

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA
KALİTE YÖNETİMİ UYGULANAN
HASTANELERİN DOĞUMHANELERİNDE
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ VE ÇALIŞAN
GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN NEDENLER**

MEHTAP AKÇAPINAR

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970120

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA
KALİTE YÖNETİMİ UYGULANAN
HASTANELERİN DOĞUMHANELERİNDE
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ VE ÇALIŞAN
GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN NEDENLER**

SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MEHTAP AKÇAPINAR

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970120

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans programı öğrencisi Mehtap AKÇAPINAR “İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA KALİTE YÖNETİMİ UYGULANAN HASTANELERİN DOĞUMHANELERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN NEDENLER” konulu Yüksek Lisans tezini 18.05.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

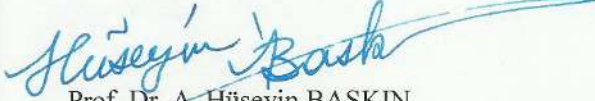


BAŞKAN

Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon Anabilim Dalı



Prof. Dr. A. Hüseyin BASKIN

Dokuz Eylül Üniversitesi

SBE SKA AD

ÜYE



Doç. Dr. Mete EDİZER

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi Anatomi AD

ÜYE

Yard. Doç. Dr. Nevciyan GÜLDAŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

SHMYO

YEDEK ÜYE

Öğr. Gör. Dr. Vahide BAYRAKAL

Dokuz Eylül Üniversitesi

SBE SKA AD

YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri:	3
1.4. Araştırmanın Önemi	4
1.5. Varsayımlar	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Genel Olarak İş Sağlığı ve Güvenliği	6
2.1.1. İş sağlığı	6
2.1.2. İş güvenliği	7
2.1.3. İş sağlığı ve güvenliği	9
2.1.3.1. Tehlike.....	11
2.1.3.2. Risk ve risk değerlendirme	11
2.1.3.3. Güvenlik kültürü	13
2.1.3.4. İş kazası ve meslek hastalığı.....	14
2.1.4. İş sağlığı ve güvenliği faydaları ve hedefleri	18
2.1.5. İş sağlığı ve güvenliğinin tarihsel gelişimi.....	19
2.1.6. Uluslararası alanda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kurumlar	22
2.1.6.1. Uluslararası çalışma örgütü	23
2.1.6.2. Dünya sağlık örgütü	24
2.1.6.3. Avrupa Birliği.....	24
2.1.7. Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı	25
2.2. Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği	27
2.2.1. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği	34
2.2.1.1. Sağlık kuruluşlarının özellikleri	34
2.2.1.2. Sağlık kuruluşları çalışanlarının özellikleri.....	35
2.2.1.3. Sağlık kuruluşlarında ortam faktörleri	38
2.2.1.3.1. Fiziksel faktörler:	40
2.2.1.3.2. Kimyasal Faktörler	41
2.2.1.3.3. Biyolojik Faktörler.....	42
2.2.1.3.4. Ergonomik faktörler	43
2.2.1.3.5. Diğer faktörler	43

2.2.2.	Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları.....	44
2.2.2.1.	Kesici- Delici Alet Yaralanmaları	45
2.2.2.2.	Kas İskelet Sistemi Yaralanmaları.....	45
2.2.2.3.	Kan-Vücut Sıvıları ile Maruziyet	46
2.2.2.4.	Kimyasal Maddeler Antineoplastik ve Diğer Riskli İlaçlarla Maruziyet	47
2.2.2.5.	Radyasyona Maruz Kalma	48
2.2.2.6.	Strese ve Şiddete Maruz Kalma.....	48
2.3.	Sağlık Kuruluşlarında Kalite.....	49
2.3.1.	Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi.....	50
2.3.1.1.	Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar:	54
2.3.2.	Sağlık kuruluşlarında kalitenin ortaya çıkışı ve gelişimi	55
2.3.3.	Sağlıkta Akreditasyon.....	57
2.3.3.1.	Akreditasyonun Amaçları	58
2.3.3.2.	Akreditasyonun Unsurları	59
2.3.4.	Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyonda Mevcut Durum	59
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	61
3.1.	Araştırmanın Tipi	61
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	62
3.3.	Evren ve örneklem.....	62
3.4.	Araştırmanın Materyali.....	62
3.5.	Araştırmanın değişkenleri:	62
3.6.	Veri toplama araçları	63
3.7.	Araştırma Planı ve Takvimi	63
3.8.	Verilerin değerlendirilmesi:	64
3.9.	Araştırmanın sınırlılıkları:.....	64
3.10.	Etik Kurul Onayı	65
4.	BULGULAR.....	65
5.	TARTIŞMA.....	88
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	96
7.	KAYNAKLAR	100
8.	EKLER.....	107

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Geçmişten Günümüze Türkiye’de İş Kazası Oranları	15
Tablo 2. Ülkemizde Yıllara Göre İş Sağlığı ve Güvenliği İstatistikleri	16
Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü Sağlık İnsan Gücü Listesi	36
Tablo4: Türkiye’de Sağlık Personeli Sayısı.....	37
Tablo 5: Hastanelerde Başlıca Tehlike ve Riskler	39
Tablo 7: Doğumhane çalışanlarının demografik bilgileri.....	69
Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Mesleki Verileri	69
Tablo 9: Haftada çalışma saati aralığı ve günlük çalışma saatleri(vardiya)	70
Tablo 10: Yakalanılan Meslek Hastalıkları	72
Tablo 11: Koruyucu Kullanımı ile İlgili Düşünceler	73
Tablo 12. Doğumhanelerde Maruz Kalınan Riskler.....	75
Tablo 13. Olası İş Kazası Nedenlerine Ait Bulgular:	76
Tablo 14. İş Kazası Riskini Azaltmak İçin Yapılabilecekler:	77
Tablo 15: Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre İş Kazalarına Maruziyetleri.....	78
Tablo 16: Sağlık Personelinin Çalıştığı Kurum İle İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu	78
Tablo 17: Sağlık Personelinin Eğitim düzeyleri ile İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu	79
Tablo 18: Sağlık Personelinin Çalışma yılına göre İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu	79
Tablo 19: Günlük Çalışma Saatleri İle İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu	80
Tablo 20: Alınan İş Güvenliği Eğitimleri İle İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu.....	80
Tablo 21: Yaş Değişkeni İle Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu.....	81
Tablo 22: Çalışılan Kurum Değişkenine Göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu	81
Tablo 23: Eğitim Düzeyine göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu	82
Tablo 24: Çalışma Yılına göre Meslek Hastalığına Yakalanma Durumu	82
Tablo 25: Günlük Çalışma Saatlerine Göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu	83
Tablo 26: İş Güvenliği Eğitimi Varlığına Göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu	83

Tablo 27: Koruyucu Eldiven Kullanımına Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı	84
Tablo 28: Koruyucu Gözlük Kullanma Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı	85
Tablo 29: Koruyucu Gömlek Kullanma Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı	85
Tablo 30: Koruyucu Maske Kullanma Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı	86
Tablo 31: Lojistik Regresyon Analizine Göre İş Kazası Geçirme Durumu	86
Tablo 32: Lojistik Regresyon Analizine Göre Meslek Hastalığına Yakalanma Durumu	87

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Sektörlere Göre İş Kazası Geçirenlerin Oranı, 2007-2013	17
Şekil 2: Faaliyet Türüne Göre İş Kazaları	28

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	: Ağız Diş Sağlığı Merkezi
AHA	: American Hospital Association
AMA	: American Medical Association
AYBYK	: Avrupa Yerel ve Bölgesel Yönetimler Kongresi
BM	: Birleşmiş Milletler
BKDÇH	: Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
ÇASGEM	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
dB	: Desibel
DEÜH	: Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EU-OSHA	: Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı
ISQUA	: The International Society for Quality in Health Care
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
İSGY	: İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği
İKÇÜAEAH	: İzmir Kâtip Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
JCAHO	: JointComission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	: JointCommission International
KOBİ	: Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MSGK	: Meslek Hastalığı ve Güvenliği Komiteleri
NIOSH	: Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
OSHA	: Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği
s.	: sayfa
SAS	:Sağlıkta Akreditasyon Standartları
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TEAH	: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi

vb. : ve benzeri
vd. : ve diğlerleri
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon programı yüksek lisans öğrenimin boyunca sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Abdurrahman Hüseyin Baskın'a, hafta sonu, tatil, mesai saati demeden, çalışmamın oluşmasında yardımlarını esirgemeyen, değerli görüş ve önerileri ile çalışmamı yönlendiren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Tonay İnceboz'a, araştırmamın analizi kısmında yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Pembe Keskinoglu'na bütün öğrenim hayatım boyunca hep yanımda olan, bana cesaret veren, yüreklendiren, manevi desteğini üzerimden bir an olsun çekmeyen çok kıymetli insan sevgili eşim Ufuk Akçapınar ve biricik oğlum Mustafa Seğmen Akçapınar'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA KALİTE YÖNETİMİ UYGULANAN HASTANELERİN DOĞUMHANELERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN NEDENLER

Mehtap AKÇAPINAR, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, mehtapakcapinar@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, İzmir ilinde kalite yönetimi uygulanan dört kamu hastanesinin doğumhanelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin yaşadığı iş kazaları, yakalandıkları meslek hastalıklarının neler olduğu, iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma sıklığı ve bunları etkileyen nedenlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, İzmir ilindeki dört kamu hastanesi doğumhanelerinde çalışan 91 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.00 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, bağımsız t testi, lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler için iki yönlü p değeri kullanılmış ve p değeri 0,05'in altında ise istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Elde edilen verilere göre 91 çalışanın 59'u (%62,6) son beş yıl içinde en az bir iş kazası geçirmiş, 52'si (%57,1) meslek hastalığına yakalandığını belirtmiştir. Doğumhane çalışanlarında yakalanılan meslek hastalıklar ve oranları; %41,5 bel ağrısı, %41,5 varis, %41,5 stres, %40,7 el bilek ağrısı, %42,9 boyun ağrısı %14,3 panik atak, %12,1 lateks alerjisi, olarak belirtilmiştir. Çalışanların iş kazası nedenleri, (%91,2) yoğun iş temposu, (%87,9) uzun çalışma saatleri, (%67,0) stres olarak belirtmiştir.

Sonuç: Doğumhane çalışma ortamında, en sık görülen iş ile ilişkili sağlık sorunu bel ağrısı, varis ve el bileği ağrısı, en sık görülen iş kazası nedenleri yoğun iş temposu ve uzun çalışma saatleridir. İş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim bu sorunların azalmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: İş Güvenliği, çalışan güvenliği, meslek hastalıkları

FACTORS AFFECTING THE OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY OF HEALTH PERSONNEL IN THE DELIVERY ROOM OF THE HOSPITAL THAT IMPLEMENTATION OF QUALITY MANAGEMENT

Mehtap AKÇAPINAR, Health Sciences Institute, mehtapakcapinar@hotmail.com

ABSTRACT

Aim: This study was carried out to determine the frequency and causes of the health accidents and occupational diseases of midwives and the nurses working in the delivery room of state hospitals that applied quality management in Izmir.

Methods: The sample of research was composed of 91 midwives and nurses who work in the delivery room of four state hospitals in Izmir. A survey is used as a method of data collection. For statistical analyses of the data, descriptive statistics, independent t test, Chi-square test for binary comparisons, and logistic regression for multiple comparisons were used. For all analyses two-way p value was used a p value of <0.05 was considered as statistical significance.

Results According to the data, of the 91 personnel, 59 (62.6%) have been injured, 52 (57.1%) have had occupational disease at least once in the past 5 years. Detection rates of occupational diseases were as follows; 41,5% backache, 41,5% varicose veins, 41,5% stress, 40,7% wrist pain, 42.9% neck ache, 14.3% panic attacks, 12.1% latex allergy. The causes of occupational accidents were determined as, 91.2% intensive workload, 89.9% long working hours, 67%stress.

Conclusion: The most prevalent occupational diseases among the delivery room-employees are back pain, varicose veins and wrist-pain, the most common reasons for occupational accidents are intensive workload and long working hours. Education on occupational health and safety will help to decrease such problems.

Keywords: Occupational Safety, employee safety, occupational diseases

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışmanın bu bölümünde araştırma probleminin durumu, araştırmanın amacı, araştırmanın önemi, varsayımlar ve sınırlılıklara yer verilmiştir.

1.1. Problemin Tanımı

Günümüzün küreselleşen dünyasında, iş sağlığı ve güvenliğinin etkileri, sadece iş kazasına uğrayan kişinin, ailesinin ve çalıştığı işletmenin sonuçları üzerinde değil, ülke ekonomisi ve dolayısıyla dünya ekonomisi üzerinde de etkili olmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği konusu sadece ulusal sınırlarda değil, yenedünyanın tüm iş örgütlenme modelleri içinde yer alarak çalışanın korunması yaklaşımının ötesinde sağlık ve güvenlik kavramı, çevre yaklaşımını da içine alacak biçimde bütünleşmiş, sonuç olarak küreselleşme ve bilgi toplumu örgütlenme modelinin önemli bir saçı ayağı olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sıklıkla iş kazaları ve meslek hastalıklarından kaynaklanan sosyal ve ekonomik kayıpların önemini vurgulamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde hastalıkları önleme ve sağlığı korumanın maliyeti her zaman tedavi etmekten daha ucuz ve etkili olmasından dolayı günümüzde yaygın olarak kullanılan yönetim sistemleri veya kalite yönetim sistemlerinin çoğu da düzeltici faaliyetlerden çok önleyici faaliyetlere odaklanmaktadır. Günümüzün İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) yaklaşımında da benzer mantık ile risk değerlendirmesi, çalışanların katılımı, uzman katkısı sağlanması, çalışanların bilgilendirilmesi, çalışanların eğitimi ve koruma- önleme gibi ilkeler önem kazanmıştır.

Dünyada İSG alanı ile ilgili gelişmelere ülkemiz de duyarsız kalmamış ve başta İSG ile ilgili ulusal mevzuatımız olmak üzere 4857 sayılı kanunda İSG hakkında ciddi düzenlemelere gidilmiştir. Bu değişiklikler kapsamında Avrupa Birliği (AB) mevzuatı ile ulusal mevzuatımızın uyumlaştırılması açısından da bir dönüm noktası olan yasal düzenlemeler hızla hayata geçirilmiştir.

Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından yapılan araştırmalara göre dünyada her yıl 270 milyon kişi iş kazalarına, 160 milyon kişi meslek hastalıklarına maruz kalmaktadır. Bunlardan 2,2 milyon kişi kazalar ve meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ağır

kayıplar yüzünden ekonomik kayıp Gayri Safi Yurtiçi Hâsılanın % 4'ünü bulmaktadır ve bu da resmi kalkınma yardımları toplamının 20 katı kadardır (1).

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için çalıştırıldığını ve bunun çalışanlar açısından bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir. Ülkemizde sağlık çalışanları büyük oranda hastanelerde istihdam edilmekte fakat sağlık ve güvenlik hizmetleri alamamakta, meslek hastalıkları ve iş kazaları kayıtları dahi bulunmamaktadır. Aynı şekilde ülkemizde sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları ve riskli uygulamalarına yönelik ülkenin tamamını temsil eden bir istatistikî araştırma yapılmamıştır. Araştırmalar genel olarak, kesitsel tip araştırma tekniği ile hastanelerde, hemşireler üzerinde, iş kazalarında kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları, meslek hastalıklarında ise, Hepatit-B, tüberküloz konuları üzerinde yoğunlaşmıştır. Son beş yıldır yapılmış araştırma bulgularında, sağlık çalışanlarının iş koşullarından dolayı önemli ve ciddi risklerle karşı karşıya olduğunu görmek mümkündür.

Sağlık işletmelerinde başarılı bir İSG uygulamasının gerçekleşmesi için öncelikle ilgili taraflar olan devletin, işletmeleri ve çalışanların görev, yetki ve yükümlülüklerinin analiz edilmesi önemli yer tutmaktadır. Sağlık kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili yapılacak iyileştirme faaliyetlerinde risklerin değerlendirilmesi, çalışanların eğitimi, koruma-önleme mantığının geliştirilmesi; sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması açısından hem çalışanlara, hem de sağlık kuruluşlarına ve dolaylı olarak ülke kalkınmasına önemli faydalar sağlayacaktır.

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında kalite yönetimi uygulanan hastanelerin doğumhanelerinde çalışan güvenliğinin belirlenmesi konu alan bu çalışma beş ana bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde araştırma konusunun problem tanımına, araştırmanın amacına, araştırmanın önemine, araştırmanın varsayımlarına ve sınırlılıklarına yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde genel bilgiler başlığı altında, genel olarak İSG kavramı, sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği, sağlık kuruluşlarında kalite ve sağlık çalışanlarına yönelik ulusal kalite ve güvenlik stratejileri ele alınmıştır.

Bu araştırma İzmir ilinde faaliyet gösteren Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir Kâtip Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Tepecik Eğitim

Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi'nde yapılmıştır. Çalışmanın dördüncü bölümünde söz konusu hastanelerin doğumhanelerinde iş sağlığı ve güvenliği yönünden konu ile ilgili gerçekleştirilen araştırmanın yöntem ve bulgularına yer verilmiştir.

Çalışma iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili araştırma bulgularına yönelik yorum ve önerilerin de yer aldığı sonuç kısmı ile tamamlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı son beş yıl içinde İzmir bölgesinde faaliyet gösteren dört büyük hastanenin doğumhanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin yaşadığı iş kazaları, yakalandıkları meslek hastalıklarının neler olduğu, iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma sıklığı ve bunları etkileyen nedenlerin belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri:

Hipotez 1: Çalışanların iş kazası oranları yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 2: Çalışanların iş kazası oranları çalıştığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 3: Çalışanların iş kazası oranları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 4: Çalışanların iş kazası oranları toplam çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 5: Çalışanların iş kazası oranları ile günlük çalışma saat sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir

Hipotez 6: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri iş kazası oranlarını düşürmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 7: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma olasılıkları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 8: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları çalıştığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 9: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 10: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları toplam çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 11: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile günlük çalışma saat sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir

Hipotez 12: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri meslek hastalığına yakalanma oranlarını düşürmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 13: Çalışanların koruyucu ekipman kullanım oranlarıyla iş kazası geçirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma ile sağlık kuruluşları yönetiminin ve çalışanlarını bilinçlenmesi, her çalışan gibi sağlık çalışanlarının da en doğal hakkı olan sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının sağlanmasında ışık tutması beklenmektedir. Ayrıca araştırmanın, ülkemizdeki iş sağlığı ve güvenliği kapsamında kalite yönetimi uygulanan hastanelerin çalışan güvenliği hakkında yapılacak çalışmalarda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. Varsayımlar

- ✓ Anketleri yanıtlayan doğumhane çalışanlarının soruları doğru yanıtladıkları varsayılmıştır.
- ✓ Veri toplamada kullandığımız anket çalışması amacımıza uygun ve yeterlidir.
- ✓ Araştırmanın örneklemini evreni temsil edebilecek yeterliliktedir.
- ✓ Araştırmada kullanılan istatistiksel çözümleme yöntemleri, verilere ve araştırmanın amaçlarına uygundur.

1.6. Sınırlılıklar

Bu araştırma, 2014 yılında İzmir ilinde faaliyet gösteren Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi(BKDÇH), İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi(İTEAH), İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi(İKÇÜAEAH) ve İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastaneleri(DEÜH) doğumhane ve servislerinde görevli

alışanlarla sınırlıdır. Araştırma bulgularının sonuçları örnek sayısıyla sınırlıdır. Verileri değerlendirme leği, araştırmacının belirleyeceği ölçek ile sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde genel olarak iş sağlığı ve güvenliği, sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği ve sağlık kuruluşlarında kalite kavramlarına yer verilmiştir.

2.1. Genel Olarak İş Sağlığı ve Güvenliği

2.1.1. İş Sağlığı

Sağlık kavramının kelime anlamı, “vücudun hasta olmaması hali, vücut refahı, esenlik” şeklinde açıklanmaktadır. Bu anlamda çoğu insan sağlık kavramını, hastalık yaşanmaması şeklinde algılamaktadır. Bununla beraber hastalığı, hekim müdahalesiyle “doku ve hücrelerde yapısal, işlevsel ve normal olmayan farklılıkların oluşturduğu durum” şeklinde de açıklanabilir. Hastalık kavramı tıbbi açıdan açıklanacak olursa, “bir kişinin fiziksel ya da ruhsal sağlığının zarar görmesi” olarak ifade edilmektedir (2).

İş kavramı, insanın yaşamını sürdürmek gayesine uygun olarak zihinsel ve bedensel her uğraş olarak” veya “fiziksel, zihinsel ve ruhsal bir gayretle çalışanın kendisi veya diğer insanlar için anlam taşıyan mal ve hizmetler üretme faaliyetidir (3).

İş sağlığı kavramı, çalışanlarla beraber, çalışanın zarara uğramasından etkilenen, onun sosyal çevresini, işletmenin iletişim halinde olduğu tüm çevreyi ve toplumu içine alan geniş bir kavramdır (2). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1950 yılında yapmış olduğu açıklamaya göre iş sağlığı; bütün meslek alanlarında iş görenlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan refah durumlarının seviye olarak en yukarıda tutulması, devam ettirilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları olarak ifade etmişlerdir (4).

İş sağlığının hedefleri ise aşağıda maddelerle açıklanmıştır.

- Çalışanların sağlık durumlarını en üst seviyede bulundurmak,
- Çalışma halinin olumsuz şartları sebebiyle sağlığın zarar görmesini engellemek,
- Bütün işçilerin bedensel ve ruhsal becerilerine müsait olan işlerde çalışmalarını sağlamak,
- Gerçekleştirilen iş ile işçi arasında bir denge oluşturarak, fazla yorulmadan verimli bir sonuca ulaşmaktır (5).

Yazarlar iş sağlığı kavramıyla beraber işçi sağlığı kavramını da ele almaktadırlar. İşçi sağlığı kavramı kapitalist düzen kapsamında çalışan insanların maddi durumları, ülkede ki

enflasyon düzeyi, işsizlik, iş ve sosyal güvence halleri, sağlıkla alakalı olan güvenceleri, çalışma zamanları, örgütlenme hakları, bireysel farklılıkları, barınma ve ulaşım imkânları gibi birçok durumun etki ettiği bir alan olarak göze çarpmaktadır (6).

Türkiye’de çalışan insanların sağlığı bakımından en önemli problemler; işgücünde cinsiyetler arasında bulunan adaletsizlik, bölgeler ve sınıflar arasındaki gelir dağılımındaki eşitsizlik, işsizlik, sigortasız istihdam edilme, bölgeler arasında istihdam eşitsizliğidir. Ayrıca; çalışanların hakkını yeteri kadar korumayan sosyal güvenlik örgütleri, işçi sağlığını koruyucu sağlık hizmetlerinde oluşan yetersizlikler, sendikasız çalıştırma, özelleştirme, esnek üretim süreci, iş kazaları, meslek hastalıklarının erken fark edilememesi ve alanda kamusal izlem eksikliği ile denetim eksikliği şeklinde sıralanabilir (7).

DSÖ’nün ciddiyle üzerinde durduğu konu hastalıkların engellenmesi, yaşam süresinin uzatılması ve toplumun beraber gayretleri sağlığın geliştirilmesi bilim ve sanatı olan halk sağlığı kapsamında “Herkes İçin İş Sağlığı” kavramını bir topluma yerleştirebilmek amacıyla öncelikle ihtiyaç duyulan; multisektörel iş birliği, toplum katılımı ve siyasi kararlılıktır. Çünkü bir ülkenin sosyoekonomik kalkınma düzeyi, siyasal eğilimleri ve sağlığın geliştirilmesi ile beraber hastalıkların engellenmesine ilişkin yatırımlar bu amaçların hangi düzeyde sahiplenildiğini ortaya koymaktadır (7).

2.1.2. İş güvenliği

İş güvenliği, “bir işin gerçekleştirilmesi esnasında iş görenlerin karşı karşıya kaldıkları tehlikelerin yok edilmesi ya da en aza indirilmesi alanında işverene yüklenen sorumluluklarla alakalı teknik kuralların tamamı” şeklinde açıklanabilir. İş güvenliği kavramı belirli durumlarda iş sağlığını da içine alacak şekilde İSG kavramı yerine kullanılmış olsa da, iş güvenliği kavramı genellikle teknik emniyet yönünden yaklaşımı açıklayan bir kavram şeklinde ele alınmalıdır (2).

ILO’nun sosyal ve ekonomik güvenliğini geliştirme politikası, içinde çalışma güvenliğinin de bulunduğu güvenliğin 7 temel ilkesine yoğunlaşmaktadır (8).

Buna göre güvenliğin 7 temel ilkesi:

1. İş piyasası güvencesi: Devlet güvencesinde, tam istihdam yöntemine müsait istihdam imkânları.

2. İstihdam güvencesi: Nedensiz işten çıkarmaya karşı koruma, işe alma ve işten çıkarma ile alakalı düzenlemeler, mali yükün işveren tarafından karşılanması.
3. İş güvencesi: Kişinin sahip olduğu mesleğin, yetenek alanının ya da kariyerinin, iş tecrübesinin korunması,
4. Beceri geliştirme güvencesi: Çıraklık ve iş eğitimi sayesinde yetenek elde etme ve devam ettirebilme olanağı.
5. Çalışma güvenliği: Çalışan tüm işçiler için işyerinde sağlık ve güvenlik alanında yenilikler, çalışma saatlerinin belirlenmesi, uygunsuz saatlerde çalışma ve gece işinin en aza indirilmesi yöntemiyle kaza ve hastalıklara karşı koruma.
6. Temsil güvencesi: Devletin işleyişine ekonomik ve politik olarak katılmış, grev hakkı da olan bağımsız sendikalar, işveren örgütleri ile iş piyasasında ortak sesin varlığının korunması.
7. Gelir güvencesi: Asgari ücret, ücret ayarlamaları, kapsamlı sosyal güvence, vergilerin gelire göre ayarlanması ile gelirin korunması.

İş güvenliği tüm çalışanların temel hakkıdır. Çalışma hayatında iş güvenliği kapsamı aşağıdaki gibi sıralanmıştır (9).

- Güvenlik, sağlık ve çevresel düzenlemelerle işle ilgili sakatlık ve hastalıklardan koruma,
- İşle ilgili ya da başka nedenlerle oluşacak cinsiyet, dini ve etnik grup nedeniyle ayrımcılığa karşı koruma,
- Şiddet, taciz, stres, uygun olmayan çalışma saatlerine karşı koruma, çalışma saatlerinin, gece işinin, çalışma yaşının sınırlandırılması,
- İstihdam ve ücretle ilgili haklar, tazminat, emeklilik güvencesi, analık koruması, işe devamsızlık koruması, uzun süreli bakım, tatil, mantıklı iş planlaması ve iş düzenlemesi,
- Yasalar, devlet yaptırımı, teftiş yoluyla koruma ve örgütlenme, toplu pazarlık ve güvensiz işi reddetme hakkı,
- Sağlık hizmetine ulaşma, eğitim, çocuk bakımı gibi sosyal destek hakkı,
- İşle ilgili olası tehlikeleri bilme hakkı ve “İşyerindeki yanlış yapılan işleri bildiren kişiler” için korunma hakkı (9).

2.1.3. İş Sağlığı Ve Güvenliği

Hızla gelişen bilim ve teknoloji ve aynı hızla gelişen kalkınma süreci ve sanayileşme kuşkusuz toplumlara ve ülke ekonomilerine birçok faydalar sağlamıştır.

Fakat insanın çalışma hayatı ve güvenliği için aynı başarıyı sergilediğini belirtmek zordur (10). İSG kavramı, işçinin sağlık ve güvenliğinin çalıştığı işyerinde ve iş nedeniyle meydana gelebilecek tehlikelere karşı korumayı içermektedir. Belirli gelişmelerle çevrenin koruma altına alınması, beslenme, ulaşım güvenliği, ilk yardım ve sosyal güvenlik gibi konular İSG konuları ile beraber ele alınmıştır. İSG kavramı daha geniş olarak açıklanacak olursa; işyerindeki sağlık ve güvenlik önlemlerinin çalışanları yeterli düzeyde koruyamayacağını onaylayan, işçinin sağlığını ve güvenliğine etki eden, ilgilendiren ve işyeri dışından doğan riskleri de içeren bir kavramdır (5).

ILO ve WHO işçi sağlığını şöyle ifade etmiştir: Bütün çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan refah hallerinin gerçekleştirilmesi ve en üst seviyelerde devam ettirilmesini, çalışma şartları ve kullanılan zararlı maddeler sebebiyle çalışan kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek zararların engellenmesini ve bununla beraber çalışanın bedensel şartlarına müsait olan konumlara yerleştirilmesini, işin insana ve insanın işe motive olmasını esas gaye olarak algılamış olan tıp bilimidir (11).

Çalışan insanların sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesi konusu, toplum sağlığına ilişkin çalışmalar kapsamında ciddi ve terk edilemeyen bir konumda bulunduğundan İSG konusu gelişmiş ülkelerde bağımsız bir bilim dalı konumunda olup toplumda koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını teşkil etmektedir (12).

İSG uygulamalarının önemli üç amacı bulunmaktadır (13):

- Çalışanları korumak; çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamak, başka bir ifade ile çalışanları iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı koruyarak ruh ve beden bütünlüklerini sağlamak.
- Üretim güvenliğini korumak; bir iş yerinde üretim güvenliğinin sağlanması beraberinde verimin artması sonucunu doğuracağından ekonomik açıdan önemlidir. İş yerinde çalışan işçilerin korunmasıyla meslek hastalıkları ve iş kazaları sonucu ortaya çıkan iş gücü ve iş günü kayıpları azalacak, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının işçiye verdiği güvenle iş verimi ve üretimde artma olacaktır.

İşletme güvenliğini oluşturmak; iş yerinde alınması gereken önlemler ile iş kazalarından ya da güvenli olmayan çalışma ortamı yüzünden oluşabilecek makine arızaları ve işlevsiz hale gelmeleri, patlama ve yangın gibi işletmeyi tehlikeye atabilecek haller yok edileceğinden işletme güvenliği gerçekleştirilmiş olur (12)

Her yıl azımsanmayacak sayıda insan çok rahatlıkla engellenebilecek ve hukukende engellenmesi zorunlu olan iş kazaları ve meslek hastalıklarından yaşamını yitirmekte veya engelli hale gelmektedir. ILO rakamlarına göre; Dünya genelinde bir yıl içerisinde 358,000'i ölümlü, 337 milyonu yaralanmalı, iş kazası meydana geldiğini ve 1,95 milyon insanın da meslek hastalıkları sonucu öldüğünü tahmin etmektedir. Her gün yaklaşık olarak altı bin kişi iş kazası ya da meslek hastalıkları yüzünden hayatını kaybetmektedir (14).

ILO, işyeri kazalarının sanayileşmiş ve yeni sanayileşen birçok ülkede belirli bir düzeyde seyrederken, buna karşılık Asya ve Latin Amerika'nın hızla sanayileşen kimi ülkelerinde arttığını belirtmektedir. ILO'ne göre ölümcül veya ölümcül olmayan işyeri kazaları birçok ülkede azalır veya sabit kalırken, Çin'de meydana gelen ölümcül iş kazası sayısı 1998 yılında 75.500 iken 2001 yılında 90.500'e çıkmıştır. Üç günden fazla iş kaybına neden olan kaza sayısı ise 56 milyondan 69 milyona çıkmıştır. Latin Amerika'da, özellikle Brezilya ve Meksika başta olmak üzere inşaat sektörünün büyümesi ve bu sektörde istihdam edilen kişi sayısının artması sonucunda ölümcül kaza sayısı 29,500'den 39,500'e çıkmıştır (14).

ABD'de bütün kanser hastalıklarının %20 ile %40'lık oranının direk olarak meslekler nedeniyle olduğu, Kanada'da ise her sene kanser yüzünden yaşamını yitiren 40 bin insandan yaklaşık 10 binden fazlasının meslek hastalığı nedeniyle olduğu açıklanmaktadır. Bütün dünyada, her sene asbest nedeniyle ortalama 100 bin insan hayatını kaybetmektedir. Ölüm dışı, aynı sebeple meydana gelen akut ve uzun süreli hastalıkların pençesine düşen insanların sayısı ise yaklaşık 7 milyondur (2).

Kayıt dışı istihdam nedeniyle ülkemizdeki gerçek durumu yeterince yansıtmamakla birlikte SSK istatistiklerine göre günde ortalama üç işçi yaşamını yitirmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2013 yılında yaptığı bir araştırmaya göre Türkiye genelinde son 12 ay içinde istihdam edilenlerden %2,3'ü bir iş kazası geçirdiği, bu oran erkeklerde %2,8 iken, kadınlarda %1,3 olarak gerçekleştiği ve toplam iş kazası geçirenlerin %81,6'sını

erkeklerin oluşturduğu ortaya çıkmıştır (15). Türkiye’deki iş kazalarının sayısı AB ülkelerinin ortalamasının 5 katı kadardır.

Günümüzde işyerlerinde meydana gelen iş kazaları ve oluşan meslek hastalıklarının önlenmesi yerine sadece sonuçlarının iyileştirilmesi artık yeterli olmamaktadır. Çünkü en mantıklı olan riskin oluşmasını engellemek ve bu anlamda, işçinin ve hatta tüm toplumun çıkarlarını gözeterek, çalışma şartlarını iyi bir duruma getirmektir. Bu zorunluluk sayesinde iş kazalarına ve meslek hastalıklarına karşı koruyan ve bu riskleri engelleyen yöntemlerin oluşturulması için harekete geçilmiştir (16).

2.1.3.1. Tehlike

Kazalara sebebiyet vermesi, sağlığa ve güvenliğe olan olumsuz etkileri nedeniyle tehlike ve risk kavramları çok önemlidir. İSG alanında “tehlike” ve “risk” kelimeleri sürekli kullanılmaktadır. Tehlike ve risk kelimeleri birbirleriyle ilişkilidir fakat aynı anlama gelmemektedir. Tehlike kelimesi, zarar verebilecek bütün her şeydir, örnek verilecek olursa; kimyevi maddeler, elektrik, merdiven üstünde çalışma gibi durumlar anlamını ifade eder (2).

Bir ortamda veya iş yerinde mevcut olan “sakıncalı” olan haller tehlike arz eder. Tehlike belirli bir birey için değildir, herhangi bir kişi için söz konusudur. Örnek verilecek olursa, madende meydana gelen grizu patlaması genel bir tehlikedir. Madende çalışan insanlar yönünden grizu patlaması tehlikesi bir risk konumundadır. Tehlike genel ve soyut bir kavramdır, ancak risk kişiseldir (17). Çevremizde var olan çeşitli unsurlar “tehlike” oluşturabilir, fakat bu unsurlarla karşı karşıya gelme halinde bu tehlikeli durumun belirli bir ihtimal dahilinde oluşması söz konusudur (17).

2.1.3.2. Risk Ve Risk Değerlendirme

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde günümüzdeki bakış açısının temel felsefesi; işyerlerinde risk değerlendirmesinin gerçekleştirilmesi, çalışan insanların görüşlerine başvurulması ve katılımlarının desteklenmesi, uzman desteğinin sağlanması, çalışanların işyerindeki meydana gelebilecek tehlikelere karşı bilinçlendirilmesi, çalışanların bu alanda eğitilmesi ve çalışanlara koruma ve önleme bilincinin aşılmasıdır.

Risk; hastalanma ya da bir duruma düşme, zarar görme, hırpalanma ihtimalidir (18). Bir olayın istenilmeyen neticelerinin potansiyel gerçekleşmesi şeklinde açıklanabilir. Risk açıklaması kapsamında olayın olma ihtimali ve sonucun oluşturduğu durum, bir ya da birden

fazla kişinin etkilenmesinin söz konusu olduğu gruplarla alakalı risk değerlendirmesi söz konusudur. Belirli bir sürede belirli bir etkene maruz kalan insanların hangi düzeyde risk bulundurduğunun saptanması risk değerlendirmesidir (19).

Risk değerlendirmesi kavramı Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) İş Güvenliği ve Sağlık Yönetim Sistemleri Kılavuzunda (ILO-OSHA 2001), “işteki tehlikeler nedeniyle meydana gelen sağlık ve güvenlik risklerini inceleyen bir süreç” olarak ifade edilmektedir (2)

Risk değerlendirmesi işletmedeki bir kişinin tek başına gerçekleştirebileceği bir işlem değildir. İşletmede bu işle ilgilenen bir tek İş Güvenliği Uzmanı bulunuyor olsa bile, işletmedeki üst yönetimden başlayarak bütün çalışanlarına kadar herkesin ciddi bir şekilde katılmasını gerektiren bir çalışmadır (20).

Risk değerlendirme çalışmaları 4 aşamada yerine getirilir (6).

1. Tehlikenin tanımının yapılması: Risk değerlendirilmesinde öncelikle yapılması gerekli olan işlem, mevcut tehlikenin tanımının yapılmasıdır. Tehlikenin varlığının saptanması çok önemlidir, zira bir tehlikenin mevcut olması durumunda; sonraki aşamaların gerçekleştirilmesi gündeme söz konusu olacaktır. Eğer tehlike olasılığı yoksa ilerdeki çalışmalara gerek kalmayacaktır. Örneğin, kimyasal bir tehlikenin oluşması gündeme geldiğinde fikir sahibi olmak için şu işlemler gerçekleştirilmelidir (6):

- Bulunabilecek kimyasal maddelerin listesi,
- Bu maddelerden hangilerinin kullanıldığının saptanması,
- Üretici firmadan bu maddelere ilişkin bilgi alınması,
- Bu maddelerin kullanıldığı birimlerde incelemeler yapılması,
- Kontrol tedbirlerinin gözden geçirilmesi,
- Gerek duyuluyorsa çevresel ölçüm yapılması,

2. Maruziyetin değerlendirilmesi: Çalışanların işyerindeki unsurlarda hangi seviyede etkilendiklerini belirlemek amacıyla ölçümler gerçekleştirilir. Bu ölçümler işyeri ortamında gerçekleştirilecektir ancak çalışanların vücutlarında da birtakım değerlendirmeler gerçekleştirilebilir. Gürültü, radyasyon, sıcaklık gibi fiziksel unsurlar konusunda işyeri ortamında gerçekleştirilen direk ölçümler sayesinde fikir sahibi olunur. Tozlar, kimyasal maddeler vs. ile ilgili olan değerlendirmeler, işyerindeki ortamın havasından elde edilen örnekler üzerinde gerçekleştirilir.

3. *Doz-cevap ilişkisinin incelenmesi*: Risk faktörünün işyeri ortamında ya da çalışanların vücutları üzerindeki seviyesinin belirlenmesinin ardından etkenin miktarına bağlı olarak etkilenmenin hangi düzeyde değişiklik gösterdiğinin incelenmesi gereklidir. Bu amaç doğrultusunda yapılacak çalışmalarda işyeri ortamındaki seviyeler ve çalışanların üzerinde gerçekleştirirken biyolojik ölçümlerin neticeleri beraberce değerlendirilir (6).

4. *Riskin karakterizasyonu*: Bu aşamada risk nedeniyle oluşması beklenen etkilerin çeşitleri ve boyutu ile bu etkilerin oluşma ihtimali açıklanır. Bunun için, daha önceki aşamalarda kullanılmış olan değerlendirme metotlarının çeşitleri, bu metotlarda hata olasılığı bulunan aşamalar, değerlendirmenin ve hesaplamaların kaç kişilik grupta gerçekleştirildiği, kullanılmış olan istatistik testler ve önemlilik seviyeleri gibi noktalar göz önüne alınarak yorumlanır (6).

2.1.3.3. Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü kavramı tarihte ilk defa 1987 yılında OECD Nükleer Ajansı Raporu'nda, Çernobil Nükleer Santrali'nde meydana gelen felaketten sonra kullanılmaya başlanmıştır. Bu felaketin ardından işletmelerin, iş güvenliği kültürü uygulamaları ile bir taraftan üretim maliyetlerini ve etkinliğini kontrol altına alma, diğer taraftan ise kültürel faktörlerin güvenlik tutumu üzerine olan etkisini algılama çabası gösterdikleri görülmektedir (21).

Güvenlik bilgiye dayanmaktadır. İçerisinde indirilmiş ve yaşam biçimi haline getirilmiş bilgiye ise kültür denilmektedir. Güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların, değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünüdür. Bir diğer tanım ise güvenlik kültürünü; çalışanların işletmedeki tehlikelerle karşılaşma ve onlara maruz kalma olasılığını en aza indirmeye ile ilgili örgüte ait normlar, inançlar, roller, tutumlar ve uygulamaları biçiminde ifade etmiştir (22).

Güvenlik kültürünün oluşturabilmesi için;

- Proaktif ve bilgiye dayalı İSG yaklaşımı yaygınlaştırılmalı,
- Yerel ve uluslararası bir çalışma ve üretim kültürü meydana getirilmeli,
- Erken çocukluk başlangıç alınarak tüm hayat boyunca eğitim devam ettirilmeli,
- Duyarlılık ve bilinçlendirme eğitim kampanyaları yaygınlaştırılmalı,

- MEB ile işbirliği sağlanarak ve müfredatta İSG derslerine yer verilmeli,
- İSG eğitim programlarına destek verilmeli, İSG çalışanları ve İSG eğiticileri beraber çalışmalı,
- Verimli olan uygulama örnekleri ve tecrübeler paylaşılmalı, ulusal bir bilgi ağı meydana getirilmeli,
- KOBİ’lerde İSG için özel yöntemler oluşturulmalı,
- İstihdam ve eğitim sistemleri arasında etkin bir işbirliği oluşturulmalı,
- İSG stratejilerini belirleme ve geliştirmede yeni fikirlere yer verilmeli, İSG uygulamalarında sosyal taraflarla işbirliği halinde olunmalıdır (23),

İşletmelerde güvenlik kültürünü incelemek amacıyla yapılan çalışmalar, güçlü güvenlik kültürünün iş güvenliğine yönelik işleyişi pozitif yönden etkilediğini ortaya koymaktadır. İşletmelerde güvenlik ve sağlığa destek veren pozitif bir kültürün meydana gelmesini önleyen en önemli faktör etkinliği olmayan iletişimdir. Unutulmamalıdır ki bilgilendirme iletişim değildir. İletişim ancak çift taraflı olduğunda önemli bir duruma gelir (23).

2.1.3.4. İş Kazası Ve Meslek Hastalığı

Hızlı teknolojik ilerlemelerin insan yaşamına refah sağladığı şüphesizdir ancak bununla beraber bu ilerlemeler insan yaşamı ve çevre için birtakım tehlikeler de oluşturmuştur. Özellikle sanayileşmenin ve kütle üretimin süreçlerinin hız kazandığı 20 yüzyıl; yoğun makineleşme ve üretimde binlerce kimyasal maddenin neden olduğu meslek hastalıkları ve iş kazalarının fazlaştığı bir yüzyıl olarak akıllarda yerini almıştır (24).

İş kazası; nerede, nasıl, ne zaman olacağı belirsiz, ani bir şekilde dikkatsizlik ve tedbirsizlik nedeniyle meydana gelen, bunun sonuçlarında da maddi ve manevi kayıplar ile geriye dönülmesi mümkün olmayan neticelere sebebiyet veren olaylar genel manada kaza şeklinde açıklanmaktadır (12). ILO’nun iş kazası tanımı ise “planlanmamış ve beklenilmedik bir olay neticesinde sakatlanmaya ve zarara yol açan durum.” olarak yapılmaktadır (24).

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun (SSK) belirttiğine göre sigortalının yaşadığı kazadan iş kazası olarak söz edilebilmesi için kazanın ancak aşağıdaki açıklanmış olan durumlara uyması ile mümkündür. Buna göre;

- Sigortalının işyerinde olduğu esnada,

- İşveren tarafından gerçekleştirilmekte olan iş nedeniyle,
- Sigortalının işveren tarafından verilen görev ile başka bir yere gönderilmesi sebebiyle asıl işini yapmaksızın geçen sürelerde,
- Emzikli sigortalı kadına çocuğunu emzirmek sebebiyle ayrılan sürede,
- Sigortalıların, işveren tarafından verilmiş olan bir taşıtla işin gerçekleştirildiği konuma topluca götürülüp getirilmeleri esnasında, geçirdikleri kaza iş kazası olarak kabul edilmektedir (25).

Tablo 1. Geçmişten Günümüze Türkiye’de İş Kazası Oranları (26)

YIL	SIGRTALI SAYISI	İŞ KAZASI SAYISI	KAZA SIKLIK ORANI
1980	2.204.807	159.600	7,22
1985	2.607.865	148.027	5,67
1990	3.446.502	155.857	4,50
1995	4.163.880	87.960	2,14
2000	5.224.125	74.847	1,41
2001	4.886.881	72.367	1,48
2002	5.223.283	72.344	1,38
2003	5.615.238	76.668	1,36
2004*	6.181.251	83.830	1,35
2005*	6.918.605	73.923	1,06
2006*	7.818.642	79.027	1,01

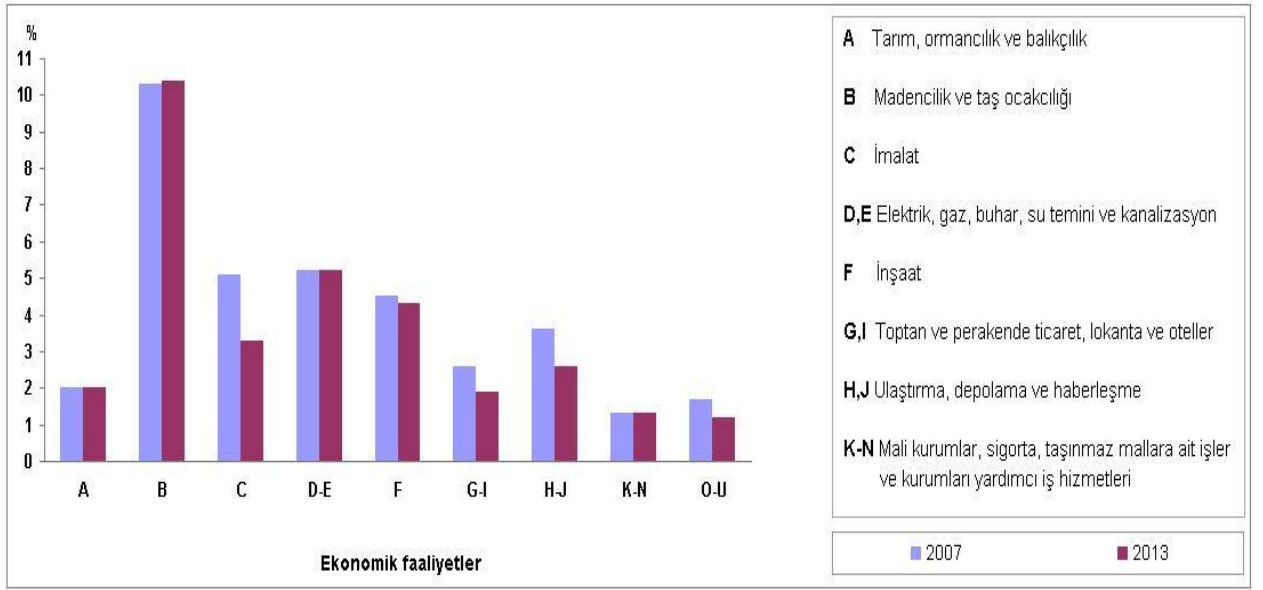
Tablo 2’de görüldüğü gibi 1980–1990 yılları arası çalışan sayısı az, iş kazası olguları ve iş kazası sıklık oranı yüksektir. Bu yıllarda İSG kavramının öneminin işveren ve çalışanlar tarafından benimsenmemesi en büyük etkindir. 2000’li yıllardan sonra küreselleşmenin başlaması ve yeni iş olanaklarının artmasıyla ve sonuç olarak çalışan oranının artmasına rağmen iş kazası sıklık oranının azalması İSG güvenlik önlemlerinin benimsenmeye başladığının en büyük göstergesidir.

Tablo 2.Ülkemizde Yıllara Göre İş Sağlığı ve Güvenliği İstatistikleri (26)

YIL	İŞ KAZASI SAYISI	MESLEK HASTALIĞI	ÖLÜM ORANLARI	
			İŞ KAZASI	MESLEK HASTALIĞI
2000	74847	803	731	6
2001	72367	883	1002	6
2002	72344	601	872	6
2003	76668	440	810	1
2004	83830	384	841	2
2005	73923	519	1072	24
2006	79027	574	1592	9
2007	80602	1208	1043	1
2008	72963	539	865	1

Türkiye’de 2005 yılında 73,923 kişi iş kazası geçirmiştir ve bu kişilerin yaklaşık olarak %60’lık bir bölümü 50 kişiden az çalışanı bulunan işletmelerde görev yapmaktadır. 2005 yılı SGK istatistiklerine göre Türkiye’de en çok iş kazasının meydana gelmiş olduğu iller sırayla İstanbul, İzmir, Bursa ve Kocaeli’dir. Bahsedilen istatistiklere göre Türkiye’de sigortalı çalışanlardan 25-29 yaş grubunda bulunanların diğer yaş grubunda bulunanlara oranla daha çok iş kazası yaşadığını, 40-44 yaş grubunda bulunanların da diğer yaş gruplarına oranla daha çok meslek hastalığına yakalandığını belirtmektedir (2).

DSÖ’nün vermiş olduğu verilere göre de işyerinde meydana gelen iş kazaları, meslek hastalıkları ve ölümlerin düzeyi halen büyük bir orana sahiptir. DSÖ, çalışanların yalnızca %10-15’lik bölümünün temel iş sağlığı hizmetlerinden yararlandığını düşünmektedir (2). En fazla iş kazası oranı ise toplam işyeri sayısının %98’lik bölümünü meydana getiren ve 50 kişiden az işçi çalıştırılması sebebiyle İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturma, iş yeri sağlık birimi bulundurma yükümlülüklerinin olmadığı, küçük ve orta boy iş yerlerinde görülmektedir (27).



Şekil 1: Sektörlere Göre İş Kazası Geçirenlerin Oranı, 2007-2013 (28).

Tablo 3’de görüldüğü gibi sektörel olarak incelendiğinde, madencilik ve taş ocaklığı sektöründe iş kazası geçirenlerin oranı %10.4, elektrik, gaz, buhar, su ve kanalizasyon sektöründe iş kazası geçirenlerin oranı %5.2 iken, inşaat sektöründe iş kazası geçirenlerin oranı %4.3 ‘tür. Sektör bazındaki sonuçlar, 2007 yılı sonuçları ile karşılaştırıldığında iş kazası geçirenlerin payı madencilik ve taş ocaklığı sektöründe 0.1 puan artarken, inşaat sektöründe 0.2 puan azalmıştır. Elektrik, gaz, buhar, su ve kanalizasyon sektöründe iş kazası geçirenlerin oranı ise değişmemiştir. İş kazası geçiren sayısında en büyük payı alan imalat sanayi sektöründe ise iş kazası geçirenlerin oranı 1.8 puan azalarak %3.3 olarak gerçekleşmiştir (28).

Türkiye’de meslek hastalarının Dünya’ya göre çok az olması gerekli önlemlerin alınmış olmasından değil, meslek hastalıklarının tanısının konmasındaki yetersizliktendir. Bilindiği gibi Türkiye’de sadece üç ilimizde Meslek Hastanesi bulunmaktadır. Çalışanların büyük bir çoğunluğu küçük ölçekli kuruluşlarda çalışmakta oldukları için zaten iş sağlığı birimlerinden faydalanma ve tanı koyulması ihtimali çok düşüktür (28).

Türkiye’de meslek hastalıklarının sayısındaki azlığın nedenleri;

- İşyerlerinin %98.5’lik bölümünde ve çalışanların %57’lik bölümünün işyeri hekimi bulunmaması,
- Kontrol muayeneleri ve tarama çalışmalarının düzenli veya hiç bir şekilde yapılmaması,

- Hastaların bir bölümünün emeklilik döneminde oluşması,
- Meslek hastalığı teşhisini koyabilmek için o alanda eğitim görmüş kişilerin alanda azlığı,
- Meslek hastalığı teşhisi belirlendikten sonra SGK' ya bildirim yapılmaması,
- Belirtileri ve sonuçları meslek hastalığı olmayan diğer hastalıklarla benzerlikler göstermesidir,

Yapılan araştırmalar iş kazalarının %50'lik bölümünün basit bir şekilde engellenebilecek kazalar olduğu, %48'lik bölümünün ise sistematik bir çalışma ile engellenebileceğini göstermektedir (13).

2.1.4. İş Sağlığı Ve Güvenliği Faydaları ve Hedefleri

İş sağlığı ve güvenliği, birçok özel alan içeren geniş kapsamlı bir disiplindir. İş sağlığı ve güvenliği, çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını amaçlamaktadır. İşyerleri, insan yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü günün en az sekiz saati işyerinde geçmektedir. Kötü işyeri koşulları, insan sağlığını ve güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

İş sağlığı ve güvenliğinde amaçlananlar şu şekildedir (29):

- Tüm meslek çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal refahının artırılması,
- Çalışma şartlarının çalışanlar üzerinde oluşturduğu negatif etkinin engellenmesi,
- Çalışanların sağlığına negatif etki edecek risklere karşı çalışanların korunmaya alınması,
- Bedensel ve ruhsal gereksinimlere göre düzenlenmiş çalışma ortamında işçilerin yetiştirilmesi ve bakımının yapılması,
- İşin insana göre uygunlaştırılması,
- Meydana gelebilecek olan iş kazası ve meslek hastalıklarını engellenmesi,
- Çalışma ortamı ile çalışanın sağlığı ve emniyeti arasındaki ilişkinin Belirlenmesidir,

İş Sağlığı ve Güvenliğinin sağladığı yararlar şunlardır (29):

- İş kazalarını ve meslek hastalıklarının oranını düşürür,
- Çalışanlara, sağlıklı ve emniyetli bir çalışma ortamı oluşturur,

- İşyerinde verimliliği ve üretkenliği yükseltir,
- Firmayı kazançlı bir duruma sokar,
- Çalışanları ve toplumu mutlu bir hale getirir,
- Firmanın rekabet etme gücünü yükseltir,
- İş kazaları ve meslek hastalıkları sebebiyle meydana gelen kayıplar düşer,
- Çalışanların işyerine ait olma hissinin yükseltir,
- İşyerinde devamsızlık ve hastalık oranlarını düşürür,
- Çalışanların sağlığını ve emniyetini yükseltir,
- Sigorta ve kanuni cezaların maliyetlerini düşürür,
- İşyerinde işçiler üzerindeki baskıyı düşürür,
- Firmanın prestijini yükseltir,
- Çalışanların moralini yükseltir,
- İşçi giriş çıkışlarını düşürür ,

2.1.5. İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Çalışanların sağlık durumlarının çalıştıkları işten zarar görebileceği düşüncesi Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından ortaya atılmıştır. Hipokrat, kurşun zehirlenmelerinin sonuçlarını ciddiyle ele almış, ayrıca çalışan insanların sağlık problemleriyle yeterince ilgilenilmemesine sebep olarak bu insanların sosyal statülerinin düşük olmasını göstermiştir. M.S. 23-79 senelerinde yaşayan Pliny’de tozlu ortamdaki işyerlerinde çalışan insanlar arasında öksürük, nefes darlığı gibi sağlık problemlerinin yaşandığını belirtmiştir. M.S. 60-140 senelerinde yaşayan Juvenal ise ayakta durarak çalışanlarda varis meydana geldiğini, demircilik mesleğinde ise göz bozuklukları oluştuğunu belirtmiştir. Madencilik başlamasıyla beraber iş sağlığı konularının yükselmesi arasında çok önemli bir ilişki bulunmaktadır (6).

Onaltıncı yüzyılda Avrupa’da bazı madenlerde çalışan kişilerde meydana gelen hastalıkların sebebi olarak işyeri ortamında var olan tozun neden olduğu belirtilmiştir ve bu yönde birtakım korunma önlemleri hakkında tavsiyede bulunulmuştur. İşçinin yapmış olduğu iş ile bu iş neticesinde meydana gelen hastalıklar arasında bulunan ilişkiyi bilimsel olarak ilk defa 1700’lü yıllarda yaşamış olan İtalyan hekim Bernardino Ramazzini ileri sürmüştür. Bernardino Ramazzini farklı yerlerde işyeri hekimliği yapmış, iş ve sağlık arasında olan

ilişkiyi araştırarak, çalışanların sağlık problemlerinin incelenmesinde sistematik bakış açıları öne sürmüştür

İSG kavramının önemi sanayi devriminin devamında ilk kez bir toplumsal sorun olarak ortaya atılmıştır. On sekizinci yüzyılın ikinci yarısının bitimiyle Avrupa’da çok önemli bilimsel ve teknolojik gelişmeler yaşanmıştır bu gelişmelerden en önemli olanı buhar gücünün makineye uygulanmasıdır, meydana gelen bu gelişmeler sanayide yeni üretim yöntemlerine geçiş sürecini meydana getirmiştir. Sanayi devrimi olarak ifade edilen bu durum toplumların sosyal, ekonomik ve siyasal yapılarında birtakım farklılıklar oluşmasına sebep olmuştur (5).

Sanayi devrimiyle beraber yeni üretim yöntemlerine geçiş yapılmış ve bu geçişin sonucunda fabrikalar devrine adım atılmıştır. Bu dönemde işçiler hem ilkel hem de basit sağlık koşullarında çalışmışlardır. Özellikle kadın ve çocuk işçiler daha ağır ve tehlikeli işlerde hiçbir güvenlik tedbiri olmadan çalıştırılmak zorunda kalmışlardır. Netice olarak, insanların başına gelen iş kazaları sebebiyle işgücü kaybı ve ölümlerin meydana gelmesi ile İSG konusunun verilen ciddiyet yükselmeye başlamıştır. İş güvenliği ile ilgili olarak ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi ile ilgili ilk yasal düzenleme İngiltere’de 1802 yılında “fabrikalarda çalışanların ahlak ve sağlığının korunması” adlı kanunla yürürlüğe konulmuştur (5).

1833 yılında ise mevcut olan Fabrikalar Yasasına birtakım eklemeler gerçekleştirilerek, çalışma süresi 10 saate indirgenmiş, 9 yaşın altındaki çocukların çalıştırılmasına yasak konulmuş ve 18 yaşın altındaki çocukların ise gece çalıştırmaları yasaklanmıştır. 1844 yılında fabrikalarda işyeri hekimi bulundurma yükümlülüğü devreye sokulmuştur. Fransa’da aynı yıllarda benzer yasalar yürürlüğe konulmuştur. İş kazasına uğramış olanlara tazminat ödenmesi tarihte ilk defa 1855 yılında Almanya’da uygulanmış ve kısa sürede bütün Avrupa’da ve Amerika’da yaygınlaşmaya başlamıştır (11).

1974 yılında ise İngiltere’de “İşyerinde Sağlık ve Güvenlik Yasası” (Healthand Safety at Work Act) çıkarılmıştır. Yasa sadece, düzenlemeleri desteklemekle kalmayıp gönüllü çabayı ve kişisel sorumluluğu da desteklemektedir. Ayrıca yasa, cezai sorumluluğunun gerekliliğini de tamamlayıcı unsur olarak göz önüne almaktadır. Dünyadaki meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesine yönelik çalışmalarda sendikaların katkıları yanında, 1919 yılında faaliyetine başlayan ILO, Milletler Cemiyeti’ne bağlı olarak bu konuda önemli

alışmalar yapmış ve 1946 yılında ise BM ile imzaladığı anlaşma sonucu bir uzmanlık kuruluşu durumuna gelmiştir. Takip eden yıllarda İngiltere'de bu alanda çok sayıda kanuni düzenleme yapılmıştır. Sanayileşme bu alandaki uygulamaların tayin edici faktörü olmuş, sanayileşmeye paralel olarak Almanya'da 1839, İsviçre'de 1840, Fransa'da 1841 ve A.B.D.'de 1877 yılında işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili kanunlar çıkarılmıştır. Sonraki yıllarda ise bu ülkelerde mevzuatı ve uygulamayı geliştiren, gelişmekte olan diğer ülkelerde de başlatan çalışmalar yapılmıştır (30).

Bu konuda ülkemizde ilk düzenlemeler, 1865 yılında ıkarılan “Dilaver Pasa Nizamnamesi”nde yer almaktadır. Kömür madenlerinde çalışan işçilerin durumlarını düzeltmek için hazırlanan ve 100 madde içeren bu Nizamname, Padişah tarafından onaylanmadığından Dilaver Paşa’nın adı ile anıldığı gibi “Havzai Fahmiye Teamlnamesi” olarak da adlandırılır. Bu nizamnamede işçiye ait dinlenme ve tatil zamanları, barınma yerleri, çalışma saatlerine de yer verilmiştir. 1869 yılında “Maadin Nizamnamesi” ıkarılmıştır. Buna göre işverenlerce, iş kazalarına karşı engelleyici ve koruyucu önlemlerin alınmasını, madenlerde doktor ve gerekli ilaçların bulundurulmasını, iş esnasında kaza geçirmiş olan işçilere veya bu işçilerin hayatını kaybetmeleri halinde ailelerine belirli bir miktar ödemenin gerçekleştirilmesini, şayet kaza kötü bir iş yönetiminden meydana gelmiş ise, işverenlerin para cezalarına arptırılmalarını, kazanın işçinin hatası nedeniyle meydana geldiği durumlarda ise, işçinin ceza ödemesini öngörmekteydi (5). Cumhuriyet Dönemi incelendiğinde, 1924 yılında 394 sayılı kanun çalışanlara hafta tatili hakkı doğmuştur bunun devamında 1935 yılında milli bayram ve genel tatil günleri hakkında yasa da yrrlēe konmuştur. 1926 yılında 818 sayılı Borçlar kanunu, iş kazası meslek hastalıkları ile ilgili hukuki hükümler düzenlenmiştir. 1930 yılında yrrlēe giren Belediyeler Kanunu ise denetim konusunda hükümleri kapsamaktadır. 1930 yılında çıkarılmış olan 1593 sayılı “Umumi Hışsışhha Kanunu” ve 1937 yılında çıkarılmış olan 3008 sayılı İş kanunu bu alanda düzenlenmiş olan en önemli kanun olma niteliğini taşımaktadır.

1945 yılında alışma Bakanlığı’nın kurulması ile beraber İSG konusunda en önemli ve en ciddi aşama kaydedilmiştir. Kurulan yeni bakanlık ve ILO ile Yürütülen görüşmeler nihayetinde; çalışma şartlarını ve çevreyi İyileştirme Programı (PIACT) erevesinde; Türkiye Cumhuriyeti Hkmeti, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı zel Fon İdaresi (UNDP) ve ILO temsilcileri arasında 1968 tarihinde imzalanan “İşçi Sağlığı ve Güvenliği zel Fon Projesi n Uygulama Anlaşması” onaylanarak, 26 Mart 1969 tarih ve 6 / 11568

sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğüne bağlı olarak “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM)” kurulmuştur. 1945 yılında 4792 sayılı “İşçi Sigortalar Kurumu” kanunu da bu alanda önemli bir aşama niteliğindedir. 3008 sayılı İş kanunu, 1967 yılında 931 sayılı kanunla yürürlükten kaldırılmış, bu kanunun yerine ise 1971 yılında 1475 sayılı iş kanunu getirilmiştir.

Ancak uygulamadan kaynaklanan sıkıntılar ve ulusal mevzuatın, uluslararası ve uluslar üstü mevzuat ile uyumlaştırılması yönündeki taahhütler, yasa koyucuyu iş sağlığı ve güvenliği konusunda müstakil bir yasanın çıkarılması konusunda zorunlu kılmıştır. Özellikle 2006-2008 yıllarına ait Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Hedefleri arasında "AB'ne uyum sürecinde, 89/391/EEC sayılı Çerçeve Direktifi ile Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 155 ve 1612 sayılı sözleşmelerinde yer alan hükümleri kapsayacak mahiyette bir İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun çıkartılması yer almıştır. Bu yönüyle Türkiye'deki İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemi, AB üyelik sürecinde en çok değişikliğe uğrayan alanlardan biri olarak karşımıza çıkmıştır (31). Bu taahhüt doğrultusunda yürütülen çalışmalar sonucunda, AB çerçeve direktifi İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği adı altında 2003 yılında düzenlenmiştir. Ancak söz konusu yönetmelik hükümleri, 2006 yılında Danıştay tarafından verilen iptal kararı ile yürürlüğe girememiştir. Bu tarihten sonra müstakil bir yasa çıkarılması yönündeki çalışmalar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile nihayete ermiştir. 6331 sayılı Kanunun 37. maddesi ile 4857 sayılı İş Kanunu'nun iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin hükümleri de yürürlükten kaldırılmıştır.

İSG korumaya ilişkili olan yasalar ve iş mevzuatının meydana gelmesiyle başlayan değişim rüzgârları zamanla bütün insanların sosyal haklara sahip olmasını hedef edinen yeni bir ideal haline gelmiştir. İnsan hakları bildirgelerinde ve anayasalarda klasik hak ve özgürlükler listesine sosyal hakların eklenmesiyle beraber, devlet üzerine almadığı yeni görevlerin sorumluluğu altına girmiştir

2.1.6. Uluslararası Alanda İş Sağlığı Ve Güvenliği ile İlgili Kurumlar

İş sağlığı ve güvenliği alanında uluslararası düzeyde çok sayıda kuruluş faaliyet göstermektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa İş Sağlığı ve

Güvenliği Ajansı ve Avrupa Konseyi iş sağlığı ve güvenliği alanında dünya genelinde faaliyet gösteren başlıca kuruluşlardır.

2.1.6.1. Uluslararası Çalışma Örgütü

Uluslararası Çalışma Teşkilatı (ILO), çalışma hayatının her yönü ile olduğu gibi İSG ile de yakından ilgilenmektedir. ILO'nun bu alandaki çalışmaları kuruluşundan itibaren süreklilik göstermiş, değişik yıllarda çok sayıda sözleşme ve tavsiye karar almıştır. Nitekim 1919 yılındaki ilk oturumun da çalışma saatleri, çalışma yaşı, kadınların ve gençlerin gece çalışması konularında İSG ile ilgili ilk kararlar almış, ILO'nun faaliyetlerinde en ağırlıklı konuyu İSG oluşturmakta, en fazla sözleşme ve tavsiye kararı bu alanla ilgili olarak kabul edilmektedir (32).

ILO'nun 1944 yılında Philadelphia'da gerçekleştirdiği konferansta tüm çalışma alanlarında işçilerin yaşam ve sağlıklarının yeterince korunması, Örgütün temel amaçları arasında sayılmıştır. ILO anayasasının giriş kısmında işçilerin genel ve mesleki hastalıklar ile kazalara karşı korunmaları için önlemlerin alınması, sosyal adaletin gerçekleşme koşulları arasında gösterilmiştir. ILO, 28 Nisanı “ Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Günü” ilan etmiştir.

ILO, İSG ile ilgili faaliyetlerini 1951 yılında belirlenen şu iki prensiple yürütmektedir (33).

- Sağlık ve güvenlik bölünmez bir bütündür. ILO işçilerin korunması ile ilgili bütün faaliyetlerin de meseleye bu bölünmezlik unsurunu dikkate alarak yaklaşmalıdır.

- ILO çalışmalarında pratik olmalı, üye devletler ve bunların işçi ve işveren örgütlerinin ihtiyaçlarına doğrudan cevap verecek pratik yöntemlerle çalışmalıdır.

ILO; Genel Konferans, Yönetim Kurulu ve Uluslararası Çalışma Bürosu Kuruluşlarından meydana gelmektedir. Genel Konferans, üye ülke delegelerinden oluşur. Her yıl düzenlenen Uluslararası Çalışma Konferansı'nda uluslararası asgari çalışma standartları ve ILO'nun genişletilmiş politikaları belirlenmektedir. Konferansta çalışan insanların hali ve sosyal alandaki problemler görüşülmektedir. ILO çalışmaları, 28 Hükümet temsilcisi ile 14 işçi ve 14 işveren temsilcisinden meydana gelen Yönetim Kurulu tarafından devam ettirilir. Yönetim Kurulunun görev süresi üç senedir, bir başkan ve iki başkan yardımcısından meydana gelir. Bunlardan birisi hükümeti, birisi işverenleri birisi de işçileri temsil eder.

Uluslararası Çalışma Örgütü, sözleşmeler ve tavsiye kararları sayesinde, çalışma hayatıyla ilgili asıl haklar, örgütlenme özgürlüğü, toplu pazarlık, zorla çalıştırmanın önlenmesi, fırsat ve

muamele eşitliği gibi çalışmayla alakalı olan bütün konuları düzenleyici, uluslararası çalışma standartlarını meydana getirir (29).

2.1.6.2. Dünya Sağlık Örgütü

1945 yılında ABD'nin San Francisco kentinde olan Birleşmiş Milletler Konferansı'nda küresel düzeyde sağlık örgütü kurulması fikri ortaya atılmıştır. New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda BM üyesi 61 üye ülke tarafından 22.07.1946 tarihinde hazırlanan Dünya Sağlık Örgütü Anayasa'sına göre düzenlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletlerin bir ihtisas kuruluşu olarak 7 Nisan 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü Anayasa'nın yürürlüğe girmesiyle Cenevre'de kurulmuştur.

DSÖ, BM sistemi içinde sağlık için yetkiyi yönetmekte ve koordine etmektedir. DSÖ, küresel sağlık konularında liderlik eder, sağlık araştırma gündemini şekillendirir, normlar ve standartlar oluşturur, kanıta dayalı politika seçeneklerini ortaya koyar, ülkelere teknik destek verir, sağlıkla ilgili eğilimleri izler ve değerlendirir. DSÖ, bütün halklara yüksek düzeyde sağlık elde etmesini amacı güder (5).

2.1.6.3. Avrupa Birliği

İkinci Dünya Savaşı sonrasında savaştan etkilenmiş olan Avrupa ülkeleri barışın gerçekleştirilmesi ve ekonomik iş birliği amacıyla 1951 yılında Fransa, Almanya, İtalya, Belçika, Lüksemburg ve Hollanda'nın katılmış olduğu ülkeler Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğunu kurulmasını sağlayan Paris Antlaşması'na imza atmışlardır. Bunun devamında 1957 yılında Avrupa Ekonomik Topluluğunu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğunun kurulması sağlayan Roma Antlaşmaları yapılmıştır. Yine bu ülkeler 1992 yılında Avrupa Birliği Antlaşması olarak ta bilinen Maastricht Antlaşması'nı yapmışlardır. 1993 yılından sonra topluluk AB adı altında ekonomik, politik ve kültürel yönden birleşmeye başlamışlardır. AB, Avrupa'da yaşayan insanların sosyal, ekonomik, politik ve kültürel yönden birbirleriyle bütünleşmesini hedefleyen, Avrupa devletlerinin ve vatandaşlarının bir araya gelmesiyle meydana getirdiği uluslar üstü bir yapıdır.

Avrupa Birliği Antlaşması 13. maddesinde “Birlik, kendisinin, vatandaşlarının ve üye devletlerin değerlerini desteklemeyi, hedeflerini izlemeyi, çıkarlarına hizmet etmeyi ve politika ve eylemlerinin tutarlılığını, etkililiğini ve sürekliliğini temin etmeyi amaçlayan bir kurumsal çerçeveye sahiptir” denmektedir.

Birliğin kurumları şunlardır:

- Avrupa Parlamentosu
- Avrupa Birliği Zirvesi
- Konsey
- Avrupa Komisyonu
- Avrupa Birliği Adalet Divanı
- Avrupa Merkez Bankası
- Sayıştay

Ekonomik birlik olarak kurulan AB, üyeleri arasında işbirliği sağlamak ve AB uyum düzeyini yükseltmek için birçok alan ortak politikalar geliştirmektedir.

AB resmi kurumu olarak 1996 yılında kurulan Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı (EU-OSHA), tüm Avrupa genelinde iş sağlığı ve güvenliği alanındaki bilgiden sorumludur. Bu kurumun hedefi, Avrupa'da bulunan bütün işyerlerinin güvenli, sağlıklı ve üretken bir duruma getirilebilmesi maksadıyla iş sağlığı ve güvenliği alanındaki ulaşılabilen tüm bilgilerin bir araya getirilmesi ve paylaşılmasıdır. EU-OSHA, Avrupa Konseyinin 18.07.1994 tarihli ve 2062/94 sayılı konsey tüzüğüne göre oluşturulmuştur. Avrupa Risk Gözlemevi, Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın bir bölümü şeklinde 2005 yılında kurulmuştur, bu kurum demografik değişimler ve gelişmeler, çalışma ve üretim yöntemleri organizasyonu, iş sağlığı ve güvenliği risklerini araştırmaktadır ve Risk Gözlemevi'nin amacı gelişen riskleri belirleyerek önceden engellemeyi teşvik etmektedir (29).

2.1.7. Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı

Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği ile alâkalı olarak kanun ve yönetmelikler vardır. Var olan kanun ve yönetmeliklere ek olarak Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) tarafından kabul edilen ve kanun şeklinde olan uluslararası sözleşmeler ve anlaşmalar da bulunmaktadır. Bu bölümde kanun ve yönetmelikler ile uluslararası sözleşme ve anlaşmalarla beraber dünyadaki çeşitli ülkelerde uluslararası bir niteliği ve itibarı mevcut olan örgütlerin iş sağlığı ve güvenliği konusunda yapmış olduğu çalışmalar aşağıda belirtilmiştir.

2.1.7.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası, önemli yenilikler ve işyerleri için çeşitli yükümlülükler

getirmiştir. 6331 sayılı Kanunun 37. maddesi ile 4857 sayılı İş Kanunu'nun iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin hükümleri de yürürlükten kaldırılmıştır.

Bu kanun, kapsamına aldığı işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve ulusal düzeyde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşturulması için çalışan ve işverenler bakımından hak ve yükümlülükleri düzenleyerek, çalışma hayatına önemli yenilikler kazandırmıştır. 6331 sayılı kanun ile çalışan sayısı ve işyerinin niteliği şeklindeki ayrımlar ortadan kaldırılarak tüm çalışanlar bakımından geçerli olacak bir yasal düzenleme getirilmiştir. 6331 sayılı Kanun ile 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 4857 sayılı kanunda yer alan ve iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının "50 ve üzerinde işçi çalıştıran" işyerleri bakımından geçerli olmasına bağlı olarak yaşanan sorunları da ortadan kaldırmıştır. 6331 sayılı kanun, sadece İş Kanunu kapsamındaki iş yerlerine değil, kamu ve özel ayrımı yapmaksızın Türk Borçlar Kanunu, Deniz İş Kanunu, Basın-İş Kanunu kapsamındaki işyerleri ile kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan sözleşmeli personel ve memur çalıştıran işyerlerine de uygulanacaktır. Bu uygulama sırasında çalışanların, belirli süreli, belirsiz süreli, kısmi süreli, tam süreli sözleşmeler veya geçici iş ilişkisiyle çalışması da bir fark yaratmamaktadır. 6331 sayılı Kanunu'nun 2. maddesi gereğince; "bu kanun kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır. " Bu maddeden de anlaşıldığı üzere, Kanun, iş sağlığı ve güvenliği korumasından yararlanacak kişi olarak "işçi" değil, "çalışan" kavramını kullanarak özel ve kamudaki tüm çalışanları kapsamına almıştır. Kanun 3. maddesinde ise çalışan kavramını tanımlamıştır. Buna göre; Çalışan, kendi özel kanunlarındaki statülerine bakılmaksızın kamu veya özel işyerlerinde istihdam edilen gerçek kişidir (34).

6331 sayılı Kanun ile yasa koyucu AB ve Uluslararası Çalışma Örgütü normlarına uygun şekilde önleyici ve iyileştirici bir yaklaşımı benimseyerek, klasik görüş yerine modern görüş ile risk ve tehlikelerden korunmaya yönelik önlemlerin alınmasını hedeflemiştir. Bu sayede muhtemel zararların önlenmesi de mümkün olabilecektir. Bu yaklaşımdan yola çıkan yasa koyucu, işverenleri öncelikli olarak sorumlu kılmıştır. Kanunda belirtilen iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin verilmesinde temel sorumluluk işverenlere ait olup, bu hizmetlerin kurum dışından veya bakanlık tarafından yetkilendirilmiş Ortak Sağlık Birimlerinden6 alınması da işverenlerin kanundan doğan sorumluluklarını ortadan kaldırmayacaktır. Bu sorumluluk kapsamında 6331 sayılı Kanunun 3/ö maddesi ile önemli bir yenilik getirilerek,

işverenlere risk değerlendirmesi yapma zorunluluğu öngörmüştür. Risk değerlendirmesi, işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmaları ifade eder. Bu çalışmalar sırasında, işveren bir risk değerlendirme ekibi oluşturur ve çalışanlar, yapılan işin ve riskin niteliğine göre kategorize edilir ve riskler bu şekilde belirlenir (35). Yapılmış olan risk değerlendirmesi, işyerinin içinde bulunduğu tehlike sınıfına göre: çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli işyerlerinde sırasıyla en geç iki, dört ve altı yılda bir yenilenmelidir.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 10.11.12 ve 17. Maddeleri gereğince 01.01.2013 tarihinden geçerli olmak üzere, çalışan sayısına bakılmaksızın tüm işverenler, çalışanlarının sağlık ve güvenliğini korumak, sürdürmek ve geliştirmek amacıyla;

1-Risk Analizleri

2-Acil durum planları, yangınla mücadele ve ilk yardım

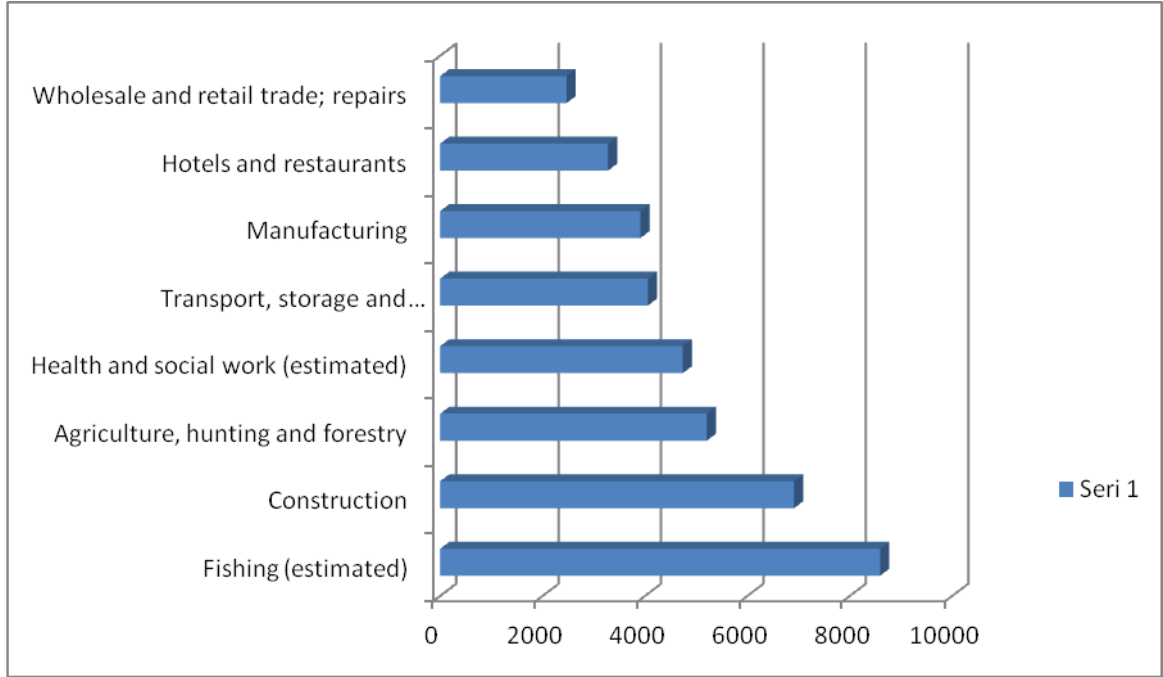
3-Tahliye

4-Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri, hazırlatmak ve çalışanlarına bu eğitimleri aldirmekle yükümlüdür.

6331 sayılı kanunun uygulanması etkin denetimler ile mümkün olacağından, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde bulunan iş müfettişlerinin denetim konusunda yetkili olmasını düzenlenmiştir. Bu denetimler sırasında işyerinde, çalışanlar aleyhine hayati tehlike oluşturan bir durumun tespiti halinde işyerinin bir kısmında veya tamamında işin durdurulması söz konusu olabilecektir. Bu durumda işveren, çalışanların ücretlerini ödemeye devam etmek veya aynı ücretle çalışanlara iş temin etmekle yükümlü olacaktır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği

İş kazaları ve meslek hastalıkları, bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de çalışma hayatının en önemli sorunları arasındadır. İş kazası ve meslek hastalıklarının dünya genelinde dağılımına bakıldığında sağlık hizmetleri bu dağılımda dikkate değer bir noktadadır.



Şekil 2:Faaliyet Türüne Göre İş Kazaları (15)

Yukarıdaki grafik sektörlere göre her 100.000 kişide görülen iş kazası oranlarını vermektedir. Buna göre sağlık ve sosyal hizmetler iş kazası görülme oranına göre balıkçılık, inşaat, tarım hayvancılık ve orman sektörlerinden sonra dördüncü sırada yer almakta, ardından taşımacılık, üretim, otelcilik ve diğer sektörler gelmektedir. Sağlık hizmetleri birçok meslek grubunun bulunduğu, değişik sosyokültürel çevrelerden insanlarla yakın ilişkilerin bulunduğu emek yoğun bir sektör olmasından dolayı çalışanlar birçok iş kazası ve meslek hastalığına yakalanabilmektedir. 2011 yılında USA hastanelerinde yapılan bir araştırmada aynı yılda hastanelerde 253,700 iş kazası rapor edilmiştir. Yine aynı araştırmada her 100 sağlık çalışanından 6.8'inde iş kazası veya meslek hastalığı rapor edilmiştir (15).

Günümüze kadar ülkemizde yeterli raporlama sistemi olmadığından birçok iş kazası ve meslek hastalığı statiksel olarak belirlenememiştir. Ancak gerek son yıllarda yürürlüğe konan iş güvenliği kanunu gerekse Sağlık Bakanlığı tarafından özel ve kamu tüm hastanelerde uygulanması zorunlu hale gelen sağlıkta kalite standartları ile sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği sık sık telaffuz edilmeye başlanmıştır. Ayrıca 6331 sayılı kanun ile iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları kamu dahil tüm sektörler için geçerli olmuş ve nihayet bu kanun sayesinde sağlık sektörü de kanun koruması altına girmiştir. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin

Tehlike Sınıflandırmasına göre, sağlık işletmelerini iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından en riskli gruba alınmıştır. Böylece sağlık hizmetleri bakımından herhangi bir istisna hüküm getirilmediğinden 6331 sayılı kanunda yer alan tüm hükümlerin sağlık hizmetleri sektöründe de geçerli olduğu tüm otoritelerce kabul edilmiştir (35).

İş sağlığı ve güvenliği kanununun yanı sıra hasta ve çalışanların güvenliğini sağlamak için Sağlık Bakanlığı 06.04.2011 tarihli ve 27897 sayılı ‘‘Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğini’’ yayımlamıştır (36). Ardından bu yönetmeliğe dayalı olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yanı sıra; tüm sağlık kurumlarında sağlık çalışanları ve hizmet verilen hastalar bakımından güvenli bir ortamın sağlanmasına yönelik hükümler düzenleyen ‘‘Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Genelge’’ yayımlanmıştır. Ancak 06.08.2013 tarihinde 27897 sayılı ‘‘Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’’ iptal edilerek ‘‘Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik’’ yürürlüğe girmiştir.

Bu yönetmelik, kamuda ve özel sektörde sağlık hizmeti sunmakta olan bütün sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır.

Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve

Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

Birinci Bölüm

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik; teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (ı) bendine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Bölüm puanı: Sağlık kurum ve kuruluşlarında yerinde yapılan değerlendirme neticesinde Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının bölüm bazında uygulanma düzeyini gösteren, sıfır ile yüz arasında tespit edilen değeri,

c) Değerlendirme: Sağlık kurum ve kuruluşlarında Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının uygulanma düzeylerini belirlemek için yerinde yapılan ve standartların uygulanıp uygulanmadığını gösteren incelemeyi,

ç) Değerlendirici: Bakanlıkça yetkilendirilen ve değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştiren kişiyi,

d) Dönem: Sağlık kurum ve kuruluşlarının 1 Ocak - 31 Aralık tarihleri arasında değerlendirileceği zaman aralığını

e) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

f) Hasta ve çalışan güvenliği puanı: Değerlendirme sonucunda hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin standartların uygulanma düzeyini gösteren, sıfır ile yüz arasında tespit edilen değeri,

g) Kalite puanı: Sağlık kurum ve kuruluşlarında yerinde yapılan değerlendirme neticesinde Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının uygulanma düzeyini gösteren, sıfır ile yüz arasında tespit edilen değeri,

ğ) Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS): Bakanlıkça sağlık kurum ve kuruluşları için geliştirilen kalite standartlarını,

h) Sağlık Kurumu: Kamu ve özel sektöre ait hastaneler ile tıp/dal merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastanelerini,

ı) Sağlık kuruluşu: Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşları (aile sağlığı merkezleri/birimleri, halk sağlığı laboratuvarları, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi gibi), poliklinikleri, tıbbi laboratuvarlar ile görüntüleme, kan ve diyaliz gibi merkezleri ile il ambulans servislerini, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Standartların Uygulanması ve Değerlendirme

Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının uygulanması

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşları; ruhsat için belirlenen asgari şartları karşılamak kaydı ile bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmet Kalite Standartlarını esas alarak uygulamalarını gerçekleştirmek zorundadır.

(2) Sağlık kurum ve kuruluşlarının uygulaması gereken Sağlık Hizmet Kalite Standartları ve bunlara ilişkin rehberler Bakanlığın internet sitesinde yayımlanır.

Değerlendirme

MADDE 6 – (1) Bakanlık, Sağlık Hizmet Kalite Standartları doğrultusunda sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşları değerlendirir.

(2) Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının hazırlanması, değerlendirme süreci ve değerlendiricilerin belirlenmesine ilişkin tüm iş ve işlemler Genel Müdürlükçe yürütülür.

(3) Değerlendirmeler her dönem, Bakanlığın belirlediği tarihlerde ve bu Yönetmelik hükümleri çerçevesinde yapılır.

(4) Sağlık Hizmet Kalite Standartlarının tümü veya Genel Müdürlükçe belirlenecek standart ve/veya bölümler üzerinden değerlendirme yapılabilir.

(5) İl ambulans servisi hizmetlerinin değerlendirmesinde Bakanlığın internet sitesinde yayımlanan il ambulans servisine ilişkin kalite standartları uygulanır. Değerlendirmede; istasyon sayısı 10 ve altında olan illerdeki bütün istasyonlar değerlendirilir. İstasyon sayısı 11 ve üzerinde olan illerde ise en az 10 istasyon değerlendirilir.

(6) Bakanlık gerekli hallerde, değerlendirme dönemini üç aya kadar uzatabilir.

(7) Bakanlık, gerekli gördüğü hallerde belirlediği değerlendirme tarihleri dışında da değerlendirme yapabilir veya yaptırabilir.

(8) Sağlık kurum ve kuruluşları değerlendirme sonucunun tebliğinden itibaren somut delillerle birlikte en geç yedi gün içinde yazılı olarak Bakanlığa itiraz edebilir. İtiraz başvuruları, Bakanlıkça en geç otuz gün içerisinde sonuçlandırılır.

(9) İtiraz veya gerekli görülen hallerde Genel Müdürlükçe değerlendirme yapılması halinde değerlendirme puanı olarak, son yapılan değerlendirme puanı esas alınır.

(10) Sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite puanı, hasta ve çalışan güvenliği puanı ile bölüm puanı aşağıdaki şekilde hesaplanır.

a) Kalite Puanı: $[SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümlerden\ elde\ edilen\ puan\ toplamı / (SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümlerdeki\ standartların\ puan\ toplamı - SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümlerdeki\ standartlardan\ değerlendirme\ dışı\ bırakılan\ puan\ toplamı)] \times 100.$

b) Hasta ve Çalışan Güvenliği Puanı: $[SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümlerden\ elde\ edilen\ hasta\ ve\ çalışan\ güvenliği\ puan\ toplamı / (SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümlerdeki\ hasta\ ve\ çalışan\ güvenliği\ standartları\ puan\ toplamı - SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümlerdeki\ hasta\ ve\ çalışan\ güvenliği\ standartlarından\ değerlendirme\ dışı\ bırakılan\ puan\ toplamı)] \times 100.$

c) Bölüm Puanı: $[SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümden\ elde\ edilen\ puan\ toplamı / (SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümden\ standartların\ puan\ toplamı - SHKS'de\ değerlendirilen\ bölümden\ standartlardan\ değerlendirme\ dışı\ bırakılan\ puan\ toplamı)] \times 100.$

(11) İl Ambulans Servisi kalite puanı aşağıdaki şekilde hesaplanır;

a) Kalite puanı = $(İstasyon\ Ortalama\ Puanı + Yönetim\ Hizmetleri\ Puanı + Kalite\ İndikatör\ Puanı) / 3.$

b) İstasyon Puanı = $İstasyon\ Hizmetleri\ Bölümünden\ Elde\ Edilen\ Toplam\ Puan / (İstasyon\ Hizmetleri\ Bölümünün\ Toplam\ Puanı - Değerlendirme\ Dışı\ Puan\ Toplamı) \times 100.$

c) İstasyon Ortalama Puanı = $Her\ Bir\ İstasyon\ İçin\ Elde\ Edilen\ İstasyon\ Puanlarının\ Toplamı / İstasyon\ Sayısı.$

$\text{ç) Yönetim Hizmetleri Puanı} = \frac{\text{Yönetim Hizmetleri Bölümünden Elde Edilen Toplam Puan}}{(\text{Yönetim Hizmetleri Bölümünün Toplam Puanı} - \text{Değerlendirme Dışı Puan Toplamı})} \times 100.$

$\text{d) Kalite İndikatör Puanı} = \frac{\text{Kalite İndikatörleri Bölümünden Elde Edilen Toplam Puan}}{(\text{Kalite İndikatörleri Bölümünün Toplam Puanı} - \text{Değerlendirme Dışı Puan Toplamı})} \times 100.$

Değerlendirmeye ilişkin istisnai durumlar

MADDE 7 – (1) Sağlık hizmeti sunumuna yeni başlayan sağlık kurum ve kuruluşlarında ilk değerlendirme en erken, faaliyete başladıkları tarihten itibaren altı ay sonra yapılır.

(2) Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bir başka hizmet binasında veya yerleşkede verilmeye başlanması veya mevcut sağlık kurum veya kuruluşunun kapasitesinde en az yüzde elli oranında genişleme olması durumunda ilgili sağlık kurum veya kuruluşları altı ay süresince değerlendirilmez.

(3) Yangın, sel, deprem gibi doğal afetlere maruz kalan ve hizmetlerini aksatacak düzeyde hasar gören sağlık kurum ve kuruluşları, maruz kalma tarihinden itibaren altı ay süresince değerlendirilmez.

(4) Bakanlık bu madde kapsamında belirlenen süreleri bir defaya mahsus altı ay süre ile uzatmaya yetkilidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Yürürlükten kaldırılan yönetmelik

MADDE 8 – (1) 6/4/2011 tarihli ve 27897 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 9 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 10 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.1. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği

Çalışmanın bu bölümünde sağlık kuruluşları ve çalışanlarının özelliklerine, sağlık kurumlarının ortam faktörlerine, sağlık kurumlarında iş kazaları ve meslek hastalıkları ile alınması gereken önlemler, sağlık kurumu çalışanlarına yönelik çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği hizmetlerine yer verilmiştir.

2.2.1.1. Sağlık Kuruluşlarının Özellikleri

Sağlık kuruluşları verilen hizmetler yönünden üç basamakta ele alınmaktadır (37):

- Birinci basamak sağlık hizmetleri: Birinci kademe sağlık hizmetleri, muayene, teşhis, tedavi veya rehabilitasyon çalışmaları olarak gerçekleştirilebilir. Birinci kademe sağlık hizmetlerini sunan hekim ve kuruluşlar, koruyucu sağlık hizmetlerini sunmakla da yükümlüdürler. Aynı zamanda birinci kademe sağlık hizmetlerini toplumun her an gereksinim duyabileceği sağlık hizmetleri olarak ifade edilebilir. Bu hizmetlerin sağlık görevlileri kadrosu geniş ve dağıtım zinciri hastaya en yakın olan nokta olmalıdır. Hastanın sağlık sektörü ile ilk etkileşiminin başlangıcı burasıdır. Bu nedenle bu aşamadaki doğru teşhis ve tedavi hasta ve sağlık hizmetlerinin etkin olabilmesi bakımından ciddi bir öneme sahiptir. Aile hekimlikleri, dispanserler, tıp merkezleri birinci kademe sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar arasındadır. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler de bu kapsamdadır.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri: Bu tür hizmetler birinci kademe sağlık hizmetlerini sunan hekim ve kuruluşlar tarafından gerçekleştirilemeyen daha ileri ve gelişmiş tedavi yöntemleridir. Bu tür hizmetlerde uzman doktor hastalığa net bir tanı konulabilmesi amacıyla hastadan belirli testler yaptırmasını ister. Bu testler, eğer uzman doktorun çalışmış olduğu kurumda gerçekleştirilebiliyorsa orada yapılır. İleri teknolojiye ve bilgiye gerek duyulmayan operasyonları ikinci kademedeki uzman doktorlar, klinikler ve hastaneler yapabilir. Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri bu kapsamdadır.

- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: üçüncü basamak sağlık hizmetleri, personel, cihaz ve malzeme yönünden en gelişmiş sağlık kurumları olup Sağlıkın Zirvesi olarak da tanımlanabilir. Detaylı teşhis ve tedavi hizmetleri, büyük ameliyathaneler, araştırmalar ve tıp eğitimin verildiği kurumlardır. Eğitim ve araştırma hastaneleri, Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile Üniversite hastaneleri bu kapsamdadır (32).

Sağlık kuruluşları faaliyet içinde oldukları alana göre iki grup altında toplanabilir (37):

Kamusal sağlık kuruluşu: Kamu kesimi kapsamında bulunan devlet hastaneleri, vakıf hastaneleri, üniversite hastaneleri, dispanserler, toplum sağlığı merkezleri, aile hekimlikleri, poliklinikler vb. sağlık kuruluşları kamusal alanda faaliyette bulunan sağlık kuruluşlarıdır.

Özel sağlık kuruluşları: Direk olarak kâr maksadıyla kurulmuş olan özel hastaneler, dispanserler, poliklinikler, tanı laboratuvarları, görüntüleme merkezleri, eczaneler gibi sağlık kuruluşları bu grup içindedir.

2.2.1.2. Sağlık Kuruluşları Çalışanlarının Özellikleri

Sağlık hizmetleri değişik bölümleri olan ve çeşitli mesleklere mensup kişiler tarafından sağlanan hizmetlerdir. Bu alanda ilk akla gelen meslekler; hekim, hemşire, ebe, laborant, radyoloji teknisyenleri, dişçi vb. olarak düşünülebilir. Ancak DSÖ tarafından belirtilen sağlık meslekleri 29 değişik alanda çalışan içermektedir (Tablo 3). Ancak bu mesleklerden bazıları her ülkede olmayabilir. Örneğin; tıbbi yardımcı, çok görevli sağlık yardımcısı, çevre sağlığı teknisyen yardımcısı gibi.

Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü Sağlık İnsan Gücü Listesi (17)

• Hekim • Tıbbi yardımcı • Çok görevli sağlık yardımcısı • Diş hekimi • Eczacı • Hemşire • Veteriner • Ebe • Eczacı yardımcısı • Hemşire yardımcısı • Yardımcı ebe • Hemşire ve ebe yardımcısı • Fizyoterapist	• Laboratuvar teknisyeni yardımcısı • Tıp fizikçisi • Radyoloji teknisyeni • Radyoloji teknisyen yardımcısı • Dişçi yardımcısı • Sağlık mühendisi • Çevre sağlığı teknisyeni • Laboratuvar teknisyeni • Hayvan sağlığı yardımcısı • Çevre sağlığı teknisyen yardımcısı	• Diğer sağlık personeli (biyolog, psikolog, teknolog) • Diğer teknik personel (EKG, EEG teknisyeni) • Geleneksel hekimlik uygulayıcıları • Diğer yardımcı personel (mikroskopist)
--	--	--

Uluslararası Çalışma Örgütü daha basit bir bakış açısıyla sağlık alanında görev yapan insanları 5 grup şeklinde sıralamaktadır (17):

- Doktorlar,
- Diş hekimi, eczacı, psikolog gibi diğer profesyonel meslekler,
- Hemşire, ebe ve sağlık memuru,
- EEG, EKG, radyoloji, radyoloji teknisyeni gibi diğer sağlık elemanlar,
- Sekreterler, diyetisyenler, güvenlik görevlileri, çamaşırhane ve mutfak çalışanları, temizlikçiler, şoförler gibi diğer çalışanlar,

Sağlık alanındaki çalışmalar iş sağlığı ve güvenliği açısından ele alındığında, çalışanın sağlığını belirleyen iki temel unsur burada da geçerlidir. Bunlar; çalışanların kişisel özellikleri

ve is yeri ortamındaki faktörlerdir. Çalışanların bireysel özellikleri olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi dikkat çekmektedir. Sağlık sektöründe çalışanlar arasında çocuk görülmemektedir. Sağlık hizmetinde çalışmak için belirli eğitim ve diploma gerekmektedir. Buna karşılık 55-60 yas arasında çalışan pek çok hekim mevcuttur.

Sağlık sektöründe çalışan kadınların oranı diğer sektörlerle göre oranla daha yüksektir. Kadınların daha fazla çalışmış olduğu gruplar hemşirelik ve ebeliktir. Ayrıca eczacı ya da hekim olarak çalışan kadınların oranı da bir hayli yüksektir. Ülkemizde sağlık personeli sayısı mesleklere göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizdeki sağlık personeli sayıları 31 Mart 2009 tarihi itibari ile aşağıdaki gibidir.

Tablo4: Türkiye’de Sağlık Personeli Sayısı

TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİ DAĞILIMI	SAĞLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	TOPLAM
Uzman Tabip	24.819	19.038	11.569	55.42
Pratisyen Tabip	27.125	234	3.784	31.143
Asistan	8.324	12.606	-	20.930
Diş Tabibi	5.252	637	12.760	18.649
Eczacı.	1.213	189 23	492	24.894
Hemşire	69.204	14.555	15.980	99.739
Ebe	43.346	525	3.797	47.668
Diğer Sağlık Hizmetleri Personeli	65.814	7.702	21.016	94.532
Diğer Personel	59.512	9.651	19.538	88.701
Genel Toplam	304.609	57.668	119.405	481.682

Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplam 24,819 uzman hekim, 27,125 pratisyen hekim, 8,324 asistan, 5,252 diş hekimi 1,213 eczacı, 69,204 hemşire, 43,346 ebe ve 65,814 sağlık

hizmetleri sınıfı mensubu diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 245,097 sağlık personeli (sağlık hizmetleri sınıfı) istihdam edilmektedir (38). AB ülkelerinde 100,000 kişiye düşen ortalama hekim sayısı 322 iken Türkiye’de 153, hemşire sayısı 745 iken Türkiye’de 141, ebe sayısı 36 iken Türkiye’de 66’dır (39). AB genelinde hekim ve hemşire sayısı açısından geride olmasına rağmen Türkiye’de son yıllarda yaşanan ekonomik ve sosyal büyüme sağlık sektöründe çalışan sayısını da etkilemiş ve geçmiş yıllara göre gelişme göstermiştir.

Sağlık çalışanları İSG açısından incelendiğinde, çalışanın sağlığını belirleyen iki faktör vardır. Bunlar; çalışanların kişisel özellikleri ve iş yeri ortamındaki faktörlerdir. Çalışanların bireysel özellikleri olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi özellikleridir. Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi mesleğine göre değişiklik göstermekle birlikte, genellikle ülke ortalamasının üstündedir.

Birçok sağlık çalışanında olduğu gibi özellikle ebe ve hemşireler, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik, fiziksel ve sözel şiddet ve kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörleri ile karşılaşabilmektedirler. Tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile yaşamaktadırlar.

Sağlık çalışanları çalıştığı bölüm ve yaptığı işe göre meslek riskleri ile karşılaşma olasılığı değişmektedir. Örneğin ebeler için gürültü, stres, kas iskelet hastalıkları, radyoloji çalışanları radyasyon riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bütün sağlık personellerinin arasında özellikle ebe ve hemşirelerin ise hastayla daha fazla zaman geçiren ve hasta bakım hizmetlerini doğrudan yerine getiren kişi olmaları nedeniyle başka risklerin yanı sıra bulaşıcı hastalıklar yönünden de diğer sağlık personellerine göre sağlık riskleri ile karşılaşma açısından dezavantajlıdır.

Türkiye çalışma koşullarını, Avrupa Çalışma Süresi Direktifi’ne uygun şekilde düzenlediğinde sağlık çalışanları için haftalık normal çalışma süresi 40 saat, nöbet dahil fazla çalışma süresi ise en fazla 8 saattir (40). Ancak Türkiye’de sağlık personelinin çalışma koşul ve süreleri değişiklik göstermekte ve özellikle ikinci-üçüncü basamak sağlık kurumlarında birçok çalışan haftalık 40 saati aşan uzun ve yorucu çalışma koşullarında çalışmaktadır. Bunun sonucu olarak bu kurumlarda iş kazası ve meslek hastalığı oranları etkilenmektedir.

2.2.1.3. Sağlık Kuruluşlarında Ortam Faktörleri

Sağlık sektörüne mensup meslek gruplarında çalışan bireyler açısından çalışma ortamlarında iş kazası ve mesleki rahatsızlıklara sebep olabilecek pek çok sınıflandırma yapılmıştır. NIOSH, hastanelerdeki tehlike ve risklerin herhangi bir çalışma alanı belirtmeksizin yalnızca fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal olarak sınıflandırılması gerektiğini tavsiye etmiştir. Tablo 5’de görüldüğü üzere NIOSH, hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, 6 tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu belirlemiştir (40).

Tablo 5: Hastanelerde Başlıca Tehlike ve Riskler

Fiziksel Tehlike ve riskler	Kimyasal tehlike Ve riskler	Biyolojik tehlike Ve riskler	Psikososyal Tehlike ve riskler
1.Elektrik düzeneği 2.Yetersiz ya da fazla ışık 3. Yetersiz ya da fazla ısı 4. Islak-kaygan-nemli zemin 5. Havalandırmanın %50’nin altında olması 6. Gürültü 7. Toz 8. Nem 9. İyonize edici, iyonize etmeyen, ultraviyole radyasyon, 10.Kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları 11.Lazer 12.Ultrasonik ilaçlar 13.Kriyojenik sıvılar 14.Patlayıcı-yanıcı maddeler 15.Kırık cam, tüp ya da araçlar 16.Manyetik alanlar 17.Radyoaktif atıklar 18.Mikro dalgalar 19.Yüksek basınçlı hava 20.Yangın 21.Yetersiz dinlenme odaları 22.Hasta odalarında fazla hasta olması	1.Anestezik gazlar 2.Civa 3.Dezenfektanlar 4.Formaldehit 5.Etilen oksit 6.Antiseptikler 7.Radyasyon 8.İlaçlar 9.Antibiyotikler 10.Sitotoksik ilaçlar 12.Yakıcılar 13.Gluteraledehit 14.Pentamidin 15.İsopropanol 16.Ribavirin 17.Bromin 18.Lateks 19.Solventler 20.Asit-bazlar 21.Fotokimyasallar 22.Antineoplastikler 23.İodin 24.Asbest 25.Kadmiyum 26.Pestisidler	1.Tüberküloz 2.Hepatit-B 3.Hepatit-A 4.Hepatit-C 5.Hepatit-D 6.Hepatit-E 7.Sitomegalovirüs 8.HIV/AIDS 9.Parvovirüs 11.İnfluenza 12.Kızamık 13.Kızamıkçık 14.Adeno virüs 15.Boğmaca 16.Polio 17.Meningoksik hastalıklar 18.Varicella zoster 19.Herpes simpleks 20.Tinea korporois 21.Shigellozis 22.Helikobakter	1.Stres 2.İşi istememe 3.Yapılan işin anlamsız hissedilmesi 4.Yabancılaşma 5.İşi isteyerek tercih etmeme 6.Yapılan işin boşa gitme hissi 7.Gelişememe 8.Başkalarının profesyonel gelişiminden Sorumlu olma 9.Çalışma amaçlarının belirgin olmaması

23.El yıkama birimlerinin yetersizliği	27.Herbisidler	pilori	
24.Atıkların yanlış yok edilmesi	28.Kimyasal atıklar	23.Salmonellozis	
25.Kişisel koruyucuların bulunmaması	29.Organometalikler	24.Norwalk virüs	
26.Kişisel koruyucuların yetersizliği	30.Gazlar		
27.Kesici-delici-batıcı cisimler için uygun muhafaza kab olmaması	31.Karbonmonoksit		
28.Kemoterapi ilacı hazırlamak için uygun kabin bulunmaması			
29.Araç-gerecin doğru steril edilmemesi			

Ergonomik tehlike ve riskler aşağıdaki gibidir:

- Yanlış postürde çalışma,
- Yanlış postürde oturma,
- Uzun süre ayakta kalma,
- Hasta kaldırma,
- Ağır yük kaldırma,
- Hasta transferleri sırasında yaşanabilecek öteki riskler (40).

Hemen hemen bütün kaynaklarda çalışma ortamından kaynaklanan ve sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlikeler temel olarak biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olarak gruplandırılmaktadır. Burada bu gruplara değinilecektir.

2.2.1.3.1. Fiziksel Faktörler:

Sağlık alanındaki kuruluşlarında çalışma ortam faktörü olarak fiziksel unsurlar önemli yer tutmaktadır. Bu alandaki kuruluşların ortamlarda gürültü düzeyi çalışan sağlığı açısından önemli bir etkidir. Sessiz-sakin olması gereken hastaneler, ne yazık ki gürültülü yerlerdir. Özellikle acil servisler, çocuk servisleri, yemekhane, laboratuvarlar, teknik servis, hasta kayıt birimi ve hemşire odalarında gürültü iş üretimini olumsuz etkileyecek düzeydedir. Örneğin, laboratuvarında çalışan bir santrifüj cihazından çıkan ses 51-82 dB(desibel) seviyesindedir. Hastane içerisinde ameliyathanede cerrahi aletlerin çarpışması 78 dB, lazer cihazının çalışması 82 dB, fizik tedavi bölümündeki egzersiz cihazları 70-85 dB seviyesinde gürültüye yol açabilmektedir. Dakikada 300-400 bin devir hızında dönen diş hekimlerinin kullandığı elektrikli cihazlar 85-90 dB şiddetinde ses oluşmasına yol açabilmektedir. DSÖ'ne göre, hastanelerdeki gürültünün gündüz 40 dB, gece 35 dB civarında olması önerilmektedir. Hastaların yattıkları bölümde ses düzeyi 35-40 dB aşmamalıdır. Bu ses düzeyleri aşıldığında çalışan sağlığı etkilendiği gibi iş verimi de düşmektedir.

Sıcaklığın fiziksel unsurlar içinde önemli bir konumu bulunmaktadır. Yoğun bakım bölümlerinin sıcaklığı 24-27 °C, hasta odaları 22-24 °C, ameliyathanelerin ise 20- 22 °C olması uygun görülmektedir. Öte yandan sterilizasyon, çamaşırhane, mutfak gibi bölümlerin sıcaklığı ve nem miktarı hoş olmayacak ölçüde fazladır. Havalandırma sistemlerinin, havayı filtre edebilecek, ısı ve nem içerecek şekilde geliştirilmesi gerekir. Hastanelerde havalandırma sistemleri çalışanları özellikle solunum yoluyla geçen enfeksiyonlardan korumada önemlidir. Ameliyathaneler steril ortamlardır. Buralarda enfeksiyon risklerini en alt seviyelerde tutabilmek ve mikroorganizma konsantrasyonunu standartlar ile belirtilen değerlerde tutabilmek için özel klima sistemleri kurulmalıdır. Hava akımının ortam içindeki hızı, 0.46 m/sn (+/-0.10 m/sn) seçilmelidir. Ameliyathanelerin sıcaklığı 20- 22 °C, yoğun bakım bölümlerinin 24-27 °C, hasta odaları 22-24 °C, olması önerilmektedir (5).

Sağlık kurumlarında önem taşıyan diğer fiziksel faktörler ise elektrik ve radyasyondur. Kurum içerisinde kullanılan çeşitli elektrikli aletlerin doğru bir şekilde topraklanması ve yalıtımlarının düzgün yapılması önemlidir. Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışanlar için radyasyon maruziyeti önemli bir problemdir. Sürekli ölçümlerle bu bölümlerde çalışanların radyasyondan etkilenme seviyeleri belirlenmelidir.

2.2.1.3.2. Kimyasal Faktörler

Sağlık alanında çalışanlar farklı kimyasal faktörlere de maruz kalmaktadırlar. Bu kimyasallar anestezi gazları, ilaçlar, civa, lateks, etilen oksit, alkol, boya, kemoterapötik ajanlar, dezenfektanlar, antiseptikler ve laboratuvarlarda bulunan farklı kimyasal maddeler olarak söylenebilir (5). Bu kimyasal maddeler maruz kalınma yerine, sıcaklığına, süresine göre akut ve kronik etkiler gösterebilir. Bu kimyasallar içinde bütün sağlık personelinin en fazla karşılaştığı kimyasallar antiseptikler ve dezenfektanlardır.

Kimyasal maddeler cilt, yutma, kesilme, batma, temas şeklinde veya inhalasyon şeklinde vücuda alınabilir. Kimyasal maddelerin neden olduğu deri ve solunum problemleri sonucu en çabuk ve en sık görülen sorunlardır. Özellikle kanserli hastaların tedavilerinde kullanılan bazı ilaçlar (antineoplastik). Sağlık çalışanları için önemli bir sorun teşkil etmektedir.

Doğumhane personeli antiseptiklere, dezenfektanlara en fazla maruz kalan sağlık çalışanları arasındadır.

2.2.1.3.3. Biyolojik Faktörler

Sağlık personelinin rutin işleri sırasında en sık karşılaştığı biyolojik faktörler mikroorganizmalardır. Bu etkenlerle karşı karşıya kalma laboratuvar ortamlarında olabildiği gibi, daha çok hastalarla temas ve solunum yolu aracılığıyla gerçekleşmektedir. Farklı araştırmalarda biyolojik faktörlerden etkilenme sıklığı İsveç'te %10, Almanya'da %33 ve Fransa'da %40 olarak belirlenmiştir. Sıklıkla rastlanan biyolojik unsurlar hepatit B, tüberküloz, hepatit C, hepatit A, olarak tanınmaktadır. HIV (Human Immunodeficiency Virüs), EBV (Epstein- Barr-Virüsü), CMV (Sitomegalovirüs) enfeksiyonları ve daha seyrek olmakla beraber hepatit D, kabakulak, kızamıkçık ve suçiçeği ajanları ile karşılaşmak da olasıdır. Bu patojenlerin sağlık çalışanlarına bulaşması çoğunlukla enfekte kan veya vücut sıvılarının perkütan veya mukozal yol ile teması sonucu oluşmaktadır. Bulaş yolları arasında, kesici ve delici alet yaralanmaları, kan ve diğer bulaştırıcı vücut sıvılarının deri üzerindeki sıyrıklar, çatlaklar ve lezyonlar yolu ile ya da ağız, burun, göz gibi mukozal yüzeylere sıçrama şeklinde doğrudan bulaşması sayılabilir. Özellikle kesici ve delici cisimlerle (enjektör iğneleri, bistüri vb) oluşan yaralanmalar sağlık çalışanları için önemli bir bulaş yoludur. Bunun yanı sıra diş hekimliği veya cerrahi operasyon sonucu damlacık yolu ve viremi ile de çapraz bulaşma olabileceği ileri sürülmektedir (41).

Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının kullanmış olduğu kesici-delici aletler tanımlanmış ve sağlık personeline beş yıllık bir dönemde 5000 perkütan yaralanma saptanmış ve bunların %62 'sinin enjektör iğnesi batması sonucu oluştuğu, kesici-delici yaralanmalarının %38 perkütan aletlerin kullanımı sırasında, %42'sinin disposble aletlerin kullanımı öncesi ve sonrasında oluştuğu belirlenmiştir (42). Yine Ankara da üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda görev yapan hekim, hemşire, laboratuvar ve radyoloji teknisyeni ile güvenlik görevlisi gibi farklı görevlerde çalışan 491 kişide tüberküloz enfeksiyonu riski araştırılmış ve PPD pozitifliği %83 olarak saptanmıştır (25).

Tüberküloz damlacık yoluyla bulaştığı için sağlık personeli için önemli bir sağlık sorunudur. Kaynaklarda yapılan bir araştırmada özellikle göğüs hastalıkları kliniklerinde çalışan sağlıkçıların, tüberküloz hastalığı yönünden yüksek risk altında oldukları tespit edilmiş ve tüberkülozun meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği belirtilmiştir (41).

2.2.1.3.4. Ergonomik Faktörler

Ergonomik problemler de sağlık personeli için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarında ergonomik faktör olarak karşımıza çıkan kas-iskelet sistemi sorunlarının nedenleri, çalışma ortamından veya yapılan işten kaynaklanabilmektedir. Islak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizler gibi ortama ait faktörler, kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi kazalara yol açmaktadır. Özellikle de doğumhanelerde ebe ve hemşirelerde doğum sırasında fazla ayakta kalma, doğum esnasında yapılan manevralara bağlı el bileği, omuz ve bel ağrıları, hasta transferi sırasında hastayı yerinden kaldırma, malzeme taşıma esnasında ağırlık kaldırma gibi ergonomik problemler oluşabilir. Hemşirelerde yapılan bir çalışmada cerrahi ve kadın doğum bölümlerinde çalışan hemşirelerin diğer bölümlerde çalışanlara göre daha fazla kronik bel ağrısı yakınması olduğu belirlenmiştir (41). Bel ağrıları gelişmiş ülkelerde iş gücü kaybına yol açan hastalıkların arasında ikinci sıradadır. İşyerinde ağırlık kaldırma, öne eğilerek çalışma, bel ve vücudun yanlış pozisyonlarda kullanılması gibi riskli etkenlere maruz kalma ve uygun olmayan çalışma koşullarına bağlı olarak gelişen mesleki bel ağrısına, sık rastlanır. Türkiye’de sağlık personeli ve hemşirelerde yapılan çalışmalarda bel ağrısı sıklığının %39.9-69.0 arasında değiştiği görülmektedir (43).

Farklı uzmanlık alanlarındaki doktor, hemşire ve diğer personel yönünden çalışma süresinin uzunluğu, nöbet, vardiya çalışması esnasında kurum içinde yapılan yürüyüşlerin uzun sürmesi oldukça yorucu olmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre Belçika ve Fransa’da dâhiliye ve yoğun bakım servislerinde sorumlu olan hemşirelerin, çalışma sürelerinin %60-80’lik kısmını yürüyerek geçirdiği ve bu süre zarfı içerisinde günlük çalışma saatinde yaklaşık 5-7 km. yol yürüdüğü belirlenmiştir. Belirlenen yürüme mesafesinin gece nöbetlerinde çok daha fazla olduğu ve 17 km’ye kadar çıkabildiği belirtilmektedir. Bu durumun sebebi ise gece çalışan personel sayısının, gündüz çalışanlardan daha az olmasıdır. Ayrıca hemşirelerin günlük çalışma saatleri içerisinde 120-330 kez aynı müdahaleleri tekrar tekrar yapmaları monoton çalışma ve kognitif stres sebebi olarak gösterilmektedir (5).

2.2.1.3.5. Diğer faktörler

Bu faktörler içerisinde taciz ve darp gibi durumlar bulunmaktadır. Sunulan hizmeti yeterli bulmayan ya da tatmin olmayan bazı bireyler özellikle de acil servislerde sık sık sağlık personeline karşı sözel veya fiziksel saldırıya başvurabilmektedirler. Çalışma ortamında uğradıkları şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri, bakım kalitesinde düşme, moral

bozukluğu, iş doyumunda azalma, işten ayrılma ya da ayrılmaya niyetlenme, stres düzeyinde artış, işteki hatalarda artış, işe devamsızlıkta artış, korku, öfke, güçsüzlük, suçluluk hissetme, uyku bozuklukları ve fiziksel yaralanma şeklinde özetlenmiştir (41).

Kesintisiz uzun süreli çalışma tüm sağlık çalışanlarının sık maruz kaldıkları ve doğal karşılanan bir çalışma biçimidir. Sağlık hizmeti kesintisiz 24 saat hizmet üretiminin gereksinim duyulduğu bir alan olduğu için özellikle acil servis ve doğumhane çalışanları 24 saatlik çalışma düzeni ile çalışmaktadır. Her ne kadar haftalık çalışma saati 45 saat olsa da sekiz saati aşarak 24 saate ulaşabilen kesintisiz çalışma sistemi sağlık çalışanları üzerinde sağlık problemlerine yol açmasının yanı sıra yorgunluk, uykusuzluk, dikkat dağınıklığı gibi nedenlerle hastalarında sağlıkları üzerinde de olumsuz etkilere neden olmaktadır.

2.2.2. Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

Sağlık kurumları bireyin rahatsızlığının araştırılması, teşhis ve tedavisinin yanı sıra herhangi bir insanın yaşamsal bütün ihtiyaçlarının karşılandığı kurumlardır. Bu nedenle sağlık hizmetleri birçok sektörden daha karmaşık bir yapı oluşturur. Bu durum sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazalarının çeşitlilik göstermesine neden olur.

Her yüz sağlık çalışanı için bildirilen yıllık hastalık ve yaralanma oranı ondur ve bu rakam, metal işleri, araba sanayisi ve kâğıt fabrikasında çalışanlarla yaklaşık aynı bulunmuştur (44).

Ülkemizde bu güne kadar bu konuda yapılan araştırmalar genel olarak, kesitsel tip araştırma tekniği ile hastanelerde, hemşireler üzerinde, iş kazalarında kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları, meslek hastalıklarında ise, Hepatit-B, tüberküloz konuları üzerinde yoğunlaşmıştır. Son yıllarda ise bu araştırmalara sağlık personeline uygulanan şiddet konulu araştırmalar eklenmiştir. Tüm yapılmış araştırma sonuçlarında sağlık çalışanlarının iş koşullarından dolayı önemli ve ciddi risklerle karşı karşıya olduğu ortaya çıkmıştır.

Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarında görülen yaygın iş kazalarından en sık görüleni, kesici-delici aletle meydana gelen yaralanmalar. Arkasından kan-vücut sıvılarıyla bulaş, hastaları ve objeleri kaldırma, ağır kaldırmaya bağlı sırt yaralanmaları, düşme, çarpma, takılma, kayma vb. nedenlere bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet, alerjik reaksiyon ve yanıklar gelmektedir (45).

2.2.2.1. Kesici- Delici Alet Yaralanmaları

Kesici ve delici aletler hasta tedavi hizmetlerinde kullanılan enjektörler, sütür iğneleri, bistüri uçları, damar içi kataterleri, kesici enstrümanlar, ampuller, jiletler vb. malzemelerdir. Bu aletlerle meydana gelen yaralanmalara kesici-delici alet yaralanmaları denir. Sağlık kurumlarında meydana gelen kazaların üçte biri kesici –delici alet yaralanmalarıdır. Bu tür yaralanmalar enfeksiyon bulaştırma açısından oldukça önemlidir. Sağlık çalışanları enfekte kan ve vücut sıvılarına maruz kalarak mortalite ve morbiditeye neden olabilen hepatit B (HBV), hepatit C (HCV) ve insan yetmezlik virüsü [human immunodeficiency virus (HIV)] gibi etkenlere bağlı enfeksiyon hastalıklarına yakalanabilir. Kesici-delici aletlerin özelliği sağlık personelinin enfekte olması açısından önemlidir. Örneğin bistüri, ameliyat dikiş iğnesi ile yaralanmalarda inokülasyon miktarı azalır. Buna karşılık lümenli iğneler, kataterler ile yaralanmalarda bulaş riski yüksektir. Günümüzde kan yolu ile bulaşan hastalıklar meslek hastalıkları olarak değerlendirilmektedir (2).

Son yıllara kadar yaralanmalar kadar önemli olan diğer bir sorun da bu yaralanmaların bildirilmemiş veya bildirilse dahi kurum tarafından raporlanmamış olmasıdır. Ancak son yıllarda sağlık kurumlarında uygulanmaya başlayan kalite yönetim sistemi ve arkasından yürürlüğe giren çalışan sağlığı ve güvenliği yönetmeliği ile bundan sonra bildirim ve raporlama sisteminin uygun bir şekilde yürütüleceği umulmaktadır.

2.2.2.2. Kas İskelet Sistemi Yaralanmaları

Sağlık sektöründe çalışanlarda sıkça rastlanan çalışma kazaları kaygan zemin, yüksek basamaklar, düzensiz zemin gibi çalışma ortamı kaynaklı etkenler dolayısıyla burkulma, çarpma, kayma, düşme gibi kazalardır. Bedensel kuvvet gerektiren işlerin yapılması sırasında (hasta taşıma-kaldırma, malzeme kaldırma), uygunsuz vücut pozisyonları veya omuz hizasından yükseğe uzanma gibi durumlar sonucunda vücutta oluşan gerilimle bükülme, dönme, incinme gibi hasarlarla sağlık kurumlarında sıkça rastlanmaktadır. Bilhassa hasta taşıma ve kaldırma uygulamaları sebebiyle meydana gelen çalışma kazaları sağlık kurumlarında rastlanan çalışma kazalarının üçte birini meydana getirmektedir (5). Kaygan zemin, yüksek basamaklar, düzensiz zemin gibi çalışma ortamından kaynaklanan etkenler burkulma, kayma, çarpma, düşme gibi kazalara sebep olmaktadır (4). Sağlık kurumlarında iş kazaları ile ilgili yapılan araştırmalar hemşirelerde ciddi yaralanmalara yol açan kazaların üçte ikisinin nedeninin, hasta ve diğer ağır eşyaları taşımak olduğunu ortaya çıkarmıştır (4).

Sağlık personeli çoğunlukla çalışma ortamındaki düzensizlik ve yetersizlik nedeniyle vücut mekaniği ilkelerini doğru uygulayamamaktadırlar. Bu nedenle birçok hemşire ve ebede sıklıkla bel ağrısı, siyatalji, karpal-tünel, ayak problemleri, varis gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları ortaya çıkmaktadır. En fazla görülen sağlık riskleri olarak varisten sonra sırt ve bel ağrıları gelmektedir (5).

Doğumhanede doğum sırasında yapılan manevralara bağlı tekrarlayıcı hareketler ve zorlanmalar bel, sırt ve omuz problemlerinin yanı sıra el bilek eklemlerinde de sorunlara neden olabilmektedir.

2.2.2.3. Kan-Vücut Sıvıları ile Maruziyet

Sağlık personelinin karşılaştığı iş kazalarından biri olan kan ve vücut sıvıları ile maruziyettir. Sağlık personeli temas yoluyla, solunum yoluyla ya da kan veya beden sıvıları ile sıyrık, kesik, yara nedeniyle sağlamlığı ve bütünlüğü bozulmuş deriden hastalık etkenine maruz kalabilir. Günümüzde bu etkenlerden en önemlileri olan HIV, HAV, HBV, HCV, HDV, CMV gibi otuz civarında mikroorganizma bu yolla bulaşmaktadır. Viral hepatitler arasında en yüksek bulaşma riski taşıyan enfeksiyon HBV'dir. Tüm dünyada HBV taşıyıcılarının sayısının 350 milyon civarında olduğu kabul edilmekte ve dünya nüfusunun yaklaşık % 5'inde HBV taşıyıcılığının olduğu düşünülmekte ve Ülkemizde ise bu oran %4-15 arasında bulunmuştur. HBV taşıyıcılığının ülkemizde bu denli yüksek olması nedeniyle sağlık personelinin durumu oldukça risklidir (46).

Bunların dışında karşılıklı ya da çapraz bulaş ile sağlık personeli devamlı risk altındadır. Yapılan araştırmalara göre enfekte hasta ile karşılaşıldığında, hepatit HBV bulaşma riski 3 çalışanda bir, hepatit HCV bulaşma riski 30 çalışanda bir ve HIV bulaşma riski 300 çalışanda 1/300'tür (47).

Kan ve vücut sıvıları ile maruziyet konusunda sağlık çalışanları arasında doğumhane personeli en riskli gruplardan biridir. Özellikle doğum yaptıran veya yardımcı olan sağlık personeli, doğum sırasında, plasentayı çıkarırken, ortamdaki kan ve amniyotik sıvı temizleninceye kadar ya da bebeği tutarken ve göbek kordonunun kesilmesi sırasında maruziyet konusunda çok fazla risk altındadır.

2.2.2.4. Kimyasal Maddeler Antineoplastik ve Diğer Riskli İlaçlarla Maruziyet

Solunum yolu ve deri ile temas/emilim en sık maruziyet yollarıdır. Yapılan araştırmalar riskli ilaçlara maruziyet sonucu ciddi sağlık problemlerinin oluştuğunu göstermiştir. Bu problemler, cilt problemleri, solunum problemleri olabileceği gibi kanser gelişimi ve üreme sistemi üzerinde de etkileri olduğu yönündedir (40).

İlaçların yanı sıra anestezi gazları, dezenfektan ve antiseptikler maddeler, sterilizasyon malzemeleri ve laboratuvarlarda bulunan çeşitli kimyasal riskli gruplardır. Sağlık çalışanlarında akut ve kronik etkiler oluşturan bu maddelerin etkinliği bu maddelerin konsantrasyonuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine, ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin alkol, sigara, ilaç bağımlılığına göre değişir (40).

Günümüzde hastanelerde yaygın olarak kullanılan kimyasallar şunlardır (48):

Alkol: Cilt, mukoza, göz için irritandır. Alkol ile ıslanan giysinin uzun süre cilt ile temas etmesine izin verilmemelidir.

İyot Türevleri: Göz ve mukoza temasında irritasyona neden olmaktadır. Sağlık personelinin, özellikle doğumhane personelinin en fazla kullandığı deri ve doku antiseptiğidir. İyot türevleri kullanıldığı sırada eldiven, gerektiğinde maske, önlük kullanılmalıdır.

Klor bileşikleri: Hastanelerde çevresel elemanların dekontaminasyonunda ve kan vb. vücut sıvıları ile kontamine yüzeylerin dezenfeksiyonunda tercih edilen kimyasallardır. Amonyak ile karışması toksik gaz oluşumuna yol açmaktadır.

Formaldehit: Dezenfeksiyon ve sterilizasyon amacıyla, hem gaz hem de sıvı şeklinde kullanılır. Ayrıca, dokuların saklanması, viral aşılarda hazırlanmasında ve disposabl hemodiyaliz cihazlarının dezenfeksiyonunda kullanılmaktadır. Doğumhanelerde özellikle biyopsi amacıyla alınan parçaların ve ceninlerin saklanması amacıyla kullanımı olabilmektedir. Potansiyel karsinojen ve irritan etkisi vardır.

Fenol: Dezenfektan olarak kullanımları çok yaygın olmamakla birlikte özellikle laboratuvarlarda, ayrıca hastanelerde riskli bölgelerin ve duvarların dezenfeksiyonunda, bazı tıbbi ve cerrahi araçların dekontaminasyonunda kullanılabilirler. Oral alım, inhalasyon veya cilt teması ile ciddi yan etkilere yol açmaktadır. Nekroza kadar gidebilen cilt irritasyonu, cilt ve gözde ağır yanık, aritmi, idrarda koyulaşma, solunum güçlüğü, konfüzyon, koma ve ölüme

neden olabilir. *Gluteraldahit*: Isıya dayanıksız birçok tıbbi malzemenin sterilizasyonunda (soğuk sterilizasyon) kullanılmaktadır. Sağlığa etkisi; gözlerde iritasyon, deride yanıklar oluşturmaktadır. Yanlışlıkla solunursa, burun kanamasına, hırıltılı solunuma, öksürük ve akciğerde boğazda hassasiyet yapar. En büyük yan etkilerinden biri de, mesleki astım yapmasıdır.

Etilen Oksit: Etilen oksit; yanıcı, renksiz ve kokan toksik bir gazdır. Etilenoksit; kumaş ve metal olmayan tüm aletlerin sterilizasyonunda kullanılır. Etilen oksitin yan etkileri; yorgunluk, bulantı, baş ağrısı, bulanık görme, gözlerde ve boğazda yanma, anemi, hafızada zayıflık ve hatta felç gibi durumlara neden olmaktadır.

Ayrıca sağlık kurumlarında sık el yıkamaktan dolayı egzama oluşumu, dezenfektan, lastik eldiven ve ilaçlardan özellikle antibiyotiklerden dolayı alerjik cilt rahatsızlıkları sağlık çalışanları arasında yaygın olarak görülmektedir. İtalya’da hastaneler üzerinde yapılan bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının %21’inin cilt sorunları yaşadığı ortaya çıkmıştır (48).

2.2.2.5. Radyasyona Maruz Kalma

Sağlık çalışanları için bir başka risk unsuru ise radyasyondur. Ana makinelerden saçılan radyasyon ve beta radyasyon (karbon, iyot, radyum, kobalt, selenyum, krom) ile tedavi edilen hastalardan yayılan radyasyon hastanelerde başlıca radyasyon kaynaklarıdır. İyonize radyasyon ise hastanelerde röntgen, floroskopi, dermatoloji, anjiyografi, bilgisayarlı tomografi, radyoterapi, nükleer tıp alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Radyasyonun organ ve dokulara etkisi, radyasyonun tipine, enerjisine, vücutta kalış süresine, radyoizotopun biyolojik ve radyoaktif yarı ömrüne bağlıdır. Radyasyon gen mutasyonu, kromozomal değişiklikler, metabolik bozukluklar gibi kronik etkiler yapabilmektedir (48).

2.2.2.6. Strese ve Şiddete Maruz Kalma

Sağlık çalışanları, yoğun çalışma temposunda, eksik personel sayısı ile komplike veya bozuk cihazlar ve eksik malzeme kullanmak zorunda kalarak, hayatı tehdit eden ağır hastalıklar ve yaralanma tablolarını yaşamak durumunda kalmaktadır. Özellikle acil servisler, doğumhaneler ve yoğun bakım üniteleri bu tabloların en sık yaşandığı yerlerdir. Ayrıca iş yükünün ve bürokrasinin arttığı hastanelerde profesyonellikten uzak idarecilerin personel ile olan ilişkileri başka bir stres kaynağı olmaktadır. Böyle kurumlarda çalışanlar, kendilerini izole edilmiş, zayıf güçsüz, düş kırıklığı içinde hissetmekte ve kızgınlık duymaktadır. İş

stresine bağılı olarak; anksiyete, depresyon iş memnuniyetsizliği, uyumsuz davranış, gibi durumlarda artış görülmektedir. Yine sağlık personelinin uzun saatler çalışması, gece çalışması, sık tutulan nöbetler, ailelerinden ayrı kalma, küçük çocukların evde bırakılıp işe gidilmesi gibi olumsuz durumlar sağlık personelinin çeşitli psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte uzun süre çalışmaktan kaynaklanan uykusuzluk hali sağlık çalışanlarının işlerinde ciddi hata yapmalarına yol açmaktadır (48). Oldukça yaygın olan ve geçtiğimiz senelerde giderek artan sağlık kurumlarındaki bir diğer risk örneği ise şiddete maruz kalmadır. Çalışma ortamında şiddet, personelin verimliliğini veya emniyetini olumsuz etkileyen çalışma veya çalışma çevresiyle alakalı bir problem olarak açıklanmaktadır. Şiddet içerikli çalışma kazaları Avrupa Komisyonu tarafından iş ile alakalı koşullarda veya dolaylı yoldan emniyet ve sağlığı kötü yönde etkileyen, personelin suistimalini, tehdit edilmesini veya fiziksel şiddeti kapsayan kazalar olarak tanımlanıp kabul görmektedir (48).

Sağlık kurumlarında çalışanların şiddete maruz kalma riski, diğer hizmet sektöründe çalışan meslek gruplarından 16 kat daha çoktur. Sunulan hizmetten tatmin olmayan kimi hasta veya hasta yakınları, bilhassa acil servislerde sıkça sağlık çalışanıyla münakaşa etmekte ve hatta bedensel şiddete de başvurabilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre Finlandiya’da hapisane gardiyanları ve polis memurlarının ardından şiddete uğrayanlar arasında üçüncü sırada psikiyatri hemşireleri, dördüncü sırayı ise doktorlar almışlardır. En fazla şiddete uğrayan sağlık çalışanları acil serviste çalışanlardır ve risk unsurlarının önünde madde bağımlılığı veya psikiyatrik rahatsızlığı olanlar yer almaktadır (5).

2.3. Sağlık Kuruluşlarında Kalite

Kalite kavramı günlük yaşantımızda çok sık kullandığımız bir kavramdır. Kalite kavramı insanların ve sistemlerin "hata yapması" ve "mükemmele ulaşma isteği" gerçeğinden ortaya çıkmıştır. Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen "Qualis" kelimesinden türemiş ve "Qualitas"kelimesiyle ifade edilmiştir (49). Kalite, çok boyutlu olmasından dolayı birçok kişi tarafından pek çok tanımlı yapılmıştır. Bunlar:

Edwards (1968): İhtiyaçları karşılama yeteneğidir.

Gilmore (1974): Belli bir ürünün, belli bir müşterinin ihtiyacını karşılama derecesidir.

Kuehn & Day (1962): Ürünün, müşteri tercihlerine uygunluğudur.

Juran (1988): Kullanıma uygunluktur.

Broh (1982): Kabul edilebilir bir maliyete sahip mükemmellik derecesidir.

Kalite birçok kişinin düşündüğünün aksine, lüks ile çağrışım yapan bir kavram değil, alıcıya bir ürün veya hizmet sonucu sunulan niteliklerin toplamıdır.

Genel olarak kalite "Bir ürün veya hizmetin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır." Kalite yönetimi ise organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesidir. Kalite yönetiminin iki önemli unsuru vardır:

1. İşletmelerde her kademede ve faaliyette tüm çalışanların gönüllü katılımı ve sorumluluk taşımaları,
2. Her faaliyette devamlı geliştirme ve iyileştirmenin sağlanması,

Kalite yönetimi, tüm süreç ve fonksiyonlardaki günlük işlerle ilgilidir ve her işin hatasız ve ilk seferinde doğru yapılması gerekir. Kuruluştaki tüm çalışanlar kalitenin iyileştirilmesinden ve geliştirilmesinden sorumludur.

Kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışıdır (49).

2.3.1. Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (50). Sağlık hizmetleri, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet olduğundan hayati öneme sahiptir ve hata kabul etmez. Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede hizmet üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır (51).

Günümüzde gelişen iletişim, teknolojisi, insanların yükselen eğitim seviyeleri ile hastalar ve yakınlarının sağlık kurumlarından beklenti ve talepleri artmıştır. Bununla beraber dört bir yanda açılan özel sağlık kurumları, sosyal güvenlik sisteminin birleştirilerek vatandaşların bütün sağlık kurumlarından hizmet alabilmeleri ve sağlıkta dönüşüm programı

ile beraber performans sistemi sayesinde sağlık kuruluşları arasında bir rekabet ortamı doğmuştur. Bunların sonucu olarak temeli hasta ve personel memnuniyetine ve sıfır hataya dayanan sağlıkta kalite yönetimi gündeme gelmiştir.

Sağlık kurumları hizmet işletmeleri olduğundan ve üretimin sonucu somut bir ürün olmadığından, sağlıkta kalite farklı boyutlarda değerlendirilmesi gereken bir yönetim sistemidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kaliteden bahsetmeden önce hizmet kavramını açıklamak yerinde olacaktır.

Türk dil kurumuna göre hizmet kavramı birinin işini görme ya da birine yarayan işi yapma olarak tanımlanmıştır. Başka bir tanıma göre hizmet, tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar olarak ifade edilmiştir (52).

Hizmetler genel olarak üretim içeren ve üretim içermeyen hizmetler olarak ayrılmaktadır (53).

Üretim içeren hizmetler: Ofis hizmetleri ve ürün destek hizmetleri olarak ikiye ayrılır. Ofis hizmetleri evrakların hazırlanması, alıcı ile satıcı arasında bağlantının sağlanması olarak tanımlanır. Ürün destek hizmetleri ise; yapılandırılan servis ağları ve ürün destek mekanizmasının oluşturularak satış sonrası destek hizmetlerinin sağlanmasıdır (54).

Üretim içermeyen hizmetler: Bu hizmetlerin dört önemli özelliği vardır (53)

- 1) Soyuttur: Hizmetler soyuttur, çünkü ölçülemez, sayılamaz ve test edilemezler. Ürünün kalite düzeyi, ölçüm ve karşılaştırma (benchmark) ile belirlenmektedir.
- 2) Saklanamaz, stoklanamaz: Hizmetin saklanamaz ve stoklanamaz olması üründen farklı en temel özelliğidir.
- 3) Heterojendir: Hizmetler, birbirinden çok farklı ihtiyaçları olan müşteriler içindir. Aynı hastalığa sahip farklı kişilerin, hastane ortamı, tedavi ve bakım konularında farklı beklentilere sahip olacağı ortadadır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler. Bu özellikleri nedeniyle kalitenin sürekliliği ve denetlenmesi açısından sorunlar oluşmaktadır. Bu sorunları engellemek amacı ile müşteri anketlerinden faydalanılmaktadır.
- 4) Sunum ve alım eř zamanlıdır: Günümüz kalite anlayışının temel ölçütlerinden olan “yapılan işin ilk baştan doğru yapılması” hizmet sektöründe, ürün sektörüne göre daha önemli ve daha zordur. Çünkü ürün sunum, sunum üründür. Sağlık hizmetlerinde sunum sırasında yapılan bir yanlışın kimi zaman telafisi imkânsızdır.

Sağlık hizmetleri yukarıda dört temel özelliğinden bahsedilen üretim içermeyen hizmetler sınıfına girmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite hizmet kalitesi ile bir bütündür. Hizmet kalitesinin birçok tanımı yapılabilir. Bunlardan sağlıkta kalite hizmetlerine en uygun olan tanımları şunlardır (54):

Hizmet Kalitesi, insanların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmeleridir.

Hizmet Kalitesi, doğru tanıdır.

Hizmet Kalitesi, doğru önlemin bulunmasıdır.

Hizmet Kalitesi, sorunların ortadan kaldırılmasıdır.

Hizmet Kalitesi, güvenilir olmaktır.

Hizmet Kalitesi, etkili performans gerçekleştirmektir.

Hizmet Kalitesi, nazik davranmaktır.

Hizmet Kalitesi, güvenli performans göstermektir.

Hizmet Kalitesi, zamana uygunluktur.

Hizmet Kalitesi, derhal önlem alınmasıdır.

Hizmet Kalitesi, müşterinin parasının değerini almasıdır.

Hizmet Kalitesi, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır.

Hizmet Kalitesi, güvenli olmayan koşullara karşı korunmaktır.

Hizmet kalitesi müşteri ve çalışan memnuniyetidir.

Hizmet kalitesi, bir örgütün müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçme yeteneğidir ve hizmet kalitesinde önemli olan, müşteri tarafından algılanan kalitedir. Hizmet kalitesi, hizmetin düzenli olarak ulaştırılmasındaki kalite düzeyi ve problemlerin ele alınışındaki karşılaşılan hizmet düzeyi olarak ikiye ayrılır. Bir hizmetin kaliteli olabilmesi için bu iki boyutta da kalitenin sağlanmış olması gerekmektedir.

Bütün hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de verilen tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinde hastaların beklentilerini karşılamak, tıbbi hatalardan uzak, günün gelişmiş tanı ve tedavi olanaklarını kullanmak, kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunmak sağlık kurumunun amacı olmalıdır. Kalite, sağlık sektöründe değişik paydaşlar için değişik anlamları barındırmaktadır. Kaliteyi sisteme üstün kılmanın yöntemi, farklı paydaş

beklentilerinin önemsenerek takibe alınmasıdır. Tedarikçilerin, hastaların ve çalışanların farklı beklentileri arasında kesinlikle bir denge oluşturulmalı ve hesap verebilir özellikleri olan bir sistem meydana getirilmelidir. Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin yükselmesi TKY konusunun önemli olduğuna işaret eden faktörlerdendir (55).

Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı sayesinde gerçekleştirilebilecek bir amaç şeklinde ele alınmalıdır. Kalite yönetimi; önceki bölümde de anlatıldığı gibi kısaca, organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir şekilde geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve bununla beraber kalite güvence sistem standartlarının meydana getirilmesini hedefleyen yönetim anlayışı şeklinde ifade edilebilir. Bu durumun sağlık sektöründeki karşılığı ise kısaca “hasta ve çalışan mutluluğu” olarak açıklanabilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, aralıksız ve güler yüzlü hizmet, sağlıklı hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. hastanın; etkin-adil yönetim, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları vb. çalışanın, memnun olmasını sağlayacak faaliyetler olarak sağlıkta kalitenin en temel unsurlarıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının bir boyutu olan klinik kalite, toplumun sağlık seviyesi ve sistemin bütünlüğüne olan güveni, sağlık hizmetlerine kolay erişilebilirlik ve süreklilik, harcamalarının karşılanmasında finans güvenliği, hizmeti seçebilme özgürlüğü şeklinde açıklanabilir. Ulusal düzeyde sağlık hizmetleri sunumundan sorumlu olan devlet tarafından sağlık sistemi içinde bulunan hizmet programlarının iyileştirilmesi, yönetilmesi, sağlık politikalarının periyodik olarak makro düzeyde incelenmesi, ülke içinde hizmet veren sağlık kuruluşlarını düzenli bir şekilde bilgilendirmeleri ve denetlemeleri toplumun sağlık seviyesinin iyileştirilmesini sağlar. Sorumluların bu görevlileriyle beraber, sağlık hizmet görevlilerinin istek ve beklentilerinin karşılanması, teşhis ve tedavi imkânlarının gerçekleştirilmesi, halkın sağlık durumunun dikkatli bir şekilde takip edilmesi, hasta haklarına uyulmasını sağlamak bulunmaktadır.

Birimlerin iyileştirme ve geliştirme tavsiyelerine destek vermek, başarılı olan takımları mükafatlandırmak, organizasyonun yapısal gelişimini sağlamanın yanında personelin bilgi ve becerisinin yükselmesinde de çok önemli bir etkidir. Personelin görev tanımları, faaliyetlerle alakalı politika ve prosedürlerin yazılı duruma getirilmesi, performans ölçüm kriterleri, izleme, değerlendirmelerin düzenli bir şekilde gerçekleştirilmesi başarılı bir yönetim ve kaliteli bir netice için önem arz etmektedir.

2.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar:

TKY uygulamasının sağlık hizmetlerinde sağlayacağı yararlar şunlardır (56).

- Müşteri (hasta) istek ve beklentilerine önem vererek “müşteri (hasta) odaklı yönetim” anlayışına dönüşür.
- Ekip çalışması, uzlaşmaya dayalı karar verme yaklaşımları önem kazanır.
- Problemler ortaya çıkmadan, hataları kaynağında bulup önleyen sıfır hatalı üretim anlayışı geçerli olur.
- İş ile ilgili sürekli eğitime önem veren kurumlarda eğitimli personel istihdam edilir.
- İnsan kaynaklarının sürekli geliştirilmesine önem verilir.
- Denetim ve kontrollerin yerini, toplam süreç kontrolü alır. Çalışan kendisini denetler.
- Sağlık yöneticileri bütün çalışanların katıldığı toplantılarda beyin fırtınası yapılarak karar verirler.
- Sağlık yöneticileri ve çalışanlarla işbirliği, destek ve yardım sağlayan liderlik anlayışına dönüşüm olur.
- Hiyerarşiden kaynaklanan biçimsel yetkiden çok profesyonel uzmanlığa önem verilir.
- Yatay örgütlenme modeli uygulanır ve sorumluluklar çeşitli birimlerdeki ekipler arasında dağıtılır.
- Liyakat sisteminin geçerli olduğu, işe giriş ve yükselme kriterlerinin açık ve adil olduğu bir anlayış hakim olur.
- Açık ve belirli olmayan değerler ve ilkeler, açık ve tutarlı, vizyon, misyon ve değerler haline dönüşür. Kurum çalışanları, kurumun vizyonu, misyonu ve değerlerini paylaşır.
- Rutin programların yerini stratejik planlama alır.
- Çalışanların özellikleri ve performansına dayalı ücret politikası uygulanır. Maaş ve fazla mesai ücreti dışında, başarı ve yüksek performansın ödüllendirildiği bir anlayışa yönelinir.
- Çalışanların esnek istihdam politikası uygulanır.
- Sağlık yöneticileri yetki devretme, güven, karşılıklı işbirliğine dayalı yönetim anlayışı politikası güder.
- Sorunların çözümünde gerektiğinde bireysel karar alarak, üstleriyle işbirliği yapmaya özen gösterirler

2.3.2. Sağlık Kuruluşlarında Kalitenin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ondokuzuncu yüzyıl da İngiltere’de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapan Florans Nightingale ile gündeme gelmiştir (57). 1910 yılında Flexner tıbbi bakımın yetersizliğinin eğitim eksikliği nedeniyle kaynaklandığını görmüş ve bakım dışındaki olaylara dikkatini vermiştir. Örnek olarak, gerekli olmayan cerrahi müdahale, yeterli olmayan hastane olanakları gibi problemlerle ilgilenmiştir. Daha sonra, Ernest Codman’ın yazmış olduğu kitapta hasta bakımını, teknik hataları, yeterli olmayan cerrahi müdahaleleri, eksik alet bakımını incelemiştir.

1913 yılında Franklin Martin’in destek ve ısrarı sonucunda Amerikan Cerrahlar Okulu kurulmuştur ve 1917 yılında bu okul “Hastanelerde Minimum Standart’ı” geliştirmiştir. Geliştirilen bu ilk standartlar sadece bir sayfadan ibarettir. 1918 yılında geliştirilen bu standardı 692 hastaneden yalnızca 89’u takip etmiştir. 1920-1950 seneleri arasında kalite sağlama (kalite güvencesi) faaliyetleri başlamıştır. Hastane organizasyonunu düzeltme, mezuniyet sonrası hekimlerin tıbbi eğitiminin geliştirilmesi gibi sebeplerle bakımda ihmaller oluşmaya başlamıştır. 1940-1950 Lembcke ve asistanları kamu hastanelerinde gereksiz ameliyatları incelemişlerdir, bu incelemelerin sonucunda bu tür ameliyatlarda düşüş görülmüştür.

1952 yılında Amerikan Tıp Birliği, Amerikan Hastaneler Birliği, Amerikan Cerrahlar Koleji ve Amerikan Doktorlar Koleji JCAHO’u (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization) kurmuşlardır. Bu kurumun kurulmasıyla beraber standartlarla alâkalı olan tüm faaliyetler kuruma devredilmiştir.

1952-1965 yılları arasında JCAHO hastanelere sertifika vermeye başlamış ve zamanla gücünü yükselterek yetki alanı daha da genişlemiştir. 1965 yılından sonra ise bir hastanede çalışan hekimlerden biri kalite standartlarıyla uyuşmayan bir müdahale gerçekleştirdiği için yükümlü tutulmuş, bunun sonucunda da personeli de hasta bakımı ve tedavisini yakından takip etmeyi mecburi kılan kurallar oluşturulmuştur (58). Yine ABD liderliğinde, maliyetleri düşürme ihtiyacı ve 1970’li yıllardan itibaren hatalı tedavilerin sonucunda oluşan şikayetler adli davalara dönüşmüştür (58). Bu gibi nedenlerle hastaneleri kontrol eden çeşitli kurumlar kurulmuş, bu kurumlar bütün sağlık personelinin kontrol etmeye başlamıştır. Kalite sağlama sistemlerinin ortaya çıkması ile denetim gereği de gündeme gelmiş, hastanelerin sorumlulukları yasalarla ve yönetmeliklerle belirlenmiştir. Sağlık sigortasının gelişmesi, artan

mali yükler ve hizmetlerin gittikçe daha fazla kısmının ücretle bağlı olması yasal ortamın değişmesine doktorla birlikte kurumlarında sorumlu tutulmasına etki etmiştir. Böylece kalite sağlamada sorumluluk hekimlerden hastane yönetimine geçmiştir.

JCAHO 1991 yılında sürekli iyileştirme sürecini sağlık hizmetleri kalitesini iyileştirmede etkili bir yöntem olarak kabul ederek 1 Ocak 1992’de yürürlüğe giren yeni standartlarına eklemiş ve hastane yöneticilerin Sürekli İyileştirme yöntemleri ile ilgili eğitimden geçmelerini standartlarının içine eklemiştir.

1993 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, 3303 hastanenin %69’unda TKY ve sürekli iyileştirme yer almaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre (57);

- TKY uygulanan hastaneler TKY uygulamayanlara oranla daha yüksek oranda tatmin sağlamaktadır.
- Yönetim kurulunda yer alan üyelerin kalite sorunlarında daha aktif bir tutum sergiledikleri görülmüştür.
- İnsan kaynaklarının geliştirilmesi ve finansal sonuçlar bakımından daha pozitif etkiler algıladıkları anlaşılmıştır.
- Hastalarla alakalı olan bazı verilerde istatistiksel bakımdan anlamlı iyileşmeler tespit edilmiştir.
- TKY uygulamayan hastanelere oranla daha yüksek maliyet tasarrufu yaptıkları saptanmıştır.

Türkiye’de ise 1990’lı yıllarda SSK hastanelerinde başlayan TS EN ISO 9001 kalite yönetim sistemiyle sağlık sistemine giriş yapan kalite sağlıkta dönüşüm programı ve sağlık kurumlarının tek çatı altında birleşmesinden sonra hızlı bir ivme kazanmıştır. Önceleri hastanelerde kalite denetimleri Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından yapılmıştır. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri olan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde Mayıs 2007 tarihinde Sağlık bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur. Böylece sağlık bakanlığının bütün kalite faaliyetleri bu başkanlık tarafından yürütülmeye başlatılmış ve Eylül 2009 tarihinden itibaren Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde geçerek 19 Mart 2012 tarihine kadar kalite çalışmalarına devam etmiştir. Bu tarihten sonra 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin

varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Bu başkanlık tüm ülkeyi kapsayan, hasta ve çalışan güvenliğini esas alan; üniversite, özel ve kamu hastanelerini kapsayan hastane hizmet kalite standartları belirleyerek toplam 621 standart oluşturmuştur. Daha sonra oluşturulan “Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane seti” ile bu standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirilmiştir. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyuta ise hasta ve çalışan güvenliği yerleştirilmiştir. Dört dikey boyutu kapsayan hasta ve çalışan güvenliği kalitenin hasta ve çalışan güvenliğinden ayrı düşünülemeyeceğinin bir kanıtı olmuştur (59). Bu süreç içerisinde kendi içlerinde yürüttükleri kalite çalışmaları ile yetinmeyip dış kuruluşlardan kalite veya akreditasyon belgesi alan sağlık kurumları da olmuştur. Böylece JCI tarafından akredite edilerek uluslararası akreditasyon belgesi alan, ISO 9001-2008 Kalite Güvence Sistemi belgesi alan ve/veya EFQM Mükemmellik Modeli uygulayarak ödül alan hastaneler bulunmaktadır. Ancak 06.08.2013 tarihinde Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair yönetmelik yürürlüğe girmesiyle, kamuda ve özel sektörde sağlık hizmeti sunmakta olan bütün sağlık kurum ve kuruluşlarını sağlık bakanlığının kalite standartlarına göre değerlendirilmeye başlanmıştır.

2.3.3. Sağlıkta Akreditasyon

Akreditasyon uygunluk değerlendirme kuruluşlarınca gerçekleştirilen çalışmaların ve dolayısıyla bu çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb) güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite altyapısıdır. Başka bir tanıma göre akreditasyon, bir organizasyonun örnek olarak bir hastanenin, programın ya da grubun standartlar veya kriterler ile olan uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını kapsayan resmi bir işlemdir. Akreditasyon standartlar sürecidir. Bir standart, bir kuruluş veya bireyin kabul edilebilir performans düzeyini tarif eder. Başka bir tanımla standart, “belirli bir amacın gerçekleştirilebilmesi için gerekli ve yeterli nitelik düzeyi olarak da tanımlanabilir”. Bu tanımlara göre, akreditasyon kurum amacına uygun olarak yetkili bir otorite tarafından önceden belirlenmiş standartlar çerçevesinde yeterliliğinin saptanmasıdır (58). Standartların formülasyonunda Maxwell’in (1992) ortaya koyduğu altı boyut kullanılır. Etkinlik, kabul edilebilirlik, verimlilik,

erişilebilirlik, eşitlik ve uygunluk olan bu altı boyut sağlık sektörü için son derece mantıklı bulunsa da, pratikteki yorumlama güçlükleri nedeniyle yaygın olarak Donabedian'ın metodolojisi (altyapı, süreçler ve çıktılar) kullanılmaktadır (57). JCI, Akreditasyon tanımını şu şekilde yapmıştır; "Sağlık kuruluşundan ayrı ve müstakil, çoğunlukla resmi kimliği olmayan bir birimin, sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gereksinimi karşılayıp karşılamadığını değerlendirdiği bir süreçtir"

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951 yılında Amerika Birleşik Devletleri'n de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Joint Commision on Accreditation of Hospitals" (JCAH) olarak kurulmuştur. Bu müessesenin faaliyetleri 1913 yılında kurulan AmericanCollege of Surgeons tarafından 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyon programının devamı şeklinde kabul edilmektedir. Ardından 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları akreditasyonu içinde akreditasyon programları ihtiyacı ile komisyonun ismi "Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations " (JCAHO) olarak değiştirilmiştir. 1959 yılında Canadian Medical Association JCAHO'dan çekildi ve Kanada'da ulusal akreditasyon organizasyonu kuruldu. Ulusal akreditasyon kuruluşları Avusturalya'da 1973 yılında ve Yeni Zelanda'da ise 1987 yılında kuruldu. İngiltere'de 1988 yılında Güneybatı Bölgesel Sağlık Otoritesi tarafından küçük devlet hastanelerini denetlemek amacıyla Bristol Üniversitesi'nde hastane akreditasyon programı başlatıldı. Günümüzde yaklaşık 40 ülkede akreditasyon programları uygulanmaktadır.

2.3.3.1. Akreditasyonun Amaçları (58)

Sağlık sektöründe akreditasyonun başlıca amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Tarafsız ve bağımsız bir dış kaynak tarafından hastanenin incelenmesi ve bu şekilde sağlık hizmetlerinde yüksek standartlara ulaşma ile birlikte organizasyonun ve bireylerin kalite iyileştirme konusu üzerine odaklanmalarını sağlamak,
- Sağlık kuruluşunun, yeterliliğinin ve güvenilirliğinin göstergesi ve hem ulusal hem de uluslararası düzeyde saygınlık elde etmesi,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,

- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkinliği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltmak,
- Sağlık kuruluşlarına, yöneticilerine ve çalışanlarına, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve "en iyi uygulamalar" konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak,

2.3.3.2. Akreditasyonun Unsurları (58)

Akreditasyonda, akredite eden kuruluş standartları oluşturmakta ve akredite edilecek olan kuruluşun bu standartları minimum düzeyde de olsa yerine getirdiğini onaylamaktadır. Akreditasyon sistemlerinin temelinde üç ana unsur yer almaktadır. Bunlar:

- Akreditasyon Kriterleri: Amaçlara uygun, tüm hizmet alanlarını kapsayan, süreçlere odaklı, uluslararası standartlar oluşturulmalıdır.
- Tarafsız-Bağımsız ve Yetkin Denetim Yeteneği: Yapılan çalışmaların standartlarla uygunluğunu belirlemek üzere seçilmiş ve eğitilmiş bağımsız denetçi kurum ve kişiler gereklidir. Denetçi heyetlerinin üyeleri, denetlenen alanla ilgili ihtisas sahibi olmasının yanı sıra denetim teknikleri ve bilgisine sahip olan kişilerden oluşmalıdır.
- Akreditasyon kurulu: İçinde kuruluşun yöneticileri ve çalışanlarında bulunduğu temsilciler grubu olmalıdır.

Akreditasyonun bu üç unsuru ülkeden ülkeye yasalar, yönetmelikler ve alanın alt yapısına göre farklılık gösterebilir.

2.3.4. Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyonda Mevcut Durum (59):

Kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hastaneler açısından önemli bir görev haline gelmiştir. Kalite çalışmalarının devam ettiği sırada akreditasyon konusunda 2001 yılında Sağlık Bakanlığı JCI aralarında memorandum imzalamışlardır. Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründeki bilgi ve deneyimi bütünleştirerek sistemin daha güçlü ve sağlam olarak yapılandırılması için dünyada en çok onaylanan uluslararası standartlar olan, JCI hasta odaklı ve organizasyonel kriterlerini esas alan bir yaklaşımı benimsemiştir.

Sağlık Bakanlığı ile JCI arasında işbirliği yapılarak;

- Ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması

- Standart geliştirme
- Kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi
- Denetçilerin eğitimi
- Veri tabanı meydana getirilmesi için gayret gösterileceğini taahhüt etmiştir

Sağlık Bakanlığı bu çalışmaların arkasından, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi kurularak sağlık sektöründeki tüm paydaşların da söz sahibi olduğu, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer bir yapıda oluşturulmasını sağlamak amacıyla 2013 yılında SB ve ISQua (The International Society for Quality in Health Care) arasında protokol imzalanmıştır. ISQua, eğitim, araştırmalar, işbirlikleri ve kanıta dayalı bilgilerin paylaşılması yollarını kullanarak, tüm dünyada sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sürekli iyileştirilmesi çabalarının öncüsü olarak tanınan bir organizasyondur. Aralarında JCI'ında bulunduğu birçok akreditasyon sistemini akredite eden en saygın kuruluş olarak tanınır.

ISQua ile 2013-2014 akreditasyon protokolü çerçevesinde,

- 1- SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) Hastane Setinin akreditasyonu
- 2- SAS Değerlendirici Eğitim Setinin akreditasyonu
- 3- SAS-ADSM (Ağız Diş Sağlığı Merkezi) akreditasyonu
- 4- Kurumsal Yapının akreditasyonu

yapılması planlanmıştır. SAS'ın hazırlanmasında; uluslararası gelişmeleri dikkate alan, Türkiye'deki sağlıkta kalite alt yapısı ile uyumlu, tüm kurumsal hizmet alanlarını kapsayan, amaca uygun, hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, kurumlarda inovasyonu teşvik eden bir set oluşturulması amaçlanmıştır. İlk olarak 7 boyut, 34 bölüm 59 standart, 238 değerlendirme ölçütünden oluşan SAS'ın hedefleri; hasta güvenliği, etkililik, etkinlik, sağlıklı çalışma yaşamı, verimlilik, uygunluk, zamanlılık, hakkaniyet ve sürekliliktir.

ISQua ile yapılan çalışmalar sonucunda SAS Hastane Setinin akreditasyonu, SAS Değerlendirici Setinin akreditasyonu ve son olarak 4 Aralık 2014 tarihinde SAS – ADSM akreditasyonundan sonra, SB tarafından bakanlıkça bu aşamaya getirilen akreditasyon faaliyetlerinin 26 Kasım 2014 tarihinde yayınlanan kanun ile yürürlüğe konulan TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) bünyesinde kurulacak Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü ile devam edileceği ifade edilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı araştırma modeli ile yapılmıştır. Tanımlayıcı araştırma, bir problemle ilgili durumları, geçmiş veya mevcut olayları, kavramları, ilişkileri açıklamaya

alışan bir araştırma modelidir. Buna bağlı olarak çalışmada ele alınan hastanelerin çalışan güvenliği ve sağlığı açısından mevcut olan durumları irdelenmeye çalışılmış; bununla birlikte hastanelerin doğumhanelerinde çalışanların iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına tutulma durumları ve bunları etkileyen nedenler incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Nisan - Haziran 2014 tarihleri arasında İzmir ilinde bulunan Buca Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastaneleri doğumhane servislerinde yapılmıştır.

3.3. Evren ve rneklem

Araştırma 2014 yılında İzmir ilinde faaliyet gösteren Buca Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastaneleri doğumhane servislerinde çalışmış ve çalışan ebe ve hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmada kullanılacak en az örnek sayısı Epilnfo Statcalc programı kullanılarak evren 999,999 kişi, beklenen sıklık %50.0 standart sapma % 10.0 ve %95 güven aralığında 96 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya alınma ltleri ‘‘araştırmanın yapıldığı tarihte doğumhanede aktif olarak çalışıyor olmak ya da son beş yıl içerisinde doğumhanede en az bir yıl çalışmış olmak’’ olarak belirlenmiş ve araştırmanın yapıldığı hastanelerde araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 91 kişi araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Materyali

Araştırmada kullanılan materyal yoktur.

3.5. Araştırmanın değişkenleri:

Bağımlı Değişkenler: Yaşanılan iş kazaları ve yakalanılan meslek hastalıkları.

Bağımsız Değişkenler: Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalıştığı kurum, toplam günlük çalışma saati, çalışılan vardiya saatleri, toplam meslekte çalışma yılı, verilen iş güvenliği eğitimleri, koruyucu ekipman kullanma alışkanlıkları

3.6. Veri toplama araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak, araştırmacı tarafından kaynak doğrultusunda hazırlanan 10 sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formu ve yine güvenilirliği ile geçerliliği araştırmacı tarafından hazırlanmış toplam 10 sorudan oluşan iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili değerlendirme ve tutuma yönelik anket formu mevcuttur.

İkinci bölüm anket formu hastane doğumhanelerinde çalışanların kurumlarında iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma durumlarına yönelik sorular ve konu ile ilgili tutumlarının belirlenmesi için çeşitli ifadeler içermektedir. Anket, doğumhane ebe ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

“İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Değerlendirme ve Tutum” un ölçüldüğü ikinci bölümün 8. sorusu 23 maddelik, seçenekleri 5’li Likert ölçeğinde düzenlenmiş: “her zaman”, “genellikle”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” şeklinde olan değerlendirmeler olarak yer almaktadır. Her zaman seçeneğine 5, hiçbir zaman seçeneğine 1 puan verilerek hesaplanmıştır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Zaman Çizelgesi										
(2013-2014)										
Yapılacak İş	Eylül	Kasım	Ocak	Mart	Nisan	Mayıs Haziran	Temmuz Ağustos	Eylül Ekim	Kasım Aralık	Ocak2015 Mayıs2015

Ön Kaynak Taraması	×	×								
Tez Konusunun Başlığının ve Çerçevesinin Belirlenmesi	×	×								
Kaynak Taraması		×	×							
Akreditasyon Formlarının Oluşturulması				×						
Etik Kurula Başvurulması				×						
Tez Önerisinin Enstitüye Teslim Edilmesi					×					
Sonuçlarının Analizi						×	×			
Tez Yazımı								×	×	×
Genel değerlendirme									×	×
Tezin Sunumu										×

3.8. Verilerin değerlendirilmesi:

Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayarda Statistical Package for Social Sciences 22.0 (SPSS) paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturuldu. Bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki-kare analizi, post hoc testi, lojistik regresyon analizi yapıldı. Değişkenler arasındaki bağımsızlık kontrolleri Ki-kare testi ile yapıldı. $p < 0.05$ olduğunda sonuç anlamlı olarak değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları:

Bu araştırma, 2014 yılında İzmir ilinde faaliyet gösteren BKDÇH, İTEAH, İKÇÜAEAH, ve DEÜH'leri doğumhane ve servislerinde görevli çalışanlarla sınırlıdır. Araştırmanın yapıldığı tarihte araştırma yapılan hastanelerde araştırmaya alınma ölçütlerine uyan toplam çalışan sayısı 91 olduğundan hesaplanan 96 kişilik örnek sayısı yerine 91 kişi ile yapılarak hedeflenen örnek sayısının %94,8'ine ulaşılmıştır. Araştırma bulgularının sonuçları örnek sayısı ile sınırlıdır. Verileri değerlendirme ölçeği, araştırmacının belirleyeceği ölçek ile sınırlıdır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Etik Kurul onayı DEÜ girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 11.06.2014 tarih, 5 karar no, DEU.HSI.MSc-2012970120 kod ile onay alınmıştır.

(Bkz Ek2).

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın Hipotezleri:

Hipotez 1: Çalışanların iş kazası oranları yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanların iş kazası oranları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Çalışanların iş kazası oranları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 2: Çalışanların iş kazası oranları çalıştığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H0: Çalışanların iş kazası oranları ile çalıştığı kuruma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Çalışanların iş kazası oranları ile çalıştığı kuruma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 3: Çalışanların iş kazası oranları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H0: Çalışanların iş kazası oranları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Çalışanların iş kazası oranları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 4: Çalışanların iş kazası oranları toplam çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H0: Çalışanların iş kazası oranları ile toplam çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Çalışanların iş kazası oranları ile toplam çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 5: Çalışanların iş kazası oranları ile günlük çalışma saat sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H0: Çalışanların iş kazası oranları ile günlük çalışma saat süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur

H1: Çalışanların iş kazası oranları ile günlük çalışma saat süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 6: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri iş kazası oranlarını düşürmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri ile iş kazası oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri ile iş kazası oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 7: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma olasılıkları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma olasılıkları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma olasılıkları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 8: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları çalıştığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile çalıştığı kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile çalıştığı kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 9: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 10: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları toplam çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile toplam çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile toplam çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 11: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları günlük çalışma saat sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile günlük çalışma saat süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile günlük çalışma saat süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 12: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri meslek hastalığına yakalanma oranlarını düşürmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

H₀: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri ile meslek hastalığına yakalanma oranlarını arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri ile meslek hastalığına yakalanma oranlarını arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 13: Çalışanların koruyucu ekipman kullanım oranlarıyla iş kazası geçirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₀: Çalışanların koruyucu ekipman kullanım oranlarıyla iş kazası geçirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H₁: Çalışanların koruyucu ekipman kullanım oranlarıyla iş kazası geçirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır

4.2. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

4.2.1. Katılımcıları Tanımlayıcı Bilgiler

4.2.1.1. Demografik Bilgiler

Araştırmaya katılan doğumhane çalışanlarının tanımlayıcı bilgileri ve % değerleri Tablo7’de verilmektedir. Buna göre katılımcıların %74,8’inin ebe, %25,2’sinin hemşire olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde % 14’3’ünün lise, % 24,2’sinin ön lisans, 57,1’inin lisans, % 4,4’ünün lisansüstü eğitim düzeyinde oldukları görülmektedir. Katılımcıların % 2,2’sinin 18-24 yaş, % 30,8’inin 25-34 yaş, %46,2’sinin 35-44 yaş, %20,9’unun 45-54 yaş grubundadır.

Tablo 7: Doğumhane çalışanlarının demografik bilgileri

	Değişken	n (91)	%
Meslek	Ebe	68	74.8
	Hemşire	23	25.2
Yaş	18-24	2	2.2
	25-34	28	30.8
	35-44	42	46.2
	45-54	19	20.9
Eğitim Durumu	Lise	13	14.3
	Ön lisans	22	24.2
	Lisans	52	57.1
	Yüksek Lisans	4	4.4

4.2.1.2. Araştırmaya Katılanların Kurumlarına ve Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

Tablo 8’de görüldüğü gibi Katılımcıların çalıştıkları kurumlar incelendiğinde, %31.9’unun İTEAH’ sinde, %20.9’unun İKÇÜAEAH’ sinde, %12.1’inin DEÜH’ sinde, %35.2’sinin BKDÇH’ sinde çalıştıkları görülmektedir. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri incelendiğinde % 9.9’unun 5 yıl ve altında, % 5.4’ünün 6-0 yıl, % 20.9’unun 11-15 yıl, %53.8’inin 15 ve üzeri ebeklik mesleğini devam ettirdikleri görülmektedir. Katılımcıların kurumda çalışma süreleri incelendiğinde %34.1’inin 5 yıl ve altında, %19.8’inin 6-10 yıl arasında, %16.5’inin 11-15 yıl arasında, %29.7’sinin 15 yıl ve üzerinde olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların doğumhanedeki çalışma süreleri incelendiğinde % 42.9’unun 5 yıldan az, % 20.9’unun 6-10 yıl, % 18.7’sinin 11-15 yıl, %17.6’sının 15 yıl ve üzeri çalıştıkları görülmektedir. Burada eğitim kadar tecrübeye gerektiren ebeklik mesleğinde doğumhanede çalışma süresi olarak %42.9 gibi yarıya yakın bir oranla beş yıl ve altında olması dikkat çekicidir.

Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Mesleki Verileri

	Değişken	n (91)	%
Kurum	TEAH	29	31.9
	DEU	11	12.1
	İAEAH	19	20.9

	BKHÇH	32	35.2
Kurumda çalışma yıl aralığı	0-5	31	34.1
	6-10	18	19.8
	11-15	15	16.5
	15+	27	29.7
Doğumhanede çalışma yıl aralığı	0-5	39	42.9
	6-10	19	20.9
	11-15	17	18.7
	15+	16	17.6
Mesleki Kıdem	0-5	9	9.9
	6-10	14	15.4
	11-15	19	20.9
	15+	49	53.8

4.2.1.3. Araştırmaya Katılanların Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı

Tablo 9'a göre katılımcıların haftalık çalışma saatleri incelendiğinde %34.1'inin haftada 40-44 saat, %40.7'sinin 45-49 saat, %9.9'unun 50-54 saat, %15.4 ünün 55 saat ve üstü çalıştıkları görülmüştür. Katılımcıların günlük çalışma saatlerine (vardiya) bakıldığında çalışanların %52.7'sinin, hem 08-16 saatleri arasında hem de resmi tatil günlerinde yirmi dört saatlik nöbetler şeklinde, %17.6'sının, 08-08 saatleri arasında; sadece yirmi dört saat nöbetlerine gelerek, %29.7'sinin, karışık şekilde tüm vardiyalara gelerek aylık mesai tamamlama gerektiğinde artı nöbet şeklinde çalıştıkları gözlenmiştir.

Tablo 9:Haftada çalışma saati aralığı ve günlük çalışma saatleri (vardiya)

		n	%
Çalışma saati	40-44	31	34.1
	45-49	37	40.7
	50-54	9	9.9
	55+	14	15.4

Vardiyalar	08-16	48	52.7
	08-08	16	17.6
	Diğer	27	29.7

4.2.1.4. İş kazası geçirme durumlarıyla ilgili bulgular:

Araştırmaya katılan personelin %33.0'ı çalışmaya hayatı boyunca en az bir kere iş kazası geçirdim derken, %61'si hiç iş kazası geçirmedi demıştır. İş kazası geçirdim diyenlerin %13.3'ü hemşire, %86.7'si ebedir. Çalışanların %42.8 gibi büyük bir kısmı 0-5 yıl arası bir süre doğumhanede çalışmıştır. 'Hastanede sıkça iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimler veriliyor mu?' sorusuna çalışanların %58.2'si evet derken, % 42.8'i hayır cevabını vermiştir. 'Hastanenizde belirli aralıklarla genel bir sağlık muayenesinden geçiyor musunuz?' sorusuna, çalışanların %58.2'si evet derken, % 42.8'i hayır cevabını vermiştir. Eğer iş kazası geçirdiyseniz, iş kazası geçirdikten sonra istirahat raporu aldınız mı? Sorusuna çalışanların % 7,7'si aldım, %92.3'ü almadım şeklinde cevap vermiştir. 'Hastanede hiç kesici delici alet yaralanması yaşadınız mı?' sorusuna %62.6'sı evet yaşadım, %37.4'ü hayır yaşamadım şeklinde cevap vermiştir. Hastane kaynaklı viral enfeksiyon geçirdiniz mi? Sorusuna %28.6'sı evet geçirdim, %71.4'ü hayır geçirmedi şeklinde cevap vermiştir.

4.2.1.4. Meslek hastalığına yakalanma durumlarıyla ilgili bulgular:

“Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?” sorusunu %57.1'i evet yakalandım derken, %42.9'u hayır yakalanmadım şeklinde yanıtlamıştır. 'Eğer meslek hastalığına yakalandıysanız lütfen aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisine/ hangilerine yakalandığınızı belirtiniz.' Sorusunda bel ağrısı şikkını, bütün personelin %45.1'i, meslek hastalığına yakalandım diyenlerin, % 71.2'si işaretlemiştir. Varis şikkını bütün personelin %45.1'i, meslek hastalığına yakalandım diyenlerin % 67.3'ü işaretlemiştir. Stres şikkını, bütün personelin %45.1'i, meslek hastalığına yakalandım diyenlerin % 69.2'si işaretlemiştir. Panik atak şikkını, bütün personelin %14.3'ü, meslek hastalığına yakalandım diyenlerin %

21.2'si işaretlemiştir. Lateks alerjisi şikkını, bütün personelin %12.1'i, meslek hastalığına yakalandım diyenlerin % 19.2'si işaretlemiştir. Boyun ağrısı şikkını, bütün personelin %42.9'u, meslek hastalığına yakalandım diyenlerin % 59.6'sı işaretlemiştir. El-bilek ağrısı şikkını bütün personelin %40.7'si, meslek hastalığına yakalandım diyenlerin %61.5'i işaretlemiştir. Bunların dışında meslek hastalıklarının %5.5'lik kısmına gelen diğer bölümüne, %1.1'ini diyabet, %1.1'ini hipertansiyon,%1.1'ini, baş ağrısı,%1.1'ini, tiroit %1.1'ini diyabet+hipertansiyon şeklinde belirtilmiştir. Bu analizlere göre doğumhanede çalışan ebe-hemşirelerde en fazla görülen meslek hastalıklarından bel ağrısı, varis ve stres eşit oranda görülmüş, , ardından boyun ağrısı, el bileği eklem ağrısı, panik atak ve en az görülen hastalıkta lateks alerjisi olmuştur.

Tablo 10: Yakalanılan Meslek Hastalıkları

	Meslek hastalığına yakalanan			
	Bütün personel		personel	
	n	%	n	%
Bel ağrısı	41	45.1	37	71.2
Varis	41	45.1	35	67.3
Stres	41	45.1	36	69.2
Lateks Alerjisi	11	12.1	10	19.2
Boyun Ağrısı	39	42.9	31	59.6
El-Bilek ağrısı	37	40.7	32	61.5
Panik atak	13	14.3	11	21.2

4.2.1.5. Koruyucu kullanım durumlarıyla ilgili bulgular:

Çalışanların koruyucu kullanımı hakkında ki düşünceleri hakkında verdikleri yanıtlar incelendiğinde çalışanların %6.6'sı koruyucu kullanmak işimi yapmamı her zaman engelliyor, %7.7'si genellikle engelliyor,%30.7'si bazen engelliyor, %31.9'u nadiren engelliyor, %23.1'i hiçbir zaman engel olmuyor yanıtını verdikleri görülmüştür. Çalışanlara sorulan koruyucu kullanmayı gerekli görmüyorum sorusunun yanıtları incelendiğinde çalışanların %4,4'ü her zaman , %11'i genellikle, %13.2'si bazen, %25.3' nadiren, %56.0'ı hiçbir zaman yanıtını vermiştir. Çalışanlara sorulan koruyucu kullanmaktan hoşlanmıyorum sorusunun yanıtları

incelendiğinde çalışanların, %4.4'ü her zaman, %3.3'ü genellikle, %33'ü bazen, %31.9'u nadiren, %27.4'ü hiçbir zaman yanıtını vermiştir.

Tablo 11:Koruyucu Kullanımı ile İlgili Düşünceler

	Koruyucu kullanmaktan hoşlanmıyorum		Koruyucu kullanmak isimi yapmama engel oluyor		Koruyucu kullanmayı gerekli görmüyorum	
	n	%	n	%	n	%
Her zaman	4	4.4	6	6.6	4	4.4
Genellikle	3	3.3	7	7.7	1	1.1
Bazen	30	33.0	28	30.8	12	13.2
Nadiren	29	31.9	29	31.9	23	25.3
Hiçbir zaman	25	27.5	21	23.1	51	56.0
Toplam	91	100.0	91	100.0	91	100.0

4.2.1.6. Risklere ait bulgular:

Çalışanlara sorulan doğumhanede maruz kalınan risklerin maruziyet düzeyini belirlemek için sorulan likert ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde anestezi gazlarına maruz kalma riski sorusunu çalışanların %5.5'i, her zaman, %5.5'i genellikle, %48.4'ü, bazen, %27.5'i, nadiren, %13.2'si hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır.

Çalışanlar doğumhanede delici kesici alet yaralanması ve kaza ile eline iğne batma riskinden sonra en riskli bulunan dezenfektanlara maruz kalma riski sorusunu çalışanların %47.3'ü, her zaman, %33.0'ı genellikle, %14.3'ü, bazen, %4.4'ü, nadiren, %1.1'i hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Böylelikle ortalaması alındığında 1.8 bulunan dezenfektanlara maruz kalma riski her zaman ve genellikle arasında ancak genellikle ye daha yakın bir şekilde yanıtlanmıştır.

Elektrik çarpmasına maruz kalma riski sorusunu çalışanların %7.7'si her zaman, %4.4'ü genellikle, % 19.8'i bazen, %49.5'i nadiren, %18.7'si hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Elektrik çarpmasına maruz kalma riski sorusunun yanıtı 3.7 ortalama ile bazen ile nadiren

arasında ancak nadirene daha yakın bir şekilde yanıtlanmıştır. Verilen yanıtlar arasında doğumhanede maruziyet riski en az olan etilen oksite maruz kalma riski sorusunu çalışanların %2.2'si her zaman, %3.3'ü genellikle, %16.5'i bazen, %37.4'ü nadiren, %40.7'si hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır.

Etilen oksite maruz kalma riski sorusuna verilen yanıtların ortalaması 4.1 ile nadiren ile hiçbir zaman arasında nadirene daha yakın olarak çıkmıştır. Formaldehite maruz kalma riski sorusunu çalışanların %7.7'si her zaman, %11.0'ı genellikle, %34.1'i bazen, %33.0'ı nadiren, %14.3'ü hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır.

Formaldehite maruz kalma riski sorusuna verilen yanıtların ortalaması 3.3 bazen ile nadiren arasında çıkmıştır. Kaygan zeminde düşme riski sorusunu çalışanların %30.8'i her zaman, %26.4'ü genellikle, %33.0'ı bazen, %8.8'i nadiren, % 1.1'i hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Kaygan zeminde düşme riski sorusuna verilen yanıtların ortalaması 2.2 ile genellikle ile bazen arasında genellikle daha yakın olarak çıkmıştır.

Doğumhanelerde risk maruziyetleri arasında baştan ikinci sırada bulunan kaza ile eline iğne batması riski sorusunu çalışanların %53.8'i her zaman, %28.6'sı genellikle, %14.3'ü bazen, %2.2'si nadiren, %1.1'i hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Kaza ile eline iğne batması riski sorusuna verilen yanıtların ortalaması 1.7 ile her zaman ile genellikle arasında genellikle daha yakın olarak çıkmıştır.

Doğumhanelerde risk maruziyetleri arasında baştan üçüncü sırada bulunan Kesici-Delici alet yaralanmalarına maruz kalma riski sorusunu çalışanların %52.7'si her zaman, %26.4'ü genellikle, %12.1'i bazen, %6.6'sı nadiren, %2.2'si hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Kesici-Delici alet yaralanmalarına maruz kalma riski sorusuna verilen yanıtların ortalaması 1.8 ile her zaman ile genellikle arasında genellikle daha yakın olarak çıkmıştır.

Radyasyona maruz kalma riski sorusunu çalışanların %7.7 her zaman, %4.4'ü genellikle, %17.6'sı bazen, %49.5'i nadiren, %20.9'u hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Bu soruya verilen yanıtların ortalaması 3.7 ile bazen ile nadiren arasında nadirene daha yakın olarak çıkmıştır.

Doğumhanelerde risk maruziyetleri arasında en fazla risk olarak bulunan enfeksiyon riski sorusunu çalışanların %64.8'i her zaman, %16.5'i genellikle, %13.2'si bazen, %5.5'i nadiren, şeklinde yanıtlarken hiçbir zaman şıkkını kodlayan olmamıştır. Enfeksiyon riski sorusuna

verilen yanıtların ortalaması 1,6 ile her zaman ile genellikle arasında genellikle daha yakın olarak çıkmıştır.

Tablo 12. Doğumhanelerde Maruz Kalınan Riskler

Maruz kalınan riskler	Her zaman n(%)	Genellikle n(%)	Bazen n(%)	Nadiren n(%)	Hiç bir zaman(%)	Ortalama ± SD
Anestezi gazları	5 (5.5)	5 (5.5)	44 (48.4)	25 (27.5)	12 (13.2)	3.4 ±1.0
Dezenfektanlar	43 (47.3)	30 (33.0)	13 (14.3)	4 (4.4)	1 (1.1)	1.8±0.9
Elektrik çarpması	7 (7.7)	4 (4.4)	18 (19.8)	45 (49.5)	17 (18.7)	3.7±1.0
Etilen oksit	2 (2.2)	3 (3.3)	15 (16.5)	34 (37.4)	37 (40.7)	4.1±0.9
Formaldehit	1 (7.7)	10 (11.0)	31 (34.1)	30 (33.0)	13 (14.3)	3.3±1.1
Kaygan zemin	28 (30.8)	24 (26.4)	30 (33.0)	8 (8.8)	1 (1.1)	2.2±1.0
Eline iğne batma	49 (53.8)	26 (28.6)	13 (14.3)	2 (2.2)	1 (1.1)	1.7±0.9
Kesici-Delici alet	48 (52.7)	24 (26.4)	11 (12.1)	6 (6.6)	2 (2.2)	1.8±1.0
Radyasyona	7 (7.7)	4 (4.4)	16 (17.6)	45 (49.5)	19 (20.9)	3.7±1.1
Enfeksiyon	59 (64.8)	15 (16.5)	12 (13.2)	5 (5.5)	91 (100.0)	1.6±1.1

4.2.1.7. Olası İş Kazası Nedenlerine Ait Bulgular:

Doğumhane çalışanlarına göre olan maruz kalınan risklere görülme sıklığını belirlemek amacıyla sorulan likert ölçeği sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde acemilik seçeneğinde sıralama yapanların %9.9'u her zaman, %26.4'ü genellikle, %19.8'i bazen, %24.2'si nadiren, %19.8'i hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır.

Dikkatsizlik seçeneğinde sıralama yapanların 13.2'si her zaman, %38.5'i genellikle, %24.2'si bazen, %19.8'i nadiren, %4.4'ü hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Bu verilere göre dikkatsizlik seçeneğinin ortalaması 2.6374 bulunmuştur.

Koruyucu kullanmama seçeneğinde sıralama yapanların 15,4'ü her zaman, %30.8'i genellikle, %33.0'ı bazen, %14.3'ü nadiren, %6.6'sı hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Bu verilere göre koruyucu kullanmama seçeneğinin ortalaması 2.6593 bulunmuştur.

Stres seçeneğinde sıralama yapanların %25.3'ü her zaman, %41.8'i genellikle, %18.7'si bazen, %11.0'ı nadiren, %3.3'ü hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Bu verilere göre stres seçeneğinin ortalaması 2.2527 bulunmuştur

Uzun çalışma saatleri seçeneğinde sıralama yapanların %52.7'si her zaman, %35.2'i genellikle, %5.5'i bazen, %4.4'ü nadiren, %2.2'si hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Bu verilere göre uzun çalışma saatleri seçeneğinin ortalaması 1.6813 bulunmuştur

Yoğun iş temposu seçeneğinde sıralama yapanların %57.1'i her zaman, %34.1'i genellikle, %4.4'i bazen, %2.2'si nadiren, %2.2'si hiçbir zaman şeklinde yanıtlamışlardır. Bu verilere göre yoğun iş temposu seçeneğinin ortalaması 1.5824 bulunmuştur.

Tablo 13'de çalışanlara göre doğumhanelerde yaşanan iş kazalarının nedenlerinin ortalamaları, standart hata ve standart sapmaları verilmiştir. Bu verilere göre doğumhanelerde iş kazası nedenleri olarak sırayla (en çoktan az doğru) yoğun iş temposu, uzun çalışma saatleri, stres, koruyucu kullanmama, dikkatsizlik ve acemilik olarak sıralamışlardır.

Tablo 13. Olası İş Kazası Nedenlerine Ait Bulgular:

İş kazası nedenleri	Her zaman n(%)	Genellikle n(%)	Bazen n(%)	Nadiren n(%)	Hiçbir zaman n(%)	Ortalama (SD)
Acemilik	9 (9.9)	24 (26.4)	18 (19.8)	22 (24.2)	18 (19.89)	3.2±1.3
Dikkatsizlik	12 (13.2)	35 (38.5)	22 (24.2)	18 (19.8)	4 (4.4)	2.6±1.1
Koruyucu kullanmama	14 (15.4)	28 (30.8)	30 (33.0)	13 (14.3)	6 (6.6)	2.7±1.1
Stres	23 (25.3)	32 (41.8)	17 (18.7)	10 (11.0)	3 (3.3)	2.2±1.1
Uzun çalışma saatleri	48 (52.7)	32 (35.2)	5 (5.5)	4 (4.4)	2 (2.2)	1.7±0.1
Yoğun iş temposu	52 (57.1)	31 (34.1)	4 (4.4)	2 (2.2)	2 (2.2)	1.6±0.1

Çalıştığınız kurumda iş kazası riskini azaltmak için Yapılabilecekler:

Çalışanlara, “ sizce çalıştığınız kurumda iş kazası riskini azaltmak için yapılabilecekler nelerdir? Lütfen öncelik durumuna göre 1’den 10’a kadar sıralandırınız.” Şeklinde sorulan soruya verilen yanıtların puanları sürekli değişken olarak analiz edildiğinde; Personel sayısının artırılması tercihini bütün çalışanların %57.1’lik bir kısmı 1. öncelik olarak görmüş ve 1.sıraya koymuştur. Çalışanların %39.6’sı çalışma saatlerinin azaltılması tercihini 1. öncelik olarak görmüş ve 2. sıraya koymuştur. Bunlardan sonra çalışanların %36.3’sı çalışma

ortamının düzenli olması tercihini 1.öncelik olarak görerek, 3. sıraya koymuş, %19.8'i meslek riski tazminatı tercihini ve Çalışma arkadaşları arasında birlik beraberliğin sağlanması tercihini 1. öncelik olarak görmüş ve 4.sıraya koymuş, %15.4'ü Eğitim programlarının düzenlenmesi tercihini 1. öncelik olarak görmüş ve 5.sıraya koymuş, %15.4'ü Belirli aralıklarla genel bir sağlık muayenesinden geçme tercihini 1. öncelik olarak görmüş ve en son sıraya koymuştur.

Tablo 14. İş Kazası Riskini Azaltmak İçin Yapılabilecekler:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sağlık muayenesi	14 (15.4)	5 (5.5)	6 (6.6)	6 (6.6)	23 (25.3)	18(19.8)	8 (8.8)	2 (2.2)	6 (6.6)	3 (3.3)
Meslek riski tazminatı	18 (19.8)	13 (14.3)	16 (17.6)	11 (12.1)	7 (7.7)	9 (9.9)	10 (11.0)	2 (2.2)	2 (2.2)	3 (3.3)
Eğitimler düzenlenmesi	14 (15.4)	7 (7.7)	6 (6.6)	11 (12.1)	16 (17.6)	17 (18.7)	11 (12.1)	6 (6.6)	1 (1.1)	2 (2.2)
Çalışma saati azaltılması	36 (39.6)	19 (20.9)	6 (6.6)	10 (11.0)	7 (7.7)	2 (2.2)	2 (2.2)	3 (3.3)	3(3.3)	3 (3.3)
Ortamının düzenli olması	33 (36.3)	15 (16.5)	22 (24.2)	9 (9.9)	5 (5.5)	2 (2.2)	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (2.2)	3 (3.3)
Birlik beraberliğin sağlanması	18 (19.8)	7 (7.7)	18 (19.8)	12 (13.2)	13 (14.3)	4 (4.4)	11 (12.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	6 (6.6)
Personel sayısının artırılması	52 (57.1)	15 (16.5)	7 (7.7)	2 (2.2)	7 (7.7)	3 (3.3)	5 (5.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

4.2.1.8. Araştırma Hipotezlerinin Analizi (Bağımsız t testi, ki-kare testi)

Sağlık personelinin iş kazası geçirme durumu ile yaş ortalamasına göre değerlendirdiğimizde iş kazası geçiren 30 kişinin yaş ortalaması 40.9 iş kazası geçirmeyen 61 kişinin yaş ortalaması 36.5 bulunmuştur. Yapılan bağımsız t testi sonucuna göre iş kazası geçirenlerin yaş ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,005$). Sağlık personelinin yaş gruplarına göre iş kazalarına maruz kalma durumu incelendiğinde, 18-29 yaş arası çalışanların %8.3'ünün, 30-36 yaş arası çalışanların %19.2'sinin, 37-41 yaş arası çalışanların %40.9'unun, 42 ve üstü yaş grubunun %48.4'ünün iş kazası geçirdiği tespit edilmiş, yaş ilerledikçe iş kazası geçirme oranının arttığı görülmüştür. Çalışan ebe ve hemşirelerin yaşları ile iş kazası geçirme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre 'Hipotez 1: Çalışanların iş

kazası oranları yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.’ H₁ kabul edilmiştir

Tablo 15:Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre İş Kazalarına Maruziyetleri

		Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
		Evet n (%)	Hayır (%)	
Yaş aralığı	18-29	1 (8.3)	11 (91.7)	10,327 (0.016)
	30-36	5 (19.2)	21 (80.8)	
	37-41	9 (40.9)	13 (59.1)	
	42+	15 (48.4)	16 (51.6)	
Toplam		30 (33.0)	61 (67.0)	91 (100.0)

Çalışanların çalıştıkları kurum değişkeni ile iş kazası geçirme oranları incelendiğinde TEAH’ sinde çalışanların %37.9’unun, YEAH’ sinde çalışanların %36.8’inin, DEÜ’ sinde çalışanların %18.2’sinin ve BKDÇH’ sinde çalışanların %31.3’ünün iş kazası geçirdiği tespit edilmiş çalışan ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kurum ile iş kazası geçirme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre ‘Hipotez 2: Çalışanların iş kazası oranları çalıştığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.’ H₁ reddedilmiştir.

Tablo 16:Sağlık Personelinin Çalıştığı Kurum İle İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu

		Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
		Evet n (%)	Hayır (%)	
Kurum	İTEAH	11 (37.9)	18 (62.1)	1,693 (0.638)
	İKÇÜAEAH	7 (36.8)	12 (63.2)	
	İDEUH	2 (18.2)	9 (81.8)	
	İDEUH	10 (31.3)	22 (68.8)	
Toplam		30 (33.0)	61 (67.0)	91 (100.0)

Çalışanların eğitim durumları ile iş kazası geçirme oranları incelendiğinde lise mezunu çalışanların %61.5’inin, ön lisans mezunlarının %36.4’ünün, lisans mezunlarının %23.1’inin, yüksek lisans mezunlarının %50.0’ının iş kazası geçirdiği tespit edilmiştir. Burada yüksek lisans mezunlarının sayı olarak azlığı yüzde oranını artırması nedeniyle anlamlılığı etkilemiştir. İş kazası yaşanması ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre ‘Hipotez 3: Çalışanların iş kazası oranları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.’ H_1 reddedilmiştir.

Tablo 17:Sağlık Personelinin Eğitim düzeyleri ile İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu

		Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
		Evet n (%)	Hayır (%)	
Eğitim	Lise	8 (61.5)	5 (38.5)	7,487 (0.058)
	Ön Lisans	8(36.4)	14 (63.6)	
	Lisans	12 (23.1)	40 (76.9)	
	Yüksek Lisans	2 (50.0)	2 (50.0)	
Toplam		30 (33.0)	61 (67.0)	91 (100.0)

Çalışanların çalışma yılları ile iş kazası geçirme oranları incelendiğinde kurumda 0-5 yıl arası çalışanların %9.7’sinin, 6-10 yıl arası çalışanların %22.2’sinin, 11-15 yıl arası çalışanların %40.0’ının, 15 ve üstü yıl çalışanların%63.0’ının iş kazası geçirdiği tespit edilmiş ve iş kazası geçirme ile kurumda toplam çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre“Hipotez 4: Çalışanların iş kazası oranları toplam çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.” H_1 kabul edilmiştir.

Tablo 18:Sağlık Personelinin Çalışma yılına göre İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu

		Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
		Evet n (%)	Hayır (%)	
Kurumda çalışma yılı aralığı	0-5	3 (9.7)	28 (90.3)	20,812 (<0.001)
	6-10	4 (22.2)	14 (77.8)	
	11-15	6 (40.0)	9 (60.0)	
	15+	17 (63.0)	10 (37.0)	
Toplam		30 (33.0)	61 (67.0)	91 (100.0)

19 no’lu tabloda çalışanların günlük çalışma saatleri vardiya şeklinde düzenlenmiştir. 00 olarak girilen değişken 08- 17 saatleri arası 9 saat çalışan personeli, 1,00 değişkeni ile gösterilen değişik saat ve değişik vardiyalarda çalışan personeli göstermektedir (Bu çalışanlar 08-08, 16-08 ve 08-17 vardialarında karışık şekilde mesai + nöbet şeklinde çalışmaktadırlar). Bu tablo incelendiğinde düzenli çalışma sistemi olan personelin %26.6’sının, karışık vardiya çalışanların %48.1’inin iş kazası geçirdiği tespit edilmiş ve iş kazası geçirme ve günlük

çalışma süreleri arasında statiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre “Hipotez 5: Çalışanların iş kazası oranları ile günlük çalışma saat sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.” H_1 kabul edilmiştir.

Tablo 19: Günlük Çalışma Saatleri İle İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu

		Hiç is kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
		Evet n (%)	Hayır n (%)	
Vardiya	00 08-17	17 (%26.0)	47 (%73.4)	4,004 (0.045)
	01 Diğer	13 (%48.1)	14(%51.9)	
Toplam		30 (%33.0)	61 (%67.0)	91(%100.0)

Çalışanların aldıkları iş güvenliği eğitimleri ile iş kazası geçirme oranları arasındaki ilişki incelendiğinde iş güvenliği eğitimini yeterli bulan 53 kişiden %32.1’inin iş kazası geçirirken, iş güvenliği eğitimini yeterli bulmayan 38 kişinin %34.2’sinin iş kazası tespit edilmiş çalışan ebe ve hemşirelerin iş güvenliği eğitimleri ile iş kazası geçirme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre ‘Hipotez 6: Çalışanlara verilen İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri iş kazası oranlarını düşürmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir. ’’ H_1 reddedilmiştir.

Tablo 20: Alınan İş Güvenliği Eğitimleri İle İş Kazalarına Maruz Kalma Durumu

		Hiç is kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
		Evet n(%)	Hayır n(%)	
Hastanede sıkça is sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimler veriliyor mu?	Evet	17 (32.1)	36 (67.9)	0,046 (0.831)
	Hayır	13 (34.2)	25 (65.8)	
Toplam		30 (33.0)	61 (67.0)	91

Çalışanların meslek hastalarına yakalanmalarıyla yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde, 18-29 yaş arası çalışanların %8.3’ünün, 30-36 yaş arası çalışanların %61.5’inin, 37-41 yaş arası çalışanların % 59.1’inin’ 42 yaş ve üzerinin %71.0’ının meslek hastalandığına yakalandığı tespit edilmiş, çalışan ebe ve hemşirelerin yaşları ile meslek hastalığına tutulma oranları

arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre ‘Hipotez 7: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.’ H_1 kabul edilmiştir.

Tablo 21: Yaş Değişkeni İle Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu

		Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?		χ^2 (p)
		Evet n(%)	Hayır n(%)	
Yaş aralığı	18-29	1 (8.3)	11 (91.7)	14,332 (0.002)
	30-36	16 (61.5)	10 (38.5)	
	37-41	13 (59.1)	9 (40.9)	
	42+	22 (71.0)	9 (29.0)	
Toplam		52 (57.1)	39 (42.9)	91

Çalışanların çalıştıkları kurumlar ile iş kazası geçirme oranları incelendiğinde, TEAH’inde çalışanların %62.1’inin, YEAH’inde çalışanların %63.2’sinin, DEÜ’inde çalışanların %54.5’inin ve BKDÇH’inde çalışanların %50.0’inin meslek hastalığına yakalandığı tespit edilmiş çalışan ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kurum ile meslek hastalıklarına yakalanma oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre ‘Hipotez 8: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları çalıştığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.’ H_1 reddedilmiştir.

Tablo 22: Çalışılan Kurum Değişkenine Göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu

		Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?		χ^2 (p)
		Evet n(%)	Hayır n(%)	
Kurum	İTEAH	18 (62.1)	11 (37.9)	1,265 (0.737)
	İKÇÜAEAH	12 (63.2)	7 (36.8)	
	İDEUH	6 (54.5)	5 (45.5)	
	BKDÇH	16 (50.0)	16 (50.0)	
Toplam		52 (57.1)	39 (42.9)	91

Çalışanların eğitim durumları ile meslek hastalıklarına yakalanma oranları incelendiğinde lise mezunu çalışanların %61.5’inin, ön lisans mezunlarının %68.2’sinin, lisans mezunlarının %50.0’inin, yüksek lisans mezunlarının %75.0’inin meslek hastalığına yakalandığı tespit

edilmiş çalışan ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyleri ile meslek hastalıklarına yakalanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre ‘Hipotez 9: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.’ H₁ reddedilmiştir..

Tablo 23: Eğitim Düzeyine göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu

	Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?		χ^2 (p)
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Lise	8 (61.5)	5 (38.5)	2,858 (0.423)
Ön Lisans	15 (68.2)	7 (31.8)	
Lisans	26 (50.0)	26 (50.0)	
Yüksek Lisans	3 (75.0)	1 (25.0)	
Toplam	52 (57.1)	39 (42.9)	91

Tablo 24’te çalışanların çalışma yılları ile meslek hastalığına yakalanma oranları incelendiğinde kurumda 0-5 yıl arası çalışanların %32.3’ünün, 6-10 yıl arası çalışanların %55.6’sının, 11-15 yıl arası çalışanların %73.3’ünün, 15 ve üstü yıl çalışanların %77.8’inin meslek hastalığına yakalandığı tespit edilmiş meslek hastalığına yakalanma ve kurumda toplam çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın geldiği yeri görmek için yapılan tukey testinde 15 yıldan fazla çalışan personelin daha kısa zamandır çalışan personele göre daha fazla meslek hastalığına yakalandığı anlaşılmıştır. Buna göre “Hipotez 10: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları toplam çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.” H₁ kabul edilmiştir.

Tablo 24: Çalışma Yılına göre Meslek Hastalığına Yakalanma Durumu

	Hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?		χ^2 (p)
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
0-5	10 (32.3)	21 (67.7)	14,572 (0.003)
6-10	10 (55.6)	8 (44.4)	
11-15	11 (73.3)	4 (26.7)	
15+	21 (77.8)	6 (22.2)	
Toplam	52 (57.1)	39 (42.9)	91 (100.0)

25 no'lu tabloda çalışanların günlük çalışma saatleri vardiya şeklinde düzenlenmiştir. 00 olarak girilen değişken 08:00- 17:00 saatleri arası 9 saat çalışan personeli, 1.00 değişkeni ile gösterilen değişik saat ve değişik vardiyalarda çalışan personeli göstermektedir (Bu çalışanlar 08:00-08:00, 16:00-08:00 ve 08:00-17:00 vardialarında karışık şekilde mesai + nöbet şeklinde çalışmaktadırlar). Bu tablo incelendiğinde düzenli çalışma sistemi olan personelin %59.3'ünün, karışık vardiya çalışanların %56.3'ünün herhangi bir meslek hastalığına yakalandığı tespit edilmiş ve meslek hastalığına yakalanma ve günlük çalışma süreleri arasında statiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre 'Hipotez 11: Çalışanların meslek hastalığına yakalanma oranları ile günlük çalışma saat sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' H_1 reddedilmiştir.

Tablo 25: Günlük Çalışma Saatlerine Göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu

	Hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?		χ^2 (p)
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
00 08-17	36 (%56.3)	28 (%43.8)	0,070 (0.791)
01 Diğer	16 (%59.3)	11(%40.7)	
Toplam	52(%57.1)	39(%42.9)	91(%100.0)

Çalışanların aldıkları iş güvenliği eğitimleri ile meslek hastalığına yakalanma oranları incelendiğinde iş güvenliği eğitimini yeterli bulan 53 kişiden %56.6'sı meslek hastalığına yakalandığını belirtirken, iş güvenliği eğitimini yeterli bulmayan 38 kişinin %57.9'unun meslek hastalığına yakalandığı tespit edilmiş çalışan ebe ve hemşirelerin iş güvenliği eğitimleri ile meslek hastalıklarına yakalanmaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre "Hipotez 12: Çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri meslek hastalığına yakalanma oranlarını düşürmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir" H_1 reddedilmiştir.

Tablo 26: İş Güvenliği Eğitimi Varlığına Göre Meslek Hastalarına Yakalanma Durumu

		Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?		χ^2 (p)
		Evet n (%)	Hayır n (%)	
İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimler veriliyor mu?	Evet	30 (56.6)	23 (43.4)	0,015 (0.902)
	Hayır	22 (57.9)	16 (42.1)	

Bu bölümde doğumhanelerde koruyucu olarak eldiven, maske, gömlek ve gözlük koruyucu olarak belirlenmiş ve incelenmiştir. Çalışanların koruyucu eldiven kullanma ile iş kazası geçirme oranları incelendiğinde eldiven her zaman kullanırım diyen 66 kişiden %31.8'i genellikle kullanırım diyen 17 kişiden %41.2'si, bazen kullanırım diyen 7 kişiden %28.6'sı, iş kazası geçirmiş, nadiren diyen 1 kişinin de herhangi bir iş kazası geçirmediği görülmüştür. Yapılan ki-kare analizinde çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu eldiven kullanımı ile iş kazası geçirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27: Koruyucu Eldiven Kullanımına Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı

	Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Her zaman	21 (31.8)	45 (68.2)	1,403 (0.705)
Genellikle	7 (41.2)	10 (58.8)	
Bazen	2 (28.6)	5 (71.4)	
Nadiren	0 (0.0)	1 (100.0)	

Çalışanların koruyucu gözlük kullanma ile iş kazası geçirmeye etkisi incelendiğinde her zaman gözlük kullanırım diyen 13 kişiden %15.4'ü genellikle kullanırım diyen 18 kişiden %22.2'si, bazen kullanırım diyen 34 kişiden %50.0'ı, nadiren kullanırım diyen 17 kişiden %17.6'sı hiçbir zaman kullanmam diyen 9 kişiden %44.4'ü iş kazası geçirmiştir. Yapılan ki-kare analizinde çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu gözlük kullanımı ile iş kazası geçirmeleri arasında ki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 28: Koruyucu Gözlük Kullanma Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı

	Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Her zaman	2 (15.4)	11 (84.6)	9,803 (0.044)
Genellikle	4 (22.2)	14 (77.8)	
Bazen	17 (50.0)	17 (50.0)	
Nadiren	3 (17.6)	14 (82.4)	
Hiçbir zaman	4 (44.4)	5 (55.6)	

Çalışanların koruyucu gömlek kullanma ile iş kazası geçirmeye etkisi incelendiğinde her zaman gömlek kullanırım diyen 20 kişiden %10.0'ı genellikle kullanırım diyen 35 kişiden %25.7'si, bazen kullanırım diyen 16 kişiden %50.0'ı nadiren kullanırım diyen 14 kişiden %42.9'u hiçbir zaman kullanmam diyen 6 kişiden %83.3'ü iş kazası geçirmiştir. Yapılan ki-kare analizinde çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu gömlek kullanımı ile iş kazası geçirmeleri arasında ki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 29: Koruyucu Gömlek Kullanma Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı

	Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Her zaman	2 (10.0)	18 (90.0)	15,215 (0.003)
Genellikle	9 (25.7)	26 (74.3)	
Bazen	8 (50.0)	8 (50.0)	
Nadiren	6 (42.9)	8 (57.1)	
Hiçbir zaman	5 (83.3)	1 (16.7)	

Çalışanların koruyucu maske kullanma ile iş kazası geçirmeye etkisi incelendiğinde her zaman gözlük kullanırım diyen 19 kişiden %10.5'i genellikle kullanırım diyen 21 kişiden %19.0'ı, bazen kullanırım diyen 27 kişiden %44.4'ü nadiren kullanırım diyen 21 kişiden %42.9'u hiçbir zaman kullanmam diyen 3 kişiden %100.0'ı iş kazası geçirmiştir. Yapılan ki-kare analizinde çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu gözlük kullanımı ile iş kazası geçirmeleri arasında ki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 30: Koruyucu Maske Kullanma Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı

	Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?		χ^2 (p)
	Evet n(%)	Hayır n(%)	
Her zaman	2 (10.5)	17 (89.5)	(16,363) 0.003
Genellikle	4 (19.0)	17 (81.0)	
Bazen	12 (44.4)	15 (55.6)	
Nadiren	9 (42.9)	12 (57.1)	
Hiçbir zaman	3 (100.0)	0 (0.0)	

Tüm bu ki-kare analizlerine göre 13. Hipotezi değerlendirecek olursak koruyucu kullanma ve iş kazası değişkenleri açısından eldiven kullanımında yüzde olarak anlamlı bir fark çıksa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak maske, gömlek ve gözlük kullanımlarında gerek yüzde olarak gerekse istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır.

4.2.1.9. Lojistik Regresyon Analizi

Tek değişkenli analiz sonuçlarında iş kazası geçirmede anlamlı bulunan, yaş, çalışma yılı, vardiya şekilleri, koruyucu- gözlük, gömlek, maske kullanımı değişkenleri, lojistik regresyon modeline alınmıştır. Çok değişkenli analiz modeli olan lojistik regresyonla, birbiri ile etkileşimi olan durumlar da kontrol edilerek sonuç açıklanır. Bu analizde yaş ve çalışma yılı sürekli değişken, gözlük, gömlek maske kullanımı kategorik değişken olarak modele alınmıştır. Her üç değişken için -genellikle ve her zaman kategorileri- referans kategori olarak (0), diğer kategoriler risk olan durum (1) olarak modele alınan lojistik regresyon analiz sonucunda iş kazası geçirmede sadece çalışma yılının ($p=0,001$) etkili olduğu, diğer değişkenlerin etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 31).

Tablo 31: Lojistik Regresyon Analizine Göre İş Kazası Geçirme Durumu

Değişken(ref.kat.)	B	Sig.	Exp(B)	EXP(B) için alt	%95,0 üst
Yaş	0.073	0.248	1.076	0.950	1.219
Çalışma-yılı	0.159	0.001	1.172	1.064	1.291
Vardiya (8-17 vardiya)	0.432	0.465	1.541	0.483	4.910
Gözlük (genellikle- her zaman)	1.221	0.176	3.389	0.579	19.836
Gömlek (genellikle- her zaman)	0.971	0.130	2.640	0.751	9.283
Maske (genellikle- her zaman)	1.052	0.208	2.863	0.558	14.699
Sabit	-7.754	0.003	0.000		

Tek değişkenli analiz sonuçlarında meslek hastalığına yakalanmada önemli etkisi bulunan çalışanların yaş, çalışma yılı, değişkenleri lojistik regresyon modeline alınmıştır. Bu analizde yaş ve çalışma yılı sürekli değişken olarak alınmıştır. Analiz sonucunda meslek hastalığına yakalanmada yaşın herhangi bir etkisi bulunmamışken, çalışma yılı değişkeninin etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 32: Lojistik Regresyon Analizine Göre Meslek Hastalığına Yakalanma Durumu

Değişken (ref.kat.)	B	Sig.	Exp(B)	EXP(B) için Alt	%95,0 üst
Yaş	0.041	0.330	1.042	0.959	1.133
Çalışma- yılı	0,101	0.008	1.106	1.026	1.193
Constant	-2.335	0.113	0.097		

5. TARTIŞMA

İzmir bölgesinde faaliyet gösteren dört büyük hastanenin doğumhanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin yaşadığı iş kazaları ve yakalandıkları meslek hastalıklarını, bu hastalık ve kazaların sıklığını, bunları etkileyen nedenleri belirlemek amacıyla ebe ve hemşirelere yapılan bu araştırma sonucunda elde edilen veriler analiz edilmiş sonuçları yukarıda bulgular kısmında açıklanmıştır. Yapılan kaynak araştırmasında sağlık kuruluşlarında ve bu kuruluşların çeşitli ünitelerinde iş kazaları ve meslek hastalıkları sıklığını ve nedenlerini belirlemeye yönelik araştırmalar bulunmasına rağmen bu konuda salt doğumhanelerle ilgili yapılmış araştırma bulunamamıştır. Bu nedenle bu araştırma ülkemizde doğumhanelerde çalışan güvenliğini araştıran ilk çalışma olmuştur.

Bütün dünyada sağlıkla ilgili meslekler iş kazası ve meslek hastalıkları bakımından en riskli meslekler sınıfındadır. İş sağlığı ve güvenliğinin öneminin giderek arttığı günümüzde, diğer tüm mesleklerde olduğu gibi sağlık mesleklerinde de konuyla ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Sağlık mesleklerinde iş kazaları ve meslek hastalıkları oranını belirlemek için yapılan bu çalışmaların sonuçları genel anlamda bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Ankara’da bir eğitim araştırma hastanesinde yapılan bir araştırmada, toplam 504 Hemşireden son bir yıl içinde kaza geçirenler 217 kişi (%43.1), geçirmeyenler 287 kişi (%56.9) bulunmuştur (60). Bizim araştırmamızda doğumhanelerde iş kazası oranı %33.0 bulunmuştur. Ancak katılımcıların sadece %33.0’ı iş kazası geçirdim derken %62.6’sı en az bir kere delici kesici alet yaralanması yaşadım demiştir. Yani delici kesici alet yaralanması yaşayan 57 kişiden 28’i iş kazası geçirdim, 29’u ben hiç iş kazası geçirmediğim demiş, delici kesici alet yaralanmasını iş kazası olarak değerlendirmemiştir. Delici kesici alet yaralanması da bir iş kazası olduğundan bizim araştırmamızda doğumhanelerde iş kazası görülmesinin gerçek oranı %62.6 bulunmuştur. İş kazası oranının yüksek olmasının nedenleri; çalışma yaptığımız doğumhanelerde ki ebe-hemşire sayısının yetersizliği, uzun ve yorucu nöbetler, yoğun iş temposundan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda iş kazası nedenleri olarak çalışanların %91.2’si yoğun iş temposu, %87.9’u uzun çalışma saatleri,%67.0’ı stres belirtmiştir. ABD’de 10.793 çalışanın dâhil olduğu ulusal düzeyde bir araştırmanın sonuçlarında, günde 12 saat ve haftada 60 saatten fazla çalışmanın, iş kazası riskini sırasıyla %37 ve %23 arttırdığı gösterilmiştir. Türkiye’nin de onayladığı ILO 1977 tarihli 157 no’lu tavsiye kararında, hemşirelerin haftada en fazla 40

saat çalışabilecekleri, gün içinde maksimum çalışma süresinin de 12 saatle sınırlanması gerektiği belirtilmiştir (60). Bu çalışma kapsamındaki ebe- hemşirelerden değişken mesai düzeninde çalışanların, günlük çalışma süreleri 8 ve 16 saatlik vardiyalar şeklinde değişmektedir, bazı bölümlerde ise 24 saatlik çalışma süresi söz konusudur. Araştırmamıza katılanların %47.3 ü nöbet tutarak çalışmakta, geriye kalan %52.7'si ise hem nöbet hem de gündüz mesaisi şeklinde çalışmaktadırlar. AB tarafından yayınlanan Avrupa'da İş ve Sağlık: İstatistiki Portre (1994-2002) isimli raporda, genellikle ya da bazen gece çalışması veya vardiya usulü çalışanlarda iş kazası sıklığının, bu çalışma tiplerinde hiç çalışmayanlara göre %50-70 daha yüksek saptandığı bulunmuştur (61). Araştırmamızda çalışanların %67.0'ı iş kazası nedeni olarak stresi göstermiştir. iş tatmini ve motivasyon, stres, ekip çalışması vb. gibi nedenlerin iş kazalarının ortaya çıkmasında etkili olduğu savunulmaktadır. İşyeri ortamında, bunların varlığı halinde bireylerin daha fazla iş kazası geçirdikleri kesinleşmiştir (62). Başkent Üniversitesi hastanesi çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada çalışanların en fazla üzüntü ve strese maruz kaldıkları görülmüştür. Üzüntü servis çalışanlarında %63.9, diyaliz ünitelerinde %59.6, yoğun bakımlarda %51.9, acil polikliniklerde %47.2, ameliyathanelerde %57.9 olarak saptanmıştır (63).

Biyolojik etkenlerle kirlenmiş kesici ve delici aletler önemli oranda enfeksiyon riski taşımaktadır. DSÖ yayınladığı bir raporda tüm dünyada 35 milyon sağlık çalışanına yıllık 3 milyon kan kaynaklı mikrobun bulaştığını ve söz konusu mikropların 15,000 sağlık çalışanında Hepatit C, 70,000'inde Hepatit B ve 500'ünde HIV enfeksiyonuna neden olduğunu belirtmektedir (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 250 civarında sağlık personeli HBV enfeksiyonu ve buna bağlı komplikasyonlar nedeni ile yaşamlarını kaybetmektedir. Bu rakama, HIV enfeksiyonu salgınları başladığından bu yana meslekleri nedeni ile HIV ile enfekte olup yaşamlarını kaybeden toplam 100 civarında sağlık çalışanı eklenmiştir (64). Bizim çalışmamızda doğumhanelerde iş kazası ve meslek hastalığı riski olarak karşımıza çıkan ilk şey enfeksiyon riski olmuştur. Enfeksiyon riskinin ardından sırasıyla kaza ile eline iğne batması, dezenfektanlara maruziyet, delici kesici alet yaralanması ve kaygan zeminde düşme riski olmuştur. Uçak'ın yaptığı araştırmada kesici-delici alet yaralanması, %42.6, başka bir çalışmada %49.7 oranında (65) bizim çalışmamızda bu oran %62.6 bulunmuştur.

Sağlık mesleklerinde kimyasal madde maruziyeti de ayrı bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda doğumhanelerde kimyasal madde maruziyeti olarak en

fazla maruz kalınan kimyasallar dezenfektanlar olarak karşımıza çıkmıştır. Doğumhanelerde doğum sırasında çalışanlar ve çevre kan, loşi, amniyon sıvısı, idrar ve gaita gibi atıklarla kontamine olmaktadır. Bunların dezenfeksiyonu için bolca dezenfektan kullanılmaktadır. Canbolat'ın yaptığı araştırmada ameliyathane çalışanlarının %25'inin dezenfektana maruz kaldıklarını belirtmiştir (66). Önceleri ülkemizde yapılan bütün araştırmalarda kesici delici alet yaralanmaları çalışan güvenliğini etkileyen en önemli unsur olarak ve yüksek yaralanma oranı ile karşımıza çıkmıştır. Altıok ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, sağlık çalışanlarının %79,1'inin çalışma hayatında en az bir kez kesici-delici aletle yaralandığı ve bu yaralanmalarla en sık hemşirelerin karşılaştığı (%83) belirtilmiştir (67). Artık günümüzde kalite uygulamaları ve çalışan güvenliği prosedürleri gereğince tek kullanımlık tıbbi malzemelerin kullanılması (enjektör, bistüri, lanset v.b.), vakumlu tüple kan alma, Kalite çalışmaları sayesinde kesici- delici aletlerin delinmez enfekte atık kutusuna atılması gibi önlemlerle perkütan yaralanmaların oranı önemli ölçüde azalmıştır. Bizim çalışmamızda delici kesici alet yaralanmaları ilk sırada değil üçüncü sırayı dezenfektanlara maruziyetle aynı oranda paylaşmıştır. Bu çalışmada %30.8 oran ve risk sıralamasında dördüncü sırada bulunan kaygan zeminde düşme riski, Canpolat'ın ameliyathanelerde yaptığı çalışmada %28.0 olarak belirtmişlerdir (66). Lüleburgaz devlet hastanesinde yapılan bir tez araştırmasında çalışanlara mevcut fiziksel tehlike ve riskleri belirtmeleri istenmiş ve birçok riskin yanında çalışanların %31.3 'ü kaygan zeminleri risk olarak belirtmiştir (68).

Günlük mesai süresinin 6 saatten fazlasını ayakta geçiren doğumhane çalışanlarında bel ağrısı, yorgunluk, varis, bas ağrısı, dikkatsizlik, yüksek düzeyde görülmektedir. Bir çalışmada hemşirelerin %52.9'unda bel ağrısı, %38.2'inde omuz ağrısı, %38.2'inde boyun ağrısı, %30.8'inde kol ağrısı saptanmıştır (27). Hemşirelerin sağlık durumları incelendiğinde % 83'ünde bacak ağrısı, %63'ünde bel ağrısı, % 56'sında yorgunluk ve halsizlik, % 39'unda sinirlilik şikâyetlerinin olduğu belirlenmiştir. Tanı konan hastalıklar arasında % 41'lik oranla varis birinci sırada gelmektedir (69). Solak ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma; sağlık çalışanlarının %61.3'ünün tamamen ayakta çalıştığını, %23.5'inin hasta taşımak, ağır yük kaldırmak vb. işler yapmak zorunda kaldığını, %68.5'inin bel ağrısı şikâyeti olduğunu ve %4.2'sinin bel fıtığı teşhisi aldığını ortaya koymaktadır. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarında bel ağrısı sıklığının yüksek olmasının nedeni, sağlık çalışanlarının çalışırken fiziksel zorlanmaya açık bir ortamda çalışmaları ve bilgi eksiklikleri nedeniyle kendilerini koruyamadıkları ile açıklanmıştır (70). Gül ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada

hemşirelerin %92.6 (n=201)'sının en az bir bölgesinde ağrısının olduğu, bunların %66.4 ile bel, %56.2 ile sırt ve %51.6 boyun, %25.8 ile el-bile eklem ağrısı olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin boyun ağrısı nedeni ile %23.5, bel ağrısı nedeni ile %23.3 oranında hekime gittikleri ve en sık bu ağrılar yüzünden ilaç kullandıkları ve %9.7'sinin bel ağrısı için rapor aldıkları belirlendi (94). Tekeoğlu ve ark. hemşirelerde el-el bileği ağrı sıklığını doktor, öğrenci ve diğer hastane çalışanlarından altı kat fazla olduğunu belirlemişlerdir (71). SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu, İş Doyumunu Etkileyen Faktörler ve Rapor Kullanma Sıklığı İle İlişkisi adlı araştırmada, 1997-99 yıllarına ait değerlendirilen 187 adet rapor bulguları şöyledir; Lomber Disk Hernisi %20.9 ile en yüksek tanıyı oluşturmaktadır. Bölümler içinde raporların yoğunlaştığı servisi %21.4 ile Kadın Doğum Bölümü oluşturmaktadır (72). Doğumhane çalışanlarının el-bilek eklemi, bel, boyun, varis, gibi önemli bedensel yakınmaları bulunmaktadır. Tezel'in çalışmasında ameliyathane, doğumhane ve jinekoloji bölümlerinde çalışan hemşirelerin, diğer bölümlerde çalışanlara göre daha kronik kas-iskelet sistemi şikâyetleri olduğu bulunmuştur (69). Araştırma grubunun % 58.2'si el bilek eklem ağrısı çekmektedir. % 57.1' boyun ağrısı çekmekte, %54.9 'ü bel ağrısı çekmekte %54.9' u varisten şikâyet etmektedir. Doğumhanede çalışmak beyin gücü getirmenin yanında beden gücünde gerektirdiğinden, bu tür ağrıların iş yoğunluğundan, doğum esnasında yapılması gereken doğum manevralarından, epizyo dikmek gibi dikkat, hassasiyet ve tekrarlayan el bilek hareketleri gerektiren işlemlerden, ortamdaki eşyaların ergonomik durumundan, ağır kaldırma ve sürekli olarak aynı hareketleri yapmayı gerektiren durumlardan ve bireylerin bedenini yanlış kullanmaların kaynaklanabileceği söylenebilir.

Çalışanların iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma oranları yaş değişkenine göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. SGK'nın verileri iş kazalarının en fazla 25-44 yaşları arasında olduğunu göstermektedir (72). Bizim çalışmamızda yaş ilerledikçe iş kazası oranının arttığı görülmüştür. Çalışmamızda tüm yaş gruplarına oranı %50.0 olduğu tespit edilen 25-40 yaşlarındaki doğumhane çalışanları en fazla iş kazası yaşayan grup olmuştur.

Çalışanların çalıştıkları kurum değişkeni ile iş kazası geçirme, meslek hastalıklarına yakalanma oranları incelendiğinde çalışan ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kurum ile iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı şekilde Devedebakan'ın yaptığı bir araştırmada devlet hastanelerinde çalışanlarda İSG'ni

sağlama yükümlülük skorları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Başka bir deyişle farklı devlet kurumlarında çalışan sağlıkçılar arasında iş kazası geçirme ya da meslek hastalıklarına yakalanma durumları oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (2).

Çalışmamızda iş kazası yaşanması, meslek hastalıklarına yakalanılması ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Devedakan'ın çalışmasında da katılımcıların farklı eğitim düzeylerinde olmasının, iş sağlığı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (2). Uçak'ın yaptığı araştırmada, sağlık personelinin eğitim durumlarına göre iş kazalarına maruz kalma durumu karşılaştırıldığında; kesici-delici alet yaralanması, kan-vücut sıvıları ile temas, kas iskelet sistemi yaralanması ve şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, maruz kalınan kimyasal madde ve ilaçla maruziyet, alerjik reaksiyon ve maruz kalınan diğer kazalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (65). Köşgeroğlu ve ark. ameliyathanede çalışan hemşirelerde kesici-delici alet yaralanmaları ve tıbbi yardım alma durumlarına ilişkin yaptıkları çalışmada, hemşirelerin eğitim durumu ile kesici- delici alet yaralanma durumu karşılaştırıldığında, kesici-delici alet yaralanma oranının SML mezunlarında daha yüksek (%57.6) iken eğitim düzeyi yüksek olanlarda bu oran (%18.2'ye) düştüğü görülmüştür (73).

Araştırmamızda çalışanların çalışma yılları ile iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma oranları incelendiğinde iş kazası, meslek hastalıklarına yakalanma ve kurumda toplam çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. 15 yıl ve üstü çalışanların daha fazla iş kazası geçirdikleri ve meslek hastalıklarına yakalandıkları saptanmıştır. Aynı şekilde yapılan bir araştırmada hemşirelerde herhangi bir hastalık varlığı mesleki deneyim yıllarına göre anlamlı farklılık göstermiştir. Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça, hastalık varlığı oranında da artış görülmüştür (74). Aynı çalışmada 16 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça, hastalık varlığında görülen artış dikkat çekici bulunmuştur (69). Ancak Uçak'ın yaptığı araştırmada sağlık personelinin çalışma sürelerine göre iş kazalarına maruz kalma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (65).

Doğumhaneler yirmi dört saat çalışma gerektiren ve kesintisiz hizmet veren birimlerdir. Bu nedenle doğumhane personeli mesai tamamlamanın yanında nöbet ve vardiya şeklinde çalışarak kesintisiz hizmet sunmaktadır. Bizim çalışmamızda da doğumhanede çalışan ebe ve hemşirelerin günlük çalışma saatleri değişiklik göstermektedir. Bu nedenle araştırma grubumuzu düzenli mesaiye gelen günde 9 saat çalışanlar ve 9 saat üzeri karışık şekilde

alışan 24 saat nöbet ve/ veya 16 saatlik vardiya tutan grup olarak ikiye ayırdık. Çalışanların günlük çalışma saat süreleri ile iş kazası geçirme oranları incelendiğinde, iş kazası geçirme ve günlük çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının % 79'unun iş kazası nedeni olarak uzun çalışma saatlerini belirtmişlerdir (75). Aksan Davas'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin aylık toplam fazla mesai durumlarına göre, iş kazası geçirme durumları karşılaştırıldığında; aylık toplam fazla mesai saati arttıka iş kazası geçirme riskinin arttığı görülmüştür. ABD'de 10.793 çalışanın dahil olduğu ulusal düzeyde bir araştırmanın sonuçlarında, günde 12 saat ve haftada 60 saatten fazla çalışmanın, iş kazası riskini sırasıyla %37 ve %23 arttırdığı gösterilmiştir (62). İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışma süresi ile yaralanma sıklığı arasında anlamlı ilişki bildirilmiş ve günlük çalışma süresi 8 saat ve üzeri olanlarda yaralanma sıklığı %77.1 iken daha kısa süreli çalışanlarda %64.7 olarak tespit edilmiştir (76).

Çalışmamızda meslek hastalığına yakalanma ve günlük çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak yapılan bir çalışmada günde 8 saat ve üzeri çalışma, vardiyalı çalışma ve gece vardiyasında sekiz saatten fazla çalışma, bel ağrısı sıklığını artırmada risk faktörü olarak görülmüştür (77). Tehlike kaynaklarından etkilenme süresinin artması ile işteki gerilim ve diğer sağlık sakıncaları ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda vardiyalı çalışan insanda, basta sürekli yorgunluk ve depresyon olmak üzere, hastalıklara daha çabuk yakalanma (dirençsizlik) grldği, özellikle vardiyaların sık değişmesi ve gün içindeki düzensiz çalışmaların uyku sağlığını bozduğu için, vardiyalı çalışanların depresyona daha yatkın oldukları ve bağışıklık sistemlerinin diğer çalışanlara göre daha zayıf olduğu bildirilmiştir (78). Yavuz'un araştırmasında vardiyalı çalışma insanın günlük ritmini bozarak fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık sorunlarına yol açtığını ve bu konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, gastrointestinal sistem hastalıkları, kilo değişimleri, kardiyovasküler hastalıklar, olumsuz beslenme alışkanlıkları, egzersiz eksikliği ve çok fazla kafein, alkol ve sigara tüketimi gibi sorunların daha fazla olduğu belirtmiştir (74)

Günümüzde gerek 6331 sayılı İSG kanunu gerekse sağlık kurumlarındaki kalite çalışmaları nedeniyle yöneticiler tarafından İSG eğitimleri verilmesi ve bu eğitimlerin belgelenmesi zorunludur. Bu nedenle araştırma yaptığımız hastanelerde bütün çalışanlar en az bir kere İSG eğitimi almıştır. Bu araştırmada çalışanlara verilen İSG eğitimleri ile iş kazası ve meslek hastalıkları oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yani araştırmamıza göre verilen iş güvenliği eğitimlerinin iş kazası geçirme ya da meslek

hastalıkları oranını düşürme konusunda her hangi bir etkisi bulunmamaktadır. Aynı şekilde Özarıslan'ın yaptığı bir araştırmada hemşirelerin mesleki risklerle ilgili eğitim alınması durumu ile kaza geçirme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (60). Bayılmış'ın yaptığı araştırmada da İSG eğitimi almış olmanın iş kazası ve meslek hastalıkları görölme oranı üzerinde bir etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Ancak bazı araştırmalarda özellikle biyolojik tehlikeler ve alınacak önlemlerle ilgili eğitimlerin, sağlık alışanlarında iş kazası sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü gösterilmiştir (75). Türkiye'de de bu bulgu Azap ve arkadaşlarının çalışmasında doğrulanmıştır (79).

Araştırmamızda koruyucu kullanma ile iş kazası oranları incelendiğinde eldiven kullanımında yüzde olarak anlamlı bir fark çıksa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışanların koruyucu eldiven kullanma ile iş kazası geçirme oranları incelendiğinde eldiven her zaman kullanırım diyen 66 kişiden %31.8'i genellikle kullanırım diyen 17 kişiden %41.2'si, bazen kullanırım diyen 7 kişiden %28.6'sı, iş kazası geirmış, nadiren diyen 1 kişinin de herhangi bir iş kazası geçirmediği görölmüştür. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin sürekli eldiven kullanma durumu %42 oranında belirtilmiştir (80). Başka bir çalışmada ise hekimlerde işlemler sırasında sürekli eldiven kullanımı %79.2, hemşirelerde %36.5, teknisyenlerde %40.9 olarak verilmiştir. Güleç ve ark.'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %50.2'sinin kişisel koruyucu kullandığını belirtmektedir (81). Bu araştırmalarla kıyaslandığında bizim araştırmamızda eldiven kullanım oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak doğumhanelerin genellikle kan ve beden sıvıları ile çok fazla karşılaşılan bir servis olması ve çalışanların her ne kadar bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da verilen İSG eğitimleri olarak düşünölmektedir. Gürbıyık alışmasında %88.1 Doğan'da yaralanmaların sıklıkla %81.3 ellerde meydana geldiğini ortaya koymuştur (80). Bu nedenle özellikle doğumhanelerde eldiven kullanımı son derece önemlidir.

Araştırmamızda diğer koruyuculara baktığımızda; koruyucu gözlük kullanımı, %6.6, koruyucu gömlek kullanımı %12.1, koruyucu maske kullanımı %6.6, oranla genellikle ile her zaman arasında çıkmıştır. Uçak'ın yaptığı araştırmada bu oranlar; gözlük kullanım oranı %0.6, maske kullanım oranı %7.1, gömlek kullanım oranı %5.3 bulunmuştur (65). Özarıslan yaptığı araştırmada maske kullanımını %5.7 önlük kullanımını %2.8 gözlük kullanımını %2.8 olarak bulmuştur (60). Başkent Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada acil servis gibi riskli bir serviste koruyucu kullanımında eldiven %97.3, maske %45.9, gözlük %2.7, önlük% 37.8

düzeyinde saptanmıştır (63). Diğer araştırmalara göre bizim araştırmamızda koruyucu gömlek, gözlük, maske kullanım oranı oldukça fazladır. Araştırmamızda iş kazası geçirme durumu koruyucu maske, gömlek ve gözlük kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır. Tüm koruyucuların kullanımına ortak olarak baktığımız zaman İş kazası geçirme ve koruyu kullanma durumu arasında yapılan analizlere göre sadece maskeyi hiç kullanmadıklarını söyleyen personelin diğer personellere göre 8,5 kat daha yüksek oranda iş kazası geçirme riski bulunmaktadır. Koruyucu maske kullananlarda iş kazası geçirme aleyhine anlamlı olarak fark vardır. Genel olarak düşünüldüğünde eğer bir doğumhane çalışanı iş güvenliği için maske kullanıyorsa bu onun iş güvenliği farkındalığının yüksek olduğunu gösterir. Bu nedenle araştırmamızda maske kullanan personelde hiçbir koruyucu kullanmayan personele göre iş kazası geçirme riski çok düşük bulunmuştur ($P<0,001$). Gemalmaz'ın; hastanelerde çalışan temizlik personeli üzerinde yaptığı bir araştırmada temizlik işçilerinin kişisel koruyucu kullanma durumuna göre iş kazası geçirme durumlarının dağılımı incelenmiş, kişisel koruyucu kullananlarda kaza geçirme sıklığı %41.3 iken, kişisel koruyucu kullanmayanlarda %33.3 olarak saptanmış ve işçilerin kişisel koruyucu kullanma durumlarına göre iş kazası geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (82).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğumhaneler çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden birçok riski bünyesinde barındırmaktadır. Burada önemli olan risklerin ve etkilerinin azaltılması için çalışmaların yapılmasıdır. Bu gerekçeler ile hazırlanan doğumhanelerde çalışan ebe ve hemşirelerin geçirdiği iş kazaları, yakalanılan meslek hastalıkları ve bunları etkileyen nedenleri konulu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılanların 74.8'i ebe , %25.2'si hemşire ve tamamı kadındır. Katılımcıların %77.0'ı 25-44 yaş arasında, %81.3'ü yüksekokul mezunudur.%67.1'i 35 yaş üstü olan çalışanların eğitim seviyelerinin yüksek oluşu dikkat çekici bulunmuş, bu durumun nedeninin 2010 yılında YÖK ile sağlık Bakanlığı arasında imzalanan lisans tamamlama programı olduğu düşünülmektedir. Doğumhane çalışanlarının %34.1'i 0-5 yıldır doğumhanede çalışmaktadır.10 yıldan sonra doğumhanede çalışma oranı giderek düşmektedir. Araştırma sırasında mesleklerini severek yaptıklarını söyleyen ebeler belli bir süreden sonra artan yaş ile beraber doğumhanelerin yoğun temposuna ve uzun çalışma saatlerine dayanmakta güçlük çektiklerinden başka birimlere geçmek için çaba harcadıklarını ve bir kısmının başka birimlere geçtiğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %36.0'ı haftada 45 saat, %64.0'ı 45 saat üstü çalışmaktadır. Araştırma grubunun tamamı kadın olduğundan süt izni, doğum izni gibi nedenlerle nöbet ve vardiyaya giren personel sayısı azalmakta, bunun sonucunda doğumhanelerde çalışan diğer personele daha sık nöbet gelmekte ve çalışma süreleri artmaktadır. Çalışma sürelerinin fazlalığı kronik yorgunluğa, stres artmasına ve bunlara bağlı dikkat dağınıklığına neden olup iş kazası sıklığını artırmaktadır. Bunun önlenmesi için personel planlamasının dikkatli yapılıp olabildiğince iş kazalarının önüne geçilmelidir.

Araştırmaya katılanların %33.0'ı hayatım boyunca en az bir kere iş kazası geçirdim derken %62.6'sı delici kesici alet yaralanması yaşadım demiştir. Yani delici kesici alet yaralanması yaşayan 57 kişiden 29'u ben hiç iş kazası geçirmediğim demiştir. Bu sonuçtan anlaşılan odur ki katılımcılardan 29'u delici kesici alet yaralanmasını iş kazası olarak değerlendirmemiştir. Delici kesici alet yaralanması da bir iş kazası olduğundan doğumhanelerde iş kazası görülmesinin gerçek oranı %62.6 bulunmuştur. Araştırmamızda hastanelerde verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitimi ile yaşanan iş kazaları ve meslek hastalıkları oranı üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Katılımcıların %50.9'luk bir kısmının delici kesici alet yaralanmalarını iş kazası kapsamında

değerlendirmemesi ve hastanede verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini yeterli bulan 57 (%58.2) kişiden %32.1'inin en az bir kere iş kazası geçirmiş olması verilen eğitimlerin yeteri kadar etkili olmadığının bir kanıtı olmuştur. İş sağlığı ve güvenliği konusunda verilen eğitimlerin tekrar gözden geçirilerek çalışanların ilgisini artırmak amacıyla, eğitimlere doğumhane çalışanlarının aktif katılımı sağlanmalıdır. Eğitimlerin, çalışanların bir eğitim salonuna toplanıp konu anlatmak şeklinde yapılması yerine, küçük gruplara ayrılarak çalışma ortamında aktif katılımı uygulamalı olarak verilmesi sağlanmalıdır. Çalışanlarla fikir alışverişinde bulunmak riskleri belirleme ve bertaraf etmede yararlı olacaktır.

Katılımcıların %57.1'i meslek hastalığına yakalandığını belirtmiştir. Bu hastalıklar ve oranları; %45.1 bel ağrısı, %45.1 varis, %45.1 stres, %14.3 panik atak, %12.1 lateks alerjisi, %42.9 boyun ağrısı, %40.7 ile el bilek ağrısı olarak belirtilmiştir. Bu analizlere göre doğumhanede çalışan ebe-hemşirelerde en fazla görülen meslek hastalığı, bel ağrısı, varis ve stres eşit oranda görülmüş, ardından boyun ağrısı, el bilek ağrısı ve panik atak gelmiş, en az görülen hastalıkta lateks alerjisi olmuştur. Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalarda en sık görülen şikâyet bel ağrısı, varis, stres olmasına rağmen bizim araştırmamızda doğumhanelerde bunların yanında ciddi oranda boyun ağrısı ve el bilek ağrısı olmuştur. Bunun nedeni olarak doğumda anneye ve bebeğe yapılan doğum manevraları, epizyo dikerken el ve bileğin yanlış kullanımı olabileceği düşünülmüştür. Bunun nedeninin kesin olarak tespit edilebilmesi için ilgili alanda çalışanlar tarafından araştırmalar yapılması faydalı olacaktır. Bel ağrısı ve varis şikâyetlerini azaltmak için uzun çalışma saatleri düzenlenmeli, çalışanların sayısı artırılarak uzun süre ayakta kalmalar önlenmeli, çalışma ortamında ergonomi sağlanmalı, her kurum kendi doğumhanelerinin risklerini belirleyerek düzenlemeler yapmalıdır.

Koruyucu kullanım alışkanlıklarına bakıldığında, gerek hasta gerek çalışan güvenliği açısından kan ve vücut sıvıları ile maruziyet riski büyük olan doğumhanelerde %100 olması gereken koruyucu eldiven kullanımına katılımcıların sadece %72.5'i her zaman kullanımda demıştır. Koruyucu maske, gömlek ve gözlük kullanım oranları da oldukça düşük bulunmuştur. Araştırmamızda koruyucu kullanma ve iş kazası değişkeni açısından değerlendirildiğinde eldiven kullanımının iş kazası geçirme üzerine bir etkisi bulunmazken, maske, gözlük ve gömlek kullanımının iş kazası geçirmede etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni olarak maske, gözlük ve gömlek kullanılması gerekliliğini fark eden çalışanların verilen eğitimleri özümsemişi ve iş sağlığı güvenliği konularında daha dikkatli

davrandıklarının düşünülmesidir. Koruyucu kullanım oranını artırmak için çalışanların koruyucu kullanmanın bir seçenek değil bir zorunluluk olduğunu kavramaları sağlanmalıdır. Bunu sağlayabilmek için koruyucu kullanım talimatları hazırlanmalı, ortama koruyucu kullanmayı hatırlatacak uyarılar konulmalıdır. Koruyucu kullanmayan personel tespit edildiğinde yönetim tarafından ikaz edilmesi kullanım oranlarını artırmada etkili olacaktır.

Çalışanların yaş değişkeni ile iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma oranları değerlendirildiğinde yaş arttıkça iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma oranının arttığı görülmüştür. Çalışanların günlük çalışma saat süreleri incelendiğinde, günlük çalışma saat süresi arttıkça iş kazası geçirme oranının arttığı görülürken, meslek hastalıklarına yakalanma üzerinde her hangi bir etkisinin olmadığı ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen verilere bakıldığında yoğun iş temposu ve uzun çalışma saatlerinin doğumhanelerde İSG açısından önemli bir problem olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle doğumhanelerde bu problemleri azaltmak için çalışma saatlerinin düzenlenmesi, çalışan sayısının artırılması konularına öncelik verilmelidir. Beden ve ruh sağlığını bozabilecek risklerin tespit edilmesi ve bu risklere karşı yöneticiler tarafından önlemlerin alınması gerekmektedir. Doğumhane çalışanlarında önemli oranda stres görülmektedir. Bu stres ile baş edemeyen kişilerde depresyon belirtileri gözlemlenmekte böylece meslek hastalığı ortaya çıkmaktadır. Doğumhane ortamlarındaki stres kaynaklarının belirlenmesi ve önlenmesi sağlanmalıdır.

Kurumların yaptığı düzenlemeler kadar denetimlerde önemlidir. Kurularda yapılan İSG denetimlerinde bağımsız ve tarafsız kuruluşlarca denetimler yapılmalıdır. Hastanelerde kurulan iş sağlığı ve güvenliği birimlerinde görevli iş güvenliği uzmanları genellikle mühendislik ve kimya vb. kökenli kişiler olmaktadır. Ancak farklı mesleklerden gelen bu insanlar sağlık kuruluşlarında İSG alanında tek başına yeterli değildir. Oysa sağlık kurumlarında sağlık kökenli İSG uzmanlarının görev alması daha isabetli olacaktır.

Bilindiği üzere mevcut yasal düzenlemeler ve kalite uygulamaları tüm çalışanlara eğitim verilmesi, eğitimler sonrası ölçme ve değerlendirme yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle alınan eğitimlerin, çalışanların İSG düzeylerinin artırılmasına olan etkisinin incelenmesi gereklidir.

Türkiye’de bulunan sağlık kuruluşlarında İSG’ ne gerekli önem verilerek uluslararası standartlara çıkarılması sağlanmalıdır. Böylece çalışanların iş kazası ve meslek hastalıkları oranlarını düşürülmekle kalmayacak, aynı zamanda ulusal servetin, insan sağlığının, insan gücünün ve verimliliğin korunması için de bir kazanım olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- 1) World Day for Safety and Health at Work 2005:A Background Paper, ILO InFocus Programme on SafeWork International Labour Office, Geneva.
- 2) Deveci, N. Özel Sağlık İşletmelerinde İş sağlığı ve Güvenliği, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2007
- 3) Tınar, M.Y. Çalışma Psikolojisi, İzmir, 1996.
- 4) Parlar, S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı, TAF Preventive Medicine Bulletin, Sayı 7 (6), İzmir, 2008, s. 547-554
- 5) Akkaya, G. Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007.
- 6) Bilir, N. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı.25, Ankara, Mayıs-Haziran 2005, s.9
- 7) Pala, K. Türkiye’de İş Sağlığında Durum, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz 2000, Sayı 3, s.3.
- 8) Pala, K. İSG Politikası ve Güvenlik Kültürü, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Mayıs-Haziran 2005, Sayı.2, s.18
- 9) Demirbilek T. “İşletmelerde İş Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi. ” *Çalışma Ortamı*. Ocak-Şubat, 5-7 (2008).
- 10) Cervatoğlu E. İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Bir Değerlendirme, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak- Şubat-Mart 2003.
- 11) Yiğit A. İş Sağlığı ve Güvenliği, Bursa, 2008.
- 12) Karakaş İ. İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı Uygulama Rehberi, Ankara, 2007, s.29.
- 13) Yardım N., Çipil, Z., Vardır, C., Mollahaloğlu, S., Türkiye İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları: 2000-2005 Yılları Ölüm Hızları, Dicle Tıp Dergisi, Cilt. 34, Sayı.4, 2007, s.264-271.
- 14) ILO standards on occupational safety and health Promoting a safe and health working environment, 2009. <http://lin.kim/IfbZS> (Erişim tarihi 30.06.2014)
- 15) Türkiye İstatistik Kurumu işgücü ve yaşam koşulları daire başkanlığı işgücü istatistikleri grubu ‘ iş kazaları ve işe bağlı sağlık problemleri araştırma sonuçları 2013.

<http://lin.kim/hnMc6> (Erişim tarihi 30.06.2014)

16) Türk Tabipleri Birliği, 4857 Sayılı İş Kanunu'na İlişkin Türk Tabipleri Birliğinin Görüş Ve Önerileri, TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, Nisan-Mayıs-Haziran, 2003, s.11.

17) Bilir N. ve Yıldız, A.N. İş Sağlığı ve Güvenliği, Hacettepe Yayınları, 2004.

18) Turan, A. ve Müezzinoğlu, A. Risk Değerlendirme Yöntemleri", TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ocak-Şubat-Mart, 2006, s.32.

19) Çağatay G. ve Çobanoğlu, Z., Risk İletişimi ve Risk Yönetimi Temel Kaynak Dizisi, Ankara, 1997, s.20.

20) Özkılıç Ö. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri, TİSK Yayınları, Ankara, Mart, 2005, s.62-63.

21) Cooper M.D. Towards A Model Of Safety Culture, *Safety Science*, 36, 111-136 (2000).

22) Demirbilek T. İşletmelerde İş Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi. *Çalışma Ortamı*. Ocak-Şubat, 5-7 (2008).

23) Şerifoğlu U. K. ve Sünęür E. İşletmelerde Sağlık ve Güvenlik Kültürü Oluşturulması; Tepe Yönetimin Rolü ve Kurum İletişim Olanaklarının Kullanımı, *Yönetim Dergisi*, Yıl 18, Sayı 58, Ekim 2007, s.43

24) Jump up ^European Commission, European Statistics on Accidents at Work (ESAW), Methodology, 2001

25) Yeşildal N. Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Sayı 4 (5), Düzce, 2005, s.281

26) Öcal A. Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı Ve Güvenliği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.

27) Üçüncü K. 2012 SGK İş Kazası İstatistikleri analizi

<http://www.isteguvencilik.tc/SGK2012IsKazaIstatistik.pdf> (Erişim tarihi: 02.07.2014)

28) TUIK İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırma Sonuçları, 2013

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16118> (Erişim tarihi:02.07.2014)

29) Semerci O. İş Sağlığı Ve Güvenliğinde Risk Değerlendirmesi: Metal Sektöründe Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2012.

- 30) M.G.K; Türkiye'de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği; T.C. Milli Güvenlik Konseyi Genel Sekreterliği, Ankara, (Tarih yok), s. 8.
- 31) Yıldız U.Z. Avrupa Birliği'nin 2007-2012 Dönemi İş Sağlığı Ve Güvenliği Stratejik Eylem Programı, İşveren Dergisi, Ankara, 2009,
- 32) T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 15.08.2003 tarih ve 16058 sayılı genelge
- 33) ILO; Safety and Health of Workers, ILO, Geneva, 1963, s. 5.
- 34) İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği Risk değerlendirmesi sırasında uygulanacak usuller, 29.12.2009 tarih ve 28512 sayılı resmi gazete
- 35) İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu 30.6.2012 tarih ve 28339 sayılı resmi gazete
- 36) Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik 6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı resmi gazete
- 37) Karafakıoğlu M. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1998, s.126-127.
- 38) T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788 ISBN: 978-975-590-315-6 Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014
- 39) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı müsteşarlığı Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Durum Raporu Haziran/2010
- 40) Özkan Ö. Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarını Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Ankara, 2005
- 41) Kılınç O, Uçan E.S, Çakan A, Ellidokuz H, Özöl D, Sayiner A, Özsöz A. İzmir'de Sağlık Çalışanları Arasında Tüberküloz Hastalığı Riski: Tüberküloz Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilebilir mi? Toraks Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, Nisan 2000, s.24.
- 42) Centers for Disease Control and Prevention. Sharp Injury Prevention Program Workbook 2008. http://www.cdc.gov/Sharpssafety/pdf/sharpssworkbook_2008.pdf. (Erişim tarihi:29.07.2014)
- 43)European Statistics on Accidents at Work
<http://lin.kim/kdmIY> Erişim Tarihi:31.07.2014

44) Yılmaz F. Avrupa Birliği ve Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği: Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Kurullarının Etkinlik Düzeyinin Ölçülmesi Doktora tezi Official Journal of the European Union

<http://goo.gl/Bewc12> Erişim tarihi: 24.07.2014)

45) Güreli T. Sağlık Sektörünün Avrupa Birliğine Giriş Sürecine Uyumuna Yönelik Bir Araştırma. Niğde Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, Niğde, 2006

46) Akalın HE, Akova M. Sağlık personelinin işle ilgili infeksiyon hastalıkları riski. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunlar Derneği Yayınları No: 2. Ankara 25-34;1991.

47) Yeşilçay N. Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (5)

48) McGrath A. , Reid N. ve Bore, J. “Occupational Stress in Nursing”, International Journal of Nursing Studies, 40, 2003, s.555-565.

49) Morgil O., Küçükçirkin M. TOBB’in Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı, 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995

50) Kitapçı M. ISO, Akreditasyon, Toplam Kalite Yönetimi ve Beklentiler, Gazi Kalite Günleri II. Sempozyum Kitabı (1999).

51) Yüksel, F. Sadaklıoğlu, H. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler, Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, 01-03 Haziran 2007 Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs.

52) Mucuk İ. Pazarlama İlkeleri 6. Basım İstanbul: Der yayınları (1994).

53) Esin A. ISO 9001:2000 Işığında Hizmette Toplam Kalite Ankara: ODTÜ yayıncılık 2002

54) Zengin E. , Ayhan E. Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi

https://www.academia.edu/3208141/Hizmet_Sektorunde_Toplam_Kalite_Yonetimi

Erişim Tarihi: 24.08.2014

55) Ardiç M. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Uygulamaları, Yüksek Lisans Projesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007

56) Gökbunar R., Kayalı C. Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Uygulaması Olanakları, İşletme ve Finans, 1998 Y. 13, s. 146

- 57) İnceboz T. Sağlıkta kalite uygulamaları ve Iso 15189:2007 (Tıbbi Laboratuvarların Akreditasyonu) akreditasyon uygulamalarını öncesi ve sonrası karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek lisans tezi, 2009
- 58) Türk Akreditasyon Kurumu
<http://lin.kim/PNQGA> (Erişim tarihi : 06.12.2014)
- 59) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Yayınları <http://yaz.ma/gi6yo> Erişim tar: 01.11. 2014
- 60) Özarslan A. Ankara’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Kazası Sıklığı, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kazaların Demografisi Ve Epidemiyolojisi Anabilim Dalı Yayınlanmış Yüksek lisans tezi,2009
- 61) Aksan Davas HA. “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt Sisteminin Geliştirilmesi ve İzlenmesi”. Doktora. İzmir: Ege Üniversitesi; 2005.
- 62) Özdemir M. Sağlık Çalışanlarının Sorunları. Toplum ve Hekim 1999; 14 (6): 402-411.
- 63) Fatih T. Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleki Risk Faktörleri Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Ankara, 2006
- 64) Gül A., Üstündağ H., Kahraman B., Purisa B. Hemşirelerde Kas İskelet Ağrılarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2014 cilt1. Sayı 1.
- 65) Uçak A. Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi, Afyonkocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2009
- 66) Canbolat C. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathanede Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin görüşleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011
- 67) Altıok M., Kuyurtar F., Karaçorlu S., Ersöz G., Erdoğan S. Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2 (3): 70-79.
- 68) Taşçıoğlu i. Lüleburgaz devlet hastanesi ve lüleburgaz 82. Yıl devlet hastanelerinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin

saptanması, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi, Edirne, 2007

69) Tezel A. Musculoskeletal complaints among a group of Turkish nurses. Int J Neurosci 2005; 115: 871-880.

70) Solak S., Abamor M. Y. Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Zorlanma Ve Bel Ağrısı Sıklığı Sağlık Çalışanlarının 1. Ulusal kongresi Kasım 1999 Ankara http://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs_kongre.pdf Erişim tarihi: 07.02.2015

71) Tekeoğlu İ., Gülcü E., Kara M. Hastane Çalışanlarında Karpal Tünel Sendromu İle Uyumlu El-El Bileği Ağrısı Sıklığı Ve Risk Faktörleri, Türk Fiz Tıp Rehab. Derg. 2008; 54:152-156.

72) Danacı N., Kenanoğlu F., Şahin E., Bidav Ö. SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu, İş Doyumunu Etkileyen Faktörler ve Rapor Kullanma Sıklığı İle İlişkisi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, 26-28 Kasım 1999; Ankara:150.

73) Köşgeroğlu N., Ayrancı Ü., Bahar M. Ameliyathanelerde Çalışan Hemşirelerde Kesici /Delici Aletle Yaralanma ve Tıbbi Yardım Alma Durumları, Hemşirelik Forumu, 6 (6);32-37, Kasım-Aralık, 2003.

74) Yavuz E. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin iş Sağlığı Ve iş Güvenliği Durumlarının incelenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2009

75) Ütük Bayılmış O. İş sağlığı ve güvenliği farkındalık Değerlendirmesi: sağlık çalışanlarına Yönelik alan araştırması –Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013

76) İlhan M.N., Durukan E., ve ark. Long Working Hours Increases the Risk of Sharp and Needle Stick Injury in Nurses: The Need for New Policy Implication. Journal of Advanced Nursing 2006; 56 (5): 563-568.

77) Aksakal N, İlhan M.N., ve ark., Bir Üniversite Hastanesinde Hemşire, Sağlık Memuru ve Hastabakıcılarda Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, TTB. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 32:38-46, Mayıs, Haziran, Temmuz 2009.

- 78) Camkurt Z.M., İsyeri Çalışma Sistemi ve İsyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi, TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, Cilt:20, Sayı:6 , Cilt:21 Sayı:1, Mayıs / Ağustos 2007.
- 79) Azap A., Ergönül Ö. ve ark. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Workers in Ankara, Turkey. American Journal of Infection Control and Epidemiology 2005; 33: 48-52.
- 80) Doğan F. Hemşirelerde İğne Batma Sıklığı ve Nedenleri. İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998
- 81) Güleç M., Topbaş M., Kır T., Hadse M., (2001) Gata Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Mesleksel Risk Faktörleri İle Karşılaşma Durumlarının Araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi* **15** (1), 97-103.
- 82) Gemalmaz A. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Temizlik Personelinin Kurumda Çalıştıkları Süre Boyunca İş Kazası Geçirme Durumları Ve Son Kaza-Yaralanmaya Ait Özelliklerin Belirlenmesi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kazaların Demografisi Ve Epidemiyolojisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2009

8. EKLER

Ek-1: Doğumhane Çalışanlarına Uygulanan Anket

Sayın Ebe, hemşire

Aşağıda Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon yüksek lisans programında öğretim üyesi Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ danışmanlığında gerçekleştirmekte olduğum tez çalışması için hazırlanmış, doğumhane çalışanlarının maruz kaldıkları iş kazaları ve yakalandıkları meslek hastalıkları hakkında bilgi toplamak ve konu ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik anket yer almaktadır.

Lütfen her bir soruda belirtilen uygulamanın hastane servisinizde var olma durumuna göre içtenlikle yanıt veriniz.

Mehtap AKÇAPINAR

BİRİNCİ BÖLÜM

Sosyodemografik Sorular

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız:
3. Eğitiminiz: ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans
4. Göreviniz: Hemşire ☐ Ebe ☐
5. Kurumunuz: (Lütfen belirtiniz.....)
6. Kurumda çalışma yılınız:
7. Haftada toplam çalışma saatiniz:
8. Çalışma saatleriniz: ☐ 08-16 ☐ 08-20 ☐ 08-08 ☐ Diğer
9. Kaç yıldır bu meslektesiniz:
10. Kaç yıldır doğumhanede çalışıyorsunuz:

İKİNCİ BÖLÜM

İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Değerlendirme ve Tutum

1. Hastanenizde sıkça iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimler veriliyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet

2. Çalıştığınız hastanede hiç iş kazası geçirdiniz mi?

☐ Hayır ☐ Evet

3. Eğer iş kazası geçirdiyseniz, iş kazası geçirdikten sonra istirahat raporu aldınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet

4. Hastane kaynaklı viralenfeksiyon geçirdiniz mi?

☐ Hayır ☐ Evet

5. Çalıştığınız hastanede hiç meslek hastalığına yakalandınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet

6. Eğer meslek hastalığına yakalandıysanız lütfen aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisine/ hangilerine yakalandığınızı belirtiniz.

☐ Bel ağrısı ☐ Varis ☐ Stres ☐ Lateks alerjisi

☐ Boyun ağrısı ☐ El-bilek eklem ağrısı ☐ Panik atak

Diğer

7. Hastanede hiç kesici delici alet yaralanması yaşadınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet

8. Lütfen her bir seçeneği hastaneniz için değerlendirip yanıt veriniz.

	İŞ KAZASI RİSKİ	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1	Anestezi gazlarına maruz kalma riski	⑤	④	③	②	①
2	Dezenfektanlara maruz kalma riski	⑤	④	③	②	①
3	Elektrik çarpmasına maruz kalma riski	⑤	④	③	②	①
4	Etilen oksite maruz kalma riski	⑤	④	③	②	①
5	Formaldehite maruz kalma riski	⑤	④	③	②	①
6	Kaygan zeminde düşme riski	⑤	④	③	②	①
7	Kaza ile eline iğne batması riski	⑤	④	③	②	①
8	Kesici-Delici alet yaralanmalarına maruz kalma riski	⑤	④	③	②	①
9	Radyasyona maruz kalma riski	⑤	④	③	②	①
10	Enfeksiyon riski	⑤	④	③	②	①
	İŞ KAZASI NEDENLERİ	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
11	Acemilik	⑤	④	③	②	①
12	Dikkatsizlik	⑤	④	③	②	①
13	Koruyucu kullanmama	⑤	④	③	②	①
14	Stres	⑤	④	③	②	①
15	Uzun çalışma saatleri	⑤	④	③	②	①
16	Yoğun iş temposu	⑤	④	③	②	①

	KORUYUCU KULLANMA SIKLIĞI	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
17	Koruyucu eldiven	⑤	④	③	②	①
18	Koruyucu gözlük	⑤	④	③	②	①
19	Koruyucu gömlek	⑤	④	③	②	①
20	Koruyucu maske	⑤	④	③	②	①
	KORUYUCU KULLANIMI İLE İLGİLİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
21	Koruyucu kullanmak işimi yapmama engel oluyor	⑤	④	③	②	①
22	Koruyucu kullanmayı gerekli görmüyorum	⑤	④	③	②	①
23	Koruyucu kullanmaktan hoşlanmıyorum	⑤	④	③	②	①

9. Hastanenizde belirli aralıklarla genel bir sağlık muayenesinden geçiyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

10.Çalıştığınız kurumda iş kazası riskini azaltmak için neler uygulanabilir? Öncelik durumuna göre 1’den 10’ a kadar sıralandırınız. (1 en çok öncelikli, 10 en az öncelikli)

- ☐ Personel sayısının artırılması
- ☐ Çalışma arkadaşları arasında birlik beraberliğin sağlanması
- ☐ Çalışma ortamının düzenli olması
- ☐ Çalışma saatlerinin azaltılması
- ☐ Eğitim programlarının düzenlenmesi
- ☐ Meslek riski tazminatı
- ☐ Belirli aralıklarla genel bir sağlık muayenesinden geçme

Ek-2

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/15-15	Tarih: 17.04.2014
	Doç.Dr.Tonay İNCEBOZ'un sorumlusu olduğu "İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Kalite Yönetimi Uygulanan Hastanelerin Doğumhanelerinde, Çalışan Güvenliği ve Çalışan Güvenliğini Etkileyen Nedenler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Doç.Dr.Işıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 99577370 - 165

06.03/2014
20.03.2014*003367

Konu :

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi:25.02.2014 tarihli 86700236/75348907-576 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden;Enstitünüz sağıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Sağıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon yüksek lisans programı öğrencisi Mehtap Akçapınar'ın "İş Sağığı ve Güvenliğı Kapsamında Kalite Yönetimi Uygulanan Hastanelerin Doğumhanelerinde Çalışan Güvenliğı ve Çalışan Güvenliğini Etkileyen Nedenler" isimli tez çalışmasını Hastanemizde yapmasında uygundur.Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Yücel ARJSOY
Başhekim V.

Öğrenci İktisat
21.03.2014
*

21.03.2014
1036

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR
Tel:+90(232)412 23 15 Faks:+90(232) 412 97 97
E posta:elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Saliha Özdeker

Elektronik ağı:www.deu.edu.tr



 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
SAYI : 47104536 / 770 / ŞUBE : Eğitim Organizasyon Birimi KONU: Mehtap AKÇAPINAR Tez Çalışması	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANE ESİ Tarih: 17.03.2014 15:23 Çiden evrak 2014-7194 (İzmir İl Birim) - EĞİTİM VE ORGANİZASYON BİRİMİ	
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ İZMİR		
İLGİ : 25/02/2014 tarih ve 0577 sayılı yazınız, Üniversiteniz Yüksek Lisans programı öğrencisi Mehtap AKÇAPINAR'ın " İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Kalite Yönetimi Uygulanan Hastanelerin Doğumhanelerinde Çalışan Güvenliği ve Çalışan Güvenliğini Etkileyen Nedenler" isimli tezi çalışmasını Şubat 2014 ile Haziran 2014 tarihlerinde Hastanemiz Doğum Salonunda yapılması uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.		
 Prof. Dr. Mustafa DEMİRCİ Hastane Yöneticisi		
14.03.2014 0953		
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Basinsitesi-İZMİR Telefon: (0232) 244 44 44-243 43 43 Faks: (0232) 243 15 30 e-posta: ataturkegitim@ism.gov.tr Elektronik Ağ: www.iaeh.gov.tr		
Ayrıntılı bilgi için irtibat:		



T.C. Sağlık Bakanlığı
İzmir Kuzey
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315
Konu : Mehtap AKÇAPINAR'ın
Yüksek Lisans Tez Çalışması

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR KUZAY GENEL SEKRETERLİĞİ
Tarih: 14.08.2014 08:31
Giden Evrak / 7120
İlgili birim : EĞİTİM BİRİMİ
0220147120

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Üniversiteniz Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Mehtap AKÇAPINAR'ın "İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Kalite Yönetimi Uygulanan Hastanelerin Doğumhanelerinde Çalışan Güvenliği ve Çalışan Güvenliğini Etkileyen Nedenler" konulu tez çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğumhane kliniklerinde yapması uygun görülmüş olup; Olur yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK
Genel Sekreter

Ek: 1 Adet Olur

İzmir 14.8.2014
1803/2014

DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

18.03.2014
0995

Poligon mah. 123/11 Sk. No:6
35140 Karabağlar • İZMİR
★ Tel: 444 35 01 • Fax: 0 (232) 246 90 86
www.ikkh.gov.tr
Not • Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.

Bilgi İçin
Eğitim Birimi / G.GÜVE.N
Tel: 444 35 01 / 1239

Sağlığınız mutluğumuzdur...

ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI

TC Kimlik No / Pasaport No:	54679491454
Doğum Yılı:	1975
Yazışma Adresi :	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnciraltı /İZMİR.
Telefon :	050503146585
Faks :	
e-posta :	mehtapakcapinar@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu	Ebelik	.	2012
TR	Anadolu Üniversitesi	İşletme Fakültesi	İşletme		2010
TR	Karadeniz Teknik Üniversitesi	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	Ebelik		1998

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Ssk Bölge Hastanesi	Tr	Zonguldak	Acil-hemodiyaliz	Hemşire	1998-2001
Nazilli SSK Hastanesi	Tr	aydin	Doğumhane	Ebe	2001-2003
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi	Tr	Izmir	Dahili klinikler	Hemşire	2003-2009
Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	Tr	Izmir	Fatura servisi	Hemşire	2009 devam ediyor

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Yayınlarla Alınan Toplam Atıf Sayısı			
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans		
	Doktora		
	Uzmanlık		
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)			

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
☐			

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

--