



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şehriban TEPEBAŞ

Samsun

Mart - 2015



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şehriban TEPEBAŞ

Danışman

Doç. Dr. Türker YARDAN

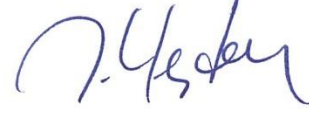
Samsun

Mart - 2015

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şehriban TEPEBAŞ tarafından Doç. Dr. Türker YARDAN Danışmanlığında hazırlanan ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 12/03/2015 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Türker YARDAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU
Ordu Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

12 /03/2015

Doç. Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, tezimin her aşamasında büyük özveri ile emeğini ve yardımını esirgemeyen, değerli görüş ve önerileri ile çalışmamı yönlendiren, her koşulda yanımda olduğunu bildiğim ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Türker YARDAN'a,

Eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle bana her zaman yol gösteren, destek, ilgi ve yardımlarını benden esirgemeyen, motive edici varlığını her daim hissettiğim çok değerli hocam ve Anabilim Dalı Başkanı'm Sayın Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'a,

Eğitimim süresince üzerimde emeği olan bütün Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı öğretim üyeleri hocalarıma,

Tanıştığım günden itibaren yüksek lisans eğitimim süresince bana her konuda yardımcı olan, kendisini tanımış olmaktan mutluluk duyduğum Öğr. Gör. Kalbiye KONANÇ'a, tezime yabancı dildeki katkılarından dolayı Hakan ÖZDEMİR'e,

Araştırmamı yürütmeme olanak sağlayıp çalışma saatlerimi uygunlaştıran ve araştırmamı destekleyen Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'ne, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne ve Cerrahi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşirelerime, araştırma yaptığım hastanelerin acil servislerinde yoğun bir şekilde çalışmalarına rağmen bana zaman ayırıp araştırmaya katkıda bulunan tüm acil servis çalışanlarına,

Tüm hayatım boyunca olduğu gibi eğitimim süresince de sonsuz sevgilerini ve özverilerini bir an bile eksik etmeden her zaman yanımda olan, maddi ve manevi destekleriyle bana her zaman güç veren sevgili anneme ve babama ve canım ablalarım

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

ÖZET

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Araştırma, acil servis çalışanlarının iş güvenliği konusunda algılama düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma, Samsun, Ordu, Giresun ve Trabzon illerinde bulunan 2. ve 3. basamak kamu hastanelerinden yedi hastanenin acil servisinde yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, tüm evrene (n:553) ulaşılması hedeflenmiştir. Cevaplanan anket sayısı 471 (%85,17)'dir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,794 olarak bulunmuştur. Araştırmada anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışanların %53,7'si erkek, %73,0'ü evli, %52,5'i ≥ 35 yaş grubunda, %25,3'ü lise mezunu, %50,6'sı ≤ 4 yıl süredir acil serviste çalışmaktadır. Çalışanların %19,5'i hekim, %28,7'si hemşire/ebe, %14,4'ü paramedik/ATT, %9,8'i sağlık memuru, %21,0'i temizlik personeli/hasta bakıcı, %6,6'sı da güvenlik görevlisidir. Çalışanların %65,0'i iş riski ya da iş güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim almış, %26,8'i daha önce bir iş kazası geçirmiştir.

Sonuç: Araştırmada çalışanların çoğunluğunun iş riski ya da iş güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. İş kazası geçirmeyenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışanların iş güvenliği algılamalarının sadece cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, acil servisteki pozisyonlarına, günlük bakım verdikleri ortalama hasta sayısına, iş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alıp almama durumlarına ve daha önce bir iş kazası geçirip geçirmeme durumlarına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışanların iş güvenliği algılamalarına; cinsiyet, eğitim durumu, acil servisteki çalışma süresi, acil servisteki pozisyonu, iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı ve iş kazası geçirme durumlarının anlamlı etki ettiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; İş güvenliği; İş sağlığı.

Şehriban TEPEBAŞ, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi – Samsun, Mart – 2015

ABSTRACT

EXAMINATION FOR PERCEPTION LEVELS OF EMERGENCY ROOM WORKERS ABOUT OCCUPATIONAL SAFETY

Aim: The research was planned to determine perception levels of emergency room workers about occupational safety.

Material and Method: The research was carried out at seven emergency room (ER) of 2nd and 3rd level state hospitals of Samsun, Ordu, Giresun and Trabzon cities. No random samples were chosen in this research, whole field (n:553) was aimed. Number of the questionnaires is 471 (%85.17). The Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.794. Significance was evaluated at $p<0.05$ level in this research.

Results: %53.7 of employees are men, %73.0 were married, %52.5 were over 35 years old, %25.3 were high school graduate, %50.6 had working in ER for less than 4 years, %19.5 were doctors, %28.7 were nurses/midwives, %14.4 were paramedics/ATT, %9.8 were health officers, %21.0 were cleaning personnel/medical attendants, %6.6 were security officers. %65.0 of the employees attended in-service training for occupational safety or occupational risk, %26.8 had an occupational accident before.

Conclusion: It was determined at the research that most of employees attended in-service trainings about occupational safety and occupational risks. Proportion of the ones who didn't have occupational accidents was higher. It was found that occupational safety perception levels of the employees differ according to only their sexes, academic background, positions in ER, number of the patients whom they deal with daily, whether they attended in-service training for occupational safety and risks, whether they had occupational accidents before. It was determined that their sexes, educational backgrounds, working duration in ERs, positions in ERs, whether having in-service training for occupational safety and risks effect their occupational accidents percentages.

Keywords: Emergency room; Occupational safety; Vocational health.

Şehriban TEPEBAŞ, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University – Samsun, March – 2015

SİMGELER VE KISALTMALAR

AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	: Analysis of Variance (Varyans Analizi)
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
BNV	: Batı Nil Virüsü
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
ER	: Emergency Room
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HDV	: Hepatit D Virüsü
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
KAO	: Kaza Ağırlık Oranı
KSO	: Kaza Sıklık Oranı
md	: Madde
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
n	: Vaka Sayısı

NIOSH	: National Institute for Occupational Safety and Health (Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü)
OHSAS	: Occupational Health and Safety Management System (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi)
ort.	: Ortalama
OSHA	: Occupational Safety and Health Administration (İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi)
p	: p Değeri
r	: Korelasyon Katsayısı
R ²	: Tanımlayıcılık Katsayısı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
s.s.	: Standart Sapma
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TS	: Türk Standartları
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
%	: Yüzde

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Genel Olarak İş Sağlığı ve İş Güvenliği.....	4
2.1.1. İş Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Kavramlar.....	4
2.1.2. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Amaçları.....	10
2.1.3. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Hedefleri.....	11
2.1.4. Genel Olarak İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Önemi.....	11
2.1.5. İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Önemi.....	13
2.1.6. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi.....	13
2.1.7. İş Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Yasal Düzenlemeler.....	20
2.1.8. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Yönetimi.....	29
2.1.9. OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi.....	30
2.1.10. İş Güvenliği Açısından İş Kazaları.....	33
2.1.11. Meslek Hastalıkları.....	38
2.1.12. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Kayıt ve Bildirimi.....	41
2.1.13. İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının İşletmelere Yüklediği Maliyetler...	42

2.1.14. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Halinde Sağlanan Yardımlar.....	42
2.1.15. Türkiye’de Genel Olarak İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sayıları.....	43
2.1.16. İş Güvenliğinde Risk Değerlendirme.....	45
2.1.17. 6331 Sayılı Yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na Genel Bir Bakış.....	48
2.1.18. İş Güvenliği Uzmanları ile İşyeri Hekimlerinin Görevleri.....	53
2.1.19. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinde Eğitim ve Önemi.....	57
2.2. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği.....	60
2.2.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı, Özellikleri ve Sınıflandırılması.....	60
2.2.2. Sağlık Kuruluşlarında Sağlık Çalışanı Kavramı.....	62
2.2.3. İş Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Hastanelerde Çalışma Ortamı.....	63
2.2.4. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri.....	66
2.2.5. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliğini Tehdit Eden Mesleki Risk ve Tehlikeler.....	68
2.2.6. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları.....	72
2.2.7. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Karşı Önlemler.....	76
2.2.8. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet.....	77
2.2.9. Türkiye’de Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Yasal Düzenlemeler.....	84
2.3. Hastane Acil Servislerinde İş Sağlığı ve İş Güvenliği.....	85
2.3.1. Acil Sağlık Hizmetleri ve İlgili Tanımlar.....	85

2.3.2. Acil Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	86
2.3.3. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	88
2.3.4. Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Yasal Düzenlemeler.....	90
2.3.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması.....	90
2.3.6. Acil Sağlık Hizmetlerinde Eğitim.....	91
2.3.7. Hastane Acil Servisleri.....	91
2.3.8. Acil Servis Yönetimi.....	101
2.3.9. Acil Servisler ile İlgili Mevzuat.....	101
2.3.10. Acil Servis Çalışanlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği.....	103
2.3.11. Acil Servislerde Çalışanlar Açısından Stres Yaratan Faktörler.....	108
2.3.12. Acil Servislerde Yeni Enfeksiyöz Tehditler.....	109
2.3.13. Acil Servislerde Güvenlik Önlemleri.....	111
3. MATERYAL VE METOT.....	112
3.1. Çalışmanın Amacı.....	112
3.2. Problem Cümlesi.....	112
3.3. Hipotezler.....	112
3.4. Araştırmanın Varsayımları.....	113
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	113
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	114
3.7. Veri Toplama Aracı.....	114
3.8. Verilerin Toplanması.....	115
3.9. Analiz Metodu.....	115

3.10. Güvenirlilik ve Geçerlilik.....	117
4. BULGULAR.....	120
4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	120
4.2. Hipotezlerle İlgili Bulgular.....	125
4.2.1. Çalışanların Genel Olarak İş Güvenliği Ölçeğindeki İfadelere İlişkin Verdikleri Skorların Dağılımı.....	125
4.2.2. Çalışanların İş Güvenliği Algılamalarının Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	129
4.2.3. Korelasyon Analizi.....	136
4.2.4. Regresyon Analizi.....	138
5. TARTIŞMA.....	141
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	160
KAYNAKLAR.....	167
EKLER.....	179
Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	180
Ek 2: Acil Servis Çalışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin İncelenmesine Yönelik Anket Formu.....	181
ÖZGEÇMİŞ.....	184

1. GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde sanayileşme ve teknolojik gelişmelere paralel olarak, işyerlerinde üretken faktör olan çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili birtakım sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu sorunların üzerine yapılan çalışmalar ve araştırmalar sonucunda “İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG)” kavramı doğmuştur. Çalışanların iş kazalarına uğramasını ve meslek hastalıklarına yakalanmasını önlemek, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı yaratmak için alınması gereken önlemler dizisi “İş Sağlığı ve Güvenliği” olarak adlandırılmaktadır (Akyürek ve ark., 2011).

Birey, hayatını sürdürebilmek, yaşam kalitesini artırabilmek ve kariyer sahibi olabilmek gibi nedenlerle çalışmak zorundadır. Bireyin güvenli bir iş ortamında çalışması en doğal hakkıdır (Say, 2013). Ancak çalışma yaşamı içinde çeşitli hastalıklar, kazalar, işsizlik gibi pek çok risk bulunmaktadır. Bunlar arasında iş kazaları ve meslek hastalıklarının ayrı ve önemli bir yeri bulunmaktadır (Altınel, 2011). İş sağlığı ve güvenliği konusuna gereken önem verilmediği takdirde iş kazaları ve meslek hastalıklarının artacağı rahatlıkla söylenebilir (Yiğit, 2012).

İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının temel amacı, iş yaşamında çalışanların sağlığına zarar verebilecek hususların önceden belirlenerek gereken önlemlerin alınması, güvenli bir ortamda çalışmalarının sağlanması, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı çalışanların psikolojik ve bedensel sağlıklarının korunmasıdır (Devebakan, 2007). İş güvenliği, iş yeri risklerinin belirlenmesi, güvenlik tedbirlerinin alınması, iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi gibi konuları kapsamaktadır (Bodur ve ark., 2011).

İş sağlığı ve güvenliği hem çalışanlar hem de işverenler açısından büyük önem taşımaktadır (Karacan ve Erdoğan, 2011). İş kazaları ve meslek hastalıklarından direkt olarak en fazla etkilenenler bu meslek riskleri ile karşı karşıya kalan işçilerdir. İş kazaları çoğu kez yaralanma hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Sabuncuoğlu, 2009). İş kazası sonucunda sakat kalan ya da belirli uzuvlarını kaybeden işçi psikolojik bazı rahatsızlıklara da yakalanabilmekte ve bu durum da hem işçiyi hem de toplumu olumsuz etkileyebilmektedir (Karacan ve Erdoğan, 2011). Ayrıca iş kazaları ve meslek

hastalıkları sonucunda oluşan maddi ve manevi kayıplar, ülke ekonomisi açısından da önemli boyutlara ulaşmaktadır (Ceylan, 2011).

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği alanında yaşanan önemli gelişmelerden biri, 20.06.2012 tarihinde kabul edilen 6331 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”dur. Kanun, iş sağlığı ve güvenliği alanında önemli düzenlemeler getirmektedir. Kanun, iş kazası ve meslek hastalıklarını ortaya çıkmadan, kaynağında yok etmeyi hedefleyen önleyici bir anlayışa sahiptir (Korkmaz ve Avsallı, 2012). Konuyla doğrudan ilgili bir kanunun olması da konunun önemini belgelemektedir.

Birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de iş sağlığı ve güvenliğinin önemi günden güne artmaktadır. Sağlık sektöründe yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler, sağlık sektörü içinde yeni açılan ve kurulan hizmet dalları hastalar ve diğer bireyler için büyük kolaylıklar sağlarken, hizmeti yerine getiren sağlık çalışanları için birtakım risk ve tehlikeleri de beraberinde getirmektedir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Özellikle de hastanelerde, çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü bulunmaktadır (Parlar, 2008). Sağlık çalışanları hastanelerde enfeksiyonlar, ilaçlar, atıklar, malzemelerin yarattığı tehlikeler, ergonomik tasarım eksikliği, malzeme yetersizliği, iş yükü fazlalığı, çalışanların dikkatsiz davranışları gibi nedenlerle birçok kaza ve hastalık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Öztürk ve ark., 2012).

Acil servisler, hasta yoğunluğu, çeşitliliği ve sirkülasyonu açısından oldukça yoğun alanlardır (Tanrıku, 2010). Acil Sağlık Hizmetleri (ASH)’nde çalışanlar açısından müdahale sırasında iğne batması sonucu kanla bulaşan hastalıklar, hasta kaldırma ve taşımaya bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları, hasta ya da yakınları tarafından kaynaklanan şiddet olayları başlıca mesleksi risk etmenleri arasında sıralanmaktadır (Yenal ve Ergör, 2013). Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının acil servislerde çalışanlar açısından büyük önem arz ettiği görülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, acil servis çalışanlarının iş güvenliği konusundaki algılama düzeylerini belirlemektir.

Çalışma altı bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde giriş kısmı verilmiştir. İkinci bölümde, sırasıyla genel olarak iş sağlığı ve iş güvenliği, sağlık kuruluşlarında iş sağlığı ve iş güvenliği, hastane acil servislerinde iş sağlığı ve iş güvenliği konularında

teorik bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde materyal ve metot, dördüncü bölümde bulgular, beşinci bölümde tartışma, altıncı bölümde sonuç ve öneriler verilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genel Olarak İş Sağlığı ve İş Güvenliği

2.1.1. İş Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Kavramlar

Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, bireyin duygusal veya fiziksel rahatsızlıklardan özgürlüğünü ifade etmektedir (Mondy, 2008). Sağlığın en kapsamlı tanımı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmıştır. WHO'ya göre sağlık, “bir insanın yalnızca bedenen değil, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halidir”(Say, 2013).

Sağlık, bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (Yavuz, 2009).

Sağlık, her şeyden önce temel bir insan hakkıdır. Bireyler, sahip oldukları bu hak ile toplumdan ve devletten sağlıklarının korunmasını ve ihtiyaç durumunda tedavi edilmelerini talep edebilmektedir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

Sağlık, sosyal, kültürel, ekonomik, fizik ve biyolojik olarak gruplandırılabilen çeşitli faktörler tarafından etkilenmektedir. Biyolojik açıdan sağlık kavramı, bedenin her hücresinin optimal düzeyde işlem yapması ve her hücrenin diğerleri ile mükemmel uyum durumundaki işlev yeteneği olarak açıklanmaktadır. Psikolojik açıdan sağlık, bireyin beklenmedik bir durumla karşılaşmasında duyguları ile duruma ve çevresine gösterdiği uyum yeteneğidir (İncesesli, 2005). Sosyolojik bakış açısından sağlık, bireyin sosyal normlara uyumuna işaret etmektedir (Devebakan, 2007).

Bireyin zamanının önemli bir bölümü çalışma ortamında geçmektedir. Bu nedenle sağlığın korunması, çalışma ortamında bulunan sağlık tehlikelerinin belirlenmesi ve kontrolü bireyin sağlık durumunun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır (Yavuz, 2009). Çalışma ortamı ile çalışanın sağlığı arasında iki yönlü bir etkileşim bulunmaktadır. Sağlık çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkilemektedir (Saygun, 2012).

İş Sağlığı

İş, “bedensel, zihinsel ve ruhsal bir çaba ile çalışanın kendisi ya da başkaları için değer ifade eden mal ve hizmetler üretme faaliyeti” olarak tanımlanmaktadır (Devebakan, 2007).

İş sağlığı kavramı, çalışanlarla birlikte, çalışanın zarar görmesinden etkilenen, onun sosyal çevresini, işletmenin ilgili olduğu tüm çevreyi ve toplumu da içerisine alan geniş bir kavramdır (Öcal, 2010). 1950 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü iş sağlığı kavramını; “bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları” olarak tanımlamışlardır (Saygun, 2012).

İş sağlığı kavramı, çalışan bir kişinin çalışma koşulları ile kullanılan araç ve gereçlerden doğabilecek tehlikelerden arındırılmış ya da bu tehlikelerin en aza indirildiği bir iş çevresinde huzurlu bir biçimde yaşayabilmesini ifade etmektedir (Sabuncuoğlu, 2009).

İş sağlığı kavramı özünde iş kazalarını ve meslek hastalıklarını konu edinen, genelde ise çalışanların sağlığını, güvenli ortamlarda ve koşullarda çalışmalarını amaçlayan, sağlayan ve bu yolla çalışanların gerek fiziksel, gerekse ruhsal ve sosyal açıdan iyi durumda olmaları için yapılan çalışmalar niteliğindedir. İş sağlığı ile ilgili çalışmalar, çalışma yaşamındaki tehlikelere karşı insan sağlığının korunmasını hedefleyerek çalışan insanın sağlıkla ilgili sorunlarını ele almakta ve bu sorunlara çözüm getirmeyi amaçlamaktadır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

İş sağlığı hizmetlerinin amaçları; çalışanların sağlık kapasitelerini en üst düzeye çıkarmak, çalışanların olumsuz koşullar nedeniyle sağlıklarının bozulmasını önlemek, çalışanın fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalışmasını sağlamak ve yapılan iş ile çalışanlar arasında uyum sağlamak olarak sıralanmaktadır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

Bazı yazarların iş sağlığı kavramının yanında işçi sağlığı kavramını da kullandıkları görülmektedir. İşçi sağlığı, çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal tam iyilik durumunun sağlanmasının en üst düzeyde sürdürülmesini, iş koşulları ve

kullanılan maddeler nedeniyle çalışanların sağlığına gelebilecek zararların önlenmesini, işçinin psikolojik ve fizyolojik özelliklerine uygun olan işe yerleştirilmesini içeren ve işin insana, insanın işe uygunluğunu sağlayan geniş kapsamlı hizmetler zinciridir (Devebakan, 2007).

Güvenlik

Güvenlik sözcüğü bazı yazarlar tarafından “emniyet içinde olma” anlamında kullanılırken, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) Türk Standardı 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri standardında “kabul edilmez zarar riskinden uzak kalma” olarak tanımlanmaktadır (Sarıçam, 2012). Güvenlik, iş kazalarının neden olduğu yaralanmalardan çalışanların korunmasını içermektedir (Mondy, 2008).

Güvenlik kavramına ilişkin çeşitli tanımlar bulunmaktadır. Güvenlik, genel olarak mevcut ortamda kabul edilebilir düzey ve bu düzeyi korumak için zamansız ölüm, yaralanma ya da endişe verici koşulların var olma olasılığını azaltma anlamına gelmektedir. A. Manuele güvenlik kavramını, “risklerin kabul edilebilir düzeyde olduğu her durum” olarak tanımlamıştır. Güvenlik kavramına ilişkin yapılan tanımların içerik ve yaklaşımları birbirinden farklı olmasına rağmen, bu tanımların ortak noktası güvenliğin kazaları önleme ve azaltma düşüncesine dayanıyor olmasıdır (Aydın-Aktekin, 2010).

Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü, işletmenin sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların, değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünü olarak tanımlanmaktadır (Pekşen ve Canbaz, 2005).

İngiliz Endüstri Konfederasyonu güvenlik kültürü kavramını, “örgütün tüm bireylerinin risk, kazalar ve sağlık konusunda düşünceler ve inançlarını paylaşması” olarak tanımlamaktadır (Tüzüner ve Özaslan, 2011).

Çalışanların, işyerinde güvenlik kültürü yaratması için, kendilerinin de yarattığı tehlikeler dahil olmak üzere, işyerindeki tehlikelerin farkında olması gerekmektedir. İşyerinde güvenlik kültürünü sağlama sorumluluğu işletmenin her düzeyinde ve tüm çalışanların sorumluluğunda olması gereken bir iştir (Devebakan, 2007).

Güvenlik kültürü üç alanda kararlılık gerektirmektedir. Bu alanlar aşağıdaki gibidir (Pekşen ve Canbaz, 2005):

1. İşletmelerin mesleki sağlık ve güvenlik yönetim sistemlerini hayata geçirme kararlılığı,
2. Çalışanların bu sistemlere katılma ve destekleme kararlılığı,
3. Güvenlik ve sağlık ile ilgili yerel girişimlerin, rekabet gücüyle ilgili bazı endişeler nedeniyle programın engellenmesini önleyecek uluslararası bir çerçeve oluşturulmasına yönelik kararlılık.

İş Güvenliği

Teknik alanda yaşanan gelişmelerin hızı, makineleşme, sanayileşme ve kimyasal madde kullanımı bazı rahatsızlıkları da beraberinde getirmiştir. Madenlerde, sanayide, yapı işlerinde ve hemen hemen çalışılan her alanda meydana gelen kazaların yarattığı tehlikelerin insanlığı ne ölçüde tehdit eder duruma geldiği herkes tarafından görülmeye başlanmıştır. Bu noktadan hareketle, bu ortamlardaki tehlikelerle bilinçli olarak mücadele edilmesi gereği ortaya çıkmış ve bu da “iş güvenliği” kavramının doğmasına neden olmuştur (Altınel, 2011).

Konuyla ilgili literatürler incelendiğinde iş güvenliği kavramı ile ilgili birçok tanıma rastlanmıştır. İş güvenliği, çalışanların iş ortamında karşılaşılabilecekleri tehlikelerin yok edilmesi veya azaltılması için getirilen yükümlülüklerden oluşan teknik kuralların bütünüdür ifade eden, iş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltan bir bilim dalıdır (Akpınar, 2013). Diğer bir tanıma göre iş güvenliği, işyerinde sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturarak; iş kazaları ve meslek hastalıklarını en alt düzeye indirmek, böylece maddi ve manevi kayıpları önleyerek verimliliği artırmaktır (Ceylan, 2011).

İş güvenliği, işin yürütülmesi sırasında oluşan tehlikelerden ve sağlığa zarar verebilecek koşullardan çalışanları korumak ve daha iyi bir çalışma ortamı sağlamak amacıyla yapılan sistemli çalışmalardır (Öztürk ve ark., 2012). Başka bir ifadeyle iş güvenliği, çalışanların iş kazalarına ve meslek hastalıklarına maruz kalmalarını önlemeye yönelik faaliyetler dizisidir (Bingöl, 2010).

ILO'nun rakamlarına göre; her gün yaklaşık 6.000 kişi iş kazası ve meslek hastalıkları nedeniyle; yıllık toplamda ise 350.000 kişi iş kazası, 1.700.000 kişi ise meslek hastalıklarından dolayı yaşamını yitirmektedir (Akpınar, 2013). Bu nedenle gerekli tedbirleri önceden alarak işyerlerini güvenli hale getirmek gerekmektedir ki, iş güvenliği bu özelliğinden dolayı büyük önem arz etmektedir (Akpınar, 2013).

İş güvenliği çalışmalarının amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Altınel, 2011; Akpınar, 2013):

1. Çalışanlara en yüksek düzeyde sağlıklı ortam sağlamak,
2. Çalışma koşullarının olumsuz etkilerinden çalışanları korumak,
3. İş ve çalışan arasında mümkün olan en iyi uyumu sağlamak,
4. İşyerindeki riskleri tamamen ortadan kaldırmak veya zararları en aza indirmek,
5. Oluşabilecek maddi ve manevi zararları ortadan kaldırmak,
6. Çalışma verimini artırmak.

Günümüzde teknik bir bilim dalı haline gelen iş güvenliği, mühendislik, iktisat, istatistik, sosyoloji, psikoloji ve ergonomi gibi bilimlerden faydalanmaktadır (Yiğit, 2012). Özetle iş güvenliği kavramı, iş yeri risklerinin belirlenmesi, güvenlik tedbirlerinin alınması, iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi gibi konuları kapsamaktadır (Bodur ve ark., 2011).

İş Güvenliği Kültürü

İş güvenliği kültürü, "iş güvenliğinin öncelikli olduğu yaşam biçimi" olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik bilgiye dayanmakta, içselleştirilmiş ve yaşam biçimi haline getirilmiş bilgi de güvenlik kültürünü oluşturmaktadır (Yavuz, 2009).

İşletmede çalışanların tümü tarafından kabul gören, çalışma süreçlerinin tamamında uygulanan ve bir sistem çerçevesinde oluşturulmuş bir iş güvenliği anlayışı önem taşımaktadır. İş güvenliği kültürünün, işletmenin tüm birimleri ve personeli tarafından ciddiyetle ve herhangi bir aksaklık söz konusu olmaksızın yerine getirilmesi gerekmektedir (Görçün ve Erdal, 2010).

İş Sağlığı ve Güvenliği

İş sağlığı ve iş güvenliği kavramlarını kesin sınırlar ile birbirinden ayırmak zordur. Konuyla ilgili yapılmış birçok tanımda iki kavramın birbirleri yerine kullanıldığı ya da bir bütün olarak ele alındığı görülmektedir. Ancak “iş güvenliği” kavramı duruma teknik açıdan bir yaklaşımı ifade etmektedir (Durdu, 2006).

Dünyada ve ülkemizde sanayileşme ve teknolojik gelişmelere paralel olarak, işyerlerinde üretken faktör olan çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili birtakım sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu sorunların üzerine yapılan çalışmalar ve araştırmalar sonucunda “İş Sağlığı ve Güvenliği” kavramı doğmuştur. Çalışanların iş kazalarına uğramasını ve meslek hastalıklarına yakalanmasını önlemek, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı yaratmak için alınması gereken önlemler dizisi “İş Sağlığı ve Güvenliği” olarak adlandırılmaktadır (Akyürek ve ark., 2011). Sağlıklı ve güvenli bir iş yeri ortamı daha verimli çalışmanın ön koşulunu oluşturmakta ve bu da özellikle gelişmekte olan ülkelerde toplumsal kalkınmanın belirleyici unsurları arasında yer almaktadır (Ceylan, 2011).

Dar anlamda iş sağlığı ve güvenliği kavramı, çalışanın sağlık ve emniyetinin iş yeri sınırları ve iş dolayısıyla doğan tehlikeler karşısında korunmasını kapsamaktadır. Zamanla çevrenin korunması, ulaşım emniyeti, beslenme, ilk yardım ve sosyal güvenlik gibi konular da iş sağlığı ve güvenliği konuları ile ilişkilendirilmiştir. Geniş anlamda iş sağlığı ve güvenliği kavramı, iş yeri ile sınırlı sağlık ve emniyet tedbirlerinin yeterli koruma sağlayamayacağını kabul eden, çalışanın sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve iş yeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına dahil etmektedir (Öcal, 2010).

ILO ve WHO iş sağlığı ve güvenliği kavramını, “Tüm çalışanların bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlık ile refahlarının en üst düzeye çıkarılması ve bu durumun korunması; işyeri koşullarının, çevrenin ve üretilen malların neden olduğu sağlığa aykırı sonuçlar ile çalışanları yaralanma ve kazalara maruz bırakacak risk faktörlerinin ortadan kaldırılması; çalışanların bedensel ve ruhsal niteliklerine uygun işlere yerleştirilmesi ve sonuç olarak çalışanların bedensel ve ruhsal ihtiyaçlarına uygun bir çalışma ortamının yaratılması” olarak tanımlamışlardır (Şimşek ve Öge, 2009).

İş sağlığı ve güvenliği, multidisipliner bir alan olup tıp, ergonomi, fizik ve kimyanın yanı sıra teknoloji, ekonomi, hukuk ile çeşitli endüstri ve faaliyetlere özgü diğer alanlar gibi bazı bilimsel alanlardan faydalanmaktadır (Alli, 2008).

İş sağlığı ve güvenliğinin temel amacı, iş yaşamında çalışanların sağlığına zarar verebilecek hususların önceden belirlenerek gereken önlemlerin alınması, güvenli bir ortamda çalışmalarının sağlanması, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı çalışanların psikolojik ve bedensel sağlıklarının korunmasıdır (Devebakan, 2007). Çalışma koşulları açısından yapılan işin sağlık üzerindeki etkilerinin neler olduğu konusu da iş sağlığı ve iş güvenliği çalışmalarının ağrılık noktasını oluşturmaktadır (Yavuz, 2009).

2.1.2. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Amaçları

İşyerlerinde iş sağlığı ve iş güvenliğine yönelik yapılan çalışmaların amaçları üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bu amaçlar aşağıda belirtilmiştir (Yiğit, 2012; Say, 2013).

1. Çalışanları Korumak: İş sağlığı ve iş güvenliği çalışmalarının temel amacı, çalışanları işyerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamaktır.

2. Üretim Güvenliğini Sağlamak: İşyerinde retim güvenliğinin sağlanması beraberinde verimin artması sonucunu doğuracağından, üretim güvenliğinin sağlanması özellikle ekonomik açıdan önem taşımaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle oluşabilecek iş gücü ve iş günü kayıplarının en aza indirgenmesi ve dolayısıyla iş veriminde artışın sağlanması ile üretim düzeyinin korunması iş sağlığı ve iş güvenliğinin amaçlarından bir diğerini oluşturmaktadır.

3. İşletme Güvenliğini Sağlamak: Çalışma ortamında alınan tedbirler ile işletmeyi tehlikeye sokabilecek yangın, patlama, makine arızalarının ortadan kaldırılması işletmenin güvenliğini sağlamaktadır.

İş sağlığı ve iş güvenliği çalışmalarının diğer bir amacı da, ülke ekonomisi ve toplum üzerinde meydana gelebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmaktır (Say, 2013).

2.1.3. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Hedefleri

İş sağlığı ve iş güvenliği çalışmalarının genel amaçlarının dışında birtakım hedefleri de bulunmaktadır. Bu hedefler; işyerlerinde gerekli güvenlik tedbirlerini alarak çalışanların korunması, çalışanların tıbbi, fiziksel ve ruhsal açıdan en üst seviyeye çıkarılması, çalışma ortamında sağlığa zarar verebilecek unsurların hijyenik önlemlerle ortadan kaldırılması, çalışanlar ile iş arasındaki uyumun sağlanması, meydana gelen sağlık zararlarının ve meslek hastalıklarının tespit edilerek çalışanların tedavi olmalarının sağlanması, karşılaşılan zararların derecelerini objektif ve bilimsel yollarla belirleyip değerlendirmenin yanı sıra olası kazaları önleyerek verimliliğin artırılmasıdır (Akpınar, 2013).

2.1.4. Genel Olarak İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Önemi

Son yıllarda teknolojiye yaşanan hızlı gelişmeler, üretimin ve rekabetin önemli ölçüde artması, çalışanların sağlığına ve iş güvenliğine yönelik tehlikeleri daha da artırmıştır. Bu nedenle işyerlerinde işin yürütülmesi sırasında oluşan olumsuz şartlardan çalışanları korumak, üretimin devamlılığını sağlamak ve verimliliği artırmak için yapılan çalışmaları ifade eden “iş sağlığı ve güvenliği” kavramı, sanayinin ve teknolojinin gelişmesine paralel olarak önem kazanmıştır (Ceylan, 2011).

1800’lü yıllardan günümüze gelindiğinde konunun son derece önem kazandığı görülmektedir. Bu süreçte iş kazaları ve meslek hastalıklarının da kabuk değiştirdiği ve giderek arttığı görülmektedir. Başlangıçta özellikle maden ocaklarında kömür tozlarının neden olduğu meslek hastalıkları, maden ocaklarındaki patlama ve göçükler en önemli konu olmasına rağmen, son yıllarda kimyasal maddeler daha fazla önem kazanmıştır. Radyoaktivite de önem kazanan bir diğer problemdir. Çernobil faciası ve Japonya’da yaşanan Fukuşima Nükleer Santrali’ndeki kazalar, radyoaktif iş kazaları ve meslek hastalıklarını gündeme getirmiş durumdadır (Yiğit, 2012).

İş sağlığı ve güvenliği, ekonomik boyutlarının yanı sıra sosyal boyutlarıyla da ülke kalkınması açısından hayati öneme sahip toplumsal bir olgudur (Ceylan, 2011).

İş sağlığı ve iş güvenliği konusuna önem verilmesinin temel nedeni; yaş, cinsiyet, ırk ve meslek farkı gözetilmeksizin herkesin yaşama hakkının en üst düzeyde

garanti altına alınması gerekliliğidir. Yapılan araştırmalar, Dünya ölçeğinde, her saniye üç işçinin iş kazası sonucu yaralanmakta olduğunu, her üç dakikada bir işçinin iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu öldüğünü ortaya koymaktadır (Akpınar, 2013).

İş sağlığı ve iş güvenliği hem çalışanlar hem de işverenler açısından büyük önem arz etmektedir (Karacan ve Erdoğan, 2011). İş kazaları ve meslek hastalıklarından direkt olarak en fazla etkilenenler bu meslek riskleri ile karşı karşıya kalan işçilerdir. İş kazaları çoğu kez yaralanma hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir. İş kazaları ya da meslek hastalıkları ile karşılaşan işçiler, iş güçlerinin tümünü ya da bir bölümünü, sürekli veya belirli bir süre kaybedebilmektedir. Böyle bir kayıp, ücret gelirinin tamamının ya da bir bölümünün sürekli veya belirli bir süre ile kaybedilmesi anlamına gelmektedir (Sabuncuoğlu, 2009). Bunun sonucunda da genellikle ücret gelirinden başka geliri bulunmayan işçi ve bakmakla yükümlü olduğu ailesi ekonomik sıkıntıya girmektedir (Altınel, 2011). İş kazası sonucunda sakat kalan ya da belirli uzuv veya uzuvlarını kaybeden işçi psikolojik bazı rahatsızlıklara da yakalanabilmekte ve bu durum da hem işçiyi hem de toplumu olumsuz etkileyebilmektedir (Karacan ve Erdoğan, 2011). Ayrıca güvenlik önlemleri alınmış bir iş ortamında çalışmak, her şeyden önce çalışanın moral yönünden sağlıklı olmasını sağlayacaktır (Şimşek ve Öge, 2009).

İşletmeler açısından bir maliyet unsuru olan iş kazaları ve meslek hastalıkları, işletmeyi doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Doğrudan maliyetler, iş kazası ve meslek hastalığı sonucunda oluşan zararların ödenmesi ile ortaya çıkan ve parasal olarak ölçülebilen maliyetlerdir. Kapsam ve miktar olarak tam tespit edilemeyen ve sınırlandırılmayan maliyetler de dolaylı maliyetleri oluşturmaktadır (Tunçer, 2011).

İşyerinde çalışma ortamının iyileştirilerek iş güvenliğinin sağlanması, iş akışını durduran insan, ürün, malzeme ve zaman kaybına neden olan koşulların ortadan kalkmasını ya da minimize edilmesini sağlamakta ve böylece yüksek verimlilik ve etkinlik elde edilebilmektedir. Ayrıca iş güvenliğine yönelik çalışmalar, maliyeti düşürmekte ve üretimi artırmaktadır (Sabuncuoğlu, 2009).

İş sağlığı ve iş güvenliği çalışmaları, işletmeler için verimlilik ve kalite unsuru olarak ön plana çıkmakta ve işletmelerin uluslararası piyasalarda rekabet edebilirliğini

artırmaktadır (Akpınar, 2013). Ayrıca iş sağlığı ve iş güvenliği konusuna işçi sendikaları tarafından da gittikçe artan düzeyde önem verildiği görülmektedir (Şimşek ve Öge, 2009).

İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda oluşan maddi ve manevi kayıplar, ülke ekonomisi açısından da önemli boyutlara ulaşmaktadır. ILO verilerine göre endüstrileşmiş ülkelerde iş kazaları ve meslek hastalıklarının toplam maliyetinin, bu ülkelerin Gayri Safi Milli Hasıllarının %1 ila %3'ü oranında değiştiği belirtilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde de bu kayıpların Gayri Safi Milli Hasıllarının %4'ü kadar olduğu tahmin edilmektedir (Ceylan, 2011). Görüldüğü gibi çalışan sağlığının korunması ve iş güvenliğinin sağlanması, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli problemi haline gelmiş durumdadır (Durdu, 2006).

2.1.5. İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Önemi

İnsan kaynakları yönetiminin temel amaçlarından biri, insan kaynağının etkin kullanımı ile verimliliğin ve niteliğin yükseltilmesidir. İş gücü verimliliği ile ilgili önemli kriterlerden biri de sağlıktır. İş sağlığı ve iş güvenliği konusu insan kaynakları yönetiminin koruma işlevini oluşturmaktadır. Bu işlevin amacı, çalışanların iş yeri ortamında fiziksel ve ruhsal varlıklarının korunmasıdır (Sadullah, 2010).

İnsan kaynakları yönetimi koruma işlevi ile güvenli bir çalışma ortamının yaratılması için gerekli insan davranışının sağlanması, iş kazaları ve meslek hastalıklarına neden olan faktörlerin belirlenmesi, ortadan kaldırılması ve bunların neden olduğu kayıp iş günlerinin azaltılarak verimliliğin yükseltilmesi gibi sonuçlara ulaşmaktadır (Sadullah, 2010).

2.1.6. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

İş sağlığı ve güvenliği konusunun farklı aşamalardan geçerek günümüzdeki bilimsel anlamını kazanması uzun bir tarihsel süreç içerisinde olmuştur. İş sağlığı ve güvenliği, birçok uzmanlık alanından bilim insanlarının çalışmaları sonucunda günümüzde bir bilim dalı haline gelmiştir. İş sağlığı ve güvenliği, üretim sürecindeki ve toplum yaşamındaki değişimlere bağlı olarak gelişim göstermiştir. Tarih boyunca

çalışma hayatında yaşanan gelişmeler, iş sağlığı ve güvenliği konusundaki gelişmelere de kaynaklık etmiştir (Akpınar, 2013).

Dünyada İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Çalışanların sağlığı ile yapılan iş arasındaki ilişki çok eski çağlara dayanmaktadır (Say, 2013). Çok eski çağlardan beri insanlık aleminde işçi ve iş yeri kavramları yer almakta iken işçinin olduğu her yerde de iş sağlığı ve güvenliği öne çıkan konular arasında yer almıştır. Özellikle sanayileşme ile birlikte bu konu son derece önemli bir konu haline gelmiştir (Yiğit, 2012).

İş sağlığı ve iş güvenliği alanında, Milattan önce (M.Ö.) yaşamış toplumların önderleri ve bilim insanlarının da bazı normlar belirleyip uyguladıkları belirtilmektedir. (M.Ö. 1500) eski Mısırlılar döneminde, piramitlerin inşaatı için yeterli iş gücünün sağlanması amacıyla tıbbi servisler kurulmuştur. (M.Ö. 460-370) Hipokrat, kurşun zehirlenmesini tanımlamıştır. (M.Ö. 428-348) Platon (Eflatun), esnafların çalışma şartlarından kaynaklanan sorunlarını dile getirmiştir. (M.Ö. 384-322) Aristo, gladyatör diyetini tanımlamıştır. M.Ö. 200 yıllarında Hipokrates'in çalışmalarını Nicander geliştirmiş, kurşun koluğu ve kurşun anemisini incelemiş ve bunların özelliklerini tanımlamıştır (Akpınar, 2013).

Milattan sonra (M.S.) 23-79 yılları arasında yaşamış olan Pliny, çalışma ortamındaki tehlikeli tozlara karşı çalışanların korunması amacıyla maske yerine geçmek üzere başlarına torba geçirmelerini önermiştir. (M.S. 60-140) Juvenal, özellikle demircilerde görülen göz yakınmaları ve göz hastalıklarının yapılan işten kaynaklandığını, sürekli ayakta çalışanlarda varislerin oluşabileceğini açıklamıştır (Durdu, 2006).

M.S. II. yüzyılda Galen, hastalıklarda çevre faktörünü dile getirmiştir. 1526'da Gregorius Agricola, Avrupa madenlerinde çalışan işçilerin sorunları ile ilgili klasik bilgiler içeren "De Re Metalica" adlı eserini yazmıştır. (1633- 1714) Bernardino Ramazzini, hekimlere "Hastanızın mesleğini mutlaka sorun" diye tarihi öğüdünü vermiştir (Akpınar, 2013).

İş sağlığı ve güvenliği konusu ile ilgili ilk yazılı kaynaklar nl Yunanlı düşünür Heredot'a kadar dayandırılmaktadır (Yiğit, 2012). Heredot, ilk kez çalışanların verimli olabilmesi için yüksek enerjili besinlerle beslenmeleri gerektiğine değinmiştir (Akpınar, 2013). Yunanlı düşünür Heredot, yine aynı ağlarda Eflatun ve Aristoteles gibi düşünürler çalışanların sağlığı ve iş kazaları üzerinde durmuşlardır (Say, 2013). Ancak bilimsel esaslara dayalı olarak iş sağlığı ve iş güvenliği konusunun ele alınması 17. yüzyılda İtalya'da Bernardino Ramazzini tarafından gerçekleştirilmiştir (Aydın-Aktekin, 2010). 1713 yılında Bernardino Ramazzini, "De Morbis Artificum Diatriba" isimli bir kitap yayınlamış ve kitabında özellikle iş kazalarını önlemek için işyerlerinde koruyucu güvenlik önlemlerinin alınmasını önermiştir. Bernardino Ramazzini, işçi sağlığının kurucusu sayılmıştır (Akpınar, 2013).

Dr. Percival Pott, İngiltere'de baca temizliği yapan çocuklarda, ileri yaşlarda skrotum kanserinin sık görüldüğüne işaret etmiştir. Henüz hastalıkların nedenleri konusundaki bilgilerin çok yetersiz olduğu yıllarda (1775) bu gözlemin yapılmış olması iş sağlığı ve güvenliği açısından önemli bir değerlendirmedir (Durdu, 2006).

İş sağlığı ve iş güvenliğinin ortaya çıkması sanayileşme olgusu ile yakından ilgilidir (Say, 2013). Sanayi Devrimi ile birlikte yeni üretim yöntemlerine geçilmiş ve bunun sonucunda fabrikalar devri başlamıştır. Bu dönemde işçiler son derece basit ve ilkel sağlık şartları altında çalışmak zorunda kalmışlardır. Özellikle kadın ve ocuk işçiler, ağır ve tehlikeli işlerde güvenlik önlemlerinden yoksun bir şekilde çalıştırılmışlardır. Bunların sonucunda, insanların yaşadığı iş kazaları sonucu iş gücü kaybı ve ölümlerin ortaya çıkması ile iş sağlığı ve güvenliği konusunun önemi artmaya başlamıştır (cal, 2010).

Sanayi devriminin meydana getirdiği olumsuz çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmek, çalışanların sağlığını korumak ve iş güvenliğini sağlamak amacıyla birçok yasal, tıbbi ve teknik çalışma yapılmıştır. İş sağlığı ve güvenliğinin bir bilim dalı haline gelmesi bu dönemde yapılan çalışmaların sonucunda olmuştur (Akpınar, 2013).

Bu dönemde Antony Ashly Cooper, alışma koşullarını düzeltmek amacıyla, çalışma saatlerinin azaltılması, maden ocaklarında ve fabrikalarda çalıştırılan kadın ve çocukların korunmasını ngren yasalar çıkarılması konusunda çaba harcamıştır.

1802’de “Çırakların Sağlığı ve Morali” adlı yasa çıkarılmış ve bu yasa, çalışma saatini günde 12 saat olarak sınırlamış, işyerlerinin havalandırılmasını öngörmüştür. 1847 yılında çıkarılan “On Saat Yasası” çalışma saatlerini biraz daha sınırlandırmıştır (Akpınar, 2013).

1832 yılında Michel Sadler, parlamentoya yeni bir yasa önerisi getirmiş ve 1833 yılında “Fabrikalar Yasası” adı altında yürürlüğe girmesini sağlamıştır. Bu yasa, fabrikaların denetimi için müfettiş atanmasını zorunlu kılmış, 9 yaşın altındaki çocukların işe alınması ve 18 yaşından küçüklerin 12 saatten fazla çalıştırılmasını yasaklamıştır. 1842 yılında kadınların ve 10 yaşından küçük çocukların maden ocaklarında çalıştırılmaları yasaklanmıştır (Akpınar, 2013).

Amerika’da sanayileşmenin yarattığı olumsuz çalışma koşullarının önlenmesi için eyalet hükümetleri kendi bünyelerinde gerekli gördükleri önlemleri alma konusunda yetkilendirilmiş, iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarına Massachusetts eyaleti öncülük etmiştir (Akpınar, 2013).

19. yüzyıldan itibaren sanayi devriminin yarattığı olumsuz çalışma koşullarını düzeltmek amacıyla sendikalar, iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yasaların hazırlanması ve yaptırımlar uygulanması konusunda çeşitli etkinliklerde bulunmuşlardır. Sosyal güvenlik ilkeleri yaygınlaşmış, çeşitli sigorta kurumları kurulmuş ve iş kazaları ile meslek hastalıkları sigortası uygulanmaya başlanmıştır. Dünyadaki iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesine yönelik çalışmalarda, 1919 yılında faaliyetine başlayan ILO’da önemli çalışmalar yapmıştır. Bu örgütün en önemli çalışma alanlarında biri, çalışma yaşamı ve sosyal koşullarla ilgili uluslararası standartları oluşturmaktır (Akpınar, 2013).

Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de iş sağlığı ve iş güvenliğinin tarihsel gelişimi çalışma yaşamındaki gelişmelere bağlı olarak benzer aşamalardan geçmiştir. Sanayileşmenin gelişimi ile iş kazaları ve meslek hastalıklarının önemli bir sorun olarak gündeme gelmesi yoğunluk kazanmıştır. Sorunların yoğunluğuna ve toplumsal tepkilere bağlı olarak çözüm önerileri üretilmesi ve uygulamaya geçirilmesine yönelik faaliyetler iş sağlığı ve güvenliği konusundaki etkinliklere ivme kazandırmıştır (Akpınar, 2013).

Türkiye’de iş sağlığı ve iş güvenliğinin tarihsel gelişimini Osmanlı İmparatorluğu dönemi, Birinci Büyük Millet Meclisi dönemi ve Cumhuriyet dönemi olmak üzere üç bölümde incelemek mümkündür.

Osmanlı İmparatorluğu Dönemi:

Osmanlı İmparatorluğu’nda ilk sanayileşme çabaları 19. yüzyılda Avrupa’nın etkisiyle başlamış ve bu yüzyılın ikinci yarısında işçi sayısında artış yaşanmıştır. İşçi sayısında yaşanan artış sonucunda da işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunları ortaya çıkmıştır (Altınel, 2011).

Osmanlı İmparatorluğu’nda küçük zanaat ve atölye üretimine dayanan işyerleri sanayi devrimi öncesi oldukça yaygın olmakla birlikte bu işyerlerinde usta, kalfa ve çırak olarak ücretle çalışanlar ile işverenler arasındaki ilişkileri ve çalışma koşullarını loncaların kuralları ve gelenekler belirlemiştir. Loncalar, ustaların eğitim ocaklarıdır. Loncalar, “orta sandığı” veya “teavün sandığı” adı verilen yardımlaşma sandıkları oluşturmuşlardır. Bu sandıklardan yoksulluk koşuluna bağlı olarak, hastalanan üyelere tedavi için gerekli yardım yapılmakta, yaşlananların veya tedavisi olanaklı olmayan usta, kalfa ve çırakların geçimleri sağlanmaktaydı (Akpınar, 2013).

Tanzimat’ın ilan edilmesiyle “Mecelle” adı verilen bir kanunlar külliyatı çıkarılmıştır. Bu külliyat, ilk kez yazılı bir hizmet sözleşmesi ve işçi kavramlarına farklı isimlerle de olsa yer vermiştir (Akpınar, 2013).

Tanzimat’tan sonra Ereğli Kömür İşletmelerinin idaresi Deniz Bakanlığına geçirilmiş ve kömür ocaklarında çalışan işçilerin çalışma koşullarını düzenleyen yasalar çıkarılmıştır (Durdu, 2006).

Türkiye’de iş sağlığı ve iş güvenliği konusunda çıkarılan ilk kanun, 1865 yılında çıkarılan “Dilaver Paşa Nizamnamesi”dir. Bu kanun, kömür madenlerinde çalışan işçiler için çıkarılmıştır. Kömür madenlerinde çalışan işçilerin durumlarını düzeltmek için hazırlanan ve 100 maddeden oluşan bu nizamname, padişah tarafından onaylanmamıştır. Nizamnamede madenlerde bir hekim bulundurulmasına ilişkin bir hüküm de yer almıştır (Durdu, 2006; Öcal, 2010; Yiğit, 2012). Daha sonra 1869 yılında “Maadin Nizamnamesi” çıkarılmıştır. Bu nizamnamede iş güvenliğini ilgilendiren

önemli hükümlere yer verilmiştir. Ancak bu nizamname işverenler tarafından uygulanmamıştır (Durdu, 2006; Yiğit, 2012). Tersane-i Amiriye ve Mensip İşçilerin Emeklilikleri Hakkında Tüzük, Hicaz Demir Yolu Memur ve Hizmetlerine Hastalık Kaza Hallerinde Yardım Tüzüğü ve Askeri Fabrikalar Tüzüğü bu dönemde çıkarılan diğer tüzüklerdir (Durdu, 2006).

Birinci Büyük Millet Meclisi Dönemi:

Zamanın iktisat vekili Mahmut Celal Bey meclis kürsüsünde işçilerin çalışma koşullarını bütün yönleriyle ortaya koymuş, işçilerin sağlık, sosyal ve ekonomik durumlarının düzeltilmesine yönelik yasaların çıkarılmasına öncülük etmiştir. Bu dönemde iki önemli yasa çıkarılmıştır. Bu yasalardan ilki, Zonguldak ve Ereğli Havzası Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafii Umumiyesine Furuhtuna dair 28 Nisan 1921 tarih ve 114 sayılı yasadır. Bu yasa ile, kömürden arta kalan kömür tozlarının satılması ile elde edilecek gelirin işçilerin gereksinimleri için kullanılması hükme bağlanmıştır (Durdu, 2006).

Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik 10 Eylül 1921 tarih ve 151 sayılı yasa da bu dönemde çıkarılan ikinci önemli yasadır. Bu yasa ile, hastalık ve iş kazaları durumlarında gerekli yardımların yapılması sağlanmıştır. Ayrıca bu yasa ile çalışma süresi günde sekiz saat olarak sınırlandırılmıştır (Akpınar, 2013).

Cumhuriyet Dönemi:

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal mevzuatın alt yapısını 1923 yılında İzmir’de gerçekleştirilen 1. İktisat Kongresi oluşturmakta olup, bu kongrede işçi delegeler 30 maddelik bir öneri listesi sunmuştur. Sunulan bu öneriler daha sonra gerçekleşen bazı yasaların çekirdeklerini oluşturmuştur (Baradan, 2006; Akpınar, 2013).

Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonraki ilk yasal düzenleme, 2 Ocak 1924 tarih ve 394 sayılı Hafta Tatili Yasası olmuştur. Bu yasa, çalışanlara haftada bir gün tatil hakkı getirmiştir. Bu yasa, Cumhuriyet döneminde iş sağlığı ve iş güvenliği konusundaki ilk olumlu düzenlemelerden birisidir (Baradan, 2006; Durdu, 2006). Daha sonra 1926 yılında Borçlar Yasası yürürlüğe girmiştir. Bu yasanın 332. maddesi

işverenin iş kazaları ve meslek hastalıklarından doğan hukuki sorumluluğunu düzenlemektedir (Baradan, 2006).

1930 yılına gelindiğinde iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili hükümler taşıyan Belediyeler Kanunu ve Umumi Hıfzısıhha Kanunu yürürlüğe konulmuştur. 1580 sayılı Belediyeler Kanunu ile işyerlerinin iş sağlığı ve iş güvenliği açısından denetlenmesi görevi belediyelere verilmiştir (Baradan, 2006). 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, endüstriyel kuruluşlarda çocuk ve kadınların çalıştırılma koşulları, işçiler için gece hizmetleri, gebe kadınların doğumdan önce ve sonraki çalıştırılma koşulları, işyerlerindeki işçi yasası konularını hükme bağlamıştır (Akpınar, 2013).

1937 yılında 3008 sayılı İş Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile iş sağlığı ve iş güvenliği konusu ayrıntılı ve sistematik olarak düzenlenmiştir. 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu, 1946 yılında da Çalışma Bakanlığı kurulmuştur (Say, 2013). Ayrıca 1950 yılında Hastalık ve Analık Sigortası Yasası, 1957 yılında İhtiyarlık Sigortası Yasası çıkarılmıştır (Akpınar, 2013).

1950 yılında 81 sayılı Uluslararası Çalışma Sözleşmesi'nin 9. maddesinin onaylanmasına dair 5690 sayılı Yasa yürürlüğe girmiştir. Bu yasa gereği olarak işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği yönünden denetimini yapmak, çalışma yaşamını düzene koymak, yol gösterici uyarılarda bulunmak üzere hekim, kimyager ve mühendis gibi teknik elemanların görevlendirilmesi ile ilgili 174 sayılı Yasa çıkarılmıştır. Yasanın onayından sonra ilk kez 12 Ocak 1963 tarihinde İstanbul ve daha sonra Ankara, Zonguldak, İzmir illerinde İş Güvenliği Müfettişleri Grup Başkanlıkları ile işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından denetimi yoğunlaştırılmıştır (Baradan, 2006).

1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu yürürlüğe girmiş olup, bu kanun çalışanlara çeşitli risklere karşı güvenceler getirmiştir (Yiğit, 2012). 1967 yılında 3008 sayılı İş Kanunu'nun yerine 931 sayılı İş Yasası çıkarılmıştır. 931 sayılı İş Yasası'nın yerine 1971 yılında 1475 sayılı İş Yasası yürürlüğe konulmuştur (Baradan, 2006).

1975 yılında İstanbul ve Ankara'da birer meslek hastalıkları kliniği kurulmuştur. 1980 yılında Ankara'da 50 yataklı Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, İstanbul'da da 300 yataklı İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur. 1475

sayılı İş Kanunu, 10 Haziran 2003 tarihinde yürürlüğe giren 4857 sayılı İş Kanunu ile yürürlükten kaldırılmıştır (Akpınar, 2013). Ayrıca 2003 yılında 4958 Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Son olarak 2012 yılında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çıkarılmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile iş yaşamında iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları yeni bir döneme girmiştir (Yiğit, 2012).

ILO sözleşmelerinden 115 sayılı Radyasyondan Korunma Sözleşmesi, 155 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme, 161 sayılı Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme Türkiye'nin onayladığı sözleşmeler arasında bulunmaktadır (Akpınar, 2013).

2.1.7. İş Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Yasal Düzenlemeler

İş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yasal düzenlemeleri, uluslararası düzeydeki düzenlemeler ve ulusal düzeydeki düzenlemeler olmak üzere iki ana başlık altında incelemek mümkündür.

a) Uluslararası Düzeydeki Düzenlemeler

İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında devletin yükümlülüklerinden biri, konu ile ilgili mevzuatı oluşturmak, mevzuatın denetimini sağlamak ve/veya uluslararası hukuk metinlerini ülke açısından kabul etmektir (Devebakan, 2007). İş sağlığı ve güvenliği konusunda uluslararası örgütler tarafından alınan bazı kararlar bulunmaktadır. Alınan bu kararların üye ülkeler tarafından kabul edilme zorunluluğu yoktur. Ancak kabul eden ülkelerde bu sözleşmeler kanun hükmündedir ve ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından bağlayıcılığı bulunmaktadır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Ülkemizin onayladığı uluslararası belgelerde yer alan bazı hükümlerin doğrudan ya da dolaylı olarak çalışma yaşamı ve iş sağlığı ve güvenliği alanı ile ilgili olduğu görülmektedir (Devebakan, 2007). Bu bölümde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hükümleri doğrudan ya da dolaylı olarak düzenleyen bazı uluslararası düzenlemelere sırasıyla yer verilecektir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi:

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir. Bu bildirmede klasik hakların yanında ekonomik, sosyal ve

kültürel haklara geniş ölçüde yer verilerek devlete bazı görevler yüklenmiştir. Türkiye, Birleşmiş Milletlerin kurucu üyelerinden birisi olarak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ni ilk onaylayan ülkeler arasında yer almıştır (Yavuz, 2009).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde her bireyin, sosyal güvenliğe (md.22), yine bireyin gerek kendisi, gerek ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim imkanlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer durumlarda güvenliğe hakkı olduğu belirtilmiştir (Devebakan, 2007).

Avrupa Sosyal Şartı (Avrupa Toplumsal Anlaşması):

Avrupa Sosyal Şartı, 18 Ekim 1961 tarihinde İtalya'nın Torino şehrinde Avrupa Konseyi üyesi 13 ülke tarafından kabul edilmiştir. 26 Şubat 1965 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye, Avrupa Sosyal Şartı'nı 1964 yılında imzalamış, 16.06.1989 tarih 3581 sayılı Kanun ile onaylamıştır. 14.10.1989 tarihinde de Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

Avrupa Sosyal Şartı, kamu-özel tüm çalışanları ve sektörleri kapsayan, devlet, işveren ve çalışan gruplarının haklarını belirli bir çerçeve ile çizen uluslararası bir anlaşma niteliindedir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

Avrupa Sosyal Şartı kapsamında güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkına ilişkin maddeler aşağıda sıralanmıştır (Öcal, 2010).

Madde 1. Herkesin, özgürce edinebildiği bir işle yaşamını sağlama fırsatı olacaktır.

Madde 2. Tüm çalışanların adil çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır.

Madde 3. Tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır.

Madde 4. Tüm çalışanların kendileri ve ailelerine yeterli bir yaşam düzeyi sağlamak için adil bir ücret isteme hakkı vardır.

Madde 5. Çocuklar ve gençler uğrayacakları bedensel ve manevi tehlikelere karşı özel koruma hakkına sahiptir.

Madde 8. Çalışan kadınlar analık durumunda ve öteki çalışan kadınlar gerektiğinde, çalışırken özel korunma hakkına sahiptir.

Madde 9. Herkes kişisel ilgi ve yetenekleri uyarınca bir mesleği seçmesine yardımcı olacak uygun mesleki yönlendirme imkanları hakkına sahiptir.

Madde 11. Herkes ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü önlemlerden faydalanma hakkına sahiptir.

Madde 12. Tüm çalışanlar ve geçimini temin ettikleri kişiler sosyal güvenlik hakkına sahiptir.

Madde 13. Yeterli kaynaklardan yoksun herkes, sosyal ve sağlık yardımı hakkına sahiptir.

Madde 14. Herkes sosyal refah hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.

Madde 15. Özürlü kimseler, özürlerinin nedeni ve niteliği ne olursa olsun, mesleki eğitim, rehabilitasyon ve topluma yeniden intibak hakkına sahiptir.

Madde 19. Göçmen işçiler ve aileleri herhangi bir başka akit tarafın ülkesinde korunma ve yardım hakkına sahiptir.

Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmeleri:

1919 yılında kurulmuş olan ILO, sosyal adaletin ve insan haklarının, çalışma şartları ve çalışan haklarının geliştirilmesi için çalışan bir Birleşmiş Milletler ihtisas kuruluşudur (Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Uluslararası Çalışma Örgütü, sözleşmeler ve tavsiye kararları yoluyla, çalışma hayatına ilişkin temel haklar, örgütlenme özgürlüğü, toplu pazarlık, zorla çalıştırmanın engellenmesi, fırsat ve muamele eşitliği gibi çalışmaya ilişkin konuları düzenleyici, uluslararası çalışma standartları oluşturur (Devebakan, 2007).

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili Türkiye tarafından onaylanarak kabul edilmiş bazı ILO sözleşmeleri bulunmaktadır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Bu sözleşmeler ve özellikleri aşağıda kısaca özetlenmektedir.

1. 102 Sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme: 1952 yılında ILO tarafından kabul edilmiştir. Türkiye, bu sözleşmeyi 1971 yılında 1451 sayı ile kanunlaştırmıştır. 10 Ağustos 1971 tarihinde 13922 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Sosyal sigorta tekniği, ILO’nun 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Standartlarına dair Milletlerarası Sözleşmesi’nde belirlenen sosyal güvenliğin yaşlılık, sakatlık, ölüm, iş kazası, meslek hastalığı, analık, hastalık, işsizlik ve aile yardımları şeklindeki dokuz asgari riskine karşı sosyal güvenlik sağlayabilmektedir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

2. 142 Sayılı İnsan Kaynaklarının Değerlendirilmesinde Mesleki Eğitim ve Yönlendirmenin Yeri Hakkında Sözleşme: 1975 yılında ILO tarafından kabul edilmiştir. Türkiye, 1992 yılında 3850 sayılı Kanun ile kabul etmiştir. Bu sözleşme, insan kaynaklarının etkin ve verimli kullanımını öngörmüştür (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

3. 155 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme: Bu sözleşme, ILO’nun 1981 yılında yapılan 67. oturumunda kabul edilmiştir (Devebakan, 2007). Türkiye, bu sözleşmeyi 2004 yılında kabul etmiş olup 13.01.2004 tarihinde 25345 sayı ile Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012) .

Sözleşmenin 4. maddesine göre, her ye, ulusal koşullar ve uygulamaya göre ve en fazla temsil kabiliyetine sahip işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak iş güvenliği, iş sağlığı ve çalışma ortamına ilişkin tutarlı bir ulusal politika geliştirecek, uygulayacak ve periyodik olarak gözden geçirecektir (Say, 2013). Bu sözleşmede ağırlıklı olarak işçi ve işveren yükümlülükleri, işyeri standartları, makine ve teçhizat standartları, işçi eğitimleri ve olağanüstü bir gelişmede uygulanacak basamaklara yer verilmiştir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

4. 161 Sayılı İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Sözleşme: Türkiye, bu sözleşmeyi 2004 yılında kabul etmiş olup 13.01.2004 tarihli ve 25345 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

Sözleşmenin 6. maddesinde; İş sağlığı hizmetlerinin mevzuat ile, toplu sözleşmeler veya ilgili işçiler ve işverenlerin üzerinde anlaştığı başka bir şekilde veya yetkili makamın ilgili işçi ve işverenlerin temsilcisi olan kuruluşlara danışarak belirleyeceği herhangi bir şekilde oluşturulması hükme bağlanmıştır. 7. maddede ise, ulusal şartlara ve uygulamaya göre iş sağlığı hizmetlerinin; işletmeler veya ilgili işletme grupları, kamu, sosyal güvenlik kurumları, yetkili makamın görevlendirdiği diğer organlar veya ilgili tarafların bir bileşimi tarafından düzenlenebileceği belirtilmiştir (Devebakan, 2007).

b) Ulusal Düzeydeki Düzenlemeler

Ulusal mevzuatımızda iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili doğrudan ve dolaylı olmak üzere birçok düzenleme mevcuttur. Ülkemizde iş sağlığı ve iş güvenliği konuları başta Anayasa olmak üzere çeşitli kanun, tüzük ve yönetmeliklerle düzenlenmiştir.

T.C. Anayasası:

1982 yılında kabul edilen Anayasanın çeşitli maddelerinde iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili düzenlemelere yer verilmektedir.

Anayasanın 5. maddesinde, devletin temel amaç ve görevlerinden birinin, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak olduğu ifade edilmiştir (Akpınar, 2013).

17. maddede, herkesin, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu ifade edilmiştir (Yiğit, 2012).

49. maddede, devletin, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alacağı ifade edilmiştir (Akpınar, 2013).

50. maddede, kimsenin yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmayacağı, çocuklarla kadınların, bedensel ve ruhsal yetersizliği bulunanların çalışma koşullarının özel olarak düzenleneceği ifade edilmiştir. Aynı maddede

dinlenmenin çalışanların hakkı olduğu ve tatil-izin haklarının ve koşullarının yasayla düzenleneceğine de yer verilmiştir (Can ve ark., 2009).

56. maddede, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu ifade edilmiştir (Yiğit, 2012).

Son olarak Anayasanın 60 maddesinde, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve Devlet'in, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve teşkilat kuracağı ifade edilmiştir (Akpınar, 2013).

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu:

16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir (Say, 2013). Kanun'un 13. maddesinde iş kazası ile ilgili, 14. maddesinde meslek hastalığı ile ilgili ifadelere yer verilmiştir (Sarıçam, 2012).

1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu:

1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, çalışanların sağlığı konusunu 173-179. maddeler arasında düzenlemiştir. Bu Kanun'a göre, 12 yaşından küçük çocukların fabrika, imalathane ve maden işlerinde işçi ya da çırak olarak çalıştırılmaları yasaklanmış, 12-18 yaşları arasında bulunanların günde en fazla sekiz saat çalıştırılabilecekleri belirtilmiştir. 12-16 yaş arasındaki çocukların gece çalıştırılmaları yasaklanmıştır. Ayrıca bütün gece işleri ile yeraltında yapılan işlerin günde sekiz saatten fazla olamayacağı belirtilmiştir (Can ve ark., 2009).

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu:

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 105. maddesinde, "Görevi sırasında veya görevinden dolayı bir kazaya veya saldırıya uğrayan veya bir meslek hastalığına tutulan memur, iyileşinceye kadar izinli sayılır" hükmüne yer verilmiştir. Kanun'un

103. maddesinde, hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan personele, her yıl yıllık izinlerine ilaveten bir aylık sağlık izni verileceği belirtilmiştir. 188. maddede, devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile mesleki hastalık hallerinde gerekli sosyal sigorta yardımları sağlanacağı belirtilmiştir (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>, 2013).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu:

30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, İş Hukuku mevzuatına değişiklikler ve yeni düzenlemeler getirmektedir (Akpınar, 2013). 6331 sayılı Kanun’un amacı, işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir (Say, 2013).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na ilerleyen bölümlerde ayrıntılı olarak yer verilecektir.

İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yönetmelik, Tüzük ve Tebliğler:

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çok sayıda yönetmelik, tüzük ve tebliğ bulunmaktadır. Bu yönetmelik, tüzük ve tebliğler genel olarak aşağıda sıralanmıştır (<http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal#>, 2013).

1. Asbestle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
2. Askeri İşyerleri ile Yurt Güvenliği İçin Gerekli Maddeler Üretilen İşyerlerinin Denetimi, Teftişi ve Bu İşyerlerinde İşin Durdurulması Hakkında Yönetmelik
3. Balıkçı Gemilerinde Yapılan Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
4. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik
5. Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
6. Elle Taşıma İşleri Yönetmeliği

7. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik
8. Geçici veya Belirli Süreli İşlerde İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik
9. Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik
10. Kanserojen veya Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
11. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
12. Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik
13. Maden İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği
14. Sağlık Kuralları Bakımından Günde Azami Yedi Buçuk Saat veya Daha Az Çalışması Gereken İşler Hakkında Yönetmelik
15. Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği
16. Tehlikeli ve Çok Tehlikeli Sınıfta Yer Alan İşlerde Çalıştırılacakların Mesleki Eğitimlerine Dair Yönetmelik
17. Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi Yönetmeliği
18. Yapı İşlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği
19. Çalışanların Gürültü ile İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik
20. Çalışanların Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Korunması Hakkında Yönetmelik
21. Çalışanların Titreşimle İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik
22. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
23. Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
24. İş Ekipmanlarının Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği

25. İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik
26. İş Hijyeni Ölçüm, Test ve Analizi Yapan Laboratuvarlar Hakkında Yönetmelik
27. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği
28. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik
29. İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği
30. İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik
31. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik
32. İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik
33. İşyerlerinde İşin Durdurulmasına Dair Yönetmelik
34. Maden ve Taş Ocakları İşletmelerinde ve Tünel Yapımında Alınacak İşçi Sağlığı ve Güvenliği Önlemlerine İlişkin Tüzük
35. Parlayıcı, Patlayıcı, Tehlikeli ve Zararlı Maddelerle Çalışılan İşyerlerinde ve İşlerde Alınacak Tedbirler Hakkında Tüzük
36. Yapı İşlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü
37. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü
38. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği
39. Çok Tehlikeli İşlerde Görevlendirilebilecek (C) Sınıfı İş Güvenliği Uzmanları Hakkında Tebliğ
40. Asbest Sökümü ile İlgili Eğitim Programlarına İlişkin Tebliğ
41. İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Çalışan Temsilcisinin Nitelikleri ve Seçilme Usul ve Esaslarına İlişkin Tebliğ

2.1.8. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Yönetimi

Hem çalışanlar hem de işverenler açısından büyük önem arz eden, gerek insani gerekse de ekonomik boyutu olan iş sağlığı ve iş güvenliğinin örgütlerde mükemmel bir biçimde yönetimi gerekmektedir. Bu nedenle örgütlerin, çalışanların sağlık ve güvenliklerinin korunması yönünde programlar geliştirerek uygulamaya koymaları önem arz etmektedir. Ancak bu programların etkili olabilmesi için üst yönetimin desteği oldukça önemlidir (Şimşek ve Öge, 2009).

İşletmelerde insan faktörünün varlığı belirli sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını gerekli kılmakta ve bu da işletmelerde bir sağlık programı yürütme zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık programlarının niteliği ve çalışana sağlanacak sağlık hizmetlerinin türü, işletmenin ihtiyaçlarına, büyüklüğüne ve hatta bulunduğu yere göre değişebilmektedir. Sağlık programı genellikle, çalışanın sağlık eğitimi, hastalıkların teşhisi ve önlenmesi gibi konularla ilgilenmektedir (Can ve ark., 2009).

İşletmenin sağlık programlarının amaçlarından biri, personel seçimi sırasında işletmenin ve işin sağlık gereklerini karşılayabilecek nitelikteki bireyleri belirlemeye özen göstermektir. Çalışanları fiziksel ve ruhsal sağlık ilkeleri ve uygulamaları konusunda eğitmek, sağlık programlarının bir diğer amacını oluşturmaktadır (Bingöl, 2010).

İşyerinde meydana gelen en küçük bir kazanın bile hem çalışana hem de işletmeye önemli maliyeti olmaktadır. Bu maliyetler de yönetim kadrolarını sağlık ve güvenlik problemleri ile daha yakından ilgilenmeye davet etmektedir. Kazaların nedenlerini araştırmak ve bulmak gerekir. Böylece mevcut kaza araştırıldığı gibi, olası bir kaza da önlenmiş olur. Tüm bu zorunluluklar işletmeleri, güvenlik programları oluşturmaya zorlamaktadır (Can ve ark., 2009). Herhangi bir organizasyonel güvenlik programının temeli, kazaların önlenmesidir. Bir güvenlik programının başlıca amacı, çalışanları güvenlik konusunda düşünmeye yöneltmektir (Byars ve Rue, 2008).

İşletmelerde geliştirilecek sağlık ve güvenlik programlarının bazı ilkelere dayanması gerekmektedir. Bu ilkeler aşağıda belirtilmiştir (Özgen ve ark., 2005).

1. Uyumluluk: Sağlık ve güvenlik programları, işletmenin genel politikası ve amaçları ile uyumlu olmalıdır.
2. Kararlılık: Geliştirilen bütün politika, kural ve programlar aynı kararlılıkla uygulanmalıdır.
3. Uygulanabilirlik: Geliştirilen programlar uygulanabilir olmalıdır.
4. Anlaşılabilirlik: Geliştirilen programlar yazılı hale getirilerek personel tarafından anlaşılması sağlanmalıdır.
5. Ekonomiklik: Programların maliyet boyutu da dikkate alınarak ekonomik olması sağlanmalıdır.

Sağlık ve güvenlik programlarının başarılı bir şekilde yürütüldüğünün en iyi göstergesi, yaralanma ve hastalıklardaki sıklık ve ciddiyetteki azalmadır. Bu nedenle yaralanma ve hastalıkların sayısını içeren istatistikler ve kaybedilen çalışma zamanı miktarı, program değerlemede kullanılmaktadır (Bingöl, 2010).

2.1.9. OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi

OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi (Occupational Health and Safety Management System), 1999 yılında İngiliz Standartları Enstitüsü tarafından geliştirilmiştir (Şimşek ve Öge, 2009).

OHSAS 18001, organizasyonların iş sağlığı ve güvenliği risklerini kontrol etmek ve performanslarını iyileştirmek amacıyla geliştirilen, tüm dünyada kabul görmüş ve risk değerlendirmesine dayalı bir yönetim sistemidir. Ülkemizde de TSE tarafından 2001 yılında Türk Standartları olarak (TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri-Şartlar ve TS 18002 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri-TS 18001 Uygulama Kılavuzu) yayınlanmıştır (Devebakan, 2007). OHSAS 18001 standardının amacı, işletmelerde iş sağlığı ve iş güvenliğini kurmak, işletmek, sürekli iyileştirmek ve çalışanlar üzerindeki riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak olarak da ifade edilmektedir (Baradan, 2006).

OHSAS 18001, iş kazası ve meslek hastalıklarını en aza indirmek, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal yükümlülükleri yerine getirmek isteyen işletmeler için

karşılanması gerekli olan şartları içermektedir. Bu yönetim sisteminin hedefi, zararlı sonuçlanabilecek olası tehlikeleri önceden tespit etmek ve gerekli önlemleri almaktır (Öcal, 2010). OHSAS 18001, işletmelerin ürün ve hizmetlerinin güvenliğinden çok, çalışanın sağlığına ve işin güvenliğine yönelik bir standarttır (Tozkoparan ve Taşoğlu, 2011).

OHSAS/TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi en genel tanımıyla; işyerlerinde işlerin gerçekleştirilmesi sırasında, çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek kaza ve diğer etkenlerden korunmak ve daha iyi çalışma ortamı sağlamak amacıyla sistemli ve bilimsel bir şekilde tehlikelerin ve risklerin belirlenmesi ve bu tehlike ve risklere yönelik önlemlerin alınması çalışmalarının gerçekleştirildiği yaklaşımdır (Devebakan, 2007).

OHSAS/TS 18001 standardı, aşağıda belirtilmiş amaçlara sahip olan her kuruluşa uygulanabilmektedir (Öcal, 2010).

1. Kuruluşun faaliyetleri ile ilgili olarak, iş sağlığı ve güvenliği risklerine maruz kalabilecek çalışanlar ve diğer taraflar için riskleri yok etmek veya en aza indirmek üzere bir iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemini kurmak,
2. Bir iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemini uygulamak ve sürekli geliştirmek,
3. Bu uyumu başkalarına göstermek,
4. Kuruluşun iş sağlığı ve güvenliği yönetim sisteminin bir dış kuruluş tarafından belgelendirilmesini sağlamak,
5. Bu standardın şartları ile uyumun sağlandığının tayini ve bu durumu beyan etmek.

OHSAS/TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi, sürekli iyileştirmeyi sağlayan beş unsurdan meydana gelmektedir. Bu unsurlar aşağıda belirtilmiştir (Devebakan, 2007).

1. İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası: TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri-Şartlar madde 4.2'ye göre işletmelerin; üst yönetim tarafından onaylanmış, tüm sağlık ve güvenlik hedeflerini, sağlık ve güvenlik performansını geliştirme karar ve iradesini açıkça ortaya koyan bir İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası olmalıdır.

2. Planlama: Planlama kapsamında, tehlikelerin belirlenmesi, risklerin değerlendirilmesi ve gerekli kontrol tedbirlerinin uygulanması için prosedürler oluşturulmaktadır. Ayrıca bu aşamada yapılan önemli işlerden biri de kuruluşun iş sağlığı ve güvenliği hedeflerini oluşturması ve sürdürmesidir.

3. Uygulama ve İşletme: Politikanın uygulanması ve etkin bir iş sağlığı ve güvenliği yönetimi için yönetim; sorumlulukların dağıtımını gerçekleştirmeli, bireyleri sorumluluklarını yerine getirmeye yönelik gerekli yetki ile donatmalı, organizasyon yapısına ve büyüklüğüne göre gerekli kaynaklar sağlamalı ve gerekli eğitimleri organize etmelidir.

4. Kontrol ve Düzeltici Faaliyetler: Kuruluş, iş sağlığı ve güvenliği performansını düzenli olarak izlemek ve ölçmek amacıyla prosedürler oluşturmalı ve sürdürmelidir.

5. Yönetimin Gözden Geçirmesi: Üst yönetim, kendi belirlediği aralıklarla iş sağlığı ve güvenliği yönetim sisteminin sürekli uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sağlamak için iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemini gözden geçirmelidir.

OHSAS/TS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi'nin işletmelere sağladığı yararlar genel olarak şu şekilde sıralanabilir (Tozkoparan ve Taşoğlu, 2011):

1. Zararla sonuçlanabilecek olası tehlikeler önceden tespit edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanır,
2. Çalışanların rahat ve güvenli bir iş yeri ortamında çalışmalarını sağlanır,
3. İş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle oluşabilecek iş gücü ve iş günü kayıpları en aza indirgenir,
4. Üretim maliyetlerinde azalma sağlanır,
5. İş kazaları ve meslek hastalıklarının maliyetleri en aza indirgenir,
6. Çalışma ortamlarında alınacak tedbirler ile işletmeyi tehlikeye sokabilecek yangın, patlama ve makine arızaları ortadan kaldırılır ve böylece işletme güvenliği sağlanır,
7. Çalışanların sağlığının korunması ve dolayısıyla verimliliğin ve üretimin artması sağlanır.

2.1.10. İş Güvenliği Açısından İş Kazaları

İş güvenliği, çalışanların buldukları iş ortamındaki koşullar nedeniyle oluşabilecek kazaların zararlı sonuçlarından korunmalarını kapsamaktadır. Başka bir ifadeyle iş güvenliği, çalışanların bedensel sağlığı ile ilgili bir kavram olup çalışanların iş kazalarına maruz kalmasını önlemeye yönelik faaliyetleri nitelendirir (Şimşek ve Öge, 2009).

Kaza ve İş Kazası Tanımı

Kaza kavramı, dikkatsizlik, bilgisizlik, ihmal ve tedbirsizlik gibi nedenlerle arzu edilmeyen ve ansızın, beklenmedik bir anda oluşan, insana, eşyaya ve tabiata zarar veren olay olarak tanımlanmaktadır (Tunçer, 2011). WHO kazayı; “planlanmamış ve beklenmedik bir olay” olarak tanımlamaktadır (Karakurt ve ark., 2012). Kaza tanımındaki en önemli unsur, ani ve beklenmeyen bir olay olmasıdır (Ceylan, 2011).

Konu ile ilgili literatürler incelendiğinde iş kazası kavramı ile ilgili birçok tanıma rastlanmaktadır. İş kazası, aniden, dikkatsizlik ya da çalışanların yanlış bir davranışı ile bilgisizlik sonucu ortaya çıkan, yaralanma, ölüm, ekipman ile teçhizatın zarar görmesinin yanı sıra işin aksamaması ile sonuçlanan olay olarak tanımlanmaktadır (Görçün ve Erdal, 2010). Başka bir ifadeyle iş kazası, her tür iş ve endüstride istihdam sonucu doğan, bireysel yaralanma veya maddi hasara veya üretim akışında aksamaya neden olan ve bireysel yaralanma yaratabilecek istenmeyen olaylardır (Sadullah, 2010).

ILO iş kazasını, “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durum” şeklinde tanımlamıştır. Diğer taraftan WHO de iş kazasını, “önceden planlanmamış çoğu kez kişisel yaralanmalara, makinelerin, araç ve gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan bir olaydır” şeklinde tanımlamıştır (Say, 2013).

İş Kazalarının Nedenleri

İş kazalarının nedenleri iki ana grupta toplanmaktadır. Bunlar; güvensiz davranışlar ve güvensiz koşullardır. Bu nedenler aşağıda açıklanmıştır (Karakurt ve ark., 2012).

1. Güvensiz Davranışlar: Güvensiz davranışlar, çalışanların psikolojik ve fizyolojik yapısı ile çevre koşullarından kaynaklanmaktadır. Güvensiz davranışlar, “sorumlu biçimde ya da uyarılara aldırmadan güvensiz şekilde çalışmak” şeklinde tanımlanabilmektedir. Güvensiz davranışlara; kişisel koruyucu kullanmama, dikkatsiz çalışma, tehlikeli cihazlar kullanma, güvensiz yükleme veya taşıma, güvenliği önemsememe ve aletleri düzensiz kullanma örnek olarak verilebilir.

2. Güvensiz Koşullar: İş kazalarına neden olabilecek güvensiz koşullara; yetersiz aydınlatma, yetersiz havalandırma, güvensiz iş elbisesi, maske ya da gözlük kullanılması örnek olarak verilebilir.

Kazaların yaklaşık %80’ine güvenli olmayan kişisel davranışların neden olduğu tahmin edilmektedir (Byars ve Rue, 2008). İş kazaları ile ilgili yapılan birçok araştırmada, kazalara teknik faktörlerden çok insan faktörünün neden olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle makine ve teçhizatın arızası sonucunda oluşan iş kazalarının, çalışan hatalarından oluşan kazalardan daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karakurt ve ark., 2012).

İş Kazalarının Sınıflandırılması

İş kazalarının sınıflandırması, olayın meydana gelme şekline, olay sonucu oluşan zararın niteliğine ve kaza olayının sonuçlarına bağlı olarak değişik şekillerde yapılabilmektedir. Bu sınıflandırmalar aşağıda verilmiştir (Durdu, 2006).

a) Yaralanmanın Ağırlığına Göre Sınıflandırma

1. Yaralanma ile sonuçlanan kazalar
2. Bir günden fazla işten uzaklaşmaya neden olan ancak tedavi gerektirmeyen kazalar
3. Bir günden fazla işten uzaklaşmayı gerektiren kazalar
4. Sürekli iş göremezliğe neden olan kazalar
5. Ölüm ile sonuçlanan kazalar

b) Yaralanmanın Cinsine Göre Sınıflandırma

1. Kafa yaralanmaları
2. Boyun-omurga yaralanmaları
3. İç organ yaralanmaları
4. Solunum organları yaralanmaları
5. Kalça, diz kapağı, uyluk kemiği yaralanmaları
6. Ruhsal ve sinirsel tahribata neden olan yaralanmalar
7. Ayak yaralanmaları
8. Omuz, üst kol, dirsek yaralanmaları
9. Ön kol, el bileği, el içi, parmak yaralanmaları

c) Kazanın Cinsine Göre Sınıflandırma

1. Düşme, incinme
2. Parça veya malzeme düşmesi
3. Göze yabancı cisim batma
4. Yanma
5. Makine kazaları
6. El aletleri kazaları
7. Elektrik kazaları
8. Ezilme, sıkışma
9. Patlamalar
10. Zararlı ve tehlikeli maddelere dokunma sonucu oluşan kazalar

Kaza Oluşum Teorileri

Kazaların oluşum nedenlerini açıklamak amacıyla geliştirilen en genel teoriler; Domino Teorisi, Tek Faktör Teorisi, Enerji Teorisi, İnsan Faktörleri Teorisi, Kaza/Olay Teorisi, Sistem Teorisi, Kombinasyon Teorisi, Epidemiyoloji Teorisi, Çok Etken Teorisi'dir (Uçak, 2009).

Domino Teorisi: Bu teori, iş kazalarının oluşumunu ard arda gelen beş temel nedene dayandırmaktadır. Buna "Kaza Zinciri" adı da verilmektedir. Teoriye göre, bu nedenlerden herhangi biri olmazsa iş kazası gerçekleşmez. Bu nedenler; doğal durum, kişisel özürler, güvensiz davranışlar ve koşullar, kaza olayı ve yaralanma/zarardır (Yiğit, 2012).

Tek Faktör Teorisi: Bu teori, kazanın tek bir nedenin sonucu olarak ortaya çıktığını ileri süren görüşten doğmaktadır. Eğer bu tek neden tanımlanabilir ve ortadan kaldırılabiliyorsa kaza tekrarlamayacaktır (Öcal, 2010).

Enerji Teorisi: Bu teoriye göre kazalar daha çok enerji transferinde ya da enerji transferi sırasında meydana gelmektedir. Bu enerji boşalmasının oranı önem taşımaktadır. Enerji boşalması ne kadar büyükse, hasar potansiyeli de o kadar büyük olmaktadır. Tek faktör teorisinden farklı olarak enerji boşalması kazaların oluşumu açısından önemlidir (Görçün ve Erdal, 2010).

İnsan Faktörleri Teorisi: Bu teori, kazaları, insan hatasından kaynaklanan olaylar zincirine bağlamaktadır. Teori, insan hatasına yol açan faktörleri aşırı yük, uygun olmayan tepki ve yerinde olmayan faaliyetler olarak sıralamaktadır. Kazaların insan hatasından kaynaklanması birçok faktöre dayanmaktadır. Kaza yapan işçinin eğitimsizliği, işe uygun olmayışı, uyumsuzluğu, tecrübesizliği, ilgisizliği ve hastalıkları gibi nedenler insan faktörüne bağlı temel nedenler arasındadır (Uçak, 2009).

Kaza/Olay Teorisi: Bu teori, insan faktörleri teorisinin genişletilmiş halidir. Ek olarak; ergonomik yetersizlikleri, hata yapma kararı ve sistem hataları gibi yeni elemanları ortaya çıkarmaktadır (Öcal, 2010).

Sistem Teorisi: Bu teori, bir kazanın oluşabileceği herhangi bir durumu, insan, makine ve çevre olmak üzere üç parçadan oluşan bir sistem olarak görmektedir (Uçak, 2009).

Kombinasyon Teorisi: Tek bir teorinin tek başına bütün olayları açıklayamayacağını savunmaktadır. Teoriye göre kazaların gerçek nedeni iki veya daha fazla modelin kombinasyonu ile elde edilebilmektedir (Öcal, 2010).

Epidemiyoloji Teorisi: Teori, çevre faktörleri ve hastalık arasındaki ilişkiyi belirleme ve çalışma için kullanılan modellerin, çevre faktörleri ve kazalar arasındaki nedensel ilişkinin açıklanmasında da kullanılabilirliğini savunmaktadır (Uçak, 2009).

Çok Etken Teorisi: Kaza birçok etken ile birlikte değerlendirilerek analiz edilmektedir. Teoriye göre kazalar çok etkenlidir (Öcal, 2010).

İş Kazalarının Analizi ve Kaza İstatistikleri

İş kazalarının analizinde amaç, meydana gelen bir kazanın altında yatan nedenleri araştırarak aynı ya da benzer türde kazaların tekrarlanmasını önlemektir. İnsan kaynakları yönetimi açısından iş güvenliğinin amacı, bireylerin sağlıklı ortamlarda çalışmalarını sağlamaktır. Bu nedenle iş güvenliği araştırmaları, kazalara neden olabilecek tehlikeleri belirleyerek kazanın oluşmasını engellemeyi amaçlamaktadır. Kaza analizi ise, olmuş bir iş kazasının incelenerek kazayı yaratan nedenlerin ortaya çıkarılmasını amaçlamaktadır (Şimşek ve Öge, 2009).

Gerek iş güvenliği çalışmalarına gerekse de kaza analizine yön vermek amacıyla kaza istatistiklerinden faydalanılmaktadır. İş güvenliği açısından kaza nedenlerinin araştırılması kadar bu kazaların toplamını, tekrar sıklığını ve ağırlık derecelerini araştırmak da önem taşımaktadır. Bu amaçla kullanılan iki önemli oran bulunmaktadır. Bu oranlar, Kaza Sıklık Oranı (KSO) ve Kaza Ağırlık Oranı (KAO)'dır (Şimşek ve Öge, 2009). Kaza sıklığı ve kaza ağırlığı, bir kuruluşun güvenlik sicilini ölçmek için en yaygın kabul gören iki yöntemi oluşturmaktadır (Byars ve Rue, 2008).

a) Kaza Sıklık Oranı: Kaza sayısı mutlak bir değer olması nedeniyle kıyaslama yapmada yeterli olamamaktadır. Kıyaslama yapabilmek için bazı standart oranlara ihtiyaç vardır. Bu oranlardan biri, kaza sıklık oranıdır.

KSO, belirli bir zaman kesiti (hafta, ay, yıl gibi) içinde meydana gelen ve bir günden fazla iş göremezliğe neden olan kazaların sayısını ortaya koymaktadır. Yani bu oran, kazaların ne kadar sık olduğu sorusunu yanıtlamaktadır.

$$\text{KSO} = \text{İş göremezlik yaratan kaza sayısı} \times 1.000.000 / \text{Çalışılan saatler toplamı}$$

Formülde kullanılan bir milyon saat bir ölçüttür. İş kazalarında bir milyon saat standart olarak kabul edilmektedir.

KSO, çalışılan saate göre iş kazalarını ortaya koyan bir orandır (Sadullah, 2010).

b) Kaza Ağırlık Oranı: KAO, iş kazaları nedeniyle ne kadar iş günü kaybedildiğini göstermektedir.

$$\text{KAO} = \text{Kayıp gün toplamı} \times 1.000.000 / \text{Çalışılan saatler toplamı}$$

Formüldeki kayıp gün toplamı, belirli bir zaman kesiti içinde iş göremezliğe neden olmuş kazaların kayıp gün toplamını ifade etmektedir (Şimşek ve Öge, 2009).

İş güvenliğinde kullanılan KSO ve KAO ile işletmeler, iş göremezlik yaratan kazalar açısından ne durumda olduklarını görebilmektedirler. Bu oranların dışında işletmeler kendi amaçlarına uygun başka oran ve istatistik tekniklerinden de faydalanabilirler (Şimşek ve Öge, 2009).

2.1.11. Meslek Hastalıkları

Çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları doğrudan işin türü ile iş yeri ortamına bağlıdır. İş ortamı ve iş koşulları çalışanlar için uzun süren hastalıklara ve sakatlıklara neden olabilecek birçok faktöre sahiptir (Şimşek ve Öge, 2009).

Meslek Hastalığının Tanımı

Meslek, sürekli olarak yapılması öngörülen, öğrenilmesi için belli bir eğitim veya iş tecrübesi gerektiren, insanın hayatını kazanmak için yaptığı, ona manevi tatmin de sağlayan ve kabul görmüş ahlak kuralları ile çelişmeyen bir faaliyettir (Akpınar, 2013).

Meslek hastalığı ile ilgili çok sayıda tanım bulunmaktadır. Meslek hastalığı, “çalışanın, işverenin emir ve talimatı altında çalışmakta iken, işin niteliğine veya yürütüm şartlarına göre tekrarlanması nedeniyle maruz kaldığı bedeni ve ruhi arıza” olarak tanımlanmaktadır (Sabuncuoğlu, 2009).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 14. maddesinde meslek hastalığı; “Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürsüzlük halleri” olarak tanımlanmıştır (Yiğit, 2012).

Meslek hastalığında önemli olan çalışanın sürekli olarak bir işte çalışması nedeniyle sağlığının bozulmasıdır. Başka bir ifadeyle, çalışanın yaptığı işten dolayı oluşan sağlık bozukluklarına meslek hastalığı denilmektedir (Tunçer, 2011). Kısaca bir hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilebilmesi için bu hastalığın yapılan iş ve iş yeri koşulları ile doğrudan ilişkili olması gerekmektedir. Meslek hastalıkları ile ilgili tanımlarda fizyolojik hastalıkların yanı sıra ruhsal bozukluklar da belirtilmektedir. Yani iş türünün ve iş yeri koşullarının, çalışanları fiziksel açıdan olumsuz etkilemesinin yanında ruhsal sağlığı da bozabileceği kabul edilmektedir (Sadullah, 2010).

Meslek Hastalıklarının Özellikleri

Meslek hastalıklarının özellikleri genel olarak aşağıda sıralanmıştır (Şimşek ve Öge, 2009; Tunçer, 2011):

1. Meslek hastalığı önlenemez nitelikte bir olgudur,
2. Meslek hastalıkları sadece tek bir etmenden değil birçok etmenden etkilenir,
3. Meslek hastalıkları, özellikle belli işlerde çalışanlarda görülen, genel toplumda ya hiç görülmeyen ya da seyrek olarak görülen hastalıklardır,
4. Meslek hastalığı, hastalık yaratan olguya maruz kalmanın hemen ardından ortaya çıkabileceği gibi uzun bir süre sonra da ortaya çıkabilir,
5. Meslek hastalığı tanısı koyabilmek için nesnel ölçütlere ihtiyaç vardır,
6. Meslek hastalıkları sadece çalışanı değil ailesini de etkiler,

7. Meslek hastalıklarının neden olduğu hasarların genellikle geri dönüşü söz konusu değildir,

8. Meslek hastalıkları dinamik bir konudur ve dolayısıyla sürekli izlenmesi gerekir,

9. Çalışanın, meslek hastalıkları konusunda bilgilendirilmesi ayrıca bir insanlık hakkıdır.

Meslek Hastalıklarının Nedenleri

Meslek hastalıklarına neden olabilecek çeşitli etkenler bulunmaktadır. Bu etkenleri aşağıda belirtildiği gibi dört ana grupta toplamak mümkündür (Bingöl, 2010).

1. Kimyasal Etkenler: Kimyasal etkenler, endüstride meslek hastalıklarına en fazla neden olan etkenlerdir. Endüstride üretimin türü ve süreci gereği çeşitli kimyasal maddeler kullanılmaktadır. Kullanılan bu maddeler, çalışanların sağlığını tehdit edici niteliktedir. Bu maddelere asitler ve gazlar örnek verilebilir.

2. Fiziksel Etkenler: Radyasyon, aşırı ışıklandırma, yüksek gürültü düzeyi, yüksek atmosfer basıncı gibi etkenler bu grup etkenlere örnek verilebilir.

3. Biyolojik Etkenler: Virüsler, bakteriler ve mantarlar çalışanların sağlığını tehdit eden biyolojik etkenlere örnektir.

4. Sosyo-Psikolojik Etkenler: Çalışma ortamına ve işin niteliğine bağlı olarak ortaya çıkan etkenlerdir. Çalışma saatlerinin düzensizliği bu grup etkenlere örnek verilebilir. Bu grup etkenler, uzun dönemde çalışanlarda çeşitli psikolojik sorunlara neden olabilmektedir.

Meslek Hastalıklarının Sınıflandırılması

Meslek hastalıkları, yol açan etmenlere göre dört ana grupta sınıflandırılmaktadır. Bu gruplar aşağıda verilmiştir (Akpınar, 2013).

1. Fiziksel kaynaklı meslek hastalıkları

- Gürültü ve sarsıntı

- Tozlar

- Sıcak-soğuk ortam ve alçak-yüksek basınçta çalışma

- Radyasyon

2. Kimyasal kaynaklı meslek hastalıkları

- Ağır metaller

- Gazlar

3. Biyolojik kaynaklı meslek hastalıkları

- Bakteriler, virüsler

4. Psiko-sosyal kaynaklı meslek hastalıkları

-Depresyon

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Çalışma Örgütü de meslek hastalıklarını dört ana kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar; mesleki cilt hastalıkları veya bozuklukları, toksik ajanlara bağlı solunum rahatsızlıkları, zehirlenme (toksik maddelerin sistemik etkileri) ve diğer meslek hastalıklarıdır (Byars ve Rue, 2008).

2.1.12. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Kayıt ve Bildirimi

İş kazası ve meslek hastalıklarının kayıt ve bildirimini 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 14. maddesinde ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Bu maddeye göre işveren; bütün iş kazalarının ve meslek hastalıklarının kaydını tutar, gerekli incelemeleri yaparak bunlar ile ilgili raporları düzenler. İşyerinde meydana gelen ancak yaralanma veya ölüme neden olmadığı halde işyeri ya da iş ekipmanının zarara uğramasına yol açan veya çalışan, işyeri ya da iş ekipmanını zarara uğratma potansiyeli olan olayları inceleyerek bunlar ile ilgili raporları düzenler (md.14/1) (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, 2013).

İşveren, iş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde, sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) bildirir (md.14/2). İşyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları; meslek hastalığı ön tanısı

koydukları vakaları, SGK tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk eder (md.14/3). Sağlık hizmeti sunucuları kendilerine intikal eden iş kazalarını, yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları ise meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde SGK'ya bildirir (md.14/4)

(<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, 2013).

6331 sayılı Kanun'un getirmiş olduğu yeni bir uygulama da, özel veya kamu kurumu niteliğindeki sağlık kuruluşlarının da kendilerine intikal eden iş kazası ile meslek hastalığı şüphesi veya tespiti bulunan vakaları SGK'ya bildirme yükümlülüğüdür (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

2.1.13. İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının İşletmelere Yüklendiği Maliyetler

İş kazaları ve meslek hastalıklarının yol açtığı maliyetler, direkt ve indirekt maliyetler olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır. Bu maliyetler aşağıda belirtilmiştir (Sadullah, 2010).

1. Direkt Maliyetler: İşletmelerin ödediği kaza ve hastalık sigortası primleri, hastane masrafları, malzeme masrafları, sigortalıya ödenen tazminat gibi unsurlar direkt maliyetlere örnektir.
2. İndirekt Maliyetler: İş gücü kayıpları, üretim kaybı, soruşturma masrafları (kaza denetimleri, bilirkişilik) gibi unsurlar indirekt maliyetleri oluşturmaktadır.

2.1.14. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Halinde Sağlanan Yardımlar

İş kazaları ve meslek hastalıkları durumunda devlet tarafından sağlanan çeşitli destek ve yardımlar bulunmaktadır. Bu destek ve yardımlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Yiğit, 2012):

1. Sağlık yardımı yapılması,
2. Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi,
3. Sürekli iş göremezlik hallerinde gelir bağlanması,

4. Protez gibi gerekli görülen araç ve gereçlerin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi,
5. Sağlık yardımlarının yapılması veya araç gereçlerin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi için, gerektiğinde sigortalının yurt içinde başka bir yere gönderilmesi,
6. Sigortalının tedavi amacıyla yurt dışına gönderilmesi,
7. İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölümlerde cenaze masrafı karşılığı verilmesi,
8. İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölen sigortalının hak sahiplerine gelir bağlanması.

2.1.15. Türkiye’de Genel Olarak İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sayıları

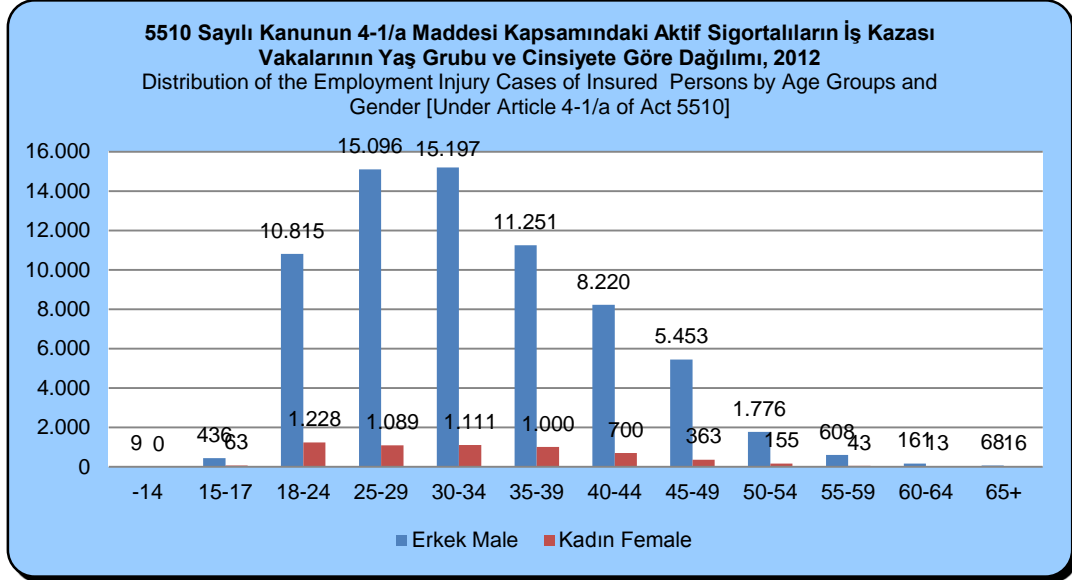
Türkiye’de SGK tarafından tutulan istatistikler, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na tabi olarak çalışan işçileri kapsamaktadır. SGK verilerinin yalnızca sigortalıları kapsadığı düşünüldüğünde gerçekte iş kazaları ve buna bağlı olarak ölümlerin, meslek hastalıklarının çok daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (Akpınar, 2013).

2012 yılı SGK verilerine göre Türkiye nüfusu: 75.627.384 kişidir. Nüfusun 62.899.043 kişisi sosyal güvenlik kapsamındadır. 18.352.859 kişisi aktif sigortalıları oluşturmaktadır. Türkiye’de toplam iş yeri sayısı: 1.538.006’dır (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler?CSRT=21620354926479272> 44, 2013).

2012 yılı SGK verilerine Türkiye’de toplam iş kazası sayısı 74.871, meslek hastalığı sayısı 395’tir. İş kazasına bağlı ölüm sayısı 744, meslek hastalığına bağlı ölüm sayısı ise 1’dir. İş kazası sayısında toplam 9.450 kaza ile İstanbul ilk sırayı alırken, toplam 9.303 kaza ile Bursa ikinci sırayı almıştır. Meslek hastalığı sayısında ise toplam 221 meslek hastalığı vakası ile Zonguldak ilk sırayı alırken, toplam 63 vaka ile Ankara ikinci sırayı almıştır

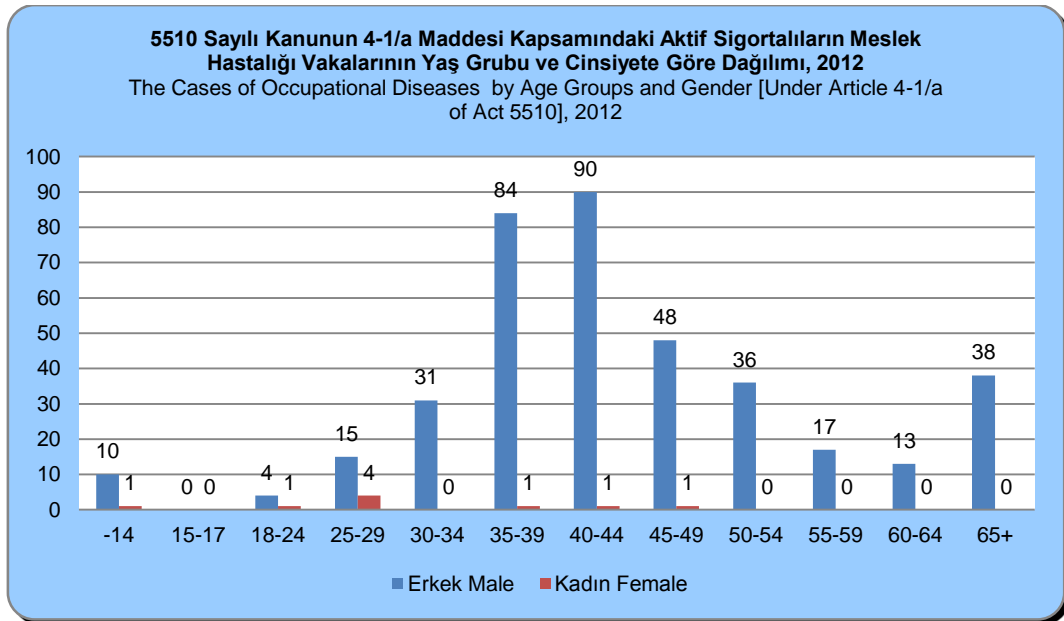
(<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler?CSRT=21620354926479272> 44, 2013).

Şekil 1’de 2012 yılı SGK verilerine göre Türkiye’de iş kazalarının en fazla 30-34 yaş grubunda ve erkek cinsiyette olduğu görülmektedir (SGK, 2012 İstatistik Yıllığı, 2013).



Şekil 1. 2012 yılı iş kazası vakalarının yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı (SGK, 2012 İstatistik Yıllığı, 2013)

Şekil 2’de 2012 yılı SGK verilerine göre Türkiye’de meslek hastalıklarının en fazla 40-44 yaş grubunda ve erkek cinsiyette olduğu görülmektedir (SGK, 2012 İstatistik Yıllığı, 2013).



Şekil 2. 2012 yılı meslek hastalığı vakalarının yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı (SGK, 2012 İstatistik Yıllığı, 2013)

Türkiye’de meydana gelen iş kazalarının önemli bir kısmının SGK’ya bildirilmediği bilinen bir gerçektir. Bu durum, Türkiye’deki iş güvenliği problemlerinin gerçek boyutlarının belirlenmesi önündeki en büyük engeldir. Kazaların resmi kayıt altına alınması son derece önemlidir (Akpınar, 2013).

2.1.16. İş Güvenliğinde Risk Değerlendirme

İşyerlerinde risk değerlendirmesinin yapılması, çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması, uzman katkısının sağlanması, çalışanların işyerindeki tehlikeler konusunda bilgilendirilmesi, çalışanlara eğitim verilmesi, koruma ve önleme bilincinin yerleştirilmesi iş sağlığı ve güvenliğinde yeni yaklaşımın ana felsefesini oluşturmaktadır (Turan ve Müezzinoğlu, 2006).

Risk değerlendirme kavramına geçmeden önce “tehlike” ve “risk” kavramlarının tanımlanması yararlı olacaktır.

Tehlike; çalışma ortamı ve şartlarında var olan ya da dışarıdan gelebilecek kapsamı belirlenmemiş, maruz kalacak kişilere, işyerine ve çevreye zarar ya da hasar verme potansiyeli bulunan durumdur (Say, 2013). Tehlike; çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden, zora sokan ve büyük zarara yol açabilecek durum olarak da tanımlanabilir (Akpınar, 2013).

Risk; tehlikeli bir durumun meydana gelme olasılığı ve önem derecesinin bileşkesine denmektedir (Altınel, 2011). Başka bir ifadeyle risk, bir tehlikenin ortaya çıkma ihtimali ve bu tehlikenin ortaya çıktığı anda neden olacağı etkinin ciddiyeti arasındaki bağıdır (Akpınar, 2013).

Tehlike ve risk kavramlarının tanımlarından sonra risk değerlendirme kavramı şu şekilde tanımlanabilir: Risk Değerlendirme, işyerlerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin, çalışanlara, işyerine ve çevresine verebileceği zararların ve bunlara karşı alınabilecek önlemlerin belirlenmesi amacıyla yapılması gerekli olan çalışmalardır (Say, 2013).

Risk değerlendirme kavramı ILO’nun İş Güvenliği ve Sağlık Yönetim Sistemleri Kılavuzu’nda, “işteki tehlikelerden ortaya çıkan sağlık ve güvenlik risklerini değerlendiren bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (Öcal, 2010).

Risk değerlendirme, riski kabul edilebilir düzeye indirgemek amacıyla yapılan her türlü eylem ve tehlikeyi değerlendirme yöntemidir. Riskler değerlendirilirken tehlikenin neden olduğu olayın sonuçları ve olasılığının da dikkate alınması gerekmektedir. Bu sayede gelecekte olabilecek olaylar ve onların potansiyel sonuçları ile ilgili kararlar verilip gereken önlemler alınabilmektedir (Akpınar, 2013).

Risk değerlendirme teknik bir işlem olup işyerinde bulunabilecek tehlikelerin riski, teknik yöntemlerle belirlenmektedir. Bu sayede riskin miktarı ve düzeyi hakkında bilgi sağlanabilmektedir (Say, 2013).

Risk değerlendirme, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sisteminin temel direğini oluşturmaktadır (Öcal, 2010). Risk değerlendirme, işyerinde çalışanların sağlık ve güvenliğini tehlikeye sokabilecek risklerin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması açısından büyük önem taşımaktadır (Durdu, 2006).

6331 sayılı yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile Kanun kapsamı dışında olan işyerleri hariç bütün işyerlerine risk değerlendirmesi yapma yükümlülüğü getirilmiştir. 01.01.2013 tarihinden itibaren istisna olarak belirtilen işyerleri dışında kalan bütün işyerlerinin risk değerlendirmesi yapma yükümlülüğü bulunmaktadır (Akpınar, 2013).

Yeni Kanuna göre risk değerlendirmesi yapmakla yükümlü olmayan işyerleri şu şekildedir (Akpınar, 2013):

1. Türk Silahlı Kuvvetleri, Genel Kolluk Kuvvetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığı'nın faaliyetleri,
2. Afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri,
3. Ev hizmetleri,
4. Çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar,
5. Hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan iş yurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri kapsamında olan işyerleri.

Risk değerlendirmenin nasıl yapılacağı 30.12.2012 tarihinde yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği'nde açıklanmış olup risk değerlendirme yapmamanın cezası da bulunmaktadır (Akpınar, 2013).

Risk Değerlendirme Ekibi

İşveren tarafından oluşturulan risk değerlendirme ekibi aşağıdaki kişilerden oluşmaktadır (Akpınar, 2013):

1. İşveren veya işveren vekili,
2. İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetini yürüten iş güvenliği uzmanları ile işyeri hekimleri,
3. İşyerindeki çalışan temsilcileri,
4. İşyerindeki destek elemanları,
5. İşyerindeki bütün birimleri temsil edecek şekilde belirlenen ve işyerinde yürütölen çalışmalar, mevcut ya da muhtemel tehlike kaynakları ile riskler konusunda bilgi sahibi çalışanlar.

İşveren, ihtiyaç duyduğunda bu ekibe destek amaçlı iş yeri dışındaki kişi ve kuruluşlardan da hizmet alabilmektedir. İşyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştırma yükümlölüğü az tehlikeli olan işyerleri için 30.06.2014 tarihinde başlayacağı için bu tarihe kadar oluşturulan risk değerlendirme ekibinde işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı bulundurulması şartı aranmayacaktır (Akpınar, 2013).

Risk Değerlendirme Aşamaları

Risk değerlendirme beş aşamada gerçekleştirilmektedir. Bu aşamalar aşağıda sıralanmıştır (Akpınar, 2013).

1. Tehlikelerin belirlenmesi,
2. Risklerin değerlendirilmesi,
3. Risklerin derecelendirilmesi,
4. Kontrol önlemlerinin uygulanması,

5. Denetim, izleme gözden geçirme.

Birinci aşamada işyerinin bütün bölümleri gezilerek tehlikelerin neler olduğu, nelerin çalışanlara, çevreye ve diğer malzemelere zarar vereceği tespit edilir. İkinci aşamada tehlikelerin hangi risklere neden olacağı belirlenir. Üçüncü aşamada riskler düşük, orta ve yüksek şeklinde sınıflandırılır. Dördüncü aşamada belirtilen risklerin kontrol önlemleri uygulanır. Son aşamada ise denetim, izleme ve gözden geçirme işlemleri yapılır (Akpınar, 2013).

Risk Değerlendirmesinin Sağladığı Faydalar

Risk değerlendirmesi yapmanın sağladığı faydalar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Say, 2013):

1. Tehlikelerin tanınmasına ve risklerin önceden belirlenmesine yardımcı olur,
2. Çalışanlar için güvenli bir işyeri ortamı oluşturur,
3. Kazaların önlenmesi ile kayıpların azaltılmasını sağlar,
4. Kalite ve verim artışı sağlar,
5. Acil durumlara hazır olmayı sağlar,
6. İşyerinde sorumlulukların belirlenmesi ve görev paylaşımına yardımcı olur.

2.1.17. 6331 Sayılı Yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na Genel Bir Bakış

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 20.06.2012 tarihinde kabul edilmiş, 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

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 (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, 2013).

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 (Korkmaz ve Avsallı, 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 (Yiğit, 2012). 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 çalışanı olmayan esnaflar, iyileştirme kapsamında çalışan tutuklu ve hükümlüleri kapsam dışında bırakmıştır (Akpınar, 2013).

Yeni Kanun'un bütün hükümleri hemen yürürlüğe girmemiş, işyerlerinin büyüklük ve faaliyette buldukları işlerin tehlike derecesine göre 6 ay ile 2 yıl arasında bir geçiş süreci öngörülmüştür. Kanun'un 38. maddesinde bu durum aşağıdaki gibi açıklanmıştır (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

1. Kanunun 6, 7 ve 8. maddeleri;

a) Kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve "az tehlikeli" sınıfta yer alan işyerleri için yayımı tarihinden itibaren iki yıl sonra,

b) 50'den az çalışanı olan "tehlikeli" ve "çok tehlikeli" sınıfta yer alan işyerleri için yayımı tarihinden itibaren bir yıl sonra,

c) Diğer işyerleri için yayımı tarihinden itibaren altı ay sonra,

2. Kanunun 9, 31, 33, 34, 35, 36 ve 38 inci maddeleri ile geçici 4, geçici 5, geçici 6, geçici 7 ve geçici 8 inci maddeleri yayımı tarihinde,

3. Diğer maddeleri yayımı tarihinden itibaren altı ay sonra, yürürlüğe girer.

Geçiş süreci tamamlandığında, memurlar da dahil olmak üzere bütün çalışanların kanun kapsamına alınması Kanun'un getirdiği oldukça önemli bir yeniliktir.

Ayrıca Kanun, temel iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin temin edilmesinde küçük işletmelerin bu hizmetleri daha kolay temin edebilmesi ve ortaya çıkan maliyetler nedeniyle 1-9 işçi çalıştıranların iş sağlığı ve güvenliği hizmet maliyetlerinin devlet tarafından karşılanmasını öngörmektedir ki bu husus önemli bir düzenlemedir (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Temel Özellikleri

6331 sayılı Kanun, Türkiye'nin ilk İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu olma özelliğini taşımaktadır. Bu özelliğinin yanı sıra Kanun'un taşıdığı temel özellikler aşağıda özetlenmektedir (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

Katılımcılık: Kanun, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda çalışanların doğrudan temsil edilmesini sağlamak amacıyla “iş sağlığı ve güvenliği çalışan temsilciliği” sistemini öngörmektedir. Kanun'da getirilen bu önemli yenilik, çalışanların işyerinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konulara katılımını etkin hale getirmektedir. Kanun'un 2. maddesinde “çalışan temsilcisi” tanımı yapılmış, 18. maddesinde de, çalışanların görüşlerinin alınması ve katılımlarının sağlanması konusu düzenlenmiştir.

Eğitim ve Bilgilendirme: Kanun'un 4. maddesinde, “eğitim ve bilgi verilmesi” işverenin genel yükümlülüğü çerçevesinde değerlendirilmiştir. Kanun'un 16. maddesi, işyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması amacıyla işveren, çalışanları ve çalışan temsilcilerini işyerinin özelliklerini de dikkate alarak; işyerinde karşılaşılabilecek sağlık ve güvenlik riskleri, koruyucu ve önleyici tedbirler, çalışanların yasal hak ve sorumlulukları, ilk yardım, olağan dışı durumlar, afetler ve yangınla mücadele ve tahliye işleri konusunda görevlendirilen kişiler ve diğer konularda çalışanların bilgilendirilmesini öngörmektedir.

Önleyici İş Sağlığı ve Güvenliği Anlayışı: Kanun, iş kazası ve meslek hastalıkları ortaya çıkmadan kaynağında yok etmeyi hedefleyen önleyici bir anlayışa sahip olarak düzenlenmiştir. Kanun'da, riskleri ortadan kaldırmaya yönelik yani korumacı anlayış yerine önleyici anlayış hakimdir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Profesyonel Hizmet ve Yardım Alma: Kanun'un 6. maddesi, işletmelere iş sağlığı ve güvenliği konusunda profesyonel yardım alabilmeleri imkanını getirmiştir.

Tedrici Uygulama: Kanun, iş hayatının kanunun öngördüğü sisteme entegrasyonunun sağlanması için bir geçiş dönemi öngörmüş, bu dönemde işletmelere gerekli uyumu sağlamaları için zaman tanımıştır.

Küçük İşletmelere Destek: Kanun'un 7. maddesinde, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerin yerine getirilebilmesi için, kamu kurum ve kuruluşları hariç ondan az çalışanı bulunanlardan, çok tehlikeli ve tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerine Bakanlık tarafından destek verilebileceğini ifade edilmektedir. Bu destek az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için de Bakanlar Kurulunca genişletilebilecektir.

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Yükümlülükleri

Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki yükümlülükleri, 6331 sayılı yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 19. maddesinde düzenlenmiş olup bu yükümlülükler şunlardır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, 2013):

1. Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmemekle yükümlüdür.

2. Çalışanların, işveren tarafından verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yükümlülükleri şunlardır:

a) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve diğer üretim araçlarını kurallara uygun şekilde kullanmak, bunların güvenlik donanımlarını doğru olarak kullanmak, keyfi olarak çıkarmamak ve değiştirmemek.

b) Kendilerine sağlanan kişisel korucu donanımı doğru kullanmak ve korumak.

c) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işverene veya çalışan temsilcisine derhal haber vermek.

ç) Teftiše yetkili makam tarafından işyerinde tespit edilen noksanlık ve mevzuata aykırılıkların giderilmesi konusunda, işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliğı yapmak.

d) Kendi görev alanında, iş sağığı ve güvenliğinin sağılanması için işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliğı yapmak.

İşverenlerin İş Sağığı ve Güvenliğı Konusunda Yükümlülükleri

6331 sayılı Kanun'un 4. maddesi, iş sağığı ve güvenliğı konusunda işverenlerin genel yükümlülüklerini sıralamakta olup bu yükümlülükler şunlardır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, 2013):

1. İşveren, çalışanların işle ilgili sağılık ve güvenliğini sağılamakla yükümlü olup bu çerçevede;

a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağılanması, sağılık ve güvenlik tedbirlerinin değışen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

b) İşyerinde alınan iş sağığı ve güvenliğı tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağılar.

c) Risk değıerlendirmesi yapar veya yaptırır.

ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağılık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.

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

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

3. Çalışanların iş sağığı ve güvenliğı alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumluluklarını etkilemez.

4. İşveren, iş sağığı ve güvenliğı tedbirlerinin maliyetini çalışanalara yansıtamaz.

6331 Sayılı Kanunla Öngörülen İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Kurumsal Yapılar

6331 sayılı Kanun, iş sağlığı ve güvenliği sisteminin daha iyi yürütümü için bazı kurumsal düzenlemelere yer vermiştir (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

Kanunla, işverene; işyerinin değişik bölümlerindeki riskler ve çalışan sayılarını göz önünde bulundurarak dengeli dağılıma özen göstermek kaydıyla, çalışanlar arasında yapılacak seçim veya seçimle belirlenemediği durumda atama yoluyla, “Çalışan Temsilcisi” belirleme görevi verilmiştir. Ayrıca işverene; elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere “İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu” oluşturma yükümlülüğü verilmiştir (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

Kanun’da, işyerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere, gerekli donanım ve personele sahip bir “İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi” oluşturulması öngörülmüştür (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

Ülke genelinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili politika ve stratejilerin belirlenmesi için tavsiyelerde bulunmak üzere “Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi” nin oluşturulması da iş sağlığı ve güvenliği konusundaki önemli yeniliklerden biridir (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

Ülkemizde 20.06.2012 tarihinde 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun kabul edilmesiyle, iş sağlığı ve güvenliği konusunun önemi açıkça ortaya konulmuştur.

2.1.18. İş Güvenliği Uzmanları ile İşyeri Hekimlerinin Görevleri

29.12.2012 tarih ve 28512 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik’in 4. maddesinde iş güvenliği uzmanı; “İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip, Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında çalışma hayatını denetleyen müfettişler ile mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanı” şeklinde ifade edilmiştir. Aynı Yönetmelik’in 9. maddesinde iş güvenliği uzmanlarının görevlerine yer verilmiştir.

Yönetmelik'e göre iş güvenliği uzmanlarının görevleri genel olarak aşağıda verilmiştir (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.16923&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>, 2013).

1. İşyerinde yapılan çalışmalar ve yapılacak değişikliklerle ilgili olarak tasarım, makine ve diğer teçhizatın durumu, bakımı, seçimi ve kullanılan maddeler de dâhil olmak üzere işin planlanması, organizasyonu ve uygulanması, kişisel koruyucu donanımların seçimi, temini, kullanımı, bakımı, muhafazası ve test edilmesi konularının, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına ve genel iş güvenliği kurallarına uygun olarak sürdürülmesini sağlamak için işverene önerilerde bulunmak.
2. İş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili alınması gereken tedbirleri işverene yazılı olarak bildirmek.
3. İşyerinde meydana gelen iş kazası ve meslek hastalıklarının nedenlerinin araştırılması ve tekrarlanmaması için alınacak önlemler konusunda çalışmalar yaparak işverene önerilerde bulunmak.
4. İşyerinde meydana gelen ancak ölüm ya da yaralanmaya neden olmayan, ancak çalışana, ekipmana veya işyerine zarar verme potansiyeli olan olayların nedenlerinin araştırılması konusunda çalışma yapmak ve işverene önerilerde bulunmak.
5. İş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapılmasıyla ilgili çalışmalara ve uygulanmasına katılmak, risk değerlendirmesi sonucunda alınması gereken sağlık ve güvenlik önlemleri konusunda işverene önerilerde bulunmak ve takibini yapmak.
6. Çalışma ortamının gözetiminin yapılması, işyerinde iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı gereği yapılması gereken periyodik bakım, kontrol ve ölçümleri planlamak ve uygulamalarını kontrol etmek.
7. İşyerinde kaza, yangın veya patlamaların önlenmesi için yapılan çalışmalara katılmak, bu konuda işverene önerilerde bulunmak, uygulamaları takip etmek.
8. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin ilgili mevzuata uygun olarak planlanması konusunda çalışma yaparak işverenin onayına sunmak ve uygulamalarını yapmak veya kontrol etmek.

9. Çalışma ortamıyla ilgili iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları ve çalışma ortamı gözetim sonuçlarının kaydedildiği yıllık değerlendirme raporunu işyeri hekimi ile iş birliği halinde hazırlamak.

10. Gerekli yerlerde kullanılmak amacıyla iş sağlığı ve güvenliği talimatları ile çalışma izin prosedürlerini hazırlayarak işverenin onayına sunmak ve uygulamasını kontrol etmek.

11. Bakanlıkça belirlenecek iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren konularla ilgili bilgileri, İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı'na bildirmek.

12. İşyeri hekimiyle birlikte iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla ilgili değerlendirme yapmak, tehlikeli olayın tekrarlanmaması için inceleme ve araştırma yaparak gerekli önleyici faaliyet planlarını hazırlamak ve uygulamaların takibini yapmak.

13. Bir sonraki yılda gerçekleştirilecek iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili faaliyetlerin yer aldığı yıllık çalışma planını işyeri hekimiyle birlikte hazırlamak.

14. Bulunması halinde üyesi olduğu iş sağlığı ve güvenliği kuruluyla iş birliği içinde çalışmak.

15. Çalışan temsilcisi ve destek elemanlarının çalışmalarına destek sağlamak ve bu kişilerle iş birliği yapmak.

20.07.2013 tarih ve 28713 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik'in 4. maddesinde işyeri hekimi; "İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hekimliği belgesine sahip hekim" şeklinde tanımlanmıştır. Aynı Yönetmelik'in 9. maddesinde işyeri hekimlerinin görevlerine yer verilmiştir. Yönetmelik'e göre işyeri hekimlerinin görevleri genel olarak aşağıda verilmiştir (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Yonetmelikler.aspx>, 2013).

1. İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamında çalışanların sağlık gözetimi ve çalışma ortamının gözetimi ile ilgili işverene rehberlik yapmak.

2. İşyerinde çalışanların sağlığının geliştirilmesi amacıyla gerekli aktiviteler konusunda işverene tavsiyelerde bulunmak.

3. İş sağlığı ve güvenliği alanında yapılacak araştırmalara katılmak, ayrıca işin yürütümünde ergonomik ve psikososyal riskler açısından çalışanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini dikkate alarak iş ile çalışanın uyumunun sağlanması ve çalışma ortamındaki stres faktörlerinden korunmaları için araştırmalar yapmak ve bu araştırma sonuçlarını rehberlik faaliyetlerinde dikkate almak.
4. Kantin, yemekhane, yatakhane, kreş ve emzirme odaları ile soyunma odaları, duş ve tuvaletler dahil olmak üzere işyeri bina ve eklentilerinin genel hijyen şartlarını sürekli izleyip denetleyerek, çalışanlara yrtlen işin gerektirdiği beslenme ihtiyacının ve uygun içme suyunun sağlanması konularında tavsiyelerde bulunmak.
5. İş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili alınması gereken tedbirleri işverene yazılı olarak bildirmek.
6. İş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapılmasıyla ilgili çalışmalara ve uygulanmasına katılmak, risk değerlendirmesi sonucunda alınması gereken sağlık ve güvenlik önlemleri konusunda işverene önerilerde bulunmak ve takibini yapmak.
7. Gebe veya emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı olanlar, kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, malul ve engelliler, alkol, ilaç ve uyuşturucu bağımlılığı olanlar, birden fazla iş kazası geçirmiş olanlar gibi özel politika gerektiren grupları yakın takip ve koruma altına almak, bilgilendirmek ve yapılacak risk değerlendirmesinde özel olarak dikkate almak.
8. Sağlık gözetimi kapsamında yapılacak işe giriş ve periyodik muayeneler ve tetkikler ile ilgili olarak çalışanları bilgilendirmek ve onların rızasını almak.
9. Gece postaları da dāhil olmak üzere çalışanların sağlık gözetimini yapmak.
10. Çalışanların yapacakları işe uygun olduklarını belirten işe giriş ve periyodik sağlık muayenesi ile gerekli tetkiklerin sonuçlarını düzenlemek ve işyerinde muhafaza etmek.
11. Özel politika gerektiren gruplar, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı alanlar, kronik hastalığı, madde bağımlılığı, birden fazla iş kazası geçirmiş olanlar gibi çalışanların, uygun işe yerleştirilmeleri için gerekli sağlık muayenelerini yaparak rapor düzenlemek.

12. Sağlık sorunları nedeniyle işe devamsızlık durumları ile işyerinde olabilecek sağlık tehlikeleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını tespit etmek.

13. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için yayılmayı önleme ve bağışıklama çalışmalarının yanı sıra gerekli hijyen eğitimlerini vermek, gerekli muayene ve tetkiklerinin yapılmasını sağlamak.

14. İşyerindeki sağlık gözetimi ile ilgili çalışmaları kaydetmek, iş güvenliği uzmanı ile iş birliği yaparak iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili değerlendirme yapmak.

15. İşyerinde ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerinin organizasyonu ve personelin eğitiminin sağlanması çalışmalarını ilgili mevzuat doğrultusunda yürütmek.

16. Yöneticilere, bulunması halinde iş sağlığı ve güvenliği kurulu üyelerine ve çalışanlara genel sağlık, iş sağlığı ve güvenliği, hijyen, bağımlılık yapan maddelerin kullanımının zararları, kişisel koruyucu donanımlar ve toplu korunma yöntemleri konularında eğitim vermek, eğitimin sürekliliğini sağlamak.

17. Çalışanları işyerindeki riskler, sağlık gözetimi, yapılan işe giriş ve periyodik muayeneler konusunda bilgilendirmek.

18. Sağlık gözetimi sonuçlarına göre, iş güvenliği uzmanı ile iş birliği içinde çalışma ortamının gözetimi kapsamında gerekli ölçümlerin yapılmasını önermek, ölçüm sonuçlarını değerlendirmek.

19. İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan çalışanların rehabilitasyonu konusunda ilgili birimlerle iş birliği yapmak.

2.1.19. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinde Eğitim ve Önemi

İş sağlığı ve güvenliği alanında belirlenen ilke ve standartların en önemli hedefi, çalışmanın sağlıklı ve güvenli ortamlarda gerçekleştirilmesidir. Bu hedefe ulaşmak için taraflar arasında işbirliği sağlanarak eğitime gereken önemin verilmesi gerekmektedir (Kılıkış ve Demir, 2012). İş sağlığı ve iş güvenliği alanında ilgili taraflar ise işçiler, işverenler, hizmeti üreten meslek grupları ve hizmeti denetleyen denetim görevlileridir (Ofloğlu ve ark., 2012).

Eğitim, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamlarının oluşturulması açısından yaşamsal öneme sahiptir. Eğitim, bilinç ve duyarlılığın arttırılmasında, güvenlik kültürünün yerleştirilmesinde ve iş sağlığı ve güvenliği politikalarının uygulanmasını kolaylaştırmada etkin bir role sahiptir (Kılış ve Demir, 2012).

İş sağlığı ve güvenliği eğitiminin amaçları; çalışanların işyerlerinde iş kazalarına, yaralanmalara ve hastalıklara neden olan risk faktörlerini tanımalarına olanak sağlayan anlayış ve yeteneklere ulaşmalarını sağlamak, çalışma ortamlarında risk faktörlerini önlemek için hazırlıklı olmalarını sağlamaktır (Işık, 2006). Ayrıca işyerinde sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak, iş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltmak, çalışanları yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek, çalışanlarda iş sağlığı ve güvenliği bilinci oluşturarak onlara uygun davranış kazandırmaktır (nalın, 2006).

İş kazalarının çoğu çalışanların güvensiz ve eğitimsiz hareketlerinden meydana gelmektedir. Disiplinsizlik, eğitimsizlik, talimatlara aykırı davranışlar ve iş güvenliği konularında bilinçsizlik iş kazaları ve meslek hastalıklarının önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır (Say, 2013). İş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşturulması ile mümkündür. Kültür, bir yaşam felsefesidir. Bu kültürün oluşturulması ve çalışanların bedensel ve ruhsal bütünlüğünün korunması ise, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının yaratılması ve gerekli iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin çalışanlara verilmesi ile mümkündür. Çalışanların iş güvenliği ve mesleki bilgilerini geliştirmek amacıyla işveren tarafından sunulan eğitimler, ancak çalışanlar tarafından doğru uygulandığı takdirde etkili sonuçlara ulaşabilir (Sipahi, 2006).

Eğitim, genel olarak kişisel ve organizasyonel bir gelişim aracı olmakla birlikte iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri aynı zamanda yasal bir zorunluluktur (Kılış ve Demir, 2012). İş sağlığı ve güvenliği alanında çalışanların eğitimi konusuna 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda da değinilmiştir. Kanun'un 17. maddesinde "İşveren, alışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini almasını sağlar. Bu eğitim özellikle; işe başlamadan önce, çalışma yeri veya iş değişikliğinde, iş ekipmanının değişmesi hâlinde veya yeni teknoloji uygulanması hâlinde verilir. Eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni

risklere uygun olarak yenilenir, gerektiğinde ve düzenli aralıklarla tekrarlanır” hükmüne yer verilmiştir (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, 2013).

İş sağlığı ve güvenliği alanında verilebilecek eğitimlerden bazıları şunlardır (Yiğit, 2012):

1. Bireysel rol ve sorumlulukları tanımlama eğitimleri,
2. İş sağlığı ve iş güvenliği düzenlemeleri, tehlikeler, riskler ve uyarılar ile ilgili eğitimler,
3. Prosedürlerin anlaşılması ile ilgili eğitimler,
4. Yöneticilere yönelik sorumluluklar eğitimleri.

İş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltmaya yönelik küresel çabalardan biri olan ve 2008 yılında 18’incisi yapılan İş Sağlığı ve Güvenliği Dünya Kongresi’nde de yükselme eğitimlerinin, karşılıklı görüş alış verişinin, eğitime ve bilgilendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği alanındaki iyi uygulamalar ile bilgilerin değişiminin önemine dikkat çekilmiştir. Ayrıca çalışanların eğitim eksikliği vurgulanarak, 2007 yılındaki iş kazaları içinde ölüm vakalarının %20’sinin bilgisizlikten kaynaklandığı ifade edilmiştir (Kılıkış ve Demir, 2012).

ILO’nun 2002 yılında hazırladığı “Güvenlik Kültürü Raporu”na göre, meslek hastalıklarının tümü, iş kazalarının %98’i önlenabilir niteliktedir. Bunun yanı sıra iş kazalarının %80’ninin çalışanların, işyerinin güvenlik kurallarına uygun olmayan ve talimatlara aykırı davranışları, iş sağlığı ve güvenliği konusundaki bilinçsizlikleri ve işverenin konuyu önemsemeyen yaklaşımı nedeniyle insan hatasından kaynaklanıyor olması da eğitim eksikliğinin bir göstergesidir. Bu noktada, eğitimin iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasındaki yaşamsal önemi ortaya çıkmaktadır (Kılıkış ve Demir, 2012).

İş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin tüm çalışanların gereksinimlerini karşılaması, ulusal koşullara ve uygulamalara uygun biçimde verilmesi gerekmektedir. Ayrıca eğitimin her aşamasında iş sağlığı ve güvenliğinin önemi dikkate alınarak, gereken tıbbi ve teknik bilgilerin aktarılması gerekir (Güven, 2006).

2.2. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği

Günümüzün hızla gelişen dünyasında birçok alanda yenilenen ve yenilenmeye devam eden teknoloji, insanlara hizmet etmenin yanı sıra insan yaşamına olumsuz yansımaları olacak bazı unsurları da beraberinde getirmektedir. Nitekim hızlı makineleşme ve endüstrileşme çalışanların sağlık ve güvenliklerini de riskli duruma getirmektedir. Bu nedenle çalışanlarda, çalışma koşullarına bağlı olarak iş kazaları ve meslek hastalıklarına maruz kalma oranı günden güne artmakta ve onların sağlığını tehdit etmektedir. Özellikle de sağlık sektöründe yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler, sağlık sektörü içinde yeni açılan ve kurulan hizmet dalları hastalar ve diğer bireyler için büyük kolaylıklar sağlarken, hizmeti yerine getiren sağlık çalışanları için birtakım risk ve tehlikeleri de beraberinde getirmektedir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliğinin önemi sağlık kuruluşlarında gün geçtikçe daha da artmaktadır.

2.2.1. Sağlık Kuruluşlarının Tanımı, Özellikleri ve Sınıflandırılması

Sağlık kuruluşları, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerde bulunan kuruluşlardır (Öcal, 2010). WHO hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

Hastane yönetimi açısından bakıldığında hastaneler, sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, sağlık sisteminin yapısı, kültürel düzey, sosyal güvenlik, sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

Sağlıklı hayat sürmek her insanın gereksinimi olup insanların bu gereksinimlerinin karşılanmasında hastaneler önemli bir role sahiptir. Kentleşme, nüfus artışı ve sanayileşme gibi nedenlerle kişilerin bilinç seviyesi yükseldikçe hastanelerin bu rolünün daha da artması kaçınılmazdır (Öcal, 2010).

Sağlık hizmetleri sunumu ile tıbbi bir kuruluş olma özelliği taşıyan hastaneler, farklı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlardır (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

Sağlık kuruluşlarının ayırt edici özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tengilimoğlu ve ark., 2012):

1. Sağlık kuruluşlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir,
2. Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen faaliyetlerin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir,
3. Yapılan işler, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans göstermez,
4. Uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir,
5. İşlevsel bağımlılık yüksek olup farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eş güdüm gereklidir,
6. Sağlık kuruluşlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşmaktadır,
7. Sağlık kuruluşlarında 24 saat kesintisiz hizmet verilmektedir,
8. Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur,
9. Sağlık hizmeti üretimi stoklanamaz.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin değişik 5. maddesinde sağlık kurumları işlevlerine göre beş ana grupta sınıflandırılmış olup bu gruplar aşağıdaki gibidir (<http://www.tkhk.gov.tr/TR,1464/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeli.html>, 2013):

1. İlçe / Belde Hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

2. Gün Hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

3. Genel Hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

4. Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

5. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

2.2.2. Sağlık Kuruluşlarında Sağlık Çalışanı Kavramı

Sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşlarında sağlık ekibi üyeleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık ekibi; "bireye kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesini ortak hedef edinmiş, değişik sağlık meslek üyelerinin bir araya geldikleri, her birinin kendi görevini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birlik" olarak tanımlanmaktadır. Sağlık ekibinin üyeleri için, sağlık personeli, sağlık çalışanı veya sağlık insan gücü gibi ifadeler kullanılmaktadır (Uçak, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "sağlık insan gücü" tanımında 29 değişik meslek tanımlanmaktadır. Bu meslekler; hekim, yardımcı hekim, çok görevli sağlık yardımcısı, diş hekimi, dişçi, diş hekimi yardımcısı, eczacı, eczacı yardımcısı, veteriner, hayvan sağlığı yardımcısı, ebe, yardımcı ebe, yardımcı ebe-hemşire, hemşire, yardımcı hemşire, ebe ve hemşire yardımcısı, fizyoterapist, laboratuvar teknisyeni, laboratuvar teknisyen yardımcısı, tıp fizikçisi, radyoloji teknisyeni, radyoloji teknisyen yardımcısı, sağlık mühendisi, çevre sağlığı teknisyeni, çevre sağlığı teknisyen yardımcısı, diğer sağlık personeli, diğer teknik personel, diğer yardımcı personel ve geleneksel hekimlik uygulayıcılarıdır (Uçak, 2009).

ILO da sağlık alanında çalışanları beş grupta toplamaktadır. Bu gruplar aşağıda sıralanmıştır (Saygun, 2012).

1. Doktorlar,
2. Diğer profesyonel meslekler (diş hekim, eczacı, biyolog, psikolog gibi),
3. Hemşire, ebe ve sağlık memurları,
4. Teknik elemanlar (radyoloji teknisyeni, odyoloji teknisyeni gibi),
5. Diğer alışanlar (sekreter, temizlik görevlisi, şoför gibi).

Sağlık kuruluşlarında hizmeti sunan sağlık çalışanlarının sayısı, çalışma koşulları, ülke genelinde dağılımları ve hasta başına oranları gibi faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve etkinliğini etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve sağlık çalışanlarının mesleksel becerilerinin teşhis ve tedavideki önemi, hizmeti alan ile sunanlar arasındaki etkileşimi diğer sektörlere göre daha yoğun kılmaktadır (cal, 2010).

Sağlık alışanları, tedavi ve bakım hizmetlerini en iyi şekilde sunmak amacıyla bilgi ve becerilerini bir araya getirerek, her çalışan kendine özgü ancak birbirlerini tamamlayıcı nitelikte hizmet sunumu gerçekleştirmeye çalışmaktadır (Uçak, 2009).

2.2.3. İş Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Hastanelerde alışma Ortamı

Kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler “sağlık hizmetleri” olarak adlandırılmaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2012). Sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar ise “hastane” olarak adlandırılmaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

İş, insanların yaşantısında onlara bir yer kazandıran önemli bir sosyal etmen olduğu gibi fiziksel, kimyasal, psikolojik, sosyal ve ekonomik nitelikleri ile de insan sağlığını etkileyen bir kavramdır (Erkal ve Coşkuner, 2010). İnsan için iş, kaçınılmaz bir zorunluluktur. nk insan, yaşamı için gerekli olan şeyleri üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. alışmak, yaşamın bir parçasıdır. Ancak insanlar

bazen yaptıkları işten ve çalışma ortamlarından kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedir. Oysa yaşamak nasıl bir insanlık hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da insanın en doğal haklarından biridir. Bu doğrultuda, sağlıklı ve güvenli bir iş ortamı özellikle sağlık çalışanları için büyük önem taşımaktadır (Parlar, 2008).

1970’li yılların başlarında ILO, İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA), Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH), Amerikan Hastaneler Birliği ve sağlık sendikaları ile birlikte her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da sağlıklı olma hakkı ve sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı bulunduğunu belirtmiştir (Say, 2013).

Çalışma ortamında iş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli risk ve tehlikeler taşıyan çalışma alanlarından birisi olan sağlık hizmetleri alanında, özellikle de hastanelerde, çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü bulunmaktadır (Parlar, 2008). Bir iş yeri olan ve sağlık personelinin yanı sıra otelcilik, restoran gibi hizmetleri sunan diğer destek hizmet personellerini, hasta ve yakınlarını, ziyaretçileri, öğrencileri bünyesinde barındıran hastanelerde güvenli ve sağlıklı bir ortam oluşturma eğilimi günümüzde hızla ivme kazanmaya başlamıştır (Öztürk ve ark., 2012).

NIOSH, sağlıklı ve güvenli hastane ortamını; “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamaktadır (Saygun, 2012). Oysa sağlık çalışanları hastanelerde enfeksiyonlar, ilaçlar, atıklar, malzemelerin yarattığı tehlikeler, ergonomik tasarım eksikliği, malzeme yetersizliği, iş yükü fazlalığı, çalışanların dikkatsiz davranışları gibi nedenlerle birçok kaza ve hastalık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Yapılan araştırmalarda hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının, çalışma ortamının güvenliğinin sağlanmamasından dolayı psikolojik, mekanik, kimyasal, biyolojik ve fiziksel kaynaklı yaralanmalar ve iş kazası yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca başka bir çalışmada, sağlık hizmet sektörü içinde iş kazası ve hastalık maliyetlerinin yüksek olduğu, tüm

maliyetlerin %52'si ile hastanelerin en maliyetli sağlık kuruluşları olduğu belirtilmiştir (Öztürk ve ark., 2012).

Hastaneler, birçok iş kolunu bünyesinde barındıran sağlık kuruluşlarıdır. Hastaneler haricinde hiçbir işyerinde elektrikli-elektronik cihazların sürekli kullanımı, ağır malzemelerin taşınması, kimyasal maddeler ile işlemler, radyoaktif maddelerin kullanımı, enfeksiyon riski taşıyan biyolojik materyal, delici-kesici aletler bir arada bulunmamaktadır. Ayrıca yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, ergonomik olmayan çalışma ortamları ve iş stresi sağlık çalışanlarının diğer iş kollarında çalışanlara göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Say, 2013).

OSHA ve NIOSH, hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan, bunun çalışanlar açısından ayrıca bir tehdit oluşturduğunu belirtmişlerdir (Özkan ve Emiroğlu, 2006).

Büker ve ark. (2006), hastanede görev yapan hekimlerde çalışma koşullarına ve mesleğe bağlı olarak ortaya çıkan kas-iskelet sistemi problemlerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları ve toplam 123 hekimin katıldığı çalışmada, hekimlerin %33,33'ünde kas-iskelet sistemi problemi olduğu ve en fazla bu problemlerin sırasıyla genel cerrahlar (%17,07), beyin cerrahları (%14,63), çocuk hastalıkları uzmanlarında (%9,76) yaşandığını saptamışlardır.

Öztin-Öğün ve uhruk (2001), ameliyathane ortamının ameliyathane personelinin sağlığı üzerine etkilerini araştırdıkları bir çalışmada, anestezi doktor ve hemşireleri ile cerrahi doktorlarının sağlık sorunlarını, anestezi gazlara maruz kalmamış aynı fakültede temel bilimlerde görev yapan doktorlarla karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre, anestezi uzmanları, anestezi mesleğine başlamadan önce var olmayan birçok hastalığın geliştiğinden ve daha sık viral hastalıklara yakalandıklarından yakınmışlardır. Anestezi uzmanları, varis, kilo alımı, peptik ülserden yakındıkları saptanmıştır. Anestezi uzmanlarında 70 gebeliğin 8'i düşükle, 12'si düşük tehdidi altında sonlandığı belirlenmiştir.

WHO ve ILO'nun 2010 yılında yaptığı ortak toplantısında sağlık çalışanlarının korunması konusuna öncelik verilmiş olup ortak bir politika kılavuzu hazırlanmış, HIV

(insan immün yetmezlik virüsü-human immunodeficiency virus) ve tüberküloz için koruma, tedavi ve bakım hizmetleri kılavuzu oluşturulmuştur (Saygun, 2012).

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamların ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle öncelikle çalışma ortamlarında sağlığı bozan etmenlerin iyi bilinmesi ve korunma önlemlerinin alınması gerekmektedir (Saygun, 2012).

2.2.4. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri

ILO, 1950’li yıllarda, her çalışanın sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın bir insanlık hakkı olduğunu, bu hakkın yaşama hakkı sınırları içerisinde bulunduğunu ve her ülkenin buna uyması gerektiğini belirtmiştir (Say, 2013). ILO, 1985 yılında her bir ülkede sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesi ile ilgili önemli bir karar almıştır. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission) 1990 yılında, sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alınması ve bunun için hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiği önerisinde bulunmuştur (Özkan ve Emiroğlu, 2006).

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu, 1990’lı yılların başında hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulunması koşulunu getirmiştir (Say, 2013).

OSHA ve NIOSH, “Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi”ni, öncelikli olarak sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, koruyan, hastalıklarını önleyen ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren birinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlamıştır. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesi, olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesi hizmetin temel amacıdır (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Komitenin sağlık ve güvenlik hizmetleri; sağlık çalışanları, hastane ortamı ile üretim süreci ve diğer hizmetler olmak üzere üç temel alanda yürütülmektedir. Bu hizmetler aşağıda belirtilmiştir (Say, 2013).

1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hizmetler

- Sağlığı geliştirme programlarının yapılması,
- Sağlık ve güvenlik konuları ile ilgili sağlık eğitimi verilmesi,
- Sağlık çalışanlarının tanımlanmış tehlike ve riskler konusunda bilgilendirilmesi,
- Sağlık danışmanlığı verilmesi,
- Çalışanların sağlık ve güvenlik standartlarına uyumunun izlenmesi,
- İşe giriş muayeneleri ve periyodik muayenelerin yapılması,
- Sağlık çalışanlarının kişisel koruyucuları kullanmasının, yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması,
- Meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi,
- Bulaşıcı hastalıklara yönelik sürveyansların yapılması.

2. Hastane Ortamına ve Üretim Sürecine Yönelik Hizmetler

- Çalışma ortamının ve her bir farklı meslek grubunun üretim sürecinin tanımlanması,
- Her bir farklı meslek grubunun iş akış şemalarının çıkarılması,
- Çalışma ortamına ve üretim sürecine yönelik sağlık, güvenlik tehlike ve risklerinin belirlenmesi ve düzenli olarak izlenmesi,
- İş tehlikeleri için izin verilen maruziyet düzeyinin araştırılması,
- Çalışma ortamına ve üretim sürecine bağlı tehlikeli uygulamaların kontrol edilmesi ve denetlenmesi,
- Tehlike ve risklere karşı alınan önlemlerin etkinliğinin izlenmesi.

3. Diğer Hizmetler

- Hastane sağlık ve güvenlik politikalarının, prosedürlerinin oluşturulması,
- Sağlık ve güvenlik kayıt sisteminin oluşturulması,

- Yasal ve etik durumlara uyulması,
- Acil durumlara hazırlık planlarının oluşturulması,
- Hastanenin diğer bölümleri ile koordinasyonun sağlanması.

Türkiye’de hastane sağlık çalışanlarına yönelik ilk olarak 1999-2001 yılları arasında Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Hemşireler Derneği, Türk Tabipleri Birliği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği gibi toplam 15 sağlık meslek örgütü ve sendikanın desteği ile Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongrelerinde bu komitenin işlevleri ile ilgili tartışmalar yürütülmüştür (Özkan ve Emiroğlu, 2006).

2.2.5. Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliğini Tehdit Eden Mesleki Risk ve Tehlikeler

Sağlık hizmetleri alanı, iş sağlığı ve iş güvenliği açısından önemli risk ve tehlikeler taşıyan bir çalışma alanıdır. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkileyen pek çok mesleki risk ve tehlike bulunmaktadır (Say, 2013).

Sağlık çalışanlarının mesleki risk ve tehlikeler ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir (Parlar, 2008).

Sağlık çalışanlarının çalışma hayatında karşılaştıkları mesleki risk ve tehlikeleri biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psiko-sosyal olmak üzere beş ana grupta incelemek mümkündür (Sarıçam, 2012).

Biyolojik Risk ve Tehlikeler

Sağlık çalışanları her gün içinde buldukları çalışma ortam ve koşulları nedeniyle birçok risk etmeni ile karşılaşmaktadır. Bu risklerden biri de çalışanların maruz kaldıkları kan, kan ürünleri ve vücut sıvıları ile temas sonucu, solunum, damlacık yolu ile bulaşma sonucu ve diğer yollarla çalışanları etkileyen biyolojik risklerdir (Hepatit B, Tüberküloz gibi) (Sarıçam, 2012).

Sağlık çalışanları açısından önemli olan biyolojik risk faktörlerinden biri; solunum yolu ile maruz kalınan ve çoğunlukla hastane kökenli olan enfeksiyonlardır.

Sık karşılaşılan bu enfeksiyon etkenleri; influenza, rubella, kızamık, kabakulak, varisella ve parvovirüs B19 virüsleri ile tüberküloz, boğmaca, streptokok ve H. Influenzae bakterileridir (Aydın-Aktekin, 2010).

Sağlık çalışanlarına, hastaların kan veya kanla kontamine vücut sıvıları ile başlıca dört tür viral hastalığın bulaşması söz konusu olmaktadır. Bunlar; HIV, Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV), Hepatit D (delta HDV) virüsleridir. Sağlık çalışanına bulaşma açısından günlük uygulamada en sık karşılaşılan sorunlar; hastalarda kullanılan iğnelerin ele batması, kanla kontamine delici-kesici aletlerle yaralanma veya enfekte kan ya da vücut sıvılarının mukozalara sıçramasıdır (İncesesli, 2005).

Tüberküloz, hava yolu ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığı olup sağlık çalışanları için önemli bir sağlık sorunudur (Devebakan, 2007). Hoşoğlu ve ark. (2004), bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinde 1986-2000 yılları arasındaki tüberküloz gelişme insidansını geriye dönük olarak araştırmış ve on beş yıllık periyotta toplam 22 sağlık çalışanında hastane kaynaklı tüberküloz geliştiğini saptamışlardır. En yüksek enfeksiyon hızının 100.000'de 274.4 ile hemşireler arasında olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanları sağlık hizmeti sunumu sırasında sıklıkla enfeksiyon etkenleri ile temas etmektedir. Sağlık kuruluşlarında gerekli önlemler alınmazsa, bu etkenler, hastadan hastaya, hastadan sağlık çalışanına veya sağlık çalışanından hastaya bulaşabilmektedir (Parlar, 2008).

Kimyasal Risk ve Tehlikeler

Sağlık çalışanları çalışma ortamında çeşitli kimyasal risk ve tehlikelerle karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları kimyasal faktörler içinde ilk sırada dezenfektanlar, ikinci sırada antiseptikler yer almaktadır. Bunların dışında diğer kimyasal faktörler; anestezi maddeler, lateks, cıva, gluteraldehit, solvent, inorganik kurşun, farmasötik maddeler ve sitotoksik maddelerdir. Bu kimyasal maddeler, cilt, göz, solunum sistemi (inhalasyon), ağız (yutma) ve iğne batması gibi çeşitli yollarla vücuda alınmaktadır. Bu maddelere maruziyet sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkilere neden olabilmektedir (Say, 2013).

Fiziksel Risk ve Tehlikeler

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında karşılaştıkları bir diğer risk ve tehlike grubu da fiziksel faktörlerdir. Fiziksel faktörlere; aydınlatma, gürültü, sıcaklık, nem, havalandırma ve iyonize radyasyon örnek verilebilir (Parlar, 2008).

Ergonomik Risk ve Tehlikeler

İşin çalışana göre uydurulması “ergonomi” olarak adlandırılmaktadır. Ergonomi, insan ile çevre arasındaki uyumu optimal hale getirerek üretimi maksimize, fiziksel ve mental stresi minimize etmeyi amaçlamaktadır. Çalışma ortamı ergonomik ilkelere göre düzenlenmediğinde sağlık sorunlarının artması, iş kazalarının gündeme gelmesi ve iş performansının düşmesi kaçınılmaz olmaktadır (Say, 2013).

Sağlık kuruluşlarında yapılan mesleğe, alınan göreve ve çalışılan birime göre ergonomik stres etkenleri değişebilmektedir. Hastanelerde özellikle acil servis, yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, onkoloji ve cerrahi servisler diğer ünite veya servislere göre daha riskli alanlardır (Yavuz, 2009).

Hastane ortamında iş kazalarına yönelik yapılan araştırmalarda çalışanlarda kas-iskelet sistemi yaralanmalarının hasta ve diğer objeleri kaldırma, hasta bakımı, uzun süre ayakta kalma, kayma, düşme, ezilme, çarpma, sıkışma, eğilme sonucu tutulma, malzemenin hatalı kullanımı ve vücut mekanikleri ilkelerine uymama gibi nedenler ile meydana geldiği belirtilmektedir. Islak zemin, yüksek basamaklar gibi ortama ait faktörler de kayma, düşme gibi kazalara yol açabilmektedir (Say, 2013).

Psiko-Sosyal Risk ve Tehlikeler

Sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı risk faktörlerinden biri de psiko-sosyal risk faktörleridir. Sağlık çalışanlarını etkileyebilecek psiko-sosyal risk faktörleri; iş stresi, iş tatmini ve işyerinde şiddet olarak belirtilmektedir (Parlar, 2008).

İş Stresi:

Stres, bireyin içinde bulunduğu çevreden kendine yönelen istemlerle, kendi değerleri, tutumları, ihtiyaçları ve yetenekleri arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan

bedensel, sosyo-psişik bir gerilim durumu olarak tanımlanmaktadır. İş stresi, işin yerine getirilmesinde zorluk yaşanması ile ilgilidir (Öcal, 2010).

Sağlık çalışanlarında; rol çatışması ve belirsizliği, meslektaşların desteğinin olmaması, uygun olmayan fiziki çevre, tıp teknolojisindeki gelişmeler, personelin uygun olmayan dağılımı, hastalarla uzun süre temas ve karmaşık ilişkiler gibi nedenler iş ile ilgili strese yol açmaktadır (Parlar, 2008).

İş stresinin hem çalışan hem de işletme açısından önemli sonuçları bulunmaktadır. Çalışan açısından; anksiyete, depresyon, öfke ve kardiyovasküler hastalık, baş ağrısı gibi çeşitli fiziksel sonuçları bulunmaktadır. İşletme açısından da; artan iş devamsızlığı, performansın kalite ve miktarında azalma gibi sonuçları bulunmaktadır (Dessler, 2008).

Aşırı dikkat gerektiren ağır çalışma koşullarının bulunduğu ameliyathanelerin çok stresli ve izole bir ortam olması, ameliyathane çalışanlarının ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Say, 2013).

Serinken ve arkadaşları tarafından İzmir ilindeki acil servis hekimlerinin tükenme düzeyleri ile ilgili yapılan bir araştırmada hekimlerin en fazla bildirdikleri iş stresi faktörlerinin; hastalardan enfeksiyon bulaşma korkusu, yetersiz ücret, hasta ve hasta yakınlarının kaba ve saldırgan davranışları, toplumdan bekledikleri saygıyı görmemeleri ve takdir edilmemeleri olduğu saptanmıştır (Devebakan, 2007).

İş Tatmini:

İş tatmini, çalışanların iş ve iş yaşamındaki beklentilerine ulaştıkları zaman duydukları olumlu duygusal bir durumdur. İş tatmini, her iş kolu için önemli bir olgudur. Sağlık çalışanları açısından bakıldığında, sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, dikkat ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeni ile iş tatmini bu çalışan grubu için daha da önem kazanmaktadır. Çalışma ortamında iş tatminsizliği yaşayan birey, olumsuz duygulara yönelmekte olup bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı da etkilenmektedir. Bunun sonucunda işten uzaklaşma, işi terk etme ve sık sık iş değiştirmeler yaşanmaktadır (Parlar, 2008).

İşyerinde Şiddet:

Çalışma ortamında çalışanların sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyen faktörlerden biri de şiddettir (Say, 2013). Çalışanlara yönelik şiddet, işyerinde büyük bir sorun haline gelmiştir (Dessler, 2008). Şiddet, kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanmasıdır. Şiddet, fiziksel saldırı, sözel saldırı ya da cinsel taciz şeklinde ortaya çıkmaktadır. İşyerinde şiddet, çalışanın işi ile ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar olarak tanımlanmaktadır (Say, 2013). Ayrıca NIOSH işyerinde şiddeti, “işyerinde çalışanlara yönelik fiziksel saldırılar ve saldırı tehditleri gibi şiddet eylemleri” olarak tanımlamıştır (Mondy, 2008). İşyerinde şiddet, iş kazaları içerisinde değerlendirilmektedir (Yeşildal, 2005). Sağlık kuruluşlarındaki şiddet ise, hasta, hasta yakınları ya da diğer kişilerden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmaktadır (Say, 2013).

ABD’de yapılmış bir araştırmada sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat fazla olduğu saptanmıştır (Parlar, 2008). Özellikle hastalarla doğrudan teması olan hemşireler ve acil ünitelerinde çalışanlar daha fazla risk altındadır (Beşer, 2012).

Araştırmacılar, şiddetin toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, işyeri şiddetinin günümüzde gittikçe artan önem kazandığını belirtmektedirler (Say, 2013).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusuna ilerleyen bölümlerde ayrıntılı bir şekilde yer verilecektir.

2.2.6. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

Sağlık hizmetleri alanı, iş sağlığı ve iş güvenliği açısından önemli riskler taşıyan bir çalışma alanı olup bu alanda, çalışanların sağlığını olumsuz etkileyen birçok risk faktörü bulunmaktadır (Say, 2013).

Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları

Ülkemizde sağlık sektörü, iş kazaları açısından riskli bir sektör olup özellikle hastane çalışanları kazalarda yüksek risk grubu içerisinde yer almaktadır (Erkal ve Coşkuner, 2010).

SGK 2012 yılı verilerine göre “insan sağlığı hizmetleri” faaliyet grubunda erkeklerde 71, kadınlarda 60 olmak üzere toplam 131 iş kazası meydana gelmiştir (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler?CSRT=21620354926479272> 44, 2013).

Sağlık çalışanlarında en sık görülen iş kazaları; kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile bulaşma, ağır kaldırma, düşme, çarpma, takılma, kayma gibi nedenlere bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet, alerjik reaksiyon, yanıklar, zehirlenme, yangın, patlama, elektrik çarpması gibi çalışma ortamında meydana gelen her tür kaza ve işe gidiş-geliş sırasında meydana gelen trafik kazasını içermektedir (Say, 2013).

Elle tutulduğu sırada cildin penetran yaralanmasına neden olabilen tıbbi ya da laboratuvar ekipmanları “kesici-delici alet” olarak adlandırılmaktadır. Bu aletlere enjektörler, sivri uçlu intravenöz giriş araçları, bistüriler, lansetler, ampullere ait kırık cam parçaları örnek verilebilir. Ayrıca yaralanmaya neden olabilecek sert plastik maddeler de bu grupta yer almaktadır (Korkmaz, 2008).

Kesici-delici aletlerle olan yaralanmalar hastane ortamında iş ile ilgili yaralanmaların yaklaşık üçte birinden sorumlu tutulmaktadır. Bu yaralanmalar sıklıkla iğne kapaklarının kapatılması ve kullanılmış iğnelerin ortamdaki uzaklaştırılması sırasında meydana gelmektedir (Kaya ve ark., 2012). NIOSH iğne yaralanmalarını, deri altı iğneleri, kan alma iğneleri ve intravenöz iğneler gibi araçların neden olduğu yaralanmalar olarak tanımlamaktadır (Vaz ve ark., 2010). Klinik uygulamaları sırasında iğne kullanan sağlık çalışanları, HBV, HCV veya HIV gibi kan yoluyla bulaşan patojenlerle ciddi ya da ölümcül enfeksiyona yol açabilen iğne yaralanmaları açısından yüksek risk altında bulunmaktadır (Vaz ve ark., 2010).

Hastanenin riskli alanlarında çalışan sağlık personelleri, iğne yaralanmalarına maruz kalma ile anksiyete ve depresyon yaşama açısından yüksek risk altında bulunmaktadır. Bu durum çalışanlarda, iş ve davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Bundan dolayı, iğne yaralanmaları yüksek enfeksiyon riskine neden olmanın yanı sıra sağlık çalışanlarının ruh sağlığını da etkilemektedir (Afridi ve ark., 2013).

Kaya ve ark. (2012), tarafından sağlık çalışanlarında kesici-delici alet yaralanmalarının değerlendirilmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, 2008-2011 yılları arasında meydana gelen yaralanmalar retrospektif olarak incelenmiş ve bu süreçte toplam 83 sağlık çalışanının yaralanmaya maruz kaldığı belirlenmiştir. Yaralanmaların %93'ü perkütan yaralanma olup, perkütan yaralanmalarında ilk sırasında %50,6 ile enjeksiyon sonrası enjektör kapağı kapatma işlemi sırasında yaralanma olduğu belirlenmiştir.

Kesici-delici alet yaralanmaları, kan ile taşınan enfeksiyonlar açısından önemli risk oluşturmaktadır (Korkmaz, 2008). Kan, kan ürünleri ve kanlı vücut sıvılarının direkt teması ya da iğne ve sivri uçlu kesici aletler aracılığı ile sağlık çalışanlarına en az 20 farklı enfeksiyon etkeni bulaşabilmektedir. Bu etkenler arasında ilk sırayı virüsler almakta olup sıklıkla HBV, HCV ve HIV'in bulaştığı gözlenmektedir (Kaya ve ark., 2012). Sağlık çalışanları arasında özellikle hemşire ve hekim, riskli gruba oluşturmaktadır. Ayrıca temizlik personelleri de risk altında bulunmaktadır (Beşer, 2012).

Sağlık çalışanları ayrıca ıslak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörlerden kaynaklanan kayma, düşme, burkulma ve çarpma gibi iş kazaları ile de karşı karşıya kalmaktadırlar (Öcal, 2010).

Sağlık Kuruluşlarında Meslek Hastalıkları

SGK 2012 yılı verilerine göre “insan sağlığı hizmetleri” faaliyet grubunda yalnızca erkek cinsiyette olmak üzere toplam 5 meslek hastalığı vakası meydana gelmiştir

(<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler?CSRT=21620354926479272> 44, 2013).

Sağlık çalışanlarını tehdit eden enfeksiyona bağlı başlıca meslek hastalıkları; HIV, hepatit B, hepatit C, hepatit D, suçiçeği, kızamık, tüberkülozdur (Öcal, 2010).

Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında dezenfektanlar, sterilizanlar, laboratuvar malzemeleri, ilaçlar ve anestezipler gibi çeşitli kimyasallar ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Akpınar, 2013). Bu maddelere maruziyet sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkilere neden olabilmektedir (Say, 2013). Bu kimyasallar vücudun alerjik reaksiyon göstermesine neden olabilmektedir. Ayrıca bazı dezenfektanlar ve antiseptikler zehirli olmakta ve deri ya da solunum yolu ile alınmaları ile rahatsızlanmalara yol açabilmektedir. Bu kimyasal maddelerden (formaldehit gibi) bazıları mutajen (organizmanın genetik yapısını değiştiren), bazıları teratojen (fonksiyon bozukluklarına neden olan) ve bazıları da karsinojen (kansere neden olan) özelliindedir (Akpınar, 2013).

Yaz aylarında havalandırmanın yetersiz olduğu birimlerde sağlık çalışanlarında, ter ile sıvı elektrolit kaybına bağlı aşırı yorgunluk, kas krampları ve uyku hali görülebilmektedir (Öcal, 2010).

Sağlık çalışanları için bir başka risk faktörü, radyasyondur. Özellikle ameliyathane, acil servis ve yoğun bakım üniteleri sağlık çalışanlarının yeterli ölçüm yapılmadan radyasyona maruz kaldığı birimlerdir. İyonize radyasyonun gen mutasyonu, kromozomal değişiklikler, metabolik bozukluklar gibi kronik etkileri, radyasyon ile çalışanın korunmasındaki aksaklıklar ile ilişkili olarak meydana gelmektedir (Öcal, 2010).

Sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştıkları mesleki hastalıklar arasında kas-iskelet sistemine ilişkin rahatsızlıklar da bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarında sıklıkla bel ağrısı, karpal-tünel, ayak problemleri, varis gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları ortaya çıkmaktadır (Öcal, 2010).

Sağlık çalışanlarında lateks alerjisi son yıllarda önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu hatta meslek hastalığı haline gelmiştir. Lateks, kauçuktan yapılmış ürünlerin içinde bulunmaktadır (Yalçın ve ark., 2011). Lateks, tıbbi malzemelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Lateks ürünlerinin kullanımı (özellikle sağlık çalışanları tarafından lateks eldivenler), kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki kaygılar nedeniyle

artmıştır (Amarasekera ve ark., 2010). Sağlık çalışanları özellikle pudralı eldivenler ile alerjene maruz kalmaktadır. Lateks alerjik reaksiyonu, lateks eldiven giyimini takiben 48-72 saat içinde gözlenen kaşıntı, eritem ve ödem ile karakterize olan kontakt dermatittir (Yalçın ve ark., 2011).

Yalçın ve ark. (2011), hekim ve hemşirelerde lateks duyarlılığı prevalansını saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, 276 kişiye ulaşmış, tüm araştırma grubunun %18,1'inde lateks duyarlılığı saptamışlardır. Çalışmada hemşirelerde duyarlılığın hekimlere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

İş stresine bağlı olarak sağlık çalışanlarında; anksiyete, depresyon, iş memnuniyetsizliği, uyumsuz davranış, sigara kullanımı gibi durumlarda artış görülmektedir. Sağlık çalışanının uzun süre çalışması, gece çalışması, sık tutulan nöbetler, hastaların ölümü gibi olumsuz durumlar sağlık personelinin çeşitli psiko-sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Öcal, 2010).

2.2.7. Sağlık Kuruluşlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarına Karşı Önlemler

Sağlık kuruluşlarında iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı alınabilecek önlemler genel olarak aşağıda belirtilmiştir (Özkan ve Emiroğlu, 2006; Say, 2013).

1. Çalışma ortamlarında uygun sterilizasyon yapılması,
2. Hasta ile temastan önce ve sonra ellerin yıkanması,
3. Gerekli işlemlerde eldiven, maske, önlük ve gözlük gibi kişisel koruyucuların kullanılması,
4. Tüm bölümlerde temiz ve kirli malzemelerin ayrı yerlerde muhafaza edilmesi,
5. Sağlık birimlerinin periyodik denetimlerinin yapılması,
6. Sağlığı geliştirme programlarının yapılması,
7. Sağlık çalışanlarının tanımlanmış risk ve tehlikeler konusunda bilgilendirilmesi,
8. Sağlık çalışanlarına sağlık ve güvenlik konuları ile ilgili eğitim verilmesi,

9. İşe giriş muayenelerinin yapılması,
10. Bağışıklama (hepatit B aşısı gibi) yapılması,
11. Bulaşıcı hastalıklara yönelik sürveyansların yapılması,
12. Çalışma ortamına ve üretim sürecine bağlı tehlikeli uygulamaların kontrol edilmesi ve denetlenmesi,
13. Araştırmaların yürütülmesi (iş kazası ve meslek hastalıkları gibi konularda).

2.2.8. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

İnsanlık tarihi kadar eski olan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir olgudur. Şiddet, son yıllarda dünyanın her yerinde yaş, cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi ayırmaksızın toplumdaki tüm bireyleri etkilemekte, giderek günlük yaşamın bir parçası haline gelmekte ve her sektör için önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (İlhan ve ark., 2013). İşyerinde şiddet hemen hemen tüm sektörleri ve çalışanları etkilemekte olup bu sektörler arasında sağlık sektörü büyük risk altında bulunmaktadır (Belayachi ve ark., 2010).

Literatürde, şiddetin diğer iş kollarına göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği, sağlık kuruluşlarında çalışmanın diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmektedir (Akpınar, 2013).

WHO, ILO ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti" başlıklı ortak raporunda, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini uyguladıkları süre içerisinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir (İlhan ve ark., 2013).

Şiddetin Tanımı

WHO şiddeti; "kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan (ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan) kasıtlı güç kullanımı tehdidi" olarak tanımlamaktadır (İlhan ve ark., 2013). Başka bir ifadeyle şiddet, fiziksel, zihinsel veya duygusal zarar ya da

yaralanma ile sonuçlanan güç kullanımı çabasıdır. Şiddet, çatışma, sözel saldırı veya fiziksel kötü davranışlar içerebilir (Suter ve ark., 2010).

İşyerinde şiddet, çalışanın işi ile ilgili durumlar sırasında bir kişi ya da kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olay olarak tanımlanmaktadır (Çamcı ve Kutlu, 2011). Avrupa Komisyonu da işyerinde şiddeti; “çalışanın işi nedeni ile (işine gidip gelirken olanlar da dahil) maruz kaldığı, açıkça ya da üstü kapalı şekilde, güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olayları” olarak tanımlamaktadır (Pınar ve Pınar, 2013).

Sağlık kurumunda şiddet; “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmaktadır (Ayrancı ve ark., 2002).

Şiddet ile İlgili Teoriler

Şiddetin oldukça karmaşık bir davranış biçimi olduğunu açıklayan üç ana teori ileri sürülmektedir. Bu teoriler; biyolojik teori, sosyal öğrenme teorisi ve zedelenme-saldırganlık teorisidir (Al ve ark., 2012).

1. Biyolojik Teori: Bu teoriye göre bazı kişiler nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları ile şiddete daha fazla yatkındırlar. Temporal lob epilepsisi gibi beyin disfonksiyonu olanlar örnek verilebilir. Bu teori, şiddet ile ilgili tıbbi bir yaklaşımın da gerekli olduğunu öne sürmektedir (Al ve ark., 2012).

2. Sosyal Öğrenme Teorisi: Bu teoriye göre şiddet, diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır. Bu teoriye, öncesinde otoriter bir ortamda şiddet deneyimi yaşayan kişinin benzer ortamlardaki bir uyarıcı ile öfkesinin provoke olması veya geçmiş yaşantısında şiddete maruz kalanların yaşamlarında şiddet davranışını sürdürebilmeleri örnek olarak verilebilir (Annagür, 2010).

3. Zedelenme-Saldırganlık Teorisi: Bu teoriye göre şiddet, önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan bir zedelenmeye yanittir. Bu teori, hastanelerde karşılaşılan şiddet davranışının çoğunluğunu açıklamaktadır (Al ve ark., 2012).

Şiddet ile İlgili Risk Faktörleri

Sağlık kuruluşlarında şiddet ile ilgili risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Çamcı ve Kutlu, 2011; Al ve ark., 2012; Pınar ve Pınar, 2013):

1. Sağlık kuruluşlarında 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi,
2. Stresli aile üyelerinin varlığı,
3. Hastaların uzun bekleme süresi,
4. İşlerin yoğun fakat personel sayısının az olması,
5. Aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma,
6. Şiddet ile baş etmede çalışanın eğitim yetersizliği,
7. Yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması,
8. Fiziki koşulların yetersizliği (yetersiz aydınlatma, bekleme alanlarının konforsuz olması gibi),
9. Çalışma arkadaşları arasındaki ilişkilerin zayıf olması, yönetici desteğinin olmaması,
10. Mental veya davranış bozukluğu olan hastaların olması,
11. Hasta ve yakınlarının kurallara uymaması,
12. Kalabalık ve gürültülü ortam,
13. Sağlık çalışanının zamanının kısıtlı olması,
14. Hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri,
15. Sağlık kuruluşlarında donanım eksiklikleri,
16. Yemek saatlerinde personel sayının azalması,
17. Çalışanın kriz yönetimindeki yetersizliği,
18. Boş yatak bulunamaması,
19. Adam kayırmacılık.

Şiddetin Çeşitleri

İşyerinde şiddet, kaynağına ve oluş şekline göre iki ana grupta sınıflandırılmaktadır (Pınar ve Pınar, 2013).

a) Şiddetin Kaynağına Göre: Bu sınıflandırmada, Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresinin geliştirdiği sınıflama tercih edilmekte ve aşağıdaki gibi dört tip şeklinde incelenmektedir (Pınar ve Pınar, 2013).

Tip I: Önceden kuruluşla ilişkisi olmayan bireyler tarafından gerçekleştirilen suç eylemlerini kapsamaktadır. Nakit para ve değerli şeyler, bu şiddet türünün ana hedefidir.

Tip II: Bir müşteri/hasta ve/veya hasta yakını tarafından yapılan fiziksel ve/veya psikolojik saldırıyı kapsamaktadır. İşyerinde şiddetin en yaygın türünü oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları daha çok bu şiddet türüne maruz kalmaktadır.

Tip III: Çalışanın çalışana uyguladığı şiddeti ifade etmektedir. İşyerinde şiddetin bu türü, amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına, astlarına ve diğer personele karşı şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları kapsamaktadır.

Tip IV: Yakınların (ailenin veya arkadaşların) gösterdiği şiddet türüdür. Bu tür şiddet, esas olarak evden kaynaklanmasına karşın, önemli derecede işyerine taşmalar gözlenmektedir.

b) Şiddetin Oluş Şekline Göre: Şiddet, oluş şekline göre iki ana grupta incelenmektedir. Bunlar; fiziksel ve psikolojik şiddettir (Pınar ve Pınar, 2013).

Fiziksel şiddet, diğer bir kişiye ya da bir gruba karşı fiziksel, psikolojik ya da cinsel zarar verme ile sonuçlanabilen fiziksel güç kullanımınıdır. Tekmeleme, tokat atma, itme, ısırma gibi eylemleri içermektedir (Yeşildal, 2005). Psikolojik şiddet, fiziksel güç kullanılabileceği hissettirilerek korkutmak da dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmaktır (Pınar ve Pınar, 2013).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Görülme Sıklığı

Sağlık çalışanları işyerinde şiddete maruziyet açısından yüksek risk grubu içinde yer almaktadır (Pınar ve Pınar, 2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin yurt içinde ve dışında birçok çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında şiddetin diğer işyerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayıt altına alındığıdır. Çalışmalarda sağlık kuruluşlarında sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği öne çıkmıştır (Annagür, 2010).

Ülkemizde, hastanenin bütün bölümlerini ya da sadece acil servisleri kapsayan çalışmalarda, benzer sonuçlar elde edilmiş, şiddete uğramada hemşirelerin ilk sırada, pratisyen hekimlerin ikinci sırada, daha sonra da uzman hekimler ve diğer personelin yer aldığı belirlenmiştir. Şiddetin en sık acil servislerde, ikinci sıklıkta psikiyatri kliniklerinde gerçekleştiği saptanmıştır (Saygun, 2012).

NIOSH'a göre sağlık kuruluşlarının her yerinde şiddete maruz kalma olasılığı olmakla beraber acil servis, psikiyatri servisi, bekleme odaları ve yaşlı bakım servisleri bu eylemin sıklıkla yaşandığı yerler arasındadır (Uçak, 2009).

WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (Al ve ark., 2012).

Tablo 1'de sağlık çalışanlarında şiddetle ilgili yapılan çalışmalardan örnekler verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık çalışanlarında şiddetle ilgili yapılan çalışmalardan örnekler (Öcal, 2010) (**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri)

ARAŞTIRMACILAR	YIL-YER	ARAŞTIRMA GRUBU VE TİPİ	SONUÇLAR
Early MR and Williams A	2002 ABD	Kesitsel 195 acil hemşiresi	Katılımcıların %60'ı hasta tarafından şiddete uğramıştır.
Salim M. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S	2002 Kuveyt	Kesitsel 5876 hemşire	Son 6 ay içinde grubun %48'i sözel şiddet ve %7'si fiziksel şiddet yaşamıştır. Fizik şiddete uğrayanların %63'ü fiziksel yaralanma bildirmedi.
Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K	2003 Kanada	Kesitsel 6526 Alberta'da, 2648 British Columbia'da çalışan hemşire	Fiziksel şiddetin kaynağı, acil serviste %95,6, psikiyatri servisinde %100 hastalardır. Yoğun bakım biriminde emosyonel suistimalin %56,7'sinden, sözel cinsel tacizin %53,6'sından hastane çalışanlarının sorumlu olduğu bildirilmiştir.
Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA	2003 Düzce, Türkiye	Kesitsel 79 hemşire	Grubun %60,3'ü şiddete maruz kalmıştır. Sözel şiddete maruz kalma %55,8, fiziksel şiddete maruz kalma %1,4'tür.
Çalışkan M, Öcal E, Yesildal N, Mayda AS, Şerifi BA	2004 Düzce, Türkiye	Kesitsel 76 araştırma görevlisi	Araştırma grubunun %58,3'ü şiddete maruz kaldığını bunların %65,7'sinin sözel şiddet olduğu, %53,1'nde şiddete maruziyetin en sık acilde olduğu %53,3 ile en sık hasta yakınları tarafından uygulandığı, %2,9'unun fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır.
Findorff MJ, McGovern PM, Wall M, Gerberich SG, Alexander B	2005 ABD	Kesitsel 1751 sağlık çalışanı	Fiziksel şiddet %7,2, fiziksel olmayan şiddet %30,6'dır. Şiddet riski hastayla ilişki arttıkça artmaktadır.
Ayrancı Ü. The Journal of Emergency	2005 Eskişehir, Türkiye	Kesitsel 195 acil servis çalışanı	Grupta şiddet hızı %72,3. Verbal emosyonel şiddet %69,5. Özel tehdit %53,2, fizik şiddet hızı %8,5 idi.
Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S	2005 ABD	Kesitsel 171 acil servis hekimi	Grubun %75'i sözel şiddete, %28'i fiziksel şiddete maruz kalmıştı, %44'ü geçmişe göre işyerinde kendini daha az güvenli hissediyordu.

Samsun'da 2006 yılında 522 pratisyen hekim ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %82,8'i tüm meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Pınar ve Pınar, 2013).

Ayrancı ve ark. (2002), Eskişehir, Ankara ve Kütahya'daki sağlık kurumlarında 1071 sağlık çalışanın katılımı ile yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %50,8'inin çalıştığı bir anda şiddet türlerinden birine ya da daha fazlasına maruz kaldıklarını saptamışlardır.

Çamcı ve Kutlu (2011), "Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi" adlı çalışmalarında, araştırmaya katılanların çalışma yaşamı boyunca şiddete uğrama oranını %72,6, son 12 ayda şiddete maruz kalma oranını ise %72,4 olarak bulmuşlardır. Çalışmada, en fazla maruz kalınan şiddet türü %98,5 ile sözel şiddet olup şiddetin en fazla hasta yakınları ve erkekler tarafından uygulandığı saptanmıştır.

Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin giderek arttığını ve sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma açısından risk altında olduğunu açıkça göstermektedir.

Şiddetin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

Şiddetin sağlık çalışanı üzerindeki etkileri; bakımın kalitesinde azalma, moral bozukluğu, iş tatmininde azalma, işten ayrılma ya da ayrılmayı düşünme, stres düzeyinde artış, iş hatalarında artış, işe devamsızlıkta artış, korku, öfke, güçsüzlük, suçluluk hissetme, uyku bozuklukları ve fiziksel yaralanma olarak sıralanabilir (Beşer, 2012). Şiddetin etkileri, küçük fiziksel yaralanma, ciddi fiziksel yaralanma, geçici veya kalıcı sakatlık, psikolojik travma ve ölüm gibi değişik derecelerde olabilmektedir (Belayachi ve ark., 2010). Şiddet yalnızca çalışan üzerinde değil, çalışanın iş arkadaşları ve ailesi üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Pınar ve Pınar, 2013).

Şiddete Karşı Alınabilecek Önlemler ve Şiddet ile Başa Çıkma

Şiddet ile başa çıkmada genel olarak kullanılan iki ana yöntem vardır. Bunlar; hasta ve çalışan düzeyinde küçük çaplı önlemler ve hastane genelini ilgilendiren geniş çaplı önlemlerdir (Annagür, 2010).

1. Hastaya Odaklı Önleyici Yöntemler: Hastayı yakından gözlemlemek, ayrıntılı öykü almak, hastaya yaklaşımda stresle baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan beceriler gibi güncel yaklaşımlar sayılabilir. Sağlık çalışanlarının kişiler arası ilişkilerde sözel ve sözel olmayan beceri eğitimi almaları olumsuz duygusal etkiyi azaltmaktadır. Şiddet öncesi prodromal dönemdeki belirtileri iyi gözlemlemeleri en etkili önlemlerdir. Hasta-hekim ilişkisinde değinilecek bir başka konu da hastanın bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onam konusundaki eksikliklerdir. Hasta ve hasta yakınına karşı teknik konuşmak veya olabilecek riskler hakkında yeterli bilgi vermemek şiddet riskini artırmaktadır (Annagür, 2010).

2. Hastane Geneli ile İlgili Geniş Çaplı Önlemler: Uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları oluşturulması gibi önlemlerdir (Annagür, 2010).

2.2.9. Türkiye’de Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde doğrudan “Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği” başlıklı bir düzenleme bulunmamaktadır. Ancak sağlık kuruluşlarında iş sağlığı ve iş güvenliği alanını ilgilendiren bazı düzenlemeler aşağıda verilmiştir

(<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

1. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Tebliği
2. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
3. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
4. Özel Hastaneler Yönetmeliği
5. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi
6. Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik

7. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik
8. Güvenlik ve Sağlık İşaretleri Yönetmeliği
9. Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği
10. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
11. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik
12. Kanserojen ve Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
13. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği
14. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik
15. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği
16. Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük
17. Tababet Uzmanlık Yönetmeliği
18. Tıpta Tedavi Amacıyla Kullanılan İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarını İçeren Tesislere Lisans Verme Yönetmeliği

2.3. Hastane Acil Servislerinde İş Sağlığı ve İş Güvenliği

2.3.1. Acil Sağlık Hizmetleri ve İlgili Tanımlar

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre acil; “hemen yapılması gereken, ivedi, ivedili, evgin, müstacel” olarak tanımlanmaktadır

(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts, 2013).

Tıp biliminde acil kavramı, “hastanın zaman kaybetmeden tıbbi bakımı ve müdahale gereksinimi” anlamına gelmektedir (Ünaldı, 2008).

Acil hasta kavramı, acil müdahale yapılmadığında ölüm ya da sakat kalma olasılığı olan hastaları kapsamaktadır (Özüçelik, 2013).

Acil bakım, sağlıklı bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü bozan, yaşamını tehdit altına alan durumlarda bireyin ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın zaman kaybedilmeden verilmesi anlamını taşımaktadır (Ünaldı, 2008).

11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde acil tedavi; “Hastaneler ile diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında acil tıbbi tedaviye ihtiyacı olanlara sunulan hizmetlerin bütünü” olarak tanımlanmaktadır (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

Acil tıp, beklenmedik bir hastalık ya da yaralanma durumunda, hastayı değerlendirmek, müdahale etmek, tedavisini başlatmak ve daha ileri sakatlık ve yaralanmadan korumak için özelleşmiş bir uzmanlık dalıdır (Özüçelik, 2013). Acil tıp hizmeti, hastalanma ya da yaralanmanın olduğu zaman ve çevreden başlayıp, hastanın nakli, acil servis içinde yaklaşım ve sonrasında hastanın taburcu edilmesi veya başka bir bölüme nakledilmesine kadar olan süreçteki hizmetlerin tamamını kapsamaktadır (Zeytin, 2010).

11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde acil sağlık hizmetleri; “Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

2.3.2. Acil Sağlık Hizmetleri Kavramı

Modern tıbbi yaklaşımlarda atılan adımlar, kullanılan araç ve gereçlerdeki teknolojik gelişmeler ve hedef toplumun daha geniş bir coğrafik alanda hizmet beklemesi gibi nedenler acil sağlık hizmetlerinde eskiye göre bazı değişimlerin yaşanmasını zorunlu kılmıştır. Doğal veya doğal olmayan nedenlerle ortaya çıkan ya da çıkması olası toplu yaralanmalara karşı yeni davranış biçimleri oluşturulması gerekmiştir. Bu gereklilikler sonucunda ASH, son yıllarda dünyada ve ülkemizde önemli gelişmeler kaydetmiştir. Özellikle 1990’lı yıllarda akademik alanda ve hizmet

sahasında önemli gelişmeler sağlanmıştır. 1999 yılında yaşanan Marmara Depremi'nden sonra toplumda ve siyasi idarelerin gündeminde her zaman yer alan ASH, ülkemizde özellikle son yıllarda dinamik altyapısı ile son derece üretken ve diğer sağlık alanlarına önder ve örnek bir yapılanma göstermektedir (Eryılmaz, 2007).

Son yıllardaki önemli gelişmelerden biri, acil sağlık hizmetlerinin özel bir hizmet alanı olarak algılanmasıdır. Tıbbi teknolojinin gelişmesi ile hastane acillerinde daha hızlı ve etkili yöntemlerin kullanılması, acil sağlık hizmetlerinin işleyişinde yeni yöntem ve uygulamaların gelişmesini sağlamıştır. Günümüzde acil sağlık hizmetlerinin, acil tıp konusunda uzmanlaşmış sağlık birimleri tarafından yürütülmesi gerektiği kavramı, modern acil sağlık hizmeti sunumunda, teknolojiden de önemli bir ilerleme olarak algılanmaktadır (Özüçelik, 2013).

ASH, ülkemizde ve dünyada “Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri” ve “Hastane Acil Sağlık Hizmetleri” olarak iki ana grupta değerlendirilmekte ve uygulanmaktadır (Özüçelik, 2013).

Ülkelerin sağlık sistemlerindeki farklılıklara göre acil sağlık hizmetlerinde de yapısal ve fonksiyonel olarak farklılıklar bulunmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde dünyada genellikle iki modelin uygulandığı görülmektedir. Bunlar; Anglo-Amerikan Modeli ve Franko-German Modeli'dir (Özüçelik, 2013).

1. Anglo-Amerikan Modeli: Dünyada yeniden yapılanma sürecindeki ülkelerin çoğunda bu model tercih edilmektedir. Bu modelde hastalar daha yüksek kalitede bakım alabilmeleri için hastanelere transfer edilmektedir. Ambulanslarda acil sağlık eğitimi almış ambulans ve acil bakım teknikerleri (paramedik) ile acil tıp teknisyenleri hizmet vermektedir. Hastane acil servislerinde ise ASH konusunda eğitim almış acil tıp uzmanları görev almaktadır (Özüçelik, 2013). ABD, Kanada, Yeni Zelanda, Avustralya ve İran bu modeli kullanan ülkeler arasındadır (Sarlin ve Alagappan, 2010).

2. Franko-German Modeli: Bu modelde, hastaya olay yerinde müdahale edilmekte, ileri bakım sağlamak için acil ekibi ve gerekli tıbbi donanım olay yerine taşınmaktadır. Bu modelde, acil ekibi hastane öncesinde genellikle resüsitasyon ve ağrı kontrolü gibi acil bakım hizmetini üstlenmektedir. Bu modelde hastalar, olay yerinden doğrudan yataklı

birimlere alınmaktadır (Ünalı, 2008). Almanya, Fransa, Yunanistan, Avusturya, İsviçre ve Malta bu modeli kullanan ülkeler arasındadır (Sarlin ve Alagappan, 2010).

2.3.3. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Bireylerin kaza ve felaketlerde acil sağlık sorunlarını çözümlmek amacıyla girişimde bulunması, insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır (Kuğuoğlu, 2004). Mısırlılar dönemine ait bazı kazı materyallerinde kafa içi basıncını azaltmaya yönelik girişimler yapıldığına dair bulgulara rastlanmıştır (Yöndem, 2011). Eski Yunan ve Roma döneminde savaşlardaki yaralanmalarda ilk yardım ve savaş yaralılarının taşınmasına ait anlatımlara rastlanmıştır. 1767 yılında Amsterdam'da, 1768'de Hamburg'da, 1772'de de Paris'te ilk kurtarma topluluğu kurulmuştur. Ayrıca 1772 yılında Danimarka Kralı, yaralı, hasta ve suda boğulanların kurtarılması ve en yakın evlerden birinde barındırılmasına dair karar yayınlamıştır. 1795'te Napolyon'un baş cerrahı Baron Larey, Prusya seferinde yaralılar için "Flying Ambulance" adını verdiği atlı yaralı taşıma aracı kullanmıştır. İçinde eğitilmiş sağlık elemanları bulunan bu araçlar ile yaralıların taşınması ve aynı zamanda tedavisi gerçekleştirmiştir (Kuğuoğlu, 2004). Şekil 3'te ilk ambulans benzeri araçlardan bir örnek görölmektedir.



Şekil 3. İlk ambulans benzeri araç (http://mtegm.meb.gov.tr/program/dokuman/modul/..., 2013)

1813 yılından sonra ilk yardım ve tıbbi yaralı taşımacılığı Kızılhaç tarafından başlatılmıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısında Almanya'da ilk "Halk Kurtarma Servisi" kurulmuştur. 1823-1908 yılları arasında yaşayan Alman Esmarch, ilk yardımın önemi ve kuralları üzerinde durmuş, "Savaşta İlk Yardım" ve "Yaralılara İlk Yardım" adlı iki kitap yazmıştır (Yöndem, 2011). 1863'te İsviçre'de Kızılhaç Teşkilatı kurulmuştur.

1865'te Osmanlı İmparatorluğu Cenevre Sözleşmesi'ni imzalamıştır. 1867'de Osmanlı Hilaliahmer (Kızılay) Cemiyeti (Derneği) kurulmuştur. İngiltere'de 1877'de kurulan acil yardım teşkilatı ülke çapında yaygınlaşmış ve 1884 yılında da sertifika vermeye başlamıştır (Kuğuoğlu, 2004). 1897 yılında Londra'da ilk tam gün süreli sivil ambulans organizasyonu kurulmuştur (Özüçelik, 2013).

20. yüzyılın başında ordu için ilk motorlu ambulans yapılmıştır. 1940'lı yılların başında hastane trenleri, hastane gemileri, yaralı taşıma uçaklarının yanı sıra helikopter de yaralı taşımacılığında yer almıştır. Vietman Savaşı'nda uçuş hekimi, hemşiresi ve sağlık teknisyeni olan helikopterler ile yaralı taşıma ve tedavisi büyük ilgi görmüştür. Daha sonra Amerika, Almanya ve İskandinav ülkeleri hava kurtarma örgütleri kurmuş, sistemler geliştirip personel yetiştirmişlerdir (Kuğuoğlu, 2004). ABD, 1960'larda hizmet vermeye başlayan modern acil tıp hizmetlerini kurarak, acil tıp hizmetleri standartlarının yükseltilmesine ve hastane öncesi acil bakımın kalitesinin artırılmasına yardımcı önemli katkılar sağlamıştır. Ayrıca acil tıp teknisyeni (ATT) kurslarının temelini de atarak, bu alanda uzmanlaşmayı başlatmıştır (Ünaldı, 2008).

Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin gelişimi 1898'den sonra Gülhane'ye gelen Alman hekimlerin sıhhiyelik eğitimine önem vermesiyle başladığı görülmektedir. 1908 Meşrutiyet'ten sonra Uluslararası Kızılhaç Örgütü ülkemizde gönüllü yardım şubelerinin açılmasına katkıda bulunmuştur. 1911'de acil tedavi ve ilk yardım konusunda hemşire yetiştirmek amacıyla Besim Ömer Paşa altı aylık bir hemşirelik kursu düzenlemiştir. Aynı yıl Hilaliahmer (Kızılay) adında, İstanbul Aksaray yangınında görevlendirilmek üzere ilk yardım ekipleri oluşturulmuş, aş ocağı açılmış, evleri yananlara barınma olanağı sağlanmış, yaralı ve hastalar tedaviye alınmıştır. Ülkemizde ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilmektedir (Ünaldı, 2008).

Türkiye'de acil tıbbın gelişimi gerçek anlamda 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ)'nin daveti ile Türkiye'ye gelen ABD'li bir acil tıp uzmanı olan Dr. John Fowler'in, DEÜ Hastanesi Acil Biriminde çalışmaya başlaması ile olmuştur (Ünaldı, 2008). 1993 yılında DEÜ'de Türkiye'nin ilk acil tıp uzmanlık eğitim programı açılmış, ayrı bir bilim dalı olarak "Acil Tıp Anabilim Dalı" kurulmuştur. Böylece acil servislerde çalışacak eğitilmiş ve profesyonel hekimler yetiştirilmeye başlanmış ve bu

eğitim programları sonraki yıllarda tüm ülkeye yayılmıştır (Atilla, 2011; zçelik, 2013). Ayrıca 1993 yılında aynı üniversitede ambulanslarda çalışacak eğitimli sağlık personeli yetiştirmek amacıyla günümüzdeki “Acil Bakım Teknikerliği-Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği (AABT)” eğitim programının ilki başlatılmıştır (zçelik, 2013).

1994 yılında 077 Hızır Acil Sistemi’nden 112 Acil Yardım ve Kurtarma Sistemi’ne geçilmiştir. 1996 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı okullarda “İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği-Acil Tıp Teknisyenliği” bölümünün açılması, ambulans sisteminin ekip yapısının değişmesindeki temel taşları oluşturmuştur (zçelik, 2013).

2.3.4. Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Yasal Düzenlemeler

ASH ile ilgili ilk kapsamlı düzenleme, 2000 yılında çıkarılan ve ilk defa ASH’nin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirleyen “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”dir. Bu Yönetmelik’te Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi, 112 Başhekimliği ve istasyonların personel görev tanımları ile ilgili bilgilere verilmiştir. 2001 yılında “Ambulans ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” çıkarılmıştır. 2006 ve 2012 yıllarında yapılan düzenlemeler ile ambulansların sınıflaması ve özellikleri tanımlanmıştır (zçelik, 2013).

2007’de Yönetmelik’te değişiklik yapılmış, AABT ve ATT’lerin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir. 2009 yılında “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ” yayınlanmıştır. 2011 yılında çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık sisteminin yapılanması büyük ölçüde değişmiş, ASH, Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüklerinin sorumlu olduğu alanlardan biri haline gelmiştir (zçelik, 2013).

2.3.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması

Sağlık Bakanlığında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Acil ve Afetlerle ilgili Daire Başkanlığı olarak yer alan ASH, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü haline getirilmiştir. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün ildeki temsili, nüfusa göre planlanmış olup nüfusu 2.500.000 üzerinde olan illerdeki Sağlık Müdürlüklerinde acil

ve afetler, Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü olmak üzere iki farklı şubede temsil edilmektedir. Diğer illerde ise Acil ve Afetlerden Sorumlu Şube Müdürlüğü olarak tek şube altında yapılandırılmıştır (Özüçelik, 2013).

2.3.6. Acil Sağlık Hizmetlerinde Eğitim

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde eğitim, acil hekimliği sertifika programı uygulama yönergesi ve Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ'e göre düzenlenmektedir. Programa göre tüm ASH çalışanları acil tıp eğitim bilgilerini içeren temel ve ileri yaşam kurslarını almak zorundadırlar. Ambulansta şoför olarak çalışan sağlık çalışanlarına da beş günlük "ileri sürüş teknikleri" eğitimleri verilmektedir (Özüçelik, 2013).

Üniversite ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Acil Tıp Anabilim Dalları ve Kliniklerinde eğitim ve öğretim sorumluları, acil tıp asistanlarına ve çalışanlara acil tıp eğitimleri vermektedir. Bu eğitimler, ulusal ve uluslararası derneklerin önerdiği müfredat programları ile tıpta uzmanlık eğitiminin usul ve esaslarını düzenleyen "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği"ne göre yürütülmektedir (Özüçelik, 2013).

2.3.7. Hastane Acil Servisleri

Acil sağlık sistemi ve bu sistemin çalışanları sağlık sisteminin vizyonunu oluşturmaktadır. Acil servisler de hastanelerin vitrini olarak kabul edilmektedir (Eryılmaz, 2007).

Acil servisler, ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde acil sağlık hizmeti veren birimlerdir. Bu servisler kendilerine doğrudan başvuran veya il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ekipler tarafından getirilen acil hasta ve yaralılara acil tıbbi müdahale yapmak, verilen hizmet ile ilgili kayıt tutmak, gerektiğinde doğrudan veya bağlı oldukları kurum ve kuruluşlar aracılığı ile merkeze geri bildirim yapmak zorundadır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde de acil servis; "Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve

kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan acil servisler” olarak tanımlanmaktadır (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013). Acil servisler, 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti sunmaktadır (Özüçelik, 2013).

Acil servisler, uzmanlaşmış bir ekip ile 7 gün 24 saat hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayetlerini ilk planda ve hızla çözebilecek bir altyapıya sahip, temel sorunu belirleyecek ve tedavi edecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren olguları hastane içinde standardize edebilen sistemin bütünüdür (Yöndem, 2011). Acil servislere durumunu acil gören tüm hastalar kabul edilmektedir (Özüçelik, 2013).

Acil servislerin görevi, acil servise başvuran hastalara aciliyetlerinin derecelerine göre bakım ve tedavi sunarak, yaşamsal tehlikenin ortadan kalkmasını sağlamaktır. Acil servislerin bir diğer görevi de acil eylem planlarının bir ögesi olmak, felaket ve acil durumlarda acil sağlık hizmetini aksatmadan topluma ulaştırmaktır (Yöndem, 2011).

Acil Servislerin Sınıflandırılması

Uluslararası bir sağlık akreditasyon organizasyonu olan “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” acil servisleri dört seviyede sınıflandırmaktadır. Bu seviyeler ve özellikleri aşağıda belirtilmiştir (Özüçelik, 2013).

I. Düzey Acil Servisler: 24 saat, acil bakımda uzmanlaşmış en az bir uzman tarafından kapsamlı acil hizmeti verilen acil servislerdir. Bu acil servislerde, hastane içinde ulaşılabilecek, dahiliye, cerrahi, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, pediatri ve anestezi birimlerinden uzman veya en az kıdemli asistan düzeyinde bir nöbetçi bulunmaktadır. Diğer konsültan uzmanlar 30 dakika içinde ulaşılabilir özelliktedir.

II. Düzey Acil Servisler: 24 saat acil servis alanında acil bakımda uzmanlaşmış en az bir uzman tarafından acil hizmeti verilen acil servislerdir. Diğer konsültan uzmanlar veya kıdemli asistanlar 30 dakika içinde ulaşılabilir özelliktedir.

III. Düzey Acil Servisler: 24 saat, acil bakımda uzmanlaşmış en az bir uzman tarafından nöbetçi medikal personel ile birlikte 30 dakika içinde acil hizmeti verilen acil servislerdir.

IV. Düzey Acil Servisler: Acil durum olup olmadığı tespit edilen, hayat kurtarıcı ilk yardım uygulamaları yapılan ve gerekli hizmetleri sunabilecek en yakın sağlık kuruluşuna nakletme özelliğine sahip acil servislerdir.

Ülkemizde 2009 yılında çıkarılan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”e göre acil servisler üç düzeyde sınıflandırılmıştır. Bu seviyeler ve özellikleri aşağıda belirtilmiştir (<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#>, 2013).

I. Düzey Acil Servisler: Acil servis hizmetlerinin nöbetçi uzman tabibin denetim ve gözetiminde, ağırlıklı olarak pratisyen tabiplerce 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütüldüğü, ilgili branşlarda uzman tabip hizmeti gerektiren hastaların bu ihtiyaçlarının icap nöbeti (evde nöbet) yöntemi ile karşılandığı, üst düzey bakım gerektiren hastaların stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri seviyeli acil servislerin bulunduğu sağlık tesislerine sevk edildiği, daha çok ayakta stabil hastaların muayene, tetkik ve tedavilerinin yapılabilirdiği, gerektiğinde kısa süreli müşahedenin sağlanabildiği acil servislerdir.

II. Düzey Acil Servisler: Acil hastaların pratisyen tabiplerce karşılandığı, dahili veya cerrahi branşlardan en az birer uzmanın sorumluluğunda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmetinin verilebildiği, diğer branş uzmanlarının ise ihtiyaca göre icap yöntemi ile acil sağlık hizmeti sunduğu acil servislerdir.

III. Düzey Acil Servisler: Bünyesinde dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında ve bu branşlara ilave olarak hasta yoğunluğuna göre gerektiğinde diğer branşlarda da 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verilebilen acil servislerdir.

2009 yılında çıkarılan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”e göre acil servislerde verilmesi gereken hizmetler Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Acil servislerde verilmesi gereken hizmetler (<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#>, 2013)

I. Düzey Acil Servisler	II. Düzey Acil Servisler	III. Düzey Acil Servisler
*Temel Yaşam Desteği *İleri Travma Yaşam Desteği *İleri Kardiyak Yaşam Desteği *Yoğun bakım gerektirmeyen hastaların müşahede biriminde takibi *Ayaktan hasta bakımı	I. seviyeye ilave olarak, *Uzman düzeyinde değerlendirme *Bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi görüntüleme imkanları	I ve II. Seviyeye ilave olarak, *İleri tetkik yapabilme imkanı *24 saat uzman düzeyinde hizmet *Kritik ve yoğun hasta bakımını sağlayacak donanım (tercihli)

Acil Servislerin Fiziki Şartları ve Ulaşım İlişkin Asgari Standartlar

Acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”in 5. maddesinde düzenlenmiş olup bu standartlar aşağıda sıralanmıştır (<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#>, 2013).

a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla %8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

b) Aynı alanda birden fazla binada hizmet veren hastanelerde; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta nakli kapalı ortamda yapılacak şekilde fiziki bağlantı sağlanır.

c) Acil servis giriş ve çıkışlarında; ambulans veya araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulur.

ç) Acil servislerde, acil servisin seviyesine göre asgari standarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahede odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında, acil servis işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur.

d) Acil servis girişinde tekerlekli sandalye ve sedyelerin muhafazası için uygun bir alan ayrılır.

e) Acil servislerde zeminlerin, kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, girintisiz ve kolay temizlenebilir malzemelerden olması gerekir.

f) Acil servislerde, ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ile ayakta hasta girişi ayrılır. Bu alanda, ambulans ve hasta nakli yapılan araç trafiği için kolay manevraya uygun bir ulaşım altyapısı oluşturulur.

g) Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır.

ğ) Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastane acil servisini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları konulur.

h) Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir.

ı) Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır.

i) Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabela bulunur.

j) Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer personelin branş, unvan ve isimlerinin yer aldığı, tercihen ışıklandırılmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılır.

Acil Servis Yerleşim Tipleri

Acil servislerin dizaynında kullanılan genel olarak üç temel yerleşim tipi bulunmaktadır. Bu yerleşim tipleri aşağıda belirtilmiştir (Yöndem, 2011).

1. Koridor Şeklinde: Acil servis, geniş bir koridor üzerinde kurulmuş olup birimler koridorda sağlı sollu olarak yerleştirilmiştir.

2. Arena Tarzında: Acil servisin orta noktasında sağlık ekibinin bulunduğu desk masa yer almaktadır. Deskin etrafı geniş bir meydan şeklindedir. Tüm hastaların kolay bir şekilde gözlemlenebilmesi bu yerleşim tipinin bir avantajıdır. Hasta gizliliğinin tam olarak sağlanamaması ise dezavantajdır.

3. Modüler Tarzda: Merkez noktanın arena tarzında olduğu, spesifik birimlerin modüler şekilde etrafa yerleştirildiği yerleşim tipidir.

Acil Servislerin Alt Birimleri

Acil servislerin bünyesinde bulunan birim ve alanlar “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”in Ek-4’ünde aşağıdaki gibi belirtilmiştir (<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#>, 2013).

Resüsitasyon odası: Herhangi bir nedenle solunum ve kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alandır.

Hasta muayene alanları: Ayaktan gelen hastaların muayene, teşhis ve tedavisinin yapıldığı müstakil oda ya da paravanla bölünmüş alandır.

Müşahede odası/alanı: Gerek resüsitasyon odası gerekse hasta muayene odalarında ilk muayene ve tedavilerinin yapıp kesin taburcu ve/veya yatış endikasyonu verilemeyen hastaların en fazla 12 saat süreyle bakım ve tedavisinin yapıldığı alandır.

Müdahale odası/alanı: Her türlü sütür atma ve alma, alçı ve benzeri küçük cerrahi işlemlerinin yapılabildiği odadır.

Bekleme alanı: Hasta yakınlarının beklemesi için oluşturulan, pencereli, acil girişine ve kantine yakın, sıcak ve soğuktan korumalı, ergonomik oturma düzeninin olduğu alandır.

Triaj alanı: Tabip, acil tıp teknisyeni, hemşire ya da sağlık memurunun (toplum sağlığı) acil serviste görevli tabip ile koordineli olarak çalıştığı, acile başvuran hastaların karşılandığı, tedavi önceliğinin belirlendiği ve hangi bölümde, kim tarafından tedavi edileceğine karar verildiği birimdir.

Kritik hasta bakım birimi: İlk resüsitasyon ve tedavisi yapılan ve halen stabil olamayan hastaların 24 saati geçmemek şartı ile takip ve tedavilerinin yapıldığı alandır.

Primer tedavi birimi : Acil servise ayaktan başvuran, tetkik ihtiyacı olmayan, anamnez ve muayene ile tedavisi planlanabilen hastaların bakıldığı alandır.

Görüntüleme ünitesi: Mobil ve sabit röntgen, ultrasonografi (USG) gibi tıbbi donanımlı, acil servis hastalarına 24 saat hizmet verebilen, acil servise yakın ya da içinde konumlandırılmış birimdir.

Travma odası/alanı: Herhangi bir nedenle travma geçirmiş hastaların ilk muayene, tedavi ve bakımlarının yapıldığı, ileri travma yaşam desteği kapsamında girişimsel işlemlerin yapıldığı yerlerdir.

Tedavi alanı: Bekleme alanı, destek alanı, görüntüleme ünitesi ve laboratuvarlar hariç olmak üzere acil serviste hastalara tanı ve tedavi girişimlerinin yapıldığı tüm alanların toplamıdır.

Dekontaminasyon/Arındırma odası/alanı: Nükleer, kimyasal ve biyolojik ajanlara maruz kalanların dekontaminasyonlarının sağlandığı, uygun miktarda duş bulunan alanlardır.

112 İstasyon Birimi: Hastane acil servisleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olarak 24 saat kesintisiz ambulans ve acil sağlık hizmeti veren B tipi istasyon ve ekibi için ayrılan, acil servis bünyesindeki en az bir odalı alandır.

Bu birimlere ek olarak acil servisin alan ve çalışan sayısının büyüklüğüne göre elektrokardiyografi odası, kan alma ve enjeksiyon odası, acil laboratuvar, otomasyon sistemi, adli kayıtlar ile ilgili birim eklenebilir (Özüçelik, 2013).

Acil Servis Ekibi

Acil servisler, özellikle ölüm veya sakat kalma riski olan, acil bakım gereksinimi olan her hastanın değerlendirilmesi ve stabilizasyonu için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli personeli bulundurmak zorunda olan sağlık birimleridir (Baransel-Isır ve ark., 2006).

Değişkenlik göstermekle birlikte acil servis ekibi genel olarak aşağıdaki çalışanları kapsamaktadır.

Acil Servis Sorumlusu: Acil servis sorumlusu varsa mutlaka acil tıp uzmanı olmalıdır. Acil servis sorumlusu, acil servis hizmetleri ve yönetiminden sorumlu olan kişidir. Üniversite hastanelerindeki Acil Tıp Anabilim Dallarında Anabilim Dalı Başkanı genellikle hem idari hem de eğitim sorumluluğunu yürütmektedir (Özüçelik, 2013).

Acil Servis Hekimi: Acil servis hekimi, birime kabul edilen her tür hasta ya da yaralının tıbbi bakım ve tedavisinden sorumlu olan ekip üyesidir. Acil tedavide hekimden beklenenler şunlardır (Kuğuoğlu, 2004):

1. En kısa sürede girişimde bulunması,
2. Hayatı kurtaracak şekilde karar vermesi,
3. Belli bir disiplin içinde davranması,
4. Gereken bilgi ve beceriye sahip olması,
5. Hukuk kurallarına uymasıdır.

Acil Servis Sorumlu Hemşiresi: Acil hemşiresi sertifikası alabilecek eğitim ve deneyime sahip, ideal olarak 2 yıl acil servis deneyimi, 1 yıl yöneticilik deneyimi olan, bunun yanında liderlik özellikleri taşıyan hemşirelere bu görevin verilmesi uygun görülmektedir. Bu hemşireler, acil birimdeki klinik hizmetleri yönetebilecek yeterlilikte olmalıdır. Birim yöneticisi olarak; acil birim hemşireleri ile diğer çalışanların yeterli düzeyde mesleki bilgiye sahip bireyler olmalarını sağlamalı ve bu kişileri denetlemelidir. Yönetici konumundaki bu hemşirelerin ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kursları başarıyla tamamlamış olmaları gerekmektedir (Ünaldı, 2008).

Acil Hemşiresi: Acil servislerde çalışan hemşirelerin, acil bakım eğitimi veya yoğun bakım programını tamamlamış veya yeterli acil tıp hizmetleri tecrübesi kazanmış olması gerekmektedir (Baransel-Isır ve ark., 2006).

Acil hemşiresinin görevleri genel olarak şunlardır (Baransel-Isır ve ark., 2006):

1. Uygulama ve girişimleri etik kurallara uygun yapmak,
2. Acil girişimde bulunmak,
3. Hasta bakım planı hazırlamak,
4. Hastaları hekimlerin yapacağı muayene ve tedaviye hazırlamak,
5. Görevi ile ilgili kayıtları tutmak,
6. Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulması, usulüne uygun kullanılmasını ve korunmasını takip ve kontrol etmek,
7. Hastanın moral gücünü artırıcı gerekli ortam ve güveni sağlamak,
8. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yapmak,
9. Hastanın şikayeti ve tıbbi öyküsü hakkında ayrıntılı bilgi almak ve kaydetmek,
10. Hastanın yaşam bulgularını ölçmek ve zamanını belirterek kaydetmek,
11. Hastaya primer tanı koymada yardımcı radyolojik tetkikleri istemek, örnek almak ve göndermek.

Triaj Hemşiresi: Triaj, hastaların bakım veya bir sağlık tesisine nakli için öncelik sırasına göre sınıflandırılmasıdır (Holliman, 2010). Hastayı karşılamak, ilk değerlendirmeyi yapmak, fiziksel muayene (yaşam bulguları gibi) yapmak, hastanın en uygun bakım alacağı bölgeye gönderilmesini sağlamak triaj hemşiresinin görevleri arasında bulunmaktadır (Baransel-Isır ve ark., 2006).

Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri: Hasta ve yaralılara acil tıbbi bakımı hastane dışında profesyonel seviyede başlatan, nakil esnasında ambulanda devam ettiren, acil serviste hasta ve yaralıları teslim alan, sağlıkçılara gerekli bilgi ve evrakları teslim edinceye kadar görevine devam eden sağlık çalışanıdır.

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinin, Bakanlıkça yapılacak düzenlemelere uygun olarak görevleri; intravenöz girişim yapmak, hastaneye ulaşıncaya kadar kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak, oksijen uygulaması yapmak, endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak, kardiyopulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak, travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakil için hazır hale gelmesini sağlamak, uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak, monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak, acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmaktır (Çınar ve Kavlak, 2009).

Acil Tıp Teknisyeni: 11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde acil tıp teknisyenlerinin görevlerine değinilmiştir. İntravenöz girişim yapmak, oksijen uygulaması yapmak, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak, basit kanama kontrolü yapmak, temel yaşam desteği protokollerini uygulamak, endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak bu görevler arasında bulunmaktadır (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında sağlık personeli, komuta kontrol merkezlerinde çağrı karşılama personeli olarak ve hastane acil servislerinde sağlık personeli olarak çalışırlar (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

Acil servislerde bu çalışanların dışında temizlik personeli, sekreter, hasta taşıma personeli ve güvenlik görevlileri de destek hizmetleri yürütmek amacıyla yer almaktadır.

2.3.8. Acil Servis Yönetimi

Acil servislerin, bakmakla yükümlü olduğu hasta nüfusunun acil sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerini karşılayabilecek şekilde organize edilmesi ve yönetilmesi gerekmektedir. Bu organizasyon, hastane kuralları ve hastanedeki diğer bölümlerin örgütlenme planları ile uyumlu olmalı ve bir şema halinde hazırlanmalıdır.

Acil servislerin işleyişi, yazılı politikalar ve kurallara uygun olarak sağlanmalıdır. Acil serviste çalışmaya yeni başlayan kişilerin kurumun görevini, acil servislerin işleyişini ve çalışanların sorumluluklarını belirten oryantasyon programına alınması gerekir. Acil servislerde çalışanların hastaya en iyi hizmeti verebilmek için uygun mesleki bilgi ve beceri seviyesine sahip olması gerekmektedir.

Toplam kalite kurallarının bir gereği olarak; acil serviste çalışan tüm hekim, hemşire ve yardımcı personelin görev ve sorumlulukları belirlenerek dokümante edilmesi gerekmektedir. Acil servisin iç işleyişi ile ilgili idari prensipler, acil servis tıbbi yöneticisi ve acil servis sorumlu hemşiresinin iş birliği ile oluşturulmalıdır. Acil servisin bakım ve stabilizasyon olanakları, acil tıbbi bir hastalık nedeniyle başvuran tüm hastaların gereksinimlerini karşılayabilecek kapasitede olmalıdır. Acil servisten taburcu edilen ya da başka bir merkeze sevk edilen tüm hastalara mutlaka yapılan girişimler veya tedavi ile ilgili bir epikriz, öneri formu veya hasta sevk formu verilmelidir (http://www.tatd.org.tr/tatdData/Document/264201310282-acil_servis_planlamasi_ve_standartlari.pdf, 2013).

2.3.9. Acil Servisler ile İlgili Mevzuat

Acil servisler ile ilgili en kapsamlı mevzuat 2009 yılında çıkarılan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” olmuştur (Özüçelik, 2013).

Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak

geliştirilmesi maksadıyla, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile etkin bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre seviyelendirerek yeniden yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek ve bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir (md.1) (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

Tebliğde triaj ve renk kodlaması, acil servislerin fiziki ve fonksiyonel durumu ile ilgili asgari kriterler belirlenmiştir (Özüçelik, 2013).

27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Özel Hastaneler Yönetmeliği”nin 26. maddesinde; “Acil ünitesinin; özel hastanenin ana girişinden ayrı, kolay ulaşılabilir, ambulans ulaşımı ile araç giriş ve çıkışına elverişli ve uygun eğimli sedye rampası bulunan bir girişinin olması gerekir. Acil ünitesi; personel ve tıbbî cihaz donanımı, lüzumlu ilaç, serum, sarf malzemesi ve ambulans hizmetleri yönünden hiç bir aksaklığa meydan verilmeyecek ve hizmetin yirmi dört saat kesintisiz sunulması sağlanacak şekilde yapılandırılır. Acil ünitesinde, en az bir adet ilk muayene odası, bir adet müdahale odası ile müşahade odası, güvenlik hizmetinin verilebileceği bir mekan ve bekleme yeriyle bağlantılı erkek ve kadınlar için birer tuvalet ve lavabo bulunur.” ifadelerine yer verilmiştir. Aynı Yönetmelik’in 39. maddesinde de “acil hizmetler” ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 14. maddesinde; “Acil hizmetleri, acil polikliniği veya acil servisi, bunlar yoksa nöbetçi tabibi tarafından yürütülür. Bu hizmetler 24 saat süre ile kesiksiz olarak yürütülür. Acil servis baştabibin teklifi ve Valilik onayı ile kurulur ve tescil için Sağlık Bakanlığı’na bildirilir.” ifadelerine yer verilmiştir (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

Aynı Yönetmelik’in 57. maddesine göre, ağır ve acil müdahaleyi gerektiren hastalar müracaatları halinde yataklı tedavi kurumlarına sosyal güvencesine bakılmaksızın derhal kabul edilir. Gereken her türlü tıbbi müdahaleler zamanında yapılır, işlemleri daha sonra tamamlanır (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin 15. maddesinde; “Genel ve katma bütçeli dairelere, il özel idarelerine, belediyelere, kamu iktisadi teşebbüslerine ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait yataklı tedavi kurumları ile özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi kurumları 24 saat kesintisiz olarak acil sağlık hizmeti verirler. Bu kurum ve kuruluşlar bünyesinde bulunan acil servislerde, acil hasta ve yaralılar karşılanarak, ilk tıbbi müdahale ve tıbbi bakım yapılır” ifadelerine yer verilmiştir (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

2.3.10. Acil Servis Çalışanlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği

İşyerlerinde işin yürütülmesi sırasında, çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan korunmak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalar “İş Sağlığı ve Güvenliği” olarak adlandırılmaktadır. Çalışanları işyerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamak kısaca çalışanları korumak, iş sağlığı ve iş güvenliğinin esas amacını oluşturmaktadır (Say, 2013).

İş sağlığı ve iş güvenliğinin önemi sağlık çalışanları için gün geçtikçe daha da artmaktadır. İş sağlığı ve iş güvenliği konusu tüm sağlık çalışanları için önemli olmakla birlikte özellikle acil servis çalışanları için ayrı bir öneme sahiptir. Acil servis çalışanlarının yaşadığı iş kazaları, acil servis çalışanlarına yönelik şiddet olayları ve tüm bunların sonucunda yaşanan yaralanmalar ve ölümler zaman zaman medyada yer almaktadır. Yapılan literatür taraması sonucunda sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği konusu ile ilgili yapılan çalışmaların da oldukça sınırlı olduğu görülmüştür.

Acil servisler, sağlık hizmeti verilen hedef toplumun sağlık sorunlarıyla en fazla yoğunlaştığı alandır (Eryılmaz, 2007). Acil servisler, yılın 365 günü zamanın her biriminde aynı dinamizm ve kalite ile eksiksiz olarak gereken her müdahalenin yapılması zorunlu olan tıbbin eşsiz birimleri olarak nitelendirilmektedir. Bu hizmet verilirken ortaya çıkan her eksiklik, hem hasta hem de çalışan açısından telafisi mümkün olmayan hatalara neden olabilmektedir. Bu nedenle acil servisler, çalışanı, donanımı ve yapısı itibarıyla bilimsel veriler ışında ve öngörülen standart kurallara göre oluşturulmalıdır (Cander ve ark., 2008). İşlevsellik, uygun genişlik, uygun ses düzeni,

yeterli havalandırma ve diğer mekan özellikleri gibi fiziksel mekanın rahatlığını oluşturan etmenler acil servis çalışanlarını şüphesiz olumlu yönde etkileyecektir (Eryılmaz ve Yılmaz, 2005).

İşin ağırlığı ve personel yetersizliğinden dolayı ekibin yüksek risk altında kabul edildiği hastanelerin acil servis bölümü, zorlayıcı bir bölümdür (Gourni ve ark., 2012). Acil servislerde verilen hizmetin sürekli göz önünde olması, yapılan her türlü uygulama ve işlemin hasta yakınları ve diğer birimlerde çalışanlar tarafından izlenebilmesi acil servisleri diğer bölümlerden farklı kılan bir özelliktir (Tanrıku, 2010).

Acil servisler, hasta yoğunluğu, çeşitliliği ve sirkülasyonu açısından oldukça yoğun alanlardır. Bu nedenle bu birimlerde her türlü işlemin mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Tanrıku, 2010). Hastaya hızlı müdahale etme gerekliliği de acil servis çalışanlarının iş kazasına maruz kalma riskini artıran bir faktör olabilir.

Acil servis çalışanlarının öncelikli amacı, hastanın hayatını kurtarmak veya hastalığını iyileştirmektir (Yardan ve ark., 2008). Ancak acil servis çalışanları bu amacını gerçekleştirirken kendilerini yıpratıcı bazı unsurlarla karşı karşıya kalmaktadır. Aşırı hasta yükü, gürültü ve karmaşık ortam, hakaretlere maruz kalma, takdir edilmeme, olay çıkaran sorunlu hastalar, ağırlı hastaların huzursuzluğu, sürekli itirazların varlığı, güvenlik kaygıları, olası tıbbi hatalarla ilgili gerginlikler, acil çalışanlarını yıpratıcı özellik taşıyan unsurlar arasında yer almaktadır. Ayrıca nöbetler de acil çalışanları için önemli bir yıpranma nedenidir. Özellikle ileri yaşlarda ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Gece uykusunun yeterince düzenli olmaması, gündüz uykularının kısa olması acil çalışanlarında duygulanım bozukluğu (moodiness) ve huzursuz uyarılma (irritabilite) neden olabilmektedir (Eryılmaz ve Yılmaz, 2005).

Acil çalışanları, hasta bakımı sırasında kan ve hava yoluyla bulaşan hastalıklara yakalanma riski gibi bazı önemli bulaşıcı hastalık tehlikeleriyle karşılaşabilmektedir. Bu tür enfeksiyonların iyi bilinen örnekleri arasında HIV, viral hepatit (özellikle hepatit B ve C), tüberküloz ve H1N1 grip virüsleri yer almaktadır. Bakım ortamlarında çalışanlara hastalık bulaşması açısından çok sayıda potansiyel tehlike bulunmaktadır. Hastanın havayolu açıklığını sağlarken damlacık maruziyeti ya

da intravenöz katater takarken kan maruziyeti bu tehlikeler arasında yer almaktadır. Ayrıca diğer vücut sıvılarıyla ve enfekte keskin cisimlerle temas, iğne batmaları da diğer enfeksiyon bulaşma yolları arasında yer almaktadır (El Sayed ve Hirshon, 2010).

Acil servislerde çalışan sağlık personelleri beklenmedik durumlarda ortaya çıkan dahili ve cerrahi hastalıklara acil olarak müdahale etmektedirler. Bu nedenle bulaşıcı hastalıklardan hem çalışanların hem de bu birime başvuran hastaların korunmasında evrensel yöntemlerin ve asepsi kurallarının yaşamın bir parçası haline getirilmesi esastır. Acil servislerde enfekte atıkların enfeksiyon yayılımına sebep olmayacak şekilde farklı atık kutularında toplanması, acil vakalara müdahalede kullanılan kanlı spanç, enjektör gibi malzemelerin yere atılmaması, delici-kesici malzemelerin sert ve delinmeye dirençli kutularda toplanması, sağlık personelinin her muayene-müdahaleden önce ve sonra el yıkama alışkanlığının olması, personelin kullandığı eldivenlerle telefon, hasta dosyası gibi eşyalara dokunmaması, kan ve diğer vücut sıvılarından korunmak için maske, eldiven, gözlük gibi kişisel koruyucu kullanması, personelin dezenfeksiyon, dekontaminasyon konularında eğitim alması bulaşıcı hastalıkların yayılımına engel olacak uygulamalardır (Tuna-Malak ve ark., 2010).

Acil servis çalışanları hastanenin diğer bölümlerinde çalışanlar gibi hatta daha fazla oranla kan yoluyla, solunum-damlacık yoluyla ve kontak yol ile çeşitli patojenlere maruz kalabilmektedir. Acil durumlarda rutin girişimler arasında sayılan damar yolu açma, enjeksiyon ile medikasyon, lomber ponksiyon, toraks tüpü yerleştirilmesi, nazogastrik-orogastrik tüp yerleştirilmesi, entübasyon, kanama kontrolü ve üriner kateter yerleştirilmesi gibi pek çok girişim kan yolu ile bulaşan patojenlerle temas açısından riskli girişimler arasındadır. Acil servislerde çalışanlar hastaya çok yakın mesafede çalışmak zorunda kaldıkları için hava yolu-damlacık yoluyla bulaşan hastalıklar açısından da yüksek risk taşımaktadırlar. Ayrıca debridman yapılması, yara irrigasyonu gibi girişimler de kontak yol ile bulaşma açısından risk taşımaktadır (Coşkun, 2005).

Acil servislerde hastanın taşıdığı bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarını tespit etmek ve kişiye özel, uygun şekilde önlem almak oldukça zordur. Yapılan çalışmalarda bulaşma açısından en yüksek risk grubunu, en sık iğne batmalarına bağlı olarak

hemşirelerin oluşturduğu saptanmıştır. Mukoz membranlara kan ve diğer vücut sıvılarının sıçraması sonucu hastalığa maruz kalma ikinci en sık bulaşma yolu olarak bildirilmiştir (Coşkun, 2005).

Acil servislerde, kan ve vücut sıvılarına maruz kalma, kas-iskelet sistemi sorunları, şiddet, kesici-delici alet yaralanmaları gibi olaylar sık görülmekte ancak rapor edilmemektedir (Tanrıkulu, 2010).

ASH işgücünde yapılan çalışmalar, ASH çalışanlarının iş kazaları açısından yüksek risk altında olduğunu göstermiştir (Maguire ve ark., 2005). Yapılan bir çalışmada hemşireler arasında genel olarak %18,1 olan delici-kesici alet yaralanmaları oranının, acil servislerde çalışan hemşirelerde %70-75 oranında olduğu görülmüştür (Tanrıkulu, 2010). Bu oran, acil servislerde çalışanların delici-kesici alet yaralanmaları açısından risk altında olduğunu göstermektedir.

OSHA, acil servis hemşirelerinin karşılaştığı belirli tehlikeleri listelemiştir. OSHA'ya göre bu tehlikeler arasında kanla taşınan patojenler, tehlikeli kimyasallar (etilen oksit gibi), düşmeler, lateks alerjisi, araç-gereç tehlikeleri (defibrilatör gibi), tüberküloz, iş yeri stresi, metisiline dirençli stafilokok enfeksiyonları, işyerinde şiddet ve fiziksel ajanlar bulunmaktadır (Ramsay, 2005).

Acil servis çalışanları için önemli bir diğer sorunda şiddet olaylarıdır. Acil servisler, çalışanların diğer bölümlerde çalışanlara oranla daha fazla şiddete maruz kaldığı yerler olarak tanımlanmaktadır (Alameddine ve ark., 2011).

Acil servisler, kendilerine özgü özellikleri nedeniyle şiddet olaylarının sık yaşandığı yerlerdir. Acil servislerin 24 saat boyunca ulaşılabilir alanlar olması, sıkıntı veren ve çoğunlukla karışık ortamı paylaşan çok sayıda bireyin bulunması, acil servisleri şiddete açık bir konuma getirmektedir. Acil servislerde şiddet olaylarının yaşanmasında risk faktörleri olarak uzun süre bekleme, uygun olmayan bekleme alanları, hasta, hasta yakını ve çalışan arasındaki iletişimdeki yetersizlikler, stres, ağrı, bilinmeyenden korkma, vakaların özellikleri (alkol intoksikasyonu, duygulanım bozuklukları gibi) gösterilebilir (Aslan ve ark., 2005). Ayrıca bir hasta ya da yaralının ölümü de hasta yakınları tarafından tedavi ya da müdahale yetersizliği olarak

algılanabilmekte ve bu da şiddetin doğmasına neden olabilmektedir (Sucu ve ark., 2007).

Sucu ve ark. (2007), hastane acil servisleri ve 112 acil yardım ambulansları çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddeti belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan çalışanların %94,5'inin sözel, %62,3'ünün fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirlemişlerdir. Ayrıca şiddete maruz kalanların yalnızca %23,4'ünün şiddeti rapor ettiği görülmüştür. Canbaz ve ark. (2008), Samsun'da yaptıkları bir çalışmada, hastane acil servis çalışanlarının (%75,9), 112 acil çalışanlarına (%62,3) göre daha fazla şiddete maruz kaldığını bulmuşlardır.

Şahin ve ark. (2011), acil tıp çalışanlarına yönelik şiddetin araştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada, ankete katılanların (87 kişi), %50,57'sinin sözel şiddete, %45,98'inin fiziksel şiddete, %3,45'inin de cinsel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca en fazla şiddete uğrama yaşınının 32 ve üstü yaş grubunda olduğu görülmüştür.

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38'inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir. Şiddete uğrayanların %25'inin şiddet olayı sonrasındaki ilk mesailerinde kötü performans gösterdikleri, %24'ünün ilk bir haftasında kötü performans gösterdikleri, ilerleyen zamanlarda da %19'unun performansının etkilendiği gösterilmiştir (Annagür, 2010).

Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin şaşkınlık, kızgınlık, korku, tükenmişlik, güven kaybı gibi psikolojik etkileri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğine değinilmiştir (Annagür, 2010).

Şiddet, çalışanlarda tükenmişlik (burnout sendromu) oluşturur (Al ve ark., 2012). Tükenmişlik, "iş stresine karşı uzun süreli reaksiyon" olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlik, çevreye karşı ilgi ve şefkat kaybı (depersonalizasyon), düşük kişisel başarı ve duygusal tükenme olmak üzere üç ana faktör ile karakterize edilebilmektedir (https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/emergency_services_occupati

onal_safety_and_health_risks, 2013). Tükenmişlik, iş stresi ile de yakından ilişkili bir olgudur (Dessler, 2008).

Tükenmişliğe bağlı olarak kişiler fiziksel ve emosyonel semptomlardan acı çeker, hizmet verme neşelerini kaybederler, hastalarına yeterli zaman ayıramaz ve tekrar şiddete maruz kalma riski ile karşı karşıya kalırlar (Al ve ark., 2012).

2.3.11. Acil Servislerde Çalışanlar Açısından Stres Yaratan Faktörler

İş yaşamındaki stres faktörleri, zaman zaman çalışanların sağlığını tehdit etmektedir (Türkçüer ve ark., 2007). Sağlık sektöründe çalışanlar enfeksiyon, kimyasallar, fiziksel ajanlar, ergonomik ve psikolojik tehlikeler ve işyeri şiddeti gibi çeşitli işle ilgili stres faktörlerine maruz kalabilmektedir (Ahn ve Lim, 2008).

Acil tıp, stresli bir uzmanlık alanı olarak algılanmaktadır (Okamoto ve ark., 2008). Acil servis çalışanlarının çalışma koşulları, mesaiyeri ve iş yükleri stres ve gerilimi artırıcı faktörler arasında yer almaktadır. Yoğun ve yorgun mesailerin varlığı çalışanların enerjilerini tüketmekte, empati yapabilme becerisini ve toleransını azalmaktadır (Al ve ark., 2012).

Fazla sayıda hasta bakma, hasta ölümleri, uyku düzeninin bozulması, uzun çalışma saatleri acil tıp asistanları üzerinde stres yaratan ana faktörler olarak gösterilmektedir. Bunun yanı sıra bakımı zor hastalarla uğraşma, mesleki ilişkilerde yaşanan problemler, hizmete yönelik kaynakların yetersizliği, zor ve kritik kararlar tükenmişlik gelişimde önemli yer tutmaktadır (Çevik ve ark., 2003). Çalışmalar acil hekimlerinin diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek oranda tükenmişlik yaşamaya meyilli olduklarını göstermektedir (Okamoto ve ark., 2008).

Vardiya şeklinde çalışma da bir stres faktörüdür. Vardiya şeklinde çalışma, kişilerin ciddi sağlık problemlerine (hipertansiyon, peptik ülser, depresyon, erken doğum riski gibi) yakalanma riskini artırmaktadır. Düzenli bir vardiya sistemi çalışanları yıpranma etkilerinden korumak için önemlidir (Çevik ve ark., 2003).

Acil servis çalışanlarının baktıkları hasta popülasyonuna bağlı olarak HIV, hepatit ve tüberküloz gibi riskli enfeksiyon hastalıklarına yakalanma oranlarının yüksek olması da stres yaratmaktadır (Çevik ve ark., 2003).

Acil servis çalışanları üzerinde stres yaratabilecek diğer faktörler arasında acil servis hizmetlerinde hizmetlerin göz önünde sunulması, hastaların bağırması ve saldırgan davranışlar göstermesi, cihazlardan yayılan sesler, konsültan hekimlerle sözlü tartışmalar yer almaktadır. Ayrıca hastalara ayrılan zamanın kısıtlı olmasından, kısa zamanda fazla ve riskli tıbbi işlem yapmaktan, uzun gece nöbetlerinden ve diğer etkenlerden kaynaklanabilecek tıbbi hata yapma stresi de acil servis çalışanları arasında sık görülmektedir. Tıbbi hataların ardından kimi hekimlerde intihar girişimi, depresyon ve bazı fiziksel rahatsızlıklar bildirilmiştir. Acil servislerde çalışanların güvenliği de önemli bir stres faktörüdür (Çevik ve ark., 2003).

2.3.12. Acil Servislerde Yeni Enfeksiyöz Tehditler

Enfeksiyon hastalıkları hem salgınlar oluşturması hem de acil servis çalışanlarına bulaşabilme riskleri nedeniyle acil servisler için bir tehdit oluşturmaktadır. Özellikle son yıllarda yeni tanımlanan enfeksiyonlar veya şekil değiştiren mikroorganizmaların neden oldukları salgınlar önemli tehditler oluşturmaktadır. Bu tehditlerin ilk kez fark edileceği veya tespit edilmiş tehditlerde hastaları ilk karşılayan birimlerin acil servisler olduğu göz önüne alındığında, acil servis hekim ve yöneticilerinin gerekli tedbirleri almalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda acil servislerde önlem alınmasını gerektiren salgın hastalıklar; Domuz Gribi, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi ve Batı Nil Virüsü hastalıklarıdır (Durukan, 2010).

Domuz Gribi (Pandemic H1N1): İnfluenza, ani başlayan yüksek ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, nonprodüktif öksürük, burun akıntısı ile karakterize olan; burun, göğüs, bronşlar ve seyrek olarak da akciğerleri tutan viral bir enfeksiyondur (Şanlı, 2010).

Bulaşmayı önlemek için acil servislerde dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda sıralanmıştır (Durukan, 2010).

1. Grip şüpheli hastalar acil servislerde öncelikle belirlenmelidir,
2. Tıbbi maskeler kolay ulaşılabilecek yerlerde bulundurulmalı ve kullanılmalıdır,
3. Acil servislerde kağıt havlu, sıvı sabun, el yıkama lavabosu, ayak basmalı çöp kutuları ve alkol içeren el antiseptikleri bulundurulmalıdır,

4. Kan, idrar ve dışkı ile kirlenmelerde %10'luk çamaşır suyu kullanılarak temizlik yapılmalıdır,
5. Odada hastadan kalan kağıt havlu gibi malzemeler başkası tarafından kullanılmadan atılmalıdır,
6. Termometre, tansiyon aleti, stetoskop gibi aletler mümkünse ayrılmalıdır,
7. Mümkün olduğunca tek kullanımlık malzeme tercih edilmelidir.

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi: Bunyaviridae ailesine bağlı Nairovirus soyundan virüslerin meydana getirdiği bir enfeksiyondur. Ülkemizdeki olguların %90'ı çiftçidir. Hasta olarak başvuranların %60'ında kene öyküsü saptanmıştır. Sağlık çalışanları en çok etkilenen ikinci grubu oluşturmaktadır (Durukan, 2010).

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi tanısı alan bir kişinin hastaneye yatırılması sağlık çalışanları açısından risk oluşturmaktadır. Hastanelerde en önemli bulaşma yolu, hastanın kan ve vücut sıvıları ya da kontamine tıbbi aletlerle temastır. Alınması gereken önlemler aşağıda sıralanmıştır (Durukan, 2010).

1. Bu hastalar ayrı odaya yatırılmalı ve hastaya kullanılan tıbbi aletler (termometre, stetoskop) ayrı olmalı, oda dışına çıkarılmamalıdır,
2. Hastaya temas edilecek ise mutlaka koruyucu önlemler (eldiven, önlük, gözlük, maske) alınmalıdır. Hasta ile temas bittikten sonra eller mutlaka yıkanmalıdır,
3. Hastalığın hava yolu ile bulaşmadığı, ancak damlacık ile bulaşabildiği bildirilmektedir. Bu nedenle cerrahi maske yeterlidir. Ancak enfekte hastaya entübasyon, aspirasyon, bronkoskopi yapılacaksa ya da hastanın devamlı öksürük, kusma veya kanaması varsa sağlık çalışanınin N95 maske kullanması önerilmektedir.

Batı Nil Virüsü Enfeksiyonu: Batı Nil Virüsü (BNV); arthropod kaynaklı nörotropik bir flavivirüstür. BNV; sivrisinekler ve kuşlar arasında enzootik taşınma siklusuna sahiptir. Virüs, at ve insanları infekte edebilmektedir. Atlar ve insanlar BNV'nin neden olduğu meningoensefalite karşı duyarlıdırlar (Tezcan ve ark., 2011).

2.3.13. Acil Servislerde Güvenlik Önlemleri

2009 yılında çıkarılan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”in 10. maddesinde acil servislerde güvenlik konusuna değinilmiştir. Bu maddeye göre; acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır (<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013).

ABD’de acil servislerde şiddete karşı farklı güvenlik önlemleri alınmaktadır. Örneğin, metal detektörler kullanılmaktadır. Yapılan anketlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların büyük bir oranının (%73-89) metal detektörler sayesinde kendilerini güvende hissettikleri belirtilmiştir. Başka bir önlem de güvenlik köpeklerinin bulundurulmasıdır. Yapılan bir çalışmada acil serviste K-9 köpeklerinin bulundurulmasının şiddet riskini oldukça azalttığı belirlenmiştir (Annagür, 2010).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı, acil servis çalışanlarının iş güvenliği konusundaki algılama düzeylerini belirlemektir.

3.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini, “Acil servis çalışanlarının iş güvenliği algılama düzeyleri nedir?” sorusu oluşturmaktadır.

3.3. Hipotezler

Çalışmanın yapılabilmesi için aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur. Bunlar;

- A. Çalışanların genel olarak,
- A1. İş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri;
- a. Cinsiyete,
- b. Medeni duruma,
- c. Yaşa,
- d. Eğitim durumuna,
- e. Görev yaptığı kuruma,
- f. Vardiya durumuna,
- g. Çalıştığı kurumdaki toplam görev süresine,
- h. Acil servisteki çalışma süresine,
- i. Acil servisteki pozisyonuna,
- j. Günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısına,
- k. İş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alıp almadığına,
- l. Daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediğine göre farklılık göstermektedir.

B. Çalışanların genel olarak,

B1. İş güvenliğine ilişkin düşüncelerini;

- a. Cinsiyeti,
- b. Medeni durumu,
- c. Yaşı,
- d. Eğitim durumu,
- e. Görev yaptığı kurumu,
- f. Vardiya durumu,
- g. Çalıştığı kurumdaki toplam görev süresi,
- h. Acil servisteki çalışma süresi,
- i. Acil servisteki pozisyonu,
- j. Günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı,
- k. İş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alıp almadığı,
- l. Daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediği etkilemektedir.

3.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya katılan çalışanların ankette yer alan sorulara verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, dört ilde (Samsun, Ordu, Giresun, Trabzon) bulunan 2. ve 3. basamak kamu hastanelerinden yalnızca yedi hastanenin acil servisinde yapıldığı için sonuçlarının diğer hastaneler için genellemesi olası değildir.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.04.2013 tarihli ve 2013/295 Karar nolu Etik Kurul Kararı ile onay alınmıştır (Ek 1). Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ordu Devlet Hastanesi, Sağlık Bakanlığı - Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi olmak üzere toplam yedi hastane ve dört ilde (Samsun, Ordu, Giresun, Trabzon) yürütülmüştür. Araştırma, bu hastanelerin acil servislerinde, Haziran 2013-Eylül 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmanın evreni, hastanelerin acil servislerinin sorumlu hekimi ve sorumlu hemşiresi ile görüşülerek tespit edilmiştir. Araştırmanın evrenini, araştırma kapsamına alınan hastanelerin acil servislerinde çalışan hekim, hemşire, ebe, paramedik, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru, temizlik personeli, hasta bakıcı ve güvenlik görevlilerinin tümü olmak üzere toplam 553 çalışan oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş, tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Cevaplanan anket sayısı 471 (%85,17)'dir. Geriye kalan 82 kişiden, 12 kişi araştırmaya katılmak istememiş, 70 kişiye de izin, rapor, iş yoğunluğu gibi nedenlerle ulaşamamıştır.

3.7. Veri Toplama Aracı

Araştırmada çalışanların iş güvenliği konusunda algılama düzeylerini belirlemek amacıyla, Yavuz E.'nin 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. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.93'tür. Ölçek, 5'li likert tipi bir dereceleme ile (1=Hiç Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum) toplam 32 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın verileri, İş Güvenliği Ölçeği'ndeki 32 soru ve kişisel bilgilere yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum gibi) 12 soru ile toplamda 44 sorudan oluşan anket (Ek 2) aracılığıyla toplanmıştır.

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.

3.8. Verilerin Toplanması

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü aracılığı ile anket uygulaması için gerekli yazılı izinler alındıktan sonra araştırma kapsamına dahil edilen hastanelerin acil servislerinde veriler Haziran 2013-Eylül 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırma kapsamına dahil edilen toplam yedi hastaneye araştırmacı tarafından tek tek gidilmiş ve anket uygulamasına başlamadan önce acil servislerin sorumlularıyla görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra anket formu, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden acil servis çalışanlarına gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra elden dağıtılmıştır. Cevaplandırılan anket formları araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.9. Analiz Metodu

Araştırmada veri toplama aracı ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Anketlerden elde edilen verilerin analizi ve hipotezlerin test edilmesinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılmıştır.

Araştırma anketinde çalışanların her bir ifadeye ne ölçüde katılıp katılmadıkları 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak ölçülmüştür. Çalışanların ifadelere vermiş olduğu skorlar, katılım derecesine bağlı olarak “1=Hiç Katılmıyorum” ile “5=Tamamen Katılıyorum” arasında değişmektedir. Analizde, çalışanların iş güvenliği ölçeğindeki ifadelerle verdikleri skorların aritmetik ortalamaları hesaplanarak istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Araştırmada anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için frekans analizi, ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Araştırmada bağımsız iki grup karşılaştırıldığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)'ni değerlendirirken varyansların homojenliği ile ilgili Levene testi dikkate alınmıştır. İki'den daha fazla bağımsız grup karşılaştırıldığında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA testi) kullanılmıştır.

Araştırmada, çalışanların iş güvenliği ölçek 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 regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi yapılmasındaki amaç, bağımlı değişken ile bağımsız değişken(ler) arasındaki ilişkiyi matematiksel modellerle açıklayarak bağıntılar bulmak ve bağımsız değişken(ler) ile bağımlı değişkeni tahmin etmektir. Bir bağımlı değişken ile bir bağımsız değişken arasındaki bağlantı “basit regresyon”, bir bağımlı değişken ile iki 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.

3.10. Güvenirlik ve Geçerlilik

Araştırmada kullanılan iş güvenliği ölçeğinde yer alan ifadeler için güvenirlilik analizi yapılmıştır. Analizde güvenirlilik katsayısı olarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,794 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha katsayısı; 0,00-0,40 olması anketin güvenilir olmadığını, 0,40-0,60 arasında olması anketin düşük güvenirlikte olduğunu, 0,60-0,80 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğunu, 0,80-1,00 arasında olması anketin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Dikmetaş, 2004).

Anket maddelerinin güvenirlilik katsayıları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Anket maddelerinin güvenilirlik katsayıları

Anket Maddelerinin Güvenirlik Katsayıları	
1. Eğer yöneticim güvenli davranışım için beni ödüllendirirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,787
2. Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,789
3. Eğer yönetim önerilerimi dinlerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,790
4. Eğer sık güvenlik eğitimi alırsak bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,787
5. Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,788
6. Eğer yönetimim daha çok işyeri güvenlik kontrollerini yaparsa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,787
7. Eğer iş arkadaşlarım güvenli davranışı desteklerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,788
8. Eğer güvenli davranışım için ödüllendirilirimse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	0,783
9. Yönetimimiz yeterli güvenlik ekipmanı sağlıyor.	0,790
10. Yönetimimiz hatasız olduğundan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	0,787
11. Yöneticimiz işyerimde hatasız olduğumdan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	0,785
12. İşyerimdeki yönetim çalışanların güvenliğiyle kârla ilgilendiği kadar ilgilenmeli.	0,790
13. İşyerimdeki herkes güvenli bir biçimde çalışır.	0,789
14. İşyerimdeki tüm güvenlik kuralları ve prosedürleri gerçekten işe yarıyor.	0,786
15. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu iyi bir eğitim görmediğim içindir.	0,788
16. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu neyi yanlış yaptığımı bilmediğim içindir.	0,787
17. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu çalışmayı hemen tamamlamam gerektiği içindir.	0,787
18. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu doğru ekipman temin edilmediği veya çalışmıyor olduğu içindir.	0,791
19. Güvenlik biz meşgul olana kadar geçerlidir sonra başka şeyler öncelik alır.	0,785
20. Eğer sürekli güvenlik hakkında endişelenirsem işimi yapamam.	0,790
21. İşimde risk almaktan kaçamam.	0,789
22. Kazalar ben her ne yaparsam yapayım olur.	0,786
23. İşyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam.	0,794
24. Dikkatli biri olduğum için kaza yapma olasılığım düşüktür.	0,791
25. Tüm kazalar önlenemez, bazı insanlar yalnızca şanssızdırlar.	0,791
26. Güvenlik prosedürüne uyan insanlar her zaman güvende olacaktır.	0,784

Tablo 3. (devam) Anket maddelerinin güvenilirlik katsayıları	
27. İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam.	0,791
28. Herkes kaza yapmak konusunda eşit riske sahiptir.	0,791
29. Gerekli önlemleri almayan insanlar başlarına gelenlerden kendileri sorumludurlar.	0,789
30. Yönetim güvenlikle ilgilendiğini iddia ediyor, ama ben buna inanmıyorum.	0,795
31. Yeni ekipman ve prosedürleri bildiğimden emin olurum.	0,790
32. Yönetimimiz yalnızca işimizi güvenli olmayan biçimde yapmadığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil.	0,791

Araştırmanın geçerliliği için anket uygulamasına geçmeden önce bu konuda bilgi sahibi olan kişilerle görüşülmüştür. Ayrıca Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 30 acil servis çalışanına birebir ön uygulama yapılmıştır. Alınan geri bildirimler sonucunda ankette gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma bulguları yer almaktadır. Anketin uygulamasından elde edilen bulgular iki bölüm halinde verilmiştir. Birinci bölümde, araştırma kapsamındaki çalışanlara ait tanımlayıcı bulgular, ikinci bölümde de araştırmanın hipotezlerine ait bulgular yer almaktadır. Ayrıca çalışanların iş güvenliği ölçeği ile ilgili görüşlerinin yüzdesel dağılımları da bu bölümde incelenmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

“Medeni durum” değişkeni açısından çalışanlar, evli ve bekar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

“Yaş” değişkeni açısından çalışanlar, <35 ve ≥ 35 yaş olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

“Eğitim durumu” değişkeni açısından çalışanlar, ilkokul, ortaokul, lise, önlisans, lisans ve lisansüstü olmak üzere altı gruba ayrılmıştır.

“Görev yaptığınız kurum?” değişkeni açısından, üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve eğitim araştırma hastanesi olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

“Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz?” değişkeni açısından, gündüz, gece ve gece-gündüz karma olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

“Çalıştığınız kurumdaki toplam görev süreniz (Yıl olarak belirtiniz)” değişkeni açısından, ≤ 5 ve > 5 yıl olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

“Acil servisteki çalışma süreniz (Yıl olarak belirtiniz)” değişkeni açısından, ≤ 4 ve > 4 yıl olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Çalışanlar “Acil servisteki pozisyonunuz?” değişkeni açısından, hekim, hemşire/ebe, paramedik/ATT, sağlık memuru, temizlik personeli/hasta bakıcı ve güvenlik görevlisi olmak üzere altı gruba ayrılmıştır.

“Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı?” değişkeni açısından, 1-50, 51-100, 101-200, ≥ 201 hasta olmak üzere dört gruba ayrılmıştır.

Çalışanlar, “İş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?” değişkeni açısından, evet ya da hayır yanıtlarını verenler şeklinde iki gruba ayrılmıştır.

Çalışanlar, “Daha önce bir iş kazasına maruz kaldınız mı?” değişkeni açısından, evet ya da hayır yanıtlarını verenler şeklinde iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 4’te çalışanlarla ilgili tanımlayıcı değişkenlere yer verilmiştir.



Tablo 4. Çalışanlarla ilgili tanımlayıcı bulgular (n=471) (ATT: Acil tıp teknisyeni)

Bağımsız Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	218	46,3
	Erkek	253	53,7
	Toplam	471	100,0
Medeni Durum	Evli	344	73,0
	Bekar	127	27,0
	Toplam	471	100,0
Yaş	<35	223	47,5
	≥35	246	52,5
	Toplam	469	100,0
Eğitim Durumu	İlkokul	33	7,0
	Ortaokul	30	6,4
	Lise	119	25,3
	Önlisans	106	22,5
	Lisans	118	25,1
	Lisansüstü	65	13,8
	Toplam	471	100,0
Görev Yaptığı Kurum	Üniversite Hastanesi	164	34,8
	Devlet Hastanesi	122	25,9
	Eğitim Araştırma Hastanesi	185	39,3
	Toplam	471	100,0
Vardiya Durumu	Gündüz	80	17,0
	Gece	37	7,9
	Gece-Gündüz Karma	354	75,2
	Toplam	471	100,0
Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	≤5 Yıl	233	49,5
	>5 Yıl	238	50,5
	Toplam	471	100,0
Acil Servisteki Çalışma Süresi	≤4 Yıl	238	50,6
	>4 Yıl	232	49,4
	Toplam	470	100,0
Acil Servisteki Pozisyonu	Hekim	92	19,5
	Hemşire/Ebe	135	28,7
	Paramedik/ATT	68	14,4
	Sağlık Memuru	46	9,8
	Temizlik Pers./Hasta Bakıcı	99	21,0
	Güvenlik Görevlisi	31	6,6
	Toplam	471	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	306	65,0
	Hayır	165	35,0
	Toplam	471	100,0
İş Kazası Geçirme Durumu	Evet	126	26,8
	Hayır	345	73,2
	Toplam	471	100,0

Çalışanlar cinsiyet açısından incelendiğinde; çalışanların %46,3'ü (n=218) kadın, %53,7'si (n=253) erkektir.

Çalışanlar medeni durum açısından incelendiğinde; çalışanların %73,0'ü (n=344) evli, %27,0'si (n=127) bekadır.

Çalışanlar yaş grupları açısından incelendiğinde; çalışanların %47,5'i (n=223) 35 yaşından küçük, %52,5'i (n=246) 35 ve 35 yaşından daha büyüktür.

Çalışanlar eğitim durumu açısından incelendiğinde; çalışanların %7,0'si (n=33) ilkokul, %6,4'ü (n=30) ortaokul, %25,3'ü (n=119) lise, %22,5'i (n=106) önlisans, %25,1'i (n=118) lisans, %13,8'i (n=65) lisansüstü mezunudur.

Çalışanlar görev yaptığı kurum açısından incelendiğinde; çalışanların %34,8'i (n=164) üniversite hastanesinde, %25,9'u (n=122) devlet hastanesinde, %39,3'ü (n=185) eğitim araştırma hastanesinde görev yapmaktadır.

Çalışanlar vardiya durumu açısından incelendiğinde; çalışanların %17,0'si (n=80) gündüz, %7,9'u (n=37) gece, %75,2'si (n=354) gece-gündüz karma vardiyalarında çalışmaktadır.

Çalışanlar çalıştığı kurumdaki toplam görev süresi açısından incelendiğinde; çalışanların %49,5'i (n=233) ≤5 yıl, %50,5'i (n=238) >5 yıl görev yapmaktadır.

Çalışanlar acil servisteki çalışma süresi açısından incelendiğinde; çalışanların %50,6'sı (n=238) ≤4 yıl, %49,4'ü (n=232) >4 yıl çalışmaktadır.

Çalışanlar acil servisteki pozisyonu açısından incelendiğinde; çalışanların %19,5'i (n=92) hekim, %28,7'si (n=135) hemşire/ebe, %14,4'ü (n=68) paramedik/ATT, %9,8'i (n=46) sağlık memuru, %21,0'i (n=99) temizlik personeli/hasta bakıcı, %6,6'sı (n=31) güvenlik görevlisidir.

Çalışanlar günlük bakım verdiği ortalama hasta 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) ≥201 hastaya bakmaktadır.

Çalışanlar, “İş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?” değişkeni açısından incelendiğinde; bu soruya çalışanların %65,0’i (n=306) evet, %35,0’i (n=165) hayır yanıtını vermiştir.

Çalışanlar, “Daha önce bir iş kazasına maruz kaldınız mı? değişkeni açısından incelendiğinde; bu soruya çalışanların %26,8’i (n=126) evet, %73,2’si (n=345) 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. Çalışanların genel olarak iş güvenliği ölçeğindeki ifadelerle ilişkin verdikleri skorların dağılımı
(n: Vaka sayısı, ort.: Ortalama, s.s.: Standart sapma)

İş Güvenliği Ölçeği	n	ort.	s.s.
1. Eğer yöneticim güvenli davranışım için beni ödüllendirirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	3,92	1,15
2. Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	4,31	0,82
3. Eğer yönetim önerilerimi dinlerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	4,17	0,85
4. Eğer sık güvenlik eğitimi alırsak bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	3,63	1,10
5. Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	4,26	0,78
6. Eğer yönetimim daha çok işyeri güvenlik kontrollerini yaparsa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	4,13	0,86
7. Eğer iş arkadaşlarım güvenli davranışı desteklerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	4,13	0,79
8. Eğer güvenli davranışım için ödüllendirilirimse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	471	3,82	1,07
9. Yönetimimiz yeterli güvenlik ekipmanı sağlıyor.	471	2,84	1,09
10. Yönetimimiz hatasız olduğundan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	471	2,96	1,09
11. Yöneticimiz işyerimde hatasız olduğumdan emin olmak için ekipmanları kontrol eder.	471	3,10	1,06
12. İşyerimdeki yönetim çalışanların güvenliğiyle kârla ilgilendiği kadar ilgilenmeli.	471	4,12	0,94
13. İşyerimdeki herkes güvenli bir biçimde çalışır.	471	2,70	1,06
14. İşyerimdeki tüm güvenlik kuralları ve prosedürleri gerçekten işe yarıyor.	471	2,72	1,00
15. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu iyi bir eğitim görmediğim içindir.	471	2,66	1,23
16. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu neyi yanlış yaptığımı bilmediğim içindir.	471	2,72	1,20
17. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu çalışmayı hemen tamamlamam gerektiği içindir.	471	3,27	1,24

Tablo 5. (devam) Çalışanların genel olarak iş güvenliği ölçeğindeki ifadelerle ilişkin verdikleri skorların dağılımı			
18. Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu doğru ekipman temin edilmediği veya çalışmıyor olduğu içindir.	471	3,53	1,14
19. Güvenlik biz meşgul olana kadar geçerlidir sonra başka şeyler öncelik alır.	466	3,08	1,11
20. Eğer sürekli güvenlik hakkında endişelenirsem işimi yapamam.	471	3,76	1,08
21. İşimde risk almaktan kaçamam.	471	3,49	1,08
22. Kazalar ben her ne yaparsam yapayım olur.	471	2,95	1,19
23. İşyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam.	471	2,50	1,15
24. Dikkatli biri olduğum için kaza yapma olasılığım düşüktür.	471	3,49	1,05
25. Tüm kazalar önlenemez, bazı insanlar yalnızca şanssızdırlar.	471	2,98	1,18
26. Güvenlik prosedürüne uyan insanlar her zaman güvende olacaktır.	471	3,45	1,10
27. İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam.	471	2,34	1,05
28. Herkes kaza yapmak konusunda eşit riske sahiptir.	471	2,99	1,22
29. Gerekli önlemleri almayan insanlar başlarına gelenlerden kendileri sorumludurlar.	470	3,31	1,16
30. Yönetim güvenlikle ilgilendiğini iddia ediyor, ama ben buna inanmıyorum.	471	3,37	1,08
31. Yeni ekipman ve prosedürleri bildiğimden emin olurum.	471	3,50	0,90
32. Yönetimimiz yalnızca işimizi güvenli olmayan biçimde yapmadığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil.	471	3,69	1,07

Tabloda ters yönlü ifadeler, ters kodlama yapılmaksızın doğrudan içerdiği anlamı ile verilmiştir.

Tablo 5'e göre iş güvenliği ölçeğine verilen puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın "Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmaya yardımcı olur" maddesinden, en düşük puanın ise "İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam" maddesinden 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 çalışmaya yardımcı olur" ifadesinin ortalama ve standart sapmasının (3,92±1,15) olduğu,

“Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin (4,31±0,82) olduğu,

“Eğer yönetim önerilerimi dinlerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin (4,17±0,85) olduğu,

“Eğer sık güvenlik eğitimi alırsak bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin (3,63±1,10) olduğu,

“Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin (4,26±0,78) olduğu,

“Eğer yönetimim daha çok işyeri güvenlik kontrollerini yaparsa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin (4,13±0,86) olduğu,

“Eğer iş arkadaşlarım güvenli davranışı desteklerse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin (4,13±0,79) olduğu,

“Eğer güvenli davranışım için ödüllendirilirimse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur” ifadesinin (3,82±1,07) olduğu,

“Yönetimimiz yeterli güvenlik ekipmanı sağlıyor” ifadesinin (2,84±1,09) olduğu,

“Yönetimimiz hatasız olduğundan emin olmak için ekipmanları kontrol eder” ifadesinin (2,96±1,09) olduğu,

“Yöneticimiz işyerimde hatasız olduğumdan emin olmak için ekipmanları kontrol eder” ifadesinin (3,10±1,06) olduğu,

“İşyerimdeki yönetim çalışanların güvenliğiyle kârla ilgilendiği kadar ilgilenmeli” ifadesinin (4,12±0,94) olduğu,

“İşyerimdeki herkes güvenli bir biçimde çalışır” ifadesinin (2,70±1,06) olduğu,

“İşyerimdeki tüm güvenlik kuralları ve prosedürleri gerçekten işe yarıyor” ifadesinin (2,72±1,00) olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu iyi bir eğitim görmediğim içindir” ifadesinin (2,66±1,23) olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu neyi yanlış yaptığımı bilmediğim içindir” ifadesinin (2,72±1,20) olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu çalışmayı hemen tamamlamam gerektiği içindir” ifadesinin (3,27±1,24) olduğu,

“Ben güvenli olmayan bir şekilde çalıştıysam bu doğru ekipman temin edilmediği veya çalışmıyor olduğu içindir” ifadesinin (3,53±1,14) olduğu,

“Güvenlik biz meşgul olana kadar geçerlidir sonra başka şeyler öncelik alır” ifadesinin (3,08±1,11) olduğu,

“Eğer sürekli güvenlik hakkında endişelenirsem işimi yapamam” ifadesinin (3,76±1,08) olduğu,

“İşimde risk almaktan kaçamam” ifadesinin (3,49±1,08) olduğu,

“Kazalar ben her ne yaparsam yapayım olur” ifadesinin (2,95±1,19) olduğu,

“İşyerimdeki güvenliği arttırmak için hiçbir şey yapamam” ifadesinin (2,50±1,15) olduğu,

“Dikkatli biri olduğum için kaza yapma olasılığım düşüktür” ifadesinin (3,49±1,05) olduğu,

“Tüm kazalar önlenemez, bazı insanlar yalnızca şanssızdırlar” ifadesinin (2,98±1,18) olduğu,

“Güvenlik prosedürüne uyan insanlar her zaman güvende olacaktır” ifadesinin (3,45±1,10) olduğu,

“İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam” ifadesinin (2,34±1,05) olduğu,

“Herkes kaza yapmak konusunda eşit riske sahiptir” ifadesinin (2,99±1,22) olduğu,

“Gerekli önlemleri almayan insanlar başlarına gelenlerden kendileri sorumludurlar” ifadesinin (3,31±1,16) olduğu,

“Yönetim güvenlikle ilgilendiğini iddia ediyor, ama ben buna inanmıyorum” ifadesinin (3,37±1,08) olduğu,

“Yeni ekipman ve prosedürleri bildiğimden emin olurum” ifadesinin (3,50±0,90) olduğu,

“Yönetimimiz yalnızca işimizi güvenli olmayan biçimde yapmadığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil” ifadesinin (3,69±1,07) 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.

Tablo 6. Çalışanların cinsiyetlerine göre iş güvenliği algılamaları (**n:** Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

	Cinsiyet	n	ort.	s.s.	t	p*
İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Kadın	218	3,21	0,28	-3,204	0,001
	Erkek	253	3,29	0,31		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t Testi)

Kadın ve erkek çalışanların iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar (t= -3,204, p=0,001) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

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

Tablo 7. Çalışanların medeni durumlarına göre iş güvenliği algılamaları (**n:** Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Medeni Durum	n	ort.	s.s.	t	p*
	Evli	344	3,26	0,31	0,984	0,325
	Bekar	127	3,23	0,27		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t Testi)

Evli ve bekar çalışanların iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($t=0,984$, $p=0,325$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

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

Tablo 8. Çalışanların yaş gruplarına göre iş güvenliği algılamaları (**n:** Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Yaş	n	ort.	s.s.	t	p*
	≥35 Yaş	246	3,28	0,32	1,954	0,051
	<35 Yaş	223	3,22	0,26		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t Testi)

Yapılan analize göre ≥35 yaş ile <35 yaş grubundaki çalışanların iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($t=1,954$, $p=0,051$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

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

Tablo 9. Çalışanların eğitim durumlarına göre iş güvenliği algılamaları (**n:** Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

	Eğitim Durumu	n	ort.	s.s.	p*
İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	İlkokul	33	3,40	0,28	0,000
	Ortaokul	30	3,41	0,36	
	Lise	119	3,25	0,32	
	Önlisans	106	3,19	0,26	
	Lisans	118	3,22	0,28	
	Lisansüstü	65	3,27	0,27	

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

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 test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. İlkokul-lise ($t=2,432$, $p=0,016$), ilkokul-önlisans ($t=3,876$, $p=0,000$), ilkokul-lisans ($t=3,315$, $p=0,001$), ilkokul-lisansüstü ($t=2,319$, $p=0,023$), ortaokul-lise ($t=2,249$, $p=0,026$), ortaokul-önlisans ($t=2,974$, $p=0,005$), ortaokul-lisans ($t=3,030$, $p=0,003$), ortaokul-lisansüstü ($t=2,068$, $p=0,041$) grupları arasında fark bulunmuştur.

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

Tablo 10. Çalışanların görev yaptığı kuruma göre iş güvenliği algılamaları (**n**: Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

	Görev Yaptığı Kurum	n	ort.	s.s.	p*
İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Üniversite Hastanesi	164	3,23	0,33	0,125
	Devlet Hastanesi	122	3,23	0,27	
	Eğitim Araştırma Hastanesi	185	3,29	0,27	

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çalışanların görev yaptığı kuruma göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($p=0,125$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

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

Tablo 11. Çalışanların vardiya durumuna göre iş güvenliği algılamaları (**n**: Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

	Vardiya Durumu	n	ort.	s.s.	p*
İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Gündüz	80	3,30	0,36	0,120
	Gece	37	3,32	0,32	
	Gece-Gündüz Karma	354	3,24	0,27	

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çalışanların vardiya durumuna göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($p=0,120$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

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

Tablo 12. Çalışanların çalıştığı kurumdaki toplam görev süresine göre iş güvenliği algılamaları (**n**: Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	n	ort.	s.s.	t	p*
	≤5 Yıl	233	3,26	0,30	0,346	0,729
	>5 Yıl	238	3,25	0,29		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t Testi)

Çalışanların çalıştığı kurumdaki toplam görev süresine göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($t=0,346$, $p=0,729$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 13’te, çalışanların iş güvenliği algılamaları acil servisteki çalışma süresine göre incelenmiştir.

Tablo 13. Çalışanların acil servisteki çalışma süresine göre iş güvenliği algılamaları (**n**: Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Acil Servisteki Çalışma Süresi	n	ort.	s.s.	t	p*
	≤4 Yıl	238	3,27	0,30	1,353	0,177
	>4 Yıl	232	3,23	0,29		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t Testi)

Çalışanların acil servisteki çalışma süresine göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($t=1,353$, $p=0,177$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 14'te, çalışanların iş güvenliği algılamaları acil servisteki pozisyonuna göre incelenmiştir.

Tablo 14. Çalışanların acil servisteki pozisyonuna göre iş güvenliği algılamaları (**n:** Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

	Acil Servisteki Pozisyonu	n	ort.	s.s.	p*
İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Hekim	92	3,24	0,26	0,024
	Hemşire/Ebe	135	3,22	0,27	
	Paramedik/ATT	68	3,21	0,24	
	Sağlık Memuru	46	3,21	0,27	
	Temizlik Pers./Hasta Bakıcı	99	3,34	0,34	
	Güvenlik Görevlisi	31	3,30	0,42	

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çalışanların acil servisteki pozisyonuna göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($p=0,024$) 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. Hekim-temizlik personeli/hasta bakıcı ($t= -2,177$, $p=0,031$), hemşire/ebe-temizlik personeli/hasta bakıcı ($t= -2,825$, $p=0,005$), paramedik/ATT- temizlik personeli/hasta bakıcı ($t= -2,746$, $p=0,007$), sağlık memuru-temizlik personeli/hasta bakıcı ($t= -2,222$, $p=0,028$) grupları arasında fark bulunmuştur.

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

Tablo 15. Çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısına göre iş güvenliği algılamaları (**n**: Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	n	ort.	s.s.	p*
	1-50 Hasta	102	3,24	0,25	
	51-100 Hasta	116	3,31	0,30	
	101-200 Hasta	97	3,24	0,28	
	≥201 Hasta	84	3,20	0,27	
					0,039

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısına göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($p=0,039$) 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. 1-50 hasta ile 51-100 hasta bakan ($t= -2,020$, $p=0,045$), 51-100 hasta ile ≥201 hasta bakan ($t=2,604$, $p=0,010$) gruplar arasında fark bulunmuştur.

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

Tablo 16. Çalışanların iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığına göre iş güvenliği algılamaları (**n**: Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	n	ort.	s.s.	t	p*
	Evet	306	3,28	0,29	2,400	
	Hayır	165	3,21	0,29		
						0,017

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t Testi)

Çalışanların iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($t=2,400$, $p=0,017$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

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

Tablo 17. Çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediğine göre iş güvenliği algılamaları (**n**: Vaka sayısı, **ort.:** Ortalama, **s.s.:** Standart sapma, **p:** p değeri)

İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	İş Kazası Geçirme Durumu	n	ort.	s.s.	t	p*
	Evet	126	3,21	0,28	-1,983	0,048
Hayır	345	3,27	0,30			

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t Testi)

Çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediğine göre iş güvenliği ölçeğine verdikleri skorlar ($t= -1,983$, $p=0,048$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

4.2.3. Korelasyon Analizi

Bu bölümde çalışanların iş güvenliği ölçek ortalaması ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin analiz edilmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 18’de çalışanların iş güvenliği ölçek ortalamasının bağımsız değişkenlere göre korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 18. Korelasyon analizi (**n:** Vaka sayısı, **r:** Korelasyon katsayısı, **p:** p değeri)

	İş Güvenliği Ölçek Ortalaması		
	n	r	p
Cinsiyet	471	0,107	0,020
Medeni Durum	471	0,019	0,680
Yaş	469	-0,019	0,682
Eğitim Durumu	471	-0,241	0,000
Görev Yaptığı Kurum	471	0,046	0,324
Vardiya Durumu	471	-0,012	0,800
Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	471	-0,024	0,602
Acil Servisteki Çalışma Süresi	470	-0,125	0,007
Acil Servisteki Pozisyonu	471	0,168	0,000
Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	399	0,022	0,656
İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	471	-0,121	0,009
İş Kazası Geçirme Durumu	471	0,139	0,002

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, iş güvenliği ölçek ortalaması ile çalışanların cinsiyeti, eğitim durumu, acil servisteki çalışma süresi, acil servisteki pozisyonu, iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı, iş kazası geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 18'deki verilere göre, çalışanların iş güvenliği ölçek ortalaması ile cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p = 0,020$). Bu iki değişken arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r = 0,107$) olduğu görülmektedir.

Çalışanların iş güvenliği ölçek ortalaması ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Değişkenler arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,241$) saptanmıştır.

Çalışanların iş güvenliği ölçek ortalaması ile acil servisteki çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,007$). Değişkenler arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,125$) olduğu görülmektedir.

Çalışanların iş güvenliği ölçek ortalaması ile acil servisteki pozisyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Değişkenler arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,168$) saptanmıştır.

Çalışanların iş güvenliği ölçek ortalaması ile iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,009$). Değişkenler arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,121$) olduğu görülmektedir.

Çalışanların iş güvenliği ölçek ortalaması ile iş kazası geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,002$). Değişkenler arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,139$) olduğu görülmektedir.

4.2.4. Regresyon Analizi

Bu bölümde bağımlı değişkenin hangi bağımsız değişkenler tarafından etkilendiğini tespit edebilmek ve çıkarımsal bir sonuca ulaşabilmek için regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizinde çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına, bağımsız değişkenlerin etkisi incelenmiştir.

Tablo 19'da çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına ilişkin çoklu regresyon analizi verilmiştir.

Tablo 19. Çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına ilişkin çoklu regresyon analizi (n=471)
(**R²**: Tanımlayıcılık katsayısı, **p**: p değeri)

R²=0,088 F= 7,466 p=0,000	Standardize Edilmemiş Beta	Standart Hata	Standardize Edilmiş Beta	t	p
(Sabit)	3,763	0,161		23,356	0,000
Cinsiyet	0,084	0,036	0,107	2,325	0,020
Eğitim Durumu	-0,068	0,013	-0,241	-5,380	0,000
Acil Servisteki Çalışma Süresi	-0,098	0,036	-0,125	-2,724	0,007
Acil Servisteki Pozisyonu	0,041	0,011	0,168	3,697	0,000
İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	-0,099	0,038	-0,121	-2,635	0,009
İş Kazası Geçirme Durumu	0,123	0,041	0,139	3,040	0,002

Çalışanların genel olarak iş güvenliği algısının %8,8'i cinsiyet, eğitim durumu, acil servisteki çalışma süresi, acil servisteki pozisyonu, iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı, iş kazası geçirme durumu değişkenleri ile açıklanmaktadır.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına; cinsiyet (p=0,020), eğitim durumu (p=0,000), acil servisteki

Çalışma süresi ($p=0,007$), acil servisteki pozisyonu ($p=0,000$), iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı ($p=0,009$) ve iş kazası geçirme durumu ($p=0,002$) değişkenleri anlamlı etki etmektedir. Diğer değişkenler, anlamlı etki etmemiştir. Beta katsayıları incelendiğinde; açıklayıcılık gücü en yüksek olan değişken, eğitim durumu olarak bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Literatürler incelendiğinde ülkemizde iş güvenliği konusunda farklı sektörlerde çok sayıda çalışma yapılmış olmasına rağmen sağlık sektöründe yapılan çalışmaların sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Sağlık kurumlarında yapılan bu çalışmalarda da çalışma grubuna genelde tek bir grup çalışan (sadece hemşireler gibi) dahil edilmiş ya da çalışmalar birim düzeyinde değil de genellikle hastanenin tüm birimlerini kapsar nitelikte yapılmıştır. Ayrıca doğrudan acil servis çalışanlarının iş güvenliği konusunda algı düzeylerini incelemeye yönelik yapılan herhangi bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu nedenle yapılan bu çalışmanın bundan sonra yapılacak diğer çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu bölümde, çalışmada yapılan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular, sağlık sektörünün yanında iş güvenliği konusunda farklı sektörlerde yapılan çalışmalar da dikkate alınarak tartışılmıştır.

Çalışanların iş güvenliği algılamaları bağımsız değişkenlere göre incelendiğinde;

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Bu nedenle cinsiyet değişkeni açısından A1.a hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların cinsiyetleri ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Tüzüner ve Özasan'ın (2011), araştırma kapsamındaki hastanelerde çalışanların güvenlik iklimi algıları ve demografik değişkenlere göre güvenlik iklimi algılarının farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla 120 hastane çalışanıyla yaptıkları çalışmada ise, cinsiyet ile güvenlik iklimi algısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Uçak (2009) tarafından sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi amacıyla 169 sağlık personelinin katılımı ile yapılan çalışmada, kesici-delici alet yaralanması ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$).

Ayrancı ve ark. (2002), Ankara, Eskişehir, Kütahya illerindeki sağlık kurumlarında çalışan farklı mesleklerden sağlık çalışanlarının sözel, cinsel ve fiziksel şiddet türlerinden en az birine maruz kalanlarla kalmayanların sosyo-demografik özelliklerine, çalışma yerlerine ve meslek gruplarına göre karşılaştırmak amacıyla 1071 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada erkeklerin şiddete uğrama oranı %48,4, kadınlarda ise %52,5 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yöneltilen şiddet, karşımıza önemli bir iş güvenliği sorunu olarak çıkmaktadır.

Eker ve arkadaşlarının (2011), sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumu ve buna etki eden faktörleri araştırmak amacıyla 263 kişi üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucunda, erkeklerin %59,2'si (29), kadınların %40,8'i (86) son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldığını ifade etmişlerdir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017$). Erkek sağlık çalışanları son bir yılda şiddete daha fazla maruz kalmışlardır.

Çopur ve arkadaşlarının (2006) hastanelerde ev idaresi alanında çalışan personelin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla 260 çalışanın katılımıyla yaptıkları araştırmada, iş kazalarına karşı önlem almada kadınların %97,0'sinin, erkeklerin %94,5'nin kazalara karşı önlem aldığı belirlenmiştir. Bu bulgu kadınların erkeklere göre kazalara karşı önlem alma konusunda dikkatli oldukları izlenimini vermektedir.

İş kazaları, iş güvenliği kapsamında önemli bir yere sahiptir. İş güvenliği, çalışanların buldukları iş ortamındaki koşullar nedeniyle oluşabilecek kazaların zararlı sonuçlarından korunmalarını kapsamaktadır (Şimşek ve Öge, 2009).

Şahin ve ark. (2011), acil tıp çalışanlarına yönelik şiddeti araştırmak amacıyla 87 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda şiddete en fazla erkeklerin maruz kaldığı görülmüştür.

Sucu ve ark. (2007), tarafından hastane acil servisleri ve 112 acil yardım ambulansları çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddeti belirlemek amacıyla 289 sağlık çalışanının katılımıyla yapılan çalışmada, erkeklerin (%61,1) kadınlardan (%38,9) daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Acil

birim çalışanlarının cinsiyetleri ile fiziksel şiddet yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.026$).

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri medeni durum değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,325$). Bu nedenle medeni durum değişkeni açısından A1.b hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların medeni durumları ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yavuz (2009) tarafından bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili durumlarının incelenmesi amacıyla 500 hemşirenin katılımıyla yapılan çalışmada, iş güvenliği ölçeği toplam puanları hemşirelerin medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p= 0,151$).

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri yaş değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p= 0,051$). Bu nedenle yaş değişkeni açısından A1.c hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların yaşları ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yavuz'un (2009) çalışmasında da bu çalışmaya benzer şekilde, iş güvenliği ölçeği toplam puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Devebakan (2007) tarafından 302 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmada, farklı yaş gruplarında olmanın İş Sağlığı ve Güvenliği'ni sağlamada yükümlülük skorları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığı analiz edilmiş ve sonuç olarak çalışanların yükümlülük skorları ($p=0,002$) üzerinde anlamlı bir fark yarattığı tespit edilmiştir. Buna göre 30-35 ve ≥ 42 gruptaki katılımcıların, ≤ 18 yaş katılımcılara göre, İSG ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyi daha olumlu değerlendirdikleri görülmüştür.

Külekcı (2012) tarafından gemi inşa endüstrisi çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algılarının değerlendirilmesine yönelik 203 tersane çalışanı üzerinde yapılan araştırmada, eğitim ve terfilerin güvenlik ile ilişkisine ve yönetimin güvenlik hassasiyetine dair algılar açısından 50 ve üzeri yaştaki çalışanların, diğer yaş grupları ile

anlamli ortalama farkina sahip olduğu görülmüstür. 50 ve üzeri yaşa sahip çalışanlar, güvenli iş davranışları ve iş güvenliği farkındalığı oluşturmak amacıyla sağlanan eğitimlerin, terfiler için önemli bir etkiye sahip olduğu düşüncesine diğer yaş gruplarına göre daha düşük oranda katılmakta ve ayrıca yönetimin, güvenlik problemlerine karşı harekete geçme isteği ve hassasiyeti konusunda da diğer yaş gruplarına göre daha düşük bir ortalama ile katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

Vayisoğlu Zorlu (2008), işgörenlerin, iş güvenliği ve iş kazaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması amacıyla inşaat ve maden sektöründe çalışan 100 işçi üzerinde yaptığı çalışmada, işgörenlerin iş güvenliği ve iş kazalarına karşı olan tutumları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığını gözlemlemiştir.

Ayrancı ve arkadaşlarının (2002), 1071 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada, çalışanların şiddete maruz kalma oranları yaş gruplarına göre incelenmiş, en fazla şiddet 30-39 yaş grubunda (%54,4), ikinci sırada %52,0 oranla ≤ 29 yaş grubunda olduğu görülmüstür. En az şiddete uğrayanlar ise ≥ 50 yaş gruptur (%21,1). Bu çalışmada sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

şahin ve arkadaşlarının (2011), acil tıp çalışanlarına yönelik şiddeti araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda ise, en fazla şiddete uğrama yaşının 32 ve üstü yaş grubunda 49 kişi (%56,3) olduğu görülmüstür.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri eğitim durumu değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). Bu nedenle eğitim durumu değişkeni açısından A1.d hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların eğitim durumları ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu farklılık, ilkokul-lise ($p=0,016$), ilkokul- nlisans ($p=0,000$), ilkokul-lisans ($p=0,001$), ilkokul-lisansüstü ($p=0,023$), ortaokul-lise ($p=0,026$), ortaokul- nlisans ($p=0,005$), ortaokul-lisans ($p=0,003$), ortaokul-lisansüstü ($p=0,041$) grupları arasında anlamlı bulunmuştur.

Atay (2006), endüstri alanında çalışan bireylerin iş güvenliği ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek amacıyla 567 çalışanın

katılımıyla yaptığı araştırmada, endüstri çalışanlarının iş güvenliği düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Atay'ın yaptığı bu araştırmada, endüstri çalışanlarının eğitim düzeyleri yükseldikçe iş güvenliği algılarının da anlamlı Şekilde yükseldiği tespit edilmiştir.

Uçak (2009), 169 sağlık personelinin eğitim durumlarına göre iş kazalarına maruz kalma durumunu karşılaştırmış ve eğitim durumları ile kesici-delici alet yaralanması, kan-vücut sıvıları ile temas, kas-iskelet sistemi yaralanması ve şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur.

Sarıçam'ın (2012) hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları hastanede iş sağlığı ve güvenliği sistemini yeterli bulma durumlarının, eğitim düzeylerine göre önemli farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu farklılık ise ön lisans-lisans grubunda bulunmuştur.

Külekçi'nin (2012) 203 tersane çalışanı üzerinde yaptığı araştırmada, çalışanların güvenlik iklimi algıları ile sahip oldukları eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

ınar ve arkadaşlarının (2011) bir eğitim-araştırma hastanesinde 200 hastane personeli üzerinde yaptıkları araştırmada, çalışanların eğitim düzeyi arttıca genel çalışan güvenlik algısının da arttığı grlmştir.

Çopur ve arkadaşlarının (2006), hastanelerde ev idaresi alanında çalışanlar (n=260) zerinde yaptığı araştırmada, çalışanların eğitim düzeyine göre iş kazalarına karşı önlem alma durumları incelenmiş ve sonuç olarak ilkokul ve daha az öğrenim gören personelin %96,4'nn, ortaokul mezunlarının %94,7'sinin, lise mezunlarının %92,3'nn kazalara karşı önlem aldığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, personelin kazalara karşı önlem alma konusunda daha dikkatli olması beklenirken, bu çalışmada, eğitim düzeyi yükseldikçe kazalara karşı önlem alanların oranının az da olsa düşmesi dikkat çekicidir.

Şahin ve arkadaşlarının (2011) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 87 acil tıp çalışanı üzerinde yaptıkları araştırmada, çalışanların eğitim durumu düştükçe şiddete uğrama oranının arttığı görülmüştür.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri görev yaptığı kurum değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,125$). Bu nedenle görev yaptığı kurum değişkeni açısından A1.e hipotezi reddedilmiştir. Çalışmada, çalışanların görev yaptıkları kurum ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ayrancı ve arkadaşlarının (2002), Eskişehir, Ankara ve Kütahya illerinde bulunan birinci basamak sağlık kurumları, üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri, sosyal sigortalar kurumu hastaneleri ve özel sağlık merkezlerinden araştırma kapsamına aldıkları kurumlarda çalışan 1071 sağlık çalışanı üzerinde yaptıkları araştırmada, şiddete uğrama oranı devlet hastanesi ve birinci basamak sağlık kurumlarında anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kurumlara göre şiddete uğrama oranı arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Şiddet, sağlık çalışanlarında en sık görülen iş kazaları arasında yer almaktadır. (Say, 2013).

Sucu ve ark. (2007) tarafından Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Atatürk ve Antalya Devlet Hastanelerinin Acil Servisleri ile Antalya il sınırları içerisinde görev yapan 112 Acil Yardım Ambulanslarında çalışan 289 acil birim çalışanı üzerinde yapılan araştırmada, çalışılan yer ile fiziksel ve sözel şiddet yaşama durumları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur. Antalya Devlet Hastanesi'nde çalışanların fiziksel ve sözel şiddete daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri vardiya durumu değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,120$). Bu nedenle vardiya durumu değişkeni açısından A1.f hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların vardiya durumu ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalıştığı kurumdaki toplam görev süresi değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,729$). Bu nedenle çalıştığı kurumdaki toplam görev süresi değişkeni açısından A1.g hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların çalıştığı kurumdaki toplam görev süresi ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Külekcı (2012) tarafından gemi inşa endüstrisi çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algılarının değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan çalışmada, meslekteki toplam görev süresi ile güvenlik iklimi algılarının nasıl farklılaştığı incelenmiş ve bir yıldan az süredir görev yapmakta olanlardan elde edilen ortalamanın, 5 yıl üzerinde bir süredir görev yapanlardan elde edilen ortalamadan anlamlı derece farklı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, görevin getirdiği güvenlik sorumluluklarına ilişkin çalışan hassasiyeti toplam görev süreleri ile negatif yönlü ilişkidir.

Çınar ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, çalışanların hastanede çalışma yılına göre genel çalışan güvenlik algısı arasında negatif bir korelasyon ve anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Çalışma yılı arttıkça risklere karşı alınan önlem azalmakta ve işe yeni başlayanların önlem alma konusunda daha duyarlı olduğu görülmüştür.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri acil servisteki çalışma süresi değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,177$). Bu nedenle acil servisteki çalışma süresi değişkeni açısından A1.h hipotezi reddedilmiştir.

Şahin ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, acil serviste çalışma süresi ile şiddete uğrama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri acil servisteki pozisyon değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,024$). Bu nedenle acil servisteki pozisyon değişkeni açısından A1.i hipotezi kabul edilmiştir. Bu farklılık, hekim-temizlik personeli/hasta bakıcı ($p=0,031$), hemşire/ebe-temizlik personeli/hasta bakıcı ($p=0,005$), paramedik/ATT- temizlik

personeli/hasta bakıcı (p=0,007), sağlık memuru-temizlik personeli/hasta bakıcı (p=0,028) grupları arasında anlamlı bulunmuştur. Çalışmada, çalışanların acil servisteki pozisyonu ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Ayrancı ve arkadaşlarının (2002), 1071 sağlık çalışanı üzerinde yaptıkları araştırmada, şiddete uğrama oranı en sık pratisyen hekimler (%67,6) ve hemşirelerde (%58,4), en az ise öğretim üyeleri (%36,7) ve diğerleri (%32,7) olarak sınıflandırılanlar grubunda bulunmuştur.

Önder ve arkadaşlarının (2011), Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşireler (n=1000 kişi) üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hekimlere kıyasla daha fazla iş kazası geçirdikleri tespit edilmiştir.

Eker ve arkadaşlarının (2011), Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapmış oldukları çalışmada, sağlık çalışanlarından doktorların %63,0'ü, hemşirelerin %39,8'i ve diğer sağlık çalışanlarının %31,8'i son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Meslek grubu olarak doktorların daha fazla şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca yine bu çalışmada, acil serviste çalışanların % 50,0'si şiddete maruz kaldıklarını ifade ederken, laboratuvar gibi diğer yerlerde çalışanların ise % 27,3'ü şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Gerek hastanenin tüm bölümlerini kapsayan, gerek sadece acil servislerde yapılmış çalışmalarda, şiddet oranları acil servis hizmeti veren bölümlerde daha yüksek bulunmuştur.

Tüzüner ve Özaslan'ın (2011) çalışmasında ise, çalışanların güvenlik iklimi algıları ile buldukları işgören grupları (doktor, hemşire, hizmetli, diğer) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, doktor ve hizmetlilerin, hemşirelere oranla güvenlik iklimi algılarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca yine bu çalışmada, idari ve destek birimlerde çalışanların, tıbbi birimlerde çalışanlara göre hastanelerdeki güvenlik iklimini daha yüksek düzeyde algıladıkları tespit edilmiştir.

Sucu ve ark. (2007) tarafından 289 acil birim çalışanı üzerinde yapılan araştırmada, çalışanların pozisyonları ile fiziksel şiddete maruz kalma durumları incelenmiş ve fiziksel şiddete en yüksek oranda maruz kalanların ambulans şoförleri olduğu (%82,4) bunu sağlık memurları (%77,3), sekreterler (%75,0) ve güvenlik görevlilerininin (%72,7) takip ettiği görülmüştür.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı değişkeni açasından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,039$). Bu nedenle çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı değişkeni açasından A1.j hipotezi kabul edilmiştir. Bu farklılık, 1-50 hasta & 51-100 hasta bakan ($p=0,045$), 51-100 hasta & ≥ 201 hasta bakan ($p=0,010$) grupları arasında anlamlı bulunmuştur. Çalışmada, çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Taşcıoğlu (2007) tarafından Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarında maruz kaldıkları ve işlerinden/işyerlerinden kaynaklanan tehlike ve riskler ile bu riskleri nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla 99 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelere ortalama kaç hastaya baktıkları sorulmuştur. Hemşirelerin yarısı 6-10 hastaya 1 hemşire düşecek biçimde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin $\frac{1}{4}$ 'ü 10'dan fazla hastaya 1 hemşirenin düştüğü servislerde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşire başına daha fazla hasta düştüğünü söyleyenler acil servis ve dahiliye servisinde çalışan hemşirelerdir.

Sucu ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise, çalışmanın yapıldığı tarihlerde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde hizmet verilen günlük ortalama hasta sayısı 130, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde 800, Antalya Devlet Hastanesi'nde ise 810 civarında bulunmuştur.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalışanların iş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alıp almadığı değişkeni açasından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,017$). Bu nedenle

çalışanların iş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alıp almadığı değişkeni açısından A1.k hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların iş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alma durumu ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bu çalışmada, iş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alanların sayısı 306 kişi (%65,0), almayanların sayısı ise 165 kişi (%35,0) olarak bulunmuştur.

Akkaya (2007) tarafından İstanbul'da faaliyet gösteren 100 ve üzeri yatak kapasitesine sahip 14 özel hastane üzerinde yapılan çalışmada, hastanelerin %64,3'ünde çalışanlara, iş kazalarını önlemeye yönelik eğitim verildiği tespit edilmiştir. Ayrıca hastanelerin %71,4'ünde işe yeni başlayanlara oryantasyon eğitimi verildiği görülmüştür.

Durdu (2006) tarafından işçi sağlığı ve iş güvenliği düzenlemeleri ile ilgili işgörenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik, 'sabun ve deterjan üretimi' sektöründe çalışan 250 mavi yakalı işgören üzerinde yapılan çalışmada, işgörenlerin %92'sinin iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim alırken, %8'inin bu konuda eğitim almadığı gözlenmiştir. Ayrıca çalışmada, işgörenlerin iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu ile işyerinde sağlık ve güvenliği tehlikeye sokan halleri bilme durumu arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim alanların %97'si işyerinde sağlık ve güvenliği tehlikeye sokan halleri bilirken, eğitim almayanlarda bu oran %67'ye düşmektedir.

Çınar ve ark. (2011), 200 hastane personeli üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan personelin %55,7'sinin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldığını belirlemişlerdir.

Özarслан (2009), Ankara'da Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi'nde (GATA) 504 hemşire üzerinde bir çalışma yapmış ve hemşirelerden yalnızca 8'inin (%1,6) mesleki risklerle ilgili eğitim aldığı sonucuna ulaşmıştır.

Ceylan (2009) tarafından Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 405 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin %72,3'ünün (293 kişi) iş kazaları ve korunma yöntemleri hakkında eğitim almadığı tespit edilmiştir.

Taşcıoğlu'nun (2007) çalışmasında ise, 99 hemşireden çalışma ortamı tehlike ve riskleri konusunda hizmet içi eğitim almayanların oranı %61,6 (61 kişi) olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalışma ortamı tehlike ve riskleri konusunda hizmet içi eğitim almadığı görülmüştür.

Öztürk ve ark. (2012), devlet hastanelerinde çalışan sağlık personeline yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını belirlemek amacıyla Trabzon'da 522 hemşire, 232 hekim ve 271 diğer sağlık personelinin katıldığı bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada, hekimlerin %51'inin iş güvenliğine yönelik eğitimlerden memnun olmadıkları görülmüştür.

Erkal ve Coşkuner (2010) tarafından Ankara'da bir üniversite hastanesinde çalışan 184 ev idaresi personeli üzerinde yapılan çalışmada, personelin büyük çoğunluğunun (%90,2) iş kazalarının nedenleri ve önlenmesi konusunda hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir.

Çopur ve ark. (2006), 260 ev idaresi personelinden tamamına yakınının (%95,4) hizmet içi eğitim aldığını belirlemişlerdir.

Köksal (2010) tarafından 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde farklı görevlerde (hekim, paramedik, ATT, hemşire, sağlık memuru ve şoför) çalışan toplam 130 personel üzerinde yapılan çalışmada, 112 personeline, son 6 ay içerisinde almış oldukları hizmet içi eğitimlere ek olarak hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin bir eğitimin verilmesi ile ilgili soru sorulmuştur. Bu soruya hayır cevabını verenlerin oranı %59,2, kısmen cevabını verenlerin oranı ise %24,6 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuca göre 112 personellerinin yaklaşık 2/3'si kendilerine yönelik hasta ve çalışan güvenliği konusunda hizmet içi eğitim verilmediğini belirtmişlerdir.

Sucu ve ark. (2007), tarafından 289 acil birim çalışanı üzerinde yapılan araştırmada, çalışanların büyük çoğunluğunun (%84,4) acil birimde saldırı ve şiddeti önlemeye yönelik herhangi bir eğitim almadığı, fakat çoğunluğun (%77,9) eğitim almak istediği tespit edilmiştir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediği değişkeni açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,048$). Bu nedenle çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediği değişkeni açısından A1.1 hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmeme durumu ile iş güvenliği algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan çalışanlardan daha önce bir iş kazası geçirenlerin sayısı 126 kişi (%26,8), geçirmeyenlerin sayısı ise 345 kişi (%73,2)'dir. Çalışmamızda, daha önce iş kazası geçirmeyenlerin sayısının daha yüksek bulunması sevindiricidir.

Çalışanların iş kazası geçirme durumunu inceleyen farklı sektörler de dahil olmak üzere birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların bazılarının sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarında en sık görülen iş kazaları; kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile bulaşma, ağır kaldırma, düşme, çarpma, takılma, kayma gibi nedenlere bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet, alerjik reaksiyon, yanıklar, zehirlenme, yangın, patlama, elektrik çarpması gibi çalışma ortamında meydana gelen her tür kaza ve işe gidiş-geliş sırasında meydana gelen trafik kazasını içermektedir (Say, 2013).

Devebakan (2007) tarafından 302 hemşire üzerinde yapılan araştırmada, araştırmaya katılanların son 6 ay içerisinde karşılaştıkları risk ve tehlikeler incelendiğinde, hemşirelerin %58,3'ü enjektör batması vakasına maruz kalmış, %50'si enfekte kesici-delici cisim ile yaralandığını belirtmiştir. Ayrıca katılımcılardan hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %32,1, hastalar

tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %30,8 olarak tespit edilmiştir.

Aydın Aktekin'in (2010) İzmir'de, hastanelerde uygulanmakta olan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmaların hemşirelerin çalışma koşullarına ve dolayısıyla tükenmişlik durumlarına olan ilişkisinin incelenmesi amacıyla 402 ebe ve hemşire üzerinde yaptığı araştırmada, çalışanların %18,2'sinin hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete, %18,4'ünde hastalar tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca çalışanların %34,6'sı kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerle yaralanmış, %11,9'una meslek hastalığı teşhisi konulmuş, %28,9'u enfekte kesici-delici cisim yaralanması yaşamış, %31,6'sı iğne batması vakası yaşamış ve %3,7'si de iş kazasından dolayı işine 3 günden fazla ara vermiştir.

Akkaya'nın (2007) ameliyathane hemşireleri ve radyoloji teknisyenleri üzerinde (149 kişi) yaptığı çalışmada, çalışanların çoğunluğunun (%76,5) iş kazası geçirmediği tespit edilmiştir. İş kazası geçirenlerin oranı ise %23,5'tur. Akkaya'nın yaptığı çalışmanın bulguları, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir. Ayrıca Akkaya'nın çalışmasında, çalışanların yarısından fazlası (%58,4) meslek hastalığı yaşadığını ifade etmiştir.

Önder ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, araştırma grubunun %17'si (170 kişi) iş ortamında en az bir kez el-parmak kesigi, yanık, sıkışma, ezik ve iğne batması türünde iş kazası geçirmiştir.

Durdu'nun (2006) çalışmasında ise, işgörenlerin %11,6'sının iş kazası geçirdiği, %88,4'ünün iş kazası geçirmediği belirlenmiştir. Durdu'nun çalışma bulguları da bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

İncesli'nin (2005), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan 263 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin çalışma ortamında en fazla %95,8 ile iğne batmalarının neden olduğu mesleki kazalara maruz kaldıkları görülmüştür. Ayrıca gürültüye en fazla %92,3 ile acil ünitesinde çalışanların maruz kaldığı, virüs etkeni ile en fazla %92,3 ile acil ünitesinde çalışan hemşirelerin

karşılaştığı görülmüştür. Yine fizik çevredeki olumsuzluklar nedeniyle oluşan travmalara en fazla %84,6 ile acil ünitesinde, hasta ve yakınlarının neden olduğu travmalara en fazla %46,2 ile acil ünitesinde çalışanların maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Uçak'ın (2009) çalışmasında, sağlık personelinin %67,5 oranında kan ve vücut sıvısı sıçramasına, %61,5 oranında kesici-delici alet yaralanmasına, %42,6 oranında şiddete, %18,3 oranında alerjik reaksiyona, %15,4 oranında kas-iskelet sistemi yaralanmalarına, %8,9 oranında kimyasal madde ve ilaçla maruziyete, %10,7 oranında zehirlenmeye, %3 oranında trafik kazasına, %4,7 oranında yanık, cisim düşmesi ve çarpmalarının yer aldığı diğer kazalara maruz kaldığı belirlenmiştir.

Yalçın ve ark. (2011), tarafından hekim ve hemşirelerde lateks duyarlılığı prevalansını saptamak amacıyla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 276 hekim ve hemşire üzerinde yapılan çalışmada, tüm araştırma grubunun %18,1'inde (50 kişi) lateks duyarlılığı tespit edilmiş, hemşirelerde duyarlılığın hekimlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hoşoğlu ve ark. (2004), tarafından yapılan çalışmada, Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinde 1986-2000 yıllarındaki tüberküloz gelişme insidansı geriye dönük olarak araştırılmış, on beş yıllık periyotta toplam 22 hastane çalışanında tüberküloz geliştiği görülmüştür.

İş kazaları sağlık sektörü dışında başka sektörlerde de meydana gelmektedir. Bostan (2012) tarafından inşaat sektöründe 51 şantiye çalışanı üzerinde yapılan çalışmada, çalışanların %49'unun (25 kişi) ağır yaralanmalı iş kazası geçirdiği ya da tanık olduğu belirlenmiştir. Külekçi (2012) tarafından 203 gemi inşa endüstrisi çalışanı üzerinde yapılan çalışmada, çalışanların %13,8'inin (28 kişi) daha önce en az bir defa iş kazası yaşadığı belirlenmiştir. Vayisoğlu Zorlu'nun (2008) inşaat ve maden sektöründe çalışan 100 işçi üzerinde yaptığı çalışmada ise, 54 işçinin iş kazası geçirmiş olduğu, işçilerin %50'sinin dalgınlık, uykusuzluk, dikkatsizlik, yorgunluk veya hastalık nedeniyle iş kazası geçirdikleri belirlenmiştir. Semerci'nin (2012), işyerinde yapılan risk değerlendirme çalışmasının çalışanların iş sağlığı ve güvenliği algılamalarına etkisi

ve farkındalıklarını incelemek amacıyla metal sektöründe 91 işçi üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %72,8'inin iş kazasına en fazla "işçinin güvenli olmayan davranışı" neden olduğunu düşündüğü, katılımcıların %25,9'unun da iş kazasına en fazla "iş güvenliği olmayan (emniyetsiz) çalışma ortamı" neden olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. Tozkoparan ve Taşoğlu'nun (2011) İzmir'de 400 mavi yakalı çalışan üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışanlara, işletmelerindeki iş kazalarının oluşum nedenleri konusundaki görüşleri sorulmuş, çalışanların %57,2'si kazaların davranışsal nedenlerden (dikkatsizlik, ihmal, güvensiz davranışlar, eğitimsizlik v.b.), %42,8'i ise çevresel nedenlerden (olumsuz çalışma koşulları, fazla mesai, aşırı iş yükü, aydınlatma, ısıtma, havalandırma vb.) kaynaklandığını belirtmiştir.

Çınar ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan hastane personellerinin çalışma hayatında %54,1'nin iş kazasına uğradığı, şu an çalıştığı işyerinde ise %33,5'nin iş kazasına uğradığı tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca öğrenim düzeyi yükseldikçe kazalara karşı önlem alma ve daha dikkatli olma konusundaki algının arttığı ve iş kazası geçirme riskinin azaldığı tespit edilmiştir.

Özarslan'ın (2009) 504 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, son bir yıl içinde iş kazası geçiren 217 kişidir (%43,1). Geçirilen iş kazaları incelendiğinde ilk sırada %31,5 ile iğne batması yer almaktadır. Ceylan'ın (2009) çalışmasında ise, hemşirelerin %60'ı (243 kişi) son altı ay içinde iş kazası geçirmiştir.

Taşçıoğlu'nun (2007) çalışmasında, son altı ay içinde ruhsal travma ile karşılaştıklarını ifade eden hemşirelerin 88'i (% 88,9) kaynak olarak hasta yakını tarafından uğradıkları sözel şiddet ve saldırıyı göstermişlerdir.

Öztürk ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, geçirdikleri iş kazası/yaralanmalar kapsamında hemşirelerin %34'ü, hekim ve diğer sağlık personelinin %30'u öncelikle hasta ve yakınlarının uyguladığı sözel şiddeti, meslek hastalığı kapsamında hemşirelerin %27'si kanseri, hekim ve diğer sağlık personelinin %21'i uyku bozukluğunu açıklamışlardır.

Altıok ve ark. (2009) tarafından Mersin’de 956 sağlık çalışanı üzerinde yapılan araştırmada, delici-kesici aletle yaralanma deneyiminin %79,1 oranında olduğu ve % 60,9’unun kanla bulaşmış aletle olduğu belirlenmiştir. En çok enjektör iğnesi ile gerçekleşen yaralanmaların sıklıkla, hasta başında, iğne ucunu kapatma, iğneyi enjektörden ayırma ve atık kutusuna atma sırasında yaşandığı saptanmıştır. Ayrıca yaralanma deneyimi acil unitelerinde %69,9 oranında bulunmuştur.

amcı ve Kutlu (2011) tarafından Kocaeli’nde 270 sağlık çalışanı üzerinde yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının %72,6’sının sağlık sektöründe çalıştıkları süre boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı ve son 12 ay içerisinde de %72,4’ünün şiddete uğradığı, %47,8’inin şiddet olayına şahit olduğu bulunmuştur. En fazla maruz kalınan şiddet türü ise %98,5 ile sözel şiddettir.

Erkal ve Coşkuner’in (2010) alışmasında, ev idaresi personelinin %19,0’unun son bir yıl içerisinde iş kazası geçirdiği tespit edilmiştir. Ayrıca iş kazalarının nedenleri ve önlenmesi konusunda hizmet içi eğitim almayan personelin, bu eğitimi alan personele göre daha fazla kaza geçirdiği bulunmuştur.

Son yıllarda hastanelerde, özellikle acil servislerde hizmet veren hekimlerde ve sağlık alışanlarında artan şiddete maruz kalma sıklığı, çalışanların kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmakta ve sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha riskli olduğunu düşündürmektedir (Saygun, 2012). En çok şiddete maruz kalan sağlık çalışanları başta hemşireler olmak üzere acil servis çalışanlarıdır (Al ve ark., 2012). Gerek hastanenin tüm bölümlerini kapsayan, gerek sadece acil servislerde yapılmış çalışmalarda şiddet oranlarının acil servis hizmeti veren bölümlerde daha yüksek olduğu görölmüştür (Annagür, 2010).

Ayrancı ve ark. (2002), en fazla şiddete maruz kalınan yerleri, %63,1 oranla acil servisler olarak bulmuşlardır.

İlhan ve ark. (2013), Ankara il merkezinde bazı sağlık kurumlarına başvuran 18 yaş ve üstü kişilerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısını değerlendirmeyi

amaçlamış ve 1179 kişi üzerinde bir çalışma gerçekleştirmiştir. Katılımcıların 661'i (%56,3) sağlık çalışanlarının en çok acil servislerde şiddete maruz kaldığını düşündüklerini belirtmiştir.

Canbaz ve arkadaşlarının (2008), Samsun'da hastane acil servisleri ve 112 acil çalışanlarının son 12 ay içinde şiddete maruziyeti ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla 280 çalışan üzerinde yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılanların toplam 202'si (%72,1) herhangi bir formdaki şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Çalışmada ayrıca hastane acil servis çalışanlarının (%75,9), 112 acil çalışanlarına (%62,3) göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bulunmuştur.

Sucu ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında ise, acil birim çalışanlarının 273'ünün sözel (%94,5), 180'inin ise fiziksel şiddete (%62,3) maruz kaldığı belirlenmiştir. Silah ya da kesici aletlerle saldırma oranının %23,8 olduğu tespit edilmiştir.

Köksal'ın (2010) çalışmasında, 112 personeline, "Görev esnasında hiç cinsel, sözlü ya da fiziksel saldırıya uğradınız mı?" sorusu yöneltilmiştir. Bu soruyu yanıtlayan 130 kişinin %67,7'si evet cevabını verirken, aynı soruya hayır cevabını verenlerin oranı ise %32,3 olmuştur.

Tanrikulu (2010) tarafından hemşirelerin hasta ve hemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla 88 acil hemşiresi üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelere göre şiddete maruz kalma nedenlerinin önem sırası incelenmiş; ilk olarak "Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması" bulunmuş, ikinci olarak "Stres" ve üçüncü olarak " İlk muayenede uzun süre bekleme" bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin son üç ay içinde delici-kesici alet yaralanmasına maruz kalma oranı da %20,5 olarak bulunmuştur.

Tanrikulu'nun (2010) çalışmasında ayrıca hemşirelerin kendilerini güvenlikleri açısından nasıl hissettikleri incelenmiş; hemşirelerin %76,1'inin güvenli hissetmedikleri tespit edilmiştir. Neden güvenli hissetmedikleri sorulduğunda, hemşireler; yetersiz fiziki

ortamın olduğunu, güvenlik elemanlarının yetersiz olduğunu, şiddete (sözel veya fiziksel) ve enfeksiyonlara maruz kaldıklarını, çok fazla hastanın olduğunu ve aşırı iş yükünün olduğunu açıklamışlardır.

Ünaldı (2008) tarafından İstanbul’da 133 acil hemşiresi üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelere acil birimde en sık karşılaşılan riskli durumlar sorulmuş; çoğunlukla hasta ve hasta yakınları tarafından sözel saldırıya maruz kalma (%79,7), iğne batması (%45,9) ve enfeksiyon riski (%30,8) üzerinde durulmuştur. Ayrıca hemşirelere acilde çalışmaya başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve %75,2’sinin sağlık sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.

Tuna Malak ve arkadaşlarının (2010) 433 acil birim çalışanı ile yaptıkları çalışmada, hepatit B aşısını sağlık çalışanları zorunlu yaptırması gerekirken %15,4’ünün (67 kişi) hiç yaptırmadığı tespit edilmiştir.

A hipotezine ilişkin sonuçlar özet olarak Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. “A” hipotezi sonuçlarına ilişkin özet (V: Fark Vardır, Y: Fark Yoktur)

Çalışanların Genel Olarak İş Güvenliğine İlişkin Verdiği Önem Derecelerinin Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi	Cinsiyet	Medeni Durum	Yaş	Eğitim Durumu	Görev Yaptığı Kurum	Vardiya Durumu	Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	Acil Servisteki Çalışma Süresi	Acil Servisteki Pozisyonu	Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	İş Kazası Geçirme Durumu
İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	V	Y	Y	V	Y	Y	Y	Y	V	V	V	V

Çalışanların genel olarak iş güvenliği algılamalarına, bağımsız değişkenlerin etkisi incelendiğinde;

Çalışanların genel olarak iş güvenliğine ilişkin düşüncelerine; cinsiyet, eğitim durumu, acil servisteki çalışma süresi, acil servisteki pozisyonu, iş riski ya da güvenliği

ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı ve iş kazası geçirme durumu değişkenleri anlamlı etki etmektedir. Diğer değişkenler, anlamlı etki etmemiştir. Bu nedenle çalışmamızda B1.a, B1.d, B1.h, B1.i, B1.k ve B1.l hipotezleri kabul edilmiş, B1.b, B1.c, B1.e, B1.f, B1.g ve B1.j hipotezleri reddedilmiştir.

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

Tablo 21. “B” hipotezi sonuçlarına ilişkin özet (V: Anlamlı İlişki Vardır, Y: Anlamlı İlişki Yoktur)

Çalışanların Genel Olarak İş Güvenliğine İlişkin Düşüncelerinin Bağımsız Değişkenlerle İlişkinin İncelenmesi	Cinsiyet	Medeni Durum	Yaş	Eğitim Durumu	Görev Yaptığı Kurum	Vardiya Durumu	Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süresi	Acil Servisteki Çalışma Süresi	Acil Servisteki Pozisyonu	Günlük Bakım Verdiği Ortalama Hasta Sayısı	İş Riski ya da Güvenliği ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almadığı	İş Kazası Geçirme Durumu
İş Güvenliği Ölçek Ortalaması	V	Y	Y	V	Y	Y	Y	V	V	Y	V	V

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara dayalı olarak varılan sonuçlara ve bu sonuçlar doğrultusundaki önerilere yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan (n=471) acil servis çalışanlarının %53,7'si erkek, %73,0'ü evli, çoğunluğu %52,5'i 35 yaş ve üzeri yaş grubunda, %25,3'ü lise, %25,1'i lisans, %22,5'i önlisans mezunu, %39,3'ü eğitim araştırma hastanesinde, %34,8'i üniversite hastanesinde, %25,9'u devlet hastanesinde çalışmakta, %75,2'si gece-gündüz karma çalışmakta, %50,5'i çalıştığı kurumda 5 yılın üzerinde bir süredir çalışmakta, %50,6'sı 4 yıl ve daha az süredir acil serviste çalışmaktadır.

Çalışanların acil servisteki pozisyonlarına bakıldığında ise, %19,5'i hekim, %28,7'si hemşire ya da ebe, %14,4'ü paramedik ya da ATT, %9,8'i sağlık memuru, %21,0'i temizlik personeli ya da hasta bakıcı, %6,6'sı da güvenlik görevlisi olarak çalışmaktadır.

Hasta bakımıyla doğrudan ilgili olan çalışanların %21,1'i günlük ≥ 201 hastaya bakım vermekte olduklarını ifade etmişlerdir.

Çalışanların %65,0'inin iş riski ya da iş güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı, %35,0'inin ise bu eğitimi almadığı tespit edilmiştir.

Çalışanların %26,8'inin daha önce bir iş kazası geçirdiği, %73,2'sinin ise geçirmediği tespit edilmiştir. İş kazası geçirmeyenlerin oranının daha fazla olması ise sevindiricidir.

Çalışanların iş güvenliği ölçeğine verdikleri puanlar incelendiğinde, en yüksek puanın "Eğer güvenlik prosedürleri daha gerçekçi olursa bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur" ($4,31 \pm 0,82$) maddesinden, en düşük puanın ise "İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam" ($2,34 \pm 1,05$) maddesinden alındığı belirlenmiştir.

Araştırmada çalışanların iş güvenliği algılamalarının bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri cinsiyetleri açısından incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Bu nedenle çalışmamızda A1.a hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri medeni durumları açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,325$). Bu nedenle A1.b hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları medeni durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri yaşları açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p= 0,051$). Bu nedenle A1.c hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri eğitim durumları açısından incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). Bu nedenle A1.d hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık, ilkokul-lise, ilkokul-önlisans, ilkokul-lisans, ilkokul-lisansüstü, ortaokul-lise, ortaokul-önlisans, ortaokul-lisans, ortaokul-lisansüstü grupları arasında bulunmuştur.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri görev yaptıkları kurum açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,125$). Bu nedenle A1.e hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları görev yaptıkları kuruma göre farklılık göstermemektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri vardiya durumu açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,120$). Bu nedenle A1.f hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları vardiya durumuna göre farklılık göstermemektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalıştığı kurumdaki toplam görev süresi açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,729$). Bu nedenle A1.g hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların iş

güvenliği algılamaları çalıştığı kurumdaki toplam görev süresine göre farklılık göstermemektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri acil servisteki çalışma süresi açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,177$). Bu nedenle A1.h hipotezi reddedilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları acil servisteki çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri acil servisteki pozisyonları açısından incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,024$). Bu nedenle A1.i hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları acil servisteki pozisyonlarına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık, hekim-temizlik personeli/hasta bakıcı, hemşire/ebe-temizlik personeli/hasta bakıcı, paramedik/ATT-temizlik personeli/hasta bakıcı, sağlık memuru-temizlik personeli/hasta bakıcı grupları arasında bulunmuştur.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalışanların günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı açısından incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,039$). Bu nedenle A1.j hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları günlük bakım verdikleri ortalama hasta sayısına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık ise, 1-50 hasta ile 51-100 hasta bakan, 51-100 hasta ile ≥ 201 hasta bakan grupları arasında bulunmuştur.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalışanların iş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alıp almama durumu açısından incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,017$). Bu nedenle A1.k hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların iş güvenliği algılamaları iş riski ya da iş güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre farklılık göstermektedir.

Çalışanların iş güvenliğine ilişkin verdikleri önem dereceleri çalışanların daha önce bir iş kazası geçirip geçirmediği açısından incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,048$). Bu nedenle A1.l hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışanların iş güvenliği algılamaları daha önce bir iş kazası geçirip geçirmeme durumuna göre farklılık göstermektedir.

Araştırmada ayrıca çalışanların iş güvenliği algılamalarına, bağımsız değişkenlerin etkisi incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışanların iş güvenliği algılamalarına; cinsiyet, eğitim durumu, acil servisteki çalışma süresi, acil servisteki pozisyonu, iş riski ya da güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı ve iş kazası geçirme durumu değişkenleri anlamlı etki etmektedir. Diğer değişkenler, anlamlı etki etmemiştir. Bu nedenle çalışmamızda B1.a, B1.d, B1.h, B1.i, B1.k ve B1.l hipotezleri kabul edilmiş, B1.b, B1.c, B1.e, B1.f, B1.g ve B1.j hipotezleri reddedilmiştir.

Öneriler;

Çalışanların kurs, sempozyum, kongre, oryantasyon eğitimleri ve hizmet içi eğitim gibi olanaklarla mesleki faaliyetlerini takip edebilmeleri, kendilerini geliştirebilmeleri sağlanmalıdır.

Çalışanlara iş güvenliği konusunda hizmet içi eğitimler daha sık verilerek çalışanların bu konudaki bilgi ve farkındalıkları artırılmalıdır.

Çalışanların kişi başına günlük bakım verdikleri hasta sayısının azaltılması, böylece hem bakımın kalitesinin artırılması hem de çalışanın sağlığının korunması için çalışan sayılarının artırılması konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışma ortamındaki ergonomik risklerin en aza indirilebilmesine yönelik çalışmalar yapılmalı bunun için öncelikle çalışma ortamı ergonomik açıdan değerlendirilip, bu doğrultuda uygun düzenlemeler yapılmalı ve gerekli politikalar geliştirilmelidir.

Acil servis çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği kapsamında karşılaşıcağı riskler ve tehlikelerin en aza indirilebilmesi açısından, alana özgü düzenlemeler yapılmalıdır.

Kurumlarda iş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak çalışanın güvenliğini sağlayan politikaların belirlenip yazılı hale getirilmesi için çalışmalar yapılmalı, çalışan güvenliğine yönelik komiteler oluşturulmalıdır.

Hastane enfeksiyon kontrol komitesinin çalışmaları artırılmalı, çalışanlara eğitim programları ile komitenin faaliyetleri konusunda bilgi verilmelidir.

Kesici-delici alet yaralanmaları ve kan ve vücut sıvılarına maruz kalma açısından evrensel önlemlerin uygulanması artırılarak çalışanlar bu konuda bilgilendirilmelidir.

Mesleki riskleri önleme ve azaltmaya yönelik güvenli tıbbi malzemelerin (iğneyi enjektörden ayırmadan atılabilecek, kutunun tamamen dolmasını /elin atıklara değmesini engelleyen atık kutuları; kullanıldıktan sonra içeri çekilebilir ya da iğnenin üzerine kayan başlık sistemleri olan iğne /enjektörler gibi) acil servislerde kullanımı artırılmalıdır.

Acil servislerde çalışanların sağlık ve güvenliğini tehlikeye düşüren etmenlerin belirlenmesi açısından iş güvenliği uzmanları tarafından risk analizleri yapılarak bu konularda iyileştirmeler yapılmalıdır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sonucunda hasta bakım kalitesinde düşme, iş doyumunda azalma, hata yapma oranında artma, iş performansında azalma gibi sonuçlar meydana gelebilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına şiddet konusunda eğitimler verilip şiddet kaynaklarının belirlenmesi, raporlandırılması ve bu doğrultuda güvenlik önlemlerinin yeterliliğinin sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır.

İş kazalarına karşı önlem alabilmek için acil servislerde iş kazalarını raporlandırmak amacıyla uygun bir raporlandırma sistemi oluşturulmalıdır.

Çalışanlara iş kazaları ve korunma yöntemleri konusunda periyodik eğitimler verilmelidir.

Acil servislerdeki güvenlik önlemleri, hem fiziksel yapının iyileştirilmesi hem de görevlilerin sayı ve niteliğinin artırılması ile daha etkin hale getirilmelidir.

Acil servislerin fiziki yapıları hizmetin özelliğine uygun şekilde, çalışan güvenliğini oluşturmaya yönelik yeniden yapılandırılmalıdır.

Acil servis çalışanlarına kişiler arası ilişkiler ve çatışma yönetimi konularında eğitimler verilmelidir.

Çalışanlar belli aralıklarla sağlık muayenesinden geçirilmelidir.

Çalışanlara iş güvenliği ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında eğitimler verilmelidir.

Çalışanlar iş güvenliğinin sağlanmasında katkıda bulunması amacıyla ergonomi bilimi hakkında bilgilendirilmelidir.

Acil servis çalışanlarının çalışma koşullarında (ücret, vardiya düzeni, çalışma saatleri gibi) iyileştirmeye gidilmelidir.

Acil servislerde iş güvenliği kültürü oluşturulmalı, çalışanlar iş sağlığı ve güvenliği konusunda söz ve karar sahibi olmalıdır.

Acil servislerde iş güvenliğine ilişkin koruyucu önlem ve uygulamalar iyileştirilmeli, denetimler periyodik olarak yapılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği; konunun uzmanlarınca kurulan iş sağlığı ve güvenliği birimleri tarafından izlenmelidir. Bu birimlerin görevleri arasında işe giriş muayeneleri, aralıklı kontrol muayeneleri, çalışanların işe uyumu, bağışıklama, sağlık eğitimleri, iş güvenliği çalışmalarının organizasyonu, özellikle çalışanların takibi/muayenesi, iş ortamı risklerinin belirlenmesi yer almalı, ayrıca birimler veri

toplanması, araştırma yapılması, danışmanlık yapılması gibi işlevleri yerine getirebilmelidir.

“Acil servis çalışanlarının iş güvenliği” konusunda benzer çalışmaların yapılması, acil çalışanlarının iş güvenliği konusundaki farkındalıklarının artırılması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

- Afridi AAK, Kumar A, Sayani R. Needle stick injuries-risk and preventive factors: a study among health care workers in Tertiary Care Hospitals in Pakistan. *Glob J Health Sci.* 2013;5(4):85-92.
- Ahn YS, Lim HS. Occupational infectious diseases among Korean health care workers compensated with industrial accident compensation insurance from 1998 to 2004. *Ind Health.* 2008;46:448-454.
- 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.
- Akpınar T. İş Sağlığı ve İş Güvenliği. 1. Baskı, Bursa, Ekin Yayınevi. 2013; 1-256.
- Akyürek E, Toygar řA, Eriş H, Top M. Buzdağının görünmeyen kısmı: iş kazaları ve meslek hastalıklarının yönetsel yansımaları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2011; 14(2):125-149.
- Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Arı-Yılmaz D, Yıldırım C. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. *JAEM.* 2012;11:115-124.
- Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Maalouf S. Occupational violence at Lebanese Emergency Departments: prevalence, characteristics and associated factors. *J Occup Health.* 2011;53:455-464.
- Alli BO. *Fundamental Principles of Occupational Health and Safety. Second Edition,* Geneva, International Labour Office. 2008; 17.
- Altınel H. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. 1. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık. 2011; 6-165.
- Altıok M, Kuyurtar F, Karaçorlu S, Ersöz G, Erdoğan S. Sağlık alışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan nlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009;2(3):70-79.
- Amarasekera M, Rathnamalala N, Samaraweera S, Jinadasa M. Prevalence of latex allergy among healthcare workers. *IJOMEH.* 2010;23(4):391-396.

- Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(2):161-173.
- Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur Ş, Tuğlu A. Hemşirelerin acil serviste şiddet içeren olgu senaryolarına yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2005;47(1):18-23.
- Atay F. Endüstri alanında çalışan bireylerin iş doyumu düzeylerinin iş güvenliği algıları açısından incelenmesi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Atilla R. Dünyada ve Türkiye’de acil tıp. Kekeç Z. Editör, Tüm Yönleriyle Acil Tıp’da, 2. Baskı, Adana, Nobel Kitabevi. 2011; 5.
- Aydın-Aktekin F. İş sağlığı ve güvenliğinin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 4-22.
- 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.
- Baradan S. Türkiye inşaat sektöründe iş güvenliğinin yeri ve gelişmiş ülkelerle kıyaslanması. DEÜ Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi. 2006;8(1): 87-100.
- Baransel-Isır A, Dülger HE, Yıldırım C. Acil hemşiresinin görevleri ile hukuksal ve etik sorumlulukları. *Turk J Emerg Med*. 2006;6(2):90-96.
- Belayachi J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol*. 2010;5(27):1-7.
- Beşer A. Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve yönetimi. *DEUHYO ED*. 2012;5(1):39-44.
- Bingöl D. İnsan Kaynakları Yönetimi. 7. Baskı, İstanbul, Beta Yayınevi. 2010;610-630.

- Bodur S, Filiz E, Durduran Y, Durduran SS. Mühendis ve tekniker adayları iş sağlığı ve güvenliğinden ne kadar haberdar?. Harita Teknolojileri Elektronik Dergisi. 2011; 3(3):9-15.
- Bostan H. İnşaat sektöründe iş güvenliği: yeni nesil öğrenim tekniği. Anadolu Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 1-83.
- Büker N, Aslan E, Altuğ F, Cavlak U. Hekimlerde kas-iskelet sistemi problemlerinin analizi. 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.
- Canbaz S, DüNDAR C, Dabak Ş, Sünter AT, Pekşen Y, Çetinoğlu EÇ. Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2008;14(3): 239-244.
- Cander B, İkizceli İ, Yıldırım C, Baydın A, Dilsiz A, Kaymakçı A. Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması Ocak-2008. JAEM. 2008;7(2): 9-16.
- 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.
- Coşkun F. Acil servislerde ve ambulanslarda dezenfeksiyon ve sterilizasyon konusunda yapılan hatalar. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Samsun, Kongre Kitabı, 2005; 375-377.

- Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(1):9-16.
- Çevik AA, Holliman CJ, Yanturalı S. Acil servis hekimleri ve “Burn Out” Sendromu. *Ulus Travma Derg*. 2003;9(2):85-89.
- Çınar İ, Kavlak O. İzmir ilinde çalışan ambulans ve acil bakım teknikerlerinde iş doyumunun ve buna etki eden faktörlerin incelenmesi. *JAEM*. 2009;8(3):33-37.
- 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.
- Dessler G. *Human Resource Management. Eleventh Edition, New Jersey, Pearson Education Inc*. 2008; 665-669.
- Devebakan N. Özel sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2007; 8-156*.
- Dikmetaş E. Elektronik bilgi sistemi ve çalışma yaşam kalitesi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri İbn-i Sina Hastanesi çalışanlarına yönelik bir araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2004;103*.
- Durdu A. İşçi sağlığı ve iş güvenliği düzenlemeleri ile ilgili işgörenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 7-199*.
- Durukan P. Acil servisler için yeni enfeksiyöz tehditler. *Turk J Emerg Med*. 2010; 10(3):148-159.
- 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.

- El Sayed MJ, Hirshon JM. EMS health, safety, and wellness issues. In: Tintinalli JE, Cameron P, Holliman CJ, editors. EMS a practical global guidebook. USA, People's Medical Publishing House. 2010; 163.
- Erkal S, Coşkuner S. Bir hastanede çalışan ev idaresi personelinin iş kazası geçirme durumunun ve kazalardan korunmak için aldıkları önlemlerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2010;13(1):45-62.
- Eryılmaz M. Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: ihtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2007;13(1):1-12.
- Eryılmaz M, Yılmaz S. Acil sağlık çalışanlarının hakları. Turk J Emerg Med. 2005;5(3): 145-155.
- Gourni P, Polikandrioti M, Vasilopoulos G, Mpaltzi E, Gourni M. Occupational exposure to blood and body fluids of nurses at emergency department. Health Science Journal. 2012;6(1):60-68.
- Görçün ÖF, Erdal M. Tehlikeli Madde Lojistiği ve İş Güvenliği. 1. Baskı, İstanbul, Beta Yayıncılık. 2010; 415-423.
- Güven R. Güvenlik kültürü oluşumunda eğitimin önemi. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2006;30:5-11.
- Holliman CJ. Standard EMS terms and definitions. In: Tintinalli JE, Cameron P, Holliman CJ, editors. EMS a practical global guidebook. USA, People's Medical Publishing House. 2010; 7.
- Hoşoğlu S, Tanrıkulu AÇ, Dağlı C, Akalın Ş. Bir üniversite hastanesinin çalışanlarında tüberküloz riski. Toraks Dergisi. 2004;5(3):196-200.
- <http://mtegm.meb.gov.tr/program/dokuman/modul/.../>, 2013.
- <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013.
- http://www.tatd.org.tr/tatdData/Document/2642013102822-acil_servis_planlamasi_ve_standartlari.pdf, 2013.
- https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/emergency_services_occupational_safety_and_health_risks, 2013.

<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.16923&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>, 2013.

<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013.

<http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal#>, 2013.

<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Yonetmelikler.aspx>, 2013.

<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013.

<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler?CSRT=2162035492647927244>, 2013.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts, 2013.

<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#>, 2013.

<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013.

<http://www.tkhk.gov.tr/TR,1464/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi.html>,
2013.

<http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>, 2013.

<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>, 2013.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>, 2013.

İşık R. İş sağlığı ve güvenliği için eğitim ve öğretim. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi.
2006;30:28-31.

İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Tezel A, Bumin MA.
Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. GMJ.
2013;24:5-10.

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.

Karacan E, Erdoğan ÖN. İşçi sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi
fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım. Kocaeli Üniversitesi Sosyal
Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2011;21:102-117.

Karakurt Ü, Satar S, Bilen A, Açıkalın A, Gülen M. Acil tıp ve iş kazaları. JAEM.
2012;11:227-237.

- Kaya Ş, Baysal B, Eşkazan AE, Çolak H. Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarında kesici delici alet yaralanmalarının değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi*. 2012;18(3):107-110.
- Kılıkş İ, Demir S. İşverenin iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verme yükümlülüğü üzerine bir inceleme. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2012;3(1):23-47.
- 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.
- Korkmaz M. Sağlık çalışanlarında delici kesici alet yaralanmaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(9):17-37.
- 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.
- Kuğuoğlu S. Acil bakım. Şelimen D. Editör, *Acil Bakım'da*, 3. Baskı, İstanbul, Yüce Yayın A.Ş. 2004; 4-10.
- Külekcı 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.
- Maguire BJ, Hunting KL, Guidotti TL, Smith GS. Occupational Injuries Among Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care*. 2005;9(4): 405-411.
- Mondy RW. *Human Resource Management*. Tenth Edition, New Jersey, Pearson Education Inc. 2008; 352-361.
- Ofluoğlu G, Buzkan S, Pulat Ö. Davranış değiştirme odaklı iş sağlığı ve iş güvenliği eğitimi. *Kamu-İş Dergisi*. 2012;12(3):111-127.
- Okamoto H, Tsunoda T, Teruya K, Takeda N, Uemura T, Matsui T, Fukazawa S, Ichikawa K, Takemae R, Tsuchida K, Takashima Y. An occupational health study of emergency physicians in Japan: health assessment by immune variables (CD4,

- CD8, CD56, and NK Cell Activity) at the beginning of work. J Occup Health. 2008;50:136-146.
- 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.
- Özgen H, Öztürk A, Yalçın A. İnsan Kaynakları Yönetimi. 2. Baskı, Adana, Nobel Kitabevi. 2005; 315.
- Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(3):43-51.
- Öztin-Öğün C, Çuhruk H. Ameliyathane ortamının ameliyathane personelinin sağlığı üzerine etkileri. T Klin Tıp Bilimleri. 2001;21:83-93.
- Öztürk H, Babacan E, Özdaş-Anahar E. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(4):252-268.
- Özüçelik DN. Acil sağlık hizmetleri yönetimi. Sur H, Palteki T. Editör, Hastane Yönetimi'nde, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2013; 663-672.
- Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. TAF Prev Med Bull. 2008;7(6):547-554.
- Pekşen Y, Canbaz S. İş sağlığı ve güvenliği politikası ve güvenlik kültüründe sosyal diyalogun rolü. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2005;25:12-15.
- Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. TAF Prev Med Bull. 2013; 12(3):315-326.

- Ramsay JD. A new look at nursing safety: the development and use of JHAs in the emergency department. *The Journal of SH&E Research*. 2005;2(2):1-18.
- Sabuncuoğlu Z. İnsan Kaynakları Yönetimi. 4. Baskı, Bursa, Furkan Ofset. 2009; 310-316.
- Sadullah Ö. İş güvenliği ve işgören sağlığı. Uyargil C, Adal Z, Ataay İD, Acar AC, Özçelik O, Dünder G, Sadullah Ö, Tüzüner L. Editör, İnsan Kaynakları Yönetimi'nde, 5. Baskı, İstanbul, Beta Yayıncılık. 2010; 447-473.
- Sarıçam H. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında hemşirelerin karşılaştığı risk ve tehlikelerin iş stresi düzeyleri üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 6-22.
- Sarlin E, Alagappan K. International EMS development. In: Tintinalli JE, Cameron P, Holliman CJ, editors. EMS a practical global guidebook. USA, People's Medical Publishing House. 2010; 11-12.
- 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.
- Semerci O. İş sağlığı ve güvenliğinde risk değerlendirmesi: metal sektöründe bir uygulama. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 1-320.
- Sipahi İ. İş sağlığı ve güvenliğinde eğitimin önemi. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*. 2006;30:24-27.
- Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. *Turk J Emerg Med*. 2007;7(4):156-162.
- Suter RE, Kirk AJ, Salazar G. EMS violence. In: Tintinalli JE, Cameron P, Holliman CJ, editors. EMS a practical global guidebook. USA, People's Medical Publishing House. 2010; 567.

- 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.
- Şanlı K. İnfluenza virüsü ve domuz gribi. JOPP Derg. 2010;2(1):4-12.
- Şimşek MŞ, Öge HS. Stratejik ve Uluslararası Boyutları ile İnsan Kaynakları Yönetimi. 2. Baskı, Ankara, Gazi Kitabevi. 2009; 336-352.
- Tanrıku G. Hemşirelerin hasta ve hemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamına ilişkin görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 6-30.
- Tanrıverdi H, Köksal G. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi. 1. Baskı, İstanbul, Beta Yayıncılık. 2012; 33-130.
- Taşcıoğlu 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.
- Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 4. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. 2012; 72-176.
- Tezcan S, Ülger M, Emekdaş G. Batı Nil Virüsü ve enfeksiyonu. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg. 2011;4(3):9-17.
- Tozkoparan G, Taşoğlu J. İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile ilgili işgörenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. U.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2011;30(1):181-209.
- Tuna-Malak A, Çelebi İ, Oyur-Çelik G, San-Turgay A, Şener A, Kasapoğlu Y. Acil servislerde ve 112 acil sağlık istasyonlarındaki sağlık personellerinin hepatit B'ye yönelik bilgi, davranışları ve dezenfeksiyon önlemleri. Anatol J Clin Investig. 2010;4(4):192-197.
- 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;Ocak-Şubat-Mart:32-36.

- Türkçüer İ, Erdur B, Ergin A, Serinken M, Bukıran A, Aydın B, Bozkır M. Acil tıp sisteminde çalışan hekimlerin işyeri stres faktörleri: Denizli ili araştırma sonuçları. Turk J Emerg Med. 2007;7(2):68-72.
- Tüzüner VL, Özaslan BÖ. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2011;40(2):138-154.
- 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.
- Ünalđı N. Acil hemşirelerinin çalışma koşullarının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 3-28.
- Vayısoğlu-Zorlu A. İnsan kaynakları açısından işçi sağlığı ve iş güvenliği tedbirleri ve konuyla ilgili bir araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 1-178.
- Vaz K, Mcgrowder D, Crawford T, Alexander-Lindo RB, Irving R. Prevalence of injuries and reporting of accidents among health care workers at the University Hospital of the West Indies. IJOMEH. 2010;23(2):133-143.
- Yalçın AD, Çakın Ö, Polat HH, Terzioğlu E. Sağlık personelinin meslek hastalığı: lateks alerjisi. Erciyes Tıp Dergisi. 2011;33(2):103-110.
- Yardan T, Eden AO, Baydın A, Genç S, Gönüllü H. Acil serviste hasta yakınları ile iletişim. JAEM. 2008;7(4):9-13.
- 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.
- Yenal S, Ergör A. Hastane öncesi acil bakım eğitiminde mesleksel risklerin yeri. Turk J Emerg Med. 2013;13(1):33-41.

- Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(5):280-302.
- Yiğit A. İş Güvenliği. 1. Baskı, Bursa, Alfa Aktüel Yayınları. 2012; 2-81.
- Yöndem Ş. Acil servislere başvuran hasta yakınlarının beklentileri ve beklentilerine yönelik bir araştırma. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 6-19.
- Zeytin AT. Acil servis'e başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2010; 3.



EKLER

EK 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

EK 2: Acil Servis alışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin
İncelenmesine Yönelik Anket Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 447

26.04.2013

Sayın : Doç. Dr. Türker YARDAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil Servis Çalışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin İncelenmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2013/295 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş 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 25.04.2013 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Abdülkerim BEDİR
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı

ANKET FORMU**Acil Servis Çalışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin İncelenmesi**

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, acil servis çalışanlarının 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.

Şehriban TEPEBAŞ

Doç. Dr. Türker YARDAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Öğretim Üyesi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

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() Devlet Hastanesi

3() Eğitim Araştırma Hastanesi

6. Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz: 1() Gündüz 2() Gece 3() Gece-Gündüz karma

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

8. Acil servisteki çalışma süreniz (Yıl olarak belirtiniz):

9. Acil servisteki pozisyonunuz: 1() Hekim 2() Hemşire 3() Ebe 4() Paramedik/ATT

5() Sağlık memuru 6() Temizlik personeli 7() Hasta bakıcı 8() Güvenlik görevlisi

9() Diğer:.....

10. Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta 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

Lütfen arka sayfaya geçiniz. 

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 kârla 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

İŞ GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
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. Güvenlik biz meşgul olana kadar geçerlidir 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 güvenliğini 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 yapmadığımızda fark eder, ama güvenli şekilde çalıştığımızda değil.	1	2	3	4	5

Anket bitmiştir. İlginize TEŞEKKÜR EDERİZ.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Şehriban TEPEBAŞ

Doğum Yeri: Giresun

Doğum Tarihi: 08.05.1988

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu: Yüksek Lisans/Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 2012 - Devam

Çalıştığı Kurum: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi,
2013 - Devam

E-posta: s.tepebas@hotmail.com

