

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ali Rıza ERDEM

**DİYARBAKIR BÖLGE HASTANELERİNİN İŞ GÜVENLİĞİ
VE SAĞLIĞI BAKIMINDAN ARAŞTIRILMASI**

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

ADANA-2020

ÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DIYARBAKIR BÖLGE HASTANELERİNİN İŞ GÜVENLİĞİ VE
SAĞLIĞI BAKIMINDAN ARAŞTIRILMASI

Ali Rıza ERDEM

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

Danışman

: Prof. Dr. Bekir ÖZÇELİK

Yıl: 2020, Sayfa: 135

Jüri

: Prof. Dr. Bekir ÖZÇELİK

: Prof. Dr. Faruk KARADAĞ

: Doç. Dr. Muharrem KARAASLAN

İş sağlığı kavramı günümüz iş dünyasının üzerinde durduğu önemli bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. İş sağlığının amacı; Yapılan iş nedeniyle ortaya çıkabilecek her türlü hastalıklardan ve risklerden korunmak için gerekli asgari çalışma ortamını oluşturmak ve çalışma koşullarında yeterli düzenlemeleri yapmaktır. İSG' nin amacı, çalışanlar başta olmak üzere, işletmeyi ve çevredeki insanları korumaktır. İnsan yaşamının öncelikli olması, sağlıklı nesillerin yetişmesini sağlamaktadır. İş sağlığı ve güvenliği kavramı, işveren, üretim, verimlilik, çalışma ortamı, kısacası tüm organizasyonu ilgilendiren bir kavramdır. Tüm çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyi durumda olmasını sağlamak, çalışanları mevcut çalışma koşulları nedeniyle oluşabilecek risklerden korumak ve çalışanları istihdam etmek için herhangi bir meslek ayrımı yapılmaksızın tüm çabalar sarf edilmektedir.

Çalışmamızda materyal olarak Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesinde hem iş ortamının hem de hastane çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısından durumlarını ortaya koymak ve çalışanların bu iş sağlığı ve güvenliği alanındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yapılmıştır.

Veri toplama aşamasından sonra, anket sorularının yanıtlara göre değerlendirilmesi ve hedeflenen oranın istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, yüzde frekans tablosu analizi uygulanmıştır. İstatistik analizler SPSS paket programında yapılmıştır.

Çalışmanın amacı; hastanede çalışan personellerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte tasarlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma 2019 yılında, çalışan Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinde görevli bireylere uygulanmıştır. Farklı meslek gruplarından gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 332 kişiden veriler toplanmıştır.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 21 paket programında analiz edildi. Verilerin normallik analizi Kalmagorov-Smirnov testi ile yapıldı ve boyutların non-parametrik olduğu görüldü. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden mann-Whitney U (MWU) ve Kruskal-Wallis testi ile kullanıldı. Analizler için %95 güven düzeyinde anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesinde iş sağlığı ve güvenliği alanında oldukça yeterli olduğu görülmüştür. Fakat çalışanların işe başlama ve sonrasında koruyucu aşı yaptırmadığı, özellikle işe yeni başlayan, ilk ve orta eğitim düzeyine sahip ve radyoloji ve laboratuvarlarla çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği alanında eğitim, seminer ve uygulamalı eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş Sağlığı ve Güvenliği, Sağlık sektörü, İş güvenliği bilinci, İş kazalar

ABSTRACT

MSc THESIS

INVESTIGATION OF DİYARBAKIR REGIONAL HOSPITALS FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CARE

Ali Rıza ERDEM

ÇUKUROVA UNIVERSITY
INSTITUTE OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES
DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY

Supervisor : Prof. Dr. Bekir ÖZÇELİK
Year: 2020, Pages: 135
Jury : Prof. Dr. Bekir ÖZÇELİK
: Prof. Dr. Faruk KARADAĞ
: Assoc. Prof. Dr. Muharrem KARAASLAN

The concept of occupational health is emerging as an important concept that the business world emphasizes. The purpose of occupational health; to create the minimum working environment necessary to protect against all kinds of diseases and risks that may arise due to the work done and to make adequate arrangements in the working conditions. The purpose of OHS is to protect the business, especially the employees, and the people around. The priority of human life ensures that healthy generations are raised. The concept of occupational health and safety is a concept that concerns the employer, production, efficiency, working environment, in short, the entire organization. All efforts are made to ensure that all employees are in good physical, mental and social condition, to protect employees from the risks that may arise from current working conditions, and to employ employees without any discrimination.

In our study, it was made as a material in Diyarbakır Selahattin Eyyübi State Hospital in order to reveal the status of both the business environment and the hospital employees in terms of occupational health and safety and to measure the knowledge level of the employees in this field of occupational health and safety.

After the data collection phase, percentage frequency table analysis was applied to evaluate the survey questions according to the answers and to evaluate the targeted rate statistically. Statistical analyzes were made in SPSS package program.

The aim of the study; it is aimed to determine the information attitudes and behaviors of the personnel working in the hospital about occupational health and safety. The research has been designed and implemented in a descriptive type.

The research was applied to individuals working in Diyarbakır Selahaddin Eyyubi State Hospital in 2019. Data were collected from 332 individuals who voluntarily agreed to participate in the study.

The data obtained were transferred to the computer environment and analyzed in IBM SPSS Statistics 21 package program. Normality analysis of the data was done by Kalmagorov-Smirnov test and it was observed that the dimensions were nonparametric. It was used with the non-parametric tests mann-Whitney U (MWU) and Kruskal-Wallis test to compare the mean scores of the participants according to their socio-demographic characteristics. The significance level at 95% confidence level was accepted as $p < 0.05$ for the analyzes.

It was observed that Diyarbakır Selahattin Eyyübi State Hospital was quite sufficient in the field of occupational health and safety. However, it is recommended to provide training, seminars and practical training in the field of occupational health and safety, especially for those who are new to work, who have primary and secondary education, and those who work with radiology and laboratories, where employees do not have a preventive vaccination during and after work.

Keywords: Occupational Health and Safety, Health sector, Occupational safety awareness, Occupational accidents

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

İş sağlığı ve güvenliği kavramı çok geniş bir anlama sahiptir ve iş sağlığı ve güvenliği kavramlarından oluşmaktadır. Mesleki hastalıklar ve iş kazası, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı gibi farklı kavramlar oluşmuştur. İSG'nin esas amacı, çalışma esnasında çalışanın sağlığını olumsuz yönde etkileyecek koşullardan ve güvenliğini tehlikeye sokacak durum ile eylemlerden korumak ve üretimin sürdürülebilirliğini sağlamakla birlikte verimliliği çoğaltmaktır. Bunun yanı sıra risk faktörünü minimaliz etmek, koruma duygusunu geliştirerek korunma önlemlerini artırmak, çalışanın hem kendisine hem de ailesine destekte bulunmak, işletmeye ve diğer tüm mercilere düşen yükü hafifletmekle birlikte ülke ekonomisinde meydana gelen zararları engellemek de amaçlar içerisinde yer almaktadır.

İş sağlığı kavramı günümüz iş dünyasının üzerinde durduğu önemli bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. İş sağlığının amacı; Yapılan iş nedeniyle ortaya çıkabilecek her türlü hastalıklardan ve risklerden korunmak için gerekli asgari çalışma ortamını oluşturmak ve çalışma koşullarında yeterli düzenlemeleri yapmaktır. İSG'nin amacı, çalışanlar başta olmak üzere, işletmeyi ve çevredeki insanları korumaktır. İnsan yaşamının öncelikli olması, sağlıklı nesillerin yetişmesini sağlamaktadır.

İş sağlığı ve güvenliği; Bir işin sürdüğü ve sağlığa zarar verdiği durumlarda oluşabilecek koşulları ve koşulları korumak ve güvenliğini tehlikeye sokan ve sürdürülebilirliği ve verimliliği sağlamak için belirli bir sistemde yürütülen tüm çalışmalardır (Yücel, 2007: 48).

İş sağlığı ve güvenliği kavramı, işveren, üretim, verimlilik, çalışma ortamı, kısacası tüm organizasyonu ilgilendiren bir kavramdır. Bu bakış açısıyla iş sağlığı ve güvenliğinin başka bir tanımı ele alınırsa; iş sağlığı ve güvenliği; tüm çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyi durumda olmasını sağlamak, çalışanları mevcut çalışma koşulları nedeniyle oluşabilecek risklerden korumak ve

Çalışanları istihdam etmek için herhangi bir meslek ayrımı yapılmaksızın tüm çabalar sarf edilmektedir. (Zorunlu, 2000: 3). İş sağlığı ve güvenliği kavramının bir diğer unsuru nleyiciliktir. nleyicilik unsuru kavramın iş görenlerin sağlık (fiziksel ve ruhsal) ve güvenliklerinin korunmasına ilişkin çalışma ortamından kaynaklı oluşabilecek risklerin önüne geçmesi ile ilgilidir (Akın, 2005: 2).

Çalışmamızda materyal olarak Diyarbakır Selahattin Eyybi Devlet Hastanesinde hem iş ortamının hem de hastane çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısında durumlarını ortaya koymak ve çalışanların bu iş sağlığı ve güvenliği alanındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yapılmıştır.

Veri toplama aşamasından sonra, anket sorularının yanıtlara göre değerlendirilmesi ve hedeflenen oranın istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, yüzde frekans tablosu analizi uygulanmıştır. İstatistik analizler SPSS paket programında yapılmıştır.

Çalışmada, hastanede çalışan personellerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte tasarlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma, 2019 yılında alışan Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinde görevli bireylere uygulanmıştır. Çalışmanın evrenini Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinde alışan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada herhangi bir örneklem alınmamış olup evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Farklı meslek gruplarından gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 332 kişiden veriler toplanmıştır.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 21 paket programında analiz edildi. Veriler analiz edilirken katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi ve lğiğin puanlarının değerlendirilmesi için tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanıldı. Verilerin normallik analizi Kalmagorov-Smirnov testi ile yapıldı ve boyutların Nonparametrik olduğu görüldü. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında

nonparametrik testlerden mann-Whitney U (MWU) ve Kruskal-Wallis testi ile kullanıldı. Analizler için %95 güven düzeyinde anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

İş sağlığı güvenliği ölçeğinin geçerliliğini değerlendirmek amacı ile yapılan faktör analizi sonucunda KMO değeri 0,725 olarak belirlenmiştir.

İş sağlığı güvenliği ölçeğinde yapılan faktör analizinde ölçeğin üç boyuttan oluştuğu ve her bir ölçek maddesinin yeterli faktör yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu boyutlara “İş sağlığı ve güvenliği eğitim çalışmaları”, “İş sağlığı ve güvenliği alanında işyerinin sorumluluğu” ve “İş sağlığı ve güvenliği alanında çalışanların sorumluluğu” olarak belirlenmiştir.

İş sağlığı ve güvenliği alanında çalışanın sorumluluğu boyutu maddeleri incelendiğinde; katılımcıların iş yerinin tarafından verilen talimatlara uyduğunu, acil bir durumda yetkililere haber verildiği, çalışan ve işveren arasında iş birliğinin bulunduğu görülmüştür.

İş sağlığı ve güvenliği alanında katılımcıların karşılaştıkları risk ve tehlikelere ile ilgili maddeleri incelendiğinde; katılımcıların büyük kısmının çalışma süresinde koruyucu aşı yapılmadığı, çalışanların kullandıkları kurşun veya diğer maddelerin kontrolünün yeterince yapılmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların çok büyük kısmının, iş kazası geçirmediği (iğne batması, elektrik çarpması gibi) görülmüştür.

Katılımcıların görev yaptığı birim değişkenine göre eğitim boyutunda, işyeri sorumluluğu boyutunda ve çalışanın sorumluluğu boyutunda idari ve yardımcı hizmetler görev yapan çalışanların sağlık hizmetleri ve radyoloji ve röntgen çalışanlara göre daha olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

Katılımcıların yaş değişkenine göre işyeri sorumluluğu boyutunda ve çalışanların sorumluluğu boyutunda; 26-30; 36-40 ve 41 yaş üstü olan çalışanların, 20-25, 31-35 yaş aralığında çalışanlara göre daha olumlu yanıt vermiştir. Yaşın ilerlemesi ile iş güvenliği güvenliğine verilen önemini arttığı görülmüştür

Katılımcıların eğitim düzeyi değişkenine göre iş sağlığı ve güvenliğine verilen önemde lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların olumlu yanıt verdiği belirlenmiştir

Çalışma süresi değişkenin göre, işyeri sorumluluğu boyutunda ve çalışanın sorumluluğu boyutunda 11-15 ve 16-20 yıl çalışma süresi olanların daha olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesinde iş sağlığı ve güvenliği alanında oldukça yeterli olduğu görülmüştür. Fakat çalışanların işe başlama ve sonrasında koruyucu aşı yaptırmadığı, özellikle işe yeni başlayan, ilk ve orta eğitim düzeyine sahip ve radyoloji ve laboratuvarlarla çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği alanında eğitim, seminer ve uygulamalı eğitim verilmesi önerilmektedir.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Bekir ÖZÇELİK'e, sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan hocalarıma teşekkür ederim.

Çalışmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli arkadaşım Delal AYDIN'a teşekkürü bir borç bilirim. Tez çalışmam boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme de sonsuz teşekkürler ederim.

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖZ	I
ABSTRACT	II
GENİŞLETİLMİŞ ÖZET	III
TEŞEKKÜR	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
ÇİZELGELER DİZİNİ	XII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIV
SİMGELER VE KISALTMALAR	XVI
1. GİRİŞ	1
1.1. İş Sağlığı Ve Güvenliği İle İlgili Temel Kavramlar	1
1.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tanımı	1
1.1.1.1. İş Sağlığının Tanımı	3
1.1.2. İş Güvenliği Tanımı	4
1.1.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi, Tarihsel Gelişimi, Yönetim Sistemleri	6
1.1.3.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi	6
1.1.3.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tanımı	6
1.1.3.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Ortaya Çıkışı	10
1.1.3.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	11
1.1.3.5. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri	16
1.1.4. Hukuksal Boyut	19
1.1.5. Uluslararası Boyut	19
1.1.5.1. Birleşmiş Milletler Belgeleri	20
1.1.5.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB)	20
1.1.5.2.(1). Uluslararası Çalışma Örgütü Belgeleri (UÇÖ)	20
1.1.5.2.(2). Avrupa Birliği Belgeleri	22
1.1.5.3. Ulusal Boyut	22
1.1.5.4. Ekonomik ve Sosyal Boyut	24
1.1.6. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları	27
1.1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	28
1.1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	29

1.1.6.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	30
1.1.6.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri.....	30
1.1.6.5. Sağlık Kurumları.....	31
1.1.6.5.(1). Birinci Basamak Sağlık Kurumları.....	32
1.1.6.5.(2). Aile Sağlığı Merkezleri	32
1.1.6.5.(3). Toplum Sağlığı Merkezleri.....	32
1.1.6.5.(4). 112 Acil Sağlık Hizmetleri	33
1.1.6.6. İkinci Basamak Sağlık Kurumları.....	33
1.1.6.7. Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları.....	34
1.2. Hastane İşletmelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği.....	35
1.2.1. Hastane İşletmelerinin Özellikleri	35
1.2.2. Hastane İşletmeleri (Sağlık) Çalışanları	37
1.2.3. Hastane İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörleri.....	39
1.2.3.1. Biyolojik Risk Faktörleri	40
1.2.3.2. Kimyasal Risk Faktörleri	43
1.2.3.3. Fiziksel Risk Faktörleri.....	46
1.2.3.4. Psikososyal Risk Faktörleri.....	49
1.2.3.5. Ergonomik Risk Faktörleri.....	50
1.2.4. İş Kazası	51
1.2.4.1. Tehlike ve Risk	52
1.2.4.2. İş Kazasının Nedenleri.....	53
1.2.4.3. İş Kazasının Sebep Olduğu Kayıplar	58
1.2.4.3.(1). Direkt Maliyetler	58
1.2.4.3.(2). Dolaylı Maliyetler.....	59
1.2.5. Hastanelerde Görülen Başlıca İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları	59
1.2.5.1. Biyolojik Tehlikeler	60
1.2.5.2. Kimyasal Tehlikeler.....	61
1.2.5.3. Ergonomik Tehlikeler	62
1.2.5.4. Fiziksel Tehlikeler	63
1.2.5.5. Psikososyal Tehlikeler	64
1.2.6. İş Sağlığı İle İlgili Kuruluşlar.....	65
1.2.6.1. Kültür ve Güvenlik	68

1.2.6.2. Örgüt Kültürü.....	68
1.2.6.3. Güvenlik Kültürü	69
1.2.6.4. Güvenlik Kültürünün Özellikleri	70
1.2.6.5. Güvenlik İklimi.....	72
1.2.6.6. İş Sağlığı ve Güvenliği Algısını Etkileyen Faktörler	73
1.2.6.7. Güvenlik Kültürü Modelleri.....	75
2. KONU İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR.....	77
2.1. Konu ile İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar	77
2.2. Konu ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar	84
3. MATERYAL VE METOD	87
3.1. Materyal	87
3.2. Metod	87
3.3. Araştırmanın Amacı Ve Türü.....	87
3.4. Evren ve Örneklemi	87
3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı.....	88
3.5.1. Sosyo Demografik Veri Formu	88
3.5.2. Anket Formu	88
3.6. Verilerin Güvenirliliği.....	88
3.7. Verilerin Geçerliliği	89
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	91
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	93
4.1. Katılımcılara ait tanımlayıcı verileri	93
4.2. İSG Anketi Maddelerinin Değerlendirilmesine.....	94
4.3. İSG Anketi Katılımcıların cevaplarının tanımlayıcı verilere göre analizi	106
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	115
5.1. Sonuç.....	115
5.2. Öneriler	122
KAYNAKLAR	123
ÖZGEÇMİŞ	135



ÇİZELGELER DİZİNİ

SAYFA

Çizelge 2.1.	Sağlık Görevlilerini Etkileyen Bazı Enfeksiyon ve Bulaşma Yolları	41
Çizelge 4.1.	Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	93
Çizelge 4.2.	İSG Anketi Eğitim Boyutunun Katılımcı cevapları	94
Çizelge 4.3.	İSG Anketi İşveren Sorumluluğu Boyutunun Katılımcı cevapları	97
Çizelge 4.4.	İSG Anketi Çalışanların Sorumluluğu Boyutunun Katılımcı cevapları	102
Çizelge 4.5.	İSG Anketi Katılımcıların Karşılaştıkları Risk ve Tehlikelere İlişkin cevapları.....	104
Çizelge 4.6.	İSG Anketi Katılımcıların Tutumlarına İlişkin cevapları	105
Çizelge 4.7.	Katılımcıların görev yaptığı birim değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi.....	106
Çizelge 4.8.	Katılımcıların yaş değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi.....	107
Çizelge 4.9.	Katılımcıların Medeni durum değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının MWU testi analizi sonuçları	109
Çizelge 4.10.	Katılımcıların Eğitim Düzeyi değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının KW analizi sonuçları	110
Çizelge 4.11.	Katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının KW analizi sonuçları	112



ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA

Şekil 1.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Unsurları	17
--	----





SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇASGEM	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
NIOSH	: Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü
İK	: İş Kanunu
İSG	: İş Sağlığı Ve Güvenliği
İSGK	: İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu
İŞGÜM	: İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi
OHSAS	: İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TDK	: Türk Dil Kurumu
UÇÖ	: Uluslararası Çalışma Örgütü.
YODÇEM	: Yakın ve Orta Doğu Çalışma Eğitim Merkezi



1. GİRİŞ

1.1. İş Sağlığı Ve Güvenliği İle İlgili Temel Kavramlar

1.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tanımı

İş sağlığı ve güvenliği kavramı çok geniş bir anlama sahiptir ve iş sağlığı ve güvenliği kavramlarından oluşmaktadır. Mesleki hastalıklar ve iş kazası, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı gibi farklı kavramlar oluşmuştur. İş sağlığı ve güvenliği kavramlarının ayrı ayrı değerlendirilmesi farklı alanlarda çalışma imkânı sağlanması konunun önemi belirtmektedir. Böylece, en azından iş sağlığı söz konusu olduğunda, yerine getirilmesi gereken yükümlülükler nelerdir ve iş güvenliği söz konusu olduğunda, alınacak önlemler arasında ne olduğu daha iyi anlaşılacaktır.

Toplumun genel çıkarına olmasına rağmen, sanayileşme ve teknolojik gelişmeler çoğunlukla çalışanlar tarafından ödenir. Kısaca çalışanların yaşamları, bedensel, ruhsal ve sosyal refahlarının, sağlıklarını korumak iş sağlığının temelini oluşturmaktadır.

İş sağlığı kavramı çeşitli uluslararası sözleşmelerde yer almıştır ve bu kavram dolaylı veya direkt olarak bazı sözleşmelerde belirtilmiştir. Bu sözleşmelerden ilki Birleşmiş Milletler 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'dir. Bildirge'nin 23'üncü maddesinde sadece iş sağlığı değil, aynı zamanda iş güvenliği kavramının da "herkesin çalışma, iş seçme hakkı ve asgari şartlarda çalışma hakkı olarak " belirtilmiştir.

Ülkemizde sanayileşme ve teknolojik alanda görülen gelişmelere paralel olarak bilhassa işletmelerde üretici pozisyonunda bulunan çalışanların sağlık ve güvenliğinin sağlanması çözüme kavuşturulması gereken en önemli problemlerden biri olarak önümüze çıkmaktadır. Varlığı işletme sahiplerince önemli görülen üretici çalışanlar, çalışma ortamıyla bütünsellik içinde ele alındığında, üretici çalışanların, çalışma esnasında çeşitli sebeplerden kaynaklı sağlığı olumsuz etkileyecek, kaza ve meslek hastalıklarına neden olabilecek binaların teknik özellikleri, kimyasal maddeleri, fiziksel çevre unsurları gibi daha pek çok faktörden etkilendikleri

görülmektedir. Tedbirsiz çalışma ortamlarının, uygun olmayan veya dikkatsiz davranışlar sonucu meydana gelen iş kazalarının, çalışma ortamlarının şartlarından kaynaklanan ve kendini hemen belli ettirmeyen çoğu kez seneler sonra kendini fark ettiren meslek hastalarının görülmeye başlanması kavramsal olarak İSG' yi daha sık gündeme getirmiştir (Gülşen, 2004: 9).

İSG ile ilgili çalışmalarda çalışanlar üzerinde gerçekleşen bedensel, psikolojik ve sosyal etkiler göz önünde bulundurularak, çalışanların çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve sağlığının korunması konusu dikkat edilmesi gereken çalışmaların başında gelmektedir. Kavramsal olarak İSG; bilimsel, süreklilik teşkil eden risk ve tehlikelerin belirlenmesi sonrasında bunlara yönelik tedbirlerin alınması gibi çalışmaları bünyesinde barındıran yaklaşımlardır. İSG'nin esas amacı, çalışma esnasında çalışanın sağlığını olumsuz yönde etkileyecek koşullardan ve güvenliğini tehlikeye sokacak durum ile eylemlerden korumak ve üretimin sürdürülebilirliğini sağlamakla birlikte verimliliği çoğaltmaktır. Bunun yanı sıra risk faktörünü minimize etmek, koruma duygusunu geliştirerek korunma önlemlerini artırmak, çalışanın hem kendisine hem de ailesine destekte bulunmak, işletmeye ve diğer tüm mercilere düşen yükü hafifletmekle birlikte ülke ekonomisinde meydana gelen zararları engellemek de amaçlar içerisinde yer almaktadır. Çünkü doğası gereği hem sosyal hem de kültürel bir varlık olma özeliğine sahip olan insan gücünün kaybı bütün toplumun kaybı olarak düşünülmektedir. Bu kaybın maddi boyutunu değerlendirmek oldukça güçtür. Ülke ekonomisini etkileyecek kayıplar hesaplanırken sadece işgücü kayıpları olarak düşünülmemeli, kültürel ve eğitim alanındaki giderlerde büyük ölçüde önem arz etmektedir. Güvenlik ve sağlık sorunları ön plana çıkarılarak çalışanların mevcut sağlık problemlerinin iyileştirilmesi için gerekli tedbirlerin alınması anlayışının geliştirilmesi gerekmektedir. Yüksek motivasyonlu, üretken bir iş gücüne sahip olmak, ülkenin iyi bir geleceğe kavuşması bakımından temel bir unsurdur. Sadece çalışma ortamının tehlikelerden arındırılması ya da çalışanların bu tehlikelerden korunması tek başına yeterli olmamaktadır.

Çalışan için iş sağlığı, sağlık standartları yüksek bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi noktasında sağlık kurallarını esas alırken, iş güvenliği konusunda da daha çok çalışanın hayatına ve vücudunun tamamına yönelik oluşabilecek tehlikelerin ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. İşin başından sonuna kadar bütün süreci etkileyen ve işin tamamını kapsayan bir husus olan İSG bir bütün olarak çalışanın tüm yaşamına etki ettiği için önem teşkil etmektedir.

1.1.1.1. İş Sağlığının Tanımı

İş sağlığı kavramı günümüz iş dünyasının üzerinde durduğu önemli bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. İş sağlığının amacı; yapılan iş nedeniyle ortaya çıkabilecek her türlü hastalıklardan ve risklerden korunmak için gerekli asgari çalışma ortamını oluşturmak ve çalışma koşullarında yeterli düzenlemeleri yapmaktır (İnce, 1998: 447) -448). Bu iş sağlığı tanımına dayanarak, iş sağlığının hem çalıştırmanın sağlığını hem de çalışanların sağlığını tehlikeye atmayacak ortamlarda çalışmasını sağlamak için yapılan çalışmaları kapsayan kapsamlı bir kavram olduğunu söylemek mümkündür.

Başka bir iş sağlığı tanımına göre; potansiyel tehlikelerin işyerinden arındırılmış bir çalışma ortamında işçinin çalışması esnasında kullanılan alet, makine ve ekipmanı anlatır (Centel, 2000: 5). İş sağlığı kavramı, fiziksel yıkıcı faaliyetlerin veya ortamların en aza indirilmesi ile sınırlı değildir. Diğer bir deyişle, iş sağlığı hem fiziksel hem de zihinsel olarak sağlıklı bir çalışma ortamını ifade eder. İş sağlığının bu yönü, Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından yapılan iş sağlığı tanımıyla açıkça anlaşılmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü iş sağlığını şu şekilde tanımlamıştır;

"İş sağlığı, sadece iş ile ilgili hastalığın ve zafiyet yokluğu değil, aynı zamanda hijyen ve güvenlik ile doğrudan ilgili sağlığı etkileyen zihinsel unsurlardır (Willey, 2000: 319)."

İş sağlığının fiziksel ve zihinsel olarak ele alınmasının temel nedeni, kavramdaki sağlık kelimesidir. Bilindiği gibi sağlık; tüm bu açılardan bireyin

fiziksel, zihinsel ve sosyal refahıdır. (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47). Dolayısıyla, temelinde sağlık yatan bu kavramın tam anlamı ile ruhsal ve bedensel bir bütünlük içerisinde iyi halde olma durumunu kapsamı son derece doğaldır. Sonuç olarak, temelinde iş görenlerin "sağlığının" sağlanmasını temel alan iş sağlığı kavramının amacı iş görenlerin sağlığını ve güvenliğini en üst düzeye çıkartmaktır ve bunu sürdürülebilir kılmaktır (Erkan, 1972: 3).

1.1.2. İş Güvenliği Tanımı

İş Güvenliği esas olarak çalışanları, işlerinden kaynaklanabilecek fiziksel kayıplara ve/veya içinde bulundukları çalışma ortamında meydana gelebilecek iş kazalarına karşı koruma çabasıdır (Özdemir 2004, 21). Literatürdeki başka bir tanıma göre iş güvenliği; çalışanların iş kazaları ile karşılaşmasını önlemek ve çalışanlar için güvenli bir çalışma ortamı yaratmak amacıyla alınan tüm önlemlere verilen addır (T.C. Eğitim Bakanlığı, 2011: 7).

Literatürde iş güvenliği ile ilgili tanımlar incelendiğinde, bu kavramın iş sağlığı kavramı ile iç içe olduğu görülmektedir. İş sağlığı ve güvenliği kavramlarının ayrı tanımları olmasına rağmen, bu iki kavramı iş sağlığı ve güvenliği olarak birlikte ele almak ve detaylandırmak daha yararlı olacaktır.

İş sağlığı ve güvenliği; bir işin sürdüğü ve sağlığa zarar verdiği durumlarda oluşabilecek koşulları korumak, güvenliği tehlikeye sokmayan, sürdürülebilirliği ve verimliliği sağlamak için belirli bir sistemde yürütülen tüm çalışmalardır (Yücel, 2007: 48). İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yapılmış olan bu tanımlama incelendiğinde iş sağlığı ve güvenliği kavramının sadece iş görenler ile ilgili bir kavram olmadığı görülmektedir. Diğer bir ifade ile tanımda da yer aldığı üzere iş sağlığı ve güvenliği bir anlamda tüm örgütsel süreçleri ve örgüt içerisindeki tüm aktörleri ele alan bir kavramdır.

İş sağlığı ve güvenliği kavramı, işveren, üretim, verimlilik, çalışma ortamı, kısacası tüm organizasyonu ilgilendiren bir kavramdır. Bu bakış açısıyla iş sağlığı ve güvenliğinin başka bir tanımı ele alınırsa; tüm çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal

açıdan iyi durumda olmasını sağlamak, çalışanları mevcut çalışma koşulları nedeniyle oluşabilecek risklerden korumak ve çalışanları istihdam etmek için herhangi bir meslek ayrımı yapılmaksızın tüm çabalar sarf edilmektedir. (Zorunlu, 2000: 3).

Literatürde yer alan iş sağlığı ve iş güvenliği tanımları çerçevesinde bu kavramın birtakım unsurlarının olduğunu söylemek mümkündür. Kavramın daha iyi anlaşılabilmesi için iş sağlığı ve iş güvenliği kavramının unsurlarının ele alınması yararlı olacaktır. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin ilk unsur kavramın evrensel bir hak olmasıdır. Diğer bir ifade ile iş görenlerin sağlıklı ve güvenliklerinin sağlanmış bir çalışma ortamında çalışması temel bir haktır (Demircioğlu ve Centel, 2009: 154-155). Yani, her iş gören kendisi için sağlıklı ve güvenliği sağlanmış bir çalışma ortamını hak eder. Bu noktada değinilmesi gereken önemli bir husus iş görenlere sağlanması gereken bu hakkın sürdürülebilir olması hususudur. Sürdürülebilirliğin sağlanması da yalnızca işverenlerin çabaları ile olabilecek bir durum değildir. Kanun koyucuların da iş sağlığı ve güvenliği kavramını temel bir hak olarak görmesi ve bu temel hakkı yasalar ile koruma altına alması sağlıklı ve güvenliği sağlanmış çalışma ortamlarının sürdürülebilir olması için şarttır.

İş sağlığı ve güvenliği kavramının bir diğer unsuru zorunluluktur. İş görenlerin fiziki, sosyal ve ruhsal bütünlüklerinin çalışma ortamından ve yapılan işten kaynaklanan her türlü kazaya ve hastalığa karşı korunması zorunludur (Sümer, 2008: 7). İş sağlığı ve güvenliği kavramının zorunluluk unsuru bir anlamda hem işveren hem de kanun koyucu açısından önemlidir. Nasıl ki kavramın evrensel bir hak olma unsuru nedeni ile kanun koyucuların iş sağlığı ve güvenliğini kontrol altına alacak bir takım kanunları koymasına şart ise, zorunluluk unsuru nedeni ile koyulan kanunların etkin bir şekilde uygulanıp uygulanmadığının kontrol edilmesi de şarttır.

İş sağlığı ve güvenliği kavramının bir diğer unsuru önleyiciliktir. Önleyicilik unsuru kavramın iş görenlerin sağlık (fiziksel ve ruhsal) ve güvenliklerinin korunmasına ilişkin çalışma ortamından kaynaklı oluşabilecek risklerin önüne geçmesi ile ilgilidir (Akın, 2005: 2). İş sağlığı ve güvenliğinin bu unsuru zorunluluk

unsurundan farklı olarak temelde iş sağlığı ve güvenliği konusunda bir kültür oluşturma amacına sahip olmasıdır. Diğer bir ifade ile iş sağlığı ve güvenliğinin önleyici olması yani bir kaza ya da hastalık ortaya çıkmadan bu olumsuz durumlara ilişkin gerekli önlemlerin alınması anlamına gelmektedir. Bu kapsamda iş görenlerde dahil olmak üzere işverenlerin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili olan tüm örgüt aktörlerinin iş sağlığı ve güvenliği hususunda eğitilmeleri şarttır (Süzek, 2005: 611).

İş sağlığı ve güvenliği kavramının son unsuru tazminattır. Çalışanlar güvenli olmayan çalışma ortamlarındaki faaliyetleri nedeniyle meslek hastalıklarına yakalanabilir ve/veya bir iş kazası sonucu fiziksel, zihinsel kayıp yaşayabilir ve hatta hayatlarını kaybedebilirler. Bu olumsuz durumların psikolojik ve sosyal etkilerinin yanı sıra finansal yükleri olduğu açıktır. İş kazası veya meslek hastalığı gibi olumsuz durumlar, kuruluştaki üretimin bozulmasına, verimliliğin azalmasına, kuruluşun imajının zarar görmesine, idari yaptırımlara ve yasal yaptırımlara neden olur ve bunların hepsi kuruluşlar için ek maliyettir (Sabuncuoğlu, 2005: 253). Bu ek maliyetler, iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için yasa koyucu tarafından yapılan düzenlemelerle sistematik hale getirilmiş ve sosyal güvenlik sistemlerinin maruz kaldığı ilave maliyetler ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

1.1.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi, Tarihsel Gelişimi, Yönetim Sistemleri

1.1.3.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi

İSG kavramı, sanayi devrimi ile ortaya çıkan olumsuz yaşam ve çalışma koşullarını iyileştirerek, çalışanların sağlıklarını, yapılan analizler sonucu tespit edilen risklerle ilgili önlemler alarak işletmeyi korumak, üretim verimliliğini sağlamak amacıyla ortaya çıkmıştır.

1.1.3.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tanımı

İSG kavramı, çeşitli mesleklerde çalışan kişilere ilişkin vücut bütünlüğünü korumayı, sosyal, ruhsal ve bedensel sağlık düzeyini yükseltmeyi, çalışanları işin

olumsuzluklarından koruyarak, birbirlerine olan uyumlu olmalarını sağlayan bir platformdur (Gerek, 2000).

İSG, öncelikle çalışanlar olmak üzere işletmeyi, işletmenin ürettiği hizmetleri, ürünleri ve çevre halkını korumayı amaçlamaktadır. İnsan yaşamının öncelik arz etmesinin yanı sıra, sorumluluğu üstlenilen tüm canlıların yaşamlarının korunması, sağlıklı nesiller yetiştirilmesi, bu sağlıklı nesillerin devamlılığının sağlanması açısından da iş sağlığı ve güvenliği önemli bir kavramdır. Teknolojik ilerlemeler insanlığın kalkınma düzeyini artırarak üretimin de yüksek seviyelere ulaşmasıyla çalışanların sağlıkları ve güvenlikleri tehdit altına girmiştir (Balkır, 2012). Her geçen gün insan yaşamı için risk oluşturan iş sahalarının düzenlenmesi ve güvenilir alanların yaratılması, İSG kavramını daha anlamlı kılmaktadır (Devebakan, 2007). Bu açıklamalar kapsamında İSG, çalışanlara, sağlıklı ve güvenli bir ortam tesis etmek amacıyla, iş kazalarını önlemek ve meslek hastalıklarından korumalarını sağlamak amacıyla alınan bir sistem ve kültür içinde alınan birtakım önlemler şeklinde tanımlanmaktadır.

İnsan haklarının zamanla önem kazanan bir kavram olması, hukuksal bağlamda iş güvenliği kavramının insan hakları açısından ele alınmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler ile işçilerin sağlık durumlarının denetim altına alınması amaçlanmıştır. İş sağlığı ve güvenliğinin zaman içerisinde farklılaşan iki unsuru bulunmaktadır (Dizdar, 2006) :

Birinci unsur, işçilerin, çalışan bireyler olmalarının yanı sıra, bütün çalışanları kapsayacak şekilde genişlemesi,

İkinci unsur ise, işyeri kavramının, işyeri ortamı olmasının yanı sıra, güvenli bir yaşam alanına dönüşmüş olmasıdır.

İSG konusunun önem kazanmasıyla, Avrupa Birliği ülkeleri ile Avrupa Birliği mevzuatlarında önemli değişiklikler meydana getirilmiştir. Bu konuda ülkeler, uygulamalarda da mevzuata uygun hareket etmişlerdir. Türk Hukukunda, iş sağlığı ve güvenliği konusunun önemi gün geçtikçe artmaktadır. Devlet tarafından halkın korunması adına, iş hukukuna dair kanunlarda büyük gelişmeler meydana

gelmiş, bu da tüm kurum ve kuruluşların nitelikli bir yapıya sahip olmasını sağlamıştır (Limon, 2015). Çalışanların iş kazalarına maruz kalmaları sonucunda ortaya çıkan; yaralanma, sakat kalma, ölme veya zararlı maddeler teneffüs etme gibi olumsuzluklar, iş sağlığı güvenliği kavramının gelişmesine sebep olmuştur. İSG çalışmalarının hedefi, çalışanları, insan yaşamını tehlikeye sokan, kaza ve hastalık olarak tanımladığımız risklerden koruyarak, olumsuz etkileri minimal seviyeye indirmek, sağlıklı güvenli bir şekilde işlerin yerine getirmelerini sağlamaktır. Bununla birlikte, işgücü verimliliğini artırmaya dair tedbirlerin de tamamını kapsamaktadır Yıldırım, G. (2005). İSG, çalışanların sağlıklarının ve güvenliklerinin, işyeri ortamından ve işin kendisinden kaynaklı oluşan tehlikelere karşı korunmasını kapsarken, bu korumanın yeterli olmadığı anlaşılarak, kapsamı genişletilmiştir. Bu genişleme doğrultusunda çevre, sağlıklı konutlarda barınma, fizyolojik ihtiyaçlar, ulaşım ve sosyal güvenlik, ilk yardım ve kentleşme şeklindeki konular, iş sağlığı güvenliği kapsamında ele alınmaya başlamıştır (Somavia, 2004).

İş sağlığı kavramına yönelik bazı tanımlar şu şekilde sıralanabilir: İş sağlığı: Bir çalışanın, çalışma ortamından ve çalışma ortamında bulunan araç-gereçlerden kaynaklanabilecek risklerden korunmasını veya bu risklerden en az düzeyde etkilenmesini ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, İş Sağlığı; farklı iş sahalarında çalışan tüm işçilerin fiziki, sosyal, psikolojik yönden sağlığının sürdürülmesi, buna bağlı olarak, sağlığını bozabilecek her çeşit riskin önlenmesi ve keza, en önemlisi, çalışanların en uygun işe yerleştirilmelerini ve işin insan ile uyumunu (ergonomi) oluşturan çalışmaların tümünü içeren tıp bilimidir (Ceylan ve Başhelvacı, 2011).

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre ISG kavramı, çalışanların, fiziksel ve ruhsal durumlarını en iyi duruma getirmek, toplumsal refahı sağlamak ve bunun sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu bağlamda, uygun işe yerleştirme, sağlık gözetimi, risk yönetimi konularında en uygun koşulları sağlamaktır.

İş güvenliği; iş kazalarını ve meslek hastalıklarını en az seviyeye indirebilmek amacıyla, çalışma ortamındaki riskleri saptamak ve olası en güvenli

ortamı sağlamak için gerekli teknik önlemleri almak şeklinde tanımlanabilir. İş güvenliği, işin gerçekleştirilmesi esnasında, fiziki çevre koşulları sebebiyle, çalışanların karşılaşabilecekleri sorunları, meslekle ilgili tehlikelerin azaltılmasını inceleyen araştırmaları kapsamaktadır

Bu tanımlamalardan yola çıkılarak, iş sağlığı ve iş güvenliği kavramlarının birbiriyle bütün halde ele alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni, iş kazalarının işverenler açısından iş kaybına ve ekonomik kayıplara yol açmasıdır. Çalışanların sağlıklarının olumsuz etkilenmesi ise, ekonomik ve sosyal mağduriyete yol açmaktadır. İki yönlü gerçekleşen bu kayıplar, İSG kavramının benimsenmesiyle ortadan kaldırılabilir (Aydın ve diğ., 2013).

İSG'nin amacı, çalışanlar başta olmak üzere, işletmeyi ve çevredeki insanları korumaktır. İnsan yaşamının öncelikli olması, sağlıklı nesillerin yetişmesini sağlamaktadır. Örneğin, çalışan bir annenin sağlığı, dünyaya getireceği bebeğini etkilemektedir. Çalışan insanların sağlıkları, ayrıca bu insanların sosyal çevresinde bulunan tüm insanların sağlığını etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, İSG çalışmaları, çalışan sağlığı ile beraber diğer insanları da etkileyebilmektedir (Demirbilek ve Çakır, 2008). İşletmelerde, insan sağlığının korunmasına yönelik diğer bir yaklaşım ise, çalışanlarda, İSG kapsamında iş güvenliği bilinci oluşturmaktadır. Hukuk alanında da bu durum güvenlik kültürü olarak tanımlanmış ve bu kültür işyerlerinde meydana gelebilecek riskleri ortadan kaldırmada, en etkili yöntem olarak öne sürülmüştür (Akın, 2005). İş kazalarının %88'i çalışan hatası, %10'u güvensiz koşullar ve %2 'si karşı koyulamayan nedenlerden kaynaklı olarak meydana gelmektedir. Buna istinaden, iş kazalarının %98' nin "önlenbilir" olması, etkin tedbirler alındığında, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının büyük ölçüde düşürülebileceğini göstermektedir. Bu durum da iş sağlığı ve güvenliğinin önemi ortaya koymaktadır (Altuntaş, 2011).

Yapılacak incelemeler sonucunda da görülebileceği üzere, 1990-2010 yılları arasındaki iş kazası oranları önemli ölçüde azalmasına rağmen, kazaların neden olduğu ölümler azaltılamamıştır. Ayrıca işyeri ve çalışan sayısının üçe katlandığı

görülecektir. İş sağlığı ve güvenliği kavramının önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Tüm işletmelerde güvenlik kültürü hakkında farkındalık yaratmak, önceden önlem alarak kazaları önleyebilir.

1.1.3.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Ortaya Çıkışı

Tarihsel geçmiş incelendiğinde, ISG kavramının ön planda olduğu medeniyetin Roma uygarlığı olduğu görülmektedir. Roma uygarlığında yaygın olarak görülen köle ticareti, iş sağlığı uygulamalarını beraberinde getirmiştir. Roma uygarlığı döneminde yaşamış olan önemli fikir adamları, kölelerin çalışma şartları ve bu şartlardan dolayı oluşan sorunları ele almıştır. Bu konuyu ele alan fikir adamlarından biri olan Heredot, çalışanların veriminin artması için, iyi bir şekilde beslenmelerinin gerektiğini beyan etmiştir. Bir diğer bilim adamı Hipokrates, ilk kez kurşunun zararlarından bahsetmiş, bu zararın insan vücudunu nasıl etkilediğini tespit etmiş ve zararlarından nasıl korunmak gerektiğinin üzerinde durmuştur. İlk mineroloji bilgini olan Georgius Agricola, iş kazalarına neden olan faktörleri ele alarak, önerilerde bulunmuştur (TMMOB, 2014).

Sanayi Devriminin başlamasıyla birlikte, üretim ağı da genişlemiştir. Buharlı makineler devreye girmiştir (Başer, E. 2011). İSG'nin ortaya çıkmasının nedeni, çalışma yaşamındaki gelişmeler ve değişimlerinin getirdiği problemler olup, bu sağlık ve güvenlik sorunlarının, toplumlarda ele alınması gereken güncel bir konu olmasına yol açmıştır (Öçal ve Çiçek, 2017).

İSG'nin 1974'de İngiltere'de ortaya çıkmasının nedeni, çalışma yaşamındaki gelişmeler ve değişimlerin getirdiği problemlerdir. Bu alandaki en iyi uygulama örneklerinden birine imza atılmıştır. Aynı yıl, ISG teşkilatına, işverenlerin denetim altına alınması için yetkiler verilmiştir. Yapılan bu yenilikler, diğer Avrupa ülkelerine emsal olmuştur. İsviçre'de, 1964 yılında çıkarılan İSG kapsamında yasal çerçeveye yerleştirilmiştir. Fransa, Almanya ve Amerika'da, İSG ile ilgili önemli adımlar atmıştır. 1919 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü kurulmuş ve iş sağlığı

alanında önemli kararlar ve önlemler alarak bu kararların uluslararası boyuta ulaşmasını sağlamıştır (Alper, 1992).

Sanayi Devrimi ile birlikte ortaya çıkan sanayileşme olgusu, sanayileşmiş ülkeleri iş sağlığı ve güvenliğine yöneltmiştir. Sanayileşen devletlerin başında yer alan Amerika Birleşik Devletleri, 1970 yılında İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nu yürürlüğe koymuştur. İlerleyen yıllarda, Almanya ve İngiltere'de de benzer yasaların yürürlüğe konması ile birlikte, işçi sağlığı politikalarla yapılandırılmıştır (TMMOB, 2014).

İSG sistemi ve uygulamaları, tarihsel gelişim sürecinde üç ana hususu hedeflemiştir (Akıllı ve Aydoğdu, 2013):

Çalışanları korumak: Tüm çalışanların mevcut sağlığını korumanın yanı sıra, çalışan sağlığının, iş sahasında gerçekleşecek risklerden veya çalışanın kendisinden kaynaklı sebeplerden dolayı oluşacak unsurlardan korumaya çalışmak,

İşletmeyi korumak: Oluşabilecek her türlü riski önceden tespit etmek için, analizler yapmak, yapılan analizler sonucu tespit edilen riskler için önlemler almak,

Üretimi korumak: Üretimde sürekliliği sağlamak, üretimde sürekliliği sağlamak amacıyla da çalışanların iş alanlarına yönelik verimliliklerinin artmasını sağlamak, verimliliğe bağlı olarak iş dengesini kurabilmektir.

1.1.3.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Osmanlı Devleti'nde üretim, el tezgahlarında gerçekleştirilirken, ticaret ise, Ahilik örgütlenmesi altında şekillenmiştir. Atölyeler ve el tezgâhlarının arzı karşılayamaması, tersaneler ve demir yollarına duyulan ihtiyacın artması, iş sahalarını genişletmiştir (Ceylan, 2012). İş sahalarının artması, İSG' ye olan ihtiyaçları doğurmuştur. 1877 yılında çıkarılan Mecellede işin niteliklerine yönelik maddelere yer verilmiştir (Makal, 1997).

Çalışan hem çalışma mevzuatı hem de İSG yönünden haklarını koruyan ilk düzenleme Dilaver Paşa Nizamnamesidir. Bu Nizamnamede, kömür madenlerinde ağır şartlar altında çalışan işçilerin iş yükünü hafifletmeye yönelik maddeler yer

almaktadır. Nizamnamede, bu kapsamda çalışanların, çalışma süreleri, tatil dönemleri, dinlenme durumları, kalacakları yerler, alacakları ücrete yönelik çeşitli konulara ilişkin maddeler bulunmaktadır. Maadin Nizamnamesi ile birlikte, sürekli olarak meydana gelen iş kazalarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Maden ocaklarında, çalışanın sağlığını korumaya yönelik tedbirler alınmasının yanı sıra çalışanın ölümü ile sonuçlanan iş kazalarında ailesine tazminat verilmesi şeklinde düzenlemeler oluşturulmuştur. Bu maddelere uyulmadığı takdirde, çeşitli yaptırımlar da getirilmiştir (Akbulut, 1996).

Cumhuriyet Dönemi'nde, ISG ile ilgili düzenlemeler devam etmiştir. "Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahriyesi'nde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menfaii Umumiyesi Furuhtuna" isimli kanun ile kömür tozlarının satılması ve satılan kömür tozlarından elde edilen gelirin, o madende çalışanların ihtiyaçlarının temininde kullanılması beyan edilmiştir. Diğer bir düzenleme de yine, madenlerde çalışan işçilerle ilgilidir. Ereğli Havzası için yürürlüğe konulan yasada, işçilerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi, iş kazası gibi olumsuz bir durumda, ailelerine tazminat ödenmesi, çalışma saatlerinin iyileştirilmesi, eğitim, yiyecek ve sağlık gibi ihtiyaçlarının giderilmesi hususları ele alınmıştır (Baradan, 2006).

Bu yasaların dışında tam anlamıyla ISG konusunda yapılan çalışmalar 1930 yılına dayanmaktadır. 6 Mayıs 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile ISG konusunda temeller atılmaya başlanmıştır. Bu kanunda, ISG hakkında dikkat edilmesi gereken tüm hususlar yer almaktadır. Çocuk ve kadın işçilerin sömürü unsuru haline gelmemesi hususunda, işyerlerinde olası kazalara yönelik işyeri hekiminin yer almasında, belirli kontenjane sahip iş yerlerinde hastane, revir gibi olumsuz durum esnasında hemen müdahale yapılabilecek alanların bulundurulması konusunda birçok düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Kanunda yer alan düzenlemeler şu şekilde sıralanmıştır (Aydın, 2014):

- 12 yaşın altındaki çocuklar, fabrika, üretim yeri, madenle ilgili işyerlerinde, amele ve çirak olarak çalıştırılmazken, 12-16 yaş aralarındaki

çocuklar, günde en çok 8 saat çalışabilir. Bunun yanı sıra saat 20'den soma çocuklar çalıştırılmazlar.

- Tüm çalışanlar, gece ve yeraltı işlerinde 24 saat içinde azami 8 saat çalıştırılabilirler.

- 18 yaşının altındaki çocuklar, eğlence yerleri, hamamlar ve kahvelerde çalıştırılmazlar.

- Ağır hizmetler için sınırlama getirilerek, gebe olan kadınların, doğumdan önceki üç ay çalıştırmayacağı düzenlenmiştir.

- İnşaat, maden ocağı, sanat evleri gibi yerlerin civarında ispirotolu meşrubat satışı ve genelevler açılması yasaklanmıştır.

- Devamlı en az 50 işçi çalıştıran işverenler, hasta çalışanlarını tedavi ettirmek zorundadır. Kaza ihtimali çok olan işyerlerinde doktor, daimî olarak işyerinde ya da civarında bulunur. Hastane olmayan yerlerde hasta odası ve hazır ilk yardım aracı bulundurulur. 100-500 arası çalışan bulunan işyerlerinde revir, daha fazla çalışan olan yerlerde, her 100 kişiye 1 yatak olmak üzere hastane açmak mecburidir.

Görüldüğü üzere, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda başta çocuklar ve kadınlar olmak üzere, tüm çalışanlara yönelik düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Kanun incelendiğinde, döneme göre ileri düzenlemeler yapıldığı ve iş kazası kavramı üzerinde durulduğu görülmektedir. Bu kanun ayrıca hasta çalışanların sağlık sorunlarını tedavi etme zorunluluğu gibi konuların temelini oluşturmuştur. 08.06.1936 tarihinde yürürlüğe giren 3008 sayılı kanun, Türkiye'nin ilk iş kanunudur ve bu kanunda çalışanların, iş alanlarının düzenlenmesine yönelik düzenlemelere yer verilmiştir. Bu kanun, ekonomik zorlukların yanı sıra, bu zorluklara karşı ülkenin kalkınması ve çağdaşlaşması açısından sanayileşme hareketlerinin gerekliliği üzerinde durmuştur. Yasanın daha soma iptali üzerine, 1475 sayılı İK 1971 yılında yürürlüğe girmiştir. 1974 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında ile işçi güvenliğine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. 506 sayılı

kanun ile çalışanlar, her türlü kaza somasında işverenlerden hak talep edebilme olanağı bulmuşlardır (Baradan, 2006).

Teknolojinin hızlı gelişmesi ile değişen toplum düzeni, yasalarda da bazı değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda 10.06.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4857 sayılı İK içinde ISG ile ilgili düzenlemelere de yer verilmiştir. 1475 sayılı İK'da ISG kavramı, "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" şeklinde düzenlenmiştir. Düzenlemelerin sonucu, iş sahasında ortaya konulacak tüm hareketler, ISG teminatı altına alınmıştır. Çalışanların sadece iş kazaları ve meslek hastalıkları değil, iş sahasındaki verimlilikleri ve diğer unsurlar da ele alınarak düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (Aydın, 2014; Makar ve Yığımlı, 2015).

4857 Sayılı Kanun, aynı zamanda Avrupa Birliği uyum yasasından etkilenecek oluşturulmuştur. İşçi haklarının tüm Avrupa'da belirli bir yapıda olması, Türkiye'nin de bu alandaki gelişmelerin takip etmesini ve buna göre güncellemeleri gerçekleştirmesini sağlamıştır. Böylelikle, daha güncel bir yasa ortaya konulmuştur (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2012).

4857 sayılı kanunda yer alan ISG ile ilgili bazı maddeler, 6331 sayılı ISG Kanunu'nun 30.06.2012 tarihinde yayımlanmasından başlayarak altı aylık süre içerisinde yürürlükten kalkmıştır. 30.06.2012 tarihinde yürürlüğe giren İSGK' nın geçici 2. maddesine göre, yürürlüğe giren yönetmeliklerin İSGK' ya aykırı olmayan hükümleri, kanunda öngörülen yönetmelikler yürürlüğe girinceye dek uygulanmasına devam edilmiştir.

Türkiye'de ISG kavramı ele alındığında akla gelen ilk olgu iş kazalarıdır. İş kazası, Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından "planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durum" şeklinde tanımlanırken, Türkiye'de bu tanım, "her türlü kaza" olarak tanımlanmaktadır. Kazalara yönelik gerekli önlemlerin alınmaması, kalıcı hasarlara ve ölümlere yol açarken, bu ihmalkârlığın ve plansızlığın kaza olarak algılanıp geçirilmesi doğru değildir. İş hayatı ile insan sağlığı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Her türlü riskin bulunduğu çalışma ortamlarında, işi engelleyen ve insan sağlığını tehdit eden

faktörler tespit edilmelidir. İş sağlığı ve güvenliğinin temin edildiği iş alanlarında hem iş verimi artmakta hem de kaza riski en aza inmektedir (Yılmaz, 2010). Türkiye, dünyada en fazla iş kazalarının meydana geldiği ilk üç ülke arasında yer almaktadır. Bu durum, İSG konusunda Avrupa'nın gerisinde kalındığını, İSG uygulamalarına yönelik çabaların yetersiz olduğunu ve İSG bilincinin işletmelerde tam olarak yerleşmediğini göstermektedir (Uslu, 2014).

Üretimdeki gelişmeler arzı arttırırken, arzın temini için, oluşturulan birçok iş sahasında iş kazaları meydana gelmektedir. İş kazaları, sadece işletmenin sorunu olmaktan çıkarak, ülke ekonomisi ve sosyal alanda önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu sorunların nedenleri ve çözümü üzerine yapılan araştırmalarda iki sonuca varılmıştır:

1. Ülke genelinde İSG kavramının benimsenmesi, iş verimini arttırmaktadır.
2. İSG olgusu, ülkenin kalkınmasında önemli bir faktörü oluşturmaktadır.

İSG' ye yönelik gerek dünyada gerekse Türkiye'de yapılan birçok düzenlemenin temelinde iki sonuç bulunmaktadır. Birinci sonuç, İSG' nin iş verimi kavramı ile ilgilidir. İSG' nin kurulması, kaza, yaralanma ve diğer tüm riskleri ortadan kaldırarak, çalışanın motive olmasını sağlamaktadır. Bu motivasyon, çalışmayı daha verimli hale getirmektedir. İkinci sonuç, ülkenin ekonomik, sosyal kalkınmasının İSG kavramı ile doğru orantılı olduğunu göstermektedir. Ülkede yer alan tüm kurum ve kuruluşlarda iş güvenliğinin sağlanması, sağlıklı çalışma ortamlarını ve sağlıklı çalışanları beraberinde getirmektedir. ILO sözleşmeleri, İnsan Hakları Evrensel ve Philadelphia Bildirgesi, Roma Anlaşması, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ülkemizin İSG alanında örnek aldığı evrensel kaynaklardır (Şahin, 2017).

İş sağlığına verilen önemin artış göstermesine rağmen, bu alandaki gelişmelerin düzeyi ülkeler arasında farklılıklar içermektedir. Bu farklılıkların uluslararası alanda dengelenmesi, özellikle, gelişmiş ülkelerde uygulanan İSG

uygulamalarının, gelişmekte olan ülkelerde yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bu nedenle, ülkeler arasındaki uygulama yeterlilikleri, uluslararası kurum ve kuruluşların gerçekleştirdikleri düzenlenmelerle giderilmeye çalışılmaktadır (Tuğrul, 2015). Özetlemek gerekirse; iş kazalarını ve meslek hastalıklarının önlemek amacıyla teknolojik gelişmelerden faydalanan İSG uygulamalarının yanı sıra, teknolojinin gerektirdiği yasal düzenlemelerin de yapılandırılması gerekmektedir. Türkiye'de İSG' ye yönelik, iyi uygulamalarda ilerleme kaydedildiği görülse de kazaların gerçekleşmeden önce önlenmesine yönelik uygulamaların hala yetersiz kaldığı söylenebilir.

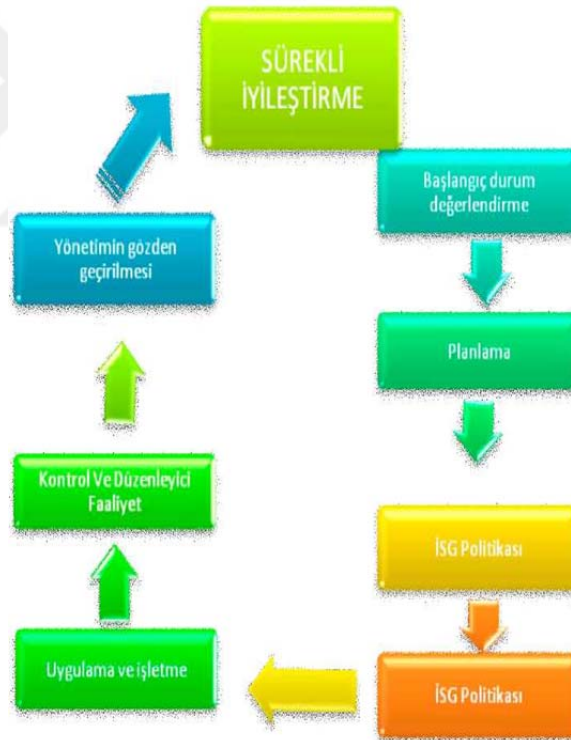
1.1.3.5. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri

İş kazalarının yaşanmasının en büyük nedeni öncelikli sıralamada İSG konusunda yönetim sisteminin yetersiz olması ya da sistemin hiç olmaması yer almaktadır. İşletmelerin üretkenliğini ve çalışanların sağlığını olumsuz etkileyecek kaza veya hastalıklar gibi olumsuz durumlara karşı tedbir almak ve standartlara uygun bir çalışma ortamı oluşturmak amacıyla bilimsel verilere dayalı sistematik bir şekilde tehlike ve risklerin analizi yapıp bunlara yönelik tedbirlerin alınması için yapılan çalışmaların bütününe “iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi” denir.

“Yönetim sisteminin temel amacı iş güvenliğini çoğaltıcı, iş kazaları ve meslek hastalıkları ihtimallerini ortadan kaldıracak önlemler geliştirebilmektir. İş kazalarının yaşanmasının en büyük nedenlerinden biride iş güvenliği sistemlerinin iyi bir şekilde uygulanamamasıdır. Bundan ötürü, çalışanları ve çalışma performanslarını etkileyen tehlikeleri analiz ederek; tehlike arz eden faktörleri denetim altına almak suretiyle devamlılığı sağlanmış, düzenli bir yönetim programı tatbik edilmesi gerekmektedir. Bu düşüncelere dayanarak, İSG’ yi alakadar eden bir yönetim sistemi olan OHSAS 18001 geliştirilmiştir. İSG risk yönetim çalışmaları, bir işletmede üretim süreçleri ile alakalı tehlikeleri iyi analiz etme, içte ve dışta oluşacak değişikliklere uyum sağlama yeteneği verir ve bu yönde fayda sağlamak için bir rehber görevi görür. Çalışanın sağlığı için aşağıdaki amaçları hedefleyen bir halkadır. Sağlanan faydalar:”

- Çalışanların sağlık standartlarını yükselterek, hastalık ve sakatlık geçirme olasılıklarını azaltır,
- Üretime kalite ve artış sağlar,
- İşletmecilerin karar verme yeteneğini geliştirir,
- İşletmenin imajını artırır,
- İSG mevzuatı ile bütünleşme sağlar.

İSG yönetim sistemi; çalışanların yapısını, sorumluluk ve uygulamaları, görevleri, planlama faaliyetlerini, prosedürleri, süreçleri, İSG stratejilerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi, uygulanması ve gözden geçirilerek başarıların devam ettirilebilmesi için gerekli kaynakları bünyesinde barındırır.



Şekil 1.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Unsurları

Başlangıç Durum Değerlendirme: İşletmeler başlangıç durum değerlendirmesinde bulunabilmek için öncelikli olarak “neredeyiz” sorusuna cevap aramalıdır. Bu cevabın tespitinden sonra uygulamaya geçilir ancak uygulama öncesinde iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı ve yönetim sistemi gözden geçirilmelidir. Bu değerlendirmeler sonucunda elde edilen bilgiler ışığında uygun bir başlangıç noktasının belirlenmesi durum değerlendirilmesi için son derece önemlidir ve bu planlama sürecinde kullanılmalıdır.

Planlama: Risklerin saptanması, tehlikelerin tespit edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması için yöntemlerin oluşturulmasına ve yapılacak işlemlerin belirlenmesine planlama denir. İSG konusunda ihtiyaçları tanımlamak, belirgin performans ölçütlerini belirlemek için planlama süreci belli aşamalardan oluşmalı ve “ne yapılacak”, “Ne zaman yapılacak”, “Kim sorumlu olacak”, ve “ortaya çıkan sonuç ne olacak”, gibi soruların yanıtı yer almalıdır.

İSG Politikası: Üst yönetim tarafından onaylanan bir kuruluşun İSG hedeflerini ve performansını artırma taahhüdünü açıkça belirleyen bir İSG politikasına sahip olması gerekir. Bu politika yasalara ve diğer düzenlemelere uymayı içermeli, güncel olmalı, gerektiğinde revize edilmeli ve tüm taraflara açık / açık hale getirilmelidir.

Uygulama ve Çalışma: İş sağlığı ve güvenliği hususunda üst yönetim sorumluluğu en üst seviyede almaktadır. Yalnız bu noktada iki taraflı iletişime de önem verilmelidir. Çalışma ortamında tehlikelere karşı karşıya kalan çalışanların tümü İSG çalışmalarına katılmalıdır. Kuruluş üst yönetimden bir üyeyi, İSG yönetim sisteminin doğru uygulanması, kuruluşun tüm alanlarında ve her proses basamağındaki gerekliliklerinin sağlanması için özel bir sorumluluk ile atanmalıdır.

Kontrol ve Düzeltici Faaliyet: İş sağlığı ve güvenliği konusunda gösterilen performans istikrarlı bir şekilde takip edilmeli ve ölçülmelidir. Gerekli bulunduğu takdirde düzeltici ve tedbir alıcı çalışmalar uygulanmalıdır, bu çalışmaları uygulamaya geçirmeden önce ihtiyaç sıralamasına göre uygun tehlike

değerlendirme yöntemi uygulanmalı ve elde edilen tüm veriler belirli bir süre elde tutulmalıdır. İSG yönetim sistemi bir düzen içinde belirli aralıklarla iç kontrol ile takip edilmeli.

Yönetimin Gözden Geçirilmesi: İSG yönetim sistemi, üst yönetim tarafından belirli aralıklarla gözden geçirilerek etkinlik ve yeterlilik durumu garanti altına alınmalı ve bu işlemler belgelenmelidir.

İş sağlığı ve güvenliğinin tıbbi boyutunu çalışanların sağlık sorunlarının incelenmesi, araştırılması, hastalıkların tanısı ve tedavisi gibi tıbbi çalışmalar içermektedir. Teknik boyut ise işyerlerinde sağlık ve güvenlik risklerinin değerlendirilmesi, riskleri önleyici planlamanın yapılması ve uygulanması şeklindeki çalışmalardan oluşmaktadır. Bir başka ifadeyle, işçi sağlığı ve güvenliği kavramı; tıbbi, teknik, hukuksal ve ekonomik ve sosyal alanları kapsayan bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır (Bilir, Yıldız 2014: 3-21). Tıbbi ve teknik boyutların ayrıntılı ve uzmanlık gerektirmesi nedeniyle burada incelemesi yapılmayacaktır. Bu çalışmada iş sağlığı ve güvenliğinin dayanakları açısından hukuksal boyut ile iş kazası ve meslek hastalıklarının sonucu bakımından ekonomik ve sosyal boyut değerlendirilecektir.

1.1.4. Hukuksal Boyut

Her alanda olduğu gibi iş sağlığı ve güvenliği alanındaki uygulamalar için de hukuksal bir dayanak gereklidir. İş sağlığı ve güvenliği alanındaki uygulamaların hukuksal dayanağını uluslararası ve ulusal düzenlemeler oluşturmaktadır.

1.1.5. Uluslararası Boyut

İşletmeler faaliyet alanlarında gerek ulusal ve gerekse uluslararası alanda diğer firmalarla rekabet halindedir. Bu bağlamda, iş sağlığı ve güvenliği alanında düzenleme yapan ülkeler, bu alanda düzenleme yapmayan ülkeler karşısında haksız rekabete uğramaktadır. Bu tür olumsuzlukların ortadan kaldırılması için

uluslararası alanda benzer düzenlemelerin yapılması zorunlu hale gelmiştir. Uluslararası ve ulusal kuruluşlar olarak UÇÖ, DSÖ ve AB iş sağlığı ve güvenliği alanında kabul ettikleri belgeler ile hem uluslararası hem de ulusal mevzuatın oluşturulmasında etkili olan kuruluşlardır. Bir başka ifadeyle, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatının uluslararası dayanaklarını BM belgeleri ile AB belgeleri oluşturmaktadır (Kılış, 2014: 31).

1.1.5.1. Birleşmiş Milletler Belgeleri

Birleşmiş Milletler belgelerini İHEB'si ve UÇÖ örgütü belgeleri olarak incelememiz mümkündür.

1.1.5.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB)

1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilen İHEB' inde klasik hakların yanı sıra ekonomik, sosyal ve kültürel haklara da yer verilmiştir. Ayrıca bildirge devlete bazı sorumluluklar yüklemiştir. İHEB' inde, her şahsın, sosyal güvenliğe ihtiyacının olduğu; kişinin kendisi ve ailesinin yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım ve sosyal hizmetler de dâhil olmak üzere sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam seviyesine hakkı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca *"işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından kişinin iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda sosyal güvenlik hakkına sahiptir"*. (İHEB Madde: 22-25; Devebakan, 2007: 66).

1.1.5.2.(1). Uluslararası Çalışma Örgütü Belgeleri (UÇÖ)

1919 yılında kurulmuş olan UÇÖ, sosyal adalet ve uluslararası çalışma haklarının iyileştirilmesi için çalışmaktadır. UÇÖ, sözleşmeler ve tavsiye kararları yoluyla, örgütlenme özgürlüğüne ilişkin temel haklar ve çalışma hayatına ilişkin konularda standartları oluşturmuştur (Devebakan, 2007: 68). Bu çerçevede, UÇÖ' nün en önemli etkinlik alanını iş sağlığı ve güvenliği oluşturmaktır. UÇÖ' nün

şimdiye kadar kabul etmiş olduğu 189 sözleşmenin ve 204 tavsiye kararının birçoğu doğrudan ve dolaylı olarak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgilidir (ILO, 2016a).

Bu sözleşmelerden özellikle 155 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme ile 161 sayılı Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme ve Bunlara İlişkin Tavsiye Kararları UÇÖ' nün iş sağlığı ve güvenliği alanındaki politikasını açık bir biçimde göstermektedir.

155 sayılı Sözleşme bazı istisnaları olmakla birlikte, kamu kesimi de dâhil olmak üzere bütün ekonomik faaliyet alanlarını ve bu alanlardaki tüm çalışanları kapsar. UÇÖ sözleşmeyi imzalayan taraf devletlerden her birine ulusal koşul ve uygulamalar ışığında, işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak çalışma ortamına ilişkin, ulusal zemine uyumlu bir iş sağlığı güvenliği politikasının oluşturulması, uygulanması ve denetlenmesi ile risklerin en aza indirgenmesini salık vermektedir. Ayrıca 155 sayılı sözleşme işverenlere yükümlülükler de getirmiş, işverenleri çalışanlarla işbirliği yapma ve onlara eğitim verme de dâhil olmak üzere iş sağlığı güvenliğine ilişkin her türlü önlemi alma hususunda mecbur kılmıştır (Kılıkış, 2014b: 33; Devedakan, 2007: 68-70).

UÇÖ' nün Sağlık Hizmetlerine İlişkin 161 sayılı Sözleşmesi ise, her üye ülkenin iş sağlığı hizmetlerini mevzuat, toplu sözleşmeler veya ilgili işçi ve işverenlerin üzerinde anlaştığı şekilde veya yetkili makamın tarafların temsilcisi olan kuruluşlara danışarak belirleyeceği şekilde oluşturmasını salık vermektedir. Sözleşmeye göre; her üye ülke ulusal iş sağlığı politikası geliştirmek ve hedefe ulaşmak için işçi ve işveren kuruluşlarına da danışarak bir eylem planı yapmalıdır (Kılıkış, 2014b: 33; Devedakan, 2007: 68-70).

Ayrıca, 161 sayılı Sözleşme; "İşletmedeki en uygun fiziksel ve ruhsal sağlık koşullarını karşılayacak düzeyde güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmak ve sürdürmek, çalışanların fiziksel ve zihinsel sağlık koşullarını göz önünde bulundurarak çalışmanın yeteneklerine göre uyarlanmasını gerektirir" (Esen, 2016: 5).

1.1.5.2.(2). Avrupa Birliği Belgeleri

Konu ile ilgili olarak AB belgelerine bakıldığında öncelikle 18 Ekim 1961'de Avrupa Konseyi üyesi olan 13 devlet tarafından imzalanan ve daha sonra gözden geçirilen "Avrupa Sosyal Şartı" belgesi dikkat çekmektedir. Avrupa Sosyal Şartı üye ülkelerden tutarlı bir ulusal iş sağlığı, iş güvenliği ve işyeri ortamı politikası oluşturmalarını, işçi ve işveren taraflarının bazı hususlarda taahhütlerde bulunmalarını istemektedir. Bu bağlamda söz konusu Şart' ta işverenler ve çalışanların örgütlerine danışarak aşağıda sıralanmış olan hususları taahhüt etmeleri istenmektedir (Esen, 2016: 6; Deveci, 2007: 67).

AB; tüzük, direktif, tavsiye kararı, görüş ve bildirimlerle iş sağlığı ve güvenliği politikalarını belirleyerek bunlara eylem programlarına uygun bir şekilde uyulmasını sağlar. Bu bağlamda, AB'nin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki tedbirlerin alınmasını 89/391 sayılı "İşte İşçilerin Sağlık ve Güvenliğinin Geliştirilmesini Destekleyen Önlemler Alınması Hakkında" genel ilke ve kuralları belirleyen çerçeve direktif ile düzenlediği görülmektedir. Tüm üye ülkelerin bu direktife uyması asgari standart olarak kabul edilmiştir (Esen, 2016: 6-7). Ayrıca bu direktifte belirlenen alanlar ve tanımlanan ilke ve kurallara uygun olarak da pek çok direktif çıkarılmıştır. Bu direktifler; iş sağlığı ve güvenliği alanını düzenleyen temel ilke ve kurallarla riskli işkolları veya risk etmenlerinden korunmak, risk grubu oluşturan çalışanları korumak ve koruyucu donanımlara ilişkin asgari gerekleri düzenlemektedir (Kılış, 2014b: 34).

1.1.5.3. Ulusal Boyut

İş sağlığı ve güvenliği ulusal boyutta değerlendirildiğinde öncelikle karşımıza Anayasa ve yasalar çıkmaktadır. Bu yasaların kimisi doğrudan iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili iken kimisinde de iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hükümler bulunmaktadır. Bu bağlamda, Anayasa'da, Borçlar Kanunu'nda, SSGS Kanunu'nda, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda

bazen doğrudan bazen dolaylı olarak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çeşitli hükümler yer almaktadır (Karacan ve Erdoğan, 2009: 110).

1982 Anayasası'nın 2. Maddesinde Türkiye Cumhuriyeti Devleti "sosyal devlet" olarak tanımlanmıştır. Devletin sosyal devlet olma niteliğinin gereği olarak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tedbirleri alma sorumluluğu da öncelikle yine devletin sorumluluğundadır. Keza, 1982 Anayasasının 17. Maddesinde "yaşama hakkı" düzenlenirken 49. Maddesinde ise devletin "çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek... korumak... için gerekli tedbirleri" alacağı belirtilmiştir. Bununla birlikte, 50. Maddesinde "hiç kimsenin yaşma ve cinsiyetine uygun olmayan işlerde çalıştırılmayacağı", 56. Maddesinde ise "herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak" için devlete, sağlık kuruluşlarını planlayıp, hizmet verme görevi verilmiştir. Böylece çalışanların iş kazası ve meslek hastalığına yakalanmaları durumunda tedavi süreçleri de planlanmış olacaktır. Son olarak, Anayasa'nın 60. Maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu belirterek sosyal güvenliğin sağlanması için devletin gerekli teşkilatı kurarak tedbirleri alması gerektiğini hüküm altına almıştır. Anayasanın bu amir hükmü çerçevesinde genelde sosyal güvenlik, özelde ise iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düzenlemelere diğer kanunlarda da yer verilmiş ve 2012 yılında münhasıran, "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" çıkarılmıştır.

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili diğer kanunlara bakıldığında; SSGSS Kanunu'nda, iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle meydana gelen kayıpların telafisi için çalışanlara ve yakınlarına ödemelerin yapılması ile tarafların sorumluluğunun belirlendiği görülmektedir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nu ise işçiler hıfzıssıhhasını düzenlemiştir. Söz konusu Kanunun 173-179. Maddeleri arasında kalan maddelerde; çalışma saatleri ve çalışma yaşları düzenlenmiş ve ayrıca çalışanların sağlığını korumak için ilgili bakanlıklar tarafından ortak düzenlemelerin yapılacağı belirtilmiştir. Borçlar Kanunu ise bütün iş ilişkilerinde işverenin işçiyi koruma ve gözetme borcunu düzenlemiştir.

Özel olarak düzenlenen 6331 sayılı İSG Kanunu'nun amacı ise zaten doğrudan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgilidir. Söz konusu Kanunun amacı 1. Maddesinde, kapsamı ve istisnaları ise 2. Maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre İSG Kanunu'nun amacı "işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemek" (İSGK Madde,1) olarak belirtilmiştir.

Kanunun kapsamı ve istisnaları ise 2. Maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre: "Bu Kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır.

1.1.5.4. Ekonomik ve Sosyal Boyut

Çalışanların sağlık ve güvenlik risklerine maruz kalmasının hem kendileri, hem de bakmakla yükümlü olduğu kişiler açısından olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Bu anlamda iş kazası ve meslek hastalıklarının en kötü sonucu çalışanların yaşamını yitirmesidir. Ayrıca çalışan iş kazası sonucunda engelli hale gelebilmekte ve ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir. Bununla birlikte; iş kazası sonucunda hem işçi hem de ailesi maddi ve manevi zarar görmektedir. İş kazasında yaşamını yitiren işçinin ailesi, bir yandan kaybettiklerinin acısını yaşarken öte yandan gelirinin azalması ya da tamamen kesilmesi nedeniyle ekonomik problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Türk İş Güvenliği, 2016).

İş kazası ve meslek hastalıklarının ekonomik ve sosyal boyutunda gerek çalışanlar ve gerekse işverenler çeşitli maliyetlerle karşılaşmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları hem insan hayatını ve sağlığını tehdit etmekte hem de bir maliyet unsuru olarak işletmelerin verimlilik ve kârlılığını etkilemektedir (Açıkalın, 2008:135). Bu bağlamda; iş kazası ve meslek hastalıklarının oluşturduğu maliyetler doğrudan ve dolaylı maliyetler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Doğrudan maliyetler; ilk müdahale ve tedavi masrafları, geçici ve sürekli iş göremezlik ödemeleri, işçinin bizatihi kendisine ya da yakınlarına ödenen maddi ve manevi tazminatlardır. Dolaylı maliyetler ise makinelerin ya da prosesin bir bölümü veya tamamının kaybedilmesi; işgücü kaybı ve çalışanların moral bozukluğundan kaynaklanan üretim kaybı, zamanında teslim edilemeyen siparişler, kaza nedeniyle yapılan fazla mesai maliyetleri, hammaddelerin kaybı ya da zarara uğraması olarak ifade edilmektedir (Budak, 2008: 365, 366). Bir başka ifadeyle; doğrudan maliyetler; bir iş kazası sonucunda makine ve diğer teçhizatlarda meydana gelen hasarla, tazminat ödemeleri, kaza anında kaza zedeye yapılan ilk yardım masrafları ile doktor, ilaç, tedavi ve sosyal yardım ödenekleri gibi diğer tıbbî masraflardır. Dolaylı maliyetler ise maliyet yönüyle hesaplamanın zor olması nedeniyle iş kazası meydana geldiğinde fark edilmeyen fakat daha sonra gerek iş yerinde ve gerekse toplum içinde etkisini gösteren maliyetler olarak ifade edilmektedir. Dolaylı maliyetlere yol açan unsurlar ise iş gücü ve işgünü kaybı ve bu kayıplarla meydana gelen üretim kayıplarıdır (Tesis İşletimi, 2016).

İşletmeler açısından iş kazası ve meslek hastalıklarının oluşturduğu doğrudan maliyetler, zamanında alınması gereken önlemlerin maliyetinden daha fazladır. Bu nedenle gerekli önlemlerin alınması işverenlerin de yararına. Ayrıca sağlık ve güvenlik risklerinin üretim sürecine de etkisi vardır. İş kazası, iş akışını ve üretim sürecini yavaşlatmakta performans ve verimliliği düşürmektedir. Bu bağlamda, işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar, hem maliyetlerin azaltılmasını sağlamakta hem de işyerinde moral ve motivasyon açısından önem taşımaktadır (Soy, 2012: 14).

Hiç kuşkusuz iş kazaları, ülkelerin bazen ağır maddi kayıplarına bazen de uluslararası kamuoyunda itibar kaybına yol açmaktadır. Bununla birlikte, işletmelerin iş sağlığı ve güvenliği hususunu eksik bırakmaları, devletin de denetim görevini hakkıyla yapamamasının bir sonucu olarak iş kazalarının meydana gelmesi önemli ekonomik ve sosyal sorunlardan biri olarak dikkat çekmektedir. Bir başka ifadeyle; iş kazaları, işletmelerin performansını olumsuz yönde etkilemekte,

ulusal ekonomiye zarar vermekte ve ayrıca sosyal güvenlik sistemine ciddi bir yük getirmektedir (Türen ve Gökmen, 2014:102).

Çalışanların sağlık ve güvenlikleri sosyal boyut açısından da önem taşımaktadır. Kuşkusuz iş kazası ve meslek hastalığının en büyük bedelini işçi ödemektedir. Çünkü işçiler iş kazalarıyla ya yaşamlarını kaybetmekte ya da iş güçlerinin tamamını veya bir kısmını belirli bir süre yitirmektedirler. Bu durum, çalışanın ücret gelirinin tümünü ya da bir bölümünü sürekli ya da belirli bir süre yitirmesi anlamına gelmektedir. Kaza geçirinceye kadar üretken olan işçi, kazayla birlikte tüketici ve belki de başkalarına muhtaç hale gelmektedir. Bununla birlikte, işçinin bakmakla yükümlü olduğu kişiler de çoğunlukla bu süreçten etkilenmekte ve mağdur olmaktadır. Ayrıca, iş kazası sonucu yaşamını yitiren işçinin ailesi de maddi ve manevi yıkıma uğramakta, sonuçtan etkilenmektedir. Bu etkilenme ekonomik boyuttan sosyal ve psikolojik boyuta kadar uzanabilmektedir (Tekin, 2014; Orhan, 2007: 34).

İş kazası ve meslek hastalıkları sonucunda geçici veya sürekli gelirden yoksun kalan işçi ile ailesinin karşılaşmış olduğu sorunları tek bir boyutta düşünmek mümkün değildir. Çünkü iş kazasına veya meslek hastalığına uğrayan işçi veya ailesi ekonomik sorunlar yaşasa da ayrıca işsizlik, yoksulluk ve sosyal dışlanma gibi birbirini besleyen sorunlarla mücadele etmek zorundadır. Bu nedenle, iş kazası ve meslek hastalığı yüzünden yaşanan olumsuzluklar iş sağlığı ve güvenliğinin ekonomik boyutunun yanında sosyal boyutunun da göz önüne alınmasını, çalışanların sağlık ve güvenlikleri için önleyici tedbirlerin alınması, var olan önlemlerin ise gözden geçirilmesi gereklidir (Akın, 2005: 2).

Şüphesiz, insan yaşamı hiçbir maddi değerle ölçülemez. Ancak iş kazaları ve meslek hastalıklarının işgünü kaybı olarak maliyetinin olduğu da bir gerçektir. Bu gerçeklikten yola çıkılarak iş kazası ve meslek hastalıklarının maliyet olarak parasal karşılığı da hesaplanmaktadır. Kaza, hastalık, sakatlıklar ve kaza sonucu ölüm nedeniyle kaybolan işgünü sayısı ve ekonomik maliyet oldukça fazladır.

UÇÖ' ne göre, her gün 6300 kişi her yıl ise 2.300.000 kişi iş kazası ve meslek hastalığından ölmekte ve yıllık 317 milyon iş kazası meydana gelmektedir.

Ayrıca ülkeler, her yıl Gayri Safi Milli Hasıla'larının % 4'ünü, işyerleri ise kârlarının % 5-15'ini iş kazası ve meslek hastalıkları nedeniyle kaybetmektedir. Dünyada her yıl iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunlar nedeniyle oluşan kayıp ise 1.25 trilyon dolara ulaşmaktadır (Tekin, 2014; ILO, 2016b). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve SGK yetkililerine göre ise iş kazası ve meslek hastalıkları nedeniyle dünyada her gün 1 milyon iş kazası ve ortalama 4 dakikada bir ölüm gerçekleşmektedir. Türkiye'de ise her gün 172 iş kazasının meydana geldiği, iş kazalarının yıllık maliyetinin ise 7,7 milyar lira olduğu ifade edilmektedir. Sonuç olarak, iş kazası ve meslek hastalıkları sonucunda yıllık ekonomik kaybın dünyadaki milli gelirin yüzde 3 ile 5'i arasına tekabül ettiği bildirilmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2012).

1.1.6. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Bu bölümde sağlık hizmetleri kavramı açıklanarak sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması üzerinde durulacaktır.

Sağlık hizmetleri; kişinin ve toplumun sağlığını korumak onların bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan ortaya çıkacak hastalıklarını tedavi ederek sağlıklı bir birey ve toplumun bir üyesi olarak yaşamlarını sürdürmek için yapılan faaliyetleri kapsamaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri insanların yaşam süreleri, direnç ve kuvvetleri ile onların yaşamına etki eden faaliyetleri kapsamaktadır (Atabey, 2012: 11).

Sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi, toplumun korunması ve ayrıca hasta olanların tedavisi, bedensel ve ruhsal kabiliyetleri azalmış olanların da rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler olarak ifade edilebilir (224 sayılı Kanun Madde, 2). Sağlık hizmetlerini koruyucu, rehabilite edici, tedavi edici ve sağlığı geliştirici hizmetler olarak başlıca dört temel sınıfa ayırmak mümkündür.

1.1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer sağlık hizmetlerine göre daha önceliklidir. Çünkü korumanın maliyeti tedavi etmenin maliyetinden daha düşüktür. Koruyucu sağlık hizmetleri, koruyucu hekimlik sistemine dayanmaktadır. DSÖ koruyucu hekimliği; bireyler ve ailelerinin sağlığının korunması için onlardan sorumlu bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi vb. çabalarla toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimlik olarak tanımlamıştır (Altay, 2007: 34).

Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığının Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesine göre "kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleri" de koruyucu hekimlik olarak tanımlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri bir taraftan toplumun sağlığının korunmasını ve hastalıkların önlenmesini hedeflerken öte yandan toplumun hastalık etmenlerinden uzak tutulmasını amaçlamaktadır. Bireye ve çevreye yönelik olarak ikiye ayrılan koruyucu sağlık hizmetleri; sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturmakta ve birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır (SGK, 2016). Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:

- Erken teşhis ve tedavi hizmetleri,
- Sağlık eğitimi,
- Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri,
- Aile planlaması hizmetleri,
- Bağışıklama,

- Beslenme koşullarının iyileştirilmesi vb. şeklinde sıralanan ve sadece sağlık personeli tarafından verilen hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise sağlık personeli ve bu personellerin dışında alanla ilgili eğitim almış diğer meslek mensupları tarafından yürütülmektedir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, insan sağlığını olumsuz etkileyecek fiziki,

kimyasal ve biyolojik çevre faktörlerinin ortadan kaldırılmasını amaçlayan hizmetlerdir. Bu bağlamda;

- Temiz içme ve kullanma su kaynaklarının sağlanması,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- İş sağlığı ve güvenliği,
- Konut hijyeni, gürültü kontrolü, atıkların bertaraf edilmesi vb. faaliyetler çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak sıralanmaktadır (Somunoğlu vd., 2012: 11).

1.1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Yetişmiş personel ve fiziki imkânlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları olan tedavi edici sağlık hizmetleri ise daha fazla maliyet ve organizasyon gerektirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin hastalanmasıyla birlikte bir takım tetkik, muayene ve tedavi sürecini de içeren hizmetler bütünüdür (Altay, 2007: 35; Atabay, 2012: 13). Bir başka ifadeyle, tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin hastalık ve sakatlık hallerinin iyileştirilmesi amacıyla yönelik hizmetlerdir. Bir hekim sorumluluğunda ve ekip yaklaşımı içinde uygun teknolojiler kullanılarak yürütülen tedavi edici sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetlerine göre hem maliyetli hem de planlama ve organizasyon gerektirmektedir (Somunoğlu vd. 2012: 12).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hizmet sunumuna göre basamaklara ayrılmakta birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır. Bu hizmetler hastanın durumuna göre ayakta veya yataklı tedavi hizmeti sunan sağlık kurumlarında verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri tüm topluma yönelikken, tedavi edici sağlık hizmetleri sadece kişilere yöneliktir. Çünkü kişiler bu tür hizmetlerden doğrudan yararlanmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 90).

1.1.6.3. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilit edici sağlık hizmetleri insanların ruhsal ve bedensel engelli hale gelmelerine yol açan olaylardan sonra sunulan hizmetlerdir. Çünkü kişinin maruz kaldığı olay onların çalışma güçlerini ve motivasyonlarını engeller. Bu bağlamda rehabilit edici sağlık hizmetleri; olaylardan sonra çalışma gücünü belirli ölçüde kaybedenlere yeniden çalışma gücü ve imkânı ile onların ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmelerinin sağlanmasına yönelik hizmetler olarak da ifade edilebilir (Kurtulmuş, 1998: 91). Hastalık ve kaza nedeniyle geçici veya sürekli iş göremez hale gelerek iş gücünü kaybedenlerin engellilik hallerinin giderilmesi, yeni becerilerin kazandırılması, iş ve sosyal uyumlarının sağlanması için yapılan hizmetlere rehabilitasyon hizmetleri denir.

Rehabilitasyon hizmetlerini tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ayırmak mümkündür. Kaza sonucunda kişilerin organlarında meydana gelen hasarı gidermek amacıyla protezler takılarak veya sakatlanan organını güçlendirip kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğini kazandırma çabalarına tıbbi rehabilitasyon denilmektedir. Buna karşılık fiziki ya da ruhsal yönden engelli kişilerin yapılarına uygun iş bulma onu bu iş için eğitime veya bakımlarını temin etme gibi çalışmalarda sosyal rehabilitasyon olarak adlandırılmaktadır (Atabey, 2012:13) Rehabilitasyon hizmetleriyle hedeflenen temel amaç, kişileri ihtiyaçlı hale gelmekten korumak, ihtiyaçlı hale gelen engelli kişilerin de toplumsal yaşamda toplum ile bütünleşmelerini sağlamaktır (Kurtulmuş, 1998: 92).

1.1.6.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam biçimleri ve alışkanlıkları bulunmaktadır. Bu nedenle kişilerin sağlık problemlerini çözmek için onlara hem tedavi hizmetleri hem de sağlık problemleri hakkında sağlık eğitimi verilmektedir. Sağlık eğitiminin hedefinde bireyler ve gruplar vardır. Halkın bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yönelik sağlık hizmetleri dar kapsamlı, sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklı olarak

insanların sağlıklı bir çevrede yaşayabilmeleri için tüm sağlık hizmetlerinden yararlanmasını hedeflemektedir (Kayral, 2012: 48). Bir başka ifadeyle, sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, kişilerin bedensel, ruhsal sağlık durumları ile yaşam süreleri ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesini hedef almaktadır.

1.1.6.5. Sağlık Kurumları

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla, sağlık hizmetlerinin sunumunda değişiklik yapılmış sağlık hizmeti sunan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yenileri eklenmiştir. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri başlıca; sağlık hizmetlerinin teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri, birinci kademe teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetlerin birinci basamakta yaygın bir hizmet olarak birlikte verilmesi nedeniyle bireyler bu hizmetlere kolayca ulaşmaktadır. Bir başka deyişle; birinci basamak sağlık hizmetleri, "hastaların ayakta muayene edilerek, teşhis ve tedavisinin yapıldığı hizmetler" olarak ifade edilmektedir (Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Madde, 4). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kuruluşlar birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bu hizmetler; aile sağlığı merkezleri, muayenehane ve poliklinikte verildiği gibi hastanın evinde de verilebilir (Somunoğlu vd. 2012: 12).

İkinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler ise ikinci basamak sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyen hastalara, ikinci basamak sağlık kurumlarında hizmet verilmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise en yüksek sağlık teknolojileri kullanılmakta ve farklı uzmanlık alanlarında akademisyenler görev yapmaktadır. Bu hizmetler üniversite hastaneleri ve ayrıca belirli alanlarda uzmanlaşmış özel dal hastanelerinde verilmektedir. Tedavilerinde ağır ve karmaşık bir tedavi ile yoğun bilgi teknolojisine ihtiyaç duyulması halinde hastalar, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmektedir. Üçüncü basamak sağlık

hizmetlerinde ise tedaviye yönelik amaçlar ve uzman yetiştirme amacı ön plandadır.

1.1.6.5.(1). Birinci Basamak Sağlık Kurumları

Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasıyla birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sunan resmi sağlık kurumları;

- Aile Sağlığı Merkezi,
- Toplum Sağlığı Merkezi,
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri birimleri olarak belirlenmiştir.

Bu sınıflandırmadan önce birinci basamak sağlık kurumları içerisinde yer alan; resmi kurumları tabiplikleri, sağlık ocağı, sağlık merkezi, sağlık istasyonu ve dispanser gibi birçok birimin faaliyetine son verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016a). Birinci basamak özel sağlık kuruluşu olarak açılan özel poliklinikler, ayakta teşhis ve tedavi yapan sağlık birimleri ise halen "Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında faaliyetlerine devam etmektedir.

1.1.6.5.(2). Aile Sağlığı Merkezleri

Aile sağlığı merkezleri; kişilere koruyucu ve ayakta tedavi hizmeti sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerinin birlikteliği olarak ifade edilmektedir.

1.1.6.5.(3). Toplum Sağlığı Merkezleri

Toplum sağlığı merkezleri daha çok çevre sağlığı, adli tıp hizmetleri, okul sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği, acil sağlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ve sağlık eğitimi konusunda hizmet vermektedir. Toplum sağlığı merkezleri bu hizmetleri, herkesin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden en iyi şekilde yararlanması için sunmaktadır. Hizmetler; bölge nüfusunun sağlık düzeyini

yükseltecek planlar yapılarak kurumlar ile işbirliği içerisinde yürütülmektedir. Bazı sağlık hizmetlerini toplum sağlığı direkt kendisi sunarken bazı hizmetler için de diğer sağlık kuruluşlarının verilerini analiz ederek gerekli müdahalelerde bulunmaktadır. Ayrıca toplum sağlığı merkezi çatısı altında ana çocuk sağlığı hizmetleri ile aile planlaması, sıtma ve verem savaş hizmetlerinin daha etkin olacak şekilde yer alması planlanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

1.1.6.5.(4). 112 Acil Sağlık Hizmetleri

112 acil sağlık hizmetleri, hastaların hastaneye gelmeden önce acil tıbbi müdahale ihtiyaç duymaları durumunda komuta ve kontrol anlamında bir merkeze bağlı istasyonlarda görev yapan sağlık personelinin ambulanslarla sunduğu hizmetlerden oluşmaktadır. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin sunumu vakanın durumuna göre mahallinde olabileceği gibi vakanın bir sağlık kuruluşundan bir başka sağlık kuruluşuna nakliyle de gerçekleştirilmektedir.

1.1.6.6. İkinci Basamak Sağlık Kurumları

İkinci basamak sağlık kurumları resmi ve özel sağlık kurumları olarak ayrılmaktadır. Maliye Bakanlığı'nın Tedavi Yardımına İlişkin 6 No' lu Uygulama Tebliğine göre ikinci basamak resmi sağlık kurumları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleridir. İkinci basamak özel sağlık kurumları ise Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri olarak ifade edilmiştir. Bununla birlikte; belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi de ikinci basamak sağlık kurumları içerisinde yer almaktadır. İkinci basamak sağlık kurumları içerisinde yer alan özel hastaneler ise özel sektör tarafından, hastayı yatırarak tedavi etmek veya hastalık geçirmiş kişilerin eski güçlerine kavuşuncaya kadar sağlıklı bir ortamda beslenmek ve

doğum yardımında bulunmak için açılan veya açılacak olan sağlık kuruluşlarıdır (Özel Hastaneler Yönetmeliği, Madde, 4/f).

Özel hastaneler, gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılıp ve işletilmektedir. Özel hastanelerde hastaların tedavileri ya ayakta ya da hastaneye yatırılarak yapılmaktadır. Hastanelerde hastalara muayene ve tıbbi müdahale ile tahlil ve tetkik, ameliyat, tıbbî bakım ve diğer tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Bununla birlikte, özel hastanelerin açılması, Sağlık Bakanlığı'nın izni ve gerekli inceleme sonucunda ruhsat verilmesi ile mümkündür. Özel hastaneler de devlet hastaneleri gibi Sağlık Bakanlığı'nın denetimine tabidir (Hususi Hastaneler Kanunu, Madde, 33; Hatırnaz, 2006: 17-19).

Kamu hastaneleri ise genel olarak devlet tarafından inşa edilir ve her türlü finansal giderleri yine devlet tarafından karşılanır. Kamu hastaneleri, kamu görevlileri tarafından idare edilen, kamu hizmeti mantığı ile hareket eden ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak tanımlanırlar. Kamu hastaneleri faaliyette bulundukları yer ve yatak sayılarına göre ilçe/belde gün hastaneleri olarak ayrıldığı gibi genel ve dal hastaneleri olarak da ayrılmaktadır. Hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 5. Maddesinde aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır.

- İlçe-belde hastanesi
- Gün hastanesi
- Genel hastaneler
- Dal hastaneleri

1.1.6.7. Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları

Ülkemizde üçüncü basamak sağlık hizmetleri Yataklı Tedavi Kurumları İşletmeler Yönetmeliği çerçevesinde kurulan ve Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Yüksek Öğrenim Kanunu çerçevesinde kurulan Kamu ve Vakıf Üniversitelerine bağlı olarak kurulan Tıp ve

Diş Hekimliği Fakültelerine bağlı hizmet veren Eğitim ve Araştırma Hastaneleri eliyle yürütülmektedir.

Üçüncü basamak bağlı kurumlarında sunulan sağlık hizmetleri sağlık farklı uzmanlık seviyelerine sahip personelin ileri teknolojiyle verdiği hizmetleri kapsamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması için, sağlık hizmet basamakları arasındaki sevk zincirinin işlevsel hale getirilmesi gerekmektedir. Bir başka ifadeyle, hastalara konulan teşhis ve tedavinin yeterli olmaması durumunda ya da daha ileri tetkikler için bir üst basamağa sevk edilmelidir. Hekimlerin ve hastaların sevk zincirine uygun hareket etmeleri, sadece sağlık kurumlarında gereksiz yere birikmelerini ortadan kaldırmakla kalmayacak, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde verilmesini de sağlayacaktır (Somunoğlu vd. 2012: 12; Devebakan, 2007: 57-58).

1.2. Hastane İşletmelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği

1.2.1. Hastane İşletmelerinin Özellikleri

Hastane; hastalara yatarak veya ayakta tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından verildiği sağlık kuruluşudur (tdk.gov.tr).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın yaptığı tanımlamaya göre hastaneler; Gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon olarak sınıflandırılabilir ve hastaların uzun veya kısa süreli tedavilerinin yapıldığı sağlık hizmetleri sunan kurumlar olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, vd., 2009:127). Tanımdan da anlaşılacağı üzere işlevsel açıdan hastaneler, sağlık hizmetlerinin tanı, tedavi ve bakım ile ilgili hizmetlerini gerçekleştiren kurumlar olarak ifade edilebilir.

Sistem yaklaşımı içinde değerlendirildiğinde, hastaneler; dinamik ve değişken bir ortamda aldıkları girdileri dönüşüm süreçleri üzerinden geçiren ve çıktılarının önemli bir bölümünü aynı ortama veren bir geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastane işletmelerinin girdileri insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları, hastaların ve yaralıların

tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyinin artırılmasına katkıda bulunmaktır. Dönüşüm aşamaları planlama, organize etme, yürütme, kontrol etme ve yeniden düzenlemeyi içerir. Bu nedenle, hastane yönetimi söz konusu olduğunda, hastaneler sadece tıbbi hizmetler sunan fiziksel yerler değil, birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir (Tengilimoğlu, et al., 2009 : 127).

Tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan bireylerin, sağlıklı oldukları duruma ulaşmalarını sağlamak için yapılan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak uzman hekim sorumluluğunda ve diğer sağlık personelinin de katılımıyla bir ekip çalışmasıyla verilmektedir. Hastanelerin, amaç ve misyonlarına göre değişmekle birlikte dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler şunlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:38):

a) **Tedavi hizmetleri;** Hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hastaneler, ayakta ya da hastaneye yatarak hastalara ve yaralı hastalara tanı ve tedavi hizmeti veren sağlık kurumlarıdır.

b) **Koruyucu sağlık hizmetleri;** Hastaneler, hastaların ve yaralıların tedavisine ek olarak koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Hastanelerdeki sağlam çocuk birimleri bu hizmetlere örnektir. Hastaneler ayrıca alkol, sigara, uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede aktif rol oynamakta ve bu nedenle halk sağlığının geliştirilmesini etkilemektedir.

c) **Eğitim;** hastaneler aynı zamanda eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde eğitim veya hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve akrabalarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi (staj, tıpta uzmanlaşma), hastane personelinin hizmet ve sağlık alanında halkın eğitimi olarak listelenebilir.

d) **Araştırma;** Tıp bilimleri alanında araştırma merkezleri olmasının yanı sıra, hastaneler bu tür araştırmalara sponsor olmaktadır.

Bu bağlamda hastaneleri, tanı ve tedavi hizmetleri dışında; mali hizmetler, bilgi-işlem, güvenlik, temizlik gibi birçok iş kolunu bünyesinde barındıran kuruluşlardır şeklinde de tanımlayabiliriz.

Karmaşık ve matris yapısı nedeniyle, elektrikli ve elektronik cihazların sürekli kullanımı, ağır malzemelerin taşınması, kimyasallarla çalışma, radyoaktif malzemelerle çalışma, enfeksiyon riski oluşturan biyolojik malzeme ve yüksek enfeksiyon riski bulunmaktadır. Hastane ortamında binlerce çalışan için üç öğün hazırlayan bir mutfak, temiz malzeme sağlama gereken bir çamaşırhane, sterilizasyon ünitesi, çeşitli ofis hizmetleri, farklı ve tehlikeli malzemeler için depolar ve görülebilecek bir kalabalık var. hafta sonu bir alışveriş merkezi. Tüm bu faktörler nedeniyle yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, yetersiz fiziksel çalışma ortamları ve iş stresi sağlık profesyonellerinin diğer sektör çalışanlarından daha profesyonel riskler ve sağlık sorunları ile karşılaşmasına neden olmaktadır (Parlar, 2011: 548).

1.2.2. Hastane İşletmeleri (Sağlık) Çalışanları

Hizmet sektöründe önemli bir yeri olan hastane işletmeleri farklı meslek gruplarını içermektedir (Özer ve Bakır, 2003: 118). Bu sağlık çalışanları arasında doktorlar, eczacılar, diş hekimleri, mühendisler, operatörler, temizlik ve bakım çalışanları, sosyal hizmet uzmanları, diyet ve beslenme uzmanları, hemşireler, ebeler, sürücüler ve hatta aşçılar bulunmaktadır (Tüzüner ve Özasan, 2011: 143). . Bu bağlamda, hastane işletmeleri sağlık profesyonelleri dışında diğer mesleklerden üst düzey profesyonelleri de içeren dinamik organizasyonlardır.

Sağlık işletmelerinin en büyük kaynakları, işgücünü oluşturan çalışanlarıdır. Çalışan memnuniyetinin kurumsal olarak değerlendirilmesi ve kurumsal hedeflere ulaşabilmesi birbiriyle doğrudan ilişkilidir. Sağlık işletmelerinde başarı, personel yönetimi ve memnuniyeti ile de alakalıdır (Atasoy, vd., 2015:107-108). Hastane işletmeleri, kaliteli ve etkili hizmet sunumu için eğitim ve tecrübeleri birbirinden farklı çalışan ve meslek gruplarının eş güdümlü

çalışmalarını örgütlemek ve yönetmek durumundadırlar (Özkan ve Emiroğlu, 2006:44).

Hastane, doğum ve çocuk bakım evleri, diş sağlığı, sağlık ocağı, radyolojik ve veterinerlik vb. gibi tüm sağlık işletmeleri, ülkemizde 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanunu 4. maddesinde de belirtildiği gibi “Sağlık ve Sosyal Hizmetler” işkolu alanında ele alınmaktadır. Geçmişte sağlık çalışanları, SSK, Emekli Sandığı ve özel sağlık sigortası kapsamında bulunmaktaydı. Günümüzde ise SSK ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleşmiştir (Bayılmış, 2013:35).

Sağlık çalışanlarının mesleki risklerle karşılaşma olasılığı; mesleğe, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişir. Örneğin; radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinde çalışan işçiler için radyasyona maruz kalırken, sterilizasyon ünitelerinde çalışanlara cıva ve glüteraldehit maruziyeti, ameliyathane çalışanları için bir risk oluşturmaktadır (Parlar, 2008: 548).

Sağlık profesyonellerinin mesleki gelişimi ve sürekli eğitim fırsatları sınırlıdır ve mesleki organizasyonları da yeterli değildir. Sağlık personelinin çalışma saatlerinin artırılması, bir gün içinde mesleki riskle karşılaştıkları zaman olarak değerlendirildiğinde mesleki risklerini de arttırır. Bu nedenle kurumda haftalık çalışma saatleri arttıkça, kaza yapma olasılığının arttığı ve iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almayanların daha fazla kaza yaşadığı belirtilmektedir. Buna ek olarak, personel eksikliği ve görev tanımlarındaki belirsizlikler nedeniyle aldıkları eğitime uygun olmayan bölümlerde sağlık personeli istihdam edilebilir (Meydanlıoğlu.2013: 194).

Hasta ve Çalışan Güvenliği Sağlama Yönetmeliğinin 7 inci maddesinde 6 Nisan 2011 tarihinde çalışan güvenliği ile ilgili aşağıdaki düzenlemeler yer almaktadır: (Meydanlıoğlu, 2013: 195)

- a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- b) Çalışanlar için sağlık taraması yapmak,

- c) Özürlü çalışanlar için düzenlemeler yapmak,
- ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemler almalarını sağlamak,
- d) Çalışanlara fiziksel saldırıları önlemek için düzenlemeler yapmak

Sağlık çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi işe giriş, periyodik ve işe dönüş sınav aşamalarından oluşur ve her üçü de birbirini tamamlar. (Özkan ve Emiroğlu, 2006: 49).

“Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH)” 1974-1976 yıllarında hastanelerde iş sağlığı yürütmede etkili olan kriterleri tanımladı.

SGK, hastanelerde mesleki riskleri en aza indirecek iki ana faktörü vurgulamıştır (Akkaya, 2007: 57):

-*İş güvenliği*, iş güvenliği çalışmaları, kurum içindeki sağlık çalışanları için risk unsurlarını tanımlayan, riski ortadan kaldıran veya en aza indiren faaliyetlerdir.

- *Personel sağlığı*, MSGK’ dan beklenen hastane için Sağlık Profesyonelleri, Sağlık (SST) programının oluşturulması, çalıştırılması ve yönetilmesi.

1.2.3. Hastane İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörleri

İş sağlığı ve güvenliği açısından önemli risk taşıyan çalışma ortamlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır. Hastane çalışanlarının sağlık durumunu, özellikle sağlık hizmetlerinin birçok alanında olumsuz etkileyen birçok faktör vardır (Vural ve diğerleri, 2012: 132).

Sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında hastalara ve personele verilen zararlar; Hastalarda yaralanma, uzun süreli hastane tedavisi, yaralanmalar ve hatta ölümler ile sağlık çalışanlarının daha fazla hastalık ve yaralanmaya maruz kalmasına neden olabilir. Bu durum bir sağlık kuruluşu için ciddi krizlere yol açabileceğinden, kurumsal itibarı ve sürdürülebilir başarıyı etkilemesi açısından stratejik öneme sahiptir (Aksay ve diğerleri, 2012: 123).

Sağlık sektöründe sadece sağlık uzmanları değil, sağlık kurumlarına başvuran hastalar ve yakınları da çeşitli risklerle karşılaşabilir. Bu nedenle, risk analizleri ve etkili risk yönetimi sadece kuruluştaki çalışan sağlık uzmanları için değil, aynı zamanda halk sağlığının korunması için de önemlidir.

Sağlık işletmelerinde, özellikle sağlık personeli, hastalar, hasta yakınları, idari personel, tedarikçi çalışanları, kurumun itibarı, fiziksel alanlar, makineler, tıbbi cihazlar, vb. Risk altındadır. Bu riskleri yaratan faktörler her birimde farklı özellikler göstermektedir (Yurdakoş, 2016: 75).

Hastanelerde, enfeksiyonlarda, uyuşturucularda, malzeme, atık, ergonomik tasarım eksikliği, çalışma koşulları ve malzeme yetersizliği, çalışanların dikkatsiz davranışı vb. Neden olduğu tehlikeler. Sağlık çalışanlarının birçok tehlike, kaza ve hastalık riskiyle karşı karşıya olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Babacan) , 2012: 37). Ayrıca, iş yükündeki artışın mesleki risk faktörlerinin artmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Uğurlu ve diğerleri, 2010: 22).

Hastaneler sadece tıbbi hizmet sağlayıcılar değil, aynı zamanda kendi çalışanlarına karşı yükümlülüklerini yerine getirmenin yanı sıra hasta bakımının her yönüyle ilgili her türlü hizmeti sunmakla yükümlüdür. Örneğin, sağlıklı yiyecekler, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, acil durum çıkışlarıyla donatılmış sağlıklı yapılarda hizmet sağlanması. Sonuç olarak, hastane yönetimi bakım borcu açısından kendini geliştirmekle yükümlüdür (Hakeri, 2010: 55).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazaları ve meslek hastalıkları iş günü kaybına ve yapılan işin kısıtlanmasına neden olarak verimliliği azaltan bir faktör haline gelir. Sağlık çalışanları, özelleştirme ve rekabetçi ortam nedeniyle artan iş gerginliği ve iş kalitesinde kayıp nedeniyle iş memnuniyetsizliği yaşamaktadır (Devebakan ve Paşalı, 2015: 126).

1.2.3.1. Biyolojik Risk Faktörleri

Sağlık çalışanları, Çizelge 2.1’de görüldüğü üzere, çalışma koşulları gereği birçok tehlike ile iç içedir. Bu tehlikelerin içinde, çalışma ortamında bulunan kan

sıvıları ve kanla ilgili ürünler, çeşitli vücutla ilgili sıvılar, hava ve birçok biyolojik riskler (kontaminasyonla vb.) bulunmaktadır. Doktorun, hemşirenin ve hasta bakıcıların rutin işler sırasında, hastaların kan ve diğer vücut sıvıları ile temas etme ihtimallerinin oldukça fazla olduğu düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bu biyolojik risklerin, yüksek düzeyde olduğu daha iyi anlaşılmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları, bu riskler arasında önemli yere sahiptir. Hastalardan, sağlık personeline ve sağlık personelinden hastalara iki yönlü olmak üzere kolaylıkla mikrop bulaşabilmektedir. Bu nedenle, hastanelerdeki laboratuvarlar, biyo-güvenlik açısından büyük önem taşımaktadır (Doğruyol, 2015:27).

Çizelge 2.1. Sağlık Görevlilerini Etkileyen Bazı Enfeksiyon ve Bulaşma Yolları

Enfeksiyon veya Etken	Bulaşma Yolu
Hemorojik Ateşler	Kan
Hepatit B-C	Kan
HIV (AIDS)	Kan
Tüberküloz (Akciğer)	Solunum
Suçiçeği, Meningokok, Kızamık, Menenjit Kızamıkçık	Solunum (Temas)
Difteri	Damlacık (Temas)
İnpetigo, Hepes, Zara, Simpleks, Hepatit A, Konjoktivit	Temas
Poliomyelit	Fekal-Oral
Viral Diyoreler	
Dizanteri	
Satmonellous	

Kaynak: Doğruyol, 2015:29

Çizelge 2.1’de görüldüğü üzere, çalışma ortamındaki risk etmenleri, bu ortamda çalışan kişileri önemli ölçüde etkilemektedir. Stres altında çalışan kişiler, çevreden gelebilecek tehlikelere, normalden daha fazla maruz kalmaktadır. Bu durumda, başta iş kazaları olmak üzere çalışanlar, iş ortamından kaynaklı risklerin

sonuçları ile karşılaşmaktadırlar. İş stresinin meydana getirdiği olumsuz durumlar şu şekilde sıralanabilir:

1. İş kazaları,
2. Kalp hastalıkları,
3. Kas ve sinir hastalıkları,
4. Psikolojik rahatsızlıklar,
5. Kanser,
6. Ülser,
7. İntihar,
8. Bağışıklık sisteminin zayıflaması (Tuğrul, 2015).

Sağlık sektörü çalışanları, insanların ihtiyaç duyduğu hizmeti verebilmek için, 24 saat kesintisiz olarak çalışmak zorundadır. Yapılan işin, büyük bir dikkatle ve hızla gerçekleştirilme zorunluluğu olması nedeniyle, sağlık çalışanları uygun şartlar altında dinlenme ve beslenme imkânı bulamamaktadır. Bu zorlu şartların yanı sıra, çalışma alanlarının izole olması, sorumlu kişilerin stres altına girmesine neden olabilirken; ruh sağlıkları da olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarında aşırı stres kaynaklı tansiyon rahatsızlıkları, davranış bozuklukları, migren, kardiyovasküler hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bu tür sorunların yaşanması, çalışanların ihtiyaç sahiplerine kaliteli hizmet vermesini engellemekte ve kimi zaman madde bağımlılığına yol açarak psiko-sosyal sıkıntılara neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının, sağlık düzeyini olumsuz etkileyen faktörler, genellikle çalışma ortamı, ücretlendirme, yönetim, bireysel sıkıntılar, ayrımcılık, yıldırma, ağır iş yükü şeklinde sıralanabilir (Aslan ve Öntürk, 2011).

1.2.3.2. Kimyasal Risk Faktörleri

Kimyasallar ile çalışma sırasında kimyasallar alevlenebilir, yanıcı, aşındırıcı, tahriş edici, toksik, kanserojik gibi bir takım tehlikelere maruz kalınabilir. Özellikle temizlik, çamaşır, laboratuvar, eczane gibi hizmetlerde çalışan personeller kimyasal risklere maruz kalan gruplar içerisinde en ön sıralardadır (İş Güvenliği Talimatları, 2016).

Risklerden korunmak için gerekli tüm tedbirler alınmalı, çalışanlara kimyasal maddeler hakkında eğitimler verilmelidir. Ayrıca çalışma sırasında kişisel koruyucu donanımların kullanılması gerekmektedir.

Yapılan bir çalışmada tehlikeli kimyasallar, eczane bölümlerinde, temizlik ilaçları hastanenin genelinde, katkı maddeleri mutfakta, antiseptik ilaçlar ise ameliyathaneler ve muayene odalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Kimyasallara sıklıkla maruz kalan çalışanlarda cilt bozuklukları, alerjik reaksiyonlar, saç dökülmesi, üreme sorunları, kanser dâhil olmak üzere kronik etkiler meydana gelebilmektedir (McDiarmid, 2014).

Hastanede farklı amaçlar ile kullanılan kimyasal maddeler ve belirtileri aşağıda verilmiştir;

Dezenfektanlar ve sterilizasyon maddeler: Sterilizasyon, iç ve dış ortamda bulunan mikropların tamamen yok edilmesi işlemidir. Sonucunda olumlu ya da olumsuz tüm mikroorganizmalar ölecektir. Dezenfeksiyon ise hastalık yapıcı mikropları ortamdan uzaklaştırma işlemidir. Bu işlemde kullanılan kimyasal maddelere dezenfektan denir. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon amaçlı kullanılan kimyasallar başta ameliyathane dezenfeksiyonunda, sterilizasyon ünitelerinde, mefruşat bakımlarında ve genel olarak birçok alanda hijyen açısından kullanılabilir. Kimyasallara temas eden personellerin vücudunda yanıcı ve tahriş edici izler tespit edilebilir. Aynı zamanda solunum yolu ile de alınan bu maddeler akciğer ve mide kanamalarına, solunum yetmezliği ve ölümlere neden olabilir. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerin de mutlaka kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılmalıdır.

Sitotoksik maddeler (Antineoplastik İlaçlar): Sitotoksik maddeler genel olarak kemoterapi hastalarına uygulanmaktadır. Bu kimyasallardan en çok etkilenen birim eczanedir. En çok maruz kalan personeller ise eczacılar ve hemşirelerdir. Bu personeller;

- Eczanede ilaçların hazırlanması, taşınması sırasında antineoplastik ilaçlara maruz kalabilir.

- İlaçların hastaya verilmesi sırasında ilacın eline dökülmesi, enjektörden sızması durumlarında personel kimyasal maddeye maruz kalabilir.

- Diğer maruziyetler: Hastaların kanına 48 saat içinde karışmamış sitotoksik ilaçların idrar yolu ile beraber vücuttan atılımı ve temizlik personelinin lavaboları temizlemesi esnasında teması, kullanılan boş ilaç kutuların atık toplayıcı personeller tarafından toplanması esnasında çalışanlara teması şeklinde olabilir.

Laboratuvar Kimyasalları: Tehlikeli kimyasallar ile çalışan en fazla birimlerden biri laboratuvarlardır. Laborantlar başta olmak üzere, biyologlar, kimyagerler bu kimyasallar ile çalışırken iş kazaları yaşayabilmektedir. Vücutlarına solunum yolu veya deri yolu ile temas eden laboratuvar kimyasalları, yanıcı, tahriş edici, patlayıcı, zehirli özelliklere sahiptir ve çalışanlarda kalıcı hasarlar bırakabilir. Aşındırıcı kimyasallar vücudun temas ettiği deriye zarar verip uzuv kaybına sebep olurken, oksitleyiciler ise patlayıcıdır. Zehirli kimyasallar ise ölümcül olabilmektedir. Oksitleyici kimyasallar yani yanıcı olanlar hava ile karışarak ortamda yangına neden olabilir.

Temizlik Kimyasalları: En çok kullanılan ve hastanenin her alanında kullanılmaya yatkın olan tehlikeli maddelerden biri de temizlik kimyasallarıdır. Hastanede en yaygın olarak kullanılan temizlik kimyasalları ıslak hacim temizleyicileri, fayans cilası, toz veya cam için kullanılan spreylerdir. Kimyasalların aşırı veya yanlış ortamda kullanımı çalışanların risklerini de arttırmaktadır. Öncelikle çalışanlara tehlikeli maddeler hakkında genel eğitim verilmeli, daha sonra işin niteliğine göre özel eğitimler verilmelidir. Yapılan temizliğe göre kişisel koruyucu donanım kullanılması sağlanmalıdır. Örneğin bazı

temizlik kimyasalların yanıcı ve patlayıcı özellikte olduklarını ya da aşırı kullanım sonrasında solunum problemlerine yol açabildiklerini bilmelidirler. Temizlik malzemelerinde formaldehitler, sürfaktanlar, asitler, bazlar, solventler, EDTA (Etilen Diamine Tetra Asetikasit) gibi kompleksler bulunmaktadır. Çalışanların bu maddelere maruz kalması halinde, ciltte ve gözlerde tahrişe, ellerde pullanmaya sebep olmaktadır. Ayrıca bu kimyasalların atık sınıflandırmasında son derece önemlidir. Aksi durumda çevre kirliliğine neden olmaktadır.

Anestezi Maddeleri: Anestezi maddelere genel olarak sağlık personelleri, cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler, diş hekimleri, yoğun bakım ünitesi çalışanları maruz kalabilmektedirler. Uzun süre maruz kalma durumlarında, kanser, karaciğer, böbrek hastalıkları, baş ağrılarına sebebiyet verebilmektedir.

Lateks: Hastanede eldiven ve diğer ürünlerin yapımlarında kullanılan lateksler, çalışanların doğrudan teması ile ciltte önemli hasarlar bırakabilir. Bazı sağlık çalışanları latekse karşı daha hassastır. Aniden deri tahrişine veya hayati tehlikelere kadar reaksiyonlar alabilmektedir. Önlemlerin alınması halinde lateksin zararlı etkileri yok edilebilir veya azaltılabilir. Lateksin zararlı etkilerinden korunmak için aşağıdaki önlemler alınabilir;

- Kimyasal maddeler malzeme güvenlik formlarına göre kullanılmalıdır.
- Kimyasal maddeler etiketli kutularda saklanmalıdır. Her kimyasalın kendine özel etiketi olmalı, diğer kimyasallar ile karıştırılmamalıdır.
- Kimyasalların kullanım sırasında ve sonrasında ortamın havalandırılması sağlanmalıdır.
- Kimyasallar ile çalışan personellere özel kişisel koruyucu donanım sağlanmalı, çalışma süreleri, ortamdaki çalışan sayıları belirlenmelidir.
- Çalışanlar kimyasal maddeler ve kullanımları hakkında eğitilmelidir.
- Parlayıcı, patlayıcı kimyasallar ile çalışan personeller için özel eğitimler verilmeli, çalışma alanının acil durum planı hazırlanmalıdır.

1.2.3.3. Fiziksel Risk Faktörleri

Gürültü: Hoş karşılanmayan ve bireyleri rahatsız edecek düzeydeki ses olarak tanımlanan ve bu duruma maruz kalan bireylerin sağlıklarını etkileyen ses dalgalarıdır. İnsan sağlığını negatif etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. İnsanlarda fiziksel açıdan, psikolojik açıdan ve biyolojik açıdan olumsuz etkiler bırakabilir. Gürültü oranı yüksek yerlerde çalışan personellerde geçici veya kalıcı sağrlık, motivasyon kaybı, dikkat dağınıklığı ve iş veriminin düşüklüğüne neden olmaktadır. Ayrıca çalışanların zihinsel sağlığını da etkileyerek davranış bozukluğu meydana gelebilir. Hastane ortamları genelde sessiz olarak görülebilir. Fakat verilen hizmetler nedeni ile bazı bölümler oldukça gürültülü ortamlar oluşturabilmektedir. Örneğin çamaşırhane, mutfak, atölyeler, trijenerasyon tesisi, çeşitli pompalar ve ekipmanlar gürültü kaynağı olabilir. Helikopter pisti de önemli gürültü kaynaklarındanr. Gürültü sağlık çalışanlarını hem bedensel hem de ruhsal yönden etkilemektedir. Bu durum meslek hastalıkları ve iş kazalarına yol açabilmektedir. Bu tarz olaylara sebebiyet vermemek için gürültüyü engelleyecek aksiyonlar alınabilir.

Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır (Uyer, 2017):

- Gürültüsü az olan teknolojik cihazlar ile çalışılmalıdır.
- Ortamın gürültüsünü azaltmak adına teknik olarak perdeleme, emici örtüler kullanılarak, yalıtım, yüzey kaplaması gibi yöntemler kullanılabilir.
- Cihazların düzenli olarak bakım ve onaranları yapılmalıdır.
- Gürültü dikkat dağınıklığına sebep olacağı için dönüşümlü çalışma sistemi uygulanmalı ve dinlenme saatleri arttırılmalıdır.
- Ortamdaki gürültü fazla ise ve engellenemiyorsa kulak koruyucusuz ortamda bulunulmamalıdır.
- Susturucu ve ses gidericisi olmayan fazla gürültüye neden olan araçların hastane içerisinde ki ulaşma dâhil edilmemesi gerekir.

- Hastane çevresinde korna veya ses çıkaran başka bir cihazın gereksiz yere kullanmamalıdır.
- Radyo, televizyon ve müzik aletlerinin seslerini hastanede ve çevresinde rahatsız edici bir seviyeye yükseltmek ve yerleştirmek yasaktır.
- Binalarda gürültü ve sağlığı önlemek için ses yalıtımına önem verilmektedir.

Ses yalıtımı; iç mekan gürültü seviyesinin çevreye geçişini ve çevresel gürültü seviyesinin iç çevreye geçişini azaltır ve gürültü seviyesinin toplum üzerindeki etki seviyesini ve zararlı etkilerini azalttığı için gürültü kirliliğinin önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği'nin yürürlüğe girdiği tarihten sonra yapılacak binaların mimari projelerinde, bina tiplerine bağlı olarak iç mekan gürültü seviyesi limit değerleri sağlanmalıdır (Uyer, 2017).

Hava koşulları, genel olarak aşırı sıcaklık veya soğukluk insan aktivitelerini, verimliliğini, zekâsını veya genel anlamda insan davranışlarında etki bırakmaktadır. Konuya açıklık getirmek gerekirse hava sıcaklığında değişiklikler vücudun ısı dengesinde değişikliklere sebebiyet verir. Hava koşullarını etkileyen faktörlerin başında sıcaklık gelir. Daha sonra nem ve hava hareketleri takip eder. Sıcak veya soğuk çalışma ortamlarının kendine göre sorunları vardır. Bu sorunların yaşanmaması için her çalışma alanına uygun bir sıcaklık ortalaması olması gerekmektedir. İşletme verimliliği açısından çalışma alanı belirli sıcaklık, soğukluk ve nem ortalamasını denge tutması gerekmektedir. Aksi durumda çalışanların bitkinliğine, terlemesine, kramplara, solunum sıkışmasına, zihinsel çalışmalarda verimliliğin düşmesine, dikkatsizliğe, direncin düşmesine, bunalmasına ve benzeri olaylara neden olabilmektedir. Aşırı soğuk bir ortamda ise çözüm daha kolaydır. Fakat önlem alınmadığı zaman yapılan işe göre çalıştırılan parmaklar işlevini kaybetmekte, dolayısıyla iş kazaları artmaktadır. İşletmenin dikkat etmesi gereken bir konu ise çalışma ortamının yeterli pencere sayısına, tavan alçaklığı veya

yüksekliğine, çalışanlarının rahatlığı ve verimliliği açısından önemli bir etkidir. Aynı zamanda iş yerlerindeki sıcaklığın, bağıl nemin ve hava akım hızının düzenli aralıklarla ölçülmesi gerekmektedir.

Yetersiz Havalandırma: Hastanelerin genelin dezenfeksiyon riski fazla olduğu için havalandırma sistemleri enfeksiyonları önleyici biçimde tasarlanmalıdır. Havalandırma sistemlerinin uygun tasarlanmadığı durumlarda çalışanların enfeksiyon kapma riski artar. Hastanelerde genel havalandırma haricinde kullanılan özel havalandırma alanları da vardır. Sterilizasyon, ameliyathaneler, nükleer tıp, laboratuvarlar gibi bölümler özel havalandırma sistemlerine sahiptir. Havalandırma sistemlerinin bakım ve onarımlarının düzenli periyotlarda yapılması sağlanmalıdır. Havalandırmanın yetersiz olduğu alanlarda göz yaşarması, burun akıntısı, boğaz şişliği ve alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Bu tarz reaksiyonlara maruz kalan çalışanların birimlerini değiştirmesi gerekmektedir.

Aydınlatma: Hastane personellerinin çoğu işi gözlemlere dayalıdır. Çalışanların göz sağlığını koruması ve hizmeti en iyi şekilde verebilmesi için standartlara uygun aydınlatma sağlanmalıdır. Yapılan işin niteliğine göre aydınlatma seçenekleri de değişebilir. Temel olan amaca uygunluktur. Genelde ofis ortamlarında yapay aydınlatmalar kullanılır. Fakat mümkün olduğunca doğal aydınlatmalar tercih edilmelidir. Hastanelerin hizmet birimlerinde uygun olmayan aydınlatma tehlikeleri görmeyi engeller ve iş kazaları meydana gelir. Bunun yanında devamlı aydınlatmanın uygunsuz olduğu ortamlarda çalışmak meslek hastalıklarına da yol açabilir. Çalışan kişilerde en fazla göz yorulmasından kaynaklanan baş ağrıları, uykusuzluk, yorgunluk vs. belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bunun önüne geçmek için doğru yerde doğru aydınlatma gerekir. Aydınlatmanın az olduğu yerde görme ve anlama ne kadar az ise, aydınlatmanın fazla olduğu çalışma ortamlarında da olumlu bir sonuç gözlenemez. Bu nedenle aydınlatmada dengenin sağlanması şarttır.

Radyasyon: Radyasyona fazla maruz kalındığında insan vücudunda ciddi tehlikeler ortaya çıkabilir. Örneğin;

Alfa Işınları; Çevreye karşı fazla etkileri yoktur fakat solunum yolu ya da ağız yolu ile alındığında ciddi tehlike taşıyabilmektedirler.

Beta ışınları; Teması sonucu ciltte tahriş sebepleri olabilirler. Solunması ve yutulması tehlikelidir.

X-Işınları; Bu ışınlar vücutta derin hasarlara yol açabilmektedir. Vücuda kolayca yayılabilen bu ışınlar iç organ ve kemik yapısının izlemesi için hastanelerde çok sık kullanılmaktadır.

Gama Işınları; Çalışanlar için tehlikeli bir ışıdır. Dokularda hasarlara yol açmaktadır. Kanser hücrelerinin tedavisinde ve aletlerin sterilizasyonunda kullanılabilmektedir.

Ultraviyole Işınları (UV); Çalışanlar yüksek doza maruz kaldığı takdirde, gözün korneasında hasarlar veya deride yanıklar, pigmentasyonlar, egzamalar ortaya çıkabilmektedir.

Kızıl Ötesi Işınları; Aşırı ısısından kaynaklı vücutta fiziki gerginlik, tahriş, yanıklar görülebilmektedir.

1.2.3.4. Psikososyal Risk Faktörleri

Psikolojik tehlike, genel anlamda işyerinde ki yönetimin, örgütselliğin, çevresel ve toplumsal şartların çalışanlar üzerinde fiziksel, ruhsal hasarlara yol açması durumudur. Psikolojik risk ise mesleki stres ile eş anlamlı olarak, çalışanın yaptığı iş yetenekleri ile uyummadığı zaman ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal tepkilerdir. Sağlık çalışanları yaptıkları iş ile beraber hasta psikolojisinden de kaynaklı yoğun strese maruz kalmaktadırlar. İş stresi hastanelerin genelinde sık rastlanan bir sorundur. Psikolojik tehlikelerin tamamı riskleri meydana getirir. Çalışanlarda huzursuzluk, kaygı, öfke, gerginlik, depresyon, motivasyon düşüklükleri açığa çıkar. Sağlık çalışanları yaptıkları işler genel olarak insan hayatı olduğu için işlerinde son derece dikkat ve profesyonellik göstermelidir. Yukarıda

da belirtildiği gibi stres yaşan çalışanlarda çeşitli nedenlerden dolayı dikkat dağınıklığı kaçınılmazdır. Çalışma ortamlarından kaynaklı stresi açığa çıkaran durumlar aşağıdaki gibidir.

Örgütsel Rol Belirsizliği: Çalışanlar yaptıkları işin rolleri hakkında bilgilendirilmeleri gerekir. İşin niteliğine göre bir unvanları olması ve bu unvanlar doğrultusunda işi yürütmesi sağlanır. Kim olduğu hakkında belirtilmeden işin yaptırılması durumlarında çalışanlarda özgüven eksikliği, işten uzaklaşma, depresyon, gerginlik ve stres ortaya çıkmaktadır.

1.2.3.5. Ergonomik Risk Faktörleri

Sağlık kurumlarında çalışan sağlığını olumsuz etkileyen bir diğer risk faktörü de ergonomik risk faktörüdür. Sağlık kurumlarında personelin sağlığını tehdit eden ergonomik risk faktörleri, uygun olmayan duruş, oturuş ve çalışma şekli, ağır yük kaldırma kaynaklı oluşan bel ağrıları, uzun süre ekranlı makinelere bakma, uygun olmayan el aleti kullanımı ve sabit makine kullanımıdır. Sağlık personeline en önemli fiziksel rahatsızlığı veren ergonomik risk faktörü hastayı kaldırmadır. Ergonomik riske maruz kalan sağlık çalışanlarında kas iskelet yaralanmaları, bel ağrıları ve göz bozulması gibi hastalıklar görülebilmektedir. Sağlık kurumlarında hastayla en çok ilgilenenler hemşireler olduğundan ergonomik riske maruz kalma olasılığı en yüksek personelde hemşirelerdir (Özkul, 1999: 32). Hastanelerde ergonomik risk faktörlerinin oluşmasını önlemek ve zararını azaltmak için bazı önlemlerin alınması gerekmektedir. Alınması gereken en önemli önlem sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği, hastane içinde oluşabilecek ergonomik riskler ve tehlikeler konusunda eğitim verilmesidir. Ayrıca çalışanlar için uygun çalışma ortamı yaratılmalı hastane ortamında bulunan masa, sandalye, tabure ve koltuk gibi araç ve gereçler çalışanların fiziki şartlarına göre ayarlanması gerekmektedir.

1.2.4. İş Kazası

On dokuzuncu yüzyılda fabrikalarda buhar makineleri kullanarak üretimde artış oldu. Bu nedenle, işverenler işçilerini sadece bir üretim ve maliyet aracı olarak değil, aynı zamanda ağır koşullar altında istihdam etmeye de başlamışlardır. Bu yıllarda, devlet müdahalesinin olmaması nedeniyle, işverenler kârlarını artırmak için iş güvenliği kurallarının bulunmadığı koşullarda hastalık ve iş kazası sayısının arttığı görülmüştür. Fabrikalarda çalışma koşulları, işçi, işveren ve toplumun bütünlüğünün bozulmasına neden olmuş ve hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı olumsuz etkilemiş ve ekonomi alanında bazı sorunların ortaya çıkmasını tetiklemiştir (Korkut ve Tetikleyici, 2013).

Literatürde iş kazası ile ilgili birçok farklı tanım vardır. Daha önce öngörülmeyen güvensiz davranışlar ve koşullar nedeniyle meydana gelen beklenmedik olaylar, çalışanların can güvenliğini tehlikeye sokar, hem çalışanlara hem de kullanılan araç ve malzemelere zarar verir ve üretimde aksamalara neden olur. Bu tanıma göre, kaza beklenen bir olay değildir. Dikkatsizlik, iş güvenliği kurallarına uyulmaması, kullanılan araç ve gereçlerin kullanımı hakkında yetersiz bilgi ve kullanılan araç ve gereçlerin uygun şekilde bakımının yapılmaması gibi unsurlar kazayı tetikler (Ceylan, 2011). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre iş kazaları, çoğunlukla yaralanmalar, kullanılan alet ve malzemelerde hasar ve üretimde aksamalara neden olan beklenmedik ve ani ortaya çıkan olaylar olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2019). ILO ise iş kazasını DSÖ tanımına uygun olarak yaralanmaya ve yaralanmaya neden olan beklenmedik bir olay olarak ifade etmektedir (ILO, 2019; Kılıç, 2005).

5510 sayılı Kanuna göre, bir kazanın iş kazası olarak görülmesi için, kazazedenin öncelikle sigortalı olması ve kaza nedeniyle hem fiziksel hem de zihinsel zarara uğraması gibi nedensel bir bağı olmalıdır. İş kazası; 30 Haziran 2012 tarihli Resmi Gazete' de ilan edilen ve yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda, iş ortamında veya iş yaparken meydana gelen hayatı tehdit eden veya zihinsel ve fiziksel hasar olayı olarak tanımlanmıştır (6331 madde

3/g). Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından iş kazasıyla ilgili olarak yapılacak yasal işlemler, 6331 sayılı Kanun yerine 5510 sayılı Kanunun 13. üncü maddesi uyarınca yapılmıştır (Baloğlu, 2014).

İş kazasını aynı anda teknik boyutta inceleyen araştırmacılara göre, sadece çalışanın değil, işyerindeki makine, tesisat ve teçhizatın da neden olduğu olaylar zarar görmektedir (Müngen, 1993). Bu araştırmacılara göre; Önceden planlanamayan, bilinmeyen ve kontrol edilemeyen, çevrelerinde sorunlara neden olabilecek olaylar iş kazası olarak tanımlanmaktadır (Tufan, 1994; Erkan, 2000). Şimdiye kadar yapılan araştırmalara göre, öncelikle iş kazalarını önlemek için kazaya neden olan faktörleri tanımlamak gerekiyor. Çünkü problem çözme ile ilgili bilimsel araştırmalar sadece belirli olaylarda yapılabilir. Kaza, çalışma ortamında istenmeyen, kaçınılmaz ve kasıtsız etkileşimlerdir. Bu tanıma göre, bir olayın kaza olarak görülmesi için sadece çalışma ortamına zarar verme özelliğine sahip olmak yeterli görülmemiştir; "canlı ve cansız varlıklar" ayırt edilmemekte ve zarardan ziyade zarar verme yeteneği ön plana çıkmaktadır. Bu tanıma göre, kayıp olasılığının varlığı kaza tanımı için yeterli görülmemiştir (Özçelik, 2013).

1.2.4.1. Tehlike ve Risk

Tehlike, yaralanmayı, fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasını, çalışma ortamındaki olumsuz değişiklikleri veya maddi hasarı veya aynı anda birden fazla kişiyi tetikleyen potansiyel olarak zararlı bir kaynak veya durumdur (Kılıç, 2005). Başka bir deyişle, tehlike hayatı tehdit ediyor, insanlar için kötü sonuçlara ve çalışma ortamında maddi hasara neden oluyor. Teknik olarak, çalışma sırasında işyerinin ortamında meydana gelebilecek çevresel olumsuzlukları ve bunların hangi boyutlarda olduklarını belirlemek gerekir. Bu bağlamda, hayali görüntülerle uğraşmaktan ziyade tehlikeye neden olan faktörlerin kaynaklarını bulmak ve gerçek problemi tanımlamak daha önemlidir. Uygunsuz çalışma ve çalışma ortamı tehlike oluşumunu tetikler. Bir işyerindeki faaliyetlere bağlı olarak birçok ve farklı türde tehlike ortaya çıkabilir.

Risk, belirli bir zamanda istenmeyen bir olayın meydana gelme olasılığıdır. Risk, tehlikenin neden olduğu hasar olasılığıdır (Helvacıoğlu ve Ceylan, 2011). Risk, belirli bir ortamda oluşabilecek tehlikeye göre kayıp derecesidir. Nasıl sürüleceğini bilmeyen bir kişinin araç sürmesi tehlikelidir ve sürüş bir risktir. Sürüş düşüncesinden vazgeçmek tehlikeyi ortadan kaldırır, ancak her zaman risk vardır (Akpınar ve Çakmakkaya, 2014). Kısacası, insanda, çevrede ve mülkte meydana gelebilecek zararın meydana gelme olasılığının ve ciddiyetinin kombinasyonu bir risk olarak tanımlanmaktadır. Risk; belirsizlik, kaza olasılığı ve kayıp olasılığıdır (Çelikçapa, 2015).

Yazıcı'ya (2016) göre "belirsizlik" ve "risk" kavramları sıklıkla birbiriyle karıştırılmaktadır. Risk, belirsizliğin ölçülebilen kısmıdır. Gelecekteki olasılık tahmini, öznel verilerin kullanılması, belirsizlik ve objektif verilerin kullanılması durumunda riskten bahsedildiği anlamına gelir.

1.2.4.2. İş Kazasının Nedenleri

Literatürde çok fazla sayıda iş kazası olduğu için iş kazalarını sınıflandırmak da zordur (Bilir, 2004). Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Türkiye'de ILO doğrultusunda iş kazaları ile aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Makineler
- İnsanın düşmesi
- Nakliye kazaları
- Elektrik şoku
- Zehirli sıcak aşındırıcılar
- Malzemeye vurmak
- Düşen nesneler
- El aletleri (Birgen, Okudan, İnancı ve Okyay, 1999).

İş kazaları ayrıca maddi hasara neden olan veya neden olmayan, fiziksel yaralanmaya neden olan iş kazaları olarak da sınıflandırılabilir. Yaralanmaya neden olan iş kazaları aşağıdaki gibi de sınıflandırılabilir:

- Önemli olmayan çalışan yaralanmaları
- Çalışanda süresiz çalışma veya fiziksel ve zihinsel engellilik yaratanlar
- Geçici ve geçici olmayan engellilikle sonuçlandı.
- Tam sakatlık ve ölüme neden olan iş kazaları.

Cascio'ya (1995) göre iş kazaları; Güvensiz çalışma koşulları yaratan davranışlar ve güvensiz çalışmaya neden olan çalışma ortamı koşul olarak iki faktöre ayrılır. Arızalı ekipman, yetersiz makine koruyucular, koruyucu malzemelerdeki eksiklikler vb. Unsurlar fiziksel koşulları içerir. Radyasyon, aşırı gürültü, toz ve karanlık gibi faktörler güvenli olmayan çevre koşulları gösterir.

İş kazaları için koruyucu önlemleri tanımlamak için, öncelikle iş kazalarına neden olan faktörleri tanımlamak gerekir. İş kazalarına neden olan faktörler, bireysel nedenler ve çevresel nedenler olarak iki ana başlık altında toplanmıştır.

Bireysel özellikler, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş, mesleki deneyim, sağlık durumu, uykusuzluk ve dikkatsizlik gibi demografik özellikleri içerir.

Çevresel özellikler; araçlarda koruyucu sistem arızaları, arızalı iş makineler, çalışma ortamında yetersiz havalandırma ve aydınlatma, çalışma sırasında beklenmedik durumlar, uygun olmayan giysiler vb. fiziksel koşullar gibi faktörler olarak sıralanabilir (Erkal ve Coşkun, 2010). Kazalara neden olan bu faktörler, kazalara karşı önemli tedbirlerin alınmasını sağlamak için ortadan kaldırılmalıdır. Çalışma yaşamının kalitesini gösteren verimliliği arttırmak için iş kazalarına karşı koruyucu yöntemler de uygulanmalıdır. Kazalara karşı koruyucu önlemler alınması, insanların yaşamlarına sağlıklı bir şekilde devam etmelerini sağlar, iş göremezlik durumlarıyla karşılaşmalarını engeller, iş sürekliliği sağlar, üretimde verimliliği artırır.

Türkiye'de iş kazalarının ortaya çıkmasına neden olan faktörleri belirlemek için farklı zamanlarda yapılmış birçok literatür çalışması bulunmaktadır. Bu önemli çalışmalardan biri Haksöz tarafından 1985 yılında yapılan araştırmadır. Haksöz (1985) kazaların büyük çoğunluğunun (yaklaşık% 95) güvenli olmayan davranış ve kişisel koruma ekipmanı kullanmak, geri kalanının ise teknik nedenlerden dolayı meydana geldiğini bulmuştur. Makine Kimya Endüstrisinde (MKE) yürütülmektedir.

Çelikel (1977) ise bireysel faktörlerin, %80'inin ve uygun olmayan üretim cihazlarının ve çevresel koşulların da %80 ile iş kazası olaylarında etkili olduğunu belirlemiştir. Genel araştırma sonuçlarından, kazaların meydana gelmesinde birincil faktör, bireysel faktörler olarak görülmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında, iş kazalarını önleyecek önlemlerin alınabileceği görülmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na göre;

- Muhafızları kullanılamaz hale getirmek
- İş yerinde hatalı alet ve ekipmanlar
- Güvenli olmayan yükleme yöntemi
- Alet ve ekipmanı bakım ve temizliğini önceden yapmamak
- Çalışanların birbirlerine şakaları var

Bireysel koruyucuların kullanılmaması gibi güvensiz davranışlar, iş kazalarına neden olan ilk faktörlerdir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (OSHA) tarafından yapılan araştırmaya göre, iş kazalarının yaklaşık %99'u bireysel hatalardan kaynaklanmaktadır. Güvensiz hareketlerden çalışanlar doğrudan sorumludur (Varlı, Çopur, Avşar ve Şenbaş, 2006).

Fiziksel ve mekanik çevresel koşullar, bireysel faktörler gibi kazaların ortaya çıkmasını tetikler. Fiziksel ve mekanik çevre ortamları iş kazalarında %20'lik bir paya sahiptir. İş kazaları, özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde,

sanayi ve teknolojiadaki yapısal özellikler, farklı madencilik inşaat ve ulaştırma sektörleri, eğitilmiş ve vasıfsız çalışan grupları, teknolojiye uyum sağlayamama, çevre kirliliğini oluşturan üretim yapısı, koruyucu ekipman kullanmama gibi faktörler etkilidir (Camkurt, 2007).

Genel olarak, işveren ve çalışanlara maddi ve manevi zarar veren iş kazalarının ve meslek hastalıklarının nedenleri fiziksel faktörler, bireysel faktörler ve fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler olarak sıralanabilir (Çilengiroğlu, 2006).

Gürültü, yetersiz havalandırma, aşırı sıcaklık ve nem, titreşim ve uygun olmayan aydınlatma gibi faktörler iş kazalarına neden olan faktörler arasındadır (Ercan 2010). Kişisel özelliklerle ilgili tehlikeler; işe hazır olmama, farkındalık eksikliği veya sorumluluk eksikliği, tehlikeli davranma eğilimi, uygunsuz kişisel durumlar, sürekli görüşlü olma, iş ortamında uyumsuzluk gibi faktörler (Yüksel ve Dağdeviren, 2006). Farklı bir algıya sahip olmak, fiziksel yetersizlik, halsizlik ve uykusuzluk, zihinsel düzey, iş tatmini, stres, alkol ve uyuşturucu gibi madde kötüye kullanımı, psikolojik bozukluklar, korku, sinirlilik, kaygı vb. Faktörler psikolojik-fizyolojik ve sosyolojik faktörleri oluşturur (Ünsar, 2003).

Aynı zamanda, iş kazalarına ve meslek hastalıklarına neden olan faktörler; "İşyerlerinde güvensiz durumlar" ve "güvensiz davranışlar" olarak iki ana başlık altında toplayabiliriz (Anadolu Üniversitesi, 2014).

Tehlikeli davranışlar, insanların fiziksel ve ruhsal yapısal özellikleri ile çevresel koşulların uyumuna bağlı olarak ortaya çıkar. Çalışan insanlarda;

Kalıtsal hastalıklar

- Organik zararlar
- Ergonomik yerleşim sistemleri
- Sağlıksız çevre koşulları; güvensiz davranışlarının ortaya çıkmasına neden olan faktörlerdir.

Çalışanların güvensiz davranışlarının ortaya çıkmasını önlemek için görev ve işlevleri ile ilgili eğitim almaları ve yeterli iş deneyimine sahip olmaları sağlanmalıdır. İşçi işiyle ilgili görevlerini zor görürse veya işini benimsemezse ve kişisel yapısına uymazsa, bu güvensiz davranışı nedeniyle iş kazalarının ortaya çıkmasını tetikler (Gök, 2017).

Araştırmalar sonucunda, işle ilgili ekipman ve çalışma ortamı sorunları ve işçilerin bireysel özelliklerinin eksikliği nedeniyle iş kazaları meydana gelmektedir. İş kazalarına neden olan faktörler aşağıda güvensiz davranış ve güvensiz çalışma ortamı olarak sınıflandırılmaktadır (Ünsar, 2003).

Güvenli Olmayan Davranışlar

- Görev sırasında bilinçli olmamak
- Düşünceli ve dikkatsiz olmak.
- Makine koruyucuları kullanmamak
- Çalışırken tehlikeli bir hızda olmak
- Ticari faaliyet dışı kalmak
- Görev sırasında kuralları yok saymak.
- Görevle ilgili olmayan makineleri kullanma
- Yetkisiz makamın dışındaki tehlikeli alanlarda bulunmak
- Kişisel koruyucu kullanmamak
- Sürücü ehliyetine sahip olma ve sürüş sırasında tehdit etme hızı.

Güvenli Olmayan Çalışma Ortamı

- Güvenli olmayan çalışma
- Güvenli ve sağlıklı çevre faktörleri
- Elektrikli cihazların topraklama hattının olmaması
- Görevi ile ilgili olmayan araçların kullanımı
- Basınçlı kaplar, düzgün kontrol edilmemiş kaldırma makineleri
- Aşırı yükleme

- Çıplak çukurlar
- Çalışma alanında belirli bir düzenin olmaması
- Makinelerde ve tezgahlarda koruyucu sistemin olmaması
- İşyerinde yanıcı patlayıcı maddelerin bulunması (Çiçek, 2016).

1.2.4.3. İş Kazasının Sebep Olduğu Kayıplar

İşçiler hem iş kazalarından hem de meslek hastalıklarından doğrudan etkilenmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda çalışanlarda kalıcı ve geçici yaralanmalar gözlenmekte ve işçi ölümleri meydana gelmektedir. Çalışanlar iş kazaları ve meslek hastalıklarından kaynaklanan yaralanmalar nedeniyle çalışma yeteneklerinde kayıplar yaşar ve ekonomik sorunlar yaşarlar. Çalışan sağlığı ve güvenliği uygulamaları çalışanlar ve aileleri iş kazaları ve meslek hastalıklarından finansal ve ahlaki olarak etkilendiğinden çalışanlar için önemlidir.

Çalışan sağlığı ve güvenliği uygulamaları sadece işçiler için değil, aynı zamanda devlet ekonomisi için de önemlidir. Çünkü iş kazaları devletin çalışma kısmında azalmaya, ülkenin gelir ve iş kalitesinde azalmaya yol açar.

İş kazaları ve meslek hastalıkları işverene ekstra maliyet getirir. Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları da işletme için önemlidir. İş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle işveren için katlanılan maliyetler, makine teçhizatı arızaları, tazminat giderleri, hastane giderleri ve sosyal yardım giderleri olarak sıralanabilir (Güler, 2017).

1.2.4.3.(1). Direkt Maliyetler

- İşverenin Sosyal Sigortalar Kurumuna verdiği ödenekler;
- Sigortalıya verilen tazminat ödenekleri
 - Hastane, ilaç, araç, gereç vs. bedelleri
 - Geçici ve kalıcı iş göremezlik ve ölüm.

1.2.4.3.(2). Dolaylı Maliyetler

- İş Gücü Kayıpları
- Kazazedenin çalışma yeteneğini kaybetmesi
- Kazazedeye verilen acil destek
- Kazazedenin iş arkadaşlarının yaşadıkları üzüntü sebebiyle çalışmaması
- İşletmenin kaybedilen işçi nedeniyle yeni bir işçi alması ve eğitmesi
- Kaza nedeniyle devlet yetkilileri ile yapılan yasal işlemler nedeniyle harcanan vakit.

Üretim Maliyetleri: Kaza nedeniyle üretimde aksama makinelerin arızalanması. Kaza yaralanması başladıktan sonra düşük iş verimliliği Devlet memurları tarafından işletmeye uygulanan soruşturma maliyetleri (Koç ve Akbıyık, 2011).

1.2.5. Hastanelerde Görülen Başlıca İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

EU OSHA 2019'a (Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı) göre sağlık sektörü, meslek hastalıkları için risk oluşturan çalışma alanları arasında ilk sırada yer almaktadır. Çünkü meslek hastalıkları çoğunlukla sağlık uzmanlarında görülür (The-EU OSHA, 2019). NIOSH sağlık sektöründeki çalışanların karşılaşılabileceği riskler;

- a) biyolojik faktörler,
- b) kas-iskelet sistemi hastalıkları,
- c) psikososyal hastalıklar
- d) kimyasal faktörler (Emiroğlu, 2012).

Sağlık çalışanlarına sağlık hizmeti sunarken, çalışma koşullarından kaynaklanan riskler nedeniyle iş kazaları ile karşılaşma olasılığı yüksektir. Başka bir deyişle, sağlık uzmanları, sundukları riskli ve tehlikeli sağlık hizmetleri nedeniyle

daha fazla iş kazası geçirmektedir. Bir iş kazası nedeniyle, sağlık çalışanları fiziksel ve zihinsel bozulma, sakatlık ve buna bağlı olarak daha düşük gelir yaşarlar. Bu durum insani, sosyal, psikolojik ve ekonomik açılardan sağlık çalışanlarını etkilemektedir (Uğraş, Dikmen, Uslu, Medeni ve Ayçan, 2014). Sağlık profesyonellerinin hastanedeki çalışma koşulları nedeniyle sağlığını olumsuz etkileyen tehlikeli ve riskli faktörler; Biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olarak sınıflandırılmaktadır (Özkan, 2005). NIOSH tarafından yapılan araştırma sonucunda sağlık kurumlarında 25 farklı kimyasal, 24 farklı biyolojik, 24 farklı ergonomi, 29 farklı fiziksel ve 10 farklı psikososyal tehlike ve risk tespit edilmiştir (NIOSH, 2005). Hastanede tespit edilen bu tehlikeler ve risklerle ilgili değişikliklerin yanı sıra, sağlık profesyonellerinin meslek hastalıklarında ve kazalarında, sakatlıklarında ve yetersizliklerinde araştırma ve bilimsel çalışmaların sonuçlarına göre bir artış vardır (Özkan ve Emiroğlu, 2006).

Sağlık çalışanının karşılaşılabileceği mesleki riskler, çalıştığı bölüme göre değişiklik gösterir. Teknik personel ve mutfak ve çamaşırhane ekibi çoğunlukla fiziksel risklerle (ısı, elektrik, gürültü vb.) Karşı karşıya kalırken, deterjan teması nedeniyle tahriş, güvenli bir şekilde atılmayan iğneler nedeniyle yaralanmalar, yaralanmalar ve kırılmalar gibi kas-iskelet sistemi bozuklukları (Saygun, 2012).

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılabilir. Bunlar;

1.2.5.1. Biyolojik Tehlikeler

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında karşılaştıkları en yaygın etken biyolojik tehlikedir. DSÖ'nün 2002 yılında yayınlanan dünya sağlık raporuna göre, 35 milyon sağlık çalışanından 2 milyonu bulaşıcı hastalıklara neden olan delici yaralanmalara maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının% 37,6'sı kesme delici yaralanmalara bağlı olarak Hepatit B,% 39 Hepatit C ve % 4,4 HIV / AIDS'dir (WHO, 2019). ABD'deki sağlık çalışanlarının yıllık ortalama 600 yaralı perforasyon yaralanması vardır. Resmi olarak kaydedilen bu sayıların, surveyans sistemlerindeki

eksiklikler ve yaralanmaların raporlanmasındaki eksiklikler nedeniyle gerçek sayıdan daha düşük olduğu tahmin edilmektedir. Hepatit B ile enfekte olan sağlık çalışanlarının% 37'sinin bu enfeksiyonu cihaz yaralanması veya riskli materyalle temastan sonra elde ettiği belirlenmiştir. Biyolojik faktörlerle karşılaşmak sağlık kurumlarında en sık bildirilen ve gerekli görülen iş kazalarından biridir (Kurt, Üçüş Harmanoğulları, Ekinci ve Ersöz, 2015). Sağlık personeli tarafından sağlanan sağlık hizmetleri nedeniyle hastanede enfeksiyon ajanı ile yüksek temas riski vardır ve bu temas ciddi bulaşıcı hastalıkların oluşumunu tetikler. Hastane tarafından sağlanan hizmetin özelliklerine bağlı olarak, tüm sağlık personeli, kan ve vücut sıvıları olan hastaların teması nedeniyle kan yoluyla bulaşan hastalıklar için risk altındadır (Doğan ve ark., 2009).

1.2.5.2. Kimyasal Tehlikeler

Hastanelerde kullanılan kimyasalların faydaları olmasına rağmen, önerildiği gibi kullanılmadığında insan ve çevre sağlığını olumsuz etkileyen bir risk faktörüdür. Kimyasalların vücut üzerindeki etkisi, maddenin yoğunluğuna, doğasına, maruz kalma süresine ve yoluna bağlı olarak değişir. Kimyasallar etkilerini vücutta akut veya kronik olarak uygulayabilir. Vücuttaki kimyasalların etkinliği, işyerinde diğer fiziksel ve kimyasal maddelerin varlığına ve çalışanların sağlık özelliklerine ve personelde sigara veya madde bağımlılığına bağlı olarak değişir. Kimyasalların mağduriyetine bağlı olarak; egzama, dermatozlar vb. cilt tahrişleri, solunum sistemi ve göz tahrişleri, alerjik reaksiyonlar, potansiyel mutajenik kanserojen ve toksik etkiler, cinsel enfeksiyonlar, sürekli uyuşukluk, baş ağrısı, bulanık görme ve teratojenik etkiler hamile kadınların hamileliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Erkan, 2014). Solunum, cilt ve oral temas gibi başka bir kimyasal gluteraldehite maruz kalmak alerjik egzamaya ve merkezi sinir sistemi sorunlarına neden olabilir. Başka bir kimyasal, formaldehit oluşturan kansere neden olur (Dağlı ve Güner, 2007).

Sağlık sektöründe kanserojen, teratojenik ve mutajenik özelliklere sahip antineoplastik ilaçlara mesleki maruziyet kimyasal risk faktörleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Antineoplastik ilaç tedavisi uygulamalarının yapıldığı ünitelerde maruziyet derecesinin incelendiği çalışmada, antineoplastik ilaç hazırlayan ve uygulayan hemşirelerin yaklaşık yarısında Antineoplastik Temas İndeksi sonuçları incelendiğinde orta derecede maruz kaldığı belirtilmiştir. İdrar analizi testlerinde kontaminasyon bulunabilir. Antineoplastik tedavinin uygulandığı hizmetlerde şikayetler çoğunlukla çalışanlar tarafından dile getirilir. Bu şikayetler genellikle baş ağrısı, saç dökülmesi ve halsizliktir. Kan testlerinde, katılımcıların yaklaşık% 50'sinde ve %25'inde yüksek monosit ve düşük hemoglobin değerleri belirlenmiştir. Hemşirelerin sadece yarısının antineoplastiklerin hazırlanması sırasında laminar dikey akış dolapları kullandığı ve sadece %38.2' sinin eldiven, önlük ve gözlük/cerrahi maske gibi koruyucu ekipmanlara sahip olduğu ve hemşirelerinin sadece yarısının hizmet içi eğitim aldığı belirtildi (Türk ve ark., 2006).

1.2.5.3. Ergonomik Tehlikeler

İş ve yaşam koşullarının kişiye göre ayarlanmasını sağlayan tüm çalışmalar ergonomi olarak açıklanmaktadır. Vücuttaki parçaların bağları ve eklemleri duruş olarak tanımlanır (Alp, Bozkurt ve Başçıftçı, 2012). Uluslararası Ergonomik Derneğine Göre Ergonomi; bir mekanizmada bireyler ve diğer faktörler arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan bilimsel bir disiplin ve tüm sistem performansını ve yaşam standardını bir sisteme getirmek için teori, prensipler, veriler ve tasarım yöntemlerini kullanan bir çalışma alanı olarak tanımlanır (Koç ve Testik, 2016). Ergonomi, hastane ortamında iş sağlığı açısından ihmal edilen veya eksikliklerinin giderilmesinde vurgulanmayan bir unsurdur (Şahin, 2014). Uygunsuz fiziksel duruş, aynı pozisyonda kalmak, tekrarlayan hareketler, ağır yükler ve titreşim taşımak sağlık çalışanına fiziksel ve zihinsel zarar veren başlıca ergonomik risk faktörleri

arasındadır. Sağlık profesyonelleri, ergonomik risk faktörleri nedeniyle daha fazla kas-iskelet problemi yaşarlar. (Erkan, 2014).

Ergonomik tehlikeler ve NIOSH hastanelerinde meydana gelen riskler 6' ya ayrılır. Bunlar;

1. Uygunsuz bir pozisyonda çalışmak
2. Uygunsuz bir pozisyonda oturmak
3. Gün boyunca ayakta durmak
4. Hasta nakli
5. Yüksek ağırlık malzeme taşıma
6. Hasta transferleri sırasında ortaya çıkabilecek diğer riskler olarak sınıflandırılır.

Bu riskler sağlık uzmanlarında kas-iskelet sistemi bozukluklarının oluşumunu tetikleyen ergonomik unsurlardır. Mesleki kaslar, tendonlar, eklemler ve sinirlerin ağırlı sorunları majör kas-iskelet sistemi hastalıkları olarak sınıflandırılabilir. Hareket kısıtlaması ve özürlülük gibi mesleki faaliyetler sırasında fiziksel ve psikososyal riskler nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar genellikle çalışanların karşılaştığı sağlık sorunlarıdır (Güler, Yıldız, Önler ve Gülcivan, 2015). Vücut mekaniği, bireyin duruşunu, oturma, yatma pozisyonunu, hareketini ve günlük ihtiyaçlarını karşılarken vücudun kas-iskelet sistemi ve sinir sistemi ile çalışmayı içerir. Bu sistemlerin herhangi birinde meydana gelen hasar veya rahatsızlıklar vücudun işlev ve işlevlerini kısıtlayabilir (Türktemiz, 2016).

1.2.5.4. Fiziksel Tehlikeler

Yüksek veya düşük sıcaklık, gürültü, basınç, titreşim ve iyonize veya iyonize olmayan basınç gibi faktörler sağlık çalışanları için risk oluşturabilecek fiziksel risk faktörleri arasındadır (Aras ve Uşkun, 2015). Sağlık sektöründe, tespit edilen en büyük sağlık riski en çok tespit edilenidir ve etkileri doğrudan gözlemlenip

izlenebilmektedir. Kanseri hastalıkları ölümcül, orta dozda yanıklar, katarakt, infertilite, genetik ve konjenital (konjenital) malformasyonlar ve yıllarca madencilikten kaynaklanabilir (Emiroğlu, 2012).

1.2.5.5. Psikososyal Tehlikeler

Günümüzde din, dil, ırk, cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyadaki bireyleri etkileyen şiddet günlük yaşamın bir parçası olarak görülmektedir ve tüm sektörler için sağlık sorunlarına neden olan ciddi bir faktördür. Şiddet, sağlık sektörünün hizmet verdiği bireylerle doğrudan temas gerekliliği nedeniyle diğer mesleklerin karşılaştığı en riskli faktörlerden biridir. Araştırmalar sonucunda doktorların ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun sözlü şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Sağlık sektöründeki hızla değişen hizmetler ve yasal uygulamalar nedeniyle şiddetin önlenmesinde ve personelin güvenliğinin sağlanmasında boşluklar gözlenmektedir. Tedavi ve bakım için uzun bekleme süresi, zihinsel gerilik ve davranış bozuklukları olan hastalar, hasta ve akrabalarının yüksek beklentileri, hastane kurallarına uyulmaması, düşük eğitim seviyesi, gürültülü ortamlar, sağlık çalışanlarında yoğun çalışma süresi, iletişim sorunları, çalışan personel yorgunluk, tetikleyici medya haberleri, polis ve güvenlik destek eksiklikleri, güvenliğin sağlanmasındaki yasal eksiklikler, vb. Faktörler hem sağlık uzmanlarının hem de ana hastanedeki hastaların karşılaştığı risk faktörleri arasındadır (Bickici, 2015). Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddete ek olarak, işyerinde psikolojik şiddette (mobbing) önemli bir durumdur (Palaz, Özkan, Sarı, Göze, Şahin ve Akkurt, 2008).

İşgücünün yaşlanması: Amerika'nın gelişimi, yaşlanan işgücünün İngiltere gibi gelişmiş ülke ekonomilerini Türkiye'ye tehdit ettiğini söyledi. Yaşlı çalışanlar ağır iş stresi altındadır, çünkü kendilerine verilen birçok zihinsel ve duygusal görevi yerine getirmekte zorluk çekerler.

İş yoğunluğu: Gelişen teknoloji ile, mevcut bilgilere yeni bilgilerin eklenmesinin neden olduğu iş yükü ve iş alanlarındaki azalma her geçen gün azalan

çalışanlar arasında paylaşılmaktadır. Bu durumda, artan iş yükü ve iş baskısı nedeniyle çalışanları yoğun stres altına sokar. Çalışanlar, karşılaştıkları sorunların üstesinden gelmek için aldıkları sosyal destek nedeniyle stresli hissederler, çünkü beklenen üretkenlik ve işlerinin sonuçlarından daha fazla baskı altındadırlar, bu nedenle fazla mesai saatleri genellikle hak ettikleri ücretleri alamamaktadır.

İşin duygusal yönü ağırdır: Çalışanlar görevlerini kaybetme tehlikesi nedeniyle görev sırasında karşılaştıkları zorlukları ifade etmemektedir. Bu durumda işçileri yoğun stres altına sokar. İşyerinde yıldırma da bu grupta yer almaktadır. Mobbing yeni bir sorun olmasa da, gün geçtikçe büyüyen ve rekabeti artıran sağlık ve hizmet sektörleri için artan bir risk olarak görülmektedir. Türkiye'de sağlık sektöründe yapılan çalışmalarda bir çeşit duygusal emeğin tükenmesinin artırılması hedeflenmektedir.

İş ve iş dışı yaşam dengesi: Üretim sektöründen hizmet ve perakende sektörüne geçiş ve ülkemizdeki yasalar, çalışanlar ve iş dışındaki yaşamları ile sıkça karşılaşılan 12 saatlik vardiya programı. Özellikle, çalışanın çalışma saatlerini ihtiyaçlarına göre ayarlama imkanı, çalışanın yaşam ve sağlık dengesinin bozulmasına neden olur (Vatansever, 2014).

1.2.6. İş Sağlığı İle İlgili Kuruluşlar

Sağlık Bakanlığı: Çalışma Bakanlığı'nın kuruluşuna kadar, işçilerin sağlık sorunları ile Sağlık Bakanlığı ilgilenmekte idi. Sağlık Bakanlığı, çalışma hayatı ile ilgili alanlarda uzman hekimlerin yetiştirilmesinden ve bu alandaki personelin pozisyonlarının duyurulmasından sorumludur. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları ile ilgili Tababet Uzman Yönetmeliği ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. Bu kusurları çözmek için, bu uzmanlık alanları en aza indirilmeli ve uzmanlık alanları şeklinde duyurular yapılmalı ve bu yönde düzenlemeler yapılmalıdır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı: Bakanlık 7 Haziran 1945'te kurulmuştur. Birincisi, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Teftiş Kurulu (1950) ve İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (İŞGÜM-1969) faaliyet göstermektedir.

Genel Müdürlüğün çatısı altında. 1955 yılında Yakınlık ve Orta Doğu Çalışma Eğitim Merkezi (YODÇEM) bakanlıktan bağımsız olarak kurulmuş ve 1960 yılında Çalışma Bakanlığı'na bağlanmıştır. Adı iş kanununa paralel olarak "Çalışma ve Sosyal Güvenlik" olarak belirlenmiştir. 4857. 2003 yılında yoğun bir şekilde iş sağlığı ve güvenliği ve iş mevzuatı eğitimi planlayan Eğitim ve Araştırma Merkezi ile İş ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM) merkezi kurulmuştur. Buna bağlı olarak ajansa yeni pozisyonlar ve ek görevler eklenmiştir. eklendi.

Meslek Hastalıkları Hastanesi: Meslek hastalıkları hastanesi ilk olarak 1949 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu çatısı altında teşhis ve tedavi hizmeti vermek üzere İstanbul Nişantaşı'nda kurulmuştur. Ancak şimdiye kadar "Tıbbi Direktiflerde Uzmanlık" ve meslek hastalıklarında yeterli uzmanlık eksikliği nedeniyle meslek hastalıklarının devam etmesi, Türkiye'de hastane ile ilgili beklenen gelişmeleri göstermemiştir.

1978 yılında hem Ankara hem de İstanbul'da bir meslek hastalıkları hastanesi kuruldu. Tedaviye ek olarak, hastanelerin koruyucu sağlık hizmetleri, seyyar sağlık hizmetleri ve meslek hastalıkları, sigorta kararları (özürlülük düzeyini hesaplama, sigorta süreçlerinde nitelendirme), sigorta ile ilgili konularda eğitim ve icra gibi görevleri ve sorumlulukları vardır (SBAMHH, 2019).

Meslek hastalıkları ve SSK hastaneleri 19.02.2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na dahil edilerek, hastalık belirleme yetkisine sahip hastane sayısını artırarak ülke genelinde meslek hastalıklarının tanısında beklenen artışa katkıda bulunmak amaçlanmaktadır (Ilıman, 2015).

İşçi ve İşveren Sendikaları: Doğrudan çalışma hayatı ile ilgili taraflar, işçiler ve işverenler sendikalar olarak örgütlenmiştir. Türkiye Devrimci Sendikalar Konfederasyonu (DİSK) 1967'de kurulmuştur. 1949' da Haklar Sendikaları Konfederasyonu (HAK-İŞ) sendikaları kurulmuştur. Türkiye bugün işverenler konfederasyonu (TİSK) çatısı altında örgütlenmiştir.

Sosyal Sigortalar Kurumu: İlk kez 1945 yılında İşletme Sigortası İdaresi olarak açılmıştır. Kurumun adı 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilmiştir. 4 Ekim 2000 tarihinde, SSK yasasında değişiklikler yapıldı. Bu kanuna göre Sosyal Güvenlik Genel Müdürlüğü, biri Sosyal Güvenlik Genel Müdürlüğü ve diğeri Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü olmak üzere iki genel müdürlük kurulmuştur (29 Temmuz 2003 tarihli ve 4958 sayılı Kanun).

Profesyonel Odalar: Profesyonel odalar iş hayatında önemli bir yere sahiptir. Başlıca önemli meslek odaları arasında Türk Tabipleri Birliği (TBP), Mimarlar ve Mühendisler Odası Birliği (MMOB), Türk Veterinerler ve Türk Eczacılar Odası vb. gösteriliyor. Türk Tabipleri Birliği ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı işyeri hekimliği konusunda önemli görev ve yetkilere sahip meslek odaları arasında yer almaktadır (Öztürk ve Günay, 2010).

Uluslararası Organizasyonlar: İş yaşamında uluslararası işbirliğini sağlamak ve bu alanlarda işbirliğini desteklemek amacıyla uluslararası kuruluşlar oluşturulmuştur. Bu amaçla kurulan ilk örgüt Uluslararası Çalışma Örgütü'dür. 1919 yılında kurulan bu örgütün en büyük amacı; işçi-işveren ve hükümet sektörü temsilcilerinden oluşan üçlü bir yapı oluşturulması. Türkiye, 9 Temmuz 1932'de ILO'ya katılan ülkeler arasında yer aldı.

Çalışma hayatıyla ilgili olarak faaliyet gösteren bir diğer uluslararası kuruluş Dünya Sağlık Örgütüdür (WHO). Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde bir iş sağlığı birimi bulunmaktadır. Ayrıca, DSÖ'nün önemli gördüğü bazı konularda uzmanlar tarafından hazırlanan kitaplar ve teknik raporlar yayınlanmaktadır.

Avrupa Birliği kurulduktan sonra, üye ülkelerle ortak bir çalışma hayatı oluşturmak için ortak çaba sarf edilmiştir. Avrupa Birliği tarafından hazırlanan mevzuat "Yönerge" olarak adlandırılmaktadır. Son yıllarda, yeni İş Kanunu uyarınca yapılan düzenlemelerde Avrupa Birliği tarafından hazırlanan direktifler dikkate alınmakta ve buna paralel olarak düzenlemeler yapılmaktadır. (Güler ve Akın, 2015).

1.2.6.1. Kültür ve Güvenlik

Kültür, ne anlama geldiğini tam olarak bilmediğimiz, kapsamlı araştırma yapmadığımız, ancak duyduğumuz ve kullandığımız bir kavramdır. Literatürde yüzlerce kültürel tanım vardır. Bunlar arasında Kroeber ve Kluckhohn (1952) tarafından yapılan tanım en sık kullanılanlardan biridir. Kroeber ve Kluckhohn'a göre kültür, "insan gruplarının eşsiz yapılarını ortaya koyan, ifade edilen ve üretilen sembollerle ifade edilen düşünce, duygu ve davranış biçimleridir". Kültür temel olarak (tarihsel süreçte yaratılan ve seçilen) geleneksel düşüncelerden ve özellikle bunlara atfedilen değerlerden oluşur. Kültürel sistemler hem davranışın ürünüdür, hem de gelecekteki davranışların öncüsüdür (Özkan ve Lajunen, 2003). Bir kültürü oluşturan algı ve normlardır. Kültürü tam olarak anlamak zordur, ancak bireysel normlar incelenebilir ve anlaşılabilir. Bir sosyal norm sözlü olmayan bir davranış olarak ifade edilebilir, bu da takip edilmezse deliliğe yol açabilir. Bir organizasyonda, yöneticilerin kravat takması bir kural olabilir. Bu organizasyonda, kravat takmadan bir toplantıya gelen bir yönetici alay edilebilir veya azarlanabilir. Sürekli bir kravat takmazsa, profesyonel olmayan, şirket imajını yansıtmayan hatta pozisyonlarını kaybetmeyen ciddi yaptırımlarla karşılaşabilir (Ostrom, Wilhelmsen ve Kaplan, 1993).

Öte yandan güvenlik, kamusal yaşamda herhangi bir kesinti olmaksızın yasal düzenin sağlanması, bireylerin günlük yaşamından korkmamaları ve güvenliğin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik, herkesin günlük dilde sıkça kullandığı bir kavramdır. Maslow'un insan ihtiyaçlarını gösteren piramidinde, güvenlik ihtiyacı, yaşam ihtiyacından hemen sonra gelir. Kişi temel yaşam gereksinimlerini karşıladıktan sonra, geleceği kendi hayatı için güvenli olmak ister. Güvenlik kavramı genellikle 'güvende olma hissi' olarak ifade edilebilir (Aytaç, 2011).

1.2.6.2. Örgüt Kültürü

Örgüt kültürünü yalnızca bir görüş veya tanımla tanımlamak zordur.

Yönetim, iletişim, psikoloji, sosyoloji ve antropoloji vb. Araştırmalarında birçok farklı alanda bilim insanlarının kullanılması nedeniyle örgüt kültürünün farklı tanımları ve ifadeleri ile karşılaşılmuştur. Örneğin; Schein (1985), örgütün dış mekana ve iç birleşmeye adaptasyonu sırasında örgüt kültürünü organize eden ve geliştiren ve onu algı, düşünme ve hissetme şeklinde yeni bireylere taşıyan temel varsayım modeli olarak tanımlanmaktadır. Morgan (1998) aynı zamanda örgüt kültürünü destekleyen, bireylerin yaşadığı dünyayı yaratan ve yeniden yaratan aktif ve mevcut bir olgu olarak ifade edilmektedir (Durgun, 2006).

Örgüt kültürü, zaman içinde örgütteki insanların yarattığı tüm gelenekler, iç görü ve normlar olarak tanımlanır. Yani; örgütsel kültür, örgütün yaşam döngüsü boyunca ortaya çıkan ve çalışanların durumlarını ve hareketlerini şekillendiren normların, davranışların, değerlerin, inançların ve alışkanlıkların sırasındır. Bu düzen kuruluşlara bir kimlik verir ve kuruluşların aktif ve verimli bir şekilde çalışmalarını ve amaç ve hedeflerini gerçekleştirmelerini destekler (Şahin, 2010).

1.2.6.3. Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü, 1986 yılında Çernobil'de meydana gelen nükleer kaza felaketinden sonra Uluslararası Atom Enerjisi Ajansı (IAEA) tarafından 1987'de hazırlanan raporda bahsedilen ilk dönemdi. IAEA tarafından hazırlanan rapora göre Çernobil'deki kaza, güvenlik eksikliğinden kaynaklandığı bildirilmiştir.

IAEA güvenlik kültürü, örgütün sağlık ve güvenlik faaliyetlerinin yeterliliğine, biçimine ve sürekliliğine karar veren kişi ve grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranışları üzerine bir çalışma olarak tanımlanmıştır (Özkan ve Lajunen, 2003).

Çernobil nükleer reaktör kazası, King Cross yangını, Piper Alpha patlaması ve Clapham Junction'daki tren kazası gibi büyük kazaların nedeni olarak oluşturulan raporlara göre, güvenlik kültürünün eksikliği tespit edildi.

Güvenlik kültürü kavramı birçok kaynakta farklı şekillerde tanımlanmaktadır ve bu tanımlardan bazıları şöyledir. Uttal (1983) tarafından,

davranış normlarını ve ağın yapısını oluşturan kontrol sistemleri ile iletişim kuran paylaşılan değerler ve inançlar şeklinde ifade edilmiştir. Turner (1991) tarafından oluşturulan tanıma göre, örgütteki işçilerin karşılaştığı tehlikeleri en aza indirmeye yönelik deneyimler, normlar, inançlar, roller ve tutumlar olarak ifade edilmektedir. Reason and Hobbs (2003) ise sosyal bilimler literatüründe güvenlik kültürünü iki aşamada açıklamıştır. Yazarlara göre ilk adım, şirketteki işçilerin güvenlik alanındaki inançlar, tutumlar ve genellikle tanımlanamayan değerlerdir. Ortak adım, işçiler için daha güvenli bir çalışma ortamı yaratmak için şirkette uygulanan politikaların varlığından bahseden bir kavramdır.

Ortaya çıkan güvenlik kültürü, içinde yaşadığımız toplumun kültüründen ve organizasyonun kültüründen etkilenir. Çalışanların işyerindeki riskler ve tehlikeler hakkındaki farkındalıkları ve bunlara gösterdikleri sürekli dikkat, bir güvenlik kültürü yaratmanın amaçları arasındadır (Atan, Cam, Çelik, Yazar Arslan ve Boz Eravcı, 2017).

1.2.6.4. Güvenlik Kültürünün Özellikleri

Güvenlik, bireysel davranıştaki değişime müdahale ederek sağlanır. Güvenlik kültürü, eğitim ve geliştirme gibi insan kaynaklı özelliklere ek olarak; tutum, davranış, norm ve değerler ile kişisel sorumluluktan kaynaklanır. İnsan unsurları ise yukarıdan aşağıya bir güvenlik görünümü için ortak bir alan sağlar.

Pozitif örgüt kültürünün örgütsel özellikleri alanındaki çeşitli araştırmalarda aşağıdaki bulgular yapılmıştır;

- Yönetimdekilerin sadakat, liderlik ve güvenlik tutumu
- Şirketteki herkes birbiriyle samimi ve doğru bir şekilde iletişim kurar
- Etkili tehlike kontrolü ve hijyenik ortam
- Eğitimli istikrarlı çalışan gücü
- Çalışanların kişisel özelliklerine ve güvenlik eğitimlerine göre uyum aşamasında istihdam edilmesi

- Güvenliğin önemini sürekli olarak uygulayan bir güvenlik planı (geri kalanını rapor etmeyi içerir) (Tümer, 2011).

Çalışmanın sonuçlarına göre, politikaların olumlu bir iş güvenliği kültürü, çalışan güvenliği uygulamaları ve planlamasında güçlü iletişim, çalışanların iş güvenliği uygulamaları ve planlamasına (diğerleri dahil) katılımının sağlanması olduğu söylenebilir.

1980'lerin sonunda İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre, güvenlik kültürünün temel özellikleri şu şekilde sıralanmıştır (Cooper, Dominic ve Behavioral, 2009);

Güvenlik kültürü oluşturma sürecinin yıllarca çaba ve dikkat gerektiren bir strateji olduğunu kabul edin.

- Yeterli bir şekilde uygulanan disiplin kuralları ve belirli güvenlik biçimleriyle desteklenen resmi bir sağlık ve güvenlik politikasının desteklenmesi.
- Sağlık ve güvenliği diğer iş hedefleriyle eşit tutmak
- Tüm iş kazalarını ve olaylarını daha önce incelemek
- Geri dönüşüm emniyet mekanizmalarını düzenli olarak izlemek.

Pidgeon (1991), pozitif güvenlik kültürünü şekillendiren üç temel faktörden bahsetmiştir. Bunlar; "Tehlikeleri yönetmeye ilişkin kurallar ve kurallar", "güvenlik tutumları" ve "güvenlik uygulamalarına yansımaları". Bu üç ana faktöre göre; bir işletmedeki güvenliğin yürütücü özellikleri olan örtük veya örtük normlar ve kurallar, güvenlik kültürünün temel faktörleridir. Davranış açısından incelendiğinde, çalışmayı yönlendiren normlar ve kurallar, şirket içinde çalışanların daha fazla risk olan ve ortadan kaldırılacak önleyici faktörler olan tutum ve eylemlerini ifade ederek belirlenir. Güvenlik tutumları, tehlikeler, güvenliğin önemi ve belirli bir inanç hakkında bireysel ve kolektif inançlarda hareket etme motivasyonu olarak

tanımlanmaktadır. Mevcut güvenlik tutum ve inançlarına doğru olarak gösterilmemesine rağmen, bir öğrenme aşaması olarak ifade edilmektedir (Demirbilek, 2005).

T. Lee (1998) ayrıca, nükleer santrallerdeki araştırmalarında düşük riskli şirketler ile güvenlik kültürü özellikleri (pozitif güvenlik tutumları) arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Çalışmalarında güvensiz davranış ve kazaları etkileyen faktörleri araştırırken, D. Hofmann ve A. Stetzer (1996), emniyet iklimi ile takım düzeyinde güvensiz hareketler ve kazalar arasında güçlü bir ilişkinin varlığına dikkat çekmişlerdir. Diğer bir deyişle, çalışan güvenliği sistemlerinde veya çalışan güvenliği kültürünün oluşumunda tutum ve davranışların değeri ön planda olmakla birlikte, önleyici bir yaklaşım olarak güvenlik özelliklerini içeren eylemler işçi güvenliğinin ön planındadır (Tümer, 2011) .

1.2.6.5. Güvenlik İklimi

Güvenlik iklimi kavramını tanıtan ilk araştırmacı Zohar'dır. Zohar'a (1980) göre güvenlik iklimi, örgütün güvenlik alanında çalıştığı ortamlar hakkında bilgi sahibi olmaktır. Güvenlik iklimi hem işyeri kazalarını ve yaralanmalarını hem de çalışanların risk ve güvenlik hakkındaki algılarını, tutumlarını ve inançlarını temsil eder. Başka bir deyişle, güvenlik iklimi, güvenlik alanındaki çalışanların inanç ve davranışlarını temsil eden güvenlik etiğinin yansımasıdır. Kısacası, güvenli bir çalışma ortamı sağlayan kurallardır. Örgütsel iklimin bir alt boyutu olarak ifade edilen emniyet iklimi, çalışma yöntemleri, çalışma tarzı, çalışan eğitimi ve işyeri temizliği gibi alanlarla da ilgilidir. Güvenlik iklimi için alınan önlemler, bir kurumun güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeyinin bir göstergesidir. Özünde, güvenlik iklimi bir işyerinde sahip olunan bir güvenlik kültürü yaratılarak elde edilebilir (Karadal ve Merdan, 2017).

Kaynaklarda güvenlik iklimi ile ilgili birçok tanım ve genel kabul görmüş tanım vardır. Bu konudaki çalışmaların sayısının artmasına paralel olarak,

tanımların sayısı da artmıştır. Dedobbeleer ve Beland (1991) güvenlik iklimini iki kilit faktörle ilişkilendirmiştir. Her şeyden önce, güvenlik yöneticilerinin sadakati ve ikincisi, çalışanların güvenlikle ilgili süreçlere ve eylemlere dahil edilmesidir. Griffin ve Neal (2001) yaptıkları çalışmada güvenlik ortamının iki ana kapsamı olduğunu belirtmişlerdir. Bu algılardan ilki, iş ortamındaki güvenlikle ilgili politikaların, düzenlemelerin ve ödüllerin algılanması, ikincisi ise çalışanların iş ortamında sahip oldukları güvenliğe verdiği algı düzeyinin değeridir. Tüzüner ve Özarslan'a (2011) göre emniyet iklimi terimi, çalışanların örgütsel emniyet performansına inandıkları algı derecesini ve olası sistem kusurlarının erken değerlendirilmesinin önemini ifade etmektedir. Wiegman'daki güvenlik iklimi bölümündeki kavramların açıklamalarına bakıldığında (2002) ve ark. Güvenlik ikliminin genellikle belirli bir zamanda algılanan güvenlik olarak tanımlandığını ve algılara odaklandığı için psikolojik bir olgu olduğunu ve çevresel ve durum koşullarına bağlı olarak farklı anlarda farklılık gösterebilecek farklılıklara dikkat edildiğini belirtmişlerdir (Türen, Gökmen, Tokmak ve Pekmezci, 2014).

1.2.6.6. İş Sağlığı ve Güvenliği Algısını Etkileyen Faktörler

Bir çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliği algısını etkileyen birçok farklı faktör vardır. Bu elemanlar farklı boyutlarda gruplandırılmıştır.

Güvenlik iklimi üzerine ilk araştırma Zohar'ın çalışmasıdır. Zohar'a (1980) göre şirkette güvenliği sağlama uygulamalarının başarısındaki ana faktör yönetimin taahhüdüdür. Güvenlik iklimini oluşturan boyutlar incelendiğinde, hangi boyutlardan oluştuğu konusunda bir fikir birliği olmadığı anlaşılmaktadır.

1980'de İsrail'de yapılan çalışma sonucunda Zohar, güvenlik iklimi ile ilgili ilk ölçümü yaptı ve faktör analizi sonucunda aşağıdaki boyutlara ulaştı. Bunlar;

- Güvenliği sağlamak için eğitim faaliyetlerinin önemi
- Yöneticilerin güvenlik davranışları
- Güvenli tutum ve hareketleri desteklemek

- İşyerindeki risk derecesi
- Güvenliğin sağlanmasına hızlı çalışmanın katkısı
- Güvenlik temsilcilerinin varlığı
- Güvenlik sağlayıcılarının tutumu.

Özaslan'daki çalışmada, iş sağlığı ve güvenliği algısını etkileyen Güvenlik İklim Ölçeği 7 boyutta tartışıldı. Bunlar;

Güvenlik iletişimi: Çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili iletişim düzeyini belirlemekle ilgilidir. Bu ifadelerden oluşur, çünkü çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliği hakkında etkili bir iletişim vardır.

Emniyet yönetimi: İş ortamında iş sağlığı ve güvenliği alanında sürekli bir iyileştirme süreci vardır, işletmelerde iş sağlığı ve güvenliği alanındaki eğitimler yeterli değildir, yönetim iş kazalarını önlemek mümkündür. Genel olarak, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sisteminin oluşturulması için gerekli olan faktörler vardır.

Bireysel sorumluluk: Bireylerin hem kendileri hem de diğer çalışanları için sağlık ve güvenliklerine yönelik hissettikleri sorumluluk derecesi belirlenir.

Güvenlik standartları ve hedefleri: İş sağlığı ve güvenliği için önemli bir faktör olan güvenlik standartlarını ve hedeflerini, çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliği alanında başarı standartları olduğu gibi ifadelerden oluşan açıklayınız. Çalışanların sağlık ve güvenliklerini sağlamak için uymaları gereken kuralları korur.

Kişisel Miras: Çalışanların güvenlik prosedürlerine uyma davranışları ile güvenlikle ilgili çalışma koşullarının iyileştirilmesine katılım düzeyini belirler.

Yönetimin taahhüdü: Yönetim, iş sağlığı ve güvenliği hakkında olumlu bir algı yaratmada önemli bir faktördür. Üst yönetim sağlık ve güvenlik önlemleri alma konusundaki sorumluluklarını belirtir.

Kadercilik: Çalışanların iş kazalarına ilişkin kaderci inançlarının büyüklüğü ile ilgilidir. Ne yaparsam yapayım, kazaların olmasını önleyemem (Atan ve ark., 2017) gibi ifadelerden oluşmaktadır.

1.2.6.7. Güvenlik Kültürü Modelleri

Güvenlik kültürü ile ilgili tanımlara ve hangi boyutlardan oluştuğuna ilişkin belirsizliğe bağlı olarak geliştirilen modellerde de aynı durumla karşılaşmaktadır. Güvenlik kültürü alanında araştırmacılar tarafından birçok model geliştirilmiştir. Bununla birlikte, hangi modellerin daha açıklayıcı ve etkili olduğu konusunda bir fikir birliği yoktur. Bu nedenle literatürde genel kabul görmüş modeller ele alınmaktadır.





2. KONU İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR**2.1. Konu ile İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar**

Çopur, vd. (2002) tarafından Ankara'da bir eğitim kurumunda çalışan 105 personelin İSG konusunda bilgi ve davranışlarının incelendiği araştırmada; personelin tamamının konuyla ilgili olarak düzenli hizmet içi eğitim aldığı fakat personelin yarıdan fazlasının iş sağlığı ve güvenliği kavramını kısmen tanımlayabildiği sonucuna varılmıştır. Personelin sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak için gerekli koşullara ilişkin görüşleri incelendiğinde 'iş yaparken eldiven giyilmesi' ve 'iş elbisesinin giyilmesi' gerektiğini belirtenlerin çoğunlukta olduğu belirtilmiştir.

Erkal ve Şafak (2002) tarafından Ankara'da bir hastanede çalışan personelin iş yaparken karşılaştığı kazaları ve aldıkları önlemleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada; çalışmaya katılanların tamamına yakınının iş kazalarına karşı önlem aldığı, önlem alanların yarısının ise çöp toplarken eldiven kullandığı belirtilmiştir. Araştırmada kesikler en fazla geçirilen iş kazası tipi olarak belirtilirken düşme, zehirlenme ve yanma da geçirilen kazalar arasında yer almaktadır. Kaza geçirmiş personelin yarıdan fazlasının hala olabilecek kazalara karşı önlem almadığı belirlenmiştir.

Şafak, vd.'nin (2004) Ankara'da bir hastanede çalışan personelin İSG konusundaki bilgi ve davranışlarını incelenmek amacıyla yürüttükleri çalışmada; personelin tamamına yakınının konuyla ilgili eğitim aldığı ve hijyen konusunda eğitim alanların çoğunlukta olduğu, personelin iş yaparken kişisel koruyucu donanım kullandığı (eldiven, iş elbisesi, iş ayakkabısı), iş öncesinde ve sonrasında ellerini yıkadığı, kullandığı araç gerecin temizlik ve bakımını yaptığı belirlenmiştir.

Yüksel ve Yılmaz'ın (2004) bir hastanede görev yapan temizlik personelinin hastane enfeksiyonlarına yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla 110 personel üzerinde yaptıkları çalışmada; personelin yaklaşık yarısının hastalıklardan korunma ve temizlik konularında eğitim aldığı, hijyen konusunda eğitim almak

isteyenlerin ilk sırada geldiği, hizmet içi eğitim alanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Demirbilek'in (2005) işletmede iş güvenliği kültür düzeyini saptayarak işletme yönetiminin iş güvenliği programına ilişkin uygulamalarını, personelin fiziki stres düzeyi ile kişisel algılama duygu ve inançlarını ölçmek amacıyla tekstil sektöründe çalışan 250 personelle yaptığı çalışmada; güvenlik kültürünü ölçmek amacıyla kullanılan ölçekteki "yönetimin bağlılığı, güvenlik önceliği, güvenlik iletişimi, güvenlik eğitimi, güvenlik katılımı, fiziki stres, inançlar ve duygular ile algılama" alt boyutları ile yaş, eğitim düzeyi, iş deneyimi, iş kazasına uğrama durumu, iş kazasına yol açan neden gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu belirlenmiştir.

Çopur, vd. (2006) tarafından İzmir Ege Üniversite Hastanesi 'nde görev yapan 260 personelin iş kazalarından korunma konusundaki önlemleri, geçirdikleri iş kazalarını ve kaza tiplerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada; personelin en çok 'iğne batması', 'kesik' şeklinde kaza geçirdiği, tamamına yakınının kazalara karşı önlem aldığı, 'iş yaparken eldiven giydiğini' belirtenlerin ilk sırada geldiği belirtilmiştir.

Erdem ve Talas'ın (2006) Ankara'da İbni Sina ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde çalışan 402 kurum ev idaresi personeli ile kesici-delici alet yaralanmalarını belirlemeye yönelik yürüttükleri çalışmada; personelin çoğunluğunun çalışırken enfeksiyon hastalıklarından korunmak için eldiven, maske kullandıkları ve ellerini yıkadıkları, Hepatit B aşısı yapılmış olanların az sayıda olduğu belirtilmiştir. Kesici delici alet yaralanmalarının ise personelin kullandıkları araç gereçlerin temizliğinde ve tıbbi atıkların toplanması, boşaltılması sırasında yaşandığı ve kazaların personelin çalıştığı kliniklerde, yüksek riskli alanlarda ve polikliniklerin dışında gerçekleştiği belirlenmiştir.

Demirbilek ve Çakır'ın (2008) 170 personel ile üç vardiya halinde çalışan, dış piyasa için üretim yapan ve ISO 9001:2000 belgesi olan bir tekstil işletmesinde yürüttükleri çalışmada; çalışanların koruyucu donanım kullanımı ile güvenlik

etkinliği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunurken, koruyucu donanım kullanımı ile güvenlik ihtiyacı, güvenlik uygulamaları ve iş yerinde iş sağlığı ve güvenliğinin önemi arasında anlamlı, pozitif ve nispeten daha zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Kuruüzüm, vd.'nin (2008) İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde mesleksen yaralanma sıklığını ve epidemiyolojik özelliklerini belirlemeye yönelik 350 çalışanla yürüttükleri araştırmada; en yüksek yaralanma sıklığının hemşirelerde olduğu; bunu doktorlar, temizlik personeli ve tıp fakültesi öğrencilerinin izlediği belirtilmiştir. Yaralanmaya en fazla neden olan iş olarak "çöp toplamak" üçüncü sırada belirtilirken; "oda temizliği yapmak, çamaşır yıkamak" gibi nedenler de sıralanmıştır. Çalışmada temizlik personelinin yaşadığı iş kazalarının 'önlenebilir' ve en sık rastlanan yaralanma nedeninin "çöp toplamak ve çöp torbası taşımak" olduğu ile tıbbi atıkların çöp kovalarına ve evsel atık torbalarına atılmasından kaynaklandığı bildirilmiştir.

Erkal ve Coşkuner (2010) tarafından Ankara'da bir üniversite hastanesinde çalışan personelin geçirdiği iş kazaları ve önlem alma durumlarını incelemeye yönelik hastanenin gündüz vardiyasında çalışan 184 personelle yapılan çalışmada; personelin çoğunluğunun çalıştığı hastanenin ev idaresi koordinatörlüğü tarafından hazırlanan konuyla ilgili hizmet içi eğitimi aldığı belirlenmiştir. Personelin herhangi bir iş kazası geçirmemek için çeşitli önlemler aldığı ve alınan önlemlerin "iş yaparken koruyucu giysi kullanmak", "temizlik maddelerini kullanırken birbiriyle karıştırmamak", "ortada bırakılan objeleri kaldırmak" şeklinde sıralandığı belirtilmiştir. Personel arasında kesik kazası yaşayanların ilk sırada yer aldığı, "çöp toplarken-taşıırken dikkatli davrandığım" ve "cam silerken emniyet kemeri kullandığım" belirtenlerin çok az sayıda olduğu vurgulanmıştır. Araştırmada önlem almayan personelin daha çok kaza geçirdiği sonucuna varılmıştır.

Gemalmaz (2009) tarafından GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan kurum ev idaresi personelinin kurumda çalıştıkları süre boyunca iş kazası geçirme durumlarının belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmada; 48 ve üstü

yaş grubunda, kadınlarda dul/boşanmış olanlarda yüksekokul mezunlarında ve acil serviste çalışanlarda iş kazası geçirme sıklığı yüksek olarak bulunmuştur. Personelin % 41,0'inin iş kazası geçirdiği, iş kazası geçirenlerin % 64,4'ünün "çöpleri toplarken" kaza geçirdiği ve en çok rastlanan kazanın 'iğne batması' olduğu (% 24,9) sonucuna varılmıştır.

Ocaktan (2009) tarafından Ankara'da bir otomotiv fabrikasında iş güvenliği kültürü ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla 961 çalışanla yürütülen çalışmada; "Yönetimin Bağlılığı, Güvenlik Önceliği, Güvenlik iletişimi, Güvenlik Eğitimi, Güvenlik Katılımı ve Algılama" alt boyutlarının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, ekonomik durum, işyerindeki görev, işyerinde çalışma süresi, işyerinde çalıştığı birim, işyerinde güvenlik ve çözüm süreçlerine katılma (özel bir ekibe üye olma) durumu, vardiyalı çalışma durumu, işi için aldığı eğitimi yeterli bulma durumu, işyerinden memnun olma durumu, işyerinde iş kazası geçirme durumu, kronik bir sağlık sorunu varlığı ve sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadın çalışanların erkeklere göre ve yüksek öğrenim görenlerin diğerlerine göre güvenlik kültürü algısında yüksek ortalamaya sahip olduğu, çalışanların ekonomik durumu iyileştikçe genel olarak iş güvenliği kültürü algısının yükseldiği sonucuna varılmıştır. Yönetimin Bağlılığı, Güvenlik Önceliği, Güvenlik Eğitimi ve Güvenlik Katılımında beyaz yakalı çalışanların (uzman, memur, teknisyen) mavi yakalı çalışanlara (işçi, operatör) göre, iş güvenliği kültürü puanları bir yıldan az çalışanlarda en yüksekken, 1-5 yıldır çalışanlarda *düşük* olduğu, kıdem arttığında yine artarak devam ettiği belirtilmiştir.

Terzi vd. (2009) tarafından Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan kurum ev idaresi personelinin enfeksiyon hastalıkları ve bunlara karşı korunma yollarına ilişkin bilgi düzeylerini ve davranışlarını belirlemek amacıyla 205 personelle yapılan çalışmada; personelin yarıya yakını "çöp toplarken, tuvaletleri temizlerken, paspas yaparken eldiven kullandığını"; tamamına yakını "her iş bitiminde", yarısından fazlası "kirli yüzeylerle temastan sonra ellerini

yıkadıklarını" belirtirken, personelin çoğunluğu haftada bir iş forması/önlüğünü değiştirdiğini belirtmiştir. Personelin bir kısmının da en az bir kez "kesici delici aletle yaralandığı" bildirilmiştir.

Yamazhan vd. (2009) tarafından Ege Üniversitesi Hastanesinde çalışan personelin hastane enfeksiyonları konusunda bilgi düzeylerini ve davranış modellerini belirlemeye yönelik 290 temizlik personeliyle yürüttükleri çalışmada; cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma süresi ve işe başlamadan önce verilen hastane enfeksiyonları eğitimi ile çalışanların bilgi puanı ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı, kliniklerde çalışan personelin ortalama bilgi puanının idari bölümlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çamözü ve Kitiş'in (2011) GATA Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapmış olduğu tanımlayıcı gözlem çalışmasına 99 temizlik personelinin tamamı katılmış olup, personelin yansından azının "en az bir kez kesici delici bir cisimle yaralandığı", tıbbi atık bertarafında kişisel koruyucu donanım olarak en fazla "eldiven kullanıldığı", diğer kişisel koruyucu donanımların daha az kullanıldığı sonucuna varılmıştır. Çalışmada yapılan gözlemde ise personelin çoğunluğunun "tıbbi atıkların elde taşınması, iş elbiselerinin uygun yerde muhafaza edilmesi, yapılan iş sonrasında el yıkama, özel koruyucu eldivenlerin temizliğinin yapılması, konteyner temizliği ve sızdıran tıbbi atık torbalarının sağlam torbaya konulması" gibi konularda eksiklerinin olduğu belirtilmiştir.

Tozkoparan ve Taşoğlu'nun (2011) İzmir'de faaliyet gösteren 6 şirketten 400 çalışanın iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düzenleme ve uygulamalara ilişkin algı ve tutumlarını incelediği çalışmada; çalışanlar, iş kazalarına ilişkin hakları hakkında "sağlık için bir sağlık kuruluşuna işveren fırsatları sağlama, geçici iş göremezlik yardımı alma ve işverenden maddi ve manevi tazminat alma" gibi en fazla bilgiye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Çalışanların yarısından fazlası, işletmelerinde meydana gelen kazaların davranışsal nedenlerden kaynaklandığını belirtmiştir. Çalışmanın yapıldığı işyerlerinde yılda yaklaşık 15-30 iş kazası olmakla birlikte,

işletmelerdeki en yaygın meslek hastalıkları "toz ve parçacıkların" neden olduğu hastalıklardır.

Dursun (2012) tarafından Bursa'da imalat sanayi sektöründe faaliyet gösteren biri yabancı, diğeri aile şirketi olmak üzere iki şirkette 358 personelin çalıştığı çalışmada; güvenlik kültürü ölçeğinin "Taahhüt Kültürü, Güvenlik Önceliği, Güvenlik İletişimi, Güvenlik Eğitimi, Güvenlik Bilinci ve Yeterliliği, Çalışanların Katılımı, Fatalizm ve Raporlama" alt boyutlarının, personelin cinsiyeti, eğitim durumları, işteki konumları, iş kazaları üzerine yapmışlardır. Kadın çalışanlar "Güvenlik İletişimi, Güvenlik Bilinci ve Çalışan Bağlılığı" konusunda erkek çalışanlardan daha yüksek bir algı düzeyine sahipken; Üniversite mezunlarının 'Güvenlik Önceliği, Güvenlik İletişimi, Güvenlik Eğitimi, Raporlama Kültürü' konularında; İlkokul / ortaokul mezunu ve lise mezunu çalışanların algı düzeyinin daha olumlu olduğu, kadercilik değişkeni açısından ise ilkokul / ortaokul mezunu çalışanların lise ve üniversite mezunu çalışanlardan daha ölümcül bir yaklaşıma sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, yönetici olarak çalışanların, operatör düzeyindeki çalışanların "yönetici tutumları, yöneticilerin davranışı, güvenlik önceliği, güvenlik iletişimi, güvenlik eğitimi, güvenlik bilinci, çalışan katılımı ve raporlama kültürü" hakkındaki algılarına göre daha yüksek algılara sahip olduğu bulunmuştur. İş kazası geçirmeyen çalışanların güvenlik bilincinin iş kazası geçirenlerden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Bolubay ve Türkay (2013) tarafından 2010-2012 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ve kurum ev idaresi personelinin durumunu incelemek üzere 500 hemşire ve 700 temizlik personeli ile yapılan bir çalışmada; temizlik personelinin hemşirelerden daha fazla iş kazası geçirdiği ve en fazla iğne çubuklarına sahip olduğu belirlenmiştir.

Dursun'un (2013) Bursa'da imalat sanayiinde 1344 çalışanıyla yaptığı araştırmada; çalışanların güvenlik kültürü algısının güvenli davranışları üzerinde önemli bir etkisi olduğu ve işyerinde sağlıklı ve güvenli bir işyeri yaratılmasında bir güvenlik kültürünün sağlanması ve geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Çalışanların iş güvenliği ile ilgili yüksek farkındalığı, güvenlik prosedürlerinin ve güvenlik çalışma koşullarının iyileştirilmesine katılım, iş güvenliği alanındaki sorunları ve sorunları raporlama gibi davranışların çalışanların daha güvenli davranmalarını sağladığı belirtilmiştir.

Peters (2015) tarafından 2002-2012 yılları arasında Türkiye'de telekomünikasyon sektöründe 286 işyerinde meydana gelen 1273 kazayla ilgili veriler incelendiğinde 65 kaza incelenmiştir. En sık karşılaşılan kazaların "merdiven düşüşleri, trafik kazaları ve ahşap direklerden düşme" şeklinde olduğu, meydana gelen kazaların % 30'unun ölüm, kritik yaralanma ve ciddi yaralanma ile sonuçlandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, idari hiyerarşi arttıkça güvenlik kültürü algısının arttığı sonucuna varılmıştır.

Gül (2015), 220 sağlık uzmanı ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'ndeki çalışanların örgütsel güvenlik iklimi algıları ve uygulamaları ile çalışanların güvenliği arasındaki ilişki durumunu inceleyen bir çalışma yürütmüştür. Çalışma sonuçlarında; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, işyerinde iş, işyerinde çalışma süresi, çalışılan birim, iş kazası geçirme öyküsü ile iş kazalarından en az biri arasında bir ilişki olduğu ifade edilmiştir.

Kurt ve ark. (2015) Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan temizlik personelinin biyolojik risklerine ilişkin bilgi, tutum, davranış ve biyolojik risk etkileri ile ilgili faktörleri belirlemek amacıyla 205 temizlik personeli ile; çalışanların bir kısmının biyolojik riskler konusunda eğitilmediği, işe alım için incelenmediği, yarısının düzenli aralıklarla kontrol edilmediği ve neredeyse hepsinin hepatit-B ve tetanoz ile aşılanmadığı belirlenmiştir. Personelin kişisel koruyucu ekipmanlarının kullanımında, biyolojik 'riskli temastan sonra ne yapılması gerektiği, hemen hemen tüm çalışanların eksik, yanlış ve hiçbir fikri olmadığı tespit edilmiştir. İş kazalarına baktığımızda, 'kesme ve delici alet' yaralanmalarının ilk sırada olduğu belirtiliyor.

2.2. Konu ile İlgili Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Singgih ve ark. (1986) Hollanda'daki Groningen Üniversite Hastanesinde çalışan 356 temizlik personelinin yaşadığı cilt hastalıklarını belirlemek için; personelin çoğuna 2 yıldan daha uzun süren egzama teşhisi kondu ve geri kalanı orta ve şiddetli olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, deri yama testinde, kadınların yarısında ve bazı erkeklerde egzama bulundu.

Guo ve ark. (1999) geçen yıl meydana gelen yaralanmaları belirlemek için Tayvan'daki 16 eğitim hastanesinde 16645 sağlık çalışanı (doktor, hemşire, laboratuvar teknisyeni ve temizlik personeli); en çok iğnenin yaşandığı ve yaralanmaların çoğunlukla koruyucu örtü olmadan iğnelerin çöpe atılması sonucu meydana geldiği belirlenmiştir.

1995-1997 yılları arasında iğne batması sonucu meydana gelen iş kazalarını epidemiyolojik olarak incelemek amacıyla Abu-Gad ve Al-Turki (2001) tarafından Suudi Arabistan'ın doğu illerinde yürütülen çalışmada; 38 özel ve devlet hastanesinden 11'inde 282 yaralanma rapor edildi. Personelin mesleki yaşamının ilk 3 yılında yaşanan kazaların yarısının yaşandığı, erkeklerin kadınlardan daha fazla iş kazası yaşadığı ve kazalar yaşandığı tespit edildi. Fazla mesai sırasında, temizlik sırasında kaza geçiren temizlik personelinin neredeyse tamamı yaralandığı, yarısından fazlasının hasta odalarında ve polikliniklerde iş kazası geçirdiğini belirtmişlerdir. Temizlik personeli arasında en fazla yaralanmanın vardiya değişikliğinden sonra çalışmanın ilk saatlerinde meydana geldiği ve çoğunlukla gündüz vardiyasında yaşandığı belirlenmiştir.

Shiao ve ark. (2001), 1996-1997 yılları arasında Tayvan'daki 16 hastanede çalışan destek personelinin delici alet yaralanmalarını incelemek için 862 kadro ile; personelin yaklaşık yarısının iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim aldığı, yarısından fazlasının iş kazası geçirdiği, ancak kazanın çok azının kazayı bildirdiği belirtildi. En çok kullanılan iğnelerin batması sonucu iş kazalarının yaşandığı ve kaza geçirenlerin çoğunun 4 yıldan fazla iş deneyimi olan personel olduğu belirtilmiştir.

Fung ve ark. (2005) Hong Kong inşaat sektöründe faaliyet gösteren 10 kamu ve özel sektör şirketinde çalışan 423 personel ile gerçekleştirilmiş; personelin güvenlik kültürü, tutum ve davranışları algısı üst düzey yönetim, ilk şef ve operasyonel çalışanlar arasında karşılaştırılmıştır. "Kişisel rol" ve "güvenli davranış engelleri" arasında negatif bir ilişki olmasına rağmen, yönetimin güvenlik algısı; operasyonel düzeyde "örgütsel bağlılık ve iletişim", "kaza raporlaması", "bölüm yöneticilerinin taahhüdü", "kişisel rol" ve "meslektaşların etkisi" bakımından daha yüksek bulunmuştur. İlk denetim otoritelerinin "örgütsel bağlılık ve iletişim" ve "kaza raporlaması" ile ilgili algılarının operasyonel düzeyde çalışanlardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Alamgir ve Yu'nun (2008) sağlık sektöründe çalışan temizlik personelinin dahil olduğu iş kazalarının epidemiyolojisini araştırmak için British Columbia'da yapılan çalışmada; son iki yılda iki sağlık alanında meydana gelen iş kazaları ve tedavileri sonrası iş göremezlikten kaynaklanan iş gücü kayıpları incelendi. Kaza sonucu 145 yaralanmanın bildirildiği çalışmada; en fazla yaralanmanın kas-iskelet sistemi ile ilişkili olduğu, kadınların erkeklerden daha fazla yaralanma riski olduğu ve yarı zamanlı veya geçici olarak çalışan personel arasında yaralanma riskinin de kaza yapma riskinden daha az olduğu belirtilmiştir.

Yang, vd. (2009) Tayvan'da bir hastanede 195 personel ile bir çalışma yürütmüştür. Hasta güvenliği kültürü ile güvenlik kültürü, liderlik davranışları ve güvenlik performansı arasındaki ilişki incelenmiştir. Doktorların "hasta güvenliği kültürü" ve "güvenlik performansı" hakkındaki algıları diğer sağlık profesyonellerinden daha düşük bulunmuştur. "Kuruluşun güvenlik kültürü", "doğrudan güvenlik performansı"; doğrudan "liderlik davranışı" nda "güvenlik kültürü"; "benim güvenlik performansımı" dolaylı olarak etkilediği sonucuna varıldı.



3. MATERYAL VE METOD**3.1. Materyal**

Çalışmamızda materyal olarak Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesinde hem iş ortamının hem de hastane çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısından durumlarını ortaya koymak ve çalışanların bu iş sağlığı ve güvenliği alanındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Metod

Veri toplama aşamasından sonra, anket sorularının yanıtlara göre değerlendirilmesi ve hedeflenen oranın istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, yüzde frekans tablosu analizi uygulanmıştır. İstatistik analizler SPSS paket programında yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Amacı Ve Türü

Çalışmanın amacı; hastanede çalışan personellerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte tasarlanmış ve uygulanmıştır.

3.4. Evren ve Örneklemi

Araştırma 2019 yılında, çalışan Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinde görevli bireylere uygulanmıştır. Çalışmanın evrenini Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesinde çalışan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada herhangi bir örneklem alınmamış olup evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Farklı meslek gruplarından gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 332 kişiden veriler toplanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı

3.5.1. Sosyo Demografik Veri Formu

Araştırmaya katılan çalışanların yaş, medeni durum, çalıştığı birim, eğitim durumu ve kurumdaki çalışma süresi bilgilerinin yer aldığı beş sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Anket Formu

Çalışmanın amacına uygun bir şekilde, güncel literatür taranıp hastanelerde çalışanlara özgü araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Toplam 31 sorudan oluşan anket formunun iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ifadeler verilmiş ve katılımcıların bunları 1-5 arasında puan vererek değerlendirilmesi istenmiştir. Elde edilen cevapların geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılarak elde edilen toplam puanlar üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Bunların dışına anket formuna işyerin risk ve tehditler açısından 5 soru sorulmuş ve evet/hayır cevapları istenmiştir. Ayrıca çalışanların iş sağlığı alanında tutumunu belirlemeye çalışmak için bir soru sorulmuştur.

3.6. Verilerin Güvenirliliği

İş sağlığı ve güvenliği ölçeğinden elde edilen verilerin güvenirliliğinin değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha katsayısı kullanılmıştır. Bu ölçekten elde edilen Cronbach's Alpha katsayısı 0,924' tür. Alt boyutların ise İş sağlığı ve Güvenliği Çalışmalarında 0,768, İş sağlığı ve Güvenliği Çalışmalarında İşyeri sorumluluğu 0,866 ve ise İş sağlığı ve Güvenliği alanında çalışanın sorumluluğunda 0,886 olarak hesaplanmıştır. Bu tip "Psikolojik bir test için hesaplanan güvenilirlik katsayısının 0,70 ve daha yüksek olması test puanlarının güvenirliliği için yeterli görülmektedir" (Büyüköztürk, 2010, 171). Bu durumda elde edilen bulguya dayalı olarak ölçeğin söz konusu evren üzerinde güvenilir olduğu söylenebilir.

3.7. Verilerin Geçerliliği

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeğin, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği düzeylerini belirlemede geçerli bir ölçüm aracı olduğunu test etmek amacı ile faktör analizi yapılmıştır.

Maddeler	Faktör Yüğü		
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİM ÇALIŞMALARI			
6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu hakkında bilginiz var mıdır?	,636		
İş sağlığı ve güvenliğine dikkat edilmesi iş verimliliği kalitesini artırır mı?	,575		
Hastanede herhangi bir kaza ile karşılaşsanız haklarınızı biliyor musunuz?	,804		
İş kazalarına karşı alınması gereken tıbbi tedbir ve tıbbi malzemeleri biliyor musunuz?	,809		
Hastanedeki makina, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde ve diğer araçları doğru şekilde kullanılıyor mu?	,800		
Herhangi bir klinik laboratuvar uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkama sıklığınız nedir?	,718		
Hastanede yangın, depren, patlama gibi acil durumlar için düzenli olarak tatbikat yapılıyor mu?	,762		
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ALANINDA İŞYERİNİN SORUMLULUĞU			
Çalıştığınız kurumda iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgilendirildiniz mi?	,592		
Laboratuvarlarınızda tehlike ve risk belirlemesi yapıldı mı?	,807		
Hastanede kullanıldığınız aktif alanlarının aydınlatması yeterlimi?	,704		
Kullandığınız merdivenler güvenli mi?	,678		
Çalıştığınız yerde dozimetra ölçümleri düzenli olarak yapılıyor mu?	,615		
Hastanede dışardan rahatsız edici ses ve gürültü geliyor mu?	,667		
Engelli personel ve hastalar için yeterli önlemler var mı?	,757		
Çalıştığınız birimde risklere ve kazalara karşı kendinizi güvenli hissediyor musunuz?	,755		

Kurumunuzda iş sağlığı ve güvenliği kurulu var mı?		,766	
Hastanede radyolojik cihazların kullanım kılavuzları var mı, var ise anlaşılıyor mu?		,759	
Herhangi bir işlem sırasında eldiven, maske, gömlek vb. Kişisel koruyucuları kullanma sıklığına nedir?		,839	
Hastanede radyolojide çalışanların işe giriş ve işten ayrılma raporları alınarak işe uygunluğu tespit ediliyor mu?		,822	
Çalıştığınız birimde çalışanların performansı ve memnuniyet belirli aralıklarla ölçülüyor mu?		,748	
Çalışma ortamında termal konfor yeterli midir?		,843	
Çalışma ortamında temizlik ve havalandırma düzenleri yeterli mi?		,735	
Çalışma ortamının can ve mal güvenliği açısından yeterli mi?		,693	
Çalıştığınız birimde radyasyon alanı olduğunu gösteren uyarı levhaları her zaman görünür yerde mi?		,790	
Hastanede 'acil kod' olan sistem düzenli olarak uygulanıyor mu?		,779	
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ALANINDA ÇALIŞANLARIN SORUMLULUĞU			
İş sağlığı ve güvenliği açısından kendini ve diğer çalışan arkadaşlarının olumsuz etkilenmemesi için özeni gösteriyor musun?		,800	
İşini iş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yapıyor mu?		,754	
Hastanede sağlık ve güvenlik açısından ciddi ve ani bir tehlike olduğunda hastane yönetimine derhal haber veriliyor mu?		,762	
Hastane de sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile iş birliği yapıyor mu?		,824	
Bir çalışan olarak hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmak zorunlumu		,738	
Crombach alfa (Alt boyut)	0,768	0,866	0,886
Crombach alfa (Tüm Maddeler)	0,924		
Kaiser Meyer Olkin Ölçek Geçerliliği	0,725		
Shapiro-Wilk Testi Ki Kare	3901,498		
Skewness Derecesi	435		
Değeri	0,000		

İş sağlığı güvenliği ölçeğinin geçerliliğini değerlendirmek amacı ile yapılan faktör analizi sonucunda KMO değeri 0,725 olarak belirlenmiştir. Buna göre 0,05 önem düzeyinde, ölçeğe ilişkin tüm değerler dikkate alındığında ölçeğin geçerlilik düzeyinin yüksek olduğu ve elde edilen veri setinin faktör analizine uygun olduğu anlaşılmaktadır. İş sağlığı güvenliği ölçeğinde yapılan faktör analizinde ölçeğin üç boyuttan oluştuğu ve her bir ölçek maddesinin yeterli faktör yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu boyutlara “İş sağlığı ve güvenliği eğitim çalışmaları”, “İş sağlığı ve güvenliği alanında işyerinin sorumluluğu” ve “İş sağlığı ve güvenliği alanında çalışanların sorumluluğu” olarak belirlenmiştir. Bu nedenle iş sağlığı güvenliği ölçeğinin araştırma kapsamında kullanılan geçerli bir ölçüm aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 21 paket programında analiz edildi. Veriler analiz edilirken katılımcıların sosyo demografik özelliklerinin belirlenmesi ve ölçeğin puanlarının değerlendirilmesi için tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanıldı. Verilerin normallik analizi Kalmagorov-Smirnov testi ile yapıldı ve Boyutların Nonparametrik olduğu görüldü. Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında nonparametrik testlerden mann Whitney U (MWU) ve Kruskal-Wallis testi ile kullanıldı. Analizler için %95 güven düzeyinde anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Katılımcılara ait tanımlayıcı verileri

Çizelge 4.1.Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaşınız	20 yaş altı	92	27,7
	20-25	36	10,8
	26-30	72	21,7
	31-35	56	16,9
	36-40	40	12,0
	41 yaş üstü	36	10,8
	Toplam	332	100,0
Medeni Durum	Evli	156	47,0
	Bekar	176	53,0
	Toplam	332	100,0
Eğitim Düzeyi	Lise	152	45,8
	Önlisans	96	28,9
	Lisans	64	19,3
	Yüksek lisans	20	6,0
	Toplam	332	100,0
Kurumdaki Çalışma Süresi	1-5 yıl	216	65,1
	6-10 yıl	40	12,0
	11-15 yıl	48	14,5
	16-20 yıl	16	4,8
	21 yıl ve üstü	12	3,6
	Toplam	332	100,0
Çalıştığınız Birim	İdari veya yardımcı hizmetler	116	34,9
	Sağlık Hizmetleri	180	54,2
	Radyoloji	36	10,8
	Toplam	332	100,0

Araştırmamıza katılan 332 Katılımcının 92(%24,7)'si 20 yaş altında, (bu grup Sağlık meslek liselerinden gelen stajer öğrencilerden oluşmaktadır).

36(%10,8)'i 20-25, 72(%21,7)'si 26-30, 56(%16,9)'ü 31-35, 40(%12,0)'si 36-40, 36(%10,8)'i 41 ve üstü yaş gurubu çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların 156(%47,0)'si evli, 176(%53,0)'ü bekar çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların 152(%45,8)'i Lise, 96(%28,9)'ü Önlisans, 64(%19,3)'ü Lisans, 20(%6,0)'si Yüksek lisans eğitim düzeyine sahip olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Katılımcıların 216(%65,1)'i 1-5 yıl, 40(%12,0)'si 6-10 yıl, 48(%14,5)'i 11-15 yıl, 16(%4,8)'i 16-20 yıl, 12(%3,6)'si 21 yıl ve üstü yıl çalışma süresine sahip çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcılardan 116(%34,9)'ü İdari veya Yardımcı hizmetlerde, 180(%54,2) Sağlık hizmetlerinde ve 36(%10,8)'i Radyoloji veya Röntgen hizmetlerinde görev yapan çalışanlardan oluşmaktadır.

4.2. İSG Anketi Maddelerinin Değerlendirilmesine

Çizelge 4.2. İSG Anketi Eğitim Boyutunun Katılımcı cevapları

		Kesinlikle yok	Yok	Kararsızım	var	Kesinlikle var	Orta±ss
6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu hakkında bilginiz var mıdır?	n	64	44	56	96	72	3,20±1,42
	%	19,3	13,3	16,9	28,9	21,7	
İş sağlığı ve güvenliğine dikkat edilmesi iş verimliliği kalitesini artırır mı?	n	32	4	16	88	192	4,21±1,22
	%	9,6	1,2	4,8	26,5	57,8	
Hastanede herhangi bir kaza ile karşılaşırsanız haklarınızı biliyor musunuz?	n	28	36	56	128	84	3,61±1,21
	%	8,4	10,8	16,9	38,6	25,3	
İş kazalarına karşı alınması gereken tıbbi tedbir ve tıbbi malzemeleri biliyor musunuz?	n	20	36	108	92	76	3,50±1,13
	%	6	10,8	32,5	27,7	22,9	
Hastanedeki makina, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde ve diğer araçları doğru şekilde kullanılıyor mu?	n	8	44	72	104	104	3,75±1,10
	%	2,4	13,3	21,7	31,3	31,3	
Herhangi bir klinik laboratuvar uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkama sıklığınız nedir?	n	20	20	72	60	160	3,96±1,22
	%	6	6	21,7	18,1	48,2	
Hastanede yangın, deprem, patlama gibi acil durumlar için düzenli olarak tatbikat yapılıyor mu?	n	52	84	76	32	88	3,06±1,42
	%	15,7	25,3	22,9	9,6	26,5	

İş sağlığı ve güvenliği alanında yapılan eğitimler boyutu maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların **6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu hakkında bilginiz var mıdır?** Maddesinde %19,3'ü “Kesinlikle yok” %13,3'ü “Yok” %16,9'ü kararsızım, %28,9'ü “var”, %21,7'si “Kesinlikle var” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,20 \pm 1,42$ ile “kararsızlık” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların **6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu** hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olunmadığı görülmüştür.

Katılımcıların **İş sağlığı ve güvenliğine dikkat edilmesi iş verimliliği kalitesini artırır mı?** Maddesinde %9,6'ü “Kesinlikle artırmaz” %1,2'si “artırmaz” %4,8'i “kararsızım”, %26,5'i “artırır”, %57,8'i “Kesinlikle artırır” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $4,21 \pm 1,22$ ile “kesinlikle artırır” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların **İş sağlığı ve güvenliğine dikkat edilmesi iş verimliliği kalitesini artırdığı** görüşüne sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların **Hastanede herhangi bir kaza ile karşılaşırsanız haklarınızı biliyor musunuz?** Maddesinde %8,4'ü “Kesinlikle bilmiyorum” %10,8'si “bilmiyorum” %16,9'i “kararsızım”, %38,6'si “biliyorum”, %25,3'ü “Kesinlikle biliyorum” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,61 \pm 1,22$ ile “biliyorum” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların **Hastanede herhangi bir kaza ile karşılaşma anında bilgi düzeylerinin yeterli olduğu** görüşüne sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların **İş kazalarına karşı alınması gereken tıbbi tedbir ve tıbbi malzemeleri biliyor musunuz?** Maddesinde %6,0'ü “Kesinlikle bilmiyorum” %10,8'i “bilmiyorum” %32,5'i “kararsızım”, %27,7'si “biliyorum”, %22,9'ü “Kesinlikle biliyorum” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,50 \pm 1,13$ ile “biliyorum” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların **İş kazalarına karşı alınması gereken tıbbi tedbir ve tıbbi malzemeleri bildiği** görüşüne sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanedeki makina, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde ve diğer araçları doğru şekilde kullanılıyor mu?* Maddesinde %2,0'ü “Kesinlikle kullanılmıyor” %13,3'ü “kullanılmıyor” %21,7'si “kararsızım”, %31,3'ü “kullanılıyor”, %31,3'ü “Kesinlikle kullanılıyor” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,75 \pm 1,10$ ile “kullanılıyor” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların Hastanedeki makina, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde ve diğer araçları doğru şekilde kullanıldığı görüşüne sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Herhangi bir klinik laboratuvar uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkama sıklığınız nedir?* Maddesinde %6,0'ü “Kesinlikle yıkamam” %6,0'ü “yıkamam” %21,7'si “kararsızım”, %18,1'ü “yıkırım”, %48,2'si “Kesinlikle yıkırım” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,96 \pm 1,22$ ile “yıkırım” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *Herhangi bir klinik laboratuvar uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkama alışkanlığına* sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede yangın, depre, patlama gibi acil durumlar için düzenli olarak tatbikat yapılıyor mu?* Maddesinde %15,7'ü “Kesinlikle yapılmıyor” %25,3'ü “yapılmıyor” %22,9'si “kararsızım”, %9,6'si “yapılıyor”, %26,5'i “Kesinlikle yapılıyor” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,06 \pm 1,42$ ile “kararsızım” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *Hastanede yangın, depre, patlama gibi acil durumlar için düzenli olarak tatbikat yapıldığı?* Maddesine kararsızlık düzeyine belirttikleri görülmüştür.

Çizelge 4.3. İSG Anketi İşveren Sorumluluğu Boyutunun Katılımcı cevapları

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ortalama
Çalıştığınız kurumda iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgilendirildiniz mi?	n	40	60	24	100	105	3,53±1,41
	%	12	18,1	7,2	30,1	32,5	
Laboratuvarlarınızda tehlike ve risk belirlemesi yapıldı mı?	n	52	16	108	68	88	3,37±1,34
	%	15,7	4,8	32,5	20,5	26,5	
Hastanede kullandığınız aktif alanlarının aydınlatması yeterlimi?	n	40	20	48	76	148	3,81±1,37
	%	12	6	14,5	22,9	44,6	
Kullandığınız merdivenler güvenli mi?	n	44	60	64	64	100	3,34±1,41
	%	13,3	18,1	19,3	19,3	30,1	
Çalıştığınız yerde dozimetra ölçümleri düzenli olarak yapılıyor mu?	n	48	24	116	56	88	3,33±1,33
	%	14,5	7,2	34,9	16,9	26,5	
Hastanede dışardan rahatsız edici ses ve gürültü geliyor mu?	n	84	24	56	72	96	3,21±1,55
	%	25,3	7,2	16,9	21,7	28,9	
Engelli personel ve hastalar için yeterli önlemler var mı?	n	64	32	80	68	88	3,25±1,44
	%	19,3	9,6	24,1	20,5	26,5	
Çalıştığınız birimde risklere ve kazalara karşı kendinizi güvenli hissediyor musunuz?	n	36	24	80	100	92	3,56±1,26
	%	10,8	7,2	24,1	30,1	27,7	
Kurumunuzda iş sağlığı ve güvenliği kurulu var mı?	n	20	24	60	80	148	3,93±1,20
	%	6	7,2	18,1	24,1	44,6	
Hastanede radyolojik cihazların kullanım kılavuzları var mı, var ise anlaşılıyor mu?	n	20	32	104	108	68	3,51±1,10
	%	6	9,6	31,3	32,5	20,5	
Herhangi bir işlem sırasında eldiven, maske, gömlek vb. Kişisel koruyucuları kullanma sıklığına nedir?	n	16	28	64	92	132	3,89±1,16
	%	4,8	8,4	19,3	27,7	39,8	
Hastanede radyolojide çalışanların işe giriş ve işten ayrılma raporları alınarak işe uygunluğu tespit ediliyor mu?	n	60	24	108	76	64	3,18±1,33
	%	18,1	7,2	32,5	22,9	19,3	
Çalıştığınız birimde çalışanların performansı ve memnuniyet belirli aralıklarla ölçülüyor mu?	n	48	84	96	28	76	3,00±1,35
	%	14,5	25,3	28,9	8,4	22,9	
Çalışma ortamında termal konfor yeterli midir?	n	48	60	72	68	84	3,24±1,38
	%	14,5	18,1	21,7	20,5	25,3	
Çalışma ortamında temizlik ve havalandırma düzenleri yeterli mi?	n	52	56	32	76	116	3,44±1,49
	%	15,7	16,9	9,6	22,9	34,9	
Çalışma ortamının can ve mal güvenliği açısından yeterli mi?	n	24	36	118	56	108	3,56±1,24
	%	7,2	10,8	32,5	16,9	32,5	
Çalıştığınız birimde radyasyon alanı olduğunu gösteren uyarı levhaları her zaman görünür yerde mi?	n	40	44	48	44	156	3,69±1,46
	%	12	13,3	14,5	13,3	47	
Bir çalışan olarak hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmak zorunlu mu?	n	40	48	36	104	104	3,81±1,34
	%	12	14,5	10,8	31,3	31,3	
Hastanede 'acil kod' olan sistem düzenli olarak uygulanıyor mu?	n	32	24	72	48	156	3,81±1,34
	%	9,6	7,2	21,7	14,5	47	

İş sağlığı ve güvenliği alanında işverenin sorumluluğu boyutu maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların ***Çalıştığınız kurumda iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgilendirildiniz mi?*** Maddesinde %12,0'si “Kesinlikle bilgilendirilmedim” %18,1'i “bilgilendirilmedim” %7,2'si “kararsızım”, %30,1'i “bilgilendirildim”, %32,5'i “Kesinlikle bilgilendirildim” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,53 \pm 1,41$ ile “bilgilendirildim” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların ***Çalıştığınız kurumda iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgilendirildi*** görüşüne sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların ***Laboratuvarlarınızda tehlike ve risk belirlemesi yapıldı mı?*** Maddesinde %15,7'si “Kesinlikle yapılmadı” %4,8'i “yapılmadığı” %32,5'i “kararsızım”, %20,5'i “yapıldı”, %26,5'i “Kesinlikle yapıldığı” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,37 \pm 1,34$ ile “kararsızım” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların ***Laboratuvarlarınızda tehlike ve risk belirlemesi yapıldı*** görüşüne kararsızlık düzeyinde görülmüştür.

Katılımcıların ***Hastanede kullanıldığınız aktif alanlarının aydınlatması yeterli mi?*** Maddesinde %12,0'si “Kesinlikle yetersiz” %6,0'i “yetersiz” %14,5'i “kararsızım”, %22,9'ü “yeterli”, %44,6'si “Kesinlikle yeterli” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,81 \pm 1,37$ ile “yeterli” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların ***Hastanede kullanıldığınız aktif alanlarının aydınlatması yeterli olduğu*** görüşüne sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların ***Kullandığınız merdivenler güvenli mi?*** Maddesinde %13,3'ü “Kesinlikle güvensiz” %18,1'i “güvensiz” %19,3'ü “kararsızım”, %19,3'ü “güvenli”, %30,1'si “Kesinlikle güvenli” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,34 \pm 1,41$ ile “kararsızım” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların ***Kullandığınız merdivenler güvenli mi?*** Konusunda katılımcılar kararsızlık görüşüne sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların ***Çalıştığınız yerde dozimetre ölçümleri düzenli olarak yapılıyor mu?*** Maddesinde %14,5'i “Kesinlikle yapılmıyor” %7,2'si “yapılmıyor”

%34,9'ü “kararsızım”, %16,9'ü “yapılıyor”, %26,5'i “Kesinlikle yapılıyor” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,33 \pm 1,33$ ile “kararsızım” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *Çalıştığınız yerde dozimetre ölçümleri düzenli olarak yapılıyor mu?* Konusunda katılımcılar kararsızlık görüşüne sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede dışardan rahatsız edici ses ve gürültü geliyor mu?* Maddesinde %25,3'ü “Kesinlikle geliyor” %7,2'si “geliyor” %16,9'ü “kararsızım”, %21,7'si “gelmiyor”, %28,9'ü “Kesinlikle gelmiyor” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,21 \pm 1,55$ ile “kararsızım” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *Hastanede dışardan rahatsız edici ses ve gürültü geliyor mu?* Konusunda katılımcılar kararsızlık görüşüne sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların *Engelli personel ve hastalar için yeterli önlemler var mı?* Maddesinde %19,3'ü “Kesinlikle yetersiz” %9,6'si “yetersiz” %24,1'i “kararsızım”, %20,5'i “yeterli”, %26,5'i “Kesinlikle yeterli” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,25 \pm 1,44$ ile “kararsızım” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *Engelli personel ve hastalar için yeterli önlemler var mı?* Konusunda katılımcılar kararsızlık görüşüne sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların *Çalıştığınız birimde risklere ve kazalara karşı kendinizi güvenli hissediyor musunuz?* Maddesinde %10,8'i “Kesinlikle hissetmiyorum” %7,2'si “hissetmiyorum” %24,1'i “kararsızım”, %30,1'i “hissediyorum”, %27,5'i “Kesinlikle hissediyorum” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,56 \pm 1,26$ ile “hissediyorum” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *Çalıştığınız birimde risklere ve kazalara karşı kendinizi güvenli hissettiği* görüşüne sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların *Kurumunuzda iş sağlığı ve güvenliği kurulu var mı?* Maddesinde %6,0'si “Kesinlikle yok” %7,2'si “yok” %18,1'i “kararsızım”, %24,1'i “var”, %44,6'si “Kesinlikle var” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,93 \pm 1,20$ ile “iş sağlığı ve güvenliği kurulu var” görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *iş sağlığı ve güvenliği kurulu var olduğu* görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede radyolojik cihazların kullanım kılavuzları var mı, var ise anlaşılıyor mu?* Maddesinde %6,0'si "Kesinlikle yok" %9,6'si "yok" %31,3'i "kararsızım", %32,5'i "var", %20,5'i "Kesinlikle var" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,51 \pm 1,10$ ile "*Hastanede radyolojik cihazların kullanım kılavuzları var mı, var ise anlaşılıyor mu?*" görüşünde kılavuzları var ve anlaşılıyor olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Herhangi bir işlem sırasında eldiven, maske, gömlek vb. Kişisel koruyucuları kullanma sıklığına nedir?* Maddesinde %4,8'i "Çok sık kullanmam" %8,4'ü "sık kullanmam" %31,3'i "kararsızım", %27,7'i "sık kullarım", %39,8'i "çok sık kullarım" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,89 \pm 1,10$ ile "*Herhangi bir işlem sırasında eldiven, maske, gömlek vb. Kişisel koruyucuları kullanma sıklığının?*" sık kullarım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede radyolojide çalışanların ise giriş ve işten ayrılma raporları alınarak işe uygunluğu tespit ediliyor?* Maddesinde %18,1'i "kesinlikle katılmıyorum" %7,2'si "katılmıyorum" %32,5'i "kararsızım", %22,9'ü "katılıyorum", %19,3'ü "kesinlikle katılıyorum" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,18 \pm 1,33$ ile "*Hastanede radyolojide çalışanların ise giriş ve işten ayrılma raporları alınarak işe uygunluğu tespit ediliyor?*" maddesine kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalıştığınız birimde çalışanların performansı ve memnuniyet belirli aralıklarla ölçülüyor mu?* Maddesinde %14,5'i "kesinlikle katılmıyorum" %25,3'ü "katılmıyorum" %28,9'i "kararsızım", %8,4'ü "katılıyorum", %22,9'ü "kesinlikle katılıyorum" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,00 \pm 1,35$ ile "*Çalıştığınız birimde çalışanların performansı ve memnuniyet belirli aralıklarla ölçülüyor mu?*" maddesine kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalışma ortamında termal konfor yeterlidir?* Maddesinde %14,5'i "kesinlikle katılmıyorum" %18,1'ü "katılmıyorum" %21,7'si "kararsızım", %20,5'i "katılıyorum", %25,3'ü "kesinlikle katılıyorum" düzeyinde görüş

belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,00 \pm 1,35$ ile “*Çalışma ortamında termal konfor yeterlidir?*” maddesine kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalışma ortamında temizlik ve havalandırma düzenleri yeterlidir.* Maddesinde %15,7’si “kesinlikle katılmıyorum” %16,9’ü “katılmıyorum” %9,6’si “kararsızım”, %22,9’ü “katılıyorum”, %34,9’ü “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,44 \pm 1,49$ ile “*Çalışma ortamında temizlik ve havalandırma düzenleri yeterlidir.*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalışma ortamının can ve mal güvenliği açısından yeterlidir.* Maddesinde %7,2’si “kesinlikle katılmıyorum” %10,8’i “katılmıyorum” %32,5’i “kararsızım”, %16,9’ü “katılıyorum”, %32,5’i “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,56 \pm 1,24$ ile “*Çalışma ortamının can ve mal güvenliği açısından yeterlidir.*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalıştığınız birimde radyasyon alanı olduğunu gösteren uyarı levhaları her zaman görünür yerde mi?* Maddesinde %12,0’si “kesinlikle katılmıyorum” %13,3’ü “katılmıyorum” %14,5’i “kararsızım”, %13,3’ü “katılıyorum”, %47,0’si “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,69 \pm 1,46$ ile “*Çalıştığınız birimde radyasyon alanı olduğunu gösteren uyarı levhaları her zaman görünür yerdedir*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Bir çalışan olarak hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmak zorunludur.* Maddesinde %12,0’si “kesinlikle katılmıyorum” %14,5’i “katılmıyorum” %10,8’i “kararsızım”, %31,3’ü “katılıyorum”, %31,3’ü “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,81 \pm 1,34$ ile “*Bir çalışan olarak hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmak zorunludur.*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede 'acil kod' olan sistem düzenli olarak uygulanır.* Maddesinde %9,6'si “kesinlikle katılmıyorum” %7,2'si “katılmıyorum” %21,7'si “kararsızım”, %14,5'i “katılıyorum”, %47,0'si “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,81 \pm 1,34$ ile “*Hastanede 'acil kod' olan sistem düzenli olarak uygulanır.*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.4. İSG Anketi Çalışanların Sorumluluğu Boyutunun Katılımcı cevapları

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	ort±ss
Hastanede 'acil kod' olan sistem düzenli olarak uygulanıyor mu?	n	32	24	72	48	156	3,81±1,34
	%	9,6	7,2	21,7	14,5	47	
İş sağlığı ve güvenliği açısından kendini ve diğer çalışma arkadaşlarının olumsuz etkilenmemesi için özeni gösteriyor musun?	n	28	20	72	48	164	3,90±1,30
	%	8,4	6	21,7	14,5	49,4	
İşini iş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yapıyor mu?	n	40	40	92	108	52	3,27±1,21
	%	12	12	27,7	32,5	15,7	
Hastanede sağlık ve güvenlik açısından ciddi ve ani bir tehlike olduğunda hastane yönetimine derhal haber veriliyor mu?	n	32	28	80	112	80	3,54±1,21
	%	9,6	8,4	24,1	33,7	24,1	
Hastane de sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile iş birliği yapılıyor mu?	n	24	20	88	120	80	3,63±1,12
	%	7,2	6	26,5	36,1	24,1	

İş sağlığı ve güvenliği alanında Çalışanın sorumluluğu boyutu maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların ***İş sağlığı ve güvenliği açısından kendini ve diğer çalışma arkadaşlarının olumsuz etkilenmemesi için özeni gösteririm?*** Maddesinde %8,4'ü “kesinlikle katılmıyorum” %6,0'si “katılmıyorum” %21,7'si “kararsızım”, %14,5'i “katılıyorum”, %49,4'ü “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,90 \pm 1,30$ ile “*İş sağlığı ve güvenliği açısından kendini ve diğer çalışma arkadaşlarının olumsuz etkilenmemesi için özeni gösteririm.*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların ***İşini iş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yapılır?*** Maddesinde %12,0'si “kesinlikle katılmıyorum” %12,0'si “katılmıyorum” %27,7'si “kararsızım”, %32,5'i “katılıyorum”, %15,7'si “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,27 \pm 1,21$ ile “*İşini iş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yapılır?.*” maddesine kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların ***Hastanede sağlık ve güvenlik açısından ciddi ve ani bir tehlike olduğunda hastane yönetimine derhal haber verilir.*** Maddesinde %9,6'si “kesinlikle katılmıyorum” %8,4'ü “katılmıyorum” %24,1'i “kararsızım”, %33,7'si “katılıyorum”, %24,1'i “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,54 \pm 1,21$ ile “*Hastanede sağlık ve güvenlik açısından ciddi ve ani bir tehlike olduğunda hastane yönetimine derhal haber verilir.*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür

Katılımcıların ***Hastane de sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile iş birliği yapılır.*** Maddesinde %7,2'si “kesinlikle katılmıyorum” %6,0'si “katılmıyorum” %26,5'i “kararsızım”, %36,1'i “katılıyorum”, %24,1'i “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde görüş belirtmişlerdir. Madde ortalaması $3,63 \pm 1,12$ ile “*Hastane de sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile iş birliği yapılır.*” maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.5. İSG Anketi Katılımcıların Karşılaştıkları Risk ve Tehlikelere İlişkin cevapları

		Evet	Hayır	Toplam
Hastane de çalışmaya başladığınızdan beri herhangi bir aşı yaptırdınız mı?	n	116	216	322
	%	34,9	65,1	100
Şimdiye kadar mesleki nedenlerle herhangi bir hastalığa yakalandınız mı?	n	12	320	322
	%	3,6	96,4	100
Çalıştığınız birimde tüm kursun materyallerin kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?	n	108	224	322
	%	32,5	67,5	100
Şimdiye kadar iş kazası (iğne ucu batması, kesici delici alet yaralanması vb) geçirdiniz?	n	56	276	322
	%	16,9	83,1	100
Hastane de elektrikle çarpılma olayı yaşadınız mı?	n	4	328	322
	%	1,2	98,8	100

İş sağlığı ve güvenliği alanında Katılımcıların Karşılaştıkları Risk ve Tehlikelere ile ilgili maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların *Hastane de çalışmaya başladığınızdan beri herhangi bir aşı yaptırdınız mı?* Maddesinde 116(%34,9)'ü “evet” 216(%65,1)'i “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların hastalıklara karşı koruyucu aşı yaptırmama oranlarını düşük olduğu buna çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısından risk ve tehlike arz ettiği görülmüştür.

Katılımcıların *Şimdiye kadar mesleki nedenlerle herhangi bir hastalığa yakalandınız mı?* Maddesinde 12(%3,6)'si “evet” 320(%96,4)'ü “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların mesleki bir hastalığa yakalanmaması iş sağlığı ve güvenliği olumlu bir sonuç olduğu risk ve tehlike arz etmediği görülmüştür.

Katılımcıların *Çalıştığınız birimde tüm kursun materyallerin kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?* Maddesinde 108(%32,5)'i “evet” 224(%67,5)'i

“hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği kurşun zehirlenmesi hastalığa yakalanması iş sağlığı ve güvenliği açısından risk ve tehlike arz ettiği görülmüştür.

Katılımcıların **Şimdiye kadar iş kazası (iğne ucu batması, kesici delici alet yaralanması vb) geçirdiniz mi?** Maddesinde 56(%16,9)’i “evet” 276(%83,1)’i “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği iş kazalarından dolayı hastalığa yakalanması iş sağlığı ve güvenliği açısından küçük de olsa risk ve tehlike arz ettiği görülmüştür.

Katılımcıların **Hastane de elektrikle çarpılma olayı yaşadınız mı?** Maddesinde 4(%1,2)’si “evet” 328(%98,8)’i “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği iş kazalarından elektrik çarpması iş sağlığı ve güvenliği açısından ciddi bir risk ve tehlike arz etmediği görülmüştür.

Çizelge 4.6. İSG Anketi Katılımcıların Tutumlarına İlişkin cevapları

	Sayı (N)	Yüzde (%)
Tehlikeli bir hastalıkla (HIV Aids vb.) karşılaşmış olsanız önceliğiniz ne olur?		
İşim	4	1,2
Kendi Sağlığım	328	98,8
Toplam	332	100,0

İş sağlığı ve güvenliği alanında Katılımcıların tutumları ile ilgili madde incelendiğinde;

Katılımcıların **Tehlikeli bir hastalıkla (HIV Aids vb.) karşılaşmış olsanız önceliğiniz ne olur?** Maddesinde 4(%1,2)’si “işim” 328 (%98,8)’i “sağlığım” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği HIV ve Aids, vb. hastalıklarda kendi sağlığını öncelik vermesi iş sağlığı ve güvenliği açısından ciddi bir risk ve tehlike arz etmediği görülmüştür.

4.3. İSG Anketi Katılımcıların cevaplarının tanımlayıcı verilere göre analizi

Çizelge 4.7. Katılımcıların görev yaptığı birim değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi

		N	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{X}_{sıra}$	KW	p	Farklılık kaynağı
Eğitim	İdari ve Yardımcı	116	3,76±0,71	187,81	10,039	0,007	a-c b-c,
	Sağlık Hizmetleri ^b	180	3,56±0,78	158,19			
	Radyoloji ve Röntgen ^c	36	3,42±0,77	139,39			
	Toplam	332	3,61±0,76				
İşyeri Sorumluluğu	İdari ve Yardımcı	116	3,76±0,73	206,84	43,833	0,000	a-c b-c,
	Sağlık Hizmetleri ^b	180	3,42±0,77	155,08			
	Radyoloji ve Röntgen ^c	36	2,93±0,47	93,61			
	Toplam	332	3,48±0,77				
Çalışanın Sorumluluğu	İdari ve Yardımcı	116	3,89±0,87	195,88	18,345	0,000	a-c, a-b
	Sağlık Hizmetleri ^b	180	3,45±1,04	154,23			
	Radyoloji ve Röntgen ^c	36	3,27±0,93	133,17			
	Toplam	332	3,59±0,99				

Katılımcıların görev yaptığı birim değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre;

Eğitim boyutunda İdari ve Yardımcı Hizmetlerde görev yapan çalışanların ortalaması ($3,76 \pm 0,71$; $\bar{x}_{sıra}$: 187,81); Sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların ortalaması ($3,56 \pm 0,78$; $\bar{x}_{sıra}$: 158,19); Radyoloji ve Röntgen birimine çalışanların ortalaması ($3,42 \pm 0,77$; $\bar{x}_{sıra}$: 139,39) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre İdari ve Yardımcı Hizmetler görev yapan çalışanların sağlık hizmetleri ve Radyoloji ve Röntgen çalışanlara göre daha olumlu yanıt verdiği ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür (KW: 10,039; p:0,007).

İşyeri Sorumluluğu boyutunda İdari ve Yardımcı Hizmetlerde görev yapan çalışanların ortalaması ($3,76 \pm 0,73$; $\bar{x}_{sıra}$: 206,84); Sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların ortalaması ($3,42 \pm 0,77$; $\bar{x}_{sıra}$: 155,08); Radyoloji ve Röntgen birimine çalışanların ortalaması ($2,93 \pm 0,47$; $\bar{x}_{sıra}$: 93,61) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre İdari ve Yardımcı Hizmetler görev yapan çalışanların sağlık hizmetleri ve

Radyoloji ve Röntgen çalışanlara göre daha olumlu yanıt verdiği ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür (KW: 43,833; p:0,000).

Çalışanın Sorumluluğu boyutunda İdari ve Yardımcı Hizmetlerde görev yapan çalışanların ortalaması ($3,89 \pm 0,87$; $\bar{x}_{sıra}$: 195,88); Sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların ortalaması ($3,45 \pm 1,04$; $\bar{x}_{sıra}$: 154,23); Radyoloji ve Röntgen birimine çalışanların ortalaması ($3,27 \pm 0,93$; $\bar{x}_{sıra}$: 133,17) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre İdari ve Yardımcı Hizmetler görev yapan çalışanların sağlık hizmetleri ve Radyoloji ve Röntgen çalışanlara göre daha olumlu yanıt verdiği ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür (KW: 18,345; p:0,000).

Çizelge 4.8. Katılımcıların yaş değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi

		N	Mean	$\bar{x}_{sıra}$	KW	p	Farklılık
Eğitim	20 yaş altı	92	$3,55 \pm 0,69$	159,98	11,207	0,057	
	20-25	36	$3,79 \pm 0,86$	198,72			
	26-30	72	$3,60 \pm 0,68$	159,50			
	31-35	56	$3,48 \pm 0,78$	141,79			
	36-40	40	$3,80 \pm 0,76$	183,90			
	41 yaş üstü	36	$3,67 \pm 0,98$	184,06			
	Toplam	332	$3,62 \pm 0,77$				
İşyeri Sorumluluğu	20 yaş altı ^a	92	$3,54 \pm 0,74$	168,50	39,255	0,000	a-b, a-d, a-e, b-c, b-e, b-f
	20-25 ^b	36	$3,15 \pm 0,55$	114,06			
	26-30^c	72	$3,65 \pm 0,81$	192,94			
	31-35 ^d	56	$3,13 \pm 0,78$	120,64			
	36-40^e	40	$3,79 \pm 0,75$	213,10			
	41 yaş üstü ^f	36	$3,62 \pm 0,74$	180,50			
	Toplam	332	$3,49 \pm 0,77$				
Çalışanın sorumluluğa	20 yaş altı ^a	92	$3,61 \pm 1,00$	169,20	24,736	0,000	a-d,a-e,b-e,b-b-f
	20-25 ^b	36	$3,39 \pm 1,13$	147,83			
	26-30 ^c	72	$3,67 \pm 0,79$	170,06			
	31-35 ^d	56	$3,13 \pm 0,95$	121,36			
	36-40 ^e	40	$4,00 \pm 0,78$	206,30			
	41 yaş üstü ^f	36	$3,86 \pm 1,23$	197,17			
	Toplam	332	$3,59 \pm 1,00$				

Katılımcıların yaş değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre;

Eğitim boyutunda 20 yaş altı görev yapan çalışanların ortalaması ($3,55 \pm 0,69$; $\bar{x}_{sıra} : 159,98$); 20-25 yaş görev yapan çalışanların ortalaması ($3,79 \pm 0,86$; $\bar{x}_{sıra} : 188,72$); 26-30 yaş çalışanların ortalaması ($3,60 \pm 0,68$; $\bar{x}_{sıra} : 159,50$); 31-35 yaş çalışanların ortalaması ($3,48 \pm 0,78$; $\bar{x}_{sıra} : 141,79$); 36-40 yaş çalışanların ortalaması ($3,80 \pm 0,76$; $\bar{x}_{sıra} : 183,90$); 41 yaş üstü çalışanların ortalaması ($3,67 \pm 0,98$; $\bar{x}_{sıra} : 184,06$); olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çalışanların yaş bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir (KW: 9,207; p:0,057).

İşyeri sorumluluğu boyutunda 20 yaş altı görev yapan çalışanların ortalaması ($3,54 \pm 0,74$; $\bar{x}_{sıra} : 168,50$); 20-25 yaş görev yapan çalışanların ortalaması ($3,15 \pm 0,55$; $\bar{x}_{sıra} : 114,06$); 26-30 yaş çalışanların ortalaması ($3,65 \pm 0,81$; $\bar{x}_{sıra} : 192,94$); 31-35 yaş çalışanların ortalaması ($3,13 \pm 0,78$; $\bar{x}_{sıra} : 120,64$); 36-40 yaş çalışanların ortalaması ($3,79 \pm 0,75$; $\bar{x}_{sıra} : 120,64$); 41 yaş üstü çalışanların ortalaması ($3,62 \pm 0,74$; $\bar{x}_{sıra} : 180,50$); olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; 26-30; 36-40 ve 41 yaş üstü olan çalışanların, 20-25, 31-35 yaş aralığında çalışanlara göre daha olumlu yanıt vermiştir. İş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmüştür (KW: 39,207; p:0,000).

Çalışanların sorumluluğu boyutunda 20 yaş altı görev yapan çalışanların ortalaması ($3,61 \pm 1,00$; $\bar{x}_{sıra} : 169,20$); 20-25 yaş görev yapan çalışanların ortalaması ($3,39 \pm 1,13$; $\bar{x}_{sıra} : 147,83$); 26-30 yaş çalışanların ortalaması ($3,67 \pm 0,79$; $\bar{x}_{sıra} : 170,06$); 31-35 yaş çalışanların ortalaması ($3,13 \pm 0,95$; $\bar{x}_{sıra} : 121,36$); 36-40 yaş çalışanların ortalaması ($4,00 \pm 0,78$; $\bar{x}_{sıra} : 206,30$); 41 yaş üstü çalışanların ortalaması ($3,86 \pm 1,23$; $\bar{x}_{sıra} : 197,17$); olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; 36-40 ve 41 yaş üstü olan çalışanların, 20-25; 31-35 yaş çalışanlara göre daha

olumlu yanıt vermiştir. İş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmüştür (KW: 24,736; p:0,000).

Çizelge 4.9. Katılımcıların Medeni durum değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının MWU testi analizi sonuçları

	Medeni Durum	N	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x}_{sıra}$	$\bar{x}_{sıra toplam}$	MWU	z	p
Eğitim	Evli	156	3,62±0,75	164,60	25678,00	13432,000	-,341	,733
	Bekar	176	3,61±0,78	168,18	29600,00			
İşyeri sorumluluğu	Evli	156	3,52±0,78	173,53	27070,00	12632,000	-1,256	,209
	Bekar	176	3,45±0,76	160,27	28208,00			
Çalışan sorumluluğu	Evli	156	3,64±0,95	169,17	26390,00	13312,000	-,479	,632
	Bekar	176	3,54±1,03	164,14	28888,00			

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının MWU analizi sonuçlarına göre;

Eğitim boyutunda evli çalışanların ortalaması ($3,62 \pm 0,75$; $\bar{x}_{sıra}$: 164,60); Bekar çalışanların ortalaması ($3,61 \pm 0,78$; $\bar{x}_{sıra}$: 168,18) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çalışanların medeni durum bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir (MWU: 13432,0; z:-0,341, p:0,733).

İşyeri sorumluluğu boyutunda evli çalışanların ortalaması ($3,52 \pm 0,78$; $\bar{x}_{sıra}$: 173,53); Bekar çalışanların ortalaması ($3,45 \pm 0,76$; $\bar{x}_{sıra}$: 160,27) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çalışanların medeni durum bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir (MWU: 12632,0; z:-1,256, p:0,209).

Çalışanların sorumluluğu boyutunda evli çalışanların ortalaması ($3,64 \pm 0,95$; $\bar{x}_{sıra}$: 169,17); Bekar çalışanların ortalaması ($3,54 \pm 1,03$; $\bar{x}_{sıra}$: 164,14) olarak

bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çalışanların medeni durum bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir (MWU: 13312,0; z:-0,479, p:0,632).

Han (2015)Ağır metal üretimi yapan fabrika çalışanlarında yapılan çalışmada bekar olanların daha fazla iş kazası geçirdiği bulunmuştur. Evli işçilerin daha düzenli bir hayata geçmelerinin ve sorumluluklarının artmasının olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda bu yönde bir bulguya rastlanılmamıştır

Çizelge 4.10. Katılımcıların Eğitim Düzeyi değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının KW analizi sonuçları

		N	x±ss	xsıra	KW	p	Farklılık Kaynağı
Eğitim	Lise ^a	152	3,54±0,79	170,00	4,469	,215	
	Önlisans ^b	96	3,69±0,77	168,00			
	Lisans ^c	64	3,71±0,69	160,97			
	Yüksek lisans ^d	20	3,54±0,70	140,90			
	Toplam	332	3,61±0,76	185,38			
İşyeri sorumluluğu	Lise ^a	152	3,51±0,75	166,87	9,512	,023	c-d, c-a, c-b
	Önlisans ^b	96	3,37±0,83	156,42			
	Lisans ^c	64	3,70±0,66	193,25			
	Yüksek lisans ^d	20	3,18±0,79	126,50			
	Toplam	332	3,48±0,77				
Çalışanların sorumluluğu	Lise ^a	152	3,68±1,04	177,61	10,341	,016	a-d, b-d, c-d
	Önlisans ^b	96	3,50±1,05	158,42			
	Lisans ^c	64	3,70±0,72	170,50			
	Yüksek lisans ^d	20	2,95±0,98	108,10			
	Toplam	332	3,59±0,99				

Katılımcıların Eğitim Düzeyi değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının KW analizi sonuçlarına göre;

Eğitim boyutunda Lise eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,54 \pm 0,79$; $\bar{x}_{sıra} : 170,00$); Önlisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,69 \pm 0,77$; $\bar{x}_{sıra} : 168,00$), Lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,71 \pm 0,69$; $\bar{x}_{sıra} : 160,97$), Yüksek lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,54 \pm 0,70$; $\bar{x}_{sıra} : 140,90$), olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çalışanların eğitim düzeyi değişkenine bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir (KW: 4,469; p:0,215).

İşyeri sorumluluğu boyutunda Lise eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,51 \pm 0,75$; $\bar{x}_{sıra} : 166,87$); Önlisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,37 \pm 0,83$; $\bar{x}_{sıra} : 156,42$), Lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,70 \pm 0,66$; $\bar{x}_{sıra} : 193,25$), Yüksek lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,18 \pm 0,79$; $\bar{x}_{sıra} : 126,50$), olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çalışanların eğitim düzeyi değişkenine bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda göre lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların lise, önlisans ve yüksek lisans eğitim düzeyine sahip çalışanlara göre daha olumlu yanıt vermiş anlamlı bir farklılık görülmüştür (KW: 9,512; p:0,023).

Çalışanların sorumluluğu boyutunda Lise eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,68 \pm 1,04$; $\bar{x}_{sıra} : 177,61$); Önlisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,50 \pm 1,05$; $\bar{x}_{sıra} : 158,42$), Lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($3,70 \pm 0,72$; $\bar{x}_{sıra} : 170,50$), Yüksek lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların ortalaması ($2,95 \pm 0,98$; $\bar{x}_{sıra} : 108,10$), olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çalışanların eğitim düzeyi değişkenine bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda göre yüksek lisans eğitim düzeyine sahip

çalışanların lise, önlisans ve lisans eğitim düzeyine sahip çalışanlara göre daha olumsuz yanıt vermiş anlamlı bir farklılık görülmüştür (KW:10,341; p:0,016).

Çizelge 4.11. Katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının KW analizi sonuçları

		N	X±ss	Xsıra	KW	p	Farklılık kaynağı
Eğitim	1-5 yıl ^a	216	3,56±0,70	160,80	34,640	,000	c-a, c-b, c-e d-a, d-b, d-e
	6-10 yıl ^b	40	3,68±0,65	167,30			
	11-15 yıl^c	48	3,85±0,81	195,17			
	16-20 yıl^d	16	4,28±0,79	245,00			
	21 yıl ve üstü ^e	12	2,52±0,69	47,17			
	Toplam	332	3,61±0,76				
İşyeri sorumluluğu	1-5 yıl ^a	216	3,46±0,75	161,09	18,759	,001	c-a, c-b, c-e d-a, d-b, d-e
	6-10 yıl ^b	40	3,41±0,85	163,30			
	11-15 yıl^c	48	3,75±0,73	201,17			
	16-20 yıl^d	16	3,76±0,72	206,00			
	21 yıl ve üstü ^e	12	2,77±0,62	83,17			
	Toplam	332	3,48±0,77				
Çalışanın sorumluluğu	1-5 yıl ^a	216	3,58±0,99	166,69	20,779	,000	c-a, c-b, c-e d-a, d-b, d-e
	6-10 yıl ^b	40	3,57±0,82	157,90			
	11-15 yıl^c	48	3,83±1,04	191,50			
	16-20 yıl^d	16	3,87±0,93	193,00			
	21 yıl ve üstü ^e	12	2,41±0,65	56,50			
	Toplam	332	3,59±0,99				

Katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının KW analizi sonuçlarına göre;

Eğitim boyutunda 1-5 çalışma yılına sahip çalışanların ortalaması ($3,56 \pm 0,70$; $\bar{x}_{sıra} : 160,00$); 6-10 çalışma yılına sahip çalışanların ortalaması ($3,68 \pm 0,65$; $\bar{x}_{sıra} : 167,30$), 11-15 yıl çalışma süresine sahip çalışanların ortalaması ($3,85 \pm 0,81$; $\bar{x}_{sıra} : 195,17$), 16-20 yıl çalışması süresine sahip çalışanların ortalaması ($4,28 \pm 0,79$; $\bar{x}_{sıra} : 245,00$), 21 yıl üstü çalışma süresine sahip çalışanların ortalaması ($2,52 \pm 0,69$; $\bar{x}_{sıra} : 47,17$), olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre 11-15 ve 16-20 yıl çalışma süresi olan Çalışanların 1-5, 6-10 ve 21 yıl üstü çalışanlara göre iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevapların daha olumlu olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (KW: 34,640; p:0,00).

İşyeri sorumluluğu boyutunda 1-5 çalışma yılına sahip çalışanların ortalaması ($3,46 \pm 0,75$; $\bar{x}_{sıra} : 161,09$); 6-10 çalışma yılına sahip çalışanların ortalaması ($3,41 \pm 0,85$; $\bar{x}_{sıra} : 163,30$), 11-15 yıl çalışma süresine sahip çalışanların ortalaması ($3,75 \pm 0,73$; $\bar{x}_{sıra} : 201,17$), 16-20 yıl çalışması süresine sahip çalışanların ortalaması ($3,76 \pm 0,72$; $\bar{x}_{sıra} : 206,00$), 21 yıl üstü çalışma süresine sahip çalışanların ortalaması ($2,77 \pm 0,62$; $\bar{x}_{sıra} : 83,17$), olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre 11-15 ve 16-20 yıl çalışma süresi olan Çalışanların 1-5, 6-10 ve 21 yıl üstü çalışanlara göre iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevapların daha olumlu olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (KW: 18,759; p:0,001).

Çalışanın sorumluluğu boyutunda 1-5 çalışma yılına sahip çalışanların ortalaması ($3,58 \pm 0,99$; $\bar{x}_{sıra} : 166,69$); 6-10 çalışma yılına sahip çalışanların ortalaması ($3,57 \pm 0,82$; $\bar{x}_{sıra} : 157,90$), 11-15 yıl çalışma süresine sahip çalışanların ortalaması ($3,83 \pm 1,04$; $\bar{x}_{sıra} : 191,50$), 16-20 yıl çalışması süresine sahip çalışanların ortalaması ($3,87 \pm 0,93$; $\bar{x}_{sıra} : 193,00$), 21 yıl üstü çalışma süresine sahip çalışanların ortalaması ($2,41 \pm 0,65$; $\bar{x}_{sıra} : 56,50$), olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre 11-15 ve 16-20 yıl çalışma süresi olan Çalışanların 1-5, 6-10 ve 21

yıl üstü çalışanlara göre iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevapların daha olumlu olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (KW: 20,799; p:0,000).



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Araştırmamıza katılan 332 Katılımcının %24,7'si 20 yaş altında, %10,8'i 20-25, %21,7'si 26-30, %16,9'ü 31-35, %12,0'si 36-40, %10,8'i 41 ve üstü yaş gurubu çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %47,0'si evli, %53,0'ü bekar çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %45,8'i Lise, %28,9'ü Önlisans, %19,3'ü Lisans, %6,0'si Yüksek lisans eğitim düzeyine sahip olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Katılımcıların %65,1'i 1-5 yıl, %12,0'si 6-10 yıl, %14,5'i 11-15 yıl, %4,8'i 16-20 yıl, %3,6'si 21 yıl ve üstü yıl çalışma süresine sahip çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcılardan %34,9'ü İdari veya Yardımcı hizmetlerde, %54,2'si Sağlık hizmetlerinde ve %10,8'i Radyoloji veya Röntgen hizmetlerinde görev yapan çalışanlardan oluşmaktadır.

İş sağlığı ve güvenliği alanında yapılan eğitimler boyutu maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların Çalışanların 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu. İş sağlığı ve güvenliğine dikkat edilmesi iş verimliliği kalitesini artırdığı görüşüne **Hastanede herhangi bir kaza ile karşılaşma anında bilgi düzeylerinin yeterli olduğu** görüşüne, İş kazalarına karşı alınması gereken tıbbi tedbir ve tıbbi malzemeleri bildiği görüşüne; Hastanedeki makina, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde ve diğer araçları doğru şekilde kullanıldığı görüşüne; **Herhangi bir klinik laboratuvar uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkama alışkanlığına** sahip olduğu görülmüştür.

Çalışanların **Hastanede yangın, depre, patlama gibi acil durumlar için düzenli olarak tatbikat yapıldığı?** Maddesine kararsızlık düzeyine belirttikleri görülmüştür.

İş sağlığı ve güvenliği alanında işverenin sorumluluğu boyutu maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların *Çalıştığınız kurumda iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgilendirildi* %57'i yapıldı ve Kesinlikle yapıldığını; Katılımcıların *Hastanede kullanıldığınız aktif alanlarının aydınlatması yeterlimi?* %67,5'ü "yeterli" veya "Kesinlikle yeterli"; Katılımcıların *Kullandığınız merdivenler güvenli mi?* Maddesinde %49,4'ü "güvenli" veya , "Kesinlikle güvenli" Katılımcıların *Çalıştığınız yerde dozimetre ölçümleri düzenli olarak yapılıyor mu?* Maddesinde %43,4'ü "yapılıyor" veya "Kesinlikle yapılıyor" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,33 \pm 1,33$ ile "kararsızım" görüşü belirlenmiştir. Katılımcıların *Hastanede dışardan rahatsız edici ses ve gürültü geliyor mu?* Maddesinde %50,6 "gelmiyor", veya "Kesinlikle gelmiyor" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,21 \pm 1,55$ ile "katılıyorum" görüşü belirlenmiştir. Katılımcıların *Engelli personel ve hastalar için yeterli önlemler var mı?* Maddesinde %24,1'i "kararsızım", %47,5'i "yeterli" veya "Kesinlikle yeterli" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,25 \pm 1,44$ ile "kararsızım" görüşü belirlenmiştir. Katılımcıların *Çalıştığınız birimde risklere ve kazalara karşı kendinizi güvenli hissediyor musunuz?* %57,6'si "hissediyorum", veya "Kesinlikle hissediyorum" düzeyinde $3,56 \pm 1,26$ ortalaması ile "hissediyorum" görüşü belirlenmiştir. Katılımcıların *Kurumunuzda iş sağlığı ye güvenliği kurulu var mı?* %68,7'i "var", veya "Kesinlikle var" düzeyinde görüş belirmişlerdir. Madde ortalaması $3,93 \pm 1,20$ ile "*iş sağlığı ye güvenliği kurulu var*" görüşü belirlenmiştir. Çalışanların *iş sağlığı ye güvenliği kurulu var olduğu* görülmüştür. Katılımcıların *Hastanede radyolojik cihazların kullanım kılavuzları var mı, var ise anlaşılıyor mu?* Maddesinde %53,0'i "var", veya "Kesinlikle var" düzeyinde $3,51 \pm 1,10$ ortalaması ile katıldıkları görülmüştür. Katılımcıların *Hastanede radyolojik cihazların kullanım kılavuzları var mı, var ise anlaşılıyor mu?* Maddesinde %53,5'i "var" veya "Kesinlikle var" düzeyinde $3,51 \pm 1,10$ ortalamasıyla katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Herhangi bir işlem sırasında eldiven, maske, gömlek vb. Kişisel koruyucuları kullanma sıklığına nedir?* Maddesinde %31,3'i

“kararsızım”, %67,5’i “sık kullarım”, veya “çok sık kullarım” düzeyinde $3,89 \pm 1,10$ ortalaması ile sık kullarım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede radyolojide çalışanların ise giriş ve işten ayrılma raporları alınarak işe uygunluğu tespit ediliyor?* Maddesinde %32,5’i “kararsızım”, %42,2’si “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,18 \pm 1,33$ ortalaması ile maddesine kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalıştığınız birimde çalışanların performansı ve memnuniyet belirli aralıklarla ölçülüyor mu?* Maddesinde %28,9’i “kararsızım”, %31,3’ü “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,00 \pm 1,35$ ortalaması ile kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalışma ortamında termal konfor yeterlidir?* Maddesinde %21,7’si “kararsızım”, %45,8’i “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,00 \pm 1,35$ ortalaması ile kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalışma ortamında temizlik ve havalandırma düzenleri yeterlidir.* Maddesinde %57,8’i “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,44 \pm 1,49$ ortalaması ile katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalışma ortamının can ve mal güvenliği açısından yeterlidir.* Maddesinde %32,5’i “kararsızım”, %49,4’ü “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,56 \pm 1,24$ ortalaması ile katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Çalıştığınız birimde radyasyon alanı olduğunu gösteren uyarı levhaları her zaman görünür yerde mi?* Maddesinde %60,3’ü “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,69 \pm 1,46$ ortalaması ile katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Bir çalışan olarak hastanenizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmak zorunludur.* Maddesinde %62,6’si “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,81 \pm 1,34$ ortalaması ile katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede 'acil kod' olan sistem düzenli olarak uygulanır.* Maddesinde %21,7'si “kararsızım”, %61,5'i “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,81 \pm 1,34$ ortalaması ile katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

İş sağlığı ve güvenliği alanında Katılımcıların tutumları ile ilgili madde incelendiğinde; Katılımcıların *Tehlikeli bir hastalıkla (HIV Aids vb.) karşılaşmış olsanız önceliğiniz ne olur?* Maddesinde %1,2'si “işim” %98,8'i “sağlığım” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği HIV ve Aids, vb. hastalıklarda kendi sağlığını öncelik vermesi iş sağlığı ve güvenliği açısından ciddi bir risk ve tehlike arz etmediği görülmüştür.

Çalışanların *Laboratuvarlarınızda tehlike ve risk belirlemesi yapıldı* görüşüne kararsızlık düzeyinde görülmüştür.

İş sağlığı ve güvenliği alanında Çalışanın sorumluluğu boyutu maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların *İş sağlığı ve güvenliği açısından kendini ve diğer çalışma arkadaşlarının olumsuz etkilenmemesi için özeni gösteririm?* Maddesinde %63,9'ü “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,90 \pm 1,30$ ile ortalaması katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *İşini iş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yapılır?* Maddesinde %27,7'si “kararsızım”, %48,2'si “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,27 \pm 1,21$ ortalaması ile kararsızım düzeyinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların *Hastanede sağlık ve güvenlik açısından ciddi ve ani bir tehlike olduğunda hastane yönetimine derhal haber verilir.* Maddesinde %24,1'i “kararsızım”, %57,8'i “katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,54 \pm 1,21$ ortalaması ile katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür

Katılımcıların *Hastane de sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile iş birliği yapılır.* Maddesinde %26,5'i “kararsızım”, %60,2'si

“katılıyorum”, veya “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde $3,63 \pm 1,12$ ortalaması maddesine katılıyorum düzeyinde olduğu görülmüştür.

İş sağlığı ve güvenliği alanında Katılımcıların Karşılaştıkları Risk ve Tehlikelere ile ilgili maddeleri incelendiğinde;

Katılımcıların ***Hastane de çalışmaya başladığınızdan beri herhangi bir aşı yaptırdınız mı?*** Maddesinde %65,1’i “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların hastalıklara karşı koruyucu aşı yaptırma oranlarını düşük olduğu buna çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısından risk ve tehlike arz ettiği görülmüştür.

Katılımcıların ***Çalıştığınız birimde tüm kursun materyallerin kontrolü düzenli olarak yapılıyor mu?*** Maddesinde %67,5’i “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği kurşun zehirlenmesi hastalığa yakalanması iş sağlığı ve güvenliği açısından risk ve tehlike arz ettiği görülmüştür.

Katılımcıların ***Şimdiye kadar iş kazası (iğne ucu batması, kesici delici alet yaralanması vb) geçirdiniz mi?*** Maddesinde %83,1’i “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği iş kazalarından dolayı hastalığa yakalanması iş sağlığı ve güvenliği açısından küçük de olsa risk ve tehlike arz ettiği görülmüştür.

Katılımcıların ***Şimdiye kadar mesleki nedenlerle herhangi bir hastalığa yakalandınız mı?*** Maddesinde %96,4’ü “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların mesleki bir hastalığa yakalanmaması iş sağlığı ve güvenliği olumlu bir sonuç olduğu risk ve tehlike arz etmediği görülmüştür.

Katılımcıların ***Hastane de elektrikle çarpılma olayı yaşadınız mı?*** Maddesinde %98,8’i “hayır” cevabını vermişlerdir. Bu maddeye çalışanların maruz kalabileceği iş kazalarından elektrik çarpması iş sağlığı ve güvenliği açısından ciddi bir risk ve tehlike arz etmediği görülmüştür.

Katılımcıların görev yaptığı birim değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre; Eğitim boyutunda, İşyeri Sorumluluğu boyutunda ve Çalışanın Sorumluluğu boyutunda İdari ve Yardımcı Hizmetler görev yapan çalışanların sağlık hizmetleri ve

Radyoloji ve Röntgen çalışanlara göre daha olumlu yanıt verdiği ve anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaş değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre; Eğitim boyutunda Çalışanların yaş bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir. İşyeri sorumluluğu boyutunda ve Çalışanların sorumluluğu boyutunda; 26-30; 36-40 ve 41 yaş üstü olan çalışanların, 20-25, 31-35 yaş aralığında çalışanlara göre daha olumlu yanıt vermiştir. İş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğinin Boyutlarının MWU analizi sonuçlarına göre; Eğitim boyutunda, İşyeri sorumluluğu boyutunda ve Çalışanların sorumluluğu boyutunda Çalışanların medeni durum bağlamında iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Eğitim boyutunda İşyeri sorumluluğu ve Çalışanların sorumluluğu iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevaplarda göre lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların lise, önlisans ve yüksek lisans eğitim düzeyine sahip çalışanlara göre daha olumlu yanıt vermiş anlamlı bir farklılık görülmüştür

Katılımcıların çalışma süresi değişkenine göre; Eğitim boyutunda, İşyeri sorumluluğu boyutunda ve Çalışanların sorumluluğu boyutunda 11-15 ve 16-20 yıl çalışma süresi olan Çalışanların 1-5, 6-10 ve 21 yıl üstü çalışanlara göre iş sağlığı ve güvenliği boyutlarına verdiği cevapların daha olumlu olduğu ve anlamlı bir farklılık oluşturmuştur.

Sonuç olarak

Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesinde; İş sağlığı ve güvenliği alanında çalışanlara verilen eğitimlerin yeterli düzeyde olduğu fakat alınan eğitimlerin zamanla unutulacağından ve tekrarlanması ve ayrıca acil durumlarla tatbikat yapılması gerektiği;

İş sağlığı ve güvenliği alanında işverenin sorumluluğu boyutu maddeleri incelendiğinde; işyeri tarafından çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği konusunda bilgilendirildiği, yeterli aydınlatmanın yapıldığı, merdivenlerin yeterli ve güvenilir olduğu, ilgili alanlardaki radyasyon ölçümlerinin yapıldığı, çalışma ortamında uygun ses düzeyinde olduğu, engelli personeller için gerekli önlemlerin alındığı, İş güvenliği ilgili araç ve gereçlerin hakkına uyarıcı ve bilgilendirici kılavuzların bulunduğu, çalışanların eldiven ve maskeleri uygun yerlerde kullandıkları, havalandırma ve temizlik ve havalandırmanın yeterli olduğu, çalışanların için güvenlik tedbirlerinin alındığı sonucuna varılmıştır. Ancak *Hastanede radyolojide çalışanların ise giriş ve işten ayrılma raporları alınarak işe uygunluğu tespit ediliyor? Çalıştığınız birimde çalışanların performansı ve memnuniyet belirli aralıklarla ölçülüyor mu? ; Çalışma ortamında termal konfor yeterlidir?* Maddelerinde yeterli düzeyinde olduğu görülmüştür.

İş sağlığı ve güvenliği alanında Çalışanın sorumluluğu boyutu maddeleri incelendiğinde; Katılımcıların iş yerinin tarafından verilen talimatlara uyduğunu, acil bir durumda yetkililere haber verildiği, çalışan ve işveren arasında iş birliğinin bulunduğu görülmüştür.

İş sağlığı ve güvenliği alanında Katılımcıların Karşılaştıkları Risk ve Tehlikelere ile ilgili maddeleri incelendiğinde; Katılımcıların büyük kısmının çalışma süresinde koruyu aşı yapılmadığı, çalışanların kullandıkları kurşun veya diğer maddelerin kontrolünün yeterince yapılmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların çok büyük kısmının, iş kazası geçirmediği (iğne batması, elektrik çarpması gibi) görülmüştür.

Katılımcıların görev yaptığı birim değişkenine göre Eğitim boyutunda, İşyeri Sorumluluğu boyutunda ve Çalışanın Sorumluluğu boyutunda İdari ve Yardımcı Hizmetler görev yapan çalışanların sağlık hizmetleri ve Radyoloji ve Röntgen çalışanlara göre daha olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

Katılımcıların yaş değişkenine göre İşyeri sorumluluğu boyutunda ve Çalışanların sorumluluğu boyutunda; 26-30; 36-40 ve 41 yaş üstü olan çalışanların, 20-25, 31-35 yaş aralığında çalışanlara göre daha olumlu yanıt vermiştir. Yaşın ilerlemesi ile iş güvenliği güvenliğine verilen önemini artığı görülmüştür

Katılımcıların Eğitim Düzeyi değişkenine göre İş Sağlığı ve Güvenliğine verilen önemde lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların olumlu yanıt verdiği belirlenmiştir

Çalışma süresi değişkenine göre, İşyeri sorumluluğu boyutunda ve Çalışanın sorumluluğu boyutunda 11-15 ve 16-20 yıl çalışma süresi olanların daha olumlu yanıt verdiği görülmüştür.

5.2. Öneriler

Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesinde iş sağlığı ve güvenliği alanında oldukça yeterli olduğu görülmüştür. Fakat çalışanların işe başlama ve sonrasında koruyucu aşı yaptırmadığı, özellikle işe yeni başlayan, ilk ve orta eğitim düzeyine sahip ve radyoloji ve laboratuvarlarla çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği alanında eğitim, seminer ve uygulamalı eğitim verilmesi önerilmektedir.

İş sağlığı ve güvenliği alanında Katılımcıların Tehlikeli bir hastalıkla karşılaşması durumunda çok yüksek oranda kendi sağlığı önem vereceğini iş sağlığı ve güvenliği açısından ciddi bir risk ve tehlike arz etmediği görülmüştür.

KAYNAKLAR

- Akbulut, T. (1996). İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, 5.Baskı, İstanbul.
- Akıllı, H., & Aydoğdu, Ö. (2013). İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi. MTA Doğal Kaynaklar ve Ekonomi Bülteni, 16, 245-250.
- Akın, L. (2005). İş Sağlığı ve Güvenliğinde İş Yerinin Örgütlenmesi, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 54(1), 1-60.
- Akkaya, G. (2007). Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma. Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Bilim Dalı, İstanbul
- Akman, İ.M. (2003). OHSAS 18001 iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi ve inşaat sektöründe uygulanması. Yüksek lisans tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Akpınar T., Baki Yiğit Ç., (2014), "İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından İşverenin Risk Değerlendirme Yükümlülüğü", Çalışma ve Toplum, Sayı 40, ss.273-304.
- Aksay K., Fatih O., ve Kurutkan M. Nurullah, (2012), "Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 4, ss.121 -142.
- Alp, E., Bozkurt, M., ve Başçiftçi, İ. (2012). Hastane malzemelerinin sağlık çalışanlarının postürüne etkileri. Sakarya University Journal of Science, 16(3), 221-226.
- Alper, Y. (1992). Bazı Ülkelerde İşçi Sağlığı- İş Güvenliği Uygulamaları ve Türkiye'deki Uygulama ile Karşılaştırılması. İstanbul Üni. Yayınları. 83-101.
- Altuntaş, E. (2011), Kapitalist Üretim Tarzı ve İş Kazaları. Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 11-25.

- Anadolu Üniversitesi. (2014). İş sağlığı ve Güvenliği, Açıköğretim Yayınları Eskişehir,
- Aslan, F. E. ve Öntürk Kan, Z. (2011). Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 4(41).
- Aydın, F. (2014). Avrupa Birliği'nde İş Sağlığı ve Güvenliği. ÇSGB Yayın No: 11. Ankara.
- Aydın, U., Karaca, N.G., Özgüler, V.C., Karaca, E., Güngör, Y, ve Demir, M. Dişi (2013). Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminin İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Rolü. Anadolu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi. 27(4), 24-45.
- Aytaç, S., (Ekim 2011), "İş Kazalarını Önlemede Güvenlik Kültürünün Önemi", TÜRKMETAL Dergisi, ss.30 - 33.
- Bagnara,S. Tartaglia,R. (2007). *Patient safety: An old and a new issue*. Theoretical Issues in Ergonomics Science, 8, 365-369.
- Balkır, G. Z. (2012). İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkının Korunması, İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Organizasyonu, Sosyal Güvenlik Dergisi, 1, 59-91.
- Baloğlu, C. (2014). İşverenlerin iş kazalarından doğan hukuki sorumluluğu. Kamu-İş, 13(3), 108-109.
- Baradan, S. (2006). Türkiye İnşaat Sektöründe İş Güvenliğinin Yeri ve Gelişmiş Ülkelerle Kıyaslanması. DEÜ Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi. 8(1), 87-100.
- Başer, E. (2011). I. Sanayi Devriminde Teknolojik Gelişmenin Rolü. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Başhelvacıoğlu, S.V, ve Ceylan, H. (2011). Risk Değerlendirme Tablosu Yöntemi İle Risk Analizi. International Journal of Engineering Research and Development, 3(2), 25-33.

- Bıçkıcı, F. (2015). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 5(1), 47-48.
- Birgen, N., Okudan, M., İnancı, M.A., ve Okyay, M. (1999). İş Kazasına Bağlı Olgularda Maluliyet Oranı Hesaplanması: Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni, 4(3), 101-8.
- Bütüner, O. (2011). *İşletmelerde örgüt kültürü ve örgütsel değerlerin iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına etkisi üzerine bir araştırma*. Yüksek lisans tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Camkurt M. İş yeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerin iş kazaları üzerindeki etkileri. TÜHİS İş Hukuku Ve İktisat Dergisi, 2007 Mayıs – Ağustos; 6 (20):1.
- Camkurt, M.Z. (2007). İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 20(6), 82.
- Centel, T. (2000). İş Sağlığı ve İş Güvenliği Mevzuatı. İstanbul: Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası.
- Ceylan, H. (2011). Türkiye'deki İş Kazalarının Genel Görünümü Ve Gelişmiş Ülkelerle Kıyaslanması. International Journal of Engineering Research and Development, 3(2), 18-24.
- Ceylan, H. (2012). Türkiye'deki İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Electronic Journal of Vocational Colleges, 94-104.
- Ceylan, H., ve Başhelvacı, V.S. (2011). Risk Değerlendirme Tablosu Yöntemi ile Risk Analizi: Bir Uygulama. Uluslararası Mühendislik Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 3(2), 25-33.
- Cooper D., (2009). Behavioral Safety Interventions: A Review Of Process Design Factors. Professional Safety, s. 36-45
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2012). Hizmet İçi Eğitim Kitabı. Ankara.
- Çelik Çelik, A., (2014). Ölüm Nedeniyle Destekten Yoksunluk, Ankara, Seçkin Yayınları.

- Çelikçapa, S. (2015). İş Sağlığı ve Güvenliği "Tekstil Sektöründe Risk Değerlendirmesi. Türkiye, Ekin Yayınları, s.2.
- Çetinkal A., "İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışmalarında Çalışan Katılımının Rolü", Mercek Dergisi, S.67, İstanbul, 2012, s.117
- Çiçek, B. (2016). Hastanelerde kurum ev idaresi personeli perspektifinden iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının ve güvenlik kültürüne ilişkin algı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çiçek, Ö., ve Öçal, M. (2016). Dünyada ve Türkiye'de iş sağlığı ve iş güvenliğinin tarihsel gelişimi. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 5(11), 106-129.
- Çilengiroğlu, O. (2006). AB'ye uyum sürecinde Türkiye'de iş sağlığı ve iş güvenliği. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çinel, İ. (2010). Tersanelerde ISO 14001 çevre yönetim sistemi ve OHSAS 18001 iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi uygulamaları. Yüksek lisans tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Çopur, S., Varlı, B., Avşar, M., ve Şenbaş, M. (2006). Ege Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Kazası Geçirme Durumlarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(2), 158-160.
- Dağlı, G., (2007). *Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Çalışanlarının Güvenliği, Üniteye Korunma ve Örgütlenme Modelleri*. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi kitabı, Antalya
- Demirbilek, T. (2005). İş Güvenliği Kültürü. Legal Yayıncılık, Ankara
- Demirbilek, T., ve Çakır, Ö. (2008). Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımını Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Değişkenler. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 23(2), 173-191.

- Demirkaya S., İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliğini Sağlama Borcu ve İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin İşyeri (İşletme) Dışından Temini, Anadolu Üniversitesi (ANAÜ), SBE, YYLT, Eskişehir, 2014, s.66
- Devebakan Nevzat, (2007), Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Doktora Tezi, T.C Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İzmir
- Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Devebakan, N. ve Paşalı, N. (2015). Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi standartlarının çalışan güvenliği açısından çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: İzmir ilinde bir araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18(2), 123-142.
- Dizdar, E. N. (2006), İş Güvenliği ABP Yayıncılık, İstanbul.
- Doğan Merih, Y, Yaşar Kocabey, M., Çırpı, F., Bolca, Z., & Cerrah Celayir A. (2009/ 3 yıl içerisinde görülen kesici-delici alet yaralanmalarının epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik önlemler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40(1), 11-12.
- Durgun, S. (2006). Örgüt kültürü ve örgütsel iletişim. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi. 3(2), 114.
- Dursun, S. (2012). İş Güvenliği Kültürü. İzmir, Beta yayınları, s. 43-50.
- Emiroğlu, C. (2012). Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. Türk tabipleri birliği mesleki sağlık ve güvenlik dergisi Ocak-Şubat-Mart, 21.
- Ercan, A. (2010). Türkiye'de Yapı Sektöründe İşçi Sağlığı ve Güvenliğinin Değerlendirilmesi. Politeknik Dergisi, 13(1) s.51.
- Erkal, S. ve Çoşkuner, S. (2010). Bir Hastanede Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Kazası Geçirme Durumunun ve Kazalardan Korunmak İçin Aldıkları Önlemlerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 13,(1), 45-63.

- Erkan, S. (2014). Pamukkale Üniversite Hastanesi'nde çalışan hemşire ve teknisyenlerin mesleki risk algısının belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Field, T. (2006). Bullying in a Public Sector Organization Being Privatised.
- Füzün, M. (2008). OHSAS18001 iş sağlığı ve güvenliği yönetim standardı ve çimento sektöründen bir firmada risk değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gerek, N. (2000). İş Sağlığı ve İş Güvenliği, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- Gök, H. (2017). *Bakım onarımında iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önemi bu sektörde çalışanların farkındalıklarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.İzmir
- Güçlü N. (2001). Stres Yönetimi. *G. Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21: 91-109.
- Gül M., Güneri, A.F., Selvi, A.E., (2014). Bulanık Karar Verme Yaklaşımları Kullanılarak Matris (L - Matris) Metodu Bazlı Risk Değerlendirmesi, VII. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı, İstanbul
- Güler, Ç., ve Akın, L. (2015). Halk sağlığı temel bilgiler 2. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara
- Güler, M., İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminin İş Kazalarının Önlenmesine Etkisi: İETT Örneği, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2011
- Güler, T., Yıldız, T., Önler, E., Yıldız, B., ve Gülcivan, G. (2015). Hastane ergonomik koşullarının hemşirelerin mesleki kas iskelet sistemi rahatsızlıkları üzerine etkisi. *International Anatolia Academic Online Journal / Science Journal*, 3(1), 1-7.
- Güler, U. (2017). Peyzaj uygulama alanlarında iş sağlığı ve güvenliği: Ankara örneğinde şantiye hizmetlerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Ankara
- Hakeri H., (2010). Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi Ocak(1), s.53-59, Ankara.

- Han İ. İnşaat sektörü çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik farkındalıklarının belirlenmesi. Gediz Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir 2015.
- Helvacı, M. (2011). Edirne'de iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile çalışan sağlık personelinin radyasyon güvenliği konusunda bilgi düzeyleri ve tutumları. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trakya
- http_1 Decrease in health risks and accidents at the workplace. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0748en.pdf.
- http_2 Working conditions in Central America https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1529en.pdf.
- Ilıman, E, Z. (2015). Türkiye' de meslek hastalıkları. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(1), 21-36).
- ILO (2019). *Work Statistics*. 02.01.2020 tarihinde https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-andhealth/WCMS_249278/lang--en/index.htm
- İlhan, M.N. (2008). Bir tıp fakültesi hastanesinde elektromanyetik alan haritası çıkarılması ve elektromanyetik alan bulunan yerlerde çalışanların sağlık durumları. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- İnce, E. (1998). Çalışma Hukuku, Artı Yayınevi, Ankara
- İncesu, E. ve Atasoy, A. (2015). Hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği kültürü algılarının çalışan sağlığı ve güvenliği kültürü ölçeği kullanılarak incelenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(3), 119-126.
- Karacan, E., ve Erdoğan, N. Ö. (2009). İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonları Açısından Çözümsel Bir Yaklaşım, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (21), 102-116.

- Karadal, H., ve Merdan, E. (2017). İşyeri yaralanmaları üzerinde güvenlik iklimi ve güvenlik kültürünün rolü. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, ICMEB17 Özel Sayısı, 913.
- Kaya, B. (2009). İş Yeri Stresinin Özgün Bir Biçimi: Yıldırma (Mobbing), Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12 (1), 63-64.
- Keyserling, WM. Armstrong, TJ. (2008). Ergonomics and work-related musculoskeletal disorders. In: Wallace RB, Kohatsu N, editors. MaxcyRosenau-Last Public Health and Preventive Medicine, 763-79.
- Kılıç, Ö. (2005). İş sağlığı ve güvenliği, yönetim sistemleri ve risk değerlendirme metodolojileri. Ankara Ajans-Türk basın yayınevi s.8.
- Kirel, Ç. (2007). Örgütlerde mobbing yönetiminde destekleyici ve risk azaltıcı öneriler. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(2). 317-334.
- Koç, M., ve Akbıyık, N. (2011). Türkiye'de iş kazalarının maliyetleri ve çözüm önerileri. Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2(2), 134-147.
- Koç, S., ve Testik, Ö.M. (2016). Mobilya sektöründe yaşanan kas-iskelet sistemi risklerinin farklı değerlendirme metotları ile incelenmesi ve minimizasyonu. Endüstri Mühendisliği Dergisi, 27(2), 2-27.
- Korkut, G. ve Tetik, A. (2013). "6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Getirdiği Yenilikler ve Temel Sorunlar", Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Isparta
- Kural, H. (2015). Oto sanayi sitesi çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Leymann, H. (1996). The Content and Development of Mobbing at Work. European Journal of Work and Organizational Psychology 5(2):165-184.
- Limon, A. (2015). Türk Hukuk Sisteminde İş Sağlığı ve Güvenliği. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi. 1(1), 209 - 242.
- Makal, A. (1997). Osmanlı İmparatorluğunda Çalışma İlişkileri Tarihi. İmge Kitabevi, İstanbul.

- Makar, M., ve Yığımlı, M. (2015). 6331 Sayılı İSG Kanunu ve OSGB Sisteminin İş Güvenliği Uzmanları Üzerinden Değerlendirilmesi. Maden İşletmelerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sempozyumu. Ankara.
- Mastrangelo G, Perticaroli S, Camipo G. Working and health conditions and preventive measures in a random sample of 5000 workers in the Veneto Region examined by telephone interview. Med Lav. 2008;99 Suppl 1:9-30
- Meydanlıoğlu, A., (2013), "Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği", Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 2, Sayı 3, ss.192 - 199.
- Müngen, U. (1993). İşçi sağlığı ve iş güvenliği. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Başkanlığı İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı Yayınları, Ankara, s. 25-47.
- Obuz S. İnşaat sektöründe çalışanların iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi düzeyleri. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı Ve Güvenliği Bölümü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2016.
- Ofluoğlu G., Buzkan S., Polat Ö., Davranış Değiştirme Odaklı İş Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitimi, Kamu-İş Dergisi, C.12, S.3, Ankara, 2012, s.114
- Ostrom, L., Wilhelmsen, C., ve Kaplan, B. (1993). *Assessing safety Culture*. Nuclear Safety, 34,(2), 163-172.
- Öçal, M., & Çiçek, Ç. (2017). Türkiye ve Avrupa Birliği'nde İş Kazası Verilerinin Karşılaştırmalı Analizi. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 6 (16), 631-632.
- Özçelik, A. (2013) İş sağlığı ve güvenliğinde Kinney yöntemiyle risk yönetimi: Mermer işletmesi örneği. Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir
- Özkan, Ö. (2005). Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özkan, Ö., Emiroğlu, O.N., (2006). "Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 10, Sayı 3, ss.43 - 51.

- Öztürk, Y., ve Günay, O. (2010). Halk sağlığı genel bilgiler, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri
- Palaz, S., Özkan, S., San, N, Göze, F., Şahin, N, ve Akkurt, Ö. (2008). İşyerinde psikolojik taciz (mobbing) davranışları üzerine bir araştırma; bandırma örneği. "İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 10(4), 41-57.
- Parlar Serap, (2008), "Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı", TAF Prev Med Bull, Cilt 7, Sayı 6, ss.547 - 554.
- Polat H., "6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu"na Genel Bakış", Toprak İşveren Dergisi, S.97, İstanbul, 2013, s.3, <http://www.toprakisveren.org.tr/2013-97-halilpolat.pdf>, (14.08.2015)
- Sabuncuoğlu, Z. (2005). İnsan Kaynakları Yönetimi (Uygulamalı). Akademi Yayınları, Bursa
- Saygun, M. (2012). İş yeri Sağlık Gözetimi ve Çalışma Ortamı, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale
- Serin, G., ve Çuhadar, M.T. (2015). İş güvenliği ve sağlığı yönetim sistemi. SDU Teknik Bilimler Dergisi, 5(2). 44-59.
- Seyhan Y. Ankara ilinde, ağaç işleri sektöründe faaliyet gösteren orta ve büyük ölçekli işletmelerde iş sağlığı ve iş güvenliği üzerine araştırmalar. Bartın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Orman Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bartın,2009.
- Somavia, J. (2004). Global strategy on occupational safety and health-conclusions adopted by the international labour conference at its 91st session, 2003. Geneva. International Labour Organisation.
- Sümer, H. (2008). İş Hukuku. Konya: Mimoza Yayınları.
- Süzek, S. (2005). İşçilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Hakları ve Yükümlülükleri. Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi.
- Şahin, A. (2010). *Örgüt kültürü-yönetim ilişkisi ve yönetsel etkinlik* Maliye Dergisi, Temmuz-Aralık (159), 23.

- Şahin, L. A. (2017). Sağlık Çalışanının İş Sağlığı Güvenliği ve İş Stresi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Şahin, V. (2014). Sağlık çalışanlarında iş kazaları ve meslek hastalıkları (Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathane çalışanlarında iş kazaları. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul
- Tuğrul, (2015). Hastane Yaşamında Mesleki Maruziyetten Kaynaklanabilecek İş Sağlığı ve Güvenliği Risklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisan Tezi, Okan Üniversitesi, Fen Bilimler Üniversitesi, İstanbul.
- Türen, U., Gökmen, Y., Tokmak, L. ve Pekmezci, M. (2014). Güvenlik iklimi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19(4), 174.
- Türk Mimarlar ve Mühendisler Odası (TMMOB) Makina Mühendisleri Odası Raporu. (2014). İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. Yayın No: MMO/617.
- Tüzer, F.S. (2012). İstanbul genelinde inşaat işlerinde iş sağlığı ve güvenliği üzerine bir araştırma. Yüksek lisans tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Tüzüner, V.L., & Özasan, B.Ö. (2011). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 40(2), 138-154
- Uğraş Dikmen, A., Medeni, V., Uslu, İ., ve Ayçan, S. (2014). Ankara'da bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin geçirdiğini ifade ettiği iş kazalarının değerlendirilmesi. Türk tabipleri birliği mesleki *sağlık*, ve güvenlik dergisi Temmuz-Ağustos-Eylül, 23.
- Uslu, V. (2014). İşletmelerde İş Güvenliği Performansı ve İş Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişki: Eskişehir İli Metal Sektöründe Bir Araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

- Ünsar, A.S. (2003). *Türkiye 'de işçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarının mevcut durumu ve konuyla ilgili yapılan bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Vatansever, Ç., (2014) "Risk Değerlendirme'de Yeni Bir Boyut: Psikososyal Tehlike ve Riskler", Çalışma ve Toplum, 1 (40), ss.117 – 138
- WHO (2019). Working for Better Health. <http://www.who.int/about-us/what-we-do/who-brochure>
- Wiley, B. (2000). Employment Law in the Context. Prentice Hal, İngiltere
- Yıldırım, G. (2005). Galvano Sektöründe Meslek Hastalıkları, Zehirlenmeler ve İlk Yardım. Yüzey İşlemler Dergisi Yayınları.
- Yılmaz, E (2010). Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları: Türkiye'de Kurulların Etkinliği Konusunda Bir Araştırma. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 7(1), 150-192.
- Yılmaz, F., “Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminde Model Arayışı”, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, S.35, Y.7, Ankara, 2007
- Yılmaz, F., “Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminde Model Arayışı”, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, S.35, Y.7, Ankara, 2007
- Yücel, S. (2007). KOBİ'nin Tanımı. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 7(6), s. 46-50.
- Yüksel, İ., ve Dağdeviren, M. (2006). *Sosyo-teknik sistemlerde hatalı davranış riskini belirlemeye yönelik bir erken uyarı modeli*. Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Dergisi, 21(4), 794.

ÖZGEÇMİŞ

26 Aralık 1988 tarihinde Diyarbakır da doğdum. İlkokulumu Diyarbakır 75.Yıl yatılı İlköğretim Bölge Okulunda bitirdim. Liseyi Süleyman Demirel Lisesinde tamamladım. Ön lisans Atatürk Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği mezunu ve Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Lisansımı tamamladım. Çukurova Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim dalında yüksek lisansımı yapmaktayım.

