

**T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BAYBURT İLİ ÖRNEĞİ

Serhat CAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Servet GÜN**

TUNCELİ-2021

T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HASTANELERDE İŞ SAĞILIĞI VE GÜVENLİĞİ BAYBURT İLİ ÖRNEĞİ

Serhat CAN
(19001169)

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Servet GÜN

TUNCELİ-2021

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

İmza
Serhat CAN

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Servet GÜN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan hoşgörölü, değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Servet GÜN'e, sonsuz teşekkürlerimi belirtirim.

Serhat CAN
TUNCELİ-2021



İÇİNDEKİLER

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
TABLOLAR LİSTESİ	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ.....	1
2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR.....	3
2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği	3
2.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	5
2.2.1. İş sağlığı ve güvenliğinin dünyadaki gelişimi.....	7
2.2.2. İş sağlığı ve güvenliğinin Türkiye’deki gelişimi	9
2.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi	11
2.4. İş Sağlığı ve Güvenliği Kültürü.....	14
2.5. İş Kazası ve Meslek Hastalıkları	15
2.5.1. İş kazası	15
2.5.2. Meslek hastalığı	16
2.5.3. İş kazası meslek hastalıklarının nedenleri.....	18
2.6. İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı	21
2.6.1. İşveren yükümlülükleri	24
2.7. İş Sağlığı ve Güvenliği Politikaları	26
2.8. İSG Eğitimleri	29
2.9. İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri ve standartları	30
2.9.1.1. BS 8800 Yönetim Sistemi	31
2.9.2. ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Rehberleri	31
2.9.3. OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri	32
2.9.4. JCI Standartları.....	33
2.9.5. Sağlıkta Kalite Standartları	35
3. HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ.....	36
3.1. Hastanelerde Çalışanların Karşılaştıkları Riskler.....	36
3.2. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Faktörler.....	38
3.2.1. Fiziksel faktörler	39
3.2.2. Biyolojik faktörler.....	40
3.2.3. Kimyasal faktörler.....	42
3.2.4. Ergonomik risk faktörleri	43
3.2.5. Psikososyal risk faktörleri	44
4. BAYBURT İLİNDE BİR ARAŞTIRMA.....	47
4.1. Araştırmanın Modeli	47
4.2. Evren ve Örneklem.....	47
4.3. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	48
4.3.1. Verilerin toplanması.....	48
4.3.2. Veri toplama araçları.....	48
4.3.3. Verilerin Analizi.....	50
4.3.4. Bulgular.....	51
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70

6. KAYNAKLAR.....	72
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. İş Kazalarının Maliyetlerinde Buzdağı Teorisi	13
Şekil 1.2. İş-Hastalık İlişkisi	17
Şekil 1.3. İş kazalarının sebepleri.....	19
Şekil 1.4. İSG Politikası	26
Şekil 3.1. Sektörlere göre ölümcül olmayan iş kazası ve meslek hastalığı oranları 100 çalışanda.....	37
Şekil 3.2. Sektörlere göre işgünü kaybıyla sonuçlanan kaza oranları10.000 çalışanda	38
Şekil 3.3. Psikososyal riskler.....	44



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Hastanelerdeki başlıca tehlike ve risk faktörleri.....	39
Tablo 3.2. Biyolojik risk faktörleri	41
Tablo 4.1. Güvenirlik istatistik sonucu.....	49
Tablo 4.2. Alt boyutlara ait güvenirlik katsayı tablosu.....	49
Tablo 4.3. KMO ve bartlett's test istatistik sonuçları.....	50
Tablo 4.4. Cinsiyet değişkenine ait frekans dağılımları	51
Tablo 4.5. Yaş değişkenine ait frekans dağılımları.....	51
Tablo 4.6. Eğitim durumlarına göre frekans dağılımları	52
Tablo 4.7. Unvan durumlarına göre frekans dağılımları.....	52
Tablo 4.8. Kıdem durumlarına göre frekans dağılımları	53
Tablo 4.9. Haftalık çalışma saatlerine göre frekans dağılımları	53
Tablo 4.10. İş güvenliği eğitimi alma durumuna göre frekans dağılımları	54
Tablo 4.11. Sağlık çalışanlarının ölçek sorularına vermiş oldukları cevaplara ilişkin frekans dağılımı	55
Tablo 4.12. Eğitim durumlarına göre frekans dağılımları	58
Tablo 4.13. Ankete katılan sağlık çalışanlarının cinsiyete göre t testi tablosu	59
Tablo 4.14. Ankete katılanların unvanlarına göre ANOVA tablosu	62
Tablo 4.15. Homojenlik testi tablosu.....	64
Tablo 4.16. Ankete katılan sağlık çalışanlarının iş güvenliği eğitimi almalarına göre t testi tablosu.....	65
Tablo 4.17. Pearson korelasyon matrisi.....	67
Tablo 4.18. Regresyon analizi tablosu.....	68
Tablo 4.19. Hipotez sonuçları tablosu	69

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
CMV	: Cytomegalovirus
COV- 2	: Coronavirus
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FFP2	: Filtering Face Piece
HIV	: Human Immunodeficiency Virüs
ICRP	: International Committee on Radiological Protection
ILO	: International Labour Organization
ISO	: International Organization for Standardization
İSG	: İş Güvenliği Uzmanlığı
İSGB	: İşyeri Sağlık Güvenlik Birimi
İSGGM	: İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü
İSGÜM	: İş Sağlığı Güvenliği Merkezi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KOSGEB	: Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve
N95	: ABD Hava Filtreleme Standardıdır. 0,3 Mikron
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SMA	: Spinal Muskürel Atrofi
TKİ	: Türkiye Kömür İşletmeleri Kurumu
TOBB	: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TTK	: Türk Tarih Kurumu
TTK	: Türkiye Taşkömürü Kurumu
MEB	: Millî Eğitim Bakanlığı
MIGEM	: Maden İşleri Genel Müdürlüğü
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TMMOB	: Türkiye Mühendis ve Mimar Odalar Birliği
WHO	: World Health Organization
YÖK	: Yüksek Öğrenim Kurumu

ÖZET

Çalışanlar iş hayatları boyunca birbirinden farklı olarak birçok tehlike ile yüz yüze gelebilmektedir. Meslek hayatı boyunca bu tehlikeler olası olmakla birlikte, kişinin içinde bulunduğu iş koşulları ile fiziksel ortam ve çalışanın kendisiyle ilgili olan faktörler olarak belirlenmektedir. Çalışma hayatında karşılaşılan bu durumlarda, oluşabilecek riskleri en aza indirmek adına bu tehlikeleri ortadan kaldıracak önlemler almak birinci öncelik olmalıdır. Şayet alınmayan önlemler nedeniyle çalışanların karşılaşılabilecekleri iş kazaları ve meslek hastalıkları, ilk derecede onları etkiliyor gözüktüğü de çerçeveyi genişlettiğimizde bu durumdan gerek işverenler ve iş hayatı gerekse toplumunda olumsuz etkilendiğini söylenebilir. Her sektörün çalışanlara sunduğu fiziksel ortam farklı olmakla birlikte, çalışanların uğradıkları iş kazaları ve yakalandıkları meslek hastalıkları farklılık göstermektedir. Bu nedenle iş kazalarını ve mesleki hastalıkları içinde bulunan sektöre ve erbabı olunan meslek grubuna göre farklı olarak değerlendirmek ve ele almak dikkat edilmesi gereken hususlardır. Çünkü her mesleğin kendine has özelliklerinin bulunmasının yanında farklılıkları da bulunmaktadır. Sağlık sektörü düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları meslek hastalıkları ve iş kazaları karşılaşılabilecek en tehlikelileri arasında sayılabilir. Bu anlamda sağlık çalışanların karşılaşılabilecekleri meslek hastalıkları ve iş kazalarının minimum seviyeye indirilmesi onlarla birlikte toplumsal olarak büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları için hayata geçirilen İş Sağlığı ve Güvenliği uygulamalarının sektörün her alanında tam anlamıyla ve tüm şartlarının gerektiği gibi uygulanması gerekmektedir. Bu çalışmada hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve iş güvenliği düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Bayburt ili yönünden bir değerlendirme yapılmıştır. Bu kapsamda Bayburt ilinde faaliyet gösteren hastanelerde çalışan sağlık personelleri ile saha anket çalışması yapılmıştır. Elde edilen veriler analiz edilerek iş sağlığı ve güvenliği alanında bazı önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı, iş güvenliği, iş kazaları, sağlık kuruluşları, hastaneler.

ABSTRACT

Occupational Health and Safety in Hospitals: The Case of Bayburt

Employees may come face to face with many different dangers throughout their working lives. Throughout the professional life, these dangers are possible, but are determined as factors related to the work conditions, physical environment and the employee himself. In these situations encountered in working life, taking measures to eliminate these hazards should be the first priority in order to minimize the risks that may occur. Even though the occupational accidents and occupational diseases that the employees may encounter due to the measures not taken seem to affect them in the first degree, it can be said that when we expand the framework, both employers and business life and society are adversely affected by this situation. Although the physical environment offered to the employees by each sector is different, the occupational accidents and occupational diseases experienced by the employees differ. For this reason, it is important to consider and treat work accidents and occupational diseases differently according to the sector and occupational group. Because each profession has its own characteristics as well as differences. Considering the health sector, occupational diseases and occupational accidents that health workers are exposed to can be counted among the most dangerous ones that can be encountered. In this sense, minimizing occupational diseases and work accidents that health workers may encounter is of great social importance together with them. For this reason, the Occupational Health and Safety practices implemented for healthcare professionals must be fully implemented in all areas of the sector and all conditions as required. In this study, an evaluation was made in terms of Bayburt province in order to determine the occupational health and safety levels of health workers working in hospitals. In this context, a field survey was conducted with healthcare professionals working in hospitals operating in Bayburt. The obtained data were analyzed and some suggestions were made in the field of occupational health and safety.

Keywords: Work safety, worker health, occupational accidents, health institutions, hospitals

1. GİRİŞ

Çağdaş demokrasilerde uygarlaşmanın ve çağdaşlaşmanın en temel kriteri özgürlüktür. Birey kişi olarak ne kadar özgürse ve temel hak ve hürriyetlere ne ölçüde sahipse, bu topluluğa toplum denilebilmesi için toplumsallaşabildiği oranda bu hak ve özgürlükler vücut kazanır, yayılır ve toplumun tümünü kapsamına almaya başlar. Bunun yolu örgütlenmeden geçer. Sosyal, siyasal, kültürel, ekonomik örgütlenmeler o toplumun etki kemiği ve dili olurlar. Bir sosyal örgütlenme biçimi olarak sağlık: İnsan hakları evrensel bildirgesinde de belirtildiği üzere, her insan sağlıklı yaşam sürmek ve bunun doğal gereği sağlık hizmeti almak hakkına sahiptir. İşte bu hak, kırsal ya da iptidai toplumlarda yardımlaşma şeklinde kendini gösterip yeterlilik düzeyine ulaşamazsa da sağlığın ve hizmetin örgütlü hali hastaneler ve sağlık teşkilatlanmaları olarak ortaya çıkar. Toplumsallaşan insan sağlığını ilkel yollarla korumak yerine benzer durumda olanlarında faydalanabileceği toplu bakım evlerine sahip olmayı istemekte ve sağlık hizmeti yalnızca bireyin fit olması değil, amansız hastalıklar karşısında dahi yalnız kalmadan ve topluca bakılacağı örgütlenmeyi – hastaneleri, sağlık teşkilatlarını- küçükten büyüğe kadar hemen herkesin faydalanabileceği kurumları, çağdaş toplumlar ortaya çıkarmıştır. İnsan doğaya karşı her tür anti- hijyenik ve mikrobik rahatsızlıktan, kazalara, büyüme sürecinde bakıma, yaşlılığında müşkül duruma düşmemek için benzer durumda olanlarla birlikte fit olma, kaybettiği sağlığını kazanma, tedavi görme salgınlar ve doğal felaketlerin karşısında önlem alma, vücudun üzerinde her tür tasarruf hakkını kullanma doğum- ölüm gibi doğal olaylarda yalnız kalmama gibi amaç- hedeflerle örgütlü sağlık toplulaştırılmış kurumlara sahip olan insanoğlu, hastaneleri ilkel toplumda bir nevi keşfetmiştir ve bugün dünyanın en uygar hasta bakımı ve daha ekonomik maliyet için hastaneler vardır.

Sağlığın örgütlü kurumsallaşması olarak önümüze hastaneler çıkmakta ve buralarda doktorlar, hastabakıcılar, ilk yardım ve acil hizmeti nakliyecileri (ambulans-sedye gibi), profesörler, tabi olmazsa olmaz hastalar. Bu görevliler bulunan ülkenin yönetim birimlerinin öngördüğü görevi ehil ve yetkili olarak yani gerekli eğitimi almış olarak kendini ataması gene bu örgütlü yapı içinde self-determination (kendini denetleme) ilkesiyle çalışır.

Açıkçası hastaneler; ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Uzun bir tıbbi eğitim veya uz gerektiren teknik bir eğitim almış sağlıkçıların (meslek kolejleri gibi) çalıştığı bir kurumdur ve bunlar hiyerarşik bir sıralama içine girseler dahi insan hayatından sorumludurlar. Bu sorumluluk hastane içi hizmetin aksamaması, yerine getirilmesi

sağaltımın ve insanın, yaşamının, ölmesinin kalkması değil de yaşamının sağlıklı kılınması ilkesi doğrultusunda yürütülür. Hastane çalışanları idari olarak yönetime bağlı olsalar da sorumluluk olarak işin ve uzluğun yerine getirilmesi esastır. Ve bu aynı zamanda yapılan işin güvenli olmasını sağlar. Yani, çalışan personel birbirini engellemek değil dayanışma içinde çalışmakla yükümlüdür (Adar, 2021).

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde İSG (iş sağlığı ve güvenliği) ile ilgili temel kavramlar üzerinde durulmuş, İSG'nin dünyada ve Türkiye'deki tarihi gelişimi hakkında bilgi verilmiş, ayrıca İSG ile ilgili yönetim sistemleri açıklanmıştır.

İkinci bölümde hastanelerde İSG incelenmiş, iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden faktörler üzerinde durulmuştur. Hastanelerde iş gören sağlık çalışanlarının karşılaşılabileceği risk faktörleri açıklanmıştır.

Son bölümde ise Bayburt ilinde bulunan hastanelerde çalışan sağlık personelleri ile yapılan anket çalışması sonucunda,

2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği

İSG kavramı, birçok meslek dalında 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'nin öncelikli amacı başta çalışanlar olmak üzere işletmeyi, işletmenin ürettiği hizmetleri, ürünleri ve çevre halkını korumaktır. 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 arttırarak üretimin de yüksek seviyelere ulaşmasıyla çalışanların sağlıkları ve güvenlikleri tehdit altına girmiştir (Bakır, 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, sağlık açısından sorunsuz ve güvenliğin ön planda olduğu 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, İSG'nin önemi her geçen gün daha fazla öne çıkmaktadır. 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, 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 (Ceyhan ve Başhelvacı, 2011).

Uluslararası Çalışma Örgütüne göre İSG 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 karşılaşılabilecekleri 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 kaldırılabılır (Aydın ve ark., 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 "önlenebilir" olması, etkin tedbirler alındığında, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının büyük ölçüde düşürülebileceğini göstermektedir. Bu durum da İSG'nin önemi ortaya koymaktadır (Altuntaş, 2011).

2.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Tarihsel geçmiş incelendiğinde, İSG 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, 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 (Öcal ve Çiçek, 2017).

İSG'nin 1974'te İngiltere'de ortaya çıkmasının nedeni, çalışma yaşamındaki gelişmeler ve değişimlerin getirdiği problemlerdir. Bu alandaki önde gelen örneklerden biri yapılmıştır. Bu yılda, İSG teşkilatı, işverenleri denetleme amacıyla yetkiler almıştır. Hayata geçirilen bu faaliyetler, diğer Avrupa ülkelerine örnek teşkil etmiştir. İsviçre'de, 1964 yılında çıkarılan İSG'ye yönelik yasal çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Fransa, Almanya ve Amerika'da, İSG ile ilgili önemli adımlar atılmıştır. 1919 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü faaliyete başlamış ve İSG alanında hayati kararları yürürlüğe sokmuş ve çeşitli önlemleri hayata geçirerek aldığı kararları dünya çapında yaygınlaşmasını 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.

2.2.1. İş sağığı ve güvenliğinin dünyadaki gelişimi

İlk dönemlerden beri, hastalık ile yapılan iş arasında ilişki kurulmaktadır. Dizdar ve Kurt (2001) batı literatüründe bazı kaynaklarda Tevrat'tan alıntı ile söze başladığını ve “*Şayet bir ev yapıyorsan, damının etrafını bir korkuluk ile çevir ki, birinin damından düşüp zarar görmesinin vebalinden kurtulasın*” denildiğini belirtmişlerdir (Dizdar ve Kurt, 2001).

Günümüzde İSG kapsamında değerlendirilebilecek faaliyetler ise, ilk olarak eski Roma'da ortaya çıkmıştır. İlk kez, ünlü tarihçi Heredot çalışanların verimini arttırabilmek için iyi beslenmelerinin gerektiğini belirtmiştir. Hipokrates, kurşunun zararlı etkilerinden ilk kez bahsetmiş, felçler, görme bozuklukları, kabızlık ve halsizlik belirtilerinin olduğunu saptamış ve ortaya çıkan bu belirtilerin kurşundan kaynaklandığını belirtmiştir (Çakar ve diğ., 2012).

Madencilik başlamanın iş sağığı sorunlarının gündeme gelmesinde önemli yeri vardır. 1494-1555 yılları arasında yaşayan Georgius Agricola, madenciler ve onların hastalıkları ile ilgili gözlemlerde bulunmuştur. Agricola “Of Things Metallic” isimli bir kitap yazmıştır. Kitabında hangi miktarda dozun zehirlenmeye sebep olduğunu belirtmiş ve alınması gereken önlemlerle ilgili önerilerde bulunmuştur (Taylor ve diğ., 2004).

İş sağığının duayeni olarak düşünölen Bernardino Ramazzini, 1700 yılında “De Morbis Artificum Diatriba” isimli kitabını yazmış ve iş ve hastalık arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır. Bir hekim olan Ramazzani muayene sırasında hastalara “Ne iş yapıyorsun?” şeklinde soru sorulmasına neden olan kişi olarak tarihe adını yazdırmıştır (Fingret ve Smith). 1775 yılında, Pervical Pott baca temizleyicileri arasında daha fazla rastlanılan skrotum kanserlerinin temel sebepleri arasında bu kişilerin yaptıkları iş olduğunu belirtmiştir (Güven, 2007).

İş sağığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar 19. yüzyılda sanayi devrimi ile beraber hız kazanmıştır. Bu dönemde üretim yöntemleri değişmiş ve fabrikalarda ve diğer işyerlerinde çalışanlar kötü çalışma koşullarına maruz kalmıştır. Sanayi devriminin getirdiği bu olumsuz çalışma koşullarını iyileştirmek ve çalışanları korumak için çok sayıda çalışma yapılmıştır. 19 yüzyıl ve sonrası yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir (Berk ve diğ., 2011):

- 1802 yılında, Thomas Percival (1740-1804) gençlerin iş şartları ve çalışma zamanları hakkında hazırladığı rapor ile İngiltere’de “Çocukların Bedeni ve Manevi Sağııkları Hakkındaki Kanun” isminde önde gelen fabrika yasasının ortaya çıkmasına katkıda bulunmuştur.

• 1802 yılında, İngiltere’de “Çıracılık ve Sağlık Ahlakı Kanunu” adlı fabrikalar kanunu yürürlüğe konulmuştur.

• Charles Turner Thackrah (1795-1833) İngiltere’de meslek hastalıklarına ilişkin ilk kitabı yazmıştır.

• John Thomas Arlidge (1822-1899) çömlek işi yapanların yakalandığı hastalıklar ile ilgili çalışmalar yapmış ve çini ve toprak ürünleri üretimi yapan fabrikalarda hekim bulunmasına öncülük etmiştir.

• 1842 yılında, çevre sağlığının kurucusu olarak kabul edilen Edwin Chadwick (1800-1884) “Çalışanların Çevre Sağlığı Koşulları” başlıklı bir rapor hazırlamıştır.

• 1828 yılında, Prusyalı General Kon Horn, orduya alınacak sağlam, genç erkeklerin bulunamamasından şikâyetle Prusya kralından çocuk işçilerin özellikle erkek çocukların fabrikalarda çalışmasının yasaklanmasını talep etmiştir.

• 1833 yılında, İngiltere’de işyerlerinin denetimini yapan ve işyerlerinin genel koşullarını düzenleyen bir organizasyon kurulmuştur.

• 1839 yılında çıkarılan İSG Kanunu ile Prusya’da 9 yaşın altındaki çocukların çalıştırılması, 9-15 yaş arasında bulunan çocukların günlük 10 saatten fazla çalıştırılması ve 21-05 saatlerinde çocukların çalıştırılması yasaklanmıştır.

• 1845 yılında, Prusya Esnaf Derneği, barut imalatı, yangın çıkması muhtemel faaliyet konuları gibi izin alınarak kurulması gereken tehlikeli tesis sistemlerinin hangileri olduğu konusunda bir katalog yayımlamıştır.

• 1869 yılında, Kuzey Almanya Sanayi Derneği kurulmuştur ve fabrikalarda Teknik İş Sağlığı ve Güvenliği sisteminin kurulması sağlanmıştır.

• 1890’da iş güvenliği ile ilgili kuralların belirlenmesi amacıyla ilk uluslararası konferans yapılmıştır.

• 1913 yılında, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) Ulusal Güvenlik Konseyi (National Security Council) kurulmuştur.

• 1953 yılında, Almanya’da ilk kez İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi yapılmıştır,

• 1972 yılında, Almanya’da İş Sağlığı ve Güvenliği ve Kaza Araştırma Merkezi (Bundesanstalt für Arbeitsschutz Undfallforschung) kurulmuştur.

Bunların yanında ILO ve DSÖ İSG’nin dünya çapında gelişmesi adına büyük katkılar sağlayan çalışmaları olmuştur. Bu çalışmalar aşağıda özetlenmiştir (WHO, 2010, ss. 11-12):

• 1950 yılında, ILO/WHO İş Sağlığı Birleşik Komitesi kurulmuştur. Bu komite ILO ve DSÖ'nün İSG konularında iş birliği içinde hareket etmelerinin ilk adımı olmuştur.

• 1981 yılında, 155 sayılı ILO sözleşmesi yayımlanmıştır. İSG'yi konu alan sözleşmede üye ülkelerin iş sağlığına ilişkin kendi ulusal politikalarını oluşturması gerektiği belirtilmiştir.

• 1985'te, 161 numaralı ILO sözleşmesi yayımlanmıştır. Bu sözleşmede kamu-özel sektör çalışanlarının İSG hizmetlerinden yararlanması gerektiği belirtilmiştir.

• 1994'te, Herkes için İş sağlığı Küresel Bildirgesi (Global Declaration of Occupational Health for All) yayımlanmıştır.

• 1997 yılında, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde İşyeri Sağlığının Geliştirilmesi Hakkında Lüksemburg Bildirgesi (Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union) yayımlanmıştır.

• 2002 yılında, Avrupa'da İyi İşyeri Sağlık Uygulamalarını Geliştirme Hakkında Barselona Bildirgesi (Barcelona Declaration on Developing Good Workplace Health Practice in Europe) yayımlanmıştır. Bu bildirmede “iyi işyeri sağlığı olmaksızın kamu sağlığı olamayacağı” düşüncesi vurgulanmıştır.

• 2003 yılında, İş Sağlığı ve Güvenliği Küresel Strateji (Global Strategy on Occupational Safety and Health) isimli doküman yayımlanmıştır.

• 2006 yılında, Çalışanların Sağlığı Hakkında Stresa Bildirgesi (Stresa Declaration on Workers Health) yayımlanmıştır.

• 2007 yılında, Çalışanların Sağlığı Hakkında Küresel Eylem Planı (Global Plan of Action on Workers Health) yayımlanmıştır.

En nihayetinde 150-200 yıllık zaman diliminde İSG adına kayda değer ilerlemeler olmuştur. Ancak, söz konusu gelişmeler bütün ülkelerde aynı tempoda olmamıştır. Bu yüzden, günümüzde ülkeler arasında İSG uygulamaları anlamında farklılıklar yaşanmaktadır. Kapsam ve düzey bakımından farklılıklar olmasına karşın, iş sağlığı ve güvenliği konuları, bütün ülkelerin gündeminde önemli bir yer tutmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2014).

2.2.2. İş sağlığı ve güvenliğinin Türkiye'deki gelişimi

Türkiye'de İSG adına ilk yasal düzenleme Selçuklular'la başlayarak Osmanlı döneminde de devam eden Lonca Sistemi'nde olmuştur. Lonca, üyesi olan esnafın sanatını

denetler ve çalışanların haklarını koruyucu tedbirler alırdı. Bu tedbirlerden “İşyerlerinde Çalışanların Haklarının Korunması Kuralları” gibi bazıları iş güvenliği ile ilgili olmuştur (Dizdar ve Kurt, 2001).

1865 yılında yayımlanan Dilaver Paşa Nizamnamesi, Türkiye’de, kömür madenlerindeki çalışma koşullarını düzenleyen ilk yazılı metindir (Güven, 2007). Çalışma koşullarını düzenleyen ve madenlerde hekim bulundurulmasını şartı getiren Dilaver Paşa Nizamnamesi’nde öncelik üretimin fazlalaştırılması olsa da İSG adına düzenlenen ilk yasal belge niteliği taşıması açısından önemlidir Çakar ve diğ., 2012).

İkinci önemli belge, iş güvenliği hakkında önemli hükümler getiren ve Tanzimat’tan sonra hazırlanan Maadin Nizamnamesidir. Askeri Fabrikalar Tüzüğü, Hicaz Demir Yolu Memur ve Hizmetlilerine Hastalık Kaza Hallerinde Yardım Tüzüğü, Tersane-i Amiriye ve Mensip İşçilerin Emeklilikleri Hakkında Tüzük ise bu dönemde hayata geçirilen ve daha çok sosyal yardım amacını güden maddeler barındıran diğer düzenlemeler olarak sıralanabilir (Erkan, 1972).

Birinci Büyük Millet Meclisi döneminde, dönemin iktisat vekili Celal Bey Ereğli kömür havzasındaki işçilerin durumunu gündeme getirmiş ve bu işçilerin sağlık, sosyal ve ekonomik durumlarını düzeltmeye yönelik 28 Nisan 1921 tarih ve 114 sayılı “Zonguldak ve Ereğli Havzası Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amale Menafii Umumiyesine Furuhtuna dair yasa” ile 10 Eylül 1921 tarih ve 151 sayılı “Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik” adlı iki yasanın çıkarılmasını sağlamıştır (Erkan, 1972).

Cumhuriyet döneminde ise İSG ile ilgili çok sayıda düzenleme ve çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar şu şekildedir (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi-Güm, 2015):

- Cumhuriyetin ilanından sonra İSG adına çıkarılan ilk yasal düzenleme olan 394 sayılı Hafta Tatili Yasası, 2 Ocak 1924’te yürürlüğe girmiştir.
- Meydana gelebilecek iş kazaları ile ilgili olarak işverene yasal yükümlülükler getiren Borçlar Yasası, 1926’da çıkarılmıştır.
- Günümüzde halk sağlığı ve İSG faaliyetlerinde halen geçerliliğini sürdüren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930’da yayımlanarak işyerlerinde İSG hükümleri ile ilgili önemli hükümler getirmiştir.
- İSG alanında ilk ayrıntılı düzenleme olarak getirilen 3008 sayılı İş Yasası, 1936’da yayımlanmıştır.

- Görevleri arasında sosyal güvenlik konularının da bulunduğu Çalışma Bakanlığı 1945'te kurulmuştur. Kurulma amaçları arasında İSG faaliyetlerinin bir merkezden yürütölmesi olmasına rağmen, sonraki süreçte bu faaliyetler İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğüne devredilmiştir.

- 1945'te kurulan Çalışma Bakanlığı'nın faaliyetleri içerisinde sosyal güvenlik faaliyetleri de yer almıştır. İSG'ye yönelik faaliyetlerin tek merkezden yönetlimesi amacıyla Çalışma Bakanlığının kurulması sonrasında bu görev İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğüne verilmiştir.

- 1965'te, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası yürürlüğe konmuştur.

- 1969 yılında, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM) kurulmuştur.

- 1971 yılında yayımlanan 1475 sayılı İş Yasası ve bu yasaya uygun olarak çıkarılan tüzük ve yönetmelikler ile iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ayrıntılı düzenlemeler getirilmiştir.

- 1975'te, İtalyan Üniversitesi örnek alınarak Ankara ve İstanbul'da meslek hastalıkları klinikleri faaliyete başlamıştır. 1980'de ise yine aynı illerde Meslek Hastalıkları Hastaneleri faaliyet başlamıştır.

- Devam eden süreçte, 2003 yılında, 4857 sayılı İş Kanunu, 2012 yılında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 2015 yılında 6645 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ve bu kanunlara dayandırılarak çok sayıda yönetmelik ve genelge yayımlanmıştır.

Dünyada ve Türkiye'de faaliyete geçirilen yasal düzenlemeler İSG'nin zamanla daha kapsamlı ve daha geniş bir alana yayılmasını sağlasa da ortaya çıkan iş kazası ve meslek hastalıkları istatistikleri hala birçok çalışanın bu kaza ve hastalıklara maruz kaldığını göstermektedir. Bu durum yasal düzenlemelerin tek başına yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Bu düzenlemelerle birlikte insan faktörünün de dikkate alınması gerekmektedir.

2.3.İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi

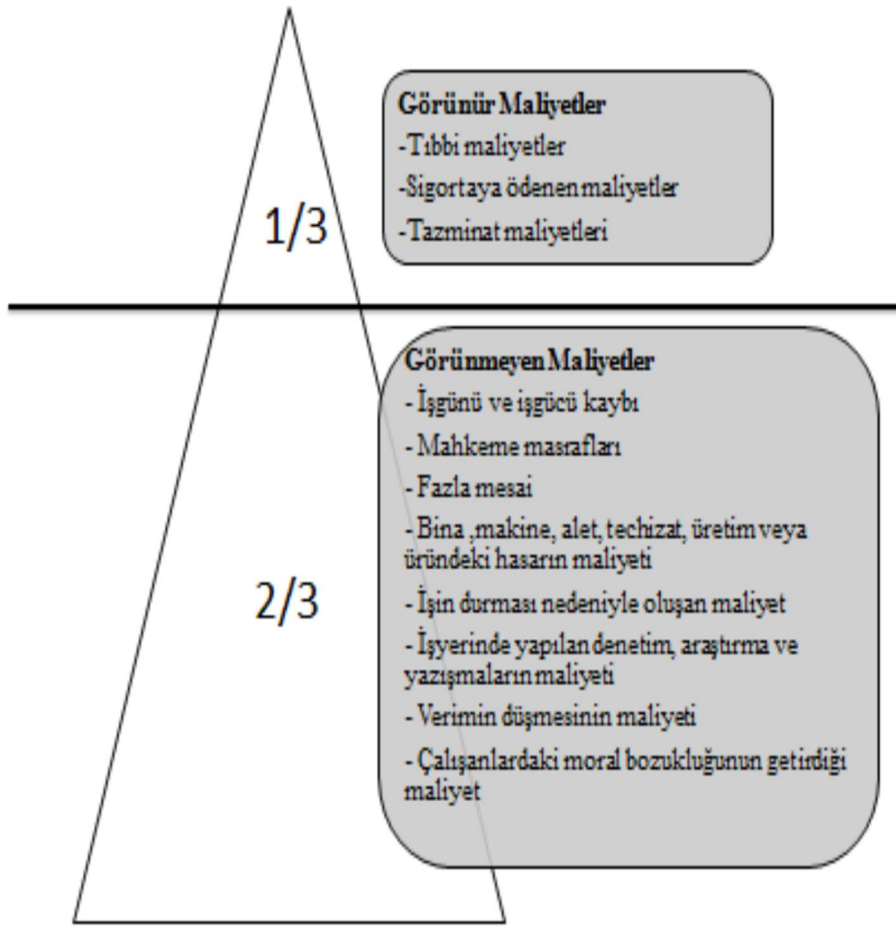
İSG dünya çapında milyonlarca çalışan için hayati önemdedir. Ancak, İSG sadece çalışanları ve ailelerini değil, onlarla birlikte işverenleri ve ülke ekonomisini de etkilemektedir (WHO, 2010). Bu bölümde İSG'nin önemi çalışan, işveren ve ülke ekonomisi açısından ele alınmıştır.

Çalışan açısından önemine bakıldığında; İSG ile ilgili uygulamaların faaliyete geçirilmemesi ya da eksikliği iş kazalarının ve meslek hastalıklarının artmasına sebep olmaktadır (Karacan ve Erdoğan, 2011). İş kazalarına ve meslek hastalıklarına direkt ve en fazla maruz kalanlar ise çalışanlardır. Çalışanlar, iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle bedenen bir acı yaşamakta, engelli kalmakta ve bir süreliğine veya tamamen iş göremez duruma düşebilmektedir. Sürekli veya geçici iş kaybı, gelirin sürekli ya da kısa süreli kesilmesine sebep olmakta ve ekonomik kayba neden olmaktadır. Bunların dışında, kaza olan işyerindeki diğer çalışanlar arasında da korku, güvensizlik ve huzursuzluk meydana gelmektedir. En kötü durum ise iş kazası veya meslek hastalığı sonucu çalışanın hayatını kaybetmesidir (Oral, 2012).

DSÖ'ye göre, dünya üzerinde 3 milyar civarında çalışan insan bulunmaktadır ve bunların %80'inden fazlası temel iş sağlığı hizmetlerini alamamaktadır (WHO, 2015). Güvenli ve huzurlu bir ortamda çalışmak her çalışanın temel hakkıdır. Güvenlik önlemleri alınmış bir ortamda çalışmak iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmenin yanı sıra çalışanların moralinin yüksek olmasını ve böylelikle çalışanların daha verimli çalışması sağlar. Ayrıca, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanması çalışanlar açısından kendilerine değer verildiğini hissettirir. Kendilerine değer verildiğini hisseden çalışanlar da daha fazla motive olurlar ve daha yüksek kalitede iş üretirler (Alli, 2008).

İşveren açısından önemine bakıldığında; İş yerinde güvenliğin sağlanmasına ilişkin bir mevzuat olmasa bile işverenler çalışma ortamında güvenliği sağlamaya çalışmalıdır, çünkü güvenlik, kalite ve üretkenlik birbirleriyle yakından ilişkili konulardır (European Agency for Safety and Health at Work, 2015). Uluslararası kuruluşlar tarafından yapılan araştırmaların iş güvenliği faaliyetlerinin iş gücü verimliliğine olan etkilerini ortaya koymuştur (Karacan ve Erdoğan, 2011).

İş kazası ve meslek hastalıkları, çalışanların sağlık ve güvenliğini etkilemekle beraber işverene önemli maliyetler doğurmaktadır. Oluşan bu maliyetler buz dağına benzetilmiştir (Şekil 1.1). Buna göre asıl dikkat edilmesi gereken maliyet suyun üstünde kalan kısmı olmamakla birlikte, altta kalan ve görünmeyen kısımdır. Suyun üstündeki görünür kısım direkt maliyeti oluşturmaktadır. Bununla birlikte su altındaki bölüm buz dağının 3'te 2'sini oluşturmakta ve endirekt yani görünmeyen kısım olarak karşımıza çıkmaktadır (Özkılıç, 2005).



Şekil 1.1. İş Kazalarının Maliyetlerinde Buzdağı Teorisi
Kaynak: Özkılıç, 2005.

Çalışma ortamında iş güvenliğinin sağlanmasına yönelik yapılacak çalışmalar beraberinde bazı maliyetlere neden olabilir. Ancak, güvenlik önlemleri alınmadığında meydana gelebilecek iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda oluşan tıbbi maliyetler, tazminat maliyetleri, işgünü ve işgücü kaybı nedeniyle oluşan maliyet, verimin düşmesinin maliyeti gibi maliyetler toplamda daha büyük maliyetlere sebep olmaktadır. Bu yüzden, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yapılacak çalışmaların maliyetleri düşürdüğü ve verimliliği artırdığı söylenebilir (Sabuncuoğlu, 2013).

Ülke ekonomisi açısından bakıldığında ise, meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarını, sadece iş gücü kaybı olarak değerlendirmek yanlış olacaktır. Bu durumlara maruz kalan çalışan için yapılan sağlık harcamalarının yanında, kültürel ve eğitim harcamaları da oluşan maliyeti arttırmaktadır (Oral, 2012).

İş kazası ve meslek hastalıkları sonucu oluşan toplam maliyetin 2007 yılında ABD’de 249,6 milyar dolar olduğu, 2010 yılında İngiltere’de ise 13,9 milyar pound olduğu belirtilmiştir (ILO, 2012). ILO’ya göre birçok ülkeye ait iş kazalarına ilişkin kapsamlı bir veri yoktur, ancak iş kazası ve meslek hastalıklarının o ülkelerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarının (GSMH) %4’ü tutarında ekonomik kayba yol açtığı tahmin edilmektedir (ILO, 2012).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’nin 2014 yılı GSMH’si yaklaşık 1 trilyon 750 milyar TL’dir (TÜİK, 2015). Buna göre Türkiye’de iş kazası ve meslek hastalıkları toplam maliyetinin yıllık 70 milyar TL civarında olduğu söylenebilir. 2014 yılı bütçe rakamlarına bakıldığında GSMH’den Sağlık Bakanlığına ayrılan payın 75 milyar TL, Mili Eğitim Bakanlığına ayrılan payın ise 78,5 milyar TL olduğu görülmektedir (Şimşek, 2013, ss. 80, 82). 2014 yılında iş kazalarının ve meslek hastalıklarının ortaya çıkardığı ekonomik kayıp 70 milyar TL’ye yakın olduğu dikkate alındığında ortaya çıkan ekonomik zararın büyüklüğü daha iyi görülebilmektedir.

2.4. İş Sağlığı ve Güvenliği Kültürü

ILO ve DSÖ İSG’nin amacını işin insana, insanın işse uygun hale getirilmesi şeklinde özetlemiştir (European Commission, 2011). İşin, insana uygun hale getirilmesi için ise işyerlerinde güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007).

Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu’nun (International Atomic Energy Agency-IAEA) 1986’da Çernobil faciasından sonra hazırladığı bir raporla güvenlik kültürü kavramı ilk defa gündeme gelmiştir. Raporda güvenlik kültürü ile felaketin ortaya çıkışı arasındaki ilişkiye vurgu yapılmıştır (Glendon ve diğ., 2006).

Güvenlik kültürü, örgüt kültürünün bir alt boyutu olarak görülmektedir. Örgüt kültürü, çalışanların davranış ve tutumlarını etkileyen örgüt içinde paylaşılan değerler kümesi olarak tanımlanmıştır. Güvenlik kültürü ise çalışanların sağlık ve güvenlik konusundaki inanç ve değerleri olarak tanımlanmıştır (Clarke, 1999). İngiliz Endüstri Konfederasyonu da (The Confederation of British Industry) benzer şekilde güvenlik kültürünü “örgütün bütün üyelerinin risk, kazalar ve sağlık ile ilgili paylaştığı düşünceler ve inançlar” olarak tanımlamıştır (Cooper, 2000).

Güvenlik iklimi de güvenlik kültürü ile yakın anlamlı olup bazen birbirinin yerine kullanılabilen ancak farklı anlamları olan kavramlardır. Güvenlik iklimi çalışanların belli bir zamandaki güvenlikle ilgili tutum ve algılarını ifade etmektedir (Flin ve diğ., 2000). Güvenlik iklimi, bir örgütün içinde olan temel kültürün yansıması olmakla beraber güvenlik kültürüne ait bir bileşendir. Güvenlik kültürü düşünüldüğünde güvenlik iklimi daha yüzeysel kalmakla birlikte daha geçicidir. Güvenlik kültürüne ait anlık bir yansıma olarak karşımıza çıkmaktadır. Güvenlik kültürünün güvenlik ikliminde ayrıldığı üç temel özellik şu şekildedir (Dursun, 2012):

- Güvenlik iklimi, genellikle belli bir zamanda güvenlik ile ilgili algıları ifade etmektedir.
- Güvenlik iklimi, daha çok çevresel ve durumsal faktörlerle ilgilidir.
- Güvenlik iklimi, güvenlik kültürünün “anlık bir fotoğrafı” olarak tanımlanabilecek geçici bir olgudur.

Güvenlik kültürü ve güvenlik iklimine yönelik yapılan araştırmalar iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında güvenlik kültürü ve güvenlik ikliminin etkili olduğunu ortaya koymuştur (Gershon ve diğ., 2000). Çalışanların güvenliğe yönelik davranışları, onların örgütsel uygulamalara ve çalışma çevrelerine ilişkin algı ve tutumlarından etkilenmektedir (Dursun, 2012). Bu yüzden iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için güçlü bir güvenlik kültürü ve ikliminin oluşturulmasına çalışılmalıdır.

2.5. İş Kazası ve Meslek Hastalıkları

2.5.1. İş kazası

TDK kazayı “can ve mal kaybına, zarara neden olan kötü olay” olarak ifade etmiştir. Kaza kavramı bazı tanımlarda dar bazı tanımlarda geniş kapsamlı olarak ele alınmıştır. Geniş kapsamlı kaza tanımında; istenmeyen durumların oluşumuna etki eden sebepler ifade edilirken, dar anlamda ise insan bedeninin zarar görmesi veya ölümü olarak tanımlanmaktadır (Toygar, 2017).

Bir olayın kaza olarak adlandırılması için olaylarda beklenebilirlik, kaçına bilirlik, kasıt kavramlarının az da olması gerekir (Dirik, 2016). İş kazası Dünya Sağlık Örgütü tarafından “önceden planlanmamış, çoğu kez kişisel yaralanmalara, makinaların, araç ve gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan olaydır” diye

tanımlanırken, Uluslararası Çalışma Örgütü ise “belirli zarara ya da yaralanmalara neden olan beklenmeyen ve önceden planlanmamış bir olay” olarak tanımlamıştır.

İş kazası 506 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 13. Maddesinde de maddeler halinde tanımlanmıştır. Buna göre;

- a) Sigortalının iş yerinde olduğu anda
- b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi hesabına bağımsız çalışıyorsa
- c) İşverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda
- d) Bu kanunun 4. Maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanda
- e) Sigortalının, işverence sağlanan taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen veya ruhen özre uğratan olaydır (Han,2015).

2012 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İSG Kanunda iş kazası “işyerinde veya işin yürütülmesi nedeni meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen özre uğratan olay” diye tanımlanmıştır (Dirik, 2016).

2.5.2. Meslek hastalığı

Tüm çalışma ortamlarında, yapılan işin niteliğine göre değişmekle beraber çalışanların sağlığını olumsuz etkileyebilecek çeşitli risk ve tehlikeler vardır. İş ortamında bulunan ve çalışanların faaliyetlerini yürütürken karşılına çıkabilen ve bu durumlar sonucunda ortaya çıkan bu hastalıklara “meslek hastalığı” denilmektedir. Meslek hastalıklarını ortaya çıkaran etken çalışma ortamında olması nedeniyle bu hastalıklar ile yürütülen iş nedensel olarak ilişkilidir. Yani meslek hastalıkları “işe özgü” hastalıklardır (Bilir, 2011). Sigortalının sırf belirli bir mesleği yapmasından ötürü veya üretimden kaynaklanan nedenlerle hastalanması halidir (Fişek,2003). ILO ve DSÖ de meslek hastalıklarının işte ya da iş ortamında bulunan, sağlığa zarar veren faktörlerle ilişkisine dikkat çekmiştir (ILO, 2012).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda ise meslek hastalığı “mesleki risklere marufiyet sonucu ortaya çıkan hastalık” şeklinde tanımlamıştır. Herhangi bir hastalığın tıbbi ve yasal çerçevede meslek hastalığı olarak tanımlanabilmesi için bu hastalığın mesleki

risklere maruziyet sonucu ortaya çıktığının kesin olarak kanıtlanması gerekmektedir. Ancak yapılan iş ile hastalık arasındaki ilişkiyi ortaya koymak çoğunlukla zordur. Bir hastalığın meslek hastalığı sayılabilmesi için tanımlayıcı kriterler Şunlardır (Berk ve diğ., 2011):

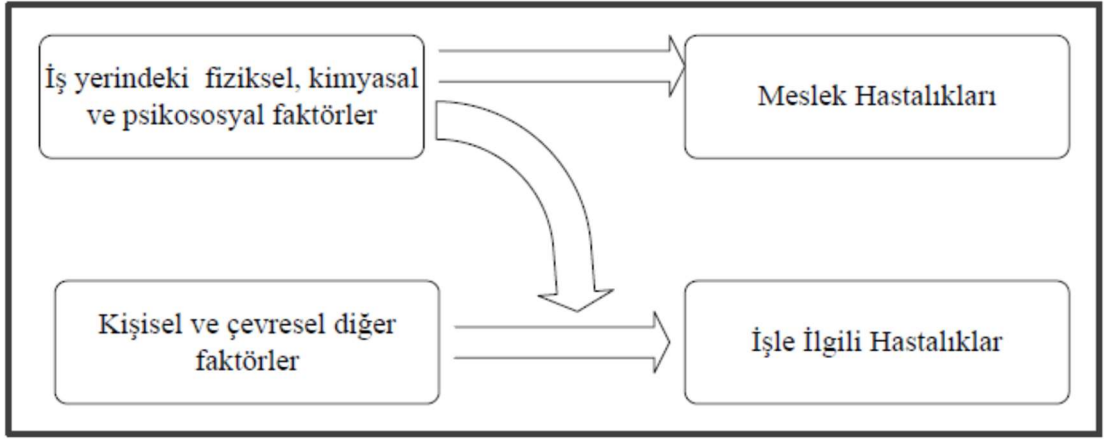
- Maruz kalma ile bundan etkilenme arasındaki ilişkinin bilimsel olarak kanıtlanmış olması,
- Hastalığın belli çalışma alanlarında veya işlerde görülmesi,
- Hastalığın, çok sayıda ülkenin ulusal meslek hastalığı listesinde bulunması.
- Riskin Şiddeti ile maruz kalan çalışan sayısı arasında kuvvetli ilişki olması gerekmektedir.

Meslek hastalıklarının önemli bir kısmı birçok faktörün bir araya gelmesi ile olmaktadır. İş ile hastalık arasındaki ilişki üç başlıkta şu şekilde tanımlanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015):

Meslek Hastalıkları (Occupational Diseases): Çoğunlukla tek bir etkenden kaynaklanan, bu özelliği ile tespit edilen ve meslek ile arasında özel veya güçlü bir ilişki bulunan hastalıklardır.

İşle ilgili hastalıklar (Work Related Diseases): Genellikle birden fazla sayıda etkenin neden olduğu, çalışma ortamının rolünün olabildiği, ancak bununla beraber farklı risklerden de etkilenen karmaşık bir etiyolojiye sahip hastalıklardır (örneğin stres, kas iskelet sistemi hastalıkları).

Çalışan nüfusu etkileyen hastalıklar (Diseases Affecting Working Populations): Sürdürülen iş ile neden-sonuç ilişkisi bulunmamakla birlikte, iş ortamındaki mesleki risk ve tehlikeler nedeniyle ağırlaşması muhtemel olan hastalıklardır (örneğin hipertansiyon, diyabet).



Şekil 1.2. İş-Hastalık İlişkisi

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015.

2.5.3. İş kazası meslek hastalıklarının nedenleri

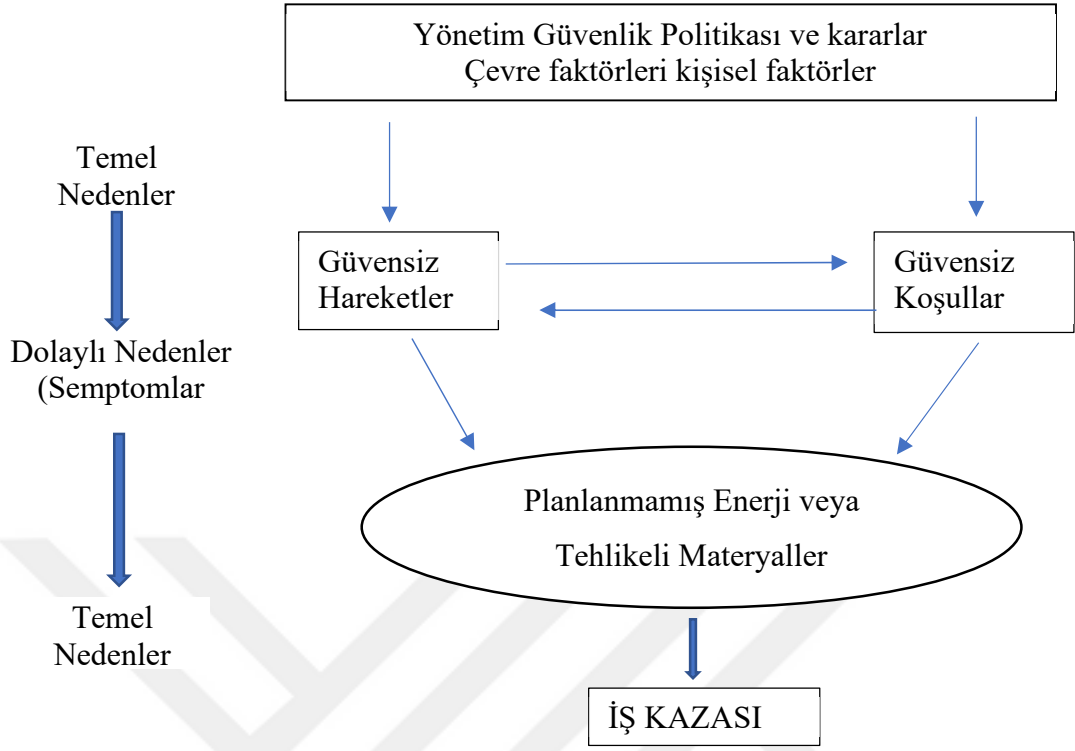
Sanayi devrimi sonrası teknolojinin gelişmesiyle kurulan fabrikalarda tehlikeye neden olabilecek durumların artmasıyla yaşanan iş kazası sayısında artış göstermiştir (Camkurt, 2007).

İş kazalarının bazılarında nedenlerini ortaya çıkarmak kolay olmuşken, bazı iş kazalarında sebepler görünmeyen olaylardan kaynaklandığından nedenlerini ortaya koymak zor olmuştur (Gökbayrak, 2013).

İş kazaları istatistiklerine göre yıllar içinde birçok iş kazası sınıflandırmaları yapılmıştır. 1962 yılında ILO daha önceden 12 madde ile açıklanan iş kazası nedenlerini 4 madde altında toplamıştır. Bu 4 madde başlıkları “kaza tipi, kaza kaynağı, yaralanma mahiyeti, yaralanan organ” (Selçuk, 2014).

Kaynaklarda kazaların büyük bir kısmı insan faktörüne dayanmakla birlikte iki nedenden oluştuğu belirtilmiştir. Birincisi kişisel nedenler, ikinci ise fiziksel ve mekanik ortamlardan kaynaklı nedenlerdir. Kişisel nedenlerin temelinde insanların psikolojik ve fizyolojik özellikleri yer almaktadır.

Özkılıç tarafından iş kazalarının sebepleri ise “doğrudan, dolaylı ve temel nedenler” şeklinde üç ana başlık olarak sıralanmıştır.



Şekil 1.2. İş kazalarının sebepleri

Kaynak: Özkılıç, 2005

Çalışanlar iş kazalarında olduğu gibi meslek hastalıklarından da kaynaklı sağlıklarında sorunlar yaşamaktadırlar. TDK hastalığın tanımını “organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla bozulması durumu, rahatsızlık, maraz, illet, esenlik karşıtı” olarak ifade etmiştir (Eyüpoğlu, 2018). İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukukunda yer verilen hastalık tanımlarında farklılıklar bulunmaktadır (Okumuş, 2019). Ülkemizde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanuna göre meslek hastalığı “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir” (Resmî Gazete, 2006).

2012 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İSG Kanununda meslek hastalığı “mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık” (Resmî Gazete, 2012) olarak tanımlanmıştır. ILO’nun 155 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği sözleşmesinde işin yürütümünden dolayı çeşitli risklere maruziyeti sonucunda oluşan hastalıkların tümü meslek hastalığı olarak tanımlanmıştır (Bülent, 2016).

Bir hastalığın meslek hastalığı olarak nitelendirilebilmesi için iş kazasında olduğu gibi bazı temel unsurlar gerektirmektedir. Bunlar kişinin sigortalı olması, yapılan işin özellikleri veya işin yapılma şartları nedeniyle hastalığın meydana gelmesi, fiziksel ve psikolojik zararın meydana gelmesi, meslek hastalığı ile meydana gelen zararın nedensel olarak birbirine bağlı olması gerekir (Baykın, 2019).

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinde meslek hastalıkları 5 sınıf altında toplanmıştır. Bunlar;

- A grubu: kimyasal maddelerden dolayı oluşan hastalıklar
- B grubu: mesleki cilt hastalıkları
- C grubu: pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları
- D grubu: mesleki bulaşıcı hastalıklar
- E grubu: fiziksel etkenlerle oluşan meslek hastalıkları (Öncer, 2019)

Meslek hastalığına neden olan faktörler fiziksel (titreşim, gürültü, alçak ve yüksek basınç), kimyasal (metaller, çözücüler, pestisitler vb.), biyolojik (virüsler, parazitler vb.) ve tozlar (fibrojenik tozlar, pamuk tozu, kömür, silis vb) olarak dört ana başlıkta toplanabilir (MEB, 2014).

İş kazası ve meslek hastalığının meydana gelmesinde farklılıklar vardır. Bunlardan ilki, iş kazaları çalışmanın her anında olabilirken, meslek hastalığı ise belirli bir sürede sürekli tekrar eden nedenlere bağlı olarak zaman içinde ortaya çıkmasıdır (Okumuş, 2019).

Meslek hastalıklarını diğer hastalıklardan ayıran bazı özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler; diğer hastalıklardan ayıracak bir klinik tabloya sahip olması, doğru bir hastalık etkeninin bulunması, deneysel şekilde hastalığın oluşturulabilmesi, meslek hastalığının söz konusu meslek mensuplarında fazlaca rastlanılabilir olmasıdır (Kaba, 2014).

Meslek hastalıkları mevcut risk çalışmalarının ve kontrol metotlarının uygun yapılması sonucu tamamen engellenebilir. Meslek hastalıklarının önlenmesinde etkili rol oynayan etkili koruyucu yaklaşımda esas olan mevcut risk faktörlerinin belirlenerek ortamdaki yok edilmesi, eğer yok edilemiyorsa çalışanların riskli ortamlarla temaslarının kesilmesidir (Ilıman, 2015).

Çalışanın sağlığının korunması ve iş güvenliğinin sağlanması devletin, sendikaların, eğitim kurumlarının, basın ve yayın organlarının sorumluluğunda olduğu kadar, en büyük sorumluluk kazaların ve meslek hastalıklarının ortaya çıktığı işletmelerin sahiplerinin de sorumluluğundadır. Gereken önlemlerin alınmasıyla birlikte çalışanlara konu hakkında eğitimler verilmesi en önemli konulardan birisidir. Bu eğitimler sırasında, iş güvenliği

politikası ve bu yönde hazırlanmış olan yönetmelikle birlikte, çalışılan alanda ortaya çıkabilecek muhtemel risklere karşı da bilgilendirme yapılmalıdır. Çalışanlar, işyerinde meydana gelebilecek kaza ve meslek hastalıklarına karşı alınması gereken tedbirlerle birlikte, kullanmaları gereken kişisel koruyucuların temin edilmesi, kullanılması, saklanması ve korunması ile ilgili bilgilendirilmelidir. Bunlarla birlikte, çalışılacak makine ya da bölüm hakkında, uyulması gereken kurallar ile yapılması sakıncalı hareketler anlatılmalıdır. Böylece, verilen eğitimle birlikte, çalışma sırasında oluşabilecek olumsuz durumların önüne geçilebilir (Uslu, 2014).

2.6. İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı

Türk Standartları Enstitüsü Türk Standardı 18001 İSG standardına göre İSG, “kabul edilemez zarar riskinden uzak kalma” olarak tanımlanmıştır. İSG kapsamında, çalışanların, sağlıklarının ve güvenliklerinin, çalışma ortamı içerisinde, yerine getirilen iş nedeniyle oluşabilecek tehlikelerden korunması yer almaktadır. Ancak İSG’ye yönelik yapılan tanımlar, çalışanın özellikle, yaşam alanı içinde de güvenliğinin sağlanması gerekliliği fikrinin ortaya atılmasıyla yetersiz kalmış; daha geniş kapsamlı tanımlamaların yapılması ihtiyacı doğmuştur. Bu bağlamda, İSG tedbirlerinin kâfi gelmeyeceğini vurgulayan, çalışanların sağlık ve güvenliklerini kapsayan ve çalışma alanı dışında da etkili olan risklerin de dahil edildiği bir kavram haline gelmiştir (TSE, 2015).

İSG mevzuatı, iş yerlerindeki sağlık ve güvenlik konularında düzenleme yapılarak, şartların iyileştirmesi için işverenlerin, aynı zamanda çalışanların da görevlerini, yetkilerini, sorumluluklarını, haklarını ve yükümlülüklerini belirlemek amacıyla yürürlüğe konulmuştur. Teknolojideki gelişmeler, çalışma şartlarında değişimi meydana getirmiştir. İş hukukunda, sağlık anlayışında onarıcı bir güvenlik politikası izlenirken, zaman içerisinde bu anlayış yerini, önleyici İSG politikalarına bırakmıştır. İSGK ile İSG konusunda yeni adımların atılacağı, bu alanda yapılacak kanun ve yasalara örnek olacağı ve işletmelere iş güvenliği anlayışı kazandırarak, gelişmelerine katkı sağlayacağı görüşleri hakimdir (Karacan ve Erdoğan, 2016).

İSGK, 4857sayılı İK’dan daha kapsamlı ve geliştirilmiş bir tarzda düzenlenmiştir. İK kapsamındaki çalışanlar, çıraklar ve stajyerler konusundaki Avrupa Birliği Direktifleri göz önüne alınarak yeniden düzenlenmiştir (Baycık, 2013).

İşyerlerinin yaptıkları işin tanımına göre ve büyüklüğüne bakılarak, İSGK hükümleri aşamalar halinde yürürlüğe konmuştur. Tüm farklı iş alanlarına değinebilecek maddelere yer verilmiştir. İSGK hükümlerinin uygulanma safhasında ilk olarak kamu kurumları ile 50 kişiden daha az çalışan işçi barındıran ve tehlikeli sınıfı kategorisi az olan yerler için 2014 tarihinde, 50' den çok çalışan olan 2. ve 3. grupta yer alan yerler için de 2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu gruba dahil olmayan yerler için ise, diğer maddelerin belirlenen yayım tarihlerinden altı ay sonra yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. İSGK'nun diğer maddeleri ise altı ay içerisinde yürürlüğe girmiştir (Demir, 2016).

İSGK yürürlüğe girene kadar 4857 sayılı İş Kanunu'nun 77-89. maddeleri ile düzenlenen İSG ile ilgili maddeler, buna eşdeğer tüzük ve yönetmelikler kullanılmaktaydı. 6331 sayılı İSGK beş bölümden ve 39 maddeden oluşmaktadır (Kılık, 2016).

- Kanunun birinci bölümünde, amacı, kapsamı ve istisnaları ve ilgili olan tanımları,
- İkinci bölümde, işverenlere ve çalışanlara ait genel anlamdaki haklar ve yükümlülükler,
- Üçüncü bölümde, Konseyle, Kurulla ve Koordinasyonla ilgili bilgiler,
- Dördüncü bölümde, teftişleven idari yaptırımlarla ilgili bilgiler,
- Beşinci bölümde, muhtelif daimî olmayan hükümler yer almaktadır (Korkut ve Tetik, 2013).

İSGK'nın amacı, işyerlerinde İSG'nin kurulması, uygulanmakta olan sağlık ve güvenlikle ilgili şartlarının iyileştirilmesini sağlamak için işverenlerin ve çalışanların görevlerinin, yetkilerinin, sorumluluklarının, haklarının, yükümlülüklerinin düzenlenmesidir (Resmî Gazete, 2012).

İSGK'nun çalışma hayatına yönelik düzenlemeleri şu şekildedir (Resmî Gazete, 2012):

1. Çalışanlar, kamu ve özel sektör farkı gözetilmeden, tüm çalışanları kapsayıcı şekilde oluşturulmuştur.
2. Çalışan için, çalıştığı işyeri ve çalışmakta olduğu alan kanundan faydalanmasına engel oluşturmayacaktır.
3. İSG mevzuatından yararlanma hakkı, çıraklar ve stajyer konumunda olan kişiler için de geçerlidir.
4. Tüm işyerlerinde, İSG kavramı dahilinde, çalışma sahalarının oluşturulmasını sağlamaktadır.

5. Kanunlar ile birlikte iş yerlerinde risk değerlendirilmesi yapılırken, işin ana unsurları da dikkate alınarak, genel bir yapı meydana getirilmiştir.

6. İşyerinde meydana gelebilecek her türlü iş kazasından, işveren sorumlu tutulmakla beraber, İSGK'nın, tüm çalışma alanlarında uygulanması amaçlanmıştır.

7. Risk değerlendirme kavramları sürekli olarak takip edilerek, eksikliklerin tespiti sağlanmaktadır.

8. İşyerlerinin mevcut durumlarının, var olan eksiklik ve ihtiyaçlar çerçevesinde iyileştirilmesi amaçlanmıştır.

9. Yapılan işin niteliğine, aşamalarına, donanım, ekipman, üretim alanı, yöntemine göre, iş sahaları sınıflarına ayrılarak denetimi gerçekleştirilecektir.

Özel durumlar haricinde, devlet ve özel sektöre ait tüm işler ya da işyerlerinde, çıraklar ve stajyerler de dahil olmak koşuluyla, tüm çalışanların iş konuları göz ardı edilmek suretiyle, iş güvenliği kanununun gerekleri uygulanır. Bunlara, işverenler ve işveren vekilleri de dahildir. Ancak, bu duruma ilişkin bazı özel durumlar mevcuttur. Bu yerler İSGK'dan muaftır. Bu özellikteki yerler, şu şekilde sıralanabilir. (Ektiren, 2017):

1. Fabrikalar, dikimevleri, bazı bakım merkezleri ile birlikte buna benzer işyerlerinde çalışanlar hariç tutulmak üzere, TSK, genel kolluk kuvvetlerinin ve MİT'in faaliyetleri,

2. Afet ve acil durumlarla ilgili müdahale birimlerinin faaliyetleri,

3. Evlerde çalışıp hizmet üretenler,

4. Kendi nam ve hesaplarına, istihdam sağlamadan, hizmet üretimi ve mal üretimi yapanlardır.

Görüldüğü üzere, İSGK'da yer alan "çalışan" kavramı, çırak, stajyer gibi bağımlı tüm çalışanları kapsamaktadır. Diğer bir ifadeyle, İSGK, geniş bir kapsama sahip olup, tüm sektör ve grupları ele almaktadır. Bu kapsam ile İSGK, 4857 sayılı İK'na bağlı kalmayarak, bu kanunda yer alan gruplar dâhil, "statülerine bakılmaksızın", tüm çalışanlar kapsam dahilindedir. Kapsam dahilinde, kamu kurum ve kuruluşları da bulunmaktadır (Baycık, 2013).

İSG alanında kabul görmüş olan, 155 ve 161 sayılı ILO Sözleşmeleri, çalışma ortamında, çalışanın herhangi bir riskle karşılaşma ihtimalini en aza indirmeyi hedeflemektedir. 155 sayılı ILO Sözleşmesi, işçi sağlığı için, iş ortamında iş sağlığı ve güvenliğini yapılandırmayı öngörürken, 161 sayılı ILO sözleşmesi ise, tüm iş sahalarında ve

tüm faaliyet alanlarında çalışan işçilerin işyerlerindeki sağlık hizmetlerini geliştirmeyi amaçlamıştır (Alpar, 2003).

Bu bağlamda, işverenlerin asıl yükümlülükleri, İSG açısından, sürekli olarak iyileşme, iş kazalarını önleme politikası oluşturma, çalışanların işe dair sağlık ve güvenliklerini korumak amacıyla, iyileştirici bir anlayış çerçevesinde yönetime katılımı sağlayarak, eğitim almalarını sağlamaktır.

2.6.1. İşveren yükümlülükleri

İSGK ve benzer içeriğe sahip yönetmelikler gereğince işverenlerin, İSG yükümlülükleri ile Borçlar Kanunu'nda birtakım düzenlemeler yapılmıştır. 6098 sayılı Borçlar Kanunu'nda bazı düzenlemeler yapılmıştır. Düzenlemede; işin haftada en az bir günün tatil edilmesi, çalışanların aylık ücretlerinin asgari ücretten az olmaması, işverenin çalışanlara yapacağı ödemenin süreleri, işçinin ölümü ile işverenin ailesine çalışma süresine bağlı olarak ödeme gerçekleştirmesi, işverenin çalışanın kişiliğini koruyarak, uygun çalışma ortamını sağlaması ve buna dair işverene ait yükümlülükler belirtilmiştir. 89/391 sayılı kanun, işverenlerin İSG hakkındaki belirli yükümlülüklerinin daraltılabileceğine ilişkin olarak , ülkelere serbestlik sağlamaktadır. Bu hükmün, iç hukuka kazandırılması için çıkarılan İSGK'da ise, işverenin sorumlulukları ön planda tutulmuştur. İşverenlerin bu konudaki sorumlulukları, sadece yasal düzenlemelerle sınırlı değildir. İSGK'nın "İşverenin Genel Yükümlülüğü" başlığı altındaki 4. maddesine göre işverenler, çalışanlarının iş ile ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamak zorundadır. Sağlık ve güvenliğin sağlanmasının yanı sıra, işverenlerin yerine getirmesi gereken diğer yükümlülükler şu şekilde sıralanabilir (Şahingöz ve Şık, 2016):

Mesleğin doğası gereği, ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi, gerekli eğitim ve bilgilerin verilmesiyle birlikte, bütün önlemlerin alınması, organizasyonların yapılması, işin yürütülmesi için gerekli olan araç ve gereçlerin temini, ger ekli olan sağlık ve güvenlikle ilgili önlemlerin alınması, halihazırdaki durumun, iyileştirilmesi ile ilgili çalışmaların yapılması,

- Çalışma ortamındaki İSG önlemlerinin kale alınıp alınmadığının denetlenmesi, sorunların çözülmesi,

- Çalışanlar görevlendiril irken, sağlıkları ve güvenlikleri göz önünde bulundurularak, işe uygunluğunun tespiti,

- Risklerin önlenmesi, bertaraf edilmesi mümkün olmayan risklerin, analiz edilerek, kaynağında mücadelenin uygulamaya geçirilmesi,

- Çalışma ortamının, durağan , belirli bir iş akışında, sağlıkla ilgili negatif etkilerini en az düzeye indirecek şekilde tasarlanması ve çalışma prensipleri, üretim yöntemleri tercihleri gibi konulara ağırlık verilmesi,

- Teknoloji alanındaki ilerlemelere uyumun temini,

- Tehlikeli olan durumların, tehlikesiz durumlarla veya daha az tehlikeli seçeneklerle değişimi,

- Genel olarak, iş organizasyonları, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve işyeri ile ilgili faktörlerin tüm etkilerini kapsayacak şekilde bir önleme politikası geliştirip, uygulamak,

- Toplu korunmaya, kişisel korunma önlemlerinden daha fazla önem verilmesini sağlamak.

İşverenler, çalışanlara görev dağılımı yaparken işin sağlık ve güvenlik açısından uygun olup olmadığını göz önünde bulundurmalıdırlar. Ciddi tehlike arz ettiği bilinen çalışma ortamlarına, yalnızca yeterli bilgi ve talimata sahip çalışanların girmesi sağlanmalıdır (Orhan.2017).

İşverenler, İSGK 'da işaret edilen yükümlülüklerini yerine getirirken şu hususlara dikkat etmek durumundadır (Kalkan, 2015):

- Risk unsurlarından uzak durmak, uzak kalınması mümkün olmayan risklerin analizini gerçekleştirmek,

- Riskleri meydana getiren unsurlarla savaşmak,

- İşin, çalışanlarla uyumunu sağlamak amacıyla kullanılan yöntem ve metotları oluşturmak,

- Tekdüze çalışmanın, sağlık ve güvenliği olumsuz yönde etkilemesini önleyerek, risk boyutunu en aza indirmek,

- Teknik alandaki gelişmeleri takip etmek ve uygulamak,

- Tehlike arz eden uygulamaları, daha az riske sahip olan uygulamalarla değiştirmek,

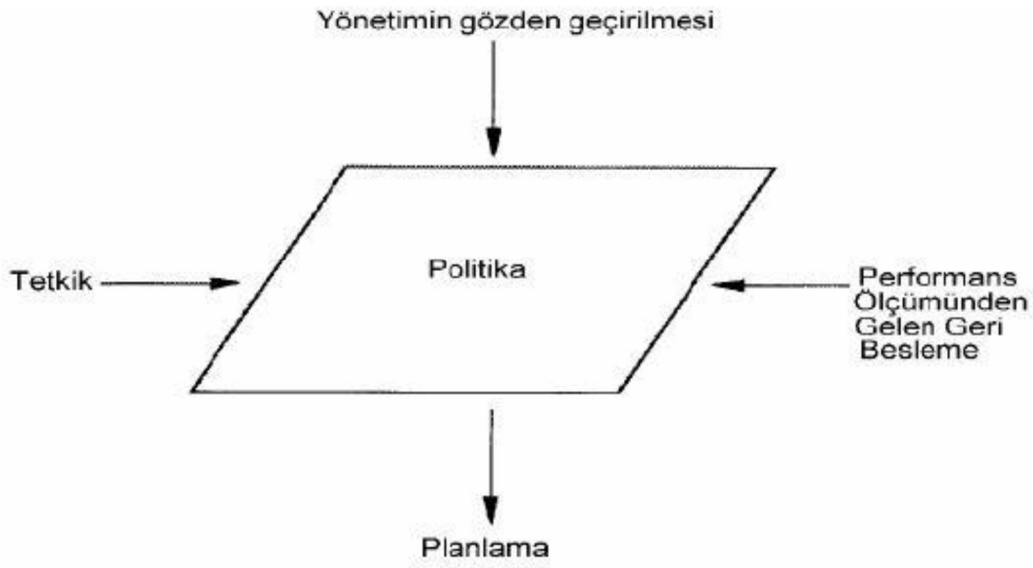
- Tüm unsurlar göz önüne alınarak, tutarlı ve genele hitap eden risk önleme politikaları oluşturmak,

- Toplu korunmanın sağlanması ve kişisel korunma önlemlerinin geri planda olması,

- Çalışanlara verilen talimatların, iş ve çalışan ile uyumlu olması sağlanmalıdır.

2.7. İş Sağlığı ve Güvenliği Politikaları

İşçilerin, işyerinde verimli şekilde çalışmasına ve işletme verimliliğinin artırılmasına yönelik yürütülen stratejiler, iş sağlığı ve güvenliği politikaları olarak adlandırılmaktadır. Bu stratejiler, işçinin güven duygusunu sağlayıp, motivasyonunu arttırarak, ürün veya hizmetin daha kaliteli olmasına olanak sağlamakta, kişilerin ve toplumun yaşam kalitesini yükseltmektedir (Özyörük ve Kütük, 2014).



Şekil 1.4. İSG Politikası

Kaynak: Devedbakan, 2007.

Şekil 1.3'te görüldüğü üzere, İSG politikası oluşturmak için devlet, işletme yöneticileri ve çalışanlar, kendi sorumluluklarını bilerek hareket etmelidirler. İSG eğitimi; devlet desteği ile aile içi eğitim ve yaşam boyu eğitim, çalışma hayatında ise, iş yeri eğitimleri şeklinde sunulmalıdır. İSG politikalarının uygulanmasında göz önünde bulundurulması gereken hususlar ise şu şekilde belirtilebilir (Çelik, 2008):

- Politikalar uzun soluklu olmalıdır;
- Yapılan işlere uyumlu bir politika oluşturulmalıdır;
- Tüm çalışanlara gerekli sorumlulukların verilmelidir;

- Politika, işçi-işveren-devlet üçlüsü tarafından istişare edilerek yürürlüğe konulmalıdır;

- İşçilerin konu hakkında eğitim görmesi sağlanmalıdır;
- Eğitime ayrılan bütçenin yeterliliğe ulaşması için arttırmalar yapılmalıdır;
- Denetim ve gözetim mekanizması, şeffaf olmalıdır.

Güvenlik politikalarının doğru şekilde algılanması ve politikaların doğru şekilde uygulanması için bazı gereklilikler bulunmaktadır. Bu gerekliliklerden birincisi, üst yönetim taahhüdüdür. Üst yönetim taahhüdü, çalışanların sağlık bütünlüğünü korumaya yönelik iş sahasını ve iş akışını yapılandırmak, çalışanlarla sürekli diyalog kurularak gereksinimlerin tespitini gerçekleştirmek olarak karşımıza çıkmaktadır (Limon, 2015).

İkinci gereklilik orta yönetimin denetlenmesidir. Orta yönetimin denetlenmesi; müdür, şef, eğitimci, uzman gibi kişilerin, iş sağlığı ve güvenliği konusunda gerekli takipleri, işlemleri ve güncellemeleri yerine getirip getirmediğinin tespiti yönündeki denetimlerdir. Bu denetimler ile orta yönetimin sorumluluklarını yerine getirmesi sağlanmaktadır. Üçüncü gereklilik ise İSG kurallarının yazılı şekilde beyan edilmesidir. Bu beyanlarla çalışanların bilgilendirmesi sağlanarak, dikkat edilmesi gereken noktalar aktarılmaktadır (Çelik, 2008).

İSG politikaları oluşturulurken İSG'nin kabul edilmiş ana ilkeleri uygulanır. Bu ilkeleri ise şu şekilde sıralanmaktadır (Gökpınar, 2004):

- Her çalışanın sağlık bütünlüğünü korumak, işletmenin esas amacını oluşturmaktadır,
- İşin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesi, işin tamamlanmasından daha önceliklidir;
- İnsan ilk önceliği oluştururken, yapılacak iş ikinci planda yer almaktadır,
- Her çalışanı kapsamakta, tüm çalışanların sağlık bütünlüğü ile alakadar olmaktadır;
- Çalışanların tüm sorunları ile ilgilenilmekte, bütüne bakılmaktadır.
- İş kazaları ile meslek hastalıkları, gerekli önlemlerin ve hassasiyetin sağlanması sayesinde, aza indirilebilecek bir durumdur;
- Çalışanların sağlıklarının yanı sıra, mevcut olan potansiyellerinin daha da geliştirilmesini hedeflemektedir;
- Yaşam şartları ve çalışma şartları bir bütündür; ayrılamaz,
- Çalışılan ve çalışılmayan dönemler birbirinden ayrılamaz;

- Birden fazla disiplini içeren bir konu olup, tıp bilimleri, mühendislik bilimleri ve sosyal bilimler ile ilişkilidir.

- Bir ekip çalışmasıdır. Çok disiplinli özelliğinin doğası gereği, eş güdüm halinde ve çok sayıda uzmandan oluşan bir hizmetin sunulması kaçınılmaz olmaktadır;

- Bu hizmetin sunumunda, kurumlar arası diyalog ve iletişim gereklidir;

- Bu hizmetleri veren kurumlarda, işyeri hekimi ve hekimin her iş alanında bulunması yer almaktadır;

- Maddi kısmı, yönetim kadrosundan çalışan kadrosuna kadar tüm üyeleri ilgilendiren bir konudur;

- Bilim ve teknoloji hızla gelişen bir olgudur. Olguların takibi ve iş alanına uyarlanması gerekmektedir. Bu olguların takibi, beraberinde çalışanların eğitim almasını da getirmektedir. Yeniliklerin çalışanlara aktarılması, verilecek eğitimlerle sağlanmaktadır.

- Çalışmalar gerçekleştirilirken, analiz ve istatistiksel verilerin oluşturulması önemlidir.

- Çalışanların sağlığını korumak, işverenin yerine getirmesi gereken önemli bir sorumluluğudur;

- İSG çalışmalarının başarıya ulaşması, bu kavramın doğru şekilde algılanması, iş ile bütünleşmesi ve davranışa dönüşmesi ile doğru orantılıdır.

İşletmelerin, İSG politikalarını yapılandırırken, ön izlenimlerde bulunması gerekmektedir. Yapılan ön izlenimlerle, oluşabilecek tüm risk ve sorunların tespiti sağlanarak, olası kazaların önüne geçilmektedir. Bununla birlikte, işçilerin analiz edilmesi de kazaların önlenmesi açısından önemlidir. İşçilerin, ihtiyaçlarının ve eksikliklerinin tanımlanması ile gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmelidir. Tüm bu ön izlenimler, her işletme için uygun İSG politikasının temelini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda, sürekli bir takip ile güvenlik politikalarının revize edilmesi sağlanmaktadır. Daha önce belirli bir eğitim almamış olan, denetimi düzgün bir şekilde yerine getiremeyen veya bu sorumluluğa vakıf olmayan kişilerin yerini, eğitimli personel almalı veya bu kişiler hizmet içi eğitimlerle eğitilmelidir. Böylelikle, iş kazaları ve meslek hastalıklarına rastlama riski en aza indirilebilir (Tüzüner ve Özaslan, 2011).

2.8. İSG Eğitimleri

İSG sisteminin asıl amacı, çalışanları oluşabilecek her türlü tehlike ve tehditlerden korumaktır. Bu sebeple, güvenliğin sağlanabileceği en önemli unsur, eğitimidir. Eğitimler ile çalışanların, risk faktörlerine yönelik bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Gelişmekte olan ülkelerde eğitimleri çalışanlara yönelik, belirli dönemlerde gerçekleştirilmektedir. Fakat iş sağlığı ve güvenliği kültür ile bağlantılıdır. Eğitimler belirli dönemlerde değil, uzun vadelerde gerçekleştirilmelidir. Temelden alınan eğitimlerle, iş sahalarında iş sağlığı ve güvenliği kültürü oluşmaktadır (Yılmaz, 2007). Teknolojik gelişmelerin hız kazandığı, bilgi çağı olarak adlandırılan dönemde, küresel ekonomiye ayak uydurabilmek için, çalışma koşullarını düzenlemek, sorunları tespit ederek önleyici stratejiler oluşturma tek çözümü sürekli olarak eğitimin gerçekleştirilmesidir (Akın, 2012).

Son dönemde iş kazalarında meydana gelen artış, eğitimin önemini de doğrulamaktadır. Bu konuda birçok önleyici sözleşme yapılandırılmaktadır. ILO'nun, 155 sayılı sözleşmesi, bu sözleşmelere örnek oluşturmaktadır. Sözleşmenin 14. Maddesinde çalışma alanlarında, iş sağlığı ve güvenliğinin temini için, her düzeyde, tüm iş gruplarında İSG eğitimlerinin verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. (Serinkan, 2007). 15 Mayıs 2013'te Çalışanların İSG Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik yürürlüğe girmiş, yönetmelikte bu eğitimlerle ilgili genel çerçeve ve yükümlülükler hayata geçirilmiştir. Yönetmelik içeriğinde çalışma mevzuatı, çalışanların hakları ve yükümlülükleri, çalışma ortamının temizliği ve hijyeni, iş kazası ve meslek hastalıklarının sonuçları başlıklarını içeren genel içerikli konular yer almaktadır. Bununla beraber, meslek hastalıklarının sebepleri, bu hastalıklardan korunma ilke ve teknikleri, Psikososyal risk faktörleri, ilk yardım, tütün ürünlerinin zararları ve pasif etkileri başlıklarını içeren sağlıkla ilgili konular yer almaktadır.

Yönetmelik kapsamında işverene de bazı yükümlülükler getirilmiştir. Bu yükümlülükler (Şahingöz ve Şık, 2016);

- İşveren, eğitimle ilgili programlar hazırlanmak ve yerine getirilmek,
- Eğitim için, gerekli ihtiyaçları teminin etmek,
- İşçilerin, İSG ile ilgili eğitimlere katılımını sağlamak,
- Eğitimlerin sonucunda, katılımcılara, katılım belgesinin verilmesini sağlamakla yükümlüdür.

Söz konusu yönetmeliğin 6. Madde sinde 24.05.2018 tarihinde yapılan yeni düzenlemeler şöyledir. (Resmi Gazete, 2018):

- İşverenler, güncellenen iş sağlığı ve güvenliği konularının, işe yeni giren çalışanlara en kısa sürede verilmesi sağlanmalıdır.

- Fiilen çalışımın gerçekleşmesinden önce, işe başlama eğitim inin verilmesi sağlanmalıdır. Eğitimler, konu hakkında yetkili kişilerce uygulamalı şekilde verilmelidir. İşe başlama eğitimlerinin süresi iki saat olmalıdır.

- Çalışanların yeni işe girişlerinde, bulunduğu işin kendine özgü riskleri göz önüne alınarak eğitimler verilmelidir

İSGK'nın 4. maddesine göre, işverene, çalışanların sağlıklarının her türlü güvence altına alınması gerekliliği yüklenirken, bu gerekliliği yerine getirmek amacıyla (Süzek, 2015);

- İş sahasındaki risklerin engellenmesi,
- Risklerle ilgili eğitim, bilgi ve uygulamaların çalışanlara sunulması,
- Organizasyonların oluşturulması,
- Eğitimin verildiği dönemlerde, gerekli olan malzemelerin temini,
- Şartlar göz önünde bulundurularak, sağlık ve güvenlikle ilgili koşullarda sürekli değişme sağlanması hedeflenir.

Bunun dışında İSGK'ya göre, işveren çalışanların eğitimlerini sağlamak zorundadır. Kanunun 17. Maddesine göre, işveren, çalışanların eğitimlerini sağlamak zorundadır. Bu eğitimleri sağlarken, değişen koşullara ve çalışma şartlarına göre düzenlemek durumundadır.

2.9. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Ve Standartları

Teknolojik gelişmeler, üretim yöntemleri ve araçlarındaki değişim ve ilerleme işyerlerinde verimin artmasını ve kalitenin gelişmesini sağlamıştır. İlerlemeler ve yeni yöntemler çalışanların maruz kalabilecekleri yeni riskler, yeni tehlikeler ve yeni sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar işyerlerinde sağlık ve güvenliğin sağlanması ile ilgili önlemlerin alınmasını gerekli kılmıştır (Kurt ve Özdemir, 2003). Bu kapsamda, işyerlerinde ilk olarak durum analizlerinin yapılması, risklerin ortaya çıkarılması, söz konusu riskleri ortadan kaldırmak amacıyla mevzuatlar çerçevesinde programlar oluşturulması-uygulanması, tüm faaliyetlerin belirli bir sistematik dahilinde dökümanite edilmesi ve

ilgililere duyurulması ve yürütölmekte olan bu faaliyetlerin takip edilip değeriendirilebilmesi için yönetim sistemleri ve standartları geliştirilmiştir (ILO, 2015; Özkılıç, 2005). Aşağıda, BS 8800 Yönetim Sistemi, OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi ve ILO-OSH Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistemlerinin açıklamalarına yer verilmiştir. Ayrıca hastanelerde çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik standartlar içeren Akreditasyon Standartları ve Sağlıkta Kalite Standartları'ndan bahsedilmiştir.

2.9.1. BS 8800 yönetim sistemi

BS 8800 Yönetim Sistemi bir rehber standarttan oluşmaktadır. Kılavuzluk etme özelliğı olan ve ilk İSG standardı olan bu standart 1901 yılında kurulan İngiliz Standartlar Enstitüsü (British Standardization Institute-BSI) tarafından "BS 8800 İSG Yönetim Sistemleri Rehberi (Occupational health and safety management systems Guide)" adıyla 1996 yılında yayımlanmıştır. Bazı rehber bilgi ve önerileri içeren ancak, İSG Yönetim Sistemine yönelik Şartları içermeyen BS 8800 standardının belgelendirme amacıyla kullanımı uygun görölmemektedir (Serin ve Çuhadar, 2015).

BS 8800 standardı, 2004 yılında revize edilerek "BS 8800: 2004 Mesleki İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberi" olarak yeniden yayımlanmıştır. Bu standart aşağıdaki konularda işletmelere yardımcı olmaktadır (BSI, 2015):

- İş kazalarını ve iş ilişkin hastalıkları önlemek için işyerinde iyi çalışma uygulamalarını geliştirmek suretiyle çalışanlara yönelik riskleri minimize etmek,
- İş performansını geliştirmek ve işletmelerin pazarda sorumlu bir imaj oluşturmalarına yardım etmek,
- Yasal gerekliliklerin ötesinde işletmelerin performanslarını sürekli olarak geliştirmelerine yardımcı olmak,
- İşletmelerin İSG ile ilgili politika ve amaçlarını gerçekleştirmelerine yardımcı olmak.

2.9.2. ILO iş sağlığı ve güvenliğı yönetim sistemi rehberleri

ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri (ILO Guidelines on occupational safety and health management systems) 2001 yılında ILO tarafından yayımlanmıştır. Bu rehberler hem ulusal hem de örgötsel düzeyde iş sağlığı ve güvenliğı

yönetim sistemi oluşturmak için bir model sunmaktadır (ILO, 2011). İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemlerinin uygulanmasının işyerlerinde tehlike ve riskleri azaltma yönünde pozitif bir etki oluşturacağından yola çıkarak yayımlanmıştır. Bu rehberlerin en büyük avantajı, işyerlerinde güvenlik kültürünün oluşmasında ve sürekliliğinin sağlanmasında uygun, güçlü ve esnek bir zemin oluşturmasıdır. ILO'nun bu yönetim sistemleri rehberlerinin işyerinde uygulanması sonucunda, işverenin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorumluluklarını önemli ölçüde yerine getireceği ifade edilmiştir (Berk ve diğ., 2015, s. 72). ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri, 5 temel bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler aşağıdaki gibi sıralanmıştır (ILO, 2001):

- Politika,
- Organizasyon,
- Planlama ve Uygulama,
- Değerlendirme ve
- İyileştirme Faaliyetleri.

ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri, bir standart değildir. Ancak temelinde önemli çalışmaları barındıran temel rehberlerdir. Bu rehberler uluslararası platformda paylaşılmış bilgileri içermektedir ve herhangi bir zorunluluk olmamakla beraber uygulayıcılara iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri oluşturma hususunda yol göstermektedir (Berk ve diğ., 2015). Örneğin, Almanya ve Polonya gibi bazı ülkelerde iş sağlığı ve güvenliği yönetimi ile ilgili ulusal rehberler ILO Rehberleri temel alınarak hazırlanmıştır (İŞGÜM, 2015).

2.9.3. OHSAS 18001 iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri

OHSAS (Occupational Health and Safety Management Systems) 18001, risk değerlendirmesine dayalı, tüm dünyada kabul gören bir yönetim sistemidir. OHSAS 18001, örgütlerde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili riskleri kontrol etmek ve performans artırmak amacıyla geliştirilmiştir (Serin ve Çuhadar, 2015). Kılavuz niteliğindeki ilk sağlık ve güvenlik standardı olan BS 8800 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberi'nin 1996'da BSI tarafından yayımlanmasından sonra farklı belgelendirme kuruluşları bu konuda standartlar yayımlamışlardır. BS 8800'ü temel almalarına karşın, bu standartlar, içerik ve uygulama bakımından birbirlerinden farklılıklar göstermiştir. Bunun üzerine, BSI

öncülüğünde uluslararası kabul edilebilecek bir sağlık ve güvenlik standardı hazırlanması amacıyla İngiltere’de bir komisyon toplanmış ve bu komisyonun çalışmaları sonucunda 1999 yılında OHSAS 18001 standardı hazırlanmıştır. Hazırlanan bu standart, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından 2001 yılında kabul edilerek TS 18001 adıyla yayımlanmıştır (Ofloğlu ve Sarıkaya, 2005).

Hem üretim hem de hizmet sektöründe, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması zorunlu hale gelmiştir. Uluslararası düzeyde tanınan OHSAS 18001, bu zorunluluğun yerine getirilmesinde işletmelere yardımcı olmaktadır (Ofloğlu ve Sarıkaya, 2005, s. 3). OHSAS 18002, OHSAS 18001’in uygulama kılavuzudur (İşletmelerde OHSAS 18001’in nasıl uygulanacağını anlatan destek dokümandır) ve 1999 yılında yayımlanmıştır (Serin ve Çuhadar, 2015, s. 54). OHSAS 18001 standardı ve buna ait OHSAS 18002 kılavuzu; müşterilerin kuruluşlardan belgelendirilebilir, denetlenebilir ve kabul edilebilir bir iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi talep etmeleri sonucunda geliştirilmiştir (Ofloğlu ve Sarıkaya, 2005).

OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri standardının temel özelliği önleyici, yani proaktif olmasıdır. Önleyici sistem yaklaşımında, hatalar ortaya çıkmadan önlenmeye çalışıldığından maruz kalınabilecek risk ve tehlikeler de azaltılabilmektedir. Sistem, önleyicilik üzerinde kurulmuş olmakla birlikte kontrol ve geri besleme mekanizmalarını ve düzeltici faaliyetleri de içermektedir. OHSAS 18001 özetle aşağıdaki unsurlardan oluşmaktadır (Serin ve Çuhadar, 2015):

- Genel Şartlar,
 - İş sağlığı ve güvenliği politikası,
 - Planlama,
 - Uygulama ve işletme,
 - Kontrol ve düzeltici faaliyetler ve
- Yönetimin gözden geçirilmesi.

2.9.4. JCI standartları

Joint Commission International (JCI), sağlık hizmetleri alanında ABD’deki en eski ve en büyük standart belirleme ve akreditasyon kurumu olan ve 20.000’den fazla kurumu değerlendiren Joint Commission (Birleşik Komisyon) tarafından 1994 yılında kurulmuştur. Kâr amacı gütmeyen JCI, misyonunu; “eğitim, yayımlar, danışmanlık ve değerlendirme

hizmetleri temini yoluyla uluslararası camiada bakımın güvenliğini ve kalitesinin sürekli iyileştirilmesi” olarak tanımlamıştır (JCI, 2015a). JCI, 90'dan fazla ülkede faaliyet göstermekte ve geliştirdiği standartlarla hastane ve diğer sağlık kurumlarını (Akademik Tıp Merkezi Hastaneleri, Birinci Basamak Bakım Merkezleri Ayaktan Bakım Merkezleri, Evde Bakım, Uzun Dönemli Bakım, Klinik Laboratuvar ve Tıbbi Ulaştırma Kuruluşları) akredite etmektedir (JCI, 2015b).

JCI tarafından 2014 yılında yayımlanan “Joint Commission International Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları” kitabında standartlar aşağıdaki gibi listelenmiştir (JCI, 2014):

- Hasta Merkezli Standartlar:
- Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri,
- Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği,
- Hasta ve Aile Hakları,
- Hastaların Değerlendirilmesi,
- Hastaların Bakımı,
- Anestezi ve Cerrahi Bakım,
- Medikasyon Yönetimi ve Kullanımı,
- Hasta ve Aile Eğitimi.

Sağlık Bakım Kurumu Yönetim Standartları:

- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği,
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü,
- Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme,
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği,
- Personel Nitelikleri ve Eğitimi,
- Bilgi Yönetimi.

Standartlar incelendiğinde standartların tümünün iş sağlığı ve güvenliği ile ilişkilendirilebileceği görülmektedir. Örneğin “enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü” ile ilgili standartlar hastalar için güvenli bir ortam sağlanmasına imkân tanırken, aynı zamanda çalışanlar için de güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasına yardımcı olabilir. Bununla birlikte “Sağlık Bakım Kurumu Yönetim Standartları” başlığı altında bulunan “Tesis Yönetimi ve Güvenliği” standartları doğrudan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili standartlar ihtiva etmektedir. Tesis Yönetimi ve Güvenliği başlığı altında bulunan “Hastane; hastalar,

hasta yakınları, ziyaretçiler ve personele yönelik risklerin yönetilmesi için oluşturulmuş süreçleri tarif eden yazılı bir program veya programlar geliştirmeli ve devamlılığını sağlamalıdır” “Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır” ve “Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır” standartları bunlara örnek olarak verilebilir (JCI, 2014).

2.9.5. Sağlıkta kalite standartları

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 8 ilkesi içinde kalite ile ilgili olarak “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” ilkesi yer almaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) bu hedefe ulaşmada temel unsur olarak görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından ilk defa 2005 yılında 100 kriterden oluşan bir soru seti yayımlanmıştır. 2007 yılında 150, 2009 yılında ise 358 standartlık bir set yayımlanarak SSK’nin ana iskeleti oluşturulmuştur. 2011 yılında ise kamu, özel ve üniversite ayrımı yapılmaksızın tüm hastaneler için geçerli 621 standarttan oluşan “Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane” seti hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

SKS, hasta ve çalışan memnuniyeti ile hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasını esas almaktadır. 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir. Bu kapsamda; Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5) Seti hazırlanarak, 1 Temmuz 2015 tarihi itibarı ile Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kamu, üniversite ve özel tüm hastanelerin kullanımına sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015).

SKS-Hastane, 5 Boyut, 39 Bölüm, 557 Standart ve 1100 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. SSK’nin 5 boyutundan biri olan “Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler” boyutu hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak ve sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış standartlar içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

3. HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

3.1. Hastanelerde Çalışanların Karşılaştıkları Riskler

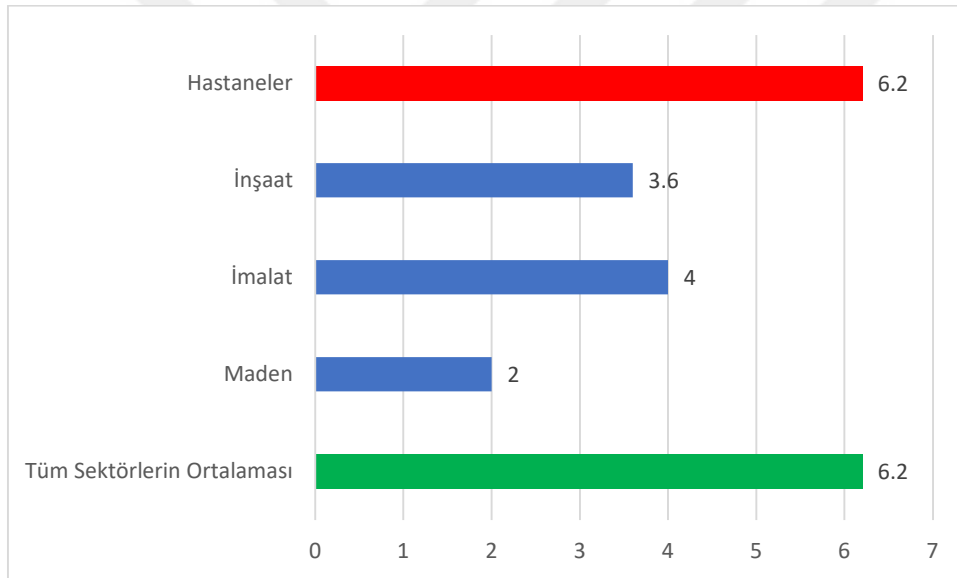
Daha önceleri çoğunlukla sanayi alanında çalışanların sorunu olarak değerlendirilen İSG, hizmet sektörünün son 20-30 yıl içinde bütün dünyada gelişmesi ile bu alanda çalışanların sorunu olarak da değerlendirilmeye başlamıştır (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 429).

Sağlık sektörü çalışanları hizmet sektörü içerisinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık çalışanları, dünyadaki tüm işgücünün yaklaşık %12'sini oluşturmaktadır ve sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı hastanelerde çalışmaktadır (Ndejjo ve diğ., 2015, s. 1; European Union, 2011, s. 8). Tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan hastanelerde tedavi hizmetleri yanında, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma hizmetleri sunulmaktadır. Hastanelerde yapılan işler oldukça karmaşık olabilmekte ve değişkenlik gösterebilmektedir. Verilen hizmetlerin sayısı arttıkça karmaşıklık derecesi ve karmaşıklığın yarattığı problemler de artmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2013). Bu problemlerin başında, çalışanların sağlık ve güvenliklerinin sağlanması gelmektedir. ABD'deki İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) hastanelerin mesleki risk ve tehlikeye maruz kalma açısından en tehlikeli çalışma ortamlarından biri olduğunu belirtmiştir (OSHA, 2015). Türkiye'de de 26.12.2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği ile, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 9. maddesi uyarınca, işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından yer aldığı tehlike sınıfları liste halinde belirtilmiştir. Buna göre işyerleri “az tehlikeli”, “tehlikeli” ve “çok tehlikeli” olarak sınıflandırılmış ve hastaneler iş sağlığı ve güvenliği açısından “çok tehlikeli” işyerleri sınıfına dâhil edilmiştir (Resmi Gazete, 2012).

İşgücü İstatistikleri Bürosuna (Bureau of Labor Statistics-BLS) göre 2014 yılı itibarıyla Amerika'da hastane çalışanlarının maruz kaldığı ölümcül olmayan iş kazası ve meslek hastalıklarının oranı tüm sektörlerde çalışanların maruz kaldığı ortalama iş kazası ve meslek hastalığı oranının yaklaşık iki katıdır. Ayrıca hastane çalışanlarının maruz kaldığı ölümcül olmayan iş kazası ve meslek hastalıklarının oranı, ağır sanayide gerçekleşen iş kazası ve meslek hastalıkları oranından daha yüksektir. 2014 yılında, Amerika'da hastanelerde tam zamanlı olarak çalışan her 100 sağlık çalışanından 6,2'si iş kazasına uğramış ya da meslek hastalığına yakalanmıştır. Sözü edilen oranlar üretim sektöründe

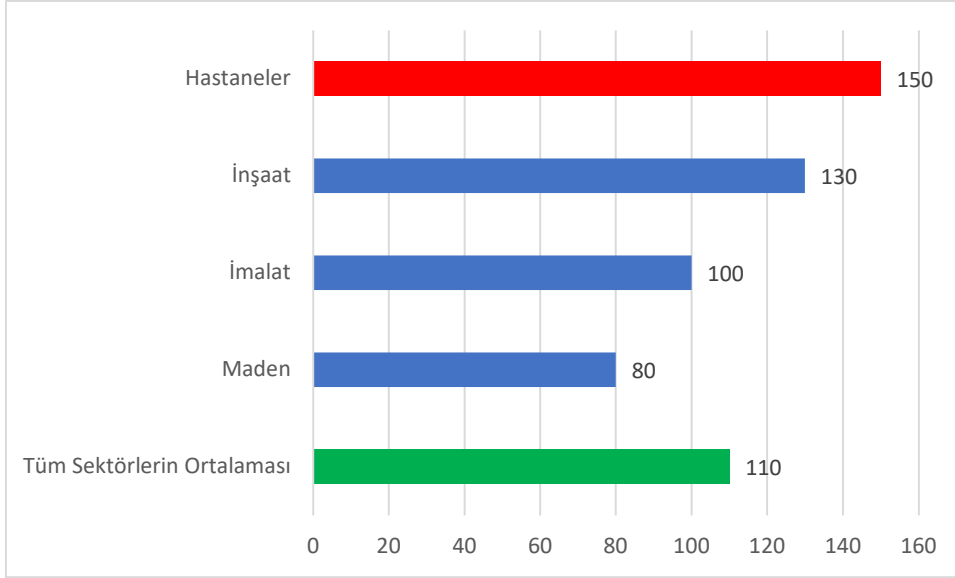
(imalat-sanayi) 100 çalışanda 4, inşaat sektöründe 100 çalışanda 3,6 ve madencilik sektöründe 100 çalışanda 2'dir (BLS, 2015; Grafik 3).

İş günü kaybıyla sonuçlanan iş kazası ve meslek hastalıkları oranları incelendiğinde de hastane çalışanlarının iş günü kaybıyla sonuçlanan iş kazası ve meslek hastalıkları oranlarının diğer sektörlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre hastanelerde meydana gelen ve işgünü kaybıyla sonuçlanan iş kazası ve meslek hastalığı her 10.000 çalışanda 150 iken, bu oran diğer tüm sektörlerin ortalaması alındığında 10.000 çalışanda 110'dur (BLS, 2015; Grafik 4). Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknoloji ve üretim araçlarının çeşitliliği nedeniyle hastane çalışanları, diğer sektörlerde çalışanların maruz kaldığı iş risklerinin yanında, yaptıkları işin niteliğine bağlı olarak çok sayıda mesleki risk ve tehlike ile karşılaşmaktadır (Arvacık, 2014; Meydanlıoğlu, 2013).



Şekil 3.1. Sektörlere göre ölümcül olmayan iş kazası ve meslek hastalığı oranları 100 çalışanda

Kaynak: Bureau of labor statistics, 2015



Şekil 3.2. Sektörlere Göre İşgünü Kaybıyla Sonuçlanan İş Kazası Oranları-10.000 Çalışanda

Kaynak: Bureau of Labor Statistics, 2015.

3.2. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Faktörler

SSGSSK’nun, 14. maddesinde meslek hastalığı, çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özür lülük halleri olarak tanımlanmıştır. Meslek hastalıkları da sosyal bir risk olarak değerlendirilmektedir. İşyerlerinde yapılan işin niteliği göz önünde bulundurularak, meslek hastalıklarına sebep olan durumlar farklılık göstermektedir. Görülen belirtilerle birlikte, hastalığın görüldüğü uzuvlar değerlendirildiğinde, en çok karşılaşılan hastalık türünün “deri hastalıkları” olduğu tespit edilmiştir. Deri hastalıklarından sonra en çok karşılaşılan hastalık, “solunum sistemi” hastalıklarıdır. Günümüzde sağlık çalışanları, diğer meslek gruplarına nazaran daha çok riske maruz kalmaktadır (Saygılı, 2008).

Sağlık çalışanları, başkalarının sağlıklarını iyileştirmek adına, kendi sağlıklarını göz ardı etmektedirler. Sağlık çalışanları işlerini yerine getirirken, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve travma oluşturabilecek unsurlara maruz kalmaktadırlar. Bu durum, sağlık çalışanlarının işe verimini düşürmekte ve işe bağlılığını azaltmaktadır. Bununla birlikte, mesleki rahatsızlıkları da beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalar doğrultusunda, hastane çalışanlarının, diğer meslek gruplarına nazaran daha fazla meslek hastalığı riski ile karşılaştıkları ortaya çıkmaktadır (Günel, 2018).

Çalışanların, gerekli kural ve yükümlülöklere uymamaları, bilgisizlik ve dikkatsizlik gibi durumlar, iş kazalarına sebep olmaktadır. Fakat, en büyük tehlike, çalışma esnasındaki dikkatsizliklerden oluşmaktadır. İğne batması, kesici unsurlara maruz kalma, sıçrama sebebiyle, kanla geçen patojenlerle karşı karşıya kalınması dikkatsizliğin meydana getirdiği problemlerdir (Taşcıoğlu, 2007).

Tablo 3.1. Hastanelerdeki başlıca tehlike ve risk faktörleri

Fiziksel Faktörler	Kimyasal Faktörler	Biyolojik Faktörler	Psikososyal Faktörler	Ergonomik Faktörler
• Radyasyon • Lazer • Gürültü • Elektrik • Sıcak-soğuk hava • Kesici-delici-batıcı cisimler	• Solventler • Anestezik ilaçlar • Kanseri ilaçları • Metal, cıva • Temizlik malzemeleri	• Enfeksiyonlar/ biyolojik ajanlar (bakteriler, mantarlar, parazitler, bulaşıcı vücut sıvıları) • Bulaşıcı hastalıklar (tüberküloz, hepatitler, AIDS, solunum sistemi enfeksiyonları)	• Vardiya • Gece çalışması • Uzun süre çalışma • Stres • İş yükü • Şiddet	• Güvensiz donanım/teçhizat • Düzensiz veya uygun olmayan çalışma alanları • Uygun olmayan vücut duruşları • Uygun olmayan vücut hareketleri

Kaynak: Bilir ve Yıldız, 2014, Deveci, 2007, Oğan, 2014.

3.2.1. Fiziksel faktörler

Radyasyon, elektrik, gürültü, kötü havalandırma, kötü aydınlatma, lazer, kesici delici cisimler sağlık çalışanlarını tehdit eden önemli fiziksel risk faktörleridir (Türk Tabipler Birliği-TTB, 2008; OSHA, 2016). Radyoloji, radyoterapi ve nükleer tıp çalışanları başta olmak üzere, sağlık çalışanları, radyasyona maruz kalmaktadırlar (Meydanlıoğlu, 2013). Radyasyona maruz kalmak akut dönemde bulantı, kusma, ishal ve hatta ölüme sebep olabilmektedir. Kronik olarak ise cilt kanseri ve kemik iliği rahatsızlıklarına sebep olabilmektedir. Ayrıca sürekli olarak radyona maruz kalanların çocuklarında genetik rahatsızlıklar da görülebilmektedir (OSHA, 2016).

Hastanelerdeki gürültü seviyesi çalışanların sağlığını etkileyebilecek düzeyde olabilmektedir. Hoparlörden yapılan anonslar, tıbbi cihazların çıkardığı sesler, ısıtma ve soğutma sistemlerinden çıkan sesler ve hastaların, yakınlarının ve çalışanların yüksek sesle

konusması gürültüyü artırabilmektedir. Çalışılan ortamdaki gürültünün pek çok yan etkisi olabilmektedir. Kan basıncının artması, performansın düşmesi, stres, uyku bozuklukları, tinnitus ve gürültüye bağlı işitme kaybı bu etkiler arasındadır. Aydınlatma, üzerinde pek durulmayan bir konu olmakla birlikte kaliteli olmayan bir aydınlatma sistemi özellikle ameliyathane ortamında görüş konusunda olumsuzluklar yaratmakta, çok keskin olan aydınlatma ise yorgunluğa neden olabilmektedir (TTB, 2008). Ayrıca lazer, ultraviyole, mikrodalga, ultrason, fotokopi makineleri, havalandırma sistemleri, bilgisayar ekranları ve iç ortamdaki havanın kirli olması sağlık personeli açısından olumsuzluk ve riskler barındırmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013).

3.2.2. Biyolojik faktörler

Sağlık çalışanları, çalışma ortamlarından kaynaklanan çok sayıda biyolojik risk etmenine maruz kalmaktadırlar (Tablo 3.2). Bunlar içinde kan yolu ile bulaşan hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Kan yolu bulaşan 30 civarında mikroorganizma olsa da bunların başında Hepatit B, C ve HIV virüsleri gelmektedir (TTB, 2008; Gorman ve diğ., 2013). DSÖ tarafından 2002 yılında yayımlanan bir raporda dünyadaki 35 milyon sağlık çalışanı arasında yaklaşık 3 milyonunun (2 milyon Hepatit B, 0,9 milyon Hepatit C ve 170.000 HIV) her yıl kan ile bulaşan patojene (bloodborne pathogens) maruz kaldığı ve bu patojenlerin 70.000 sağlık çalışanında Hepatit B, 15.000 çalışanda Hepatit C ve 500'ünde ise HIV enfeksiyonuna neden olduğu belirtilmiştir (WHO, 2002).

Tablo 3.2. Biyolojik risk faktörleri

Kan yolu	Hava yolu	Fekal Oral	Temas (Deri yolu)
Hepatit B	TBC	Hepatit A	Herpetik dolama Tineapedis
Hepatit C	Kızamık	Polio	Siğiller
HIV	Kızamıkçık	<i>Salmonella</i>	Scabies
Kırım Kongo Ateşi	Meningokoksik	<i>Shigella</i>	Pedikülozis
Ebola virüsü	Menenjit	<i>E. histolitica</i>	
	İnfluenza	<i>Giardia</i>	
	Boğmaca		
	Kabakulak		
	Varisella		
	Brucella		

Kaynak: Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2016, s. 4

Kan yolu ile bulaşma en çok kesici-delici alet yaralanması (örneğin iğne batması) ile meydana gelmektedir (Gorman ve diğ., 2013). DSÖ'ye göre sağlık çalışanlarında görülen dünyadaki tüm Hepatit B ve Hepatit C vakalarının %40'ı, AIDS vakalarının ise %2,5'i kesici delici alet yaralanması ile meydana gelmektedir (WHO, 2002). Kesici delici alet yaralanması en çok hemşirelerde ve kesici aletin monte edilmesi ya da çıkarılması, aletin kullanımı, iğne kapaklarının kapatılması ve aletlerin atık kutularına atılması sırasında olmaktadır (Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2016).

Sağlık çalışanları, solunum yolu ile bulaşan hastalıklar açısından da önemli derecede risk altındadırlar. Nezle, grip, tüberküloz, kızamık, kızamıkçık ve suçiçeği hastalardan sağlık çalışanlarına solunum yolu ile geçebilen önemli hastalıklar olarak sayılabilir. Tüberkülozun, solunumla bulaşan hastalıklar içinde önemli bir yeri vardır. Türkiye'de tüberküloz görülme sıklığının sağlık çalışanlarında toplumun geneline göre yaklaşık 3 kat fazla olduğu belirtilmiştir (TTB, 2008).

3.2.3. Kimyasal faktörler

Hastanelerde çalışanlar çok sayıda kimyasal etkenle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunlar arasında ilaçlar, anestezi gazları, antiseptik ve dezenfektan maddeler ile sterilizasyon sırasında kullanılan maddeler bulunmaktadır. Ayrıca sterilizasyon malzemelerinin sık kullanılmaları ve etkilerini öne çıkarmaktır (TTB, 2008).

Ameliyathanelerde bulunan anestezi işlemine ait cihazların bağlantılarından veya hasta kişilerin nefes alıp vermeleri nedeniyle ortamda oluşabilecek gazlar, orada olan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli tarafından da inhale edilerek vücuda alınmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2014). Anestezi gazlarına (nitroz oksit, halotan, izofluran gibi) maruz kalmak akut dönemde uyuşukluk, sinirlilik, depresyon, baş ağrısı, mide bulantısı, koordinasyon ve muhakeme ile ilgili sorunlar meydana getirebilmektedir. Bu gazlara uzun süreli maruz kalmak ise karaciğer ve böbrek hastalıkları ile kansere neden olabilmektedir (OSHA, 2016).

Sağlık çalışanları, ilaçların taşınması, depolanması, hazırlanması, uygulanması ve atıkların ortamdaki kaldırılması sırasında sindirim, inhalasyon ya da doğrudan temas ile, ilacı sulandırma, flakondan enjektöre çekme, ilaç içeren ampulü kırma, enjektörden havayı çıkarma, serum torbasını ya da seti çıkarma, serum torbasının setle bağlantısını sağlama, ilacı serum içine verme, oluşan kazalar veya dökülme nedeniyle ilaçlara maruz kalabilmektedir (TTB, 2008). Hastaların iyileştirilmesi amacıyla kullanılan bu ilaçların bazıları, özellikle kanser tedavisinde kullanılan (antineoplastik) ilaçlar çalışanlar açısından tehlikeli olabilmektedir. NIOSH kanser tedavisinde kullanılan ilaçların deri döküntüleri, kısırlık, düşük, doğum kusurları, lösemi veya diğer kanserlere neden olabileceğini belirtmiş ve bu ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında uygun prosedürlerin ve koruyucu ekipmanların kullanılması ile bu etkilerin azaltılabileceğini belirtmiştir (Connor ve diğ., 2004).

Hastanelerde antiseptik ve dezenfektan olarak en çok benzalkonyum klorür, borik asit, fenol, krezol gibi maddeler kullanılmaktadır. Sterilizasyon için ise etilen oksit, glutaraldehit ve formaldehit gibi maddeler kullanılmaktadır. Bu maddeler de alerjiden kansere kadar çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedirler. Ayrıca hastanelerde bulunan cıva ve benzeri ağır metal veya plastiklerin de çalışanların sağlığı üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013; Bilir ve Yıldız, 2014; TTB, 2008).

3.2.4. Ergonomik risk faktörleri

Ergonomi, insanların iş taleplerini, makinalar ile ilişkiyi düzenleyen ve iş talepleri düzene koyan iş yönetimidir. Çalışanların verimliliği açısından ergonomik faktörler, diğer faktörler kadar önem taşımaktadır. Çalışma şartları nispeten daha rahat olan kişilerin iş kazası geçirme risklerinin daha az olması nedeniyle, iş verimlilikleri daha yüksek olmaktadır (Karadağ ve Yıldırım, 2004).

Ergonominin amacı, sadece iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, meslek hastalıklarının engellenmesi değil, tüm çalışanların fiziksel ve psikolojik durumlarının korunması, daha iyi bir hale getirilmesi, çalışma ortamlarındaki eksikliklerin tespit edilmesi, düzenlenmesi ve buna bağlı olarak performansının artırılmasıdır (Mert, 2014).

Hastanelerde sağlık bakım hizmeti verenler yalnızca araç-gereç ve çevre ile değil, aynı zamanda hastalarla da etkileşim içerisinde olduklarından, ergonomi, hastanelerde; çalışan, makine ve çevre ilişkisinin yanı sıra, çalışan ve hasta ilişkisini de ele almaktadır (Güler ve diğ., 2015).

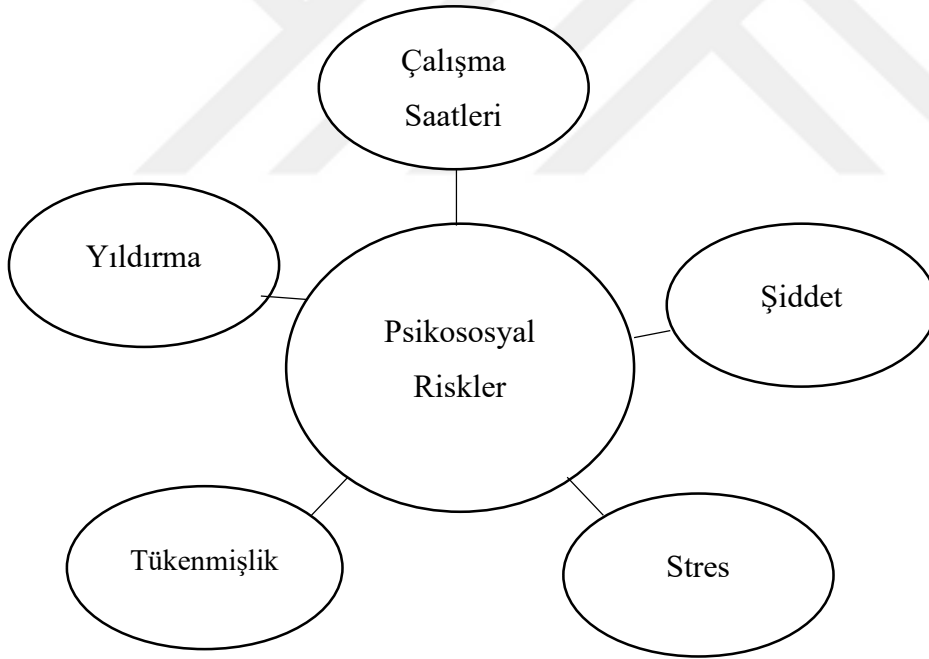
Yüksek basamaklar, ıslak zemin veya zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörlerin yanı sıra hasta bakımı, hastayı kaldırma, hasta transferi, aşırı efor, yanlış postürde çalışma, yanlış postürde oturma, uzun süre ayakta kalma ve ağır yük kaldırma sırasında yaşanabilecek problemler ergonomik tehlike ve risk faktörleri olarak sıralanabilir (Güler ve diğ., 2015; Meydanlıoğlu, 2013; Parlar, 2008). Ergonomik tehlike ve riskler kayma, düşme, burkulma, çarpma, zorlanma ve incinmeye sebep olmakta ve bunun sonucunda işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaşanmaktadır. 2005 yılında Avrupa’da aday ülkelerle beraber toplam 31 ülkede yapılan Dördüncü Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması (The Fourth European working conditions survey) sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının %61,8’inin yüksek hızda çalıştığı, %48,7’sinin ağırlı pozisyonlarda çalıştığı, %43,4’ünün hasta kaldırmak ya da taşımak zorunda kaldığı, %27,7’sinin ağır yük kaldırma ya da taşımak zorunda kaldığı, yaklaşık %80’inin çalışırken yürümek ya da ayakta durmak zorunda kaldığı, %26,3’ünün sırt (bel) ağrısı çektiği ve %24,3’ünün kas ağrısından yakındığı belirtilmiştir (European Union, 2011).

Ergonomik risk ve tehlikelere bağlı olarak gelişen kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin en çok karşılaştığı sağlık problemidir (Bernal ve diğ., 2015). Amerika’da hastanelerde meydana gelen ve iş günü kaybıyla sonuçlanan yaralanmaların yarısından fazlasının (%54) kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından oluştuğu

belirtilmiştir (OSHA, 2015). Ayrıca, yapılan araştırmalarda, hemşireler hasta bakımı ile daha fazla ilgilendiklerinden ve fiziksel olarak daha fazla zorlandıklarından hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının daha fazla yaşandığı belirtilmiştir (Bernal ve diğ., 2015; Karahan ve diğ., 2009; Parlar, 2008).

3.2.5. Psikososyal risk faktörleri

Psikososyal risk faktörleri sağlık sektöründeki tüm meslek gruplarında artmakta olup hemşireleri, doktorları ve diğer çalışanları olumsuz etkilemektedir. İş yükü (vardiyalı çalışma, gece çalışma, düzensiz çalışma saatleri), sosyal çatışmalar, taciz, yıldırma, şiddet, ayrımcılık, zaman baskısı, katı hiyerarşik yapı, ödüllendirme ve memnuniyet eksikliği, yetersiz yönetim desteği ve iletişimde güçlükler sağlık çalışanlarını etkileyen önemli psikososyal risk faktörleri olarak sıralanabilir (European Union, 2011, s. 173; Şekil 3.3).



Şekil 3.3. Psikososyal riskler

Kaynak: European union, 2011.

Yaygın olarak görülen sağlık çalışanlarının, şiddete maruz kalmaları, duygu durum bozukluklarını ortaya çıkarmaktadır. Performansta düşüşlere sebep olurken, iş kazalarına da neden olmaktadır (Kandemir, 2017).

Türkiye’de sağlık personelinin çalışma koşulları, her geçen gün, daha da zorlaşmaktadır. Türkiye’nin tüm bölgelerinde ağır çalışma süreleri, şiddet, mobbinge maruz kalmaktadır. Bu bağlamda, hastanelerdeki güvenlik önlemleri de yeterliliğe sahip değildir. Sağlık çalışanlarının mesleki eğitimleri ve mesleki destekleri de yeterli seviye değildir. Sağlık çalışanlarının artan çalışma saatleri de iş sağlığı ve güvenliğini de ortadan kaldırmaktadır. Yeteri kadar dinlenemeyen sağlık çalışanlarının iş kazalarını gerçekleştirme oranları da artmaktadır. Bununla birlikte, iş sağlığı ve güvenliği almayan ve psikolojik desteğe sahip olmayan çalışanların iş kazası yaşama oranı daha da fazladır (İzgia ve Öztürk Türkmen, 2012).

İş ortamı, strese maruz kalmaya müsait ortamdır; stres, çalışanı etkileyerek, üretim kapasitesini düşürüp, suçluluk, öfke ve korku gibi duyguların karışımından meydana gelen, duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

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:

- İş kazaları,
- Kalp hastalıkları,
- Kas ve sinir hastalıkları,
- Psikolojik rahatsızlıklar,
- Kanser,
- Ülser,
- İntihar,
- Bağışıklık sisteminin zayıflaması.

İşyerinde şiddet, sağlık çalışanlarının karşılaştığı diğer önemli bir mesleki risk olup iş kazaları içinde değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanları, başta hasta ve hasta yakınlarından olmak üzere fiziki ve sözel şiddete maruz kalmaktadırlar. Dünyada yapılan birçok araştırmada sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü gruplarına göre 16 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Yeşildal, 2005; Oğan, 2014). Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarını şiddet, taciz ve hırsızlık gibi olaylara karşı korumak amacıyla 2012 yılında “Beyaz Kod” uygulaması başlatmış ve bu uygulama kapsamında kurulan ihbar hattına 2012-2014 yılları arasında toplam 15.737 başvuru yapılarak 10.572 çalışanın sözel, 5.165 çalışanın ise fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Oğan, 2014).

Hastanede çalışan herkesin şiddete maruz kalma ihtimali olmakla birlikte doğrudan hasta ile ilgilenen hemşire, hasta bakıcı ve doktorlar daha fazla risk altındadırlar. Şiddet vakaları en çok acil servis, psikiyatri servisleri ve bekleme bölümlerinde olmaktadır. Şiddete maruz kalma sonucunda küçük ve ciddi fiziksel yaralanmalar, geçici ya da sürekli sakatlıklar, psikolojik travma ve hatta ölüm olabilmektedir. Ayrıca yaşanan şiddet olayları çalışanlarda moral düşüklüğü, iş stresini artırma, iş değişikliği ve yönetime olan güveni azaltma gibi negatif örgütsel sonuçlar da meydana getirebilmektedir (NIOSH, 2002).

Taşeron sağlık çalışanlarının ise iş sağlığı ve güvenliklerinin önemsenmediği, yeterli derecede eğitim verilmediği, riskler konusunda bilgilendirmelerin yapılmadığı ve koruyucu donanımların verilmediği görülmektedir. Tüm bu etmenler, çalışanlarda strese sebep olmakta ve çalışma şartlarını zorlaştırmaktadır. Hastanelerde yaşanan bu tür sorunlar, iyi bir işleyişin oluşmasına neden olmakta, çalışanların mesleğinde verimli olmasına engel olmaktadır (Türkay, Aydoğdu, 2011).

İş stresinden korunmak için yapılması gerekenler şu şekilde sıralanabilir (Tuğrul, 2015):

- Yapılması gereken ilk işlem, çalışanları etkilemeden önce, stresin ortadan kaldırılmasına çalışmaktır.
- İş stresinden korunmak amacıyla, gerekli örgütsel düzenlemelerin yapılması gerekir.
- Çalışma alanları, gürültü, ışık, ısı, nem, titreşim gibi faktörler göz önüne alınarak, çalışanlar için, en uygun çalışma ortamı haline getirilmelidir.
- Kademeler önemsenmeden, tüm çalışanlar arasındaki iletişim güçlendirilmelidir.
- Çalışanlara, örgütsel sosyal destek sağlanmalıdır.
- Gerekli durumlarda, iş tasarımı yeniden yapılmalıdır.
- İş yerindeki rollerin analizi, hedeflerin belirlenmesi yapıp, çalışanlara işi ile ilgili geri bildirim sağlanmalıdır.
- İşin nasıl daha iyi/risksiz yapılabileceğiyle ilgili çalışanların da temsil edildiği ve fikirlerinin alındığı toplantılar düzenlenmelidir.

4. BAYBURT İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

4.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan bu araştırma tanımlayıcı araştırma modeline uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı araştırma, geçmiş veya mevcut olaylarla ilgili kavramları, ilişkileri açıklamaya çalışan bir modeldir. Bu amaçla Bayburt ilinde bulunan devlet hastaneleri ve bunlara bağlı olan Aile Sağlık Merkezlerinde çalışan Doktor, Hemşire, Servis Görevlisi, Laborant, Tekniker, Diyetisyen, Biyolog ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının saptanması amacıyla belli bazı konular incelenmiştir.

4.2. Evren ve Örneklem

Çalışma, Bayburt ilinde faaliyet gösteren 200 yatak kapasiteli 1 devlet hastanesi, 1 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 14 Aile Sağlık Merkezi, 1 Diyaliz Merkezi, 9112 Acil Sağlık İstasyonunda gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya konu olan evren Bayburt ilinde bulunan söz konusu bu kurumlarda çalışan doktorlar dahil sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Tüm dünya ile birlikte ülkemizde içinde bulunduğumuz Covid-19 pandemi koşulları, zaman ve maliyet koşulları nedeniyle evrenin tamamına ulaşılması zor olduğundan basit tesadüfi örnekleme yönetimi kullanılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanmış bilgilere göre 2018 yılında Bayburt ilinde bulunan resmi sağlık kurumlarında faaliyet gösteren sağlık çalışanlarının sayısının 677 olduğu bilgisine ulaşılmıştır (TÜİK, 2021). %95 güven aralığında ve %5 örneklem hatası ile hesaplandığında 250 kişiyle görüşülmesinin uygun olduğu ifade edilebilir.

Örneklem hesaplama formülü:

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1) + t^2 * p * q}$$

$$n = \frac{677 * (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(677 - 1) + (0,05)^2 * 0,5 * 0,5} = 250$$

4.3.Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

4.3.1. Verilerin toplanması

Bayburt ilinde bulunan kamu hastanelerinde faaliyet gösteren sağlık çalışanlarına uygulanacak anketler, 2021 yılında halen aktif olarak çalışan doktorlar dahil sağlık personellerine uygulanmıştır. Araştırma aşağıdaki teknikler kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

4.3.2. Veri toplama araçları

Çalışma kapsamında bulunan sağlık çalışanlarının İSG uygulamalarının değerlendirilmesi amacı ile veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Yapılan anket çalışmasında gönüllük kişilere araştırma hakkında ve diğer konularda bilgilendirilmiştir. Anketin ilk bölümünde sağlık çalışanlarının kişisel özelliklerini belirleyen cinsiyet, yaş, eğitim durumu, mesleki deneyim, haftalık çalışma saati gibi kişisel özelliklerin bulunduğu 7 soru bulunmaktadır.

Anketin ikinci bölümünü oluşturan kısımda toplamda 38 soru yer almaktadır. Bu soruların ilk 5'i sağlık çalışanlarına yönelik çalıştıkları kurumla ilgili İSG uygulamalarıdır. Sonraki sorular diğer alt boyutlara ait sorulardır. Anketin bu bölümünde 5 maddelik likert ölçeği kullanılmıştır. 1 den 5'e kadar puanlamanın bulunduğu bu ölçek 1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum şeklinde düzenlenmiştir.

Anket tekniği kullanılarak yapılan çalışmalarda, anket soru maddelerin anlaşılır, iç tutarlı ve güvenilir olup olmadıkları, Cronbach's Alpha (α) güvenilirlik katsayısına bakılarak karar verilir. Tablo 4.1de, çalışmaya ait anket soru maddelerine ait " α " güvenilirlik katsayı değeri ve soru madde sayısı yer almaktadır.

Alfa katsayısı, Likert türü ölçeklerin güvenilirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Alfa katsayısı aşağıdaki gibi nitelendirilmektedir (Alpar, 2014, ss. 484-485):

0,80 - 1,00 Ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir,

0,60 - 0,79 Ölçek oldukça güvenilirdir,

0,40 - 0,59 Ölçeğin güvenilirliği düşüktür,

0,00 - 0,39 Ölçek güvenilir değildir.

Tablo 4.1. Güvenirlik istatistik sonucu

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı	Madde Sayısı
.954	38

Tablo 4.1’de,çalışmaya katılanların anket soru maddelerine vermiş oldukları cevaplardan yola çıkarak 38 madde için oluşan Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,956 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.2. Alt boyutlara ait güvenirlik katsayı tablosu

Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı
İş Sağlığı ve İş Güvenliği	.896
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	.919
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	.898
Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar	.892
Koruyucu Önlemler	.902
Fiziksel Ortam Uygunluğu	.904
İş Güvenliği Eğitimleri	.899

Tablo 4.2 incelendiğinde, “iş sağlığı ve güvenliği”, “iş kazaları ve meslek hastalıkları ve şikayetler”, “malzeme-araç-gereç denetimi”, “yönetmel destek ve yaklaşımlar”, “koruyucu önlemler”, “fiziksel ortam uygunluğu” ve “iş güvenliği eğitimleri” alt boyut ölçekleri Cronbach Alfa değerlerinin 0,89 – 0,92 arasında değiştiği ve ölçeklerin yüksek güvenirlikte olduğu görülmektedir.

Anket soru maddelerinden elde edilen veri setinin faktör analizi için yeterli olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi, korelasyon matrisindeki ilişkilerin faktör analizi yapacak ölçüde yeterli olup olmadığı ise Bartlett's Küresellik testi ile test edilir. Bu testlere ait istatistiksel test sonuçları Tablo 4.3’te verilmiştir.

Tablo 4.3. KMO ve bartlett's test istatistik sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Testi		0,933
Bartlett's Küresellik Testi	Chi-Square	6.280,673
	Serbestlik derecesi	703
	P	0,000

Tablo 4.3'e göre, KMO değerinin $0,933 > 0.60$ olması veri setinin faktör analizi için oldukça yeterli olduğuna işaret etmektedir. Bartlett's Küresellik testine ait olasılık değeri $0,00 < 0,05$ olması değişkenler arası ilişkilerin oluşturduğu korelasyon matrisinin de faktör analizi için anlamlı olduğu anlamına gelmektedir.

4.3.3. Verilerin Analizi

Araştırmada yapılan anket çalışması sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına atılmasından sonra elektronik analiz programı Statistical Package for Social Science SPSS 22.0 programına aktararak analizleri yapılmıştır. Ankete katılan sağlık çalışanlarına kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik frekans analizleri yapılmış ve betimleyici istatistiki bilgiler tablolar halinde gösterilmiştir.

Çalışanların sorulara vermiş oldukları cevapların dağılımlarına ait bilgiler ve verdikleri cevapların ortalamaları tablolarda gösterilmiştir. Ayrıca anket genelinde ve ölçeğe ait alt boyutlarda verilmiş elde edilen puan ortalamaları, standart sapmalar, maksimum ve minimum değerlere ait tanımlayıcı istatistiki bilgiler verilmiştir.

Araştırmaya konu hipotezlerin test edilmesi amacıyla elde edilen verilerin normal dağılıma uyup uymadığının kontrolü için Kolmogorov-Smirnov-Wilk sonuçları ve QQ plot ile çarpıklık ve basıklık verilerinin analizi yapılmış ve veri setinin normal dağıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan hipotezler parametriklerdir.

İş sağlığı ve güvenliği ölçeğine verilen cevaplar incelenmiş, sağlık personelinin anket sorularından almış oldukları puanların cinsiyet bakımından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının anketten aldıkları puanların çalışanların unvanları bakımından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan varyans analizi sonucu ortaya çıkan farklılıkların hangi kategoride olduğunu belirlemek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi uygulanmıştır.

İSG ölçeğinde bulunan alt boyutlar ile iş sağlığı ve güvenliği arasında ilişkinin var olup olmadığını ve yönünü belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmada doğrusal regresyon işlemi yapılmıştır.

4.3.4. Bulgular

Çalışma kapsamında elde edilen verilerin genel dağılımları bulgular başlığı altında burada ele alınmaktadır. Çalışmaya katılan 250 kişinin demografik özellikleri ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili dağılımları açıklanarak ortaya konmuştur. Tablo 4.4'te katılımcıların cinsiyet değişkenine göre frekans dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.4. Cinsiyet değişkenine ait frekans dağılımları

CİNSİYET		N	%
	Erkek	118	47.0
	Kadın	133	53.0
	TOPLAM	251	100.0

Tablo 4.4.'e göre araştırmaya katılanları cinsiyet dağılımları incelendiğinde %47 oranında erkek ve %53 oranında ise kadın katılımcının olduğu tespit edilmiştir.

Tablo4.5'te katılımcıların medeni durumlarına ait frekans dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.5. Yaş değişkenine ait frekans dağılımları

YAŞ		N	%
	18-24	71	28.3
	25-30	108	43.0
	31-35	45	17.9
	36-44	17	6.8
	44+	10	4.0
	TOPLAM	251	100.0

Tablo 4.5'te araştırmaya katılanların yaş dağılımları incelendiğinde %28,3 ü 18-24 yaş grubunda, %43 ü 25-30 yaş grubunda, %17,9 u 31-35 yaş grubunda, %6,8 i 36-44 yaş grubunda, %4 ü 44 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına ait frekans dağılımları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Eğitim durumlarına göre frekans dağılımları

EĞİTİM DURUMU		N	%
	Lise	25	10.0
	Önlisans	55	21.9
	Lisans	129	51.4
	Lisansüstü	42	16.7
	TOPLAM	251	100.0

Tablo 4.6’a göre, katılımcıların mezun olduğu eğitim durumlarına göre %10’u lise mezunu, %21,9’u ön lisans, %51,4’ü lisans ve %16,7’si de lisansüstü eğitim mezunu olarak görülmektedir.

Aşağıdaki Tablo 4.7’de, ankete katılanların unvanlarına ait frekans dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.7. Unvan durumlarına göre frekans dağılımları

UNVAN		N	%
	Doktor	62	24,7
	Hemşire	66	26,3
	Servis Görevlisi/Tekniker	64	25,5
	Laborant/Biyolog	29	11,6
	Diğer	30	12
	TOTAL	251	100.0

Tablo 4.7’ye göre, araştırmaya katılanların unvanlarına göre dağılımları incelendiğinde %24,7’si Doktor, %26,3’ü Hemşire, %25,5’i Servis Görevlisi/Tekniker, %11,6’sı Laborant/Biyolog, ve %12’si diğer sağlık personeli olduğu anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların meslekte kıdem sürelerine ait bilgiler Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Kıdem durumlarına göre frekans dağılımları

KIDEM	N	%
1-3	99	39.4
3-5	79	31.5
5-7	31	12.4
7-9	13	5.2
9+	29	11.6
TOPLAM	251	100.0

Tablo 4.8’de, çalışmaya katılanların meslekte kıdem sürelerine göre %39,4’ünün 1-3 yıl arasında tecrübeye sahip olarak görülürken, %31,5’inin 3-5 yıl arasında, %12,4’ünün 5-7 yıl, %5,2’sinin 7-9 yıl ve %11,6’sının 9 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9’da sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatlerine ait bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4.9. Haftalık çalışma saatlerine göre frekans dağılımları

HAFTALIK ÇALIŞMA SAATİ	N	%
30-40	96	38.2
41-50	97	38.6
51-60	27	10.8
61-70	12	4.8
70+	19	7.6
TOPLAM	251	100.0

Tablo 4.9’da yer alan bilgilere göre ankete katılan sağlık çalışanlarından haftalık çalışma saati 30-40 saat arasında olanların oranı %38,2 iken, 41-50 saat çalışanların oranı %38,6, 51-60 saat çalışanların oranı %10,8 ve 70 saat ve üzeri çalışanların oranı ise %7,6 olarak görülmektedir.

Aşağıdaki tablo 4.10’da, ankete katılanların “Daha Önce İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Eğitim aldınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplara ait frekans dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.10. İş güvenliği eğitimi alma durumuna göre frekans dağılımları

İŞ GÜVENLİĞİ EĞİTİMİ		N	%
	Evet	177	70.5
	Hayır	74	29.5
	TOPLAM	251	100.0

Tablo 4.10’a göre, katılımcıların %70,5’i anketteki “Daha Önce İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Eğitim aldınız mı?” sorusuna “Evet” cevabı verirken %29,5’i “Hayır” cevabını verdiği tespit edilmiştir.



Tablo 4.11. Sağlık çalışanlarının ölçek sorularına vermiş oldukları cevaplara ilişkin frekans dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	$\bar{x}$
İş Sağlığı ve İş Güvenliği											
İŞG1	19	7,6	37	14,7	61	24,3	99	39,4	35	13,9	3,37
İŞG2	25	10	44	17,5	61	24,3	90	35,9	31	12,4	3,23
İŞG3	34	13,5	58	23,1	59	23,5	71	28,3	29	11,6	3,01
İŞG4	24	9,6	31	12,4	56	22,3	102	40,6	38	15,1	3,39
İŞG5	24	9,6	58	23,1	43	17,1	92	36,7	33	13,1	3,21
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler											
İŞK1	10	4	45	17,9	29	11,6	103	41	64	25,5	3,66
İŞK2	15	6	31	12,4	32	12,7	102	40,6	71	28,3	3,73
İŞK3	49	19,5	63	25,1	78	31,1	46	18,3	15	6	2,66
İŞK4	67	26,7	78	31,1	49	19,5	44	17,5	13	5,2	2,43
İŞK5	68	27,1	79	31,5	42	16,7	44	17,5	18	7,2	2,46
İŞK6	58	23,1	78	31,1	44	17,5	54	21,5	17	6,8	2,58
İŞK7	40	15,9	51	20,3	71	28,3	71	28,3	18	7,2	2,90
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi											
MAG1	21	8,4	39	15,5	62	24,7	101	40,2	28	11,2	3,30
MAG2	19	7,6	39	15,5	64	25,5	97	38,6	32	12,7	3,33
MAG3	22	8,8	20	8	47	18,7	123	49	39	15,5	3,55
MAG4	14	5,6	49	19,5	58	23,1	95	37,8	35	13,9	3,35
MAG5	32	12,7	32	12,7	58	23,1	98	39	31	12,4	3,25
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar											
YDY1	60	23,9	47	18,7	59	23,5	54	21,5	31	12,4	2,80
YDY2	34	13,5	47	18,7	69	27,5	71	28,3	30	12	3,06
YDY3	24	9,6	40	15,9	66	26,3	88	35,1	33	13,1	3,26
YDY4	29	11,6	56	22,3	63	25,1	69	27,5	34	13,5	3,09
YDY5	18	7,2	36	14,3	66	26,3	95	37,8	36	14,3	3,38

YDY6	31	12,4	39	15,5	49	19,5	96	38,2	36	14,3	3,27
Koruyucu Önlemler											
KÖ1	16	6,4	43	17,1	45	17,9	112	44,6	35	13,9	3,43
KÖ2	17	6,8	34	13,5	31	12,4	135	53,8	34	13,5	3,54
KÖ3	15	6	26	10,4	36	14,3	127	50,6	47	18,7	3,66
KÖ4	15	6	22	8,8	42	16,7	126	50,2	46	18,3	3,66
Fiziksel Ortam Uygunluğu											
FOU1	20	8	32	12,7	39	15,5	120	47,8	40	15,9	3,51
FOU2	33	13,1	45	17,9	49	19,5	81	32,3	43	17,1	3,22
FOU3	28	11,2	35	13,9	32	12,7	109	43,4	47	18,7	3,45
FOU4	28	11,2	45	17,9	49	19,5	87	34,7	42	16,7	3,28
FOU5	25	10	42	16,7	56	22,3	84	33,5	44	17,5	3,32
İş Güvenliği Eğitimleri											
İGE1	14	5,6	24	9,6	35	13,9	114	45,4	64	25,5	3,76
İGE2	17	6,8	54	21,5	59	23,5	86	34,3	35	13,9	3,27
İGE3	20	10,4	60	23,9	58	23,1	71	28,3	36	14,3	3,12
İGE4	14	5,6	18	7,2	52	20,7	118	47	49	19,5	3,68
İGE5	16	6,4	33	13,1	70	27,9	92	36,7	40	15,9	3,43
İGE6	11	4,4	32	12,7	67	26,7	105	41,8	36	14,3	3,49

Tablo 4.11’de araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin iş sağlığı ve güvenliği ölçeğinde yer alan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir.

Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde ankete katılan sağlık çalışanlarının “iş sağlığı ve güvenliği” alt boyutu altında yer alan sorulardan en çok katıldıkları önermenin $\bar{x}=3,39$ ortalama ile “Bu iş yerinde iş verimliliği ve kalite iş güvenliğinden daha fazla önceliğe sahiptir” önermesinin olduğu görülmektedir. Bununla beraber katılımcıların en az katıldıkları önermenin $\bar{x}=3,01$ ortalama ile “iş güvenliği konusunda ihtiyaç duyulan bilgi tüm işçiler de mevcuttur” önermesidir.

İş kazaları ve meslek hastalıkları ve şikayetler alt boyutu incelendiğinde bu alt boyut içerisinde sağlık çalışanlarının en çok katıldığı önermenin $\bar{x}=3,73$ ortalama ile “yaptığım işte kimyasal maddelerden veya radyasyondan kaynaklanan tehlike/hastalık riski vardır”

önermesinin olduğu görülmektedir. Katılımcıların bu alt boyut içerisinde en az katıldıkları önerme $\bar{x}=2,43$ ile “Bel fıtığı vb. sorunlar görülmez” önermesidir.

Malzeme-araç-gereç alt boyutunda bulunan önermelerden ortalaması $\bar{x}=3,55$ olan “koruyucu malzemeler (eldiven, gözlük vb.) çok rahat bulunmaktadır” önermesi, ankete katılanların en çok katıldığı önermedir. Bu alt boyutta katılımcıların en az katıldığı önerme $\bar{x}=3,25$ ortalama ile “satın alınan malzeme ve araç kalitelidir (sağlam/güvenilir vb.)” önermesidir.

Yönetmel destek yaklaşımlar alt boyutu incelendiğinde ankete katılan sağlık çalışanlarının en çok katıldığı önermenin $\bar{x}=3,38$ ortalama ile “hastane yönetimi sadece iş kazası meydana geldikten sonra devreye girer” önermesinin olduğu görülmektedir. Bununla beraber katılanların en az katıldığı önerme $\bar{x}=2,80$ ortalama ile “hastane yönetimi motivasyon ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar yapmaktadır” önermesidir.

Bir diğer alt boyut olan korucu önlemler alt boyutunda katılımcıların en çok katıldığı önermelerin, $\bar{x}=3,66$ ortalama ile iki önerme olduğu ve bunların “kan vb. sıvılardan korunmak için önlemler alınmaktadır” ve “toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır” önermelerinin olduğu görülmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının bu alt boyutta en az katıldığı önerme $\bar{x}=3,43$ ortalama ile “hasta taşıma kuralları vardır ve uygulanmaktadır” önermesidir.

Fiziksel ortam uygunluğu alt boyutu incelendiğinde, bu alt boyutta $\bar{x}=3,51$ ortalama ile ankete katılan sağlık çalışanlarının en çok katıldığı önermenin “ışık/aydınlık uygun ve yeterlidir” önermesinin olduğu görülmektedir. Bu alt boyutta anket katılımcılarının en az katıldığı önerme ise $\bar{x}=3,22$ ortalama ile “havalandırma uygun ve yeterlidir” önermesi olmuştur.

İş güvenliği eğitimleri alt boyutu incelendiğinde bu alt boyutta bulunan önermelerden “düzenli güvenlik eğitimi almamız daha güvenli çalışmamıza yardımcı olur” önermesi $\bar{x}=3,76$ ortalaması ile katılımcıların en çok katıldığı önerme olmuştur. Yine bu alt boyut içerisinde $\bar{x}=3,12$ ortalamaya sahip olan “iş güvenliği konusunda ihtiyaç duyulan bilgi tüm çalışanlarda vardır” önermesi katılımcıların en az katıldığı önerme olmuştur.

Tablo 4.12. Eğitim durumlarına göre frekans dağılımları

	N	ORT	Ss	Min	Max
İş Sağlığı ve İş Güvenliği	251	3.2448	.92779	1.00	5.00
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	251	2.9186	.68211	1.29	5.00
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	251	3.3578	.91142	1.00	5.00
Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	251	3.1434	.93334	1.00	5.00
Koruyucu Önlemler	251	3.5707	.91254	1.00	5.00
Fiziksel Ortam Uygunluğu	251	3.3554	1.00363	1.00	5.00
İş Güvenliği Eğitimleri	251	3.4575	.84811	1.00	5.00

İSG ölçeğinde bulunan alt boyutların ortalamaları incelendiğinde iş sağlığı ve iş güvenliği alt boyutunun $3,2448 \pm 0,92779$ değere, iş kazaları veya meslek hastalıkları ve şikayetler alt boyutunun $2,9186 \pm 0,68211$ değere, malzeme-araç-gereç alt boyutunun $3,3578 \pm 0,91142$ değere, yönetsel destek ve yaklaşımlar alt boyutunun $3,1434 \pm 0,93334$ değere, koruyucu önlemler alt boyutunu $3,5707 \pm 0,91254$ değere, fiziksel ortam uygunluğu alt boyutunun $3,3554 \pm 1,000363$ değere ve son olarak iş güvenliği eğitimleri alt boyutunun $3,4575 \pm 0,84811$ değere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13. Ankete katılan sağlık çalışanlarının cinsiyete göre t testi tablosu

	Cinsiyet	N	ORT	Ss	t	P
İş Sağlığı ve İş Güvenliği	Erkek	118	3.0288	.92497	-3.554	0,001
	Kadın	133	3.4365	.89063		
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	Erkek	118	2.8717	.67483	-1.027	0,305
	Kadın	133	2.9603	.68835		
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	Erkek	118	3.1966	.95039	-2.670	0,008
	Kadın	133	3.5008	.85373		
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	Erkek	118	2.9011	.90010	-3.987	0,001
	Kadın	133	3.3584	.91252		
Koruyucu Önlemler	Erkek	118	3.4449	.93834	-2.070	0,039
	Kadın	133	3.6823	.87750		
Fiziksel Ortam Uygunluğu	Erkek	118	3.2237	1.04862	-1.968	0,051
	Kadın	133	3.4722	.95071		
İş Güvenliği Eğitimleri	Erkek	118	3.2924	.86724	-2.949	0,003
	Kadın	133	3.6040	.80602		
İş Sağlığı ve Güvenliği Genel	Erkek	118	3.1128	.72133	-3,263	0,001
	Kadın	133	3.4019	.68119		

Tablo 4.13'te ankete katılan sağlık personelinin cinsiyet değişkenine göre İSG ölçeğinde oluşan değerlerinin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır.

H₁: Ankete katılan sağlık çalışanları arasında iş sağlığı ve güvenliği açısından cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo incelendiğinde iş sağlığı ve güvenliği alt boyutunun puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-3,554$, $p=0,001<0,05$). Kadınların iş sağlığı ve güvenliği önermelerine aldığı puanlar ($x=3,4365$) ankete katılan erkeklerin almış olduğu puanlardan ($x=3,0288$) daha yüksektir. Ankete katılan kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına göre iş sağlığı ve güvenliği alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katılmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları ve şikayetler alt boyutunun puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-1,027$, $p=0,305>0,05$).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının malzeme-araç-gereç denetimi alt boyutunun puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-2,670$, $p=0,008<0,05$). Kadınların malzeme-araç-gereç önermelerinden aldığı puanlar ($x=3,5008$) erkeklerin almış olduğu puanlardan ($x=3,1966$) daha yüksektir. Ankete katılan kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına malzeme-araç-gereç denetimi alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katılmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yönetsel destek ve yaklaşımlar alt boyutunun puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-2,070$, $p=0,039<0,05$). Kadınların koruyucu önlemler önermelerinden aldığı puanlar ($x=3,3584$) erkeklerin almış olduğu puanlardan ($x=2,9011$) daha yüksektir. Ankete katılan kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına yönetsel destek ve yaklaşımlar alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katılmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının koruyucu önlemler alt boyutunun puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-3,987$, $p=0,001<0,05$). Kadınların yönetsel destek ve yaklaşımlar önermelerinden aldığı puanlar ($x=3,6823$) erkeklerin almış olduğu puanlardan ($x=3,4449$) daha yüksektir. Ankete katılan kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına koruyucu önlemler alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katılmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının fiziksel ortam uygunluğu alt boyutunun puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-1,968$, $p=0,051>0,05$).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş güvenliği eğitimi alt boyutunun puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-2,949$, $p=0,003<0,05$). Kadınların iş güvenliği eğitimi önermelerinden aldığı puanlar ($x=3,6040$) erkeklerin almış olduğu puanlardan ($x=3,2924$) daha yüksektir. Ankete katılan kadın sağlık çalışanları, erkek sağlık çalışanlarına iş güvenliği eğitimi alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katılmaktadır.

İş sağlığı ve güvenliği ölçeğinin geneli için yapılan t testi sonucunda cinsiyet ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu sonucuna varılmıştır ($t=249=-3,263$, $p=0,001<0,05$).



Tablo 4.14. Ankete katılanların unvanlarına göre ANOVA tablosu

	Okul Türü	N	Ort	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Post Hoc
İş Sağlığı İş Güvenliği	Doktor	62	3.2742	0.99522	G. Arası	1.866	4	0.466	0.538	0.708	
	Hemşire	66	3.1576	0.93842	G. İçi	213.333	246	0.867			
	Servis G./Tekniker	64	3.2125	0.85589	Toplam	215.198	250				
	Laborant/ Biyolog	29	3.2414	0.77714							
	Diğer	30	3.4483	1.06046							
	Toplam	251	3.2448	0.92779							
İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Şikayetleri	Doktor	62	3.0046	.73254	G. Arası	4.939	4	1.235	2.727	.030	1-2
	Hemşire	66	2.6991	.65878	G. İçi	111.378	246	.453			2-3
	Servis G./Tekniker	64	3.0000	.55766	Toplam	116.317	250				2-4
	Laborant/ Biyolog	29	2.8818	.82071							
	Diğer	30	3.0857	.64283							
	Toplam	251	2.9186	.68211							
Malzeme Araç Gereç Denetimi	Doktor	62	3.4677	1.04580	G. Arası	2.507	4	.627	.752	.558	
	Hemşire	66	3.2485	.91689	G. İçi	205.165	246	.834			
	Servis G./Tekniker	64	3.2781	.82240	Toplam	207.672	250				
	Laborant/ Biyolog	29	3.4207	.84235							
	Diğer	30	3.4800	.85758							
	Toplam	251	3.3578	.91142							
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	Doktor	62	3.3011	1.05273	G. Arası	4.960	4	1.240	1.433	.223	
	Hemşire	66	3.0152	.87400	G. İçi	212.821	246	.865			
	Servis G./Tekniker	64	3.0703	.88531	Toplam	217.781	250				
	Laborant/ Biyolog	29	3.0230	.70952							
	Diğer	30	3.3722	1.05199							
	Toplam	251	3.1434	.93334							
Koruyucu Önlemler	Doktor	62	3.7540	1.03573	G. Arası	4.480	4	0.466	1.352	.251	
	Hemşire	66	3.5492	.89466	G. İçi	203.703	246	0.867			
	Servis G./Tekniker	64	3.3867	.79922	Toplam	208.182	250				
	Laborant/ Biyolog	29	3.5517	.83554							
	Diğer	30	3.6500	.95502							
	Toplam	251	3.5707	.91254							
Fiziksel Ortam Uygunluğu	Doktor	62	3.4806	1.04738	G. Arası	6.869	4	1.717	1.725	.145	
	Hemşire	66	3.2667	1.08207	G. İçi	244.951	246	.996			
	Servis G./Tekniker	64	3.1406	.91108	Toplam	251.820	250				
	Laborant/ Biyolog	29	3.5862	.86012							
	Diğer	30	3.5267	.99860							
	Toplam	251	3.3554	1.00363							

İş Güvenliği Eğitimi	Doktor	62	3.3535	.75533	G. Arası	6.307	4	1.577
	Hemşire	66	3.2630	.82606	G. İçi	173.517	246	.705
	Servis G./Tekniker	64	3.6322	.67315	Toplam	179.824	250	
	Laborant/Biyolog	29	3.6556	.85538				
	Diğer	30	3.4575	.84811				
	Toplam	251	3.0046	.73254				
							2.235	.066

Tablo 4.14'te çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği açısından karşılaştırılan unvanlar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını gösteren anova analizi sonuçları yer almaktadır.

H₂: Ankete katılan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği açısından unvanları arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.14 incelendiğinde sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve iş güvenliği alt boyutunda bulunan önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0,538, p=0,708>0,05).

Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları ve şikayetler alt boyutundaki önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (F=2,727, p=0,30<0,05). Sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları ve şikayetler alt boyutundaki önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre ortaya çıkan farklılığın hangi unvanlarda ortaya çıktığını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LDS testine göre farklılığın hemşire unvanına sahip sağlık çalışanlarından ileri geldiği görülmektedir. Buna göre doktorların (X=3.0046), servis görevlisi/teknikerlerin (X=3.0000), ve diğer sağlık çalışanlarının (X=2.9186), iş kazaları ve meslek hastalıkları ve şikayetler alt boyutunda yer alan önermelere katılma ortalamaları, hemşirelerin katılma ortalamalarından daha düşüktür (X=2.6991). Bununla birlikte hemşirelerin laborant/biyolog unvanına sahip sağlık çalışanları ile arasında olan farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bir diğer alt boyut olan malzeme-araç-gereç denetimi alt boyutunda ankete katılanların bu alt boyutta yer alan önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre anlamlı bir fark oluşmamıştır (F=0,752, p=0,558>0,05).

Bir diğer alt boyut olan yönetsel destek ve yaklaşımlar alt boyutunda ankete katılanların bu alt boyutta yer alan önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre anlamlı bir fark oluşmamıştır (F=1,433, p=0,223>0,05).

Bir diğ er alt boyut olan koruyucu önlemler alt boyutunda ankete katılanların bu alt boyutta yer alan önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre anlamlı bir fark oluşmamıştır ($F=1,352$, $p=0,251>0,05$).

Bir diğ er alt boyut olan fiziksel ortam uygunluğu alt boyutunda ankete katılanların bu alt boyutta yer alan önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre anlamlı bir fark oluşmamıştır ($F=1,725$, $p=0,145>0,05$).

Bir diğ er alt boyut olan iş güvenliği eğitimleri alt boyutunda ankete katılanların bu alt boyutta yer alan önermelere katılıp katılmamalarında unvana göre anlamlı bir fark oluşmamıştır ($F=2,235$, $p=0,066>0,05$).

Tablo 4.15. Homojenlik testi tablosu

	Levene Statistic	Sd1	Sd2	p
İş Sağlığı ve İş Güvenliği	1.288	4	246	.275
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	.748	4	246	.560
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	.459	4	246	.766
Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	2.046	4	246	.089
Koruyucu �nlemler	.563	4	246	.690
Fiziksel Ortam Uygunluğu	1.319	4	246	.263
İş Güvenliği Eğitimleri	2.201	4	246	.069

Tablo 4.15’te iş sağlığı ve güvenliği ölçeğinde bulunan alt boyutların unvana göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova testinden önce ölçek varyansların homojenlik durumlarını belirlemek amacıyla yapılan Levene testi yer almaktadır. Tabloda yer alan bilgilere göz atıldığında iş sağlığı ve güvenliği ölçeğinde bulunan alt boyutların her birinin varyanslarının homojen şekilde dağıldığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Ankete katılan sağlık çalışanlarının iş güvenliği eğitimi almalarına göre t testi tablosu

	İSG Eğitimi	N	ORT	Ss	t	P
İş Sağlığı ve İş Güvenliği	Alanlar	177	3.3254	.98158	2,383	0,018
	Almayanlar	74	3.0520	.75600		
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	Alanlar	177	2.9225	.72874	0,140	0,889
	Almayanlar	74	2.9093	.55935		
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	Alanlar	177	3.3831	.98069	0,768	0,008
	Almayanlar	74	3.2973	.72167		
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	Alanlar	177	3.1582	.99973	0,433	0,665
	Almayanlar	74	3.1081	.75622		
Koruyucu Önlemler	Alanlar	177	3.6172	.95087	1,250	0,212
	Almayanlar	74	3.4595	.80880		
Fiziksel Ortam Uygunluğu	Alanlar	177	3.4000	1.06066	1,193	0,235
	Almayanlar	74	3.2486	.84905		
İş Güvenliği Eğitimleri	Alanlar	177	3.5678	.88502	3,593	0,001
	Almayanlar	74	3.1937	.68913		
İş Sağlığı ve Güvenliği Gen. Ort.	Alanlar	177	3.3112	.76296	1,750	0,082
	Almayanlar	74	3.1579	.56947		

Tablo 4.16’da araştırma kapsamında ankete katılan sağlık personelinin İSG eğitimi alıp almama durumuna göre iş sağlığı ve güvenliği ölçeğinden ve ölçeğe ait alt boyutlardan elde ettikleri puanların karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları gösterilmektedir.

H₃: İSG eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanları arasında iş sağlığı ve güvenliği açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde iş güvenliği eğitimi alan ve almayan sağlık personelleri arasında iş sağlığı ve iş güvenliği alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ($t=2,383$, $p=0,018<0,05$). Buna göre ankete katılan sağlık çalışanları arasında iş güvenliği eğitimi alanların ($X=3,3254$) eğitim almayanlara ($X=3,0520$) göre iş sağlığı ve iş güvenliği alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tabloda iş güvenliği eğitimi alan ve almayan personellerin arasında iş kazaları ve meslek hastalıkları ve şikayetler alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($t=0,140$, $p=0,889>0,05$).

Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde iş güvenliği eğitimi alan ve almayan sağlık personelleri arasında malzeme-araç-gereç denetimi alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ($t=-0,768$, $p=0,008<0,05$). Buna göre ankete katılan sağlık çalışanları arasında iş güvenliği eğitimi alanların ($X=3,3831$) eğitim almayanlara ($X=3,2973$) göre malzeme-araç-gereç denetimi alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tabloda iş güvenliği eğitimi alan ve almayan personellerin yönetsel destek ve yaklaşımlar alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($t=0,433$, $p=0,665>0,05$).

Tabloda iş güvenliği eğitimi alan ve almayan personellerin arasında koruyucu önlemler alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($t=1,250$, $p=0,212>0,05$).

Tabloda iş güvenliği eğitimi alan ve almayan personellerin arasında fiziksel ortam uygunluğu alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($t=-1,193$, $p=0,235>0,05$).

Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde iş güvenliği eğitimi alan ve almayan sağlık personelleri arasında iş güvenliği eğitimleri alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ($t=3,593$, $p=0,001<0,05$). Buna göre ankete katılan sağlık çalışanları arasında iş güvenliği eğitimi alanların ($X=3,5678$) eğitim almayanlara ($X=3,1937$) göre iş güvenliği eğitimleri alt boyutunda bulunan önermelere daha fazla katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.17. Pearson korelasyon matrisi

	İş Sağlığı ve İş Güvenliği	İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	Koruyucu Önlemler	Fiziksel Ortam Uygunluğu	İş Güvenliği Eğitimleri
İş Sağlığı ve İş Güvenliği	s 1						
	p						
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	s .501**	1					
	p .000						
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	s .662**	.493**	1				
	p .000	.000					
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	s .746**	.563**	.747**	1			
	p .000	.000	.000				
Koruyucu Önlemler	s .672**	.345**	.640**	.622**	1		
	p .000	.000	.000	.000			
Fiziksel Ortam Uygunluğu	s .575**	.441**	.619**	.662**	.630**	1	
	p .000	.000	.000	.000	.000		
İş Güvenliği Eğitimleri	s .709**	.436**	.607**	.669**	.671**	.631**	1
	p .000	.000	.000	.000	.000	.000	

Tablo 4.17’de araştırma kapsamında ankete katılan sağlık çalışanlarının İSG ölçeğinde bulunan alt boyutlardan elde ettikleri puanlar arasında bulunan korelasyonun belirlenmesi amacıyla yapılan Pearson korelasyon bulguları yer almaktadır.

H4: İş Sağlığı ve Güvenliği ile İSG ölçeğinde bulunan alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Yine literatürde farklı sınıflamalar olmakla birlikte, genelde (.00 -.30) zayıf, (.31 -.49) orta, (.50 -.69) güçlü, (.70 -.100) çok güçlü ilişki olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Tavşancıl, 2006).

İş sağlığı ve güvenliği ölçeğinde bulunan alt boyutlar arasındaki korelasyon incelendiğinde, alt boyutlar arası pozitif yönde ve orta, güçlü ve çok güçlü korelasyonlar olduğu görülmektedir. Korelasyonun pozitif yönde olması sağlık çalışanlarının bir alt boyuttan aldıkları puanların atmasına bağlı olarak diğer alt boyutlardan alınan puanlarında

artacağı anlamına gelmektedir. Tabloda yer alan p değerinin 0,05'ten küçük olması alt boyutlar arasında ortaya çıkan korelasyonun anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.18. Regresyon analizi tablosu

	B	Std. Hata	(β)	t	p
(Sabit)	-.158	.180		-.878	.381
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	.128	.062	.094	2.086	.038
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	.086	.061	.084	1.405	.161
Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	.349	.065	.351	5.393	.000
Koruyucu Önlemler	.231	.057	.227	4.052	.000
Fiziksel Ortam Uygunluğu	-.060	.050	-.065	-1.192	.234
İş Güvenliği Eğitimleri	.296	.062	.270	4.790	.000

$R^2 = 0,663$, $p < 0,05$

Tablo 4.18'de iş sağlık ve iş güvenliği ölçeğinde bulunan alt boyut değişkenlerinin İSG puanları üzerindeki etkiyi belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir.

H₅: İSG ölçeğinde bulunan alt boyutların İş Sağlığı ve Güvenliği üzerinde etkisi vardır.

Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde, anlamlılık düzeyi (significance) $p < .05$ olduğu için kurulan regresyon modeli anlamlıdır. İlişkinin yordamasına yönelik yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre; bazı alt boyut değişkenlerinin anlamlı, bazılarının ise anlamsız olduğu görülmektedir. Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri: 0,663 olarak hesaplanmıştır ($R^2 = .663$; $p < .05$). Bu bağlamda regresyon modelinde bulunan bağımsız alt boyut değişkenlerinin, iş sağlığı ve iş güvenliği bağımlı değişkeninin %66,3'ünü açıkladığı görülmektedir.

Regresyon modeline dahil edilen yönetsel destek ve yaklaşımlar, koruyucu önlemler ve iş güvenliği eğitimi bağımsız değişkenlerinin iş sağlığı ve iş güvenliği bağımlı değişkeni üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Tabloda yer alan beta katsayıları incelendiğinde yönetsel destek ve yaklaşımlarındaki 1 birimlik değişiklik bağımlı değişkende 0,349 birimlik pozitif yönlü bir değişikliğe yol açmaktadır. Etkisi anlamlı ve pozitif yönde olan iş güvenliği eğitimleri bağımsız değişkenindeki bir birimlik değişim bağımlı değişkende 0,296 birimlik pozitif bir değişime yol açmaktadır. Bir diğer anlamlı etkiye sahip olan koruyucu önlemler bağımsız değişkenindeki 1 birimlik değişiklik, bağımlı

değişkende 0,231 birimlik değişime yol açmaktadır. Bu durumda H5 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 4.19. Hipotez sonuçları tablosu

Hipotezler	Fark Yoktur	Fark Vardır
H ₁	✓	
H ₂	✓	
H ₃	✓	
H ₄		✓
H ₅	✓	✓

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada gerek çalışanların gerek işverenlerin gerekse tüm toplumun hayatında son derece önemli bir yeri olan iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının bireylerin hayatları açısından ele alındığında en kritik hizmetlerden bir tanesi olan sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumların başında hastaneler gelmektedir. Literatür incelendiğinde hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik çeşitli iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının bulunduğu görülmektedir. Literatüre katkı sağlaması amaçlanan bu çalışmada, Bayburt ilinde bulunan kamu hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik İSG uygulamaları incelenmiştir. Çalışma kapsamında doktorlarında dahil olduğu 251 sağlık çalışanına iş sağlığı ve iş güvenliği ölçeği anketi uygulanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular, araştırmaya katılan 251 kişilik örneklem sayısı ile sınırlıdır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları arasında iş sağlığı ve güvenliği açısından istatistiki olarak cinsiyetler açısından anlamlı farkın olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda kadın sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ölçeğinden elde ettikleri puanlar, erkek sağlık çalışanlarına göre daha fazladır. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları bakımından unvanları arasında malzeme-araç-gereç denetimi alt boyutunda anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Diğer alt boyutlarda elde edilen puanlarda unvanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliği ölçeğinde bulunan alt boyutlar arasındaki korelasyon incelendiğinde, alt boyutlar arası pozitif yönde ve orta, güçlü ve çok güçlü korelasyonlar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada uygulanan regresyon modelinin anlamlılık düzeyi (significance) $p < .05$ olduğu için kurulan regresyon modeli anlamlıdır. İlişkinin yordamasına yönelik yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre; bazı alt boyut değişkenlerinin anlamlı, bazılarının ise anlamsız olduğu görülmektedir. Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri: 0,663 olarak hesaplanmıştır ($R^2 = .663$; $p < .05$). Bu bağlamda regresyon modelinde bulunan bağımsız alt boyut değişkenlerinin, iş sağlığı ve iş güvenliği bağımlı değişkeninin %66,3'ünü açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonucunda Bayburt ilinde bulunan kamu hastanelerinde iş sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarının kısmi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ölçeğine vermiş oldukları cevaplar cinsiyet yönünden incelendiğinde, kadın sağlık çalışanları ölçekteki önermelere erkek sağlık çalışanlarından daha fazla

katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum erkek sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili uygulamalarını kadın sağlık çalışanlarına göre daha yetersiz bulduğu şeklinde değerlendirilebilir. Mevcut uygulamaların geliştirilmesi anlamında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Sağlık kurumlarında İSG birimlerinin hayata geçirilip, bu birimlerin daha aktif faaliyette bulunabilecekleri ve denetim sağlayabileceği bürokratik ve idari ortam sağlanmalıdır.

- İş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin sağlık hizmetlerinde bir zorunluluk haline getirilip, İSG eğitimi konusunda belirli yeterlilikler talep edilmelidir. Bu konuda eksiği olan sağlık çalışanlarının eğitimleri ivedilikle tamamlanmalıdır.

- Günümüz pandemi koşulları düşünüldüğünde oluşabilecek risklerde göz önüne alınarak sadece sağlık çalışanlarının değil, hastaneye gelen hastalarında bu risklerle ilgili daha fazla bilgilendirilmesi yönünde önlemler alınmalıdır.

- Oluşabilecek risklerin diğer koşulların yanında psikolojik faktörlerden de ileri gelebileceği düşünülerek, sağlık çalışanlarının motivasyon ve iş tatminlerini yüksek tutmak adına önlemler alınmalıdır.

- Var olan İSG kurallarının daha iyi uygulanması ve hastanelerde İSG kültürünün oluşturulması adına ödül ve ceza sistemleri uygulanmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının hasta yakınları ve hastalar tarafından uğradıkları şiddet olayları düşünüldüğünde bunu önleyecek yasal düzenlemeler bir an önce hayata geçirilmeli, caydırıcı ve önleyici bir ceza sistemi kurulmalıdır.

- Dünyada ve ülkemizde yaşanan Covid-19 pandemi ortamı düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının değeri bir kez daha yadsınamaz şekilde ortaya çıkmıştır. Bu değerli insan gücünü ülkemize ve insanlığa hizmetlerinin devamını sağlamak adına gerek ekonomik gerekse sağlık çalışanlarının istekleri ve beklentileri doğrultusunda önlemler alınmalıdır.

6. KAYNAKLAR

- Agah, S.Ü.**, 2004. İş kazaları ve örgütsel verimlilik. *Verimlilik Dergisi*, 3:90.
- 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 iş yerinin örgütlenmesi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 54(1):1-60.
- Akın, L.**, 2012. Sendikaların iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına katkısı. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3:101-124.
- Akkaya, N.**, 2019. İnşaatlarda Yemek üretim yapan çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda farkındalığı. *Yüksek Lisans Tezi*, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, 5s.
- Alli, B.O.**, 2008. Fundamental principles of occupational health and safety. International Labour Office, Geneva, 47s.
- Alpar, B.**, 2003. İşçi sağlığı ve iş güvenliği ve çalışma ortamı hakkında 155 sayılı ILO sözleşmesi ile ilgili çalışma hayatı mevzuatı. *Kamu-İş Dergisi*, 7(2):1-12.
- Alper, Y.**, 1992. Bazı ülkelerde işçi sağlığı-iş güvenliği uygulamaları ve Türkiye'deki uygulama ile karşılaştırılması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (37-38):83-101.
- Altuntaş, E.**, 2011. Kapitalist üretim tarzı ve iş kazaları. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(40):11-16.
- Arvacık, E.D.**, 2014. Sağlık hizmetleri bakımından iş sağlığı ve güvenliği. *1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi*, Marmaris, 01-04 Mayıs.
- Aydın, U., Karaca, N.G., Özgüler, V.C., Karaca, E., Güngör, Y., Demir, M.**, 2013. Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği eğitiminin iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesindeki rolü. *Anadolu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi*, 27(4):24-45.
- Balkır, G.Z.**, 2012. İş sağlığı ve güvenliği hakkının korunması, işverenin iş sağlığı ve güvenliği organizasyonu. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1:59-91.
- Bamber, M.R.**, 2006. CBT for occupational stress in health professionals. New York: Routledge Press, 97s.
- Barutçugil, İ.**, 2004. Stratejik insan kaynakları yönetimi. Kariyer yayıncılık, İstanbul, 78s.
- Başer, E.** 2011. I. Sanayi devriminde teknolojik gelişmenin rolü. *Doktora Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 76s.
- Baycık, G.**, 2013. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin haklarında yeni düzenlemeler. *Ankara Barosu Dergisi*, 3:105-170.

- Bayılmış, Ö.T.,** 2013. İş sağlığı ve güvenliği farkındalık değerlendirmesi: sağlık çalışanlarına yönelik alan araştırması. *Yüksek Lisans Tezi*, Yalova Üniversitesi, Yalova, 56s.
- Baykın, C.,** 2019. İş kazası ve meslek hatalığında destekten yoksun kalma tazminatı. *Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi, Konya, 38s.
- Berk, M., Önal B., Güven, R.** 2011. Meslek hastalıkları rehberi. Matsa Basımevi, Ankara, 45s.
- Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F.G., Serra, C.** 2015. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 52(2):635-648.
- Bilir, N.,** 2011. Meslek hastalıkları (tanı, tedavi ve korunma ilkeleri). *Hacettepe Tıp Dergisi*, 42(4):147-152.
- Bilir, N., Yıldız, A.N.,** 2014. İş sağlığı ve güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 88s.
- British Standadization Institute (BSI),** 2015. BS 8800: 2004 occupational health and safety management systems guide. <http://shop.bsigroup.com/ProductDetail/?pid=000000000030084888>, 20 Mayıs 2021.
- Bureau of Labor Statistics (BLS),** 2015. Employer-reported workplace injuries and illnesses-2014. <http://www.bls.gov/news.release/pdf/osh.pdf>, 13 Nisan 2021.
- Ceylan, H., Başhelvacı, V.S.,** 2011. Risk değerlendirme tablosu yöntemi ile risk analizi: bir uygulama. *Uluslararası Mühendislik Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 3(2):25-33.
- Clarke, S.,** 1999. Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. *Journal of Organizational Behavior*, 20:185-198.
- Connor, T.H., Burroughs, G.E., McDiarmid, M.A., Mead, K.R., Power, L.A., Reed, L.D.,** 2004. NIOSH alert: preventing occupational exposures to antineoplastic and other hazardous drugs in health care settings. *DHHS (NIOSH) Publication*, 165.
- Cooper, M.D.,** 2000. Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36:111-136.
- Çakar, A.E., Akbaba, T., Yazıcı, M., Tekin, B., Çakar, Y.,** 2012. İşçi sağlığı ve iş güvenliği oda raporu. Ankamat matbaacılık, Ankara, 49s.
- ÇSGB,** 2012. 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu. Ofset matbaacılık, Ankara, 13s.
- Çelik, İ.,** 2008. Güvenlik kültürünün getirdikleri. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 38:18-20.

- Demir, S.**, 2016. İnsan kaynakları yönetiminin bir fonksiyonu olarak iş sağlığı ve güvenliği. *Yüksek Lisans Tezi* Uludağ Üniversitesi, Bursa, 56s.
- Demirbilek, T., 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.
- Devebakan, N.**, 2007. Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. *Doktora Tezi* , Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 33s.
- Dirik, S.**, 2016. Madencilik sektörü faaliyetlerinde iş sağlığı ve güvenliği konusunun 6331 sayılı kanun kapsamında risk değerlendirmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 74s.
- Dizdar, E.N.**, 2006, İş Güvenliği. ABP Yayıncılık, İstanbul, 42s.
- Dizdar, E.N., Kurt, M.**, 2001. İş güvenliği. Kale Ofset, Ankara, 21s.
- Dursun, S.**, 2012. İş güvenliği kültürü: kavram, modeller, uygulama. Beta Basım, İstanbul, 78s.
- Ektiren, S.**, 2017. Sağlık çalışanının güvenliği ve kaygı düzeylerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, 49s.
- Erkan, C.**, 1972. İş sağlığı ders kitabı. Ankara üniversitesi tıp fakültesi yayınları, Ankara, 42s.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)**, 2015. Safety and health at work is everyone's concern, It's good for you, It's good for business. https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/promotional_material/brochure2007, 9 Mayıs 2021.
- European Union**, 2011. Occupational health and safety risks in the healthcare sector. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eyüpoğlu, A.K.**, 2018. Maden işletmelerinde kaza ve risk analizlerinin geliştirilmesi. *Doktora Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 9s.
- Fişek, G.**, 2003. Meslek hastalıkları ve korunma yöntemleri, iş güvenliği. TMMOB Yayını, No: 2003/294/2, Ankara, 77s.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., Bryden, R.**, 2000. Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*, 34:177-192.
- Gerek, N.**, 2000. İş Sağlığı ve İş Güvenliği. Eskişehir Anadolu Üniversitesi yayını, Eskişehir, 41s.

- Gerim, İ.**, 2012. İş sağlığı ve güvenliği kanunu. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Sunumu, 17s.
- Gershon, R.R., Karkashian, C.D., Grosch, J.W., Murphy, L R., Escamilla-Cejudo, A., Flanagan, P. A., Martin, L.**, 2000. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American journal of infection control*, 28(3):211-221.
- Önçer, G.**, 2019. İş sağlığı ve güvenliği hukukunda işveren sorumluluğu. *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir, 31s.
- Glendon, A.I., Clarke, S.G., Mckenna, E.F.**, 2006. Human safety and risk management. CRC press, . New York, 48s.
- Gorman, T., Dropkin, J., Kamen, J., Nimbalkar, S., Zuckerman, N., Thomas, L., Szeinuk, J.**, 2013. Controlling health hazards to hospital workers. *New Solutions*, 23:1-167.
- Gökbayrak, Ş.**, 2013. Sendikacılık akademisi ders notları 2/ iş sağlığı ve güvenliği. Türkiye işçi sendikaları konfederasyonu, Ankara, 457-491.
- Gökpınar S.**, 2004. İşçi sağlığı iş güvenliğinin temel İlkeleri. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*. 19:20-24.
- Günel, D.**, 2018. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği Algılarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 53s.
- Güler, T., Yıldız, T., Önlü, E., Yıldız, B., Gülcivan, B.**, 2015. Hastane ergonomik koşullarının hemşirelerin mesleki kas iskelet sistemi rahatsızlıkları üzerine etkisi. *IAAOJ, Scientific Science*, 3(1):1-7.
- Güven R.**, 2007. Mesleki hastalıkların tanımı, tarihçesi, epidemiyolojisi. Uludağ Üniversitesi Basımevi: Bursa, 57s.
- Ilıman, E.**, 2015. Türkiye’de meslek hastalıkları. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(1):21-36.
- International Labour Office (ILO)**, 2015. Health and safety at work: Facts and figures. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/issue-briefs/WCMS_206117/lang--en/index.htm, 17 Mayıs 20121.
- International Labour Office (ILO)**, 2015. International labour standards on occupational safety and health. <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--en/index.htm>, 18 Mayıs 2021.
- Han, İ.**, 2015. İnşaat sektörü çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik farkındalıklarının belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Gediz Üniversitesi, İzmir, 7s.

- İşçi, B.F.**, 2016. Meslek hastalığının tanımı ve tespiti. *Yüksek Lisans Tezi*, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 54s.
- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM)**, 2015. İşgüm tarihçesi. <http://www.isgum.gov.tr/Default.aspx?lnk=157>, 23 Mayıs 2021.
- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM)**, 2015. Avrupa Birliği'nin iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri iyi uygulamaları. http://www.isgum.gov.tr/rsm/file/isgdoc/isgip/isgip_iyi_uygulamalar.pdf, 12 Mayıs 2021.
- Okumuş, İ.**, 2019. Türk sosyal güvenlik hukuku kapsamında iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası. *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir, 33s.
- İzgia, M.C., Öztürk Türkmen, H.**, 2012. Akdeniz üniversitesi'nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10:160-173.
- Joint Commission International (JCI)**, 2015. Akreditasyon edinin. <http://tr.jointcommissioninternational.org/achieve-accreditation/>, 12 Mayıs 2021.
- Joint Commission International (JCI)**, 2015. JCI kimdir?. <http://tr.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>, 11 Mayıs 2021.
- Kaba, C., Ünal, E.**, 2014. İstanbul meslek hastalıkları hastanesinde 2009 yılında meslek hastalıkları nedeniyle tedavi edilen hastaların hastalık grupları ve tedavi maliyetlerine göre incelenmesi. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 51-52.
- Kandemir, M.**, 2017. İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Boyutuyla Psikososyal Riskler. Legal Yayıncılık, İstanbul, 45s.
- Karacan, E., Erdoğan, Ö.N.**, 2011. İşçi sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(1):102-116.
- Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N.**, 2009. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *Journal of advanced nursing*, 65(3):516-524.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S.**, 2013. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. Siyasal kitabevi, Ankara, 62s.
- Kılış, İ.**, 2016. İş ve sosyal güvenlik hukuku. Dora yayınları, İstanbul, 87s.
- Korkmaz, A., Avsallı, H.**, 2012. Çalışma hayatında yeni bir dönem: 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği yasası. *SDÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 26:153-167.

- Korkut, G., Tetik, A.,** 2013. 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu'nun getirdiği yenilikler ve temel sorunlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 18(3):455-474.
- Kurt, M., Özdemir, K.,** 2003. İşçi sağlığı ve iş güvenliği yönetim sistemleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 4(16):13-21.
- Limon, A.,** 2015. Türk hukuk sisteminde iş sağlığı ve güvenliği. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*. 1(1):209–242.
- Camkurt, M.Z.,** 2007. İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 21(1):80.
- Meydanlıoğlu, A.,** 2013. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3):192-199.
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB),** 2014. Mesleki gelişim, iş güvenliği ve iş sağlığı, Ankara, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/%C4%B0%C5%9F%20Sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20ve%20G%C3%BCvenli%C4%9Fi.pdf, 27-28.
- Müdürlüğü, S. H. G.,** 2012. SKS İşğinde Sağlıkta Kalite. Baskı: Ankara, 12s.
- Müdürlüğü, S. H. G.,** 2016. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. Versiyon-5, Revizyon-00, 1.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH),** 2002. Violence: Occupational hazards in hospitals (No. 2002-101). <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/>, 17 Mayıs 2021.
- Ndejjo, R., Musinguzi, G., Yu, X., Buregyeya, E., Musoke, D., Wang, J.S., Ssempebwa, J.,** 2015. Occupational health hazards among healthcare workers in Kampala, Uganda. *Journal of Environmental and Public Health*, 1-9.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA),** 2015. Worker safety in your hospital. <https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1Datahighlights508.pdf>, 18 Mayıs 2021.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA),** 2016. Hospital investigations: health hazards. https://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm_vi/otm_vi_1.html, 17 Mayıs 2021.
- Ofluoğlu, G., Sarıkaya, G.,** 2005. OHSAS 18001 iş sağlığı ve iş güvenliği yönetim sistemi. *Kamu-İş Dergisi*, 8(3):1-13.
- Oğan, H.,** 2014. Sağlık çalışanları için işçi sağlığı ve güvenliği. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 54s.
- Oral, A. Ş.** 2012. İş sağlığı ve güvenliği. Anadolu Üniversitesi yayınları, Eskişehir, 112s.

- Öçal, M., Çiçek, Ç.,** 2017. Türkiye ve Avrupa Birliği'nde iş kazası verilerinin karşılaştırmalı analizi. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 6(16):631-632.
- Özkan, Ö., Emiroğlu, N.,** 2006. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *CU Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3):43-51.
- Özkılıç, Ö.,** 2005. İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri ve risk değerlendirme metodolojileri. Ajans-Türk Basın ve Basım, Ankara, 89s.
- Özyörük, B., Kütük, D.,** 2014. İş ortamını yeniden düzenlemenin iş verimliliğine etkileri, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2(2):73-81.
- Parlar, S.,** 2008. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6):547-554.
- Sabuncuoğlu, Z.,** 2013. İnsan kaynakları yönetimi. Beta Basım, İstanbul, 45s.
- Saygılı, M.,** 2008. Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 78s.
- Serin, G., Çuhadar, M.T.,** 2015. İş güvenliği ve sağlığı yönetim sistemi. *SDÜ Teknik Bilimler Dergisi*, 5(2):44-59.
- Serinkan C.** 2007. İnsan kaynağının eğitimi ve eğitim yönetimi. Ekin yayınevi, Bursa, 45s.
- 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*.
- Sünter, A.T., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H., Pekşen, Y.,** 2006. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*, 16(1): 9-14.
- Süzek, S.,** 2015. İş hukuku. Beta Yayınları, İstanbul, 58s.
- Şahingöz, S., Şık, A.,** 2016. Son mevzuatlara göre iş sağlığı ve güvenliği temel eğitimi. Detay Yayıncılık, Ankara, 77s.
- Şerifoğlu, U.K., Sungur, E.,** 2007. İşletmelerde sağlık ve güvenlik kültürünün oluşturulması; tepe yönetimin rolü ve kurum içi iletişim olanaklarının kullanımı. *Yönetim Dergisi*, 18(58):41-50.
- T.C. Resmi Gazete,** 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (26200), 16.06.2006, 11.
- T.C. Resmi Gazete,** 6331 İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (28339), 30.06.2012, 13.

- T.C. Resmi Gazete**, Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, (30430), 24.05.2018, 6.
- Taşcıoğlu, İ.**, 2007. Lüleburgaz devlet hastanesi ve Lüleburgaz 82.yıl devlet hastanelerinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin saptanması, *Yüksek Lisan Tezi*, Tekirdağ Üniversitesi, Edirne, 42s.
- Taylor, G., Easter, K., Hegney, R.**, 2004. Enhancing occupational safety and health. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann Linacre House, 617s.
- Toygar, Ş.A.**, 2017. Maden işlerindeki iş sağlığı ve güvenliği politikalarının politika haritalama yöntemi ile analizi edilmesi. *Doktora Tezi*, Gazi Üniversitesi, Ankara, 68S.
- Tuğrul, İ.**, 2015. Hastane yaşamında mesleki maruziyetten kaynaklanabilecek iş sağlığı ve güvenliği risklerinin incelenmesi. *Yüksek Lisan Tezi*, Okan Üniversitesi, İstanbul, 88s.
- Türk Dil Kurumu (TDK)**, 2021, www.tdk.gov.tr, 19 Nisan 2021.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, 2015. Meslek hastalıkları temel kavramlar. http://csg.thsk.saglik.gov.tr/dosya/ISG_Egitimleri/7_Meslek_Hastaliklari.pdf, 17 Nisan 2021.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)**, 2015, Haber bülteni, sayı: 18727. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18727>, 02 Mayıs 2021.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)**, 2021, Sağlık personeli sayılarının illere göre dağılımı. 2002-2018. https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, 03 Mayıs 2021.
- Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB)**, 2014. Makina mühendisleri odası raporu, işçi sağlığı ve iş güvenliği. Yayın No: MMO/617. https://www.mmo.org.tr/sites/default/files/1ab0f9cc68c38fb_ek.pdf
- Türkiye Standartları Enstitüsü (TSE)**, 2004. <https://www.tse.org.tr/IcerikDetayID=88&ParentID=623>, 11 Nisan 2021.
- Türk Tabipler Birliği (TTB)**, 2008. Sağlık çalışanlarının meslek riskleri. Türk Tabipleri Birliği yayınları, Ankara, 42s.
- Türkay, M., Aydoğdu, E.**, 2011. Bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının iş kazası geçirme prevalansı ve kaza geçirmeyi etkileyen faktörler. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi*, 3:143-144.
- Tüzüner, V. L., Özaslan, B. Ö.**, 2011. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 40(2):138-154.

Uslu, V., 2014. İşletmelerde iş güvenliği performansı ve iş güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişki: Eskişehir ili metal sektöründe bir araştırma. *Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 79S.

URL-1, 2016. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2004-05/SaglikCalBiyolojikRiskler_AD.pdf. Sağlık çalışanlarında biyolojik riskler ve yönetimi, 22 Nisan 2021.

World Health Organization (WHO) 2001. Occupational health. A manual for primary health care workers. http://www.who.int/occupational_health/regions/en/ochemhealthcareworkers.pdf, 24 Nisan 2021.

World Health Organization (WHO) 2010. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. Switzerland: WHO Press. http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf, 24 Nisan 2021.

World Health Organization (WHO) 2015. Occupational Health. http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/occupational_health/factsheet/en/, 24 Nisan 2021.

Yeşildal, N., 2005. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5):280-302.

Yıldırım, G., 2005. Galvano sektöründe meslek hastalıkları, zehirlenmeler ve ilk yardım. *Yüzey İşlemler Dergisi Yayınları*, İstanbul, 25s.

Yılmaz, F., 2007. Ülkemizde İSG eğitiminde model arayışı. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 35:30-35.

ANKET FORMU

Sevgili sağlık alışanı,

Bu anket hastane çalışanlarının iş güvenliği düzeylerinin belirlenmesi için hazırlanmıştır. Sorulan sorulara size en yakın olan cevabı vermeniz çalışmanın başarısı açısından önemlidir. Bu ankete verdiğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

Serhat CAN

Munzur Üniversitesi
Yükseklisans ğrencisi

1. Cinsiyetiniz : Erkek () Kadın ()
2. Yaşınız : 18-24 () 25-30 () 31-35 () 36-44 () 44+ ()
3. Eğitim Düzeyi : Ortaokul () Lise () nlisans () Lisans () Lisansüstü ()
4. Unvanınız : Doktor () Hemşire () Servis Görevlisi () Laborant ()
() Tekniker () Diyetisyen () Biyolog () Diğer ()
5. Mesleki Kıdeminiz : 1-3 () 3-5 () 5-7 () 7-9 () 9+ ()
6. Haftalık alışma Saatiniz: 30-40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 ()
70+ ()
7. Daha önce iş güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı?: Evet () Hayır ()

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

2. HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ İÇİN İŞ GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ankette her biri 5 seçenekten oluşan 38 ifade bulunmaktadır. Her bir soru için **olumludan olumsuzu doğru** şeklinde 5'li derecelendirme yapılmıştır. Lütfen size en uygun seçeneği, ilgili ifadenin karşısında bulunan kutucuğa **X** işareti koyarak belirtiniz.

İş Sağlığı ve İş Güvenliği	Kesinlikle Katılmıyorum	Katıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Çalıştığım kurumda iş sağlığı ve güvenliği için gerekli kaynaklar bulunmaktadır.	()	()	()	()	()
2. Bu işyerinde iş güvenliği konuları yüksek önceliğe sahiptir	()	()	()	()	()
3. İş güvenliği konusunda ihtiyaç duyulan bilgi tüm işçiler de mevcuttur	()	()	()	()	()
4. Bu iş yerinde iş verimliliği ve kalite iş güvenliğinden daha fazla önceliğe sahiptir	()	()	()	()	()
5. Bu işyerinde güvenli (emniyetli) şekilde çalışma birinci önceliktir	()	()	()	()	()
İş Kazaları veya Meslek Hastalıkları ve Şikayetler	()	()	()	()	()
6. Yaptığım işte kaza ve yaralanma riski vardır.	()	()	()	()	()
7. Yaptığım işte kimyasal maddelerden veya radyasyondan kaynaklanan tehlike/hastalık riski vardır.	()	()	()	()	()
8. Çalışanlarda varisler yaygın değildir.	()	()	()	()	()
9. Bel fıtığı vb. sorunlar görülmez.	()	()	()	()	()
10. Kesici-delici alet yaralanmaları görülmez	()	()	()	()	()
11. Yumuşak doku travması az görülür. (iğne batması, bistüri kesiği vb.)	()	()	()	()	()
12. Düzenli olarak kaza ve risk analizleri yapılır.	()	()	()	()	()
Malzeme-Araç-Gereç Denetimi	()	()	()	()	()
13. Hastanede kullanılan alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır.	()	()	()	()	()
14. Satın alınan ve kullanılan ekipman güvenlik açısından değerlendirilmektedir.	()	()	()	()	()
15. Korumalı malzemeler (eldiven, gözlük vb.) çok rahat bulunmaktadır.	()	()	()	()	()
16. İş güvenliği denetimi, kişisel koruyucu malzemenin kullanılmasını kontrol etmek amacı ile çalıştığım kısımda düzenli olarak yürütülür.	()	()	()	()	()
17. Satın alınan malzeme ve araç kalitelidir (sağlam/güvenilir vb.)	()	()	()	()	()
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	()	()	()	()	()
18. Hastane yönetimi motivasyon ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar yapmaktadır.	()	()	()	()	()
19. İş kazası/meslek hastalığı durumunda hastane gerekli sorumluluğu üstlenir ve çalışanları destekler	()	()	()	()	()
20. Hastane yönetimi güvenlikle ilgili sorunlar iletilildiğinde ilgilidir ve sorunu çözmek için girişimlerde bulunur.	()	()	()	()	()
21. Hastane yönetimi iş sağlığı ve güvenliği konusunu verimlilik ve kararlılıktan daha fazla önemsemektedir.	()	()	()	()	()
22. Hastane yönetimi sadece iş kazası meydana geldikten sonra devreye girer.	()	()	()	()	()
23. Hastane yönetimi işimi yaparken bana gereken yardım ve desteği sağlamaktadır.	()	()	()	()	()

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Koruyucu Önlemler	()	()	()	()	()
24. Hasta taşıma kuralları vardır ve uygulanmaktadır	()	()	()	()	()
25. Hasta kaldırma kuralları vardır ve uygulanmaktadır.	()	()	()	()	()
26. Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır.	()	()	()	()	()
27. Kan vb. sıvılardan korunmak için önlemler alınmaktadır.	()	()	()	()	()
Fiziksel Ortam Uygunluğu	()	()	()	()	()
28. Işık/aydınlık uygun ve yeterlidir.	()	()	()	()	()
29. Havalandırma uygun ve yeterlidir.	()	()	()	()	()
30. Isı/ısınma uygun ve yeterlidir.	()	()	()	()	()
31. Çalışma ortamı hijyenik açıdan güvenlidir	()	()	()	()	()
32. Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır.	()	()	()	()	()
İş Güvenliği Eğitimleri	()	()	()	()	()
33. Düzenli güvenlik eğitimi almamız daha güvenli çalışmamıza yardımcı olur.	()	()	()	()	()
34. Bu iş yerinde yeterli düzeyde güvenlik eğitimi verilmektedir.	()	()	()	()	()
35. İş güvenliği konusunda ihtiyaç duyulan bilgi tüm çalışanlarda vardır.	()	()	()	()	()
36. İşyeri sağlık ve güvenlik eğitimi çalışanların işlerinde karşılaştıkları çeşitli durumları kapsar.	()	()	()	()	()
37. Personele verilen iş güvenliği eğitiminin, onların iş çevrelerindeki kazaları değerlendirmelerini yeterince mümkün kılmaktadır.	()	()	()	()	()
38. Personele verilen eğitim, hem teknik hem de kişisel yetenekleri içermektedir.	()	()	()	()	()