı gerek bir vatandaş olarak aldığımız sağlık hizmetlerinin en önemli ayaklarından biri de acil sağlık hizmetlerinin yapılması ve sunulmasıdır. İSG kapsamında oluşabilecek iş kazaları acil nitelikte kazalar olup acil sağlık hizmeti alınması gerekir. Sadece iş kazası değil iş sırasında çalıştığımız birtakım kimyasallarla zehirlenme de yine acil müdahaleyi gerektiren bir durumdur. Acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğü de 663 sayılı KHK ile yeniden yapılandırılmış ve yeni görev tanımı yapılmıştır. Yeni görev tanımına Acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğünün görevleri şunlardır;

- Doğal afet ve acil durumlarda verilecek sağlık hizmetlerinin koordinasyonu yapmak
- Hastaların hastaneye ulaşacakları süre içerisindeki acil sağlık hizmetlerini verecek birimleri oluşturmak ve işleyişini sağlamak

- Hastaların sağlık tesislerine ulaştırılabilmesi için gerekli olan kara, hava ve deniz gibi her türlü ambulans hizmetlerini organize edip, bu hizmetlerin işlerliğini gerçekleştirmek
- Türkiye’de oluşabilecek herhangi bir afet ya da acil durumda sağlık hizmeti sunucularıyla gerekli koordinasyonu yapmak
- Sadece yurt içinde değil yurt dışında olan her türlü afet durumlarında, insani yardımları sağlamak ve bunun için gerekli koordinasyonları yapmak
- Afet ve acil olaylarda kullanılacak olan her türlü ilaç ve tıbbi malzeme yönetimini sağlayıp haberleşmenin kesintisiz devam edebilmesi için gerekli önlemleri almak acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğünün görevleri arasındadır (95).

Bu görev tanımı yanında acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğünün kurduğu Ulusal Zehir Danışma Merkezi 24 saat hizmet vererek, oluşabilecek zehirlenmelerde neler yapılması gerektiğini uzmanları vasıtasıyla doğru bir biçimde halka ve sağlık profesyoneline anlatmaktadır.

2.5.2.3. Milli Savunma Bakanlığı

Milli savunma bakanlığı bünyesindeki fabrikalar ve işyerlerinde yapılması gereken İSG ile ilgili faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde, gerekli eğitimlerin verilmesinde, değerlendirme ve denetleme de özerk bir yapıya sahiptir. 6331 sayılı iş kanununda da askeri işyerlerinin denetim ve teftişi, Milli Savunma Bakanlığına bırakılmıştır.

Bununla ilgili olarak görevlendirilmiş askeri iş müfettişleri vardır ve bu müfettişlerin görev yetki ve sorumluluklarına kısaca göz atmak gerekirse;

- İSG ile ilgili tüm mevzuatın uygulanıp uygulanmadığını denetlemek
- İSG kapsamında tutulması gereken her türlü dokümanın usulüne uygun olarak tutulup tutulmadığını incelemek
- İşyerlerinde kullanılan her türlü iş makinası ve techizatların İSG’ne uygunluğunu kontrol etmek, gerekirse bunları kullanan kişilerin bilgi ve görüşlerine başvurmak

- Teftiş edilen işyerinde eğer suç kanıtı olabilecek bir belge varsa ve bunların değiştirilme ihtimallerine karşı, bunlardan gerekli olanların onaylanmış bir kopyasını almak, delilleri toplamak ve bu durumu hemen başkanlığa iletmek
- Yapılan denetim sonucunda gerek duyulursa, sendika temsilcileri ve çalışanlarla konuşup onların bilgisini almak ve tüm işlemleri bir rapor haline getirerek başkanlığa bildirmek
- Teftiş kapsamındaki konularda yurt içinde veya dışında inceleme ve araştırma yapmak, görevlendirildikleri komisyon, kurs, seminer ve toplantılara katılmak müfettişlerin görevleri arasındadır (96).

İSG alanında görev yapan askeri iş müfettişleri, görevlerini mevzuat dâhilinde ve aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde yürütürler;

- İşyerlerinde oluşturulması mevzuat çerçevesinde zorunlu olan İSG kurullarının yapısının uygun olup olmadığını saptamak
- İSG kapsamında çalışanlara verilmesi gereken eğitimleri ve yapılan risk değerlendirilmesini incelemek
- İşyerinde kullanılan her türlü iş makinası ve techizatların, hammaddelerin ve sarf malzemelerinin kontrollerinin yapılması ve tehlike açısından İSG mevzuatına göre değerlendirilmesi
- Yapılan işte çalışan işçilerin yaş ve cinsiyetlerine uygun işlerde çalıştırılıp çalıştırılmadığını kontrol etmek
- KKD kullanımının sağlanıp sağlanmadığını kontrol etmek

2.5.2.4. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı

İSG'nin ülke genelinde ne şekilde yürütülmesi gerektiğini tespit etmek için kurulan Ulusal İSG Konseyi'de Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı da yer alır (60). Bu konsey İSG kapsamında yapılacak işlerle ilgili politika ve stratejilerin belirlenmesi için tavsiyelerde bulunur. Çalışma ortamı denilince akla kullanılan maddeler, iş ekipmanı ile birlikte çevre şartları da gelir. Bu yüzden çalışma ortamı düzenlenirken çevre şartları da göz önüne alınır. İSG uygulamalarında en önemli konulardan biri de işin yapılması sonucu ortaya çıkan atıklar, bu atıkların taşınması, depolanması ve

bertarafı esnasında oluşabilecek risklerdir. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı bu konuyla ilgili olarak birçok mevzuat yayınlar ve mevzuatlara uyum denetlemelerini yapar. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı mevzuat havuzunda birçok başlık bulunmaktadır. Bu başlıkların bazıları şunlardır (97);

- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği
- Bitkisel Atık Yağların Kontrolü Yönetmeliği
- Atık Pil ve Akümülatörlerin Kontrolü Yönetmeliği
- Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik
- Atık Yönetimi Yönetmeliği

Ulusal İSG Konseyi, oluşabilecek büyük endüstriyel kazaları engelleyebilmek ya da en az zararla atlatabilmek için Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ile beraber çalışır. Büyük kazaların önlenmesi muhtemel olan işyerlerinin tespiti ve sınıflandırmasını yaparlar, bu kazaların önlenmesi için hazırlanan belgeleri incelemek üzere bakanlığa gönderir ve yapılan değerlendirme neticesinde işyerindeki çalışmaları durdurup, tekrar başlatma yetkisine sahiptir.

2.5.2.5. İçişleri Bakanlığı

Her ne kadar Ulusal İSG Konseyinde İçişleri Bakanlığı bulunmasa bile, iş müfettişlerinin yaptığı denetimler sonucunda işin durdurulması kararı verilirse durdurma işlemlerinin yapılması için gerekli evraklar il valiliğine ve iş kurumu müdürlüğüne bir gün içerisinde gönderilir. Bu karar 24 saat içerisinde il valisi tarafından uygulanır. Eğer tespit edilen durum acil olarak müdahale edilmesi gereken bir durum ise durdurma işlemi aynı gün içinde yapılır. İçişleri Bakanlığı ile Ulusal İSG Konseyi hangi durumların iş durdurmayı gerektireceği ve yeniden çalışma izni verileceği gibi konularda, acil iş durdurulması gereken hallerde iş durduruluncaya kadar hangi tedbirlerin uygulanacağı gibi konularda iş birliği yaparlar (24).

2.6. İSG İle İlgili Düzenlemeler

İSG ile ilgili düzenlemeler ulusal ve uluslararası olmak üzere iki ana kapsamda incelenecektir.

2.6.1. Uluslararası Düzeyde Düzenlemeler

İSG'nin ortaya çıkardığı sağlık ve sosyo-ekonomik kayıplar bütün ülkelerin iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azaltabilmek için çeşitli önlemler almasını da beraberinde getirdi. Tüm dünya da gerek uluslararası gerekse de ulusal düzeyde mevzuatlar, tavsiye kararları, yasalar çıkartılıp işgücünün korunması ve buna bağlı olarak da iş gücü veriminin artırılması ön plana çıkmıştır. Amaç hem çalışanı korumak hem de işverenlerin ve ülkenin karşılaştacağı zararları minimuma indirmektir.

2.6.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

BM Haziran 1948 yılında 30 maddeden oluşan İnsan Hakları Evrensel Bildirisini (Universal Declaration of Human Rights) hazırlamıştır. Hazırlanan bu bildiri daha sonra üzerinde yapılan birkaç değişiklikle 10 Aralık 1948'de kabul edilmiştir. Bu bildiride temel insan hakları olan medeni ve siyasi hakların yanısıra kültürel, toplumsal ve ekonomik haklarda tanımlanmıştır.

Temel insan haklarında ilk grup haklar adı verilen haklar şunlardır;

- Yaşam hakkı
- Özgürlük hakkı
- Güvenlik hakkı
- Tarafsız mahkemelerde adil yargılanma hakkı
- Din ve vicdan özgürlüğü hakkı
- Toplanma ve örgütlenme hakkı
- Sosyal güvenlik hakkı
- Çalışma hakkı (98).

İnsan hakları evrensel beyannamesinin sonradan ilave edilmiş olan, çalışma hakkı ve sosyal hakları içeren 22. maddesinde şu sözlere yer verilmiştir (99).

“Her şahsın, cemiyetin bir üyesi olmak itibariyle, sosyal güvenliğe hakkı vardır; haysiyeti için ve şahsiyetinin serbestçe gelişmesi için zaruri olan ekonomik, sosyal ve kültürel hakların milli gayret ve milletlerarası iş birliği yoluyla ve her devletin teşkilatı ve kaynaklarıyla mütenasip olarak gerçekleştirilmesine hakkı vardır”.

2.6.1.2. Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmeleri

UÇÖ'nün web sitesinde ilk karşımıza çıkan bilgi “Her 15 saniyede bir işçi, işle ilgili bir kazadan veya hastalıklardan ölür. Her 15 saniyede bir 153 işçinin işle ilgili bir kazası vardır” şeklinde olup, İSG uygulamalarının önemini gözler önüne sermektedir (100). Bu amaçla UÇÖ birçok düzenlemeler getirerek İSG’ni sağlamaya çalışmıştır. UÇÖ, iş kazaları, yaralanmalar ve hastalıkların boyutları ve sonuçları hakkında dünya çapında bir farkındalık yaratmayı ve tüm çalışanların sağlık ve güvenliğini uluslararası gündeme getirmeyi ve her kademedeki pratik hareketi teşvik etmeyi ve desteklemeyi amaçlamaktadır.

UÇÖ'nün İSG konusunda belirlediği iki temel strateji vardır: Her ülkenin kendi ulusal sağlık ve güvenlik kültürünü oluşturması ve sistematik bir şekilde İSG uygulamalarının yürütülmesidir. Bu amaçla UÇÖ ulusal mevzuatların yeniden yazılmasını, İSG uygulamalarının yeniden yapılandırılması konusunda teknik yardım verilmesini ve uluslararası iş birliğinin sağlanması gerektiğini söyler (101).

UÇÖ yaptığı araştırmalar da 5 konuya dikkat çekmektedir.

1. Sistemik düşüncenin gerekli olduğu
2. Çalışanların sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamında çalışma ihtiyacını talep etmelerinin temel bir hak olduğu
3. İSG’yi çalışanların haklarını koruma ile ilgili konular içerisinde ele almanın gerektiği
4. Devlet, işçi, işveren üçlü yapısının bulunduğu ulusal İSG politikasının oluşturulması ve uygulanması
5. Uluslararası kuruluşlar ve yapılar ile yakın ilişkilerin kurulması

UÇÖ İSG uygulamalarında ortaya çıkan temel sorunlara 2 grup halinde dikkat çekmektedir.

1. Birçok işyerinde bulunan tehlikeli maddeler, makine ve ekipmanların oluşturduğu riskler ve çalışanlar tarafından beden gücü ile yapılan işler gibi iyi bilinen tehlike ve riskler
2. Birçok işyerinde bulunan biyolojik riskler, sosyo-fizyolojik riskler, kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları ve bulaşıcı hastalıklardır.

Uluslararası çalışma standartları, UÇÖ'nün yetkili organları (hükümetler, işverenler ve işçiler) tarafından hazırlanan ve işyerinde temel ilke ve hakları belirleyen yasal araçlardır. Bunlar ya üye devletlerce onaylanmış yasal olarak bağlayıcı uluslararası sözleşmeler olan ya da bağlayıcı olmayan yönerge olarak görev yapan tavsiyelerdir. Çoğu durumda, bir sözleşme onaylayan ülkeler tarafından uygulanacak temel ilkeleri ortaya koyarken, ilgili bir öneri sözleşmeyi nasıl uygulanabileceği konusunda daha ayrıntılı talimatlar sağlayarak tamamlamaktadır. Öneriler aynı zamanda özerk olabilir, yani herhangi bir sözleşmeye bağlı olmayabilir. Sözleşmeler ve tavsiyeler, hükümet temsilcileri, işverenler ve işçiler tarafından hazırlanır ve UÇÖ'nün yıllık Uluslararası Çalışma Konferansı'nda kabul edilir. Bir standart kabul edildikten sonra, üye devletlerden UÇÖ anayasası uyarınca onları yetkili makamlarına (genellikle parlamento) sunmaları gerekmektedir. Bir sözleşme onaylandıysa, o ülke için genellikle onaylama tarihinden bir yıl sonra yürürlüğe girer. Onaylayan ülkeler, sözleşmeyi kendi hukuk kurallarına göre uygulayıp uygulama sonuçlarını da belirli periyotlarla UÇÖ'ne raporlamakla yükümlüdürler. UÇÖ, sözleşmenin ulusal düzeyde uygulanmasına gerekirse teknik yardım sağlar. Sözleşmeyi onaylayan ülkelere sözleşme hükümlerine aykırı hareket edildiğine dair şikâyet başvuruları olursa, bu ülkeler hakkında ihlal soruşturmaları başlatabilir (102). Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından kabul edilen bildireler aşağıda gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. UÇÖ Bildireleri (103)

Bildireler	Yılı
UÇÖ'nun Hedef ve Amaçlarına İlişkin Fideleliya Bildiregesi,	1944
Güney Afrika Irkçılık (Apartheid) Politikasına İlişkin Bildiregesi,	1964
Cinsiyet Eşitliği Bildiregesi,	1975
Çok Uluslu Şirketler ve Sosyal Politikaya İlişkin İlkeler Üçlü Bildiregesi,	1977
Çalışma Hayatına İlişkin Temel İlke ve Haklar Bildiregesi,	1998
Adil Bir Küreselleşme İçin Sosyal Adalet Bildiregesi	2008

i. Temel Sözleşmeler

UÇÖ'nun tavsiye kararları olarak, işyerinde temel ilke ve hak konularını kapsayan sekiz sözleşme belirlenmiştir. Bu sözleşmeler aşağıda sıralanmıştır (102).

1. Ortaklık Özgürlüğü ve Örgütlenme Hakkının Korunması Sözleşmesi, 1948 (No. 87)
2. Organize Hakkı ve Toplu İş Sözleşmesi Sözleşmesi 1949 (No. 98)
3. 1930 yılındaki Sözleşmemize Zorunlu Laboratuvar (No: 29)
4. Zorla Çalıştırmanın Kaldırılması Sözleşmesi, 1957 (No. 105)
5. Minimum Yaş Sözleşmesi, 1973 (138 no'lu)
6. En Kötü Biçimlerdeki Çocuk İşçiliği Sözleşmesi, 1999 (No: 182)
7. Eşit Ücret Sözleşmesi, 1951 (100 Numaralı)
8. Ayrımcılık (İstihdam ve Meslek) Konvansiyonu, 1958 (No: 111)

UÇÖ, Çalışma Hayatına İlişkin Temel İlke ve Haklar Bildirgesi (1998) ile üye devletler, ilgili sözleşmeleri onaylamış olsunlar ya da olmasınlar, 4 kategoride belirtilen ilke ve haklara saygı gösterecekleri ve bunların gerçekleştirilmesi gayretinde bulunacakları taahhüdünde bulunmuşlardır.

1. Örgütlenme özgürlüğü ve toplu pazarlık hakkının etkili tanınması
2. Her türlü zorunlu veya zorunlu çalışmanın ortadan kaldırılması
3. Çocuk işçiliğinin etkili bir şekilde kaldırılması
4. İstihdam ve işgale ilişkin ayrımcılığın ortadan kaldırılması.

ii. Yönetişim Konvansiyonları

UÇÖ Yönetim Organı, "öncelikli" araçlar olarak dört sözleşmeyi ön plana çıkarmış ve bunları imzalamıştır. Bunu yaparak ilgili standartların üye ülkeler tarafından onaylanması ve bir an önce bu uluslararası çalışma standartlarının işler hale gelmesini teşvik etmiştir. Sosyal adaletin daha adil olarak dağıtıldığı bir küreselleşme için yayınlanan bu bildirilerin ve ilgili sözleşmelerin önemli olduğuna UÇÖ bildirgesinde dikkat çekilmiştir. Dört yönetişim sözleşmesi aşağıda açıklanmıştır (102).

1. **İş Teftiş Kurulu Sözleşmesi, 1947 (No. 81):** Sınai iş yerlerinde çalışma şartlarının ve işçilerin korunmalarına ilişkin konulan kanuni hükümlerin uygulanmasını sağlamakla, iş teftişinin merkezi bir makamın denetimi altında yapılacağını tanımladığı UÇÖ sözleşmesidir.
2. **İstihdam Politikası Sözleşmesi, 1964 (122 sayılı):** Sözleşmeyi onaylayan ülkelerin oluşturacağı istihdam politikaları, politikaların oluşturulmasında uyacağı kurallar ve kullanacağı yöntemleri, onaylama belgelerinin kimleri bağlayacağını, ülkelerin onaylama ve fesih gibi kriterlerini tanımladığı UÇÖ sözleşmesidir.
3. **İş Teftişi (Tarım) Konvansiyonu, 1969 (No. 129):** Tarım sektörüne ilişkin konulan kanuni hükümlerin uygulanmasını sağlamakla, iş teftişinin tanımladığı UÇÖ sözleşmesidir.
4. **Üçlü Danışma (Uluslararası Çalışma Standartları) Sözleşmesi, 1976 (No. 144):** UÇÖ'nün işveren ve işçilerin serbest ve bağımsız teşkilatlar kurma hakkı ve resmi makamlar ile işveren ve işçi kuruluşları arasında sosyal diyalogu tanımladığı sözleşmesidir.

Türkiye Tarafından Onaylanan UÇÖ Sözleşmeleri aşağıda gösterilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Türkiye tarafından onaylanan UÇÖ sözleşmeleri

No	Sözleşme Adı	Onay Tarihi
C 2	İşsizlik Sözleşmesi	14.07.1950
C 11	Örgütlenme Özgürlüğü (Tarım) Sözleşmesi	29.03.1961
C 14	Haftalık Dinlenme (Sanayi) Sözleşmesi	27.12.1946
C 15	Asgari Yaş (Trinciler ve Ateşçiler) Sözleşmesi*	29.09.1959
C 26	Asgari Ücret Belirleme Yöntemi Sözleşmesi	29.01.1975
C 29	Zorla Çalıştırma Sözleşmesi	30.10.1998
C 34	Ücretli İş Bulma Büroları Sözleşmesi**	27.12.1946
C 42	İşçinin Tazmini (Meslek Hastalıkları) Sözleşmesi (Revize)	27.12.1946
C 45	Yeraltı İşleri (Kadınlar) Sözleşmesi	21.04.1938
C 53	Ticaret Gemilerinde Çalışan Kaptanlar ve Gemi Zabıtlarının Meslekî Yeterliliklerinin Asgari İcaplarına İlişkin Sözleşme	22.04.2005
C 55	Gemi adamlarının Hastalanması, Yaralanması ya da Ölümü Halinde Armatörün Sorumluluğuna İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 58	Asgari Yaş (Deniz) Sözleşmesi (Revize)*	29.09.1959
C 59	Asgari Yaş (Sanayi) Sözleşmesi (Revize)*	12.07.1993
C 68	Gemilerde Mürettebat İçin İlaç ve Yemek Hizmetlerine İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 69	Gemi Aşçıları Mesleki Ehliyet Diplomalarına İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 73	Gemi adamlarının Sağlık Muayenesine İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 77	Gençlerin Tıbbi Muayenesi (Sanayi) Sözleşmesi	02.11.1984
C 80	Son Maddelerin Revizyonu Sözleşmesi	13.07.1949
C 81	İş Tefişi Sözleşmesi	05.03.1951
C 87	Sendika Özgürlüğü ve Sendikalaşma Hakkının Korunması Sözleşmesi	12.07.1993
C 88	İş ve İşçi Bulma Servisi Kurulması Sözleşmesi	14.07.1950
C 92	Mürettebatın Gemide Barınmasına İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 94	Çalışma Şartları (Kamu Sözleşmeleri) Sözleşmesi	29.03.1961
C 95	Ücretlerin Korunması Sözleşmesi	29.03.1961
C 96	Ücretli İş Bulma Büroları Sözleşmesi (Revize)	23.01.1952
C 98	Örgütlenme ve Toplu Pazarlık Hakkı Sözleşmesi	23.01.1952

C 99	Asgari Ücret Tespit Mekanizması (Tarım) Sözleşmesi	23.06.1970
C 100	Eşit Ücret Sözleşmesi	19.07.1967
C 102	Sosyal Güvenlik (Asgari Standartlar) Sözleşmesi	29.01.1975
C 105	Zorla Çalıştırmanın Kaldırılması Sözleşmesi	29.03.1961
C 108	Gemi adamları Ulusal Kimlik Katlarına İlişkin Sözleşme	07.02.2005
C 111	Ayrımcılık (İş ve Meslek) Sözleşmesi	19.07.1967
C 115	Radyasyondan Korunma Sözleşmesi	15.11.1968
C 116	Son Maddelerin Revizyonu Sözleşmesi	02.09.1968
C 118	Muamele Eşitliği (Sosyal Güvenlik) Sözleşmesi	25.06.1974
C 119	Makinaların Korunma Tertibatı ile Teçhizi Sözleşmesi	13.11.1967
C 122	İstihdam Politikası Sözleşmesi	13.12.1977
C 123	Asgari Yaş (Yeraltı İşleri) Sözleşmesi	08.12.1992
C 127	Azami Ağırlık Sözleşmesi	13.11.1975
C 133	Mürettebatın Gemide Barındırılmasına İlişkin Sözleşme (İlave Hükümler)	17.03.2005
C 134	İş Kazalarının Önlenmesine (Gemi adamları) İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 135	İşçi Temsilcileri Sözleşmesi	12.07.1993
C 138	Asgari Yaş Sözleşmesi	30.10.1998
C 142	İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi Sözleşmesi	12.07.1993
C 144	Üçlü Danışma (Uluslararası Çalışma Standartları) Sözleşmesi	12.07.1993
C 146	Gemi adamlarının Yıllık Ücretli İznine İlişkin Sözleşme	28.07.2005
C 151	Çalışma İlişkileri (Kamu Hizmeti) Sözleşmesi	12.07.1993
C 152	Liman İşlerinde Sağlık ve Güvenliğe İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 153	Karayolları Taşımacılığında Çalışma Saatleri ve Dinlenme Sürelerine İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 155	İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme	22.04.2005
C 158	Hizmet İlişkisine Son Verilmesi Sözleşmesi	04.01.1995
C 159	Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdam (Sakatlar) Sözleşmesi	26.06.2000
C 161	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme	22.04.2005
C 164	Gemi adamlarının Sağlığının Korunması ve Tıbbi Bakımına İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 166	Gemi adamlarının Ülkelerine Geri Gönderilmesine İlişkin Sözleşme	17.03.2005
C 182	En Kötü Biçimlerdeki Çocuk İşçiliğinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Acil Eylem Sözleşmesi	02.08.2001

2.6.1.3. Avrupa Sosyal Şartı

İSG uygulamalarında en önemli gelişmelerden birisi Avrupa Sosyal Şartı olarak bilinen işçilerin temel sosyal haklarına dair topluluk şartıdır. Bu belge sosyal hakların teminatı olması açısından önemli bir insan hakları belgesidir. 1961 tarihli olan bu belgenin “güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkı” başlıklı kısmında İSG ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır. Bu belge üye ülkelerin güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkında yasal düzenlemeler yapmasını, yaptığı bu düzenlemelere uygun hareket edilmesini ve gerektiğinde önlemler almasını taahhüt etmesini ister (104). Türkiye'nin 18 Ekim 1961 tarihinde imzaladığı ve 16 Haziran 1989 tarihinde onaylamış olduğu Avrupa Sosyal Şartı ilk olarak 1961 yılında Torino'da imzalanmış ama yürürlüğe girmesi 26 Şubat 1965 tarihinde gerçekleşmiştir (105). Bu şartın kapsamı oluşan sosyal gelişmeler neticesinde tekrar gözden geçirilmiş, 21-22 Ekim 1991 tarihinde yine Torino'da revizyon yapılması ve yeni şartlar eklenmesi kabul edilmiştir (106, 107).

Avrupa Sosyal Şartı'nın eklenen yeni kararlarla ve yapılan revizyonla günlük hayatımızı ilgilendiren ve sosyal haklarımızı güvenceye alan haklar; konut, eğitim, sağlık, çalıştırılma, hukuki ve sosyal koruma, kişilerin dolaşımı ve ayrımcılık yasağı haklarıdır. Bu haklardan çalışma hayatına dair haklar aşağıda sıralanmıştır.

- Kimsenin zorla çalıştırılmayacağı
- Çocuk çalıştırmanın yasaklanması
- 15-18 yaş arasında olan işçilerin yaşlarına uygun şartlarda özel koşullarda çalıştırılması
- Hayatını serbestçe girdiği bir işte çalışarak kazanma
- Çalışana verilecek ücretin ve dinlenme izinleri ya da tatillerin korunması, adil çalışma koşulları
- Manevi ve cinsel saldırıya karşı korunma
- İşçi ve işverenlere sendika kurma hakkı, grev hakkı ve bunlara üye olma veya olmama konusunda bireysel özgürlük
- Grev hakkı
- İki taraflı danışma, toplu görüşme, uzlaşma ve seçimlik hakemliğin geliştirilmesi

- İşine son verilmesi durumunda korunma
- Özürlülere özel istihdam alanlarının sağlanması (108).

İnsan hakları yanı sıra AB, İSG alanında da çalışmalar yapmış ve çok sayıda direktif oluşturmuştur (94). Bu direktifler içerdikleri konulara göre sıralanacak olursa; işçilere yönelik İSG tedbirleri, kullanılan ekipmanlarda olması gereken sağlık ve güvenlik şartlarının sağlanması, KKD'lar, çalışırken işçilerin maruz kalabilecekleri kanserojen, mutojen maddeler ve bunlardan korunma şartları, asbeste bağlı oluşabilecek hastalıklardan, fiziksel risklerden ve biyolojik risklerden korunma şartlarıdır. Madencilerin oluşabilecek risklerden korunması için alınması gereken asgari şartlardan, taşıma, yükleme ve boşaltma işlemlerinde özellikle sırt bölgesinde oluşabilecek ergonomik riskleri ortadan kaldırabilmek için alınması gereken önlemlerde direktifler arasında yer alır. Ayrıca, kimyasal maddelerle temas sırasında oluşabilecek risklerden korunma, deniz taşımacılığında verilecek tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi için gereken asgari şartlar, bilgisayar ve benzeri ekranlı araçlarla çalışanlarda ortaya çıkabilecek riskleri önleme şartları, işyerindeki gürültüye bağlı olarak ortaya çıkan risklere karşı alınması gereken şartlar ve oluşabilecek endüstriyel kazaların önlenmesi için alınabilecek tedbirlere yönelik şartlar direktifler arasındadır. Son olarak, gebeler ve emziren annelerin çalışma koşulları ile ilgili şartlar, iyonize radyasyondan toplumu ve çalışanı koruyabilmek için yapılması gereken işlemler ve kontrollü alan denilen iyonizen radyasyon bulunan alanlarda çalışanların korunma tedbirleriyle ilgili şartlar da ilgili direktiflerdendir. AB uyum sürecinde olan ülkemiz bu konularla ilgili mevzuatları yapmış fakat henüz tam uyum gerçekleşmemiştir.

2.6.2. Ulusal Düzeyde Düzenlemeler

İş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltabilmek için tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de ulusal düzeyde iş gücünün korunması ve iş gücü kayıplarının önlenmesi için birçok yasal düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeler Cumhuriyet öncesi dönem ve cumhuriyet dönemi olmak üzere iki dönem olarak ele alınmıştır.

2.6.2.1. Cumhuriyet Öncesi Düzenlemeler

Türkiye'de Cumhuriyetin kurulmasından öncede, İSG ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Bunlar aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

i. Mecelle

Hukuki bakımdan modernleşme çalışmaları içerisine giren Osmanlı Devleti Mecelle-i Ahkam-ı Adliyye, adli düzenlemeyi Ahmet Cevdet Paşa'ya yaptırmış ve bu Osmanlı Devleti'nin ilk medeni kanunu olarak yürürlüğe girmiştir.

Mecelle-i Ahkam-ı Adliyye'nin giriş kısmında neden bu belgenin yapılması gerektiğine yönelik açıklamalara da yer verilmiştir. Bu kanunun asıl hazırlanma nedeni mahkemelerin önüne gelen anlaşmazlıklarda çözüm adına yeteri kadar fıkıh normunun olmamasıdır (109).

Mecelle'nin iş sözleşmesine ilişkin hükümleri ağırlıklı olarak Mecelle'nin ikinci kitabı olan Kitabü'l-İcarat içerisinde yer almaktadır. Sekiz babdan oluşan bu kitabın altıncı babında icâre (ücret) çeşitleri ve hükümleri düzenlenmiştir. Dört fasıldan oluşan bu babın dördüncü faslı ise "İcâre-İ Âdemi" başlığını taşımaktadır. Yirmi maddeden oluşan bu fasıl iş sözleşmesinin temel hükümlerini içermektedir. Bunun dışında icâre kitabının diğer bablarında iş sözleşmesini ilgilendiren çeşitli hükümler bulunmaktadır. Bu kitap dışında iş sözleşmesine ilişkin hükümlerin en çok bulunduğu kitap Mecelle'nin birinci kitabı olan "Kitabü'l-Büyu"dur. Çünkü satım sözleşmesi klasik islam hukuku kaynaklarında olduğu gibi borçlar hukukunun genel hükümlerini içerecek şekilde düzenlenmiştir (110). İcâre-İ Âdemî'nin tanımı belirli bir sürede ve belirli bir miktarda bir hizmet, bir iş veya bir sanat icra etmesi şeklinde açıklanabilir (111).

ii. Dilaver Paşa Nizamnamesi

Mecelle'de her ne kadar iş ile ilgili fasıllar açılmış olsa da işçiyi korumak için çıkarılan ilk kanun Tanzimat döneminde Dilaver Paşanın 1865 yılında hazırladığı "Dilaver Paşa Nizamnamesi'dir. Osmanlı'da sanayileşme kavramı 19. yy. ikinci yarısında başlamıştır. Bu dönemde ağırlıklı olarak el sanatları olarak başlayan sanayileşme daha sonraları özellikle kömür başta olmak üzere maden sanayi, demir yollarının yapımı ve tütün işletmeleri gibi alanlarda faaliyet göstermeye başlamıştır.

Dönemin çalışma koşulları çok ağır şartlarda olup günlük çalışma süreleri 16 saate kadar çıkabilmekte, kadın ve çocuklarda ağır işlerde çalıştırılabilmekteydi. Bu

ağır şartlar özellikle kömür madenlerinde çalışan işçilerin akciğer hastalıklarına sıkça yakalanmalarına neden olmuştur. Bu şartlar altında o zamanki Madeni Hümayun Nazırı olan Dilaver Paşa'ya konu ile ilgili bir nizamname hazırlanmıştır (112). Bu nizamname 100 maddeden oluşur ve bu Nizamnameye “Ereğli Kömür Maden-i Hümayunu” adı da verilir. Bu Nizamnamenin 5. bölümü madencilerin çalışma koşullarıyla ilgilidir ve çalışma yaşının 15-50, çalışma saatlerinin günlük en fazla 10 saat olacağı belirtilir (113).

2.6.2.2. Cumhuriyet Dönemi Düzenlemeleri

Türkiye Cumhuriyeti Devletinin kurulmasından sonra, İSG ile ilgili bir çok yasa çıkartılmıştır. Bu yasalar aşağıda ele alınmıştır.

i. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Sosyal güvenlik hakkı, 1982 anayasasında güvence altına alınan temel haklardan birisidir. Sosyal güvenlik hakkında çalışma ile ilgili hükümler İSG'ni kapsamaktadır. 1982 Anayasası iş güvenliği hakkının sağlanmasını ve çalışanların çalışma koşullarının iyileştirilmesini bizzat devlete bir yapma borcu ve sorumluluğu şeklinde yükümleyerek, iş güvenliği hakkını anayasal koruma altına almıştır. 1982 Anayasasının İSG'ni ilgilendiren maddeler aşağıda belirtilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Türkiye Cumhuriyeti 1982 anayasası sosyal güvenlik hakları (7)

No	Maddeler
Madde 48	Herkes, dilediği alanda çalışma ve sözleşme hakkına sahiptir. Özel teşebbüsler kurmak serbesttir.
Madde 49	Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir. Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları korumak, çalışmayı desteklemek ve işsizliği önlemek için gerekli tedbirleri alır. Devlet, işçi-işveren ilişkilerinde çalışma barışının sağlanmasını kolaylaştırıcı ve koruyucu tedbirler alır.
Madde 50	Kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar. Dinlenmek, çalışanların hakkıdır. Ücretli hafta ve bayram tatili ile ücretli yıllık izin hakları ve şartları kanunla düzenlenir.
Madde 51	İşçiler ve işverenler, önceden izin almaksızın sendikalar ve üst kuruluşlar kurma hakkına sahiptirler. Sendikalara üye olmak ve üyelikten ayrılmak serbesttir. Hiç kimse sendikaya üye olmaya, üye kalmaya, üyelikten ayrılmaya zorlanamaz.
Madde 53	İşçiler ve işverenler, karşılıklı olarak toplu iş sözleşmesi yapma hakkına sahiptirler.
Madde 54	Toplu iş sözleşmesinin yapılması sırasında, uyuşmazlık çıkması halinde işçiler grev hakkına sahiptirler
Madde 55	Ücret emeğin karşılığıdır. Devlet, çalışanların yaptıkları işe uygun adaletli bir ücret elde etmeleri ve diğer sosyal yardımlardan yararlanmaları için gerekli tedbirleri alır.
Madde 56	Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlar.
Madde 60	Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.

Madde 62	Devlet, yabancı ülkelerde çalışan Türk vatandaşlarının sosyal güvenliklerinin sağlanması için gereken tedbirleri alır.
-----------------	--

Anayasadaki bu genel hükümler haricinde İSG'ne ilişkin düzenlemelere kanunların içeriğinde de değinilmiştir. Bu kanunlar Umumi Hıfzısıhha kanunu, Borçlar Kanunu, Belediyeler kanunu, çıraklık ve meslek eğitimi kanunu, 657 Devlet Memurları Kanunu, 4857 Sayılı İş Kanunu, 5510 Sayılı SSGSSS Kanunu ve 6331 Sayılı İSG Kanunlarıdır.

ii. Umumi Hıfzısıhha kanunu

1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu 1930 yılında yürürlüğe girmiştir. Sağlık hizmetlerinin anayasası hükmündedir. Sağlığın yanında çalışma hayatını da düzenleyen maddeleri vardır. Kanunun 7. babında (İşçilerin Hıfzısıhhası) İSG ile ilgili hükümler bulunmaktadır. Bu hükümler 7. babın 173-180 maddelerinde bulunmaktadır. Bu maddeler çalışma yaşının 12 yaşından küçük olamayacağını, 16 yaşına kadar olan çocuk işçilerin akşam saat sekizden sonra çalıştırılmayacağını, gece çalışma şartlarını ve yeraltı işlerde çalışanların çalışma şartlarını düzenleyerek çalışma süresini 8 saat ile sınırlamıştır. Kanunun 18 yaşından küçük olan çocukların kahvehane ve gazino gibi işyerlerinde çalışmasını da yasaklamaktadır. Çocuklarla ilgili maddelerin yanısıra kadınlar ile ilgili hükümlerde içeren maddelerde hamilelerin son üç aylarında ağır işlerde çalıştırılmayacakları, emziren annelere doğumdan sonra altı ay günde yarım saat olmak üzere emzirme izni verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu maddelerde ayrıca en az elli işçisi olan işyerlerinin işyeri Hekimi bulundurması gerektiği de belirtilmiştir. Umumi Hıfzısıhha kanununun 175-268 maddelerinde ise gayrisihhi müessese açılması ile ilgili sağlık ve güvenliğe ilişkin hükümler içermektedir (114).

iii. Borçlar Kanunu

818 sayılı Borçlar Kanunu 1926'da yürürlüğe girmiştir. Kanun hizmet akdi ile ilgili maddeler içerir. Bu kanunun 10. babı madde 332'de işçinin işini yaparken uğrayabileceği tehlikeler ve ölüm halinde işverenin sorumlu olduğu, tazminat ödemesi gerektiğinden bahsedilir (115).

iv. Belediyeler Kanunu

1580 sayılı Belediyeler kanununda da İSG ile ilgili maddeler vardır. 1930 yılında çıkarılan bu kanun yıllar içerisinde birçok değişiklikler ve eklemeler yapılarak yürürlükte kalmıştır. Bu kanunun 15. maddesinde kanunlar ve yönetmelikler çerçevesinde olmak üzere yerel yönetimlerin halkın sağlığını ve refahını temin etme görevi olduğuna dikkat çekilir. Bu vazifeler özetlenecek olunursa belediyelerin halka açık yerlerde alacağı önlemler, yapacağı denetimler, salgınlar ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, yangın tedbirleri ve fabrikaları sağlık açısından denetlemek gibi görevleri bulunmaktadır (116).

v. Çıraklık Ve Meslek Eğitimi Kanunu

3308 sayılı Çıraklık ve Meslek Eğitim Kanunu 1986 yılında çıkarılmıştır. Bu kanun İSG'nin ücret, sosyal güvenlik ve izin konularında maddeler içermektedir. Çırakların ya da öğrencilerin işyerinde geçireceği iş kazası ve meslek hastalıklarından da işyeri sorumlu tutulmuştur. İşletmelerde mesleki eğitim ve staj gören öğrenciler, işyerlerinin şartlarına ve çalışma düzenine uymakla yükümlüdürler. İşletmeler kanunda belirlenen şartlar kapsamında mesleki eğitim gören her öğrenci için ücret ödemekle yükümlüdürler. Çırak ve işletmelerde mesleki eğitim gören öğrencilere işletmelerce her yıl tatil aylarında bir ay ücretli izin verilir. İşyerlerinde gerek çırakların gerekse öğrencilerin çalışması için imzalanan sözleşmelerde 506 sayılı SSK kanunu geçerlidir ibaresi de yer almaktadır (117).

vi. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu

1965 yılında yürürlüğe girmiş olan 657 sayılı devlet memurları kanun içinde barındırdığı ek gösterge cetveli, özel hizmet tazminatı, disiplin ve izin hükümlerinden dolayı en sık değişen kanun maddelerinden birisidir. 6331 sayılı İSG kanunu açısından çalışan kavramı içerisine sadece işçiler değil, 657'ye tabi tüm devlet memurları da girmektedir. Yeni yapılanmayla 4/A, 4/B, 4/C olarak ayrılan tüm kamu çalışanları 6331 sayılı İSG kanununun ve mevzuatın getirdiği tüm haklardan yararlanabilmektedir. 657 sayılı devlet memurları kanunundaki birtakım disiplin maddeleri, zararın tazmini ile rücu edilmesi gibi maddeler ve iş akdinin feshini ilgilendiren maddeler, İSG'ni ilgilendiren maddelerdir (118).

vii. 4857 Sayılı İş Kanunu

Çalışma hayatı ile ilgili temel kanun olan 4857 Sayılı İş Kanunu 2003 yılında yürürlüğe giren bir kanundur. Bu kanunda çalışanların ve işverenlerin hak ve sorumlulukları anlatılmıştır. Kanunda daha sonra birtakım değişikliklere gidilmiştir. Bu değişikliklerden sonra çalışan-işveren ilişkileri, ilişkiden doğan haklar ve sorumluluklar, verilecek ücretler, izin hakkı ve sosyal haklar gibi özlük hakları, yapılacak sözleşmeler bu kanunda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Bu kanunun sorumluluklarla alakalı olan bazı maddeleri şu konuları kapsamaktadır; işverenler İSG'ni temin etmek maksadıyla gerekli önlemleri almak, her türlü teçhizatı bulundurmak, çalışanları yasal hak ve sorumlulukları açısından bilgilendirmek amacıyla gerekli eğitimleri vermek ve ortaya çıkmış bir iş kazası ya da meslek hastalığı varsa bunu bölge müdürlüğüne bildirmek zorundadırlar. İSG kurulları kurulma şartları ve bu kurulların verdiği kararların mevzuata uygunluğu halinde işverenin uygulaması gerektiğini kanunda belirtilmiştir. İSG birimlerinin en az 50 işçi çalıştıran yerlerde kurulması gerektiği, iş kazası ve meslek hastalıklarını önlemek için yapılacaklar, ilk yardım acil müdahale ve koruyucu Hekimlik uygulamaları, iş yeri Hekimi bulundurmanın hangi hallerde hangi sayılarda olacağı, İSG birim çalışanlarının kimler olacağı ve ne miktarda olacağı hükümleri yer almaktadır. Ayrıca ağır ve tehlikeli işlerde çalışacak kişilerin alması gereken raporlar, nerelerden alınabileceği, bu raporlar olmadan işe başlatılmanın mümkün olmadığı ve işe giriş muayenelerinin yapılması ve rapora itiraz durumunda izlenecek yol a ilişkin hükümler yer almaktadır

4857 Sayılı iş kanununda işçilerin sorumlulukları da tanımlanmıştır. Çalışanların İSG önlemlerine uyma yükümlülüğü, işyerinde çalışanın karşı karşıya kaldığı durumlarda İSG kurullarına başvurması gerektiği, kurul kararı sonrası uygulanması gereken işlemler ve çalışanın gerekli önlemler alınıncaya kadar çalışmaktan imtina edebileceği, çalışmadığı bu dönemde çalışanın ücret ve diğer tüm özlük haklarının saklı kalacağı, eğer işveren belirlenen süre içerisinde kurul kararı ve çalışanın talebine rağmen gerekli tedbirleri almıyorsa hizmet akdinin feshinin yapılabileceği yönünde hükümler yer almaktadır (119).

viii. 5510 Sayılı SSGSS Kanunu

01/10/2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı SSGSS kanunu ile sosyal sigortalar ile GSS açısından kişileri güvenceye almak, sigortalardan yararlanacak kişiler ve sigortadan sağlanacak haklar, bu haklardan yararlanma şartları ile finansmanı belirlemek ve sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemek amaçlanmıştır.

5510 sayılı SSGSS kanunu yürürlüğe girdikten sonra SSK'lıların tabi olduğu 506 sayılı SSK kanunu, esnaf ve sanatkarların tabi olduğu 1475 sayılı Bağ-Kur kanunu, tarım işçilerinin tabi olduğu 2925 sayılı kanun ve 5434 sayılı emekli sandığı kanunu yürürlükten kalkmıştır. 5510 sayılı kanunun İSG ile ilgili maddelerine bakacak olursak; madde13'de iş kazaları anlatılmış, iş kazasının tanım yapılmış, kaza durumunda yapılması gereken bildirim ve inceleme işlemlerinin nasıl olacağı anlatılmıştır. Meslek hastalıklarına ise madde 14'de değinilmiş, tanım, bildirim, soruşturma usul ve esasları anlatılmıştır. Madde 15'de çalışanın hastalandığı durumlar ve analık hali dediğimiz durumlar tarif edilmiş ve bu durumlarda izlenecek yol anlatılmıştır. İş kazası, meslek hastalığı ve analık hali ayrıca madde 16'da anlatılarak, çalışanın haklarının ne olduğu belirtilmiştir (19).

ix. 6331 Sayılı İSG Kanunu

Türkiye'de İSG düzenlemelerinin ulaştığı en son aşama 6331 sayılı İSG kanunudur. 6331 sayılı yasa yürürlüğe girmeden önce İSG ile ilgili işlemler 4857 sayılı yasa kapsamında yürütülürdü. 4857 sayılı yasayı desteklemek amacıyla birçok tüzük, yönetmelik ve yönergeler çıkarılmıştır. AB uyum yasaları çerçevesinde hazırlanmış olan 6331 sayılı yasa Türkiye'de bir açığı kapatmış geniş kapsamı olan modern bir yasadır. Bu yasa ile hem iş yerlerindeki İSG uygulamalarının iyileştirilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmış, hem de devletin, işverenin ve çalışanın yetki, görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Bu yasa aynı zamanda koruyucu, önleyici uygulamaların arttırılmasına daha bilinçli ve sorumlu bir İSG sistemi kurulmasına da olanak sağlamıştır.

6331 sayılı İSG Kanunu, çıkmadan önce çok dağınık olan ve çeşitli kanun maddelerine atıf yapılarak hazırlanan yönetmeliklerle oluşturulmaya çalışılan İSG uygulamaları 6331 sayılı kanunla sadece İSG uygulamaları için çıkarılmış bağımsız

bir kanun olma hüviyetini kazanmıştır. Geniş ve modern kapsamıyla İSG uygulamalarının tümünü tek bir kanun maddesi altında toplanmaya çalışılmıştır. 6331'den önceki mevzuatta çalışma hayatının sadece %2'si İSG uygulamaları kapsamındayken bu kanunla birlikte kamu, özel, çırak, stajyer ayrımı yapmaksızın tüm çalışanların kapsama altına alınması çalışma hayatı ve çalışanlar için çok önemli bir gelişmedir. 6331 sayılı yasanın belli başlı özellikleri ve getirdiği yenilikler aşağıda sıralanmıştır.

- Tüm çalışanlar tek bir kanun ile tanımlanmış, çalışanlar arasındaki kamu-özel ayrımı ortadan kaldırılmıştır
- Daha önceki uygulamalarda İSG, işi yapan kişi üzerinden yürütülmekte iken yeni bir anlayışla sistem yaklaşımı ve önleyici bir anlayış getirilmiştir
- İş yerleri kategorize edilmiş ve yapılan işin niteliğine göre “az tehlikeli”, “tehlikeli” ve “çok tehlikeli” olmak üzere sınıflandırılmıştır
- İSG hizmetlerinin daha profesyonel kişiler tarafından verilebilmesi için iş güvenliği uzmanı ve işyeri Hekiminin sürecin içinde bulunmaları sağlanmıştır
- İş yeri Hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştıracak kadar büyük olmayan işletmelerinde Ortak Sağlık ve Güvenlik birimi (OSGB)'nden sözleşmeli hizmet alabilmesinin yolu açılmıştır
- 10'dan az çalışanı olan işyerlerine devlet desteği getirilmiştir
- Önleyici yaklaşımın esas alındığı bu kanunda risk değerlendirilmesi zorunlu tutularak, oluşabilecek kazalar ve meslek hastalıkları engellenmeye çalışılmıştır
- Çalışanın sağlığını sürdürebilmesi açısından sağlık gözetimi getirilerek sağlıklı bir çalışma hayatı hedeflenmiştir
- Bu kanunda iş kazaları ve meslek hastalıklarında tutulan kayıtların daha sağlıklı ve etkin bir hale gelmesi sağlanmıştır
- İSG kurullarının tanımı yapılarak 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerine bu kurulların kurulması zorunlu hale getirilmiştir
- İşyerlerinde acil durum yönetimi için acil durum planları yapılması gene zorunluluk olarak işveren sorumluluğuna verilmiştir

- İSG eğitimlerinin işveren tarafından çalışana verilmesi gerektiği, çalışanların çalışma hayatına ait hak ve sorumluluklarının anlatılması ve çalışanın İSG faaliyetlerine aktif katılımını sağlamanın işveren tarafından yapılması gerektiği söylenmiştir
- İşveren tanımları yapılırken birden çok işverenin bulunduğu durumlarda İSG koordinasyonu ve iş birliğinin nasıl yapılacağı tanımlanmıştır
- İşyerinde meydana gelebilecek ve çalışanın hayatını tehlikeye sokacak herhangi bir kaza durumunda işin durdurulabileceği ve çalışanın çalışmaktan kaçınma hakkı getirilmiştir
- Kanuna uyumun kolaylaştırılması ve daha sağlıklı bir yapılanmanın sağlanabilmesi için kademeli olarak hayata geçirilmesi planlanmıştır (25).

2.7. Hastanelerde İş sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörleri

6631 sayılı yasa ile işyerlerinin tehlike sınıfları açısından gruplandırılması yapılmıştır. Bu gruplandırmaya göre ayakta ve/veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarındaki faaliyetler “Çok Tehlikeli İşler” olarak nitelendirilmiştir. Sağlık kuruluşlarındaki çalışanlar, iş yükünün fazlalığı, hizmetin hemen üretilmesi gerekliliği, üretilmemesi durumunda ciddi olumsuz etkilerin ortaya çıkabilecek olması, emek yoğun bir iş olması, işin niteliği ve çalışma ortamından kaynaklanan sebeplerden dolayı birçok riskle karşı karşıya kalmaktadırlar. İSG alanında büyük ilerlemelere rağmen, çalışma ortamında yaralanmaları ve hastalıkları önlemeyi amaçlayan uygulamalar birçok sağlık kurumunda zorlukla sürdürülmektedir (120).

DSÖ’ne göre, dünyadaki sağlık sektörü çalışanları, yaklaşık 59 milyon kişiden oluşmaktadır (121). Türkiye’de ise SB’nın verilerine göre 2015 yılı itibarı ile kamu özel sektör ve üniversitelerde toplam 787,352 kişi sağlık sektöründe hizmet vermektedir. Bu Türkiye’deki toplam işgücünün %3’ünü oluşturmaktadır (122). Çalışanların işyerinde karşılaştıkları risk faktörleri 5 grup altında toplanmaktadır. Bunlar; fiziksel, biyolojik, kimyasal, psiko-sosyal ve ergonomik risk faktörleridir. Türkiye’de çıkarılan yasalar hastanelerdeki çalışanların sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan bu risk faktörleri çalışanlar

açısından ayrıca bir tehdit oluşturmaktadır. Bu faktörler aşağıda hastane ve sağlık çalışanları bağlamında açıklanmaktadır.

2.7.1. Fiziksel Risk Faktörleri

Sağlık çalışanları çoğunlukla kapalı ortamlarda işlerini sürdürmekte o yüzden de fiziksel risk faktörleri önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık çalışanlarında fiziksel risk faktörlerini; ışıklandırma/aydınlatma-gürültü-iklimlendirme sistemleri (sıcaklık, nem, havalandırma)-iyonize radyasyon olarak sınıflandırabiliriz.

1. Isıklandırma/Aydınlatma; Çalışanların ışıklandırılması doğru yapılmış bir ortamda çalışması onların işlerini daha istekli bir şekilde, daha dingin bir ruh haliyle yapmaları ve rahat çalışmalarını sağlar. Çalışılan işyerleri daha proje aşamasındayken ışıklandırma şartları hesaplanmalı ve güneş ışığından maksimum faydalanacak şekilde projeler yapılmalıdır. Çalışılan alan gün ışığını yeterince alamıyorsa indirekt ışıklandırma teknikleri ve güneş ışığına benzer ışık veren aydınlatma yöntemleri tercih edilmelidir (123). Aydınlatma şiddeti ve işyerindeki dağılımının çalışanın görsel bir işi ne kadar hızlı, güvenli ve rahat algılayıp gerçekleştirdiğinde büyük bir etkisi vardır. Aydınlatma şiddeti arttıkça yapılan işin ince detaylarının fark edilmesi o kadar kolay olmaktadır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki aydınlatma arttıkça çalışanın motivasyon ve konsantrasyonu artmakta ve bu da beraberinde performansta %50'lere varan oranlarda iyileşmeyi getirmektedir. İyi aydınlatılmış bir çalışma ortamı aynı zamanda oluşabilecek hataları ve buna bağlı olarak iş kazalarını da azaltmaktadır. İş yerindeki aydınlatmanın 200 lüx ten düşük olduğu durumlarda iş kazası oranları da artmaktadır. Bunu engellemek için 500 lüx'lük bir aydınlatma düzeyini sağlamamız gerekmektedir (124).

2. Gürültü; İstenmeyen her türlü sese gürültü adı verilmektedir. Gürültü hem çalışanın fiziksel ve ruhsal sağlığını bozan hem de verimini düşüren bir etken olarak değerlendirilir. İş nedeniyle işitme kaybı önlenemez, ancak işitme bir kez gittikten sonra geri gelmez. İngiltere'de yaklaşık 17,000 kişi işitme rahatsızlığı geçirmekte, iş yerinde aşırı gürültünün neden olduğu kulaklarda çınlamadan şikayet etmektedirler (125). Gürültü

yönetmeliğine göre işyerlerinde maruz kalınabilecek gürültünün en üst sınırı 87 dB'dir. Oysa 85 dB şiddetinde bir ses veya gürültü kulakları rahatsız eder ve uzun süreli maruziyetlerde kulakta hasar oluşur. Alışlageldik şekliyle hastaneler sessiz ortamlardır algısı yanında laboratuvarlar, poliklinikler ve teknik servislerdeki gürültü düzeyleri çalışanı olumsuz etkileyecek düzeydedir (125). Laboratuvarında çalışan bir santrifüj cihazından çıkan ses 51-82 desibel (dB) seviyesindedir. Hastane içerisinde ameliyathanede cerrahi aletlerin çarpışması 78 dB, lazer cihazının çalışması 82 dB, fizik tedavi bölümündeki egzersiz cihazları 70-85 dB seviyesinde gürültüye yol açabilmektedir. Dakikada 300-400 bin devir hızında dönen diş Hekimlerinin kullandığı elektrikli cihazlar 85-90 dB şiddetinde ses oluşmasına yol açabilmektedir (126).

- 3. İklimlendirme Sistemleri (sıcaklık, nem, havalandırma);** çalışma ortamının ısı ve nem oranlarının termal konforu sağlayacak şekilde yapılandırılması ve buna uygun havalandırma sistemlerinin olması işyeri fiziksel şartlarının düzenlenmesi açısından önemli bir parametredir. Bunun yanı sıra özellikle hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi açısından bu husus daha fazla özelliği olan bir parametredir. Havalandırma sistemlerinin iyi yapılandırılmadığı yerlerde özellikle solunum yoluyla bulaşan tüberküloz ve benzeri hastalıklara sağlık personelinin yakalanma riski fazladır. Hastanelerde kurulacak olan hijyenik klima santrallerinin mikroorganizmaları süzecek bir şekilde tasarlanması gerekmektedir (127). Yakın bir zamanda Çin'de yapılan bir çalışmada gösterilmiştir ki iyi bir şekilde havalandırılmış odalarda yapılan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) izolasyonu odanın viral yükünü anlamlı bir şekilde düşürmekte ve sağlık çalışanına SARS bulaşını engellemektedir. Kanada'da üniversitelerin akut bakım bölümlerinde yapılan 17 yıllık bir çalışma göstermiştir ki saatte ikiden az hava değişimi olan hasta odalarında çalışan sağlık personelinde tüberküloz enfeksiyonunun görülmesi havalandırma ile ilişkilendirilmiştir. Bu ve benzeri çalışmalar havalandırmanın önemini göstermektedir (128). Binalardaki uygun

olmayan termal konfor şartları daha düşük çalışma verimliliği ve personel için daha yüksek hata olasılığına neden olmaktadır (129). Hastanelerde farklı bölümlerde farklı ısı ve nem oranlarının olması termal konforun sağlanabilmesi için şarttır. Örneğin ameliyathanelerde daha düşük ısı ve daha çok hava değişimi gerekirken hasta odalarında ısının daha yüksek olması gerekmektedir. 2006 yılında Murphy ameliyathaneler için üç farklı soğutma sistemini karşılaştırmış ve iç ortam sıcaklığı, nem ve hava değişimi ile ilgili kuralları incelemiştir (130). Hastanelerde termal konfor 3 nedenle önemlidir (131); çalışanların performans ve verimliliği, hastaların ısıya ve soğuğa maruz kalmalarına bağlı olarak hastanede kalma sürelerinde etkisi ve ilaç ile medikal malzemelerin istenilen sıcaklıkta muhafaza edilmesine etkisi.

- 4. Radyasyon;** İyonize radyasyon en önemli fiziksel tehlikelerden biridir. Hastaneler ve görüntüleme merkezleri gibi yerlerde sağlık çalışanları için ciddi risk oluşturur. Özellikle radyoterapi, nükleer tıp, radyoloji, scopi yapılan ameliyat odalarında ki çalışanlar risk altındadır. İyonize radyasyonun karsinogenik, teratojenik ve mutajenik etkileri vardır ve yüksek konsantrasyonlarda ölümcüldür. Orta düzeyde iyonize radyasyona maruz kalmak yanıklar, katarakt, infertilite, genetik ve konjenital anomaliler, uzun süreli maruziyet ise kansere ve özellikle de lösemiye neden olur (132). İyonize olmayan radyasyon, sağlık profesyonelleri için bir başka fiziksel risk faktörüdür. Elektromanyetik alanlı cihazların kullanımındaki artış ve bu elektromanyetik alanlar çalışanın vücut dengesini bozarak hastalıklara neden olur. Yapılan bir çalışmada bildirildiğine göre özellikle 8-10 saat iyonize olmayan radyasyona maruz kalma, boğazda kuruluk hissi, göz problemleri, baş ağrısı, alerji, yüz sulanması, uykusuzluk, duyarlılık, işitme zorluğu ve yorgunluk gibi belirtilere neden olur (133).

2.7.2. Kimyasal Risk Faktörleri

Doğal halde bulunan, üretilen, bir işlem sonrasında oluşan, atık olarak meydana gelen, kaza ile oluşan her türlü element, bileşik veya karışımlara kimyasal adı verilir.

Çeşitli kimyasallar, sağlık çalışanlarının sağlık durumları için tehlikeli olmakla birlikte, hastalıkların teşhis ve tedavisinde, koruyucu uygulamaların gerçekleştirilmesinde ve hijyenik önlemlerin alınmasında kullanılan anahtar ajanlardır. Sağlık çalışanları kimyasal maddelere (anestezik gazlar, sitotoksik ajanlar, ilaçlar, civa gibi bazı ağır metaller, latex ürünler ve dezenfektanlar) defalarca ve bazen çok yoğun miktarlarda maruz kalırlar. Kimyasalın vücuda giriş yolları; solunum, sindirim, deri ve gözden emilim yoluyla olmaktadır (134). Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

- 1. Solunum yolu ile maruziyet:** İş yeri havasında bulunan toz, sis, duman, gaz ve buhar şeklinde dağılmış olan kimyasalların solunması sonucu vücuda girebilir.
- 2. Sindirim yolu ile maruziyet:** İş yeri solunabilir havasında bulunan tozların yutulması, kimyasal madde bulaşmış ellerin temizlenmeden yemek yenilmesi, sigara içilmesi veya yanlışlıkla yutma yoluyla gaz, toz, buhar, duman, sıvı veya katı maddeler vücuda sindirim yoluyla da girebilir.
- 3. Deri ve gözlerden emilim yolu ile maruziyet:** Kimyasallara dokunulması veya bu maddelerle KKD kullanmadan çalışılması sonucunda vücuda deri yolu ile vücuda girebilir. Gözlerde ise sıçrama veya buhar şeklinde bulunan maddelerin emilimi sonucunda vücuda girebilir.

Kimyasallar vücuda giriş şekillerine göre temas yerlerinde tahriş yapabilirler, kana karışarak sistemik etki yapabilirler veya hedef organ etkisine sebep olabilirler. Sağlık çalışanları yaptıkları işin özelliklerine göre çok çeşitli kimyasal ajanlarla karşı karşıya kalmaktadır. Kimyasal maddeler çevre ve insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptirler. Kimyasal maddelerin insan sağlığı üzerindeki etkileri; toksik, zararlı, kanserojen, mutajen, tahriş edici, aşındırıcı, üremeyi bozan, alerjiktir. Bu etkiler kimyasalın yapısına, maruziyet süresine ve şekline göre değişebilmektedir. Kimyasalın sağlık üzerinde akut ve kronik etkiler ortaya çıkarabilir. Bunlar aşağıda ele alınmıştır (134).

Akut etkiler: Gözlerde, solunum yollarında ve ciltte tahrişe sebep olur. Ayrıca sinir sistemini etkilerler ve zehirlenmelere neden olurlar.

Kronik etkiler: Kanseler, astım, kronik bronşit, akciğer kapasitesinin azalması, böbrek fonksiyon bozuklukları, kısırlık, düşükler, merkezi sinir sistemi etkilenmelerine bağlı olarak konuşma ve hareket yeteneği azalmasına neden olurlar.

Yapılan araştırmalarda; sağlık kuruluşlarında insan sağlığına zarar verebilecek toz, buhar, gaz ve sıvı halde 299 farklı kimyasal bileşenin kullanıldığı belirlenmiştir (135). Bunlar içinde en çok karşı karşıya kalınan kimyasal el dezenfektanları ve antiseptiklerdir. Bu antiseptik, dezenfektanlar (benzalkonyum klorür, borik asit, fenol, krezol gibi) ve sterilizanlar (etilen oksit, gluteraldehit, formaldehit gibi) uzun dönemde risk oluşturacak kimyasal ajanlardır. Antiseptik ve dezenfektanlar ciltte irritasyon ve allerjik reaksiyonlara neden olabilmekte iken sterilizasyon da kullanılan kimyasal maddeler ise karaciğer toksisitesi ve gebelikte bazı olumsuzluklara yol açabilirler (136). El dezenfektanlarının ve antiseptik solüsyonların yanı sıra anestezi gazları gibi solunabilir gazlar, gluteraldehid, solventler, latex ve sitotoksik ajanlar da önemli yer tutmaktadırlar. KKD olarak eldiven kullanımı sağlık çalışanları arasında oldukça yaygındır. Bununla birlikte, eldivenlerin kauçuk malzemesi hassas ciltli insanlarda alerjiye sebep olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda latex alerjisinin sağlık çalışanlarında %17 gibi yüksek oranlara çıkabildiği söylenmektedir (137).

Ağır organ toksisitesine ve diğer toksik etkilere neden olan ilaçlar ve mutajenik, kanserojen, teratojenik etkiler veya üreme sistemi bozuklukları gösteren ilaçlar "tehlikeli ilaçlar" olarak tanımlanırlar. Kemoterapi uygulamalarında kullanılan bu antineoplastik/sitotoksik ilaçlara uzun süreli maruz kalma sağlık çalışanları için potansiyel riskleri ortaya çıkarır. Bu ilaçların hazırlanması, uygulanması ve atılması aşamasında, toz ve damlacıkların teneffüs edilmesi, deriden emilim, kirlenmiş yiyeceklerin yenmesi ve ayrıca teratojenik, kanserojen ve genotoksik etkilerden dolayı ciddi sağlık sonuçları gözlemlenebilir (138). Birçok çalışmada, astım ve solunum yolu hastalıkları için sağlık çalışanları arasında artmış bir risk olduğu bu riskin özellikle hemşireler ve temizlik görevlileri arasında iki katına kadar çıkabildiği bildirilmiştir (139).

2.7.3. Biyolojik Risk Faktörleri

Sağlık çalışanları içinde buldukları çalışma koşulları nedeniyle her gün birçok biyolojik risk ile de karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu risklere maruziyet üç değişik şekilde karşımıza çıkmaktadır.

- 1. Solunum yolu ve damlacık yoluyla maruziyet:** Tüberküloz, kızamık, kızamıkçık, su çiçeği, SARS, influenza, meningokok ve pnömokokal enfeksiyonlar, solunum yolu sekresyonları ve damlacıklarla bulaşan hastalıklara örnektir. Demir ve ark. (140) göğüs hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık personeli ile göğüs hastalıkları kliniği olmayan başka bir hastanedeki tüberküloz enfeksiyon riskini belirlemek için yaptıkları bir araştırmada, göğüs hastalıkları hastanesinde Tüberküloz enfeksiyon riskinin, göğüs hastalıkları kliniği bulunmayan diğer hastaneye kıyasla 7,4 kat daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.
- 2. Direk temas maruziyeti:** Hastane yüzeyleri sıklıkla önemli hastane ilişkili patojenlerle kontamine durumdadırlar. Sağlık personeli tarafından kontamine çevreyle temas, hastane kaynaklı patojenlerin hastadan hastaya bulaşmasına veya çalışana bulaşmasına neden olabilmektedir. Sağlık çalışanın el hijyeni kurallarına uymaması ya da eldiven kullanmaması bu riski arttırmaktadır. Daha önce Metisiline Rezistans Stafilokokus Aereus (MRSA), Vankomisin Rezistans Enterekok (VRE), Acinetobacter veya Clostridium difficile olan bir hastanın kabul edildiği bir odaya kontrolsüz olarak sağlık çalışanın teması ya da yeni bir hastanın o odaya kabul edilmesi, sağlık çalışanı ve sonraki hasta için riski artırır. Oda yüzeylerinin iyi bir şekilde temizlenmesi ve dezenfeksiyonu, temas ilişkili enfeksiyon riskini azaltacaktır (141). MRSA, VRE, Acinetobacter gibi dirençli bakteriler ve uyuz gibi bazı hastalıklar direk cilt teması ile bulaşabilirler. Bu bulaşma için cilt bütünlüğünün de bozulmuş olması gerekmektedir (138).
- 3. Kan ve vücut sıvıları yoluyla maruziyet:** Çalışanların laboratuvarında mikroorganizmalara doğrudan temas halinde veya kesici delici alet (lam, lamel v.b.) yaralanmaları sonucu kan kontaminasyonu yüksek risk

oluşturabilir. Kontamine tıbbi araçlar ve kan-vücut sıvısı bulaşması, cilt kesisi veya biyolojik sıvılarla yaralanan konjunktiva ile temas orta risk, kanama olmaksızın yüzeysel bir yaralanma ile temas halinde düşük riskten söz edilir (142). Bu yolla bulaşabilen mikroorganizmalar arasında en önemlileri Hepatit B Virüsü (HBV), Hepatit C Virüsü (HCV), Hepatit D virüsü (HDV) ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) sayılabilir. (143, 144). Kesici-delici alet yaralanmaları ile enfeksiyon bulaşında; viral yük, yaralanma şekli ve yaralanmaya neden olan aletin tipi önemlidir (145).

2.7.4. Ergonomik Risk Faktörleri

İş yükü ve çalışma gücünün en iyi şekilde dengelenip hem çalışanın sağlığını koruyan hem de üretimin artmasını sağlayan insan-makine-çevre sisteminin başarılması için biyolojik bilginin anatomi, fizyoloji ve deneysel psikoloji alanlarında uygulanmasına ergonomi denir. Ergonomi verimliliği, artırmak ve iş güvenliğini sağlamak amacıyla, çalışanların anatomik ve bilişsel özelliklerinin, çalıştıkları çevre ve sistemlerin incelenmesi ve bunlar arasında en iyi uyumun sağlanmasına yönelik çalışmaların bütünüdür (146, 147). Ergonomi, insanların yeteneklerini fark etmesini ve etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayarak insanın çalışırken aşırı zorlanmalar yüzünden yıpranmasını önler ve bu uyum sayesinde iş başarımını artırır (148).

Çalışanların işlerini yaparken maruz kaldıkları fiziksel ve psiko-sosyal risklere bağlı olarak ortaya çıkan ağrı, hareket kısıtlanması ve sakatlanmalarla seyredilen kas iskelet hastalıkları birçok sektörde olduğu gibi sağlık çalışanları arasında da yaygın hale gelmiş bir sorundur. Mesleki kas iskelet hastalıkları adı verilen bu durum kaslar, tendonlar, ligamanlar ve diskler gibi yumuşak dokuları etkiler. Bu hastalıkların oluşumun kötü postür, zorlamalı hareket ve uygunsuz ergonomik yapılanma önemlidir (149). Manuel malzeme veya hasta taşıma, mesleki kas-iskelet sistemi hastalıklarının en önemli nedenlerinden biridir. Tıbbi malzemeler, aletler, numuneler, kullanılacak ilaç ve sarf malzemeleri, çarşaf, mobilyalar ve gıda arabaları gibi birçok ekipman hastanelerde uygunsuz bir şekilde taşınabilmektedir. Ayrıca hastane ortamında kas-iskelet sistemi hastalıklarının gelişmesinde çevresel ergonomik faktörlerin de rolü büyüktür. Islak ve kaygan zeminler, düzgün olmayan döşeme yüzeyi, döşeme seviye

farkı, işe uygun olmayan personel ve vardiya sayısı, yetersiz aydınlatma, gürültülü ergonomik çevresel tehlikelerden bazılarıdır (150).

Birçok hastane çalışanı uzun süren oturma veya ayakta kalmaya maruz kalmaktadır. Hemşireler, cerrahlar, radyoloji çalışanları, çamaşırhane çalışanları, laboratuvar çalışanları, eczane çalışanları, diş Hekimleri ve idari alanlarda çalışanlar uzun süre oturmak ya da ayakta durmak zorunda kalmaktadır. Dinamik hareketler yapan bilgisayar kullanıcıları ve elektronik cihazları kullananlar, cerrahlar, laboratuvar çalışanları ve radyologlar tekrarlayan üst ekstremitte hareketlerine maruz kalmaktadırlar. Ergonomik uygunsuzluklara bağlı ortaya çıkan kas iskelet sistemi yaralanmalarının veya hastalıklarının bazı semptomları şunlardır;

- Yorgunluk
- Ağrı, ağrıyan yanma hissi
- Hareketli veya hareketsiz kas ağrısı
- Tendon ağrısı
- Eklem ağrısı, azalmış eklem hareket alanı
- Hareketlerde beceriksizlik veya koordinasyon kaybı
- Parmaklarda uyuşma, karıncalanma veya soğukluk hissi
- El kol titreşimi
- Reynaud'un fenomeni
- Bel ağrısı veya siyatik sinir sıkışması
- Venöz yetmezlik, varisler
- Plantar fasitis (151).

Ergonomik eğitim programları, kas-iskelet sistemi prevalansını azaltmak için uygun araçlardır (152). Bu eğitim programlarında pasif ve aktif teknikler uygulanmalıdır. Pasif teknikler; ergonomi dersleri, sağlık ve güvenlik bilgilerinin paylaşımı videolar ve broşürler şeklinde yapılabilir (153). Hazırlanan eğitim programlarının içeriği, sağlık çalışanlarına ergonomik tehlikeler ve kontrol yöntemleri hakkında bilgi sağlamalıdır. Yeni bir alet-makine alındığında ya da iş yerinde değişiklik meydana geldiğinde eğitim güncellenmelidir. İşe yeni giren personele oryantasyon eğitim programı kapsamında, ergonomik tehlikeler ve kontrol yöntemleri

anlatılmalıdır. Sağlık sorunları ve sıklığının değerlendirilmesi için belirli periyotlarda işyeri gözlemleri, ortam ölçümleri ve çalışan anketleri yapılmalıdır (150).

2.7.5. Psiko-sosyal Risk Faktörleri

Mesleki stres, çalışanların işyerindeki olumsuz veya zorlu iş taleplerini algılama, değerlendirme ve bunlara tepki verme süreçlerini ifade eder (154). Psiko-sosyal iş faktörleri ile ilgili ortaya konulan çeşitli teorik modeller vardır. Son 20-30 yıl içerisinde Karasek ve ark. tarafından gerçekleştirilen “İş yükü modeli” üç temel boyuttan oluşmaktadır.

- a) Psikolojik gereksinimler
- b) Beceri takdiri ve karar yetkisinden oluşan karar mekanizmaları
- c) Sosyal gereksinimler (15).

Yakın bir zamanda, psiko-sosyal iş faktörlerinin ölçümü için yeni bir Anket geliştirildi. Kopenhag Psikososyal Anketi, Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) denilen bu Anket Kristensen'e göre çok kapsamlı ve teoriye dayalıdır, ancak belirli bir teoriye bağlı değildir. İş içeriği anketi olarak, işe dayalı olarak hazırlanan gerginlik modeli de denilen bu Anket psiko-sosyal risk faktörlerinin tümünü kapsayan ve şimdiye kadar risk faktörleri olarak tanınmayan faktörleri de içerir. Bu ölçüğe ilave edilmiş diğer kavramlar, fiziksel şiddet gibi işyeri şiddetiyle ilgili şiddet, cinsel taciz, ayrımcılık, zorbalık ve mesai saatleriyle ilgili uzun çalışma saatleridir (155). Sağlık çalışanlarında en fazla görülen ve psiko-sosyal faktörlerin sonucunda ortaya çıkan durum tükenmişliktir. Tükenmişlik, iyi belgelendirilmiş bir psikolojik tepkidir. Sağlık çalışanı açısından en dikkate değer kronik bir iş stresörüdür. Bu alanda çokça çalışmalar yapılmış ve tükenmişliğin üç bileşeni olduğu ortaya konmuştur. Bu bileşenler duygusal tükenme, kinizm ve kişisel tesirler olarak kabul edilir (156).

İş yerinde işe bağlı şiddette sağlık çalışanları için tüm dünyada önemli bir psiko-sosyal risk faktörüdür (157). İş yerinde şiddetin birçok değişik tanımı vardır. “DSÖ’ye göre; kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm psikolojik zarar görme, gelişiminin olumsuz etkilenmesi ya da

tükenme durumunun ortaya çıkabilmesidir” (158). ABD İş Sağlığı kaynaklarına göre ise şiddet; görev sırasında kişilere yöneltilmiş fizik saldırı ya da saldırı tehdidi olarak tanımlanmaktadır. İş yerinde şiddet genel olarak çalışanların üretimini ya da güvenliğini negatif etkileyen iş ya da iş çevresi ile ilgili bir sorun olarak tanımlanmaktadır (20).

Sağlık çalışanları, diğer çalışanlardan 16 kat daha fazla şiddete maruz kalmaktadır ve özellikle hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla işyerinde şiddete maruz kalma olasılığı 3 kat fazladır (159). Fiziksel ve psikolojik şiddet olgusu tüm dünyada yaygındır, ancak psikolojik şiddet diğer türlerden daha fazladır. Kanıtlar, psikolojik şiddet yaşayan insanların fiziksel şiddet kurbanlarının 7 katı daha fazla olduğunu göstermektedir (160).

Psikolojik şiddet şu şekilde tanımlanır: Kişinin ruhsal olarak sağlık durumunu bozan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum ve davranışlardır (161). Bu tutum ve davranışlar fiziksel ya da sözel olabilmektedir. Psikolojik şiddet, küfürlü, küçük düşürücü, korkutucu, gülünç ve hakaret edici davranışları içerebilir (159). Şiddetin boyutları çalışanlar arasında farklı etkiler ortaya koymaktadır. Şiddete uğrayan çalışan moral bozukluğu yaşar, bakım kalitesi düşer, iş doyumunu azalır, stres düzeyi artar, işten ayrılma düşüncesi başlar, işini yaparken hata yapma ihtimali artar ve işe devamsızlıkta artış olur. Çalışan korku ve öfke doludur. Suçluluk ve güçsüzlük hisseder, uyku bozuklukları olabilir. Bu olaylar neticesinde fiziksel yaralanmalar ya da ölümler gerçekleşebilir. Bu durum çalışmanı etkilediği gibi etkileri açısından hizmet alanları ve iş yerini de etkileyen önemli ve bir an önce üzerinde çalışılıp gerekli önlemlerin alınması gereken bir durumdur (162).

2.8. Hastanelerde İş Kazası ve Meslek Hastalıkları

2.8.1. Hastanelerde Sağlık Çalışanlarında Görülen İş Kazaları

Tüm dünyada sağlık çalışanları, yaptıkları işin niteliği ve çalışma ortamı kaynaklı risklerle karşı karşıyadırlar. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı tehlikeler, çalışanlarda iş veriminin azalmasına, iş kazalarının artmasına neden olmakta ve bunun sonucu olarak, çalışan güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (163).

Sağlık çalışanları kesici-delici alet yaralanmaları ve kan ile vücut sıvısı bulaşı sonucu, hepatit-B, hepatit-C, AİDS, KKKA gibi kan yolu ile bulaşan hastalıklardan, ağır yük kaldırma, uzun süre ayakta kalma gibi sebepler sonucu gelişen KİSH'na, latex ve kimyasal maddelerin sebep olduğu alerjik reaksiyonlar, yanmalar, elektrik çarpmaları ile şiddet ve stresin neden olduğu ruhsal rahatsızlıklara yakalanmaktadırlar. Aşağıda hastanelerde sağlık çalışanlarında görülen iş kazaları ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.8.1.1. Kesici-Delici Alet Yaralanmaları ve Kan Vücut Sıvısı Bulaşı

Hastaneler enfeksiyon etkenlerinin oldukça fazla olduğu ortamlardır. Sağlık çalışanları hastanelerde çalışma ortamı kaynaklı birçok etkene maruz kalmakta ve bu temas sonucunda ciddi enfeksiyon hastalıklarına yakalanmaktadırlar. Enfekte ve taşıyıcı hastaların kan ve vücut sıvıları ile temas etmiş cisimlerle meydana gelen kesici-delici yaralanmaları veya bu hastaların kan ya da vücut sıvılarının mukoz membranlara sıçraması sonucu sağlık çalışanları hepatit-B, hepatit-C, AİDS gibi viral enfeksiyon hastalıklarına yakalanmaktadırlar. Günümüzde kesici delici aletlerin birçoğunun tek kullanımlık olmasından dolayı, risk hastalar için azaltmışken, mesleki maruziyetle enfeksiyon bulaşı sağlık personel için devam eden en önemli sorundur. Gerek kesici-delici alet yaralanmaları sonucu gerekse kan ve vücut sıvısı bulaşı sonucu gelişen viral enfeksiyonların yanında, 20 farklı patojen ajanın sağlık çalışanlarına geçişi bildirilmiştir (164). Viral hepatitler arasında en sık bulaşma riski olan HBV'nin neden olduğu enfeksiyondur. Dünya nüfusunun yaklaşık %5'inin HBV taşıyıcısı olduğu kabul edilmektedir. Sağlık çalışanlarında HBV ile karşılaşma riski, diğer meslek guruplarında çalışanlarla karşılaştırıldığında 3-6 kat daha fazladır (165).

“Kan ve vücut sıvısı yoluyla bulaşan hastalıklar açısından bulaş riski taşıyan vücut sıvıları; genital sekresyonlar, plevra, perikard, periton, serebrospinal, sinovyal ve amnion sıvılarıdır. Gözle görülür miktarda kan içermedikleri takdirde bulaş riski taşımayanlar ise; feçes, idrar, ter, tükürük, balgam, burun sekresyonları ve kusma materyalidir” (166).

ABD'de her yıl 250 civarında sağlık personeli HBV enfeksiyonu ve buna bağlı komplikasyonlar sebebi ile hayatlarını kaybetmektedirler. Bulaş perkütan yol ya da mukozal yolla meydana gelmektedir. Perkütan yolla bulaş; sağlam derinin kesilerek, sivri uçlu alet ya da iğnelerle delinerek, yanarak ya da soyularak bütünlüğünün

bozulması şeklindeyken, mukozal yol ise; burun, göz, oral mukozaya kan ya da vücut sıvılarının teması sonucu bulaş olmasıdır. Yapılan birçok çalışmada özellikle bulaş riskinin en fazla olduğu meslek grupları sırası ile hemşireler, Hekimler, diş Hekimleri ve laboratuvar çalışanlarıdır. Bu risk diğer çalışanlarda, kesici-delici atıkların toplanması ve taşınması sırasında yaralanmalara maruz kalma şeklindedir (165, 166).

Kan ya da vücut sıvılarının mukoz membranlara sıçraması ve kesici-delici alet yaralanmaları ile enfeksiyon bulaşında; viral yük, yaralanmanın oluş şekli ve kontamine aletin fiziksel özellikleri önemlidir. HCV ile enfekte olmuş kan maruziyeti ile perkütan yaralanma sonrasında, hepatit C geçirme riski %0-7 arasında iken, HBV bulaşma riski %5-30 ve HIV bulaşma riski %0-0,9 oranlarındadır (145).

Yaralanmalar sonucu kan ve vücut sıvısına maruziyet sonucu gelişebilecek enfeksiyon hastalıklarına yakalanmamak için universal önlemler kapsamında; önlem olarak öncelikle, yaralanma olasılığını azaltmak gerekmektedir. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), hazırladığı her hasta ile temas sırasında uygulanacak “Standart Önlemler” hastadan bulaşın önlenmesi açısından öncelikli ilk adımdır. Standart önlemler kapsamında latex eldivenler iyi bir bariyer oluşturması sebebi ile eldivenin üstünden meydana gelebilecek bir kesici-delici alet yaralanmalarında bulaş olasılığını düşürür. Latex eldivenden iğnenin geçişinde inokülum (bir materyale ilave edilen mikroorganizma) miktarı 10-100 kat arasında azalır. Yaralanmaların nasıl meydana geldiğinin bilinmesi, önlemenin yollarını göstermesi açısından önemlidir. Cerrahlarda yaralanmalar, en sık dikiş atarken meydana gelirken, ameliyathane hemşirelerinde ise kesici-delici niteliğe sahip aletleri cerraha alıp verme sırasında oluşmaktadır (167).

Yaralanmalarda enfeksiyon hastalıklarına yakalanmamak için genel önlemler kapsamında aşağıdaki uygulamaların yerine getirilmesi gerekmektedir.

- Tek kullanımlık iğneler kullanıldıktan sonra iğne kapağı yeniden takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemeli
- Kullanılmış tüm kesici delici nitelikte olan kontamine malzemeler, delinmeye dirençli kesici delici alet kutularına atılmalı, $\frac{3}{4}$ oranında dolduktan sonra ağzı kapatılarak, geçici depolama alanına götürülmeli

- Kesici delici atık kutuları kullanıma uygun ve herkesin kolayca ulaşabileceği yerlerde bulundurulmalı
- Güvenli koruyucu iğne kullanılmalı
- Dikiş atma tekniğinde iyileştirme yapılmalı
- İyi bir cerrahi ekip koordinasyonu sağlanmalı
- Ani hareketlerin sebep olacağı invaziv girişim sırasındaki yaralanmaları önlemek için hasta bilgilendirilmelidir (168).

2.8.1.2. Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları

Sağlık çalışanları yaptıkları işin bir parçası olarak, kendileri için tehlikeli olan uygulamalar arasında hastayı kaldırma, pozisyon verme, el gücüyle taşıma gibi ergonomik risklere maruz kalmaktadırlar. Kas iskelet sistemi (KİS) ile ilgili bu riskler, özellikle hemşireler başta olmak üzere, diş Hekimleri, laborantlar, anestezi-radyoloji teknisyen/tekniker, fizyoterapistler ve hastabakıcılarda görülmekte; özellikle bel ağrısı, boyun, omuz ve kol ağrıları ve karpal tünel sendromu yaygın olarak görülmektedir (169). Avrupa'da her dört çalışandan birisi sırt (%24, 7) ve kas ağrısından (%22, 8) şikayet etmektedir. İngiltere'de ise çalışanların %85'i hastalık ve yaralanma riskinin en fazla KİS'nde olduğunu düşünmektedir. ABD'de eğitim ve sağlık sektöründe işe bağlı KİSH sıklığı 10,000'de 55'dir (150).

Sağlık personeli içinde özellikle hemşireler, bel ağrı problemleriyle karşılaşmada, ağır sanayi işçileri ve ağır vasıta şoförlerinden sonra üçüncü sırada gelmektedir. Sağlık çalışanlarında kas-iskelet sorunlarının en önemli sebebi, hasta ile yakın temas gerektiren aktivitelerin çokluğudur. Toplum geneline göre değerlendirildiğinde; Hekim, diş Hekimi, hemşire, fizyoterapist ve hastabakıcılarda bel ağrısı insidansının (%50-60) oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (163).

ABD Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kurumunca yayınlanan rehber doğrultusunda, bel ağrısı gelişimini tetikleyen faktörler aşağıda sıralanmıştır.

- Kötü vücut mekaniği (belden eğilme, belde kıvrılma gibi)
- Kötü bir oturma postürüyle uzun süreli olarak oturma
- Çalışma alanlarında ayarlanabilir sandalye, ayak, vücut desteği ve çalışma yüzeyi eksikliği

- Fazla ağır veya uygun olmayan boyutlardaki nesnelere kaldırma, indirme
- Ellerde zayıf kavrayış
- Kaygan ya da pürüzlü zemin (150).

Sağlık çalışanlarında mesleğe bağlı kas iskelet sistemi hastalıklarının oluşumunda vücut postürü ve korunma ilkelerine dikkat edilmemesinin yanı sıra, çevresel ergonomik risklerin de rolü büyüktür. Bu riskler; kaygan ve ıslak zeminler, düzgün olmayan döşeme yüzeyleri, döşeme seviye farkı, işin niteliğine uygun olmayan personel olarak sıralanabilir.

2.8.1.3. Kimyasal Maddelerle Meydana Gelen Yaralanmalar

Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında kimyasal risklere maruz kalmaktadırlar. Sağlık kurumlarında insan sağlığını tehdit eden ve sağlığına zarar verebilecek şekilde sıvı, gaz ve buhar halde kullanılan farklı şekilde 299 kimyasal ajanın kullanıldığı yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Özellikle sağlık çalışanları deterjan, dezenfektanlar, antiseptikler anestezi gazları, anestezi maddeleri, latex, civa, gluteraldehid, farmasötik maddeler ve sitotoksik gibi kimyasal tehlike ve risklere maruz kalmaktadır. Gerekli önlemler alınmadığı takdirde, özellikle kimyasal ajanlar sık kullanıldığı ameliyathane, laboratuvar gibi birimlerde sağlık çalışanları için ciddi risk oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarında ortaya çıkan akut ve kronik sağlık sorunları, maruz kalınan tehlikeli kimyasalın cilt ile teması, kimyasal ajanın konsantrasyonu etki süresi, maruziyetin yolu ve kimyasalın özelliklerine göre değişmektedir (6, 62,170).

Bu kimyasal ajanlar astım ve dermatit yapmalarının yanında, sitotoksik maddelerin mutajenik etkileri de vardır. Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi (inhalasyon), ağız (inhalasyon, yutma), göz ve kesici delici alet yaralanması gibi çok çeşitli yollarla vücuda alınmaktadır (6).

Ameliyathane ve patoloji birimlerinde kullanılan kimyasallardan formaldehite bağlı sık alerjik reaksiyonlar görülmektedir. Bu maddelerin deri ile direk teması ve solunum ile atopik reaksiyonlar, ürtiker, alerjik kontak dermatit veya göze sıçraması halinde körlükle sonuçlanabilecek kalıcı hasarlar oluşabilmektedir. Ksilen tipi maddelerin göze bulaşması sonucunda körlük oluşabileceği konusunda çalışmalar

bulunmaktadır. Ameliyathanelerde yüksek düzey dezenfektan amaçlı glutelaldehit ve patolojik parçaların muhafazası için formaldehit, yaygın olarak kullanılmaktadır. Ortamda havalandırma iyi olmadığında, yüksek dozda glutaraldehidin solunum yolu ile alınmasına bağlı gözlerde, burun ve boğazda yanma, iritasyon ve alerjik reaksiyonlar görülmektedir. Aynı duruma yüksek düzey dezenfektanlardan glutelaldehit gibi ajanların kullanıldığı endoskopi ünitelerinde de rastlanmaktadır (171).

Ameliyathane ortamı anestezi gazları ile sürekli olarak kirlenmektedir. Bu kirlenme günümüzde yeni inhalasyon anesteziklerinin maske ile kullanılması, larengial maske kullanımı gibi sebeplerle oluşan kaçaklar sonucunda oluşmakta ve ameliyathanelerde sağlık çalışanları da uzun süreli olarak bu gazlara maruz kalmaktadırlar. Atık gazların, ameliyathane çalışanlarının sağlığı üzerine olumsuz etkileri olabileceği ilk kez 1967 yılında Vaisman tarafından bildirilmiştir. Anestezi gazlarına maruz kalan çalışanlarda en sık görülen sağlık sorunları; baş ağrısı, yorgunluk, sinirlilik, bulantı, spontan abortus, prematüre doğumlar ve doğumsal malformasyonlardır (171).

Sıklıkla ameliyathanede ortaya çıkan cerrahi duman hasta, personel, çevre açısından diğer bir risktir. Lazer ya da elektrokoter kullanımında, mutajen gazlar, karsinojenler, DNA komponentlerini içeren partiküller ya da HPV dumanla birlikte havaya yayılabilir ve çalışanlar açısından risk oluşturabilir. Cerrahi duman riskini en aza indirmek için alınması gereken en önemli önlem ameliyathanelerde duman tahliye sistemi cihazları kullanılmasıdır (171).

Sterilizasyon ünitelerinde sterilizasyon amaçlı kullanılan etilen oksit konsantrasyonu %3'e ulaştığında patlayıcı toksik ve kanserojen bir gazdır. Solunum yolu ile ilgili sıkıntılar ve nörolojik bulgular akut etkileri oluştururken, yüksek oranda maruziyet katarakta neden olur (171).

Kimyasal ajanlara karşı koruyucu önlem olarak, özel maske, göze sıçramaları önlemek için koruyucu gözlük, cilt temasını önlemek için eldiven kullanılmalı ve korunma önlemlerine yönelik çalışanlara eğitim verilmelidir. Solunum yoluyla alınan kimyasal maddeler için özellikle yeterli havalandırma sağlanmalıdır. Kimyasal maddelerle temas halinde ise cildi bol su ile yıkamalıdır. Tüm bunların dışında;

çalışma ortamının kontrolü ve biyolojik izlem önemlidir. Biyolojik izlem; çalışma ortamındaki ve çevredeki toksik ve kimyasal ajanların sebep olduğu hastalıklardan korunmada önemlidir. Çalışma ortamında bulunan ve solunabilen havayı kirleten kimyasal maddeleri, endüstriyel hijyen metotları ile ölçülebilir ve kontrol edebiliriz. Bununla birlikte deriden emilen, ağızdan alınan veya çalışma ortamı dışında bulunan çevreden gelen ve ölçülüp kontrol edilemeyen zararlı ajanların vücuda etkilerini ortaya koyabilmek biyolojik izleme ile mümkün olabilmektedir (6, 62, 170).

2.8.1.4. Zehirlenmeler

İşin yürütülmesi sırasında meydana gelen zehirlenmeler iş kazası olarak nitelendirilmektedir. Çalışanların yaptıkları işten dolayı zarar görebileceği Hipokrat (M.Ö 460–377) tarafından ileri sürülmüştür. Hipokrat kurşun zehirlenmelerinin önde gelen belirtilerine dikkat çekmiş, bunun sebebinin de çalışan insanların ise alt sosyal sınıf olmasına bağlı olarak, çalışanların sağlık sorunlarının üzerinde durulmamasına bağlamıştır (20).

Hastaneler 24 saat esaslı çalışan yataklı kuruluşlardır. Bu nedenle çalışanların, hasta ve yanın da kalan refakatçilerin yemek ihtiyaçları hastanede karşılanmaktadır. Bu hizmet verilirken hijyen kurallarına yeteri kadar uyulmaması durumlarında gıda zehirlenmesi tehdidi çalışanlar ve hastalar için her zaman vardır. Kontamine gıda alınması ile ortaya çıkan bu tehdit aynı yemekten yiyen birçok kişiyi etkileyebilir. Burada olay kontamine gıdalarda ortaya çıkan bakteriler veya onların ürettiği toksinlerdir. Bu kontaminasyona yol açan etken gıdaların saklama ve hazırlama koşullarına uygun hareket edilmemesidir. Gıda güvenliğini sağlayabilmek için hijyen kurallarına, saklama ve depolama kurallarına uymak alınabilecek en önemli önlemlerdir. Ayrıca yapılan yemeklerden her gün steril kaplara örnekler alınmalı ve bu örnekler en az 72 saat saklanmalıdır. Gıda zehirlenmesi olayları kişinin işyerinde işini yaparken ortaya çıkması sebebiyle iş kazası statüsünde olan vakalardır (172).

2.8.1.5. Alerjik Reaksiyonlar

Yapılan iş sırasında giyilen eldivenlerden ve latex içeren birçok ürünün kullanılmasından dolayı latex alerjisi görülmektedir. Latex eldivenlere üretim aşamasında eklenen kimyasal maddelere maruziyet sonucunda görülen en sık

immünolojik yanıt allerjik kontakt dermatittir (173). Hemşirelerin iş ile ilgili rahatsızlıklarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada alerji oranı %2,9 olarak belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanlarında latex alerjisi görülme sıklığının %3-17 arasında değiştiği bildirilmiştir (171). Yaygın kullanılan medikal latex ürünlere enjektör, turnike, katater, anestezi maskeleri gibi malzemeleri örnekler verebiliriz (173).

2.8.1.6. Elektrik Çarpmaları

Sağlık kurumlarında bulunan alet ve tıbbi cihazlar büyük bir çoğunluğu elektrikle çalışmaktadır. Bazı birimlerde ki çalışma ortamında suyun bulunması ise elektrik çarpma riskini büyük ölçüde arttırmaktadır. Bu birimlere örnek olarak çamaşırhane, sterilizasyon ünitesi ve laboratuvarlar verilebilir (170).

İş güvenliği açısından elektrik çarpması gibi büyük bir tehlikeye yol açabilecek risklere sebep olan faktörler; kabloların açıkta ve korumasız olması, makinelerin bakım ve güvenlik talimatlarının olmaması, makine ve cihazların yetkisiz kişilerce kullanımıdır (17).

2.8.1.7. Yanmalar

Yanık, vücudun herhangi bir bölgesindeki dokuların yüksek ısıdan zarar görmesidir. Yanık, alev ya da katı, sıvı ve buhar halde olan sıcak cisimlerin doğrudan etkisiyle meydana gelmektedir. Yanık bunları dışında kimyasal maddelerle oluşabileceği gibi, elektrik çarpması gibi sebeplerle de oluşabilmektedir (2).

Hastanelerde buhar sterilizatörlerinin kullanıldığı sterilizasyon üniteleri, çalışanlarda yanık oluşması açısından riskli birimler arasındadır. Bunun yanında yemek üretim alanında çalışan aşçı ve diğer çalışanlar, sıcak yemek, yağ, su gibi gıdaların dökülmesi ya da sıçraması; çamaşırhane çalışanları ise ütü ve sıcak su ile doğrudan yanık oluşmasına neden olabilecek kazalarla karşı karşıya kalabilmektedir. Laboratuvarlarda ısı kaynağı olarak kullanılan likit petrol gazı (LPG) veya doğal gaz gerekli önlemler alınmadığında patlama ve yanmalara sebep olabilmektedir.

2.8.1.8. Trafik Kazaları

UÇÖ iş kazasını; bir ya da birden çok işçinin yaralanması, hastalanması ya da ölümü ile sonuçlanan beklenmeyen ve planlanmamış iş ile bağlantılı ya da işten kaynaklanan şiddet eylemlerini kapsayan olay olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla, işin yürütülmesi sırasında, mesai saatleri içerisinde oluşan trafik kazaları da iş kazası olarak tanımlanmaktadır (21).

Sağlık kurumlarında tıbbi ve idari birim çalışanları iş saatlerinde görevleri gereği toplantı, kurumlar arası evrak, ilaç, malzeme götürüp, getirme gibi sebeplerle motorlu hizmet taşıtlarını kullanmaktadır. İş saatleri içerisinde ve işe toplu gidiş-geliş sırasında meydana gelen trafik kazaları, iş kazası olarak değerlendirilmektedir.

2.8.1.9. Şiddet

Sağlık kurumlarında en sık karşılaşılan risk faktörlerinden biri de psiko-sosyal risklerdir. Psiko-sosyal riskler arasında kabul edilen şiddet, kişiye psikolojik ya da fiziksel zarar vermeyi amaçlayan arzu edilmeyen bir eylemdir (3). DSÖ şiddeti; kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi olarak, UÇÖ ise; belirli bir zarar veya yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik olayı iş kazası olarak tanımlamaktadır. UÇÖ'nün tanımından da anlaşılacağı üzere, sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları iş kazası olarak değerlendirilmektedir (158).

ABD'de yapılmış bir araştırmanın sonuçları göstermiştir ki sağlık personeli diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre şiddete uğrama açısından 16 kat daha fazla riskle karşı karşıyadır. Finlandiya'da yapılan bir araştırmada, psikiyatri hemşirelerinin, polisler ve hapisane gardiyanlardan sonra şiddete en fazla maruz kalan üçüncü meslek grubu olduğu belirlenmiştir. Özellikle hastanelerde acil servis çalışanları şiddete en çok maruz kalanlar olarak dikkati çekmektedir (158, 174). DSÖ, UÇÖ ve Uluslararası Hemşireler Birliği (UHB)'nin "Sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" başlıklı ortak raporunda ki şiddet oranları incelendiğinde, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,78'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (161).

Sağlık kurumunda şiddeti, hasta, hasta yakınları ya da başkaları tarafından sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırılar oluşturmaktadır. Özellikle son yıllarda hastanelerde Hekim ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları giderek artmaktadır (161). 2008-2009 yıllarında artan şiddet olaylarının ardından, TTB, İstanbul Ticaret Odası (İTO) ve birçok sivil toplum kuruluşunun katılımıyla “Hekime Yönelik Şiddet Önlenebilir mi?” çalışmayı gerçekleştirilerek “Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Gurubu” oluşturuldu (174).

Sağlık Bakanlığı, 14. 05. 2012 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda tüm sağlık kurumlarında, sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılması konusunda birçok çalışma başlatmıştır. Yapılan bu düzenlemeler; beyaz kod uygulaması, hukuki yardım alınması, şiddete maruz kalan çalışanın hizmetten çekilmesi, tüm çalışanların eğitimi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve güvenlik tedbirlerinin artırılmasına ilişkindir (175).

2.8.2. Hastanelerde Sağlık Çalışanlarında Görülen Meslek Hastalıkları

2.8.2.1. Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar

Sağlık çalışanları; kan ve vücut sıvısı, solunum, damlacık ya da direkt temas yolu ile bulaşan ve enfeksiyon ile sonuçlanan hastalıklara maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarında en sık görülen ve enfeksiyona bağlı meslek hastalıklarına Hepatit A-B-C, HIV, KKKA, herpes simplex, suçiçeği gibi hastalıkları örnek verebiliriz (176). Türkiye genelinde 2015 yılı SGK verilerine göre, bazı enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar tanı alt gurubunda toplam 2 meslek hastalığı tanısı konulmuştur (177).

2.8.2.2. Kimyasal Maddelerle Olan Meslek Hastalıkları

Sağlık personeli mesleki deri hastalıklarının en sık görüldüğü meslek grupları arasındadır. Sağlık çalışanları her gün çok sayıda latex ürünü ile temas halinde olduğu için Latex alerjisi gelişmekte ve sağlık çalışanlarında bir meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir (171). Meslek hastalıklarının yaklaşık %30'u cilt hastalığı, bu hastalığın %90'nı kontakt dermatittir. En sık ellerde görülmekte olup, kanserleşmeyen deri hastalıklarında yükümlülük süresi 2 ay iken, kanserleşen deri hastalıklarında bu süre 5 yıldır (27). Türkiye genelinde 2015 SGK verilerine göre, deri ve derialtı dokunun

hastalıkları tanı alt gurubunda kontakt dermatit, alerjik kontakt dermatit ve iritan kontakt dermatit tanıları olmak üzere toplam 10 meslek hastalığı tanısı konulmuştur (18). Diş protez laboratuvarlar çalışanlarında, maden işçilerinde sık görülen bir meslek hastalığı olan silikozise rastlanmaktadır (164).

2.8.2.3. Psiko-Sosyal Kaynaklı Meslek Hastalıkları

Mesleki psikolojik hastalıklar “Türkiye Meslek Hastalıkları Listesi”nde yer almamaktadır. Hastalık ile çalışma veya çalışma ortamı arasında bir nedensellik bağı kurmanın zorluğundan ve psikolojik rahatsızlıkların mesleki kökenli olup olmadığının tam olarak anlaşılmasından dolayı bu hastalıkların tanısını koymak oldukça zordur. İlk defa zihinsel ve davranışsal bozukluklar olarak UÇÖ 2010 Güncel Meslek Hastalıkları Listesinde yer almış ve bu durum daha çok mobbing (Psikolojik Taciz) kavramı üzerinden ele alınmıştır. Mobbinge maruz kalan çalışanlarda depresyon, post travmatik stres sendromu ve şiddet içeren davranışlar en sık psikolojik rahatsızlıklar olarak ortaya çıkmaktadır. Yine kronik uykusuzluk, yorgunluk, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, duygu-durum bozuklukları, tükenmişlik sendromu da psikolojik rahatsızlıklar olarak sıralanabilir (27). Türkiye genelinde 2015 SGK verilerine göre, mental ve davranışsal bozukluklar tanı alt gurubunda meslek hastalığı bildirimini yapılmamıştır (177).

2.8.2.4. Ergonomik Sebeplerden Kaynaklı Hastalıklar

Sağlık çalışanlarında, çalışma koşulları ve iş ortamından kaynaklanan iş ile ilgili “meslek hastalıkları” karşımıza çıkmaktadır. KİSH, vücudun farklı bölümlerinde nonspesifik (tüm hastalıklarda görülen, hiçbir hastalığa özgül olmayan) bulgularla kendini gösteren, ağrı, fiziksel fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı ile karakterize, yapılan işe bağlı olarak gelişen, kronik özelliği olan enflamatuar ve dejeneratif (doku ya da organların verimliliğini azaltan fiziksel ve/veya kimyasal değişiklikler) hastalıkları içerir. Bunlardan bazıları; Carpal Tünel Sendromu, Tendinitis, Tenosinovitis, Tetik Parmak, De Quervain’s Hastalığı, Raynaud’s Fenomeni, Torasik Çıkış Sendromu, Ganglion Kist ve Tenisçi Dirseği gibi hastalıklardır (178). Türkiye genelinde 2015 SGK verilerine göre, sinir sistemi hastalıkları tanı alt gurubunda, Karpal Tünel Sendromu, Ulnar/Radial sinir lezyonu olmak üzere 17 meslek hastalığı tanısı konulmuştur (177).

Ağrı ve fizik fonksiyon kaybı ile karakterize olan, bireylerde hareket kısıtlılığı yanında sosyal yaşamında da sınırlayıcı olan KİSH; genellikle iŖe bağlı risk faktörleri nedeniyle ortaya çıkan, çok sayıda, kronik özellikte, enflamatuvar ve dejeneratif hastalıkları içermektedir.

2.8.2.5. Fiziksel Etken Kaynaklı Meslek Hastalıkları

Türkiye’de meslek hastalıkları sınıflandırmasında, fiziksel etkenlere maruziyet sonucunda meydana gelen meslek hastalıkları E Grubunda yer almaktadır. Ekonomik faaliyet sınıflamasında, meslek hastalığına tutulan sigortalı sayısı Türkiye geneli 2015 SGK verilerine göre kadınlarda 40, erkeklerde 470 olmak üzere toplam 510 kişidir (177). Fiziksel etkenlerin sebep olduğu meslek hastalıklarının kaynağı, uygun olmayan ortam ısı, ışık, havalandırma, gürültü ve radyasyondur. Bunların sebep olduğu hastalıkların başında, kas-iskelet sistemi hastalıkları, işitme kayıpları, göz bozuklukları ve radyasyonunun sebep olduğu rahatsızlıklar gelmektedir (176). Özellikle radyoloji çalışanlarında, maruz kalınan doz miktarı, radyasyonun türü ve maruziyet süresine bağlı olarak etkiler değişmekle beraber, radyasyonun kan ve kan yapıcı organlar, genital sistem, intrauterin yaşam ve hücre üzerindeki etkileri olmak üzere kanserojen, teratojen ve mutajen gibi yıkıcı etkileri olmaktadır.

2.8.3. İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Rapor Edilmesi, Kaydı ve İzlenmesi

İş kazaları ve meslek hastalıkları yapılacak risk değerlendirmeleri sonucunda risklere karşı alınacak önlemler ile kolaylıkla engellenebilecek ve hukuken de engellenmesi gereken durumlar olmasına rağmen gerekli önlemlerin alınmaması nedeniyle çok sayıda insan iş kazalarından ve meslek hastalıklarından dolayı hayatını kaybetmekte ya da maluliyet yaşamaktadır. UÇÖ verileri gösteriyor ki günde ortalama 6.000 kişi iş kazası veya meslek hastalıklarından dolayı ölmektedir (179). Bu kadar ciddi sonuçları olan iş kazalarının ve meslek hastalıklarının bildirimini yapılması, kaydının tutulması ve bu konu ile ilgili incelemelerin yapılması hem ulusal hem de uluslararası mevzuatta bir zorunluluk haline gelmiştir.

6331 sayılı İSG Kanunu işyerinde ortaya çıkabilecek bütün iş kazalarının ve meslek hastalıklarının kayıt, inceleme ve raporlama yükümlülüğünü işverene

vermiştir. İşveren sadece bu kaza ve hastalıkları değil, kaza ölümüne ya da hastalığa neden olmamış olsa da potansiyel riskler varsa bunları da incelemek ve raporlamak zorundadır.

İşyeri Hekimi veya hastaneler meslek hastalığı ön tanısı koymaları durumunda bu kişileri SGK tarafından yetki verilmiş hastanelere sevk etmek zorundadır. Hastaneler kendilerine intikal eden iş kazalarını, yetkili hastaneler ise meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç 10 gün içinde SGK'na bildirmek zorunluluğundadır. Bu uygulamada amaçlanan şey oluşan iş kazaları ve meslek hastalıkları hakkında sağlıklı bilgiye sahip olmak ve buna yönelik önlemleri almaktır.

2.8.3.1. İş Kazalarının Rapor Edilmesi, Kaydı ve İzlenmesi

İş kazası bildirimleri için gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde mevzuatların çıkarılması, gerekli hukuki düzenlemelerin yapılmış olmasına rağmen iş kazası bildirimleri yeterli düzeyde değildir. Bu konuda yapılan çalışmalar göstermiştir ki bölgesel olarak farklılıklar gösterse bile iş kazası oranları %5'e kadar düşmektedir. Sağlık sektöründe en çok görülen iş kazaları olan şiddet ve kesici delici alet yaralanmalarının bildirimlerinin yapılmadığı ya da gerçek oranları yansıtmadığı bir gerçektir. Bu konuda yapılan bir araştırma göstermiştir ki sağlık çalışanı kesici delici alet yaralanmalarını %60 oranında bildirmemektedir (20).

Çalışanın geçirdiği bir kazanın iş kazası sayılabilmesi için yukarıda anlatılan tanıma uygun olması gerekmektedir. İş kazalarını inceleme ve iş kazası tanımına uyup uymadığına karar verme ve raporlama yetkisi ise sigorta müfettişlerine aittir. Müfettişlerin aldığı bu karara karşı adli makamlara itiraz yolu da açıktır. İş kazası geçirilmesi durumunda bu hemen ilgili polis ya da jandarmaya bildirilmelidir. Bu bildirim en geç 3 iş günü içinde SGK'ya da yapılmalıdır. Yine 4857 sayılı kanunun 77 ve 105. maddesi hükümlerine uygun olarak 2 iş günü içinde ÇSGB bölge müdürlüğüne bildirilmesi işyerinin sorumluluğundadır. İş kazalarında işveren birtakım yaptırımlarla karşı karşıya kalabilir. İş kazalarında yaptırımlar aşağıda sınıflandırılmıştır (180).

- 1. İş kanunu açısından yaptırımlar:** İşveren eğer İSG mevzuatına uymamışsa iş kanununda geçen ceza hükümleri gereğince cezalandırılacaktır. Bu cezaların uygulanması için iş kazası olma şartı

yoktur, mevzuata uygun davranılmaması ceza için yeterli sebeptir. Burada sözü edilen cezalar idari hükümde cezalardır. Verilecek idari cezalar hayati tehlike riskinin bulunduğu durumlarda işin durdurulması ya da işyerinin tamamen kapatılması veya para cezası şeklinde olabilir, cezanın niteliğine ÇSGB bölge müdürlükleri karar verir ve bu cezalara işverenin itiraz hakkı bulunmaktadır.

2. **Ceza kanunu açısından yaptırımlar:** Çalışanın uğradığı bir iş kazası eğer 10 günden daha az bir iş görememezlik raporuna neden olmuşsa çalışanın şikayeti üzerine yasal işlem başlatılır. Herhangi bir şikayet olmazsa işlem yapılmaz. İş kazalarında eğer cezai bir durum ortaya çıkmışsa sorumlular Türk Ceza Kanunu (TCK)'nun 455-459. Maddeleri kapsamında yargılanır ve cezalandırılırlar. İş kazalarının incelenmesi ve raporlanması bilir kişilerce yapılır, rapor sonucuna ve ortaya çıkan suçun niteliğine göre de Cumhuriyet Savcıları “Tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölüme ve yaralanmaya sebebiyet vermekten” dava açıp ceza talep ederler. Yapılan incelemeler ve mahkeme sonucuna göre iş kazasında sorumlulukları bulunanlara gerekli cezalar, ceza hakimi tarafından verilir.
3. **İş kazası sonucunda işçini ölümü halinde varislerin uygulatabilecekleri yaptırımlar:** Ortaya çıkan bir iş kazası eğer işçinin ölümü ile sonuçlanmışsa varislerin gerek maddi gerekse manevi dava açma hakları bulunmaktadır. Bu başvuru iş mahkemelerine yapılır, davaya işçinin ikametgah adresi olan bölgede bakılabileceği gibi işyerinin bulunduğu bölge mahkemelerinde de bakılabilir.

2.8.3.2. Meslek Hastalıklarının Rapor Edilmesi, Kaydı ve İzlenmesi

SB ile SSK meslek hastalıkları hastanelerinden işçilerin hizmet alabilmesi için sağlık hizmetleri protokolü düzenlemiştir. Bu protokolün 23. maddesinde meslek hastalığına yakalandığını düşünen işçilerin bu hastanelere nasıl sevk kağıdı alarak başvuracakları tanımlanmıştır. Meslek hastalığı tanısı konulabilmesi için işçinin sevk kağıdı alması yanı sıra sigorta müdürlüklerinden de sevk edilmesi ve ayrıca periyodik muayene yapılması içinde aynı şekilde işçinin sevkle başvurması gerekmektedir (19).

Meslek hastalığı tanısı konulabilmesi için, bu tanıyı koymaya yetkili hastaneler tarafından tıbbi belgelerin incelenmesi, gerekli muayenelerin yapılması sonucunda sağlık kurul raporu verilmesi ile gerçekleşir. Kurum gerekli gördüğü hallerde işyerindeki çalışma şartlarını ve denetim raporlarını da inceleyebilir. Meslek hastalığı, işten ayrıldıktan sonra da ortaya çıkmış olabilir. Bu durumda çalışanın işten ayrıldığı tarih baz alınır ve maruz kalınan meslek hastalığının ne kadar sürede ortaya çıktığı ve yönetmeliklerde geçen sürelerden daha fazla bir sürenin geçmemesi gerekmektedir. Çalışanlar eğer işten ayrıldıktan sonra meslek hastalığına yakalandığını düşünüyorsa bunun tespiti için elindeki tetkik sonuçlarıyla kuruma müracaat edip sevkini istemelidirler.

Yapılan muayene laboratuvar tetkikleri ve iş yerindeki incelemeler neticesinde çalışana konulan teşhis meslek hastalığı teşhisi olursa meslek hastalığı için gerekli olan zaman aşılmış bile olsa kişinin başvurusu ve Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu (SSYSK)'nun onayı ile bu durum meslek hastalığı sayılabilir. Meslek hastalığı tanısı konulmuşsa bu durum işveren ve çalışan tarafından 3 iş günü içerisinde hazırlanacak "İş kazası ve meslek hastalığı bildirgesi" ile kuruma bildirilmesi zorunlu olan bir durumdur. Eğer bu bildirimler gerek işveren gerekse de çalışan tarafından yapılmazsa veya eksik ya da kasten yanlış olarak yapılmışsa, teşhisin konulması için yapılmış olan bütün masraflar ve ödenen iş göremezlik ödenekleri taraflara rücu edilir (26).

Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı kendisine bağlı olarak çalışan iş müfettişleri veya kurumun yetki verilmiş memurları vasıtasıyla gelen meslek hastalığı bildirimlerini denetleyebilir, soruşturabilir ve kontrol edebilir. Kurum çıkaracağı yönetmeliklerle meslek hastalıkları tanımlarını, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili yapılması gereken bildirimlerin ne şekilde yapılacağını ve yönetmeliklerin uygulama usul ve esaslarını belirler. SSYSK "meslek hastalıkları konusunda çıkabilecek ve yönetmelikte yer almayan bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağını tespit eder" hükmü de bu kanunda yer almaktadır. Ayrıca anılan kanununun 16. maddesi iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında çalışana verilecek hakların tanımını da yapmıştır. Bu hakları kısaca sıralayacak olursak; Çalışanın geçici bir süre iş göremez durumda olduğunda ödenmesi gereken günlük geçici iş göremezlik, eğer daimi olarak çalışma yetisini kaybetmişse sürekli iş göremezlik maaşı bağlanır. Çalışan geçirdiği iş kazası veya meslek hastalığı sonucunda hayatını

kaybetmişse varislerine maaş verilmesi, evlilik parası verilmesi ve cenaze işlemleri için cenaze ödeneği verilmesi bu haklar arasında sıralanabilir (26).

2.9. İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Alınacak Önlemler

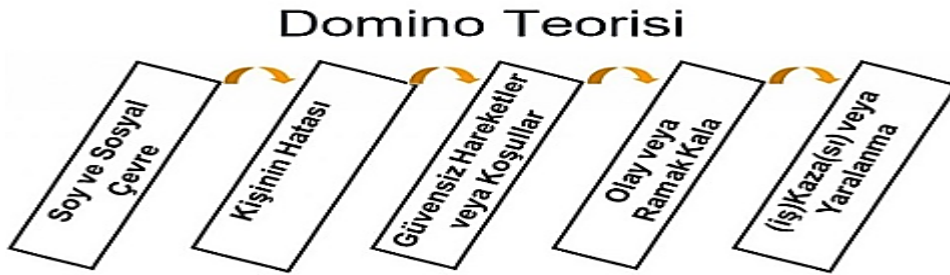
İSG'ne yönelik alınması gereken önlemler genel önlemler ve hastanelerde İSG'ye yönelik alınması gereken önlemler olmak üzere iki başlıkta ele alınmıştır.

2.9.1. Genel Önlemler

Bilim ve teknolojinin hızla gelişmesi, ülkelerin hızlı bir şekilde kalkınmasını ve sanayileşmesini sağlamış, ülke ekonomileri güçlenmiştir. Fakat bu gelişmelerin insanların iş hayatındaki güvenliğinin sağlanmasına olumlu bir katkı yaptığını söylemek güçtür. Artan makineleşme beraberinde artan riskleri de getirmiş, bu da artan iş kazalarına, meslek hastalıklarına ve toplum sağlığının bozulmasına neden olmuştur (181).

Kazaları önlemek ve işyeri güvenliğini arttırmak için, bu kazaların ve yaralanmaların nasıl ortaya çıktığını bilmek önemlidir. Kazanın ortaya çıkmasında rol alan faktörler genel olarak insan, yönetim, teknik ve tasarım ile dış etkenler olarak sınıflandırılabilir (185). 75.000 iş kazasını inceleyen Heinrich bu inceleme neticesinde "Domino Teorisi" denilen bir teori oluşturmuştur (Şekil 6).

Şekil 6. Heinrich'in Domino Kuramı (182)



Bu teoriye göre bir kazaya katkıda bulunan ardışık 5 sebep vardır ve bunlardan birinin düşmesi domino taşları gibi diğerlerinin de düşmesine ve kazanın ortaya çıkmasına neden olur. Heinrich'e göre bu 5 sebep şunlardır;

- Kalıtsal çevre ile sosyal çevre
- Kişilerin hatası
- İş yerinde yapılan güvensiz hareketler ve güvensiz olan koşullar,
- Kaza
- Yaralanma

Daha spesifik olarak, doğrudan mekanik veya fiziksel tehlikelerle ilgili kazaların yaralanmalara neden olmaktadır. Bu kazalar örgütsel destekler ve gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasıyla önlenebilir (182).

İSG önlemleri deyince herhangi bir işin yapılması esnasında, yapılan işin bir özelliğine bağlı olarak (tehlike sınıfına) ya da iş ortamındaki çeşitli etkenler nedeniyle ortaya çıkabilecek olan tehlikeli durumlar, kazalar ve mesleki hastalıkların engellenmesine ya da azaltılmasına yönelik yapılan tüm sistemli çalışmalar akla gelir. Önlemler iş güvenliğini sağlamak amacıyla alınmaktadır. İSG uygulamalarındaki ve alınan önlemlerdeki yegâne amaç insanları çalışırken ortaya çıkabilecek risklerden ve kazalardan korumaktır.

İSG uygulamaları çalışanları koruması yanında işyerlerindeki makine, teçhizat ve hammadde gibi diğer bileşenlerinde korunmasında rol oynar. İş güvenliği sağlanmasının en önemli iki bileşen emniyetsiz durum ve emniyetsiz harekettir ve bu iki bileşende çalışan tarafından oluşturulan durumlardır. İş güvenliğinin sağlanması için alınacak önlemlerde öncelikli olarak emniyetiz durumların ve emniyetsiz hareketlerin ortadan kaldırılması planlanmalıdır (183).

Alınacak önlemler sonucunda ortadan kaldırılan ya da en aza indirilen riskler, hem yaşama ve çalışma koşullarını iyileştirirken diğer yandan da SGK üzerindeki yükü azaltacak, sosyal ve ekonomik anlamda birçok pozitif getirisi olacaktır. Doğru bir bakış açısıyla bakılırsa İSG önlemleri yasaların zorladığı ekonomik bir yük değil, birçok olumlu getirisi olan uygulamalar olduğu işveren tarafından da kabul edilecektir (184).

2.9.1.1. İşveren Tarafından Alınacak Önlemler

Çalışma hayatı işçi ile işveren arasında gerçekleşen bir akit olarak kabul edilir. Bu akittin belirli kuralları vardır ve her iki tarafta bu kurallara uymakla yükümlüdür. Bu kurallar çalışan ile işverenin sadece ücret üzerinden anlaşığı maddeler değil bunun yanın da çalışanların güven içinde çalışabilmesini sağlamak için alınması gereken önlemler, bulundurulması gereken araç ve teçhizatları da kapsamaktadır (185).

İşletme çalışanlarının kendilerini güvende hissedecekleri bir ortamda çalışmaları önemli bir parametredir. İş yerleri kurulurken tasarım aşamasından başlamak üzere makinaların yerleştirileceği alanlar, üretim süreçlerinin dizaynı gibi pek çok konuda İSG'ni sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. 6631 sayılı kanun ile işverenlere çalışanların sağlıklı ve güvenli bir ortamda bulunmalarını sağlamaları açısından birtakım yükümlülükler ve sorumluluklar getirilmiştir. İşveren yükümlülükleri genel yükümlülükler ve bu yükümlülükleri uygulaması için yapması gereken işlemler olarak ikiye ayrılır. Bu düzenleme sonucunda işverenlerce yerine getirilmesi gereken işlemler aşağıda özetlenmiştir.

- Mesleki risklerin önlenmesi için çalışanların iş yerlerinde maruz kaldığı risklerin kontrolünü sağlar
- Risklerin belirlenmesine yönelik gerekli kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmaların yapılmasını sağlar
- Gerekli sağlık ve güvenlik tedbirleri alır, değişen şartlara uygun hale getirilmesini sağlar
- Çalışanların eğitim ve bilgilendirmesini sağlar
- İşyerinde İSG tedbirlerine uyumu izler, denetler ve gerektiğinde iyileştirmeleri sağlar
- Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır
- Çalışanların yaptıkları işe uygunluğunu verilen görevlerde göz önüne alır (24).

Bu kanunun 10. maddesinde “İşveren, İSG yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür” ifadesi yer alır. Bu maddede risk değerlendirilmesi yapılırken birtakım hususlara dikkat edilmesi gerektiğinin de altı çizilmiştir. Bu hususları şöyle sınıflandırabiliriz.

- a) Riskten etkilenecek çalışanların durumu
- b) Kullanılacak KKD ile kimyasal madde ve müstahzarların seçimi
- c) İşyeri tertip ve düzeni
- d) Özel politika gerektiren gruplar (yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar) ile kadın çalışanların durumu (24).

6631 sayılı yasadan önce kişisel tehlikeler baz alınarak o tehlikeye maruz kalacak kişi için önlemler alınırken yeni düşünce tarzı olarak artık riskler üzerinden gidilmesi ve proaktif olarak önleyici tedbirleri alarak toplu koruma yöntemlerinin seçilmesi işverenin yükümlülükleri arasına girmiştir (186).

İşveren hastanelerde sağlık ve güvenlik hizmetlerini sağlamak için gerekli önlemleri alırken 3 farklı kategoriye gözeterek bu önlemleri dizayn etmelidir. Bu kategoriler aşağıda sıralanmıştır (187);

1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Yapılması Gereken İşlemler

- Sağlığı geliştirmek için yapılabilecek işlerin programlanması
- Hastane ortamında işlerini yaparken ortaya çıkabilecek riskler ve tehlikeler konusunda çalışana bilgi verilmesi
- Acil durum eğitimi, kişisel koruyucuların kullanılması eğitimi, ergonomi eğitimi, elektrik güvenliği gibi konularda çalışana eğitimlerin verilmesi
- Herhangi bir yaralanma durumunda çalışana sağlık danışmanlığı yapılması
- Çalışanların işini yaparken sağlık ve güvenlik ile ilgili standartlara uyup uymadığının izlenmesi
- Her yeni işe başlayan kişinin muayenesinin yaptırılması
- Özellikle yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin Periyodik muayenelerinin yapılması
- Kemoproflaksi
- Çalışanın çalıştığı bölümün risklerine uygun aşularla bağışıklamasının sağlanması
- Çalışanların işlerini yaparken kişisel koruyucu kullanıp kullanmadıklarının izlenmesi

- Çalışanların işyerinde yediklerinin yeterli ve dengeli bir şekilde kalori hesaplarının yapılmasının sağlanması
- Meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi,
- Bulaşıcı hastalıklara yönelik sürveyansların yapılması
- İnsan bedenine temasın söz konusu olduğu temizlik, mutfak gibi birim çalışanlarına yönelik “Hijyen Eğitim Sertifikası” alınması
- Meslek hastalığına yakalanmış ya da iş yerinde kaza geçirmiş çalışanın işe tekrar dönebilmesi için gerekli olan rehabilitasyonunun yapılması
- Yapılan sağlık taramalarının sonuçlarının çalışana, ilgili sendikalara ve yönetime bildirilmesi
- Farkındalık oluşturabilmek için eğer ortaya çıkmış olan bir meslek hastalığı ya da iş kazası varsa bunların sağlık çalışanlarının görebileceği mecralarda paylaşılmasıdır.

2. Çalışma Ortamına ve Üretim Sürecine Yönelik Hizmetler

- Hastanedeki yapım ya da tamirat inşaatlarından muhakkak iş güvenliği kurulunun haberi olmalı ve buna uygun önlemlerin tekrar değerlendirilmesi
- Üretilen mal ya da hizmetin hangi meslek gurubu tarafından ne şekilde yapılacağını tanımlanması (İş talimatları)
- Meslek guruplarına özel iş akış şemalarının yapılması ve herhangi bir değişiklik olduğunda bu şemaların güncellenmesi
- Sağlığı ve güvenliği tehdit eden, risk oluşturan, çalışma ortamı ve üretim süreci risklerinin tespit edilip, bu risklerin sürekli izlenmesi
- Yönetmeliklerde belirtilen maruziyet değerlerin sürekli izlenmesi ve önleyici faaliyetler yapılması
- Yapılacak işe ait risklerin ve tehlikelerin tespit edilmesi, kontrolü ve denetiminin sağlanması (Örneğin kesici delici alet yaralanmalarını önlemek için sharpbox’ların alınması, iğne uçlarının kapatılmadan atılmasının sağlanması)
- Tehlike ve risklere karşı alınan önlemlerin etkinliğinin izlenmesi.

3. Diğer Hizmetler

- Hastane sağlık ve güvenlik politikalarının, prosedürlerinin ve protokollerinin oluşturulması
- Sağlık ve güvenliğe yönelik kayıt ve bildirim sisteminin yapılandırılması
- İncelemelerin (iş kazası, meslek hastalığı, evrensel önlemlere uyum vb.) yürütülmesi
- Hastanenin bölümleri arasında koordinasyonun sağlanması
- Herhangi bir bilimsel araştırma ya da izlem çalışanlar üzerinde yapılacak ise gerekli olan etik kurul evraklarının ve yasal izinlerin alınmasının sağlanması ve çalışanın bu durumdan haberdar edilmesinin sağlanması
- Acil durum ve afet planlarının yapılıp belirli periyotlarla bunlarla ilgili tatbikatların yapılması ve kayıt altına alınmasının sağlanması
- Yapılan sağlık ve güvenlik programlarının değerlendirilmesi, iş analizlerinin yaptırılması, eğitim kayıtlarının kontrolünün sağlanması.

2.9.1.2. İşgören Tarafından Alınacak Önlemler

İSG uygulamaları yapılacak iş, yapılacak işin zorluğu ve işi yapan kişi arasındaki ilişkileri düzenleyen uygulamalardır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere İSG uygulamaları çalışanların aktif rol oynadığı ve çalışma koşullarının, çalışma ortamının iyileştirilmesinden kazançlı çıktıkları bir süreçtir. Bu farkındalık ortaya çıkmadan önce İSG uygulamalarından ve denetimlerinden sadece işverenler sorumlu tutulmuştur. Günümüzde ise çalışanların aktif katılımı artmakta, teşvik edilmekte ve onlara da sorumluluklar yüklenmektedir. Modern İSG yapıları başlamadan öncede Belçika, Almanya, Fas ve İsveç gibi bazı ülkelerde işçi sağlığının kontrol mekanizması işçi örgütlerine bırakılmış, Fransa, Meksika, İspanya, Çek Cumhuriyeti'nde oluşturulan kurullara işçi temsilcileri alınmıştır. Bu kurullara çalışma koşullarını iyileştirme görevi yüklenmiştir. Kanada, Hollanda, Norveç gibi birtakım ülkelerde de kurulan komiteler çalışma ortamındaki sağlık şartlarının denetimi ile görevlendirilmişlerdir (188).

6631 sayılı kanunun 16., 17. ve 18. maddelerinde verilecek İSG eğitimine çalışanın katılımından işverenin sorumlu olduğu, 19. maddede ise bu eğitimlere katılımın çalışanın yükümlülüğünde olduğu belirtilmiştir. Burada amaçlanan şey çalışanın karşı karşıya olduğu risklerin neler olduğu, bu risklerin nasıl en aza indirgenebileceği ve işini yaparken iş güvenliği ile ilgili haklarının neler olduğu konularında bilgilendirilmesi ve bir iş güvenliği kültür oluşturulmasıdır. 19. maddede çalışanların yükümlülüğünün “İSG ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları” üzerinde durularak çalışan sorumluluğunun bu eğitimlerden sonra başladığı vurgulanmıştır (189).

6631 sayılı kanun İSG uygulamaları ile ilgili yetki ve sorumlulukları tanımlarken çalışana da birtakım yükümlülükler getirmiştir. İSG kanunu çalışanlara bir dizi sorumluluk yüklemiş ve bu sorumlulukları madde 19'da sıralamıştır. Bu sorumluluklar şunlardır;

- Çalışanlar işlerini yaparken kendilerinin ya da diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini gözetmeli
- Aldığı eğitimler ve iş ile ilgili talimatlara uygun olarak hareket etmeli,
- Kullandıkları her türlü teçhizat, araç-gereç ve bu teçhizatlara ait olan güvenlik donanımlarını usulüne uygun olarak kullanmalı, bunlar üzerinde bir değişiklik yapmamalı
- KKD kullanımını ihmal etmemeli, usulüne uygun kullanmalı
- Makine ve araç- gereç, tesis veya bina kaynaklı olabilecek herhangi bir güvenlik açığı ya da risk tespit edildiğinde, bunu işverene ve çalışan temsilcisine bildirmeli
- İşyeri teftişlerinde ortaya çıkan her türlü sorunu çözmek için iş birliği yapmalı
- Kendi yaptığı işle ilgili olarak İSG'nin temin edilebilmesi için iş birliği yapmalıdır (24).

2.9.1.3. Devlet Tarafından Alınacak Önlemler

İSG tedbirleri genelde toplumun ve özelde çalışanın refahını sağlamaya hizmet eder. Bunun için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulması sosyal hukuk

devletinin bir gereğidir. Devlet, İSG'nin sağlanabilmesi için gerekli olan mevzuatları ve mevzuat değişikliklerini yapmalı, bununla ilgili teşkilatları kurmalı, İSG denetimlerini yapıp bunun sonucunda yapılması gereken yaptırımların uygulanmasını sağlamalıdır.

İSG uygulamaları ile ilgili yapılması gereken faaliyetlerde ağırlıklı olarak Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı rol alır. Bunun yanında birçok bakanlık ve kamu kurumu da mevzuatın yapılması, uygulanması, izlenmesi ve denetlenmesinde aktif olarak görev alır. 6631 sayılı kanunda devletin İSG ile ilgili yükümlülükleri sayılırken diğer bakanlıkların ve kamu kurumlarının da konu ile ilgili destek verme zorunluluğu belirtilmiştir (90). Devletin İSG'ni sağlamak için aldığı yükümlülükleri kısaca açıklamak gerekirse;

- İSG ile ilgili mevzuat oluşturmak
- Mevzuatın denetimini sağlamak
- Uluslararası hukuk metinlerini ülkemiz açısından kabulünü yapmaktır (1).

Devlet teşkilatlanmaya esas olarak, İSG ile ilgili politika ve stratejileri tesit etmek için Ulusal İSG konseyini kurmuştur. İSGGM, İSGÜM ve ÇASGEM gerek duyulması halinde İSG alanında danışmanlık ve rehberlik faaliyetlerini de yürütür. Her ne kadar mevzuat oluşturmada, uygulanmasında ve denetlenmesinde birçok bakanlık ile kamu kurumu yer almış olsa bile bu işlerin yürütülmesinde ana sorumluluk ve görevler ÇSGB'na verilmiştir. ÇSGB özellikle mevzuatın uygulanmasını denetleyebilmek amacıyla İTK'nu kurmuş, İTK'nda çalışan bakanlık müfettişleri marifetiyle bu işleri yürütmektedir. Bunun yanı sıra iş kazaları ve meslek hastalıkları istatistiklerini tutmak, bunların sınıflandırmasını yapmak, yapılan istatistikleri kamuoyu ile paylaşmak ve İSG alanında birtakım süreli veya süresiz yayın yapmakta devletin yapması gereken yükümlülükler arasındadır.

2.9.2. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Alınacak Önlemler

2.9.2.1. Sağlık Gözetimi

6631 sayılı Kanununun 15. maddesi “sağlık gözetimini” kavramını düzenleyen bir maddedir. Bu maddeye bağlı olarak işveren çalışanların sağlık durumlarını gözetim altında tutmak ve bunları kayıt etmekle yükümlüdür (90). Bu maddede amaçlanan şey

çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlığını korumak ve bu sağlığın devamlı bir şekilde sürmesi için iş süreçlerinin ve iş yeri koşullarının düzenlenmesinin sağlanmasıdır. Sağlık gözetimi neticesinde, çalışanların yaptıkları işlerden ne şekilde etkilenebilecekleri ortaya çıkarılabilecek ve olumsuz etkilerin nasıl bertaraf edilebileceği ortaya konulacaktır (190).

İşveren sağlık muayeneleri yaptırmakla yükümlüdür. Sağlık muayenelerinin hangi durumlarda yapılması gerektiği aşağıda açıklanmıştır.

- İşe ilk girişte
- İş değişikliği olması durumunda
- İş kazası veya meslek hastalığına bağlı sağlık sorunları nedeniyle işten ayrılıp tekrar geri dönemlerde
- İş yerinin tehlike gurubuna uygun olan belirli periyotlarda (191).

Sağlık gözetimi ile ilgili kayıt ve bildirim yükümlülüklerini işveren İSGB veya OSGB ile iş birliği içinde gerçekleştirir. İşveren sağlık dosyalarını işten ayrılmalarından itibaren 15 yıl saklar. Başka işyerine giden işçinin onaylı dosyası kişisel bilgilerin gizliliği içinde yeni işyerine gönderilmek zorundadır. Tüm bu sağlık ve güvenlik işlemlerinin maliyeti işverence karşılanır. Tehlike sınıflandırmasının yapıldığı hükümde “tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde çalışacakların, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamayacağı” da yer almıştır.

Sağlık raporu alınmayan çalışan başına 2015 yılı için işverene 1.233 TL idari para cezası uygulanmaktadır. İşveren sağlık raporunun maliyetini çalışanlara yansıtamaz. Aynı şekilde sağlık gözetiminden doğan maliyeti ve bu gözetimden kaynaklı her türlü ek maliyeti işveren karşılamak zorundadır. İşveren çalışanların özel hayatının ve itibarının korunması yönünden sağlık muayenesi yaptırılan çalışanların sağlık bilgilerinin gizli tutulmasını sağlamalıdır.

2.9.2.2. Güvenlik Kültürü

Tüm dünyada iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi iyi bir örgüt yönetimi ve tüm çalışanlarca konunun sahiplenilmesiyle gerçekleşebilir. Özellikle

tehlikelerin kaynağında kontrol altına alınarak riskleri azaltacak tüm faaliyetlerin işyerinde gerçekleştirilmesi örgüt kültürü ile sağlanabilir. Bu nedenle işyerinde güvenlik kültürünü oluşturmak ve geliştirmek önemlidir (192). Çalışan motivasyonunu sağlayan en önemli ve etkin unsur güvenlik kültürüdür.

Güvenlik kültürü, işyerinde güvenliğe karşı değerler, inanışlar, prensipler, davranış ve inançları kontrol etmeye yarayan önemli bir yönetimdir. Bu kültürün işletmede oluşturulabilmesinin temelinde yönetimin konunun önemini kavraması, güvenlik kültürüne bakış açısı ve üzerine düşen sorumlulukların bilincinde olması yatar (34). Çalışanın moral ve motivasyonun yüksek olması iş kazalarının önlenmesine de etki edecektir. Güvenlik kültürünün kazaları önlemedeki önemi anlaşılmaya başlandıktan sonraki konu ile ilgili araştırmaların sayısı artmış ve literatürde birçok tanımı yapılmıştır. S. Cox ve T. Cox, güvenlik kültürünü; güvenlikle ilgili çalışanlar tarafından paylaşılan, değerler, algılar, inançlar ve tutumları yansıtması olarak tanımlamaktadır. Ostrom ve ark. ise; eylemler, politikalar ve süreçlerde ortaya çıkan ve örgütün iş güvenliği performansını etkileyen örgütsel inanç ve tutumlar olarak tanımlamışlardır (5).

Güvenlik kültürü kavramı ilk kez 1986 yılında Çernobil’de meydana gelen nükleer kazadan sonra hazırlanan raporlarda yer almıştır. Tanım olarak, iş kazalarının önlenmesinde üzerinde önemle durulan bir kavram olarak günümüzde yer edinmiş ve son 20–30 yıllık süreçte hem teorik hem de pratik birçok çalışmaya konu olmuştur (3, 31, 92, 193).

İş kazalarının azaltmasına yönelik faaliyetler daha önceden genellikle mühendislik bakış açısıyla değerlendirilirken, teknik ve fiziki faktörler ele alınmaktaydı. Ancak kazaların önlenmesinde yalnızca teknik düzeydeki önlemlerin yetersiz kaldığı araştırmacılar tarafından anlaşılınca işe bağlı kazalarda “insan faktörüne” önem vermeye başlamışlardır. Bu bakış açısına göre, iş kazalarının yaklaşık %90’ı çalışanların güvensiz davranışlarından kaynaklanmaktadır (33, 34).

Ryan, arzu edilen bir güvenlik kültürü olarak ifade ettiği pozitif güvenlik kültürünün özellikleri aşağıda sıralanmıştır.

- Çalışanların tümü güvenlik ile ilgili kural ve düzenlemelere her zaman uyarlar
- Çalışanlar her daim olası tehlikeleri araştırır, tehlikeyi bulduğu anda düzeltmek için kendi inisiyatifini kullanır
- Çalışanların tümü güvenlikle ilgili tüm etkinliklere katılmaya isteklidir. Güvenlikle ilgili tüm etkinliklere katılım teşvik edilir
- Daima güvenliğe dair açık bir iletişim söz konusudur. Kusurlu bir davranıştan dolayı sert sözler ya da bunun sonucu olarak ceza korkusu yoktur
- Güvenlik ile ilgili meydana gelen olaylar, sistemde oluşan açıkları tespit etmek ve gerekli düzeltmeleri yaparak, iyileştirmek için bir fırsat olarak görülür
- Güvenliğe dair oluşturulan eğitim programlarının amacı, çalışanların işlerinde güvenliği sağlamaları için gerekli bilgi, beceri ve yeteneği sağlamalı ve geliştirmeli
- Çalışanların tümü çalıştıkları işlerdeki potansiyel tehlikelerin (düşme, elektrik v.b.) farkına varırlar ve bu tehlikeleri değerlendirirler
- Çalışanlar gereksiz risk almazlar, yöneticiler ise çalışanların bilerek ya da bilmeyerek gereksiz risk almalarına sebep olmazlar
- Güvenlik ile ilgili geri bildirim yapılması, yaşam biçimi olarak görülmektedir. Çalışanlarca davranış temelli bir düzeltici bir geri bildirim sistemi vardır
- Çalışanlar sadece kendisi değil, aynı zamanda kendi çalışma arkadaşlarının güvenliğine yönelik hem destek sağlar hem de sürekli destekleyici bir çalışma çevresi vardır
- Tüm iş etkinlikleri ve yönetim, tehlikelerin yok edilmesi ve meydana gelebilecek yaralanmaların önlenmesi üzerine odaklanır (192, 194).

Reason'a göre, etkin bir güvenlik kültürünün özellikleri aşağıda sıralanmıştır.

- Güvenlik sistemi üzerinde düzenleyici önleyici kontrollerin yanında, kazalardan ve ramak kala olaylar hakkında bilgi toplayan, toplanan bu

bilgileri analiz eden ve bu bilgileri yayan bir güvenlik bilgi sistemine sahip olmak

- İnsanların sebep olduğu, hata, yanlış, ihmal ve ihlallerin rapor edildiği raporlama kültürüne sahip olmak
- İnsanların güvenlik ile ilgili süreçlerde sürekli teşvik edildiği, gerekli bilgileri sağlamaya yönelik ödüllendirildiği ve davranışların sınırının kabul edilebilir ve kabul edilemez düzeyde çizildiği bir güven kültürüne sahip olmak
- Biçimlendirme yeteneği olan bir örgütsel yapı anlamında, dinamik ve istenen bir iş çevresi esnekliğine sahip olmak
- Güvenlik sisteminin doğru bir şekilde sonuçlanmasına ve yenilikleri gerçekleştirmeye yönelik bir gönüllülük ve yeterliliğe sahip olmak (192).

2.9.2.3. Eğitim

Eğitim, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamları açısından yaşamsal öneme sahiptir. İş sağlığı güvenliğini sağlamanın en önemli parametrelerinden biri eğitimidir. Bu hedefe ulaşabilmek için yapılması gereken işçi-işveren iş birliği ile eğitime gereken önemin verilmesini sağlamaktır.

6631 sayılı kanununun 17. maddesi çalışanlara İSG ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini hükmetmektedir. Kanunun bu maddesine dayanılarak çıkarılan “Çalışanların İSG Eğitimlerinin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çalışanlara verilecek İSG eğitimlerinin usul ve esaslarını düzenlenmiştir. İlgili yönetmelikte eğitimler 3’e ayrılmıştır. Bunlardan birincisi işe başlamadan önce verilmesi gereken işbaşı eğitimleridir. İşbaşı eğitimlerinin işyeri değişimlerinde, kullanılan ekipmanların değişmesinde ve yeni bir teknoloji uygulaması getirilmesi durumunda da yapılması gereklidir. İkinci grup eğitimler iş kazası geçirilmesi veya herhangi bir meslek hastalığına yakalanan çalışan olursa bu çalışana işe başlamadan önce oluşan kazanın olası sebepleri, ortaya çıkan meslek hastalığı ve bu hastalıktan korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemlerini içermelidir. Mevzuatta tanımlanan üçüncü eğitim ise herhangi bir sebepten dolayı işinden ve işyerinde altı aydan daha uzun bir süre ayrı kalanlara işe başlamadan önce verilmesi gereken yenileme eğitimidir. Eğitimler

sorumluluk, yetenek, yeterlilik ve bilgi düzeyi göz önünde bulundurularak işletme risk faktörlerine göre verilmelidir.

Çalışanlara asgari verilmesi gereken İSG eğitimleri aşağıdaki konuları kapsamalıdır;

- İşyerinde gerçekleştirilen faaliyetler ile bu faaliyetler neticesinde ortaya çıkabilecek tehlike ve riskler
- İş kazası ve meslek hastalıkları
- Acil durum, yangın, tahliye
- KKD kullanımı
- Çalışanların uyması gereken kurallar ve sorumluluklar
- Kaza ya da ramak kala olay bildirim sistemi
- İş kazası durumunda çalışanın yapması gerekenler.

Eğitimler içerik olarak yeterli ve anlaşılır olmalı, iyi bir şekilde planlanmalı ve eğitimler sonucunda mutlaka eğitim sonu değerlendirmeleriyle eğitimin etkinliği ölçülmelidir. Yapılacak eğitimler de yönetimin İSG uygulamalarına verdiği destek mutlaka belirtilmelidir. Eğitim, iş yeri koşullarının ve çalışma ortamlarının iyileşmesi için bir araç olmaktadır. Bu eğitimler üst yönetim tarafından zaman zaman kontrol edilmeli ve teşvikler verilmelidir (195). Yapılan bu eğitimler, yönetim kadroları ile çalışanların arasında iletişim köprüsünün kurulmasına ve gelişmesine büyük katkı sağlamaktadır (196).

2.9.2.4. Denetim

İşverenlerin İSG uygulamaları ile ilgili tüm önlemleri alıp çalışanlara eğitim vermesi haricinde bir diğer yükümlülüğü de çalışanların İSG uygulamalarına uyup uymadıklarını denetleme yükümlülüğüdür. 6631 sayılı kanunun 4. maddesinin (b) bendinde “İşveren işyerinde alınan İSG tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar” hükmü bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki birçok işyerinde işveren, tüm önlemleri almış, KKD temin etmiş olsa dahi, çalışanlar bu önlemlere uyulmasında ya da KKD’ları kullanmasında çok uyumlu veya istekli olmayabilirler. Bu nedenle çalışanın bu İSG uygulamalarına uyup uymadığını, KKD kullanıp kullanmadığını ilgili mevzuat çerçevesinde işveren

denetlemelidir (197). İSG denetimlerinde en önemli sorun, yapılan denetim sonuçlarının ilgili birimlerle paylaşılmaması ve sorunların kağıt üstünde kalmasıdır. İşveren yapılan İSG denetim sonuçlarını mutlaka ilgili birimlerle paylaşarak, geri bildirim yapmalıdır. Denetimlerde tespit edilen olumsuzlukların nedenleri irdelenmeli, gerekli planlamalar yapılarak, sorunların çözümü sağlanmalıdır. Sorunların çözümünde mutlaka çalışanların görüşleri alınmalıdır.

2.9.2.5. Risk Değerlendirmesi

İSG uygulamalarında temel amaç iş kazalarının ve meslek hastalıklarının oluşmadan önce kontrol altına alınması yani önleyici rol üstlenmesidir. Bu çerçeveden bakıldığında risk değerlendirmesi sayesinde işten ya da işyerinden kaynaklanan tehlikelerin belirlenmesi ve bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörlerin tespiti mümkün olacaktır. Daha sonrasında bu riskler analiz edilip ne tür kontrol tedbirleri alınacağı da ortaya konmuş olacaktır.

Risk analizi sistemlerin içerdiği tehlikelerin ve güvenlik karakteristiklerinin tanımlanması ve değerlendirilmesidir. Risk analizi kantitatif teknikler, kalitatif teknikler ve yarı kantitatif teknikler olmak üzere üç değişik teknik kullanılarak yapılabilir. Risk analizi yapılırken riski hesaplamak için sayısal yöntemlerin kullanılması kantitatif risk analizi olarak adlandırılır. Kalitatif risk analizinde ise ihtimal ve etki düzeyine sayısal değerler verilir ve bir dizi matematiksel ve mantıksal işlem neticesinde risk değeri ortaya çıkar. Risk analizinde nümerik değer vermeyip bunun yerine yüksek risk ya da çok yüksek risk ifadelerini kullanmak kalitatif riski hesaplarken kullanılan bir diğer yöntemdir. Belirli formüller kullanıp sonuç ve olasılıklara sayısal derecelendirme yapılabilecek Anketler kullanılarak yapılan risk analizine de yarı kantitatif yöntemler adı verilir (15).

6631 sayılı kanunda risk değerlendirmesi işverenin yükümlülüğündedir. Kanunun 10. maddesinde “İşveren İSG yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür” denilmiştir. Aynı kanunun 3. maddesinin (ö) bendinde risk değerlendirmesi “İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmalar” olarak tanımlanmıştır. Risk

analizi yapılırken, analizin iş koluna yani yapılan işin özelliklerine, işyerinin fiziksel şartlarına ve çalışma koşullarına göre bir risk analizi yapmak temel bir yaklaşım olarak bu kanunda yer almıştır.

6631 sayılı kanun kapsamında çıkarılan yönetmeliğe göre risk analizi işveren veya vekili, iş güvenliği uzmanı, işyeri Hekimi, çalışan temsilcisi ve destek elemanlarından oluşan bir ekip tarafından yapılır. Risk değerlendirmesi; çok tehlikeli işyerlerinde 2 yıl, tehlikeli işyerlerinde 4 yıl ve az tehlikeli işyerlerinde 6 yılda bir yenilenir. İSG “Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği” işletmeleri risk düzeylerine göre gruplandırmış ve bu gruplandırmaya göre hastaneler çok tehlikeli gurubuna girmiştir. Bu yönetmelik neticesinde risk analizlerini yapmak ya da yaptırmak hastaneler içinde yasal bir zorunluk haline gelmiştir. Çok tehlikeli grupta olan hastanelerde risk değerlendirmesi 2 yılda bir yenilenmektedir.

Hastane işletmeciliğinde risk yönetimi, hasta bakım kalitesini iyileştirmeye çalışan ve çalışan güvenliğini olabildiğince üst düzeyde tutmayı amaçlayan, bu amaca engel olabilecek olumsuz unsurları birer risk olarak belirleyip analiz eden ve gerekli önlemleri alan süreçlerdir (198).

2.9.2.6. Kontrol, Ölçüm ve Araştırma

Yürürlükte olan yasal düzenlemelere bağlı olarak sağlık kuruluşları da birtakım kontroller ve ölçümler yapmak zorundadırlar. Sağlık kuruluşlarındaki bu ölçümler daha çok SB'nın yayınladığı kalite standartları üzerinden gidilerek yapılmıştır. Yapılan bu ölçümleri 6331 sayılı kanun kapsamında yapılması gereken ölçüm ve kontrollerle kıyaslırsak, SB'nın yayınladığı kalite standartlarının İSG kanununu karşılamadığını görürüz. İlgili yasa gereği basınçlı kapların ve kaldırma araçlarının periyodik kontrollerini, aydınlatma, gürültü, termal konfor gibi ortam ölçümlerini, elektrik-topraklama değerleri ve ölçümlerini tüm sağlık kuruluşları yaptırmalıdır (199).

6331 sayılı yasanın 10. maddesinde işveren “İSG’ne yönelik olarak, çalışma ortamı ve bu ortamda çalışanların maruz kaldıkları risklerin tespiti için gerekli kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmaların yapılmasını sağlar” diyerek kontrol ve ölçümlerin yaptırılmasını zorunlu hale getirmiştir. 6331 sayılı kanun uyarınca “İş Ekipmanlarının

Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği” çıkarılmıştır. Bu yönetmelik çerçevesinde kullanılan iş aletlerinin ve tesisatlarının hangi aralıklarla ve hangi yöntemlerle muayene ve ölçümlerinin yapılacağı ve sonuçların kayıt altına alınıp muhafaza edilmesi açıklanmıştır. Yönetmeliğin ekleri aşağıda açıklanmıştır (200).

Ek I bölümünde; iş yerinde kullanılacak olan iş ekipmanların da bulunması gereken asgari gerekler,

Ek II bölümünde; iş ekipmanının kullanımı ile ilgili hususlar,

Ek III bölümünde; hangi iş ekipmanlarının kontrolünün yapılacağı, yapılacak bu kontrollerin hangi şartlarda yapılacağı, kontrol periyotlarının ne olacağı ve kontrol sonuçlarının yer aldığı belgelerle ilgili hususlar.

İlgili yönetmeliğin, 2. periyodik kontrole tabi iş ekipmanları maddesinin de, basınçlı kap ve tesisatlarla ilgili alt maddeler gereğince hastanelerde bulunan buhar kazanları, kalorifer kazanları, otoklavlar ve sıvılaştırılmış gaz tankları (O2 ve N2, LPG ve benzeri)’nin kontrolleri yapılmalıdır. Ek III Bölümü Tesisatlar maddesinde “İlgili standartlarda aksi belirtilmediği sürece tesisatların periyodik kontrolleri yılda bir yapılır” hükmü vardır. Bu hüküm kapsamında da yangın tesisatı iskan kontrolleri, yangın tesisatı periyodik kontrolleri, havalandırma ve klima tesisatlarının bakım ve kontrolleri yapılmalıdır. İş hijyeni ölçümlerinin işverence yaptırılmasına dair zorunluğa göre (200);

“İşveren, işyerinde bulunan, kullanılan veya herhangi bir şekilde işlem gören maddelerin ve çalışma ortam koşullarının tehlikelerinden, zararlı etkilerinden çalışanları korumak zorundadır. Güvenli bir çalışma ortamı sağlamak amacıyla çalışma ortamındaki kişisel maruziyetlere veya çalışma ortamına yönelik fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenlere yönelik ölçüm, test, analiz ve değerlendirmeleri, ön yeterlik veya yeterlik belgesini haiz laboratuvarlara yaptırmakla yükümlüdür”.

Bu yönetmelik kapsamında sağlık kuruluşlarında yapılması gereken ölçümler aşağıda belirtilmiştir.

- Aydınlatma ölçümleri
- Kişisel gürültü maruziyeti ölçümleri
- İşyeri ortamı gürültü ölçümleri

- Termal konfor ölçümleri
- Titreşim ölçümleri
- Kişisel solunabilir tozların konsantrasyonu ölçümleri
- İşyeri ortamı solunabilir tozların konsantrasyonu ölçümleri.

SB, SHGM'nün yayınladığı "Formaldehit ve Ksilen Ölçüm Standartları" hakkında genelge, Tıbbi Laboratuvarlar ile ilgili bir genelgedir. Bu genelgede laboratuvar güvenliği başlığı altında alınması gereken tedbirler anlatılmış, laboratuvar çalışanlarının ve çalışma ortamının kimyasal ve enfeksiyöz ajanlara maruziyet düzeylerini azaltıcı veya önleyici olması gerektiği belirtilmiştir.

Tıbbi Patoloji Laboratuvarında yaptırılması gereken ölçümler aşağıda sıralanmıştır.

- Havadaki formaldehit düzeyi
- Havadaki ksilen düzeyi
- Kişisel maruziyet düzeyi.

SB'nın yayınladığı "Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde radyasyon yayan cihazların olduğu bölgede çalışan personelin kişisel dosimetre taşıması ve periyodik olarak maruz kalınan radyasyon dozunun ölçülmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bir kamu hastanesinde İSG uygulamalarını değerlendiren bu araştırma “tanımlayıcı” olarak tasarlanmıştır. Araştırma İstanbul İlinde SB’na bağlı 201 yataklı bir hastanede, Nisan 2017-Haziran 2017 döneminde toplam 716 hastane çalışanından; geçici görev, doğum izni, hastalık vs. sebebiyle katılamayanlar ile algı ve farkındalık düzeyini etkilemesi sebebi ile hastane İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) komisyon üyeleri ve hastane yönetimi (n=21 kişi) ve hastanede İSG uygulamalarının bilinirliği açısından yeterli süre kabul edilmediğinden dolayı kurumdaki çalışma süresi bir yılın altında olan çalışanlar kapsam dışı bırakılmıştır. Ayrıca anket doldurmak istemeyen kişiler dışında kalan, 541 kişi örnekleme kapsamaktadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak çalışanların kişisel bilgilerini içeren form ve literatür taraması ile A sınıfı İSG uzmanı 1 kişi ve akademisyen 3 kişi olmak üzere 4 farklı uzman görüşüne dayanarak hastanede İSG uygulamalarını çalışanların algı ve farkındalıklarına dayanarak belirlemeye yönelik hazırlanan anket kullanılmıştır. Anket İSG uygulamalarına yönelik 62 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşmaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede, İSG uygulamalarına yönelik mevcut durum, araştırmacı tarafından hastane yönetiminden İSG’den sorumlu müdür yardımcısı ve hastane İSG komisyon üyeleri ile yapılan görüşmeden elde edilen bilgi ve belgelere dayanarak belirlenmiştir. Sorulara verilen cevapların objektif ve somut olması için yapılan yüz yüze görüşmenin yanında, gerekli bilgi, belge ve kayıtlar da incelenmiştir.

Anket ile ilgili uzman görüşüne başvurularak, anket soruları ve alt boyutlarına ilişkin görüş birliğine varılmıştır. Anket maddelerinin alt boyutlara göre dağılımları aşağıda verilmektedir;

A. Temel İSG Uygulamaları

1. Bilginiz dahilinde iş yerinizde İSG (İSG) kurulu var mıdır?
2. Bilginiz dahilinde iş yerinizde İSG uzmanı var mıdır?
3. Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri Hekimi var mıdır?
4. Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri hemşiresi var mıdır?
5. Bilginiz dahilinde iş yerinizde çalışan temsilcisi var mıdır?

6. Bilginiz dahilinde iş yerinizde risk değerlendirmesi yapılmış mıdır?
7. Bilginiz dahilinde İşyerinizde İSG kapsamında denetlemeler yapılmakta mıdır?
24. Makine ve tıbbi cihazlarda gerekli uyarı işaretleri bulunuyor mu?
25. Asansörlerin muayeneleri ve etiketlemesi yapılmakta mıdır?
33. İşyerinde, acil durum planı hazırlanmış ve ilan edilmiş midir?

B. Acil Durum İSG Uygulamaları

35. Yeterli sayıda ve uygun tipte yangın söndürücü (yangın tüpü, yangın söndürme fişkiyeleri) mevcut ve yerlerine sabitlenmiş midir?
36. Yangın söndürücü tüplerin son kullanma tarihleri ve basınçları periyodik olarak kontrol ediliyor mu?
37. Yangın merdivenine açılan acil çıkış kapıları dışa doğru açılacak şekilde tasarlanmış ve her an açılır durumda mıdır?
38. Acil çıkış kapısı ve kaçış yollarını gösteren acil durum levhaları uygun yerlere yerleştirilmiş ve yangın merdiveni yönünde ışıklandırma sağlanmış mıdır?
43. Hasar görmüş fiş, priz ve kabloların onarımı sağlanıyor mu?
44. Elektrikli cihaz ve panoların yanında yanıcı ve patlayıcı malzemeler bulundurulmaması sağlanıyor mu?

C. Eğitim ve Bilgilendirmeye Yönelik İSG Uygulamaları

9. Ergonomi (fiziksel çevrenin insana uyumlaştırılması süreci) konusunda eğitim aldınız mı?
10. Yaptığımız işteki risklerle ilgili olarak gerekli eğitim ve bilgilendirme yapıldı mı?
11. Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz biyolojik (Hepatit-B, HIV, Grip, Tüberküloz v.s.) riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?
12. Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz tehlikeli kimyasal riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?
13. Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, tehlikeli kimyasal madde yayılımı, doğal afet, sabotaj ihtimali vb.) ne yapılması gerektiği konusunda eğitim aldınız mı?
14. İş yerinizde acil durum (yangın, deprem, sabotaj, su baskını v.b.) tatbikatları yapılmakta mıdır?
15. Güvenlik ve sağlık işaretlerinin anlamları konusunda eğitim aldınız mı?

16. Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, doğal afet, vb.), tahliye eğitimi aldınız mı?

17. Atık yönetimi konusunda eğitim aldınız mı?

34. Acil durum ekipleri hakkında bilgilendirildiniz mi? Ekipler ilan edildi mi?

53. Yemek ve gıda servis (mutfak, çay ocağı) ile temizlik hizmetleri çalışanlarının hijyen eğitimi yapıyor mu?

D. İşyeri Düzeni ve Hijyene Yönelik İSG Uygulamaları

18. Yeme-içme, dinlenme gibi temel ihtiyaçlarınız için uygun donanımlı ve yeterli alanlar ayrılmış mı?

19. İşyerinizin temizliği yeterli ve hijyen açısından gerekli şartlar sağlanıyor mu?

20. El hijyeni için gerekli lavabo ve hijyen malzemeleri sağlanıyor mu?

21. İş yerinizde düzenli olarak haşere mücadelesi yapılmakta mıdır?

22. Bilginiz dahilinde iş yerinizde içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizleri yapılmakta mıdır?

E. Fiziki Çevreye Yönelik İSG Uygulamaları

29. İşyeri içerisindeki sıcaklık ve nem konforu yeterli midir?

30. İşyerinizde aydınlatma uygun ve yeterli midir?

31. İşyerinizde havalandırma uygun ve yeterli midir?

32. Gürültü kontrolü çalışması yapılmakta mıdır?

F. Kimyasal Etkenlere Yönelik İSG Uygulamaları

26. Tehlikeli kimyasalların güvenlik bilgi formları bulunuyor ve tüm personelin ulaşımına açık mı?

27. Tehlikeli kimyasal ambalajları üzerinde; isimleri, son kullanma tarihleri ve ilgili tehlikelerini gösteren etiketler bulunmakta mıdır?

28. Bilginiz dahilinde tehlikeli kimyasal maddelerin saklama koşullarına uyuluyor mu?

G. Ergonomi İSG Uygulamaları

45. Yaptığımız işe uygun masa, sandalye veya destek ekipmanları sağlanıyor mu?

46. Sırt ve bel incinmesi riski oluşturabilecek yüklerin itilmesini ya da çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçları sağlanıyor mu?

H. Psiko-Sosyal İSG Uygulamaları

49. Kendinize görev tanımınız dışında işler verildiğini düşünüyor musunuz?

50. İşyerinizde motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar (eğlence, seminer/ sempozyum vb.) yapılmakta mıdır?

51. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunları iletebileceğiniz mekanizma var mıdır?

I. Meslek Hastalıkları ve Kazalara Yönelik İSG Uygulamaları

8. İş yeri Hekimince işe uygun olduğunuzu tespit eden rapor (işe giriş raporu) aldınız mı?

52. En az yılda bir periyodik sağlık kontrolleriniz yaptırılıyor mu?

54. Kazalar incelenerek benzer kazalar ile karşılaşmamak için gerekli önlemler alınıyor mu?

55. Biyolojik risklere karşı çalışanların aşılırları (Hepatit-B, Grip, Tetanos, Hepatit-A v.s) yaptırılıyor mu?

23. Zemin, kayma veya düşmeyi önleyecek şekilde tasarlanmış ve düşmeyi önleyici önlemler alınmış mıdır?

47. Kişisel koruyucu donanımlar (eldiven, gözlük, maske, kulaklık v.b.) çalışanlara temin edilmiş ve kullanıma hazır mı?

48. Çalışma esnasında uygun kişisel koruyucu donanımı kullanıyor musunuz?

J. Atık Yönetimi İSG Uygulamaları

39. Bilginiz dahilinde tıbbi ve tehlikeli atık torbaları uygun bir şekilde (tarih, birim adı) etiketleniyor mu?

40. Atık kovaları; tehlikeli atıklar, tıbbi/biyolojik atıklar, evsel, cam, ambalaj ve kesici atıklar gibi sınıflandırılmış mı?

41. Kesici ve delici özelliği olan tıbbi atıklar, diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanıyor mu?

42. Tıbbi ve tehlikeli atık torbaları kaynağından depo alanına kapalı konteynır ile taşınmakta mıdır?

K. Makine Tıbbi Cihaz İSG Uygulamaları

56. Makine ve tıbbi cihazlar için üretici firmadan, Türkçe kullanım kılavuzları temin edilmiş mi ve makineler bu kılavuza uygun olarak kullanılıyor mu?
57. İş yerinizde tıbbi cihaz/makina çalışma talimatları bulunmakta mıdır?
58. Makine ve tıbbi cihazların periyodik kontrolleri ve bakımları yapılıyor mu?
59. Hata tespit edilen makine, tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılmaması ve bu konuda etiketlenmesi sağlanıyor mu?
60. Makine, araç ve gereçlerin güvenli kullanımı konusunda eğitim aldınız mı?
61. Mevcut iklimlendirme sistemi cihazlarının kontrolleri ve bakımları belirli periyotlar da yapılıyor mu?
62. Elektrikli donanımların ve elektrik sisteminin bakım ve onarımı belirli periyotlar da yapılıyor mu?

Yukarıdaki anket sorularından 56-62 arası toplam 7 madde makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik algı ve farkındalık ifadelerini oluşturmakta ve sadece makine tıbbi cihaz kullananlar tarafından yanıtlanmıştır. Makine Tıbbi Cihaz İSG Uygulamaları hariç ankette ilk 55 soru tüm çalışanları ilgilendirdiğinden tamamı tarafından yanıtlanmıştır. Anket sorularına verilen yanıtlara çalışanlar “Evet”, “Hayır” olarak yanıtlamıştır. Hastanede uygulanan İSG uygulamaları “Evet”, uygulanmayanlar ise “Hayır” şeklinde işaretlenmiştir. Anket soruları puanlanırken ilgili kurumda uygulanan İSG uygulamalarına göre doğru yanıtlar için “1” puan, yanlış yanıtlar için “0” puan verilmiştir. Sorulara verilen yanıtların mevcut durum ile olan uygunluğu çalışanların farkındalığı olarak kabul edilmiştir. Buna göre çalışanların farkındalıklarının ortalama puanları ölçülmüştür.

Anket genel puanı ve alt puanları hesaplanırken verilen yanıtlar toplanmaktadır. Makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik algı ve farkındalık boyutu anket genel puanına dahil edilmemiştir. Anket genel puanı 541 kişi için 0 ile 55 arasında değişmektedir; Makina-arac gereç kullanan 223 kişi için puanlar 0-7 arasında ayrı olarak hesaplanmıştır. Anket genel puanı ve alt puanlarının yüksek olması hastanede İSG uygulamalarına ilişkin çalışanların farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. İSG uygulamalarını belirlemeye yönelik Anket alt boyutları, madde sayıları ve puan aralıkları

Alt Boyutlar	Soru Sayısı ve Max. Puan	Alınabilen Puan Aralığı
Temel İSG Uygulamaları	10	0-10
Acil Durum İSG Uygulamaları	6	0-6
Eğitim ve Bilgilendirmeye Yönelik İSG Uygulamaları	11	0-11
İşyeri Düzeni ve Hijyene Yönelik İSG Uygulamaları	5	0-5
Fiziki Çevreye Yönelik İSG Uygulamaları	4	0-4
Kimyasal Etkenlere Yönelik İSG Uygulamaları	3	0-3
Ergonomi İSG Uygulamaları	2	0-2
Psiko-sosyal İSG Uygulamaları	3	0-3
Meslek Hastalıkları Ve Kazalara Yönelik İSG Uygulamaları	7	0-7
Atık Yönetimi İSG Uygulamaları	4	0-4
Makine Tıbbi Cihaz İSG Uygulamaları	7	0-7
İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulamaları Toplam	55	0-55

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programına aktarılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Hipotez testlerinin uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Normal dağılım test sonuçları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Normal Dağılım Testi

Alt Boyutlar	n	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Temel İSG uygulamaları	541	4,785	0,000
Acil durum İSG uygulamaları	541	8,095	0,000
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	541	6,005	0,000
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	541	7,517	0,000
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	541	5,699	0,000
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	541	9,234	0,000
Ergonomi İSG uygulamaları	541	10,133	0,000
Psikososyal İSG uygulamaları	541	6,537	0,000
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	541	6,863	0,000
Atık yönetimi İSG uygulamaları	541	11,165	0,000
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık	223	5,281	0,000
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	541	3,227	0,000

Değişkenlerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır($p<0,05$). Araştırmada hipotez testleri olarak parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, İSG hizmet içi eğitim alma durumu, çalışılan birim, meslekteki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, acil durum ekiplerinde görev alma durumu, makine ve tıbbi cihaz kullanma durumu, çalışılan birimde en önemli görülen risk durumu.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Çalışanların İSG'nin uygulanmasına dair farkındalıkları.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bu çalışma yalnızca bir kamu hastanesi çalışanları ile sınırlıdır. Değerlendirmeler çalışanların verdikleri yanıtlar üzerinden yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bu kısıt göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmaya katılan hastane çalışanlarına çalışmanın amacı açıklanarak gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterildi. Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul İli Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden gerekli yazılı izinler alındı (EK 3). Konu ile ilgili 22.03.2017 tarihi ile Okan Üniversitesi Etik Kurul Kararı alınmıştır (EK 4).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan çalışanlardan anket yoluyla toplanan verilerin analizi, elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklamalar yapılmıştır.

4.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6. Çalışanların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Erkek	266	49,2
	Kadın	275	50,8
Yaş	30 ve altı	238	44,0
	31-40 arası	193	35,7
	41-50 arası	86	15,9
	51 ve üzeri	24	4,4
Meslek	Hekim	67	12,4
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	20,9
	Diğer sağlık personeli	68	12,6
	Sağlık dışı personel	293	54,2
Eğitim Durumu	İlköğretim	86	15,9
	Lise	172	31,8
	Ön lisans	104	19,2
	Lisans	108	20,0
İSG Hakkında Eğitim Alma Durumu	Lisans üstü	71	13,1
	İSG eğitimi aldım	421	77,8
	İSG eğitimi almadım	120	22,2
Çalışılan Birim	Klinik	67	12,4
	Acil	57	10,5
	Yoğun bakım	37	6,8
	Ameliyathane	27	5,0
	Poliklinik	123	22,7
	Laboratuvar	27	5,0
	Radyoloji	44	8,1
	Yönetim	48	8,9
	Güvenlik birimi	33	6,1
Diğer	78	14,4	
Mesleki Çalışma Süresi	1-5 Yıl	216	39,9
	6-10 Yıl	186	34,4
	11-15 Yıl	64	11,8
	15 Yıl üstü	75	13,9
Kurumda Çalışma Süresi	1-5 Yıl	316	58,4
	6-10 Yıl	225	41,6
Acil Durum Ekiplerinde Görevli Olma Durumu	Evet görevliyim	106	19,6
	Hayır görevli değilim	435	80,4
Makine Ve Tıbbi Cihaz Kullanma Durumu	Evet kullanıyorum	224	41,4
	Hayır kullanmıyorum	317	58,6
Çalışılan Birimde Görülen En Önemli Risk	Biyolojik	157	29,0
	Kimyasal	39	7,2
	Fiziksel	88	16,3
	Psiko-sosyal	189	34,9
	Ergonomik	22	4,1
Risk yok	46	8,5	

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri Tablo 6’da gösterilmiştir. Çalışanların çoğunlukla %50,8’inin (n=275) Kadın olduğu, %44,0’ının (n=238) 30 ve altı yaş gurubunda olduğu, %54,2’sinin (n=293) Sağlık dışı personel olduğu, %31,8’inin (n=172) Lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %77,8’inin (n=421) İSG eğitimi aldığı, çalışanların çoğunlukla %22,7 (n=123) Poliklinik çalışanı olduğu, %39,9’unun (n=216) 1-5 yıl arası meslekte çalışma süresi olduğu ve %58,4’ünün (n=316) 1-5 yıl arası kurumda çalıştığı belirlenmiştir. Çalışanların, %19,6’sının (n=106) acil durum ekiplerinde görevli olduğu, %41,4’ünün (n=223) makine ve tıbbi cihaz kullandığı ve çalıştıkları birimde en önemli görülen riskin ise %34,9 (n=189) Psiko-sosyal risk olduğu belirlenmiştir.

4.2. İSG Uygulamaları Alt Boyutlarına Yönelik Algıları

Tablo 7. Çalışanların temel İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Bilginiz dahilinde iş yerinizde iş sağlığı ve güvenliği (İSG) kurulu var mıdır?	Evet	308	56,9
	Hayır	233	43,1
Bilginiz dahilinde iş yerinizde iş sağlığı ve güvenliği uzmanı var mıdır?	Evet	272	50,3
	Hayır	269	49,7
Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri Hekimi var mıdır?	Evet	323	59,7
	Hayır	218	40,3
Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri hemşiresi var mıdır?	Evet	274	50,6
	Hayır	267	49,4
Bilginiz dahilinde iş yerinizde çalışan temsilcisi var mıdır?	Evet	363	67,1
	Hayır	178	32,9
Bilginiz dahilinde iş yerinizde risk değerlendirmesi yapılmış mıdır?	Evet	366	67,7
	Hayır	175	32,3
Bilginiz dahilinde işyerinizde İSG kapsamında denetlemeler yapılmakta mıdır?	Evet	380	70,2
	Hayır	161	29,8
Makine ve tıbbi cihazlarda gerekli uyarı işaretleri bulunuyor mu?	Evet	461	85,2
	Hayır	80	14,8
Asansörlerin muayeneleri ve etiketlemesi yapılmakta mıdır?	Evet	430	79,5
	Hayır	111	20,5
İşyerinde, acil durum planı hazırlanmış ve ilan edilmiş midir?	Evet	395	73,0
	Hayır	146	27,0

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Temel İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 7’de gösterilmiştir. Hastane çalışanlarının bilgileri dahilinde iş yerinde %43,1’inin (n=223) iş sağlığı ve güvenliği (İSG) kurulu bulunmadığı, %49,7’sinin (n=269) İSG uzmanı bulunmadığı, %40,3’ünün (n=218) işyeri Hekimi bulunmadığı, %49,4’ünün (n=267) işyeri hemşiresi bulunmadığı ve %32,9’unun (n=178) işyerinde çalışan temsilcisi bulunmadığı yönünde algı düzeyleri belirlenmiştir. Çalışanlar bilgileri dahilinde iş yerinde %32,3 (n=175) risk değerlendirmesi yapılmadığı ve işyerinde %29,8 (n=161)

İSG kapsamında denetlemeler yapılmadığı, %27,0'sinin (n=146) acil durum planı hazırlanmadığı ve ilan edilmediği ve %20,5'inin (n=111) asansörlerin muayeneleri ve etiketlemesinin yapılmadığı yönünde algı düzeyleri belirlenmiştir.

Tablo 8. Çalışanların acil durum İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Yeterli sayıda ve uygun tipte yangın söndürücü (yangın tüpü, yangın söndürme fişiyeleri) mevcut ve yerlerine sabitlenmiş midir?	Evet	475	87,8
	Hayır	66	12,2
Yangın söndürücü tüplerin son kullanma tarihleri ve basınçları periyodik olarak kontrol ediliyor mu?	Evet	457	84,5
	Hayır	84	15,5
Yangın merdivenine açılan acil çıkış kapıları dışı doğru açılacak şekilde tasarlanmış ve her an açılır durumda mıdır?	Evet	459	84,8
	Hayır	82	15,2
Acil çıkış kapısı ve kaçış yollarını gösteren acil durum levhaları uygun yerlere yerleştirilmiş ve yangın merdiveni yönünde ışıklandırma sağlanmış mıdır?	Evet	444	82,1
	Hayır	97	17,9
Hasar görmüş fiş, priz ve kabloların onarımı sağlanıyor mu?	Evet	477	88,2
	Hayır	64	11,8
Elektrikli cihaz ve panoların yanında yanıcı ve patlayıcı malzemeler bulundurulmaması sağlanıyor mu?	Evet	465	86,0
	Hayır	76	14,0

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Acil durum İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 8’de gösterilmiştir. Çalışanların en yüksek algılarının %88,2 (n=477) hasar görmüş fiş, priz ve kabloların onarımının sağlandığı, en düşük algılarının ise %82,1 (n=444) acil çıkış kapısı ve kaçış yollarını gösteren acil durum levhalarının uygun yerlere yerleştirilmiş ve yangın merdiveni yönünde ışıklandırma sağlanmış olduğu yönünde algı düzeyleri belirlenmiştir. Genel olarak acil durum İSG uygulamalarına yönelik yüksek algı düzeylerinin olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Çalışanların eğitim ve bilgilendirme İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Ergonomi (fiziksel çevrenin insana uyumlaştırılması süreci) konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	332	61,4
	Hayır	209	38,6
Yaptığımız işteki risklerle ilgili olarak gerekli eğitim ve bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	436	80,6
	Hayır	105	19,4
Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz biyolojik (Hepatit-B, HIV, Grip, Tüberküloz v.s.) riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	469	86,7
	Hayır	72	13,3
Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz tehlikeli kimyasal riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	445	82,3
	Hayır	96	17,7
Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, tehlikeli kimyasal madde yayılımı, doğal afet, sabotaj ihtimali vb.) ne yapılması gerektiği konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	453	83,7
	Hayır	88	16,3
İş yerinizde acil durum (yangın, deprem, sabotaj, su baskını v.b) tatbikatları yapılmakta mıdır?	Evet	456	84,3
	Hayır	85	15,7
Güvenlik ve sağlık işaretlerinin anlamları konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	423	78,2
	Hayır	118	21,8
	Evet	426	78,7

Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, doğal afet, vb.), tahliye eğitimi aldınız mı?	Hayır	115	21,3
Atık yönetimi konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	461	85,2
	Hayır	80	14,8
Acil durum ekipleri hakkında bilgilendirildiniz mi? Ekipler ilan edildi mi?	Evet	339	62,7
	Hayır	202	37,3
Yemek ve gıda servis (mutfak, çay ocağı) ile temizlik hizmetleri çalışanlarının hijyen eğitimi yapılıyor mu?	Evet	416	76,9
	Hayır	125	23,1

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Eğitim ve bilgilendirme İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 9’da gösterilmiştir. Çalışanların %37,3’ünün (n=202) acil durum ekipleri hakkında bilgilendirilmedikleri, %38,6’inin (n=209) ergonomi eğitimi almadıkları, %19,4’ünün (n=105) yaptıkları işteki risklerle ilgili olarak gerekli eğitim ve bilgilendirme yapılmadığı, %19,4’ünün (n=105) acil durumlar ve olağanüstü hallerde ne yapılması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmadığı, %21,8’inin (n=118) güvenlik ve sağlık işaretlerinin anlamları konusunda eğitim almadıkları yönünde algı düzeyleri belirlenmiştir. Çalışanların %86,7’sinin (n=469) çalışma sırasında maruz kalabilecekleri biyolojik (Hepatit-B, HIV, Grip, Tüberküloz v.s.) riskler ve önlemler konusunda eğitim aldıkları yönündeki algıları olumlu en yüksek algı düzeyi olarak belirlenmiştir.

Tablo 10. Çalışanların işyeri düzeni ve hijyen İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Yeme-içme, dinlenme gibi temel ihtiyaçlarınız için uygun donanımlı ve yeterli alanlar ayrılmış mı?	Evet	391	72,3
	Hayır	150	27,7
İşyerinizin temizliği yeterli ve hijyen açısından gerekli şartlar sağlıyor mu?	Evet	440	81,3
	Hayır	101	18,7
El hijyeni için gerekli lavabo ve hijyen malzemeleri sağlıyor mu?	Evet	465	86,0
	Hayır	76	14,0
İş yerinizde düzenli olarak haşere mücadelesi yapılmakta mıdır?	Evet	483	89,3
	Hayır	58	10,7
Bilginiz dahilinde iş yerinizde içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizleri yapılmakta mıdır?	Evet	377	69,7
	Hayır	164	30,3

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “İş yeri düzeni ve hijyen İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 10’da gösterilmiştir. Çalışanların en yüksek olumlu algı düzeyinin %89,3 (n=483) iş yerinde düzenli olarak haşere mücadelesi yapılıyor olduğu yönünde, en düşük olumlu algı düzeyinin ise %69,7 (n=377) oranla bilgileri dahilinde iş yerinde içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizlerinin yapılıyor olduğu yönünde belirlenmiştir.

Tablo 11. Çalışanların fiziki çevre İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
İşyeri içerisindeki sıcaklık ve nem konforu yeterli midir?	Evet	379	70,1
	Hayır	162	29,9
İşyerinizde aydınlatma uygun ve yeterli midir?	Evet	446	82,4
	Hayır	95	17,6
İşyerinizde havalandırma uygun ve yeterli midir?	Evet	324	59,9
	Hayır	217	40,1
Gürültü kontrolü çalışması yapılmakta mıdır?	Evet	275	50,8
	Hayır	266	49,2

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Fiziki çevre İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 11’de gösterilmiştir. Çalışanların %29,9’unun (n=162) işyerinde sıcaklık ve nem konforunun yeterli olmadığı, %17,6’sının (n=95) işyerinde aydınlatmanın uygun ve yeterli olmadığı, %40,1’inin (n=217) işyerinde havalandırmanın uygun olmadığı ve %49,2’sinin (n=266) işyerinde gürültü kontrolü çalışması yapılmadığı yönünde algı düzeyleri belirlenmiştir.

Tablo 12. Çalışanların kimyasal etkenler İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Tehlikeli kimyasalların güvenlik bilgi formları bulunuyor ve tüm personelin ulaşımına açık mı?	Evet	412	76,2
	Hayır	129	23,8
	Toplam	541	100,0
Tehlikeli kimyasal ambalajları üzerinde; isimleri, son kullanma tarihleri ve ilgili tehlikelerini gösteren etiketler bulunmakta mıdır?	Evet	459	84,8
	Hayır	82	15,2
	Toplam	541	100,0
Bilginiz dahilinde tehlikeli kimyasal maddelerin saklama koşullarına uyuluyor mu?	Evet	447	82,6
	Hayır	94	17,4
	Toplam	541	100,0

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Kimyasal etkenler İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 12’de gösterilmiştir. Çalışanların %15,2’sinin (n=82) işyerinde tehlikeli kimyasal ambalajları üzerinde; isimleri, son kullanma tarihleri ve ilgili tehlikelerini gösteren etiketlerin bulunmadığı, %17,4’ünün (n=94) işyerinde bilgileri dahilinde tehlikeli kimyasal maddelerin saklama koşullarına uyulmadığı ve %23,8’inin (n=129) işyerinde tehlikeli kimyasalların güvenlik bilgi formlarının bulunmadığı ve tüm personelin ulaşımına açık olmadığı yönünde olumsuz algı düzeyleri belirlenmiştir.

Tablo 13. Çalışanların ergonomi İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Yaptığımız işe uygun masa, sandalye veya destek ekipmanları sağlıyor mu?	Evet	450	83,2
	Hayır	91	16,8
Sırt ve bel incinmesi riski oluşturabilecek yüklerin itilmesini ya da çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçları sağlıyor mu?	Evet	412	76,2
	Hayır	129	23,8

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Ergonomi İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 13’de gösterilmiştir. Çalışanların %16,8’inin (n=91) yaptıkları işe uygun masa, sandalye veya destek ekipmanları sağlanmadığı, %23,8’inin n(=129) ise sırt ve bel incinmesi riski oluşturabilecek yüklerin itilmesini ya da çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçları sağlanmadığı yönünde olumsuz algı düzeyleri belirlenmiştir.

Tablo 14. Çalışanların psiko-sosyal İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Kendinize görev tanımınız dışında işler verildiğini düşünüyor musunuz?	Evet	372	68,8
	Hayır	169	31,2
İşyerinizde motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar (eğlence/eğitim toplantıları vb.) yapılmakta mıdır?	Evet	237	43,8
	Hayır	304	56,2
İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunları iletebileceğiniz mekanizma var mıdır?	Evet	371	68,6
	Hayır	170	31,4

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Psiko-sosyal İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 14’de gösterilmiştir. Çalışanların %31,2’si (n=169) kendisine görev tanımı dışında işler verildiği, %56,2’si (n=304) işyerinizde motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar yapılmadığı ve %31,4’ünün (n=170) işyerinde İSG ile ilgili sorunları iletebilecekleri mekanizma olmadığı yönünde olumsuz algı düzeyleri belirlenmiştir.

Tablo 15. Çalışanların meslek hastalıkları ve kaza İSG uygulamalarının yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
İş yeri Hekimince işe uygun olduğunuzu tespit eden rapor (işe giriş raporu) aldınız mı?	Evet	390	72,1
	Hayır	151	27,9
En az yılda bir periyodik sağlık kontrolleriniz yaptırılıyor mu?	Evet	357	66,0
	Hayır	184	34,0
Kazalar incelenerek benzer kazalar ile karşılaşmamak için gerekli önlemler alınıyor mu?	Evet	406	75,0
	Hayır	135	25,0
Biyolojik risklere karşı çalışanlar aşılı (hepatit-B, grip, tetanos, hepatit-a v.s) yaptırılıyor mu?	Evet	475	87,8
	Hayır	66	12,2
Zemin, kayma veya düşmeyi önleyecek şekilde tasarlanmış ve düşmeyi önleyici önlemler alınmış mıdır?	Evet	453	83,7
	Hayır	88	16,3
Kişisel koruyucu donanımlar (eldiven, gözlük, maske, kulaklık v.b.) çalışanlara temin edilmiş ve kullanıma hazır mı?	Evet	478	88,4
	Hayır	63	11,6
Çalışma esnasında uygun kişisel koruyucu donanımı kullanıyor musunuz?	Evet	458	84,7
	Hayır	83	15,3

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Meslek hastalıkları ve kaza İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 15’de gösterilmiştir. Çalışanların %27,9’unun (n=151) iş yeri hekimince işe uygun olduğunuzu tespit eden rapor (işe giriş raporu) almadıkları, %34,0’ının (n=184) en az yılda bir periyodik sağlık kontrolü yaptırılmadığı, %25,0’ının (n=135) kazalar

incelenerek benzer kazalar ile karşılaşmamak için gerekli önlemler alınmadığı yönünde olumsuz algı düzeyleri belirlenmiştir. En olumlu algı düzeyinin %88,4 (n=478) işyerinde kişisel koruyucu donanımların (eldiven, gözlük, maske, kulaklık vb.) çalışanlara temin edilmiş ve kullanıma hazır olduğu yönünde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16. Çalışanların atık yönetimi İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Bilginiz dahilinde tıbbi ve tehlikeli atık torbaları uygun bir şekilde (tarih, birim adı) etiketleniyor mu?	Evet	478	88,4
	Hayır	63	11,6
Atık kovaları; tehlikeli atıklar, tıbbi/biyolojik atıklar, evsel, cam, ambalaj ve kesici atıklar gibi sınıflandırılmış mı?	Evet	508	93,9
	Hayır	33	6,1
Kesici ve delici özelliği olan tıbbi atıklar, diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanıyor mu?	Evet	516	95,4
	Hayır	25	4,6
Tıbbi ve tehlikeli atık torbaları kaynağından depo alanına kapalı konteynir ile taşınmakta mıdır?	Evet	504	93,2
	Hayır	37	6,8

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Atık yönetimi İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 16’de gösterilmiştir. Çalışanların en düşük oranla %88,4’ü (n=478) bilgileri dahilinde tıbbi ve tehlikeli atık torbalarının uygun bir şekilde (tarih, birim adı) etiketleniyor olduğu, en yüksek oranla %95,4’ü (n=516) kesici ve delici özelliği olan tıbbi atıkların, diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanıyor olduğu yönünde olumlu algıları belirlenmiştir. Atık yönetimi İSG uygulamalarında çalışanların olumlu algı düzeyi yüksek saptanmıştır.

Tablo 17. Çalışanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik algıları

Sorular	Gruplar	n	%
Makine ve tıbbi cihazlar için üretici firmadan, Türkçe kullanım kılavuzları temin edilmiş mi ve makineler bu kılavuza uygun olarak kullanılıyor mu?	Evet	172	77,1
	Hayır	51	22,9
İş yerinizde tıbbi cihaz/makina çalışma talimatları bulunmakta mıdır?	Evet	184	82,5
	Hayır	39	17,5
Makine ve tıbbi cihazların periyodik kontrolleri ve bakımları yapılıyor mu?	Evet	205	91,9
	Hayır	18	8,1
Hata tespit edilen makine, tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılmaması ve bu konuda etiketlenmesi sağlanıyor mu?	Evet	192	86,1
	Hayır	31	13,9
Makine, araç ve gereçlerin güvenli kullanımı konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	160	71,7
	Hayır	63	28,3
Mevcut iklimlendirme sistemi cihazlarının kontrolleri ve bakımları belirli periyotlar da yapılıyor mu?	Evet	172	77,1
	Hayır	51	22,9
Elektrikli donanımların ve elektrik sisteminin bakım ve onarımı belirli periyotlar da yapılıyor mu?	Evet	165	74,0
	Hayır	58	26,0

Araştırma kapsamına alınan hastane çalışanlarının İSG uygulamaları alt boyutlarından, “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına” yönelik algıları Tablo 17’de gösterilmiştir. Çalışanların en yüksek olumlu algıları %91,9 (n=205) makine ve tıbbi

cihazların periyodik kontrolleri ve bakımları yapılıyor olduğunda iken, en düşük olumlu algıları ise makine, araç ve gereçlerin güvenli kullanımı konusunda eğitim aldıkları yönünde belirlenmiştir.

4.3. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeyleri Alt Boyutlara İlişkin Puan Ortalamaları

Tablo 18. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeyleri alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları

Alt Boyutlar	N	Ort	Ss	Farkındalık Oranı (%)	Min.	Max.	Anket Puan Aralığı
Temel İSG uygulamaları	541	5,386	1,680	53,86	1,000	10,000	0-10
Acil durum İSG uygulamaları	541	5,133	1,449	85,55	0,000	6,000	0-6
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	541	6,987	1,279	63,52	2,000	11,000	0-11
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	541	2,194	0,897	43,88	0,000	5,000	0-5
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	541	2,017	1,037	50,43	0,000	4,000	0-4
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	541	1,913	0,579	63,77	0,000	3,000	0-3
Ergonomi İSG uygulamaları	541	1,070	0,429	53,50	0,000	2,000	0-2
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	541	1,935	0,713	64,50	0,000	3,000	0-3
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	541	4,442	1,076	63,46	0,000	7,000	0-7
Atık yönetimi İSG uygulamaları	541	3,708	0,758	92,70	0,000	4,000	0-4
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	223	3,256	0,818	54,27	1,000	6,000	0-7
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	541	34,786	4,067	63,25	18,000	46,000	0-55

Araştırmaya katılan çalışanlar “Temel İSG uygulamaları” puan ortalaması (5,386±1,680); “Acil durum İSG uygulamaları” puan ortalaması (5,133±1,449); “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puan ortalaması (6,987±1,279); “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları” puan ortalaması (2,194±0,897); “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puan ortalaması (2,017±1,037); “kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları” puan ortalaması (1,913±0,579); “Ergonomi İSG uygulamaları” puan ortalaması (1,070±0,429); “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” puan ortalaması (1,935±0,713); “meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” düzeyi puan ortalaması (4,442±1,076); “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puan ortalaması (3,708±0,758); “makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık” puan ortalaması (3,256±0,818); “İSG uygulamaları toplam” puan ortalaması (34,786±4,067); olarak saptanmıştır.

4.4. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 19. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin eğitim durumuna göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Temel İSG uygulamaları	İlköğretim	86	4,523	1,412	42,308	0,000	2 > 1
	Lise	172	5,413	1,709			3 > 1
	Ön lisans	104	5,231	1,685			4 > 1
	Lisans	108	5,982	1,600			5 > 1
	Lisans üstü	71	5,690	1,591			4 > 2 4 > 3
Acil durum İSG uygulamaları	İlköğretim	86	5,581	0,964	17,571	0,001	1 > 2
	Lise	172	5,302	1,205			1 > 3
	Ön lisans	104	4,914	1,583			1 > 4
	Lisans	108	5,019	1,485			1 > 5
	Lisans üstü	71	4,676	1,962			2 > 3
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	İlköğretim	86	6,954	0,825	8,172	0,085	
	Lise	172	6,942	1,222			
	Ön lisans	104	7,077	1,349			
	Lisans	108	7,222	1,314			
	Lisans üstü	71	6,648	1,613			
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	İlköğretim	86	2,233	0,746	6,715	0,152	
	Lise	172	2,262	0,947			
	Ön lisans	104	2,164	0,956			
	Lisans	108	2,241	0,994			
	Lisans üstü	71	1,958	0,642			
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	İlköğretim	86	1,581	0,887	42,878	0,000	2 > 1
	Lise	172	1,849	0,980			3 > 1
	Ön lisans	104	2,058	1,032			4 > 1
	Lisans	108	2,287	1,059			5 > 1
	Lisans üstü	71	2,479	1,040			4 > 2 5 > 2 5 > 3
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	İlköğretim	86	1,942	0,387	2,617	0,624	
	Lise	172	1,948	0,533			
	Ön lisans	104	1,827	0,614			
	Lisans	108	1,907	0,663			
	Lisans üstü	71	1,930	0,683			
Ergonomi İSG uygulamaları	İlköğretim	86	1,081	0,350	16,662	0,002	4 > 2
	Lise	172	0,994	0,426			5 > 2
	Ön lisans	104	1,019	0,440			4 > 3
	Lisans	108	1,148	0,406			5 > 3
	Lisans üstü	71	1,197	0,496			
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	İlköğretim	86	1,977	0,751	8,804	0,066	
	Lise	172	1,971	0,696			
	Ön lisans	104	1,904	0,600			
	Lisans	108	2,019	0,749			
	Lisans üstü	71	1,718	0,778			
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	İlköğretim	86	4,651	0,779	8,379	0,079	
	Lise	172	4,535	0,939			
	Ön lisans	104	4,433	1,221			
	Lisans	108	4,259	1,163			
	Lisans üstü	71	4,254	1,273			
Atık yönetimi İSG uygulamaları	İlköğretim	86	3,907	0,364	11,020	0,026	1 > 2
	Lise	172	3,674	0,830			1 > 3
	Ön lisans	104	3,625	0,926			1 > 4
	Lisans	108	3,750	0,657			1 > 5
	Lisans üstü	71	3,606	0,765			

Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	İlköğretim	16	3,125	0,619	20,358	0,000	5 > 1 5 > 2 4 > 3 5 > 3
	Lise	41	3,098	0,539			
	Ön lisans	54	3,019	0,765			
	Lisans	75	3,360	0,995			
	Lisans üstü	37	3,622	0,681			
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	İlköğretim	86	34,430	3,024	12,347	0,015	4 > 1 4 > 3 4 > 5
	Lise	172	34,890	4,154			
	Ön lisans	104	34,250	4,060			
	Lisans	108	35,833	3,866			
	Lisans üstü	71	34,155	4,953			

Araştırmaya katılan çalışanların “Temel İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=42,308; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu Lise olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,413±1,709), eğitim durumu İlköğretim olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,523±1,412) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Ön lisans olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,231±1,685), eğitim durumu İlköğretim olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,523±1,412) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,982±1,600), eğitim durumu İlköğretim olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,523±1,412) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,690±1,591), eğitim durumu İlköğretim olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,523±1,412) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,982±1,600), eğitim durumu Lise olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,413±1,709) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,982±1,600), eğitim durumu Ön lisans olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,231±1,685) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=17,571; p=0,001<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu İlköğretim olanların acil durum İSG

uygulamaları puanları (5,581±0,964), eğitim durumu Lise olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,302±1,205) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu İlköğretim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,581±0,964), eğitim durumu Ön lisans olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,914±1,583) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu İlköğretim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,581±0,964), eğitim durumu Lisans olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,019±1,485) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu İlköğretim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,581±0,964), eğitim durumu Lisans üstü olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,676±1,962) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lise olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,302±1,205), eğitim durumu Ön lisans olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,914±1,583) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=42,878; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu Lise olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (1,849±0,980), eğitim durumu İlköğretim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,581±0,887) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Ön lisans olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,058±1,032), eğitim durumu İlköğretim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,581±0,887) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,287±1,059), eğitim durumu İlköğretim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,581±0,887) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,479±1,040), eğitim durumu İlköğretim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,581±0,887) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,287±1,059), eğitim durumu Lise olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,849±0,980) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları

(2,479±1,040), eğitim durumu Lise olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,849±0,980) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,479±1,040), eğitim durumu Ön lisans olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (2,058±1,032) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Ergonomi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=16,662; p=0,002<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu Lisans olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,148±0,406), eğitim durumu Lise olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,994±0,426) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,197±0,496), eğitim durumu Lise olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,994±0,426) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,148±0,406), eğitim durumu Ön lisans olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (1,019±0,440) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,197±0,496), eğitim durumu Ön lisans olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (1,019±0,440) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=11,020; p=0,026<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu İlköğretim olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,907±0,364), eğitim durumu Lise olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,674±0,830) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu İlköğretim olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,907±0,364), eğitim durumu Ön lisans olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,625±0,926) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu İlköğretim olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,907±0,364), eğitim durumu Lisans olanların atık

yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,750±0,657) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu İlköğretim olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,907±0,364), eğitim durumu Lisans üstü olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,606±0,765) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=20,358; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu Lisans üstü olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,622±0,681), eğitim durumu İlköğretim olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,125±0,619) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,622±0,681), eğitim durumu Lise olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,098±0,539) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,360±0,995), eğitim durumu Ön lisans olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,019±0,765) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans üstü olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,622±0,681), eğitim durumu Ön lisans olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,019±0,765) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “İSG uygulamaları toplam” puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=12,347; p=0,015<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu Lisans olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,833±3,866), eğitim durumu İlköğretim olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,430±3,024) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu Lisans olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,833±3,866), eğitim durumu Ön lisans olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,250±4,060) yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumu Lisans olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,833±3,866), eğitim durumu Lisans üstü olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,155±4,953) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları”, “İş yeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 20. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin kurumda çalışma süresine göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Temel İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	5,269	1,694	32154,500	0,052
	6-10 Yıl	225	5,551	1,650		
Acil durum İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	5,044	1,496	32289,500	0,036
	6-10 Yıl	225	5,258	1,374		
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	6,867	1,278	31628,500	0,020
	6-10 Yıl	225	7,156	1,263		
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	2,146	0,882	33471,000	0,194
	6-10 Yıl	225	2,262	0,915		
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	2,016	1,028	35364,500	0,913
	6-10 Yıl	225	2,018	1,052		
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	1,896	0,590	34208,000	0,333
	6-10 Yıl	225	1,938	0,564		
Ergonomi İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	1,054	0,444	34309,500	0,309
	6-10 Yıl	225	1,093	0,407		
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	1,934	0,698	35375,000	0,914
	6-10 Yıl	225	1,938	0,735		
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	4,396	1,115	34036,500	0,361
	6-10 Yıl	225	4,507	1,018		
Atık yönetimi İSG uygulamaları	1-5 Yıl	316	3,646	0,844	32980,500	0,028
	6-10 Yıl	225	3,796	0,607		
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	1-5 Yıl	131	3,336	0,838	5223,000	0,050
	6-10 Yıl	92	3,141	0,779		
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	1-5 Yıl	316	34,266	4,136	29011,500	0,000
	6-10 Yıl	225	35,516	3,860		

Çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=32289,500; $p=0,036<0,05$). 1-5 Yıl olanların acil durum İSG uygulamaları puanları

($x=5,044$), 6-10 yıl olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından ($x=5,258$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=31628,500$; $p=0,020<0,05$). 1-5 Yıl olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları ($x=6,867$), 6-10 yıl olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından ($x=7,156$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=32980,500$; $p=0,028<0,05$). 1-5 Yıl olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları ($x=3,646$), 6-10 yıl olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından ($x=3,796$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık puanları ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=5223,000$; $p=0,050<0,05$). 1-5 Yıl olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları ($x=3,336$), 6-10 yıl olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından ($x=3,141$) yüksek bulunmuştur.

Çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=29011,500$; $p=0,000<0,05$). 1-5 Yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanları ($x=34,266$), 6-10 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından ($x=35,516$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Temel İSG uygulamaları”, “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Ergonomi İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin mesleğe göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Temel İSG uygulamaları	Hekim	67	5,702	1,528	38,028	0,000	
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	6,115	1,557			1 > 3
	Diğer sağlık personeli	68	5,059	1,674			1 > 4
	Sağlık dışı personel	293	5,109	1,670			2 > 3 2 > 4
Acil durum İSG uygulamaları	Hekim	67	4,567	2,002	12,533	0,006	
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	4,956	1,532			4 > 1
	Diğer sağlık personeli	68	5,294	0,978			4 > 2
	Sağlık dışı personel	293	5,294	1,320			
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	Hekim	67	6,522	1,531	24,612	0,000	
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	7,354	1,316			2 > 1
	Diğer sağlık personeli	68	7,235	1,467			3 > 1
	Sağlık dışı personel	293	6,894	1,101			2 > 4 3 > 4
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	Hekim	67	1,985	0,615	9,590	0,022	
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	2,177	0,879			4 > 1
	Diğer sağlık personeli	68	2,000	0,864			4 > 3
	Sağlık dışı personel	293	2,294	0,952			
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	Hekim	67	2,508	1,021	45,932	0,000	
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	2,389	1,030			1 > 3
	Diğer sağlık personeli	68	1,912	1,103			1 > 4
	Sağlık dışı personel	293	1,785	0,950			2 > 3 2 > 4
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	Hekim	67	1,866	0,672	1,476	0,688	
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	1,947	0,625			
	Diğer sağlık personeli	68	1,897	0,694			
	Sağlık dışı personel	293	1,915	0,506			

Ergonomi İSG uygulamaları	Hekim	67	1,209	0,478	19,943	0,000	1 > 3
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	1,168	0,421			1 > 4
	Diğer sağlık personeli	68	0,971	0,488			2 > 3
	Sağlık dışı personel	293	1,024	0,392			2 > 4
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	Hekim	67	1,672	0,767	16,852	0,001	2 > 1
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	2,080	0,696			4 > 1
	Diğer sağlık personeli	68	1,794	0,636			2 > 3
	Sağlık dışı personel	293	1,973	0,707			
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	Hekim	67	4,209	1,309	18,140	0,000	3 > 1
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	4,195	1,156			3 > 2
	Diğer sağlık personeli	68	4,794	0,907			4 > 2
	Sağlık dışı personel	293	4,509	0,992			
Atık yönetimi İSG uygulamaları	Hekim	67	3,582	0,781	6,726	0,081	
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	3,814	0,473			
	Diğer sağlık personeli	68	3,750	0,557			
	Sağlık dışı personel	293	3,686	0,870			
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	Hekim	36	3,528	0,654	15,124	0,002	1 > 3
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	98	3,337	0,908			1 > 4
	Diğer sağlık personeli	52	3,019	0,779			2 > 3
	Sağlık dışı personel	37	3,108	0,658			
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	Hekim	67	33,821	4,716	16,233	0,001	2 > 1
	Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeni	113	36,195	3,896			2 > 3
	Diğer sağlık personeli	68	34,706	3,570			
	Sağlık dışı personel	293	34,481	3,967			2 > 4

Araştırmaya katılan çalışanların “Temel İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=38,028; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Hekim olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,702±1,528), meslek Diğer sağlık personeli olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,059±1,674) yüksek bulunmuştur. Meslek Hekim olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,702±1,528), meslek Sağlık dışı personel olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,109±1,670) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların temel İSG uygulamaları puanları

(6,115±1,557), meslek Diğer sağlık personeli olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,059±1,674) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların temel İSG uygulamaları puanları (6,115±1,557), meslek Sağlık dışı personel olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,109±1,670) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=12,533; p=0,006<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Sağlık dışı personel olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,294±1,320), meslek Hekim olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,567±2,002) yüksek bulunmuştur. Meslek Sağlık dışı personel olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,294±1,320), Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,956±1,532) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=24,612; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,354±1,316), meslek Hekim olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,522±1,531) yüksek bulunmuştur. Meslek Diğer sağlık personeli olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,235±1,467), meslek Hekim olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,522±1,531) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,354±1,316), meslek Sağlık dışı personel olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,894±1,101) yüksek bulunmuştur. Meslek Diğer sağlık personeli olanların eğitim ve bilgilendirmeye

yönelik İSG uygulamaları puanları (7,235±1,467), meslek Sağlık dışı personel olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,894±1,101) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=9,590; p=0,022<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Sağlık dışı personel olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,294±0,952), meslek Hekim olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,985±0,615) yüksek bulunmuştur. Meslek Sağlık dışı personel olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,294±0,952), meslek Diğer sağlık personeli olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (2,000±0,864) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=45,932; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Hekim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,508±1,021), meslek Diğer sağlık personeli olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,912±1,103) yüksek bulunmuştur. Meslek Hekim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,508±1,021), meslek Sağlık dışı personel olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,785±0,950) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,389±1,030), meslek Diğer sağlık personeli olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,912±1,103) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,389±1,030), meslek Sağlık dışı personel

olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,785±0,950) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Ergonomi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=19,943; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Hekim olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,209±0,478), meslek Diğer sağlık personeli olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,971±0,488) yüksek bulunmuştur. Meslek Hekim olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,209±0,478), meslek Sağlık dışı personel olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (1,024±0,392) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,168±0,421), meslek Diğer sağlık personeli olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,971±0,488) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,168±0,421), meslek Sağlık dışı personel olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (1,024±0,392) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=16,852; p=0,001<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,080±0,696), meslek Hekim olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,672±0,767) yüksek bulunmuştur. Meslek Sağlık dışı personel olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (1,973±0,707), meslek Hekim olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,672±0,767) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları

(2,080±0,696), meslek Diğer sağlık personeli olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,794±0,636) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=18,140; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Diğer sağlık personeli olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,794±0,907), meslek Hekim olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,209±1,309) yüksek bulunmuştur. Meslek Diğer sağlık personeli olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,794±0,907), Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,195±1,156) yüksek bulunmuştur. Meslek Sağlık dışı personel olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,509±0,992), Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,195±1,156) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=15,124; p=0,002<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Hekim olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,528±0,654), meslek Diğer sağlık personeli olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,019±0,779) yüksek bulunmuştur. Meslek Hekim olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,528±0,654), meslek Sağlık dışı personel olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,108±0,658) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,337±0,908), meslek Diğer sağlık

personeli olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,019±0,779) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “İSG uygulamaları toplam” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=16,233; p=0,001<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,195±3,896), meslek Hekim olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,821±4,716) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,195±3,896), meslek Diğer sağlık personeli olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,706±3,570) yüksek bulunmuştur. Meslek Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,195±3,896), meslek Sağlık dışı personel olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,481±3,967) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 22. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin mesleki çalışma süresine göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Temel İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	5,056	1,667	14,064	0,003	2 > 1 3 > 1
	6-10 Yıl	186	5,640	1,645			
	11-15 Yıl	64	5,688	1,825			
	15 Yıl üstü	75	5,453	1,536			
Acil durum İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	5,056	1,410	8,306	0,040	4 > 1
	6-10 Yıl	186	5,102	1,480			
	11-15 Yıl	64	5,172	1,686			
	15 Yıl üstü	75	5,400	1,252			
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	6,847	1,265	8,066	0,045	2 > 1 4 > 1
	6-10 Yıl	186	7,108	1,273			
	11-15 Yıl	64	6,859	1,320			
	15 Yıl üstü	75	7,200	1,263			

İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	2,204	0,991	5,587	0,134	
	6-10 Yıl	186	2,220	0,838			
	11-15 Yıl	64	2,328	0,909			
	15 Yıl üstü	75	1,987	0,707			
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	1,949	1,058	3,947	0,267	
	6-10 Yıl	186	1,979	0,970			
	11-15 Yıl	64	2,141	1,037			
	15 Yıl üstü	75	2,200	1,127			
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	1,884	0,579	3,513	0,319	
	6-10 Yıl	186	1,925	0,593			
	11-15 Yıl	64	1,859	0,587			
	15 Yıl üstü	75	2,013	0,533			
Ergonomi İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	1,023	0,447	13,473	0,004	4 > 1
	6-10 Yıl	186	1,048	0,393			4 > 2
	11-15 Yıl	64	1,109	0,441			
	15 Yıl üstü	75	1,227	0,421			
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	1,958	0,649	1,542	0,673	
	6-10 Yıl	186	1,887	0,752			
	11-15 Yıl	64	1,969	0,712			
	15 Yıl üstü	75	1,960	0,796			
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	4,384	1,089	3,228	0,358	
	6-10 Yıl	186	4,436	1,129			
	11-15 Yıl	64	4,422	1,021			
	15 Yıl üstü	75	4,640	0,939			
Atık yönetimi İSG uygulamaları	1-5 Yıl	216	3,588	0,946	5,466	0,141	
	6-10 Yıl	186	3,769	0,645			
	11-15 Yıl	64	3,797	0,540			
	15 Yıl üstü	75	3,827	0,476			
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	1-5 Yıl	69	3,362	0,939	3,478	0,324	
	6-10 Yıl	77	3,312	0,799			
	11-15 Yıl	39	3,077	0,774			
	15 Yıl üstü	38	3,132	0,623			
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	1-5 Yıl	216	33,949	4,029	20,533	0,000	2 > 1
	6-10 Yıl	186	35,113	4,042			3 > 1
	11-15 Yıl	64	35,344	4,130			4 > 1
	15 Yıl üstü	75	35,907	3,782			

Araştırmaya katılan çalışanların “Temel İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=14,064; p=0,003<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; mesleki çalışma süresi 6-10 yıl olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,640±1,645), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,056±1,667) yüksek bulunmuştur. Mesleki çalışma süresi 11-15 yıl olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,688±1,825), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,056±1,667) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=8,306; p=0,040<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; mesleki çalışma süresi 15 yıl üstü olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,400±1,252), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,056±1,410) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=8,066; p=0,045<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; mesleki çalışma süresi 6-10 yıl olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,108±1,273), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,847±1,265) yüksek bulunmuştur. Mesleki çalışma süresi 15 yıl üstü olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,200±1,263), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,847±1,265) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Ergonomi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=13,473; p=0,004<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; mesleki çalışma süresi 15 yıl üstü olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,227±0,421), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (1,023±0,447) yüksek bulunmuştur. Mesleki çalışma süresi 15 yıl üstü olanların ergonomi İSG uygulamaları

puanları (1,227±0,421), mesleki çalışma süresi 6-10 yıl olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (1,048±0,393) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “İSG uygulamaları toplam” puanları ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=20,533; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; mesleki çalışma süresi 6-10 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,113±4,042), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,949±4,029) yüksek bulunmuştur. Mesleki çalışma süresi 11-15 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,344±4,130), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,949±4,029) yüksek bulunmuştur. Mesleki çalışma süresi 15 yıl üstü olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,907±3,782), mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,949±4,029) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları”, “Atık yönetimi İSG uygulamaları”, “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık puanları ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 23. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin yaşa göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Temel İSG uygulamaları	30 ve altı	238	5,450	1,690	5,282	0,152	
	31-40 arası	193	5,477	1,726			
	41-50 arası	86	5,047	1,556			
	51 ve üzeri	24	5,250	1,567			
Acil durum İSG uygulamaları	30 ve altı	238	5,013	1,386	16,298	0,001	2 > 1
	31-40 arası	193	5,067	1,677			3 > 1
	41-50 arası	86	5,419	1,153			4 > 1
	51 ve üzeri	24	5,833	0,381			4 > 2
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	30 ve altı	238	6,975	1,334	1,109	0,775	
	31-40 arası	193	6,938	1,306			
	41-50 arası	86	7,058	1,152			
	51 ve üzeri	24	7,250	0,897			
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	30 ve altı	238	2,202	1,003	3,865	0,276	
	31-40 arası	193	2,249	0,854			
	41-50 arası	86	2,047	0,734			
	51 ve üzeri	24	2,208	0,588			
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	30 ve altı	238	1,996	1,073	2,245	0,523	
	31-40 arası	193	2,047	0,943			
	41-50 arası	86	2,081	1,170			
	51 ve üzeri	24	1,750	0,897			
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	30 ve altı	238	1,870	0,577	7,521	0,057	
	31-40 arası	193	1,891	0,632			
	41-50 arası	86	2,047	0,483			
	51 ve üzeri	24	2,042	0,359			
Ergonomi İSG uygulamaları	30 ve altı	238	1,025	0,440	10,014	0,018	4 > 1
	31-40 arası	193	1,078	0,407			4 > 2
	41-50 arası	86	1,116	0,418			
	51 ve üzeri	24	1,292	0,464			
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	30 ve altı	238	1,929	0,687	3,510	0,319	
	31-40 arası	193	1,948	0,727			
	41-50 arası	86	1,988	0,775			
	51 ve üzeri	24	1,708	0,624			
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	30 ve altı	238	4,282	1,110	14,684	0,002	2 > 1
	31-40 arası	193	4,508	1,109			3 > 1
	41-50 arası	86	4,593	0,886			4 > 1
	51 ve üzeri	24	4,958	0,806			
Atık yönetimi İSG uygulamaları	30 ve altı	238	3,609	0,878	9,312	0,025	3 > 1
	31-40 arası	193	3,746	0,709			4 > 1
	41-50 arası	86	3,837	0,506			
	51 ve üzeri	24	3,917	0,408			
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	30 ve altı	106	3,359	0,896	3,977	0,264	
	31-40 arası	76	3,237	0,831			
	41-50 arası	33	3,030	0,529			
	51 ve üzeri	8	3,000	0,000			
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	30 ve altı	238	34,349	4,132	5,971	0,113	
	31-40 arası	193	34,948	4,336			
	41-50 arası	86	35,233	3,398			
	51 ve üzeri	24	36,208	2,782			

Araştırmaya katılan çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=16,298; $p=0,001<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaşı 31-40 arası olanların acil durum İSG uygulamaları puanları ($5,067\pm 1,677$), yaşı 30 ve altı olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından ($5,013\pm 1,386$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 41-50 arası olanların acil durum İSG uygulamaları puanları ($5,419\pm 1,153$), yaşı 30 ve altı olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından ($5,013\pm 1,386$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 51 ve üzeri olanların acil durum İSG uygulamaları puanları ($5,833\pm 0,381$), yaşı 30 ve altı olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından ($5,013\pm 1,386$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 51 ve üzeri olanların acil durum İSG uygulamaları puanları ($5,833\pm 0,381$), yaşı 31-40 arası olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından ($5,067\pm 1,677$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Ergonomi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=10,014; $p=0,018<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaşı 51 ve üzeri olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları ($1,292\pm 0,464$), yaşı 30 ve altı olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından ($1,025\pm 0,440$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 51 ve üzeri olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları ($1,292\pm 0,464$), yaşı 31-40 arası olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından ($1,078\pm 0,407$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=14,684; $p=0,002<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaşı 31-40 arası olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları ($4,508\pm 1,109$), yaşı 30 ve

altı olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,282±1,110) yüksek bulunmuştur. Yaşı 41-50 arası olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,593±0,886), yaşı 30 ve altı olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,282±1,110) yüksek bulunmuştur. Yaşı 51 ve üzeri olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,958±0,806), yaşı 30 ve altı olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,282±1,110) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=9,312; p=0,025<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaşı 41-50 arası olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,837±0,506), yaşı 30 ve altı olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,609±0,878) yüksek bulunmuştur. Yaşı 51 ve üzeri olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,917±0,408), yaşı 30 ve altı olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,609±0,878) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Temel İSG uygulamaları”, “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları”, “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık, İSG uygulamaları toplam puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 24. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin çalışan birime göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Temel İSG uygulamaları	Klinik	67	5,642	1,621	42,475	0,000	1 > 7
	Acil	57	5,632	1,566			1 > 10
	Yoğun bakım	37	5,622	1,605			2 > 7
	Ameliyathane	27	5,593	1,366			2 > 10
	Poliklinik	123	5,455	1,709			3 > 7
	Laboratuvar	27	5,852	1,657			3 > 10
	Radyoloji	44	4,273	1,336			4 > 7
	Yönetim	48	5,104	1,601			4 > 10
	Güvenlik birimi	33	6,333	1,963			5 > 7
	Diğer	78	4,936	1,622			9 > 5
Acil durum İSG uygulamaları	Klinik	67	5,448	0,926	39,401	0,000	5 > 10
	Acil	57	4,404	1,850			6 > 7
	Yoğun bakım	37	5,081	1,402			6 > 10
	Ameliyathane	27	4,482	1,889			8 > 7
	Poliklinik	123	4,968	1,765			8 > 10
	Laboratuvar	27	4,963	1,400			9 > 2
	Radyoloji	44	5,114	1,039			10 > 2
	Yönetim	48	5,563	1,128			8 > 3
	Güvenlik birimi	33	5,303	1,015			10 > 3
	Diğer	78	5,641	0,953			8 > 4
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	Klinik	67	7,388	0,969	27,281	0,001	10 > 4
	Acil	57	6,561	1,615			8 > 5
	Yoğun bakım	37	7,324	1,313			10 > 5
	Ameliyathane	27	7,222	1,281			8 > 6
	Poliklinik	123	6,667	1,341			10 > 6
	Laboratuvar	27	7,148	1,231			8 > 7
	Radyoloji	44	7,296	1,231			10 > 7
	Yönetim	48	7,042	1,220			10 > 9
	Güvenlik birimi	33	6,758	1,300			
	Diğer	78	7,051	0,992			
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	Klinik	67	2,119	0,808	20,966	0,013	1 > 2
	Acil	57	2,421	1,149			1 > 5
	Yoğun bakım	37	2,270	0,962			1 > 9
	Ameliyathane	27	1,889	0,641			1 > 10
	Poliklinik	123	2,179	0,769			3 > 2
	Laboratuvar	27	2,074	0,874			4 > 2
	Radyoloji	44	1,796	0,795			7 > 2
	Yönetim	48	2,250	0,934			10 > 2
	Güvenlik birimi	33	2,606	0,998			3 > 5
	Diğer	78	2,244	0,900			4 > 5
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	Klinik	67	1,940	0,983	27,825	0,001	7 > 5
	Acil	57	2,333	1,006			2 > 1
	Yoğun bakım	37	2,135	1,159			1 > 10
	Ameliyathane	27	2,185	1,111			2 > 7
	Poliklinik	123	2,138	1,066			2 > 8

	Laboratuvar	27	2,259	1,023			3 > 10
	Radyoloji	44	1,773	1,031			4 > 10
	Yönetim	48	1,792	0,944			5 > 10
	Güvenlik birimi	33	2,273	1,069			6 > 8
	Diğer	78	1,628	0,884			6 > 10 9 > 7 9 > 8 9 > 10
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	Klinik	67	1,866	0,575	11,273	0,257	
	Acil	57	1,842	0,591			
	Yoğun bakım	37	2,027	0,499			
	Ameliyathane	27	2,037	0,587			
	Poliklinik	123	1,911	0,653			
	Laboratuvar	27	2,074	0,616			
	Radyoloji	44	1,705	0,823			
	Yönetim	48	1,854	0,545			
	Güvenlik birimi	33	1,939	0,429			
	Diğer	78	2,000	0,279			
Ergonomi İSG uygulamaları	Klinik	67	1,179	0,386	23,910	0,004	1 > 7
	Acil	57	1,105	0,451			1 > 9
	Yoğun bakım	37	1,135	0,419			1 > 10
	Ameliyathane	27	1,074	0,267			2 > 9
	Poliklinik	123	1,065	0,439			3 > 9
	Laboratuvar	27	1,074	0,474			4 > 9
	Radyoloji	44	0,977	0,549			5 > 9
	Yönetim	48	1,167	0,377			6 > 9
	Güvenlik birimi	33	0,788	0,415			8 > 9
	Diğer	78	1,039	0,376			10 > 9
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	Klinik	67	2,119	0,808	47,896	0,000	1 > 2
	Acil	57	1,807	0,611			1 > 5
	Yoğun bakım	37	2,081	0,547			1 > 6
	Ameliyathane	27	2,074	0,675			3 > 2
	Poliklinik	123	1,683	0,669			9 > 2
	Laboratuvar	27	1,556	0,751			10 > 2
	Radyoloji	44	1,955	0,645			3 > 5
	Yönetim	48	1,896	0,722			3 > 6
	Güvenlik birimi	33	2,242	0,614			4 > 5
	Diğer	78	2,167	0,728			4 > 6 7 > 5 9 > 5 10 > 5 7 > 6 8 > 6 9 > 6 10 > 6 9 > 8 10 > 8
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	Klinik	67	4,448	0,840	36,010	0,000	1 > 2
	Acil	57	3,684	1,549			6 > 1
	Yoğun bakım	37	4,135	1,032			10 > 1
	Ameliyathane	27	4,370	1,043			4 > 2
	Poliklinik	123	4,480	1,097			5 > 2
	Laboratuvar	27	4,852	0,864			6 > 2
	Radyoloji	44	4,500	1,023			7 > 2
	Yönetim	48	4,563	1,090			8 > 2
	Güvenlik birimi	33	4,636	0,822			9 > 2
	Diğer	78	4,769	0,701			10 > 2 5 > 3 6 > 3 9 > 3 10 > 3 10 > 4 10 > 7
Atık yönetimi İSG uygulamaları	Klinik	67	3,925	0,265	23,978	0,004	1 > 2
	Acil	57	3,491	0,848			1 > 5
	Yoğun bakım	37	3,838	0,442			1 > 7
	Ameliyathane	27	3,778	0,506			3 > 2

	Poliklinik	123	3,537	1,073			8 > 2
	Laboratuvar	27	3,667	0,877			9 > 2
	Radyoloji	44	3,636	0,650			10 > 2
	Yönetim	48	3,708	0,849			10 > 5
	Güvenlik birimi	33	3,849	0,442			10 > 7
	Diğer	78	3,859	0,503			
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	Klinik	44	3,250	0,918	16,329	0,038	2 > 6
	Acil	19	3,632	1,012			2 > 9
	Yoğun bakım	23	3,261	0,810			2 > 10
	Ameliyathane	24	3,292	0,751			3 > 6
	Poliklinik	36	3,444	0,607			4 > 6
	Laboratuvar	17	2,824	0,393			5 > 6
	Radyoloji	28	3,107	0,956			5 > 7
	Yönetim	2	3,000	0,000			5 > 9
	Güvenlik birimi	0	0,000	0,000			7 > 9
	Diğer	30	3,167	0,791			8 > 9
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	Klinik	67	36,075	3,164	39,159	0,000	1 > 2
	Acil	57	33,281	4,535			1 > 5
	Yoğun bakım	37	35,649	3,903			1 > 7
	Ameliyathane	27	34,704	3,698			9 > 1
	Poliklinik	123	34,081	4,697			3 > 2
	Laboratuvar	27	35,519	3,994			6 > 2
	Radyoloji	44	33,023	3,540			8 > 2
	Yönetim	48	34,938	4,199			9 > 2
	Güvenlik birimi	33	36,727	4,102			10 > 2
	Diğer	78	35,333	2,729			3 > 7
					9 > 3		
					4 > 7		
					9 > 4		
					5 > 7		
					9 > 5		
					6 > 7		
					9 > 6		
					8 > 7		
					9 > 7		
					10 > 7		
					9 > 8		
					9 > 10		

Araştırmaya katılan çalışanların “Temel İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=42,475; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,642±1,621), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,642±1,621), çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,936±1,622) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,632±1,566), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,632±1,566), çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanlarından

(4,936±1,622) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,622±1,605), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,622±1,605), çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,936±1,622) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,593±1,366), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,593±1,366), çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,936±1,622) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,455±1,709), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların temel İSG uygulamaları puanları (6,333±1,963), çalışılan birim Poliklinik olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,455±1,709) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,455±1,709), çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,936±1,622) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,852±1,657), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,852±1,657), çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,936±1,622) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların temel İSG uygulamaları puanları (5,104±1,601), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların temel İSG uygulamaları puanları (6,333±1,963), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanları (4,936±1,622), çalışılan birim Radyoloji olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,273±1,336) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların temel İSG uygulamaları puanları (6,333±1,963), çalışılan birim Yönetim olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (5,104±1,601) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi

olanların temel İSG uygulamaları puanları (6,333±1,963), çalışılan birim Diğer olanların temel İSG uygulamaları puanlarından (4,936±1,622) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=39,401; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,448±0,926), çalışılan birim Acil olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,404±1,850) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,448±0,926), çalışılan birim Ameliyathane olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,482±1,889) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,448±0,926), çalışılan birim Radyoloji olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,114±1,039) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Klinik olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,448±0,926) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (4,968±1,765), çalışılan birim Acil olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,404±1,850) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,563±1,128), çalışılan birim Acil olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,404±1,850) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,303±1,015), çalışılan birim Acil olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,404±1,850) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Acil olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,404±1,850) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,563±1,128), çalışılan birim Yoğun bakım olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,081±1,402) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Yoğun bakım olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,081±1,402) yüksek bulunmuştur. Çalışılan

birim Yönetim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,563±1,128), çalışılan birim Ameliyathane olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,482±1,889) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Ameliyathane olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,482±1,889) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,563±1,128), çalışılan birim Poliklinik olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,968±1,765) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Poliklinik olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,968±1,765) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,563±1,128), çalışılan birim Laboratuvar olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,963±1,400) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Laboratuvar olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,963±1,400) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,563±1,128), çalışılan birim Radyoloji olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,114±1,039) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Radyoloji olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,114±1,039) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,641±0,953), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,303±1,015) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=27,281; p=0,001<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,388±0,969), çalışılan birim Acil olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,561±1,615) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların eğitim ve

bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,388±0,969), çalışılan birim Poliklinik olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,667±1,341) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,388±0,969), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,758±1,300) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,388±0,969), çalışılan birim Diğer olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (7,051±0,992) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,324±1,313), çalışılan birim Acil olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,561±1,615) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,222±1,281), çalışılan birim Acil olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,561±1,615) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Radyoloji olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,296±1,231), çalışılan birim Acil olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,561±1,615) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (7,051±0,992), çalışılan birim Acil olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,561±1,615) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,324±1,313), çalışılan birim Poliklinik olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,667±1,341) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,222±1,281), çalışılan birim Poliklinik olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,667±1,341) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Radyoloji olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları (7,296±1,231), çalışılan birim Poliklinik olanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (6,667±1,341) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir

farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=20,966; p=0,013<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Güvenlik birimi olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,606±0,998), çalışılan birim Klinik olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (2,119±0,808) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,421±1,149), çalışılan birim Ameliyathane olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,889±0,641) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,421±1,149), çalışılan birim Radyoloji olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,796±0,795) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,270±0,962), çalışılan birim Radyoloji olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,796±0,795) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,606±0,998), çalışılan birim Ameliyathane olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,889±0,641) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,179±0,769), çalışılan birim Radyoloji olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,796±0,795) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,606±0,998), çalışılan birim Poliklinik olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (2,179±0,769) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,606±0,998), çalışılan birim Laboratuvar olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (2,074±0,874) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,250±0,934), çalışılan birim Radyoloji olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,796±0,795) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,606±0,998), çalışılan birim Radyoloji olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG

uygulamaları puanlarından (1,796±0,795) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,244±0,900), çalışılan birim Radyoloji olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,796±0,795) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanları (2,606±0,998), çalışılan birim Diğer olanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları puanlarından (2,244±0,900) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=27,825; p=0,001<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Acil olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,333±1,006), çalışılan birim Klinik olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,940±0,983) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (1,940±0,983), çalışılan birim Diğer olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,628±0,884) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,333±1,006), çalışılan birim Radyoloji olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,773±1,031) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,333±1,006), çalışılan birim Yönetim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,792±0,944) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,333±1,006), çalışılan birim Diğer olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,628±0,884) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,135±1,159), çalışılan birim Diğer olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,628±0,884) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,185±1,111), çalışılan birim Diğer olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,628±0,884) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların fiziki çevreye yönelik İSG

uygulamaları puanları (2,138±1,066), çalışılan birim Diğer olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,628±0,884) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,259±1,023), çalışılan birim Yönetim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,792±0,944) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,259±1,023), çalışılan birim Diğer olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,628±0,884) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,273±1,069), çalışılan birim Radyoloji olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,773±1,031) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,273±1,069), çalışılan birim Yönetim olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,792±0,944) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,273±1,069), çalışılan birim Diğer olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,628±0,884) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Ergonomi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=23,910; p=0,004<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,179±0,386), çalışılan birim Radyoloji olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,977±0,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,179±0,386), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,179±0,386), çalışılan birim Diğer olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (1,039±0,376) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,105±0,451), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların ergonomi İSG uygulamaları

puanları (1,135±0,419), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,074±0,267), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,065±0,439), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,074±0,474), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,167±0,377), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların ergonomi İSG uygulamaları puanları (1,039±0,376), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (0,788±0,415) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=47,896; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,119±0,808), çalışılan birim Acil olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,807±0,611) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,119±0,808), çalışılan birim Poliklinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,683±0,669) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,119±0,808), çalışılan birim Laboratuvar olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,556±0,751) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,081±0,547), çalışılan birim Acil olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,807±0,611) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,242±0,614), çalışılan birim Acil olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları

puanlarından (1,807±0,611) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,167±0,728), çalışılan birim Acil olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,807±0,611) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,081±0,547), çalışılan birim Poliklinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,683±0,669) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,081±0,547), çalışılan birim Laboratuvar olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,556±0,751) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,074±0,675), çalışılan birim Poliklinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,683±0,669) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,074±0,675), çalışılan birim Laboratuvar olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,556±0,751) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Radyoloji olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (1,955±0,645), çalışılan birim Poliklinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,683±0,669) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,242±0,614), çalışılan birim Poliklinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,683±0,669) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,167±0,728), çalışılan birim Poliklinik olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,683±0,669) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Radyoloji olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (1,955±0,645), çalışılan birim Laboratuvar olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,556±0,751) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (1,896±0,722), çalışılan birim Laboratuvar olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,556±0,751) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,242±0,614), çalışılan birim Laboratuvar olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,556±0,751) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,167±0,728), çalışılan birim Laboratuvar olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,556±0,751) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,242±0,614), çalışılan birim Yönetim olanların

psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,896±0,722) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları (2,167±0,728), çalışılan birim Yönetim olanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından (1,896±0,722) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=36,010; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,448±0,840), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,852±0,864), çalışılan birim Klinik olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,448±0,840) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,769±0,701), çalışılan birim Klinik olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,448±0,840) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,370±1,043), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,480±1,097), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,852±0,864), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Radyoloji olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,500±1,023), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları

puanları (4,563±1,090), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,636±0,822), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,769±0,701), çalışılan birim Acil olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (3,684±1,549) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,480±1,097), çalışılan birim Yoğun bakım olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,135±1,032) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,852±0,864), çalışılan birim Yoğun bakım olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,135±1,032) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,636±0,822), çalışılan birim Yoğun bakım olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,135±1,032) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,769±0,701), çalışılan birim Yoğun bakım olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,135±1,032) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,769±0,701), çalışılan birim Ameliyathane olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,370±1,043) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,769±0,701), çalışılan birim Radyoloji olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,500±1,023) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “tık yönetimi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=23,978; p=0,004<0.05).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,925±0,265), çalışılan birim Acil olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,491±0,848) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,925±0,265), çalışılan birim Poliklinik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,537±1,073) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,925±0,265), çalışılan birim Radyoloji olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,636±0,650) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,838±0,442), çalışılan birim Acil olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,491±0,848) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,708±0,849), çalışılan birim Acil olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,491±0,848) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,849±0,442), çalışılan birim Acil olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,491±0,848) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,859±0,503), çalışılan birim Acil olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,491±0,848) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,859±0,503), çalışılan birim Poliklinik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,537±1,073) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,859±0,503), çalışılan birim Radyoloji olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,636±0,650) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=16,329; p=0,038<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Acil olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,632±1,012), çalışılan birim Laboratuvar olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından

(2,824±0,393) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,632±1,012), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (0,000±0,000) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Acil olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,632±1,012), çalışılan birim Diğer olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,167±0,791) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,261±0,810), çalışılan birim Laboratuvar olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (2,824±0,393) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,292±0,751), çalışılan birim Laboratuvar olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (2,824±0,393) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,444±0,607), çalışılan birim Laboratuvar olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (2,824±0,393) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,444±0,607), çalışılan birim Radyoloji olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,107±0,956) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,444±0,607), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (0,000±0,000) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,444±0,607), çalışılan birim Diğer olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (3,167±0,791) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Radyoloji olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,107±0,956), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (0,000±0,000) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,000±0,000), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (0,000±0,000) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (3,167±0,791), çalışılan birim Güvenlik birimi olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (0,000±0,000) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “İSG uygulamaları toplam” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=39,159; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birim Klinik olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,075±3,164), çalışılan birim Acil olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,281±4,535) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,075±3,164), çalışılan birim Poliklinik olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,081±4,697) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Klinik olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,075±3,164), çalışılan birim Radyoloji olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Klinik olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (36,075±3,164) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,649±3,903), çalışılan birim Acil olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,281±4,535) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,519±3,994), çalışılan birim Acil olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,281±4,535) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların İSG uygulamaları toplam puanları (34,938±4,199), çalışılan birim Acil olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,281±4,535) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Acil olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,281±4,535) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,333±2,729), çalışılan birim Acil olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,281±4,535) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yoğun bakım olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,649±3,903), çalışılan birim Radyoloji olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Yoğun bakım olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (35,649±3,903) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Ameliyathane olanların İSG uygulamaları toplam puanları (34,704±3,698), çalışılan birim Radyoloji

olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Ameliyathane olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,704±3,698) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Poliklinik olanların İSG uygulamaları toplam puanları (34,081±4,697), çalışılan birim Radyoloji olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Poliklinik olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,081±4,697) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Laboratuvar olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,519±3,994), çalışılan birim Radyoloji olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Laboratuvar olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (35,519±3,994) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Yönetim olanların İSG uygulamaları toplam puanları (34,938±4,199), çalışılan birim Radyoloji olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Radyoloji olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Diğer olanların İSG uygulamaları toplam puanları (35,333±2,729), çalışılan birim Radyoloji olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (33,023±3,540) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Yönetim olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (34,938±4,199) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birim Güvenlik birimi olanların İSG uygulamaları toplam puanları (36,727±4,102), çalışılan birim Diğer olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (35,333±2,729) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 25. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin çalışılan birimde en önemli görülen riske göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Temel İSG uygulamaları	Biyolojik	157	5,363	1,714	2,852	0,723	
	Kimyasal	39	5,077	1,384			
	Fiziksel	88	5,307	1,751			
	Psiko-sosyal	189	5,513	1,665			
	Ergonomik	22	5,364	1,787			
	Risk yok	46	5,370	1,704			
Acil durum İSG uygulamaları	Biyolojik	157	5,140	1,567	14,152	0,015	1 > 3 6 > 1 6 > 3 6 > 4 6 > 5
	Kimyasal	39	5,359	1,112			
	Fiziksel	88	4,841	1,646			
	Psiko-sosyal	189	5,164	1,353			
	Ergonomik	22	4,727	1,518			
	Risk yok	46	5,544	1,110			
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	Biyolojik	157	7,051	1,255	6,337	0,275	
	Kimyasal	39	7,103	1,188			
	Fiziksel	88	7,057	1,384			
	Psiko-sosyal	189	6,889	1,342			
	Ergonomik	22	6,546	1,224			
	Risk yok	46	7,152	0,918			
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	Biyolojik	157	2,032	0,763	10,440	0,064	
	Kimyasal	39	2,205	0,767			
	Fiziksel	88	2,102	0,910			
	Psiko-sosyal	189	2,355	1,014			
	Ergonomik	22	2,455	1,184			
	Risk yok	46	2,130	0,582			
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	Biyolojik	157	2,026	1,126	17,929	0,003	1 > 6 3 > 2 4 > 2 3 > 6 4 > 6
	Kimyasal	39	1,641	0,932			
	Fiziksel	88	2,114	0,964			
	Psiko-sosyal	189	2,153	1,038			
	Ergonomik	22	1,909	0,921			
	Risk yok	46	1,609	0,829			
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	Biyolojik	157	2,006	0,513	10,817	0,055	
	Kimyasal	39	2,000	0,324			
	Fiziksel	88	1,886	0,734			
	Psiko-sosyal	189	1,831	0,577			
	Ergonomik	22	1,773	0,685			
	Risk yok	46	1,978	0,537			
Ergonomi İSG uygulamaları	Biyolojik	157	1,089	0,414	8,523	0,130	
	Kimyasal	39	0,974	0,280			
	Fiziksel	88	1,148	0,416			
	Psiko-sosyal	189	1,037	0,477			
	Ergonomik	22	0,955	0,486			
	Risk yok	46	1,130	0,341			
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	Biyolojik	157	1,936	0,731	1,902	0,862	
	Kimyasal	39	1,974	0,743			
	Fiziksel	88	1,943	0,667			
	Psiko-sosyal	189	1,942	0,731			
	Ergonomik	22	2,000	0,817			
	Risk yok	46	1,826	0,608			
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik uygulamaları	Biyolojik	157	4,401	1,055	13,081	0,023	6 > 1 6 > 3 6 > 4 6 > 5
	Kimyasal	39	4,462	1,047			
	Fiziksel	88	4,557	0,957			
	Psiko-sosyal	189	4,349	1,146			
	Ergonomik	22	4,000	1,447			
	Risk yok	46	4,935	0,680			
Atık yönetimi İSG uygulamaları	Biyolojik	157	3,815	0,608	16,436	0,006	1 > 3

	Kimyasal	39	3,744	0,677			1 > 4
	Fiziksel	88	3,602	0,929			1 > 5
	Psiko-sosyal	189	3,651	0,789			6 > 3
	Ergonomik	22	3,318	1,171			6 > 4
	Risk yok	46	3,935	0,327			6 > 5
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	Biyolojik	83	3,289	0,849	2,169	0,825	
	Kimyasal	21	3,095	0,301			
	Fiziksel	43	3,233	0,841			
	Psiko-sosyal	63	3,286	0,906			
	Ergonomik	8	3,375	0,916			
	Risk yok	5	3,000	0,000			
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	Biyolojik	157	34,860	4,072	6,149	0,292	
	Kimyasal	39	34,539	2,999			
	Fiziksel	88	34,557	4,531			
	Psiko-sosyal	189	34,884	4,210			
	Ergonomik	22	33,046	4,281			
	Risk yok	46	35,609	2,955			

Araştırmaya katılan çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birimde en önemli görülen risk değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=14,152; p=0,015<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birimde en önemli görülen risk Biyolojik olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,140±1,567), çalışılan birimde en önemli görülen risk Fiziksel olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,841±1,646) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,544±1,110), çalışılan birimde en önemli görülen risk Biyolojik olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,140±1,567) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,544±1,110), çalışılan birimde en önemli görülen risk Fiziksel olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,841±1,646) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,544±1,110), çalışılan birimde en önemli görülen risk Psiko-sosyal olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (5,164±1,353) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların acil durum İSG uygulamaları puanları (5,544±1,110), çalışılan birimde en önemli görülen risk Ergonomik olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından (4,727±1,518) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birimde en önemli görülen risk değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=17,929; p=0,003<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birimde en önemli görülen risk Biyolojik olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,026±1,126), çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,609±0,829) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Fiziksel olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,114±0,964), çalışılan birimde en önemli görülen risk Kimyasal olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,641±0,932) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Psiko-sosyal olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,153±1,038), çalışılan birimde en önemli görülen risk Kimyasal olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,641±0,932) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Fiziksel olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,114±0,964), çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,609±0,829) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Psiko-sosyal olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (2,153±1,038), çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (1,609±0,829) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birimde en önemli görülen risk değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=13,081; p=0,023<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,935±0,680), çalışılan birimde en önemli görülen risk Biyolojik olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG

uygulamaları puanlarından (4,401±1,055) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,935±0,680), çalışılan birimde en önemli görülen risk Fiziksel olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,557±0,957) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,935±0,680), çalışılan birimde en önemli görülen risk Psiko-sosyal olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,349±1,146) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (4,935±0,680), çalışılan birimde en önemli görülen risk Ergonomik olanların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (4,000±1,447) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birimde en önemli görülen risk değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=16,436; p=0,006<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan birimde en önemli görülen risk Biyolojik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,815±0,608), çalışılan birimde en önemli görülen risk Fiziksel olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,602±0,929) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Biyolojik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,815±0,608), çalışılan birimde en önemli görülen risk Psiko-sosyal olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,651±0,789) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Biyolojik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,815±0,608), çalışılan birimde en önemli görülen risk Ergonomik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,318±1,171) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,935±0,327), çalışılan birimde en önemli görülen risk Fiziksel olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,602±0,929) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,935±0,327), çalışılan birimde en

önemli görülen risk Psiko-sosyal olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,651±0,789) yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde en önemli görülen risk Risk yok olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanları (3,935±0,327), çalışılan birimde en önemli görülen risk Ergonomik olanların atık yönetimi İSG uygulamaları puanlarından (3,318±1,171) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların “Temel İSG uygulamaları”, “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları”, “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Ergonomi İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık, “İSG uygulamaları toplam” puanları ortalamalarının çalışılan birimde en önemli görülen risk değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 26. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin acil durum ekiplerinde görevli olma durumuna göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Temel İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	5,274	1,630	21940,000	0,428
	Hayır görevli değilim	435	5,414	1,693		
Acil durum İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	4,896	1,707	21728,500	0,290
	Hayır görevli değilim	435	5,191	1,376		
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	6,887	1,206	22218,500	0,538
	Hayır görevli değilim	435	7,012	1,296		
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	2,151	0,790	21966,000	0,398
	Hayır görevli değilim	435	2,205	0,922		
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	1,877	1,021	20838,000	0,106
	Hayır görevli değilim	435	2,051	1,039		
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	1,896	0,584	22689,000	0,743
	Hayır görevli değilim	435	1,917	0,578		
Ergonomi İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	1,132	0,416	21449,000	0,102
	Hayır görevli değilim	435	1,055	0,431		
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	2,000	0,704	21449,500	0,220
	Hayır görevli değilim	435	1,920	0,716		
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	4,443	1,079	22627,000	0,749
	Hayır görevli değilim	435	4,441	1,077		
Atık yönetimi İSG uygulamaları	Evet görevliyim	106	3,679	0,834	22985,000	0,941
	Hayır görevli değilim	435	3,715	0,738		
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	Evet görevliyim	59	3,288	0,645	4687,000	0,681
	Hayır görevli değilim	164	3,244	0,873		
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	Evet görevliyim	106	34,236	3,799	20398,000	0,064
	Hayır görevli değilim	435	34,920	4,123		

Çalışanların “Temel İSG uygulamaları”, “Acil durum İSG uygulamaları”, “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları”, “İşyeri düzeni ve hijyene

yönelik İSG uygulamaları”, “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Ergonomi İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları”, “Atık yönetimi İSG uygulamaları”, “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık, İSG uygulamaları toplam puanları ortalamalarının acil durum ekiplerinde görevli olma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin cinsiyete göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Temel İSG uygulamaları	Erkek	266	5,286	1,676	33944,000	0,138
	Kadın	275	5,484	1,681		
Acil durum İSG uygulamaları	Erkek	266	5,207	1,403	34361,000	0,161
	Kadın	275	5,062	1,492		
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	Erkek	266	6,797	1,284	30448,000	0,000
	Kadın	275	7,171	1,248		
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	Erkek	266	2,211	0,932	36279,500	0,856
	Kadın	275	2,178	0,863		
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	Erkek	266	1,996	1,037	35637,500	0,588
	Kadın	275	2,036	1,039		
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	Erkek	266	1,906	0,552	35997,500	0,681
	Kadın	275	1,920	0,605		
Ergonomi İSG uygulamaları	Erkek	266	1,023	0,425	33447,000	0,011
	Kadın	275	1,116	0,428		
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	Erkek	266	1,917	0,738	35484,000	0,508
	Kadın	275	1,953	0,690		
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	Erkek	266	4,523	1,029	33172,500	0,043
	Kadın	275	4,364	1,117		
Atık yönetimi İSG uygulamaları	Erkek	266	3,669	0,789	34767,000	0,128
	Kadın	275	3,746	0,725		
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	Erkek	93	3,204	0,760	5767,500	0,498
	Kadın	130	3,292	0,858		
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	Erkek	266	34,534	4,162	34781,500	0,321
	Kadın	275	35,029	3,965		

Çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=30448,000; $p=0,000<0,05$). Erkeklerin eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları ($x=6,797$), kadınların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından ($x=7,171$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Ergonomi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=33447,000; p=0,011<0,05). Erkeklerin ergonomi İSG uygulamaları puanları (x=1,023), kadınların ergonomi İSG uygulamaları puanlarından (x=1,116) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=33172,500; p=0,043<0,05). Erkeklerin meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları (x=4,523), kadınların meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanlarından (x=4,364) yüksek bulunmuştur.

Çalışanların “Temel İSG uygulamaları”, “Acil durum İSG uygulamaları”, “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Atık yönetimi İSG uygulamaları”, “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık, “İSG uygulamaları toplam” puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 28. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin İSG hakkında eğitim alma durumuna göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Temel İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	5,240	1,677	19626,500	0,000
	İSG eğitimi almadım	120	5,900	1,595		
Acil durum İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	5,200	1,374	22956,000	0,079
	İSG eğitimi almadım	120	4,900	1,672		
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	6,998	1,206	25029,500	0,871
	İSG eğitimi almadım	120	6,950	1,511		
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	2,211	0,926	24172,000	0,420
	İSG eğitimi almadım	120	2,133	0,788		
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	1,931	1,006	20309,500	0,001
	İSG eğitimi almadım	120	2,317	1,092		
	İSG eğitimi aldım	421	1,905	0,578	24892,000	0,753

Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	İSG eğitimi almadım	120	1,942	0,584		
Ergonomi İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	1,052	0,439	23430,000	0,075
	İSG eğitimi almadım	120	1,133	0,387		
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	1,936	0,719	25226,500	0,980
	İSG eğitimi almadım	120	1,933	0,695		
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	4,463	1,008	24800,500	0,742
	İSG eğitimi almadım	120	4,367	1,289		
Atık yönetimi İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	421	3,698	0,779	25252,000	0,994
	İSG eğitimi almadım	120	3,742	0,680		
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	İSG eğitimi aldım	153	3,190	0,841	4530,500	0,033
	İSG eğitimi almadım	70	3,400	0,750		
İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam	İSG eğitimi aldım	421	34,634	4,006	21982,000	0,029
	İSG eğitimi almadım	120	35,317	4,249		

Çalışanların “Temel İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=19626,500; p=0,000<0,05). İSG Eğitimi alanların temel İSG uygulamaları puanları (x=5,240), İSG eğitimi almayanların temel İSG uygulamaları puanlarından (x=5,900) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=20309,500; p=0,001<0,05). İSG Eğitimi alanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları (x=1,931), İSG eğitimi almayanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından (x=2,317) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” farkındalık puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=4530,500; p=0,033<0,05). İSG Eğitimi alanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları (x=3,190), İSG eğitimi almayanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından (x=3,400) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “İSG uygulamaları toplam “puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=21982,000; p=0,029<0,05). İSG Eğitimi alanların İSG uygulamaları toplam puanları (x=34,634), İSG eğitimi almayanların İSG uygulamaları toplam puanlarından (x=35,317) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları”, “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları”, “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Ergonomi İSG uygulamaları”, “Psiko-sosyal İSG uygulamaları”, “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları”, “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 29. İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerinin makine tıbbi cihaz kullanma durumuna göre ortalamaları

Alt Boyutlar	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Temel İSG uygulamaları	Evet	318	5,330	1,704	33894,500	0,371
	Hayır	223	5,466	1,646		
Acil durum İSG uygulamaları	Evet	318	5,201	1,386	32958,000	0,108
	Hayır	223	5,036	1,533		
Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları	Evet	318	6,884	1,262	30768,000	0,005
	Hayır	223	7,135	1,291		
İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları	Evet	318	2,255	0,950	32916,000	0,112
	Hayır	223	2,108	0,809		
Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları	Evet	318	1,896	0,979	30343,500	0,003
	Hayır	223	2,188	1,095		
Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları	Evet	318	1,915	0,564	35381,500	0,957
	Hayır	223	1,910	0,601		
Ergonomi İSG uygulamaları	Evet	318	1,060	0,435	34649,500	0,507
	Hayır	223	1,085	0,421		
Psiko-sosyal İSG uygulamaları	Evet	318	1,884	0,716	32016,000	0,034
	Hayır	223	2,009	0,704		
Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları	Evet	318	4,459	1,058	34467,500	0,550
	Hayır	223	4,417	1,103		

Atık yönetimi İSG uygulamaları	Evet	318	3,667	0,868	35337,000	0,918
	Hayır	223	3,767	0,561		
Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları	Evet	318	34,550	4,233	32911,000	0,153
	Hayır	223	35,121	3,801		

Çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının makine tıbbi cihaz kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=30768,000; $p=0,005<0,05$). Makine tıbbi cihaz kullananların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanları ($x=6,884$), makine tıbbi cihaz kullanmayanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları puanlarından ($x=7,135$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının makine tıbbi cihaz kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=30343,500; $p=0,003<0,05$). Makine tıbbi cihaz kullananların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanları ($x=1,896$), makine tıbbi cihaz kullanmayanların fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları puanlarından ($x=2,188$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının makine tıbbi cihaz kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=32016,000; $p=0,034<0,05$). Makine tıbbi cihaz kullananların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları ($x=1,884$), makine tıbbi cihaz kullanmayanların psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından ($x=2,009$) düşük bulunmuştur.

Çalışanların “Temel İSG uygulamaları”, “Acil durum İSG uygulamaları”, “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları”, “Kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları”, “Ergonomi İSG uygulamaları”, “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları”, “Atık yönetimi İSG uygulamaları”, “İSG uygulamaları

toplam” puanları ortalamalarının makine tıbbi cihaz kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$)

5. TARTIŞMA

İSG uygulamaları çok önemli bulunmakla birlikte, Türkiye için yeni bir konudur. İSG uygulamalarının en önemli getirisi çalışanın yaralanmasını ve sakatlanmasını önlemek, onların yaşamını kurtarmaktır.

İSG uygulamalarının ölçülme ve değerlendirilmesine ilişkin literatürde herhangi bir çalışma bulunmamıştır. Bu doğrultuda çalışmamızda hastanede İSG uygulamalarını, çalışanların algıları ve farkındalıklarına dayanarak ölçmek amaçlanmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar literatür bilgileri ve araştırmacıların görüşleri doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Çalışanların Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımına Tablo 6'da yer verilmiştir. Katılımcıların cinsiyete göre özellikleri arasında homojen bir dağılım olduğu kadın çalışanların, erkek çalışanlara göre %1,6 farkla daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre özellikleri değerlendirildiğinde 30 ve altı yaş grubunun ilk sırada yer aldığı, 31-40 yaş grubuna olanların ikinci sırada yer aldığı, 51 ve üzeri yaş grubunda olanların ise en alt sırada yer aldığı belirlenmiştir. Genel olarak hastane çalışanların genç bir yaş grubundan oluştuğu söylenebilir.

Katılımcılar meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde hastane çalışanlarında Sağlık dışı personelin en yüksek oranda olduğu, ikinci sırada Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, Acil tıp teknisyeninin olduğu ve son sırada ise hekimlerin olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinde sağlık dışı çalışanların ne kadar büyük ve önemli bir yer teşkil ettiğinin göstergesidir. Sağlık kurumlarında yemek, temizlik, veri giriş, güvenlik, bilgi işlem gibi destek hizmetlerinin çokluğu ve çeşitliliği sebebi ile bu hizmetlerde çalışanlarda sayıca büyük bir paya sahip olmakla birlikte, yürütülen hizmetin önemli birer parçalarıdır.

Katılımcıların eğitim durumları içerisinde en yüksek oranın lise, en düşük oranın ise lisans üstü eğitim olduğu belirlenmiştir. Bu oran verilen destek hizmetlerinin büyüklüğüne ve bu destek hizmetlerinde çalışanların genelde lise mezunu olmasından kaynaklandığı şeklinde değerlendirilebilir. Ayrıca hekim gurubunun eğitimleri genelde lisans üstü olduğundan bu grup en düşük orana sahiptir. Çalışmamızda ikinci sırada lisans mezunlarının olduğu

belirlenmiştir. Bu durumun son yıllarda Kamu Personeli Seçme Sınavı (KPSS) atamalarında lisans mezunu hemşire/ebelere ağırlık verilmesi sebebi ile açıklanabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik lisans tamamlama programları ile gelecekte bu sayının artacağı söylenebilir.

Araştırmamızdaki katılımcıların İSG hakkında eğitim alma durumları incelenmiş olup, İSG eğitimi alanların %77,8 oranında olduğu belirlenmiştir. Bu durum son zamanlarda İSG uygulamalarına ve eğitimlerine verilen önemin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Çalışanların çalışma ortam ve şartlarında mevcut olan sağlık-güvenlik tehlikeleri ve bu tehlikelerin risklerden korunması amacı ile gerekli eğitimlere tabi tutulmaları konusu, tüm dünyada kabul gören önleyici yaklaşımın önemli bir uygulama basamağını oluşturmaktadır (201).

İş kazalarına ve meslek hastalıklarının oluşmasındaki en önemli faktör, kişinin yaptığı iş ile ilgili herhangi bir eğitim almadan işe başlaması ve işi sürdürmesidir. Öncelikli olarak, işin niteliklerine uygun personelin seçimi sonrasında, kişiye işi ile ilgili gerekli tüm sağlık ve güvenlik eğitimlerinin, yapılan işte uzmanlaşmış ve eğitim vermeye yetkin kişilerce verilmesi, eğitim ardından düzenli olarak denetlenmesidir. Ayrıca özel önlem alınması gerekli işlerde çalışanlara sağlık ve güvenlik ile ilgili özel eğitim verilmelidir. Eğitim sadece iş yerinde sürekli çalışanları değil, aynı zamanda işyerindeki çıraklar, stajyerler ve yarı zamanlı çalışan hükümlüler içinde gereklidir. İş ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmayan kişi, karşılaşılan olumsuz bir durumda nasıl hareket etmesi gerektiğini bilemeyecektir (34).

Çiçek'in ev idaresi personelleri üzerinde yaptığı çalışmasında, İSG eğitimi alma oranı %98,8 bulunmuştur (202). Çopur ve ark. ev idaresi personelleri üzerinde yaptığı çalışmada, İSG eğitimi alma oranını %44,4 bulmuşlardır (203). Çelikkalp ve ark. hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, İSG eğitimi alma oranını %95,4 bulmuşlardır (204). Bizim çalışmamızda İSG eğitimi alanların oranı %77,8 olarak belirlenmiştir.

Araştırmamızdaki katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımları incelendiğinde, en yüksek oranın Polikliniklerde olduğu en düşük oranın ise %5 oranla Ameliyathane ve Laboratuvar birimi olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların mesleki çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde, 1-5 yıl arası çalışanların en yüksek oranda olduğu, 11-15 yıl arası olan çalışanların ise en düşük oranda

olduğu belirlenmiştir. Bu durumda kurumda çalışanların mesleki deneyim açısından çok deneyimli olmadıkları söylenebilir.

Katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde, kurumda çalışma süresi 1-5 yıl arası olanların oranı %58,4 ile çalışma süresi 6-10 yıl arası olanlara göre yüksek bulunmuştur. Çalışmamızı yürüttüğümüz hastanenin hizmete başlama tarihi göz önüne alınarak, kurumda çalışma süresi maksimum 10 yıl olarak sınırlandırılmıştır.

Katılımcıların acil durum ekiplerinde görevli olma durumları değerlendirildiğinde; hastanede acil durum ekiplerinde görevli olan çalışanların oranı %19,6 bulunmuştur. Bu oranın yüksek olması hastanede farklı birimlerde çalışan kişilerce oluşturulan acil durum ekiplerinin varlığını düşündürmektedir.

Schoenberg ve Braden ve ark. kriz öncesi planlama aşamasında ve kriz zamanı kullanılan en etkin araçlardan biri olarak ekipleri öne sürmektedirler. Farklı birimlerde çalışan kişilerden oluşturulan acil durum ekipleri, acil durum anında tüm çalışanların taktiksel yaklaşım ve hızlı sürede olaylara tepki vermesini sağlayabilir (205). Katılımcıların çalıştıkları birimde en önemli görülen riske göre dağılımları incelendiğinde en yüksek olduğu düşünülen riskin, psiko-sosyal risk olduğu, ikinci sırayı ise biyolojik risklerin aldığı, en düşük risk olarak ta ergonomik risklerin olduğu belirlenmiştir. Bu durumun son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Aynı zamanda hizmetin 24 saat kesintisiz verilmesi nedeni ile nöbet tutulması gerekliliği, çalışanların sosyal yaşamlarını da etkilemektedir. Hastanelerde görülen biyolojik risklerin ikinci sırayı almasının nedeni, yapılan işin niteliği gereği, hasta ve ortam kaynaklı birçok biyolojik ajanın çalışanlar için hastalık riski taşımasıdır.

Çamcı ve ark. yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının işyeri şiddetine maruz kalma oranı çalışma hayatı boyunca %72,6 bulunmuştur (206). Gökçe ve ark. çalışmasında son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranını %85,9 olarak bildirmişlerdir (207). Bizim çalışmamızda katılımcılar birimlerinde gördükleri en yüksek riski %34,9 oranla psiko-sosyal risk olarak belirtmişlerdir.

Biyolojik risklerle maruziyet en fazla kontamine kesici-delici alet yaralanması ve kan vücut sıvılarına maruziyet sonucunda oluşmaktadır. Akkaya ve ark. yaptıkları çalışmalarında son bir yıl içerisinde kan, vücut sıvısı ve sekresyonlarına maruz kalmış olanların oranını %56 olarak bildirmişlerdir (208). Bizim çalışmamızda katılımcılar birimlerinde gördükleri en

yüksek ikinci riski %29 oranla biyolojik risk olarak belirtmişlerdir. Özellikle biyolojik risklerle meydana gelen kaza oranları bildirilenin aksine yüksek orandadır. Kesici delici alet yaralanması meydana geldiğinde kaza bildirimleri yüksekken, kan ve vücut sıvısının sıçraması, bulaşması sonucu oluşan kazalar da bildirim oranları neredeyse yok denecek kadar az orandadır.

5.2. İSG Uygulamalarına Yönelik Çalışanların Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, İSG uygulamalarına yönelik farkındalıkları 12 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlara Tablo 4’de yer verilmiştir. Aşağıda İSG uygulamaları alt boyutlarını belirlemeye yönelik algı düzeyleri tartışılmıştır.

5.2.1. Temel İSG Uygulamalarına Yönelik Çalışanların Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, temel İSG uygulamalarına yönelik algı düzeylerinin dağılımına Tablo 7’de yer verilmiştir.

Çalışanların bilgileri dahilinde iş yerinde İSG kurulu, İSG uzmanı, iş yeri hekimi ve iş yeri hemşiresi olduğuna yönelik verdikleri cevaplara baktığımızda sırası ile %56,9, %50,3, %59,7 ve %50,6 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Çalışanların bilgileri dahilinde iş yerinde çalışan temsilcisi bulunduğu dair verdikleri cevaplarda %67,1 “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Çalışanların iş yerinde çalışan temsilcisi bulunduğu sorusunda %67, “evet” cevabı vermelerinin, aynı işyerinde İSG uzmanı, iş yeri hekimi ve iş yeri hemşiresi bulunmasına yönelik verdikleri cevaplara göre algılarının yüksek olması, araştırmayı yaptığımız hastanenin kamu sektörü olması sebebi ile çalışanların sendikalı olmasından dolayı, çalışan temsilcilerini daha yakından tanımalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışanların bilgileri dahilinde iş yerinde risk değerlendirmesi yapıldığına %67,7, iş yerinde denetleme yapılmasına da %70,2 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Risk değerlendirmesi yapılması durumunda algının %67,7 oranında olması yüksek gibi gözükse de, %32,3’ünün “hayır” cevabı vermesi, iş yerinde çalışanların riskler, kazalar ve kaza anında yapılması gerekenlerden haberdar olmamaları açısından büyük risk altında olduklarını göstermektedir. İSG’nde önleyici ve proaktif yaklaşımda işyerlerinde risk değerlendirmesinin yapılması ve çalışanlarla paylaşılması çok önemlidir.

İşyerinde acil durum planının hazırlanmış ve ilan edilmiş olmasına dair ise %73,0 “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Acil durum planının hazırlanmış ve ilan edilmiş olmasındaki “hayır” cevabının %27,0 olması, kurumdaki tehlike, riskler ile bu tehlike ve risklerden korunma faaliyetlerinde çalışanların önemli bir kısmının bilgisiz olduğunu düşündürmektedir.

Çalışanların makine ve tıbbi cihazlarda gerekli uyarı işaretleri bulunmasına yönelik verdikleri cevaplarda %85,2 oranla “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Çalışanların makine ve tıbbi cihazlarda gerekli uyarı işaretlerinin bulunmasında algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Asansörlerin muayeneleri ve etiketlemesinde çalışanların %79,5’inin “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Asansörlerde yapılan bakım ve periyodik kontroller ile makine kaynaklı kazaların neredeyse tamamının önüne geçilebilir. Tüm makinelerde olduğu gibi, asansör kazalarının önlenmesinde de bakım ve periyodik kontrollerin yaptırılması zorunludur. Bununla birlikte asansörlerde yaşanabilecek her türlü teknik problem ortadan kaldırılarak, kazalar önlenebilir. Asansörlere muayene kuruluşu tarafından kusursuz asansöre yeşil etiket ve güvensiz asansöre kırmızı etiket yapıştırılır. Kırmızı renkli bilgi etiketi olan asansörün kullanımına bina sorumlusu tarafından izin verilmez ve asansörün en fazla otuz gün içerisinde güvenli hale getirilmesi sağlanır (209). Bu etiketler asansör içerisine yapıştırıldığı için, asansörü kullanan tüm çalışanlarca görülebilmesi mümkündür. Çalışmamızda asansörlerin muayeneleri ve etiketlemesinde ki algılarının %79,5 oranında olması çalışanların çoğunun asansör kullandığı ve pratik olarak etiketlendirmeyi gördüğünü bize göstermektedir. Ayrıca İSG eğitimlerinde de bu konuya yer verilerek, çalışanların teorik olarak da eğitilmesi algı düzeylerinin artırılması açısından önemlidir.

5.2.2. Acil Durum İSG Uygulamalarına Yönelik Çalışanların Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, acil durum İSG uygulamalarına yönelik algı düzeylerinin dağılımına Tablo 8’de yer verilmiştir.

Çalışanlar yeterli sayıda ve uygun tipte yangın söndürücülerin bulunduğu ve yerlerine sabitlenmiş olduklarına verdikleri cevaplarda %87,8 “evet” cevabı verdikleri, yangın söndürücü tüplerin son kullanma tarihleri ve basınçlarının periyodik kontrollerinin yapılması durumuna ise %84,5 “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Çalışanlar verdikleri cevaplarda yangın merdivenine açılan acil çıkış kapılarının dışı doğru açılabilmesine ve her an açılabilir durumda olduğuna %84,8 “evet” cevabı verdikleri, acil çıkış kapısı ve kaçış yollarını gösteren acil durum levhalarının uygun yerlere yerleştirildiği ve yangın merdiveni yönünde ışıklandırmanın olduğuna yönelik ise %82,1 “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Çalışanların hasar görmüş fiş, priz ve kabloların onarımının yapıldığına ve elektrikli cihaz ve panoların yanında yanıcı-patlayıcı malzemeler bulundurulmamasının sağlanmasına yönelik sorular ile %88,2, %86,0 “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Genel olarak, acil durum İSG uygulamalarında çalışanların algı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

5.2.3. Eğitim ve Bilgilendirmeye Yönelik İSG Uygulamalarında Çalışanların Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamalarında algı düzeylerinin dağılımına Tablo 9’de yer verilmiştir.

Çalışanların eğitim alma durumlarına göre verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; ergonomi eğitimi %61,4, tehlikeli kimyasal riskler ve önlemler %82,3, güvenlik ve sağlık işaretlerinin anlamları %78,2, acil durum ekipleri hakkında bilgilendirilme ve ekiplerin ilanı %62,7, acil durumlar ve olağanüstü hallerde tahliye eğitiminde %78,7 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

İş yerinde çalışmanın güvenli ve sağlıklı ortamlarda gerçekleşmesi, İSG ilkeleri ve standartların en önemli hedefidir. Bu hedefe ulaşmak için en önemli unsur, işveren ve çalışanın iş birliği ile eğitime gereken önemin verilmesi ve sürdürülmesidir. Çalışmamızda eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamalarında çalışanların algı düzeyleri %61,4 ile %82,3 arasında değişmektedir. Bu oran yüksek olarak değerlendirilmiştir. Algı düzeyinin tehlikeli kimyasal riskler ve önlemlerde %82,3 oranında olması çalışanların tehlikeli kimyasal risklerle karşılaştığında yapılması gerekenler konusunda eğitime yönelik algı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Yine alınan eğitimlerden, iş yerindeki genel riskler %80,6, biyolojik riskler %86,7, acil durumlar ve olağanüstü hallerde yapılması gerekenler %83,7, acil durum tatbikatları %84,3,

atık yönetimi %85,2 ve yemek ile temizlik hizmetleri çalışanlarının hijyen eğitimi alma durumlarına %76,9 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Algı durumu en yüksek biyolojik riskler %86,7, ikinci sırada ise atık yönetiminde %85,2 oranındadır. Bu bize kurumda biyolojik riskler ve atık yönetimi ile ilgili, eğitim, bilgilendirme, denetleme ve gözlem faaliyetlerinin daha etkin yapıyor olabileceğini göstermektedir.

Araştırmayı gerçekleştirdiğimiz dönemde 6331 sayılı İSG kanununun uygulanması kamu kurumlarında ertelenmiş bulunması dolayısı ile İSG eğitimleri hastanelerde, kendi personeli ile sağlanmaktadır. Yönetmelikte, sağlık ve güvenlik ile ilgili özel görevi bulunan çalışanlar ile temsilcilerinin özel olarak eğitilmesi gerektiğine dikkat çekilmektedir. Bu grupta sözü edilen çalışanlar, iş güvenliği uzmanları, teknik elemanlar, işyeri hekimi, hemşire gibi sağlık ve güvenlik personeli ile İSG kurulu üyeleri ve temsilcileridir (210). Bu grup çalışanlar sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının yaratılmasından sorumlu oldukları gibi, aynı zamanda işyerinde eğitim vermesi gereken profesyonel kişilerdir. Ancak halen dışardan hizmet almayan kamu kurumlarında, eğitimler eğitim hemşiresi, eğitim görevlileri tarafından verilmektedir. Bu durum verilen eğitimin etkinliği açısından tartışmalı bir konudur. İSG eğitimleri, İSG profesyonelleri tarafından verilmeli ve verilen eğitimin sonunda, verilen eğitimin yeterli ve etkili olup olmadığını anlamak için bir ölçme ve değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.

5.2.4. İşyeri Düzeni ve Hijyeni İSG Uygulamalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, işyeri düzeni ve hijyeni İSG uygulamalarında algı düzeylerinin dağılımına Tablo 10’da yer verilmiştir.

Çalışanların yeme-içme, dinlenme gibi temel ihtiyaçları için uygun donanımlı ve yeterli alanların ayrılmış olduğu durumuna %72,3, işyeri temizliğinin yeterliliği ve hijyen açısından gerekli şartların sağlanmış olduğuna %81,3, el hijyeni için gerekli lavabo ve hijyen malzemelerinin sağlanmış olduğuna %86,0 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Çalışanların algı düzeylerinin haşere mücadelesi yapıldığına %89,3 oranında, içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizlerinin yapıldığına %69,7 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Haşere mücadelesi yapıldığına dair algı düzeylerinin yüksek olması, hastanede ilaçlama çalışmaları yapılırken çalışanların durumdan haberdar olması, içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizlerinin yapıldığına dair %69,7 oranında

algının daha düşük olması ise, hastanelerde içme-kullanma suyu analizlerinin teknik birim tarafından yürütülmesi nedeni ile çalışanların haberdar olamaması şeklinde yorumlanır.

Hastaneler özelliği gereği birçok enfeksiyon etkeninin olduğu riskli yerlerdir. Özellikle biyolojik risklerin azaltılmasında, genel hastane hijyen uygulamaları önemli yer teşkil etmektedir. Çalışmamızda işyeri düzeni ve hijyeni İSG uygulamalarına yönelik algı düzeyleri en yüksek %89,3 oranında haşere mücadelesi, ikinci sırada ise %86,0 oranla el hijyeni için gerekli lavabo ve hijyen malzemelerinin sağlanma durumu çıkmıştır. Yapılan pek çok çalışmada el yıkama konusunda uyumsuzluğun nedenlerinden biride el hijyeni için ürün bulunmaması ve kurumun el hijyenine önem vermemesi olarak saptanmıştır (211).

5.2.5. Fiziki Çevreye Yönelik İSG Uygulamalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamalarında algı düzeylerinin dağılımına Tablo 11’de yer verilmiştir.

Çalışanların fiziki çevreye yönelik verdikleri cevaplarda, çalışma ortamında sıcaklık ve nem konforu yeterlilik durumuna %70,1, havalandırma uygunluk ve yeterlilik durumuna %59,9, gürültü kontrolü çalışmaları durumuna ise %50,8 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Gürültü kontrolü çalışmaları durumuna algı düzeyinin %50,8 olması, çalışanların gürültü kontrol çalışmalarından yüksek oranda habersiz ve bilgisiz olduklarını göstermektedir.

Maruziyet izlemi, çalışma ortamındaki bir maddenin maruziyet düzeylerini belirlemeye yönelik ölçüm ve gözlemlerle sağlanabilir. Bunlar; gürültü ısı ve nemin ölçülmesi gibi ortamdaki miktarlarının belirlenmesi şeklindedir (212). Gürültünün insan sağlığı üzerinde çok değişik etkileri olmakla birlikte, psikolojik, fizyolojik ve performans etkileri şekilde genellenebilir. Çalışmamızda havalandırma, ısı, nem ve gürültü uygunluk durumuna çalışanların algı düzeylerinin en düşük %50,8 en yüksek %70,1 oranında değiştiği saptanmıştır.

Endüstriyel kaza istatistikleri, kazaların aydınlık düzeyindeki artışlar ile azaldığını ifade etmektedir. Bir mekandan başka bir mekana geçişlerdeki çok büyük aydınlık düzeyi farkları kazalara, çarpma ve düşmelere neden olmaktadır. Aydınlıktan karanlığa geçişte yaşanan karanlık adaptasyonunun anlık görme zorluğuna neden olduğu ifade edilmektedir (213).

Çalışmamızda aydınlatma uygunluk ve yeterliliğinde çalışanların algı düzeylerinin %82,4 oranında evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

5.2.6. Kimyasal Etkenlere Yönelik İSG Uygulamaları Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları algı düzeylerinin dağılımına Tablo 12’de yer verilmiştir.

Çalışanlar tehlikeli kimyasalların güvenlik bilgi formları bulunması ve tüm personelin bu formlara ulaşabilmesi durumuna %76,2 “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir. Kimyasalların güvenlik bilgi formlarının çalışanların bilgisine sunulması, kimyasalların riskleri ve olası kaza anında alınması gerekli önlemler açısından önemlidir. Kamu kurumlarında satın alma süreçleri kamu ihale kanununa göre işlemekte ve ürün teknik şartnamelerinde ürünlere ait güvenlik bilgi formları istenmedikçe ürün firmaları bu belgeleri ihale dosyasına koymamaktadır. Çoğu zamanda istenilen bu belgeler muayene kabul komisyonu ve satın alma dosyalarında kalmakta çalışanların bilgisine sunulmamaktadır. Hastanelerde bulunan yüzlerce kimyasalın güvenlik bilgi formları olmaması sebebi ile kaza durumunda yapılacaklar açısından ya da bu ürünlerin saklama koşulları ve güvenlik koşulları bilinmediğinden dolayı çalışanlar her an olası tehlikelerle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Çalışanların %84,8 oranla tehlikeli kimyasalların ambalajları üzerinde isimleri, son kullanma tarihleri ve ilgili tehlikelerini gösteren etiket bulunduğuna ve %82,6 oranla tehlikeli kimyasal maddelerin saklama koşullarına uyulduğuna “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

5.2.7. Ergonomi İSG Uygulamalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, ergonomi İSG uygulamalarına yönelik algı düzeylerinin dağılımına Tablo 13’de yer verilmiştir.

Çalışanların yaptıkları işe uygun masa, sandalye veya destek ekipmanlarının sağlandığına %83,2 oranında “evet” cevabı verdikleri, sırt ve bel incinmesi riski oluşturabilecek yüklerin itilmesini ya da çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçlarının sağlanmasına ise %76,2 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarında mesleki ağrı ve hastalıkların oluşumunda postür ve korunma ilkelerine uyulmasının yanında ergonomik faktörlerin de rolü büyüktür. Yapılan bir çalışmada,

katılımcıların %88'inde kas-iskelet sistemi ağrısı saptandığı, şiddetli ağrısı olanların %51, yaygın ağrısı olanların ise %26 oranında olduğu tespit edilmiştir (150). Hastanelerde artan teknolojik gelişmelere paralel olarak, teşhis ve tedavi için kullanılan röntgen cihazları, bilgisayarlı tomografi, dijital videolu anjiyografi gibi tıbbi cihazların kullanılmasından dolayı hastaya pozisyon verebilmek için yapılan işlemlerin artması çalışanlarda KİSH'nin oluşmasının temel nedenlerinden biri olmuştur. Özellikle tüm hastane çalışanlarına ergonomi eğitiminin verilmesi sağlanmalıdır.

5.2.8. Psiko-sosyal İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, psiko-sosyal İSG uygulamalarına yönelik algı düzeylerinin dağılımına Tablo 14'de yer verilmiştir.

Çalışanların kendilerine görev tanımları dışında işler verilmiş olduğuna %68,8 oranında, işyerinde motivasyonu ve iş doyumunu arttırıcı uygulamaların yapılıyor olmasına %43,8 oranla ve İSG ile ilgili sorunları iletebilecekleri mekanizmanın var olmasına %68,6 oranında “evet” cevabı verdikleri belirlenmiştir.

Kamuda insan kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi, ancak kamu hizmetlerinin gerektirdiği unvan, nitelik ve sayıda personel istihdamı ile mümkündür. Bunun için örgüt ve iş analizlerinin yapılması, iş tanımları ile bu işi yürütecek personelin nitelik ve sayısının belirlenmesi gerekmektedir (214). Personel yetersizliğine bağlı çoğu zaman çalışanlara görev tanımı dışında işler verildiği bilinmektedir. Görev tanımı dışında yapılan işlerde yapılan iş ile ilgili bilgi, beceri ve eğitimi olmayan çalışanların görevlendirilmesi, iş kazasına daha çok maruz kalınması açısından büyük bir sorundur. İyi bir insan kaynakları planlaması ile kurumda çalışan sayısının eksik ya da fazla olması önlenabilir.

Son yıllarda artarak devam eden sağlıkta şiddet olayları çalışanların moral ve motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemiştir. Çalışmamızda işyerinde motivasyon ve iş doyumunu arttırıcı uygulamaların yapılıyor olmasına %43,8 oranında “evet” cevabı verildiği belirlenmiştir. Hastanede bu algı düzeyi oldukça düşük olarak değerlendirilmiştir.

5.2.9. Meslek Hastalıkları ve Kazalara Yönelik İSG Uygulamaları Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları algı düzeylerinin dağılımına Tablo 15'de yer verilmiştir.

Çalışanların iş yeri hekimince işe uygun olduklarını tespit eden rapor (işe giriş raporu) aldıklarına %72,1, çalışma esnasında uygun KKD kullandıklarına ise %84,7 oranında “evet” cevabı verildiği belirlenmiştir. 6331 sayılı İSG kanunu sağlık gözetiminden işverenleri sorumlu tutmuş ve çalışanların işe girişlerinde sağlık gözetimine tabi tutulmalarını düzenlemiştir (215). Sağlık sektöründe ve diğer sektörlerde yaşanan en önemli sorun, işe ilk girişte alınan sağlık raporunun işveren sorumluluğunda sağlanmadığı, çalışanların işe girmeden önce kendi imkanları ile bir sağlık kurumuna giderek sağlık muayenelerini kendileri yaptırdığı yönündedir. Oysaki 6331 sayılı kanun (Md. 15/1a) maddesi sağlık gözetiminden işvereni sorumlu tutmaktadır. Çalışanların KKD kullandıklarına %84,7 oranında “evet” cevabı verildiği göz önüne alındığında, %11,6 oranında çalışanın KKD kullanmadıkları söylenebilir. Mesleki maruz kalınan risklerle karşılaşmada koruyucu önemi olan KKD’ların işverence temini ve çalışanlarca da kullanılması iş kazası ve meslek hastalıklarını önlemede önemlidir.

Çalışanların en az yılda bir periyodik sağlık kontrollerinin yapılmış olduğuna %66,0, kazaların incelenerek benzer kazalar ile karşılaşmamak için gerekli önlemlerin alınmış olduğuna %75,0, biyolojik risklere karşı çalışanların aşularının (Hepatit-B, Grip, Tetanos, Hepatit-A v.b.) yapılmış olduğuna %87,8, zeminlerin, kayma veya düşmeyi önleyecek şekilde tasarlanma ve düşmeyi önleyici önlemleri alınmış olduğuna %83,7 ve KKD’ların (eldiven, gözlük, maske, kulaklık v.b.) temin edilmiş ve kullanıma hazır bulundurulmuş olduğuna %88,4 oranında “evet” cevabı verildiği belirlenmiştir.

Hastaneler biyolojik riskler bakımından oldukça riskli çalışma ortamlarıdır. Bu nedenle tüm çalışanların aşı ile önlenebilir biyolojik hastalıklara karşı bağışıklamasının yapılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında aşılama oranları oldukça yüksektir. Akça ve Aydın yaptıkları çalışmalarında aşılama oranını %84,2 bulmuşlardır (216). Özellikle aşı ile önlenebilir hastalıklara, su çiçeği, hepatit-A, hepatit-B, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, influenza, tetanos örnek verilebilir. Belirtilen tüm aşular sağlık personeline ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Çalışmamızda biyolojik risklere karşı çalışan aşularının yapıldığına yönelik algı düzeyleri %87,8 olarak yüksek bir seviyede belirlenmiştir.

5.2.10. Atık Yönetimine Yönelik İSG Uygulamaları Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, atık yönetimine yönelik İSG uygulamaları algı düzeylerinin dağılımına Tablo 16’da yer verilmiştir.

Çalışanların bilgileri dahilinde tıbbi ve tehlikeli atık torbaları uygun bir şekilde (tarih, birim adı) etiketlenmiş olduğuna %88,4, tüm atık kovalarının atık çeşidine göre sınıflandırılmış olduğuna %93,9, kesici ve delici özelliği olan tıbbi atıkların, diğer atıklardan ayrı olarak toplanmış olduğuna %95,4 ve tüm atık torbalarının kaynağından, geçici depo alanına kapalı konteynır ile taşınıyor olduğuna %93,2 oranında “evet” cevabı verildiği belirlenmiştir. Atık yönetiminde kurumda algı düzeyleri oldukça yüksek çıkmıştır. Bu bize hastanede atık yönetimi ile ilgili alanda süreçlerin iyi yönetildiğini göstermektedir.

5.2.11. Makine, Tıbbi Cihaz İSG Uygulamalarına Yönelik Algı Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, makine-tıbbi cihaz İSG Uygulamalarına Yönelik algı düzeylerinin dağılımına Tablo 17’de yer verilmiştir.

Çalışanların verdikleri cevaplarda makine ve tıbbi cihazlar için üretici firmadan, Türkçe kullanım kılavuzları temin edilmiş ve makinaların bu kılavuzlara uygun olarak kullanılıyor olduğuna %77,1, makine ve tıbbi cihazların periyodik kontrolleri ve bakımlarının yapılmış olduğuna %91,9, elektrikli donanımların ve elektrik sisteminin bakım ve onarımının belirli periyotlarda yapılmış olduğun %74,0 oranında “evet” cevabı verildiği belirlenmiştir.

Çalışanların iş yerindeki tıbbi cihaz/makina çalışma talimatlarının bulunmasına %82,5, hata tespit edilen makine, tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılmaması ve bu konuda etiketlenmesinin sağlanmış olduğuna %86,1, makine, araç ve gereçlerin güvenli kullanımı konusunda eğitim almış olduklarına %71,7 ve mevcut iklimlendirme sistemi cihazlarının kontrolleri ve bakımlarının belirli periyotlar da yapılmış olduğuna %77,1 oranında “evet” cevabı verildiği belirlenmiştir.

5.3. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Tartışılması

5.3.1. İSG Uygulamalarının Sağlanmasında Farkındalık Düzeylerinin Çalışanların Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, bireysel ve mesleki özelliklerine göre İSG uygulamaları toplamı ve İSG alt boyut faktörlerine yönelik farkındalıklarının dağılımına Tablo 19, Tablo 20, Tablo 21 Tablo 22, Tablo 23, Tablo 27 ve Tablo 28’de yer verilmiştir. Araştırmaya katılan çalışanların bireysel ve mesleki özelliklerine göre İSG uygulamalarına yönelik farkındalıklarının, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

Kruskal Wallis H-Testi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere de Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

5.3.1.1. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, eğitim durumuna göre farkındalıklarına Tablo 19’da yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre; eğitim durumu değişkeni açısından fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,015<0.05$). Eğitim durumu Lisans olanların “Toplam İSG uygulamaları” farkındalıkları, eğitim durumu ilköğretim, Ön lisans ve lisans üstü olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

Yıldırım ve ark. “Mobilya sektöründe çalışanların iş güvenliği algıları ve iş doyumu düzeylerinin incelenmesi” konulu araştırmalarında, İSG faktörünün eğitim değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini bulmuşlardır (217). Bizim çalışma sonuçlarından elde ettiğimiz bulgular Yıldırım ve ark. çalışmasını desteklemektedir.

Eğitim değişkenindeki farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğin de;

Çalışanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Özellikle hastanelerde tüm çalışanlar eğitim durumundan bağımsız olarak iş stresi, motivasyon kaybı, şiddet, fazla iş yükü gibi sebeplerle psiko-sosyal olarak farklı boyutlarda etkilenmektedirler.

Araştırmaya katılan çalışanların eğitim durumu değişkeni sonuçlarına göre; “Temel İSG uygulamaları” ($p=0,000<0.05$), “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,000<0.05$), “Acil durum İSG uygulamaları” ($p=0,001<0.05$), “Ergonomi İSG uygulamaları” ($p=0,002<0.05$), “Atık yönetimi İSG uygulamaları” ($p=0,026<0.05$) ve “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” ($p=0,000<0.05$) grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Farklılığın hangi eğitim durumu grubundan kaynaklandığına bakıldığında;

Eğitim durumu ilköğretim olanların “Atık yönetimi İSG uygulamaları” ve “Acil durum İSG uygulamaları” puanları, eğitim durumu Ön lisans, lisans ve lisans üstü olanların puanlarından yüksek bulunmuştur. Bu yüksekliğin ilköğretim mezunlarının çoğunluğunun taşeron firma çalışanı olması ve hastanede düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılımın sağlanmasında en kolay grup olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer yandan atık yönetimi ile ilgili olarak, atıkların etiketlenmesi, toplanması, taşınması faaliyetlerinde görevli olan temizlik personellerinin eğitim seviyelerinin çoğunlukla ilköğretim olması dolayısı ve işin yürütülmesinde birinci derece sorumluluğu nedeni ile farkındalıkları diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı bulunduğu düşünülmektedir.

Alt boyutlara göre İSG uygulamaları değerlendirildiğinde; “Atık yönetimi İSG uygulamaları” ve “Acil durum İSG uygulamaları” dışındaki “Temel İSG uygulamaları”, “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları”, “Ergonomi İSG uygulamaları” ve “Makine-tıbbi cihaz İSG uygulamaları” (Tablo 18) eğitim seviyesi arttıkça, farkındalığında arttığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle “Ergonomi İSG uygulamalarında” Lisans ve Lisans üstü eğitim görenlerin, Lise ve Ön lisans eğitim görenlere göre daha farkında olması, Lisans ve Lisans üstü meslek grubu çalışanlarının genellikle sağlık profesyonelleri olması dolayısı ile uzun süre ayakta kalma, çok sayıda tekrar içeren görevler, stres, mola vermeden uzun süre çalışma gibi risk faktörleri KİSH oluşmasına sebep olmaktadır (218). Yine Makine-tıbbi cihaz İSG uygulamalarında farkındalık oranının Lisans ve Lisans üstü çalışanlarda yüksek çıkmasının sebebi; bu gruptaki çalışanların büyük çoğunlukla sağlık profesyonelleri olması ile açıklanabilir. Hastanede tıbbi amaçlı birçok tıbbi cihaz ve makine kullanılmaktadır. Bunlar ultrasonografi cihazları, anestezi cihazları, solunum cihazları, elektrokardiyografi cihazları, ortopedide kullanılan motorlar, robotik tıbbi cihazlar, laboratuvar cihazları gibi birçok tıbbi cihazlardır.

5.3.1.2. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, kurumda çalışma süresine göre farkındalıklarına Tablo 20’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre; kurumda çalışma süresi değişkeni açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). 1-5 Yıl

olanların İSG uygulamaları toplam puanları, 6-10 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, kurumdaki çalışma süresine göre farklılık göstermektedir. Kurumdaki çalışma süresinin artması ile farkındalıkların artması, çalışanların kurumu daha iyi tanıdıkları, zamanla süreçlere dahil oldukları ve tecrübe edindikleri ile açıklanabilir.

Kurumdaki çalışma süresine göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğin de;

Çalışanların temel İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, ergonomiye yönelik İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları puanları ortalamalarının kurumdaki çalışma süresi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların kurumdaki çalışma süresi değişkeni sonuçlarına göre; acil durum İSG uygulamalarının ($p=0,036<0,05$), eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamalarının ($p=0,020<0,05$) ve atık yönetimine yönelik İSG uygulamalarının ($p=0,028<0,05$), grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 1-5 yıl olanların acil durum İSG uygulamaları puanları, 6-10 yıl olanların acil durum İSG uygulamaları puanlarından düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; kurumda 1-5 yıl arası çalışan farkındalıklarının 6-10 yıl olanlardan düşük çıkmasının sebebinin; kurumda çalışma süresi arttıkça, düzenlenen hizmet içi eğitim, bilgilendirme, denetim, değerlendirme gibi faaliyetlere çalışanların katılımının yıllara göre artması ve kurumdaki değişiklikler, iyileştirmeler ve süreçlere katkı ve katılımlarının artmasına paralel olarak farkındalıklarının da arttığı yönünde değerlendirilebilir.

Diğer yandan makine tıbbi cihaza yönelik İSG uygulamaları ($p=0,050<0,05$), grup ortalamaları arasındaki fark ise 1-5 yıl olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları, 6-10 yıl olanların makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanlarından yüksek olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

5.3.1.3. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Mesleğe Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, mesleğe göre farkındalıklarına Tablo 21’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001<0.05$). Farklılığın hangi meslek grubundan kaynaklandığına bakacak olursak; Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve Acil tıp teknisyeni (ATT) olanların İSG uygulamaları toplam puanları, diğer tüm meslek gruplarından yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, mesleklere göre farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve ATT meslek grupları toplam İSG uygulamalarında farkındalıkları diğer meslek gruplarına göre yüksek olarak belirlenmiştir. Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve ATT meslek grupları, hastanelerde sağlık bakım hizmeti, kalite yönetim sistemi, eğitim gibi tüm süreçlerde en fazla katılımı olan meslek gruplarıdır. Özellikle düzenlenen hizmet içi eğitimlerde hekimlerin katılımının çok yetersiz olduğu bilinmektedir. Hizmet içi eğitim işyerlerinde, çalışmakta olan kişilere görevleri ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve davranışları kazanmalarını sağlamak üzere yapılan eğitimidir (220). Dolayısı ile çalışan herkesi kapsamaktadır. Bu nedenle kurumda İSG ile ilgili eğitimlerde dahil olmak üzere tüm süreçlere çalışanların katılımı sağlanmalı, çalışan görüşleri alınmalı ve yapılan denetleme ve değerlendirmelerle bilgi eksiklikleri giderilmelidir.

Meslek grubuna göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğin de;

Araştırmaya katılan çalışanların kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları ve atık yönetimi İSG uygulamaları puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırmaya katılan çalışanların kurumdaki meslek değişkeni sonuçlarına göre; kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları ve atık yönetimi İSG uygulamaları dışındaki Tablo 21’de belirtilen tüm alt boyutlarda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Farklılığın hangi meslek grubundan kaynaklandığına bakıldığında Tablo 20’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Bunlardan bazılarını değinecek olursak;

İSG alt boyutlarından olan Temel İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları, ergonomi İSG uygulamaları ($p=0,000 < 0.05$) ve makine ve tıbbi cihaz İSG uygulamaları ($p=0,002 < 0.05$) puan ortalamalarının meslek değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hekim ve Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, ATT meslek gruplarında fiziki çevre, ergonomi, makine ve tıbbi cihaz ve temel İSG uygulamaları farkındalıkları Diğer sağlık personeli ve Sağlık dışı personel meslek gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Özellikle hasta teşhis tedavi süreçlerinde çalışan verimliliği için, fiziksel ortam faktörlerinin (ısı, nem, havalandırma) uygunluğu çok önemlidir. Hekim ve Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve ATT meslek grupları hasta bakım, tedavi ve tanı süreçlerinde fiziksel ortam uygunsuzluklarından en çok etkilenen gruplardır. Bu nedenle işleri gereği fiziksel ortam uygunluk düzeyleri hakkında diğer meslek gruplarına göre farkındalıklarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

İSG alt boyutlarından olan “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puan ortalamalarının meslek değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000 < 0.05$). Diğer sağlık personeli ve Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve ATT meslek gruplarının “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” puanları, Hekim ve Sağlık dışı personeli puanlarından yüksek bulunmuştur. Hekimlerin düzenlenen İSG eğitimlerine düzenli katılmaması eğitim ve bilgilendirmeye yönelik farkındalıklarının düşük olmasının temel sebeplerinden biridir. Hekimlerin eğitimlere katılımının artırılması sağlanarak, eğitim ve bilgilendirmeye yönelik farkındalıkları yükseltilebilir. Eğitim katılım oranları en yüksek olan ve katılımın sağlanmasında en kolay grup olan Sağlık dışı personelin farkındalığının düşük çıkması, verilen İSG eğitim seviyelerinin ve içeriklerinin çalışan hedef kitleye göre uygun hale getirilmediğini düşündürmektedir. Bunun için düzenlenen tüm eğitim içeriklerinin meslek gruplarına ve eğitim seviyelerine göre tekrar gözden geçirilmesi ile daha etkili bir eğitim verilerek, farkındalıklar artırılabilir.

İSG alt boyutlarından olan “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” puan ortalamalarının meslek değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001 < 0.05$). Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve ATT meslek grupları “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” puanları Hekim ve Diğer sağlık personeli puanlarından, Sağlık dışı personelin “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” puanları, Hekimlerin puanlarından, daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda psiko-sosyal İSG uygulamalarında farkındalığı en yüksek iki meslek grubu Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve ATT ve Sağlık dışı personel grubudur. Çalışmamızdaki psiko-sosyal İSG uygulamalar değerlendirildiğinde, yetersiz

personel, fazla mesai, aşırı iş yükü, görev tanımını dışında işler verilmesi bu iki meslek grubunun en önemli sorundur. Özellikle artan şiddet olayları ile beraber kamu kurumunda taşeron olarak çalışan ve sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalan sağlık dışı çalışanların, kamu personeline sağlanan hukuki destekten yararlanamaması, sağlık kurumlarında kamu personeli-taşeron ayrımı ile kendini göstermekte ve çalışan motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Öztunç ve ark. yaptıkları çalışmalarında, gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerin sözel tacize %70,9, fiziksel saldırılara ise %18,2 oranında uğradıklarını saptamışlardır (219). Ayrıca farkındalığı yüksek olan bu iki grup çalışanlarının hasta ve yakınları ile temas sürelerinin diğer meslek gruplarına göre daha uzun olduğu bir gerçektir. Bu durum psiko-sosyal İSG uygulamalarında bu iki meslek grubunun farkındalığının diğer meslek gruplarından yüksek çıkmasını açıklar.

İSG alt boyutlarından olan “Acil durum İSG uygulamaları” puan ortalamalarının meslek değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006 < 0.05$). Sağlık dışı personelin puanları, Hekim ve Hemşire, Ebe, Sağlık memuru ve ATT puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Farkındalığı düşük bulunan grupların ağırlıklı olarak, sağlık hizmet sunumunda görev alması ve sağlık hizmet sunumunun oldukça yoğun olarak verilmesi, bu grupların acil durum İSG uygulamalarına yeteri kadar önem verilmemesini de beraberinde getirdiği düşünülmektedir. Sağlık dışı personel grubu çalışanlarının büyük bir kısmının idari hizmet, temizlik, güvenlik ve teknik hizmet çalışanlarından oluştuğu düşünülürse, acil durum İSG uygulamalarında farkındalığı, diğer meslek gruplarına göre daha yüksek çıkan meslek grubu olması beklenen bir durumdur.

5.3.1.4. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Mesleki Çalışma Süresine Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, mesleği çalışma süresine göre farkındalıklarına Tablo 22’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000 < 0.05$). Farklılığın hangi mesleki çalışma süresi grubundan kaynaklandığına bakacak olursak; mesleki çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 15 yıl üstü olanların İSG uygulamaları toplam puanları, mesleki çalışma süresi 1-5 yıl olanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçları meslekte çalışma süresinin artmasının çalışanların İSG uygulamalarına yönelik

farkındalıklarının arttığı yönündedir. Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, mesleki çalışma süresine göre farklılık göstermektedir.

Çelikkalp ve ark. “Hemşirelerin çalışma ortamlarında iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmesi” konulu çalışmalarında meslekte çalışma süresine göre iş güvenliği anketi toplam puan ve alt anket puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmamışlardır ($p>0.05$) (205). Bizim çalışmamızda Çelikkalp ve ark. aksine mesleki çalışma yılı arttıkça İSG uygulamaları toplam puanlarında farkındalığın arttığı saptanmıştır ($p=0,000<0.05$). Meslekte çalışma yılının artması sadece iş ile ilgili olan tecrübeyi arttırmakla kalmaz, aynı zamanda işini yaparken uyması gereken mevzuatlara hakimiyetini, çalışma ortamı riskleri ve iş güvenliği ile ilgili farkındalıkları da arttırmaktadır.

Mesleki çalışma süresine göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğinde;

Araştırmaya katılan çalışanların işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları, atık yönetimi İSG uygulamaları, makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların kurumdaki mesleki çalışma süresi değişkeni sonuçlarına göre; “Temel İSG uygulamaları” ($p=0,003<0.05$), “Acil durum İSG uygulamaları” ($p=0,040<0.05$), “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,045<0.05$) ve “Ergonomi İSG uygulamaları” ($p=0,004<0.05$) grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farklılığın hangi mesleki çalışma yılı grubundan kaynaklandığına bakıldığında; ayrıntılı olarak Tablo 21’de belirtildiği şekilde, meslekte çalışma süresi arttıkça, farkındalığında arttığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Farkındalığın yüksek olduğu alt boyutlara bakıldığında toplam İSG puanlarında yaptığımız açıklamaya paralel olarak tecrübenin ve farkındalığın mesleki çalışma süresine bağlı olarak artmasının, bu alt faktörlere olumlu olarak etki ettiği düşünülmektedir.

5.3.1.5. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Yaşa Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, yaşa göre farkındalıklarına Tablo 23’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,113>0.05$). Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir.

Yaşa göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğin de;

Araştırmaya katılan çalışanların temel İSG uygulamaları, eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları ve makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların yaş değişkeni sonuçlarına göre; “Acil durum İSG uygulamaları” ($p=0,001<0.05$), “Ergonomi İSG uygulamaları” ($p=0,018<0.05$), “meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,002<0.05$) ve “Atık yönetimi İSG uygulamaları” ($p=0,025<0.05$) grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İSG alt boyutlarında, farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığına ayrıntılı olarak Tablo 22’de yer verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre yaş arttıkça farkındalıklarında arttığı belirlenmiştir. Yaşla doğru orantılı olarak düşen fiziksel performans ve artan KİSH ergonomi İSG uygulamalarındaki farkındalık artışını açıklamaktadır. Yaş ve mesleki çalışma süresi arasındaki doğru orantılı bir ilişkinin varlığı, meslek hastalıkları ile kazalara maruziyetin artmasını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle yaşın ilerlemesi ile beraber, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamalarındaki farkındalıklar artmaktadır.

5.3.1.6. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, cinsiyete göre farkındalıklarına Tablo 27’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları”

ortalamlarından elde edilen sonuçlara göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,113>0,05$). Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir.

Cinsiyete göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğinde;

Araştırmaya katılan çalışanların temel İSG uygulamaları, acil durum İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları, atık yönetimi İSG uygulamaları ve makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,000<0,05$), “ergonomi İSG uygulamaları puanları” ($p=0,011<0,05$) ve “meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,043<0,05$) puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Erkeklerin eğitim ve bilgilendirme ve ergonomiye yönelik İSG uygulamaları puanları, kadınların puanlarından daha düşük bulunmuştur. Meslek hastalıkları-kazalara yönelik İSG uygulamalarında ise erkeklerin puanları, kadınların puanından yüksek bulunmuştur.

Biyolojik özellikleri erkeklerden daha farklı olan kadınlar, kas kuvveti, kalp ve dolaşım sistemi fonksiyonları ve aerobik kapasitesi gibi birtakım fizyolojik parametrelerine bağlı olarak işlerini yaparken çalışma ortamlarında bulunan risklere karşı daha duyarlıdırlar. Bunun yanında erkeklerin fiziksel gücü, kadınlardan daha fazladır. Yirmi yaşındaki bir kadın ile bir erkeği kaldırabileceği yük açısından karşılaştırmak gerekirse kadın %65 oranında daha az bir ağırlığı kaldırabilmektedir. Bu durum itme çekme gücünde ise erkeğin %75'i kadardır. Fizyolojik farklılıklar kadınları fiziksel güç gerektiren işleri yaparken erkeklerden daha fazla KİSH'yla karşı karşıya bırakmaktadır. Termal şartlara dayanıksızlık, daha ufak beden yapısı, solunum kapasitesinin daha düşük olması gibi birçok faktör nedeniyle kadınlar fiziksel güç gerektiren işlerde erkeklere nazaran daha dezavantajlıdır (220). Çalışmamızda ergonomi İSG uygulamalarındaki farkındalıkların kadınlarda yüksek bulunması bu çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda meslek hastalıkları-kazalara yönelik İSG uygulamalarında erkeklerin kadınlara göre daha farkında olmalarının nedeni; fiziksel güç gerektiren, yük taşıma, kaldırma, indirme, itme, çekme gibi işler ve teknik hizmet gurubunda olan birçok riskli işin çoğunlukla erkekler tarafından yürütülmesi şeklinde açıklanabilir. Bu sebeplerle, erkeklerin kadınlara nazaran daha fazla iş kazasına maruz kaldığı SGK istatistikleri ile de ortaya konmaktadır.

5.3.1.7. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İSG Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, İSG hakkında eğitim alma durumuna göre farkındalıklarına Tablo 28’de yer verilmiştir. Çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,029<0,05$). İSG eğitimi alanların İSG uygulamaları toplam puanları, İSG eğitimi almayanların İSG uygulamaları toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, İSG hakkında eğitim alma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Yıldırım ve ark. çalışmalarında, İSG eğitimi alma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Eğitim alanların ortalamaları almayanlardan daha yüksek çıkmıştır (217).

Bizim çalışmamızda, İSG eğitimi alma durumları bakımından, eğitim almayanların puanlarının alanlardan daha yüksek çıkmasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durumun sebebinin yukarıda mesleki farklılıklara göre açıkladığımız gibi, İSG eğitimlerine katılımı en yüksek ve en kolay grup olan Sağlık dışı personele yapılan eğitimlerin, çalışanların eğitim seviyesine göre verilmemesinin, eğitimin etkinliğini düşürebileceği, buna karşın sağlık profesyonellerinin İSG uygulamalarında mesleki bilgi ve tecrübesinin teknik olarak daha fazla olmasının bu farkı yaratan sebep olabileceği düşünülmektedir.

İSG hakkında eğitim alma durumuna göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğin de;

Araştırmaya katılan çalışanların acil durum İSG uygulamaları, eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları,

kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, ergonomi İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları, atık yönetimi İSG uygulamaları puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların “Temel İSG uygulamaları” ($p=0,000<0,05$), “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,001<0,05$) ve “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” ($p=0,033<0,05$) farkındalık puanları ortalamalarının İSG hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; İSG eğitimi alanların temel İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları ve makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları puanları, İSG eğitimi almayanların temel İSG uygulamaları puanlarından düşük bulunmuştur.

Çalışanların toplam İSG uygulamalarındaki istatistiksel fark için yaptığımız yorumun, İSG alt boyutlarından temel İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları ve makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarında da geçerli olduğu düşünülmektedir.

5.3.2. İSG Uygulamalarının Sağlanmasında Çalışanların Çalışma Ortamı Özelliklerine Göre Farkındalık Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların, çalışma ortamı özelliklerine göre İSG uygulamaları toplamı ve İSG alt boyut faktörlerine yönelik farkındalıklarının dağılımına Tablo 24, Tablo 25, Tablo 26 ve Tablo 29’de yer verilmiştir. Araştırmaya katılan çalışanların çalışma ortamı özelliklerine göre İSG uygulamalarına yönelik farkındalıklarının, anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere de Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

5.3.2.1. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Çalışılan Birime Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, çalışılan birime göre farkındalıklarına Tablo 24’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Bu sonuçlara göre; hastanede İSG

uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar çalışılan birime göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Toplam İSG uygulamaları farklılığının hangi çalışılan birimden kaynaklandığına bakacak olursak; Klinikte çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, acil servis ve Yoğun bakım ünitesi çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, acil servis ve radyoloji birimi çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Ameliyathane çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, radyoloji ünitesi çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Poliklinik çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, radyoloji ünitesi çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Laboratuvar çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, acil servis ve radyoloji ünitesi çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Yönetim çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, acil servis çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Güvenlik birimi çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, klinik, acil servis, Yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, poliklinik, radyoloji, yönetim ve diğer olarak ifade edilen birim çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Belirlenen birimler dışında kalan diğer birim çalışanların İSG uygulamaları toplam puanları, acil servis ve radyoloji ünitesi çalışanların İSG uygulamaları toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda en çok dikkat çeken birimlerden Güvenlik birimi çalışanlarının İSG uygulamaları toplam puanlarının, tüm birimlerin toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Kurumda diğer birim çalışanlarının aksine Güvenlik birimi çalışanlarının sabit bir görev yerleri olmayıp, yaptıkları iş gereği rotasyon ile hastanenin tüm birimlerinde çalışmaktadırlar. Buna bağlı olarak, hizmet verdikleri tüm birimlerin riskleri ve İSG uygulamaları konusunda bilgi sahibidirler. Çalışmamızdan elde ettiğimiz Güvenlik birimi çalışanlarının farkındalıklarına dair anlamlı sonuçlar bu görüşümüzü desteklemektedir.

Çalışmamızda dikkat çeken diğer birim ise klinik çalışanlarının İSG uygulamaları toplam puanlarının acil, poliklinik ve radyoloji birimleri toplam puanlarından yüksek bulunmasıdır. Cerrahi ve dahili branşlarda hizmet veren klinik çalışanları yaptıkları işin gereği olarak hastanenin tüm birimleri ile irtibat içindedirler ve bu birimlerdeki İSG uygulamaları hakkında da bilgi sahibidirler. Bu durum klinik çalışanlarının farkındalığın yüksek çıkmasını açıklamak için bir sebep olarak düşünülmektedir.

Öztürk ve ark. yaptıkları çalışmada, Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve Hekimler, iş güvenliğini Anket toplamında ve alt boyutlarda diğer birimlere (idare, servis, acil, ameliyathane, poliklinik) göre daha yetersiz bulmuşlardır (23). Bizim çalışmamızda ise Yoğun bakım üniteleri çalışan farkındalıkları, acil servis ve radyoloji birimi çalışanlarının farkındalıklarından daha yüksek bulunmuştur.

Kurumda çalışılan birime göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğinde;

Araştırmaya katılan çalışanların “kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları” puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların kurumda çalışılan birim değişkeni sonuçlarına göre; “Temel İSG uygulamaları” ($p=0,000<0.05$), “Acil durum İSG uygulamaları” ($p=0,000<0.05$), “eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,001<0.05$), “İşyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,013<0.05$), “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,001<0.05$), “Ergonomi İSG uygulamaları” ($p=0,004<0.05$), “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” ($p=0,000<0.05$), “Meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,000<0.05$), “Atık yönetimi İSG uygulamaları” ($p=0,004<0.05$) ve “Makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları” ($p=0,038<0.05$) grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Farklılığın hangi birimden kaynaklandığına bakıldığında Tablo 24’de ayrıntılı olarak ele alınan alt boyutlardan, dikkat çekenleri özetleyecek olursak;

Radyoloji ve diğer birim çalışanlarının temel İSG uygulamalarındaki puanları, diğer tüm birimlerin puanlarından düşük bulunmuştur.

Laboratuvar çalışanlarının psiko-sosyal İSG uygulamalarındaki puanları, poliklinik ve acil birim çalışanları hariç, tüm birimlerin çalışanlarının puanlarından düşük bulunmuştur. Laboratuvar çalışanlarının makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik puanları ise, acil, poliklinik, Yoğun bakım üniteleri ve ameliyathane birimi çalışanlarının puanlarından düşük bulunmuştur.

Yönetim ve diğer birim çalışanlarının acil durum İSG uygulamalarındaki puanları, tüm birimlerin puanlarından düşük bulunmuştur.

Klinik çalışanlarının eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamalarındaki puanları, acil, poliklinik, güvenlik ve diğer birim çalışanlarının puanlarından yüksek bulunmuştur.

Acil çalışanlarının eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamalarındaki puanları, klinik, Yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, radyoloji ve diğer birim çalışanlarının puanlarından düşük bulunmuştur. Acil çalışanlarının meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamalarındaki puanları ise yoğun bakım üniteleri hariç, tüm birimlerin puanlarından düşük bulunmuştur. Yine acil çalışanlarının atık yönetimine yönelik İSG uygulamalarındaki puanları, klinik, yoğun bakım üniteleri, yönetim, güvenlik ve diğer birim çalışanlarının puanlarından düşük bulunmuştur.

Güvenlik birimi çalışanlarının işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamalarındaki puanları klinik, ameliyathane, poliklinik, laboratuvar, radyoloji ve diğer birim çalışanlarının puanlarından yüksek bulunmuştur. Güvenlik birimi çalışanlarının ergonomiye yönelik İSG uygulamalarındaki puanları, radyoloji birimi hariç tüm birimlerin çalışanlarının puanlarından düşük bulunmuştur. Güvenlik birimi çalışanlarının makine tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik puanları, acil, poliklinik, radyoloji, yönetim ve diğer birim çalışanlarının puanlarından düşük bulunmuştur.

Diğer birim çalışanlarının fiziki çevreye yönelik İSG uygulamalarındaki puanları, klinik, ameliyathane, poliklinik, laboratuvar, Yoğun bakım üniteleri ve acil birim çalışanlarının puanlarından düşük bulunmuştur.

5.3.2.2. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Çalışılan Birimde En Önemli Görülen Riske Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, çalışılan birimde en önemli görülen riske göre farkındalıklarına Tablo 25’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,292>0.05$). Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, çalışılan birimde en önemli görülen riske göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir.

Çalışılan birimde en önemli görülen riske göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğinden de;

Araştırmaya katılan çalışanların “temel İSG uygulamaları, eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, ergonomi İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları ve makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık ortalamalarının çalışılan birimde en önemli görülen risk değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Bunun yanında araştırmaya katılan çalışanların “Acil durum İSG uygulamaları” ($p=0,015<0.05$), “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,003<0.05$), “meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,023<0.05$) ve “Atık yönetimi İSG uygulamaları” grup ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006<0.05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında;

Çalışılan birimde risk olmadığını düşünenlerin “Acil durum İSG uygulamaları” ve “meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları” puanları, çalıştıkları birimlerinde biyolojik, fiziksel, psiko-sosyal ve ergonomik risklerin olduğunu düşünen çalışanlarının puanlarından yüksek bulunmuştur. Çalışılan birimde risk olmadığını düşünen grubun idari kadrolarda çalışanlar olduğu yaptıkları işlerin nitelikleri dolayısıyla risklere maruz kalmadıkları fakat İSG uygulamaları ile ilgili idari yazışmalara vakıf oldukları için acil durum, meslek hastalıkları ve kazalar ile ilgili konularda farkındalık puanlarının diğer gruplardan yüksek çıktıkları düşünülmektedir. Çalışkan ve arkadaşları, çalışanların %94,2'sinin çalışma ortamlarında mesleki riskle karşı karşıya olduklarını bildirdiklerini, bu oranın idari hizmetler grubunda ise %51,4'e düştüğünü söylemişlerdir (22).

Çalışılan birimde risk olmadığını düşünenler ile biriminde biyolojik risk olduğunu düşünenlerin “Atık yönetimi İSG uygulamaları” puanları, çalıştıkları birimlerinde fiziksel, psiko-sosyal ve ergonomik risklerin olduğunu düşünen çalışanlarının puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastanede üretilen tıbbi atıklar çalışanlar için biyolojik risk nedenlerinden biridir. Çalıştıkları birimde biyolojik risk olduğunu düşünenlerin tıbbi atık uygulamaları ile ilgili farkındalık puanlarının diğer gruplardan yüksek çıkması bu farkındalığı açıklamaya yeterli olarak düşünülmektedir. Risk olmadığını düşünen grubun farkındalık puanları yüksekliği ise acil durum ve mesleki hastalıklar ile ilgili yaptığımız öngörüyle aynıdır.

Çalışılan birimde fiziksel risk ve psiko-sosyal risk olduğunu düşünenlerin “Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları” puanları, çalıştıkları birimlerinde kimyasal risk ve risk yok olduğunu düşünen çalışanlarının puanlarından yüksek bulunmuştur. Sağlık kuruluşlarında fiziksel ve psiko-sosyal riske en fazla maruz kalanlar hasta ile birebir çalışan meslek gruplarıdır. Fiziksel riskler denilince radyasyon, gürültü, aydınlatma, termal konfor ilk akla gelen risklerdir. Bu risklere maruziyet sonucunda çalışanlarda artan oranlarda iş kazaları, kesici-delici yaralanmalar, işitme bozuklukları, merkezi sinir sistemi depresyonları ve görme bozuklukları gibi birçok hastalık ortaya çıkabilir (222). Çalıştıkları ortamda bu fiziksel risklerin olduğunu düşünen grubun fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları farkındalık puanlarının yüksek çıkmasının bu konuyla doğrudan irtibatlı olduğunu düşündürmektedir.

5.3.2.3. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Acil Durum Ekiplerinde Görevli Olma Durumuna Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, acil durum ekiplerinde görevli olma durumuna göre farkındalıklarına Tablo 26’de yer verilmiştir. Buna göre “İSG uygulamaları toplam puanları” ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, acil durum ekiplerinde görevli olma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir.

Acil durum ekiplerinde görevli olma durumuna göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğin de;

Araştırmaya katılan çalışanların temel İSG uygulamaları, acil durum İSG uygulamaları, eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, ergonomi İSG uygulamaları, psiko-sosyal İSG uygulamaları, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları, atık yönetimi İSG uygulamaları ve makine tıbbi cihaz İSG uygulamaları farkındalık puanları ortalamalarının acil durum ekiplerinde görevli olma durumu değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.3.2.4. İSG Uygulamalarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Makine ve Tıbbi Cihaz Kullanma Durumuna Göre Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışanların İSG uygulamalarının sağlanmasında, makine ve tıbbi cihaz kullanma durumuna göre farkındalıklarına Tablo 29’de yer verilmiştir. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları toplam puanları ortalamalarının makine ve tıbbi cihaz kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre; hastanede İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, makine ve tıbbi cihaz kullanma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir.

Makine ve tıbbi cihaz kullanma durumuna göre farkındalıklar, İSG uygulamaları alt boyutlarına göre değerlendirildiğin de;

Araştırmaya katılan çalışanların temel İSG uygulamaları, acil durum İSG uygulamaları, işyeri düzeni ve hijyene yönelik İSG uygulamaları, kimyasal etkenlere yönelik İSG uygulamaları, ergonomi İSG uygulamaları, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik İSG uygulamaları ve atık yönetimi İSG uygulamaları puanları ortalamalarının makine tıbbi cihaz kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların “Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamaları” ($p=0,005<0,05$), “fiziki çevreye yönelik İSG uygulamaları ($p=0,003<0,05$) ve “Psiko-sosyal İSG uygulamaları” ($p=0,034<0,05$) puanları ortalamalarının makine tıbbi cihaz kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; Makine tıbbi cihaz kullananların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik, fiziki çevreye yönelik ve psiko-sosyal İSG uygulamaları puanları, makine tıbbi cihaz kullanmayanların eğitim ve bilgilendirmeye yönelik, fiziki çevreye yönelik ve psiko-sosyal İSG uygulamaları puanlarından düşük bulunmuştur. Hastanelerde makine kullanımından çok tıbbi cihaz kullanımı vardır ve bu tıbbi cihazlar sağlık profesyonelleri tarafından yapılmaktadır. Sağlık profesyonellerinin eğitim seviyeleri diğer çalışanlara göre daha yüksektir. Eğitim seviyesinin artması çalışma ortam şartlarına verilen önemin artması ve psiko-sosyal gelişmişlik düzeyinin artmasını da beraberinde getirir. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz verilerde de fiziki çevre İSG uygulamaları farkındalık puanlarının ve psiko-sosyal İSG uygulamaları farkındalık puanlarının yüksek çıkması bu durumu desteklemektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çok tehlikeli sınıfında yer alan hastanelerdeki İSG uygulamalarını saptamaya yönelik geliştirdiğimiz bir anketle, çalışanların algı ve farkındalıklarına dayanarak, bir kamu hastanesindeki İSG uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

Öncelikle hastane çalışanlarının İSG uygulamalarına yönelik algılarına ilişkin sonuçlarını değerlendirecek olursak; hastane çalışanlarının %29,8 ile %49,7 arasında değişen oranlarda temel İSG uygulamalarından olan hastanede İSG kurulu, İSG uzmanı, iş yeri hemşiresi, iş yeri hekimi ve çalışan temsilcisi bulunmadığı; risk değerlendirmesi ve denetlemelerin yapılmadığı yönünde algıları olduğu belirlenmiştir. Çalışanların “evet” ve “hayır” şeklinde verdikleri cevapların neredeyse birbirine yakın oranlarda olması, kurumda konu ile ilgili İSG uygulamalarının tüm çalışanlarca yeteri kadar anlaşılmadığını aynı zamanda bu alandaki gerekliliklerin yeterince yerine getirilmediğini göstermektedir.

Eğitim ve bilgilendirmeye yönelik İSG uygulamalarından özellikle ergonomi ve acil durum ekipleri hakkında bilgilendirmeleri yetersiz olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %38,6 oranında ergonomi eğitimi almadıkları, %37,3 oranında acil durum ekipleri hakkında bilgilendirilmedikleri yönünde algı düzeyleri belirlenmiştir. Kas iskelet sistemi hastalıkları yönünden sağlık çalışanlarının yüksek risk altında olduğu göz önüne alınırsa, ergonomi eğitimi almadıklarını düşünen çalışanların oranı oldukça yüksektir. Ortaya çıkabilecek olan acil durumlarda acil durum ekiplerini çalışanların bilmemeleri diğer önemli bir sorundur.

Fiziki çevreye yönelik İSG uygulamalarına ilişkin çalışma ortamı sıcaklık ve nem konforunun, havalandırma ve gürültünün uygun olmadığını düşünenlerin algı düzeyleri %29,9 ile %49,2 arasında değişmektedir. Çalışanların belki de en olumsuz görüş bildirdikleri hastanenin fiziki çevre koşullarına ilişkindir. Bu farklılıkların kişisel özelliklere ve çalışılan birimden kaynaklı sebeplere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Psiko-sosyal İSG uygulamalarına ilişkin olumsuz algıları hemen tüm sorulara çalışanların verdikleri yanıtlara göre oldukça yüksektir. Görev tanımı dışında işler verilmesi %68,8, iş doyumu ve motivasyonunu artırmasına yönelik uygulamaların olmadığını düşünenlerin algısı %56,2 ve iş yerinde sorunları iletecek mekanizmaları bulamadıklarına %31,4 oranında algı düzeyleri belirlenmiştir. Tüm sorular içerisinde iş yerinde görev tanımı dışında işler verilmesine yönelik olumsuz algı düzeyi en yüksektir. Hastanelerde eleman

yetersizliğine bağlı olarak sağlık personeli ve taşeron firma çalışanlarının büyük bir bölümü görev tanımı dışında işler yapmaktadır. Bunlara örnek olarak; temizlik ve güvenlikten sorumlu personelin hasta taşınması, hemşirelerin hekimin yapması gereken bazı girişimsel işlemleri (dikiş atmak, arter kan gazı almak v.b.) yapmaktadır. Çalışanların iş yerinde sorunları iletecek mekanizmaları bulamadıkları yönündeki algıları önemsenmesi gereken düzeydedir.

İş yeri hijyeni ve düzenine yönelik İSG uygulamalarından; yeme-içme, dinlenme gibi temel ihtiyaçlar için uygun ve donanımlı alan ayrılmadığını algılayanların oranı %27,7 olarak belirlenmiştir. Bunun dışında kalan diğer iş yeri hijyeni ve düzenine yönelik İSG uygulamalarında çalışan algıları olumlu olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmet sunumunun 24 saat kesintisiz ve yoğun bir şekilde olduğu düşünüldüğünde, çalışanların iş aralarında dinlenmesi için uygun ve donanımlı alanların tüm çalışanlara sağlanması oldukça önemlidir.

Ergonomiye yönelik İSG uygulamalarından; sırt-bel incinmesi riski oluşturacak yüklerin itilmesi ve çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçlarının sağlanmadığını algılayanların oranı %23,8 olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarında sık görülen meslek hastalıklarından; kas iskelet sistemi hastalıkları giderek artan orandadır. İtme, çekme ve taşıma gibi sebeplerle oluşan bu hastalıkların önlenmesinde uygun taşıma araçlarının sağlanması gerekmektedir.

Periyodik sağlık kontrollerinin yapılmadığı yönünde algıları olan çalışanlar oranı %34,0, iş yeri hekimize işe uygun olduğunu tespit eden sağlık raporu almadığını algılayanların oranı %27,9 olarak belirlenmiştir. Bu bize periyodik sağlık kontrollerinin belirli birimlerde yapıldığını ve hastanenin tüm çalışanlarına yaygınlaştırılmadığını düşündürmektedir.

Hastanede atık yönetimi İSG uygulamalarına uyumda çalışanların algı düzeyleri %88,4 ile %95,4 arasında değişen oranlarda olumlu olarak belirlenmiştir. Bu oranlar hastanede atıkların uygun bir şekilde sınıflandırıldığı, etiketlendirildiği, kesici-delici atıkların diğer atıklardan ayrı toplandığı ve atıkların elle taşınmadığını yönündedir. Bunun sebebinin, hastanede atık yönetimi uygulamalarında süreçlerin iyi yönetiliyor olduğu söylenebilir.

Acil durum İSG uygulamalarına yönelik çalışanların %82,1 ile %87,8 arasında değişen oranlarda olumlu algıları belirlenmiştir. Bu durum bize acil durum İSG uygulamaları süreçlerinin çalışanlara iyi anlatıldığı ve kurumda buna yönelik yapılan uygulamaların işlerliğinin iyi olduğunu göstermektedir.

Makine-tıbbi cihaz İSG uygulamalarına yönelik çalışanların olumlu algı düzeyleri, “makine-araç ve gereçlerin güvenli kullanımına dair eğitim verilmesi” konusu dışında yüksek bulunmuştur. Makine, araç ve gereçlerin güvenli kullanımı konusunda eğitim verilmediğini algılayanların %28,3 oranında olması, çalışanların makine-araç ve gereçleri güvenli kullanabilmesi için gerekli eğitimi almamalarına bağlı olarak kaza ve yaralanmalara daha fazla maruz kalabilecekleri gerçeğidir. İklimlendirme cihazlarının bakım ve kontrollerinin belirli periyotlarda yapılmadığını algılayanların oranı %22,9, elektrikli donanımların ve elektrik sisteminin bakım ve onarımı belirli periyotlarda yapılmadığını algılayanların oranı ise %26 olarak belirlenmiştir.

Hastane çalışanlarının İSG uygulamalarına yönelik farkındalık düzeylerini değerlendirecek olursak; temel İSG, fiziki çevre, ergonomi, makine-tıbbi cihaz ve İSG uygulamalarının genelinde çalışanların eğitim düzeyi arttıkça farkında olma durumunun arttığı belirlenmiştir. Farkındalığın hangi gruptan kaynaklandığına bakacak olursak; lisans ve lisans üstü eğitim görenlerin lise ve ön lisans eğitim görenlerden farkındalıkları yüksek bulunmuştur. Atık yönetimi ve acil durum İSG uygulamalarında ise eğitim düzeyi azaldıkça farkında olma durumunun arttığı belirlenmiştir. Farkındalığın hangi gruptan kaynaklandığına bakacak olursak; ilköğretim eğitim görenlerin farkındalıkları, ön lisans, lisans ve yüksek lisans eğitim görenlerin farkındalıklarından yüksek bulunmuştur. Acil durum ekiplerinin büyük çoğunluğunun eğitim seviyesi daha düşük olan taşeron firma çalışanlarından (güvenlik, temizlik, teknik servis v.b.) oluşmasından dolayı, bu grup çalışanların çoğunun acil durum ekiplerinde görev ve eğitim almalarından dolayı farkında olma durumları daha yüksektir. Sağlık personeli ise bu işi genellikle ikincil bir iş olarak gördükleri için veya adeta yük olarak gördükleri için İSG uygulamalarına yönelik motivasyonları düşüktür. Aynı durum atık yönetimi İSG uygulamaları içinde söylenebilir. Atıkların toplanması, taşınması, etiketlenmesi temizlik personelleri tarafından yapılmaktadır. Bu meslek grubunun çoğunun ilköğretim eğitim seviyesinde olduğu düşünülürse, yaptıkları iş gereği temizlik personellerinin atık yönetimi ile ilgili farkında olma durumlarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Hastanede toplam İSG uygulamalarında farkında olma durumu kurumdaki çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi arttıkça, çalışanların farkındalığının da arttığı yönündedir. Kurumdaki çalışma süresinin artması ile farkında olma durumunun artması, çalışanların kurumu daha iyi tanıdıkları, zamanla süreçlere dahil oldukları ve tecrübe edindiklerini düşündürmektedir. Meslekte çalışma süresinin artması ile farkında olma durumunun artması ise meslekte zamanla edinilen tecrübe ile açıklanabilir. Kurumda ve meslekte çalışma tecrübesi

az olan bir çalışanın, hastanenin en riskli birimlerinde işe başlatılması, tecrübesizliğin ve kurumu yeterince tanımamasına bağlı olarak, toplam İSG uygulamalarına yönelik farkında olma durumunun daha düşük olmasına neden olacaktır. Bu durum çalışanı, tecrübeli ve kurumunu zamanla daha iyi tanıyabilen diğer çalışma arkadaşlarına göre, tehlike ve risklerle karşılaşma durumunda daha savunmasız kılacak ve iş kazasına maruz kalma ihtimalini de artıracaktır.

Çalışmamızda toplam İSG uygulamalarının sağlanmasında farkındalıklar, İSG hakkında eğitim alma durumuna göre değerlendirildiğinde; İSG eğitimi almayanların, alanlardan daha farkında olduğu şeklinde çıkmıştır. Bu durum hastanede verilen İSG eğitiminin etkin yapılmadığını ve İSG profesyonelleri tarafından verilmediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastanede toplam İSG uygulamalarında ve tüm alt boyutlarda çalışanların farkında olma durumunun hastanede çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmamızda en çok dikkat çeken birimlerden güvenlik birimi çalışanlarının İSG uygulamaları toplam puanlarının, tüm birimlerin toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Kurumda diğer birim çalışanlarının aksine güvenlik birimi çalışanlarının sabit bir görev yerleri olmayıp, yaptıkları iş gereği rotasyon ile hastanenin tüm birimlerinde çalışmaktadırlar. Buna bağlı olarak, hizmet verdikleri tüm birimlerin riskleri ve İSG uygulamaları konusunda bilgi sahibidirler. Çalışmamızda dikkat çeken diğer birim ise klinik çalışanlarının İSG uygulamaları toplam puanlarının acil, poliklinik ve radyoloji birimleri toplam puanlarından yüksek bulunmasıdır. Cerrahi ve dahili branşlarda hizmet veren klinik çalışanları yaptıkları işin gereği olarak hastanenin tüm birimleri ile irtibat içindedirler ve o birimlerdeki İSG uygulamaları hakkında da bilgi sahibidirler. Bu durum klinik çalışanlarının farkındalığın yüksek çıkmasını açıklamak için bir sebep olarak düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmanın sonuçlarında; çalışılan birimde en önemli görülen riskin toplam İSG uygulamalarındaki farkında olma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı belirlenmiştir. Birimde en önemli görülen riskin İSG alt boyutlarında ise acil durum, fiziki çevre, meslek hastalıkları ve kazalar ile atık yönetimi İSG uygulamalarının farkında olma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastanede toplam İSG uygulamaları ve tüm alt boyutlarında farkında olma durumu acil durum ekiplerinde görevli olma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. Acil durum ekiplerinde olan çalışanların farkında olma durumunun daha

yüksek olması beklenirken, bizim çalışmamızda acil durum ekibinde olanlarla, olmayanlar arasındaki farkında olma durumunda bir fark bulunamamıştır. Bu durum bize acil durum ekibinde görev alan çalışanların eğitim ve bilgilendirme ve insan kaynağı seçimi süreçlerinde problem olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda hastanede toplam İSG uygulamalarının sağlanmasında farkında olma durumu makine ve tıbbi cihaz kullanma durumuna göre farklılık göstermemektedir. Ancak alt boyutlara baktığımızda; eğitim ve bilgilendirme, fiziki çevre ve psiko-sosyal İSG uygulamalarına yönelik farkında olma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre önerilerimiz aşağıda sıralanmıştır;

- İSG eğitimleri, İSG profesyonelleri tarafından verilmeli ve verilen eğitimin sonunda ölçme ve değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.
- Risk analizi sonuçlarına göre risk düzeyi yüksek birimlere (ameliyathane, yoğun bakım, acil servis v.b.) personel seçimi yapılırken, kurumda ve meslekte tecrübe süresi göz önüne alınmalıdır. İşe yeni girmiş personel, daha risksiz bölümlerde oryantasyon sürecini tamamladıktan sonra, riskli bölümlerde görevlendirilebilir.
- Acil durum ekiplerine personel seçimi yapılırken, gönüllülük esasına ve mesleki ve kurumsal tecrübesine göre seçim yapılmalıdır. Acil durum ekiplerinin gönüllülük ve tecrübe temelinde oluşturulması bu ekiplerin başarısını sağlayacaktır.
- Oluşturulan acil durum ekiplerinin, alanında yetkin eğitmenler tarafından düzenli olarak, teorik ve pratik eğitimleri sağlanmalıdır.
- Fiziki çevre ayrıca önem verilmelidir. Termal konfor ve havalandırma alt yapısı gözden geçirilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının çalışma planları hazırlanırken, eğitim saatlerinin bu plan içinde belirlenmesi ve bu eğitimlere katılımı sağlamak için gerekli ödül veya ceza sisteminin oluşturulması sağlanmalıdır.
- Kurumda İSG uygulamalarının etkinliğini artırmak için, çalışan görüş ve önerilerini iletebileceği mekanizmalar oluşturulmalıdır.
- İSG denetlemelerinin yeterli düzeyde ve görünür biçimde yapılması, çalışanların konuya önem vermesini ve farkındalığını arttıracaktır.
- İşe giriş muayenesi yapılmamış çalışanların işe başlatılmaması ve periyodik sağlık muayenelerinin belirlenen plan dahilinde yapılması ve takibi sağlanmalıdır.

- Çalışanların yeme-içme, dinlenme gibi temel ihtiyaçları için uygun ve donanımlı alanların tesis edilmesi sağlanmalıdır.
- Çalışanların itme, çekme ve taşıma gibi işlemleri yapması için, uygun taşıma araçlarının temini sağlanmalıdır.
- Çalışanlara kendi görev tanımı dışında işler verilmesinin önüne geçilmelidir.
- İş stresini önlemek ve iş doyumunu artırmak için, belirli periyotlarda iş motivasyonu artırıcı aktiviteler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Sarıçam H. *İş sağlığı ve güvenliği kapsamında hemşirelerin karşılaştığı risk ve tehlikelerin iş stresi düzeyleri üzerine etkisi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
2. Tekin S. "İşletmelerde iş sağlığı ve güvenliğine yapılan yatırımların maliyet kazanç analizi", *İş Müfettişi Yardımcılığı Etüdü*, Ankara, 2014; 1-44.
3. Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. *Halk Sağlığı*, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları, Ankara, 2011.
4. Somunoğlu S. "Kavramsal açıdan sağlık", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1999, 4(1); 51-62.
5. İşler MC. "İş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ile güvenlik kültürünün iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesindeki etkisi", *İş Müfettiş Yardımcılığı Etüdü*, Ankara, 2013; 1-64.
6. Parlar S. "Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7(6); 547-554.
7. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.2709&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch> Erişim: 26 Mart 2017.
8. Taş B. *Ameliyathane çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği* (Tez). Beykent Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
9. Alper Y. "Bazı ülkelerde işçi sağlığı iş güvenliği uygulamaları ve Türkiye'deki uygulama ile karşılaştırılması", *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 1992, 83-101.
10. Kula S, Çakar B. "Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki", *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 2015, 6(12);191-210.
11. Aytaç S. "İş kazalarını önlemede güvenlik kültürünün önemi", *Türk Metal Dergisi*, 2011, 1-8.
12. Ceylan H, Başhelvacı VS. "Risk değerlendirme tablosu yöntemi ile risk analizi: bir uygulama", *International Journal of Engineering Research and Development*, 2011, 3(2); 25-33.

13. Türk Dil Kurumu.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5940469dd31653.40212870 Erişim: 26 Mart 2017.
14. TS. 18001 Türk Standartı. <https://kalite.ahievran.edu.tr/kullanicidosya/files/tse-en-iso-18001.pdf> Erişim: 26 Mart 2017.
15. Özkılıç Ö. “İş sağlığı ve güvenliği, yönetim sistemleri ve risk değerlendirme metodolojileri”, *Türk-İş Yayını*, 2005.
16. İzgi BB. "Türk sosyal güvenlik sisteminde son gelişmeler." *Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi* (2008): 85-107.
17. Korkmaz E. *Doğalgaz sayaç üretim tesislerinde 5S sistemi tabanında iş sağlığı ve güvenliği değerlendirmesi* (Tez). İstanbul Teknik Üniversitesi, Çevre Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
18. Karaosmanoğlu F. *İnşaat projelerinin iş sağlığı ve güvenliği performansının sözleşme ve sözleşmesel düzenlemeler aracılığı ile arttırılmasına yönelik bir inceleme* (Tez). İstanbul Teknik Üniversitesi, Mimarlık Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
19. 5510 Sayılı, Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5510> Erişim: 02 Nisan 2017.
20. Cebeci H. *Türkiye 'de kamu kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları: Karabük ili kamu hastanelerinde bir çalışma* (Tez). Karabük Üniversitesi, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
21. Bardakçı G. *Uluslararası inşaat projelerinde ulusal kültürün iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına olan etkisinin incelenmesi* (Tez). Anadolu Üniversitesi, İnşaat Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
22. TMMOB Makina Mühendisleri Odası Raporu, “İş sağlığı ve güvenliği,” 2012.
http://www1.mmo.org.tr/resimler/dosya_ekler/e2a852565a099c2_ek.pdf Erişim: 02 Nisan 2017.
23. Öztürk H, Babacan E, Anahar EÖ. “Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1(4).
24. 6331 Sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf> Erişim: 02 Nisan 2017
25. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Meslek Hastalıkları Rehberi, 2011.
<http://www3.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/isggm/dosyalar/Meslek-Hastalıkları-Kitab%C4%B1> Erişim: 02 Nisan 2017.

26. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=2.5.74496&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=sosyal&Tur=2&Tertip=5&No=74496> Erişim: 02 Nisan 2017.
27. Ilıman EZ. “Türkiye’de meslek hastalıkları”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2015, 1(1); 21-36.
28. T.C. Çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Araştırma Merkezi “Meslek hastalıkları”, Ankara, 2013.
<https://www.csgb.gov.tr/media/2070/meslekhastaliklari.pdf> Erişim: 04 Nisan 2017
29. Yılmaz F. “Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülkelerde ve Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009, 6(1); 45-72.
30. Karadeniz O. “Dünya’da ve Türkiye’de iş kazaları ve meslek hastalıkları ve sosyal koruma yetersizliği”, *Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 2012, 3(34); 15-72.
31. Güvel ŞT. *İş sağlığı ve güvenliği sisteminin yapım işlerinde uygulanmasında yaşanan sıkıntılar ve çözüm önerileri* (Tez). Çukurova Üniversitesi, İnşaat Mühendisliği Anabilim Dalı Doktora Lisans Tezi; 2016.
32. Takala J. “İş sağlığı güvenliği yaşam kurtarabilecek bir güvenlik kültürü”,
http://calismaortami.fisek.org.tr/wp-content/uploads/calisma_ortami68.pdf
33. Tüzüner VL, Özasan BÖ. “Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 2011, 40(2); 138-154.
34. Karacan E, Erdoğan ÖN. “İşçi sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım”, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 201121(1);102-116.
35. Charles D. Reesse, *Occupational Healthand Safety Management: A Practical Approach*, Lewis Publishers, USA, 2003, s.2.
36. Vayısoğlu ZA. *İnsan kaynakları açısından işçi sağlığı ve iş güvenliği tedbirleri ve konuyla ilgili bir araştırma* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2008.
37. Litvyakov R. “Emeğin bilimi”, *Çalışma Ortamı Dergisi*, Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Yayını, 20006, 96(1);14-19.
38. Bilir N, Yıldız AN. “İş sağlığı ve güvenliği”, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2014.

39. Akadam A. *İş güvenliği yönetim sistemi ve ford otosan inönü fabrikasında psikoteknik değerlendirme uygulaması* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
40. Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği. “İşçi sağlığı ve iş güvenliği” Makine Mühendisleri Oda Raporu, 4. Baskı. Ankara; 2012, s: 9-10.
41. Seyyar A. “Ulusal ve uluslararası mevzuat açısından iş sağlığı ve güvenliği sisteminde iş yeri hekimliği ve iş yeri hemşireliği uygulamaları”,
http://www.sosyalsiyaset.net/documents/issagligi_guvenligi.htm Erişim; 02.04.2017.
42. TMMOB (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği), “İş sağlığı ve güvenliği”, Makine Mühendisleri Oda Raporu, Ankara, Yayın No: MMO/2010/529
43. Kaya A. “İş güvenliğine ilişkin çalışmaların tarihsel gelişimi”,
<http://www.riskanaliz.net/2007/11/21/is-guvenligi-konusunun-tarihsel-gelisimi>
Erişim; 04.04.2017.
44. Gençler A. “İş sağlığı ve iş güvenliği alanında mevzuatımızdan doğan yükümlülükler”, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 2007.
45. Alp E. “İş sağlığı ve güvenliği” Makine Mühendisleri Odası, Yayın No: MMO/363/2 Ankara, 2006.
46. Baloğlu C. *Avrupa Birliği ve Türkiye’de İş Sağlığı Ve Güvenliği*, Beta Yayınları, İstanbul, 2013.
47. Altan ÖZ. *Sosyal Politika Dersleri*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004.
48. Arııcı K. *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Dersleri*, Sargın Ofset, Ankara, 1999: 26-45.
49. Akkaya G. *Avrupa Birliği ve Türk mevzuatı açısından sağlık kuruluşlarında iş sağlığı, iş güvenliği, meslek hastalıkları ve bir araştırma* (Tez). İstanbul Üniversitesi, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı Doktora Tezi; 2007.
50. Durdu A. *İşçi sağlığı ve iş güvenliği düzenlemeleri ile ilgili iş görenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma* (Tez). İstanbul Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
51. Risk Med. *Yeni Mevzuat Işığında İş Sağlığı Ve Güvenliği Temel Bilgileri*, İlgı Matbaa, Ankara, 2012.
52. Süzek S. *İş Hukuku*, Beta Yayınları, İstanbul, 2005.
53. Özdamar S. *Çalışma mevzuatı: 1920-1996*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 1996.

54. Ayhan NB. *6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu kapsamında devlet, işveren ve çalışan açısından imalat sektörünün değerlendirilmesi* (Proje). Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Yüksek Lisans Projesi; 2014.
55. Özaslan BÖ. *İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi ve lojistik sektöründe faaliyet gösteren işletmelerde bir araştırma* (Tez). İstanbul Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2011.
56. Altekin N. *Uluslararası Çalışma Örgütü ve Türkiye'ye İlişkin Kararları, İş Müfettişi Yardımcılığı Etüdü*, İstanbul, 2013.
57. 6331 Sayılı İş Kanunu, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/12953.pdf> Erişim; 09.04.2017.
58. Akay E. *Türkiye'de iş sağlığı ve iş güvenliği, Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırılması ve bir hizmet modeli önerisi* (Tez). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
59. Mezarciöz S, Oğulata RT. "6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu-tekstil işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği sorunları", *Mühendis ve Makine Dergisi*, Ankara, 2014, 55;655.
60. Yılmaz F. *Avrupa Birliği ve Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği: türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği kurullarının etkinlik düzeyinin ölçülmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2009.
61. Düzen EB. *Hazır giyim sektöründe iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının kalite ile ilişkisi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
62. Karahan B. *Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği* (Tez). Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
63. Karaca Y. *Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği* (Tez). Beykent Üniversitesi, İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
64. Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) Tarihçe, <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--en/index.htm> Erişim; 08.04.2017.
65. Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) Tarihçe, http://www.ilo.org/ankara/about-us/WCMS_372874/lang--tr/index.htm Erişim; 08.04.2017.
66. Dedeoğlu N. *Uluslararası Sağlık Çalışmalarının Tarihçesi*, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, 1998.

67. Dünya Sağlık Örgütü. “İş sağlığı ve güvenliği”,
http://www.who.int/occupational_health/en/ Erişim; 14.04.2017.
68. Erol K. *Gönüllü Kuruluşların Türk Hukuk sistemindeki Yeri ve Avrupa Birliği Mevzuatı İle Karşılaştırmalar*, Türkiye Çevre Vakfı Yayını, Ankara, 1995.
69. Gençtürk T. “Avrupa Birliği tarihçesi”.
<https://abehicozcan.files.wordpress.com/2016/12/avrupa-birlic49fi-tarih3a7esi.docx>
Erişim; 02.04.2017.
70. Avrupa Birliğinin tarihçesi. <http://www.ab.gov.tr/index.php?p=105> Erişim;
02.04.2017.
71. Yıldız B. *Avrupa Birliği ve Türkiye*, İzmir Ticaret Odası, 2008.
72. Dış İşleri Bakanlığı. “Türkiye-AB ilişkileri”. <http://www.mfa.gov.tr/turkiye-ab-iliiskilerine-genel-bakis.tr.mfa> Erişim; 07.04.2017.
73. Aydın F. *Avrupa Birliği 'nde İş Sağlığı Ve Güvenliği*, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara, 2014.
74. EU-OHSA Yunanistan. <https://osha.europa.eu/en/about-eu-osha/national-focal-points/greece> Erişim; 07.04.2017.
75. Tekelli İ, İlkın S. *Türkiye ve Avrupa Topluluğu I – Ulus Devleti Aşma Çabasındaki Avrupa 'ya Türkiye 'nin Yaklaşımı*, Ümit Yayıncılık, Ankara,1993.
76. Devlet Planlama Teşkilatı, “Türkiye'nin Avrupa Birliğine katılım sürecine ilişkin 2003 yılı ilerleme raporu”, Ankara, 2003.
77. Dışişleri Bakanlığı. “Birleşmiş Milletler Teşkilatı ve Türkiye”.
<http://www.mfa.gov.tr/birlesmis-milletler-teskilati-ve-turkiye.tr.mfa> Erişim;
07.04.2017.
78. Yılmaz S. *Küreselleşme sürecinde uluslararası kuruluşların ulus devletlerin ekonomik ve siyasal yapılarına etkileri: Türkiye örneği* (Tez). Muğla Üniversitesi, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
79. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. “*Ulusal iş sağlığı ve güvenliği politika belgesi- iii ve eylem planı 2014-2018*”, 2014.
http://www.ybu.edu.tr/İSG/contents/files/ulusal_İSGPolitikaBelgesi.pdf Erişim;
07.04.2017.
80. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. “Kobilerde risk değerlendirmesi uygulamalarının İSG açısından incelenmesi projesi”, Ankara, 2015.
<http://www.casgem.gov.tr/dosyalar/kitap/85/dosya-85-5506.pdf> Erişim; 07.04.2017.

81. Dizdar EN. *Türkiye’de Ve Dünyada İSG Sistem Ve Kurumları*, Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, İş Sağlığı Ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Ders Kitabı.
82. Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü. <https://www.ttl.fi/en/about-us/> Erişim; 07.04.2017.
83. Yunanistan, Sağlık ve Hijyen Merkezi ve Güvenlik Merkezi. http://www.elinyae.gr/en/item_details.jsp?cat_id=28&item_id=5742 Erişim; 07.04.2017.
84. Roma Büyükelçiliği. “İtalya’da sosyal güvenlik uygulamaları, dünya ekonomik forumu 2016–2017 yılı küresel rekabet raporu”, 2016. http://www.economy.gov.tr/portal/content/conn/UCM/uuid/dDocName:EK-241972;jsessionid=3WXFOofybcGOKB_lhmHOoRUAUVgZcXMUZx5yVm7ZKAn_unjHyhF!358240079 Erişim; 14.04.2017.
85. Türkiye’de ve Dünyada iş sağlığı ve güvenliği. www.iguder.org/images/Türkiye.docx Erişim; 14.04.2017.
86. Norveç Ulusal Mesleki Sağlık Enstitüsü. <https://stami.no/en/about-us/> Erişim; 14.04.2017.
87. EU-OHSA Türkiye. <https://osha.europa.eu/en/about-eu-osha/national-focal-points/turkey> Erişim; 14.04.2017.
88. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Tarihçe. <https://www.csgb.gov.tr/home/Contents/Bakanlik/Tarihce> Erişim; 14.04.2017.
89. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. “Kuruluş ve görevleri”. <http://www3.csgb.gov.tr/csgbPortal/İSGgm.portal?page=genelmudurluk&id=3> Erişim; 14.04.2017.
90. Ulusal ve Uluslararası Kuruluşlar ve Sözleşmeler. <http://www.baskentfreze.com/FileUpload/bs544200/File/3-ulusal-ve-uluslararası-kuruluslar.pdf> Erişim; 14.04.2017.
91. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Tarihçe. <http://www.casgem.gov.tr/sayfalar/sayfa/params/tip-sayfa/id-8/tarihce.html> Erişim; 14.04.2017.
92. Erhan ZE. *Yeni iş sağlığı ve güvenliği kanununun işletmelerde güvenlik iklimine etkisi ve alan araştırması* (Tez). İstanbul Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
93. Uçak G. *Çalışanların yönetime katılımı alanı olarak iş sağlığı ve güvenliği* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.

94. Sağlık Bakanlığının Tarihçesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
Erişim; 14.04.2017.
95. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun
Hükmünde Kararname. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf> Erişim;
16.04.2017.
96. Millî Savunma Bakanlığı. “Askerî iş müfettişleri yönetmeliği”,
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111216-4.htm> Erişim; 14.04.2017
97. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı.
<https://www.csb.gov.tr/turkce/index.php?Sayfa=sayfa&Tur=webmenu&Id=15> Erişim;
19.04.2017
98. Türkiye Cumhuriyeti Danıştay Başkanlığı. “İnsan hakları evrensel beyannamesi”.
<http://www.danistay.gov.tr/upload/insanhaklarievrenselbeyannamesi.pdf> Erişim;
14.04.2017.
99. Birleşmiş Milletler. “İnsan hakları evrensel beyannamesi”
<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=trk> Erişim;
14.04.2017.
100. İLO. “İş sağlığı ve güvenliği”. <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--de/index.htm> Erişim; 14.04.2017.
101. Hsu CJ, “An analysis of the new global strategy and action on occupational safety and health of the international labour organization”, Journal of Occupational Safety and Health, 2011, 19:183-198.
102. İLO. “Sözleşmeler ve tavsiyeler”. <http://ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-and-recommendations/lang--en/index.htm>
Erişim; 14.04.2017.
103. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. “İLO Sözleşmeleri”.
<https://www.csgb.gov.tr/media/2078/%C4%B1losozlesmeleri.pdf> Erişim; 17.04.2017.
104. Tiryaki D. *İş sağlığı ve güvenliğindeki gelişmeler: altınova tersaneleri çalışanlarının farkındalıklarının değerlendirilmesi* (Tez). Yalova Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
105. Devlet Planlama Teşkilatı. “Avrupa sosyal şartı (Avrupa sosyal haklar sözleşmesi)”.
http://www.dpb.gov.tr/F/Root/daireler/kamu_personel_ist/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf Erişim; 20.04.2017.
106. TBMM. “Avrupa sosyal şartı”.
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf> Erişim; 20.04.2017.

107. Erdoğan G. “Avrupa sosyal şartı ve gözden geçirilmiş avrupa sosyal şartı”.
<http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2008-78-454> Erişim; 20.04.2017.
108. Anayasa Mahkemesi. “Avrupa sosyal şartı’na kısa bir bakış”.
http://www.anayasa.gov.tr/files/insan_haklari_mahkemesi/avrupa_sosyal_sarti/Avrupa_SosyalSartkisabakisTR.pdf Erişim; 20.04.2017.
109. Karahasanoğlu CO. “Mecelle-İ Ahkam-I Adliyye’nin yürürlüğe girişi ve Türk hukuk tarihi bakımından önemi”, *Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, 2011, 29(29); 93-124.
110. Aykanat M. “Mecelle’de iş sözleşmesi”, *Akademik Bakış Dergisi*, 2015, S.47.
111. Cin H, Akgündüz A. *Türk Hukuk Tarihi*, Osmanlı Araştırmaları Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996, s.253.
112. Talas C. *Türkiye’nin Açıklamalı Sosyal Politika Tarihi*, Bilgi Yayınları Birinci Baskı, İstanbul, 1992, s.112.
113. Taş Kömürü Havzasında Bahriye Nezareti Yönetimi Ve Dilaver Paşa Nizamnamesi.
<http://docplayer.biz.tr/24570114-Tas-komuru-havzasinda-isletmelerinde-bahriye-nezareti-yonetimi-ve-dilaver-pasa-nizamnamesi.html> Erişim; 10.04.2017.
114. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf> Erişim; 19.04.2017.
115. 6098 Sayılı Borçlar Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf> Erişim; 19.04.2017.
116. 5393 sayılı Belediye Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5393.pdf> Erişim; 15.04.2017.
117. 3308 Sayılı Meslek Eğitimi Kanunu.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3308.pdf> Erişim; 19.04.2017.
118. 657 Devlet Memurları Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> Erişim; 19.04.2017.
119. 4857 Sayılı İş Kanunu, <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4857.html> Erişim; 14.04.2017.
120. Vayrynen S, Hakkinen K, Niskanen T. *Integrated Occupational Safety and Health Management Solutions and Industrial Cases*. Switzerland: Springer; 2015, 7: 15.
121. Rodríguez M, Rodríguez E. “Perception of workers about the workplace health and safety system in a level III hospital, bogota-Colombia”, *Journal For Research Analysis*, 2015, 4: 2277 – 8160.

122. TÜİK. “Sağlık istatistikleri”. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim; 14.04.2017.
123. Parlar S. “Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı” *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2018, s7.
124. Esin AK. Çakar İ, Zeyrek S. “İş yerlerinde aydınlatma”. www.İSGum.gov.tr/rsm/file/İSGdoc/IG1isyerinde_aydinlatma.pdf Erişim; 14.04.2017.
125. Dokuzoğuz B. *Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri. Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı*. Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını No:2. Bilimsel Tıp Yayınevi, 2004; 403-417.
126. Öcal A. *Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği* (Tez). Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
127. Baykam N. *Hastane İnfeksiyonlarının Kontrolünde Havalandırmanın Önemi*, Hastane İnfeksiyonları Kontrolü El Kitabı. Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını No:2. Bilimsel Tıp Yayınevi, 2004; 373-381.
128. Zimring C, Anjali J, Ruchi C. "The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity." Concord, CA: The Center for Health Design, 2004.
129. Johansson E, Emmanuel R. “The influence of urban design on outdoor thermal comfort in the hot humid city of Colombo Sri Lanka”, *Int. J. Biometeorol*, 2006, (51) ;119-133.
130. Murphy J. “Temperature and humidity control in surgery room”, *Health-Care HVAC, ASHRAE Journal*, 2006, 48;18–25.
131. Del Ferraro S. "A field study on thermal comfort in an Italian hospital considering differences in gender and age." *Applied Ergonomics*, 2015; 177-184.
132. *Occupational risks of health workers (first edition)*, Publications of the Turkish Medical Union, Ankara, 2008.
133. Özen S, Tosun P, Helhel DS. “Electromagnetic field levels in emergency call centers and assessment of occupational exposure” Istanbul: Symposium on Electromagnetic Fields and Effects, Safety for Environment and Public Health; 2011; 221–224.
134. Dindar İ, İşsever H, Özen M. “Edirne merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerde iş ile ilgili rahatsızlıklar ve konulan tanılar”, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2004, 7(1): 59-63.

135. Tunç İ. *Sağlık sektöründe iş sağlığı ve iş güvenliği* (Tez). Yalova Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
136. Yavuz E. *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve iş güvenliği durumlarının incelenmesi* (Tez) Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
137. Bansal P. "Nitrile gloves over latex gloves: need of the hour!", *International Journal of Nursing*, 2015.
138. Ulutasdemir N, Tanir F. *Occupational Risks of Health Professionals*, Occupational Health. InTech, 2017.
139. Kim JL. "Respiratory symptoms and respiratory-related absence from work among health care workers in Sweden." *Journal of Asthma*, 2013, 50(2):174-179.
140. Demir M, Tuncay E, Yentürk E, Kanmaz D. "Risk of tuberculosis infection in employees of chest diseases hospital". *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2014, 8(2):57–61.
141. Weber DJ, Anderson D, Rutala WA. "The role of the surface environment in healthcare-associated infections" *Current Opinion In Infectious Diseases*, 2013 26(4); 338-344.
142. Parco S. "Manual accidents, biological risk control, and quality indicators at a children's hospital in north-east Italy" *Risk Management and Healthcare Policy*, 2015: 37.
143. Bálint T, Halász S, Lengyel G, Németh E, Fehér J. "HCV infection from the viewpoint of medical law". *Orv Hetil*, 2006;147(20):937–943.
144. Keyvani H, Fazlalipour M, Monavari SH, Mollaie HR. "Hepatitis C virus–proteins, diagnosis, treatment and new approaches for vaccine development". *Asian Pac J Cancer Prev.*, 2012, 13(12):5931–5949.
145. Yoldaş Ö, Bulut A, Ertürk E, Çelik D, Karakaşoğlu Ü, Altındış M. "Sağlık çalışanlarında enfekte kan ve vücut sıvılarına maruziyet riskinin belirlenmesi", *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2014, 15(3); 297-30.
146. Camkurt MZ. "İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi", *TÜHYS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 2007, 21(1) ;80-106.
147. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, "İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları rehberi", Ankara, 2014.
148. Ergonomi Nedir? <http://www.ergonomi.itu.edu.tr/ergonomi.html> Erişim:10.04.2017.

149. Schuchmann JH. "Occupational rehabilitation", Braddom B.L (Ed) *Physical Medecine and Rehabilitation*, 1996: 938-954.
150. Babayigit MA, Kurt M. "Hastane ergonomisi" *İstanbul Med J*, 2013, 14; 153-9 .
151. Human Factors and Ergonomics Society, ANSI/HFES 100-2007 Human Factors Engineering of Computer Workstations, 2007.
152. Dinora B, Javier C, Aurelio T, Sergio V, Fernando G, Consol S. Work-related "Psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis", *Int. J. Nurs. Stud.* 2015, 52, 635–648.
153. Josephson M, Vingard E. "Workplace factors and care seeking for low-back pain among female nursing personnel". *Scand. J. Work Environ*, 1998, (24): 465–472.
154. Zapf D. "Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument." *European Journal of Work And Organizational Psychology*, 1999, 8(3): 371-400.
155. Slany C. "Psychosocial work factors and long sickness absence in europe". *International Journal Of Occupational And Environmental Health*, 2014 20(1): 16-25.
156. Laschinger HKS, Fida R. "New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital." *Burnout Research* 2014, 1(1) :19-28.
157. Heponiemi T, Kouvonen A. "The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control", *BMC Health Services Research*, 2014, 14(1): 19.
158. Elbek O, Adaş EB. "Hekimlere/sağlık çalışanlarına yönelik şiddet", "Değişen dünyada biyoetik," Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 2012, 18;163–171.
159. MF, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Ahmadvand H. "Psychological violence in the health care settings in İran: a cross-sectional study." *Nursing and Midwifery Studies*, 2015, 4(1).
160. Lanza ML, Zeiss RA, Rierdan J. "Non-physical violence: a risk factor for physical violence in health care settings". *AAOHN J.* 2006;54(9):397–402.
161. Büyükbayram A, Okçay H. "Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler", *Journal of Psychiatric Nursing*, 2013, 4(1);46-53.
162. Aytekin F A. *İş sağlığı ve güvenliğinin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.

163. Meydanlıoğlu A. “Sağlık alışanlarının sağlığı ve güvenliği”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(3); 192-199.
164. Merih YD, Kocabey MY, ırpı F, Bolca Z, Celayir AC. “bir devlet hastanesinde 3 yıl içerisinde görülen kesici-delici alet yaralanmalarının epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik nlemler”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2009, 40(1);11-15.
165. Omaç M, Eğri M, Karaoğlu L. “Malatya merkez hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde mesleki kesici delici yaralanma ve hepatit B bağışıklanma durumları”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 17 (1); 19-25.
166. Akova M. “Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan viral infeksiyonlar ve korunmak için alınacak nlemler”, Sağlık alışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, Ankara, 1999; 48-54.
167. Aygün P. “Kesici-delici alet yaralanmaları ve korunma nlemleri”. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, İstanbul, 2007.
168. etin A. *Kamuda yönetici ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği uygulamasına yönelik tutumlarının belirlenmesi: sağlık sektöründe bir uygulama (Tez)*. Türk Hava Kurumu Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
169. Kahraman G, zyiğit G, Kaya S. “Hastanelerin radyoloji, radyoterapi ve nükleer tıp biriminde çalışan sağlık personelinin çalışan güvenliği konusundaki farkındalığı” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2016, 19(3); 305-324.
170. Doğruyol F. *Kamu sağlık kurumlarında çalışan diş protez teknisyenlerinin iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden mesleki risk ve tehlikeler (Tez)*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
171. Aslan FE, ntrk ZK. “Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve nlemler”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, 4(1); 133-140.
172. Dorman V, Aslan S, Ceylan A, Küçük SN, Gnel A, Sarı H, Yalım D. “Aynı fabrikadan yemek alan iki inşaat firması işçilerinde meydana gelen toplu besin zehirlenmesi”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2010, 37(3); 248-253.
173. Konur , Canbakan S, apan N. “Lateks allerjisi”, *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 2006, 17(1); 44-54.
174. Oğan H. “Sağlık alışanlarının sağlığı çalışma gurubu süreci”, Sağlık alışanlarında İş Kazaları Ve meslek Hastalıklarına Yaklaşım Sempozyumu, İstanbul, 2015;11-12.

175. Annagür B. “Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2(2);161-173.
176. Sarıtaç D. *Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
177. SGK Meslek Hastalıkları İstatistiği 2015.
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari
Erişim: 26 Mart 2017.
178. Türkkan A. “İşe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıkları ve sosyoekonomik eşitsizlikler”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 35(2);101-106.
179. Uçak A. *Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi;2009.
180. Erdağ N. “İş kazası ve sorumluluklarımız hakkında bilmemiz gerekenler”.
<http://www.nevzaterdag.com/is-kazasi-ve-sorumluluklarimiz-hakkinda-bilmemiz-gerekenler/> Erişim; 21.04.2017.
181. Cervatoğlu E. “İs Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Bir Değerlendirme”, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ankara, 2003, s.23.
182. Seokho C, Sangwon H. "Analyses of systems theory for construction accident prevention with specific reference to OSHA accident report.", *International Journal of Project Management*, 2013, 31(7): 1027-1041.
183. Ezgin R. *İşçi sağlığı ve iş güvenliği kavramının irdelenmesi ile otomotiv sanayinde işçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamaları üzerine bir araştırma* (Tez). Marmara Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1995.
184. Orhan M. *İş Sağlığı ve Güvenliği Sisteminde İşveren Yükümlülükleri* (Tez). Marmara Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
185. Erokay M. *Hukuki ve Teknik Yönleriyle İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Esasları*, 1. Baskı, Ankara, Rekmay Yayıncılık, 2000: 7.
186. Özgür M. “Metal sektöründe risk analizi uygulaması”, T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, İzmir, 2013.

- 187.Özkan Ö, Emiroğlu ON. “Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, (3); 43-51.
- 188.Demircioğlu AM. “Karşılaştırmalı hukukta ve Türkiye’de işçi sağlığı ve işyeri hekimliği”, *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 1997, 2(4).
- 189.Kılıksı İ, Demir S. “İşverenin İş sağlığı ve güvenliği eğitimi verme yükümlülüğü üzerine bir inceleme”, *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 2012, 3(1); 23-47.
- 190.Ertürk Ş. “İş sağlığı ve güvenliği kanunu’nda işverene getirilen yükümlülükler”, *Sicil İş Hukuku Dergisi*, 7(27);13-24.
- 191.Yüksekdağ F. “İşverenlerin sağlık gözetimi yükümlülüğü”, *Yaklaşım Dergisi*, 2013, (245);153-156.
- 192.Özkan Y, Arpat B. “İşletmelerde uygulanan yönetim sistemlerinin güvenlik kültürü üzerine etkisi: denizli ili–metal sektörü örneği”, *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2016, 4(4); 195-221.
- 193.Sünbül AU. *Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği eğitimi* (Tez). Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
- 194.Dursun S. *Güvenlik kültürünün güvenlik performansı üzerine etkisine yönelik bir uygulama* (Tez) Uludağ Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Doktora Tezi; 2011.
- 195.Demirbilek T. *İş Güvenliği Kültürü*, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir, 2005.
- 196.Güven R. “Güvenlik kültürü oluşumunda eğitimin önemi”, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yayını, 2006, (30);5-11.
- 197.Süzek S. *İş hukuku* (9.baskı). Beta Yayınları, İstanbul, 2013.
- 198.İncesu E, Yüzüak Z, Güneş M. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi bildirileri, 01-03 Mayıs 2013, Ankara.
- 199.Yılmaz S, Sezen A, Ergül C. "The effects of operational health and safety law no. 6331 in the health sector", *Health Care Academician Journal* 2015 2(2) 60-66.
200. TMMOB Makine Mühendisleri Odası. “İşçi sağlığı ve iş güvenliğine yönelik ölçüm, test, periyodik kontrol ve eğitimlerimiz 2015-2016”
https://www.mmo.org.tr/sites/default/files/2bb4608e717b6e9_ek.pdf Erişim; 17.04.2017.
- 201.Ekeme KS. “Eski ve yeni iş kanunlarında çalışanların İSG eğitimi”, *İş Sağlığı ve Güvenliği*, 2006, 30; 12-17.

- 202.Çiçek B. *Hastanelerde kurum ev idaresi personeli perspektifinden iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının ve güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeylerinin belirlenmesi* (Tez) Hacettepe Üniversitesi, Aile ve Tüketici Bilimleri Yüksel Lisans Tezi; 2016.
- 203.Çopur Z, Ergüder B, Avşar M, Şenbaş M. “Ege üniversitesi hastanesinde çalışan ev idaresi personelinin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşlerinin incelenmesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2006, 9(1); 39-53.
- 204.Çelikkalp Ü, Saraçoğlu GV, Keloğlu G, Bilgiç Ş. “The assessment of work places of nurses on occupational safety” *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15(5); 408-413.
- 205.Çelik K. “Eğitimde acil durum yönetimi modeli önerisi”, *Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, 2005, (20).
- 206.Çamcı O, Kutlu Y. “Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2(1); 9-16.
- 207.Gökçe T, Dünder C. “Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi’nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi”, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2008, 15(1).
- 208.Akkaya S, Şengöz G, Pehlivanoğlu F, Güngör E, Akkaya Ş. “Kesici ve delici alet yaralanmalarıyla ilgili anket sonuçlarının değerlendirilmesi”, *Klimik Dergisi*, 2014, 27(3); 95-8.
- 209.Bayar U. *İş ekipmanı olarak kullanılan asansörlere uygulanan periyodik kontrollerin iş güvenliği açısından incelenmesi* (Tez) Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı Ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi; 2016.
- 210.Kılıkış İ, Demir S. “İşverenin iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verme yükümlülüğü üzerine bir inceleme”, *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 2012, 3(1), 23-47.
- 211.Demirdal T, Uyar S, Demirtürk N. “Bir üniversite hastanesinde çalışanlarda el yıkama uygulamalarının ve bilgi düzeylerinin değerlendirmesi”, *The Med J of Kocatepe*, 2007, 8(3), 39-43.
- 212.Özkan Ö, Emiroğlu N. “Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri”, *CU Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10(3), 43-51.
- 213.Bayraktar G. *İşyerlerinde aydınlatma koşullarının iş sağlığı ve güvenliği yönünden değerlendirilmesi* (Tez) Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı Ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi; 2016.
- 214.Ekinci F. “Kamu personel yönetiminden insan kaynakları uygulamasına geçişin çalışanların verimliliğine etkisi”. *Maliye Dergisi*, 2008, (155); 175-185.

215. Korkmaz A, Avsallı H. “Çalışma hayatında yeni bir dönem: 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği yasası”, *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012, (26);153-167.
216. Akça SÖ, Aydın Z. “Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımlarına ilişkin farkındalıkları” *J Contemp Med*, 2016; 6(4): 319-326
217. Yıldırım İ, Akyüz KC, Akyüz İ, Alevli C. “Mobilya sektöründe çalışanların iş güvenliği algıları ve iş doyumunu düzeylerinin incelenmesi”, *Selçuk-Teknik Dergisi*, 2015, 14(2), 171-184.
218. Esen H, Fırlalı N. “Çalışma duruşu analiz yöntemleri ve çalışma duruşunun kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına etkileri”, *Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2013, 17(1).
219. Öztunç G, “Adana ilindeki çeşitli hastanelerde alışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2005, 5;1-9.
220. Çağlayan Ç, Karaca E. “Ergonomi ve kadın işçiler”, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 2016, 15(57).
221. Çalışkan D, Akdur R. “Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2001, 54(2); 135-142 .
222. Taşçıoğlu İ. *Lüleburgaz devlet hastanesi ve Lüleburgaz 82. yıl devlet hastanelerinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin saptanması* (Tez). Trakya Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.

EKLER

EK 1. ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu anket formu, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyesi Yard. Doç Dr. Erdiç ÜNAL'ın danışmanlığında, Yüksek Lisans öğrencisi Arzu BULUT tarafından yürütülmekte olan “Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi” konulu, yüksek lisans tez çalışması için uygulanmaktadır. Araştırmanın anlamlı sonuçlar verebilmesi, siz değerli katılımcıların bu araştırmaya eksiksiz katılımıyla mümkün olabilecektir. Araştırmada hastane ve katılımcının ismi zikredilmeyecektir. Anket soruları konu hakkındaki uluslararası akademik ilke ve standartlara uygun biçimde hazırlanmıştır. Kuşkusuz çok değerli zamanınızın bir kısmını alacak olan bu anketi yanıtlama konusunda göstereceğiniz özen, iş birliği ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

1.DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Yaşınız: <input type="checkbox"/> 20 ve altı <input type="checkbox"/> 21-30 arası <input type="checkbox"/> 31-40 arası <input type="checkbox"/> 41-50 arası <input type="checkbox"/> 51 ve üzeri
Mesleğiniz: <input type="checkbox"/> Hekim (tabip, uzman tabip, diş Hekimi) <input type="checkbox"/> Hemşire-ebe-sağlık memuru-acil tıp teknisyeni <input type="checkbox"/> Diğer sağlık personeli (eczacı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, laborant, radyoloji-anestezi-ortopedi v.b. teknisyen/tekniker, tıbbi sekreter, yaşlı bakım, v.b.) <input type="checkbox"/> Sağlık dışı personel (memur, hizmetli, veri giriş, temizlik, güvenlik, hasta taşıma yönlendirme v.b.)
Eğitim durumunuz: <input type="checkbox"/> İlk Öğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans üstü
İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hakkında eğitim durumu: <input type="checkbox"/> İSG eğitimi aldım <input type="checkbox"/> İSG eğitimi almadım
Çalışılan birim: <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Ameliyathane <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Laboratuvar <input type="checkbox"/> Radyoloji <input type="checkbox"/> Yönetim/İdare <input type="checkbox"/> Diğer
Mesleki çalışma süresi: <input type="checkbox"/> 1 yıldan az <input type="checkbox"/> 1-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11-15 yıl <input type="checkbox"/> 15 yıl üstü
Kurumda çalışma süresi: <input type="checkbox"/> 1 yıldan az <input type="checkbox"/> 1-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11-15 yıl <input type="checkbox"/> 15 yıl üstü
Acil durum ekiplerinde görevli misiniz? <input type="checkbox"/> Evet görevliyim <input type="checkbox"/> Hayır görevli değilim
Makine ve tıbbi cihaz kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet kullanıyorum <input type="checkbox"/> Hayır kullanmıyorum
Çalıştığınız birimde en önemli gördüğünüz risk hangisidir? (lütfen en önemli gördüğünüz sadece bir seçeneği işaretleyiniz) <input type="checkbox"/> Biyolojik (Hepatit-B, Hepatit-C, HIV, tüberküloz v.b.) <input type="checkbox"/> Kimyasal (patlayıcı, korrozif, yanıcı, kanserojen, toksik, oksitleyici v.b. maddeler, toksik gazlar v.b.) <input type="checkbox"/> Fiziksel (aşırı gürültü, yetersiz havalandırma, uygunsuz aydınlatma, uygunsuz ısı ve nem, toz, radyasyon, titreşim, kaygan zemin yapısı v.b.) <input type="checkbox"/> Psikososyal (aşırı stres, şiddet, taciz, mobbing, uzun çalışma süreleri, düşük ücret v.b.) <input type="checkbox"/> Ergonomik (sürekli aynı pozisyonda kalma, uygunsuz makine dizaynı, konforsuz masa ve sandalye, işe uygun olmayan araç gereç ve donanım, araç gereç eksikliğine bağlı ağır yük kaldırma veya taşıma v.b.) <input type="checkbox"/> Risk yok

Lütfen kendi işyerinizi dikkate alarak, aşağıdaki sorulara **Evet** ya da **Hayır** olacak şekilde sadece bir seçeneği işaretleyerek yanıt veriniz.

No	Sorular	Yanıtlar	
1	Bilginiz dahilinde iş yerinizde iş sağlığı ve güvenliği (İSG) kurulu var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
2	Bilginiz dahilinde iş yerinizde iş sağlığı ve güvenliği uzmanı var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
3	Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri Hekimi var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
4	Bilginiz dahilinde iş yerinizde işyeri hemşiresi var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
5	Bilginiz dahilinde iş yerinizde çalışan temsilcisi var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6	Bilginiz dahilinde iş yerinizde risk değerlendirmesi yapılmış mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
7	Bilginiz dahilinde İşyerinizde İSG kapsamında denetlemeler yapılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
8	İş yeri Hekimince işe uygun olduğunuzu tespit eden rapor (işe giriş raporu) aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
9	Ergonomi (fiziksel çevrenin insana uyumlaştırılması süreci) konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10	Yaptığınız işteki risklerle ilgili olarak gerekli eğitim ve bilgilendirme yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
11	Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz biyolojik (Hepatit-B, HIV, Grip, Tüberküloz v.s.) riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
12	Çalışma sırasında maruz kalabileceğiniz tehlikeli kimyasal riskler ve önlemler konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
13	Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, tehlikeli kimyasal madde yayılımı, doğal afet, sabotaj ihtimali vb.) ne yapılması gerektiği konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
14	İş yerinizde acil durum (yangın, deprem, sabotaj, su baskını v.b.) tatbikatları yapılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
15	Güvenlik ve sağlık işaretlerinin anlamları konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
15	Acil durumlar ve olağanüstü hallerde (yangın, patlama, doğal afet, vb.), tahliye eğitimi aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
17	Atık yönetimi konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
18	Yeme-içme, dinlenme gibi temel ihtiyaçlarınız için uygun donanımlı ve yeterli alanlar ayrılmış mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
19	İşyerinizin temizliği yeterli ve hijyen açısından gerekli şartlar sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
20	El hijyeni için gerekli lavabo ve hijyen malzemeleri sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
21	İş yerinizde düzenli olarak haşere mücadelesi yapılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
22	Bilginiz dahilinde iş yerinizde içme-kullanma suyu kimyasal ve mikrobiyolojik analizleri yapılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
23	Zemin, kayma veya düşmeyi önleyecek şekilde tasarlanmış ve düşmeyi önleyici önlemler alınmış mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

24	Makine ve tıbbi cihazlarda gerekli uyarı işaretleri bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
25	Asansörlerin muayeneleri ve etiketlenmesi yapılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
26	Tehlikeli kimyasalların güvenlik bilgi formları bulunuyor ve tüm personelin ulaşımına açık mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
27	Tehlikeli kimyasal ambalajları üzerinde; isimleri, son kullanma tarihleri ve ilgili tehlikelerini gösteren etiketler bulunmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
28	Bilginiz dahilinde tehlikeli kimyasal maddelerin saklama koşullarına uyuluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
29	İşyeri içerisindeki sıcaklık ve nem konforu yeterli midir?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
30	İşyerinizde aydınlatma uygun ve yeterli midir?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
31	İşyerinizde havalandırma uygun ve yeterli midir?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
32	Gürültü kontrolü çalışması yapılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
33	İşyerinde, acil durum planı hazırlanmış ve ilan edilmiş midir?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
34	Acil durum ekipleri hakkında bilgilendirildiniz mi? Ekipler ilan edildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
35	Yeterli sayıda ve uygun tipte yangın söndürücü (yangın tüpü, yangın söndürme fiskeyeleri) mevcut ve yerlerine sabitlenmiş midir?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
36	Yangın söndürücü tüplerin son kullanma tarihleri ve basınçları periyodik olarak kontrol ediliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
37	Yangın merdivenine açılan acil çıkış kapıları dışa doğru açılacak şekilde tasarlanmış ve her an açılır durumda mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
38	Acil çıkış kapısı ve kaçış yollarını gösteren acil durum levhaları uygun yerlere yerleştirilmiş ve yangın merdiveni yönünde ışıklandırma sağlanmış mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
39	Bilginiz dahilinde tıbbi ve tehlikeli atık torbaları uygun bir şekilde (tarih, birim adı) etiketleniyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
40	Atık kovaları; tehlikeli atıklar, tıbbi/biyolojik atıklar, evsel, cam, ambalaj ve kesici atıklar gibi sınıflandırılmış mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
41	Kesici ve delici özelliği olan tıbbi atıklar, diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
42	Tıbbi ve tehlikeli atık torbaları kaynağından depo alanına kapalı konteynir ile taşınmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
43	Hasar görmüş fiş, priz ve kabloların onarımı sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
44	Elektrikli cihaz ve panoların yanında yanıcı ve patlayıcı malzemeler bulundurulmaması sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
45	Yaptığımız işe uygun masa, sandalye veya destek ekipmanları sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
46	Sırt ve bel incinmesi riski oluşturabilecek yüklerin itilmesini ya da çekilmesini sağlayacak uygun taşıma araçları sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
47	Kişisel koruyucu donanımlar (eldiven, gözlük, maske, kulaklık v.b.) çalışanlara temin edilmiş ve kullanıma hazır mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
48	Çalışma esnasında uygun kişisel koruyucu donanımı kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
49	Kendinize görev tanımınız dışında işler verildiğini düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

50	İşyerinizde motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar (eğlence/eğitim toplantıları vb.) yapılmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
51	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunları iletebileceğiniz mekanizma var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
52	En az yılda bir periyodik sağlık kontrolleriniz yaptırılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
53	Yemek ve gıda servis (mutfak, çay ocağı) ile temizlik hizmetleri çalışanlarının hijyen eğitimi yapılıyor mu ?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
54	Kazalar incelenerek benzer kazalar ile karşılaşmamak için gerekli önlemler alınıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
55	Biyolojik risklere karşı çalışanların aşuları (Hepatit-B, Grip, Tetanos, Hepatit-A v.s) yaptırılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Aşağıdaki soruları kullandığınız makine ve tıbbi cihaz var ise cevaplayınız.			
56	Makine ve tıbbi cihazlar için üretici firmadan, Türkçe kullanım kılavuzları temin edilmiş mi ve makineler bu kılavuza uygun olarak kullanılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
57	İş yerinizde tıbbi cihaz/makina çalışma talimatları bulunmakta mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
58	Makine ve tıbbi cihazların periyodik kontrolleri ve bakımları yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
59	Hata tespit edilen makine, tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılmaması ve bu konuda etiketlenmesi sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
60	Makine, araç ve gereçlerin güvenli kullanımı konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
61	Mevcut iklimlendirme sistemi cihazlarının kontrolleri ve bakımları belirli periyotlar da yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
62	Elektrikli donanımların ve elektrik sisteminin bakım ve onarımı belirli periyotlar da yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

EK 2. ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, **Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi** başlıklı yüksek lisans tez çalışması olup, hastanede iş sağlığı ve uygulamalarını çalışanların farkındalıklarına dayanarak değerlendirme amacını taşımaktadır. Çalışma, Yard. Doç. Dr. Erdiç ÜNAL danışmanlığında, Arzu BULUT tarafından yürütülmekte olup, sonuçları ile İş Sağlığı ve Güvenliği uygulamalarına yönelik çalışan farkındalıkları ortaya konacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, **anket** yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler dosyalama yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı iletişim bilgilerinden ulaşarak, araştırmacıya yöneltebilirsiniz.

Araştırmacı Adı: Arzu BULUT
e-mail : arzubl80@gmail.com
İş Tel : 0 212 4531212/2205
Cep Tel : 0 536 4683599

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcı Ad ve Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK 3. ARAŞTIRMA İZİN FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ FATİH
BÖLGESİ KHBGS İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
28/04/2017 17:06 - 70794255 - 663.08 - E.6033



Sayı : 70794255-663.08
Konu : Araştırma İzni (Arzu BULUT)

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi: 21/04/2017 tarih ve 42742 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Üniversitesiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Tezli Yüksek Lisans 152009009 numaralı öğrencisi Arzu BULUT'un Yrd.Doç.Dr. Erdiç ÜNAL danışmanlığında "Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını yapabileme talebi Genel Sekreterliğimize bildirilmiştir.

Söz konusu araştırma çalışmasının Üniversiteniz ile Genel Sekreterliğimiz arasında imzalanan protokol doğrultusunda birliğimize bağlı Sağlık Tesisinde yapılması uygun görülmüş olup;

Gereğini arz ederim.

Op.Dr. A.İbrahim ULUSOY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
02.05.2017

T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği
İdari Hizmetler Başkanlığı
Bademci AYVAZ
Uzman

Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No:85 Zeytinburnu / İstanbul

Faks No:0(212)5229811

e-Posta:sureyya.gok@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim ve Arge Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a9e395b9-9d22-45eb-bb64-45fc3c779cf4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Süreyya GÖK

Unvan:FİRMA

Telefon No:0(212)5308311/1136

EK 4. ARAŞTIRMA ETİK KURUL KARAR FORMU

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 22.03.2017

Toplantı Sayısı: 81

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	(Üye) (Katılmadı)

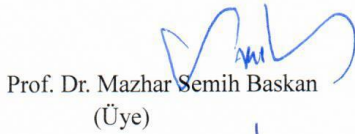
Okun Üniversitesi Etik Kurulu 22.03.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

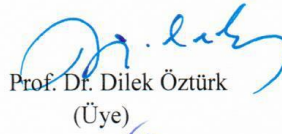
Karar 2. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Arzu BULUT'un "Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



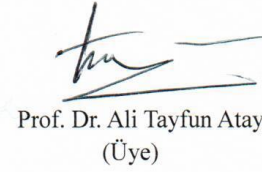
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



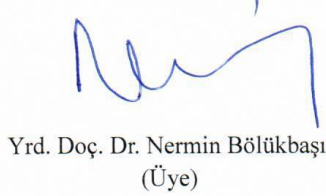
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



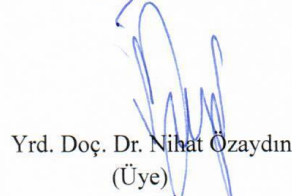
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



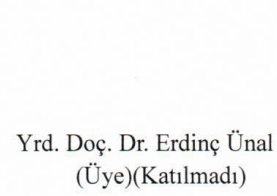
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



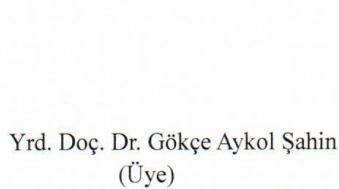
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



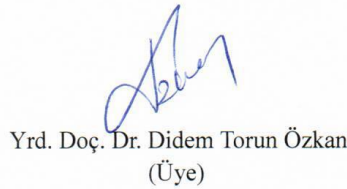
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal
(Üye)(Katılmadı)



Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)

