



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ  
ANABİLİM DALI

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KLİNİĞİ ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİNE  
İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Enes ÖZKAN**

**Samsun  
Temmuz-2019**





T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ  
ANABİLİM DALI

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KLİNİĞİ ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN  
ALGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Enes ÖZKAN**

**Danışman  
Prof.Dr.Türker YARDAN**

**Samsun  
Temmuz-2019**



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisini ve fikirlerini benimle paylaşan, tezimin planlanması ve uygulanması aşamalarında görüş ve önerileri ile çalışmamı yönlendiren tez danışmanım Sayın Prof.Dr. Türker YARDAN'a,

Bilgi ve tecrübesiyle tezimin olgunlaşmasında emeği olan Anabilim Dalı Başkanı'm Sayın Prof.Dr.Elif Dikmetaş YARDAN'a,

Eğitimim süresince teorik olarak üzerimde emeği olan Sağlık Yönetimi bölüm hocalarıma;

Araştırmamın yürütülmesinde öncelikle etik kurul onayını sağlayan OMÜ Klinik Araştırma Etik Kurulu'na, anket çalışmamın yoğun iş ortamında uygulanmasını sağlayan OMÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'na, Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Başhekimliği'ne ve Samsun Diş Hekimleri Odası'na,

Diş hekimliğinde doktora eğitimim sonrasında Sağlık Yönetimi yüksek lisans eğitimimin dolaylı zorluklarına katlanmak zorunda kalan sevgili eşim Dr.Tuğba ÖZKAN'a, oğlum Kerem'e ve kızım Cemre'ye

**EN İÇTEN TEŞEKKÜRLERİMLE...**

## ÖZET

### AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KLİNİĞİ ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

**Amaç:** Bu çalışmada ağız ve diş sağlığı kliniği çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği hususunda algılama düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal-Metot:** Araştırma Samsun il merkezinde bulunan Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve Samsun ili merkezinde bulunan özel ağız ve diş sağlığı polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçilmemiş ve tüm evrene (n=489) ulaşılması hedeflenmiştir. Cevaplanan anket sayısı 360'dır (%73,61). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,793'dür. İstatistiksel sonuçlarda  $p < 0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışanların %64,7'si kadın, %61,9'u evli, %52,5'i <35 yaş grubunda, %34,4'ü lisans mezunudur, %45'i ağız ve diş sağlığı hastanesinde çalışmakta ve %51,9'u >4 yıl süredir ağız ve diş sağlığı kliniğinde çalışmaktadır. Çalışanların %42,5'i diş hekimi, %17,5'i uzman diş hekimi, %16,9'u ağız ve diş sağlığı teknikeri, %11,4'ü temizlik personeli, %7,8'i diş protez teknikeri, % 3,9'u da hemşiredir. Çalışanların %78,3'ü iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim almış, %16,9'u daha önce bir iş kazası geçirmiştir. Çalıştığı işten memnuniyet oranı %73,9'dur.

**Sonuç:** Araştırmaya dahil olan çalışanların çoğunluğu iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almıştır. Çalışanların önemli bir oranı iş kazası geçirmemiştir. Bu durum iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin ve uygulamalarının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine verdikleri öneme çalışanların yaşı, eğitim durumu, görev yaptıkları kurum, çalışma pozisyonu, iş kazası geçirme durumu ve iş memnuniyeti anlamlı etkide bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ağız ve Diş Sağlığı; İş güvenliği; İş Sağlığı

Enes ÖZKAN, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi- Samsun, Temmuz-2019

## ABSTRACT

### EXAMINATION OF PERCEPTION LEVELS OF ORAL AND DENTAL HEALTH CLINIC WORKERS ABOUT OCCUPATIONAL SAFETY

**Aim:** The aim of this study was to determine the level of perception of occupational health and safety of oral and dental health clinic workers.

**Material and Method:** The study was carried out in Samsun Oral and Dental Health Hospital, Ondokuz Mayıs University Faculty of Dentistry and special oral and dental health clinics in Samsun. No sample was selected in the study so it was aimed to reach the whole field (n=489). Completed number of the questionnaires is 360 (%73,61). The Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.793. Significance was evaluated at  $p<0.05$  level in this research.

**Results:** 64.7% of the employees were women, 61.9% were married, 52.5% were in the <35 age group, 34.4% were undergraduate, 45% had working in oral and dental health hospital, 51% had working in the oral and dental health clinic over 4 years. 42.5% of the employees were dentists, 17.5% were specialist dentists, 16.9% were dental and dental health technicians, 11.4% were cleaning staff, 7.8% were dental prosthesis technicians and 3.9% were nurses. 78.3% of the employees attended in-service training on occupational health and safety and 16.9% had an occupational accident before. Workplace satisfaction rate was 73.9%.

**Conclusion:** The majority of the employees included in the study received occupational health and safety training. Also a high percentage of employees did not suffer from occupational accidents. This situation once again highlights the importance of occupational health and safety training and practices. The occupational safety perception levels of the employees is significantly different according to the age, the educational status, the institution, the working position, the occupational accident situation and the workplace satisfaction.

**Keywords:** Oral and dental health; Occupational safety; Vocational health

Enes ÖZKAN, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University- Samsun, July-2019

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ADSM:** Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HBV:** Hepatit B Virüsü

**HCV:** Hepatit C Virüsü

**HIV:** Human Influenza Virüsü

**ILO:** Uluslararası Çalışma Örgütü

**İSG:** İş Sağlığı ve Güvenliği

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**TDB:** Türk Diş Hekimleri Birliği

**THGM:** Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**TL:** Türk lirası

**M.Ö:** Milattan Önce

**M.S:** Milattan Sonra



## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ.....	3
2.1.1. Tanımı ve Önemi .....	3
2.1.2. İSG İle İlgili Kavramlar .....	4
2.1.3. İSG'nin Amaçları.....	9
2.1.4. İSG'nin Tarihsel Gelişimi.....	9
2.1.5. İSG İle İlgili Yasal Düzenlemeler .....	11
2.1.6. İSG'nin Yönetimi .....	12
2.1.7. 6331 Sayılı Yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu .....	13
2.1.8. İSG'de Eğitimin Önemi .....	14
2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri .....	15
2.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Mevzuatı .....	16
2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Verildiği Kurumlar.....	17
2.2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Çalışanları .....	20
2.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları.....	22
2.2.5. Ağız ve Diş Sağlığı Kliniklerinde Karşılaşılabilecek Riskler ve Tehlikeler.....	24
2.2.6. Ağız ve Diş Sağlığı Çalışanlarının Meslek İle İlişkili Sağlık Sorunları .....	24
2.3. 6331 Sayılı Kanunun Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Getirdikleri.....	36
2.3.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Verilen İşyerlerinde Risk Değerlendirmesi ....	37
2.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Verilen İşyerlerinin Tehlike Sınıfları.....	39
<b>3.MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>40</b>
3.1. Çalışmanın Amacı.....	40
3.2. Hipotezler .....	40
3.3. Araştırmanın Varsayımları.....	41
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	41
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	41
3.6. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması .....	42

3.7. Çalışmanın Geçerliliği ve Güvenirliliği .....	42
3.8. Verilerin Analizi.....	43
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>45</b>
4.1. Tanımlayıcı Bulgular .....	45
4.2. Hipotezlerle İlgili Bulgular .....	47
4.2.1. Çalışanların Genel Olarak İş Güvenliği Ölçeğindeki İfadelere İlişkin Verdikleri Skorların Dağılımı.....	47
4.2.2. Çalışanların İş Güvenliği Algılamalarının Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi .....	51
4.2.3. Korelasyon Analizi .....	58
4.2.4. Regresyon Analizi .....	59
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>61</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>69</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>72</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>84</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>89</b>

## 1. GİRİŞ

Dünya genelinde meydana gelen hızlı sanayileşme süreci ve teknolojik gelişmelerle birlikte aynı zamanda birçok sorun da meydana gelmektedir. Çalışanların sağlığı ve güvenliği bu konuların başındadır. İş sağlığı ve güvenliği (İSG) konusu son zamanlarda tüm dünyada gelişme katetmiştir ve bu konuda oldukça fazla sayıda çalışma yapılmaktadır.

Kişinin güvenli bir iş ortamında çalışması çalışanın hakkıdır. Ancak gerek mesleğin getirdiği riskler gerekse de ihmallerden kaynaklanan eksiklikler nedeniyle pek çok meslek hastalığı ve iş kazası meydana gelmektedir. İSG konusuna yeteri kadar önem verilmediği takdirde bu gibi durumların artacağı aşikardır. Bu nedenle İSG eğitimleri ve uygulamaları oldukça önem arz etmektedir.

İSG konusunun odak noktası iş ortamında çalışanların sağlığına zarar verebilecek hususları önceden belirlemek, önlem almak, böylelikle güvenli bir iş ortamının oluşmasını sağlamak ve sağlık koşullarını iyileştirmektir. Bu kapsamdaki iş sağlığı ve güvenliği; iş risklerinin belirlenmesi, bunlara yönelik güvenlik tedbirlerinin alınması, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi için yapılan bilimsel ve sistemli çalışmalardır (Devebakan, 2007).

İş kazalarının oluşması ya da meslek hastalıklarının meydana gelmesi hem çalışan hem de işverenlere büyük zararlar vermektedir. Dünyada yaklaşık 3 milyar çalışan iş gücü vardır ve her yıl yaklaşık 250 milyon iş kazası, 160 milyon da meslek hastalığı meydana gelmektedir. İş kazaları çalışanın hem fiziksel hem de psikolojik rahatsızlıklarına yol açarken iş verenin de iş gücü kaybına neden olur. Bu kayıpların artması ülke ekonomisine de önemli boyularda zarar vermektedir. Ülkemizde uluslararası çalışma örgütünün kriterlerine göre iş kazalarının ve meslek hastalıklarının toplam maliyetinin yıllık yaklaşık 38 milyar TL civarında olduğu tahmin edilmektedir (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2019)

İş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi hedefiyle ülkemizde 2012 yılında İSG yasası kabul edilmiştir. Kamu ve özel sektör ayırt edilmeden tüm çalışanlar bu kanun kapsamına dahil edilmiştir. Daha önceleri konu ile doğrudan bir kanunun olmaması bu alanda uygulanacak tedbirlerin ve gelişmelerin kısıtlı olmasına neden olmaktadır. Bu kanun ile birlikte tüm sektörlerde uyum süreçleri başlamış ve ilgili mevzuatlar belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nda 29.12.2012 tarihinde 28512 tarihli

Resmi Gazete’de “İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği” yayınlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bununla beraber 26.12.2012 tarihli ve 28509 nolu Resmi Gazete’de “İş Yeri Tehlike Sınıflarının Oluşturulması Hakkında Tebliğ” ve 15.05.2013 tarihli ve 28648 sayılı Resmi Gazete’de “Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik’ de yayınlanmış ve yürürlüğe girmiştir.

Sağlık sektöründe yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler, yeni kurulan hizmet dalları ve her geçen gün bu alana başvuran kişi sayısındaki artış, hizmeti yerine getiren pozisyonundaki sağlık çalışanları için gün geçtikçe riskleri artırmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verildiği merkez/hastanelerde bu risklerin yoğun olarak görüldüğü yerlerdendir. Çalışanlar bu hastanelerde enfeksiyonların, kimyasalların, ergonomik tasarım eksikliğinin, malzeme yetersizliğinin ve iş yükü fazlalığının riski altındadır. Bu nedenle ağız ve diş sağlığı klinikleri, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının sık olarak görülebileceği iş ortamları arasında sayılmaktadır ve bu nedenle tehlikeli iş ortamı sınıflamasına dahil edilmiştir. Tüm bunlarla beraber sağlık sektöründe İSG esaslarının sıkı bir şekilde uygulanmasıyla iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. İş kazalarının önlenmesindeki en önemli faktörlerden birisi de çalışanların güvenlik iklimine olan uyumları ve iş güvenliği eğitimlerini içselleştirmeleridir. Bu nedenle çalışanların iş güvenliği konusuna verdikleri önem oldukça kritiktir.

Bu çalışmada ağız ve diş sağlığı çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği konusunda algılama düzeylerini belirlemek ve dolayısı ile bu konuya verdikleri önemi ortaya koymak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

#### 2.1.1. Tanımı ve Önemi

Sağlık için en sık belirtilen ve kullanılan tanımlama olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “Yalnızca hastalık veya bir maluliyet halinin olmayışı değil, kişinin kendisini bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde hissetmesidir.” şeklinde belirtmiştir (Say, 2013). Sağlık kültürel, ekonomik, sosyal, fizik ve biyolojik faktörler tarafından etkilenebilmektedir (İncesesli, 2005). Bu nedenle sağlık tanımında belirtilen sağlıklı olma hali, İSG ile yakinen ilişkilidir. Kişinin zamanının büyük bir kısmının iş ortamında geçtiği düşünüldüğünde iş yaşamındaki sağlık kavramının önemi daha da fazla ortaya çıkmaktadır. Bir işyeri ortamında işin devamlılığının sağlanabilmesi için en başta sağlığa zararlı olabilecek durumlardan kaçınmak ve daha sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturma gerekliliği vardır. Bu nedenle iş ortamındaki sağlığı tehdit edici faktörlerin belirlenmesi, kontrolü ve önlem alınması büyük önem taşımaktadır (Yavuz, 2009).

Dünyadaki teknolojik gelişmelere bağlı olarak üretici faktör olan insanın sağlığını ve güvenliğini tehdit eden sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu durum İSG kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur. Genel olarak İSG, çalışanların mesleki işlerine bağlı olarak hastalanmalarını ve iş kazalarına uğramalarını önlemek, sağlıklı ve güvenli bir iş ortamı oluşturmak için alınması gereken önlemler olarak ifadeleştirilmektedir (Akyürek ve ark., 2011).

İş sağlığı ve iş güvenliği kavramları birbirine yakın gibi görünmesine rağmen birbirinden farklıdır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve DSÖ’ye göre iş sağlığı kavramı, “Bütün mesleklerde çalışan kişilerin tam iyilik hallerinin sürdürülmesi, en üst düzeyde tutulması ve geliştirilmesi, işyeri koşullarının, çevrenin ve üretilen ürünlerin sağlığa zararlı sonuçları ile kişinin yaralanması ve kazalara maruz kalmasına neden olacak risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, kişilerin beden ve ruh olarak kendilerine uygun bir işte çalıştırılması” olarak tanımlanmaktadır (Saygun, 2012; Şimşek ve Öge, 2009). Sabuncuoğlu (2009) ise “Çalışan bir kişinin çalışma koşullarından ve kullandığı araç ve gereçlerden kaynaklanabilecek tehlikelerden arındırıldığı veya tehlikelerin en aza indirildiği iş ortamında huzurlu bir şekilde yaşayabilmesi” olarak tanımlamıştır. İş

güvenliği ise bu tehlikelerden kişinin zarar görmesini önlemek amacıyla alınması gereken hukuki ve teknik önlemleri belirtmektedir (Akpınar, 2013; Bingöl, 2010). İş güvenliği sağlıklı iş ortamının sağlanması, iş yerindeki risklerin belirlenmesi, güvenlik önlemlerinin alınması, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi gibi konuları kapsayan teknik bir terimdir (Altinel, 2011; Bodur ve ark., 2011; Durdu, 2006).

Sanayide yaşanan hızlı gelişmeler ve ilerlemeler, üretimin önemli derecede artması çalışanların sağlığına yönelik olan tehditlerin gün geçtikçe artmasına neden olmuştur. Bu nedenle çalışanların sağlığını korumak ve böylelikle çalışma hayatının devamlılığını sağlamak ve verimliliği yükseltmek için yapılan İSG uygulamaları popüler hale gelmiştir (Ceylan, 2011). Konu özellikle 19. ve 20. yüzyılda daha da önem kazanmıştır. Son dönemlerde dünya çapında yaşanan fiziksel, kimyasal ve radyoaktif kazalar konunun ne kadar önemli olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır (Yiğit, 2012). İSG politikaları sayesinde iş kazaları ve meslek hastalıkları önlenilmekte ve kişinin en temel hakkı olan yaşama hakkının garanti altına alınması sağlanabilmektedir (Akpınar, 2013). İş kazalarının çalışan üzerinde maddi ve manevi birçok zararı olabilmektedir. Alınan tedbirler ile kişinin yaşayabileceği olumsuzlukların önlenmesi, çalışanın hem moral motivasyon olarak sağlıklı olmasını sağlayacak hem de verimliliği artmış olacaktır (Şimşek ve Öge, 2009). Böylelikle işletmelerin mali kriterleri de tam olarak yerine getirmesi daha olası hale gelecektir (Tunçer, 2011). ILO verilerine göre endüstri ülkelerinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının maaliyeti GSMH'nın yaklaşık %1-3 iken gelişmekte olan ülkelerde % 4 olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum İSG'nin ülke ekonomisi üzerinde de çok önemli bir yere sahip olduğunu ispatlar niteliktedir (Ceylan, 2011).

### **2.1.2. İSG İle İlgili Kavramlar**

- **Güvenlik Kültürü**

Bir işletmenin sağlık ve güvenlik ile alakalı programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki disiplinine karar vericilerin değer, tutum, yetkinlik ve davranışlarının bir sonucu olarak tanımlanır (Pekşen ve Canbaz, 2005). Güvenlik kültürünün meydana gelebilmesi için en başta çalışanların tehlikelerin farkında olması ve bunları algılaması, yani bir güvenlik iklimi oluşturulması gerekmektedir (Devebakan, 2007; Tüzüner ve Özasan, 2011). Bu kültürü sağlama sorumluluğu bir işyerindeki tüm

çalışanların üzerindedir (Devebakan, 2007). Güvenlik kültürünün oluşabilmesi ve sürdürülebilmesi için işletmelerin sağlık ve güvenlik yönetim sistemlerini gerçekleştirmeleri, çalışanların bu sisteme katılmaları ve desteklemeleri, bu sistemlerin başka faktörler tarafından arka plana atılmasını engelleyecek uluslararası bir karar mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir (Pekşen ve Canbaz, 2005). Böylece Türk Standartları Enstitüsü'nün belirttiği üzere standardında kabul edilemez olan zarar ve risklerden uzak kalınması sağlanabilir. Bir işletmenin sahip olduğu güvenlik kültürü sayesinde emniyet içinde çalışan kişilerin iş motivasyonu yükselir. Bu da özellikle sağlık hizmeti sunan işletmelerde hem hasta hem de sağlık çalışanı emniyetini üst düzeye çıkarır (Devebakan, 2007).

- **Tehlike ve Risk**

Tehlike insan sağlığının bozulmasına neden olan veya çevreye zarar verme potansiyeli bulunan, çalışma ortamı ve şartlarında gerçekleşen veya dışarıdan gelen, kapsamı belli olmayan tehditler olarak tanımlanabilmektedir. Bir işletme için bu tehditlerin ortaya çıkarılması çalışanın korunabilmesi için gereklidir (Akpınar, 2013; Sarıçam, 2012; Say, 2013). Tehlikeli faktörlerin belirlenmesi, İSG uygulamalarının devam ettirilmesi için oldukça önemlidir ve güvenli iş ortamının oluşturulmasının ilk basamağıdır. Tehlikeler ileriye ve geriye yönelik olarak değerlendirilebilir. İleriye dönük olarak işletmeyi değerlendirmek ve sorular yöneltmek gibi direk yöntemler, geriye dönük olarak ise kaza ve meslek hastalıklarının incelenmesi gibi yöntemler kullanılabilmektedir (Özarıslan, 2009).

Risk ise bir tehlikenin oluşma ihtimali ile oluştuğu zaman ortaya çıkacak zararın ciddiyeti arasındaki ilişki olarak tanımlanabilir (Akpınar, 2013). Çalışma koşullarındaki tehlikeli olarak düşünülen durumların hangi şartlarda risk haline dönüşebileceği iyi bilinmelidir. Çünkü iş ortamında tehlikelere karşı gerekli önlemlerin alınmaması güvenlik ve sağlık ile ilgili riskli durumları beraberinde getirecektir (Yiğit, 2012). Çalışma ortamındaki risklerin belirlenmesi çalışanların güvenliği ve sağlığı için önemlidir. Bu maksatlarla risk değerlendirme yöntemleri kullanılır (Say, 2013). Risk değerlendirmesi yapılırken çalışma ortamında denetimler, incelemeler, ölçümler ve araştırmaların yapılması gerekir. İncelemeler neticesinde planlı ve dikkatli bir şekilde çalışarak tehlikeler belirlenir (Yiğit, 2012). ILO'nun risk değerlendirme kavramı, "işteki tehlikelerden ortaya çıkan sağlık ve güvenlik risklerini değerlendiren bir süreç" olarak

belirtilmiştir (Öcal, 2010). Risk değerlendirmesi yapılırken tehlikenin sonuçları ve olasılığının da dikkate alınması, gelecekte gerçekleşebilecek olayların ve potansiyel sonuçları hakkında gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır (Akpınar, 2013).

Risk değerlendirmesi teknik yöntemlerle belirlenmektedir ve İSG yönetim sisteminin de temelini oluşturmaktadır (Say, 2010). 6331 sayılı kanun ile kanun kapsamı dışında tutulan işyerleri haricindeki tüm işyerlerinin risk değerlendirmesi yapma zorunluluğu getirilmiştir. Bunu gerçekleştirmek amacıyla işyerlerinde risk değerlendirme ekibi oluşturulmalıdır. Bu ekipte, işveren veya işveren vekili, iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi, işyerindeki çalışan temsilcileri, destek elemanları, bütün birimleri temsil edecek İSG konusunda bilgili çalışanlar bulunmaktadır. Risk değerlendirmesi 5 aşamadan meydana gelir (Akpınar, 2013):

- a. Tehlikelerin belirlenmesi,
- b. Risklerin belirlenmesi,
- c. Risklerin derecelendirilmesi,
- d. Kontrol önlemlerinin uygulanması,
- e. Denetim, izleme ve gözden geçirme

Risk değerlendirmesi yapmak işveren ve çalışana birçok yönden fayda sağlar:

- a. Tehlikelerin ve risklerin önceden bilinerek buna yönelik önlemlerin alınmasını sağlar, böylece çalışanlar için daha güvenli bir işyeri ortamı oluşur,
- b. Çalışanların kendilerini güvende hissetmeleri daha özverili çalışmalarına neden olur,
- c. Kazaların önlenmesi ile kayıplar azalacağından iş verimliliği de üst düzeye taşınır,
- d. Acil durumlara hazır olmayı sağlar,
- e. İşyerindeki sorumlulukların daha iyi anlaşılmasına ve görev paylaşımı yapılarak risklerin en aza indirgenmesine yardımcı olur (Say, 2013).

#### • İş Kazası

Teknoloji ve sanayileşmenin artması ile birlikte farklı iş alanları oluşmuş ve bu işlerde kullanılan malzemelerin sayısında ve çeşidinde de hızlı bir artış meydana gelmiştir. İşin özelliğinden kaynaklanan bunun gibi durumlar neticesinde iş kazaları ve meslek hastalıklarının görülme sıklığı tüm dünyada artmıştır. ILO raporlarına göre



toplamda her yıl 1,2 milyon kişi iş kazaları ya da meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Her yıl yaklaşık 250 milyon kişi iş kazalarından, 160 milyon kişi ise meslek hastalıkları nedeniyle zarar görmektedir. Dünyada gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmakla birlikte İSG problemleri tüm ülkelerin en önemli sorunları arasındadır. Türkiye’de özellikle son 20 yılda Avrupa Birliği müzakereleri süreci olumlu yönde etkilemiş ve İSG konusunda yeni mevzuatın belirlenmesi ile birlikte konu daha kontrollü bir duruma gelmiştir (Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi, 2019).

İş kazası, iş yerinde plansız ve beklenmedik bir anda meydana gelen, çalışanın dikkatsizlik ya da yanlış bir davranışı ile gelişen, çalışanın bedensel veya maddi olarak zarara uğramasına neden olan, ekipman ve teçhizatın zarar görmesiyle işin aksamasına yol açan olaylardır (Görçün ve Erdal, 2010). DSÖ kazayı, “planlanmamış beklenmedik bir olay” olarak tanımlar. İş kazaları neticesinde hem işyeri hem de çalışan maddi ve manevi zarara uğrayabilir. Çalışanda can kayıpları da görülebilir. Genellikle iki nedenden dolayı iş kazası meydana gelir: güvensiz davranışlar ve güvensiz koşullar (Karakurt ve ark., 2012). Ancak kazaların yaklaşık % 80’ine güvensiz davranışların neden olduğu tahmin edilmektedir (Byars ve Rue, 2008). İş kazaları, olayın meydana gelme şekline, olay sonucunda oluşan yaralanmanın şiddetine ve yaralanmanın cinsine göre sınıflandırılabilir (Durdu, 2006).

İş kazaları meydana geldikten sonra kazanın nedenleri araştırılarak yeniden aynı tür kazaların olmaması için analiz edilmeleri gerekmektedir. İş güvenliği ya da kaza analizleri ile ilgili çalışmaların birçoğunda istatistiksel verilerden yararlanılır. Bu veriler çoğunlukla kazaların toplamda meydana gelme sayısı, tekrarlanma sayısı ya da ağırlık dereceleri gibi verilerden oluşur. Bu amaçla kullanılan kaza sıklık oranı ve kaza ağırlık oranı bir işletmenin güvenlik sicilini ölçmek için kullanılan kabul görmüş önemli iki analiz yöntemidir (Byars ve Rue, 2008; Şimşek ve Öge, 2009). Kaza sıklık oranı belirli bir zaman diliminde bir günden fazla iş görmezliğe neden olan kazaların sayısıdır. Kaza ağırlık oranı ise iş kazalarından dolayı ne kadar iş günü kaybedildiğini tespit eder. Bu oranları tespit eden işletmeler işin aksamasına neden olan durumlar açısından ne seviyede olduklarını tespit edebilmektedirler (Şimşek ve Öge, 2009).

- **Meslek Hastalıkları**

Meslek hastalığı ise, kişinin yaptığı veya çalıştığı işten dolayı tekrarlanan bir sebeple ya da işin yürütülme şartları yüzünden uğradığı sürekli ya da geçici hastalık,

ruhsal veya bedensel özürllülük halleri olarak tanımlanmıştır (Yiğit, 2012). Bir hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilebilmesi için onun yapılan iş ve işyeri koşulları nedeniyle oluşmuş olması gerekmektedir. İş kazalarının ve meslek hastalıklarının meydana gelmemesi için ülke bazında İSG amaçları doğrultusunda hedef ve politikalar belirlenmeli ve bunların sıkı bir şekilde uygulanması gerekir (Sadullah, 2010).

Meslek hastalıklarının farklı birçok özelliği bulunmaktadır. Meslek hastalıkları önlenabilir niteliktedir. Genellikle çeşitli faktörlerin etkisinde meydana gelir. Bu hastalıklar özellikle belli meslek gruplarında çalışan kişilerde görülen ama o işi yapmayan kişilerde ise nadir olarak rastlanan hastalıklardır. Meslek hastalıkları akut olarak meydana çıkabileceği gibi çok uzun zaman sonra da meydana gelebilir. Meslek hastalıkları kişiyi etkilediği gibi çevresini özellikle ailesini de dolaylı olarak etkilemektedir. Bu hastalıkların tanısının koyulmasında nesnel ölçütler kullanılır ve sürekli izlenmesi gerekir. Genellikle meslek hastalıklarından kaynaklanan zararın geri dönüşü pek mümkün olmamaktadır (Şimşek ve Öge, 2009; Tunçer 2011). Bu hastalıklara kimyasal, fiziksel, biyolojik ve sosyo-psikolojik etkenler neden olabilir (Bingöl, 2010).

İşyerinde meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarının bildirilmesi kanunla zorunlu hale getirilmiştir. 30.06.2012 tarihli ve 6331 sayılı İSG Kanunu'nun 14. maddesi bu durumu ayrıntılı olarak ele almaktadır. İşveren iş kazası olduktan sonraki üç iş günü içinde ve meslek hastalıkları kendisine bildirildikten yine üç iş günü içerisinde bu durumu Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) bildirmek zorundadır. İşyeri hekimi ya da sağlık hizmeti sunucuları tarafından meslek hastalığı tanıları konmuş vakaların SGK tarafından yetkilendirilmiş sağlık sunucularına sevk edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları da kendilerine gelmiş olan iş kazaları ve meslek hastalıklarını on gün içerisinde SGK'ya bildirmelidir. İş kazaları ve meslek hastalıklarının sonucunda zarar görmüş kişilere devlet tarafından çeşitli destek ve yardımlarda bulunmaktadır (Yiğit, 2012):

- a. Sağlık yardımı,
- b. Geçici iş görmezlik sırasındaki günlük ödenek verilmesi, sürekli iş görmezlikte ise gelir bağlanması,
- c. Protez gibi gerekli görülen ekipmanların sağlanması, takılması, onarılması ve yenilmesi,

- d. Tedavi amaçlı olarak yurt dışına gönderilmesi,
- e. Ölüm sonucunda oluşacak cenaze masraflarının ödenmesi,
- f. Ölen sigortalının hak sahiplerine gelir bağlanması.

Türkiye’de 2017 yılı SGK verilerine göre toplam iş kazası sayısı 359.653, meslek hastalığı sayısı ise 691’dir. İş kazalarına bağlı ölüm sayısı 1633 iken meslek hastalığına bağlı ölüm bulunmamaktadır. En fazla iş kazası görülen iller İstanbul ve Bursa’dır. Meslek hastalığının en fazla görüldüğü il ise Zonguldak olmuştur. (Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllıkları, 2019) Bu veriler yalnızca sigortalıları kapsamaktadır. Dolayısı ile bu durumların çok daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ayrıca meydana gelen iş kazalarının önemli bir kısmının da SGK’ya bildirilmediği tahmin edilmektedir. Sonuçta bu durumlar Türkiye’de iş güvenliği sorunlarının gerçek boyutlarının bilinmesine engel teşkil etmektedir (Akpınar, 2013).

### **2.1.3. İSG’nin Amaçları**

İSG’nin temel amacı işçi sağlığına zararlı olabilecek durumların önceden belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması, böylelikle çalışanların güvenli bir ortamda çalışmasının sağlanması ve bedensel/ruhsal sağlıklarının devamlılığının korunmasıdır (Devebakan, 2007). Bu temel amaçla birlikte İSG’ye yönelik gerçekleştirilen çalışmaların amacı üç başlık altında toparlanabilir; çalışanların korunması, üretim güvenliğinin sağlanması ve işletme güvenliğinin sağlanması (Yiğit, 2012). Tüm bunların oluşması ile ülke ekonomisi ve toplum üzerinde meydana gelebilecek olumsuz şartların ortadan kaldırılması da diğer bir amaç olarak sayılabilmektedir (Say, 2013). Ayrıca çalışan ile iş arasındaki uyumun artırılması, meydana gelen sağlık zararlarının ve meslek hastalıklarının tespit edilerek kişilerin tedaviye ulaşmalarının sağlanması ve verimliliğin artırılması gibi amaçları ve hedefleri de bulunmaktadır (Akpınar, 2013).

### **2.1.4. İSG’nin Tarihsel Gelişimi**

İSG kavramının günümüzdeki bilimsel anlamını kazanması, tarihsel süreç içerisinde farklı aşamalardan geçerek oluşmuştur. İSG multidisipliner bir konudur ve farklı uzmanlık alanlarındaki bilim insanlarının çalışmaları sonucu bir bilim dalı haline gelmiştir. Bilimin ilerlemesine, sanayileşmedeki, üretim sürecindeki ve toplumsal değişimlere bağlı olarak İSG konusu da gelişme göstermiştir (Akpınar 2013).

Çok eski zamanlardan beri iş ve işçi kavramları insanlık alemindeki yerini almış ve sağlık/güvenlik konusu her zaman güncelliğini korumuştur. Özellikle endüstrileşme döneminde bu konunun önemi son derece artmıştır (Yiğit, 2012). Milattan önce (M.Ö) yaşayan toplumlarda iş sağlığı ile alakalı bazı normların uygulandığı görülmektedir. M.Ö 1500'lü yıllarda piramitlerin yapımı sırasında tıbbi servislerin kurulduğu bilinmektedir. M.Ö 370'li yıllarda Hipokrat'ın kurşunun zararlı etkilerini ortaya koyduğu çalışmalara rastlanılmaktadır. Platon'un esnafların çalışma şartlarından doğan sorunlarını ortaya koyması, Nicander'in Hipokrat'ın çalışmalarını geliştirerek kurşun koluğu ve kurşun anemisini incelemesi ve tanımlaması M.Ö'ki toplumlarda İSG konusuna önem verildiği ve araştırmaların yapıldığını göstermektedir (Akpınar, 2013). Bu gelişmeler milattan sonraki (M.S) zamanlarda da devam etmiştir. İSG konusu ile ilgili ilk yazılı kaynaklar Yunanlı düşünür Herodot'a dayandırılır (Yiğit, 2012). Ancak bilimsel kanıtlara dayanan ilk eserin ele alınması İtalya'da 17. yüzyılda olmuştur. İşçi sağlığının kurucusu sayılan Bernardino Ramazzini "De Morbis Artificum Diatriba" adlı eserinde iş kazalarının önlenmesi için işyerinde güvenlik tedbirlerinin alınmasını önermiştir (Akpınar, 2013). Zaman içerisinde üretim sürecindeki ve teknolojiye gelişmeler İSG'nin de gelişmesine neden olmuştur. Endüstri devriminden sonra olumsuz çalışma koşulları artmıştır. Çünkü üretim yöntemleri değişmiş ve fabrikalar dönemi başlamıştır. Bu dönemde işçiler basit ve ilkel çalışma koşullarında çalışmak zorunda kalmışlardır. Özellikle kadınlar ve çocuklar kendilerine uygun olmayan koşullarda, tehlikeli ve ağır işlerde çalıştırılmışlardır. Bunların sonucunda yaşanan iş gücü kaybı neticesinde İSG konusunun önemi daha da artmıştır (Öcal, 2010; Say, 2013). Sanayi devriminde yaşanan bu durumların koşullarını iyileştirmek, işçi sağlığını korumak ve iş güvenliğini sağlamak amacıyla bir çok yasal düzenleme ve teknik çalışma yapılmıştır. İSG'nin bir bilim dalı haline gelmesi bu dönemlerde yapılan çalışmaların sonucunda olmuştur (Akpınar 2013). Özellikle kadın ve çocukların çalışma şartlarını iyileştirmek için ve onların korunmasını sağlayan yasaların çıkarılması için çaba gösterilmiş, çalışma saatlerinin sınırlandırılması sağlanmış, fabrikaların denetimi için müfettiş atanması zorunlu hale getirilmiş, 19.yüzyıl ile birlikte de sendikalar aracılığı ile İSG yasalarının hazırlanması ve yaptırım uygulanması konusunda çeşitli etkinliklerde bulunulmuştur. 20. yüzyılda ILO, İSG konusunda önemli çalışmalar

yapmaya başlamıştır ve günümüzde de uluslararası standartların oluşması yönünde araştırmaları ve çalışmaları devam etmektedir (Akpınar, 2013).

Türkiye'deki İSG konusundaki gelişmeler de çalışma yaşamındaki değişikliklere bağlı olarak aynı aşamalardan geçmiştir. Osmanlı Dönemi'ndeki 19. yüzyılda meydana gelen sanayileşme sonucunda işçi sayısında kayda değer sayıda artış meydana gelmiş, bu da işçi sağlığı ve iş güvenliği konularının gündeme gelmesine neden olmuştur (Altınel, 2011). Ustaların eğitim ocakları olan Loncalar'da orta sandığı ya da teavün sandığı gibi yardımlaşma sandıkları ile yoksul ve hastalanan üyelere yardımlar yapılmış, tedavisi mümkün olmayan usta ve kalfaların asgari geçimleri sağlanmıştır (Akpınar, 2013). 1865'de çıkarılan Dilaver Paşa Nizamnamesi Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda çıkarılmış ilk kanunları içerir (Durdu, 2006). Cumhuriyet dönemi ile birlikte işçilerin çalışma koşullarının belirlenmesine ve sağlık, sosyal ve ekonomik durumlarının düzeltilmesi konularına önem verilmeye başlanmıştır (Akpınar, 2013; Baradan, 2006; Durdu, 2006). Yasal mevzuatın temellerini 1. İktisat Kongresi oluşturmuştur. İlk yasal düzenleme ise 394 sayılı 2 Ocak 1924 tarihli "Hafta Tatil Yasası" dır. Daha sonra 818 sayılı ve 22.04.1926 tarihli Borçlar Yasası'nda iş kazaları ve meslek hastalıklarından doğan hukuki sorumluluklar düzenlenmiştir. 3008 sayılı ve 08.06.1936 tarihli İş Kanunu ise işçi sağlığı ve iş güvenliği konularında sistematik bir düzenleme ortaya koymuştur. Her geçen gün yeni bir düzenleme yapılmasıyla birlikte 1964 tarihli 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu yürürlüğe girerek bazı güvencelerin gelmesi sağlanmıştır. 1975 yılında Ankara ve İstanbul'da birer meslek hastalıkları kliniği kurulmuştur. Türkiye'deki son düzenleme 20.06.2012 yılında yayınlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu olmuş ve bu kanun ile iş güvenliğinde yeni bir döneme girilmesi sağlanmıştır.

### **2.1.5. İSG İle İlgili Yasal Düzenlemeler**

İSG hizmetlerinin sağlanmasında devletin üzerinde birçok yükümlülük bulunmaktadır. Bunlardan biri de yasal mevzuatı hazırlamak, mevzuatın denetimini sağlamak ve uluslararası normları ülke bazında kabul etmektir (Devebakan, 2007). Ülkemizde hem ulusal mevzuat ile hem de kabul edilmiş uluslararası belgelerde yer alan hükümler ile İSG hizmetleri verilmeye devam etmektedir. İSG konusunu doğrudan ya da dolaylı olarak düzenleyen birçok düzenleme bulunmaktadır;

- a. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi- 1948

- b. Avrupa Toplumsal Anlaşması- 18 Ekim 1961
- c. Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmeleri (ILO)
- d. T.C. Anayasası
- e. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- f. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıha Kanunu
- g. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu
- h. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu
- i. İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yönetmelik, Tüzük ve Tebliğler

### **2.1.6. İSG'nin Yönetimi**

Çalışanlar ve işverenler açısından oldukça önem arzeden İSG'nin uygulanması hususunda örgütlerin oldukça dikkatli olması gerekmektedir. Özellikle sağlık ve güvenlik konularını kapsayan programların yapılması ve uygulanmaya konulması oldukça önemlidir (Şimşek ve Öge, 2009). İşletmelerin uygulayacağı sağlık programları ile personel alımı sırasında gerekli görülen asgari sağlık standartları değerlendirilebilir, ayrıca çalışanların sağlık eğitimi almaları, çalışanların hastalıklarının teşhisi ve önlenmesi sağlanabilir (Bingöl, 2010; Can ve ark., 2009). İşletmelerde meydana gelen kazaların maddi ve manevi zararları, hem işçilerin hem de işverenlerin büyük zorluklar altına girmesine neden olmaktadır. Bu nedenle işletmeler güvenlik programları oluşturarak kazaların önlenmesini sağlamalıdır (Can ve ark., 2009). İşletmelerde gerçekleştirilecek sağlık ve güvenlik programlarının uyumluluk, kararlılık, uygulanabilirlik, anlaşılabilirlik ve ekonomiklik gibi birtakım ilkelere uygun olarak hazırlanması gerekir (Özgen ve ark., 2005). İşletmelerde İSG yönetiminin iyi bir şekilde yapıldığının en önemli göstergesi iş kazalarında ve meslek hastalıklarında meydana gelen azalmadır (Bingöl, 2010).

1999 yılında İngiliz Standartları Enstitüsü tarafından OHSAS 18001 İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi geliştirilmiştir (Şimşek ve Öge, 2009). OHSAS 18001, organizasyonların İSG risklerini kontrol etmek ve performanslarını geliştirmek amacıyla geliştirilen, tüm dünyada geçerliliği olan ve risk değerlendirmesine dayalı bir yönetim sistemidir. Türkiye'de Türk Standartları Enstitüsü tarafından 2001 yılında TS 18001-TS 18002 İSG Yönetim Sistemleri olarak yayınlanmıştır. Bu yönetim sistemlerindeki amaç işletmelerde İSG'yi kurmak, işlemlerini sağlamak, geliştirmek ve çalışanlar üzerindeki riskleri azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (Baradan, 2006; Devebakan, 2007). Bu

sistemler ürün ve hizmetlerin güvenliğinden ziyade çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgilenebilmektedir (Öcal, 2010; Tozkoparan ve Taşoğlu, 2011). Risk değerlendirilmesinin yapılması, çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması, uzman görüşlerine ve katılımlarına yer verilmesi, çalışanların işyerindeki tehlikeler konusunda bilgilendirilmesi, eğitimler verilmesi, koruma ve önleme bilincinin yerleştirilmesi İSG'nin ana felsefesini oluşturmaktadır (Turan ve Müezzinoğlu, 2006).

### **2.1.7. 6331 Sayılı Yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu**

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 20.06.2012 tarihinde kabul edilmiştir ve 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu kanun Türkiye'nin ilk İSG Kanunu olma özelliğini taşımaktadır (6331 sayılı Kanun, 2012).

Kanun'un amacı 1. maddesinde; "işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir" olarak belirtilmiştir (6331 sayılı Kanun, 2012).

Kanun, 5 bölüm ve 39 maddeden oluşmaktadır. Kanun'un birinci bölümü (md 1-3); Amaç, Kapsam ve Tanımlar, ikinci bölümü (md 4-20); İşverenler ile Çalışanların Görev, Yetki ve Yükümlülükleri, üçüncü bölümü (md 21-23); Konsey, Kurul ve Koordinasyon, dördüncü bölümü (md 24-27); Teftiş, İnceleme, Araştırma, Müfettişin Yetki, Yükümlülük ve Sorumluluğu, beşinci bölümü (md 28-39); Çeşitli ve Geçici Hükümler' den oluşmaktadır (6331 sayılı Kanun, 2012).

Kanun'un kapsamı 2. maddesinde; "Kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak, ve stajyerler de dahil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır" olarak belirtilmiştir. Kanun, İş Kanunu, Deniz İş Kanunu, Meslek Eğitim Kanunu, Devlet Memurları Kanunu, Borçlar Kanunu çalışanlarına, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dahil olmak üzere tüm çalışanlara faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanacaktır. Kanun, yalnızca güvenlik ve istihbarat birimleri, afet ve acil durum birimleri, ev hizmetleri, yanında çalışmanı olmayan esnaflar, iyileştirme kapsamında çalışan tutuklu ve hükümlüleri kapsam dışında bırakmıştır. Memurlar da dahil olmak üzere bütün çalışanların kanun kapsamına alınması kanunun getirdiği oldukça önemli bir yeniliktir (6331 sayılı Kanun, 2012).

Kanun kendi içerisindeki birçok özelliği barındırmaktadır. Kanun çalışan temsilciliği tanımını yaparak çalışanların İSG ile ilgili konularda katılımını artırıcı bir durumu sağlamaktadır. 18. maddesinde çalışanların görüşlerinin alınması ve sürece katılması hususunda gerekli düzenlemeler belirtilmiştir. Bu kanun ile çalışanların, işverenlerin ve çalışan temsilcilerinin iş yerinde karşılaşılabilen riskler, koruyucu tedbirler, hak ve sorumluluklar, ilk yardım, olağanüstü durumlar, acil durumlar gibi konularda eğitilmesi ve bilgilendirilmesi sağlanmaktadır. Ayrıca on kişiden az çalışanı bulunan kamu kurumları dışındaki işyerlerine destek verileceği ifade edilmiştir. Kanun yayımlandıktan belli bir süre içerisinde işyerlerine bu hususlara uyması ve gerekli düzenlemeleri yapması hususunda zaman tanımıştır. Kurumlara tüm bu hususlarda profesyonel yardım alabilmesinin önü açılmıştır (6331 sayılı Kanun, 2012).

Çalışan ve işverenlerin İSG konusunda ve kanunun uygulanmasında birçok yükümlülükleri bulunmaktadır. Çalışanların yükümlülükleri 19. maddede düzenlenmiştir. Kanunun 4. maddesinde ise işverenlerin yükümlülükleri belirtilmiştir (6331 sayılı Kanun, 2012).

Kanun kapsamında işverene çalışan temsilcisi belirleme görevi verilmiştir. Bu görevi işyerinin farklı görev tanımlamalarına uyan değişik bölümleri göz önünde tutarak çalışanlar arasından seçimle, seçimle belirlenemeyen durumlarda ise atama yoluyla yerine getirir. Eğer elli ya da daha fazla çalışanı mevcut ise İSG Kurulu oluşturma yükümlülüğü getirilmiştir. Bu kurul işyerlerinde İSG ile ilgili çalışmalarda bulunmaktadır. Bunun dışında işyerinde İSG faaliyetlerini yürütmek üzere gerekli personele ve donanıma sahip bir İSG Birimi oluşturulması istenmektedir. Yine kanunda ülke genelinde İSG politikaları ve stratejilerinin belirlenmesi için Ulusal İSG Konseyi oluşturulması getirilen yeniliklerden birisidir (Korkmaz ve Avsallı, 2012; 6331 sayılı Kanun, 2012).

### **2.1.8. İSG’de Eğitimin Önemi**

İSG prosedürlerinin tam anlamıyla uygulanabilmesinin en önemli yolu çalışan ve işverenler arasındaki koordinasyondur. Bu hususta eğitime gerekli önemin verilmesi gerekmektedir. Eğitim, bilinci ve duyarlılığı artırarak, güvenlik kültürünün yerleşmesine olanak tanır. Ayrıca sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulmasında kritik öneme sahiptir (Kılış ve Demir, 2012). Yapılacak eğitimler ile çalışanların tehlike ve riskleri tanıyabilecek anlayış ve yeteneğe ulaşmalarını sağlamak, iş kazalarını ve meslek



hastalıklarını azaltmak, çalışanları sorumlulukları hakkında bilgilendirmek, iş sağlığı ve güvenliği bilinci oluşturmak hedeflenmektedir (Işık, 2006; Ünalın, 2006). Verilen eğitimlerin diğer önemli bir tarafı ise bu eğitimler ancak çalışanlar tarafından doğru bir şekilde uygulandığında bir sonuca ulaşılabilir (Sipahi, 2006). İş kazalarının ve meslek hastalıklarının azaltılması için yapılan dünya çapındaki organizasyonlardan biri olan ve 2008 yılında 18.si yapılan İSG Dünya Kongresi'nde eğitim ve bilgilendirmenin önemine dikkat çekilmiştir. Kazaların yaklaşık beşte birinin eğitim eksikliği ve bilgisizlikten dolayı meydana geldiği ifade edilmiştir. ILO'nun 2002 yılında hazırladığı Güvenlik Kültürü Raporu'na göre ise meslek hastalıklarının tamamı ve iş kazalarının %98'i önlenabilir niteliktedir. Aynı raporda iş kazalarının yaklaşık %80'inin insan hatasından kaynaklandığının belirtilmesi eğitim eksikliğinin önemini ortaya koymaktadır (Kılış ve Demir, 2012).

## **2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri**

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri bireyin ve toplumun ağız ve diş sağlığının korunması, tedavi edilmesi ve geliştirilmesi amacıyla yapılan hizmetlerdir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin tüm toplumu ilgilendirmesi yönüyle toplumsal özelliği oldukça fazladır. Ağız, diş ve diş etlerine bağlı sorunlar ülkemizde bireylerin yaklaşık olarak %96'sını etkilemektedir (Bilkent Üniversitesi, 2019)

Sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan ağız ve diş sağlığı hizmetleri genel olarak bakıldığında yataklı ve ayakta tedavi edici hizmetlerin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlardır. Tüm ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verildiği kurumlarda klinik hizmetler olarak teşhis, tedavi ve protez hizmetleri verilirken, koruyucu sağlık hizmetleri olarak da, gebelerin ağız ve diş sağlığının korunması ve takibi, oral hijyen uygulamaları, büyüme-gelişme dönemindeki koruyucu uygulamalar, beslenme eğitimi, sistemik ve oral flor uygulamaları, fissür örtücü uygulamalar gibi hizmetler verilmektedir (Koraslı, 2008).

Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verildiği toplum sağlığı merkezlerinde sağlık hizmetleri çoğunlukla temel diş hekimliği uygulamaları ve koruyucu hekimlik uygulamaları çerçevesinde yürütölmektedir. İkinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamındaki yoğun teknoloji ve tıbbi bilgi gerektirmeyen tedavi hizmetleri ise ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastaneleri, devlet hastanelerine bağlı faaliyet gösteren ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ve diş tedavi ve protez merkezlerinde

verilmektedir. Yoğun bilgi ve teknolojilerin kullanılmasını gerekli kılan tetkik ve tedavilerin yapıldığı, bu kapsamdaki hizmetlerin verildiği ağız ve diş sağlığı eğitim araştırma hastaneleri ve diş hekimliği fakülteleri üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen kurumlardır. Ayrıca hem koruyucu hem de tedavi edici diş hekimliği hizmetleri özel ağız ve diş sağlığı polikliniklerinde de verilmektedir (Ekici, 2013). Dudak-damak yarıklarının düzeltilmesi, travma ya da bir hastalık sonucu büyük doku kayıpları yaşanmış vakalarda yapılan çene-yüz protezleri rehabilitasyon uygulamaları kapsamında değerlendirilmektedir ve bu hizmetler yalnızca ileri tedavilerin yapıldığı 3. basamak tedavi kurumlarında yapılabilmektedir (Ekici, 2013). Günümüzde 2. ve 3. basamak ağız ve diş sağlığı birimleri Kamu Hastaneleri Kurumu'na ve üniversitelere bağlı olarak yürütülmektedir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamalarının yapıldığı toplum sağlığı merkezleri ise il sağlık müdürlükleri bünyesinde hizmet vermektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kamunun ağırlığı hızlı bir şekilde artmıştır. Her bölgede bir ağız ve diş sağlığı merkezi açılması hedeflenmiş ve bu günümüzde büyük oranda gerçekleştirilmiştir. Önceleri devlet hastaneleri bünyesindeki diş polikliniklerinde yalnızca diş çekimi ve protetik işlemler yapılırken günümüzde her türlü ağız ve diş sağlığı işlemleri ağız ve diş sağlığı merkezlerinde yapılabilmektedir.

### **2.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Mevzuatı**

Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel sağlık kuruluşlarında, kamusal ağız ve diş sağlığı kuruluşlarında ve üniversitelere bağlı diş hekimliği fakültelerinde verilmektedir (Tablo 1). Özel ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile alakalı 4.10.1999 tarihli ve 23846 sayılı Resmi Gazete'de 'Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik' yürürlüğe girmiştir. Bununla birlikte kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile alakalı bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Genel sağlık hizmetleri için uygulanan yasalar ile bu hizmetler yürütülmektedir. Bununla alakalı 13.01.1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği" nde ağız ve diş sağlığı merkezleri hakkında usul ve esaslar bildirilmiştir. Ayrıca son dönemde Sağlık Bakanlığı'nın 06.10.2010 tarihli ve 39939 sayılı "Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" yazısı ile bu hizmetleri veren birimlerin ve personellerin tanımları ve planlamaları yapılmıştır (Ekici, 2013).

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ilgilendiren yasal düzenlemeler şu şekildedir:

- a. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,
- b. Tıbbi Deontoloji Nizannamesi,
- c. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik,
- d. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,
- e. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği,
- f. Döner Sermaye Mevzuatı,
- g. Girişimsel İşlemler Mevzuatı,
- h. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

**Tablo 1.** Sektörlere göre ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşların sayıları, Türkiye, 2017\*

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	128	4337	-	-	78	844	206	5181
Diş Hastanesi	22	1610	-	-	3	87	25	1697
Diş Eğitim Hastanesi	1	96	44	5263	-	-	45	5359
Diş Polikliniği (Hastane)	846	3479	14	115	223	471	1083	4065
Diş Polikliniği	-	-	-	-	1654	6582	1654	6582
<b>Toplam</b>	<b>997</b>	<b>9522</b>	<b>58</b>	<b>5378</b>	<b>1958</b>	<b>7984</b>	<b>3013</b>	<b>22884</b>

\* Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bakanlığı, 2017

### 2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Verildiği Kurumlar

Sağlıkta Dönüşüm Programı neticesinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurumlarda değişimler meydana gelmiş ve sayıları hızla artmıştır. Daha önce sadece devlet hastaneleri bünyesinde verilen ağız ve diş sağlığı hizmetleri artık her il ve ilçede açılan müstakil ağız ve diş sağlığı merkezi/hastanesinde verilmeye

başlanmıştır (Ekici, 2013). Sağlık Bakanlığı'nın 06.10.2010 tarihli ve 39939 sayılı "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" yazısı ile diş hekimliği hizmet birimlerinde yeniden yapılandırmaya gidilmiş ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren birimler olarak ağız ve diş sağlığı poliklinikleri, diş tedavi ve protez merkezi, ağız ve diş sağlığı merkezi, ağız ve diş sağlığı hastanesi, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi tanımlamaları yapılmıştır. Tablo 1'de Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kuruluşların 2017 yılı verilerine göre dağılımı sunulmuştur.

- **Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikleri**

Ağırlıklı olarak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verildiği idari ve mali yönden devlet hastanesi ya da eğitim-araştırma hastanesine bağlı olarak çalışan birimlerdir (THGM Genelgesi, 2010).

- **Diş Tedavi ve Protez Merkezleri**

Koruyucu ve tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verildiği, kendi bünyesinde diş protez laboratuvarı olan, idari ve mali yönden devlet hastanesi, eğitim-araştırma hastanesi, ağız ve diş sağlığı merkezi, ağız ve diş sağlığı hastanesi, ağız ve diş sağlığı eğitim hastanesine bağlı olarak çalışan hizmet birimleridir. Bu birimler eğer buldukları mahalde ağız ve diş sağlığı merkezi bulunuyorsa idari ve mali açıdan buraya bağlanması hususu kabul görmüştür. Türkiye'de 2017 yılı itibari ile hastanelerdeki entegre poliklinikler de dahil olmak üzere toplam 846 adet diş polikliniği bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017; THGM Genelgesi, 2010) (Tablo 1).

- **Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)**

Diş Hekimliğinin tüm branşlarında hizmet veren en az 20 ünit kapasiteli olan, yataklı sağlık hizmeti bulunmayan, entegre sistem üzere çalışan, idari yönden bağımsız olan, kendi döner sermayesi olan, kendisine bağlı diş tedavi ve protez merkezi ile diş poliklinikleri açabilen kurumlardır.

Türkiye'de 1999 yılında 8 adet olan ağız ve diş sağlığı merkezi, 2002 yılındaki sağlıkta dönüşüm programından sonra hızla artmış ve 2017 yılı itibari ile toplam 128 adet ağız ve diş sağlığı merkezi hizmet verir duruma gelmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017; THGM Genelgesi, 2010) (Tablo 1).

- **Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi**

Diş hekimliğinin tüm branşlarında yataklı veya ayakta koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verildiği, ileri tetkik ve tedavilerin uygulanabildiği, ameliyathanesi ve en az 5 yataklı servisi bulunan, diğer tıp branşlarında uzman hekimlerin sürekli ya da konsültan hekim olarak çalışabildiği, en az 50 ünite bulunan, entegre sistem ile çalışan, idari açıdan kendine bağlı diş tedavi ve protez merkezi ve ağız ve diş sağlığı poliklinikleri açabilen müstakil sağlık kurumlarıdır. Türkiye’de 2017 yılına kadar toplam 22 ağız ve diş sağlığı hastanesi açılmıştır ve bunlar halen faaliyet göstermektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017; THGM Genelgesi, 2010) (Tablo 1).

- **Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

Diş hekimliği rutin uygulamalarının yanısıra diş hekimliği alanında eğitim, öğretim ve araştırma yapılan, uzman ve yan dal uzmanlarının yetiştirildiği, yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin verilebildiği, en az 100 en çok 200 diş ünite ve en az 10 en çok 50 yatağı bulunan, klinik sistemi ile çalışan, bakanlığa bağlı sağlık kurumu ya da üniversitelere bağlı sağlık tesisleridir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı yalnızca İzmir’de olmak üzere bir adet eğitim hastanesi bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017; Thgm Genelgesi, 2010).

- **Özel Ağız ve Diş Sağlığı Birimleri**

Türkiye’de özel ağız ve diş sağlığı hizmetleri 14.10.1999 yılında çıkarılan 23486 sayılı Resmi Gazete’de “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” ile düzenlenmiştir. Buna göre bu hizmetlerin verilebileceği yerler ağız ve diş sağlığı merkezi, poliklinik veya muayenehane olarak tanımlanmıştır (Md 5-7).

Muayenehane; bir diş hekimi tarafından mesleğinin serbest olarak icra etmek üzere şahsı adına açılan, yönetmelik ile belirtilmiş asgari şartları taşıyan sağlık kuruluşudur. Ağız diş sağlığı merkezleri ve poliklinikler ise A ve B tiplerine ayrılmaktadır. A tipi poliklinik; en az iki diş hekimi kadrosu ile kurulur ve en az iki diş ünite bulunur, B tipi poliklinik ise en az iki diş hekimi tarafından müştereken işletilen sağlık kuruluşudur (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 1999). Türkiye’de diş polikliniği sayısı 2017 yılında 1654’dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). A tipi ADASM en az beş diş hekimi ile kurulur ve en

az beş diş üniti bulunur, B tipi ADSM ise mesleğini serbest icra etmek hak ve yetkisi olan birden fazla diş hekimi kadrosu ile açılır ve en az beş diş üniti bulunur. (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 1999) 2017 yılı itibari ile Türkiye’de 78 adet özel ADSM bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017) (Tablo 1).

- **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezleri**

Bünyesinde bulunan birimlere başvuran acil ya da diğer hastalara ayaktan veya yatırılarak ağız ve diş sağlığı hizmeti veren, diş hekimi yetiştiren, yardımcı sağlık personeli eğitimine destek veren, bilimsel olarak eğitim-öğretim ve uygulama hizmetleri veren ve bu hizmetleri sağlık hizmetleri ile ilgili üniversite bünyesindeki diğer birimlerle işbirliği yaparak yürüten, tıbbi araştırma ve uygulamaların en üst düzeyde gerçekleşmesi için bilimsel araştırma koşullarını hazırlayan, ulaşılabilir kaliteli ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kuruluşlardır (İstanbul Medeniyet Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği, 2018).

2015-2016 döneminde aktif olarak eğitim-öğretim faaliyetlerinde bulunan diş hekimliği fakültesi sayısı 43 iken, 2017-2018 dönemiyle birlikte toplam 78 diş hekimliği fakültesi açılmış bunların 46’i aktif olarak eğitim faaliyetlerine başlamıştır (<http://www.tdb.org.tr/>, 2017). 2017 yılı itibari ile 44 üniversitede ağız ve diş sağlığı hizmeti verilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2017).

### **2.2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Çalışanları**

Ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık kuruluşlarında personel yapısı, uygulama yapılan kurumların çeşitliliğine bağlı olarak değişmektedir. Bu kurumlarda görev alan personel yapısı diş hekimliği fakültelerindekine benzemektedir:

1. Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli
  - a. Uzman diş hekimleri ve diş hekimleri
  - b. Hemşireler
  - c. Ağız ve diş sağlığı teknikerleri
  - d. Diş protez teknikeri ve teknisyenleri
2. İdari Hizmetler Personeli
3. Diğer Personel
  - a. Veri Hazırlama ve Kontrol Elemanları

b. Temizlik Görevlileri

c. Hizmet alımı yoluyla çalışan personel (güvenlik görevlisi, sekreter, teknik servis elemanları, bilgi işlem personeli, mutfak ve çamaşırhane personeli gibi)

21.12.2010 tarihinde Resmi Gazete’de ilan edilen 6088 sayılı kanun ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’unda diş hekimlerini ilgilendiren değişiklikler olmuş ve diş tabibinin yetkileri şu şekilde yapılmıştır: “Diş tabibi, insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizlerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir” (md.29). Daha önce diş hekimliğinde uzmanlığın belirtilmediği kanunda yapılan değişiklik ile uzmanlık da öngörülmüştür: “Diş tabipliğinin herhangi bir dalında munhasıran uzman olmak ve o unvanı elde edebilmek için diş hekimliği fakültelerinden veya Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim kurumlarından alınmış bir uzmanlık belgesine sahip olmak şarttır.” (md. 29)

**Tablo 2.** Yıllara göre diş hekimi sayıları, tüm sektörler, Türkiye\*

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Diş Hekimi</b>	16371	22295	22996	24834	26674	27889

\* Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bakanlığı, 2017

2017 yılı itibari ile Türkiye’deki diş hekimi sayısı 27.889’dur (Tablo 2). Bu hekimlerin 9768’i (%35) Sağlık Bakanlığı’nda, 2505’i üniversitelerde ve 15616’sı (%55,9) serbest olarak çalışmaktadır. (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). 2002 yılında Sağlık Bakanlığı’nda çalışan diş hekimleri sayısı 3211 iken (%19,6) sağlıkta dönüşüm programından sonra bu sayı 2017 yılında yaklaşık 3 katına ulaşarak 9768 (%35) kişiye ulaşmıştır (Tablo 3).

2002 yılında tüm sektörlerde yüzbin kişiye düşen diş hekimi sayısı 25 iken 2017 yılında 35 olmuştur. Bu sayı batı anadoluda 55 iken güneydoğu anadoluda 16 seviyesinde kalmıştır. Dünya genelinde ise OECD20 ülkelerinde yüzbin kişiye düşen diş hekimi sayısı 70’dir ve Türkiye ortalamasının çok üzerindedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

6225 sayılı Kanun Ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 9. maddesi ile 1219 sayılı kanuna ek madde eklenerek ağız ve diş sağlığı teknikeri ve diş protez teknikerinin görevleri tanımlanmıştır. Buna göre Ağız ve diş sağlığı teknikeri, meslek yüksekokullarının ağız ve diş sağlığı programlarından mezun, hasta muayenesinde diş tabibine yardımcı olan, tedavi malzemelerinin hazırlanması ve kullanıma hazır hale tutulmasını sağlayan sağlık teknikeridir. Diş protez teknikeri, meslek yüksekokullarının diş protez programından mezun, diş tabibi tarafından alınan ölçü üzerine, çene ve yüz protezlerini, ortodontik cihazları yapan ve onaran sağlık teknikeridir.

**Tablo 3.** Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı'nda Çalışan Diş Hekimi Sayıları

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Diş Hekimi</b>	3211	7997	7640	8683	9125	9768

\* Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bakanlığı, 2017

#### **2.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları**

Diş hekimliği uygulamalarının esaslarını belirleyen yasa 14.04.1928'de kabul edilen 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'dur.

Diş hekimliği uygulamaları, bölümlendirmek gerekirse ağız diş ve çene radyolojisi, ağız diş ve çene cerrahisi, ortodonti, periodontoloji, endodonti, diş hastalıkları ve tedavisi, pedodonti ve protetik diş tedavisi pratiğinden meydana gelmektedir. Bu bilim dalları üniversite hastanelerinde tam anlamıyla uygulanmasına karşın Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen kurumlarda çoğunlukla entegre usulü ile çalışılmaktadır. Yalnızca ağız ve diş sağlığı hastanelerinde ve yeterli uzman diş tabibi sayısı olan ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bu dallarda hizmet verilmektedir.

Bunların dışında 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete'de "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmıştır. Böylelikle sağlık hizmeti veren kamu kurumlarında evde sağlık hizmetleri ile özellikle yaşlı ve engelli kişilere evde ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca klinik şartlarında kooperasyon sağlanamayan özellikle zihinsel ve ağır bedensel engelli kişilere ve aşırı dental fobisi olan kişilere hem kamu hem de



bazı özel ağız ve diş sağlığı kliniklerinde genel anestezi altında ağız ve diş sağlığı hizmeti verilmektedir.

a. Oral Diagnoz ve Radyoloji: Bu bölümde ağız hastalıklarının ilk teşhisinin yapıldığı, sert ve yumuşak dokuların radyolojik incelemelerinin yapıldığı bölümdür.

b. Ağız Diş ve Çene Cerrahisi: Gömülü ve sürmüş diş çekimlerinin yapıldığı, çene yüz bölgesindeki enfeksiyonların tedavi edildiği, diş ve çene kırıklarının tedavisinin yapıldığı, patolojik lezyonların ve defektlerin tedavi edildiği, eklem hastalıklarının ve kassal-nörolojik ağrıların teşhis ve tedavisinin yapıldığı, dental implant uygulamalarının yapıldığı bölümdür.

c. Ortodonti: Dişlerdeki çapraşıklıkların ve çenelerdeki iskeletsel bozuklukların önlenmesini, teşhis ve tedavisini yürüten bölümdür. Bölümün ana hedefi sağlıklı bir çene kapanışı elde etmek, güzel bir yüz estetiği ve gülüş sağlamaktır.

d. Periodontoloji: Dişleri ve diş köklerinin etrafındaki sert ve yumuşak dokuların sağlığı ile ilgilenen bölümdür. Bu dokuların hastalıklarının iyileştirilmesi ve bu hastalıklardan doğan doku kayıplarının düzeltilmesi amaçlanır. Bu amaçla ilk aşama olarak dental plağın ve diş taşının uzaklaştırması hekim tarafından sağlanır. İlerlemiş hastalık durumlarında ise dişeti operasyonları, dişeti çekilmelerinin tedavisi, flep operasyonları ve gerekli durumlarda dental implant uygulamaları yapılmaktadır.

e. Endodonti: Diş pulpası ve periapikal bölgelere ilerlemiş enfeksiyonların tedavisi ile ilgilenen bölümdür. Endodontik işlemlerde etkilenen diş pulpası bölümü çıkarılır ve uygun materyaller kullanılarak ilgili bölüm restore edilir.

f. Diş Hastalıkları ve Tedavisi: Bu bölümde diş yapılarının gelişimsel ve kazanılmış (diş çürüğü) hastalıkları nedeniyle görülebilen form bozukluklarını düzeltmek, restore etmek ve sonuç olarak dişin fonksiyonunu ve estetiğini yeniden sağlamak üzere yapılan işlemler gerçekleştirilir.

g. Pedodonti: Çocuklardaki diş tedavilerinin gerçekleştirildiği bölümdür. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde süt dişlerinin tedavisi yapılmaktadır. Daha sonraki dönemlerde ise daimi dişlerin tedavisi yapılabilmektedir.

h. Protetik Diş Tedavisi: Dişlerin şekil ve form bozukluklarının tedavisi, diş eksikliklerinin tedavi edilmesi, ağız fonksiyonlarının tamamlanması ve düzenlenmesini

sağlayan, hastaya estetik ve fonksiyon kazandıran protetik işlemlerin yapıldığı bölümdür (<http://dent.gazi.edu.tr/posts/view/title/bolumler-42499>).

### **2.2.5. Ağız ve Diş Sağlığı Kliniklerinde Karşılaşılabilecek Riskler ve Tehlikeler**

Ağız ve diş sağlığı kliniklerinde başta diş tabipleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları, temizlik ve güvenlik görevlileri risk altındadır. Bu riskler farklı meslek grupları için farklı seviyelerde ve farklı özelliklerde meydana gelmektedir. Bir ağız ve diş sağlığı kliniğinde karşılaşılabilecek riskler şu şekilde sıralanabilir (Üstdal, 2013):

- a. Enfeksiyon, mikroorganizma ve biyolojik riskler (HBV, HCV, HIV, tuberkuloz, herpes ve stafilokok enfeksiyonları gibi),
- b. Kimyasal ajanlar (civa, deenfektan, lateks, anestezi maddeleri, akrilik, nitrozoksit, sitotoksik maddeler gibi)
- c. Tehlikeli atıklar
- d. Kesici delici alet yaralanması
- e. Fiziksel riskler (gürültü, sıcaklık, radyasyon, ultrason, lazer gibi )
- f. Psikososyal riskler (stres, işyeri şiddeti, uzun çalışma saatleri, nöbet, aşırı iş yükü, alt- üst ilişkileri gibi)
- g. Gıda zehirlenmeleri
- h. Güvenlik riskleri (elektrik, yangın, makina araç-gereç gibi)
- i. Ergonomik tehlikeler (uygun olmayan postürde çalışma, ayakta çalışma gibi)

Bu risklerin sonucunda ağız ve diş sağlığı kliniği çalışanlarında birtakım rahatsızlıklar ve meslek hastalıkları ortaya çıkmaktadır.

### **2.2.6. Ağız ve Diş Sağlığı Çalışanlarının Meslek İle İlişkili Sağlık Sorunları**

16 Haziran 2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. maddesinde meslek hastalığının tanımı yapılmıştır. Buna göre meslek hastalığı kişinin yaptığı işten dolayı uğradığı bedensel ve ruhsal bütünlüğün bozulmasıdır. Bu geçici ya da sürekli bir durum olabilir.

Başta yoğun iş temposu içerisinde mesleklerini icra eden diş hekimleri olmak üzere ağız ve diş sağlığı kliniği çalışanlarında kas-iskelet sistemi hastalıkları, enfeksiyonlar, işitme problemleri, kimyasal madde toksisitesi, alerji, damar hastalıkları,

kesici-delici alet yaralanmaları sık görülen sağlık sorunlarıdır (Leggat ve ark., 2007). Bu rahatsızlar daha az oranda olmakla birlikte diğer ağız ve diş sağlığı çalışanlarında da farklı oranlarda meydana gelebilmektedir.

- **Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları**

Ağız ve diş sağlığı çalışanlarındaki kas-iskelet hastalıklarının en sık nedeni uzamış ve durağan hale gelmiş postür, tekrarlanan hareketler, yetersiz aydınlatma, yanlış pozisyon alma, ilerlemiş yaş ve genetik eğilimdir (Blanc ve ark., 2014; Rundcrantz ve ark., 1991; Westgard, 1999). Diş hekimleri bu nedenlerden dolayı en sık olarak bel, omuz, kol ve boyun bölgesinde rahatsızlık yaşamaktadırlar (Valachi ve Valachi, 2003). Çünkü diş hekimlerinin çalışması sırasında boyun sürekli olarak fleksiyonda ve üst kol abduksiyonda kalır (Özyurt, 2014).

Kas-iskelet hastalıkları sağlık çalışanlarında en sık görülen problemler arasındadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada diş hekimlerindeki kas-iskelet hastalığı insidansının %41 olduğu belirtilmiştir (Büker ve ark., 2006). Tayland’da bu sıklığın %78, Amerika’da ise %93 olduğu bildirilmiştir (Anton ve ark., 2002; Bilir ve Yıldız, 2004). Kas iskelet rahatsızlıklarının en fazla görüldüğü bölgeler ise boyun, sırt, omuz, bel, kol, bilek, el, bacak ve ayaktır. (Chowanidisai ve ark., 2000; Marshall ve ark., 1997). Danimarka’da diş hekimlerindeki boyun, omuz ve bel ağrılarının %59-65 olduğu bildirilmiştir (Finsen ve ark., 1998). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise bu oranın %79-82 civarında olduğu saptanmıştır (Kandemir ve Karataş, 2001).

Kas-iskelet rahatsızlarının en sık görülen bölgelerden biri el bileğidir. ABD’de yapılan bir çalışmada el-bilek bölgesinde ağrı sıklığı %69,5 olarak rapor edilmiştir (Anton ve ark., 2002). Hollanda da ise diş hekimlerinin %14-21’inin el-bilek ağrısı yaşadığı bulunmuştur (Droeze ve Jonsson, 2005). Diş hekimliği gibi küçük bir bölgede küçük aletler ile çalışan ve bileğin bükülme pozisyonu almasına neden olan mesleklerde çalışanlarda karpal tunel sendromunun görülme olasılığı da yüksek olabilmektedir. ABD’de bu oranın %42 olduğu bildirilmiştir (Anton ve ark., 2002; Fish ve Morris-Allen, 1998). Bu sendrom karpal tunelden geçen medyan sinirin sıkışması sonucu meydana gelir. El aletlerini kullanırken bileğin bükülmüş pozisyonda kalması karpal tuneldeki basıncı artırır. Böylece sinir içindeki damarlarda tıkanma ve sinirde iskemi meydana gelir (Fish ve Morris-Allen, 1998). Diş hekimleri karpal tunel oluşma riskini azaltmak için el bileğini aşırı fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerinden uzak tutmak ve

tekrarlayan hareketlerden korumak, işlemler öncesinde el ve bilek ısınma hareketleri yapmak, dinlenme vakitleri oluşturmak, aletleri çok sıkı tutmamak, multifonksiyonel el aletleri ve fiberoptik cihazlar kullanmak gibi önlemler alabilirler (Fish ve Morris-Allen, 1998).

Ayakta çalışan diş hekimlerinin en sık rahatsızlandıkları bölgeler arasında alt ekstremiteler de bulunmaktadır. Polonya’da diş hekimlerinde %47,8 sıklığında alt ekstremitte ağrısı bulunmuştur (Szymanska, 2002). ABD ve Avustralya’da yapılan çalışmalarda ayak, diz ve kalça ağrı sıklığı %11,6-19 aralığında bulunmuştur (Anton ve ark., 2002; Leggat ve ark., 2007). Bu rahatsızların önlenmesi için hekimin çalışma pozisyonlarını iyi bilmesi, ideal çalışma ve oturma konumunu uygulaması, saat 8-12 çalışma pozisyonu dışına mümkün olduğunca çıkmaması, bütün araç ve gereçleri ergonomik çalışma alanı olan 50 cm’lik alana toplaması, vücut ağırlığını sandalyeye vererek dik bir şekilde oturması, hareketli alet dolaplarının kalça seviyesinden yukarıya ve kendine yakın alması, sadece oturarak ya da ayakta değil farklı pozisyonlarda çalışması gerekmektedir (Capps, 2005).

- **Enfeksiyonlar ve Biyolojik Tehlike**

İnsanlar üzerinde toksik olan, hastalık yapıcı ve ölümcül özellikleri ile insan sağlığını tehdit eden canlı organizmaların meydana getirdiği tehlide biyolojik tehlike denir. Tüm sağlık sektöründe olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen kurumlarda da en fazla meydana gelebilecek problemlere biyolojik riskler neden olmaktadır. Çalışma ortamında herhangi bir enfeksiyon oluşabilmesi için bir kaynak, enfeksiyona duyarlı bir konak ve bulaşma yolunun olması gerekir. Kaynak, yani enfeksiyon ajanını barındıran odak, hasta, hastane personeli, ziyaretçi, kontamine malzemeler ve endojen flora olabilir (Özyurt, 2014). Ağız ve diş sağlığı kliniklerinde enfeksiyon kaynaklarından yayılım, solunum yolu-damlacık ile ya da kesici alet yaralanması sonucunda açık yaraya direk temas ile meydana gelmektedir (Leggat ve ark., 2007).

Diş hekimliği uygulamaları ağız ortamında gerçekleştirildiği için kişilerin vücut sıvılarından bulaşan enfeksiyon hastalıklarının yayılması kaçınılmaz olmaktadır. Özellikle diş hekimleri meslek yaşamları boyunca hızlı titreşim yapan aeratör, ultrasonik cihazlar, hava-su spreylere ve lazer cihazlarından ve hasta kişilerden yayılan enfeksiyöz biyoaeroseller, kesici-delici aletlerin perkütan yaralaması, hastanın vücut sıvılarının direk teması gibi risklerle karşı karşıyadır (Akıncabay, 2007). Biyoaeroseller

havada kümelere halinde bulunurlar ve havada asılı olarak kalabilirler. Çıplak göz ile görülemezler. Dental aerosollerin çapı oldukça küçüktür (5 mikron) ve akciğerlerde bronş ve bronşiyollere girerek solunum yolu hastalıklarına neden olabilir. Büyük olan aerosoller ise akciğere giremezler ancak deri, göz, saç gibi bölgelere dağılırlar (Akıncabay, 2007). Ağız ortamında dental plakta, diş taşlarında, tükürükte ve kanda bulunan çok sayıda enfektif mikroorganizma hastalardan hekimlere, yardımcılara ve hatta teknisyenlere bile kolay bir şekilde transfer olabilir yani çapraz enfeksiyon meydana getirebilirler.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hastaların kan ve çeşitli vücut sıvıları ile temas etme ihtimalinin olduğu tüm personel bulaşıcı hastalıklar açısından risk altındadır. Özellikle diş hekimlerinin kullandıkları sivri nitelikli frez, enjektör iğnesi ve sütur iğnesi gibi aletler perkütan yaralanmalara neden olabilmektedir. Ülkemizde 250 diş hekimi üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin %69'u son 1 yıl içinde perkütan yaralanmaya maruz kaldıklarını bunun da en fazla (%26) sond ile meydana geldiği bildirilmiştir. Hekimler özellikle protetik diş tedavisi (%18,8), enjeksiyon (%10,8) ve diş yüzeyi temizleme (%10,8) işlemleri sırasında yaralandıklarını ifade etmişlerdir (Kandemir ve Karataş, 2001).

Diş hekimlerinin başta HBV, HCV, Herpes Simplex ve HIV, funguslar, bakteriler ve prionlar ile enfekte olma riski bulunmaktadır (Akova, 1999; Leggat ve ark., 2007). Özellikle diş hekimleri hastaların kan ve vücut sıvılarındaki patojenlerle karşılaşma ve temas etme açısından diğer sağlık personellerine göre daha yüksek risk grubu içerisinde. Virüsler temas sonucu çok kolay bir şekilde taşınabilmelerinin yanında hava yoluyla aerosoller aracılığı ile geçiş yapabilmektedirler (Jainkittivong ve Langlais, 1998; Grenier, 1995) Pek çok mikroorganizma solunum yoluyla giriş yapmasıyla birlikte tüberküloz, kızamık, kızamıkçık, su çiçeği, influenza, kabakulak, varisella, lejyoner hastalığı gibi hastalıklar meydana gelmektedir (Akova, 1999).

Tanımlanmış olan 6 adet hepatit virüsüne rağmen diş hekimliği uygulamaları hepatit A bulaş riski oluşturmaz. Hepatit B ise özellikle perkütan yol, mukoza aracılığı ile ve parenteral yol ile bulaşıcılığı olan bir virüstür. Ülkemizde yapılan bir araştırmada HBV enfeksiyonunun perkütan yol ile en fazla cerrahi girişimler (%40) sırasında bulaştığı bildirilmiştir. Bu nedenle oral cerrahlar (6 kat), hemşireler, ağız ve diş sağlığı

teknikerleri yüksek risk altındadır (CDC, 1985). HBV tükürük, kan ve dişeti oluğu sıvısı aracılığı ile de bulaşabilmektedir. Hastaların akut fazda olmasına gerek yoktur çünkü taşıyıcı oldukları bilinen hastaların %76'sında tükürük örneklerinde hepatit B antijeni tespit edilmiştir. Ağız içinde en yüksek HBV konsantrasyonu dişeti oluğunda bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle diş eti bölgesinde çalışan kişilerin daha fazla riskte olduğu söylenebilir (Cottone ve Puttaiah, 1996). HBV ile temas edildiği takdirde aşı ve HBIG yapılabilir ve önleyiciliği %95'tir (The American, 1997). Bu işlemin tercihen ilk 24 saat içerisinde yapılması önerilir. Perkütan yol aracılığı ile HBV bulaşma riski %30 iken bu oran HCV için %3-4, HIV için %0,3'tür (Di, 1998). HCV en sık parenteral yolla bulaşır, mukozal ya da perkütan yol ile bulaşma riski daha düşüktür. HCV pozitif bir kişi ile temasın sonrasında sağlık personelinin HCV serolojisi ve aminotransferaz düzeyine bakılması bunun da 6 süreyle tekrarı önerilmektedir (Centers, 1997). HIV ile enfekte bir aletin perkütan temasından sonra HIV enfeksiyonu gelişme riski %0,36-0,4'tür. Temas sonrası zidovudin uygulaması önerilmektedir (Tokar ve ark., 1993).

İnfluenza salgınlarının olduğu özellikle kış dönemlerinde hastalar nozokomiyal (hastane kaynaklı) yayılıma neden olabilmektedir. İnflenzanın neden olduğu grip, çalışanlarda devamsızlığa ve hizmetin aksamasına neden olabilir. Bunun yanında sağlık personelinin kızamık ve kızamıkçığa karşı aşı ile bağışık olmaları gerekmektedir.

Tüberküloz Mikobakteriyum tüberkülozis bakterisinin meydana getirdiği sağlık personeli için risk oluşturan enfeksiyonlardan biridir. Bakteri akciğerlerde inaktif olarak durur ve immün sistem zayıfladığı zaman aktif hale geçer. Enfekte olmuş kişilerin çoğunda enfeksiyon gelişmez ve hastalığı bulaştırmaz (Clever ve Leguyader, 1995). Aktif hastalığı olan kişilerde acil tedaviler dışındaki müdahaleler ertelenmelidir. Çalışanlarda her yıl yapılan tüberkülin deri testi enfekte kişilerin belirlenmesinde önemlidir.

Sifiliz cinsel ilişki ile bulaşan bir hastalık olmasına karşın ağız ve dildeki lezyonlardan dolayı ağız ortamından da bulaşma riski bulunmaktadır. Sifilitik ülserlerin yüzeyi ve sekonder sifilizin müköz patchleri çok bulaşıcıdır (Clever ve Leguyader, 1995).

Lejyoner hastalığı atipik bir pnömonidir ve pontiac ateşi olarak da adlandırılmaktadır. Bu hastalıkta kendiliğinden iyileşen bir soğuk algınlığı meydana

gelir. Bu duruma Legionella bakterileri neden olur ve en sık nemli ortamlarda bulunur. Bu nedenle aeratör başlığı gibi nemli kalan yüzeylerde kalabildiğinden çalışanlar arasında diş hekimlerinde prevalansı yüksektir. Bakteri alındığında her zaman pnömoni gibi bir enfeksiyon yapmayabilir, pontiac ateşi gibi orta düzey ya da subklinik formda da geçirilebilir (Centers, 1998; Tokar ve ark., 1993).

Enfeksiyon hastalıklarının bulaşıcılığından korunmak için dikkat edilmesi gereken birçok husus bulunmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların birçoğunda ağız semptomları da eşlik ettiğinden dolayı diş hekimlerinin bu semptomları tanınması ve ayırt etmesi oldukça önem taşımaktadır (Szymanska 2005; Şenel, 2007). Çünkü AIDS, hepatit, tüberküloz ve sifiliz gibi hastalıkların ilk belirtileri ağız ortamında görülmektedir (Anders ve ark., 1998). Bunun dışında koruyucu önlemlere ve aletlerin sterilizasyonu ve dezenfeksiyonuna çok dikkat edilmesi, HBV aşısının yaptırılması enfeksiyon ajanlarının yayılmasını büyük oranda engeller (Grenier, 1995). Havalandırmanın ve klima bakımlarının iyi olmadığı yerlerde mantar enfeksiyonlarının sıklıkla ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Çalışma ortamının ısı ve nemi de özellikle bioaerosollerin yayılımını ve enfeksiyon oluşturma potansiyelini etkilediğinden dolayı kliniklerin sıklıkla havalandırılması ve klima gibi cihazların bakımlarının sık olarak yapılması önemlidir (Özyurt, 2014).

Dünyada 2000 yılına kadar mesleki nedenlerden dolayı HIV bulaşmış 56 sağlık personeli bildirilmiştir. Ancak özellikle AIDS pandemisi başladıktan bugüne kadar yaklaşık 100 sağlık çalışanı meslekleri nedeni ile HIV ile enfekte olmuş ve yaşamını yitirmiştir. Ancak bu personeller arasında diş hekimi bulunmamaktadır. Sağlık personelinde HBV enfeksiyonu riski diğer meslek gruplarına göre 3-6 kat daha fazladır. DSÖ ülkemizde HBV enfeksiyonunun hastanede sağlık personelinin etkileme riskinin %0,6-1,4 olduğunu belirtmiştir. HBV açısından ülkemizde yaklaşık %4-14 arasında taşıyıcılık bulunmaktadır. Bu oran bir diş hekiminin karşılaştığı her 10 hastadan birinin HBV taşıyıcısı olma riski anlamına gelir. Taşıyıcılık sıklığı ABD’de %0,5 olmasına karşın her yıl yeni tanımlanan üçyüzbin yeni vakanın onikibin tanesi sağlık personelinde ortaya çıkmaktadır (Akova, 1999). Bu rakamlara bakıldığında bir diş hekimi için HBV enfeksiyonu riski HIV enfeksiyonu riskinden oldukça daha fazladır. DSÖ yayınladığı bir raporda tüm dünyada çalışan 35 milyon sağlık personelinde yılda 15 bin kişide Hepatit C, 70 bin kişide Hepatit B ve 500 kişide HIV enfeksiyonu meydana geldiği

bildirilmiştir (Uçak, 2009). Ancak HBV açısından risk grubu içerisinde olan sağlık çalışanlarında aşılama yapıldığında HBV insidansı %9'dan %0,8'e düşmektedir (Clever ve Leguyader, 1995). Diş hekimleri arasında anti-HCV prevalansı ABD'de %2, İtalya'da %6, ülkemizde ise %1,4 olarak tespit edilmiştir (Ayyıldız ve ark., 2000; Hafta ve ark., 1996; Ribero ve ark., 1996). Bu oran hastane sağlık personeli için %1, çene cerrahları için %2 olarak bulunmuştur (Centers, 1997). Bu enfeksiyonlardan ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilen kliniklerde en fazla diş hekimleri, klinik yardımcıları olarak ağız ve diş sağlığı teknikerleri, hemşireler, teknisyenler, temizlik personelleri ve diğer personeller etkilenmektedir.

- **İşitme Problemleri**

Gürültü genel olarak insan sağlığını fizyolojik ve psikolojik olarak etkilemektedir. Bu sesler kulak çınlamasından işitme kaybına kadar duyma bozukluklarına yol açabildiği gibi stres, saldırganlık, hipertansiyon ve uyku bozukluğu gibi birçok probleme neden olabilir. Özellikle 85 desibelin üzerindeki ses seviyelerinde davranış biçimlerinde değişimler ve gürültü kaynaklı semptomlar oluşmaya başlayabilir (Özyurt, 2014). Bunların yanında gürültülü ortam iş verimliliğini de etkiler. Yapılan çalışmalarda karmaşık işlerin yapıldığı iş ortamlarının sessiz, basit işlerin yapıldığı iş ortamlarının ise hafif gürültülü olması gerektiğini belirtilmiştir (T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2013).

Aslında modern diş hekimliği uygulamalarında kullanılan cihazların ses seviyesi 85 desibelin altındadır ve bu seviyedeki gürültünün işitme kaybına yol açmayacağı bilinmektedir. Ancak aletlerin uzun süre kullanılması ve aynı ortamda farklı birçok cihazın çalışabilir olması klinikte çalışanları risk altına sokmaktadır.

- **Damar Hastalıkları**

Özellikle ayakta çalışan diş hekimlerinde ve sürekli ayakta duran klinik çalışanlarında sıklıkla varis veya hemoroid ve lenfödem gibi dolaşım sistemi hastalıkları görülmektedir. Hareketsiz uzun süre oturulması ya da uzun süre ayakta kalınması venöz damarlarda kapaçıkların tam olarak kapanmasını engeller. Damar yapısı da bozulduğundan dolayı kan bacak bölgelerinde toplanır. Buna bağlı olarak da varisler meydana gelir. Diş hekimleri risk grubu içerisinde bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin %30,4'ünde varis problemi olduğu bildirilmiştir. Bu



hekimlerin %54,8'i kadınlardan oluşmaktadır. Meslekte geçirilen sürenin uzadıkça damarsal hastalıkların görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (Kandemir ve Karataş, 2001). Önlenmesi için uzun süreli oturulmamalı ve ayakta kalınmamalıdır, düzenli spor yapılmalı, yüksek topuklu ayakkabı giyilmemeli, soğuk suyla bacaklara masaj yapılmalıdır.

- **Vibrasyona Bağlı Hastalıklar**

Diş hekimliği pratiğinde kullanılan yüksek frekanslı aletlerin yapmış olduğu vibrasyon makinenin ucu tarafından ele ve vücudun tüm bölgesine iletilerek hafif nöropatik durumlara yol açabilir, vasküler ve osteoartiküler değişikliklere neden olabilir (Akesson ve ark., 1995; Szymanska, 2001). Bu semptomların meydana gelmesi sonucu vibrasyon sendromu adı verilen mesleki bir hastalık meydana gelir. Çevre ısısının düşmesi ile birlikte parmak uçlarında beyazlama ve hassasiyet gözlenir. Bu etkiler özellikle 5-1400 Hz aralığındaki vibrasyona sürekli olarak maruz kalma sonucunda gelişmektedir. Özellikle 16 Hz'nin altındaki vibrasyonlar en zararlı olanlarıdır (Szymanska, 2001). Bir çalışmada parmak uçlarındaki kan damarlarında oluşan spazmdan dolayı vibrasyona bağlı olarak bir yada iki parmak ucunda karıncalanma, beyazlama ve uyuşmaya bağlı beyaz parmak durumunu (Vibration White Finger) tanımlanmıştır (Burke ve Jaques, 1993). Bu duruma yüksek vibrasyona maruz kalan kişilerde %80-100 aralığında rastlanmaktadır (Bovenzi, 1998). Diş hekimleri ve klinik çalışanlarının maruz kaldığı kronik vibrasyon, dolaşım rahatsızlıkları, periferik nörolojik hastalıklar, kemik ve eklem rahatsızlıkları ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açabilmektedir.

- **Kesici-Delici Alet Yaralanmaları**

Ağız ve diş sağlığı kliniklerinde kullanılan çoğu alet kesici ve delici niteliktedir. Meydana gelen yaralanmaların çoğu bu aletler ve iğneler ile meydana gelmektedir. İngiltere'de ve Tayland'da yapılan araştırmada diş hekimlerinin yarısından fazlası perkütan yaralanmalara maruz kaldığını söylemiştir (Chowanidisai ve ark., 2000; Porter ve ark., 1990). Türkiye'de bu yaralanmaların çoğunu en sık sivri uçlu aletlerin batması oluştururken (%33) diğer yandan anestezi, frez, ortodontik tel, kanal aleti ve elevatörler de yaralanmalara neden olmaktadır. Çene cerrahlarının diş hekimlerine göre yaralanma riskleri daha fazladır (Esen ve ark., 2007).

- **Görme Problemleri**

Hızlı dönen aletlerin kullanılması sırasında dokulardan ya da maddelerden kopan parçalar hekimin ya da yardımcısının gözünde ciddi yaralanmalara neden olabilmektedir (Szymanska, 2005). Yapılan bir araştırmada diş hekimlerinin %71'inde göz problemi olduğu tespit edilmiştir. Bu hekimlerin %32'sinin göz problemi hekim olduktan sonra başlamıştır. Tüm hekimlerin %36'sının ise meslek hayatları boyunca en az 1 kez göz problemi yaşadığı bildirilmiştir (Kandemir ve Karataş, 2001). Eski dolguların çıkarılması, düzeltilmesi ya da çene cerrahisinde kemik aşındırılması gibi işlemlerde parçalar gözlerde yaralanmalara neden olabilmektedir. Olayların bir çoğunda yabancı cisim konjonktivaya veya korneaya gelerek gözde enfeksiyon, sulanma, kızarıklık ve ağrıya neden olur. İleri hasarlarda ise korneada perforasyon ve lenste hasar meydana gelebilmektedir (Szymanska, 2000).

Bu tür etkenlerin dışında çalışanlar ultraviyole ışıktan ve laser ışınlarından gözlerini korumalıdır. Laser bir radyasyon kaynağıdır ve göz en fazla maruz kalan ve hassas olan organdır. Bu nedenle hekimler laser uygulamaları sırasında muhakkak koruyucu gözlüklerini takmaları gerekmektedir (Szymanska, 2000). Diş hekimleri ve yardımcıları polimerizasyon için kullanılan ışık kaynağı problemlerine doğrudan bakmamalıdır. Ayrıca enfeksiyon kaynağı olan tükürük, dişeti oluşu sıvısı ve diş yüzeyindeki dental plaktan enfeksiyöz mikroorganizmaların göze taşınarak enfeksiyon oluşturabilme riski bulunmaktadır. Ağız ve diş sağlığı klinikleri çalışanları bu tür olaylara karşı kendilerini yüzlerine tam olarak oturan ve sert plastikten yapılmış gözlükler sayesinde tam anlamıyla koruyabilir. Özellikle sürekli olarak bu kliniklerde çalışanlar, etkenlere sürekli olarak maruz kalanlar ve göz ameliyatı geçirmiş olanlar 500 nm dalga boyu altındaki ışığı emen koruyucu gözlükler takmalıdırlar (Burton ve Bridgman, 1991).

- **Kimyasal Riskler ve Kimyasal Madde Toksikitesi**

Kimyasal maddeler sağlık sektöründe katı, sıvı ve gaz formlarında sıklıkla kullanılmaktadır. Yanlış kullanımları veya dikkatsizlik sonucunda pek çok iş kazası meydana gelmekte ve sağlık problemleri oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının kimyasal risklerden korunabilmeleri için öncelikle bu risklerin belirlenmesi ve risk değerlendirmesi yapılması gerekir. Kimyasal maddelerin risk derecelerine göre yapılacak risk değerlendirmesi ile gerekli güvenlik önlemleri alınır (Özyurt, 2014). Ağız

ve diş sağlığı kliniklerinde özellikle dezenfektanlar, laboratuvar malzemeleri ve ilaçlar irrite edici özellikte olabilmekte, birçoğu deri ve solunum yolları rahatsızlıklarına yol açabilmektedir. Sert yüzeylerde, ciltte ve ekipmanlarda yaygın olarak kullanılan dezenfektan ve antiseptiklerin kullanım koşullarına ve talimatlarına çok dikkat edilmelidir. Dezenfektanlar astım, alerjik reaksiyonlar, deride hassasiyet, gözde irritasyon, baş ağrısı, bulantı, kusma, yanık, öksürük, baş dönmesi yapabilir (Bilici ve ark., 2008).

Diş hekimliği uygulamalarında dolgu materyali olarak sıklıkla kullanılan amalgam civa, bakır, gümüş ve kalay gibi ağır metallerden oluşmaktadır. Diş hekimleri en fazla amalgama elle temas ederek civaya maruz kalmaktadırlar (Martin ve ark.,1995; The American, 2010) Civaya yüksek dozda ve kronik olarak maruz kalmak, alerjik reaksiyonlara ve akut/kronik civa zehirlenmelerine neden olabilir (Rodrguez-Farre ve ark., 2016).

Amalgamın uzun yıllar sistemik toksisiteye neden olup olmadığı konusu akılları karıştırmış, ancak bu konu ile alakalı sistemik kontrollü bir çalışma yapılmamıştır. Uluslararası Diş Hekimleri Birliği ve Amerika Diş Hekimleri Derneği amalgam kullanımının güvenli olduğunu bildirmişlerdir (Food and Drug Administration, 2010). Diş hekimliğinde kullanılan civa elementer yapıda olduğundan yutulması durumunda herhangi bir zarar oluşurmaz. Civa solunum yoluyla alındığı zaman ciddi tehlikeler oluşturabilmektedir. Akciğerden alınan civa kan dolaşımına katılarak beyinde ve böbrekte birikme yapabilir. Bunlara bağlı olarak nörolojik problemler ortaya çıkabilir, immun sistem etkilenebilir (Bilmen, 2008; Küçükeşmen, 2007). Amalgamın sökülmesi sırasında çıkan civa buharı zararlı olduğundan bu işlem sırasında kuvvetli aspirasyon yapılması ve muhakkak maske kullanılması gerekmektedir (Kostyniak, 1998). Ayrıca personel amalgamlara çıplak el ile dokunmanın zararları konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.

Diş teknisyenlerinin klinik çalışanlarından farklı olarak akrilik ve seramik gibi maddelerle uzun süreli çalışmaya bağlı olarak maruz kaldıkları tozlar nedeniyle silikozis hastalığına yakalanma riskleri bulunmaktadır. Silikozis bir pnömokonyoz olup uzun süre yoğun toz solumaya bağlı ortaya çıkar. Toz akciğerde yaygın iltihaplanmaya neden olur ve bu izleyen srelerde doku içerisinde fibröz odaklar meydana gelir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda silika tozlarına maruz kalan farklı iş kollarındaki kişilerde

silikozis gelişme sıklığının % 6-36,3 olduğu bildirilmiştir (Akkurt, 2000). Ancak bu durum önlenebilir meslek hastalıkları grubu içerisinde. Çalışma koşullarının düzeltilmesi, çalışma alanlarının sık olarak havalandırılması ve koruyucu önlemlerin alınması ile birlikte bu hastalığa yakalanma durumu önlenebilmektedir. Günümüzde ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen kurumlarda protez laboratuvarlarına getirilen standartlar ve önlemler ile silikozis gelişme riski ortadan kaldırılmıştır. Akrilik ayrıca içerisinde yanıcı sıvı bir madde olan metilmetakrilat içermektedir. Bu madde göz, solunum yolu ve cilt için irrite edici özelliktedir (Özyurt, 2014).

Diş protezi laboratuvarlarında akirilik dışında da birçok kimyasal malzeme kullanılmaktadır. Mumlar, baz-plak materyalleri, alçı, aşındırma ve cila malzemeleri kullanılmaktadır. Bu maddeler ile çalışırken kullanım ve güvenlik talimatlarına uymak iş kazalarının ve hastalıkların önlenmesi için çok önemlidir (Özyurt, 2014).

- **Dermatitler**

Diş hekimlerinde yaygınlığı %15-33 arasında değişen ve önemli bir sorun haline gelen dermatitlerin görülen 2 formu vardır: kontakt dermatit ve atipik dermatit.

Dermatitler protez yapımında kullanılan akrilik içerisinde bulunan metilmetakrilat ve siyanoakrilat gibi maddelere ve diş hekimliği aletlerine karşı oluşabildiği gibi en sık olarak lateksten yapılan eldivenlerden dolayı meydana gelmektedir (Leggat ve ark., 2004). Türkiye’de yapılan bir araştırmada diş hekimlerinin yaklaşık %20’sinin lateks eldivene karşı allerjisi olduğu saptanmıştır (Kandemir ve Karataş, 2001). Lateks allerjisi olan kişiler nitril ya da vinil grubu eldivenler tercih etmelidirler (Chin ve ark., 2004).

- **Solunum Yolu Hastalıkları**

Finlandiya’da yapılan bir araştırmada diş hekimleri arasında solunum yolu hipersensitivite artışı meydana geldiği bildirilmiştir. Bu duruma neden olabilecek metilmetakrilat, lateks ve kloramin T gibi iritan materyallerden korunmak gerekmektedir. Ayrıca kliniklerin sık aralıklarla havalandırılması durumun meydana gelmesini engelleyebilir (Piiirila ve ark., 2002).

- **Psikososyal Rahatsızlıklar**

Sağlık sektöründe stresli bir çalışma ortamı mevcuttur. Zira çalışma sürelerinin uzun olması, zor çalışma koşullarının olması durumu stresli hale getirmektedir. Çalışmalarda diş hekimliğinin çalışma koşullarından dolayı diğer meslek gruplarına göre daha stresli olduğu bildirilmiştir (Moore ve Brodsgaard, 2001). Yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin en fazla çalışma programlarına uyamamaktan dolayı strese girdikleri, küçük çocukları olan diş hekimlerinin daha fazla strese sahip oldukları bildirilmiştir. Son iki hafta içerisinde diş hekimlerinin en fazla bildirdikleri minör rahatsızlıklar olarak gerginlik, sinirlilik, sebepsiz yorgunluk, baş ağrısı, moral bozukluğu gibi psikoloji temelli problemler gösterilmiştir (Myers ve Myers, 2004).

Bireyin iş ortamında yaşadığı stresin uzun dönemli olması sonucunda tükenmişlik sendromu ortaya çıkabilmektedir. Tükenmişlikte duygusal bitkinlik, kindar tutumlar ve antisosyal durumlar ortaya çıkmaktadır. Bir çalışmada diş hekimlerinin %2,5'inin yüksek tükenmişlik düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. Üniversitede çalışan diş hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada %50,2 oranındaki diş hekiminin duygusal tükenmişlik yaşadığı, bu durumun özellikle doktora yapan diş hekimlerinde yüksek düzeyde olduğu, birçoğunun düşük başarı duygusuna sahip olduğu bildirilmiştir (Denizoğlu ve Akyıl, 2005).

- **Radyasyona Bağlı Riskler ve Rahatsızlıklar**

Radyasyon kararsız atom çekirdeklerinden yayılan alfa, beta ve gama ışınlarına verilen isimdir. Pek çok cihaz radyasyon yayabildiği gibi doğada da dalga, parçacık veya foton olarak adlandırılan enerji olarak bulunmaktadır. Radyo dalgaları, x ışınları veya güneş ışınları radyasyon çeşitlerine örnek olarak verilebilir (Özyurt, 2014). Radyasyon iyonlaştırıcı olan ve olmayan olmak üzere ikiye ayrılır. X ışınları gibi iyonlaştırıcı radyasyonun biyolojik etkileri alınan toplam doza, doz oranına, radyasyonu alan vücut alanına, radyosensitiviteye göre değişebilmektedir. İyonize radyasyon, hücre ölümüne neden olabilir, hücre DNA'sını parçalayabilir ve genetik değişikliklere neden olabilir. İyonize radyasyona en hassas olan hücreler en fazla bölünen hücrelerdir. Bu nedenle fetus gibi hücre bölünmesinin yoğun olduğu bölgelerde zararı fazla olur. Uzun dönemde ise radyasyonun en önemli etkisi kanser oluşumunu indüklemesidir (Kuş, 2013). Klinik ortamında özellikle ağız diş ve çene radyolojisi kliniklerinde çalışanların radyasyondan korunmak için önlemler alması gerekmektedir. Çalışanlar radyasyon

kaynağına yakın bir durumda sürekli olarak kalmamalı, radyasyona maruz kalacak kişilerin ise zırhlama kıyafetleri kullanarak kendilerini korumalıdır (Daşdağ, 2010).

### **2.3. 6331 Sayılı Kanunun Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Getirdikleri**

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 25.11.2009 tarihli ve 27417 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan tebliğe göre diş hekimliği uygulamalarının yapıldığı hizmet birimleri ‘tehlikeli’ sınıfta kabul edilmiştir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na göre 1 Temmuz 2013 tarihinde işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı hizmeti alma zorunluluğu getirilmiştir. Kliniklerde tek bir çalışan bile olsa işyeri ortamının tehlikeli sınıfta yer almasından dolayı bu sınıflandırmanın gereği olarak risk değerlendirmesi yapılması yükümlülüğü getirilmiştir.

6331 sayılı kanunun yayınlanması ile 4857 sayılı İş kanununun İSG ile ilgili maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır (2 nci maddesinin dördüncü fıkrası, 63 üncü maddesinin dördüncü fıkrası, 69 uncu maddesinin dördüncü, beşinci ve altıncı fıkraları, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 95, 105 ve geçici 2 nci maddeler, 4857 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (f) bendinde yer alan “İş sağlığı ve güvenliği hükümleri saklı kalmak üzere” ifadesi ile 98 inci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “85 inci madde kapsamındaki işyerlerinde ise çalıştırılan her işçi için bin Yeni Türk Lirası,” ifadesi metinden çıkartılmıştır). Yeni kanun ile işyeri tanımı ve kapsamı değişmiştir. Kanun kamu da dahil olmak üzere özel sektördeki bütün işleri ve işyerlerini, işveren dahil işveren vekillerini ve çırak-stajyer dahil tüm çalışanların faaliyetlerini kapsamaktadır. Bu nedenle çalışanı olan muayenehane, poliklinik, ağız ve diş sağlığı merkezleri, ağız ve diş sağlığı hastanesi gibi diş hekimliği hizmetleri verilen kurumlar kanun kapsamındadır. Bu kanuna göre bir ya da daha fazla çalışanı olan işyerleri belirlenmiş ölçütlere göre ya kendi bünyesinde İSG uzmanı bulundurmak ya da dışarıdan hizmet almak suretiyle sözleşmeye bağlı olarak İSG uzmanı temin etmek durumundadır. Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan sağlık kuruluşları işverenleri, kanun kapsamındaki yükümlülüklerini işyeri hekimleri ve B sınıfı iş güvenliği uzman belgesine sahip kişilerden hizmet alarak sağlayabilmektedirler (6331 sayılı Kanun, 2012).

Yeni kabul edilen İSG kanunu ile İSG hizmetlerinin sağlanabilmesi için bazı kriterlere sahip işyerlerine devlet tarafından destek verilmektedir. Ondandır az sayıda çalışanı bulunan, çok tehlikeli ve tehlikeli sınıfta değerlendirilen işyerlerine devlet

tarafından destek verilmesine karar verilmiştir. Bu teşvik giderleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaktadır. Bu teşvik kuralları 30.06.2013 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Teşvikin uygulanması ile uygulanacak işyerlerinin özellikleri hakkında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 3 Mayıs 2014 tarihinde 28989 sayılı Resmi Gazete’de bir tebliğ yayınlamıştır. Böylece çalışan sayısı 10’un altında bulunan muayenehane, poliklinik ya da ADSM bu teşvikten yararlanabilmektedirler.

İSG kanunu dış hekimlerine başlıca yükümlülükler getirmiştir. Dış hekimi ve kamu ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen kurumlar;

- a. Risk değerlendirmesi yapmak,
- b. İSG uzmanı ile işyeri hekimi barındırmak ya da hizmet almak zorundadır (6331 Sayılı İSG Kanunu).

### **2.3.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Verilen İşyerlerinde Risk Değerlendirmesi**

İşyerlerinde özellikle birden fazla 50’den az işçi çalıştıran işverenlerin (özellikle özel ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilen işyerleri) dikkate alınması gereken ilk husus İSG risk değerlendirmesidir. Risk değerlendirilmesi yapıma zorunluluğu 1 Ocak 2013 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Böylece çalışan sayısı kaç olursa olsun işyerlerinin risk değerlendirmesi yapması gerekiyor. İSG Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği ile işyerinin iş güvenliği riskinin tespitine yönelik işlemlerin nasıl yerine getirilmesi gerektiği hususları belirtilmiştir. 5.maddenin 1.fikrasına göre, ‘işveren çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacıyla iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.’ şeklinde belirtilmiştir. Yani işveren bu hizmeti ya kendisi yapar ya da İSG konusunda yetkili kuruluşlara bu hizmeti yaptırır. Yönetmeliğin 6.maddesinde ise risk değerlendirmesinin işveren tarafından belirlenen bir ekip tarafından yapılacağı ve bu ekipte kimlerin bulunacağı belirtilmiştir

Türk Dış Hekimleri Birliği Odalarının katkıları ile özel çalışan dış hekimlerinin işyerlerinde uygulamaları için bir ‘risk değerlendirme formu’ oluşturmuştur. Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşu müşterek muayenehane olarak çalışıyorsa kişiler ayrı olarak risk değerlendirmesi yapması gerekmektedir (Türk Dış Hekimleri Birliği, 2019). 29512 sayılı ve 29.12.2012 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan “ İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği” ne göre risk değerlendirmesi

işlemleri belli aralıklarla yenilenmesi gerekmektedir. Bu işlem çok tehlikeli sınıfta iki yılda, tehlikeli sınıfta dört yılda, az tehlikeli sınıfta ise altı yılda bir yapılması gerekmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları tehlikeli sınıfta olduklarından bu hizmeti dört yılda bir yenilemesi gerekmektedir. Bununla birlikte;

- İşyerinin taşınması ya da binalarda değişiklik yapılması,
- İşyerinde kullanılan teknolojik aletlerde, kullanılan maddelere ve ekipmanda değişiklik yapılması,
- İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olay meydana gelmesi gibi

durumlarda risk değerlendirmesi işlemleri kısmen ya da tamamen yenilenecektir.

Risk değerlendirmesi yapılmasında ağız ve diş sağlığı hizmeti veren işyeri sahiplerine bazı yükümlülükler verilmiştir;

- a. Çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini temin etmek,
- b. Mesleki riskleri önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbiri almak, organizasyonu yapmak, gerekli araç ve gereçleri temin etmek,
- c. Sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlar ile birlikte yenilemek ve buna uygun hale getirmek,
- d. İSG tedbirlerine uyulup uyulmadığını izlemek, denetlemek ve mevcut durumu geliştirmek.

Buna göre işveren;

- a. Risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmak,
- b. Çalışanları sağlık ve güvenlik riskleri ile ilk yardım, yangın ve afetler konusunda bilgilendirmek,
- c. Çalışanların İSG konusunda eğitimlerini almasını sağlamak,
- d. Çalışanların görüşlerini almak,
- e. Çalışan temsilcisi atamak,
- f. 50 ve daha fazla çalışanı olan işyerlerinde İSG kurulu oluşturmak,
- g. İşe yeni başlayanlar için sağlık raporu istemek,
- h. Acil durum eylem planı hazırlamak,
- i. İşin devamı süresince işyerinin tehlike sınıfına göre belli aralıklarla çalışanın sağlık muayenelerini yaptırmakla yükümlüdür.



İstanbul Diş Hekimleri Odası tarafından işveren diş hekimlerinin kullanımına sunulmuş bir acil durum planı bulunmaktadır. Diş hekimleri odanın internet sitesinden bu forma ulaşabilmektedirler (İstanbul Diş Hekimleri Odası, 2019).

### **2.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Verilen İşyerlerinin Tehlike Sınıfları**

26.12.2012 tarihinde 28509 sayılı Resmi Gazete’de İSG’ne ilişkin işyeri tehlike sınıfları tebliği yayınlanmıştır. Bu tebliğde işyerlerinin İSG açısından yer aldığı tehlike sınıfları belirtilmiştir. Bu sınıflar, 31.5.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 83.maddesine göre belirlenen kısa vadeli sigorta kolları prim tarifesi de dikkate alınarak, İSG Genel Müdürü başkanlığında ilgili tarafların komisyonlarının görüşleri doğrultusunda bakanlıkça çıkarılan tebliğ ile tespit edilmektedir. Tüm işyerleri az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli olmak üzere üç sınıfta değerlendirilmektedir.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık kuruluşları yapılan işin özelliği, kullanılan maddeler ve ekipmanlar dikkate alındığında tehlikeli sınıfta yer almasına karar verilmiştir. Tebliğde özel ve kamu tarafından sağlanan diş hekimliği uygulama faaliyetleri (yatılı hastane faaliyetleri ile diş hijyenistleri gibi paramedikal diş sağlığı personelinin faaliyetleri hariç)’ nin tehlikeli sınıfta yer aldığı görülmektedir. Ancak tebliğe göre yataklı sağlık hizmetlerini verildiği bölümler çok tehlikeli olarak kabul edilmiştir. Buna göre özel veya kamu, bünyesinde yataklı hizmetler verilen diş hekimliği fakülteleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi, ağız ve diş sağlığı hastanelerinin yataklı tedavi hizmetleri bu kapsam içerisinde değerlendirilmektedir.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu yayınlandıktan sonra 50’den az sayıda çalışanı olan, tehlikeli veya çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için bir yıl süre tanınmış, bu işyerleri 30 Haziran 2013 tarihinden itibaren iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeli istihdam etmek ya da bu hizmeti almak zorunda olacak, İSG hizmetlerinin sağlanabilmesi için bakanlıktan teşvik alabilecek, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanına yönelik sorumluluklarını yerine getirebilecektir (Md. 6-8). Kamu kurumlarına ise iki yıl süre tanınmış ve yükümlülüklerini 30 Haziran 2014 tarihi itibarı ile yerine getirmesi istenmiştir.

### 3.MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı, ağız ve diş sağlığı kliniği çalışanlarının iş güvenliği hususunda algılama düzeylerini belirlemektir.

#### 3.2. Hipotezler

Çalışma için oluşturulan hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

##### A. Çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem dereceleri;

1. Cinsiyete,
2. Medeni duruma,
3. Yaşa,
4. Eğitim durumuna,
5. Görev yaptığı kuruma,
6. Vardiya durumuna,
7. Kurumdaki toplam çalışma süresine,
8. Ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma süresine,
9. Çalışma pozisyonuna,
10. İstihdam edilme şekline,
11. Günlük bakım verdiği hasta/iş sayısına,
12. İş güvenliği eğitimi alıp almadığına,
13. Daha önce iş kazasına maruz kalma durumuna,
14. Çalıştığı iş ortamından memnuniyetine göre farklılık göstermektedir.

##### B. Çalışanların iş güvenliğine ilişkin düşüncelerini,

1. Cinsiyet,
2. Medeni durum,
3. Yaş,
4. Eğitim durumu,
5. Görev yaptığı kurum,
6. Vardiya durumu,
7. Kurumdaki toplam çalışma süresi,
8. Ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma süresi,
9. Çalışma pozisyonu,

10. İstihdam edilme şekli,
11. Günlük bakım verdiği hasta/iş sayısı,
12. İş güvenliği eğitimi alıp almaması,
13. Daha önce iş kazasına maruz kalıp kalmaması durumu,
14. Çalıştığı iş ortamından memnun olup olmaması etkilemektedir.

### **3.3. Araştırmanın Varsayımları**

Araştırmaya katılanların anketteki sorulara verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmamız Samsun ilindeki Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ve özel diş hekimi muayenehaneleri/polikliniklerinde yapıldığından sonuçların diğer bölgelerdeki için genellenmesi mümkün değildir.

### **3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.06.2016 tarihli ve OMÜ KAEK 2016/ 227 karar nolu etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Araştırma Samsun il merkezi içerisinde bulunan Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve Samsun ili içerisinde bulunan özel ağız ve diş sağlığı polikliniklerinde Şubat 2017-Mayıs 2017 ayları arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evreni, Samsun Diş hekimleri Odası, Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı ve Ağız ve Diş Sağlığı Baştabipliği ile görüşülerek belirlenmiştir. Evren belirtilen poliklinik ya da hastanelerde poliklinik hizmetlerinde aktif olarak çalışan, hasta ya da hasta materyalleri ile doğrudan temas eden uzman diş hekimi, diş hekimi, hemşire, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, temizlik personeli çalışanları oluşturmaktadır (n=489). Araştırmada örneklem seçilmemiş ve tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Cevaplanan anket sayısı 360 (%73,61)'dır. Geriye kalan 129 kişiden 90 kişi araştırmaya katılmak istememiş, 39 kişiye ise izin ve rapor gibi nedenlerden dolayı ulaşılammıştır.

### **3.6. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması**

Anket (Ek-2) kişisel bilgilerin sorgulandığı 1.bölüm (13 soru) ve iş güvenliği ölçeğinden (32 soru) meydana gelmektedir.

Araştırmada çalışanların iş güvenliği konusunda algılama düzeylerini belirlemek amacıyla, Esmâ Yavuz'un 2009 yılında "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi" adlı çalışmasında kullandığı, Williamson ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilen ve Atay tarafından 2006 yılında Türkçe formunun geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılan "İş Güvenliği Ölçeği" kullanılmıştır. Anket, 5'li likert tipi bir dereceleme ile (1=Hiç Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum) toplam 32 sorudan oluşmaktadır (Atay, 2006).

Anket formunda bulunan "güvenlik biz meşgul olana kadar geçerlidir sonra başka şeyler öncelik alır", "eğer sürekli güvenlik hakkında endişelenirsem işimi yapamam", "işimde risk almaktan kaçamam", "kazalar ben her ne yaparsam yapayım olur", "işyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam", "tüm kazalar önlenemez, bazı insanlar yalnızca şanssızdırlar", "yönetim güvenlikle ilgilendiğini iddia ediyor, ama ben buna inanmıyorum" ve "yönetimimiz yalnızca işimizi güvenli olmayan biçimde yaptığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil" ifadeleri ters anlam ifade etmektedir.

### **3.7. Çalışmanın Geçerliliği ve Güvenirliliği**

Yapılan çalışmanın geçerliliği için uygulama aşamasına geçmeden önce Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde 10 diş hekimi ile ön çalışma yapılmıştır. Ölçeğe güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach Alfa katsayısı elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.793 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha katsayısı; 0,00-0,40 olması anketin güvenilir olmadığını, 0,40-0,60 arasında olması anketin düşük güvenilirlikte olduğunu, 0,60-0,80 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğunu, 0,80-1,00 arasında olması anketin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Özdamar, 1999).

Ön çalışma sonucuna göre anketin kişisel bilgiler kısmında gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir. Çalışma ölçeği için faktör analizi yapılmış ve ölçeğin güncelliğini koruduğu tespit edilmiştir.

Verilerin elde edilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü aracılığı ile Samsun Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, Samsun Dış Hekimleri Odası ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'ndan gerekli yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilen ağız ve diş sağlığı polikliniklerine araştırmacı tarafından tek tek gidilmiş ve ankete katılmayı kabul eden çalışanlara anket formu gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra elden dağıtılmıştır.

### **3.8. Verilerin Analizi**

Araştırmadan elde edilen veriler kodlandıktan sonra SPSS (Version 15 for Windows, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programında bilgisayara aktarılmış ve analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sürekli değişkenler parametrik ise ortalama  $\pm$  standart sapma ile, parametrik değilse ortanca (minimum ve maksimum değer) ile ifade edilirken, frekans veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için frekans analizi, ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için güvenilirlik analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde tüm ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu "Kolmogorov-Smirnov Testi" ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında, normal dağılım gösteren değişkenler "Student T Testi" ve "ANOVA Testi", normal dağılıma uymayan değişkenler ise "Mann-Whitney U Testi" ve "Kruskal Wallis Testi" kullanılarak değerlendirilmiştir. İki ve üzeri grupta anlamlı fark saptanan değişkenlerde "Bonferroni Düzeltmesi" yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada, çalışanların iş güvenliği anket ortalaması ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon çözümlemesi yolu ile iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvveti belirlenebilmektedir. Bu analiz için korelasyon katsayısı (r) dikkate alınmıştır.

Araştırmada ayrıca çoklu ve basit regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi yapılmasındaki amaç, bağımlı değişken ile bağımsız değişken(ler) arasındaki etkiyi matematiksel modelle açıklayarak bağıntılar bulmak ve bağımsız değişken(ler) ile bağımlı değişkeni tahmin etmektir. İki ya da daha fazla bağımsız değişken arasındaki bağlantı "çoklu regresyon" yöntemi ile incelenmektedir.

Bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını gösteren tanımlayıcılık katsayısı ( $R^2$ ), doğrusal modelin uyum iyiliğini veren en yaygın ölçüm birimidir.  $R^2$ , 0 ile +1 arasında dağılım göstermektedir.  $R^2 = 1$  ise, tüm gözlemler regresyon doğrusu üzerinde yer almaktadır.  $R^2 = 0$  ise, değişkenler arasında doğrusal ilişki olmadığı anlamına gelmektedir. Araştırmada çoklu regresyon analizinde değişken seçiminde, tüm bağımsız değişkenler aynı anda modele dahil edildiği için standart metot (enter) seçilmiştir.



## 4. BULGULAR

Anketin kişisel bilgiler kısmından elde edilen verilerin analizi ile tanımlayıcı bulgular elde edilmiştir. Ayrıca araştırmanın hipotezlerine dair bulgulara da bu bölümde yer verilmiştir.

### 4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4'te çalışanlarla ilgili tanımlayıcı değişkenlere yer verilmiştir.

Çalışanlar cinsiyet açısından incelendiğinde; çalışanların %64,7'si (n=233) kadın, %35,3'ü (n=127) erkektir.

Çalışanlar medeni durum açısından incelendiğinde; çalışanların %61,9'u (n=223) evli, %38,1'i (n=137) bekarıdır.

Çalışanlar yaş grupları açısından incelendiğinde; çalışanların %52,5'i (n=189) 35 yaşından küçük, %47,5'i (n=171) 35 yaşında veya 35 yaşından daha büyüktür.

Çalışanlar eğitim durumu açısından incelendiğinde; çalışanların %2,5'i (n=9) ilkokul, %3,6'sı (n=13) ortaokul, %16,7'si (n=60) lise, %14,2'si (n=51) önlisans, %34,4'ü (n=124) lisans, %28,6'sı (n=103) lisansüstü mezunudur.

Çalışanlar görev yaptığı kurum açısından incelendiğinde; çalışanların %36,7'si (n=132) üniversite hastanesinde, %45'i (n=162) ağız ve diş sağlığı hastanesinde, %18,3'ü (n=66) özel ağız ve diş sağlığı polikliniğinde görev yapmaktadır.

Çalışanlar vardiya durumu açısından incelendiğinde; çalışanların %91,4'ü (n=329) gündüz, %8,6'sı (n=31) gece-gündüz karma olarak çalışmaktadır.

Çalışanlar çalıştığı kurumdaki toplam görev süresi açısından incelendiğinde; çalışanların %58,9'u (n=212)  $\leq 5$  yıl, %41,1'i (n=148)  $> 5$  yıl görev yapmaktadır.

Çalışanlar ağız ve diş sağlığı kliniğinde çalışma süresi açısından incelendiğinde; çalışanların %48,1'i (n=173)  $\leq 4$  yıl, %51,9'u (n=187)  $> 4$  yıl çalışmaktadır.

Çalışanlar ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonu açısından incelendiğinde; çalışanların %17,5'i (n=63) uzman diş hekimi, %42,5'i (n=153) diş hekimi, %3,9'u (n=14) hemşire, %16,9'u (n=61) ağız ve diş sağlığı teknikeri, %7,8'i (n=28) diş protez teknikeri, %11,4'ü (n=41) temizlik personelidir.

**Tablo 4.** Çalışanlarla ilgili tanımlayıcı bulgular

<b>Bağımsız Değişkenler</b>		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Cinsiyet	Kadın	233	64,7
	Erkek	127	35,3
	Toplam	360	100,0
Medeni Durum	Evli	223	61,9
	Bekar	137	38,1
	Toplam	360	100,0
Yaş	<35	189	52,5
	≥35	171	47,5
	Toplam	360	100,0
Eğitim Durumu	İlkokul	9	2,5
	Ortaokul	13	3,6
	Lise	60	16,7
	Önlisans	51	14,2
	Lisans	124	34,4
	Lisansüstü	103	28,6
	Toplam	360	100,0
Görev Yaptığı Kurum	Üniversite Hastanesi	132	36,7
	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	162	45,0
	Özel Ağız ve Diş Sağlığı Kliniği	66	18,3
	Toplam	360	100,0
Vardiya Durumu	Gündüz	329	91,4
	Gece-Gündüz Karma	31	8,6
	Toplam	360	100,0
Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	≤5 Yıl	212	58,9
	>5 Yıl	148	41,1
	Toplam	360	100,0
Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğinde Çalışma Süresi	≤4 Yıl	173	48,1
	>4 Yıl	187	51,9
	Toplam	360	100,0
Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğinde Çalıştığı Pozisyon	Uzman Diş Hekimi	63	17,5
	Dis Hekimi	153	42,5
	Hemsire	14	3,9
	Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri	61	16,9
	Diş Protez Teknikeri	28	7,8
	Temizlik Personeli	41	11,4
	Toplam	360	100,0
Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	1-50 Hasta	102	25,6
	51-100 Hasta	116	29,1
	101-200 Hasta	97	24,3
	≥201 Hasta	84	21,1
	Toplam	399	100,0
İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	Evet	282	78,3
	Hayır	78	21,7
	Toplam	360	100,0
İş Kazası Geçirme Durumu	Evet	61	16,9
	Hayır	299	83,1
	Toplam	360	100,0
İş Memnuniyeti	Evet	266	73,9
	Hayır	94	26,1
	Toplam	360	100,0



Çalışanlar günlük bakım verdiği ortalama hasta/iş sayısı açısından incelendiğinde; çalışanların %25,6'sı (n=102) 1-50 hasta, %29,1'i (n=116) 51-100 hasta, %24,3'ü (n=97) 101-200 hasta, %21,1'i (n=84)  $\geq 201$  hastaya bakmaktadır.

Çalışanlar iş riski/güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı açısından incelendiğinde; bu soruya çalışanların %78,3'ü (n=282) evet, %21,7'si (n=78) hayır yanıtını vermiştir.

Çalışanlar, iş kazasına maruziyet açısından incelendiğinde; bu soruya çalışanların %16,9'u (n=61) evet, %83,1'i (n=299) hayır yanıtını vermiştir.

Çalışanların iş ortamından memnuniyeti incelendiğinde %73,9'u (n=266) evet, %26,1'i (n=94) hayır yanıtını vermiştir.

## **4.2. Hipotezlerle İlgili Bulgular**

### **4.2.1. Çalışanların Genel Olarak İş Güvenliği Ölçeğindeki İfadelere İlişkin Verdikleri Skorların Dağılımı**

Bu bölümde çalışanların genel olarak iş güvenliği ölçeğindeki ifadelerle ilişkin verdikleri skorlar incelenmiştir.

Tablo 5'e göre iş güvenliği ölçeğine verilen puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın "Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" maddesinden (4,27±0,71), en düşük puanın ise "İşyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam" maddesinden (2,21±1,01) alındığı belirlenmiştir.

Çalışanların iş güvenliği ölçeğinde yer alan ifadelerle verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde;

"Eğer yöneticim güvenli davranışım için beni ödüllendirirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" ifadesinin ortalama ve standart sapmasının 3,93±1,08 olduğu,

"Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" ifadesinin 4,27±0,71 olduğu,

"Eğer yönetim önerilerimi dinlerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" ifadesinin 4,17±0,79 olduğu,

"Eğer sık güvenlik eğitimi alırsak bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" ifadesinin 3,68±0,96 olduğu,

"Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" ifadesinin 4,16±0,86 olduğu,

“Eğer yönetimim daha çok işyeri güvenlik kontrollerini yaparsa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin  $4,10 \pm 0,84$  olduğu,

**Tablo 5.** Çalışanların genel olarak iş güvenliği ölçeğindeki ifadelerle ilişkin verdikleri skorların dağılımı

İş Güvenliği Ölçeği	n	ort.	s.s.
1. Eğer yöneticim güvenli davranışım için beni ödüllendirirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	3,93	<b>1,08</b>
2. Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	4,27	<b>0,71</b>
3. Eğer yönetim önerilerimi dinlerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	4,17	<b>0,79</b>
4. Eğer sık güvenlik eğitimi alırsak bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	3,68	<b>0,96</b>
5. Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	4,16	<b>0,86</b>
6. Eğer yönetimim daha çok işyeri güvenlik kontrollerini yaparsa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	4,10	<b>0,84</b>
7. Eğer iş arkadaşlarım güvenli davranışı desteklerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	4,14	<b>0,80</b>
8. Eğer güvenli davranışım için ödüllendirilirimse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	360	3,79	<b>1,11</b>
9. Yönetimimiz yeterli güvenlik ekipmanı sağlıyor.	360	3,63	<b>0,99</b>
10. Yönetimimiz hatasız olduğundan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	360	3,42	<b>1,01</b>
11. Yöneticimiz işyerimde hatasız olduğumdan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	360	3,45	<b>0,95</b>
12. İşyerimdeki yönetim çalışanların güvenliğiyle kârla ilgilendiği kadar ilgilenmeli.	360	4,11	<b>0,91</b>
13. İşyerimdeki herkes güvenli bir biçimde çalışır.	360	3,39	<b>0,98</b>
14. İşyerimdeki tüm güvenlik kuralları ve prosedürleri gerçekten işe yarıyor.	360	3,40	<b>0,95</b>
15. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu iyi bir eğitim görmediğim içindir.	360	2,97	<b>1,19</b>
16. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu neyi yanlış yaptığımı bilmediğim içindir.	360	3,16	<b>1,14</b>
17. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu çalışmayı hemen tamamlamam gerektiği içindir.	360	3,33	<b>1,08</b>

(n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma)

**Tablo 5 (devam).** Çalışanların genel olarak iş güvenliği ölçeğindeki ifadelerle ilişkin verdikleri skorların dağılımı

İş Güvenliği Ölçeği	n	ort.	s.s.
<b>18. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu doğru ekipman temin edilmediği veya çalışmıyor olduğu içindir.</b>	360	3,35	<b>1,05</b>
<b>19. Güvenlik biz meşgul olana kadar geçerlidir sonra başka şeyler öncelik alır.</b>	360	2,78	<b>1,16</b>
<b>20. Eğer sürekli güvenlik hakkında endişelenirsem işimi yapamam.</b>	360	3,54	<b>1,08</b>
<b>21. İşimde risk almaktan kaçamam.</b>	360	3,10	<b>1,02</b>
<b>22. Kazalar ben her ne yaparsam yapayım olur.</b>	360	2,69	<b>1,10</b>
<b>23. İşyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam.</b>	360	2,21	<b>1,01</b>
<b>24. Dikkatli biri olduğum için kaza yapma olasılığım düşüktür.</b>	360	3,15	<b>1,00</b>
<b>25. Tüm kazalar önlenemez, bazı insanlar yalnızca şanssızdırlar.</b>	360	2,70	<b>1,16</b>
<b>26. Güvenlik prosedürüne uyan insanlar her zaman güvende olacaktır.</b>	360	3,28	<b>1,04</b>
<b>27. İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam.</b>	360	2,52	<b>1,06</b>
<b>28. Herkes kaza yapmak konusunda eşit riske sahiptir.</b>	360	2,84	<b>1,19</b>
<b>29. Gerekli önlemleri almayan insanlar başlarına gelenlerden kendileri sorumludurlar.</b>	360	3,38	<b>1,07</b>
<b>30. Yönetim güvenlikle ilgilendiğini iddia ediyor, ama ben buna inanmıyorum.</b>	360	3,01	<b>1,05</b>
<b>31. Yeni ekipman ve prosedürleri bildiğimden emin olurum.</b>	360	3,49	<b>0,85</b>
<b>32. Yönetimimiz yalnızca işimizi güvenli olmayan biçimde yapmadığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil.</b>	360	3,28	<b>1,12</b>

(n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma)

“Eğer iş arkadaşlarım güvenli davranışı desteklerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin  $4,14 \pm 0,80$  olduğu,

“Eğer güvenli davranışım için ödüllendirilirim bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin  $3,79 \pm 1,11$  olduğu,

“Yönetimimiz yeterli güvenlik ekipmanı sağlıyor” ifadesinin  $3,63 \pm 0,99$  olduğu,

“Yönetimimiz hatasız olduğundan emin olmak için ekipmanları kontrol eder” ifadesinin  $3,42 \pm 1,01$  olduğu,

“Yöneticimiz işyerimde hatasız olduğumdan emin olmak için ekipmanları kontrol eder” ifadesinin  $3,45 \pm 0,95$  olduğu,

“İşyerimdeki yönetim çalışanların güvenliğiyle kârla ilgilendiği kadar ilgilenmeli” ifadesinin  $4,11 \pm 10,91$  olduğu,

“İşyerimdeki herkes güvenli bir biçimde çalışır” ifadesinin  $3,39 \pm 0,98$  olduğu,

“İşyerimdeki tüm güvenlik kuralları ve prosedürleri gerçekten işe yarıyor” ifadesinin  $3,40 \pm 0,95$  olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu iyi bir eğitim görmediğim içindir” ifadesinin  $2,97 \pm 1,19$  olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu neyi yanlış yaptığımı bilmediğim içindir” ifadesinin  $3,16 \pm 1,14$  olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu çalışmayı hemen tamamlamam gerektiği içindir” ifadesinin  $3,33 \pm 1,08$  olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu doğru ekipman temin edilmediği veya çalışmıyor olduğu içindir” ifadesinin  $3,35 \pm 1,05$  olduğu,

“Güvenlik biz meşgul olana kadar geçerlidir sonra başka şeyler öncelik alır” ifadesinin  $2,78 \pm 1,16$  olduğu,

“Eğer sürekli güvenlik hakkında endişelenirsem işimi yapamam” ifadesinin  $3,54 \pm 1,08$  olduğu,

“İşimde risk almaktan kaçamam” ifadesinin  $3,10 \pm 1,02$  olduğu,

“Kazalar ben her ne yaparsam yapayım olur” ifadesinin  $2,69 \pm 1,10$  olduğu,

“İşyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam” ifadesinin  $2,21 \pm 1,01$  olduğu,

“Dikkatli biri olduğum için kaza yapma olasılığım düşüktür” ifadesinin 3,15±1,00 olduğu,

“Tüm kazalar önlenemez, bazı insanlar yalnızca şanssızdırlar” ifadesinin 2,70±1,16 olduğu,

“Güvenlik prosedürüne uyan insanlar her zaman güvende olacaktır” ifadesinin 3,78±1,04 olduğu,

“İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam” ifadesinin 2,52±1,06 olduğu,

“Herkes kaza yapmak konusunda eşit riske sahiptir” ifadesinin 2,84±1,19 olduğu,

“Gerekli önlemleri almayan insanlar başlarına gelenlerden kendileri sorumludurlar” ifadesinin 3,38±1,07 olduğu,

“Yönetim güvenlikle ilgilendiğini iddia ediyor, ama ben buna inanmıyorum” ifadesinin 3,01±1,05 olduğu,

“Yeni ekipman ve prosedürleri bildiğimden emin olurum” ifadesinin 3,49±0,85 olduğu,

“Yönetimimiz yalnızca işimizi güvenli olmayan biçimde yapmadığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil” ifadesinin 3,28±1,12 olduğu görülmektedir.

#### **4.2.2. Çalışanların İş Güvenliği Algılamalarının Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi**

Bu bölümde çalışanların iş güvenliği algılamaları bağımsız değişkenlere göre incelenmiştir.

Tablo 6’da, çalışanların iş güvenliği algılamaları cinsiyetlerine göre incelenmiştir.

Kadın ve erkek çalışanların iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ( $Z = -1,058$   $p = 0,290$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 6.** Çalışanların cinsiyetlerine göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	Cinsiyet	n	ort.	s.s.	Z	p*
	Kadın	233	3,37	0,37	-1,058	0,290
Erkek	126	3,42	0,37			

\*Mann-Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 7’de, çalışanların iş güvenliği algılamaları medeni durumlarına göre incelenmiştir.

Evli ve bekar çalışanların iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ( $Z=-,775$ ,  $p=0,439$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 7.** Çalışanların medeni durumlarına göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	Medeni Durum	n	ort.	s.s.	Z	p*
	Evli	223	3,39	0,37	-,775	0,439
Bekar	137	3,38	0,38			

\*Mann-Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 8’de, çalışanların iş güvenliği algılamaları yaş gruplarına göre incelenmiştir.

**Tablo 8.** Çalışanların yaş gruplarına göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	Yaş	n	ort.	s.s.	Z	p*
	$\geq 35$ Yaş	171	3,42	0,34	-2,343	<b>0,019</b>
$< 35$ Yaş	189	3,35	0,39			

\*Mann-Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Yapılan analize göre  $\geq 35$  yaş ile  $< 35$  yaş grubundaki çalışanların iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ( $Z=-2,343$ ,  $p=0,019$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 9’da, çalışanların iş güvenliği algılamaları eğitim durumlarına göre incelenmiştir.

Çalışanların eğitim durumlarına göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ( $p=0,000$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını da tespit edilmiştir. İlkokul-ortaokul ( $t=3,198$ ,  $p=0,005$ ) ilkokul-lise ( $t=3,366$ ,  $p=0,001$ ), ilkokul-önlisans ( $Z=-2,559$ ,  $p=0,010$ ), ilkokul-lisans ( $Z=-3,655$ ,  $p=0,000$ ), ilkokul-lisansüstü ( $t=4,032$ ,  $p=0,003$ ), lise-lisansüstü ( $t=2,655$ ,  $p=0,009$ ), önlisans-lisans ( $Z=-2,503$ ,  $p=0,012$ ), önlisans-lisansüstü ( $Z=-3,107$ ,  $p=0,002$ ) grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

**Tablo 9.** Çalışanların eğitim durumlarına göre iş güvenliği algılamaları

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>ort.</b>	<b>s.s.</b>	<b>p*</b>
<b>İş Güvenliği Anket Ortalaması</b>	İlkokul	9	3,98	0,50	<b>0,000</b>
	Ortaokul	13	3,43	0,30	
	Lise	60	3,45	0,42	
	Önlisans	51	3,50	0,40	
	Lisans	123	3,35	0,32	
	Lisansüstü	103	3,29	0,30	

\*Kruskal-Wallis Testi, (**n:** Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

Tablo 10’da, çalışanların iş güvenliği algılamaları görev yaptığı kuruma göre incelenmiştir.

Çalışanların görev yaptığı kuruma göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ( $p=0,125$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını test etmek için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bu gruplar arasında yalnızca üniversite hastanesi çalışanları ile özel ağız

ve diş sağlığı kliniği çalışanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,006$ ).

**Tablo 10.** alışanların görev yaptığı kuruma göre iş güvenliği algılamaları

	<b>Görev Yaptığı Kurum</b>	<b>n</b>	<b>ort.</b>	<b>s.s.</b>	<b>p*</b>
<b>İş Güvenliği Anket Ortalaması</b>	niversite Hastanesi	132	3,33	0,35	<b>0,020</b>
	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	162	3,39	0,37	
	zel Ağız ve Diş Sağlığı Kliniği	66	3,48	0,40	

\*Kruskal Wallis Testi, (**n**: Vaka sayısı, **ort.**: Ortalama, **s.s.**: Standart sapma, **p**: p değeri)

Tablo 11’de, çalışanların iş güvenliği algılamaları vardiya durumuna göre incelenmiştir.

Çalışanların vardiya durumuna göre iş güvenliği leğine verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 11.** alışanların vardiya durumuna göre iş güvenliği algılamaları

	<b>Vardiya Durumu</b>	<b>n</b>	<b>ort.</b>	<b>s.s.</b>	<b>p*</b>
<b>İş Güvenliği Anket Ortalaması</b>	Gündüz	328	3,38	0,38	<b>0,151</b>
	Gece-gündüz karma	31	3,46	0,28	

\*Mann-Whitney U Testi, (**n**: Vaka sayısı, **ort.**: Ortalama, **s.s.**: Standart sapma, **p**: p değeri)

Tablo 12’de, çalışanların iş güvenliği algılamaları çalıştığı kurumdaki toplam görev süresine göre incelenmiştir.

Çalışanların çalıştığı kurumdaki toplam görev süresine göre iş güvenliği leğine verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.



**Tablo 12.** Çalışanların çalıştığı kurumdaki toplam görev süresine göre iş güvenliği algılamaları

	Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	n	ort.	s.s.	p*
İş Güvenliği Anket Ortalaması	≤5 Yıl	212	3,37	0,36	0,258
	>5 Yıl	148	3,41	0,38	

\*Mann-Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 13'te, çalışanların iş güvenliği algılamaları ağız ve diş sağlığı kliniğinde çalışma süresine göre incelenmiştir.

Çalışanların ağız ve diş sağlığı kliniğinde çalışma süresine göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 13.** Çalışanların acil servisteki çalışma süresine göre iş güvenliği algılamaları

	Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğinde Çalışma Süresi	n	ort.	s.s.	p*
İş Güvenliği Anket Ortalaması	≤4 Yıl	173	3,38	0,37	0,470
	>4 Yıl	187	3,40	0,37	

\*Mann Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.:Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 14'te, çalışanların iş güvenliği algılamaları ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonuna göre incelenmiştir.

Çalışanların ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonuna göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar (p=0,000) bakımından istatistiksel olarak anlamlı

fark bulunmuştur. Bu farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. Uzman diş hekimi ile temizlik personeli (p=0,000), diş hekimi ile temizlik personeli (p=0,001) çalışanları arasında fark bulunmuştur.

**Tablo 14.** Çalışanların ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonuna göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğinde Çalışma Pozisyonu	n	ort.	s.s.	p*
	Uzman Diş Hekimi	63	3,2897	0,31815	
Diş Hekimi	153	3,3514	0,34062		
Hemşire	14	3,3638	0,29586		
Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri	61	3,4078	0,38916		
Diş Protez Teknikeri	28	3,5078	0,31815		
Temizlik Personeli	41	3,6067	0,47114		

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 15’te çalışanların iş güvenliği algılamaları günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısına göre incelenmiştir.

Çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısına göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 15.** Çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısına göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	n	ort.	s.s.	p*
	1-10 Hasta	149	3,34	0,32	
11-50 Hasta	189	3,41	0,38		
≥51 Hasta	21	3,51	0,55		

\*Kruskal Wallis Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 16’da çalışanların iş güvenliği algılamaları iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığına göre incelenmiştir.

Çalışanların iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 16.** Çalışanların iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığına göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	n	ort.	s.s.	p*
	Evet	282	3,38	0,37	0,367
Hayır	78	3,41	0,36		

\*Mann Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 17’de, çalışanların iş güvenliği algılamaları daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediğine göre incelenmiştir.

Çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediğine göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

**Tablo 17.** Çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediğine göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	İş Kazası Geçirme Durumu	n	ort.	s.s.	p*
	Evet	61	3,26	0,29	0,002
Hayır	299	3,41	0,38		

\*Mann Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

Tablo 18’de, çalışanların iş güvenliği algılamalarının iş memnuniyetine göre değişip değişmediği incelenmiştir.

Çalışanların iş memnuniyetine göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

**Tablo 18.** Çalışanların iş memnuniyetine göre iş güvenliği algılamaları

İş Güvenliği Anket Ortalaması	İş Memnuniyeti Durumu	n	ort.	s.s.	p*
	Evet	266	3,43	0,38	0,000
Hayır	94	3,27	0,33		

\*Mann Whitney U Testi, (n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma, p: p değeri)

#### 4.2.3. Korelasyon Analizi

Bu bölümde B hipotezinin test edilmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 19’da çalışanların iş güvenliği anket ortalamasının bağımsız değişkenlere göre korelasyon katsayıları verilmiştir.

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, iş güvenliği anket ortalaması ile çalışanların eğitim durumu, görev yaptığı kurum, ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonu, iş kazası geçirme durumu ve iş memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Tablo 19’daki verilere göre, çalışanların iş güvenliği anket ortalaması ile eğitim durumu arasında negatif yönde bir ilişki ( $r= -0,234$ ) olduğu görülmektedir.

Çalışanların iş güvenliği anket ortalaması ile görev yaptığı kurum arasında pozitif yönde bir ilişki ( $r= 0,142$ ) bulunmuştur.

Çalışanların iş güvenliği anket ortalaması ile ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonu arasında pozitif yönde bir ilişki ( $r=-0,215$ ) olduğu görülmektedir.

Çalışanların iş güvenliği anket ortalaması ile iş kazası geçirme durumu arasında pozitif yönde bir ilişki ( $r=0,163$ ) bulunmuştur.

Çalışanların iş güvenliği anket ortalaması ile iş memnuniyeti arasında negatif yönde bir ilişki ( $r=-0,197$ ) olduğu görülmektedir.

**Tablo 19.** Korelasyon analizi

	İş Güvenliği Anket Ortalaması		
	n	r	p*
Cinsiyet	360	0,056	0,291
Medeni Durum	360	-0,041	0,439
Yaş	360	0,086	0,104
Eğitim Durumu	360	-0,234	<b>0,000</b>
Görev Yaptığı Kurum	360	0,142	<b>0,007</b>
Vardiya Durumu	360	0,076	0,152
Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	360	0,076	0,149
Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğinde Çalışma Süresi	360	0,079	0,136
Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğinde Çalışma Pozisyonu	360	0,215	<b>0,000</b>
Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	360	0,062	0,243
İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	360	0,048	0,367
İş Kazası Geçirme Durumu	360	0,163	<b>0,002</b>
İş Memnuniyeti	360	-0,197	<b>0,000</b>

\*p<0,05, (n: Vaka sayısı, r: Korelasyon katsayısı, p: p değeri).

#### 4.2.4. Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerine olan etkisini tespit edebilmek ve çıkarımsal bir sonuca ulaşabilmek için regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 20’de çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına ilişkin çoklu regresyon analizi verilmiştir.

**Tablo 20.** Çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına ilişkin çoklu regresyon analizi

Adjusted	Standardize	Standart	Standardize	t	p*	R <sup>2</sup>
R <sup>2</sup> =0,079	Edilmemiş	Hata	Edilmiş Beta			
F=	Beta					
(Sabit)	3,563	0,235		15,139	<b>0,000</b>	
Eğitim Durumu	-0,058	0,029	-0,199	-2,001	<b>0,045</b>	<b>0,073</b>
Görev Yaptığı Kurum	0,021	0,029	0,041	0,728	0,467	0,019
Ağız ve Diş Sağlığı						
Kliniğinde Çalışma	0,005	0,023	0,021	0,213	0,832	0,059
Pozisyonu						
İş Kazası Geçirme	0,074	0,054	0,074	1,370	0,172	0,025
Durumu						
İş Memnuniyeti	-0,074	0,048	-0,087	-1,539	0,125	0,034

\*p<0,05, (R<sup>2</sup>:Tanımlayıcılık katsayısı, p: p değeri)

Çalışanların genel olarak iş güvenliği algısının %7,9'u eğitim durumu, görev yaptığı kurum, ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonu, iş kazası geçirme durumu ve iş memnuniyeti değişkenleri ile açıklanmaktadır. Ayrıca her bir bağımsız değişken için ayrı regresyon denklemi oluşturulmuş ve elde edilen R<sup>2</sup> değerleri Tablo 20 de belirtilmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına eğitim durumu değişkeni anlamlı etki etmektedir. Diğer değişkenler anlamlı etki etmemiştir. Beta katsayıları incelendiğinde; açıklayıcılık gücü en yüksek olan değişken eğitim durumu olarak bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

İş sağlığı ve güvenliği konusu, ÷lkemizde g÷n geçtikçe daha da önem kazanmaya başlamıştır. Bu konuda herg÷n yeni çalışmalar ve analizler yapılmaktadır. Ancak sağlık sektör÷nde iş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılan çalışmalar az sayıdadır. Bu çalışmaların çoğu genel tıp alanında yapılmıştır. Diş hekimliği pratiği alanında çalışanların iş güvenliği algılamaları ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Diş hekimliği pratiğinin uygulandığı hastane ya da poliklinikler branş merkezleri olduğu için çalışma yalnızca hekimler üzerinde değil, bu merkezlerde diş hekimliği hizmetleri ile ilgili alanlarda çalışan t÷m çalışanlar bu çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmanın bu alanda yapılacak yeni çalışmalara da rehber olacağı d÷ř÷n÷lmektedir.

Çalışmanın anket kısmı iki ayrı bl÷mden oluşmuştur: Bunlar kişisel bilgilerin yer aldığı ilk bl÷m ve iş güvenliği leğinden oluşan ikinci bl÷mdür. Her bir bl÷m için iş güvenliği algı skorlaması sonuçları tespit edilmiştir. Bu sonuçlar irdelendiğinde iş güvenliği algı skorlaması, değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem derecesi cinsiyet açısından anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu nedenle cinsiyet değişkeni açısından A1 hipotezi kabul edilmemiştir. T÷z÷ner ve zaslan'ın (2011), 120 hastane çalışanın güvenlik iklimi algılamaları üzerine yaptıkları çalışmada cinsiyet ile güvenlik iklimi algısı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Diğer bir çalışmada ise Uçak (2009), cinsiyet ile iş kazası arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte bazı çalışmalar erkeklerde (Eker ve ark., 2011; Sucu ve ark., 2007; şahin ve ark., 2011) şiddete maruz kalma durumunun daha y÷ksek olduğu bildirilirken diğerlerinde kadınlarda (Ayrancı ve ark., 2002) daha fazla olduğunu bildirmektedir. Ağız ve diş sağlığı alışanlarında iş risklerine olan algının değerlendirildiği bir çalışmada kadınlarda daha y÷ksek risk algılaması olduğunu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirilmiştir (Ocek ve ark., 2008). Diş hekimlerinde iş kazaları ve iş riski algılamalarının araştırıldığı bir çalışmada da kadın-erkek arasında dental iğne batması kazası gr÷lme durumları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (Wicker ve ark.,2010).

Çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesi medeni durum değişkeni ile ilişkilendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu nedenle

medeni durum değişkeni açısından A2 hipotezi reddedilmiştir. Aynı şekilde üniversite hastanesinde çalışan 500 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada da iş güvenliği ölçeği puanı açısından hemşirelerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir (Yavuz, 2009). Ocek ve ark. (2008) 'larının yaptığı çalışmada da risk algısının medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak değişmediği gösterilmiştir. Gurbuz ve arkadaşlarının (2013) diş hekimlerinin işitme kaybını ve kimyasal iritanların burun mukozasındaki etkisini inceledikleri çalışmalarında da erkek ve kadın çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bildirmemişlerdir.

Bu durumun aksine çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesi çalışanların yaşları ile orantılı olarak daha yüksektir. 35 yaş üzeri çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesi 35 yaş altı çalışanlara göre istatistiksel olarak daha fazladır. Bu nedenle yaş değişkeni açısından A3 hipotezi kabul edilmiştir. Buna yönelik 2007 yılında yapılan bir çalışmada 30-35 yaş arası ve 42 yaş üzeri hemşirelerin daha düşük yaştaki çalışanlara göre iş sağlığı ve güvenliği yükümlülüklerini yerine getirmeye istatistiksel olarak daha olumlu baktıkları tespit edilmiştir (Devebakan, 2007). Aynı şekilde Ocek ve ark. (2008), istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber 39 yaş ve üzerindeki çalışanların daha yüksek iş riski algılamasına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Endüstri alanındaki çalışanlarda yaş arttıkça daha yüksek oranda güvenlik iklimi algısı olduğu bildirilmiştir (Gyekye ve Salminen, 2009). Bununla beraber 50 yaş üzeri çalışanların en az şiddete maruz kalan grup olduğu gösterilmiştir (Ayrancı ve ark., 2002; Şahin ve ark., 2011). Ayrıca yaş ilerledikçe güvenli iş ortamı sağlamak ve farkındalığın artması için yapılan eğitimlere olan güvenin azaldığı da gösterilmiştir. 40 yaş üzeri katılımcılar yönetimin güvenlik problemlerine karşı harekete geçme isteği ve hassasiyetine de daha olumsuz bakmaktadırlar (Külekcı, 2012).

Çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine verdikleri önem derecesi eğitim durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Bu nedenle eğitim değişkeni açısından A4 hipotezi kabul edilmiştir. Önem derecesi en fazla ilkokul mezunu kişilerde görülürken en az lisansüstü eğitim alanlarda görülmüştür. Aynı doğrultuda çalışanların ağız ve diş sağlığı kliniğindeki çalışma pozisyonuna göre iş güvenliğine verdikleri önem derecesi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Bu nedenle çalışma pozisyonu açısından A9 hipotezi kabul



edilmemiştir. Uzman diş hekimlerinin iş güvenliğine verdikleri önem en düşük iken temizlik personelinin en yüksektir. Bu tespitler kişilerin eğitim ve bilgi düzeyi arttıkça hassasiyet ve önem derecelerinin azaldığını göstermektedir. Aynı doğrultuda Çopur ve arkadaşlarının hastanelerde ev idaresi alanında çalışanlar üzerinde yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyi artışı ile güvenlik önlemi alma algısının ters orantılı olduğunu tespit etmişlerdir (Çopur ve ark., 2006). Eğitim düzeyi arttıkça iş güvenliğine verilen önemin azalması dikkat çekicidir. Bu çalışmalarla birlikte eğitim seviyesi arttıkça güvenlik algısının da arttığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Çınar ve ark., 2011). Bir çalışmada ağız ve diş sağlığı çalışanlarında iş riski algılaması üniversite mezunu kişilerde istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (Ocek ve ark., 2008). Tüzüner ve arkadaşları da İstanbul'daki devlet hastanelerinin idari ve destek birimlerinde çalışanların tıbbi birimde çalışanlara göre iş güvenlik iklimini daha yüksek düzeyde algıladıklarını tespit etmişlerdir (Tüzüner ve Özaslan, 2011). Bu durum sahada çalışanların ve iş risklerine maruz kalma ihtimalinin daha fazla olduğu kişilerin güvenlik algılamasının daha az olduğunu doğrulamaktadır. Ancak bu durum dikkat çekicidir. Çünkü saha çalışanlarında yani iş risklerine maruz kalma durumunun daha fazla olduğu kişilerde risk algılamasının daha fazla olması beklenir. Ocek ve ark. (2008)'lerinin çalışmasında ofis çalışanlarının risk algılamasının poliklinik çalışanlarına göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesinin görev yaptıkları kurumlara göre incelendiğinde istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle kurum değişkeni açısından A5 hipotezi kabul edilmiştir.. Sağlık kurumlarındaki şiddet vakalarının en fazla kamu kurumlarında görülmektedir (Ayrancı ve ark., 2002). Dental kliniklerdeki risk faktörlerinin incelendiği bir anket çalışmasında en fazla iş kazalarının devlet hastanesi kliniklerinde yaşandığı, en az diş hekimliği fakültesi hastanesinde olduğu bildirilmiştir. En fazla havayolu enfeksiyonuna maruz kalmanın da yine devlet hastanesi kliniklerinde olduğu bildirilmiştir (Al-Zoughool ve Al-Shehri., 2018).

Çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesi çalışanların bu kurumlardaki vardiya durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu nedenle vardiya değişkeni açısından A6 hipotezi kabul edilmemiştir. Ancak gece nöbeti tutan sağlık çalışanlarında daha yüksek skorlamalar tespit edilmiştir. Aynı şekilde Ocek ve

ark. (2008) en az 1 kez gece vardiyasında çalışanların daha yüksek iş riski algılamasına sahip olduğunu bildirmişlerdir.

İş sağlığı ve güvenliği kanunu 20 Haziran 2012 tarihinde kabul edilmiştir. 2013 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı ilgili mevzuat çerçevesinde yönetmeliklerini belirlemiş ve sahada uygulamaya başlamıştır. Bu nedenle son 5 yıldır veya daha uzun süredir son çalıştığı kurumda çalışanların iş güvenliğine verdikleri önemin değişiklik gösterebileceği düşünülse de bu çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesi kurumdaki toplam görev süresi açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu nedenle görev süresi değişkeni açısından A7 hipotezi kabul edilmemiştir. Bununla beraber Külekçi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada özellikle bir yıldan kısa bir süre çalışmış olanların güvenlik iklimi algılamaları ile 5 yıldan fazla çalışanları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu bulmuşlardır (Külekçi, 2012). Bu durum yaştan bağımsız olarak çalışma süresinin güvenlik hassasiyeti ile ters orantılı olduğu anlamına gelebilir. Aynı doğrultudaki sonucu Çınar ve arkadaşları yaptıkları çalışmada elde etmişler, hastane çalışanlarının çalışma yılları arttıkça kazalara karşı aldıkları önlemlerin ve hassasiyetlerin anlamlı derecede azaldığını göstermişlerdir (Çınar ve ark., 2011). Ancak yapılan bu çalışmada ağız ve diş sağlığı çalışanlarında böyle bir durum tespit edilmemiştir. Çalışanların ayrıca son 4 yılda ağız ve diş sağlığı kliniklerinde çalışma durumlarına göre güvenlik algılamaları da tespit edilmiştir. Bu soru özellikle son dönem içerisinde bu kliniklerde çalışmaya başlayan yardımcı personel ya da diş hekimlerinin iş güvenliği algılamalarını tespit etmek için sorulmuştur. Ancak toplam çalışma süresindeki gibi çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesi ağız ve diş sağlığı kliniklerinde çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu nedenle ağız diş sağlığı kliniklerinde çalışma değişkeni açısından A8 hipotezi kabul edilmemiştir. Aynı şekilde Ocek ve ark.'da (2008) 2 yıldan uzun süredir çalışan ağız diş sağlığı çalışanlarının daha yüksek iş riski algılamasına sahip olduğunu ama bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirmişlerdir. Gurbuz ve ark. (2013) diş hekimlerindeki total çalışma zamanı ile işitme kaybı ile anlamlı korelasyon gösterdiğini bildirmişlerdir. Şahin ve arkadaşları (2011) da acil servis çalışanlarının acil servisteki çalışma süresi ile şiddete uğramaları arasında anlamlı ilişki olmadığını bulmuşlardır. Diş hekimlerinin radyasyon güvenliği algılarının araştırıldığı bir çalışmada 10 yıldan az ve uzun süre çalışanlar arasında anlamlı farklılıklar olduğu bildirilmiştir. 10 yıldan daha

az süredir çalışanların güvenlik programlarına katılımının daha az olduğunu ve yüksek radyasyonlu cihazların kullanımı konusunda daha cömert olduklarını bildirmişlerdir (An ve ark., 2018). Diş hekimlerinde dental iğne batma kazasının araştırıldığı bir çalışmada ise 10 yıldan az ya da çok süredir çalışanlar arasında istatistiksel olarak bir farklılık görülmediği bildirilmiştir (Wicker ve ark.,2010).

Çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem, bakım verdikleri hasta sayısı ile ilişkilendirildiğinde anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu nedenle hasta sayısı değişkeni açısından A10 hipotezi kabul edilmemiştir. Özel ağız ve diş sağlığı kliniklerinde hekimler günde en fazla 10 hastayı tedavi ederken bu sayı Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde günde 50'ye kadar çıkabilmektedir. Ancak yine de farklı çalışma ortamlarında olsa da çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem istatistiksel olarak değişmemektedir. Tepebaş ve arkadaşlarının acil serviste çalışan hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise bakım verilen hastanın artması ile birlikte iş güvenliğine verilen önemin azaldığını, en az güvenin 200'den fazla hastaya bakım veren kişilerde olduğu tespit etmiştir (Tepebaş, 2015).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve bağlı yönetmeliklerden doğan yükümlülükler çerçevesinde sağlık çalışanlarına "Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri" düzenlenmektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'ndan doğan haklar ve yükümlülükler, iş kazalarının sebepleri ve korunma yolları, işyerindeki tehlike kaynakları konuları ele alınarak çalışanlarda güvenlik kültürünün geliştirilmesi ve iş sağlığı ve güvenliği konularında farkındalığın artırılması hedeflenerek bu eğitimler planlanmaktadır. Çalışmada ağız diş sağlığı çalışanlarının iş güvenliğine verdikleri önem dereceleri hizmet içi eğitim alıp almadığına göre incelenmiş, eğitim alanlar ile almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu nedenle eğitim değişkeni açısından A11 hipotezi kabul edilmemiştir. Ocek ve ark.'larının (2008) ağız ve diş sağlığı kliniği çalışanlarında yapmış oldukları çalışmada iş sağlığı eğitimi alanların daha yüksek iş riski algılamasına sahip oldukları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda 2012'de yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği yasasının yürürlüğe girmesinden önce bu eğitimlerin kısıtlı olarak yapıldığı görülmektedir. 2012 tarihinden önce eğitim verilen personel oranının % 40-50'yi geçmediği bildirilmiştir (Ceylan 2009; Köksal 2010; Taşcıoğlu, 2007). Bu çalışmada da eğitim almayan kişi %21'dir (n:78). Daha eski çalışmalara bakıldığı zaman 2007'de İstanbul'daki 14 özel hastanede yapılan

bir çalışmada eğitim almayanların oranının %35 civarında olduğu (Akkaya 2007), 2011'de yapılan bir çalışmada ise %45 civarında olduğu bildirilmiştir (Çınar ve ark., 2011). Bununla beraber Tepebaş'ın çalışmasında hemşirelerin eğitim alıp almaması iş güvenliğine verdikleri önemi istatistiksel olarak değiştirdiği bulunmuştur (Tepebaş, 2015). İş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin sıklaştırılması ve yaygınlaştırılması ile birlikte iş kazaların daha fazla azalma meydana geleceği bildirilmektedir (Al-Zoughool ve Al-Shehri., 2018). Tüm bunlarla beraber verilen eğitimin içeriği ve kalitesi de önem arz etmektedir. Diş hekimlerinin radyasyon güvenliği programlarına katılımının incelendiği bir anket çalışmasında katılımcıların % 83'ü programlara katılmış, ancak %58'i bu programlardan memnun kaldığını bildirmiştir (An ve ark., 2018). Çalışmamızda iş güvenliği ölçeğine verilen puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın "Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" maddesi almıştır. Bu durum verilecek eğitimlerin ve uygulanacak prosedürlerin daha kaliteli ve içerikli olması gerektiğini bir kez daha doğrulamaktadır.

Bu çalışmada çalışanların yalnızca % 17'si (n:61) iş kazası geçirdiğini bildirmiştir. Bu oran literatürde belirtilen oranlara benzerlik göstermektedir (Akkaya 2007; Önder ve ark., 2011; Öztürk ve ark., 2012). İş güvenliği eğitimlerinin başlamasından önce iş kaza oranlarının bildirildiği çalışmalarda bu oranlar sıklıkla %40-60 arasında değişmektedir (Çınar ve ark., 2011, Özarslan 2009). 2012 yılında diş hekimleri ile yapılan bir çalışmada ankete katılanların %67'sinden fazlası en fazla 3 kez perkütanöz yaralanma yaşamıştır. Bununla beraber araştırmacılar, diş hekimi katılımcıların en fazla %30'nun son 3 ayda HIV testi yaptırdığını, %10'nundan daha azının Spaulding'in sterilizasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyon ile ilgili sınıflandırma anlayışına sahip olduğunu, yaklaşık %13'ünün sterilize alet kullanmadığını bildirmişlerdir (Budnyak ve ark., 2012) 2010'lu yıllarda ağız ve diş sağlığı kliniklerinde koruyucu ekipmanları kullanım oranının % 60 civarında olduğu, klinik yardımcılarında ise %35'lere kadar düşmekte olduğu bildirilmiştir (Shimoji ve ark., 2010). Yakın dönemdeki çalışmalara bakıldığı zaman ağız ve diş sağlığı kliniği çalışanlarının Hepatit B aşılama oranları % 97'lere varmaktadır. Bunun dışında tüm güvenlik önlemleri (yüz maskesi kullanımı, koruyucu kıyafet kullanımı, alet sterilizasyonu, eldiven kullanımı, cerrahi maske kullanımı, koruyucu gözlük kullanımı vs.) konusunda yüksek bir uyum söz konusudur (Al-Zoughool ve Al-Shehri., 2018; Ramich ve ark., 2017). Bununların

dışında ağız ve diş sağlığı çalışanlarını iş ortamında zararlı sesler oldukça fazla etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, diş hekimlerine yapılan odyometrik analizde 1000-8000 Hz aralığındaki seslere karşı kontrol grubuna göre eşik değerin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir. Yazarlar özellikle kompresör sesinin ağız ve diş sağlığı çalışanlarında iştime problemlerine neden olabileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca aeratör sesi ile işitme kaybı arasında da pozitif korelasyon olduğunu belirtmişlerdir (Gurbuz ve ark., 2013). Diş hekimleri arasında civa buharı maruziyetinin araştırıldığı bir çalışmada idrardaki ve kandaki civa konsantrasyonlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Shirkhanloo ve ark., 2017). Diş hekimleri ve klinik çalışanları arasında kas-iskelet sistemi hastalıkları da diğer meslek gruplarına göre oldukça fazla oranda görülmektedir (Garbin ve ark., 2011). Diş hekimlerinde yapılan bir araştırmada hekimlerinin yaklaşık %82'si kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına sahip olduğu bildirilmiştir. Bununla beraber semptomatik kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları olan hekimler ile asemptomatik rahatsızlıkları olan kişiler açısından mesleki risk algılamaları arasında istatistiksel farklılık bildirilmiştir (İsper Garbin AJ ve ark.,2017). Bunlarla beraber diş hekimleri arasında iğne batma oranını inceleyen bir çalışmada hekimlerin %61,7'si en az bir kez dental iğne batması kazası geçirmiştir. Bu oran dental asistanlarda %72'lere kadar varmaktadır. Bu durumun en sık olarak operatif diş hekimliği uygulamaları sırasında ve oral cerrahi işlemleri sırasında olduğu bildirilmiştir. Tüm bunların yanında bu kazaların yalnızca %41'i için bildirim yapılmıştır (Wicker ve ark.,2010). Tüm bunlara rağmen sağlık çalışanlarında zaman geçtikçe iş kazası oranları azalmaktadır. Bu çalışmada çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem iş kazası geçirip geçirmemesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Bu nedenle iş kazası değişkeni açısından A12 hipotezi kabul edilmiştir. Daha önce iş kazası geçirmeyenlerin daha yüksek iş güvenliği algılaması olduğu bulunmuştur. Tepebaş'ın (2015) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da iş kazası geçirmeyenlerin daha yüksek önem algılamasına sahip olduğu görülmüştür. Ancak Ocek ve ark.'larının (2008) yapmış oldukları çalışmada ise daha önce en az 1 kez iş kazası geçirmiş olanların iş riski algılamasının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sağlık sektöründeki kurumların iş yoğunluğunun fazla olması ve tehlikeli/çok tehlikeli sınıfta yer alıyor olması iş kazalarının sıklıkta olduğunun göstergesidir. Sağlık çalışanlarında şiddet görme oranının 2011 yılında %76 olduğu

görülmüştür (Çamcı ve Kutlu, 2011). Özellikle iş yoğunluğu ve iş riskinin yüksek olduğu acil sağlık hizmetlerinin verildiği bölümlerde şiddet vakalarının daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Köksal 2010; Sucu ve ark., 2007).

Çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem, iş memnuniyeti ile ilişkilendirildiğinde anlamlı farklılık görülmüştür. Bu nedenle iş memnuniyeti değişkeni açısından A13 hipotezi kabul edilmiştir. Korelasyon analizinde iş memnuniyeti ile iş güvenliğine verilen önem arasında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur. Özetle kurulan hipotezlerin sonuçları aşağıdaki gibidir.

A hipotezine ilişkin sonuçlar özet olarak Tablo 21’de verilmiştir.

**Tablo 21.** “A” hipotezi sonuçlarına ilişkin özet (V: Fark Vardır, Y: Fark Yoktur)

Çalışanların Genel Olarak İş Güvenliğine İlişkin Verdiği Önem Derecelerinin Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi	A1. Cinsiyet	A2. Medeni Durum	A3. Yaş	A4. Eğitim Durumu	A5. Görev Yaptığı Kurum	A6. Vardiya Durumu	A7. Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	A8. Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğindeki Çalışma Süresi	A9. Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğindeki Pozisyonu	A10. Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	A11. İş Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	A12. İş Kazası Geçirme Durumu	A13. İş Memnuniyeti
İş Güvenliği Anket Ortalaması	Y	Y	V	V	V	Y	Y	Y	V	Y	Y	V	V

B hipotezine ilişkin sonuçlar özet olarak Tablo 22’de verilmiştir.

**Tablo 22.** “B” hipotezi sonuçlarına ilişkin özet (V: Anlamlı İlişki Vardır, Y: Anlamlı İlişki Yoktur)

Çalışanların Genel Olarak İş Güvenliğine İlişkin Düşüncelerinin Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi	B1. Cinsiyet	B2. Medeni Durum	B3. Yaş	B4. Eğitim Durumu	B5. Görev Yaptığı Kurum	B6. Vardiya Durumu	B7. Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	B8. Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğindeki Çalışma Süresi	B9. Ağız ve Diş Sağlığı Kliniğindeki Pozisyonu	B10. Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	B11. İş Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	B12. İş Kazası Geçirme Durumu	B13. İş Memnuniyeti
İş Güvenliği Anket Ortalaması	Y	Y	Y	V	V	Y	Y	V	Y	Y	Y	V	V

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışanlar güvenlik önlemlerinin gerçek ve ciddi bir şekilde uygulanmasıyla daha güvenli bir şekilde çalışabileceklerini ifade etmişlerdir. Ölçeğin en yüksek puanı ‘Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur’ ifadesine verilmiştir. Çalışanlar güvenlik iklimi algısına sahip ancak uygulandığı ölçüde güvenliğe önem vermektedir.

Ölçeğin en düşük puanı ‘Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu iyi bir eğitim görmediğim içindir.’ ifadesindedir. Buradan yola çıkarak çalışanların güvenli bir ortamda çalışmıyor olmalarını eğitim dışında başka bir nedene bağladığı düşünülebilir.

35 yaş üstü çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem derecesi istatistiksel olarak daha yüksektir. Bu durumun oluşmasında yaşa bağlı olgunluk düzeyinin, tecrübenin, farkındalığın (Külekçi, 2012), yükümlülükleri yerine getirmeye dair düşüncülerin farklılığı (Devebakan, 2007) rol almış olduğu düşünülebilir. Yaş ile birlikte olgunluk düzeyinin artması ve ileri yaş grubunun daha az şiddet görmeleri iş güvenliği hassasiyetinde etkili olmuş olabilir.

Çalışanların öğrenim seviyesi yükseldikçe güvenlik algısı istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmaktadır. Bu durum aynı şekilde daha çok lisansüstü eğitim görmüş çalışanların bulunduğu üniversite hastanesinde istatistiksel olarak daha düşüktür. Bu sonuçlar eğitim seviyesi azaldıkça iş güvenliğine verilen önemin artması yönündeki eğilimin bir sonucu da olabilir. Çünkü lisansüstü eğitim alanların yaklaşık %86’sı üniversite hastanesinde görev yapmaktadır. Bunun nedeni öğrenim seviyesi artması ile birlikte iş tatminin eksikliği, tükenmişlik artışı, profesyonelliğin artması ile birlikte beklentilerin karşılanamaması olabilir. Sağlık kurumlarındaki şiddet vakalarının en fazla kamu kurumlarında görülmesi (Ayrancı ve ark., 2002), bu nedenle bu kurumlarda görev yapan çalışanların iş güvenliğine olan güvenlerinin azalmasına neden olmuş olabilir. Hizmet içi eğitimlerin özellikle üniversite hastanelerinde ve kamu kurumlarında daha fazla olması ve bu kurumlarda güvenlik algısının düşük olması da eğitimlerin sonuçları açısından dikkat çekicidir

Buna benzer bir eğilim meslek gruplarında da görülmektedir. Uzman dış hekimlerinde iş güvenliğine verilen önem derecesinde azalma olduğunu göstermektedir. Bu durumun sebebi iş ortamında şiddete maruz kalma durumunun

yüksek eğitim alanlarda (doktor ve hemşireler) daha fazla olması olabilir (Eker ve ark., 2011). Şiddete maruz kalma durumu güvenlik iklimine duyulan güveni etkilemiş olabilir.

Anlamli olmamakla beraber gece vardiyası yapan çalışanlarda daha yüksek iş güvenliği ölçek ortalaması tespit edilmiştir. Gece vardiyasında hasta olarak başvuran kişilerin psikolojik ve fiziksel durumları, çalışanların güvenlik endişesi, toplam çalışan sayısının azalması gibi durumlar bu durumun oluşmasına neden olabilir.

Daha önce iş kazası geçiren çalışanların iş güvenliğine verdikleri önem istatistiksel olarak daha azdır. Bununla birlikte iş ortamı memnuniyeti olmayan çalışanlarda da iş güvenliğine verilen önem istatistiksel olarak daha azdır. Bu durum çalışanların güvensiz ortamda ya da memnun olmadıkları işlerde çalışmasının güvenliğe verdikleri önemi de azalttığını göstermektedir.

### **Öneriler;**

Çalışanların işyeri oryantasyon eğitimlerinin ve iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin tam olarak yerine getirilmesi, eğitimi içeriğinin ve kalitesinin artırılması ve daha sık yapılması ile birlikte bilgi ve farkındalıkları artırılması sağlanabilir, böylelikle iş kazalarında ve meslek hastalıklarında azalma meydana gelebilir. Bu maksatla çalışanların iş güvenliği ile ilgili kongre ve kurslara katılımları sağlanabilir ve ayrıca mesleki faaliyetlerini takip etmeleri için teşvik edilebilir.

Çalışanların günlük bakım verdiği hasta sayılarının kabul edilebilir düzeyde tutulması, çalışanların işyeri ve iş memnuniyetinin korunmasında ve güvenlik tedbirlerinin sürdürülebilir olmasında çok önemlidir. Sağlık çalışanlarında iş kazalarının meydana gelmesinde önemli bir faktör olan iş yükünün azaltılmasıyla hem stres faktörlerinin kontrol altında tutulması hem de iş yüküne bağlı dikkatsizliklerin azalmasını sağlanabilir.

Ağız ve diş sağlığı çalışanlarının çalışma ortamında karşılaşılabileceği riskleri en aza indirilebilmek açısından bu alana özgü iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin oluşturulması ve uygulanması faydalı olabilir. Bu konuda ergonomik ve iş alanına özgü düzenlemeler yapılmasıyla riskler en aza indirilebilir. Ayrıca kalite denetimleri daha sıklıkla yapılabilir.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen birimlerde daha sıklıkla görülen döner alet yaralanması, kesici-delici alet yaralanması, civa, dezenfektan, metilmetakrilat gibi



kimyasalların buharlarının solunması ve sekonder enfeksiyon gibi bu alana özgü iş risklerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik güvenlik tedbirlerinin (cerrahi maskeler, eldiven, koruyucu gözlük kullanımı vb.) artırılması sağlanabilir. Rutin eğitimler dışında çalışanlar daha sıklıkla bilgilendirilebilir, risk analizleri değişen şartlara uyum gösterecek şekilde tekrarlanabilir.

Ağız ve diş sağlığı kurumlarında iş sağlığı ve güvenliğine yönelik çalışanın güvenliği ile ilgili politikaların belirlenmesi ve yazılı hale getirilmesi için çalışmalar yapılabilir.

Teknolojik gelişmeler ile birlikte alet ve materyal envanterinin sürekliliği değiştiği ve geliştiği ağız ve diş sağlığı kliniklerinde, sağlık çalışanlarının güvenliğini tehdit eden etmenlerin ortaya çıkarılması için risk analizleri daha sıklıkla yapılabilir.

İş kazalarının daha objektif bir şekilde ortaya koyulabilmesi için ağız ve diş sağlığı kliniklerinde iş kazalarını raporlandırmak amacıyla uygun raporlandırma sistemi oluşturulabilir.

Sağlık çalışanlarına şiddet konusunda hem çalışanlara hem de hastalara eğitimler verilebilir, bu konuda hastalara yönelik caydırıcı önlemler alınabilir, şiddet kaynaklarının belirlenip gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması sağlanabilir.

Özellikle hasta yoğunluğunun fazla olduğu Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı kurumlarında sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında iyileştirmeye gidilebilir.

Diş hekimliği alanına özel iş sağlığı ve güvenliği mevzuatının oluşturulması bu alandaki iş kazalarının önlenmesi ve alınacak tedbirlerin daha gerçekçi ve işlevsel olmasını sağlayabilir. Bu farkındalığın artırılması ve bu çalışmadaki verilerin pekiştirilmesi açısından bu alanda yapılacak yeni çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 23846 sayılı Resmi Gazete, 14.10.1999
- Akesson I, Lundborg G, Horstmann V, Skerfving S. Neuropathy in female dental personnel exposed to high frequency vibrations. *Occup Environ Med*, 1995 Feb;52(2):116-23.
- Akıncıbay H. , Diş hekimliğinde solunum yolu ile bulaşan infeksiyonlar, *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 2007;11(2): 116
- Akkaya G. Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı açısından sağlık kuruluşlarında iş sağlığı, iş güvenliği, meslek hastalıkları ve bir araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2007.
- Akkurt İ., Slikosis, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2000 Mart, s.2
- Akova, M., Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan viral infeksiyonlar ve korunmak için alınacak önlemler, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kitapçığı*, Ankara, 1999
- Akpınar T. İş Sağlığı ve İş Güvenliği. 1. Baskı, Bursa, Ekin Yayınevi. 2013; 1-256.
- Akyürek ÇE, Toygar ŞA, Eriş H, Top M. Buzdağının görünmeyen kısmı: iş kazaları ve meslek hastalıklarının yönetsel yansımaları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2011; 14(2):125-149.
- Altinel H. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. 1. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık. 2011; 6-165.
- Al-Zoughool M, Al-Shehri Z. Injury and infection in dental clinics: Risk factors and prevention. *Toxicol Ind Health*. 2018 Sep;34(9):609-619.
- An SY, Lee KM, Lee JS. Korean dentists' perceptions and attitudes regarding radiation safety and protection. *Dentomaxillofac Radiol*. 2018 Feb;47(3):20170228
- Anders PL, Drinnan AJ, Thines TJ. Infectious diseases and the dental office. *NY State Dent J*, 1998, 64, 29-34.
- Anton D, Rosecrance J, Merlino L, Cook T. Prevalence of musculoskeletal symptoms and carpal tunnel syndrome among dental hygienists. *Am J Ind Med*, 2002 Sep;42(3):248-57.
- Atay F. Endüstri alanında çalışan bireylerin iş doyumunu düzeylerinin iş güvenliği

- algıları açısından incelenmesi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3:147- 154.
- Ayyıldız A, Aktaş AE, Yiğit N, Uslu H. Atatürk Üniversitesi diş hekimliği çalışanlarının hepatit B ve C yönünden incelenmesi. *Viral Hepatit Derg*, 2000;6: 113-5.
- Baradan S. Türkiye inşaat sektöründe iş güvenliğinin yeri ve gelişmiş ülkelerle kıyaslanması. *DEÜ Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi*. 2006;8(1): 87-100.
- Bilici S, Irmak H, Buzgan T. Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayınları, No: 726, 2008
- Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği, 3. Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2004.
- Bilkent Üniversitesi, <https://www.bilkent.edu.tr>, bilheal,uremesagligi,agizdissagligi, s.1, (01.05.2013)
- Bilmen S. Diş Hekimliğinde Civa Kullanımı ve Civa Toksikitesi, Ege Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Bitirme Tezi, 2008, s.3
- Bingöl D. İnsan Kaynakları Yönetimi. 7. Baskı, İstanbul, Beta Yayınevi. 2010;610-630.
- Blanc D, Farre P, Hamel O. Variability of musculoskeletal strain on dentists: an electromyographic and goniometric study. *Int J Occup Saf Ergon*. 2014;20(2):295-307.
- Bovenzi M. Exposure-response relationship in the hand-arm vibration syndrome: An overview of current epidemiology research. *Int Arch Occup Environ Health*, 1998 Nov;71(8):509-19.
- Budnyak MA, Gurevich KG, Fabrikant KG, Miller K, Puttaiah R. Dental infection control and occupational safety in the Russian Federation. *J Contemp Dent Pract*. 2012 Sep 1;13(5):703-12.
- Burke FJ, Jaques SA. Vibration white finger. *Br Dent J*, 1993 Mar 20;174(6):194.

- Burton JF, Bridgman GF. Eyeglasses to maintain flexibility of vision for the older dentist: The Otago dental lookover. *Quintessence Int*, 1991, 22:879-882.
- Büker N, Aslan E, Altuğ F, Cavlak U. An analysis of study of musculoskeletal problems in medical doctors. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2006;10:163-170.
- Byars LL, Rue LW. *Human Resource Management*. Ninth Edition, Irwin, The McGraw -Hill Companies Inc. 2008; 325-329.
- Can H, Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi. 6. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi. 2009; 443-450.
- Capps PA. Ergonomics for the dental assistant. *Dent Assist*, 2005;74:20-2.
- CDC, Department of Health and Human Services. Recommendations for protection against viral hepatitis. *Ann Intern Med*, 1985, 103, 395.
- Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of health-care workers. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), *MMWR*, 1997, 46(no.RR-18), 1-43.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV related chronic disease. *MMWR*, 1998, 47(No. RR-19), 1-33.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*, 1999, 48(no.RR-4), 1-22.
- Ceylan C. Hastanede çalışan hemşirelerin bildirimlerine dayalı iş kazalarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 1-66.
- Ceylan H. Türkiye'deki iş kazalarının genel görünümü ve gelişmiş ülkelerle kıyaslanması. *International Journal of Engineering Research and Development*. 2011;3(2):18-24.
- Chin SM, Ferguson JW, Bajurnow T. Latex allergy indentistry. Review and report of case presenting as a serious reaction to latex dental dam. *Austr Dent J*, 2004, 49, 146-148.

- Chowanidisai S, Leggat PA, Kukiattrakoon B, Yapong B, Kedrajarune U. Occupational health problems of dentists in Southern Thailand. *Int Dent J* 2000; 50:36-40.
- Clever LH, LeGuyader Y. Infectious risks for health care workers. *Annu Rev Public Health*, 1995, 16, 141-64.
- Cottone, J.A., Puttaiah, R.: Hepatitis B virüs infection. Current status in dentistry. *Dental Clinics of North America*, 1996; 40(2), 293-307.
- Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(1):9-16.
- Çınar F, Akman Ö, Mendes H, Bakır İ. Kalp hastanesinde çalışan sağlık personelinin çalışan güvenliği algı düzeyi ile çalışan memnuniyeti arasındaki ilişki. *Beylik U, Önder Ö, Güler H, Öztürk A. Editör, III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı’nda*, 1. Baskı, Ankara, Azim Matbaacılık. 2011; 279-295.
- Çopur Z, Ergüder-Varlı B, Avşar M, Şenbaş M. Ege Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan ev idaresi personelinin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2006;9(1):39-53.
- Daşdağ, S., “İyonlaştırıcı Radyasyonlar ve Kanser”, *Dicle Tıp Dergisi*, C.37, S.2 Diyarbakır, 2010
- Denizoğlu S, Akyıl R. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde çalışan diş hekimleri ve hemşirelerin mesleki durum değerlendirmesi bölüm II: tükenmişlik. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak.* 2005, 15(2) ,43-53.
- Devebakan N. Özel sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi*, 2007; 8-156.
- Droeze EH, Jonsson H. Evaluation of ergonomic interventions to reduce musculoskeletal disorders of dentists in the Netherlands. *Work*, 2005;25(3):211-20.
- Durdu A. İşçi sağlığı ve iş güvenliği düzenlemeleri ile ilgili iş görenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2006; 7-199.
- Eker HH, Topcu İ, Şahinöz S, Özder A, Aydın H. Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*. 2011;3(3):16-22.

- Ekici Ö. Türkiye’de Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar ve Öneriler, Gazi Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara, 2013
- Esen İ.-Erbaz D.-Küçükkebaşı S., Diş Hekimliğinde Yaralanma ve Yaralanma Sonrası Önlemler, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 2007;11(3)
- Finsen L, Christensen H, Bakke M. Musculoskeletal disorders among dentists and variation in dental work. *Appl Ergon*, 1998 Apr;29(2):119-25.
- Fish DR, Morris-Allen DM. Musculoskeletal disorders in dentists. *N Y State Dent J*, 1998 Apr;64(4):44-8.
- Food Drug Administration, <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/Pressannouncements/ucm173992.html>. Erişim tarihi: 13.06.2010.
- Garbin AJ, Garbin CA, Moimaz SA, Baldan RC, Zina LG. Dental practice and musculoskeletal disorders association: a look at the evidence. *Arch Environ Occup Health*. 2011;66(1):26-33.
- Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, <http://dent.gazi.edu.tr/posts/view/title/bolumler-42499>, 2019
- Görçün ÖF, Erdal M. Tehlikeli Madde Lojistiği ve İş Güvenliği. 1. Baskı, İstanbul, Beta Yayıncılık. 2010; 415-423.
- Grenier D. Quantitative analysis of bacterial aerosols in two different dental clinic environments. *Appl Environ Microbiol*, 1995 Aug;61(8):3165-8.
- Gyekye, Salminen, “Age and Workers' Perceptions of Workplace Safety: A Comparative Study”, *The International Journal of Aging and Human Development*, Volume 68, Number 2, 171 – 184, 2009
- Gurbuz MK, Çatlı T, Cingi C, Yaz A, Bal C. Occupational safety threats among dental personnel and related risk factors. *J Craniofac Surg*. 2013 Nov;24(6):e599-602.
- Hafta A, Çolakoğlu S, Akkız H ve ark. Çukurova bölgesinde çeşitli gruplarda anti-HCV prevalansı. *Viral Hepatit Derg*, 1996, 1, 46.
- Işık R. İş sağlığı ve güvenliği için eğitim ve öğretim. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*. 2006;30:28-31.

- İnceseli A. Çalışma ortamında hemşirelerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risk faktörlerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2005;3-20.
- Ísper Garbin AJ, Barreto Soares G, Moreira Arcieri R, Adas Saliba Garbin C, Siqueira CE. Musculoskeletal disorders and perception of working conditions: A survey of Brazilian dentists in São Paulo. *Int J Occup Med Environ Health*. 2017 May 8;30(3):367-377.
- İstanbul Diş Hekimleri Odası, [https://www.ido.org.tr/menu\\_goster.php?Id=40](https://www.ido.org.tr/menu_goster.php?Id=40), 2019
- İstanbul Medeniyet Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama Ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği, 30577 sayılı Resmi Gazete, 28 Ekim 2018
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ, 28989 Sayılı Resmi Gazete, 3 Mayıs 2014
- Jainkittivong A, Langlais RP. Herpes B virus infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1998 Apr; 85(4):399-403.
- Kandemir S, Karataş S. Mesleğini sürdüren diş hekimlerinin mesleğe bağlı şikayetlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2001;4:41-46.
- Karakurt Ü, Satar S, Bilen A, Açıklan A, Gülen M. Acil tıp ve iş kazaları. *JAEM*. 2012;11:227-237.
- Kılıkş İ, Demir S. İşverenin iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verme yükümlülüğü üzerine bir inceleme. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2012;3(1):23-47.
- Koraslı D. Agiz Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Ankara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008
- Korkmaz A, Avsallı H. Çalışma hayatında yeni bir dönem: 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası. *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2012;26: 153-167.
- Kostyniak PJ. Mercury as a potential hazard for the dental practitioner. *N Y State Dent J*, 1998 Apr;64(4):40-3.
- Köksal G. 112 acil sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyon yapısının iş sağlığı ve güvenliği sorunları üzerine etkileri. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 1-638*.

- Kuş K., “Radyasyon nedir?”, Bilkent Üniversitesi Sağlık Merkezi, s.1, <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2011/radyasyonturk.htm>, 04.04.2013
- Külekçi B. Gemi inşa endüstrisi çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 1-138.
- Küçükşenmen Ç., Dental amalgamın insan organizması üzerindeki etkileri, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, 2007;3; 52
- Leggat PA, Kedjarune U, Smith DR. Toxicity of cyanoacrylate adhesives and their occupational impacts for dental staff. *Ind Health*, 2004;42:207-11.
- Leggat PA, Kedjarune U, Smith DR. Occupational Health Problems in Modern Dentistry: A review. *Industrial Health* 2007;45,611-621.
- Marshall ED, Duncombe LM, Robinson RQ, Kilbreath SL. Musculoskeletal symptoms in New South Wales dentists. *Aust Dent J* 1997;42:240-6.
- Martin MD, Naleway C, Chou HN. Factors contributing to mercury exposure dentists. *J Am Dent Assoc*, 1995;126:1502-11.
- Mevzuat Bilgi Sistemi, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.16925&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>, 2019
- Mevzuat Bilgi Sistemi, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.394.pdf>, 2019
- Mevzuat Bilgi Sistemi, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.506.pdf>, 2019
- Mevzuat Bilgi Sistemi, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>, 2019
- Moore R. Brodsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about the anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2001, 29, 73-80.
- Myers HL, Myers LB. 'It's difficult being a dentist': Stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J*, 2004 Jul 24;197(2):89-93.
- Nomura, M., Dental healthcare reforms in germany and japan: a comparison of statutory health insurance policy, *Japanese Dental Science Review*, 2008;44; s.109.



- Ocek Z, Soyer MT, Aksan AD, Hassoy H, Manavgat SS. Risk perception of occupational hazards among dental health care workers in a dental hospital in Turkey. *Int Dent J*. 2008 Aug;58(4):199-207.
- Öcal A. Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 3-127.
- Önder ÖR, Ağırbaş İ, Yenimahalleli-Yaşar G, Aksoy A. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin geçirdikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları yönünden değerlendirilmesi. *Yılmaz S. Editör, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi'nde, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi*. 2011;10(1):31-44.
- Özarslan A. Ankara'da bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerde iş kazası sıklığı. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2009; 1- 150.
- Özdamar K., *Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi*, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 1999
- Özgen H, Öztürk A, Yalçın A. *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 2. Baskı, Adana, Nobel Kitabevi. 2005; 315.
- Öztek Z., *Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri*, *Yeni Türkiye Dergisi* , 2001;29: s.295
- Öztürk H, Babacan E, Özdaş-Anahar E. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(4):252-268.
- Özyurt E, *Sağlık Sektöründe Risk Analizi, Risk Yönetimi ve Ağız, Diş Sağlığı Merkezlerinde Risk*, *Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2014
- Pekşen Y, Canbaz S. İş sağlığı ve güvenliği politikası ve güvenlik kültüründe sosyal diyalogun rolü. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*. 2005;25:12-15.
- Piirilä P, Hodgson U, Estlander T, Keskinen H, Saalo A, Voutilainen R, Kanerva L. Occupational respiratory hypersensitivity in dental personnel. *Int Arch Occup Environ Health*, 2002 Apr;75(4):209-16.
- Porter K, Scully C, Theyer Y, Porter S. Occupational injuries to dental personnel. *J Dent*, 1990 Oct;18(5):258-62.

- Ramich T, Eickholz P, Wicker S. Work-related infections in dentistry: risk perception and preventive measures. *Clin Oral Investig*. 2017 Nov;21(8):2473-2479.
- Ribero MC, Tagger A, Realdi G, et al. Prevalence of HCV. In: *The Third International Symposium on HCV (September 1996, Strasbourg)*, 1996, 96.
- Rodríguez-Farre E, Testai E, Bruzell E, De Jong W, Schmalz G, Thomsen M, Hensten A. The safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Aug;79:108-109
- Rundcrantz BL, Johnsson B, Moritz U. Occupational cervico-brachial disorders among dentists. Analysis of ergonomics and locomotor functions. *Swed Dent J*, 1991;15(3):105-15.
- Sabuncuoğlu Z. İnsan Kaynakları Yönetimi. 4. Baskı, Bursa, Furkan Ofset. 2009; 310-316.
- Sadullah Ö. İş Güvenliği ve İşgören Sağlığı. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2010
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bakanlığı, 2017; <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>
- Sarıçam H., İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012, 15
- Say B. Çalışan güvenliği. Sur H, Palteki T. Editör, Hastane Yönetimi'nde, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2013; 521-549.
- Saygun M. Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği sorunları. *TAF Prev Med Bull*. 2012;11(4):373-382.
- Shimoji S, Ishihama K, Yamada H, Okayama M, Yasuda K, Shibutani T, Ogasawara T, Miyazawa H, Furusawa K. Occupational safety among dental health-care workers. *Adv Med Educ Pract*. 2010 Oct 11;1:41-7.
- Shirkhanloo H, Fallah Mehrjerdi MA, Hassani H. Identifying occupational and nonoccupational exposure to mercury in dental personnel. *Arch Environ Occup Health*. 2017 Mar 4;72(2):63-69.
- Sigorta Tahkim Komisyonu, <http://www.sigortatahkim.org.tr/files/818.pdf>, 2019

- Sipahi İ. İş sağlığı ve güvenliğinde eğitimin önemi. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2006;30:24-27.
- Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllıkları, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari), 2019
- Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği, 27579 nolu Resmi Gazete (RG), Tarih:12.05.2010, S.27579
- Szymańska J. Work-related vision hazards in the dental office. Ann Agric Environ Med, 2000;7(1):1-4.
- Szymanska J. Dentist's hand symptoms and high-frequency vibration. Ann Agric Environ Med 2001, 8, 7-10.
- Szymańska J. Disorders of the musculoskeletal system among dentists from the aspect of ergonomics and prophylaxis. Ann Agric Environ Med, 2002;9(2):169-73.
- Szymanska J. Microbiological risk factors in dentistry. Current status of knowledge. Ann Agric Environ Med, 2005;12(2):157-63
- Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. Turk J Emerg Med. 2007;7(4):156-162.
- Şahin B, Gaygısız Ş, Balcı FM, Öztürk D, Sönmez MB, Kavalcı C. Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. Turk J Emerg Med. 2011;11(3):110-114.
- Şenel B. Diş hekimleri için risk taşıyan hastalıklar ve diş hekimlerinin mesleki rahatsızlıkları, Gülhane Tıp Dergisi 2007;49:204-212.
- Şimşek MŞ, Öge HS. Stratejik ve Uluslararası Boyutları ile İnsan Kaynakları Yönetimi. 2. Baskı, Ankara, Gazi Kitabevi. 2009; 336-352.
- Taşçıoğlu İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin saptanması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 1-85.
- T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü Gürültü ve Titreşim Kontrolü Şube Müdürlüğü, Gürültünün İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri, <https://webdosya.csb.gov.tr/db/cygm/icerikler/cevresel-gurultu-olcum-ve-degerlend-rme-klavuzu-20180209145104.pdf>, (04.04.2013)

- Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/23341,1atemelissagligiguvenligiegitimi1pdf.pdf?0>, 2019
- Tepebaş Ş. Acil Servis Çalışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- The American Dental Association Council on Scientific Affairs Amalgam Safety Update July 2009, <http://www.ada.org/1741.aspx>, 13.06.2010.
- THGM Genelgesi, Resmi gazete, 06.10.2010,Sayı:39939
- Tokars JI, Marcus R, Culver DH, et al. Surveillance of HIV and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. Ann Intern Med, 1993, 118, 913-9.
- Tozkoparan G, Taşoğlu J. İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile ilgili iş görenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. U.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2011;30(1):181-209.
- Tunçer P. İnsan Kaynakları Yönetimi. 1. Baskı, Bursa, Ekin Yayınevi. 2011; 325-331.
- Turan A, Müezzinoğlu A. Risk değerlendirme yöntemleri. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2006:32-36.
- Türk Diş Hekimleri Birliği, <http://www.tdb.org.tr/riskdegerlendirme>, 2019
- Türk Tabipler Birliği, [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=937:-salii-ve-guevenlne-lkn-yer-tehlke-siniflari\\_teb1&catid=3:tebligengelge&Itemid=35](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=937:-salii-ve-guevenlne-lkn-yer-tehlke-siniflari_teb1&catid=3:tebligengelge&Itemid=35), 2019
- Tüzüner V.L., B.Ö. Özaslan, Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Yönelik Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, (Ed. E.Çetin), İstanbul, 2011;40(2); 142
- Uçak A. Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 3-23.
- Ünalın A. İş sağlığı ve güvenliğinde eğitim. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2006;30: 18-23.
- Üstdal G, Diş hekimlerinin sağlığını tehdit eden etmenler, Ege Tıp Fakültesi Halk

- Sağlığı Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir, 2013
- Valachi B, Valachi K. Mechanisms leading to musculoskeletal disorders in dentistry. J Am Dent Assoc, 2003 Oct;134(10):1344-50.
- Westgaard RH. Effects of physical and mental stressors on muscle pain. Scand J Work Environ Health, 1999;25 Suppl 4:19-24.
- Wicker S, Rabenau HF. Occupational exposures to bloodborne viruses among German dental professionals and students in a clinical setting. Int Arch Occup Environ Health. 2010 Jan;83(1):77-83.
- Williamson, M. A., Feyer, A-M., Cairns, D. & Biancotti, D. (1997). The Development of a Measure of Safety Climate: The Role of Safety Perceptions and Attitudes, Safety Science, 25(1-3), 15- 27
- Yavuz E. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve iş güvenliği durumlarının incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 5-93.
- Yiğit A. İş Güvenliği. 1. Baskı, Bursa, Alfa Aktüel Yayınları. 2012; 2-81.
- 3008 Sayılı İş Kanunu, 3330 sayılı Resmi Gazete, 15 Haziran 1936
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 26200 sayılı Resmi Gazete, 16 Haziran 2006
- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 28339 sayılı Resmi Gazete, 30 Haziran 2012
- 6225 sayılı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 27916 sayılı Resmi Gazete, 26 Nisan 2011

## **EKLER**

**Ek-1:** Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

**Ek-2:** Anket Formu



EK-1



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/340-399

27.06.2016

Sayın Doç.Dr.Türker YARDAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ağız ve Diş Sağlığı Kliniği Çalışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin İncelenmesi** başlıklı OMÜ KA EK 2016/ 227 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.05.2016 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof.Dr.Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

.....

## ANKET FORMU

## Ağız ve Diş Sağlığı Kliniği Çalışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin İncelenmesi

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, ağız ve diş sağlığı kliniklerinde çalışanların iş güvenliği konusunda algılama düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmış bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Anket formunda yer alan soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması çalışmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Anket sonuçları genel olarak değerlendirileceğinden adınızı belirtmenize gerek bulunmamaktadır.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

**Dr.Dt.Enes ÖZKAN**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı  
Tel: 05557439643  
Adres: Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

**Doç. Dr. Türker YARDAN**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Öğretim Üyesi

## I. BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: 1( ) Kadın 2( ) Erkek

2. Medeni durumunuz: 1( ) Evli 2( ) Bekar

3. Doğum tarihiniz (Yıl olarak belirtiniz): .....

4. Eğitim durumunuz:

1( ) İlkokul 2( ) Ortaokul 3( ) Lise 4( ) Önlisans 5( ) Lisans 6( ) Lisansüstü

5. Görev yaptığınız kurum: 1( ) Üniversite Hastanesi 2( ) Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

3( ) Özel Ağız ve Diş Sağlığı Kliniği

6. Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz: 1( ) Gündüz 2( ) Gece-Gündüz karma

7. Çalıştığınız kurumdaki toplam görev süreniz (Yıl olarak belirtiniz): .....

8. Ağız ve diş sağlığı kliniğinde çalışma süreniz (Yıl olarak belirtiniz): .....

9. Ağız ve diş sağlığı kliniğinde çalışma pozisyonunuz: 1( ) Uzman Diş Hekimi 2( ) Diş Hekimi 3( ) Hemşire

4( ) Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri 5( ) Diş Protez Teknikeri 6( ) Temizlik Personeli 9( ) Diğer:.....

10. Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta/iş sayısı: .....

11. İş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı? 1( ) Evet 2( ) Hayır

12. Daha önce bir iş kazasına maruz kaldınız mı? 1( ) Evet 2( ) Hayır

13. Genel olarak yaptığınız iş alanından ve iş ortamından memnun musunuz? 1( ) Evet 2( ) Hayır



## II. BÖLÜM: İŞ GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda belirtilen iş güvenliği ölçeğinde yer alan her soru 1'den 5'e derecelendirilmiştir. **(1) Hiç Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Tamamen Katılıyorum** şeklindedir. Lütfen her soru için size uygun gelen ifadeyi işaretleyiniz.

İŞ GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Eğer yöneticim güvenli davranışım için beni ödüllendirirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
2. Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
3. Eğer yönetim önerilerimi dinlerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
4. Eğer sık güvenlik eğitimi alırsak bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
5. Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
6. Eğer yönetimim daha çok işyeri güvenlik kontrollerini yaparsa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
7. Eğer iş arkadaşlarım güvenli davranışı desteklerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
8. Eğer güvenli davranışım için ödüllendirilirimse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	1	2	3	4	5
9. Yönetimimiz yeterli güvenlik ekipmanı sağlıyor.	1	2	3	4	5
10. Yönetimimiz hatasız olduğundan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	1	2	3	4	5
11. Yöneticimiz işyerimde hatasız olduğumdan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	1	2	3	4	5
12. İşyerimdeki yönetim çalışanların güvenliğiyle mali durum ile ilgilendiği kadar ilgilenmeli.	1	2	3	4	5
13. İşyerimdeki herkes güvenli bir biçimde çalışır.	1	2	3	4	5
14. İşyerimdeki tüm güvenlik kuralları ve prosedürleri gerçekten işe yarıyor.	1	2	3	4	5
15. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu iyi bir eğitim görmediğim içindir.	1	2	3	4	5
16. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu neyi yanlış yaptığımı bilmediğim içindir.	1	2	3	4	5

<b>İŞ GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>
17. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu çalışmayı hemen tamamlamam gerektiği içindir.	1	2	3	4	5
18. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu doğru ekipman temin edilmediği veya çalışmıyor olduğu içindir.	1	2	3	4	5
19. İş güvenliği biz meşgul olana kadar geçerlidir çalışmaya başladıktan sonra başka şeyler öncelik alır.	1	2	3	4	5
20. Eğer sürekli güvenlik hakkında endişelenirsem işimi yapamam.	1	2	3	4	5
21. İşimde risk almaktan kaçamam.	1	2	3	4	5
22. Kazalar ben her ne yaparsam yapayım olur.	1	2	3	4	5
23. İşyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam.	1	2	3	4	5
24. Dikkatli biri olduğum için kaza yapma olasılığım düşüktür.	1	2	3	4	5
25. Tüm kazalar önlenemez, bazı insanlar yalnızca şanssızdırlar.	1	2	3	4	5
26. Güvenlik prosedürüne uyan insanlar her zaman güvende olacaktır.	1	2	3	4	5
27. İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam.	1	2	3	4	5
28. Herkes kaza yapmak konusunda eşit riske sahiptir.	1	2	3	4	5
29. Gerekli önlemleri almayan insanlar başlarına gelenlerden kendileri sorumludurlar.	1	2	3	4	5
30. Yönetim güvenlikle ilgilendiğini iddia ediyor, ama ben buna inanmıyorum.	1	2	3	4	5
31. Yeni ekipman ve prosedürleri bildiğimden emin olurum.	1	2	3	4	5
32. Yönetimimiz yalnızca işimizi güvenli olmayan biçimde yaptığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil.	1	2	3	4	5

Anket bitmiştir. İlginize TEŞEKKÜR EDERİZ.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Enes ÖZKAN

**Doğum Yeri:** Erzurum, Türkiye

**Doğum Tarihi:** 10.06.1987

**Medeni Hali:** Evli ve 2 çocuk sahibi

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

### **Eğitim Durumu:**

İsmet İnönü İlköğretim Okulu (Kocaeli), (İlköğretim), 1998

Özel Üsküdar İlköğretim Okulu (İstanbul), (İlköğretim), 2001

Nevzat Ayaz Lisesi (İstanbul) (Lise), 2004

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (İstanbul), (Lisans) 2009

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı (Samsun), (Doktora) 2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (Samsun), (Yüksek Lisans) 2019

### **Çalıştığı Kurumlar:**

İstanbul Jandarma Bölge Komutanlığı Dispanseri, İstanbul, Yedek Subay Diş Hekimi, 2010-2011

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun, Araştırma Görevlisi, 2012-2015

Çarşamba Devlet Hastanesi, Samsun, Diş Hekimi, 2015-2016

Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Samsun, Uzman Diş Tabibi, 2016

Bafra Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Samsun, Uzman Diş Tabibi, 2016-2018

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Doktor Öğretim Üyesi, 2019-

**İletişim Bilgileri:**

**Adres:** Fatih mah. Eski Ankara Asfaltı cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Orhanlı Kampüsü, Tuzla, İstanbul, Türkiye

**Telefon:** 0555 743 96 43

**E-posta:** drenesozkan@gmail.com

